اضطرابات المزاج Mood Disorders

د. مها مالك اسكندر

يشير المزاج إلى الحالة العاطفية الدائمة التي تطغى على إدراك الفرد للعالم، وكيف يؤدي الشخص دوره فيه. الاختلافات في الحالة المزاجية هي جزء طبيعي من الحياة. فهي تشير إلى أن الشخص يفهم العالم ويستجيب له. عندما يصبح المزاج حادا ويؤثر على وظائف الشخص المهنية أو الشخصية، فإن التغيير في المزاج يسبب اضطرابات المزاج.

تصنيف اضطرابات المزاج:

وفقًا لـ DSM IV ، يتم تصنيف اضطرابات المزاج إلى:

1. اضطرابات الاكتئاب::Depressive disorders
   - اضطراب الاكتئاب الرئيسي Major depressive disorder
   - –اكتئاب أقل حدة Dysthymia
2. الاضطرابات ثنائية القطب :Bipolar disorders
   - اضطراب ثنائي القطب الأول Bipolar I disorder
   - اضطراب ثنائي القطب الثاني Bipolar II disorder
   - دوروية المزاج Cyclothymia

اضطراب الاكتئاب

–يتم استخدام كلمة الاكتئاب لوصف حالة الحزن التي يواجهها جميع الأشخاص عندما يفقدون شيئًا ذا أهمية بالنسبة لهم. –الاكتئاب كاضطرابات ليس مجرد حالة مزاجية منخفضة، بل يتجاوز الحزن، إنه يؤثر بشكل خطير على شعور الفرد تجاه نفسه وتجاه العالم وتجاه المستقبل.

اضطراب الاكتئاب الرئيسي Major depressive disorder: يتميز بمزاج مكتئب أو فقدان الاهتمام أو المتعة في جميع الأنشطة تقريبًا لمدة أسبوعين على الأقل، بالإضافة إلى أربعة أعراض اكتئابية أخرى على الأقل. وتشمل هذه الأعراض الشهية، والوزن، أو تغييرات نموذج النوم، انخفاض في الطاقة أو النشاط، مشاعر الذنب أو فقدان القيمة، انخفاض التركيز، أو الأفكار أو الأنشطة الانتحارية.

– اضطراب الاكتئاب الأقل حدة Dysthymic disorder: هو اضطراب مزمن يتميز بمزاج مكتئب ثابت. نظرًا لأن الفرد يعاني من الحد الأدنى من الخلل الاجتماعي والمهني، فنادراً ما يكون العلاج في المستشفى ضروريًا إلا إذا أصبح الشخص انتحاريًا.

العوامل المسببة للاكتئاب

على الرغم من أن العديد من النظريات تحاول شرح سبب الاكتئاب، فإن سبب الاكتئاب معقد ومتعدد الأوجه. لا يمكن تفسيره فقط من خلال نظرية واحدة. ستتم مناقشة أربع نظريات شائعة للاكتئاب:

أولاً: النظريات البيولوجية:

A. **الوراثة:** تدعم النظرية الوراثية أن احتمالية حدوث الأمراض الاكتئابية بالوراثة كالتالي:

- معدل حدوث الإكتئاب أكبر لدى الأقارب منه عند عامة الناس.
- أكثر من 25% من المصابون باضطراب الاكتئاب الرئيسي لديهم أقارب من الدرجة الأولى مصابون باضطرابات المزاج.
- بينت الدراسات على التوائم الحقيقية (اللذين لديهم نفس الجينات) أنه في حال إصابة واحداً من التوائم بالاكتئاب، فهناك فرصة إصابة الآخر بالمرض بنسبة 50%.
- وجدت دراسات التبني أن الأطفال البيولوجيين لأبوين مصابين بالمرض لديهم خطورة أكبر للإصابة باضطرابات المزاج حتى حين يتم تبنيهم من قبل عائلات غير مصابة بالمرض.

B. **فرضيات النواقل العصبية:**

- يعتقد بأن الأمراض الاكتئابية قد تكون مرتبطة بنقص النواقل العصبية التالية النورابينفرين، السيروتونين، والدوبامين في مواضع المستقبلات في الدماغ.

C. **الفرضيات الغدية:**

- هناك علاقة بين زيادة إفراز الكورتيزول واضطراب الاكتئاب.
- وجد أن ثلث المرضى المصابين بالاكتئاب الرئيسي لديهم ضعف بإفراز هرمونات الغدة الدرقية المحفزة وهرمون النمو.

ثانياً: النظريات النفسية:

A. **النظرية التحليلية Psychoanalytic theory**

- تؤكد النظرية التحليلية على الصراعات باللاوعي. تفترض هذه النظرية أن الاكتئاب ينتج عن قساوة الأنا الأعلى (الضمير) وعقابه للشخص.
- حسب النظرية التحليلية يتم إثارة الاكتئاب بالفقدان، والمزاج الاكتئابي هو نتيجة عدوانية الشخص المرتدة باتجاه الذات.
- اعتقد فرويد أنه عندما يكون الرضيع بسن 6–36 شهر يختبر فقدان عاطفي وجسدي للشكل الأمومي، فتكون الاستجابة النفسية بالعاطفة الاكتئابية. يفسر الطفل الحرمان العاطفي (الفقدان) كرفض لقيمته الذاتية، ويشعر باستمرار بعدم قيمة الحب والقبول، وكنتيجة تظهر العدوانية باتجاه شكل الأم. على كل حال، لا زال الطفل يحتاج إلى الحب من نفس الأشخاص مما يثير غضب الطفل لعدم منحه الحب. وهكذا، يمر بحالة من الازدواجية /التناقض، ولكن الحاجة إلى تقبل وقبول الوالدين عند الطفل تكون كبيرة بحيث تكبت مشاعر العدوانية. وكنتيجة، يتم دفع هذه المشاعر إلى اللاوعي وترتد باتجاه الذات للمحافظة على التقبل والقبول من قبل الوالدين.

B. **النظرية التعليمية Learning theory**

• طوّر Seligman نموذجًا سلوكيًا للاكتئاب، والذي أسماه ***learned helplessness*** "العجز المكتسب". في هذا النموذج، اقترح أن الشخص المصاب بالاكتئاب: 1) يتوقع نتائج سلبية في موقف ما، 2) يعتقد أن استجابته لن تمنع حدوث أحداث سيئة ولن يحدث فرقًا تجاه تغيير الموقف، 3) يلوم نفسه للفشل بدلاً من العوامل الخارجية، و4) لا يشعر بأي سيطرة على نتيجة الموقف. وهكذا، فإن الشخص قد تعلم مع مرور الوقت أن أفعاله لا تتحكم إلا قليلاً في نتيجة الحدث.

C. **<u>النظرية المعرفية Cognitive theory</u>**:

اقترح بيك Beck نظرية تشير إلى أن الاضطراب الأساسي في الاكتئاب هو إدراكي وليس عاطفي. حيث يعتقد بيك أن ثلاث أفكار سلبية تلقائية هي المسؤولة عن إصابة الناس بالاكتئاب. وتسمى هذه الأفكار الثلاثة الثالوث المعرفي. إنها وجهة نظر سلبية للذات والعالم والمستقبل.

الخطة التمريضية لمريض الاكتئاب:

<u>التقييم:</u>

عندما يجري الممرضين/ات تقييماً للمرضى المصابين بالاكتئاب، يجدون أنفسهم يشعرون بالاكتئاب أو القلق أو الغضب. لذلك، عند تقديم الرعاية للمريض المصاب بالاكتئاب، يجب على الممرض/ة الحفاظ على الوعي بردود الفعل الشخصية تجاه المريض وطرق الاستجابة التي يمكن أن يؤثر بها على العلاقة بين الممرض والمريض وتقديم الرعاية اللاحقة لذلك. يقسم التقييم إلى:

العاطفة والمزاج: المزاج الاكتئابي وanhedonia عدم القدرة على الاستمتاع، وفقدان الاهتمام في الأنشطة التي كانت تعتبر في السابق ممتعة، هي الأعراض الرئيسية للاكتئاب. ويلاحظ أيضا البكاء والنواح.

المشاعر التي كثيرا ما يبلغ عنها الأشخاص المكتئبون هي:

- ✓ الشعور بعدم القيمة. والذي يتراوح من الشعور بأنه غير كفؤ إلى وجود تقييم غير واقعي لتقدير الذات. كثيرا ما تستخدم العبارات "أنا لست جيدًا"، "أنا مثل هذا الفشل"، "أتساءل كيف تبقى معي"، إلخ.
- ✓ الشعور بالعار والشعور بالذنب أمر شائع.
- ✓ يظهر العجز من عدم القدرة على تنفيذ أبسط المهام. كل شيء صعب للغاية لإنجازه على سبيل المثال، الاهتمام بالنظافة، أعمال المنزل، العمل، ورعاية الأطفال.
- ✓ اليأس. يعتقد المرضى أن الأمور لن تتغير أبدًا. قد يعاني الشخص من تشاؤم مستمر وقد يعبر عن اليأس الذي قد يؤدي إلى فعل انتحاري.
- ✓ الغضب والتهيج. يمكن التعبير عنها في تدمير الممتلكات، أو الاعتداءات اللفظية المؤذية، أو الاعتداء الجسدي على الذات (السلوكيات الانتحارية).
- ✓ القلق.

المظهر الخارجي:

- ✓ اهمال شديد للنظافة الشخصية والمظهر.
- ✓ قد يبدو أكبر من عمره الزمني.
- ✓ يبدو متشائماً وكئيباً.
- ✓ تجنب التواصل العيني والنظر، ونظرة ثابتة.
- ✓ وضعيات توقف، والحركة عادة ثقيلة وبطيئة.

السلوكيات الجسدية

- ✓ التعب والخمول من الأعراض المميزة: يشعر الشخص بالتعب المستمر دون بذل مجهود بدني.
- ✓ التخلف النفسي: الحركات بطيئة للغاية وصعبة، في الحالة القصوى، قد تتطور الأعراض إلى الخمول، السلس البولي والذهول.
- ✓ التهيج النفسي: قد يصاب المرضى بالتوتر أو يعضون أظافرهم أو يدخنون أو يطقطقون أصابعهم أو يقومون ببعض النشاطات الأخرى لتخفيف التوتر. أيضا، يشكون من مشاعر تململ وعدم القدرة على الاسترخاء.

علامات الاكتئاب الحياتية: تشير إلى التغييرات في تلك الأنشطة اللازمة لدعم الحياة البدنية والنمو (الأكل والنوم والقضاء والجنس).

a) التغييرات في الأكل: حوالي 60–70 ٪ من الناس الذين يعانون من الاكتئاب يبلغون عن فقدان الشهية، وقد يحدث فرط بالشهية في حالة الاكتئاب الخفيف، وغالبا ما يصف المرضى الطعام بأنه لا طعم له.

b) التغير في نمط النوم: غالبًا ما يعاني الأشخاص المصابون بالاكتئاب من الأرق أو الاستيقاظ عند الساعة الثالثة أو الرابعة صباحًا والبقاء مستيقظين أو النوم فقط لفترات قصيرة. بالنسبة لبعض الأشخاص، يزداد النوم (فرط النوم) ويوفر هروبًا من المشاعر المؤلمة. على كل حال، نادراً ما يكون النوم مريحًا أو منعشًا.

c) التغيير في عادات الاطراح: يظهر الإمساك بشكل متكرر في المرضى الذين يعانون من التراجع الحركي، بينما يحدث الإسهال في حالة التهيج النفسي.

d) كثيرا ما يتم الإبلاغ عن انخفاض في الاهتمام الجنسي (فقدان الرغبة الجنسية).

تقييم عملية التفكير

⇐ يحدث تأثر سلبي لقدرة الشخص على حل المشكلات والتفكير بشكل واضح. أيضا، يتصف الشخص بالتفكير المتشائم حول الحاضر والماضي والمستقبل.

⇐ الاهتمام بالحاضر: يرى المرضى الجانب التعيس لأي حدث، يعتقدون أنهم يفشلون في كل ما يفعلونه، ويقللون من قيمة أي نجاح باعتباره فرصة تحدث ولا فضل لهم فيها.

⇐ التحدث عن المستقبل: لديهم توقعات سلبية أو يأس يرافقه شعور بأن الحياة لا تستحق العيش.

⇐ فيما يتعلق بالماضي: إنهم يتمركزون حول فشل بسيط حصل في الماضي يؤدي إلى ذنب غير معقول أو يلقون اللوم على أنفسهم في معظم الوقت، ولا يرتبطون بأي حدث معين.

• هناك ضعف بالحكم على الوقائع، وتردد.

• يشكو المرضى من بطء بالتفكير والذاكرة والقدرة على التركيز.

• ممكن وجود أوهام/ضلالات في الاكتئاب الشديد. يتضمن التفكير الوهمي الأكثر شيوعًا ما يلي: وهم لوم الذات، وهم الفقر، الوهم العدمي.

⇐ السلوكيات الانتحارية. المرضى الذين يعانون من اضطرابات الاكتئاب معرضون بشكل متزايد لخطر الانتحار (المقصود منه الإضرار بالنفس الذي يؤدي إلى الوفاة) مع بدء التحسن واستعادة الطاقة اللازمة للتخطيط والانتحار.
تقييم ما إذا كان المريض حاليًا هو انتحاري أم لا: يتضمن:

1. أدلة على السلوكيات الانتحارية.
2. تقييم جدية خطة الانتحار.
3. تقييم عوامل الخطورة.

التواصل والعلاقات الشخصية

- غالبًا ما يكون المرضى المصابين بالاكتئاب منسحبين ويبحثون عن العزلة الاجتماعية.
- وجود بطء في الكلام والفهم
- الرد على السؤال بكلمة واحدة
- ردود متأخرة على السؤال (توقف طويل قبل الإجابة)
- نبرة صوت منخفضة وقد يكون المريض صامت ولا يتحدث على الإطلاق.

الادراك: قد تحدث الهلوسة في حالة الاكتئاب الشديد المترافق مع الأعراض الذهانية.

البصيرة: غالبًا ما يتصف المرضى المصابين بالاكتئاب ببصيرة شديدة بحالتهم.

ملحوظة. تزداد شدة الأعراض الاكتئابية في الصباح وتقل بحلول المساء (اختلافات يومية)

التشاخيص التمريضية:

أولا:High risk for self-directed violence عالي الخطورة للعنف الموجه ذاتيا <u>مرتبط ب</u>:

-مزاج مكتئب، الشعور بعدم القيمة، تحول الغضب إلى الذات، سوء تفسير الواقع، عدم القدرة على السيطرة على الاندفاع، نقص التوجه للمستقبل.

<u>مميز ب</u>: أدلة الانتحار كما هو مذكور أعلاه.

التداخلات التمريضية: في محاضرة الطوارئ النفسية

Don't:

- لا تقل طرفة عن الموت، ولا تقلل من قيمة مشاعر المريض ورغباته، ولا تقل عبارات غير حساسة مثل الكل يريد أن يعيش.

- لا تقلل من أهمية محاولات الانتحار السابقة للمريض. يجب أن تؤخذ كل محاولة انتحار بجدية.
- لا تصدر حكمًا أخلاقيًا أو تعزز شعور المريض بالذنب.

قد تعكس كل هذه السلوكيات عدم وجود تعاطف وفهم مع عواطف المريض

ثانياً: اضطراب تقدير الذات Self-esteem disturbance: مرتبط ب:

الشعور بالذنب واليأس، النقد الذاتي، العجز المكتسب/المتعلم

مميز ب: التعبير عن الأفكار التي تنقل تدني احترام الذات، نقص تقدير الذات، عدم القدرة على اتخاذ القرار، التقليل من نقاط القوة لديه.

الهدف:

– أن يكون المريض قادرًا على التعبير عن مشاعر تقدير الذات.

التداخلات التمريضية:

–شجع المريض على الانخراط في أنشطة العناية بالنفس. ستكون هذه هي الخطوة الأولى للمريض ليشعر بانه أفضل.

–في البداية ، توفير الأنشطة البسيطة التي يمكن إنجازها بسهولة وبسرعة.

–زيادة تدريجية في عدد الأنشطة وتعقيدها.

–إعطاء المريض ردود فعل إيجابية (تعزيز) عند اتمامه المهام الموكلة إليه المسؤوليات.

–استكشف مع المريض نقاط قوته الشخصية. صنع قائمة مكتوبة مفيد في بعض الأحيان.

–شجع المريض على اتخاذ القرار (اطلب منه المشاركة في التخطيط للرعاية المقدمة إليه)

– إيصال مفهوم الثقة في قدرات المرضى.

ثالثاً: ضعف التفاعل الاجتماعي Impaired social interaction مرتبط ب:

–مشاعر عدم كفاية التفاعلات الاجتماعية، الخمول ونقص الطاقة، قلة المهارات الاجتماعية، المزاج المكتئب، ومشاعر الرفض، واليأس، والعجز.

مميز ب: انسحاب، التعبير عن عدم الراحة في التفاعل الاجتماعي، السعي للبقاء وحيداً.

الهدف: –أن يستخدم المريض الكلمات اللفظية ويكون مستعداً للتفاعل مع الآخرين.

التداخلات التمريضية:

-في البداية ، تفاعل مع المريض على أساس شخص لشخص ، مع التقدم نحو تسهيل التفاعلات الاجتماعية بين المريض والمرضى الآخرين، ثم مع مجموعة صغيرة ومجموعة أكبر تدريجياً.

-تحديد وقت للتفاعل اليومي مع المريض: إن تخصيص وقت لقضائه مع المريض يعزز شعور المريض بقيمة الذات ويوفر فرصة لتطوير علاقة علاجية.

-التعليق مبدئيًا على الموضوعات المحايدة أو مواضيع عامة مثل العناصر الموجودة في الغرفة والأخبار اليومية وما إلى ذلك.

-التأكيد على حضور أنشطة الجناح الروتينية وكذلك الأنشطة غير الصعبة ، مثل مشاهدة الأفلام.

-ابق مع المريض حتى لو لم يشارك في المحادثة.

-ساعد المريض على تحديد ومناقشة الجوانب الإيجابية والسلبية للتفاعل مع الآخرين.

-تقديم الثناء والمديح عن كل تفاعل يقوم به المريض.

- تشجيع زيارات الأصدقاء الداعمين للمريض وأقاربه، إلخ.

رابعاً: تغير عملية التفكير Altered thought process مرتبط **بـ:**

-التغيرات العصبية الحيوية، العجز المكتسب، نقص احترام الذات، الشعور باليأس، اضطراب في العمليات المعرفية والأنشطة.

مميز ب: الأوهام، ضعف الانتباه والتركيز، ضعف القدرة على حل المشاكل، عدم القدرة على اتخاذ القرار، العجز واليأس.

الأهداف: -ان يكون المريض قادرا على إظهار التفكير القائم على الواقع.

-أن يكون المريض قادرًا على التعبير عن بعض الأمل والشعور بالتحكم في النفس والبيئة.

-أن يكون المريض قادرًا على اتخاذ القرار فيما يتعلق برعايته.

التداخلات التمريضية:

-لا تسأل عن تفسيرات مفصلة بشأن الوهم. ركز على المشاعر الناتجة عن الوهم وليس المحتوى.

-اذكر الحقيقة ، مع إعطاء معلومات دقيقة.

-تجنب الضحك والمزاح والتصرف بمرح.

-تجنب استخدام عبارات لزيادة القيمة، على سبيل المثال ،

" •أنت تبدين لطيفة هذا الصباح" أو "تعجبني تسريحة شعرك"

يمكن تفسير ذلك على أنه "لم أكن أبدو جميلًا بالأمس. بدلاً من ذلك، يمكنك أن تقول:

" •أنت ترتدين فستانًا جديدًا هذا الصباح" أو "لقد غيرت أسلوب تسريح شعرك."

-تقديم الأنشطة والمهام الواقعية التي يمكن للمريض أن ينجح فيها.

-تحديد المواقف / الأحداث التي تسهم في شعور المريض بالعجز.

-قبول تعبير المريض عن العجز.

-توفير الفرص للمريض لممارسة السيطرة في المواقف التي يمكنه أو يمكنها التعامل معها.

-شجع المريض على التعبير عن الشعور باليأس.

-تحديد الجوانب الإيجابي في عالم المريض.

-علم المريض بناء أفكار ممتعة للتغلب على اليأس. على سبيل المثال، تذكر تجربة سابقة ناجحة مع المريض، وتحديد أهداف قابلة للتحقيق في المستقبل، إلخ.

- قدم ثناءً حقيقياً لجهود المريض نحو تحديد الهدف، والشروع في الرعاية الذاتية، إلخ.

خامساً: ضعف التواصل اللفظي Impaired verbal communication <u>مرتبط ب:</u>

التخلف النفسي، نقص احترام الذات، قلق شديد.

مميز ب: تباطؤ الكلام، الخرس، نقص كمية الكلام.

الهدف: -أن يكون المريض قادرًا على الاستجابة بتفاعل شخص إلى شخص.

التداخلات التمريضية:

-استخدم كلمات بسيطة ملموسة

-إتاحة الوقت للمريض للرد

-اسأل فقط عن شيء واحد في وقت واحد.

-استخدم نهجًا توجيهيًا، على سبيل المثال ، "لقد حان الوقت لتناول الغداء ، وسأذهب معك" بدلاً من "هل ترغب في تناول الغداء؟"

-عندما لا يتكلم المريض ، اجلس معه في صمت لفترة قصيرة. إن وجودك واهتمامك بمرور الوقت يمكن أن يعزز فكرة أنك تنظر إلى المريض على أنه شخص يستحق الاهتمام.

– استخدم تقنيات التواصل العلاجي مثل الاستعادة والتوضيح لمساعدة المريض على التعبير عن احتياجاته.

سادساً: نقص العناية بالذات Self–care deficit مرتبط ب: فقدان الطاقة، عدم وجود الحافز، التخلف النفسي.

مميز ب: –نقص النظافة والاهتمام بالمظهر الخارجي كاللباس.

الهدف: –أن يكون المريض قادراً على أداء الرعاية الذاتية بشكل مستقل.

التداخلات التمريضية:

–تشجيع استخدام فرشاة الأسنان ، والصابون ، وأدوات الحلاقة ، إلخ.

–أعط تعليمات خطوة بخطوة مثل "اغسل الجانب الأيمن من وجهك ، والآن اليسار."

–الحفاظ على روتين لتبديل الملابس، والاهتمام بالنظافة. إضافة مهام أكثر تعقيدًا وتكرارًا مع تحسن حالة المريض.

–وضع الحدود برفق وحزم فيما يتعلق بقضاء الوقت في السرير.

–توفير التعزيز عند تحسن الرعاية الذاتية.

سابعاً: تغير نمط التغذية /أقل من احتياج الجسمAltered nutrition, less than body requirement–
<u>مرتبط ب:</u> اضطرابات الشهية أو أنماط الأكل المنتظمة.

مميز ب: فقدان الشهية، فقدان الوزن، ضعف.

الهدف: –زيادة الوزن تدريجيا حتى يصل المريض إلى وزن الجسم المناسب.

التداخلات التمريضية:

–تقديم وجبات صغيرة و ووجبات خفيفة بشكل متكرر طوال اليوم. هذا سيكون أكثر تحملاً من تناول كميات كبيرة من المواد الغذائية.

–عند الإمكان ، ابق مع المريض أثناء تناول الوجبة من أجل تقديم التشجيع للمريض لتناول الطعام.

–قم بعرض الخيارات، واسأل المريض عن الطعام أو المشروبات التي يحبها.

–توفير الأغذية التي يتم تناولها بالملعقة.

–استشر اختصاصي التغذية ، إذا لزم الأمر.

–وزن المريض أسبوعيا

–استخدم أنبوب انفي معدي إذا استمر المريض برفض تناول الطعام.

– راقب نمط أكل المريض.

ثامناً: تغير نموذج الاطراح /امساك Altered bowel elimination, constipation مرتبط ب: نقص النشاط الحركي، نقص كمية السوائل المأخوذة، الآثار الجانبية للأدوية المضادة للاكتئاب.

مميز ب: نقص عدد مرات حركات الأمعاء، خروج براز قاسي أو ألم أثناء التبرز.

الهدف: يتبرز المريض بدون ألم.

التداخلات التمريضية:

-مراقبة السوائل الداخلة والخارجة، ومراقبة حركات الأمعاء.

-قدم الأطعمة الغنية بالألياف ووفر فترة من التمرينات.

-تشجيع المريض على تناول السوائل

- تقييم الحاجة إلى المسهلات والحقن الشرجية.

Bipolar disorders الاضطراب ثنائي القطب

تصنف الاضطرابات ثنائية القطب إلى- :

1. الاضطراب الثنائي القطب I: يتميز بوجود نوبات من الهوس والاكتئاب أو نوبات هوس فقط.
2. الاضطراب الثنائي القطب II: يتميز بوجود نوبة اكتئابية رئيسية بالتناوب مع نوبات من الهوس الخفيف hypomania.
3. Cyclothymia: إنه شكل خفيف من الاضطراب الثنائي القطب. ويتميز بنوبة من hypomania ونوبة من الاكتئاب الخفيف.

الفرق بين الهوس و hypomania:

Hypomania	Mania
1- الأعراض ليست شديدة بما يكفي لتسبب ضعفًا ملحوظًا في الأداء الاجتماعي أو المهني. 2- قد لا يتطلب دخول المستشفى. 3- عدم وجود أي أعراض ذهانية.	1. الأعراض شديدة بما يكفي لتسبب ضعفًا ملحوظًا في الأداء الوظيفي أو في الأنشطة المعتادة أو في العلاقات مع الآخرين 2. هناك حاجة إلى المستشفى لحماية المريض والآخرين 3. هناك أعراض ذهانية.

الآلية الإمراضية/العوامل المسببة للهوس:

أولا: النظرية البيولوجية

1- النظرية الوراثية

- أشارت الدراسات على التوائم إلى أنه إذا كان أحد التوائم المتطابقين مصابًا باضطراب ثنائي القطب، يزيد احتمال إصابة التوأم الآخر بالاضطراب ما بين أربعة إلى خمسة أضعاف مما لو كانا أخوين.
- أشارت الدراسات إلى أنه إذا كان أحد الوالدين يعاني من اضطراب ثنائي القطب I ، فهناك فرصة بنسبة 25 ٪ أن يعاني الطفل من اضطراب المزاج. يصبح الخطر حوالي 50 إلى 75 ٪ إذا كان كلا الوالدين مصابين بالمرض.

2- فرضية النواقل العصبي

لقد تم الافتراض بأن اضطراب الهوس قد يكون مرتبطًا بفائض اللإيبينيفرين والدوبامين.

ثانيا –نظرية التحليل النفسي

- تعتبر نوبات الهوس بمثابة دفاعات شديدة ضد الاكتئاب. يمكن فهم هذا الدفاع على أنه تكوين رد فعل للاكتئاب الرئيسي أو إنكاره.
- يُنظر إلى نوبات الهوس على أنها محاولة لتجنب الألم الداخلي من خلال نشاط مرهق ومزاج مبالغ فيه أو مرتفع.

<u>العملية التمريضية للمريض المصاب بالهوس:</u>

التقييم: الأعراض الثلاثة الأكثر شيوعًا في بداية الهوس هي– : مزاج مرح، زيادة النشاط، انخفاض النوم.

لا يشعر جميع الناس في حالة الهوس بالنشوة، فبعض الناس يصبحون سريعي الغضب خاصةً عندما يتم وضع قيود على سلوكياتهم. يقوم الممرض/ة بتقييم المجالات التالية عند تقييم مرضى الهوس:

1. المزاج:

- ✓ النشوةEuphoria : المزاج النشيط المرتبط بمرض ثنائي القطب غير مستقر وغير ثابت. قد يتحول المزاج إلى تهيج وغضب سريع عندما لا ينجح الشخص المصاب عمل ما يريده.
- ✓ مزاج متقلب، والتحول من الضحك إلى التهيج إلى الاكتئاب في دقائق.
- ✓ معظم الوقت، يضحك المريض، ينكت ويتحدث بشكل مستمر.

2. السلوك:

- ✓ فرط النشاط قد يتراوح من خفيف إلى شديد. السلوك البدني قد يكون من الصعب السيطرة عليه. قد يكون هناك فورة على سبيل المثال رمي الأشياء أو الاعتداء عند المرور.
- ✓ المريض المصاب بالهوس مشغول طوال ساعات النهار والليل.
- ✓ مريض الهوس يطير من نشاط إلى آخر، من مكان إلى آخر، مشروع إلى آخر. يمكن البدء في العديد من المشاريع، ولكن القليل منها، إن وجد.
- ✓ من الشائع كتابة رسائل طويلة وإجراء العديد من المكالمات الهاتفية.
- ✓ إنفاق مبالغ كبيرة من المال على عناصر مختلفة.
- ✓ مريض الهوس غالبا ما يعطي المال والممتلكات، والهدايا باهظة الثمن.

- ✓ لباس المريض غريب، قد يستخدم المكياج الملون وغير المناسب.
- ✓ قد يحدث الزواج المندفع والطلاق.
- ✓ يعاني جميع مرضى الهوس من انخفاض في الحاجة إلى النوم وقد لا ينام بعضهم لعدة أيام.
- ✓ الشخص الهوسي مشغول جدا لتناول الطعام أو الانخراط في أنشطة جنسية. هذا النشاط البدني دون توقف وقلة النوم والطعام يمكن أن يؤدي إلى الإرهاق البدني وحتى الموت.

3. عملية التفكير:

- ✓ تطاير الأفكار.
- ✓ ضغط الكلام بصوت عال.
- ✓ يتضمن الحديث غالبًا المزاح واللعب على الكلمات والإغاظة.
- ✓ غالبًا ما يكون محتوى الكلام صريحًا جنسيًا ويتراوح من غير المناسب إلى المبتذل.
- ✓ قد تتمحور الموضوعات في المراسلات حول قوته الجنسية غير العادية، والأعمال التجارية الرائعة، ... إلخ
- ✓ استخدام القافية
- ✓ مريض الهوس هو مشتت للغاية.
- ✓ ضعف التركيز وضعف الحكم.
- ✓ أوهام العظمة والاضطهاد ..... إلخ شائعة.
- ✓ قد تحدث الهلوسة.

4. العلاقات الشخصية:

قد يعامل مريض الهوس الجميع بألفة وثقة وقد يظهر حميمية غير لائقة مع شخص غريب (علاقة سطحية)، من ناحية أخرى، قد يكون هناك الكثير من التطفل على المحادثات بين الآخرين.

<u>التشاخيص التمريضية:</u>

التشاخيص التمريضية تختلف بالنسبة لمريض الهوس. الاعتبار الرئيسي للمريض المصاب بالهوس الحاد هو الوقاية من الإرهاق والموت من انهيار القلب.

أولاً: خطر العنف الموجه ضد الآخرين <u>Risk for violence directed at others</u> يرتبط ب:

فرط النشاط، السلوك العدواني، الهياج، نقص احترام الذات، ضعف السيطرة على الدافع، الاضطرابات العصبية

الأدلة على السلوك المتهيج في محاضرة "الطوارئ النفسية."

الهدف: إظهار زيادة في السيطرة على السلوك الحركي

التداخلات التمريضية:

- ➢ حافظ على قلة المحفزات في البيئة (مثل الابتعاد عن الأضواء الساطعة والضوضاء الصاخبة والأشخاص)
- ➢ توفير بيئة منظمة متناغمة، دع المريض يعرف ما هو متوقع منه.

- شجع المريض على التعبير عن مشاعر الغضب.
- الحفاظ على ونقل موقف هادئ للمريض.
- توفير أنشطة انفرادية منظمة مع الممرض/ة.
- إعادة توجيه السلوكيات العنيفة، من خلال التمارين البدنية التي يمكن أن تقلل من التوتر وتوفر التركيز.
- قم بتوجيه المريض للبحث عن المساعدة عند الشعور بالهيجان والعدائية.
- أخرج المريض من المواقف المثيرة والمهيجة.
- ساعد المريض على صنع صلة بين المواقف الضاغطة التي قد تزيد من التوتر وبين مشاعره بالعدائية.
- تجنب المجادلة عندما يتحدث المريض بأفكار غير واقعية أو تتضمن توهم العظمة.
- قدم ملاحظات إيجابية عندما يحاول المريض التعامل مع الحوادث المحبطة دون عنف.
- لا تستخدم القيود البدنية إلا عند فشل التدخل اللفظي والعزل.
- قم بتعليم المريض حول العلامات المبكرة وأعراض السلوكيات المتصاعدة (أدلة التهيج).

ثانياً: عالي الخطورة للأذية High risk for injury مرتبط ب:

فرط النشاط، الاندفاع، وهم العظمة، العدوى الثانوية الناتجة عن قلة التغذية ونقص النوم والإهمال الشخصي.

الأهداف: الحفاظ على السلامة الجسدية، سوف يكون المريض خاليًا من أي ضرر.

التداخلات التمريضية:

- تقليل التحفيز والمثيرات البيئية.
- ضع الأثاث ذو الحواف الحادة بالقرب من الحائط قدر الإمكان لمنع وقوع الحوادث.
- إزالة الأشياء الخطيرة.
- توفير أنشطة حركية في منطقة آمنة مفتوحة.
- امتدح المريض على الجهود المبذولة للاستفادة من إنتاجية الطاقة وتجنب الإصابة.

ثالثاً: ضعف التفاعل الاجتماعي **Impaired social interaction** **–مرتبط ب:**

ضعف القدرة على الحكم والاندفاع، مزاج سريع الانفعال، فرط النشاط.

مميز ب: السلوك الاجتماعي العدواني، العداء اللفظي، مقاطعة محادثة أخرى، استخدم الحوار الناقد أو الساخط أو الجنسي، التلاعب بالآخرين تبعا لرغبات المريض الخاصة.

الهدف: ان يكون المريض قادرا على التفاعل بطريقة مناسبة.

التداخلات التمريضية:

- كن متناغماً في طريقة التعامل مع المريض والتوقعات. ضع الحدود والتوقعات المستمرة لمنع التلاعب.
- حافظ على الهدوء والحياد. لا تضحك على المريض، ولا تضيف إلى العبارات الهزلية.

- ضع قيودًا على السلوكيات المتلاعبة أو التدخلية أو المقاطعة.
- قدم تغذية راجعة فيما يتعلق بتأثير السلوكيات السلبية على الآخرين، عندما يكون المريض قادرًا على أن يتقبل.
- ساعد المريض على تحديد الجوانب الإيجابية عن الذات، والتعرف على الإنجازات والشعور بالرضا عنها.
- مساعدة المريض على تطوير طرق أكثر إنتاجية لتلبية الاحتياجات وتحقيق الأهداف، على سبيل المثال الأنشطة والألعاب والتمارين البدنية.
- يجب أن تكون الأنشطة بسيطة، وغير محفزة، وسهلة الإنجاز في وقت قصير، وتتطلب فترة اهتمام قصيرة دون بذل مجهود بدني. ينصح بالأنشطة الانفرادية في البداية.
- تجنب الألعاب التنافسية. يمكن أن تحفز العدوان وتؤدي لزيادة النشاط الحركي.
- إشراك المريض تدريجياً في التفاعل مع الآخرين.
- امتدح المريض لمحاولة استخدام السلوكيات المناسبة اجتماعيًا وبعد استخدامها.

رابعاً: ضعف التواصل اللفظي **Impaired verbal communication** مرتبط ب:

ارتفاع مستوى القل، انعدام الأمن، العوامل البيولوجية.

مميز ب: تتطاير الأفكار، ضغط الكلام، الكلام المقفى.

الهدف: أن يكون المريض قادرًا على التواصل بطريقة مفهومة ومناسبة.

التداخلات التمريضية:

- استخدم تفسيرات أو عبارات قصيرة وموجزة.
- استخدم تقنيات التواصل العلاجية مثل التركيز، التوضيح، إعادة صياغة العبارة ... الخ
- ساعد المريض على التحدث ببطء واتباع خط واحد من التفكير (فكرة واحدة بنفس الوقت).

خامسا: تغير العملية العقليةAltered thought process مرتبط ب:

نقص احترام الذات، عدم القدرة على التعامل مع المشاعر، ارتفاع مستوى القلق.

مميز ب: وهم العظمة، ضعف القدرة على الحكم واتخاذ القرارات.

الهدف: ان يكون المريض قادرًا على التعبير عن الأفكار والخطط الواقعية.

التداخلات التمريضية:

- ركز على المشاعر ومعنى الوهم.
- صرف انتباه المريض عن الوهم والتركيز على الموضوعات والأحداث الحقيقية. (مثل الطقس أو الأفلام أو الموسيقى).
- حافظ على حيادك وتجنب صراعات القوة مع المريض والحكم على القيم.
- إشراك المريض في الأنشطة التي توفر الشعور بالنجاح.

سادساً: تغير التغذية أقل من حاجة الجسم **Altered nutrition less than body requirements مرتبط ب:**
تناول كمية من الطعام والسوائل غير كافية مقارنة بمعدل الاستقلاب.

مميز ب: وزن الجسم أقل من الوزن المثال ب 20% او أكثر، رفض مستمر لتناول الطعام أو الشراب، عدم الانتباه إلى موعد وجبات الطعام او الإلهاء عن مهمة تناول الطعام.

الأهداف: زيادة الانتباه لسلوك تناول الطعام، زيادة الوزن.

التداخلات التمريضية:

توفير التغذية المتعددة بفواصل زمنية محددة، باستخدام الأطعمة سهلة التناول (مثل السندويشة، الفاكهة أو الحليب المخفوق)

قم بتقديم مشروبات سهلة الحمل تحتوي على نسبة عالية من الفيتامينات والمعادن والشوارد.

تقديم نظام غذائي عالي البروتين والكربوهيدرات.

تقديم وجبات الطعام في مكان بأقل مثيرات لمنع التشتت.

شرب كمية لترين كحد أدنى من السوائل.

وزن المريض بانتظام.

تذكير المريض باستمرار لتناول الطعام.

تقييم السوائل والشوارد بانتظام.

امدح المريض على أي محاولة لتناول الطعام أو الشراب

سابعاً: اضطراب نموذج النوم Sleep pattern disturbances مرتبط ب:

تغيرات الافرازات الكيميائية.

مميز ب: تقطع النوم الليلي.

الهدف: نموذج نوم طبيعي (النوم 6–8 ساعات في الليل) وأن يخبر المريض أنه يشعر بالراحة.

التداخلات التمريضية:

- تقليل المثيرات ضمن بيئة الغرفة.
- نصح المريض بعدم شرب الكافيين والسجائر بعد السادسة مساءً.
- توفير وجبات خفيفة صغيرة أو حليب دافئ عند وقت النوم أو عندما يستيقظ في الليل.
- تشجيع المشاركة بنشاطات جسدية وتمارين خلال النهار.

- تحديد الأنشطة في المساء قبل وقت النوم.
- إعطاء الأدوية بأمر الطبيب.

ثامناً: نقص العناية بالذات Self-care deficits مرتبط ب:

نقص التركيز، فرط النشاط، الاندفاعية والتهور، نقص القدرة على الحكم السليم.

مميز ب: نقص العناية بالمظهر الخارجي، ملابس غريبة، ملابس غير كافية أو غير مناسبة.

الهدف: أن يقوم المريض بنشاطات العناية بالذات أو يرتدي ملابس مناسبة.

التداخلات التمريضية:

- توفير مساعدة جسدية، الاشراف وتوجيه التعليمات، التذكير، التشجيع والدعم عند الحاجة.
- إعطاء خطوات بسيطة خطوة بخطوة للتذكير بالعناية بالنظافة واللباس (هذا ....، إحلق الجهة اليسرى... والآن اليمنى، هذه فرشاة الأسنان خاصتك، ضع معجون الأسنان على لفرشاة).
- حدد خيارات الملابس المتاحة.