

حوار مع رجل الكهف في  
اضطراب ثنائي القطب

**DSM-5**

اضطراب ثنائي القطب و الاضطرابات ذات الصلة

Bipolar and Related Disorders

**بعد قمة**

المحاجة الرابعة

دافيد رجل الكهف



**حوار مع رجل الكهف في اضطراب ثنائي القطب**

# حوار مع رجل الكهف في اضطراب ثنائي القطب

اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة

**Bipolar and Related Disorders**

**DSM-5**

المحاورة الرابعة

دافيد رجل الكهف

حوار مع رجل الكهف في اضطراب ثنائي القطب

دافيد رجل الكهف

ردمك: 5-30-754-9931-978

الإيداع القانوني: السادس الأول - 2021

مؤسسة دروملين للنشر والتوزيع

رقم 01 حي ابن سينا، بئر خادم، الجزائر

رقم الهاتف: (213) 0780002496 / (213) 0561391469

البريد الإلكتروني: dromelin.publishing@gmail.com

الموقع الإلكتروني: www.dromelin.dz

يمنع إعادة إنتاج أو تخزين هذا الكتاب أو أي جزء منه بأي نظام لتخزين المعلومات أو أية وسيلة نشر أخرى من دون إذن خطى من المؤلف أو الناشر.

الرجاء عدم المشاركة في سرقة الملاود المحمية بحقوق النشر أو التشجيع على ذلك. نقدر دعمكم لحقوق المؤلفين والناشرين.

إن الآثار الواردة في الكتاب لا تعبّر بالضرورة عن رأي شركة دروملين.

## الإهداء

إلى دللي الذي أقمنى ألا يكون قد ورث مني جينات جنونى.  
إلى لوسيل التي يُسعدني سماع صوتها في كل حالاتي المزاجية.  
إلى كلّ من دمر اضطراب ثانٍ القطب حياته كما دمر حياتي.

رجل الكهف

## صدر من سلسلة حوار مع رجل الكهف حتى الآن

المحاورة الأولى: حوار مع رجل الكهف في: ما المثقف؟

المحاورة الثانية: حوار مع رجل الكهف في: اضطرابات الشخصية

المحاورة الثالثة: حوار مع رجل الكهف في: الاضطرابات الاكتئابية

المحاورة الرابعة: حوار مع رجل الكهف في: اضطراب ثانٍ القطب  
والاضطرابات ذات الصلة

المحاورة الخامسة: حوار مع رجل الكهف في: الكتابة الأكادémie

M rajulkahf@gmail.com

f @rajulkahf

► TheCavemanTalks

## جدول المحتويات

15 .....	المقدمة
23 .....	مدخل للمعايرة الاضطرابات النفسية MENTAL DISORDERS
	الباب الأول اضطراب ثانى القطب والااضطرابات ذات الصلة BIPOLAR AND RELATED DISORDERS
37 .....	الباب الثاني رحلات بين القطبين
46 .....	الباب الثالث نوبة الهوس MANIC EPISODE
52 .....	الباب الرابع نوبة تحت الهوس HYPOMANIC EPISODE
55 .....	الباب الخامس عودة إلى نوبة الاكتئاب العاد (MDE)
58 .....	الباب السادس اضطراب ثانى القطب I BIPOLAR I DISORDER
60 .....	الباب السابع اضطراب ثانى القطب II BIPOLAR II DISORDER
64 .....	الباب الثامن اضطراب المزاج الدورى CYCLOTHYMIC DISORDER
70 .....	الباب التاسع اضطراب ثانى القطب الناجم عن مادة أو دواء والااضطرابات ذات الصلة SUBSTANCE/MEDICATION-INDUCED BIPOLAR AND RELATED DISORDER
73 .....	الباب العاشر اضطراب ثانى القطب الناجم عن حالة طبية أخرى والااضطرابات ذات الصلة BIPOLAR AND RELATED DISORDER DUE TO ANOTHER MEDICAL CONDITION
75 .....	الباب الحادي عشر اضطراب ثانى القطب والااضطرابات ذات الصلة المحددة الأخرى OTHER SPECIFIED BIPOLAR AND RELATED DISORDER
77 .....	الباب الثاني عشر اضطراب ثانى القطب والااضطرابات ذات الصلة غير المحددة UNSPECIFIED BIPOLAR AND RELATED DISORDER
80 .....	الباب الثالث عشر اضطراب ثانى القطب والااضطرابات ذات الصلة مع ازعاج قلقي

81	<b>BIPOLAR AND RELATED DISORDER WITH ANSIOUS DISTRESS</b>
	الباب الرابع عشر نوبة هوس ونوبة تحت الهوس مع ملامح مختلطة MANIC AND HYPOMANIC EPISODES WITH MIXED FEATURES
83	<b>HYPOMANIC EPISODES WITH MIXED FEATURES</b>
	الباب الخامس عشر نوبة اكتابية مع ملامح مختلطة DEPRESSIVE EPISODES WITH MIXED FEATURES
85	<b>WITH MIXED FEATURES</b>
	الباب السادس عشر اضطراب ثانى القطب مع دوران سريع BIPOLAR DISORDER WITH RAPID CYCLING
87	<b>DISORDER WITH RAPID CYCLING</b>
	الباب السابع عشر اضطراب ثانى القطب والاضطرابات ذات الصلة مع ملامح سوداوية BIPOLAR AND RELATED DISORDERS WITH MELANCHOLIC
89	<b>FEATURES</b>
	الباب الثامن عشر اضطراب ثانى القطب والاضطرابات ذات الصلة مع ملامح ذهانية BIPOLAR AND RELATED DISORDERS WITH PSYCHOTIC
92	<b>FEATURES</b>
	الباب التاسع عشر اضطراب ثانى القطب والاضطرابات ذات الصلة مع ملامح غير غطية BIPOLAR AND RELATED DISORDERS WITH ATYPICAL
94	<b>FEATURES</b>
	الباب العاشرون اضطراب ثانى القطب والاضطرابات ذات الصلة مع شذوذ الحركة BIPOLAR AND RELATED DISORDERS WITH CATATONIA
97	<b>BIPOLAR AND RELATED DISORDERS WITH SEASONAL</b>
	الباب الواحد والعشرون اضطراب ثانى القطب والاضطرابات ذات الصلة مع غط فصلي BIPOLAR AND RELATED DISORDERS WITH PERIPARTUM
99	<b>PATTERN</b>
	الباب الثاني والعشرون اضطراب ثانى القطب والاضطرابات ذات الصلة مع بدء فترة الولادة ONSET
103	<b>PARTIAL</b>
	الباب الثالث والعشرون السكون الجزئي والسكون الكلي بين النوبات REMISSION AND FULL REMISSION
106	<b>CURRENT</b>
	الباب الرابع والعشرون تحديد حدة نوبة الاكتاب الحاد الحالية SEVERITY OF MAJOR DEPRESSIVE EPISODE
108	

الباب الخامس والعشرون تحديد حدة نوبة الهوس الحالية	CURRENT SEVERITY
110.....	OF MANIC EPISODE
الباب السادس والعشرون مشاهير اضطراب ثالث القطب	111.....
الباب السابع والعشرون علاج اضطراب ثالث القطب والاضطرابات ذات الصلة	157.....
الباب الثامن والعشرون كسر الوصمة	169.....
الباب التاسع والعشرون تجارب لمسافرين بين القطبين	180.....
الباب الثلاثون الزواج والانجذاب بين القطبين	206.....
الباب الواحد والثلاثون حوارات بين القطبين	220.....
الباب الثاني والثلاثون تساولات بين القطبين	227.....
الباب الثالث والثلاثون المزيد حول اضطراب ثالث القطب والاضطرابات ذات الصلة	232.....
الباب الرابع والثلاثون خاتمة للمحاورة	302.....

## المقدمة

[1] إن من سخرية القدر أن أشرع في العمل على هذا الكتاب، وأخيه التوأم المتعلق بالاكتتاب، منذ ثلاث سنوات تقريباً، ولا أستطيع إنهاهما إلا وأنا في مشفى الأمراض النفسية بسبب نوبة اضطراب ثانٍ للقطب.

وإن نصف ابتسامة لا إرادية قد رُسمت على وجهي حين أدركت أنّي أكتب الباب المتعلق باضطراب ثانٍ للقطب الثاني في الذكرى السنوية لذلك اليوم المشؤوم الذي فتحت فيه عيني لأول مرة مصعوقاً وغير فاهم ما يجري حولي، فوجدتني أدخلاليوتيوب لأشمع أغنية عدت يا يوم مولدي لفريد الأطرش، هذا لأنّ اضطراب ثانٍ للقطب الثاني هو سبب إقامتي غير الطوعية التي أستمتع بها الآن في مشفى الأمراض النفسية.

[2] هذه ليست [إقامتي غير الطوعية الأولى في مشفى الأمراض النفسية، لا وليست أطولةها]. فالحق أنّ زيارتي تكررت في السنوات الأخيرة لهذه المشافي لدرجة أنّي أصبحت معتاداً على إجراءاتها وعلى نمط الحياة فيها. على أي حال، إن الإقامة في هذا المشفى هي أكثر راحةً من سابقاتها لأسباب عديدة، من بينها التي أستطيع الكتابة. فالكتابة تستحوذ على تفكيري بالكامل، وبالتالي تمنعني من التفكير بأي شيء آخر سوى العمل الذي أشتغل عليه، وهذا هو أكثر شيء أحتاجه الآن - لا أفكـر.

لذا فلأني قد قضيت الأسابيع الماضية كلها منكباً على العمل، من اللحظة التي استيقظ فيها إلى اللحظة التي أنام فيها، وأنا أعني هذا حرفيـاً، سيما وأنّي اضطراب الأكل، فانا الآن لا أهدر أي وقت بتناول الطعام على الإطلاق،

دافيد رجل الكهف

حوار مع رجل الكهف في اضطراب ثالث الفطر

اللهم إلا ذلك الوقت الذي أجادل فيه الطاقم الطبي كي لا يجبروني على تناول الطعام.

[3] والحق أن الكتابة قد حققت المراد منها، فبالإضافة إلى فقداني نحو تسع كيلوغرامات في هذه الأسابيع، فإني قد فقدت الإحساس بالزمن تماماً، وتركيزي كله منصب على ما أعمل عليه لدرجة أنني تجاهلت، إلى حد كبير، جميع الأمور التي أرغب إلا أنفك فيها الآن، إلا أنها قد جلبت معها مشاكلها الخاصة، أهمها هو أنني مجبر على الجلوس خارج غرفتي - درجة لااحتمالية أن أشنق نفسي بالأسلاك - وهو أمر لا طاقة لي به. فمن يريد أن يمضي ساعات نهاره يشم روانع المدخنين، والأطعمة، والعطور القذرة، والأجسام التي لم تستحم منذ فجر التاريخ، والملابس التي لم تخسل منذ أن قمت خياطتها؟ ومن ذا الذي لديه طاقة كافية ليقف يومه محاولاً التملص من امرأة في نوبة هوس لم تخفض منذ أسبوع لا تستطيع التوقف عن الكلام ولا يوجد شيء يوقف محاولاتها الحثيثة لإجراء محادلات لا أحد يعرف موضوعها، ولا حتى هي؟ ومن له صبر على رجل عدواني استفزازي لديه حالة شُكّ تجعله موقناً أن هذا المنكّب على الكتابة طوال اليوم هو جاسوس يكتب التقارير ويرسلها للإرهابيين؟ ومن الذي يرغب بأن تكون موسيقى الخلفية ليومه كله هي مزيج من ضحك الضاحكين، ونحبب الباكيين، والصرخ، والآتين؟ بيد أن تحملني لكل ذلك كان نتيجته إرسال ثلاث كتب إلى دار النشر، فبجانب هذه المحاجرة وشقيقتها التوأم المتعلقة بالاكتتاب، فإني قد أنجزت كتاباً في فلسفة الأخلاق ينشر باللغة الإنجليزية تحت عنوان Essays on Ethics.

[4] قبل ثلاث سنوات عزمت على القيام بتأليف موسوعة للأضطرابات النفسية باللغة العربية بترجمة دقيقة عن أهم المراجع العالمية وأكثرها مصداقية في هذا المجال، وهذا لأنني في الواقع أعياني معاناة مزمنة من مجموعة لطيفة جداً

من الاضطرابات النفسية يتربع على عرশها، بطبيعة الحال، الاضطراب موضوع البحث في هذه المحاورة. فأنا ثالثي القطب الثاني مع هيمنة للنوبات الاكتئابية والنوبات المختلطة، مع دوران سريع، ودوران سريع جداً، هذا إلى جانب اضطرابات نفسية أخرى عديدة لكن لا علاقة لها بمحظوي هذه المحاورة لا ولا بعجز حريتي الذي أنعم به الآن.

إلا أن ذلك المشروع ما فتن يتعذر لعدة أسباب على رأسها أني مصاب بلعنة اضطراب الشخصية الوسواسية القهري OCPD، لذا فإن العمل ما فتن يتضخم أكثر فأكثر فوجدتني قد أغرتت نفسي بالمراجعة وحملت الكتب إلى بيتي بالعشرات حتى فقدت السيطرة على الأمر وأعلنت استسلامي. في الحقيقة هذه حالة غمطية للمعاناة مع اضطراب الشخصية الوسواسية القهري، وهي ليست المرة الأولى بالنسبة لي، ولن تكون الأخيرة.

[5] سبب آخر لتعذر ذلك العمل هو فقدان مادة كبيرة منه نتيجة عملية سرقة تعرضت لها، فخسرت أشهرًا من العمل، ومن ضمن المواد المفقودة أبوابٌ جاهزةً ومراجع لهذه المحاورات الثلاث. وإن أكبر فقدٍ كان لمحاورة اضطرابات ثالثي القطب والاضطرابات ذات الصلة. ومع أني قد أعددت بناءً الكثير مما فقد، إلا أني أعرف أنه قد تغدر علي بناءً كل شيء. وفوق هذا، فإني قد اضطررت لحذف أبوابٍ وفقراتٍ كاملة، ليس لأنني فقدتها لكنني قد فقدت مراجعتها ولا أريد أن أنشرها دون إرفاق مصادرها معها، على أني أبقيت على فقراتٍ رغم ضياع مصادرها، وهذا بحسب ما ارتديت آنه الأنسب.

[6] ليس من داعٍ لأن استطرد أكثر في هذا الموضوع، إلا أني شعرت أني بحاجة إلى الإشارة إليه، لاسيما وأن هذه هي المحاورة الثالثة والأخيرة لمجموعة المحاورات التي تشكل في الواقع الأمر محاورة واحدة قد تم تقسيمها في ثلاثة أجزاء. وأنا أقصد محاورة اضطرابات الشخصية، وهي الجزء الأول من هذه

المحاورة، والتي غطيت فيها جميع اضطرابات الشخصية مع التركيز على اضطراب الشخصية الحدية، ثم تأتي محاورة الاكتتاب لتمثل الجزء الثاني حيث بحثت فيها النصف الأدنى من ثالثي القطب، وهو الاكتتاب أحادي القطب، وتناولت فيها جميع الاضطرابات الاكتتابية، وأعراضها، ومعايير تشخيصها، ومقاييس واختبارات الاكتتاب المعتمدة عالمياً. والآن تأتي هذه المعاورة لتبث النصف الأعلى من اضطراب ثالثي القطب والاضطرابات ذات الصلة بالتفصيل، وتتناول أعراضها، ومعايير تشخيصها، مع شروحات مفصلة للاضطرابات المزاجية ذات الطابع الثنائيقي.

وعليه فإن قراءة المعاورة المتعلقة بالإكتتاب، والتي نشرت بالتزامن مع هذه المعاورة، هو أمر ضروريكي يتم فهم اضطراب ثالثي القطب بشكل كامل، هنا لأنني لن أعيد تكرار جميع الشروحات المتعلقة بالنصف الأدنى من اضطرابات ثالثي القطب والاضطرابات ذات الصلة، أقصد الاكتتاب، كما أنه لن أعيد إدراج مئات المراجع التي قمت بتضمينها في ذلك الكتاب هنا.

[7] هذا الكتاب يتضمن المعاورة الرابعة في سلسلة حوار مع رجل الكهف التي كان أولها حوار مع رجل الكهف في: ما المثقف؟ وثانيها حوار مع رجل الكهف في: اضطرابات الشخصية. وثالثها حوار مع رجل الكهف في: الاكتتاب. ويليه في السلسلة حوار مع رجل الكهف في: الكتابة الأكاديمية.

والحق أنني أبني سلسلة حوار مع رجل الكهف بشكل تكاملي، بحيث أن كل معاورة تستند على المعاورة السابقة عليها وتوسّس للمعاورة اللاحقة لها. لهذا السبب سوف يلاحظ القارئ أنني أشير إلى المعاورات السابقة في مواضع عديدة، لأنني لم أكرر ما قد شرحته فيها ما لم يكن أمراً جوهرياً لا يمكن متابعة الحوار دونه. وهذا يصدق بشكل كبير جداً على المعاورة التوأم، الاكتتاب، التي أعتقد وبشدة أنه يجب اعتبارها جزءاً من هذه المعاورة كما أشرت آنفاً

لأنها تبحث القطب الأدنى من ثانٍ القطب في حين أنَّ هذه المعاوراة تبحث القطب الأعلى منه، كما والانتقالات بين القطبين.

[8] فحتى يحصل القارئ على الكسب المعرفي المثل من هذه المعاوراة عليه قراءة معاوراة الاكتتاب ومن ثم أن يقرأ هذه المعاوراة بترتيب أبوابهما. لأن هاتين المعاورتين مبنیتان بالتكامل مع بعضهما، فالأولى تؤسس للثانية، وكل باب يؤسس لما بعده. وبالتالي فإنَّ قراءة باب واحد أو أبواب متفرقة سوف يترك القارئ إما بمعرفةٍ مغلولة أو معرفةٍ منقوصة.

اقترح أن تتم قراءة هاتين المعاورتين بالكامل، ومن ثم الإبقاء عليهما كمرجعٍ بحيث يمكن للقارئ العودة في وقتٍ لاحق إلى الباب الذي يبحث مراده بشكل مباشر بعد أن كان قد استوعب الأمر برمتته في قراءته الأولى.

[9] تجدر الإشارة إلى أنه على الرغم من أنَّي متأكد من صحة جميع المعلومات الواردة في هذه المعاوراة - لأنني ترجمتها بنفسي، وعمتهي الدقة، عن أهم وأحدث الكتب والأبحاث والدراسات ذات الصلة - إلا أنه لا يجب، بحال من الأحوال، أن يتم استخدامها كبديل عن مراجعة الأخصائيين النفسيين.

[10] ولتحقيق أعلى إفاديةٍ ممكنةٍ للقارئ، فإني قد شرحت ماهية اضطراب ثانٍ القطب والاضطرابات ذات الصلة، وقمت بتبسيط تعقيدات نوباته والتقلبات المزاجية كي يفهمها القارئ تمام الفهم. ومن ثم فقد ضمنت معايير تشخيص اضطراب ثانٍ القطب والاضطرابات ذات الصلة كاملة بالإضافة إلى جميع محددات هذه التشخيصات، وشرحت أساليب العلاج وما يجب على المريض أن يفعله في سبيل العلاج من اضطراب ثانٍ القطب والاضطرابات ذات الصلة، وعلىيه، فإنَّ الغاية الأساسية لهذا العمل هي أن يكون دليلاً للقارئ للتعرف على اضطراب ثانٍ القطب والاضطرابات ذات الصلة وفهمها فهماً جيداً، ومن ثم فإنَّ من يشعر أنَّ معايير تشخيص أحد الاضطرابات تنطبق على حالته أو

داليد رجل الكهف

حوار مع رجل الكهف في اضطراب ثنائي القطب

أنه قد اختبر إحدى النوبات المذكورة، فإنه سيعرف ما الذي فعله في آخر المحاورة.

وبالتالي فإنَّ المحاورة مسک بيد القارئ من بداية التعرُّف على اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة حتى توصله إلى الطبيب وتتابع معه العلاج حتى يستقر وضعه.

[11] وإضافةً إلى ما ذكر أعلاه، والذي هو مادةٌ غير مسبوقة بلغة الضاد، فإليَّ قد قمت بعنایة بإعداد قائمة طويلة من أسماء وقصص مشاهير مصابين باضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة، وهي أيضًا قائمة لا نظير لها. وبعد هذه القائمة، أدرجت مختارات من تعليقات على فيديوهات اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة في قناة/حاديـث رجل الكـهـف فيها أسلحة وتجارب متعددة لها علاقة بما تبحثه هذه المحاورة، بحيث أنها تجيب على تساؤلات لدى القارئ، وتجعله، بالإضافة إلى قائمة المشاهير، يتعرَّف على تجارب حية لأشخاص عانوا من اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة.

[12] على أيِّ قد حاولت مساعدة القارئ الذي يريد معرفة أساليب العلاج بتزويده بمراجع تتعلق بعلاج اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة. وإنَّ أقترح على القارئ، وخاصة القارئ المتخصص أو الذي يريد التعمق في الموضوع، الاطلاع على القائمة الطويلة التي أدرجتها في محاورة الكتاب والتي هي معتمدةً أكاديمياً في الممارسات العيادية.

[13] إنَّ المرجع الرئيسي لهذا العمل هو (DSM-5 2013) ومنه ترجمت تشخيصات جميع اضطرابات ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة

ومحدثاتها ترجمة حرفية، على أن هناك مراجع أخرى بالطبع. وجميع هذه المراجع تقريباً منشورة من قبل دور نشر تعد من أكثر دور النشر مصداقية في العالم مثل: The Guilford و American Psychiatric Association و Chicago University Press و Oxford University Press و Studentlitteratur و Oxford Medical Publications و Springer و Cambridge University و Nature & Kultur و Academic Press و Oxford Blackwell Scientific Publications و Press .

[14] أما الدراسات والمقالات فهي منشورة في أهم مجلات مراجعة الأقران في هذا المجال، ليس أدنى من: Harvard Review of Psychiatry و Journal of Clinical و American Journal of Psychiatry و Clinical و Annual Review of Clinical Psychology و Psychology International Review of Psychiatry و Psychology Review British Journal of Advances in Psychiatric Treatment و Bipolar Disorders و Biological Psychiatry و Lancet و Psychiatry .Acta Psychiatrica Scandinavia

[15] في البابين الثالث والثلاثين والرابع والثلاثين يجد القارئ المصادر التي استندت عليها في كتابة كل الأبواب السابقة عليهما بما فيها من قراءات مقتراحية ومراجع إضافية ذات صلة بمحتوى كل باب، هذا بالإضافة إلى قائمة مراجع شخصية بالاضطرابات النفسية بصفة عامة، وقائمة ثانية تتعلق باضطرابات كثُرت الإشارة إليها في المحاورات الثلاث المتعلقة بالاضطرابات النفسية لكنني لم أنطرق لها بعد في سلسلة حوار مع رجل الكهف، كاضطرابات الأكل والقلق ونقص الانتباه مع فرط النشاط وغيرها. أما من يريد مراجع تتعلق بالاضطرابات الاكتئابية فإنه سيجد المئات منها في المحاورة الثالثة، ومن يريد

دافيد رجل الكهف

حوار مع رجل الكهف في اضطراب ثالث القلب

مراجعة تتعلق باضطرابات الشخصية فإنه سيجد المئات منها في المعاورة الثانية.

أتمنى للجميع عدم زيارة قطبي المزاج، وعدم تجربة الإقامة غير الطوعية في المشافي النفسية.

رجل الكهف

23 July 2020 – 02:42 pm.

Östersund, Sverige

## مدخل المعاورة الاضطرابات النفسية Mental Disorders

- [16] التقى داني ولوسيل، وهما شابان في أوائل العشرينات من العمر يعملان في مجال الصحافة والإعلام، في صيف العام الماضي مصادفةً برجل قد جهز لنفسه كهفًا في غابة شاطئية غير مأهولة يمضي فيه وقته عندما يشعر أنه بحاجة إلى الانعزال عن العالم (رجل الكهف 2018: 32-166). أثار الحوار مع هذا الرجل اهتمام داني منذ بدايته فبدأ بتسجيل جميع المحادثات التي دارت بين ثلاثة خلال الأيام التي قضوها سوية، ثم قام بتغريغ التسجيلات الصوتية ونشرها في كتاب حمل عنوان حوار مع رجل الكهف في: ما المشفق؟ (2018) ما لبث الاثنان أن كرزا زيارتهما للكهف خلال عطلة نهاية العام، وقام داني أيضًا في هذه الزيارة بتسجيل المحادثات التي دارت بينهم، ومن ثم تغريغ التسجيلات الصوتية ونشرها في ثلاث كتب، كان أولها كتاب حوار مع رجل الكهف في: اضطرابات الشخصية (2019) وثانيها كتاب حوار مع رجل الكهف في: الكتاب (2020) وثالثها هذا الكتاب الذي حمل عنوان حوار مع رجل الكهف في: اضطراب ثالثي القطب.
- [17] على الرغم من أنه ليس المفيد هنا الحديث عن اللقاء الأول الذي جمع ثلاثة، ولا عن الزيارة الثانية وما جرى في أيامها التي تسبق ما دون في هذا الكتاب، لا ولا أن نصف الغابة والكهف وساكنه الانعزالي ذو الوجه الخالي من التعابير، لأن كل ذلك قد تم توصيفه بدقة في المعاورات الثلاث السابقة، إلا أنه من الضروري قبل تدوين ما جرى بين ثلاثة من حوارات في الأيام الأخيرة

للزيارة الثانية إعادة سطر حوار قد جرى في بدايتها.

حصل هذا حوالي الساعة التاسعة والنصف من صباح اليوم الثاني لوصولهما، حيث كان داني أول المستيقظين فأخذ يسلّي نفسه في تقليل الكتب الملقاة على مكتب رجل الكهف المزدوج. وبعد قليل استيقظت لوسيل، وبعدها بحوالي نصف ساعة استيقظ رجل الكهف الذي نظر إلى داني نظرة لا تتخلو من الاتزانع. وعند هذه الحظة دار الحوار التالي هكذا تماماً دون أي مقدمات:

[18] دليلاً: لقد لاحظت في زيارتنا السابقة أنك مهمتم بعلم النفس، لكنني لم أتوقع أنك تقرأ كل هذه الكتب في تشخيصات وعلاجات الأضطرابات النفسية!

**رجل الكهف:** ولم لا يا عزيزي. إنّ جميع ما يقوم به البشر من عمليات فكرية، وجميع ما يشعرون به، بل إنّ إدراهم بالكامل مرهون بالطريقة التي يعمل بها الجهاز النفسي لكلّ فرد منهم. وبالتالي، فإنّ فهم الأضطرابات النفسية هو مفتاح لنا كي نفهم أنفسنا بشكل أفضل، كما وكي نستطيع تحليل تصرفات الناس والحكم على جودة أفكارهم.

[19] لوسيل: نعم لقد تحدثنا في المرة الماضية عن أنّ الأفكار التي يقوم بتوليدها كلّ دماغ هي من الاستحالة يمكن أن تعتبر موضوعية. (2018: 936-206)

**رجل الكهف:** بالتأكيد، ومن هنا تتبع أهمية دراسة وفهم الأضطرابات النفسية التي تصيب الناس. فإن جاءنا شخص يُدعى صادقاً أنه يرى ويسمع ما لا يراه ويسمعه غيره، فإن الفرق بين أن تكون جاهلين بالاضطرابات النفسية أو مطلعين عليها ينبع عنه أن نعتبر هذا الشخص نبياً أو قديساً ونتبع هلوساته، أو أن نأخذه إلى مركز العلاج النفسي قبل أن يؤذى نفسه أو غيره. أو عندما يأتينا متفلسف ليطرح علينا فلسفته العدمية، ويخرج لنا بنتيجة يراها هو منطقية جداً وهي أن الحياة لا تستحق أن تعاش، وأن الانتحار هو

الحل العقلاني الذي علينا جميعاً اللجوء إليه، فإن هذا الإنسان هو على الأغلب يعاني من الاكتئاب. وبالتالي، بدل أن تدخل معه في جدل عقيم أو أن تتبع استنتاجاته بسذاجة، نستطيع أن نقول له بكل صراحة: "أنت يا صاحبي مريض، دماغك لا يعمل كما يجب عليه أن يعمل، عليك بحل مشكلتك الخاصة أولاً قبل أن تعمم على البشرية نظريتك السوداوية هذه".

[20] دليلاً لكن مهلاً! من نحن كي نقرر أنه مكتتب وأنه غير طبيعي؟ أليس من الممكن أننا نحن - الذين نقرر ذلك - غير طبيعين أيضاً بل وبحاجة إلى العلاج؟ بل أليس من الممكن أن نكون نحن - الذين نقول له ذلك - غير طبيعين وهو الطبيعي؟ ألا يقولون "خلوا الحكمة من أفواه المجانين؟" ما هو المعيار الذي ستعتمده لنقول إنَّ هذا طبيعي وذلك لديه مشكلة تحتاج حلها؟

رجل الكهف: هذا سؤال ممتاز، ومع أن الإجابة عليه قد تتضمن جدلاً فلسفياً وعلميًّا طويلاً إلا أنني أرى الأمر على وجه العموم بسيطاً على النحو التالي: نحن نتاج ملايين السنين من العمل الدؤوب للانتقاء الطبيعي. وبالتالي، فلننظر إلى التاج العام الذي فضلَه الانتقاء الطبيعي في تكويننا النفسي ولنعتبر ما برمجنا عليه الانتقاء الطبيعي على أنه "طبيعي". أما إن حصل خلل في عمل إحدى البرمجيات هذه مما من شأنه أن يعيق الفرد عن مواصلة حياته بشكل طبيعي، أو أن هذا الخلل قد يسبب خطراً على الشخص نفسه و (أو) غيره، فلنعتبر هذا "غير طبيعي".

[21] لوسيل: هل لي مثال؟

رجل الكهف: إنَّ جهازنا النفسي، كما سبق وتحددنا في المرة الماضية، مبرمج بطريقة يسمح لنا بالتعلم من تجارينا. التجارب السيئة تسبب لنا شعوراً نكرهه جميعنا، وذلك على عكس التجارب الجيدة. وبهذه الطريقة نستطيع أن نتعلم أنَّ هذا الأمر جيد لنا، بينما ذاك على العكس منه. وعليه إذاً فإن

الحزن الناتج عن المرور بتجربة سينة هو أمر طبيعي جداً.

لكن أن يجد الإنسان نفسه عالقاً في هذا الحزن، والذي يجذب إلى التقاط مع مرور الوقت بدل أن يجذب إلى التلاشي، معيقاً الفرد عن القيام بأنشطته الطبيعية الاعتيادية، بل موصلاً إياه إلى التفكير بإيابها، حياته لأنها غير قابلة على رؤية أي أمل في المستقبل، كما وأن درجة الألم النفسي الذي يعانيه تفوق قدراته على احتمالها، هذا ما يعتبر فشلاً في آلية عمل جهازه النفسي كما برمجه الانتقاء الطبيعي. فليس من الممكن أن يقوم الانتقاء الطبيعي بانتقاء - والمحافظة على - نزعة الأفراد لقتل أنفسهم؛ هذا يتنافى بشكل قاتم مع آلية عمل الانتقاء الطبيعي.

وعليه، فتحنن نقول لهذا الشخص كما سبقت الإشارة: "أنت يا صديقي بحاجة إلى رؤية أخصائيكي يساعدك على إصلاح هذا الخلل الذي تعاني منه. هذا ما يجب عليك فعله الآن بدل أن تحكم على الحياة كلها بنظرتك التشاؤمية هذه".

[22] دليل: لماذا لم تعطني جواباً مباشراً؟ هل تريد أن تقول إنه لا يوجد تعريف محدد للاضطرابات النفسية؟

**رجل الكهف:** في الواقع، نعم بكل أسف، حتى اليوم لا يوجد تعريف محدد أو حدود واضحة للاضطرابات النفسية. وهناك خلاف حول الاضطرابات

---

\* أضاف رجل الكهف مثلاً آخر عند تكرار هذا الحوار تمييزاً للحديث عن الاضطرابات الاكتئافية وهو ثوبات الهمج مشيراً إلى أنّ الهمج هو استجابة تكيفية في مواجهة التهديدات، لكن أن تحصل ثوبة ملحوظة بدون وجود أي مثير منطقى مسبب للهمج، فهذا ما يعتبر فشلاً في هذه المنظومة، فتُسمى الشخص مصاباً بهمج دون أي مثير لهذا الهمج، بل إنه قد يتتطور ليصاب بثوبات الهمج وهو نائم أيضاً. أي أنه يستيقظ من نومه وهو في حالة همج. لذا فإنّ ثوبات الهمج تصنف، حسب كلام رجل الكهف، على أنها اضطرابات نفسية يتوجب علاجها. (Barlow: 2014: 8)

النفسية والاضطرابات العقلية والأمراض النفسية والأمراض العقلية وسواها من المسميات. لكن، على أي حال، يجب ألا ننسى ما سبقت الإشارة إليه من أنه لا يوجد شيء اسمه عقل. (رجل الكهف 2018: 706) وإن كثنا لا نزال نقول اضطرابات أو أمراض عقلية، فإن هذا مرده إلى التركة الثقيلة التي لا زلنا متاثرين بها وهي ثلاثة الجسد والعقل.

بيد أنّه، في الواقع، جميع الاضطرابات والأمراض العقلية دون استثناء هي ذات أساس بيولوجي مادي، وبالتالي فإنها جمِيعاً، بطريقة أو بأخرى، أمراض فيزيولوجية كحال جميع الأمراض الأخرى. (IV DSM-1994: xxix وأنظر 2015 Rettew وHollandsworth 1990)

[23] دليلاً رويدك يا صاحبي، لو أنْ هناك أذيةً في الدماغ أو خللًا في نشاطه لأمكننا أن نقول إنَّ الاضطراب أو المرض الناتج عنه هو فيزيولوجي جتماً. لكن في مثل حالة المثال الذي ذكرته أنت نفسك، ذلك الذي وقعت له مصيبة قادته إلى الانتحار وربما قربته من الانتحار أو أوصلته إليه، إني أرى أنَّ هذا لديه اضطرابٌ نفسيٌ ليس ناتجاً عن مسببٍ بيولوجيٍ.

رجل الكهف: هذا الجدل طويل جداً لكنني أراه غير ذي معنى في عمقه. هذا لأنَّ جميع الأحاسيس التي يشعر بها الإنسان هي نتيجة لنشاطٍ ما كيميائي أو كهربائي في الجسم. هذه المشاعر ليست منفصلة عن الجسد بأي شكلٍ من الأشكال. وبالتالي، فنعم قد لا يكون لدى هذا الشخص خللٌ جينيٌّ سبب الانتحار له، لكن هذا لا يمنع كونه ذا سببٍ بيولوجيٍّ، ليكن خللاً في السيروتونين على سبيل المثال.

لا يمكنك، يا داني، أن تشعر بأي شيء دون نشاطٍ ماديٍّ ما يحصل في جسدك. ولهذا السبب، نحن نجحنا لأن نقول بأنَّ الشخص الميت لا يشعر بأي شيءٍ وهذا لأنَّه لا يعيش وجود أي نشاطٍ بيولوجيٍ في جسده، اللهم إلا البكتيريا

السعادة يالتهام وجبتها الطازجة.

[24] لوسيل: إذا أنت ترى أن جمجم الأضطرابات العقلية هي ذات منشأ بيولوجي.

وهل الكهف: بدايةً، مع أنه من المقبول اليوم استخدام عباري الاضطرابات العقلية، والاضطرابات النفسية تبادلًا، لكن دعينا نتجنب استخدام كلمة اضطراب عقلي، فلا وجود للعقل كي يحصل له اضطراب! دعينا نسميه اضطرابات نفسية أو أمراضًا نفسية، وهذا كي نفرقها فقط عن تلك التي ليس لها تأثيرٍ حتميٍ على الحالة النفسية للإنسان: كمرض السكري والتهاب المفاصل وغيرها من الأمراض الفيزيولوجية. رغم أن كلا النوعين ذوي منشأ بيولوجي لا أن تجلياتها تختلف تمامًا.

ويُدعم لكِ فكري، يكفيني الإشارة إلى أنه سواء كان الأضطراب عصبياً كالصرع والذهاب أو نفسياً المنشأ كالفصام والتوحد بل وحتى الكتابة فإن كلتا الحالتين تظهران اختلافات تُترجمية في أدمنجة المصاين بهما.

كما إن بعض مناطق الدماغ كال hippocampus مثلاً - التي تؤثر في معالجة الذاكرة والمشاعر- تكون غالباً بحجم مختلف عند المصابين بالاضطرابات النفسية والعصبية على حد سواء مقارنةً بنظرائهم العاديين. لكن، بطبيعة الحال، إن الاضطرابات العصبية تسبب شذوذًا في عمل مناطق الدماغ المختلفة كما وشبكة الاتصالات في الدماغ بطريقه مختلف عن الاضطرابات النفسية.

[25] دلليًّاً مقطعاً بنظرية تعجب وهو يشير إلى كتاب DSM-IV: هل يعقل أن يكون هذا الكتاب الذي يبحث في تشخيص الاضطرابات العقلية كما هو مكتوب عليه، أو الاضطرابات النفسية كما أحببت أن تسميتها، لم يضع تعريفاً لهذه الاضطرابات التي يبحث هو فيها؟

**رجل الكهف:** في الواقع لقد ذكر محررو هذا الكتاب أنهم غير موافقين على

عبارة "اضطرابات عقلية" هذه المستخدمة في عنوانه، إلا أنهم يستخدمونها على أي حال لعدم توافر البديل المناسب. وجواباً على سؤالك، فإنهم قد أشاروا بوضوح إلى أن مفهوم الاضطراب النفسي، حاله كحال غيره من الكثير من المفاهيم الطبية والعلمية، يفتقر إلى تعريف تشغيلي يغطي جميع الحالات. ومع ذلك، فهم قد أبقوا على التعريف الذي كان مدرجاً في النسخة الأقدم بقولهم: كل اضطرابٍ نفسيٍ مدرجٍ في هذا الكتاب يصنف على أنه أعراض نفسية أو سلوكية ذات مغزىٍ سريريٍّ؛ حيث إنه يتفاقم مع تواجد محننة، أو عجز، أو مع ارتفاع ملحوظ في خطورة المعاناة من الموت، أو الألم، أو العجز، أو فقدان هام في الحرية. (xxi: 1994 DSM-IV)

ونجدهم في النسخة الأحدث يؤكدون على أن كل اضطرابٍ نفسيٍ يجب أن يكون عبارةً عن أعراض توصف كاضطرابٍ بليغٍ سريريٍّ في إدراك الفرد، أو في انتظام مشاعره، أو سلوكه والذي ينعكس كاختلالٍ وظيفيٍ في العمليات النفسية، أو البيولوجية، أو التنموية المتضمنة في الوظائف العقلية. مضيفين أن الاضطرابات النفسية تكون مترافقَةً عادةً مع محننةٍ بليغةٍ أو عجزٍ في الأنشطة الاجتماعية، أو الوظيفية، أو أيِّ أنشطةٍ هامةٍ أخرى. (DSM-5: 2013)

هذه هي المحددات المعتمدة اليوم كـنقول عن حالة ما أنها تمثل اضطراباً نفسياً يا لوسيل.

[26] لوسيل: من الواضح أن المحننة التي يعيشها الفرد هي ما يحدد كونه مريضاً نفسياً أم لا.

رجل الكهف: تماماً، على أن المعاناة هذه يجب أن تؤثر سلباً على حياة الإنسان وتعيقه عن ممارسة حياته الطبيعية و (أو) تسبّب خطراً عليه و (أو) على الآخرين. (أنظر Harrison 2018)

[27] دالي: إذاً الاضطراب النفسي يجب أن يتضمن معاناة أو خطراً من نوع ما.

رجل الكهف: بكل تأكيد. هذه هي القاعدة: لا يوجد اضطرابٌ نفسي جيد أو ممتع، أو مفيدٌ للإنسان. لا شك أنه تفاوت خطورة هذه الاضطرابات ودرجات المعاناة التي تتبع عنها، لكن لا بد لها جميعاً من أن تتضمن آثاراً سلبية على الفرد من وجة نظر الفرد.

وعندما أقول من وجة نظر الفرد، لا أعني هذه العبارة بالطريقة التي نقصدتها عادةً، بل أعني من وجة نظر الفرد ككائن بيولوجي؛ سلامة هذا الكائن البيولوجي ورخاه هو المقصود.

[28] لوسيل: لماذا تقول هذا؟ هل يمكن ألا يعرف الفرد نفسه أن لديه اضطراباً نفسياً يسبب له الآذى؟

رجل الكهف: بالطبع! كيف يمكنكِ أن تقنيع شخصاً بأن لديه هلوسات أو أوهام وتعريف هذين الاثنين بيتضمن بالضرورة أن يعتقد الفرد أنَّ ما ينبع عنهمَا حقائق؟ كيف يمكن لشخصٍ يعاني من نوبة هوسٍ أن يقدِّر أنه بحاجةٍ ماسيةٍ إلى العلاج وهو غير مدركٌ أساساً أنه يقوم بتصورات قد تؤديه أو تؤدي غيره؟ في حالاتٍ كهذه، على سبيل المثال لا الحصر، إنَّ الفرد لا يستطيع أن يقرَّر أنه بحاجةٍ إلى طلب المساعدة لأنَّه غير مدركٌ لوجود خطبٍ ما لديه، على أنَّ هذا لا ينفي أنَّه يجب على المحيطين به طلب العلاج له دون انتظار موافقته.\* هل فهمتما الفكرة؟

[29] دالي: نعم، بيدَ أني أفكِّر الآن أنه أليس من الممكن أن يقوم المجتمع، والدولة، باعتبار أي سلوكٍ منحرِّفٍ جنسياً كان، أو دينياً، أو حتى سياسياً، والذي

---

\* لقد أخذَ رجل الكهف على أنه يقول هذا بتحفظ دون الخوض في الجدل الجاري حول هذا الأمر في فلسفة الأخلاقيات الطبية.

قد ينبع عنه صراع بين الفرد والمجتمع، على أنه اضطراب نفسي؟

**رجل الكهف:** قطعاً كلا. (DSM-5: 2013: 20) هذه لعبة يلعبها ثواليث القمع كثيراً لكنها هراءٌ محض (رجل الكهف 2018: 92-339). ما لم يكن هذا الانحراف أو الصراع نتيجة اختلالٍ وظيفي لدى الفرد فإن القول بأنّ هذا أو ذاك لديه اضطرابٍ نفسيٍ مجرد كونه مختلفاً، بأي شكلٍ كان، عما يعتبره المجتمع سلوكاً سليماً هو مجرد كلام جهّال لا أكثر. ومن هنا تتبع أهمية المراجع التي تحدد تشخيصات للاضطرابات النفسية: كي لا يكون الأمر مجرد أهواه أو آراء شخصية. (أنظر Bubugrag 2003 و Tseng 2018)

[30] **لوسيل:** إذاً لا يوجد أي علاقة بين المحددات المجتمعية وبين الاضطرابات النفسية. (أنظر Kirmayer 2017)

**رجل الكهف:** كلا، إنّ هناك علاقة بينهما. فقبل أن نحدد أنّ شخصاً ما لديه اضطرابٍ نفسيٍ علينا أن ننظر إلى المحددات المجتمعية ذات الصلة بهذا الاضطراب. وبالتالي، فإنّ أي استجابةٍ مقبولةٍ مجتمعياً عند حدوث خسارة ما أو مؤثِّرٍ ما لا تعتبر اضطراباً نفسيّاً طالما كانت متوقعة من الأشخاص في هذا المجتمع في مثل هذه الظروف؛ كالحزن على وفاة شخص عزيز مثلاً وما يقوم به الفرد في مثل هذه الحالات. (DSM-IV: 1994 و DSM-5: 2013: 20)

(xxi)

[31] **لوسيل "بحيرة":** لم أفهم!

**رجل الكهف:** خذى طقس السُّنْتِي الهنودسي القديم كمثال، حيث كان يتوجب على المرأة أن تقتل نفسها بعد وفاة زوجها. وفي مجتمعاتٍ أخرى عليها أن تبقى في عویلٍ وتحبب ممتنةً عن القيم بأي شيءٍ مدةً من الزمن. طالما كان الفرد يتصرف بما توجبه عليه العادات أو الأعراف أو الواجبات الدينية فلا يُعتبر سلوكه هذا ناجماً عن اضطرابٍ نفسيٍ حتى ولو كانت هذه

داليد رجل الكهف

حوار مع رجل الكهف في اضطراب ثالث الفطر

التصرفات مدرجة كأعراض لأحد الاضطرابات النفسية. (أنظر Lewis)

(2016 Fernandez)

[32] لوسيل: وهل هناك محدد ما يمكن اعتماده كي يقرر الفرد أن عليه الذهاب إلى أخصائي نفسي؟

رجل الكهف: ساختصر الأمر عليك. إذا تساءل الشخص فيما هل يتوجب عليه زيارة أخصائي نفسي أم لا، فلينذهب! لأنه على الأغلب بحاجة لذلك.

هذا وعليك أن تعرفي يا لوسيل أن مجرد الذهاب إلى أخصائي نفسي لا يعني بالضرورة أن الشخص يعاني من اضطراب نفسي. جميع الناس يمرون بفترات سيئة في حيواناتهم أو فترات يكونون فيها بحاجة إلى دعم أو مساعدة. لذا، فإن الذهاب إلى المعالج غالباً ما يكون مفيداً.

[33] دلي "مقاطعاً": وهل مجرد الشعور هذا يعني أنَّ على الإنسان أن يخضع للعلاج؟

رجل الكهف: في الواقع هذه أمورٌ مختلفة. إنَّ مجرد شعورك بأن لديك خطباً ما لا يعني بالضرورة أنك ستحصل على تشخيص باضطراب نفسي. وإن حصلت على تشخيص بأحد الاضطرابات النفسية، فإنَّ هذا لا يعادل الحاجة إلى العلاج.

إنَّ الحاجة إلى العلاج هو قرارٌ سريٌ معقدٌ يأخذ بعين الاعتبار شدة الأعراض، مثل وجود أفكار انتحارية، ومحنة المريض، وشدة ألمه النفسي، والعجز المرتبط بالأعراض التي لدى المريض، والمخاطر والفوائد المرجوة من العلاج المناه حالياً، كما وعوامل أخرى كالأعراض النفسية المعقّدة لمرض آخر. وبالتالي، فالآباء قد يواجهون أفراداً والذين أعراضهم لا تطابق المعايير الكاملة لاضطراب نفسي ما لكن تبدو عليهم الحاجة الواضحة للعلاج أو الرعاية. وعليه، فإنَّ حقيقة أن بعض الأشخاص لا تظهر عليهم جميع الأعراض

الدالة على التشخيص لا يجب أن يستخدم كمسوغ لتبرير العذ من حصولهم على الرعاية المناسبة. (5- DSM: 2013: 20)

[34] لوسيل: هذا مثيرٌ حقاً. وما رأيك في أن الاضطرابات النفسية تقوم بتصنيف الناس في مجموعات بحسب الاضطرابات التي لديهم؟

رجل الكهف: هناك قلة من الناس يفضلون هذا، وهم أولئك الوعون المدركون لمعاناتهم من أحد الاضطرابات المزمنة، ووجهة نظرهم هي أن هذا الاضطراب أو ذاك هو جزء من شخصياتهم أو من كيانهم الذاتي، كالمصابين بأحد اضطرابات الشخصية أو اضطراب ثقلي القطب مثلاً. فليس من النادر أن يقول لك شخص ما "أنا ثقلي القطب" بدل أن يقول "أنا لدي اضطراب ثقلي القطب".

[35] لوسيل "مقاطعة بابتسامة": هذا لطيف حقاً.

رجل الكهف: على أنه من وجهة نظر أكاديمية هذا النوع من التصنيف غير محببٍ يا لوسيل. فكما أنه لا يجوز أن نقول عن شخص ما أنه سلطان أو أنه سكري، بل نقول شخص مصاب بالسلطان أو بالسكري، فبالمثل يجب أن نقول شخص مصاب بالفصام لا شخص منفص، ويجب أن نقول شخص مصاب بالاكتئاب العاد أو الاكتئاب المستمر لا شخص مكتتب. (IV- DSM: 1994: xxii)

لقد نوه رجل الكهف إلى أن هذه ليست قاعدة صارمة، حيث إن بعض الأكاديميين وأهل الاختصاص لا يتزرون بها. فعلى سبيل المثال، إننا نجد (Beck 2016) يطلق اسم اضطراب الشخصية على صاحبه، فيقول على سبيل المثال: "الشخصيات الترجسية" عوضاً عن "الأشخاص ذوي اضطراب الشخصية الترجسية" أو على الأقل: "ذوي الشخصيات الترجسية".

لوسيل: فهمت فكرتك، إنها منطقية.

[36] دالي: هل عدد المصابين باضطرابات نفسية كبيرة جداً؟

رجل الكهف: في الواقع يستحبيل القيام بإحصائية عالمية لعدة أسباب. فمعظم الناس حول العالم ما يزال لديهم جهل كبير في الثقافة النفسية، حيث نجد أن جميع ما نعتبره اليوم اضطرابات نفسية لديه مقابلات خرافية في كل ثقافة. وبالتالي، فإنّ معظم الناس حتى اليوم لا يزالون يلجؤون إلى المشعوذين، على اختلاف أنواعهم، طلباً للعلاج بدل لجوئهم إلى المعالجين النفسيين. (رجل

الكهف 2018: 3446)

كما إنّ أكثر الناس المصابين باضطرابات نفسية لا يعرفون أنّهم مصابون بها، وخاصة إذا كانت مرافقة لهم منذ الطفولة، وبشكل أكثر خصوصية إذا كان آخرون في أسرهم يعانون من أعراض مشابهة، فينشأ الفرد معتقداً أنه لا مشكلة لديه بل هو طابع خاص لا أكثر، كاضطرابات الشخصية على سبيل المثال.

[37] لوسيل "مفكرة": أعتقد أنك مصيبة.

رجل الكهف: إضافةً إلى أنّ بعض الاضطرابات التي تشمل على نوبات، كثباتي القطب مثلاً، قد تكون نوباتها متباينة درجةً جداً لدرجة أنّ الفرد قد لا يربط بينها بل يعتقد أنّ مزاجه في هذه الحالة أو تلك ناجم عن سبب بيئي ما وليس لأنّه مصاب باضطراب نفسي.

ناهيك عن أنّ بعض الاضطرابات يجعل الفرد نفسه محجماً عن طلب العلاج؛ فليس من النادر أن يصل شخص مصاب باكتئاب حاد إلى الانتحار دون أن يفكّر مجرد تفكير بطلب المساعدة؛ هذا لأنّ الاكتئاب نفسه قد أفقده أي أمل في أنّ من الممكن له الحصول على حياة تستحق أن تعاش. (انظر Hunt 2009)

وبالإضافة لهذا، فإنَّ معظم الناس يشعرون بالخجل من طلب المساعدة النفسية، وغالبتهم لا ثقة لهم بالمعالجين والأطباء النفسيين، وقسمٌ كبيرٌ منهم يجد صعوبةً أساساً في تقبل فكرة أن يجلس مع شخصٍ آخر ويفتح قلبه له. ولا تنسى أن تكاليف العلاج النفسي مرتفعة في معظم دول العالم وأحياناً لا يغطيها التأمين الطبي.

وهكذا نجد أن لدينا قائمة طويلة من المضيقات التي تحدّ من إمكانية تقدير عدد المصابين باضطرابات نفسية في العام. (أنظر Segall et al., 1990) على أي حال، لقد أشار المعهد الوطني للصحة العقلية في أمريكا إلى أنَّ ربع سكان أمريكا قد تم تشخيصهم بأحد الاضطرابات النفسية. وهذا رقم مرعبٌ إذا أخذنا بعين الاعتبار ما ذكرته سابقاً من معوقات لطلب العلاج، وبالتالي معوقات معرفة عدد المرضى الحقيقي، فإنَّ هذا يعني بالضرورة أنَّ أكثر من ربع السكان عملياً مصابون باضطرابات نفسية يمكن تشخيصها وعلاجها. (أنظر Grant et al., 2004)

[38] دليل "بدهية": هذا مرعب حقاً! إذا أردنا تعميم هذا الرقم على باقي دول العالم فنحن نتكلم عن أنَّ أكثر من ربع سكان العالم حتماً مصابون باضطراب نفسي ما!

رجل الكهف: هذا صحيح، وعليك أن تعرف أن تسعى بالملته من المترعرعين كان لديهم اضطرابٌ نفسيٌ يمكن علاجه، لكنهم ببساطة لم يلجنوا لطلب العلاج.

وهذا هو السبب الثاني لاهتمامي بدراسة الاضطرابات النفسية: وهو لأنها شائعةً أكثر بكثير مما تعتقدان. فإذا أخذنا التقديرات والإحصائيات بعين الاعتبار فستجد أنفسنا أمام حقيقة مرعبة وهي أنه في كل بناء، وفي كل شركة، وفي كل معمل، بل وفي كل حافلة هناك أشخاص مصابون باضطرابات نفسية.

لوسيل: يا للهول! إني أقمنى أن تحدثنا عن الاضطرابات النفسية؛ فمن الواضح أن هذا الموضوع هو على جانبٍ منقطع النظير في الأهمية.

[39] هكذا إذن بدأ الحوار حول الاضطرابات النفسية، حيث أشعل فتيله فضول داني وغذى ناره اهتمام لوسيل. وبعد أن تمت تغطية الأيام الخمسة الأولى لهذه الزيارة ونشر ما جرى فيها من حوارات على جزئين، يمكن الآن الانتقال إلى الأيام الأخيرة لنرى كيف انتهى هذا الحوار، بحيث يمثل هذا المجلد الجزء الثالث والأخير للزيارة الثانية. (انظر رجل الكهف 2019 ورجل الكهف 2020)

## **الباب الأول**

### **اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة**

### **Bipolar and Related Disorders**

صباح اليوم السادس، ثلاثة منهم جالسون خارج الكهف يشربون القهوة ويستمعون إلى موسيقى الفلامنغو.

[40] دللي: إنك البارحة لم تستجب مطلبي في أن تحدثني عن اضطراب ثنائي القطب الذي تعانى منه، فهل لك أن تفعل هذا اليوم؟

لوسيل "بعيون لامعة": نعم من فضلك حذثنا عنه، فأنت قد أشرت مرات عديدة إلى اضطراب ثنائي القطب، وإلى نوبات الهوس، ونوبات تحت الهوس وكلما سألتكم عنها كنت تقول لي أن علينا التركيز على الاضطرابات الاكتئابية وبعدها نتحدث عن اضطراب ثنائي القطب.

رجل الكهف: هذا صحيح يا لوسيل. فلا يمكننا الحديث عن اضطراب ثنائي القطب ما لم نفهم الاكتئاب في بادئ الأمر. حيث إن اضطراب ثنائي القطب هو الأخ الأكبر للأكتئاب، لأن الأخير هو جزء من الأول.

[41] لوسيل "بحماسها الطفولي": أخبرنا عنه الآن إذن.

رجل الكهف: لقد تغير اسم هذا الاضطراب عبر الزمن. قدّماً كان يسمى Manic Depression الاكتياني، اضطراب الهوس والاكتاب، الاضطراب الثنائي، الذهان الدوري، وغيرها من المسميات. في عام 1958 أصبح اسمه Manic Depressive Illness ليتغير لاحقاً ليصبح Bipolar Disorder (الاضطراب الثنائي القطب). حالياً يسمى Affective Disorder Bipolar Disorder (الاضطراب الثنائي القطب). (العيسي في جاميسون 2008:18) تتعدد الأسماء لتصف اضطراباً يختبر فيه المرء نوبات اكتتابية ونوبات هوسية، أو تحت هوسية، والتي هي الحالة المزاجية المعاكسة للأكتاب. لهذا السبب يسمى ثنائي القطب، أي أن الشخص قد اختبر قطبي المزاج: القطب الأعلى وهو الهوس، والقطب الأدنى وهو الأكتاب.

والحق أن اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة تمثل حلقة الوصل ما بين الاضطرابات الاكتتابية والاضطرابات الفصامية. لذا فإن محري DSM-5 (2013) قد قاماً بتصنيف اضطراب ثنائي القطب منفصلاً عن الاضطرابات الاكتتابية، وقاموا بإدراجها بين الاضطرابات الفصامية والاضطرابات الاكتتابية، بينما في الإصدار السابق (DSM-IV 1994) كان كل من الاضطراب أحادي القطب وثنائي القطب مدرجين في باب واحد تحت مسمى اضطرابات المزاج. (DSM-5 2013:123 و DSM-IV 1994:317)

[42] لوسيل "باهتمام": بإمكانى فهم التأثير البيئي على الشخص الذي قد يسبب له الأكتاب، لكنني لا أستطيع تخيل الظروف البيئية التي قد تدفع الإنسان إلى نوبة هوس.

رجل الكهف: إن اضطراب ثنائي القطب يختلف عن الاضطرابات الاكتتابية في هذه النقطة، فهو مرض جيني بامتياز. العامل الجيني له دور أساسي في أن

## اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة

يطور الإنسان اضطراب ثنائي القطب. فمثلاً، تقول الإحصائيات أنه لو كان أحد الزوجين لديه اضطراب ثنائي القطب، فإنّ هناك احتمالاً أن يطور واحد من كل ثلاثة أبناء اضطراب ثنائي القطب (30%). بينما لو كان الزوجان لديهما اضطراب ثنائي القطب، فإنّ هناك احتمالاً إحصائياً أن يطور ثلاثة من كل أربعة أبناء اضطراب ثنائي القطب (75%).

[43] لوسيل: هذا يعني أن ما تكلمنا عنه من أن الحياة العصرية وضغوطها هي المسيبة للأكتتاب، لا ينطبق على اضطراب ثنائي القطب. (رجل الكهف 2020: ١)  
الباب الثامن والثلاثون

رجل الكهف: ملاحظتك صحيحة. في الواقع إن اضطراب ثنائي القطب على عكس الأكتتاب ليس مرتبط بالحداثة، فهو شائع عبر التاريخ. حتى أنا نجد أن أبقراط قد ربط نوبات الهوس مع المللخوليا ضمن اضطراب واحد، قبل ألفين وأربعمائة سنة.

كما أنه لا يوجد أي رابط بين اضطراب ثنائي القطب والعوامل البيئية والاجتماعية، مثل الدين، مستوى التعليم، الحالة الاجتماعية، المستوى المادي، السكن في الريف أو المدينة وغيرها. وانتبهي إلى أنني أتكلم في كل هذا عن الإصابة باضطراب ثنائي وليس عما يحفز النوبات فيه. فبديهيا، إنّ ما تكلمنا عنه كأسباب للأكتتاب كالتوتر هي قد تحفز نوبة اكتتاب لدى المصاب باضطراب ثنائي القطب، لكن لن تسبب له الاضطراب نفسه. (ibid.)

[44] لوسيل: فهمت قصدك.

رجل الكهف: ومع هذه، فيجب ألا يُفهم من كلامي أنّ هذا الاضطراب هو جيني فحسب. إنّ السبب الدقيق والمبادر لا يزال غير مؤكد، لكن المؤكد هو الترافق الأسري جينياً لهذا الاضطراب، كما ومع أخويه الأكتتاب والفصام، حيث قد تجدين أشخاصاً لديهم هذه الاضطرابات ضمن نفس العائلة. لكن بما أنّ

دافيد رجل الكهف

حوار مع رجل الكهف في اضطراب ثالث القطب

هذا الاضطراب هو نتيجة خلل في النشاط الدماغي، فمن الممكن أن تكون له مسببات أخرى غير جينية، بيد أن السبب الجيني هو الأكثر شيوعاً إحصائياً.  
(2012 Goess 2003 Berrettini)

[45] داللي: وهل هو اضطراب أكثر خطراً وتأثيراً سلبياً على حياة الشخص من الاكتئاب أم أن تأثيرهما بنفس القدر تقريباً؟

رجل الكهف: في الحقيقة، إن كنت قد قلت لكما أول أمس أن الاكتئاب هو أسوأ مرض يمكن أن يصيب أي إنسان. وأنه المرض الذي يعتبر من أكثر الأمراض التي يتصدى لها أخصائيو الصحة النفسية. وأنه سيصبح بحلول عام 2030 من ضمن أكثر ثلاث مسببات للمرض، والعجز، والوفاة المبكرة للفئة العمرية 15-44 سنة. (رجل الكهف 2020: الباب الأول 2014 Barlow: 275-276) فإنهن أحدثكمالي اليوم عن أكثر مرض يشكل خطراً مباشراً على حياة الإنسان.

[46] داللي "بااهتمام": لماذا؟

رجل الكهف: لأنه مسؤولٌ لوحده عن ربع حالات الانتحار في العالم.  
داللي "بذهول": واحدٌ من كل أربع حالات انتحار في العالم هي مصاب باضطراب ثالث القطب!

[47] رجل الكهف: نعم يا عزيزي، إن خطورة الانتحار لدى المصاب باضطراب ثالث القطب تصل إلى خمس وعشرين مرة عن الناس المعافين. وإن أكثر من ثلث المصابين باضطراب ثالث القطب يحاولون الانتحار. واحدٌ من كل خمسة منهم ينجح بالانتحار. نصف المصابين باضطراب ثالث القطب تأثيرهم هواجس انتحارية أثناء نوبات الهوس، وثمانية من كل عشرة أشخاص تأثيرهم هذه الهواجس أثناء نوبات الاكتئاب الحاد (82%). هذه النوبات تمتد أكثر من أسبوعين، والتي هي المدة اللازمة لتشخيص نوبة الاكتئاب الحاد كما ذكرت

اضطراب ثالث القطب والاضطرابات ذات الصلة

لكلها أول أمس، أيضاً لثمانية من كل عشرة أشخاص مصابين باضطراب ثالث القطب (78%). (رجل الكهف 2020: الباب الرابع) كما أن واحداً من كل ثلاثة أشخاص متعدد لديه نوبة الهوس أكثر من أسبوع، والتي هي المدة الازمة للتشخيص كما سأشرح لكم لاحقاً (36%).

دالي "بذعر": هذه أرقامٌ مرعبة حقاً.

[48] رجل الكهف: لهذا فلا عجب أنه من ضمن أكثر عشرة أمراض مسببة للعجز في العالم، لاسيما وأنَّ سبعين في المائة من المصابين بهذا الاضطراب يحتاجون دخول المشفى في نوبات قوية.

لوسيل: هذه نسبة عالية جداً. ثلاثة من كل أربع أشخاص يحتاجون دخول المشفى بسبب نوبات اضطراب ثالث القطب!

[49] رجل الكهف: نعم، هذا صحيح. ولا يقف الأمر هنا. إن اضطراب ثالث القطب تقريباً دائماً ما يترافق مع حالات مرضية أخرى. على سبيل المثال، إن مرضى اضطراب ثالث القطب مرشحون للإصابة بالسكري ثلاثة مرات أكثر من الناس المعافين. وهم مرشحون للوفاة بسبب مرض السكري أو السكتة الدماغية أو أمراض القلب أكثر مرتين من الناس المعافين.

ثلاثة من كل أربعة مصابين باضطراب ثالث القطب لديهم زيادة وزن (68%)، واحد من كل ثلاثة أشخاص لديه بدانة (35%)، وهذه أعلى نسبة من أي اضطراب نفسي آخر. هؤلاء الأشخاص المصابون بالبدانة تكون نوباتهم أكثر حدة وأكثر تكراراً. وهذا لأنَّ اضطراب ثالث القطب بعد ذاته يغير من الشهية ويغير معدل الاستقلاب في الجسم.

ويُشيع ترافق اضطرابات القلق مع نوبات الهوس أو نوبات تحت الهوس لدى أكثر من نصف المصابين باضطراب ثالث القطب (66%). يليها من حيث النسبة اضطرابات السلوك والتي ترافق نوبات الهوس أو نوبات تحت الهوس

داليد رجل الكهف

حوار مع رجل الكهف في اضطراب ثالث القطب

لدى أقل من نصف المصابين باضطراب ثالث القطب (64%). وواحدٌ من كل ثلاثة مصابين باضطراب ثالثي القطب يعني من اضطرابات إساءة استخدام المواد (36.8%). (Merikangas 2007)

وبالمناسبة، إنَّ اضطرابات إساءة استخدام المواد، تشيع بين المراهقين المصابين باضطراب ثالثي القطب أكثر بخمسة مرات عن أقرانهم المعافين. (Wilens 2004) وتزداد احتمالية أن يكون الشخص مدخناً إلى الضعف في حال كان مصاباً باضطراب ثالثي القطب.

[50] دلي "مقاطعاً": لم أتوقع كل هذا على الإطلاق. إنَّ أسئلة هل نوبات الاكتئاب لدى المصابين باضطراب ثالثي القطب هي مثل تلك لدى المصابين بالاكتئاب العاد؟

رجل الكهف: على الرغم من أنَّ كلا الاكتئابين قد يبدوان متشابهين جداً، لكن بشكل عام، بالمتوسط، الاكتئاب المرافق لاضطراب ثالثي القطب يتضمن تغيرات مزاجية بتواتر أعلى، كما أنه يكون مستعصياً على العلاج أكثر من اضطراب الاكتئاب العاد. (Cuellar 2005)

بالإضافة إلى أنَّ مرضى اضطراب ثالثي القطب تأثيرهم هواجس انتحارية أكثر من مرضى الاكتئاب أحادي القطب. على أنَّ الآخرين غالباً ما يشعرون بالتعب أكثر من الأولين. (Weinstock 2009)

[51] لوسيل "مقاطعة": وماذا عن الاضطرابات الفصامية؟ لماذا قلت لنا أنَّ اضطراب ثالثي القطب يشكل حلقة الوصل بين الاضطرابات الفصامية والاضطرابات الاكتئابية؟

رجل الكهف: في الحقيقة كثيراً ما يتم تشخيص اضطراب ثالثي القطب على أنه فصام، هذا لأنَّ المصاب بالفصام، عندما يكون في نوبة ذهانية، تكون الأعراض الظاهرة عليه تشبه أعراض نوبات ثالثي القطب، من فرط النشاط،

والطاقة، والحركة، والأفكار، مع مزاج عالي أو مكتتب. وبالمقابلة، أثبتت الدراسات وجود تشارك جيني بين الأضطرابين. أقصد بهذا أنهما يتفشيان في نفس الحالات، كما قلت لكما قبل قليل. فتجد شخصاً مصاباً بالفصام في الجيل الأول، تبعه شخص مصاب باضطراب ثالث القطب في الجيل التالي على سبيل المثال. (Berrettini 2003 Goes 2012)

[52] لوسيل: فهمت مقصدك. لكن قبل أن تتتابع، إني انتبهت إلى كلمة قلتها أنت قبل قليل، أريد سؤالك عنها.

رجل الكهف: ما هي؟

لوسيل: لقد قلت إن اضطراب ثالث القطب والاضطرابات ذات الصلة هو أكثر مرض يشكل خطراً مباشراً على حياة الإنسان. هل أضفت كلمة "مباشراً" عن عدم أم أنه يمكنني إهمالها؟

رجل الكهف: أنا مدهوش من شدة ملاحظتك وحرصك على عدم ترك ما لاحظته دون تفسير. يا عزيزي، أنا بشكل عام لا أقول كلاماً بدون مغزى، هل لازلت غير متأكدة من هذا؟

[53] لوسيل "بسرور": أنا أعرف هذا جيداً، ولهذا السبب سأنتك. ما كنت لأنتبه أو أخذ كلمة عابرة بهذه على محمل الجد لو قالها شخص غيرك.

رجل الكهف: في الواقع، إن أكثر اضطراب نفسي (او مجموعة اضطرابات نفسية) حصدآ للأرواح هي اضطرابات الأكل. أقصد مجموع الذين يتوفون كنتيجة لاضطراب أكل ما يعانون منه. لكن هذا ليس بشكل مباشر في الغالبية العظمى من الحالات.

[54] لوسيل: كيف إذن؟

رجل الكهف: إن اضطرابات الأكل كثيراً ما تتسبب باضطرابات نفسية أخرى

واضطرابات عضوية ما كانت لتوجد لدى المريض لو لم يكن يعاني ضحية آخر اضطرابات الأكل. لهذا السبب يُقال إن اضطرابات الأكل هي أكثر الاضطرابات النفسية تسبباً للوفيات، لكن ما لا يقولونه عادة هو أن هذا بشكل غير مباشر وغير مفاجئ. أقصد أن الشخص يعرف مرحلة العضوي بطبيعة الحال ويعاني منه عضوياً لفترة من الزمن قبل أن يصل إلى الوفاة. طبعاً أنا أتكلم بشكل عام كالعادة فليس الجميع هكذا. بينماما اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة هو الأكثر الاضطرابات النفسية حصدًا للأرواح بعد ذاته دون الاستعانة بأي مرض عضوي كي ينفذ هذه المهمة عنه.

[55] لوسيل: فهمت مقصودك تماماً. كم أتمنى أن تحدثنا عن اضطرابات الأكل، فإني أعرف بعض المصابين بها وأشاهد معاناتهم، لكن أعرف أن عليّ ألا أسألك أي شيء عن ذلك الآن.

رجل الكهف: سأزودك بمراجع عن اضطرابات الأكل وعلاجها قبل أن تغادرني كي تتطلعى عليها أنت وهؤلاء الأشخاص فيما بعد.

لوسيل "بفرح طفولي": هذا رائع جداً، شكراً لك.

[56] داللي: على أي حال، دعنا نترك الآن المنافسة المحتدمة بين هذين الاضطرابين على الوفيات وأخبرني عن بداية العيوب. هل يبدأ اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة في الطفولة؟

رجل الكهف: لقد قلت لك أول أمس أن أحد الاختلافات بين اضطراب المزاج المترافق المشوش واضطراب ثنائي القطب هو أن إصابة الإنسان باضطراب ثنائي القطب قبل مرحلة المراهقة هي حالة نادرة تقل عن واحد بالمائة من جميع المصابين باضطراب ثنائي القطب، وهذه النسبة تزداد بثباتٍ وصولاً إلى الفترة المبكرة من مرحلة الشباب. بينما على العكس من هذه، فإن اضطراب المزاج المترافق المشوش هو أكثر شيوعاً من اضطراب ثنائي القطب في فترة ما

اضطراب ثالثي القطب والاضطرابات ذات الصلة

قبل المراهقة وتجنح أعراضه عادةً إلى الانخفاض في مرحلة الشباب. (رجل الكهف 2020: الباب السابع)

[57] دالي "بخجل": صحيح لقد تذكرت هذا الآن. أخبرني عن بدايته إذن.

رجل الكهف: إنَّ اضطراب ثالثي القطب نادراً ما يبدأ قبل سن العاشرة أو بعد سن الأربعين. وإنَّ متوسط العمر لبداية نوبات ثالثي القطب هو خمس وعشرون سنة. هذا لأنَّه يبدأ بالنسبة للرجال مبكراً، بين الخامسة عشر والخامسة والعشرين. أمَّا النساء فهنَّ أكثر حظاً، حيث متوسط بداية النوبات هو بين الخامسة والعشرين والثلاثين سنة.

هذا بالنسبة لبدايته، أمَّا بالنسبة لنهايته فمُمكنني القول إنَّ متوسط عمر المصابين باضطراب ثالثي القطب أقلَّ بعشر سنوات من أقرانهم، أقصد الناس الماعفين في مجتمعهم.

[58] وبين البداية والنهاية، فإنَّ المصاب باضطراب ثالثي القطب الأول أو الثاني يتغيب عن عمله سنوياً بما مقداره خمسة وستون يوم عمل. ولكي تقدرأ فرقه عن الاكتتاب أحادي القطب الذي تكلمنا عنه من قبل، سأخبركما أنَّ المصابين بالاكتتاب العاد يتغيبون عن أعمالهم بمعدل سبعة وعشرين يوماً في السنة. (Barlow 2006: 276 وأنظر 2014 Adler)

لوسيل "بدهشة": هذا أقلَّ من النصف. وأنت تتكلَّم عن الاكتتاب العاد وليس عن أي نوع آخر من الاكتتاب الأقل حدة. لكن مهلاً، ماذا تعني بشافي القطب الأول وثالثي القطب الثاني؟

## الباب الثاني

### رحلات بين القطبين

[59] **رجل الكهف:** عندما نتكلم عن ثباتي القطب فإن الأمور تصبح أكثر تعقيداً وإثارة لاهتمام.

لوسيل: سوف أركز معك جيداً.

**رجل الكهف:** اجلس يا داني فانا سأشرح أمراً معقداً ويحتاج إلى الدقة في فهمه.

داني: كلّ آذانٍ صاغية.

**رجل الكهف:** نحن نتكلّم الآن عن اضطراب ثباتي القطب، وهو اضطراب مزاج، وبالتالي، فنحن نقصد بالقطبين قطبي المزاج. في القطب الأدنى لدينا الاكتئاب الحاد، حيث تتحفّض الطاقة وتستحوذ الأفكار السلبية على الشخص، وتزداد الحاجة إلى النوم، ويسود التشاوؤ، والقنوط، والشعور بالآلام، إلى ما هنالك. ولدينا القطب الأعلى الذي هو بعكس الاكتئاب تماماً، حيث يصبح لدى الشخص فيض كبير من الطاقة، ويكون مفعماً بأفكار إيجابية، مفرط التفاؤل، وتتعدّم لديه الحاجة إلى النوم، ولا يشعر بالتعب وهلم جرا. هذا ما

نسميه الهوس، والذي قد يصل، كما يمكنكم أن تتوقعوا، إلى أن يترافق مع أغراض ذهانية، فهو بالضبط على الحدود مع الاضطرابات الفصامية.

[60] وبالطبع بين قطب الهوس وقطب الاكتتاب يتدرج المزاج حيث يكون المزاج الطبيعي في المنتصف. تخيلًا معي خريطة الكرة الأرضية. إن القطب الشمالي هو الهوس، والذي ينخفض تدريجيًّا حتى يصل إلى ما نسميه تحت الهوس، دعونا نقل إنها تبدأ من القارة الأوروبية على الخريطة، ثم يتبع المزاج انخفاضه حتى يصل إلى المزاج الطبيعي عند خط الاستواء، لنصل في الصومال على سبيل المثال. عندها ينتهي النصف الأعلى للمزاج، النصف الهوسي، إن جاز لي التعبير.

ومن تلك التقطة يبدأ المزاج الاكتتابي، والذي يزداد حدةً كلما اتجهنا أكثر نحو القطب الجنوبي، حيث تمثل القارة القطبية الجنوبية قعر الاكتتاب الحاد. هكذا يمكنكم أن تخيلوا مستويات الاكتتاب المختلفة ومستويات الهوس المختلفة وكأننا نسافر بالطائرة بين القطب الشمالي والقطب الجنوبي مروراً بإفريقيا وأوروبا.

[61] دليٍّ مقاطعاً: هذا تشبيه جيد ساعدني على تخيل الأمر، لكن كيف للمزاج الطبيعي أن يكون محدوداً بخط الاستواء فحسب؟

رجل الكهف: ملاحظةً جيدة يا داني. بالطبع إن المزاج الطبيعي يحتوي على حزن وفرح، خمولٍ وحيوية، تشاؤمٍ وأمل، حماسٍ وإحباط، لا شك أنه من الطبيعي أن يتدرج مزاج الشخص هكذا، لكن هناك حدودٌ طبيعية، إن تجاوزها الشخص دخل حالة اضطراب مزاج. لنقل إن مزاج الشخص، في قمة سعادته، عند حدوث حدثٍ أسعده كثيراً، على سبيل المثال زواجه، حصوله على عقد عمل مغِّرٍ، ربح ورقة يانصيب، أو أي شيء آخر، يمكنه أن يرتفع حتى يبلغ الحدود المصرية السودانية. وإن أتعس مزاج قد يختبره الشخص،

في حالة وفاة عزيز عليه، أو فاجعة حلّت به، فإنه ينخفض إلى مدغشقر. هذا يعني أن التقلّلات المزاجية بين مصر ومدغشقر هي تقلّلات مزاجية طبيعية، أمّا ما زاد عنها فهو مزاج يفوق الطبيعي في شدته. لكن تذكّر أنه من الممكّن للشخص أن يختبر هذا المزاج غير الطبيعي في بعض الأحداث البيئية الشديدة، فمثلاً من الممكّن أن ينحدر مزاجه تحت الحد الأدنى للمزاج الطبيعي بسبب فاجعة أحلّت به، لكن مام يسْتُوفِي شرط المدة وشرط معايير التشخيص لا يمكن تشخيصه بالاكتتاب أحادي القطب.

[62] دللي: فهمت الفكرة. تشبّه جيد.

رجل الكهف: بالنسبة إلى المصاب باضطراب الاكتتاب أحادي القطب، فإن مزاجه يتّنقل في أي مكان من الحدود المصرية السودانية وصولاً إلى القارة القطبية الجنوبيّة، لكنه لا يرتفع عن هذا مطلقاً. وإن حصل وارتفاع المزاج فوق الحدود المصرية السودانية، فإن الشخص لم يعد يعاني من اضطراب اكتتابي أحادي القطب، بل يصبح اضطرابه ثالثي القطب، وهذا لأنّه اخترق حدود المزاج الطبيعي متوجهاً نحو القطب الآخر للمزاج.

[63] لوسيل: إنّ هذا معقول جداً.

رجل الكهف: لكننا، في الحقيقة، حال اختراقنا حدود القطب الأعلى للمزاج، نكون دخلنا عالم اللامعقول. حيث يبدأ مزاج القطبين بابتداع تشكيلة من الحالات المزاجية هي من التنوّع درجة آثني مقتنع أنه لا يوجد شخصان لديهما نفس حالة ثالثي القطب، حتى وإن حصل على تشخيص بنفس نوع اضطراب ثالثي القطب.

[64] لوسيل: بارتباك، لم أفهم.

رجل الكهف: ركزي معي. إنّ طيف اضطراب ثالثي القطب والاضطرابات ذات

الصلة يحتوي على عدّة اضطرابات، أشهر هذه الاضطرابات، وأشدّها، هما اضطراب ثانٍ للقطب الأول، واضطراب ثانٍ للقطب الثاني. يليهما اضطراب المزاج الدوري، ومن ثم باقي اضطرابات ثانٍ للقطب والاضطرابات ذات الصلة.

باختصار، المصابون باضطراب ثانٍ للقطب الأول يعانون من نوبات الهوس، وهذا يعني أنّ مزاجهم قد يرتفع وصولاً إلى القطب الشمالي. بينما المصابون باضطراب ثانٍ للقطب الثاني يعانون من نوبات الاكتئاب الحاد ونوبات تحت الهوس، وهذا يعني أنّ مزاجهم يرتفع وصولاً إلى أوروبا، وينخفض رعاً وصولاً إلى القارة القطبية الجنوبيّة. أما اضطراب المزاج الدوري فهو عبارةً عن تبدلات دورية في المزاج تخترق العدود الدنيا والحدود العليا للمزاج الطبيعي لكن ليس لدرجة أن تصل إلى أوروبا، هي تصل إلى البحر الأبيض المتوسط، وتتحفظ إلى جنوب إفريقيا. وبالتالي، تغير المزاج الدوري هذا هو أشبه برحالة تقطع أفريقيا من شمالها إلى جنوبها وبالعكس جيّدة وذهاباً.

[65] لوسيل: لقد فهمت الآن، ولو ليس بشكل جيد، لكنني فهمت الفكرة العامة. على أي حال، إذا كان اضطراب المزاج الدوري يتضمن تبدلات للمزاج بهذا الشكل المتواتر. فكيف هو الحال بالنسبة لشقيقه الآخرين؟

رجل الكهف: كي أجييك على هذا السؤال يجب أن أشرح لك معايير تشخيص هذه الاضطرابات. لكن إيجابية مبتدئية، إن التواتر الذي ذكرته هو مطلوب فقط في اضطراب المزاج الدوري، فهو من اسمه، دوري. بينما باقي اضطرابات ثانٍ للقطب فهي اضطرابات نوبات، أي يختبر الشخص نوبة، ومن ثم لا يختبر أي نوبة لفترة من الزمن ومن ثم يخبر نوبة أخرى. ولا توجد أي قاعدة ملءة هذه الفترة من الزمن، فقد تكون شبه معدومة، وقد تكون بالسنوات. والحق

دانييل رجل الكهف

حوار مع رجل الكهف في اضطراب ثنائي القطب

أن نوبية هومن واحدة كافية لأن يشخص الشخص باضطراب ثنائي القطب الأول. وبعدهم لا تكرر عنده هذه النوبات، وأخرون تأتيم نوبية كل عشر سنوات، وأخرون يعانون من عدّة نوبات في السنة.

[66] دالي "بدهشة": ما هذه الاختلافات الصارخة؟ كيف هو حال من يعانون من عدة نوبات في السنة!

رجل الكهف: هنا تبدأ الأمور المتعلقة باضطراب ثنائي القطب بأن تصبح منيرة للاهتمام بحق.

دالي: سأركز معك جيدا.

[67] رجل الكهف: ضمن نوبات ثنائي القطب العادمة، والتي هي نوبة هومن، أو تحت الهوس، أو نوبة اكتتاب، أحياناً يعاني الشخص من أعراض تأتيه من القطب الآخر للمزاج. وهذه تسمى نوبة مع ملامح مختلطلة *Mixed Features*. ويفضف محدد مع ملامح مختلطلة في حال عانى الشخص من ثلاثة أعراض أو أكثر قادمة من القطب المعاكس للنوبة التي هو فيها. (2010 First 5-5: 149-150) فيكون على سبيل المثال في نوبة هوس وتأتيه بعض الأعراض الاكتتابية. وبالمناسبة، إن النوبة ذات الملامح المختلطلة تكون فيها احتمالية الانتحار أعلى من نوبة اكتتاب حاد، لأن الشخص قد يكون لديه طاقة هوسية ممزوجة مع مزاج مكتتب.

[68] وإن نسبة قد تصل إلى واحد من كل خمسة أشخاص (13-20%) يعانون مما نسميه دوران سريع *Rapid Cycling* والذي يعني أن الشخص قد مر بأربع نوبات منفصلة من الاكتتاب والهومن أو تحت الهوس خلال سنة واحدة. (1996 Calabrese)

ولدينا ما نسميه الدوران السريع جداً *Ultra Rapid Cycling* والذي يصف تبدل مزاج الشخص بين القطبين خلال أقل من ثمان وأربعين ساعة.

(1992 Coryell)

وبالتالي، كما تلاحظان من هذا الاستعراض السريع، فإنَّ مزيج الاحتمالات التي قد تشكل حالة شخص مصاب باضطراب ثانٍ القطب هي من التنوع للدرجة يجعل من الصعب التكهن بحالة شخص ما يقول لك "أنا مصاب باضطراب ثانٍ القطب"، أو بحسب تعابير الشخصي "أنا ثانٍ القطب".  
لوسيل "باهتمام": لا بد لك أن تبدأ بشرح اضطراب ثانٍ القطب بالتفصيل، فلقد كانت المقدمة طويلة جداً وأنا لم أفهم بعد ما هي نوبة الهوس وما هي نوبة تحت الهوس، اللهم إلا أنهما عكس الاكتتاب.  
رجل الكهف: معك حق، فلنجلس في الداخل وسأشرح لك كل شيء بالتفصيل.

## الباب الثالث

### نوبة الهوس

### Manic Episode

[69] **رجل الكهف:** إن نوبة الهوس، يا لوسيل، هي فترةً مميزة من التصرفات غير المعتادة والمزاج المرتفع أو سرعة الانفعال وزيادة الطاقة أو القيام بالأنشطة، ويجب أن تبقى هذه الحالة على الأقل لمدة أسبوع، مستمرةً معظم اليوم، تقريباً كل يوم. على أننا لسنا بحاجة إلى شرط المدة في حال اضطر الشخص إلى دخول المشفى بسبب النوبة.

خلال فترة اضطراب المزاج وزيادة الطاقة أو الانشطة، يجب أن تتوفر ثلاثة من الأعراض التالية أو أكثر، أما في حال كان المزاج سريع الانفعال فقط، فنحن بحاجة إلى توافر أربعة من الأعراض التالية. في كلا الحالتين، يجب أن تكون الأعراض قوية إلى درجة عالية، ومثل تغيراً ملحوظاً عن سلوك الشخص الاعتيادي.

1- تضخم تقدير الذات أو الشعور بالعظمة. من الممكن أن تصل إلى الهلوسة أو الشعور أنه على اتصال مع كائنات غير بشرية، سماوية أو غير سماوية، قد يعتقد أنهنبي، أو أنه منقذ العالم، أو أن تشعر الأم أن ابنها

شخص استثنائي، كالمسيح مثلاً.

- 2- انخفاض الحاجة إلى النوم. قد يبقى عدّة أيام من دون نوم، مع فرط النشاط. وعندما ينام، ينام بضع ساعات فقط.
  - 3- سهل التشتّت. فمثلاً، ينجرف بسهولة جداً وراء الانتباه إلى أمور تافهة أو لا علاقة لها بالموضوع، تاركاً الموضوع الأساسي. لكنَّ هذا العرض يجب أن يتم تقريره من قبل آخرين، ولا يكفي تقريره الشخصي.
  - 4- تطاير للأفكار أو تسارع للأفكار كما يخبرها هو. إنها تتسارع لدرجة أنه لا يستطيع كتابتها أو حتى قولها. ولهذا السبب، فإنَّك ترينه، يا لوسيل، يقفز من موضوع إلى آخر.
  - 5- يتحدث أكثر من المعتاد وأسرع من المعتاد، ولا يستطيع التوقف عن الكلام أو أن تكون لديه رغبة ملحة للاستمرار في الكلام.
  - 6- زيادة في الأعمال الموجهة، سواه اجتماعية، أو في المدرسة، أو في العمل، أو جنسياً، أو تحريض نفسيٌّ حركيٌّ بحيث يقوم بأنشطة ذات غير هدف.
  - 7- انحرافٌ زائدٌ بنشاطاتٍ تتضمن على مخاطرة عالية أو تبعات مؤلمة، كقيامه بصفقات تجارية غبية، أو علاقات جنسية طائشة، أو تبذيد المال في شراء ما لا يحتاجه، وما لا يشتريه عادة.
- إن اضطراب المزاج يجب أن يكون حاداً لدرجة تؤثر سلباً بشكل قوي على أداء الشخص الاجتماعي والوظيفي، أو أنه تتطلب إدخاله المشفى لي لا يؤذى نفسه أو غيره، أو أن يكون لديه أعراض ذهانية.
- يجب، بالطبع، التأكد من أنه لا يمكن أن تُعزى النوبة إلى التأثير النفسي لتعاطي مادة ما كالمخدرات والأدوية أو علاج مرض آخر. وأنه لا يمكن أن تُعزى النوبة إلى حالة طيبة أخرى.
- هذه هي معايير تحديد نوبة الهرس.

**لوسيل "بفرح طفولي":** شكرنا على التوضيح. والآن لننتقل إلى النوبة تحت

دأيد رجل الكهف

حوار مع رجل الكهف في اضطراب ثالث القلب

الهوسيّة.

## الباب الرابع

### نوبة تحت الهوس

### Hypomanic Episode

[70] رجل الكهف: إن نوبة تحت الهوس يا لوسيل هي فترة مميزة من التصرفات غير المعتادة والمزاج المرتفع أو سرعة الانفعال وزيادة الطاقة أو القيام بالأنشطة، على أن تبقى هذه الحالة على الأقل لمدة أربع أيام متواصلة، مستمرةً معظم اليوم، تقريباً كل يوم.

خلال فترة اضطراب المزاج وزيادة الطاقة أو الانشطة، يجب أن توافر ثلاثة من الأعراض التالية على الأقل، أما في حال كان المزاج سريع الانفعال فقط، فتحعن بحاجة إلى توافر أربعة من الأعراض التالية. في كلا الحالتين، يجب أن تكون الأعراض قوية إلى درجة عالية، ومثل تغييراً ملحوظاً عن سلوك الشخص الاعتيادي.

1- تضخم تقدير الذات أو الشعور بالعظمة. من الممكن أن تصل إلى الهلوسة أو الشعور أنه على اتصال مع كائنات غير بشرية، سماوية أو غير سماوية، قد يعتقد أنه نبي، أو أنه منقذ العالم، أو أن تشعر الأم أن ابنها شخص استثنائي، كالمسيح مثلاً.

- 2- انخفاض الحاجة إلى النوم. قد يبقى عدة أيام من دون نوم، مع فرط النشاط. وعندما ينام، ينام بضع ساعات فقط.
  - 3- سهل التشتت. فمثلاً، ينجرف بسهولة جدًا وراء الانتباه إلى أمور تافهة أو لا علاقة لها بالموضوع، تاركًا الموضوع الأساسي. لكن هذا العرض يجب أن يتم تقريره من قبل آخرين، ولا يكفي تقريره الشخصي.
  - 4- تطابير للأفكار أو تسارع للأفكار كما يختبرها هو. إنها تتسارع لدرجة أنه لا يستطيع كتابتها أو حتى قولها. ولذا فإنك ترينه يقفز من موضوع إلى آخر أثناء كلامه.
  - 5- يتحدث أكثر من المعتاد وأسرع من المعتاد، ولا يستطيع التوقف عن الكلام، أو أن تكون لديه رغبة ملحة للاستمرار في الكلام.
  - 6- زيادة في الأعمال الموجهة، سواء اجتماعية، أو في المدرسة، أو في العمل، أو جنسية، أو تحريض نفسي حركي حيث يقوم بأنشطة ذات غير هدف.
  - 7- انخراط زائد بنشاطات تتضمن على مخاطرة عالية أو تبعات مؤلمة، كقيامه بصفقات تجارية غبية، أو علاقات جنسية طائشة، أو تبذيد المال في شراء ما لا يحتاجه، وما لا يشتريه عادة.  
النوبة تتضمن تغيراً ملحوظاً في أداء الشخص بما يتصرف به في حالته العادية.
- يجب أن يكون اضطراب المزاج، وتغيير السلوك ملحوظين من قبل الآخرين.
- علينا أيضًا التأكد من أنه لا يمكن أن تُعزى النوبة إلى التأثير النفسي لتعاطي مادة ما كالمخدرات والأدوية أو علاج مرض آخر. وأنه لا يمكن أن تُعزى النوبة إلى حالة طيبة أخرى. (3: DSM-5-Update 2015)

نوبة تحت الهوس

7] دللي "مقاطعاً": إذن الفرق بين نوبة الهوس ونوبة تحت الهوس هو المدة، فواحدة تحتاج أربعة أيام بينما الأخرى سبعة، باقي الأمور كلها متشابهة.

رجل الكهف: ذلك واحد من الفروق بين التوبيتين، ولو لم تقاطعني لسمعتني أقول إنّ نوبة تحت الهوس يجب ألا تكون من الحدة لدرجة معينة عن الأداء الوظيفي والاجتماعي، ولا لدرجة أن تسبب بإدخال الشخص إلى المشفى، وهي لا تحتوي أعراضًا ذهانية.

أيّ نوبة تحتوي أعراضًا ذهانية هي، بالتعريف، نوبة هوس.  
هذه هي معايير تحديد نوبة تحت الهوس.

72] دللي: اتفح الفرق الآن. إذن هما نفس الأعراض لكن يختلفان بالمدة والشدة.  
لوسيل: إذن هلا أخبرتنا عن معايير تشخيص اضطرابات ثنائي القطب المختلفة التي أشرت إليها قبل قليل؟

رجل الكهف: بكل سرور، لكن لا بدّ لنا من مراجعة أعراض القطب الثاني من ثنائي القطب، فمن منكما سيذكرنا بمعايير تشخيص النوبة الاكتئابية؟

## الباب الخامس

### عودة إلى نوبة الاكتئاب الحاد

### Major depressive episode (MDE)

[73] دلي "بعماس": أنا سأفعل. إنّ نوبة الاكتئاب الحاد هي عبارةٌ عن تزامن خمسة أو أكثر من أعراض الزمرة الاكتيابية لمدة/سبعين على الأقل. من بين هذه الأعراض الخمسة، يجب توافر إما واحد من هذين العرضين أو كليهما:

- 1- مزاج مكتتبٌ معظم اليوم، تقريباً كل يوم. وهذا المزاج المكتتب الذي يتجلّى كشعور بالفراغ، أو الحزن، أو اليأس، أو أن يكون الشخص دامع العيون، قد يفصح عن نفسه عند الأطفال والمراهقين كمزاج حاد، أو نزق، أو سريع الغضب.
- 2- نقص ملحوظٌ في الاهتمام أو الاستمتاع في كل، أو تقريباً كل، النشاطات معظم اليوم، تقريباً كل يوم.  
أما باقي الأعراض الأربع فهي قد تكون أياً مما يلي:
  - نقصان ملحوظٌ في الوزن دون اتباع حمية غذائية، أو زيادةٌ في الوزن دونما اتباع نظام غذائي من شأنه أن يفعل هذا. أو أن يكون هناك زيادةً أو

عودة إلى نوبة الاكتئاب الحاد

نفصال في الشهية تقريرًا كل يوم، وفي حالة الأطفال، فإن المعادل لهذا العرض هو لا يحصل الطفل على زيادة الوزن المتوقعة التي يجب أن تترافق مع نموه.

- ارق أو فرط في النوم تقريرًا كل يوم.

- هياج نفسي حرفي أو خمول تقريرًا كل يوم. ولا يعني هنا مجرد الشعور بالباطل، أو نفاذ الصبر الذين قد يشعر بهما الشخص نفسه.

- التعب أو فقدان الطاقة تقريرًا كل يوم.

- مشاعر من انعدام القيمة أو الذنب المفرط أو غير الملام، والذي قد يكون وهمًا، تقريرًا كل يوم.

- نفس القدرة على التفكير أو التركيز، أو حالة من تعاسك الأفكار تقريرًا كل يوم.

- أفكار انتهازية متكررة بدون خطة محددة، أو محاولة فعلية للانتحار، أو رسم خطة محكمة للانتحار.

يجب أن تسبب هذه الأعراض ضعفًا في الأداء الاجتماعي أو المهني أو غيرهما من مجالات النشاط كي يتم اعتبارها نوبة اكتئاب حاد. كما يجب أن تكون متأكدين من أن النوبة ليست معززة إلى التأثيرات النفسية لتعاطي مادة ما أو دواء ما أو أنها نتيجة لحالة طيبة أخرى؛ فإن كانت كذلك، فهي ليست نوبة اكتئاب حاد.

رجل الكهف: جيد جداً، الآن يمكننا الحديث عن اضطراب ثالث القطب والاضطرابات ذات الصلة، بعد أن أصبح في جعبتنا كل هذه المعلومات الأساسية.

لوسيل "عيون لامعة": فلنبدأ الحديث عن اضطراب ثالث القطب الأول إذن.

## الباب السادس

### اضطراب ثانٍ القطب I

### Bipolar I Disorder

[74] **رجل الكهف:** إن تشخيص اضطراب ثانٍ القطب الأول يحتاج ببساطة حصول نوبة هوس واحدة لدى الشخص.

بالطبع أنا أعني أن معايير نوبة الهوس قد تم استيفاؤها، وأنه لا يمكن تفسير الحالة بشكل أفضل كاضطراب فصامي، أو اضطراب الوهم، أو أي اضطراب ذهاني آخر.

[75] **لوسيل:** ألا يحتاج نوبة اكتئاب حاد أيضاً؟

**رجل الكهف:** كلا، نوبة هوس واحدة كافية كي تعطي الشخص تشخيصاً باضطراب ثانٍ القطب الأول. لكن معظم الذين عانوا من نوبة هوس سيعانون من نوبة اكتئاب، في الحقيقة، إن تسعه من كل عشرة أشخاص عانوا من نوبة هوس، قد عانوا أيضاً من نوبات تبدلات المزاج. هذا وإن ستة من كل عشرة أشخاص تحصل لديهم نوبات اكتئاب حادة مباشرة بعد نوبة الهوس. على أن بعض الناس يقتصر لديهم اضطراب ثانٍ القطب الأول على

نوبات هوس واحدة في حيواتهم، أو نوبة هوس كل عشر سنوات مثلاً، ويكونون خالين تماماً من أي أعراض فيما بين هذه النوبات.

[76] دليل: ما الذي من الممكن أن يفعله الشخص في نوبة الهوس؟

رجل الكهف: الكثير من الأمور، وهي تختلف من شخص إلى آخر. على سبيل المثال، قد ينخرط في مشاريع عديدة، متضاربة مع بعضها، وهي خارج مجال اختصاصه، ولديه معرفة ضئيلة بذلك المجال. في الحقيقة، بالنسبة له، لا يوجد شيء يفوق متناول يده. وثقته وتفاؤله لا حدود لها.

نشاطه المفرط يجعله يعمل عدد ساعات كبير في اليوم، وقد يبقى لعدة أيام بدون نوم، دون أن يشعر بالتعب.

[77] يتكلّم بسرعة، بصوّت عالي، ويتنقل بين عدة مواضع، وتصعب مقاطعته. تذكر أفكاره المتتسارعة التي هي أسرع من أن يقولها، لذا تجده يتبدل بين عدة مواضع. بل إنّ أفكاره قد تتتسارع وتزدحم في رأسه لدرجة أنه لا يستطيع قوله، وبالتالي، من الصعب أحياناً على الشخص أثناء نوبة الهوس أن يخوض محادلات جادة.

تردد الرغبة الجنسية أثناء نوبة الهوس، وبسبب ما أصفه لكما، فإنّ الشخص قد يقوم بسلوكيات جنسية أو ينخرط في ممارسات جنسية متھورة، أو تناهى ما يقوم به عادةً. كما أنه قد يقوم باللقاء، أو التشرب في النوادي الليلية، وغيرها من أنشطة لا يقوم بها خارج نوبات الهوس.

إنّ البعض يصبح لديهم سلوك معايير المجتمع ضمن نوبات الهوس. وأحياناً قد يصبحون عنيفين جسدياً، بحيث يشكلون خطراً على غيرهم، وإن كانوا في حالة من الوهم، فقد يقومون فعلًا بالاعتداءات، أو حتى، الإقدام على الانتحار.

[78] لوسيل "بدھشة": لماذا؟

### دلائل رجل الكهف

حوار مع رجل الكهف في اضطراب ثالث القطب

رجل الكهف: في حالة الأوهام، قد يتورّم أن أحداً يأمره أن يقتل شخصاً ما، ربما يكون أحد أصدقائه، أو أحد المارة في الشارع. قد يتورّم أن إلهه يأمره بفعل كذا أو كذا. من الممكن أن يتورّم أن أحد أقربائه المتوفين ينادي ويطلب منه أن يلتحق به، فيقتل نفسه ببساطة.

[79] لوسيل: هذا فظيع.

رجل الكهف: هوني عليك، أنا أخبركم بحالات شديدة كي تخيلوا ما يمكن أن يصل له الأمر. وإن ما أصفه لكم هو بالفعل حالات حصلت، وتحصل كثيراً. لكن ليست كل نوبات الهوس هي هكذا. قلت لكم أن ثلاثة من الأعراض السبعة هي ما يحدد نوبة الهوس، فقد يكون لدى الشخص الأعراض الثلاثة الأقل خطورة فيها. لكن بكل تأكيد، الأعراض في نوبة الهوس، يجب أن تكون قوية، فحتى لو وضعنا الحالات الخطيرة جانباً، فإلي لا زلت لا أنكلم مثلاً عن شخص يعمل ستة عشر ساعة في اليوم بدون تعب. بل أنكلم عن شخص يعمل مدة ثلاثة أيام على مدار الساعة دون تعب. أنا لا أنكلم عن شخص يشعر برغبة قوية لممارسة الجنس، أنا أنكلم عن شخص لا تتوقف لديه هذه الرغبة حتى عند ممارسة الجنس مع أن هذا ليس وضعه الطبيعي. وهكذا دواليك.

[80] لوسيل: فهمت الفكرة. وماذا عن الأطفال؟

رجل الكهف: لقد قلت لك أن أحد أسباب ابتداع اضطراب المزاج المتقلب المشوش وإدراجه في (DSM-5) هو أن يجعل محل تشخيص اضطراب ثالث القطب لدى الأطفال. (رجل الكهف 2020: الباب السابع) ومع هذا، لو كان طفلً ما بيء الحظ، وكان من تلك الندرة التي تختبر نوبة هوس، فهو قد يعتقد أنه أذكي الطلاب في صفه، أو في المدرسة، وأفضل لاعب رياضة في الفريق، ونحو هذا من أمور. لكن تكمن الخطورة، على سبيل المثال، فيما لو

اضطراب ثالث القطب ١

توفهم أن لديه طاقة خارقة مثل أبطال الرسوم المتحركة، فالقى بنفسه من مكان مرتفع معتقداً أنه سوبرمان أو ياقان.

وبالمناسبة، إن تشخيص الأطفال صعب جداً، فيما أن كل طفل يختلف عن الآخر في غموضه فإن من الصعب وضع معياراً موحد أو حتى المقارنة بينهم. لذا، فإن حالة كل طفل يجب أن يتم معايرتها بناءً على وضعه الطبيعي هو، وليس بالمقارنة مع أي أحد آخر.

[81] دليلٌ: وما هي نسبة الذكور إلى الإناث المصابة باضطراب ثالث القطب الأول؟

رجل الكهف: يبدو أن النسبة متساوية بين الجنسين، على أن الإناث أكثر عرضة من الذكور للنوبات المختلطة، وللدوران السريع، ولأن يختبروا أمراضاً اكتئابية. بالإضافة إلى أنه يزيد لديهن احتمال الإصابة باضطراب الأكل واضطراب تعاطي الكحول أكثر من الذكور أيضاً.

[82] لوسيل: أنا حزينة لأن هذا الاضطراب متحييز ضد الإناث.

رجل الكهف: كلا، ليس الأمر كذلك. لنقل إن الإناث يجذبن نحو الأعراض الاكتئابية، بينما الذكور يجذبن نحو الأعراض الهوسية أو الفصامية. لهذا السبب، بالنسبة لمرضى اضطراب ثالث القطب الأول، فالإناث هن أكثر عرضة لأن يتم تشخيصهن خطأ باضطراب الاكتئاب العاد، بينما الذكور هم أكثر عرضة لأن يتم تشخيصهم خطأ بالفصام. أما الأطفال والراهقون، وبالمناسبة، فهم عرضة لأن يتم تشخيصهم خطأ باضطراب فرط النشاط مع نقص الانتباه.

[83] لوسيل: فهمت فكرتك. إذن النسبة متساوية لكن يختلف، إحصائياً، تطوير الأعراض.

رجل الكهف: نعم، هذا صحيح.

لوسيل "بابتسمة": شكرأ لك.

## الباب السابع

### اضطراب ثانٍ القطب II Bipolar II Disorder

[84] **رجل الكهف:** لقد سبق وقلت لكم أنَّ اضطراب ثانٍ القطب هو أخطر اضطرابٍ نفسي على حياة صاحبه بشكل مباشر لأنَّه مسؤولٌ لوحده عن ربع حالات الانتحار في العالم.

دالٍ: صحيح، لقد قلت ذلك.

رجل الكهف: حسناً، إنَّ اضطراب ثانٍ القطب الثاني هو المسئول عن أكبر عدد حالات الانتحار ضمن اضطراب ثانٍ القطب والاضطرابات ذات الصلة. مما يجعله أكثر اضطرابٍ نفسي مسؤولٌ عن حالات الانتحار في العالم. بل كي أكون أكثر دقة، هو أكثر مسببٍ للانتحار في العالم.

[85] **لوسيل "بذعر":** أكثر مسببٍ للانتحار في العالم!

رجل الكهف: نعم، من ضمن عائلة اضطرابات ثانٍ القطب والاضطرابات ذات الصلة، إنَّ ذوي اضطراب ثانٍ القطب الثاني لديهم أكثر معدل

## اضطراب ثالث القطب «

محاولات انتحار (63.4%)، يليهم أقرانهم ذوي اضطراب ثالث القطب الأول (63.4%). ومع أن الفرق بين نسبتي محاولات الانتحار ليس كبيرا جدا، إلا أنه غالباً ما تكون محاولات المصابين باضطراب ثالث القطب الثاني أكثر جدية، وينفذونها بنجاح أكبر من أقرانهم ذوي اضطراب ثالث القطب الأول.

[86] دليل: لقد توقعت أنه أخف خطورة من اضطراب ثالث القطب الأول.

**رجل الكهف:** هذا فح يقع فيه كثيرون. فليس من النادر أن يتحدث أحدهم عن ثالث القطب من المستوى الأول أو ثالث القطب من الدرجة الثانية، ونحو هذا. فهم يعتقدون أن الأمر فيه تراتبية هرمية، أقواها هو الأول، ويليه الثاني. لكن الأمر ليس هكذا على الاطلاق.

[87] دليل: كيف هو الأمر إذن؟

**رجل الكهف:** إنهم، اضطرابان في المزاج مختلفان.

دليل "مقاطعا": كيف تقول مختلفان؟ لم نجد قبل قليل أن نوبة تحت الهوس تحتوي نفس أعراض نوبة الهوس إلا أنها أقل حدةً منها وتطلب عدد أيام أقل؟

**رجل الكهف:** لكنني لم أقل إن نوبة تحت الهوس هي اضطراب ثالث القطب الثاني.

دليل: صحيح، أنت لم تقل هذا. لقد افترضت أنا أن الأمر مثل اضطراب ثالث القطب الأول.

**رجل الكهف:** لقد قلت لكما معيار التخخيص مسبقا، لكن يبدو أن ذهنك مشتت.

[88] دليل "بخجل": رهما.

دافيد رجل الكهف

حوار مع رجل الكهف في اضطراب ثالث القطب

رجل الكهف: صحيح أن نوبة هوس واحدة كافية كي يحصل الشخص على تشخيص باضطراب ثالث القطب الأول، إلا أن اضطراب ثالث القطب الثاني يحتاج نوبة تحت هوس واحدة بالإضافة إلى نوبة اكتئاب حاد واحدة. هل لاحظت الفرق؟

[89] دللي: نعم واضح.

رجل الكهف: لكن، مع ذلك، علينا التأكيد من أن الشخص لم يختبر ولا نوبة هوس. لأنّه لو اختبر نوبة هوس واحدة في حياته فإن لديه، بالتعريف، اضطراب ثالث القطب الأول، بغض النظر عن أي شيء آخر.

[90] لوسيل: وماذا لو حصل الشخص على تشخيص اضطراب ثالث القطب الثاني، وفي وقتٍ ما لاحق، أصابته نوبة هوس؟

رجل الكهف: في أي لحظة يختبر الشخص فيها نوبة هوس، يصبح تشخيصه ثالث القطب الأول، ويتم إلغاء تشخيص ثالث القطب الثاني. إنه لا يحمل كلا التشخيصين.

[91] لوسيل: فهمتك. هذه إذن هي معايير تشخيص اضطراب ثالث القطب الثاني.

رجل الكهف: نعم. نوبة تحت هوسية مع نوبة اكتئابية مع عدم وجود نوبة هوسية. وبالطبع يجب التأكيد أن النوبة تحت هوسية والنوبة الاكتئابية لا يمكن تفسيرهما بشكل أفضل في سياق أي اضطراب فصامي وذهاني. وبالتالي، يجب أن تسبب النوبة الاكتئابية أو التناوب بين النوبات الاكتئابية والتحت هوسية، عجزاً سريراً واضحاً أو تدهوراً في الأداء المدرسي، أو الوظيفي، أو غيرها.

[92] دللي: شكرًا على التلخيص الموجز.

رجل الكهف: أريد أن أعيد التأكيد على أن اضطراب ثالث القطب الثاني ليس

نسخة مخففةً من اضطراب ثانى القطب الأول. في الواقع، إن المصابين باضطراب ثانى القطب الثاني معاناتهم المزمنة أكبر بكثير من المصابين باضطراب ثانى القطب من النوع الأول. فهم بالمتوسط يعيشون نوبات اكتئاب أطول وأكثر حدة وأكثر تسبباً في العجز وفوق ذلك، فإنها تكون أكثر تكراراً من تلك التي يختبرها المصابون باضطراب ثانى القطب الأول. وبما أن القطب الاكتئابي هو جزءٌ أساسيٌ من اضطراب ثانى القطب الثاني، فإن المصابين به تكون لديهم نوبات مع ملامح مختلطة أكثر من زملائهم ذوي اضطراب ثانى القطب الأول. وبالمناسبة، هذه الملامح المختلطة تشيع لدى الإناث أكثر من الذكور، على الخصوص النوبات التحت هوسية مع الملامح المختلطة.

[93] لوسيل: يبدو هذا منطقياً، لأننا قد قلنا سابقاً أن الإناث يجعن الهوس لديهن إلى الأعراض الاكتئابية. لكن كيف يكون هذا الشعور؟

**رجل الكهف:** في الحقيقة بحسب شدة وطبيعة التوبة التحت هوسية، وشدة ونوعية الأعراض الاكتئابية التي تسفلت إلى القسم الأعلى من المزاج. لكن ليس من النادر ألا يعرف الشخص في هذه الحالة أنه في حالة تتح هوسية، بل يعتقد أنه في نوبة اكتئابية مع هياج أو نشاط زائد.

[94] دليل: بما أنك تتكلم عن الفرق بين الاضطرابين، هل هناك نسبة كبيرة من المصابين باضطراب ثانى القطب الثاني تحصل لهم نوبة هوس ويصبح تشخيصهم ثانى القطب الأول؟

**رجل الكهف:** كلا ليس كثيراً. تقريباً واحد من كل عشرة مصابين باضطراب ثانى القطب الثاني يختبر نوبة هوس ويتحول تشخيصه إلى اضطراب ثانى القطب الأول (٦٠-٦٥%).

[95] لوسيل: كيف يتم التفرقة بين نوبات الهوس وتحت الهوس من حيث الأعراض؟

حوار مع رجل الكهف في اضطراب ثالث القطب

رجل الكهف: الأمر يعتمد على حدة الأعراض كما شرحت لكما. وبالنسبة للأخصائين، الفرق سهلٌ واضح في معظم تدرجات شدة الأعراض، فكلما زادت شدتها كلما تأكينا أنها هوس، وكلما انخفضت شدتها كلما تأكينا أنها تحت الهوس. لكن تبقى تلك المنطقة الفاصلة بينهما والتي تلعب فيها الخبرة الطبية دوراً كبيراً، كما والسجل الطبي، فمثلاً، في حال كان الشخص قد عانى بشكل متكرر من نوبات اكتئاب حادٍ طويلة، فهذا قد يدفع إلى تشخيصه بنوبة تحت هوسية، بما أن المعانة من الاكتئاب هي عرضٌ أساسي لثالي القطب الثاني وليس الأول.

[96] دالى: وهل يترافق اضطراب ثالث القطب الثاني مع اضطرابات أخرى لم أن الأمر حسب مرضاه وما ألم بهم من معانة بسببه؟

رجل الكهف: كيف لا إنَّ هذا الاضطراب كريمٌ جداً مع ضحاياه. فحوالي ستة من عشرة مصابين باضطراب ثالث القطب الثاني يعانون من ثلاثة إضطرابات أخرى مرافقة أو أكثر. ثلاثةٌ من كل أربعة يعانون من اضطراب قلق، والذي غالباً ما يسبق ظهور اضطراب ثالث القطب الثاني. وواحدٌ من كل ثلاثة يعاني من اضطراب تعاطي المواد. وواحدٌ من كل سبعة يعاني من اضطراب أكل. إنَّ اضطرابات الأكل والقلق تجتمع على الأغلب لأنَّ ترافق الأعراض الاكتئابية، بينما اضطرابات تعاطي المواد فإنها، بشكل معتدل، ترافق الأعراض الهوسيَّة.

[97] لوسيل: هل نسبة الذكور إلى الإناث المصابين باضطراب ثالث القطب الثاني هي متساوية كما كان الحال مع اضطراب ثالث القطب الأول؟

رجل الكهف: في الحقيقة، مع أنَّ قلت لكما أنَّ النسبة متساوية بين الجنسين من المصابين باضطراب ثالث القطب الأول، إلا أنَّ بعض الدراسات، وليس جميعها، قد وجدت زيادة في نسبة الإناث عن الذكور، لكنَّ رجُلًا يكون سبب

هذه الزيادة هو أن الإناث يطلبن العلاج أكثر من الذكور.  
لرسيل "بنظرة يأس": آمل أن يكون كذلك.

## **الباب الثامن**

### **اضطراب المزاج الدوري**

### **Cyclothymic Disorder**

[98] **رجل الكهف:** حان الآن الوقت كي أخبركمما عن الاضطراب الثالث ضمن عائلة اضطرابات ثباتي القطب والاضطرابات ذات الصلة. هذا الاضطراب يسمى اضطراب المزاج الدوري، وهو أيضاً ليس نوعاً مخفقاً من الاضطرابين السابقين بل هو يختلف عنها في نقطة جوهرية، وهي أنه دوري. أي أنه متواتر دائماً. ففي حين كانت نوبة هوبي واحدة في العمر كافية لتشخيص اضطراب ثباتي القطب الأول، وكانت نوبة تحت هوس مع نوبة اكتئاب حاد كافية لتشخيص اضطراب ثباتي القطب الثاني، فإن التواتر الدائم للنوبات مطلوب في اضطراب المزاج الدوري.

دلي "باهتمام": لقد أثرت فضولي في موضوع التواتر هذا. هل شرحت لنا معايير تشخيص هذا الاضطراب؟

[99] **رجل الكهف:** لك ذلك:  
أولاً يجب أن يكون هناك ملذة سنتين (سنة واحدة للأطفال والمرأهقين)

## اضطراب المزاج الدوسي

العديد من النوبات التي فيها أعراض تحت هوسية، لكن لا تتطابق عليها معايير النوبة التحت هوسية، كما والعديد من النوبات ذات الأعراض الاكتئابية، والتي لا تتطابق عليها معايير نوبة الاكتئاب الحاد.

إلياً، هذه الفترات التحت هوسية والاكتئابية كانت موجودة على الأقل نصف مدة السنتين (سنة واحدة للأطفال والمرأهقين)، والفرد لم يكن خالياً منها لمدة تزيد على شهرين متواصلين.  
ثالثاً: لم يتم مطابقة معايير نوبة الهوس، أو النوبة التحت هوسية، أو نوبة الاكتئاب الحاد.

رابعاً: لا يمكن تفسير الأعراض بشكل أفضل كأحد اضطرابات الفصامية أو الذهانية.

خامساً: لا تُعزى الأعراض للآثار النفسية لبعض المواد كالمخدرات والأدوية، ولا إلى حالة طبية أخرى كفرط نشاط الغدة الدرقية.

10] أweisil: لكن لا يبدو عليه أنه خطير.  
رجل الكهف: بالفعل، هو لا يشكل خطراً على حياة صاحبه أو على الآخرين كحال الانظاريين السابقين. لكن هذه التغيرات المزاجية، بلا شك، تؤثر سلباً على حياة الشخص، حتى يتم اعتبارها اضطراباً بحاجة إلى العلاج.

10] دليل: بالطبع، لقد سبق وشرحنا لنا هذا. (الباب الأول) ماذا عن نسبة الإصابة بين الجنسين؟

رجل الكهف: يبدو أن نسبة الإصابة بهذا الاضطراب متساوية بين الجنسين، على أن الإناث يطلبن العلاج من هذا الاضطراب أكثر من الذكور.

10] دليل: وهل من رابط جيني لهذا الاضطراب؟  
رجل الكهف: لقد قلت لكما أن اضطراب ثالث القطب هو اضطراب جيني

**داليد رجل الكهف**

**حوار مع رجل الكهف في اضطراب ثنائي القطب**

بامياز، وبالتالي فإن اضطراب المزاج الدوري ليس باستثناء. في الحقيقة، يزداد  
شيوخ اضطراب المزاج الدوري بين أقارب الدرجة الأولى للأشخاص المصابين  
باضطراب ثنائي القطب الأول.  
وعلى الامام، قد يعاني المصابون باضطراب المزاج الدوري من اضطرابات  
تعاطي المواد واضطرابات النوم.

[103] لوسيل: بالنسبة لشرط المدة، قلت إنه لا يجب أن يخلو من الأعراض لمدة  
تزيد عن شهرين متواصلين. ماذا يفعل لو حصل هذا ثم عاودت الأعراض  
الظهور؟

**رجل الكهف:** هذان الشهرين ي gioan ما قبلهما. لذا، فإنه يبدأ بحساب سنتين  
جديدة من اللحظة التي بدأت فيها الأعراض الجديدة بالظهور.

[104] لوسيل: وماذا لو حصلت مع الشخص نوبة اكتتاب حاد أو نوبية تحت هوسية  
أو نوبية هوسية؟

**رجل الكهف:** باختصار شديد، إذا أصابته نوبة اكتتاب حاد أصبح تشخيصه  
اضطراب ثنائي القطب الثاني، وإذا أصابته نوبة هوسٍ أصبح تشخيصه  
اضطراب ثنائي القطب الأول، وفي الحالتين يُلغى تشخيص اضطراب المزاج  
الدوري حتى ولو بقي يعاني من التوبات بشكل دوري.

لوسيل: هذا واضح. شكرا لك. هل بقيت اضطرابات أخرى لثنائي القطب؟

## **الباب التاسع**

**اضطراب ثالثي القطب الناجم عن مادة أو دواء والاضطرابات ذات الصلة**

**Substance/Medication-Induced Bipolar and Related Disorder**

١ [105]رجل الكهف: إن اضطراب ثالثي القطب الأول واضطراب ثالثي القطب الثاني  
٢ واضطراب المزاج الدوري هي الاضطرابات الثلاثة الرئيسية والأكثر شيوعاً  
٣ لاضطراب ثالثي القطب والاضطرابات ذات الصلة. على أن هناك اضطرابات  
٤ أخرى أقل شهراً، تنتهي إلى عائلة اضطرابات ثالثي القطب والاضطرابات ذات  
٥ الصلة.

٦ دلي "بحماس": أخبرنا بها إذن.

٧ [106]رجل الكهف: سأبدأ باضطراب ثالثي القطب الناجم عن مادة أو دواء  
٨ والاضطرابات ذات الصلة. إنه اسم طويلاً ليصف حالة هي:  
٩ لولاً اضطراباً بارزاً ومستمراً في المزاج يهيمن على الصورة السريرية، والذي  
١٠ يمكن توصيفه على أنه مزاج مستثار أو عالي سواد مع أو بدون مزاج مكتسب،  
١١ أو انخفاض ملحوظ بالاهتمام أو الاستمتعان بكل، أو تقريباً كل، الأنشطة.  
١٢ ثالياً، توجد أدلة تاريخية، أو من الفحص السريري، أو التحاليل المخبرية  
١٣ على كلا الأمرين التاليين:

حوار مع رجل الكهف في اضطراب ثالثي النظر

- 1- إن الأعراض السابقة الذكر قد تطورت خلال، أو مباشرة عقب التسمم بمادةٍ أو بعد انتهاء مدة الانسحاب أو بعد التعرض لدواء ما.
- 2- أن تكون المادة أو الدواء قادران على إظهار الأعراض المذكورة في أول <sup>ثالثة</sup> لا يمكن تفسير الأعراض بشكل أفضل على أنها اضطراب ثالثي قطب أو أحد الاضطرابات ذات القلة والذي هو ليس ناجم عن مادةٍ أو دواء، من

هذه الأدلة على سبيل المثال:

- 1- أن تكون بداية الأمراض قد حصلت قبل استخدام المادة أو الدواء.
- 2- أن تستمر الأعراض لفترة طويلة من الزمن، لنقل شهراً على سبيل المثال، بعد انتهاء مدة الانسحاب أو التسمم الشديد.
- 3- وجود أدلة أخرى تفترض وجود اضطراب ثالثي قطب غير ناجم عن مادة أو دواء، مثل وجود نوبات سابقة متكررة غير مرتبطة بتعاطي مادة أو دواء.

رابعاً، لا يحصل الاضطراب بشكل حصري خلال حالات هذيان.

خامساً، يشكل الاضطراب محنة سريرة واضحة أو عجزاً في الأداء الاجتماعي أو الوظيفي أو غيرها من مجالات النشاط الهمة.

دليل "سرور": شكرأ لك، أخبرنا بمعايير تشخيص اضطراب آخر.

## الباب العاشر

اضطراب ثنائي القطب الناجم عن حالة طبية أخرى والاضطرابات ذات الصلة  
Bipolar and Related Disorder Due to Another Medical Condition

[107] رجل الكهف: لدينا هذا الاضطراب الذي هو واضح من اسمه، اضطراب ثنائي القطب الناجم عن حالة طبية أخرى والاضطرابات ذات الصلة، والذي معه

تشخيصه هي على النحو الآتي:

- فقرة بارزةً ومستمرةً من المزاج العالي أو المهاجم على نحو غير طبيعي، مع زيادة غير طبيعية في النشاط، أو الطاقة، والتي تسيطر على الصورة السريرية.
- هناك أدلة تاريخية، أو من الفحص العيادي، أو من النتائج المخبرية، أنَّ هذا الاضطراب هو نتيجة فيزيولوجية مرضية مباشرة لحالة طبية أخرى.
- لا يمكن تفسير هذا الاضطراب بشكل أفضل بواسطة أي اضطراب نفسي آخر.
- لا يحصل الاضطراب بشكلٍ حصرٍ خلال نوبات الهذيان.
- يشكل الاضطراب محننة سريرية واضحة أو عجزاً في الأداء الاجتماعي أو الوظيفي أو غيرها من مجالات النشاط الهام، أو أن يضر إلى إدخال

دavid رجل الكهف

حوار مع رجل الكهف في اضطراب ثالث القطب

صاحب المشفى منعاً من إيناده نفسه أو غيره، أو وجود أعراض ذهانية.

دليل "بابتسامة رضي": هذا مفهوم.

## الباب الحادي عشر

اضطراب ثانٍ للقطب والاضطرابات ذات الصلة المحددة الأخرى

Other Specified Bipolar and Related Disorder

[108]لوسيل: أريد أن أسألك، في حال كان لدى الشخص أعراض اضطراب ثانٍ للقطب، تسبب له محنّة سريرية وعجزاً وظيفياً اجتماعياً وفي العمل وغيرها من أنشطة الحياة الهمة، بينما أنها لا تطابق المعايير الكاملة لتشخيص أي واحد من اضطرابات ثانٍ للقطب والاضطرابات ذات الصلة، فهل يعقل أن يبقى دون أي تشخيص؟

رجل الكهف: في الواقع إذا قرر الطبيب أنّ الحالة هي كما تصفينها، وأنّه يحق له الحصول على تشخيص اضطراب ثانٍ للقطب، فإنّ بإمكانه اعتماده تشخيصاً هو اضطراب ثانٍ للقطب والاضطرابات ذات الصلة المحددة الأخرى. ومن ثم يتبعه بالسبب المحدد، على سبيل المثال: فترة قصيرة لاضطراب المزاج الدورى.

[109]داليا: هل لك أن تعطينا أمثلةً ينطبق عليها تشخيص الحالات المحددة الأخرى؟  
رجل الكهف: بالطبع. شخص لديه تاريخ مع نوبات اكتئابية، ولم يختبر أي

نوبية هوسية أو نوبة تحت هوسية، على أنه قد مرّ بنوبتين يطابقان تماماً معايير تشخيص نوبة تحت الهوس، بيد أنَّ الأعراض لم تستمر لأربعة أيام وإنما ليومين أو ثلاثة. وهاتان النوبتان لم تكونا مترافقتين مع نوبة اكتتاب حاد وبالتالي لا يطابقان تشخيص نوبة اكتتاب حاد مع ملامع مختلفة. وعليه فإنه في مثل هذه الحالة الشخص قريب جداً من تشخيص اضطراب ثانى القطب الثاني، لكنه لم يحقق شرط المدة. وبالتالي فإنَّه يُعطى تشخيص اضطراب ثانى القطب والاضطرابات ذات الصلة المحددة الأخرى ويتم وضع المحدد الذي يسبِّبه حصل على هذا التشخيص وهو نوبة تحت هوسية قصيرة (يومين أو ثلاثة أيام) مع نوبات اكتتاب حاد.

ولو اختبر الشخص نوبات اكتتاب حاد، ولم يختبر أي نوبة هوس أو تحت هوس، لكنه اختبر نوبة، أو نوبات، تحت هوسية لكنها لا تطابق معايير النوبة تحت هوسية بشكل كامل، ولم ترافق مع نوبة اكتتاب حاد، وبالتالي لا يطابق تشخيص نوبة اكتتاب حاد مع ملامع مختلفة. وعليه فإنه في مثل هذه الحالة الشخص قريب جداً من تشخيص اضطراب ثانى القطب الثاني، لكنه لم يحقق الشروط الالزمة للتشخيص به. وبالتالي فإنَّه يُعطى تشخيص اضطراب ثانى القطب والاضطرابات ذات الصلة المحددة الأخرى ويتم وضع المحدد الذي يسبِّبه حصل على هذا التشخيص وهو نوبة تحت الهوس مع أعراض غير كافية مع نوبات اكتتاب حاد.

لنفرض أن لدينا شخصاً عاش نوبة تحت هوسية أو أكثر من نوبة تحت هوسية، لكنه لم تحصل معه أي نوبة تحت باقي معايير نوبة الهوس، ولا أي نوبة تطابق معايير نوبة الاكتتاب الحاد. لاحظوا أنَّ هذا الشخص عالق الآن، فلا هو قادر على الحصول على تشخيص اضطراب ثانى القطب الثاني، لأنه، تنقصه نوبة اكتتاب حاد، ولا هو قادر على الحصول على اضطراب ثانى القطب الأول، لأنَّ النوبة أو النوبات التي اختبرها هي تحت الهوس، وليس تحت هوس، وبالتالي

اضطراب ثالثي القطب والاضطرابات ذات الصلة المحددة الأخرى

يُعطى تشخيص اضطراب ثالثي القطب والاضطرابات ذات الصلة المحددة الأخرى ويتم وضع المحدد الذي يسببه حصل على هذا التشخيص وهو نوبة هوس من دون نوبات اكتتاب حاد سابقة.

[110] الوسيط: وبالتالي إذا حصلت معه نوبة اكتتاب حاد مستقبلاً، أو نوبة هوس، عندما يحصل على التشخيص بأحد اضطرابين، ثالثي القطب الأول، أو ثالبي القطب الثاني، ويزال عنه هذا التشخيص الغريب.

رجل الكهف: هذا صحيح.

[111] عليه: هذه ثلاثة أمثلة رائعة، لكنها كلها عن نوبات تحت الهوس. ألك أن تعطينا مثالاً مختلفاً؟ لقد أشرت قبل قليل إلى فترة قصيرة لاضطراب المزاج الدوري، ما هو هذا المحدد؟

رجل الكهف: شخص لديه عدة نوبات ذات أعراض تحت هوسية لكنها لا تطابق معايير النوبة تحت هوسية، وعده نوبات ذات أعراض اكتتابية لكنها لا تطابق معايير نوبة الاكتتاب الحاد ولقد استمرت لمدة تقل عن السنتين (أو السنة الواحدة في حالة الأطفال والمراهقين) وهي المدة اللازمة لتشخيص اضطراب المزاج الدوري. وهذه النوبات مستمرة خلال هذه المدة أيام أكثر من الأيام التي تغيب فيها، وهي تسبب لهذا الشخص عجزاً وظيفياً ومحنة سريرية، إنهم يخلُّ من الأعراض لمدة شهرين كاملين، ولم يحصل معه أبداً أن طابت أعراضه معايير نوبة الاكتتاب الحاد، ولا نوبة تحت الهوس، ولا نوبة الهوس. وبالتالي، فإن تشخيصه يجب أن يكون اضطراب المزاج الدوري، لكنه فقط لم يكمل المدة المطلوبة للتشخيص. في هذه الحالة، هذا الشخص يُعطى تشخيص اضطراب ثالثي القطب والاضطرابات ذات الصلة المحددة الأخرى ويتم وضع المحدد الذي يسببه حصل على هذا التشخيص وهو فترة قصيرة لاضطراب المزاج الدوري.

## الباب الثاني عشر

اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة غير المحددة

Unspecified Bipolar and Related Disorder

[112] دلي: لقد اتضحت الصورة تماماً. على آتي أفكـر الآن، هل يمكن للطـبيب أن يعطـي تشـخيص اضـطراـب ثـنائـي القـطب والاضـطراـبات ذات الـصلة المـحدـدة الأـخـرى دون أن يـضع المـحدـد الذي يـسبـبه حـصـل الشـخص عـلـى هـذـا التـشـخيـص؟

رـجـلـ الـكـهـفـ: بـالـطـبعـ يـمـكـنـه فـعـلـ هـذـاـ، فـقـيـ بعضـ الـحـالـاتـ الـتـيـ قـدـ لاـ يـكـونـ فـيـهاـ السـبـبـ وـاـضـحـاـ، أـوـ أـنـ الطـبـيـبـ قـدـ قـرـزـ، لـسـبـبـ ماـ، عـدـمـ وضعـ المـحدـدـ، بـسـبـبـ عـدـمـ توـافـرـ مـعـلـومـاتـ كـافـيـةـ، أـوـ عـدـمـ وجـودـ وـقـتـ كـافـيـ لـجـمـعـ وـتـحـلـيلـ الـمـعـلـومـاتـ، مـثـلاـ فـيـ غـرـفـ الطـوارـئـ، عـنـدـهـاـ قـدـ يـخـتـارـ الطـبـيـبـ إـعـطـاءـ تـشـخيـصـ اضـطراـبـ ثـنائـيـ القـطبـ والـاضـطراـباتـ ذاتـ الـصلةـ غـيرـ المـحدـدةـ.

دـلـيـ: شـكـراـ عـلـىـ التـوضـيـحـ.

## الباب الثالث عشر

اضطراب ثانٍ للقطب والاضطرابات ذات الصلة مع الانزعاج قلقي

Bipolar and Related Disorders with Anxious Distress

[113] أوصيل: قلت لنا من قبل أن أكثر اضطراب يترافق مع نوبات ثانٍ للقطب هو اضطراب القلق، وعندما كنا نتحدث عن الاكتتاب، أخبرتنا أن الانزعاج القلقي هو سمة بارزة في الاكتتاب ثانٍ للقطب أيضاً كما هو عليه في الاكتتاب أحادي القطب. فهلا أخبرتنا عن هذا المحدد في سياق اضطراب ثانٍ للقطب والاضطرابات ذات الصلة، كما فعلت في الاضطرابات الاكتتابية من قبل؟ (رجل الكهف 2020: الباب الثامن عشر)

رجل الكهف: بالطبع، يجب تحديد وجود انزعاج قلقي عند إعطاء تشخيص باضطراب ثانٍ للقطب والاضطرابات ذات الصلة في حال وجود اثنين على الأقل من الأعراض التالية خلال معظم أيام نوبة الهوس، أو تحت الهوس، أو الاكتتاب الحالية أو التي تسبقها.

هذه الأعراض هي اثنين مما يلي:

- الشعور بالتقيد أو الشعور بالتوتر.

- الشعور بعدم القدرة على الجلوس بارتياح على نحو غير عادي.

- صعوبة بالتركيز بسبب القلق.
- الخوف من أن شيئاً مريعاً قد يحدث.
- شعور الشخص أنه قد يفقد السيطرة على نفسه.
- كما أنه يجب تحديد الشدة أو الحدة كما يلي:
- تكون الشدة خفيفة في حالة وجود اثنين من الأعراض.
- تكون الشدة متوسطة في حالة وجود ثلاثة أعراض.
- تكون الشدة حادة في حالة وجود أربعة أعراض الأعراض الخمسة كلها.
- تكون الشدة حادة في حالة وجود أربعة أعراض من الأعراض الخمسة كلها مع هياج حركي.

[114] دلالي: ماهي أهمية تحديد وجود هذه المحددات؟

**رجل الكهف:** لها أهمية كبيرة في حالة وجود هذه الأعراض. فلك أن تعرف أن المستويات العالية من القلق المترافق مع اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة تتضمن خطورة انتشار أعلى، ومنذ زمنية أطول للمرض، واحتمالية أعلى لعدم الاستجابة للعلاج. وبالتالي، فإنه من المهم جداً، عياديًّا، أن يتم وضع محدث مع ازعاج قلقي كي يتمأخذ هذا الأمر بالحسبان ويتم العمل على معالجته ومراقبة تحسن حالة القلق مع الوقت.

**دلالي:** فعلاً يبدو هذا مهما جداً. فلو لم يتم الإشارة له في التشخيص فلن يتذكر الطبيب لاحقاً، ولن يعرف الأطباءلاحقون، بوجود هذا الانزعاج القلقي المترافق للاضطراب.

## الباب الرابع عشر

نوبة هوس ونوبة تحت الهوس مع ملامح مختلطة

Manic and Hypomanic Episodes with Mixed Features

[115] الوسيط: لقد أشرت لنا عند حديثك عن انتقال المزاج بين القطبين أن هناك نوبات مختلطة حيث تتسلل فيها أعراض مزاجية من قطب إلى آخر. (الباب الثاني) هل يجب تحديد وجود هذه الحالة أيضاً عند التشخيص؟

رجل الكهف: بالطبع يا عزيزي، وهذا في حال طابت المعايير الخاصة بها.

[116] الوسيط "باهتمام": ما هي هذه المعايير؟

رجل الكهف: حتى يتم اعتبار نوبة الهوس أو تحت الهوس نوبة مختلطة، فإنه يجب أن تطابق المعايير التالية:  
أولاًً جميع معايير نوبة الهوس أو نوبة تحت الهوس قد تم توافرها بالإضافة إلى استمرار ثلاثة أعراض من الأعراض التالية خلال معظم أيام نوبة الهوس أو تحت الهوس الحالية أو السابقة:

- حالة من الانزعاج الواضح أو المزاج المكتتب، سواء قام الشخص بالإقرار بها، كان يشعر بالفراغ أو الحزن مثلاً، أو تمت ملاحظتها من

- قبل الآخرين، كان تتم ملاحظته دامع العيون على سبيل المثال.
- انخفاض الاهتمام أو المتعة في كلّ، أو تقريباً كلّ، الأنشطة، سواء تم الإقرار بها من قبل الشخص نفسه أو لاحظها الآخرون عليه.
  - همودٌ نفسي حركي تقريباً كل يوم، يجب أن تتم ملاحظتها من قبل الآخرين، وليس مجرد أن يشعر الشخص بالتباطؤ.
  - تعبٌ أو فقدانٌ للطاقة.
  - الشعور بانعدام القيمة أو شعور بالذنب مفرطٌ أو غير ملائم، لكن ليس مجرد تأنيب ضمير أو لوم ذاتي على المرض.
  - أفكارٌ متكررةٌ عن الموت، ليس مجرد الخوف من الموت، أفكارٌ انتحارية متكررة بدون خطية محددة، أو وجود خطية محددة للانتحار، أو القيام بمحاولة الانتحار.
- ثالثاً** يمكن ملاحظة هذه الأعراض المختلطة من قبل الآخرين، وهي تمثل سلوكاً غير معتمد لهذا الشخص.
- ثالثاً** هذه الأعراض المختلطة لا يمكن أن تُعزى إلى الآثار النفسية طلبة ما، كالمخدرات أو الأدوية أو علاج آخر.
- رابعاً، بالنسبة للأشخاص الذين توافر لديهم الأعراض الكاملة لنوبة هوس والأعراض الكاملة لنوبة اكتئاب في نفس الوقت فإنَّ التشخيص يكون نوبة هوس مع ملامح مختلطة، وهذا بسبب التدهور الملحوظ والحدة السريرية لنوبة الهوس الكاملة.

[117] دالي: إذن ليس نوبة اكتئاب حاد مع ملامح مختلطة. هنا، إنها اليد العليا لنوبة الهوس.

رجل الكهف: صحيح تماماً.

دالي: هلا أخبرتنا، إذن، عن معايير محدد نوبة الاكتئاب مع الملامح المختلطة؟

## **الباب الخامس عشر**

### **نوبة اكتئابية مع ملامح مختلطة**

### **Depressive Episodes with Mixed Features**

[118] رجل الكهف: سيكون الأمر على العكس تماماً. وقد تحدّثنا عنه من قبل.  
ـ (رجل الكهف 2020: الباب العشرون) وسأذرك بالمحددات الازمة. فحتى  
يتم اعتبار نوبة الاكتئاب الحاد نوبة مختلطة، فإنه يجب أن تطابق المعايير  
التالية:

لاؤـ. جميع معايير نوبة الاكتئاب الحاد قد تم توافرها بالإضافة إلى أن  
تستمر ثلاثة أعراض من الأعراض التالية خلال معظم أيام نوبة الاكتئاب الحاد  
الحالية أو السابقة:

- 1- مزاج مرتفع.
- 2- تضخم التقدير الذاتي أو الشعور بالعظمة.
- 3- يتكلّم أكثر من المعتاد، أو الحاجة الملحة لعدم التوقف عن الكلام.
- 4- تطابير للأفكار أو الشعور الذاتي بأن الأفكار تتسبّب في ذهنه.
- 5- زيادة الطاقة أو الأنشطة الهدافة سواء الأنشطة الاجتماعية، أو  
الجنسية، أو في العمل أو المدرسة.

داليد رجل الكهف

حوار مع رجل الكهف في اضطراب ثالث القطب

- 6- زيادة الانخراط بأنشطة تنطوي على احتمالية عواقب وخيمة كالقيام بصفقات عمل غبية، أو ممارسات جنسية طائشة، أو الإسراف في الشراء، تبذير المال على توافق الأمور.
- 7- انخفاض الحاجة للنوم. فهو يكون مرتاحاً على الرغم من أنه ينام أقل من المعتاد.

ثالثاً، يمكن ملاحظة هذه الأعراض المختلطة من قبل الآخرين، وهي تمثل سلوكاً غير معتاد لهذا الشخص.

ثالثاً، هذه الأعراض المختلطة لا يمكن أن تُعزى إلى الآثار النفسية طالدة ما، كالمخدرات أو الأدوية أو علاج آخر.

رابعاً، بالنسبة للأشخاص الذين تتوافق لديهم الأعراض الكاملة لنوبة هوس والأعراض الكاملة لنوبة اكتئاب في نفس الوقت فإن التشخيص يكون نوبة هوس مع ملامع مختلطة، وهذا بسبب التدهور الملحوظ والحدة السريرة لنوبة الهوس الكاملة.

[119] لوسيل: أذكر أن نوبة الاكتئاب الحاد المختلطة قد تحصل في طور الاكتئاب أحادي القطب أيضاً.

رجل الكهف: كلامك صحيح، ولقد تحدثنا عن هذا مسبقاً، وقلت لك حينها إن النوبات الاكتئافية العادة ذات الملامح المختلطة، يا لوسيل، تتبين باحتمالية عالية لأن يطور أصحابها اضطراب ثالثي القطب الأول أو اضطراب ثالثي القطب الثاني، وبالتالي، فإن تحديد وجود هذه الملامح المرافقية للأكتئاب أحادي القطب من شأنه أن يدفع إلى تصميم ومتابعة العلاج بطريقة خاصة من شأنها درء تطور الاكتئاب الأحادي القطب إلى أخيه الأكبر، الاكتئاب ثالثي القطب. (ibid.,)

لوسيل: إني أذكر هذا أيضاً.

## **الباب السادس عشر**

### **اضطراب ثقلي القطب مع دوران سريع**

### **Bipolar Disorder with Rapid Cycling**

[120] دليل: لقد أخبرتنا أيضاً عن وجود حالة تسمى الدوران السريع. (الباب الثاني)  
هلا حدثنا عنها؟

رجل الكهف: بالطبع. هذه الحالة تخص فقط اضطراب ثقلي القطب الأول  
واضطراب ثقلي القطب الثاني. وهي تمثل في وجود أربع نوبات كاملة تطابق  
معايير نوبة الاكتئاب الحاد أو نوبة الهوس أو نوبة تحت الهوس خلال السنة  
الماضية. أقصد خلال مدة اثنى عشر شهر الماضية.

[121] دليل: هل تقصد أن النوبات الأربعية متناوية؟

رجل الكهف: كلا، لم أقصد هذا. فلا يهم كيف تكون هذه النوبات الأربعية.  
فمن الممكن أن ينتقل الشخص بشكل مباشر بين نوبتين من القطبين  
المتعاكسين، كانتقاله من نوبة هوس إلى نوبة اكتئاب حاد. لكن في حالة نوبتين  
في نفس القطب، مثلًا نوبتي اكتئاب حاد. يجب أن يفصل بينهما شهراً من  
غياب النوبات الكلية أو الجزئية.

دليل رجل الكهف

لوسيل: من البديهي أن نوبة هوس ونوبة تحت الهوس هما من نفس القطب،  
ونوبة الكتاب هي في القطب المعاكس.

[122] دليل: وهل تكون هذه النوبات أكثر حدة أم أقل حدة من النوبات الأخرى  
التي لا ينطبق عليها محدد الدوران السريع؟

رجل الكهف: لا يوجد فرق أبداً بين الاثنين، النوبات هي نوبات، يجب أن  
تنطبق عليها معايير النوبات التي تحدثنا عنها سابقاً. وسواء كان الشخص  
يعاني من دوران سريع أم لا فإن هذا لا يؤثر على طبيعة النوبات التي سيممر  
بها. الفرق الوحيد هو: توائر هذه النوبات وعدها ضمن فترة التي عشر  
شهرًا. وبالمقابلة، لا يتم احتساب أي نوبة ناجمة عن مادة ما أو تلك الناجمة  
عن حالة طيبة أخرى.

دليل: أتفهم الأمر الآن. شكرا لك. هل هناك محددات أخرى يمكن إضافتها عند  
تشخيص اضطراب ثباتي القطب والاضطرابات ذات الصلة؟

## الباب السابع عشر

اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة مع ملامح سوداوية  
Bipolar and Related Disorders with Melancholic Features

[123] رجل الكهف: لا يزال هناك الكثير يا داني. هل تذكر الملامح السوداوية التي  
تحذّثنا عنها كمحمدٍ للاضطرابات الاكتئابية؟ (رجل الكهف 2020: الباب  
الواحد والعشرون)

دليل: نعم إنني أذكرها.

رجل الكهف: هي أيضاً محددة لاضطرابات ثنائي القطب والاضطرابات ذات  
الصلة.

دليل "بعباس": يمكنني أن أذكر لك معاييرها لو أردت.

[124] [رجل الكهف]: إلى أسمع.

دليل: أولًا، يتواجد واحدٌ من الأعراض التالية خلال أكثر الأوقات حدةً في النوبة  
الحادية:

- 1. فقدان المتعة في كل، أو تقريبًا كل، الأنشطة.
- 2. لا يتأثر بالأمور التي تبعث على السرور، فمثلاً، لا يشعر بأي تحسن.

داغيد رجل الكهف

حوار مع رجل الكهف في اضطراب ثالث القلب

ولاحقى بشكل مؤقت، عندما يحصل شيء إيجابي للشخص.

ثانياً، وجود ثلاثة أو أكثر من الأعراض التالية:

1- مزاج اكتئابي مميز ويتصف باليأس والقنوط أو الكآبة العميقه أو ما يعرف باسم المزاج الفارغ.

2- يكون الاكتئاب أكثر حدة في الصباح على نحو متكرر.

3- استيقاظ مبكر، على الأقل ساعتين قبل موعد الاستيقاظ المعتمد.

4- هياج نفسي حركي، أو بالعكس، تثبيط وتباطئ نفسي حركي  
.Psychomotor

5- فقدان شوئي عصبي أو انخفاض حاد في الوزن.

6- شعور مفرط، أو غير مبرر، بالذنب.

[125] رجل الكهف: هذا جيد يا داني، إذن، نحن بحاجة إلى أن يتوازن عرض من المجموعة الأولى وثلاثة أعراض على الأقل من المجموعة الثانية في أكثر مراحل النوبة الاكتئابية حدة. ويجب أن يوجد انعدام تام تقريباً للقدرة على الشعور بالملائكة، وليس مجرد انخفاض في القدرة على الاستمتاع. وأن يحصل هذا في أكثر أوقات النوبة حدة.

[126] الوسيلة: هل هناك طريقة لتحديد ضعف تفاعل المزاج؟

رجل الكهف: نعم وهي أن تلاحظي أن المزاج لا يتغير، فعندما أكثر الأمور التي يشتهيها الشخص أو الأحداث التي يرغب بحدوثها لا تزافق مع أي تحسن ملحوظ للمزاج.

[127] الوسيلة: على الإطلاق؟

رجل الكهف: إما لا يتحسن المزاج على الإطلاق، أو أن يتحسن بشكل جزئي

الباب السابع عشر

اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة مع ملامح سوداوية

فقط، نقل مثلاً من عشرين إلى أربعين بالمائة من التحسن الطبيعي، وملدة دقيقة واحدة فحسب.

[128] دللي: ما مدى شيوع الملامح السوداوية؟

رجل الكهف: في الواقع إنها لا تجتمع لأن تكرر كثيراً في نوبات لدى نفس الشخص. إنها أكثر تكراراً لدى المرضى الداخليين (المقيمين داخل المشافي النفسية)، منها لدى المرضى الخارجيين. إنها تجتمع لأن تتفاق نوبات الاكتئاب العاد أكثر من نوبات الاكتئاب المتوسط أو الخفيف. وتزداد احتمالية ظهورها لدى الأشخاص الذين لديهم نوبات مع ملامح ذهانية.

دللي: هذا شرح وافي.

لوسيل: ماهي هذه الملامح الذهانية؟

## الباب الثامن عشر

اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة مع ملامح ذهانية

Bipolar and Related Disorders with Psychotic Features

[129] أوجل الكهف: إنها أوهام أو هلوسات تظهر في أي وقت من أوقات النوبة. أقصد إحدى نوبات اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة. وفي حالة ظهور الملامح الذهانية، يجب تحديد فيما إذا كانت منسجمة أو متوافقة مع المزاج أو غير منسجمة معه.

لوسيل: ماذا تقصد؟

[130] أرجل الكهف: أقصد أن هناك نوعين من محدد الملامح الذهانية. النوع الأول هو اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة مع ملامح ذهانية منسجمة مع المزاج. وهذا يكون عندما تكون الأوهام والهلوسات في نوبة الهوس، مثلاً، تتضمن تعظيم الذات والشعور بالقوة وأنه لا يمكن أن يصيده مكرهه ونحو هذا من أمورٍ تتناسب مع نوبة الهوس، على أنها قد تتضمن، أيضاً، الشك والريبة خاصة فيما يتعلق بشكوك الآخرين حول قدراته وإنجازاته ونحو هذا من أمور.

اضطراب ثالثي القطب والاضطرابات ذات الصلة مع ملامع ذهانية

لما النوع الثاني وهو اضطراب ثالثي القطب والاضطرابات ذات الصلة مع ملامع ذهانية غير منسجمة مع المزاج. فهو يكون على عكس النوع الأول، فيه تكون الأوهام والهلوسات لا تتلاءم، أو تتناسب، مع طبيعة النوبة التي ترافق معها. وفي حالة كانت هذه الهلوسات والأوهام مزيجاً من النوعين، المناسب مع النوبة وغير المناسب معها، فإن هذا المحدد هو الذي يستخدم.

لوسيل "باتسامة رضى": شكرأ على التوضيح.

دلال: هلا زودتنا بمحدد آخر؟

## الباب التاسع عشر

اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة مع ملامح غير نمطية

Bipolar and Related Disorders with Atypical Features

[131] رجل الكهف: لدينا محدد مع ملامح غير نمطية، والذي تحدثنا عنه سابقاً  
كمحدد للاكتتاب. (رجل الكهف 2020: الباب الثالث والعشرون)

لوسيل: نعم إلّي أذكّره. لقد قلت لنا أنه ي يتم تطبيق محدد مع ملامح غير  
نمطية، يجب توافر جميع الشروط التالية:  
أولاً، ردود فعل مزاجية، كالتحسن بالملائج عند حصول أمر إيجابي.  
ثانياً، اثنان أو أكثر من الأعراض التالية:  
1- زيادة كبيرة في الشهية أو الوزن.  
2- فرط في النوم.

3- الشلل الرصامي، أقصد الشعور بثقل كبير في الأطراف.  
4- وجود نغط مستمر وثابت من الحساسية تجاه الرفض لدرجة تؤثر  
بشكلٍ فادح على الأنشطة الاجتماعية والوظيفية، على الألا تكون  
محدودة بنبوات تغيير مزاجي، بالطبع.

{أخيراً، علينا أن نتأكد، قبل تعين المحدد "مع ملامح غير نمطية" أن الأعراض

الطب الناجع عشر

اضطراب ثالث القطب والاضطرابات ذات الصلة مع ملامح غير نمطية  
وأناطقي معابر المحدد الذي تكلمنا عنه قبل قليل وهو "مع ملامح سوداوية"  
وألا تطابق أيضاً معابر المحدد "مع شذوذ الحركة" في نفس النوعية.  
رجل الكهف: هذا صحيح.

[32] دليل: هل لك أن تشرح لنا أكثر هذه الأعراض، من فضلك؟

رجل الكهف: لك ذلك. تفاعل المزاج، هو كما قلت لكما قبل قليل، القدرة  
على أن يشعر الفرد بالبهجة عند حصول حدث ايجابي، كزيارة أبناءه له، أو  
مدح الآخرين له، وغيرها من الأمور التي يفترض أن تبعث على البهجة. قد  
يصبح المزاج هادئاً، وليس حزيناً، وربما لفترة طويلة، إذا بقيت الظروف  
الخارجية كما يفضلها هو.

زيادة الشهية قد تبدو من خلال الاستهلاك الزائد بوضوح للطعام، أو زيادة  
الوزن.

فرط النوم قد يكون زيادة في عدد ساعات النوم الليلي أوأخذ قيلولة في  
النهار، المهم هو مجموع عدد ساعات النوم الكلي في الأربع وعشرين ساعة  
والذي يجب أن يتجاوز العشر ساعات، أو على الأقل ساعتين زيادة عن معدل  
نومه الاعتيادي عندما لا يكون مكتبياً.

الشلل الرضامي، الذي شرحته لكما أول أمس، وسأذكر كما به باختصار، هو  
شعور بالثقل، أو التقييد، أو الوزن الثقيل ويكون عادةً في الأيدي أو الأرجل.  
هذا الشعور يجب أن يتواجد على الأقل ملءة ساعة في اليوم، بيد أنه يستمر  
عادة لعدة ساعات متواصلة. (ibid)

على عكس الملامح غير النمطية الأخرى، فإن الحساسية المرضية للرفض  
المتوقع في العلاقات الاجتماعية هي سمةٌ لديها بداية مبكرة وتكون مستمرة  
خلال معظم حياة الشخص. هذه الحساسية للرفض تحصل سواء كان الشخص  
مكتتبًا أم غير مكتتب، على أنها تتفاقم في فترات الاكتتاب.

[133] دالي: شكرنا لك. فهمت الأعراض الآن جيداً. لكن لدى سؤال آخر، لقد ذكرن لوسيل أن علينا أن نتأكد، قبل تعين المحدد مع ملامع غير تمحضية أن الأعراض لا تتطابق مع المحدد الذي تكلمنا عنه قبل قليل وهو مع ملامع سوداوية وألا تتطابق أيضاً مع المحدد مع شذوذ الحركة في نفس النوبة. هل معايير هذا الأخير هي نفسها تلك التي تحدثنا عنها أول أمس؟ (رجل الكهف 2020).

الباب الرابع والعشرون

## الباب العشرون

### اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة مع شذوذ الحركة Bipolar and Related Disorders with Catatonia

[134] رجل الكهف: هذا صحيح يا داني. إن شذوذ الحركة، أو شذوذ الحركة الفصامي، أو الجامود، تتعدد الأسماء باللغة العربية لتصف هيمنة ثلاثة على الأقل من الأعراض التالية:

- 1. الذهول. لا استجابات حركية، لا ردود أفعال لما يحدث في البيئة المحيطة بالشخص.
- 2. الإغماء التخسيبي. الجمود السلبي في المكان. سلبي، يا لوسيل، يعني انعدام بذل جهد للتموضع معاكس للجاذبية على سبيل المثال، وهذا على عكس العرض التالي.
- 3. التموضع، الحفاظ، بشكل فاعل، وعفويا في نفس الوقت، على وضعية ما.
- 4. المرونة الشمعية. أي عدم التحرك حتى عندما يحاول الطبيب تحريرك.
- 5. الصمت. أقصد، انعدام أو قلة الاستجابات اللغوية.

- 6- السلبية. يعني عدم تشكيل استجابات للمؤثرات الخارجية.
  - 7- التكأّف. أي المبالغة عند القيام بالتصيرات العادلة أو المظاهر ونحوها.
  - 8- النمطية. التكرار، التصيرات غير الطبيعية، القيام بتصيرات غير هادفة.
  - 9- الهياج دون وجود مؤثّر خارجي.
  - 10- التقليد في الكلام. أقصد تكرار ما يقوله الآخرون كما يفعل الأطفال عادة.
  - 11- نفس الأمر بالنسبة للحركات. تقليد حركات الآخرين.
  - 12- تقطيب الحاجبين.
- إذا سيطرت الأعراض الثلاثة هذه على معظم النوبة الاكتئابية، أو النوبة التحت هوسيّة، أو النوبة الهوسيّة فإن محدد مع شذوذ الحركة يتم تعينه.
- [135] دالى: نعم إنني أتذكر هذه المعايير.

لوسيل "مفكرة": لقد أخبرتنا أول أمس أنَّ الاكتئاب ذو النمط الفصلي هو محظٌ تحديدًّاً أيضاً إن وجد، فهل يوجد اضطراب ثالث القطب والاضطرابات ذات الصلة ذو غطٍّ فصليًّا أيضاً؟ (رجل الكهف 2020: الباب الخامس والعشرون)

## الباب الواحد والعشرون

اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة مع نمط فصلي  
Bipolar and Related Disorders with Seasonal Pattern

[136] **رجل الكهف:** بالتأكيد. يمكنك تشخيص اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة مع نمط فصلي إذا كان هناك نمط فصلي لتوافر النوبات المزاجية عبر حياة الفرد. وإن السمة الجوهرية هي وجود تغير نمطي فصلي لنوع واحد على الأقل من النوبات، أعني نوبات هوس، أو نوبات تحت الهوس، أو نوبات اكتئاب حاد، بينما من الممكن للنوعين الآخرين من النوبات لا يتبعوا هذا النمط التوافري.

لوصليل: أنت تقصد أنه من الممكن للشخص أن يمر بنوبات تحت هوسية ذات نمط فصلي، أعني أنها تتكرر في نفس الفترة كل سنة، بينما نوباته الاكتئابية ليس لديها أي نمط توافري؟

[137] **رجل الكهف:** هذا صحيح، هذه حالة اضطراب ثنائي القطب الثاني مع نمط فصلي، لكن علينا في البداية التأكد من أن النمط يطابق المعايير التالية: أولاً يجب وجود ترافق منتظم بين بداية نوبات الاكتئاب الحاد، أو نوبات

حوار مع رجل الكهف في اضطراب ثالث النظر

الهوس، أو نوبات تحت الهوس مع وقت معين في السنة، مثلًا الغريف أو الشتاء، في اضطراب ثالثي القطب الأول أو اضطراب ثالثي القطب الثاني. وبالمناسبة يا داني، الكبار لا ينتبهون إلى وجود مؤشرات أخرى تشير بنفس الوعيرة، أو في نفس الفترة الزمنية، والتي تكون هي، بحد ذاتها، وليس الفصل أو الوقت من السنة بعد ذاته، المسؤول عن النوبة الاكتئابية. على سبيل المثال، إن فترة الشتاء قد تكون فترة بطالية للكثير من العمال الموسميين وبالتالي، يجب التأكيد أن النوبة غير ناجمة عن الكرب الذي ينتقل كاهل العامل العاطل عن العمل في فصل شديد البرد ذو مصاريف مالية عالية. أو أي شيء، من هذا القبيل.

وبنفس المنظور، ثالثاً، يجب أن تختفي النوبة تماماً في وقت معين من أوقات السنة بشكل متكرر. ومن العجيز ذكره أنه لا يهم هنا إن كان اختفاء النوبة يعني أن الشخص قد أصبح في مزاج طبيعي، أو أنه قد انتقل من قطب إلى آخر، المهم أن تلك النوبة، موضوع البحث، قد انتهت. مع الانتباه إلى نفس الملاحظة السابقة من احتمالية أن يكون إعادة توظيف العامل الموسمي هو سبب ذهاب الأعراض على سبيل المثال.

[138] دلي، "بابتسامة": لقد شرحت لنا هذا أول أمس. (رجل الكهف 2020: الباب الخامس والعشرون)

**لوسائل: حتى الآن العرضان الأوليان هما بداية التوبات في وقت معين من السنة، واحتفافها الكامل في وقت معين آخر من السنة، على نحو منتظم، ودون أن يكون هناك مؤثر آخر يفسر هذا التبدل المزاجي. ماذا بعد؟**

[139] [رجل الكهف: ثالثاً، يا لوسيل، يجب أن يستمر الانتظام الذي تقولينه هذا  
مذلة عاملين على الأقل. وأنا أعني حرفياً ما أقوله. يجب أن يكون بين يدينا  
نوبة اكتئاب حاد، أو نوبة هوس أو نوبة تحت الهوس، حصلت بهذا التمط]

البـ الـ وـ العـ

اضطراب ثانـي القـطب والـاضـطـرـابـات ذاتـ الـصلةـ معـ غـطـ فـصـلـ الفـصـلـ وـيـجـبـ أـلـاـ تـوـجـدـ نـوـيـاتـ منـ نفسـ القـطبـ غـيرـ مـرـتـبـةـ بـهـذـاـ النـمـطـ الفـصـلـ فيـ هـاتـيـنـ السـنـتـيـنـ.

بلـ أـكـثـرـ مـنـ هـذـاـ، إـنـ الـمـعـيـارـ الـرـابـعـ هوـ أـنـ يـفـوقـ بـشـكـلـ كـبـيرـ عـدـدـ نـوـيـاتـ الـاـكـتـابـ الـحـادـ، أـوـ نـوـيـاتـ الـهـوـسـ، أـوـ نـوـيـاتـ تـحـتـ الـهـوـسـ، ذاتـ النـمـطـ الفـصـلـ عـدـدـ نـوـيـاتـ مـنـ نفسـ النـوـعـ وـالـتـيـ هيـ لـيـسـ ذاتـ غـطـ فـصـلـ التـيـ حـصـلتـ فـيـ حـيـاةـ الـفـردـ.

لوـسـيلـ "ـمـقـاطـعـةـ": وـلـقـدـ قـلـتـ لـيـ لـوـ أـنـ نـوـيـاتـ اـضـطـرـابـ الـاـكـتـابـ الـحـادـ الـمـتـكـزـرـةـ أـخـذـتـ خـطـاـ بـيـاطـقـ هـذـهـ الشـرـوـطـ التـيـ هيـ لـلـنـمـطـ الفـصـلـ فـإـنـهـ يـحـصـلـ عـلـىـ هـذـاـ المـحـدـدـ.

١٤) رـجـلـ الـكـهـفـ: بـالـفـعـلـ هـذـاـ المـحـدـدـ يـمـكـنـ تـطـيـقـهـ عـلـىـ نـوـيـاتـ الـاـكـتـابـ الـحـادـ سـوـاءـ كـانـتـ فـيـ سـيـاقـ اـضـطـرـابـ الـاـكـتـابـ الـحـادـ أـوـ اـضـطـرـابـ ثـانـيـ القـطبـ الـأـوـلـ أـوـ اـضـطـرـابـ ثـانـيـ القـطبـ الثـانـيـ. الـمـفـتـاحـ هـنـاـ هوـ بـدـاـيـةـ نـوـيـاتـ الـاـكـتـابـ الـحـادـ وـقـرـاتـ الشـفـاءـ مـنـهـاـ. فـيـ مـعـظـمـ الـحـالـاتـ، تـكـوـنـ بـدـاـيـةـ نـوـيـاتـ فـيـ الـغـرـيفـ أـوـ الشـتـاءـ، وـالـشـفـاءـ مـنـهـاـ يـكـوـنـ فـيـ الرـبـيعـ. أـمـاـ نـوـيـاتـ الـاـكـتـابـيـةـ التـيـ تـتـكـرـرـ فـيـ الصـفـ فـهـيـ أـقـلـ شـيـوعـاـ، بـالـطـبـعـ.

دـلـلـ: بـماـ أـنـكـ أـشـرـتـ إـلـىـ نـوـيـاتـ الـاـكـتـابـ الـحـادـ التـيـ تـحـصـلـ بـهـذـاـ التـواـرـرـ الفـصـلـ، فـلـأـ ذـكـرـ أـنـهـ عـادـهـ مـاـ تـنـصـفـ بـانـخـفـاضـ الطـاـقةـ، الإـفـرـاطـ فـيـ النـوـمـ، الإـفـرـاطـ فـيـ الـأـكـلـ، وـبـالـتـالـيـ، زـيـادـةـ فـيـ الـوـزـنـ، وـالـرـغـبـةـ الشـدـيـدـةـ لـتـنـاـولـ الـكـرـيـوـهـيـدـرـاتـ.

رجـلـ الـكـهـفـ: هـذـاـ صـحـيـحـ.

١٥) دـلـلـ: فـيـ أـيـ الـاضـطـرـابـاتـ تـشـيـعـ نـوـيـاتـ ذاتـ النـمـطـ الفـصـلـ أـكـثـرـ؟ اـضـطـرـابـ الـاـكـتـابـ أحـادـيـ القـطبـ أـمـ اـضـطـرـابـ ثـانـيـ القـطبـ؟

رجـلـ الـكـهـفـ: لـيـسـ مـنـ الـوـاـضـعـ فـيـماـ إـذـاـ كانـ النـمـطـ الفـصـلـ يـشـيـعـ أـكـثـرـ بـيـنـ

اضطراب الاكتتاب الحاد أم اضطراب ثالثي القطب، لكن ضمن عائلة اضطرابات ثالثي القطب، فإن النمط الفصلي يشيع أكثر بين أصحاب اضطراب ثالثي القطب الثاني من أقرانهم في اضطراب ثالثي القطب الأول. لدى بعض الأشخاص، على أي حال، تبدأ لديهم نوبات الهوس أو نوبات تحت الهوس مرتبطة بموسم ما.

هذا ويفيدوا أنَّ النمط الفصلي الشتوي يختلف مع اختلاف خطوط العرض والอายุ، والجنس، حيث إنه يزداد مع الاتجاه نحو الشمال. كما إنَّ الأشخاص الأصغر سنًا هم الأكثر عرضة له.

دالي: أعتقد أننا تحدثنا عن كل هذا من قبل، لذا دعنا ننتقل إلى غيره. (*ibid.*)

## الباب الثاني والعشرون

اضطراب ثانى القطب والاضطرابات ذات الصلة مع بدء فترة الولادة

Bipolar and Related Disorders with Peripartum Onset

[142] **رجل الكهف:** على غرار الاضطرابات الاكتئابية أيضاً، يمكن إعطاء محدد مع بدء فترة الولادة إذا كانت بداية نوبة الاكتئاب الحاد، أو نوبة الهوس، أو نوبة تحت الهوس لسيدة مصابة باضطراب ثانى القطب الأول أو اضطراب ثانى القطب الثاني كانت خلال فترة العمل أو خلال الأسابيع الأربع الأولى بعد الولادة. في حال لم تطابق النوبة الحالية كل المعايير الازمة، فيجب أن تطابق النوبة السابقة عليها هذه الشروط.

لوسيل "بعماس": نعم إِنَّى أذكر هذا المحدد. (رجل الكهف 2020: الباب السادس والعشرون)

[143] دليل: كم هي نسبة الإناث الذين يحصل معهم هذا؟

**رجل الكهف:** كما قلت الآن، قد تبدأ نوبات المزاج هذه، يا داني، خلال فترة العمل أو بعد الولادة. وعلى الرغم من أن التقديرات تختلف، وذلك بحسب فترة المتابعة بعد الولادة، فإن ما بين ثلاثة إلى ستة بالمائة من النساء يعانون

من بداية نوبة اكتتاب حاد خلال فترة الحمل أو خلال الأسابيع والأشهر التالية للولادة، والحق أن نصف نوبات الاكتتاب الحاد التالية للولادة يكون لها بداية أثناء العمل، لذا، فإنه قد تم دمج التوعين من النوبات، تلك التي تبدأ فعلاً أثناء العمل، وتلك التي تبدأ بعد الولادة ضمن مجموعة واحدة نسماها نوبات مع بدء فترة الولادة.

[144] [لوسيل]: هل من اضطرابات أخرى قد ترافق هذه النوبات الاكتتابية؟

رجل الكهف: لقد أخبرتك أول أمس أنه غالباً ما تجتمع النساء اللواتي يعانين من نوبات اكتتاب حاد مع بدء فترة الولادة إلى أن يكون لديهن قلق حاد، بل نوبات هلع أيضاً. في الحقيقة، لقد أظهرت الدراسات أنَّ وجود أعراض اكتتابية وأعراض قلق خلال فترة العمل، بالإضافة إلى كآبة النفاس baby blues يرفع من احتمالية حصول نوبة اكتتاب حاد تالية للولادة.

[145] [لوسيل]: بخجل؛ تذكرت الآن، وتذكرت أنَّ من الممكن أن ترافقها ملامع ذهانية، حيث إنَّ قتل الأطفال حديثي الولادة من قبل أميهاتهم غالباً ما يكون نتيجة نوبات ذهانية تالية للولادة تحتوي على هلاوس آمرة بقتل الرضيع أو أوهام بأنَّ الطفل ممسوس. لكن ليست كل الأعراض الذهانية بهذا الشكل، لأنَّه من الممكن ألا تحتوي الأعراض الذهانية في النوبة المزاجية التالية للولادة على هكذا هلاوس وأوهام محددة.

رجل الكهف: تذكري أنَّ خطورة الإصابة بنوبات بعد الولادة مع أعراض ذهانية يرتفع لدى النساء اللواتي لديهن حالات سابقة من هذه النوبات، بالطبع، يعني أنَّ هذه النوبات تتعكر على مثلها في المستقبل لدى نفس السيدة، لهذا السبب إنَّ طلب العلاج ضروري جداً. كما أنَّ اضطرابات الاكتتابية واضطرابات ثالث القطب والاضطرابات ذات الصلة (بشكلٍ خاص) اضطراب ثالث القطب الأول، والذي ترتفع فيه احتمالية أن تقتل الأم ولديها

في نوبة ذهانية) يرتفعون من خطر الإصابة بالنوبات الذهانية التالية للولادة التي نتكلم عنها، تاهيك عن أن وجود تاريخ عائلي لاضطرابات ثانى القطب لا يصب في صالح السيدة في هذا السياق.

[146] لوسيل: ذكرني كم هي نسبة النساء اللواتي قد يعانين من نوبات مزاجية بعد الولادة مترافقة مع أعراض ذهانية بشكل عام؟

رجل الكهف: إن هذه النوبات تتواءر بمعدل يتراوح ما بين واحد لكل خمسة حالات ولادة إلى واحد لكل ألف حالة ولادة، مع شيوع أكبر لحالات الولادة البكر (ولادة الطفل الأول).

[147] لوسيل: هناك احتمال أن واحدة من كل ثلاثة سيدات، أو نصف السيدات اللواتي اختبرن نوبة ما بعد الولادة مع أعراض ذهانية، أن تعاودهن نفس النوبة في الولادات التالية، صحيح؟

رجل الكهف: صحيح، إن خطورة تكرار النوبة مع كل ولادة قادمة يتراوح بين ثلاثة إلى خمسين بالمائة، لكن انتبهي يا لوسيل، يجب تمييز النوبات التالية للولادة التي نحن بصددها عن ذلك الهذيان الذي يحصل في الفترة التالية للولادة والذي يكون عبارةً عن تذبذبات في الإدراك أو الانتباه.

## **الباب الثالث والعشرون**

**السكون الجزئي والسكون الكلي بين النوبات**

**Partial Remission and Full Remission**

[148] دللي: هل من محددات أخرى يمكن إضافتها لتشخيص اضطراب ثبات القطب والاضطرابات ذات الصلة؟

رجل الكهف: بالطبع. فيمكن مثلاً تحديد فيما لو كان هناك سكون جزئي أم سكون كلي بين النوبات.

[149] دللي: ماذا تقصد بالسكون الجزئي؟

رجل الكهف: أن تكون بقايا من أعراض النوبة الهوسية أو تحت الهوسية، أو الاكتئابية السابقة لا تزال موجودة، لكن هذه الأعراض غير كافية لي تشكل نوبة، أو أن يكون هناك فترة أقل من شهرين تلي نوبة هوس أو نوبة تحت الهوس أو نوبة اكتئابية وخالية من أي أعراض مهمة من هذه النوبة.

[150] لوسيل: والسكون الكلي؟

رجل الكهف: يكون السكون كلياً لو مرّت فترة شهرين بدون وجود أي أعراض

الباب العاشر والعشرون

لأي نوبية من النوبات.

لوسيل: إن الأمور تبدو الآن منظمة جدا.

## **الباب الرابع والعشرون**

### **تحديد حدة نوبية الاكتتاب الحاد الحالية**

### **Current Severity of Major Depressive Episode**

### **بندقة**

[151] رجل الكهف: علينا تحديد حدة، أو شدة، النوبة أيضاً، كما كان الأمر مع الاكتتاب أحادي القطب، وذلك بالنظر إلى عدد الأعراض، وحدة هذه الأعراض، وشدة العجز الوظيفي. (رجل الكهف 2020: الباب السابع والعشرون) دللي: أنا أذكر هذا. إن نوبية الاكتتاب الحاد إما أن تكون خفيفة، أو متوسطة أو شديدة.

**الخفيفة:** تشير إلى أن الأعراض المتوافرة هي إما على الحد الأدنى اللازم للتشخيص أو تزيدتها قليلاً. ومع أن حدة هذه الأعراض تسبب إزعاجاً وضعفاً في الأداء الوظيفي والاجتماعي وما إلى ذلك -ولا لما تم إعطاؤها التشخيص أساساً، كحال جميع الاضطرابات النفسية-. بيد أن هذا الانزعاج وضعف الأداء، هما في الحدود الدنيا ومن الممكن التحكم بهما.

**الشديدة:** هي على العكس تماماً من الخفيفة، فالأعراض التي توافر في النوبة تفوق عدداً بكثير تلك المطلوبة للتشخيص، كما أن حدة هذه الأعراض

تسبب عجزاً وظيفياً بالغاً ولا يمكن السيطرة عليها.

**النحوسة:** تشمل جميع الحالات التي تقع في توصيفها ما بين الخفيفة والشديدة، وهي، لهذا السبب، واسعة النطاق وتضم معظم المصابين بالاكتئاب فهي تدرج من نوبة أشد بقليل من النوبة الخفيفة، إلى تلك النوبة التي هي أخف بقليل من النوبة الشديدة.

## الباب الخامس والعشرون

### تحديد حدة نوبة الهوس الحالية

### Current Severity of Manic Episode

[152] رجل الكهف: هذا صحيح يا داني، أحسنت صنعاً.

لوسيل: وهل تحدد شدة نوبة الهوس بنفس الطريقة؟

رجل الكهف: إن تحديد حدة، أو شدة، نوبة الهوس، يكون، كما هو الأمر مع نوبة الاكتئاب الحاد، بالنظر إلى عدد الأعراض، وحدة هذه الأعراض، وشدة العجز الوظيفي. وهي أيضاً، مثل نوبة الاكتئاب الحاد، إما أن تكون خفيفة، أو متوسطة أو شديدة.

تكون نوبة الهوس خفيفة إذا طابت الحد الأدنى من معاير نوبة الهوس. وتكون متوسطة إذا كان هناك ارتفاع كبير في النشاط أو ضعف في المحاكمات العقلية.

وتعتبر نوبة الهوس شديدة في حال كانت المراقبة شبه الدائمة مطلوبة كي تحمي الشخص من أن يؤذи نفسه أو غيره.

## الباب السادس والعشرون

### مشاهير اضطراب ثنائي القطب

[153] لوسيل "بارتياك": المعدنة على هذا السؤال الذي هو خارج السياق، يبدأ أنه خطير على ذهني الآن، أليس هذا هو الاضطراب الذي يُقال عنه إنه مرض المشاهير، أو مرض العباقة؟

رجل الكهف؛ بالفعل، هذا صحيح. إنَّ هناك رابطاً قوياً بين العبرية، أو الإبداع، واضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة. بالنسبة لي، إلَّي أعتقد، أنَّ عيش هؤلاء الأشخاص في أماكن مزاجية تفوق الحدود الطبيعية للمزاج، سواءً باتجاه الشمال أو باتجاه الجنوب، يعطيهم وجهات نظر مختلفة للأمور عما يراه الناس المعافون، ربما يكون هو سبباً من أسباب الإبداع أو العبرية التي يتميزون بها.

كما أن اختبارهم لمشاعر اكتتابية، أو سوداوية، أو هوسية، أو ذهانية أو غيرها قد يميزهم عن غيرهم من أقرانهم المعافين، فترىهم يبدعون العناناً موسيقية، أو يكتبون أشعاراً، أو يرسمون لوحات، يتم اختيارها على أنها أعمال عظيمة وأحياناً خالدة ولا تقدر بثمن، وهذا لأنَّ المشاعر التي تحملها هي مما يصعب على الشخص المعاف ابتداعها أو التعبير عنها بنفس الطريقة.

Howard مع رجل الكهف في اضطراب ثالث القطب

كما أن الآثار الجسدية الأخرى التي يعيشها المصاب باضطراب ثالث القطب، كسرعة الأفكار وتطايرها، الطاقة الكبيرة، عدم الشعور بالتعب، عدم النوم لليام، أو انخفاض الحاجة إلى النوم، وغيرها، قد يستفيد منها الشخص فيتصبح مبدعاً في مجاله أو ناجحاً فيه على نحو استثنائي.

لكن بنفس الوقت، نفس هذه الميزات، قد تتسبب بدمير حياة صاحبها، أو تودي بحياته، وأحياناً، حياة غيره أيضاً.

ومع ذلك، إن هذا لا يجب أن يُفهم على أن كل المصابين باضطراب ثالث القطب والاضطرابات ذات الصلة هم مبدعون وعابرون، كلا، على الإطلاق. وأيضاً لا يجب أن يتم الاعتقاد بأن كل عبقرى ومبدع لديه اضطراب ثالث القطب. لأن الاحصائيات لا تؤيد أبداً من هذين الأمرين.

لوسيل: شكراً على الإجابة، هذا واضح ومفهوم.

[154] دالي: إنك أثرت فضولي يا رجل الكهف. هلا أعطيتني بعض الأمثلة عن مشاهير مصابين بهذا الاضطراب؟

رجل الكهف: أي نوع من المشاهير تريده؟ هل تريديني أن أتحدث لك مثلاً عن أوهست أميس Mercedes Grabowski (1994-1994) الموديل وممثلة الأفلام الإباحية الكندية الأمريكية التي عانت من اضطراب الهوية الفاصامي واضطراب ثالث القطب إلى أن وضعت حدأً معاشراتها بالانتحار شنقاً عن عمر الثالثة والعشرين فقط. أم عن رجل الأعمال والناثر الأمريكي لاري فلاينت Larry Claxton Flynt Jr. (1942- ) الذي يملك إمبراطورية لنشر المواد الإباحية ويعتبر أحد أقوى رجال الأعمال في هذا الميدان؟

[155] لوسيل "بخجل": ما هذا يا رجل الكهف! لقد فاجئني خوضك في هذا الميدان القذر.

رجل الكهف: رغم اتفافي المطلق معك على أنه ميدان قذر، بل وقدر جداً.

مشاهير اضطراب ثالث القطب

لكنه جد نظيف إذا ما قورن بغیره من الميادين.

لوسيل "بدهشة": ماذا تقول؟

رجل الكهف: ماذا لو نظرنا في ميدان السياسة؟

[156] دالي "متسمًا": صدقـت يا صاحبـي، لا يمكن مقارنة قـذـارة هـذا المـيدـانـ. أـخـبرـناـ إذـنـ عنـ بـعـضـ الـمـشـغـلـيـنـ فـيـ الـمـجـالـ السـيـاسـيـ الـمـصـابـيـنـ بـهـذـاـ الـاضـطـرابـ.

رجل الكهف: يمكنـنيـ أنـ أـبـدـأـ الـقـائـمةـ مـغـرـفـاـ فـيـ التـارـيـخـ وـصـوـلـاـ إـلـىـ الـإـسـكـنـدرـ الـأـكـبـرـ Alexander III of Macedonia (350-323 BC) قبلـ العـقـبةـ الشـانـعةـ الـذـيـ رغمـ حـيـاتـهـ الـقـصـيرـةـ ذاتـ الإـلـئـنـ وـثـلـاثـ عـامـ اـسـطـاعـ أـنـ يـخـلـدـ اـسـمـهـ كـاـحـدـ أـنجـعـ الـقـادـةـ الـعـسـكـرـيـنـ فـيـ التـارـيـخـ. وـتـرـجـعـ بـعـضـ الـمـصـادـرـ أـنـ تـوـفيـ بـسـبـبـ التـسـمـ الـكـحـولـيـ. ولـدـيـنـاـ الـإـمـپـاطـورـ الـفـرنـسـيـ نـابـلـيـونـ الـأـولـ Napoléon Bonaparte (1769-1821). وماـوـ تـونـغـ Mao Zedong (1893-1976) زعيمـ العـزـبـ الشـيـوعـيـ الـصـينـيـ. (جامـيسـونـ 2008:21)

وـفـيـ حـينـ يـرـىـ الـبـعـضـ أـنـ رـئـيـسـ وزـرـاءـ بـرـيطـانـياـ وـيلـيـامـ بـيـتـ الـأـكـبـرـ William Pitt, 1<sup>st</sup> Earl of Chatham, PC, FRS (1708-1778) كانـ يـعـانـيـ منـ اـضـطـرابـ ثـالـثـ القـطبـ. (Davidson 2011:20) فإـنـهـ مـنـ الـمـؤـكـدـ أـنـ خـلـيـفـتـهـ Sir Winston Leonard Spencer-Churchill KG (1874-1965) OM CH TD DL FRS RA (2008:21) يـعـانـيـ مـنـ هـذـاـ اـضـطـرابـ.

[157] رئيسـ وزـرـاءـ أـسـتـرـالـياـ الـرـابـعـ عـشـرـ وـزعـيمـ حـزـبـ العـمـالـ الـأـسـتـرـالـيـ جـونـ كـوـلنـ Williams (1885-1945) John Joseph Ambrose Curtin PC (1936-1945) وأـيـضاـ إـيقـونـةـ الـأـسـطـلـوـبـيـ، الكـاتـبـ وـالـناـشـطـ السـيـاسـيـ وـالـاجـتمـاعـيـ الـأـمـريـكيـ، وـالـمـشـارـكـ فـيـ تـأـسـيـسـ حـزـبـ الشـيـابـ الـدـولـيـ، وـالـناـشـطـ فـيـ حـرـكةـ ضـدـ الـحـربـ الـأـمـريـكيـ هـوـفـمانـ Hoffmann Howard Abbot (1936-1989) الذيـ سـيـطـرـ

### داليد رجل الكهف

حوار مع رجل الكهف في اضطراب ثالث القطب  
عليه المرض دافعًا إياه إلى الانتحار بعمر الاثنين وخمسين عاماً بتعاطي منه  
وخمسين حبة مهدئاً مع شرب الكحول. (xviii:1993 Jezer)  
رجل السياسة الأمريكي رون تومبسون Ron Thompson (1966- )  
كانت نوبات الاكتئاب تجبره عن الانقطاع عن عمله لفترات طويلة، إلى أن  
أوصله اضطراب ثالث القطب الثاني الذي يعاني منه إلى اعتزال العمل السياسي  
عام 2007. كما إن السياسة الأمريكية والناشطة في حماية البيئة كارولن  
ماكارثي Karen McCarthy (1947-2010) عانت من الزهايمر إضافة  
لمعاناتها مع اضطراب ثالث القطب.

[158] الدبلوماسي والكاتب والناشط في حقوق الإنسان، سفير بريطانيا في  
أوزبكستان، كريغ موري Craig John Murray (1958- ) يعاني من نوبات  
الاكتئاب التي أوصلته إلى مقاومة الانتحار. ورجل السياسة وكاتب المسرحيات  
الأسترالي نيل كول Neil Donald Cole (1957- ) كتب عام 2010 مستعيناً  
بمعاناته الخاصة مع اضطراب ثالث القطب، كما ومعاناة عشرين شخصاً آخرأ.  
رواية حملت عنوان جنون الكولوليك سوري. (2010 Cole)

مايكل كوستا Michael Costa (1956- ) رجل السياسة الأسترالي. ونظيره  
الأمريكي باتريك ج. كينيدي Patrick Joseph Kennedy II, GOIH (1957- ) عانى من اضطراب ثالث القطب كما والإدمان، وهو ناشط في التوعية من  
الاضطرابات النفسية وتحسين الرعاية النفسية في الولايات المتحدة، ونال على  
مساهماته هذه جوائز عديدة. كما إن السيناتور الأمريكي توم إيفلتون  
Thomas Francis "Tom" Eagleton (1929-2007) أدخل المشفى عدة  
مرات كما وُخضع للعلاج بالصدمات الكهربائية.

[159] أوسيل "مقاطعة": سمعت أن توم إيفلتون قد تبرع بجسده بعد موته  
للأبحاث العلمية الطبية.

**رجل الكهف:** هذا صحيح. ولدينا رجل التخطيط والمخابرات الأمريكي فرانك ويسلر Frank Gardner Wisner (1909-1965) رئيس عمليات مكتب الخدمات الاستراتيجية في جنوب شرق أوروبا والمدير الثاني للخدمات السرية الوطنية -المكتب الذي يسيطر على ثلاثة أربع ميزانية وكالة المخابرات المركزية الأمريكية CIA، ويدبر نحو ستين بالمائة من رجالاتها- أودع في المشفى وعولج بالصدمات الكهربائية قبل أن يسيطر اضطراب ثنائي القطب عليه ليتحرر وهو بعمر السادسة والخمسين.

**دالي:** لقد لعب فرانك ويستر دوراً فعالاً في الإطاحة برئيس وزراء إيران محمد مصدق Mohammad Mosaddegh (1882-1967) بالإضافة إلى رئيس غواتيمala جاكوبو أريبيز Colonel Jacobo Árbenz Guzmán (1913-1971).

**رجل الكهف:** صدقت. لكنه، لسخرية القدر، قد انتحر قبل موته كليهما!

[160] دليل: وماذا عن البيت الأبيض؟

**رجل الكهف:** لقد وجدت دراسةً أن نصف رؤساء أمريكا كانوا يعانون من اضطرابات نفسية، ونصف هؤلاء كانوا يعانون من الاكتئاب. (2016 Winch)

[161] دليل "صاحبًا": هذا يفسر الكثير.

**رجل الكهف:** بعض هؤلاء كانوا مصابين باضطراب ثنائي القطب كالرئيس السادس عشر للولايات المتحدة أبراهم لينكولن Abraham Lincoln (1809-1865). (جاميسون 2008:21) وخليفة ثيودور رووزفلت Theodore Roosevelt Jr. (1858-1919) الرئيس السادس والعشرون للولايات المتحدة الأمريكية، الذي كان يُفرق نفسه في نوبات الهوس بأنشطة يومية خارقة كما يصفها معاصروه. كما إن سكرتيرته قد ذكرت أنه كتب خلال فترة رئاسته ما

يقرب من مئة وخمسين ألف رسالة. وإذا صح ما يقوله بعض المؤرخين من أنه قد كتب ما يعادل مئانية عشر مليون كلمة، فإن هذا يعادل الإنتاج الذي لكاتب نشط خلال أربعين عاماً. وفي نوبات الهوس كان يصبح أيضاً إنساناً متسلطاً كبير الكلام لا يدع أحداً يتحدث أو يبدي رأياً، كما ويدخل في مشاريع طموحة جداً غالباً لا يستطيع إتمامها. (إبراهيم 1998: 41) كما ترجح العديد من المصادر أن خليفتهما ليندون جونسون Lyndon Baines Johnson من المتصارون أن خليفتهما ليندون جونسون قد عانى أيضاً من اضطراب ثنائي القطب.

[162] الوسيط "ضاحكة": من المضحك هنا التواتر الذي لا ينقصه سوى أن يكون الرئيس السادس للولايات المتحدة مصاباً باضطراب ثنائي القطب.

رجل الكهف: في الحقيقة، إن المصادر ترجح أن الرئيس السادس للولايات المتحدة الأمريكية جون كويينسي آدامز John Quincy Adams (1767-1848) كان أيضاً مصاباً باضطراب ثنائي القطب. حاله كحال والده الرئيس الثاني للولايات المتحدة الأمريكية جون آدامز John Adams Jr. (1735-1826).

دالي: لقد قرأت أن الاضطرابات الاكتنائية والاضطرابات الأخرى ذات الصلة بها كانت منتشرة في عائلة آدامز. لذا، فإن لم يكونوا مصابين باضطراب ثنائي القطب، فعلى الأقل كانوا مصابين بالاكتناب أحادي القطب.

[163] رجل الكهف: هذا صحيح.

دالي "ضاحكاً": علينا الانتظار إذن لنرى هل سيكون الرئيس السادس والأربعون مصاباً باضطراب ثنائي القطب أيضاً أم أن الصدفة ستكسر هذا التواتر.

## مشاهير اضطراب ثنائي القطب

لوسيل: بعيداً عن مجال السياسة، لقد قرأت السيرة الذاتية للممثلة والكاتبة الكندية مارغريت ترودو Margaret Joan Trudeau (1948 - ) التي نشرتها عام 2010 بعنوان *تغير رأسي* وقد تحدثت فيها عن تجربتها مع اضطراب ثانوي القطب. (2010 Trudeau)

[164] رجل الكهف: في الواقع لقد حصلت مارغريت ترودو عام 2013 على دكتوراه فخرية من جامعة Western Ontario لنشاطها في التوعية من الاضطرابات النفسية. لكنك يا لوسيل لم تبتعد كثيراً عن ميدان السياسة؛ لأن مارغريت ترودو هي زوجة رئيس وزراء كندا الخامس عشر بيد ترودو Joseph Philippe Pierre Yves Elliott Trudeau, PC CC CH QC FRSC (1919-1920)، ووالدة رئيس وزراء كندا الثالث والعشرون جستن ترودو Justin Pierre James Trudeau PC MP (1971).

[165] لوسيل "يُضجِّل": لم أنتبه لهذا. لكن أبعدنا عن السياسة أرجوك. هل صحيح ما يقال من أن المؤلف الموسيقي النمساوي فولفغانغ أماديوس موتسارت Johannes Chrysostomus Wolfgangus Theophilus Mozart (1756-1791) أحد أشهر العباقرة المبدعين في تاريخ الموسيقى، كان يعني من اضطراب ثانوي القطب؟

رجل الكهف: يرى البعض أنه كان مصاباً بثنائي القطب، بينما يرى آخرون أنه كان يعني من اضطراب في الشخصية. أيًّا يكن، فإن موتسارت قد عانى معاناةً شديدة في حياته القصيرة ذات الخمسة وتلذتين عاماً.

[166] دليله: وماذا عن روبرت شومان Robert Schumann (1810-1856) أحد أهم مؤلفي الموسيقى في العصرة الألمانية الرومانسية.

رجل الكهف: يراه البعض مصاباً باضطراب ثانوي القطب، بينما يراه آخرون مصاباً بالفصام. بالنسبة لي، يمكنني ملاحظة جانبي ثانوي القطب في مقطوعاته

الموسيقية. على أي حال، إن شومان قد قضى أوقاتاً طويلة من حياته في المصاحت، وحاول الانتحار ذات مرة بإلقاء نفسه من على جسر، لكن أنقذه بعض الصيادين وأودع المصح الذي مات فيه بعد عامين بعمر السادسة والأربعين دون أن يتحسن وضعه الصحي. بينما أن الشاعر الأمريكي جون بيهان John Allyn McAlpin Berryman (1914-1972) قد نجح بالانتحار بإلقاء نفسه من على جسر وهو بعمر السابعة والخمسين منهاً بذلك سلسلة الزيارات إلى المشافي نتيجة معاناته مع الاكتئاب وإدمان الكحول والتدخين المتواصل. (12: 1994 Jamison)

[167] دلي "مقاطع": قبل أن تحدثنا عن الشعراء، هلا ذكرت لنا بعض الأسماء من عالم الموسيقى؟

رجل الكهف: بكل سرور. وقبل أن نبتعد عن الموسيقى الكلاسيكية علي أن أشير إلى المؤلف الموسيقي وعازف البيانو الألماني لوذفيغ فان بيتووفن Ludwig van Beethoven (1770-1827) الذي توفي بعمر السادسة والخمسين، والذي كشف تشريح جثته عن تلف كبير في الكبد عائد إلى كثرة استهلاك الكحول. (1988 Hershman) ومواطنه المؤلف الموسيقي وقائد الأوركسترا أوتو كليمبيير Otto Nossan Klemperer (1885-1973) الذي يعتبر أحد أعظم قاندي الأوركسترا في القرن العشرين. وكذلك المؤلف الموسيقي الإيطالي الذي يعتبر أحد أهم المؤثرين في الأوبرا غايتانو دونيزتي Domenico Gaetano Maria Donizetti (1797-1848).

[168] جيمي هاندركس James Marshall Hendrix (1942-1970) أحد أهم عازفي الغيتار الإلكتروني في التاريخ وأكثرهم تأثيراً، توفي بعمر السابعة والعشرين بعد حياة عاشها في تعاطي المخدرات والكحول والأدوية المنشئة. ووصف معاناته مع ثالث القطب في أغنية *Manic Depression*. كما إن

مشاهير اضطراب ثنائي القطب

المغنية وكاتبة الأغاني البريطانية شارلن سورايا Charlene Soraia Santaniello Jones (1988-1998) وصفت معاناتها مع اضطراب المزاج الدوري بإغنية تحمل اسم "Bipolar". وكذلك نشر مغني الراب وكاتب الأغاني الأمريكي كريز كاليكو Samuel William Christopher Watson IV (1974-1998) أغنية تحمل اسم الاضطراب بعد تشخيصه بالإصابة به.

[169] المغني والفنان الأمريكي فرانك سيناترا Francis Albert Sinatra (1915-1998) الذي يعتبر أحد أكثر الفنانين تأثيراً وشعبية في القرن العشرين هو أيضاً من ضحايا اضطراب ثنائي القطب. ( Summers 2006) وكذلك أوزي أوسبورن John Michael Osbourne (1948-2011) المغني وكاتب الأغاني البريطاني الذي يلقبه البعض بالأب الروحي لموسيقى الهيفي ميتل. والمغني والعازف البريطاني آدم آلت Stuart Leslie Goddard (1945-2011). (. 85.Q: 2011 Owen .). وللمغنية البريطانية كيري كاتونا Kerry Jayne Elizabeth Kay (1980-1997) والمغنية وكاتبة الأغاني البريطانية بولي ستيفن Marianne Joan Elliott-Said (1957-2011) التي شُخصت خطأً بالفصام قبل أن تُشخص لاحقاً باضطراب ثنائي القطب.

[170] أحد أوائل الرواد في إنتاج موسيقى Dubstep الموسيقي البريطاني بينغا Adegbenga Adejumo (1986-1999). وكذلك المغني، والعازف، وكاتب الأغاني البريطاني راي دافيس Sir Raymond Douglas Davies, CBE (1944-1999) مغنية البوب والمنتجة البريطانية التي كانت تغيراتها المزاجية المرافقة لنوبات اضطراب ثنائي القطب واضحة عليها منذ صغرها. لاحقاً، أثر إدمانها للكحول والمخدرات على حياتها المهنية، كما أدخلت المشافي عدة مرات إثر نوبات من إرهاق النفس.

[171] ومن بريطانيا أخرى المغنية وكاتبة الأغاني إيمي واينهاوس Amy Jade

Winehouse (1983-2011) التي توفيت بالتسمم الكحولي من الفودكا بعمر السابعة والعشرين. ولدينا عازف الجاز الأمريكي أودين بوب Ocean Pope (1938-). كما وإن المغنية وكاتبة الأغاني الأمريكية ماريا كاري Mariah Carey (1970-1987) تعاني من اضطراب ثالث القطب الثاني. والمغني الأمريكي مايكل أنجلوكوس Michael John Angelakos (1987-) الذي شخص بالإصابة باضطراب ثالث القطب عندما كان بعمر السابعة عشرة. ومع أنه التزم العلاج إلا أن شدة التوبيات بقيت تؤثر سلباً على عمله وتطلب أحياناً دخوله إلى المشفى.

[172] المغنية الأمريكية بيث هارت Beth Hart (1972-) تعاني من اضطراب ثالث القطب، كما عانت لمعظم حياتها منذ فترة المراهقة من إدمان المخدرات، ودخلت المصحات مرات عديدة، لكنها لم تتعاط أي شيء في السنوات الأخيرة وتحاول التعمويض بالصلة والروحيات. بيث لا تتورع منذ سنوات عن الإشارة إلى معاناتها مع الإدمان واضطراب ثالث القطب في مقابلاتها وفي الحفلات التي تقيمها لأنها تحاول كسر الوصمة من جهة، وتحاول حتى الناس على طلب العلاج من الإدمان واضطراب ثالث القطب من جهة أخرى.

[173] عازف الجاز الأمريكي جاكو باستوريوس John Francis Anthony Pastorius III (1951-1987) أدمى الكحول والمخدرات مما فاقم من معاناته مع اضطراب ثالث القطب ليتهي حياته متاثراً بإصابات بليغة تعرض لها إثر خوضه مشاجرة وهو بعمر الخامسة والثلاثين. وماكسيم بيميس Maxim Bemis (1984-) المغني، وكاتب الأغاني، والمملحن، والعازف، والكاتب الأمريكي، لجا إلى العلاج الذاتي بتعاطي المخدرات - بشكل أساسى تدخين الماريوانا- وعانى من نوبة هويس أثناء تسجيله لألبوم *Real Boy*.

[174] المغني، وكاتب الأغاني، والمملحن، والممثل الأمريكي توم ويتس Thomas

Alan Waits (1949-). مواطنه الموسيقي ديسكود David Aaron Shayman (1980-2007) الذي تمكّن منه اضطراب ثنائي القطب فشقق نفسه وهو بعمر السادسة والعشرين.

كما أثّرت معاناة كاتب الأغاني، والمنتج، ومغني الراب الأمريكي تشارلز هامilton, Jr. (1987-) مع اضطراب ثنائي القطب على حياته الخاصة والمهنية موصلاً إياه إلى مقاربة الانتحار. وهو قد أدمّن الماريوانا والهيروين والفتّر الملهوّس قبل أن يخضع للعلاج ويخلص من الإدمان ومن اضطراب ثنائي القطب على حد سواء.

[175] المغنية، وكاتبة الأغاني، والممثلة، والملحنة الأمريكية ديمي لو فالتو Demetria Devonne Lovato (1992-) . عازفة البيانو ومغنية الجاز والبلوز الأمريكية ثينا سيمون Eunice Kathleen Waymon (1933-2003). كما إنّ مغني وعازف الكانتري الأمريكي تشارلي برايد Charley Pride (1934-2003) أشار إلى تشخيصه باضطراب ثنائي القطب في سيرته الذاتية *Pride: The Charley Pride Story* التي نُشرت عام 1994 (1994).

[176] المغنى، وكاتب الأغاني، والعازف الأمريكي بريان ويلسون Brian Douglas Wilson (1942-) الذي يعتبره النقاد أحد أكثر كتابي الأغاني إبداعاً وأهمية في أواخر القرن العشرين. ومايلو سويت Sidney Matthew Sweet (1964-1994) مغني الروك، وكاتب الأغاني، والموسيقي الأمريكي. وكذلك مواطنته مغنية البوب بريتنى سبيرز Britney Jean Spears (1981-) . كما إنّ المغنى، وكاتب الأغاني، والعازف الأمريكي الذي يعتبره بعض النقاد أحد أعظم مغني الهيفي ميبل في التاريخ سكوت ستاف Anthony Scott Flippin (1973-) لديه محاولات انتحار فاشلة.

[177] المغنى، وكاتب الأغاني، والعازف الأمريكي سكوت وايلاند Scott Richard Skott (1977-) .

دايفيد رجل الكهف

حوار مع رجل الكهف في اضطراب ثالث القطب

Weiland (1967-2015) أدمي الكحول ومختلف أنواع المخدرات إلى أن توفي بجرعة زائدة من الكوكايين والإيثانول بعمر الثامنة والأربعين. وبعمر الثامنة والأربعين توفي أيضاً مغني الميتال، كاتب الأغاني، والموسيقي الأمريكي بير ستيبل Petrus Thomas Ratajczyk (1962-2010).

لكن بالمقابل، فإنَّ كاتب الأغاني، المنتج، وعازف الميتال الكندي ديفن تاونسند Devin Garrett Townsend (1972-) الذي يمكن ملاحظة جانبي ثالث القطب في أغانيه قد ألقع عن تعاطي المخدرات والكحول بل وحتى التدخين.

[178] المغني، كاتب الأغاني، العازف، والممثل الأمريكي بين مودي Benjamin (1981-1981) Robert Moody.

العازف الأمريكي بيتر وينتز III Peter Lewis Kingston Wentz (1979-) يعالج من ثالث القطب منذ عمر الثامنة عشر، وسبق أن قام بمحاولة انتحار فاشلة بتعاطي جرعة دواء عالية.

[179] لكن العازف البريطاني فينسنت كريين Vincent Rodney Cheesman (1943-1989) نجح بالانتحار بجرعة مسكنات عالية بعمر الخامسة والأربعين بعد خضوعه للعلاج في المصحات مرات عديدة. ويحمر الخامسة والأربعين توفي المؤلف الموسيقي، العازف، ومغني البوب التشيكى بيتو موک Petr Muk (1956-2010) وكشف تشريح جثته عن تعاطيه للكحول والأدوية.

[180] كما أنَّ عازف ومغني البلوز الأمريكي سان كوستيلو Sean Costello (1979-2008) رفض العلاج ولجاً إلى العلاج الذاتي بتعاطي الهيروين وأدوية متنوعة إلى أن توفي بجرعة زائدة قبل عيد ميلاده التاسع والعشرين بيوم واحد.

[181] ولدينا أيضاً كاتبة الأغاني، العازفة، ومغنية الروك الإيرلندية دولوريس

- أوليفر دان Dolores Mary Eileen O'Riordan (1971-2018). ومن كندا ذكر كما كاتب الأغاني، المغني، وعازف الروك مايليو غود Matthew Frederick Robert Good (1971-). ومواطنه ستيفن بيج Steven Jay Page (1970-).
- [182] كاتب الأغاني، المغني، وعازف الروك الأمريكي والدبي ميسار Randy Meissner (1946- ) أحد مؤسسي فرقة Eagles لجأ إلى إساءة استخدام الكحول والمخدرات وكان ذا سلوك انتحاري أحياناً، بل اقترب من الانتحار عدة مرات، ولهذا فقد أدخل المصحات مرات عديدة.
- [183] ولا يمكنني المرور على موسيقى الروك دون أن أتحدث عن كاتب الأغاني، العازف، والمغني الأمريكي كورت كوبين Kurt Donald Cobain (1967-1994) أحد مؤسسي فرقة نيرvana، الذي شخص باضطراب نقص الانتباه عندما كان طفلاً قبل أن يشخص باضطراب ثنائي القطب. بدأ كورت كوبين تدخين الماريوانا بعمر الثالثة عشر ليتطور الأمر لاحقاً لتعاطي كل أنواع المخدرات القوية والمهلوسات واستنشاق المذيبات، والإسراف في شرب الكحول. حاول كوبين الانتحار بجرعة زائدة من المخدرات لكن تم إنقاذه. ثم جبس نفسه في غرفة مع مخدرات وأسلحة فحضرت زوجته الشرطة وتم إنقاذه للمرة الثانية، لكنه نجح بالانتحار بعد ذلك بشهر حيث تعاطى جرعة هيرويدين وديازيمام عالية ثم أطلق النار على نفسه بعد أن كتب رسالة انتحار وهو بعمر السابعة والعشرين. وبالمثلية فقد سبق لإثنين من أعمامه الانتحار بأسلحة نارية أيضاً. (85.Q: 2011 Owen)
- [18] كورت كوبين كان سبباً لشهرة كاتب الأغاني والعازف الأمريكي داليل جولستون Daniel Dale Johnston (1961- ) الذي يعاني هو الآخر من اضطراب ثنائي القطب بالإضافة إلى الفصام، ولأجل هذا فقد قضى أوقاتاً كبيرة من حياته في المصحات.

الكاتبة، المغنية، العازفة، وكاتبة الأغاني الأمريكية كريستن هيرش *Martha Kristin Hersh* (1966 - ) عانت بشدة في حياتها من عدة اضطرابات نفسية أوصلتها لمحاولة الانتحار. ونشرت مذكراتها عام 2010 التي تحدث فيها عن المعاناة التي بدأت بتشخيص اضطراب ثالثي القطب بعنوان *الفتاة العبر* والتي نُشرت في العام التالي بعنوان آخر هو *التعرية المتناقضة*. (Hersh 2010) و (2011 Hersh)

[185] دلي "مقاطع": لقد قامت الرولنخ ستون عام 2012 بتقييم هذه المذكرات كأمان أعظم مذكرات في تاريخ الروك.

رجل الكهف: هذا صحيح. وعمناسبة الإشارة إلى المذكرات، لقد تحدث أيضًا المغنية والممثلة الأمريكية روزماري كلوني *Rosemary Clooney* (1928-2002) عن معاناتها مع الكتاب واللدمان في كتابها فتاة مغنية: سيرة ذاتية الذي أصدرته قبل وفاتها بنحو عامين. (*Clooney* 1999)

وتحدث أيضًا الممثل، المخرج، المنتج، والكاتب الأمريكي الذي يعد من أكثر الممثلين إنتاجاً في القرن العشرين بيرجس ميريديث *Oliver Burgess Meredith* (1907-1997) عن صراعه العنيف مع اضطراب المزاج الدوري في مذكراته التي نشرها عام 1994 بعنوان *So Far, So Good: A Memoir* (Meredith 1994)

[186] كما أنَّ كاتب الأغاني، المغني، العازف، الممثل، والكاتب الأمريكي كوري تايلور *Corey Todd Taylor* (1973 - ) أدمى الكحول واقترب من الانتحار كثيراً.

وكذلك اقتربت من الانتحار وادخلت المشافي مرات عديدة كوني فرانسيس *Concetta Rosa Maria Franconero* (1937- ) مغنية البوب الأمريكية التي أعاقةها اضطراب ثالثي القطب عن العمل لسنوات.

مشاهير اضطراب ثالث القطب

[187] وأجبت نوبات الاكتئاب الممثلة، المغنية، الكاتبة، والكوميدي البريطانية جين باروي Jean Dudley (1931-2006) على دخول المشافي أكثر من مرة. كما أنها أدمنت الكحول والمهدئات بالإضافة إلى المقامرة. وفي سنوات حياتها الأخيرة عانت من فقدان الذاكرة.

لوسيل "بدهشة": هل قلت الكوميدي؟ هل يمكن ملن يعاني من اضطراب ثالث القطب أن يكون مرحًا؟

[188] رجل الكهف: بكل تأكيد. والأمثلة على ذلك أكثر من أن تحصى. فاستمعي إذن إلى بعض الأسماء التي لا بد أنها أضحكتك في السابق:  
جيم كاري James Eugene Carrey (1962-) الممثل الكوميدي، كاتب

السيناريو، المنتج، والرسام الكندي الأمريكي.  
الكاتب، الممثل، الكوميدي، والناشط البريطاني ديفيد وليامز David Williams OBE (1971-).

[189] الممثلة، المغنية، والكوميدي الأمريكية جينيفير لويس Jenifer Jeanette Lewis (1957-) خضعت للعلاج بعد تشخيصها بالإصابة باضطراب ثالث القطب عام 1990.

الكاتب، الناشط، الممثل، والكوميدي البريطاني راسل برلند Russell Brand (1975-) يعاني بالإضافة إلى اضطراب ثالث القطب من اضطراب نقص الانتباه مع فرط الحركة، النهام العصبي، إدمان للمواد الإباحية وإيذاء للنفس. ولجا إلى تعاطي أنواع مختلفة من المخدرات والمهلوسات.

[190] الكوميدي البريطاني ماكنزي تايلور Mackenzie Taylor (1978-2010) حاول الانتحار عام 2008 بجرعة مخدرات عالية لكنه دخل في غيبوبة ولم تكل محاولته بالنجاح. لكنه أعاد المحاولة بنجاح بعد عامين وهو بعمر الثانية والثلاثين.

دافيد رجل الكهف

حوار مع رجل الكهف في اضطراب ثنائي القطب

الممثل، المخرج، المنتج، والكوميدي البلجيكي بينويت بولفورد Benoît Poelvoorde

(Poelvoorde - 1964).

[191] الكوميدي ومقدم البرامج التلفزيونية الأمريكي ديك كالفيت Richard

Alva Cavett (1936- ) أثرت نوبات اضطراب ثنائي القطب على زلarme

بعمله وتطلبت معالجته من اضطراب ثنائي القطب استخدام مختلف طرق

العلاج المتأخر بما فيها الصدمات الكهربائية.

الممثلة الأمريكية والستارند آب كوميدي ماريا بامفورد Maria Elizabeth

Sheldon Bamford (1979- ) اشتهرت بالفكاهات التي تطلقها حول الفلق

والاكتتاب كما وتجسيدها الهزل لمعاناتها ومعاناة أسرتها لاسيما وأتها مصابة

باضطراب ثنائي القطب الثاني بالإضافة إلى اضطراب الوسوس القهري.

[192] الكاتب، الناشط في حماية البيئة، الممثل، مقدم البرامج، الكوميدي، المغني،

العازف، ولمؤلف الموسيقي البريطاني بيل أودي William

Edgar "Bill" Oddie OBE (1941- ) كانت نوبات اضطراب ثنائي القطب

لديه تتطلب إدخاله إلى المشفى.

الكاتب، الناشط، الممثل، والكوميدي البريطاني ستيفن فراي Stephen

John Fry (1957- ) رفض العلاج ولجا إلى تعاطي المخدرات والكحول، بشكل

أساسي الكوكائين والفوودكا لكن مرophe تفاقم ووصل إلى الهلوسة واقرب كيرا

من الانتحار. تغير تشخيصه عبر السنوات من اضطراب المزاج الدوري إلى

اضطراب ثنائي القطب الأول.

[193] الوسيط "مقاطعة": إنه أحد أكثر الوجوه البريطانية شهرة في عصره.

رجل الكهف: ستيفن فراي صور فلماً ووثائقياً حاز على جائزة ايمي بعنوان

ستيفن فراي: الحياة السرية للهوس الاكتئابي شرح فيه معاناته مع ثنائي

القطب وقام ب مقابلات مع مشاهير وأشخاص يعانون من هذا الاضطراب، كما

والعديد من الأطباء ذوي الاختصاص. (Fry 2006) أتبعه بعد عشر سنوات بفيلم آخر حمل عنوان الحياة الغير سرية كثيراً للهوس الاكتئابي حاول أن يسلط فيه الضوء على ما حصل من تغير في هذه السنوات العشر. (2016 Fry) ليس هذا فحسب، بل إنه قد نشر سيرته الذاتية في ثلاثة أجزاء لفت نظرها منها الجزء الأخير الذي قام فيه بنوع من الحساب الذاتي، بل الجلد الذاتي، إن صح التعبير، مراجعاً فيها القسمين الأولين بمزيد من الصراحة إضافة إلى الفترة التي أدمن فيها الكحول والمخدرات القوية. (2004 Fry) و (2010) و (2014 Fry)

[194] وكان من بين الذين قابلهم ستيفن فراي في فلمه الأول صديقه الكوميدي البريطاني توني سلاتري Tony Declan James Slattery (1959-) الذي وصل به إدمانه للكوكائين في عام 1996 درجة كان ينفق فيها نحو أربعة آلاف جنيه استرليني في الأسبوع على الكوكائين. ثم دخل في الكتاب حاد أدى به لأن يبعس نفسه لأشهر طويلة ولم يخرج من تلك الحالة إلا عندما كسر الباب عليه أحد أصدقائه وأخذه إلى المشفى قسراً.

[195] كما أنه قابل ريتشارد دريفوس Richard Stephen Dreyfuss (1947-) الممثل الأمريكي الذي يعاني بالإضافة إلى ثالث القطب من قلق واضطراب نقص الانتباه مع فرط الحركة. ولجا إلى العلاج الذاتي بتعاطي الكوكائين ثم خضع للعلاج بالليشيوم لمدة ثلاثة وعشرين سنة.

كما قابل الممثلة والكاتبة الأمريكية كاري فيشر Carrie Frances Fisher (1956-2016) التي عانت من ثوبات هومين قوية ولجأت إلى تعاطي الكوكائين ومخدّرات أخرى كما وأدوية مسكنة قوية. (Owen: 2011 Q: 85)

[196] الوسيط: كاري فيشر هي التي اشتهرت بدور الأميرة ليا في سلسلة حرب النجوم. أليس كذلك؟

رجل الكهف: صحيح تماماً. وبالمناسبة هي ناشطة في الدفاع عن حقوق المرأة وحقوق المثليين وحقوق الحيوان وعضو فخرية في مؤسسة ثالث القطب العالمية ومساهمة حتى مادياً في دعم منظمات متعددة ومراكز أبحاث لاريزن.

(International Bipolar Foundation)

[197] كما كانت نوبات الهوس والاكتئاب ظاهرةً بوضوح على ممثل العينا والتلفزيون والستاند آب كوميدي الأمريكي روبين ولیامز Robin McLaurin Williams (1951-2014) ولذلك لجا إلى إدمان الكوكائين والكحول وعولج من ذلك مرتين قبل أن يتفاقم مرضه ليُشخص بالشلل الارتعاشي وغرف جسيمات ليفي مما أدى إلى تفاقم نوبات الاكتئاب، الخوف، القلق، الأرق وأمراض عضوية أخرى ثم وصل به الأمر إلى جنون العوزمة، الأوهام، فقدان الذاكرة وعدم القدرة على النوم. كان يقول: "أريد فقط إعادة تشغيل دماغي" لكن المسكين لم يستطع ذلك فشنق نفسه بعمر الثلاثة والستين.

دالفي: لقد قال الكوميدي ستيفن فراي في الحديث عن أحد عروض روبين ولیامز: "لقد كان أكثر إضحاكاً من اجتماع كل الكوميديين في تاريخ البشرية سوية. لم يكن مجرد مضحك، بل كان هو الإضاحاك بذاته. وبعد أن نزل عن المسرح مبتلاً بعرقه قيل له في غرفة تبديل الملابس: روبين، لقد جعلت لوحة ثلاثة آلاف شخص أسعد من أي وقت مضى في حياتهم. فأجاب روبين بحزن: إنه من الجنون أتنى لا أستطيع أن أجعل نفسي سعيداً". (2014 Fry, 2014)

[198] الوسيل "بعيون دامعة": هذا يفترط المؤاود.

رجل الكهف: وإذا كان ستيفن فراي يعتبر روبين ولیامز أكثر إضحاكاً من اجتماع جميع الكوميديين في التاريخ، فإنَّ الأخير كان يعتبر الفنان، الكاتب، الممثل والكوميدي الأمريكي جوثلاثن وينترز Jonathan Harshman Winters III (1925-2013) قدوة له، لدرجة أنه كان يعتبره بودا الكوميديا

بالنسبة له. لكن من سخرية القدر أن جوناثان وينترز كان يعاني أيضا بشدة من نوبات انهيار عصبي بجانب معاناته من نوبات اضطراب ثالث القطب، مما كان يتطلب إدخاله إلى المستشفيات التي كان يقفي فيها أشهرأ طويلا في بعض الأحيان.

دالي "بحماس": من عجيب الصدف أن كل هؤلاء الكوميديين العظام مصابون بنفس الاضطراب النفسي. لكن بما أنك أشرت إلى ممثلي هوليوود هل لك أن تعطينا بعض الأسماء الأخرى؟

[199] **رجل الكهف:** يمكنني إضافة الكثير من الأسماء بدءاً من إحدى أكبر النجمات في تاريخ سينما هوليوود، الممثلة البريطانية فيفيان لي Vivien Leigh -1913- (1967). (85.Q : 2011 Owen)

**لوسيل مقاطعة:** فيفيان لي حازت على جائزة الأوسكار عن دورها سكارليت أوهارا في ذهب مع الريح.

[200] **رجل الكهف:** بالضبط، ورغم أنها عانت بشدة من نوبات اضطراب ثالث القطب إلا أن هذه لم تكن الأوسكار الوحيدة لها.

حالها كحال الممثل والمخرج الأمريكي ميل فييسون Mel Colmcille Gerard Gibson AO (1956- ) الذي بدأ شرب الكحول بعمر الثانية عشرة وسبب له إدمانه للكحول بالإضافة إلى اضطراب ثالث القطب مشاكل قانونية عديدة.

[201] الممثل، المخرج، وبطل الفنون القتالية البلجيكي جون كلود فلان دام Jean Claude Camille François Van Varenberg (1960- ) يعاني من اضطراب ثالث القطب مع دوران سريع. لجأ إلى العلاج الذاتي بتعاطي المخدرات والكحول، وفي أواسط تسعينيات القرن العشرين كان ينفق حوالي عشرة آلاف دولار أمريكي في الأسبوع مهنا للكوκائن مستهلكاً منه نحو عشر

دايد رجل الكهف

حوار مع رجل الكهف في اضطراب ثالث القطب

غرامات يوميا. وكما يمكنكم ان تتوقعوا، فإن إدمانه كان مترافقاً مع نوبات اضطراب ثالث القطب أوقعاه في مشاكل قانونية عديدة إلى أن انقطع عن التعاطي وبدأ رحلة العلاج عام 1998. (47:2006 Bloch.)

وكذلك عانت بشدة من اضطراب ثالث القطب قبل أن تبدأ رحلة العلاج وهي في الأربعين من العمر الممثلة الأمريكية ليندا هاملتون Linda Carroll Hamilton (1956- ) التي اشتهرت بدور سارة كونور في سلسلة

.Terminator

[202] باتي ديوك Anna Marie Duke (1946-2016) الممثلة الأمريكية التي بدأت يحصل الجوائز العالمية منذ أن كانت في السادسة عشرة من عمرها، بدأت القيام بحملات توعية عن الاضطرابات النفسية منذ تشخيصها بالإصابة باضطراب ثالث القطب عام 1982. ونشرت مذكراتها عن صراعها مع اضطراب ثالث القطب عام 1992 بعنوان الجنون / المتألق: الحياة مع مرض الهوس الاكتئابي. (1994 Duke)

الممثلة الأمريكية كيم نوفاك Marilyn Pauline "Kim" Novak (1933- ) عانت بشدة من الاكتئاب قبل أن تشخيص باضطراب ثالث القطب وتبدأ رحلة العلاج.

[203] الممثلة الكندية الأمريكية، الناشطة السياسية، والناشطة في حماية البيئة وضد الحرب مارغوت كيدر Margaret Ruth "Margot" Kidder (1948- ) عانت عام 1996 من نوبة هوس تطلب إدخالها المشفى.

أسست الممثلة الأمريكية مارييت هارتلي Mary Loretta "Mariette" Hartley (1940- ) المؤسسة الأمريكية للوقاية من الانتحار ذلك لأن والدها قد أنهى حياته بالانتحار. وقد تحدثت عن معاناتها هي واسرتها في سيرتها الذاتية كسر حاجز / الصمت التي نشرتها عام 1990. (1990 Bloch)

[204] الممثل الأمريكي لي تومبسون يونغ Lee Thompson Young (1984- )

مفاعع اضطراب ثنائي القطب

(2013) خضع للعلاج من اضطراب ثنائي القطب لكنه انتحر بإطلاق النار على نفسه وهو في ذروة اكتتاب حاد وهو بعمر التاسعة والعشرين. الممثل الأمريكي موريس بينارد Maurice Benard (1963- ) شخص بالإضافة باضطراب ثنائي القطب عندما كان في الثانية والعشرين من العمر. [205] الممثل الأمريكي ديفيد ستريكلاند David Gordon Strickland, Jr. (1969-1999) لجأ إلى تعاطي المخدرات وانتحر شنقاً عن عمر التاسعة والعشرين عاماً في غرفة في أحد فنادق لاس فيغاس بعد أن شرب كمية من الビرة وتعاطى بعض المخدرات.

الممثل البريطاني جيري هاغينز Peter Jeremy William Huggins (1933-1995) الذي اشتهر بدور المحقق شارلووك هولمز. كانت معاناته قوية مع اضطراب ثنائي القطب وعولج باللثيوم الذي كان ذا آثار جانبية سيئة جداً عليه، لذلك بقي يعاني ويدخل المستشفيات طلباً للعلاج حتى آخر حياته. [206] الممثلة والمغنية الأمريكية مارلين مورنو Norma Jeane Mortenson (1926-1962) توفيت بعمر السادسة والثلاثين بجرعة مهدئات عالية. ومن غير المؤكد إن كان في نيتها الانتحار أم أن الوفاة حصلت بالخطأ.

[207] دلي "بحزن": يبدو أن الجمال والشهرة العالمية لا يكفيان لتحقيق السعادة في هذه الحياة.

رجل الكهف: بكل تأكيد يا صديقي، فمثلاً الممثلة الأمريكية جين تيرني Gene Tierney (1920-1991) لم يكن جمالها الذي اشتهرت به كافياً كي يمنعها حياة سعيدة أيضاً. فقد أعاقتها نوبات الهوس عن الالتزام بأعمالها. ولسوء حظها فإن جلسات العلاج بالخدمات الكهربائية كانت ذا آثار سلبية عليها، وبدأ رحلة معاناة مع نوبات الاكتتاب لدرجة أنها وصلت إلى محاولة الانتحار وُضعت على إثرها في دار الرعاية نحو عام. وقد تحدثت عن معاناتها

(1979 Tierney). Self-portrait هذه في سيرتها الذاتية .

Helena Gerard الموديل الأمريكية الفلبينية هيلينا بيلمونت Belmonte (1986-2014) قفزت من الطابق الثامن والعشرين منهيةً بذلك ثمانية وعشرين عاماً من الصراع مع اضطراب ثالث القطب.

[208] أول عارضة أزياء أمريكية من أصول إفريقية والتي أصابت شهرة عالمية منذ صباها المبكر لعومي سيمس Naomi Ruth Sims (1948-2009) رغم أنها أدخلت المشافي عدّة مرات بسبب نوبات اضطراب ثالث القطب الشديدة، إلا أنها كانت تعتبر الأمر سرّاً مما فاقم من معاناتها.

الممثلة والموديل الأمريكية ربّينه روسم Rene Marie Russo (-1954).

Catherine Zeta-Jones CBIE [209] الممثلة الوليزية كاثرين زيتا جولز Catherine Zeta-Jones (1969-) تعاني من ثالث القطب الثاني.

Helen Flanagan الممثلة ومقدمة البرامج التلفزيونية البريطانية هيلين فلانانغان Joyce Gabriel Flanagan (1990-) رغم أنها قد صنفت عام 2013 كإحدى أكثر فتيات بريطانيا جاذبيةً، إلا أن تلك الجاذبية المفترطة تخفي داخلها صراعاً مريعاً مع القلق والاكتئاب. وهي تعالج من اضطراب ثالث القطب كما واضطراب نقص الانتباه مع فرط الحركة.

[210] ومن بريطانيا لدينا أيضاً المغنية، كاتبة الأغاني، ومقدمة البرامج التلفزيونية ليلى آن Lily Rose Beatrice Cooper (1985-) التي عانت بجانب اضطراب ثالث القطب من اضطراب كرب ما بعد الصدمة.

Nicola Pagett (1945-) كما تحدثت مواطنتها الممثلة نيوكولا باجت Nicola Pagett تجربتها مع اضطراب ثالث القطب في كتاب *ألماس خلف عيني* (Pagett, 1998)

[211] المغنية، كاتبة الأغاني، المنتجة، والمخرجة الأسترالية سيا فورلر Sia Kate Isobelle Furler (1975-) تعاني من إدمان الكحول والمسكنات بجانب

في السادس والعشرون

مشاهير اضطراب ثانى القطب

معاناتها من نوبات الاكتتاب الحاد التي أوصلتها مرة للانتحار، فكانت رسالة الانتحار لكتها تراجعت في اللحظة الأخيرة لحسن الحظ.  
ولدينا المغنية، العازفة، الشاعرة، كاتبة الأغاني، والممثلة الأمريكية إيميل  
لورم *Emilie Autumn Liddell* (1979-).

[212] كما إن الممثلة المسرحية جيسيكا ماري *Jessica Dominique Marais* (1985-)  
شخصت بالإصابة باضطراب ثانى القطب منذ الثانية عشر من عمرها.

الفنانة الأمريكية هيلمي يوفونان *Helmi Dagmar Juvonen* (1903-1985)  
قضت ثلاث سنوات في المشفى عقب تشخيصها باضطراب ثانى القطب عام 1930.

[213] المغنية وكاتبة الأغاني الأمريكية هاسلي *Ashley Nicolette Frangipane* (1994-)  
بدأت بعد تعافيها من محاولة انتحار فاشلة بنشر التوعية لمنع الانتحار، ولأنها تعرضت للاغتصاب فهي تعمل أيضاً في نشر التوعية والدفاع عن ضحايا الاغتصاب.

كذلك فعلت بطلة المصارعة الأمريكية آ ج لي *April Jeanette Mendez* (1987- ) التي حاولت الانتحار بتعاطي جرعة عالية من المسكنات ومضادات الاكتتاب، لكن لحسن الحظ لم تكون الجرعة كافية لقتلها، فاللتزمت العلاج وأصبحت ناشطةً في مجال الرفق بالحيوان ونشر التوعية بالاضطرابات النفسية.

[214] دلي "بعجب": أبريل جانيت مندز مصابةً باضطراب ثانى القطب أيضاً! لقد كنت أعتقد أن العقل السليم في الجسم السليم.

رجل الكهف "ساحراً": فعلاً، لقد أثبتت ستيفن هوكينغ ذلك، أليس كذلك؟

[215] دلي "بخجل": إذن هذه حكمة بلا معنى.

رجل الكهف: كمعظم ما لقناه في صغرنا يا صديقي. (انظر Prince, et al. 2007) إليك بعض النماذج من أكمل الناس صحة بدنية لكنهم مصابون باضطراب ثالثي القطب لأنك لك أن الجسم الرياضي المثالي لا يتضمن بالضرورة دماغاً يعمل بشكل مثالي:

فرالك برولو Franklin Roy "Frank" Bruno, MBE (1961- ) أحد أنجح الملاكمين البريطانيين في التاريخ، حيث فاز بخمسة وثمانين بطلة من جميع المبارزات التي خاضها في حياته. بدأ علاجاً ذاتياً بتعاطي الكوكايين عام 2000، بعدها بثلاثة أعوام عانى من نوبة اكتئاب حاد استمرت عدة أشهر تطلب إدخاله إلى المشفى، وهو يعالج منذ عام 2005 باللثيوم. (Owen 2005)

(85.Q :2011)

[216] بطل المصارعة الأمريكي كريس كلوبون Christopher Morgan Klucsa (1970-1970) مُعَذَّن منه الاضطراب، فكتب رسالة اعتذار لعائلته وانتحر بجرعة مضاد اكتئاب عالية وهو بعمر الأربعين سنة. دوغ هارفي Douglas Norman Harvey (1924-1989) الذي يعد واحداً من أفضل وأنجح لاعبي الهوكي الكنديين في التاريخ.

[217] جون كولرادز John Konrads (1942- ) بطل السباحة الأسترالي الذي حقق رقم قياسي عالمي خلال مسيرته المهنية. الطبيبة وبطلة التزلج على الجليد الأمريكية ديبي توماس Debra Janine Thomas (1967- ) لم تساعدها شهرتها والميداليات التي حصتها في ثمانينيات القرن العشرين على أن تحظى بحياة رغيدة لاحقاً. فإنها لم تستطع أن تبني مسيرة مهنية ناجحة، لا ولا أن تحظى بحياة عائلية مستقرة وذلك أوصلها إلى الفقر المدقع.

[218] لاعب كرة القدم البريطاني بول غاسكون Paul John Gascoigne (1976- ) عانى بالإضافة لاضطراب ثالثي القطب، من اضطراب الوسواس

**مشاهير اضطراب ثنائي القطب**

القهري، والنهم عصبي. ولهذا لجأ إلى إدمان الكحول والكوكائين والتدخين المتوالى، وبطبيعة الحالة فقد أدخل المصحات مرات عديدة.

وكبت العدامة الأمريكية سولي فايفر هاملتون Suzy Favor Hamilton (1968 -) عن حياتها مع اضطراب ثنائي القطب في سيرتها الذاتية *نهاية سريعة: حياة قضيت في الهروب من الجنون التي نشرتها عام 2015*. (2015 Hamilton)

[219] لاعب الرغبي الأسترالي تيم سميث Timothy Aiden Smith (1985 -) رغم دخوله برنامج إعادة تأهيل عام 2008 إلا أن ذلك لم يكن كافياً ليحافظ على استمرار مسيرته المهنية.

كما إن زميله الحائز على جوائز عديدة أندرو جولز Andrew Gary Johns (1974 -) لجأ إلى تعاطي المخدرات والإكتسي في محاولة للتحكم بنبوات اضطراب ثنائي القطب مما أوقعه في مشاكل قانونية عديدة.

[220] سائق سباقات السيارات الأمريكي شين همييل Shane Hmiel (1980 -) بدأ بتدخين الماريوانا بشكل يومي منذ عمر الثانية عشرة كما لجأ إلى تعاطي الكوكائين قبل أن يدخل المصح ليشخص باضطراب ثنائي القطب الثاني. لاعب الغولف بيتر يانسي Peter Yancey (Albert Winsborough 1938 -) عان بشدة من اضطراب ثنائي القطب مما اضطربه للإقامة في المشفى 1994 تسعه أشهر، وعولج لاحقاً بالليثيوم الذي سبب له ارتعاشاً باليدين مما أجبره على اعتزال مهنته. فاستمر وقته بالنشاط في التوعية بالاضطرابات النفسية ومساعدة المصابين بها.

[221] وإذا انتقلت بكم إلى ملاعب كرة القدم الأمريكية فهناك العديد من الأسماء أيضاً، فتشارلز هالي Charles Lewis Haley (1964 -) التزم العلاج منذ تشخيصه بالإصابة باضطراب ثنائي القطب. وذلك على عكس باريت روينز Barret Glen Robbins (1973 -) الذي

دانييل رجل الكهف

حوار مع رجل الكهف في اضطراب ثالث القط

قضى على حياته المهنية برفضه الخضوع للعلاج والقيام عوضاً عن ذلك بمحاولات التحكم بنوبات اضطراب ثالث القط عن طريق تعاطي الكحول، الكوكايين، الماريجوانا، والمنشطات. وللهذا السبب فقد قضى أكثر من عقدين من الزمن منتقلًا بين السجون والملصحات.

[222] وكذلك أدمى المخدرات جولي مازيل Johnathan Paul Manziel (1992-).).

ديميتريوس اندرود Dimitrius Underwood (1977- ) لديه محاولات انتحار وادخل المشافي عدة مرات مما أثر سلباً على حياته المهنية. زميل ديميتريوس اندرود، ألونزو سبيلمان Alonzo Robert Spellman (1971- ) رفض العلاج ولجا إلى العلاج الذاتي بتعاطي المخدرات والكحول وسبب له إدمانه بالإضافة إلى نوبات الهوس مشاكل قانونية كثيرة.

[223] لوسائل: أخبرنا بإحداها أرجوك. أريد أن أرى ماذا يمكن تفعيل نوبة الهوس.

رجل الكهف: لك ذلك. سأذكر لكما إحدى نوبات الهوس التي أصابته وهو على مت رحلة جوية عام 2002. وباختصار، فإنه قد تورم أن الطائرة ستتحطم وبدأ بالصرخ قائلاً إنَّ الرب لا يريد لهم أن يصلوا إلى وجهتهم فيلادلفيا ولذلك فإنَّ الطائرة ستتحطم حتماً بطريقه ما. ويعتكمكا تخيل هلهعه وهو موقن تمام اليقين بما يتفوه به. ذلك حصل بعد عشرة أشهر فقط من أحداث العادي عشر من أيلول/سبتمبر، ولذلك فقد تسببت هلهعه بغضون خرجت عن السيطرة لدرجة أن الرحلة الجوية اضطرت للقيام ببوط اضطراري كي يتم تسليمه إلى طاقم طبي.

[224] لوسائل: هذا مرعب حقاً. لكن هل نقلتنا من الأشخاص ذوي الأجساد الراوغة إلى أولئك ذوي الأدمغة الراوغة من فضلك؟

رجل الكهف: بكل سرور. ولدي بعض الأسماء التي لا أحد يشك في أنَّه أدمغتهم

كانت استثنائية، وربما فإن جزءاً من تلك الاستثنائية المستحقة نابعٌ من حقيقة أنَّ هذه الأدمعة مصابةٌ بثاني القطب.

[225] داللي " بشغف": جميلٌ جداً، هات ما عندك.

رجل الكهف: سأبدأ لكما القائمة بأحد أعظم الأدمعة على الإطلاق. رجل لا يحتاج إلى تعريف وهو إسحق نيوتن PRS 1643 Sir Isaac Newton (1727) أحد أهم العلماء المؤثرين في تاريخ الإنسانية. (جاميسون 2008: 21) وبما أنَّ بدأت القائمة من بريطانيا فإنه يسرني إعلامكم أنَّ المملكة المتحدة لديها قائمة رفيعة المستوى، فهي تضم مثلاً أحد أهم علماء البيولوجيا التطورية جوليان هوكسلي Sir Julian Sorell Huxley FRS (1875-1965) الذي شغل أيضاً مناصب هامةً منها الرئيس الأول لليونسكو والرئيس الأول للرابطة البريطانية الإنسانية.

[226] ولا مناص من أن يتتصدر قائمة الأدباء أحد أبرز وجوده الأدب الإنكليزي تشارلز ديكنز Charles John Huffam Dickens (1812-1870) الذي يُعده بعض النقاد أهم روائي في العصر الفيكتوري.

ولا يقل عنَّه أهمية الروائي غراهام فريين Henry Graham Greene OM CH (1904-1991) الذي يعتبره بعض النقاد أحد أعظم الكُتاب في القرن العشرين. (2005: 01 Edwards و 2015 Sherry)

[227] وكذلك مواطنتهما أجاثا كريستي Dame Agatha Mary Clarissa Christie (1890-1976) التي اشتهرت قصصها البوليسية عالمياً.

الكاتبة والروائية البريطانية فيجينيا وولف Adeline Virginia Woolf (1882-1941) بدأت معاناتها مع اضطراب ثانى القطب منذ عمر الثالثة عشرة، وقضت بعض الأوقات في دار الرعاية لكن معاناتها استمرت معها طيلة

داليد رجل الكهف

حوار مع رجل الكهف في اضطراب ثالث القطب

حياتها التي أنهتها بإغراق نفسها في نهر اوس القريب من منزلها وهي بعمر التاسعة والخمسين. (Owen 2011: 85.Q) و (Bond 2010)

[228] عان الكاتب، الشاعر، الكوميدي، الممثل، وكاتب المسرحيات البريطاني

الإيرلندي سبايك ميلigan, KBE Terence Alan Milligan (1918-2002)

من نوبات اضطراب ثالث القطب معظم حياته واضطر إلى دخول المشافي ماراً. كما تحدث عن معاناته مع نوبات اضطراب ثالث القطب العادة التي استمرت بعضها أكثر من عام في كتاب الافتتاح وكيف تنجو منه الذي صدرت

طبعته الأولى عام 1993. (Milligan 1999)

وكذلك تحدث توم فليتشر Thomas Michael Fletcher (-1985)

كاتب قصص الأطفال، كاتب الأغاني، العازف، والمغني البريطاني عن معاناته مع اضطراب ثالث القطب واضطراب الأكل في السيرة الذاتية المشتركة مع

آخرين Fletcher. (2012) McFly - Unsaid Things...Our Story

[229] الشاعر البريطاني كريستوفر سمارت Christopher Smart (1722-1771)

أُجبر علىقضاء سنوات من حياته في مشفى الأمراض النفسية وأنهى حياته البائسة معوزاً وهو في السجن.

ستيوارت سالزلاند Stuart Sutherland (1927-1998) الكاتب والطبيب

النفسي البريطاني، والمحاضر في جامعة أوكسفورد كتب عن معاناته مع ثالث

القطب في كتابه إنها: أزمة شخصية ومعضلة طبية الذي نشره عام 1976.

(Sutherland 2010)

[230] الطبيبة الجراحية والكاتبة البريطانية ليز ميلر Elizabeth Sinclair Miller

(1957-) ناشطة في التوعية بالأمراض النفسية وبخاصة اضطراب ثالث القطب

الذي تعاني منه.

الأكاديمي البارز، الشاعر، والكاتب البريطاني آرثر كريستوفر بينسون

. (Benson Arthur Christopher 1826-1925).

- [231] الروائي والكاتب البريطاني آلان غارنر Alan Garner OBE (1934 - ) تحدث عن تجربته مع اضطراب ثالثي القطب في كتابه *الصوت الذي أرعد الصدر عام 1997*. (1997 Garner)
- ولا يكمننا مغادرة بريطانيا دون ذكر أحد أهم رواد الحركة الرومانسية، الشاعر لورد بايرون George Gordon Byron, 6th Baron Byron FRS (1788-1824) الذي أصاب شهرة عالمية رغم حياته القصيرة ذات الستة والثلاثين عاماً. ولعل انعكاس وجهي اضطراب ثالثي القطب على أشعاره كان سبباً في تزييجه كأحد أعظم الشعراء في تاريخ بريطانيا. (جاميسون 2008: 21)
- [232] لكن لورد بايرون لم يؤثر في التراث الإنساني بواسطة أشعاره فحسب، لكن عن طريق تمرير جينات عبقريته إلى ابنته الكاتبة وعالمة الرياضيات آدا لوڤلیس Augusta Ada King-Noel, Countess of Lovelace (1815-1852) التي تلقب بأول مبرمج حواسيب في التاريخ. لكن لسوء حظها، فإنها قد ورثت عن أبيها اضطراب ثالثي القطب، وتوفيت أيضاً عن عمر السادسة والثلاثين، تماماً كوالدها. (Padua 2015) و (Jamison 1993: 12) وكذلك أكثر اضطراب ثالثي القطب بوضوح على أشعار أحد أكثر الشعراء الأمريكيين تأثيراً في القرن العشرين الشاعر، الكاتب، والمدرس الجامعي تيدودور رويثك Theodore Huebner Roethke (ibid. 1963-1908).
- [233] كما إن مواطنته الشاعرة آن سิกستون Anne Sexton (1928-1974) عكست حياتها الخاصة وصراعها مع الاكتئاب وتقليبات المزاج في أعمالها التي لم تتورع فيها حتى عن ذكر هواجسها الانتحارية. وبعد محاولات فاشلة للانتحار، لم تنجح محاولتها الأخيرة إلا مرتبطة بأخر دواوينها. وكانها أرادت لأعمالها أن تمثل انعكاساً مثالياً وصادقاً ليس لحياتها فحسب، بل وأيضاً لوفاتها. فبعد غداة مع الناشر تضمن مراجعة ما قبل النشر لمخطوطةتها

التجديف المريع نحو الإله قامت فعلاً بالتجديف نحو الإله. إذ إنها فور عودتها إلى المنزل، لبست مuppetاً من الفرو، خلعت خواتمها، شربت كأساً من الفودكا، ثم دخلت المرآب وأدارت سيارتها إلى أن توفيت بسلام تسمماً بأول أكسيد الكربون وهي بعمر الخامسة والأربعين. (*ibid.*)

وذلك فعلت صديقتها الشاعرة والروائية الأمريكية سيلفييا بلاس Sylvia Plath (1932-1963) التي عانت كل حياتها من الاكتئاب الحاد وحاولت الانتحار مراراً إلى أن نجحت وهي بعمر الثلاثين سنة رغم أنها قد عولجت بالصدمات الكهربائية وكانت تحت الرعاية معظم حياتها.

[234] دليلاً؛ كتَتْ أعتقد أن سيلفييا بلاس مصابة بالاكتئاب أحادي القطب وليس ثالث القطب؟

رجل الكهف: ذلك هو التشخيص الذي حصلت عليه. لكن يرى البعض من خلال أحد تصريحاتها أنها مصابة باضطراب ثالثي القطب الثاني. على أي حال، أيا يكن التشخيص الصحيح، فإنه يمكن القول بكل أسف أن سيلفييا بلاس قضت حياتها وهي تفكر بملوت وتعاول الوصول إليه فقط.

[235] لوسيل "بعيون دامعة": هذا مثير للشفقة.

رجل الكهف: هناك الكثير من الأدباء المثيرين للشفقة. فقد انتهت حياة أحد أهم أعمدة الأدب الأمريكي والحركة الرومانтикаية، أحد المساهمين الأولين في الخيال العلمي والقصة القصيرة، مؤسس الخيال البوليسي، الكاتب، الشاعر، والناقد الأدبي الأمريكي إدغار آلان بو Edgar Allan Poe (1809-1849) بطريقة مثيرة للشفقة فعلاً. حيث وُجد في الشارع في نوبة هذيان وهو يرتدي ملابس ليست له. تم إسعافه إلى المشفى لكن التوبية لم تخف، وتوفي بعد عدة أيام بعمر الأربعين سنة.

[236] وإن كان البعض يرى الشاعر إدغار آلان بو مصاباً باضطراب ثالثي القطب

مشاهير اضطراب ثنائي القطب

رغم أنه لم يحصل على هذا التشخيص في حياته، فإنَّ الشاعر الأمريكي روبرت لوويل IV Robert Traill Spence Lowell (1917-1977) قد نال شرف الحصول على تشخيص اضطراب ثنائي القطب. وأقام في مراكز العلاج مراتًّا، وإنْ قصيده الاستيقاظ في الكتابة تعكس إحدى إقاماته تلك. كما أنه قضى آخر عشر سنوات من حياته يعالج باللithium. (*ibid.*)

أحد أكثر شعراء الدنمارك تأثيراً في عصر ما بعد الحداثة، الشاعر ميكيل ستونغ Michael Strunge Jensen (1986-1958) أنهى حياته بالقفز من الطابق الرابع وهو في ذروة هوس وهو بعمر الثامنة والعشرين فقط تاركاً أعمالاً أصبحت أكثر الأعمال الشعرية تدرисاً في الدنمارك حتى اليوم.

[237] الكاتب، الناقد الأدبي، الأستاذ الجامعي، مستشار الشعر في مكتبة الكونغرس، الروائي والشاعر الأمريكي راندال جاريل Randall Jarrell (1914-1965) عانى بشدة في حياته من اضطراب ثنائي القطب، ودخل المشافي مراتًّا، كما كان لديه محاولات انتحار إلى أن توفي دهساً في حادث سير بعمر الواحدة والخمسين عاماً. ومن غير المؤكد إن كان ذلك محاولة انتحار من قبله أم حدث بشكلٍ غير مقصود. (*ibid.*)

الشاعر والكاتب الأمريكي ديلمور شفارتز Delmore Schwartz (1913-1966) دُمِّرَه اضطراب ثنائي القطب كما وإدمانه على الكحول إلى أن توفي في عزنته وهو بعمر الثانية والخمسين. (*ibid.*)

[238] وكذلك أدمن الكحول والكوكائين كاتب قصص الأطفال الكندي الأمريكي الذي حصد جوائز عديدة وحققت كتبه أعلى المبيعات روبرت منش Robert Munsch (1945-2013) الذي يعاني بجانب اضطراب ثنائي القطب من اضطراب الوسواس القهري.

أحد أعمدة الأدب في القرن العشرين الصحفي والروائي الأمريكي العائز على جائزة نobel إرنست هيمينغواي Ernest Miller Hemingway (1899-1961)

داليد ورجل الكهف

حوار مع رجل الكهف في اضطراب ثالث النسب

1961) انتحر بوضع بندقيته في فمه وهو بعمر الواحدة والستين. ولم يكن المنشعر الوحيد في العائلة، فوالده، أخوه، أخيه، وحفيدته أنهوا حياتهم بالانتحار أيضاً. (15: 2006 Thakkar)

أبو الأدب الأمريكي، الكاتب الساخر مارك توين Samuel Langhorne Clemens (1835-1910). (جاميسون 2008: 21)

[239] لوسيل "مقاطعة": يا إلهي. هذه فعلاً أسماء عظيمة. لكن بعيداً عن الأدب لقد تذكرت للتو أن المغني الأمريكي نيك تراينا Nick Traina (1978-1997) كان مصاباً باضطراب ثالث القطب.

رجل الكهف: هذه هي المرة الثانية التي لا تبتعدين فيها عن الحقل الذي تتجول فيه. لأن نيك تراينا هو في الحقيقة ابن الكاتبة والروائية الأمريكية Danielle Fernandes Dominique Schuelein-Steel (1947-) صاحبة الروايات الأكثر مبيعًا في العالم. وفي الواقع، فإن نيك قد أدمى المخدرات ودخل المشافي مرّات عديدة في حياته القصيرة ذات التسعة عشرة سنة والتي انتهت بجرعة مورفين عالية.

[240] لوسيل "بدهشة": لم أكن أعلم أنه ابن الروائية التي تحمل روایاتها الترتيب الرابع كأكثر الروايات مبيعاً في التاريخ. يبدو أن القدر لا يريد لي أن أبتعد عن حيوانات الأدب المحرنة.

رجل الكهف: لكن يمكنني أنا فعل ذلك. ماذا؟ هل تبحثين عن المزيد من المغنيين؟ الفنانين؟ الممثلين؟ المخرجين؟ هل تريدينني أن أحذنك عن دلو هيللي Drewe Henley (1940-2016) الممثل البريطاني الذي تسبب اضطراب ثالث القطب بإنهاء حياته المهنية كما وحياته الزوجية مع الممثلة فيليستي كيندال Felicity Ann Kendal, CBE التي تحدثت عن معاناة زوجها السابق في سيرتها الذاتية White Cargo التي نشرتها عام 1998.

(1999) Kendal

[241] أم تريدينني أن أحدثك كيف دمرت نوبات الهوس الحياة القصيرة ذات الاثنين وتلذين عاماً للمخرج الأمريكي جوزيف فاركير Joseph B. "Joe" Vasquez (1962-1995) الذي بدأ صناعة الأفلام منذ أن كان في الثانية عشر من عمره.

أم تريدين ان تسمعي قصة آرثر ليبست Arthur Lipsett (1936-1986) المخرج الكندي والمدير الطبيعي للأفلام القصيرة الذي انتحر والدته أمامه عندما كان عمره عشر سنوات ليفعل هو الأمر ذاته قبل أسبوعين من عيد ميلاده الخمسين.

[242] دلي "مقاطعًا": لقد تم ابتداع جائزة تحمل اسمه عام 2014 تقدم للمبدعين من الفنانين الكنديين.

لوسيل "بخجل": نعم أخبرني عن المزيد من الممثلين والمغنيين والفنانين من فضلك.

رجل الكهف: عاز المغني وكاتب الأغاني الأمريكي تاونز فان زاندت John Townes Van Zandt (1944-1997) من اضطراب ثنائي القطب منذ صغره وعُولج مراراً بصدمات الأنسلين التي أثّرت سلباً على ذاكرته. كما عُولج بمضادات الاكتئاب وموازنات المزاج. لكن معاناته الحقيقة كانت مع إدمان المخدرات كالهيروين والكوكائين، وإدمان الكحول وذلك لم يكن سبباً في الإساءة لحياته المهنية فحسب بل بسبب بوفاته.

[243] آدام ديكون Adam Steven Deacon (1983-) الممثل والمخرج ومغني الراب البريطاني أوقعته نوبات الهوس في مشاكل قانونية عديدة ولجا إلى العلاج الذاتي بتدخين الماريونا.

كاتبة الأغاني والمغنية والعازفة الأمريكية والناشطة في حقوق المثلثين هاري

داليد رجل الكهف

حوار مع رجل الكهف في اضطراب ثنائي القطب

[لأمريت Mary Danielle Lambert 1989- ) تحدثت عن معاناتها مع

اضطراب ثنائي القطب في أغنية .Secrets

[244] كاتب الأغاني، المغني الأمريكي، العازف، الناشط السياسي اليساري، والناشط

Philip David Ochs في الحقوق المدنية وضد حرب فيتنام فيل أوهس

(1940-1976) كان معروفاً بروح الدعابة التي كانت تخفي ورائها شخصاً

يعاني لدرجة أنه شنق نفسه بعمر الخامسة والثلاثين بعد فترة قضاها في إدمان

الكحول.

[245] الممثلة والمخرجة والمنتجة والكاتبة البريطانية لينا مالون

Christina Malone (1963- ) تعاني بجانب اضطراب ثنائي القطب من

اضطراب الوسواس القهري، ولها تجاعي المخدرات بما فيها الكوكايين.

الممثلة النيوزيلندية كيهشا كاسل هيوز Keisha Castle-Hughes (1990- ).

آلفين إيلي Alvin Ailey (1931-1989) الناشط والراقص ومصمم الرقص

الأمريكي الذي تُعزى له شعبية الرقص الحديث والذي أحدث ثورة في مشاركة

الأمريكيين ذوي الأصول الأفريقية في الرقص القرن العشرين.

[246] داليل: لقد أسس Alvin Ailey American Dance Theater في نيويورك

وسرعان ما أصبح يلقب بالسفير الثقافي للعالم لكثافة جولاته العالمية.

رجل الكهف: هذا صحيح.

[247] لوسائل: هل تعرف أحداً من بوليوود مصاباً باضطراب ثنائي القطب؟

رجل الكهف: أحد مثل المغني، الممثل، المنتج الهندي هو في سن

Hirdesh Singh (1983- )؟

[248] لوسائل "بدهشة": يو يو هو في سن أيضاً مصاب باضطراب ثنائي القطب! إنه

يعتبر أحد أشهر المنتجين في بوليوود.

مشاهير اضطراب ثنائي القطب

دالي "مقاطعاً": لا تفتحي علينا باب بوليفود يا لوسيل، أليس من الأجدى أن تحدثنا عن المزيد من الأمدمة الراوغة خارج حدود ميدان الأدب؟

[249] رجل الكهف: أتفق معك، فلا تزال لدى أسماء لامعة مِنْ ذكرها، فهل تعرفان أن عالم الفيزياء والفيلسوف النمساوي لودفيغ بوتزمان Ludwig Eduard Boltzmann (1844-1906) الذي كانت محاضراته مشهورة جداً لدرجة أن أكبر قاعات الجامعة لا تتسع لاستيعاب الحضور قد عُولج في المصادر مرات عديدة إلى أن انتحر شنقاً بعمر الثانية والستين؟ وهل تعرفان أنَّ عالم الرياضيات والمنطقى الأمريكي الروسي المولد إيميل ليون بوست Emil Leon Post (1897-1954) قد عُولج كثيراً من ثانى القطب أيضاً إلى أن توفي بعد إحدى جلسات العلاج بالصمامات الكهربائية وهو بعمر السابعة والخمسين.

[250] دالي "سعادة": نعم هذا ما قصدته، المزيد أرجوك.

رجل الكهف: عالم الرياضيات الألماني جورج كانتور Georg Ferdinand Philipp Cantor (1845-1918) رغم معاناته الشديدة من نوبات اضطراب ثنائي القطب بما فيها نوبات الاكتئاب الحاد منذ عام 1884 وحتى وفاته، إلا أنَّ إسهاماته الرياضية جعلت اسمه محفوظاً مع أهم علماء الرياضيات في التاريخ.

[251] ولدينا أبو السبرانية The Father of Cybernetics، مؤسس السبرانية Cybernetics الأمريكي نوربرت فينر Norbert Wiener (1894-1964). Conway: 2005 (98-97)

أندرو ي. لانغ Andrew E. Lange (1957-2010) عالم الفضاء وبروفيسور الفيزياء في معهد كاليفورنيا للتكنولوجيا، حصل على عدة جوائز

## داليد رجل الكهف

### حوار مع رجل الكهف في اضطراب ثلث القطب

وألقاب علمية كان آخرها جائزة دان ديفيد والتي قيمتها مليون دولار بالمشاركة مع عالمين آخرين عام 2009 لمساهماته في دراسة تاريخ الكون. لكن حتى هذه الجائزة لم تخفف من معاناته مع اضطراب ثلثي القطب، فانصرت بعدها ببضعة أشهر في أحد الفنادق. (02: Marcolli)

[252] عالم الفضاء وعالم الفيزياء الفلكية والكاتب الأمريكي ديميتري ميهالاس Dimitri Manuel Mihalas (1939-2013) تحدث عن تجربته مع نوبة الاكتئاب التي تعرض لها عام 1986 في كتابه *الاكتئاب والنمو الروحي* الذي نشره عام 1996. (1996 Mihalas)

وكذلك تحدث عن معاناته مع ثلثي القطب أيضاً الفيلسوف والكاتب Robert S. كورينغتون Corrington (1950- ) في كتابه *ركوب حصار الريح: الهوس الاكتئابي* (والبحث عن الكمال الذي نشره عام 2003. (2003 Corrington)

[253] الفيلسوف وبروفيسور الفلسفة والمنظر الماركسي الفرنسي لويس ألوس Louis Pierre Althusser (1918-1990) عانى بجانب اضطراب ثلثي القطب من نوبات اكتئاب حاد وفصام. لجأ إلى العلاج الذاتي لكنّ مرضه كان شديداً لدرجة أنه قد أشار عام 1979 إلى أنه ربما يكون قد قضى خمسة عشرة سنة من الثلاثين سنة الأخيرة في المستشفيات والعيادات النفسية.

إيمي مارتن Emily Martin (1944- ) عالمة الأنثروبولوجيا، عالمة الحضارة الصينية، الناشطة النسوية الأمريكية، بروفيسور الأنثروبولوجيا الثقافية الاجتماعية في جامعة نيويورك، كتبت عن تجربتها مع اضطراب ثلثي القطب في كتابها *بعثات ثلثي القطب: الهوس والاكتئاب في الثقافة الأمريكية*. (2009 Martin)

[254] عالمة الفيزياء، عالمة البيولوجيا، والكاتبة النمساوية غابرييل رابل Gabriele Rabel (1880-1963) قضت عامين في مركز العناية عقب

الب السادس والعشرون

مشاهير اضطراب ثانى القطب

تشخيصها باضطراب ثانى القطب، حيث استمرت وقتها في دراسة الفلسفة، وكذلك عانت بشدة من نوبات اضطراب ثانى القطب الكاتبة النسوية الأمريكية والناشطة في حقوق الإنسان والسلام كيت ميليت Katherine (2018 Hornstein Murray Millett).

[255] وكذلك أيضاً كاتب المسرحيات، الروائي، والأستاذ الجامعي، الذي يعد من أشهر الكتاب الذين أنجبتهم الهند سوديش ديهاك Deepak (1943-).  
جيسيس بوتيني Genesis Wayne Potini (2011-1963) لاعب

الشطرنج النيوزلندي الذي اشتهر بسرعة في اللعب وأحد مؤسسي نادي The Eastern Knights كان يدخل المشفى بشكل متكرر بسبب نوبات اضطراب ثانى القطب.

[256] بطل رمي السهام القصيرة البريطاني جيمس ويد James Wade (1983-).  
الشاعر وصانع الأفلام الأمريكي شيمان ألكسي Sherman Joseph Alexie, Jr.

[257] ولقد عان بشدة من نوبات اضطراب ثانى القطب وبالخصوص نوبات الهوس كاتب السيناريو الأمريكي نورمان ويكلر Norman Wexler (1926-1999) (18:2014 Powell 1999).

الطيب النفسي والروائي الياباني موريو كيتا Morio Kita (2011-1927). وبما أتي ذكرُ طبيباً، فعلى أن أشير إلى الكاتب والطيب الأمريكي مارك فولينغوت Mark Vonnegut (1947- ) الذي سُخّنَت معاناته على أنها فضام. وبعد رحلة علاجٍ عصبية، وجد معظم أطباءه أن حالته مزدوجة من شفائها. فما كان منه إلا أن درس الطب في هارفرد ليقترب لاحقاً بأنه يعاني من اضطراب ثانى القطب.

داليد رجل الكهف

حوار مع رجل الكهف في اضطراب ثنائي القطب

[258] لوصيل: من اللطيف أن يدرس الطب أحدهم كي يشخص لنفسه.

رجل الكهف: يفعل هذا الكثيرون. لديك مثلاً كاتي ريفيلد جاميسون Kay Redfield Jamison (1946 - ) الطبيبة النفسية الأمريكية والمحاضرة في عدة جامعات منها أوكسفورد وهارفرد. ركزت كثيراً على ثباتي القطب في أبحاثها لأنها هي نفسها مصابة به. وربما هي من أشهر الأطباء النفسيين في هذا المجال على الإطلاق. لها العديد من المؤلفات التي حققت أعلى المبيعات. سأذكر لكما منها عقل غير هادئ: سيرة ذاتية عن المزاج والجنون الذي قصت فيه معاناتها مع اضطراب ثباتي القطب، ورحلة علاجها منه. وكتاب *أمس بالثان*: مرض الهروس الاكتئابي والطبع الفني، والذي تربط فيه بين اضطراب ثباتي القطب والإبداع الفني. (1994 Jamison و 2000 Jamison)

[259] ولقد استخدم اسم هذا الكتاب الأخير المخرج والمؤلف الأمريكي بول داليو Paul Daliyo (1979 - ) كاسم لfilm عالج فيه المعاناة مع اضطراب ثباتي القطب، مستوحياً قصة الفلم من معاناته الشخصية مع اضطراب ثباتي القطب بما فيها إقامته في مركز العلاج. وقد حاز فلمه هذا على جوائز عديدة. (2016 Daliyo)

كانت والدة الكاتبة والناشطة في التوعية لبرامج الشفاء من الاضطرابات النفسية الأمريكية ماري إلين كوبيللند Mary Ellen Copeland (1941 - ) تعاني بشدة من اضطراب ثباتي القطب للدرجة أنها اضطررت للمكوث ثمان سنوات في أحد المصحات عندما كانت ماري طفلة، والتي بدورها ورثت الاضطراب عن والدتها وعلجت بالليثيوم.

[260] دالي "مقاطعاً": المعدرة على المقاطعة. هل تعرف أحداً من زملائنا في مجال الصحافة والإعلام؟ (رجل الكهف 2018: 296)

رجل الكهف: لدى قائمة سيسرك سماعها. سأبدأها بـ فيل غراهام Philip

Leslie Graham (1915-1963) الأمريكي الذي شارك عائلة زوجته المالكين لواشنطن بوست. ويسبب جهوده تحولت واشنطن بوست من جريدة محلية إلى جريدة عالمية. ووسع الشركة بضم جرائد أخرى لها ومجلات ومحطات راديو وتلفزيون. كان يعاني من نوبات هوس قوية جداً قام فيها بأمور جنونية، وكان يشرب الكحول بكثافة. أودع المشفى عدة مرات وبعد خروجه من المشفى آخر مرة انتحر بسلاح ناري عيار ثانوية وعشرين، وهو في الثامنة والأربعين من العمر.

[26] الصحفية والكاتبة الأمريكية ماريا هورنباخر Maria Justine Hornbacher (1974- ) عانت من اضطراب الأكل واضطراب ثالث القطب، ولجأت إلى العلاج الذاتي بتعاطي الكحول والمخدرات لكنها انقطعت عن ذلك لاحقاً. ومعظم كتبها، التي باعت منها ملايين النسخ، تتحدث عن معاناتها مع الإدمان والاضطرابات النفسية. حيث تحدثت عن معاناتها مع اضطراب الأكل في كتابها مهدور: سيرة ذاتية عن فقدان الشهية والنهم العصبي الذي نشرته عام 1998. وبعد عشر سنوات تحدثت عن معاناتها مع اضطراب ثالث القطب في كتابها جنون: حياة ثالثي القطب الذي تصدر قائمة أعلى مبيعات التوييرك تايمز فور نشره.

ومن وحي تجربتها مع الاضطرابات النفسية والتعافي من الإدمان وضعفت دليلاً من اثنين عشر خطوة لمساعدة المصابين مثلها باضطرابات نفسية مع الإدمان، ونشرته في كتاب حمل عنوان سليم العقل: المرض العقلي، الإدمان، والخطوات الائتمانية عشر الذي نشرته عام 2010، ثم ما لبثت في العام التالي أن أبعته بكتاب آخر حمل عنوان انتظار: قوة أعلى لغير المؤمن حيث استوحى من تجربتها في الشفاء من الإدمان ما يمكن أن يحقق غير المؤمنين على إيجاد دافع للاستمرار في مسيرتهم في الشفاء من الإدمان والاضطرابات النفسية.

(Hornbacher 1998 و 2008 و 2010)

دافيد رجل الكهف

حوار مع رجل الكهف في اضطراب ثالث القطب

(2011 Hornbacher)

[262] وكذلك تحدثت الصحفية والكاتبة الأمريكية جين بولي Margaret Jane Pauley (1950 -) عن تأثير اضطراب ثالث القطب على حياتها في سيرتها الذاتية التي نشرتها عام 2004. (2005 Pauley).  
الكاتب ومقدم البرامج البريطاني بايرون فينسنت Byron Vincent فينسنت (1975 -).

[263] ذاتي: لقد اشتهر بايرون فينسنت لعمله مع BBC Radio 4.  
رجل الكهف: صحيح، وهماسية الإشارة إلى الراديو، فإنَّ أصغر مذيع راديو في تاريخ أستراليا مايكل تون Michael Tunn (1974 -) مقدم برامج الراديو والتلفزيون الذي رغم نجوميته التي حققها منذ صباح، إلا أنَّ ذلك لم يخفف من معاناته مع اضطراب ثالث القطب.  
المذيع والمعلق الرياضي الكندي ماورو رانالو Mauro Domenico Ranallo (1969 -) شخص بالإصابة باضطراب ثالث القطب وهو بعمر التاسعة عشرة.

[264] وكذلك عانى من اضطراب المزاج الدورى الصحفي البريطاني جولاثان موريل Jonathan Morrell (1970 -).  
الصحفية الأمريكية المتخصصة بالشأن الرياضي جينيفير فري Jennifer Frey (1968 - 2016) التي تخرَّجت من جامعة هارفرد وعملت في عدة صحف منها الواشنطن بوست والنيويورك تايمز قادتها معاناتها مع اضطراب ثالث القطب إلى إدمان الكحول حتى قتلها وهي بعمر الثامنة والأربعين.

[265] ومن النيويورك تايمز لدينا أيضاً الصحفي جيسون بلير Jason Thomas Blair (1976 -) الذي تكلَّم عن معاناته مع اضطراب ثالث القطب في سيرته الذاتية التي نشرها عام 2004. كما أنه أسس مجموعة لدعم المصابين

باضطراب ثنائي القطب. (2004 Blair)

الكاتب والصحفي التشيكى أوتا بافيل Ota Pavel (1930-1973) أدخل

المشافى عدّة مرات بسبب نوبات اضطراب ثنائي القطب.

[266] ريد تورلر III Robert Edward Turner (1938- ) رجل الأعمال الأمريكي

مؤسس قنوات CNN، TBS، و-TV 6 التلفزيونية، ومالك سابق لقناة

WTCG التلفزيونية، ومؤسس بطولة العالم للمصارعة WCW، وأسس

بالتعاون مع السيناتور السابق سام نان مبادرة التهديد النووي NTI، مالك

سابق لفريق البيسبول Atlanta Braves، مالك للوحات إعلانية طرقية،

بالإضافة إلى استثمارات أخرى، مصاب باضطراب ثنائي القطب وخضع للعلاج

بالليثيوم.

[267] لوسيل "بدهشة": رجل أعمال بهذا المستوى مصاب باضطراب ثنائي القطب!

رجل الكهف، ولم لا. أيقونة وول ستريت، رجل الأعمال والمستثمر الأمريكي

جون آ ملهرن John A. Mulheren, Jr. (1949-2003) مصاب باضطراب

ثنائي القطب أيضاً.

مؤسس شركة Webroot Software الأمريكية ستيفن توماس Steven

Thomas (1971-2008) الذي اختفى عقب تشخيصه باضطراب ثنائي

القطب ليُوجَد لاحقاً جثة هامدة عند جرف جبلي.

[268] رينيه ريفكين Rene Walter Rivkin (1944-2005) رجل أعمال أسترالي،

مستثمر، مستشار استثمار، وسمسار بورصة. حاول الانتحار عدّة مرات قبل

أن ينجح بعمر الستين سنة. ليؤكّد أنّ الصحة تسبق المال في الأهمية.

وكذلك انتحر بعمر التاسعة والخمسين رجل الأعمال الأمريكي هينز

بريلشر Heinz Prechter (1942-2001) مؤسس شركة ASC، ومؤسس

مجموعة شركات Heritage Network Inc. التي تضم شركات عقارات

داليد رجل الكهف

حوار مع رجل الكهف في اضطراب ثالث القطب  
ومواصلات وجرايد بالإضافة إلى استثمارات أخرى، والذي شغل مناصب  
عديدة وكان صديقاً مقرباً لعائلة الرئيس الأمريكي جورج بوش.

[269] لوسيل "مقاطعة": إني لا أحب رجال الأعمال، مصاصي الدماء. هلا حدثنا عن  
المزيد من الفنانين؟ ماذا عن الرسامين؟

رجل الكهف: إنّ عباقرة هذا المجال أيضاً هم من المصابين باضطراب ثالث  
القطب كما يمكنك أن تتوقعى. فأخذ أوائل رسامي البورتريه الأمريكيان هليون  
ستيوارت Gilbert Charles Stuart (1755-1828) منهم.

[270] لوسيل: طبعاً أعرفه. هو الذي اشتهر بلوحة جورج واشنطن غير المكتملة.

رجل الكهف: جاكسون بوللوك Jackson Pollock (1912-1956) أحد أهم  
أعمدة حركة تجريدية التعبير في الرسم الأمريكي، الذي تميز بأسلوبه الإبداعي  
أدمى الكحول إلى أن توفي بحادث سيارة نتيجة قيادته تحت تأثير الكحول.  
وقتل معه أحد الركاب، تاركاً لوحات لازالت معروضة في المتاحف حول العالم.

[271] الرسام الأمريكي المبدع بوريانك Elbridge Ayer Burbank (1858-1949)  
عاني من اضطراب ثالث القطب معاناةً شديدةً أخضعته للعلاج حقباً  
طويلة.

فنان المنغا الياباني آكيو هيبيا Akio Chiba (1943-1984) قرر التخلص  
من معاناته من اضطراب ثالث القطب بشنق نفسه وهو في الواحدة والأربعين  
من العمر.

[272] وكذلك أنهى الفنان والأستاذ الجامعي هيربرت فالدهار ميلاروفيتز  
Herbert Vladimir Meyerowitz (1900-1945) معاناته مع اضطراب  
المزاج الدوري بالانتحار وهو بعمر الخامسة والأربعين.  
الرسام الدنماركي فالدهار مولر Valdemar Christian Schønheyder  
(1864-1905) عانى من نوبات اضطراب ثالث القطب كل حياته،

مشاهير اضطراب ثالث القطب

ويسبب هذا الاضطراب، فقد قضى آخر أربع سنوات من حياته القصيرة ذات الواحد والأربعين عاماً في المشفى.

[273] الرسام الأمريكي تشارلز مونت (1928-1995) Charles Merrill Mount عانى من اضطراب ثالث القطب كل حياته دون أن يخضع للعلاج.

النحات الأمريكي كولومو كامبولي Cosmo Campoli (1922-1997).

[274] الرسام والنحات الكندي مارسيل باربي Marcel Barbeau, OC OQ (1925-2016) عانى من اضطراب ثالث القطب كل حياته مع نوبات الهلع، الانهيار العصبي، والأفكار الالتحارية.

الرسام الأمريكي آبوت هارلسون ثاير Abbott Handerson Thayer (1849-1921) زادت مع تقدمه بالعمر معاناته مع نوبات الهلع، الانهيار العصبي، والأفكار الالتحارية.

[275] دليلي: إنّي أعرف أنّ الثلاثين من شهر مارس/آذار هو اليوم العالمي لاضطراب ثالث القطب، لأنّه يوم ميلاد أحد أشهر الرسامين في التاريخ الإنساني، الهولندي فنسنت فان غوخ Vincent Willem van Gogh (1853-1890) فهل نسيته؟ ([www.worldbipolarday.org](http://www.worldbipolarday.org))

رجل الكهف: وكيف لي أن أنسى من لقب بالمجنون ذو الشعر الأحمر الذي عاش سنوات حياته السبعة والثلاثين متقلباً بين نوبات الهوس الشديد والاكتئاب العاد، وقضى أوقاتاً طويلة في المصحات. لم يكن أحد يشتري لوحته، ولم يكن يستطيع العمل. لكن في نوبات الهوس، رسم فنسنت أعظم اللوحات في تاريخ الفن الغربي، هذه اللوحات، التي هي اليوم حرفيًا لا تقدر بثمن، كان يرسم بعضها في أقل من ساعة وأحياناً يرسم لوحتين في اليوم.

[276] لوسيل: إنّي أعتقد أنّ قصته هي أشهر قصة رسام في التاريخ. فمن لا يعرف أنه قطع أذنه ليرسلها إلى العاهرة راشيل.

رجل الكهف: إنّ الاسم الحقيقي لتلك الفتاة هو غابي.

دالي: ولقد انتحر بعد ذلك.

رجل الكهف: كلا ليس بعدها مباشرة كما يعتقد الكثيرون. بعد حادثة قطع الأذن تلك بستة ونصف تم إطلاق النار على فنسنت بمسدس عيار 7 ملم. أعرف أن القصة الشائعة هي أنه انتحر بإطلاق النار على صدره. لكن دراسة ملدة عشر سنوات لحادثة الانتحار هذه قد أوصلت الباحثين إلى ترجيح قصة مختلفة تماماً. فهم يرون أن فنسنت لم ينتحر، بل تم إطلاق النار عليه خطأ من قبل أحد المراهقين، كانا بعمر السادسة عشرة، وكانا يلتقيان عادة مع فنسنت في وقت ومكان إطلاق النار.

[277] دالي: لكنه قال للشرطة قبل وفاته أنه قد حاول الانتحار بحسب الوثائق.

رجل الكهف: هذا صحيح. وقد قال للشرطة أيضاً أن لا يتمموا أحداً في الواقعة. لكن هؤلاء الباحثين يرون أنه قد تقبل الموت وأراد ألا يدمّر حياة صديقه المراهق الذي لم يكن في نيته إصابةه بالطلق الناري. على أي حال، لأنعدام وجود شهود على حادث إطلاق النار فإليّ أعتقد أن القضية ستبقى مفتوحة ريثما توافر أدلة جديدة من شأنها أن تساعد في حسم القضية أو ترجح رواية ما. لكن الذي نحن متاكدون منه، هو أن فنسنت قد توفي بعد ثلاثة ساعات من حادث إطلاق النار هذا وهو يقول العبارة التي يعرفها جميعنا: "الحزن سيبقى إلى الأبد".

[278] لوسيل "بعيون دامعة": لابد أن حياة هذا الرجل كانت مليئة بالألام بشكل لا يصدق حتى تكون هذه آخر كلماته.

دالي "مفكراً": مع أني أتيت لنا بأسماء مشاهير من أركان المعمورة الأربع، إلا أنك قد أغفلت الوسط تماماً. بل إنه يمكنني بسهولة حصر الدول التي ينتمي إليها كل من ذكرتهم. فهل اضطراب ثالث القطب يؤثر في دول أكثر من غيرها؟ وهل هو غائب تماماً في بعض المناطق كالشرق الأوسط وشمال أفريقيا

مثلاً؟

[27] رجل الكهف: هل تعتقد أن المسميات الوهمية التي تقسم العالم إلى دول وتحدد للبشر جنسيات تجعلنا نختلف بيولوجياً عن بعضنا البعض؟ جميع البشر عائلة واحدة، والاضطرابات النفسية متفشية حول العالم بكل تأكيد. وإن عدم الإفصاح عن الإضطرابات النفسية في بعض الثقافات لا يعني مطلقاً أنها غير موجودة فيها. لكن يعني بالضرورة أن أهل هذه الثقافة لا يزالون متاثرين بإرث الخرافات المتعلقة بالاضطرابات النفسية، وبالتالي يشعرون بالعار والخجل، على حد سواء، منها.

وفي هذا أشارت الكاتبة والحقوقية الإيرانية الأمريكية ملودي معزzi، Melody Moezzi، في معرض حديثها عن تجربتها مع اضطراب ثانٍ القطب الذي أوصلها بمحاولة الانتحار والدخول إلى مراكز العناية عدة مرات في سيرتها الذاتية التي لا تخلو من روح الدعابة، إلى الضغوط التي يتعرض لها المصاب بالاضطرابات النفسية كي يُبقي على الأمر سراً، لكنها كانت من بين القلائل الذين لم يرضخوا لتلك الضغوط وأصبحت ناشطة في الحديث والكتابة عن اضطراب ثانٍ القطب. (2013 Moezzi)

ومن تكتفي الكاتبة، المحامية، الروائية، والبروفيسور المساعد في جامعة كاليفورنيا الإيرانية الأمريكية آيليت ولدمان Waldman Ayet (1964-) بالتصريح عن تشخيصها بالإصابة باضطراب ثانٍ القطب، بل أعلنت أنَّ اضطراب منتشر في عائلتها أيضاً.

[28] لوسيل "بعصبية": لقد كنا نتحدث في قصة فان غوغ بينما قاطعنا أنت بسؤالك العقري هذا يا داني. رجاء، لا تعره اهتماماً يا رجل الكهف وأخبرنا بقصة فان غوغ، فأنا متأثرة جداً وأريد أن أعرف المزيد.

رجل الكهف: إنَّ قصة فان غوغ طويلة، ويتذرع علي اختصارها لكثرة ما أراه

من تفاصيل هامة فيها. كما أنه من الإجحاف بحق الكثير من الأسماء التي ذكرتها لكما عرضاً لا أقسى عليكما فقصهم أيضاً، لكن هذا سيعطينا مستيقظين حتى الصباح. ليس هذا فحسب، بل إنني إن أردت استكمال قائمة المشاهير المصاين باضطراب ثالث القطب فلن ننتهي من هذه المهمة قبل الصباح أيضاً.

[281] دليلاً: إنني لم أكن أتوقع أن أسمع منك إلا بضعة أسماء. لذا فأنا أكثر من راضٍ عن إجابتك مطلبي. وأعرف أنك قد تعبت من كثرة الكلام، فأنت تتكلم منذ أن استيقظنا، وإن الوقت تجاوز منتصف الليل. علينا أن ندعوك ترتاح الآن. لوصيل: لقد كنت أكثر من سخري معنا بالحديث عن كل هؤلاء المشاهير. شكراً لك.

**رجل الكهف:** سادع لكما إذا أن مضيا الساعات القليلة المتبقية حتى الصباح في أحلام برقة مشاهير كما المفضلين. وأنا ذاهب لتنظيف أسناني. تصبحان على خير.

## الباب السابع والعشرون

### علاج اضطراب ثبات القطب والاضطرابات ذات الصلة

استيقظت لوسيل قبيل منتصف اليوم التالي بقليل، وبعد ساعة ونيف استيقظت داني، وبعده استيقظت رجل الكهف في وقت متأخر من ظهرة اليوم التالي.  
[282]رجل الكهف: من فضلك يا لوسيل، هلا وضعْت قرص الفونوغراف .Avalanche

لوسيل "بدهشة": لقد استيقظت للتوا  
رجل الكهف: أنت لا تخبريني بشيء لا أعرفه.  
لوسيل "ممتعبة": الشخص يحب أن يبدأ نهاره بهدوء وليس بصخب.  
[283]دلي: دعك من هذا يا لوسيل، أنت تفكرين بالأشنعة بينما أنا أفكر في أثنا لـ  
نبقى هنا سوى نحو أربع وعشرين ساعة.

لوسيل "بدهشة": فعلًا، هذا صحيح، إن سفرنا في الغد. أقسم لك أني لم أشعر بالوقت، كنت أعتقد أن ما زال لدينا يوم أو اثنان.

رجل الكهف: وأنا لم أشعر بالوقت أيضًا، لكنني أشعر بالملل في حلقي من الكلام

داليد رجل الكهف

حوار مع رجل الكهف في اضطراب ثنائي القطب

المتواصل لعدة أيام، فنحن قد غطينا خلال الأيام السابقة جميع اضطرابات الشخصية والاضطرابات الاكتئابية واضطرابات ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة. (انظر رجل الكهف 2019 ورجل الكهف 2020)

[284] دالى: أي بالفعل أفتر لك هذا يا سيدى.

رجل الكهف "بعصيبة": دالى ألم أقل لك لا تقول لي "سيدى"، فليس أحد سيد أحد. (رجل الكهف 2018: 356)

دالى "بخجل": صحيح، كان هذا من أوائل الأمور التي قلتها لي.

[285] لوسيل: لقد كان واضحًا من استعراضك لقصص المشاهير، الليلة الماضية، أنه بشكل عام، من التزم منهم بالعلاج تحسنت حالته واستقرت، بينما من لم يلتزم العلاج قد تدهورت حالته جدًا والكثيرون منهم قد انتهوا إلى الانتحار، خاصةً أولئك الذين أدمروا المخدرات والكمون. فهلا حذرتنا قليلاً عن علاج اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة؟

رجل الكهف: كلامك صحيح، لكن عليك الانتباه إلى أنني قد حدثتكما عن الحالات المثلية للاهتمام، أو حالات كبار المشاهير، لأنـه، بالطبع، هناك عدد كبير من المشاهير المصايبين باضطراب ثنائي القطب والذين لديهم حالات ممطية ويعيشون حياة طبيعية. وبالتالي لا يجب أن تصغي بالهالع من القصص التي سمعتها الليلة الماضية.

[286] لوسيل "وهي تضع فرس الفونوغراف": نعم أي أعي هذا بالطبع.

رجل الكهف: بالنسبة لعلاج اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة، فإن العلاج الدوائي لا مناص منه. لا يمكن التحكم بنوبات اضطراب ثنائي القطب دون استخدام الأدوية على الإطلاق. فلا تستمعوا لكلام الدجالين. تذكروا حديثنا عن بيولوجيا الاكتئاب. (رجل الكهف 2020: الباب الثامن) يسود

الاعتقاد أنه في حالات الهوس، يصبح الجهاز الحوفي نشطاً زيادة عن اللزوم، بينما توقف القشرة الجبيبة الحجاجية عن العمل. هذا يشبه نوعاً ما مثل سيارة الأجرة الذي ذكرته لكما قبل يومين. (*ibid*) إنَّ هذه الحالة تشبه أن تضغط بقدمك على دواسة الوقود بينما مكابحك لا تعمل. في حين أنه عندما يصبح الشخص مكتتبًا، يصبح نشاط الجهاز الحوفي منخفضاً جداً. لا يمكن للشخص أن يتحمّل بوعيه أو يراردهه في هذه التغيرات في نشاط الدماغ، فقط الأدوية هي التي تقوم، مع الوقت، بضبط النشاط في الجهاز العصبي للحد من الوصول إلى هذين الحالتين المترافقين. (Barlow: 2014: 480)

[287] داللي: وهل تعالجه الأدوية أم أنها تسيطر عليه فقط؟

رجل الكهف: تختلف الحالات بالطبع، كما قلت لك من قبل، لا يوجد قاعدةٌ ملزِّجٌ وشكل حالات اضطراب ثالثي القطب والاضطرابات ذات الصلة. ومع هذا، فإنَّ هناك قاعدةً تقول: كلما تأثر الإنسان في علاجه كلما تفاقمت حالته وأصبح احتمال شفاءه أصعب، وبالتالي عليه أن يبقى مسيطرًا على الاضطراب بواسطة الأدوية. وعلى العكس، كلما شخص الإنسان والتزم العلاج بعمر أصغر، كلما ارتفعت احتمالية الشفاء.

[288] داللي: هذه قاعدةٌ هامة.

رجل الكهف: وعمناسة الإشارة إلى التشخيص، إنَّ على الشخص الذي يشك أن لديه اضطراب ثالثي القطب والاضطرابات ذات الصلة أن يتحلى بالصبر الشديد. فإنَّ عليه أن يعرف أن سبعةً من كل عشرة أشخاص يتم تشخيصهم خطأً ثلاث مرات قبل أن يُشخصوا التشخيص الصحيح. وإنَّ واحداً فقط من بين كل أربعة أشخاص هو من يحصل على التشخيص الصحيح في أقل من ثلاثة سنوات من جولات التشخيص ومحاولات العلاج.

[289] لوسيل "بدهشة": لماذا!! هذا غريب جداً.

**رجل الكهف:** لأنَّ اضطراب ثالث القطب والاضطرابات ذات الصلة هو من أصعب الاضطرابات النفسية في التشخيص، يا لوسيل، وهذا بسبب تباعد النوبات، فلا ينتبه لها المريض عند طلب العلاج من إحداها، أو لوجود نوبة مختلطة، والتي قد توجه نحو تشخيص خاطئ، أو لا ينتبه المريض إلى وجود نوبات تحت الهوس لديه، أو أن يتم طلب العلاج بسبب نوبة اكتتاب حاد فيتم تشخيصه على أنه اكتتاب حاد قبل أن يكتشف أن لديه اضطراب ثالث القطب الثاني، ومثل هذا من معوقات في التشخيص.

[290] **لوسيل "باهتمام":** أخبرني كيف يمكن التعرف أن لديه اضطراب ثالث القطب الثاني  
بدل اضطراب الاكتتاب الحاد؟

**رجل الكهف:** إذا كان لدينا مريض قد تطورت لديه نوبة تحت هوسية كاملة أثناء علاجه بمضادات الاكتتاب بمختلف أنواعها، الدوائية أو الصدمات الكهربائية وغيرها، وبقيت الأعراض الكاملة لهذه النوبة مستمرةً لأبعد من الأثر النفسي لذلك العلاج، فإنَّ هذا كافٍ كي تُعتبر هذه النوبة التحفيزية، على أنها نوبة تحت هوسية كاملة. (5) DSM-5: 2013: 133)

[291] **لوسيل "بارتباك":** هل أبسطت الأمر لو سمحـت، فإـنـي لم أـسـطـعـ التركيز بـسبـبـ الموسيقـىـ.

**رجل الكهف:** بشكل عام، بالنسبة للأشخاص الذين لديهم اضطراب ثالث القطب لكنهم لا يعرفون ذلك، فإنَّ نوبات تحت الهوس هي عبارة عن فترات من النشاط الزائد والعيوبية والانفتاح على الحياة، وبالتالي يكونون سعداء فيها، وهذا لأنَّهم يعانون من نوبات اكتتاب حاد كما تعرفين. وبالتالي فإنَّ نوبات تحت الهوس، من وجهة نظرهم عندما يختبرونها، هي مجرد مزاج معاكس للاكتتاب وليس نوبة ما، وخاصة إذا لم يكونوا عارفين باضطراب ثالث القطب الثاني ومعايير تشخيصه. وقد يربطون هذا المزاج المرتفع بأحداث تمر

علاج اضطراب ثالث القطب والاضطرابات ذات الصلة

معهم في حياتهم كمحفزٍ لهذه النوبات. وبالتالي، تقريباً لا يطلب أي مريض اضطراب ثالث القطب الثاني العلاج بسبب نوبة تحت الهوس، لكن تقريباً دائماً يطلب مرضى اضطراب ثالث القطب الثاني العلاج بسبب نوبة الاكتتاب العاد. فيقوم الطبيب بعلاجه بمضادات الاكتتاب، والتي بدورها تحفّز نوبة تحت هوسية. أي بدل أن تنتهي نوبة الاكتتاب العاد تدريجياً إلى المزاج الطبيعي، فإنَّ مزاجه يقفز إلى نوبة تحت هوسية، عندها يعرف الطبيب أنَّ هذا الشخص ليس لديه اكتتاب أحادي القطب، بل ثالث القطب.

[292] الوسيط "بابتسامة": هذا واضح الآن.

رجل الكهف: يمكنك إيقاف الفونوغراف الآن.

لومي "بارتياح": وأخيراً.

دليل: ماذا لو كانت هذه النوبة تحت الهوسية هي أول نوبة تحت هوسية في حياة الشخص؟

رجل الكهف: في هذه الحالة، من المرجح أن يحصل على تشخيص اضطراب *Mood-Induced Substance Abuse* مادة *Substance-Induced Mood Disorder* (Barlow: 2014: 464)

[293] دليل: من الجيد أنني سألك.

رجل الكهف: وما يزيد من صعوبة التشخيص، أن توصيف المرض للأعراض التي يمرون بها، أو لحالتهم ككل، هو على الأغلب غير دقيق.

[294] دليل "مقاطعاً": لماذا؟

رجل الكهف: بشكل عام، يجتهد الأشخاص في نوبات الهوس إلى تخفيض أعراضهم التي يفصحون عنها، وهذا على عكس الأشخاص في نوبات الاكتتاب

الذين يبالغون في توصيف أعراضهم. كما أنّ مرضي اضطراب ثنائي القطب لديهم مشكلة، اعتاد عليها الأطباء، في تحرير تكرار النوبات. فتجده يقول «أنا قد مررت بأكثر من ألف نوبة»، أو «أنا مكتتب بشكل مستمر منذ أن كنت رضيعاً». عبارات مثل هذه يشجع تكرارها من قبل هؤلاء المرضى، وهذا لا يساعد في التشخيص على الإطلاق. (ibid.: 476)

[295] الوسيط: ما هو العلاج الدوائي لثنائي القطب؟

رجل الكهف: لا يوجد وصفة واحدة، لأنّه، كما أكرر كثيراً، الحالات تختلف اختلافاً كبيراً بين الأشخاص، بل ولا يوجد علاج دوائي ثابت لنفس الشخص على الدوام. لكن يشكل عام الأدوية الأساسية لاضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة هي مثبتات المزاج، فيما أن مزاج المصاب باضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة يقفز من قطب إلى قطب خارج حدود المزاج الطبيعي، فإنّ مثبتات المزاج تقوم بمنع المزاج من الابتعاد كثيراً أعلى وأدنى حدود المزاج الطبيعي. وبالنسبة للمرضى الذين يعانون بشدة من أعراض اكتئابية، يمكن إضافة أحد أنواع مضادات الاكتئاب أيضاً بجانب مثبتات المزاج، كما ويمكن إضافة مضادات ذهان أيضاً. تاهيك عن أنّ كل واحدة من هذه المجموعات تتطلب تحتها مجموعاتٍ فرعيةً عديدة من التصنيفات الدوائية، وتتواءأً كبيرةً بالجرعات لكل منها، وبالتالي، لا يوجد شيء اسمه دواء لاضطراب لثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة، بل إنّ هناك علاجاً دوائياً له. (ibid.)

[296] دالي: فهمت تماماً ما تقول، يبدو أنّ الأمر معقد ويحتاج وقتاً من تجربة الأدوية وجرعاتها.

رجل الكهف: هذا صحيح. إنّ الأمر معقد، ويحتاج وقتاً لعدة أسباب، منها أنّ أثر هذه الأدوية لا يظهر على الفور، بل يحتاج عدة أشهر، بل أكثر من نصف

سبة بالنسبة لبعضها، كما أنَّ الحالة المزاجية للشخص نفسه تكون قد تغيرت خلال تلك الأشهر لسباب مختلف، أضف إلى ضرورة تحديد المزيج الأنسب من الأدوية والجرعات. وإن لبعضها أثراً عكسيًا في البداية وأثاراً جانبية مزعجة جدًا قبل أن يبدأ مفعولها بالعمل كما يجب ويعتمد عليها الجسم وتختلقها الجانبية. هذه كلُّها أمور يتبعها الطبيب على الدوام، وليس من النادر أن يقوم بتكرار تغيير هذا الدواء أو تلك الجرعات.

[297] لكن عندما تستقر الحالة ويتم السيطرة على التوبات، فإنَّ المريض قد يستمر على نفس الأدوية والجرعات لسنوات، طالما أنها تعمل بشكلٍ جيد وجسمه معتادٌ عليها.

على أي حال، لا يجب أن يفهم من كلامي أنَّ الشخص يبدأ العلاج بعدِ لا نهاية من الاحتمالات ويفيد رحلة تجريب عشوائي، بالطبع كلاً. إنَّ الخبرة الطبية تلعب دوراً هاماً في تقييم الحالة وتقدير العلاج الدوائي المناسب لها. وعندها تبدأ رحلة العلاج، لكنَّ لو كان المريض هو من سيقرر الأدوية التي سيجريها من تلقاء نفسه، أو أنه يستمع إلى نصيحةٍ من زيد أو عبيد، أو يقرأ على الأنترنت عن أدوية وجرعات يقوم بتعاطيها، فهو في هذه الحالة يبدأ رحلة تجريب عشوائي لا تحمد عقباها.

[298] دلي "بابتسامة": شكرًا على التوضيح.

رجل الكهف: وإنَّي أتصح أن يأخذ المريض بعين الاعتبار كلَّ ما سبق، وبالتالي لا يقوم بتغيير الأطباء بشكل متكرر بسبب أنه لم يستفد من الدواء الذي أعطاه إيه الطبيب. إنَّ من الطبيعي ألا يستفيد من العديد من الأدوية، وبالتالي فالمشكلة ليست في الطبيب. ولكنَّ أن تعرف، يا داني، أنَّ هناك نوعاً من العرف الطبي، إنْ جاز لي تبسيط الأمر، في ترتيب الأدوية في العلاج الدوائي للحالات المختلفة. فيوجد عادةً أدوية خطٌّ دفاعٌ أول، وأدوية خطٌّ دفاعٌ ثانٍ،

وهكذا. وبالتالي، عندما لا ينجح مع الشخص دواءً ما، تراه يذهب إلى طبيب آخر ويغفره الله قد جرب الدواء الفلافي ولم يتحسن حاله، فيقوم الطبيب الجديد بإعطائه دواءً آخر كان من الممكن للطبيب الأول أن يعطيه إياه بعد فترة من الزمن.

إن العلاج في الطب النفسي، يا داني، يحتاج نوعاً من الاستمرارية والمراقبة الطويلة الأمد، وهذا غير مطلوب في كثير من المجالات الطبية الأخرى التي يهم فيها الوضع الراهن للحالة فحسب. لذا، فإن من الحكمة أن يتلزم المريض مع نفس الطبيب أو المركز الصحي لوقت طويل، لأن هذا الطبيب لديه سجل الحالة، ولديه ملاحظاته عليها، والتي يتبعها جلسةً بعد أخرى. إن المريض يفقد كل هذا عندما يقفز من طبيب إلى آخر، وبالتالي فإنه قد يُطيل أمد علاجه بدل أن يقصره.

[299] دليلى "بدهشة": هذه نصيحة قيمة. إن معظم الناس يفعلون هذا.

رجل الكهف: لكن بالطبع إذا لم يكن المريض مرتاحاً للطبيب نفسه، وليس للدواء الذي يأخذه، فإن عليه مراجعة طبيب آخر. لأنه من المهم أن يشعر المريض بالارتياح للطبيب النفسي كي يستطيع البوج له بحرية عن مشاعره وأفكاره، وما يعني منه دون أي حرج، وأن يشعر أن الطبيب يفهمه ويقدّر ما يمرّ به. وهذا أيضاً ليس أمراً مهماً في العلاج في الكثير من المجالات الطبية الأخرى.

[300] لوسيل: هذه أيضاً ملاحظة حاذقة.

دليلى: هل يمكنك تزويدنا بأسماء بعض الأدوية التي تُستخدم لعلاج اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة؟

رجل الكهف: بالطبع يمكنني، لكنني لن أفعل.

باب السابع والعشرون

[301] دليل "بدعهشة": لماذا؟

علاج اضطراب ثالث القطب والاضطرابات ذات الصلة

رجل الكهف: لأنك ستنشر هذا الحوار في كتاب، ولا أريد أن يقوم القراء بشراء الأدوية التي قد أذكرها لك وتعاطيها من تلقاء أنفسهم مت加وزين بذلك عنبة الذهاب إلى الطبيب النفسي. فمع أنني أعرفكم هو صعب ومكلّف الذهاب إلى الطبيب النفسي، إلا أنني أعرف أيضاً أن تعاطي أدوية حساسة بهذا الشكل هو أمر خطير. لذا، فليندع المريض الطبيب يصف له ما يناسب حالته. هذا ما يمكنني قوله.

[302] دليل: أنا مدرك تماماً لما تقول، لكنني لازلت أريد معرفة المزيد.

رجل الكهف: حسناً، سأخبرك بسر عن أدوية اضطراب ثالث القطب والاضطرابات ذات الصلة لن يخبرك عنه طبيبك. ما رأيك؟

[303] دليل "باهتمام": ما هو هذا السر؟

رجل الكهف: هل تذكر ما قلته من أن ثلاثة من كل أربعة مصابين باضطراب ثالث القطب لديهم زيادة وزن (68%). وواحد من كل ثلاثة أشخاص لديه بدانة (35%)، وأن هذه هي أعلى نسبة من أي اضطراب نفسي آخر؟

[304] دليل: نعم أذكر هذا، وأذكر أنك عللت هذا بأن اضطراب ثالث القطب بعد ذاته يغير من الشهية ويغير معدل الاستقلاب في الجسم.

رجل الكهف: نعم هذا صحيح، لكن لا يمثل الحقيقة كاملة. فالحق أنه بجانب تأثير اضطراب ثالث القطب والاضطرابات ذات الصلة على الشهية والاستقلاب، فإن معظم الأدوية التي يتم وصفها لاضطراب ثالث القطب تكون زيادة الوزن من أعراضها الجانبية. وهذا بالطبع لا يعني أنها ستزيد من وزن كل من يأخذتها. هذه أعراض جانبية، وجميع الأدوية لها أعراض جانبية مختلفة وتختلف في تأثيرها من شخص لأخر. لكن زيادة الوزن بسبب مختلف الأدوية

التي تعالج اضطراب ثالثي القطب والاضطرابات ذات الصلة هو عرض جانبى شائع جداً. بيد أن القليل من هذه الأدوية له مفعول معاكس تماماً ويسبب نقصاناً في الوزن، وأحياناً يتم وصفه لتخفيض الوزن لذوي الوزن المرتفع.

[305] دالى: بحق السماء يا رجل، ماذا أستفيد من كل هذه المعلومات بدون ان أعرف عن ماذا تتكلم أنت؟

**رجل الكهف:** تستفيد من هذه المعلومات أن تكون متوقعاً لزيادة الوزن عند بداية العلاج، فلا تتضايق منها ولا تعرف السبب. وإذا كان شخص ذو وزن زائد أو لديه اضطراب أكل، فليناوش الامر مع الطبيب. على أي حال، يمكنني أن أوضحك عن أسماء الأدوية بأسماء مستويات الشفاء الثلاثة، لو أحببت.

[306] دالى "بنظرة يأس": حسناً، يبدو أنني لن أحصل منك على أكثر من هذا.

**رجل الكهف:** *المستوى الأول syndromic recovery*: وهو عندما لا يطبق المريض معايير نوبة هوس، أو نوبة تحت هوس، أو نوبة اكتتاب ملتهبة مانية أسابيع، وعندما يخلو المريض من أعراض اضطراب المزاج، أو أن يبقى منه الحد الأدنى، ملتهبة مانية أسابيع، يكون قد وصل إلى *المستوى الثاني symptomatic recovery*. وإذا وصل المريض إلى الحالة التي كان عليها قبل مرضه من ناحية الاهتمامات، والعمل، والأنشطة، والصداقات، والاستقلالية في العيش، أقصد عدم الاعتماد على غيره، والتي تسمى Euthymia، عندها يكون وصل المراحله النهائية للشفاء وهي *functional recovery* (ibid.). (466)

[307] دالى: م أكن أعرف بوجود هذه المستويات الثلاث. هكذا إذن يتم تتبع سير العلاج.

**رجل الكهف:** هذا بالنسبة ملن يتم مسيرة العلاج. لأنه، بكل أسف، على الأقل، ستة من كل عشرة أشخاص لديهم اضطراب ثالثي القطب والاضطرابات ذات

الصلة يتزكون العلاج في وقتٍ ما من حياتهم. وإنَّ ما بين أربعة إلى ستة عشرة لا يلتزمون بالعلاج، سواء على الإطلاق أو بشكلٍ جزئيٍّ، إشخاص من كلّ عشرة لا يلتزمون بالعلاج، سواء على الإطلاق أو بشكلٍ جزئيٍّ، خلال السنة التي تلي أول إقامة لهم في المشفى بسبب نوبة هوس أو نوبة مختلطة. (1998 Strakowski)

وإنَّ هذا أمرٌ خطير، يا داني. إنَّ اللعب بأدوية اضطراب ثالث القطب أو إيقافها هو بالفعل أمرٌ خطير. إنَّ الإيقاف المفاجئ لهذه الأدوية يرفع من احتمالية الانتكاس أكثر من السابق، ونزعه انتشارية قوية. (Baldesarini 2003) إنه قد يختبر نوباتٍ مختلطة حادةً جداً، كما وتصبح نوبة الهوس أو نوبة تحت الهوس التالية أكثر حدةً مما كانت عليه في السابق.

[308] دليل: إنَّ الأمر حساس جداً على ما يبدو.

رجل الكهف: إنَّ كل شيء يتعلق باضطراب ثالث القطب هو حساسٌ جداً. حتى أبسط الأمور. خذ النوم على سبيل المثال، وجدت دراسة أنَّ المصابين باضطراب ثالث القطب هم مفرطو الحساسية تجاه أي تغيرٍ ضئيلٍ في مواعيد النوم والاستيقاظ. فمثلًاً يمكن للسفر بالطائرة إلى بلد بعيد ذو توقيتٍ مختلفٍ أن يحفز نوبة هوس. بينما يبدو أنَّ نوبات الاكتئاب لا تتحفز بمثل هذه الحالات. (2000 Malkoff-Schwartz 1998 Malkoff-Schwartz)

[309] لوسيل: هل عدم النوم لوقتٍ طويل قد يحفز نوبة هوس؟

رجل الكهف: نعم، هذا صحيح. لكن من المهم أن تنتبهي أنَّ كلَّ ما نتكلّم عنه هنا ليس حتميًّا الحدوث مع الجميع. أعني ليس كُلَّ مصابٍ باضطرابات ثالث القطب والاضطرابات ذات الصلة سوف تأتيه نوبة هوس عندما يسافر أو عندما لا ينام لعدة أيام.

لوسيل: بالطبع، هذا واضح.

دليل: رجل الكهف

حوار مع رجل الكهف في اضطراب ثالث القطب

[310] دليل: هل أنهم منك أنه لا يوجد أي علاج كلامي مفيد لاضطراب ثالث القطب والاضطرابات ذات الصلة؟

رجل الكهف: الأمر ليس بالضبط هكذا. إن العلاج الدوائي أمر لا غنى عنه لعلاج هذا الاضطراب. بجانب العلاج الدوائي، يمكن الحصول على علاج كلامي، سواء فردي أو أسري. وكما كان الحال عندما تحدثنا عن الاكتتاب، فأنا أميل إلى أن هذا المزيج يعطي أفضل نتيجة في مسيرة العلاج. (انظر رجل الكهف 2020: الباب الأربعون)

[311] دليل: هل الاستفادة التي يحصل عليها المصاب باضطراب ثالث القطب من العلاج الكلامي كبيرة؟

رجل الكهف: هذه الدراسة ستجيبك. خلال المتابعة بعد سنة، لقد انتكس ثلاثة من كل أربعة أشخاص خضعوا للعلاج الدوائي فقط، بينما انتكس أربعة من كل عشرة أشخاص (64%) من الذين حصلوا على العلاج الإدراكي السلوكي بالإضافة للعلاج الدوائي. لكن من بعد هذه المدة، أقصد سنة، وتحديداً خلال المدة من الاثني عشر شهراً وحتى الثلاثين شهراً، لم تعد تظهر فائدة للعلاج الإدراكي السلوكي في منع الانتكاس. لكنها بقيت تظهر آثاراً إيجابياً على المزاج وعلى عدد أيام التوبات. هذا الآخر، بالنسبة، كما يمكنكم أن تتوقعوا، هو فعال في نوبات الاكتتاب أكثر بكثير من فعاليته في نوبات الهوس. (Barlow: 2014: 469)

على أي حال، بالمجمل، إن العلاجات الكلامية، على أنواعها، تؤدي إلى نتائج إيجابية أكبر من الاقتصار على العلاج الدوائي لمرضى اضطراب ثالث القطب والاضطرابات ذات الصلة. (ibid: 473)

## الباب الثامن والعشرون

### كسر الوصمة

[312] دليلاً: هذا توضيّحٌ جيد جداً. لكن ألم تغير رأيك؟ لم تدخل عليَّ في شرحك للعلاج الدوائي؟ إنْ لدى فضولاً شديداً لأنّي ألتعرّف على مثبتات المزاج وأنواعها ومضادات الذهان وباقى الأدوية. أرجوكم أخبروني عن بعض أشهرها فقط، أو أخبرني عن الأدوية التي تستخدّمها أنت، كما أخبرتني عن تجربتك مع العلاج بالصدمات الكهربائية. (رجل الكهف 2020: الباب التاسع)

رجل الكهف: داني، أنت لا تفهموني. سوف أعيد صياغة الأمر لك. بما أنّي قد جربت بنفسي معظم أساليب العلاج ذات الصلة، وبما أنّي متعمق في تفاصيلها بالخبرة والبحث، فإنّي موقنٌ تماماً باليقين أنّه لا يوجد وصفة علاج لاضطراب ثالثي القطب والاضطرابات ذات الصلة. وأنا أعرف تماماً المعرفة أنّه لا يوجد شخصان لديهما نسخة متطابقة من اضطراب ثالثي القطب والاضطرابات ذات الصلة. وبما أنّ اضطراب ثالثي القطب والاضطرابات ذات الصلة هو بحاجة للعلاج الدوائي، وبما أنّ الأدوية التي يتم استخدامها لعلاج اضطراب ثالثي القطب والاضطرابات ذات الصلة هي أدويةٌ حساسة للغاية لأنّها تؤثّر في عمل الدماغ، حتى إنّ انقباط جرعات بعضها هو أمرٌ حساس جداً، بل إنّ بعضها

**دليل رجل الكهف**

**حوار مع رجل الكهف في اضطراب ثالث القطب**

يحتاج إلى مراقبة عن طريق تحليل دم بشكل دوري، وبما أنتي أعرف أيضاً أن بإمكان الكثير من القراء الحصول على هذه الأدوية دون وصفة طيبة، فإلي نتيجةً لكل ما سبق أرتيت لا أذكر لك اسم أي دواء يتم استخدامه لعلاج اضطراب ثالث القطب والاضطرابات ذات الصلة، فانا أريد أن أكون سبباً في إفاده القراء، لا في ضررهم. من يريد العلاج من اضطراب ثالث القطب والاضطرابات ذات الصلة فليراجع الطبيب.

[313] دالي بخيبة أمل: حسناً، أعتقد أن هذا تصرف حكيم.

لوسيل: أنا أتفق معك بالرأي، لكن من جهة أخرى إن معظم القراء يعيشون في دول تفتقر للطب النفسي الجيد، بل إن هناك محافظات في بعض الدول لا تجد فيها أكثر من طبيب نفسي واحد، أو لا تجد فيها أي طبيب على الإطلاق. رجل الكهف: هذه ليست مشكلة تخص الدول التي يقطنها معظم من سيقرؤن الكتاب، أو المحاورة كما يحب داني أن يسميه، بل إنها إلى حد كبير مشكلة عالمية.

[314] لوسيل "بدهشة": لماذا؟

رجل الكهف: إن الغالبية الساحقة من سكان هذا الكوكب البائس لا يعرفون بوجود اضطرابات نفسية من الأساس، وإن معظم من عرفوا بوجودها يعرفون اثنين أو ثلاثة منها معرفة مغلوطة، ليتها كانت على الأقل صحيحة. وإن معظم إخوتنا في الإنسانية لا يعرفون بأن هذه الاضطرابات هي نتيجة خلل مادي ما في الجسم يمكن إصلاحه أو على الأقل السيطرة عليه طبياً، وإن جل من سمع بهذا لا يصدقه لأنه يخالف ما اعتقاده مما ورثه من آبائه وأجداده.

[315] لوسيل "باهتمام": هذا صحيح.

رجل الكهف: ويسبب جلوسهم بين مطرقة الثقافة الموروثة وسدان الجهل،

## كسر الوصلة

باب الثامن والعشرون

فكرة أن يتم تشخيصهم بأي اضطراب نفسي، لأنهم يعتقدون [315] لهم لا ينتبهون فكراً أنهم مصابون بـ“الاكتئاب” أو “القلق” أو “التوبيخ الذاتي”.  
فهم لا ينتبهون فكراً أن يتم تشخيصهم بأي اضطراب نفسي، لأنهم يعتقدون أن تلك المسميات الغريبة، أقصد الاضطرابات النفسية، تعني أنهم مجانين، أو بلهاء، أو معتوهين، أو غير هذا من مسميات اعتقاد الناس تداولها في الحياة اليومية.

[316] دليل: هذا صحيح تماماً. حتى إن تسمية مستشفى المجانين لا تزال شائعة شيئاً مخجلاً حتى هذه اللحظة.

رجل الكهف: وتنذكراً أفي قد قلت لكما آنفاً أن واحداً من كل أربعة أشخاص سيتعالى من اضطراب نفسي في وقت ما من حياته بحسب منظمة الصحة العالمية. لا يمكنك بناء أي مجتمع إذا كان ربع ساكنته مرضى يا داني. (World Health Organization 2001 ورجل الكهف 2020: الباب الأول)

[317] دليل: أتفق معك.

رجل الكهف: عليك دراسة المراجع التي سأزوّدك بها كي تعي ما أقوله، لأنك ستري فيها ما يصادمك من تفاصيل تتعلق بالنواحي الاقتصادية والتنموية وتوزيع الناتج المحلي وغيرها من أمور ذات صلة توضح لك كم نحن بحاجة ماسة إلى تغيير الوضع الحالي. والذي هو، بكل أسف، يزداد سوءاً مع السنوات، كما ستلاحظ في الدراسات، في الكثير من بقاع هذا الكوكب الذي يزداد بؤساً مع مرور الأيام. (انظر رجل الكهف 2020: الباب الثامن والثلاثون)

دليل "بدهية": هذا لا يبشر بخير.

[318] أوسيل: ما الذي علينا فعله؟

رجل الكهف: حسناً، لن أتطرق للأمور الاقتصادية والسياسية فهي تفتح علينا باباً لو كنت أريد فتحه لكنني ناقشت معكم الآن المراجع التي سأزوّدكم بها، لكن ذلك سيأخذنا بعيداً جداً عن اضطراب ثانٍ القطب والاضطرابات ذات

داليد رجل الكهف

حوار مع رجل الكهف في اضطراب ثالث النطب

الصلة، كما أنه ليس مهمًا من سيقرأ المحاجة التي سينشرها داني لاحقًا، لأن ذلك القاري يريد أن يقرأ عن اضطراب ثالث القطب والاضطرابات ذات الصلة على أيّ حال، سأزوركم بدراسات قامت بها منظمات عالمية كمنظمة الصحة العالمية وخبراء في هذا المجال. على أنه يمكنني أن أتكلم عن نفسي وعما يمكن لأقراني فعله كي نغير هذا الوضع.

لوسيل: هذا منصف تماماً.

[319] دالي: من تقصد بـ "أقراني"؟

رجل الكهف: إخوتي في اضطرابات النفسية. ونحن لستنا بقليل، نحن نشكل ربع سكان العالم. بل دعني أشمل معهم ذويهم أيضًا، فهم يمكنهم المساعدة على تغيير الوضع الراهن نحو الأفضل.

[320] دالي "ضاحكا": اعتذر لضحكى اللاإرادى، إنه ليس بالأمر المضحك، لكن أنت قد جعلت من أقرانك، إلى حد كبير، معظم سكان العالم، وليس ربعم فقط.

رجل الكهف: لقد قلت لك من قبل، إحصائيًا، إن لم تكون أنت نفسك مصاباً باضطراب نفسي، فإن أحد المقربين إليك مصاب باضطراب نفسي. نحن نتكلم عن واحد من بين كل أربعة أشخاص يا داني.

[321] دالي: هذا صحيح، لقد قلت لي هذا. (رجل الكهف 2020: الباب الأول)

لوسيل: أخبرني عن المساعدة التي بإمكان فريقك أن يقدمها إلى العالم.

رجل الكهف: لقد فتحت أنت هذا النقاش مشيرة إلى قلة عدد الأطباء والمعالجين النفسيين، أليس كذلك؟

[322] لوسيل: صحيح.

رجل الكهف: ولقد اتفق ثالثتنا على أن الجهل من جهة، وتفشي المعتقدات

الغرافية الموروثة من جهة أخرى تجع عنهم إjection الناس عن طلب العلاج،  
هل هذا صحيح؟

رسول: نعم قد يكون أمراً من الاثنين أو مزيجاً منها. تتعدد الأسباب لكنها  
بالتالي مخصوصة بهذين السببين الرئيسيين ولو تبنت بمظاهر متعددة.

دليل: لقد نسيتما السبب المادي. حسناً، ليس من شأننا الآن على الإطلاق بحث  
الوضع الاقتصادي، ومشاكل الفقر والبطالة وغيرها، لكنني أشير إلى أن الالتزام  
بالعلاج مرهق مالياً سواء تكاليف الأدوية، أو المشافي أو جلسات العلاج  
النفسي، والتي لا يغطيها التأمين في معظم دول العالم. ولقد أشرنا لهذا مسبقاً  
لكتنا لم نتداوله. (ibid.)

[32] رجل الكهف: هذا صحيح. لكن لا تعتقد أن جانباً كبيراً من هذا يعزى إلى  
العرض والطلب؟ أقصد لأن هناك شحّاً في عدد العاملين في مجال الصحة  
النفسية على اختلاف تخصصاتهم، فإنّ هذا يشكل ضغطاً كبيراً عليهم على  
الرغم من أنّ من يطلبون العلاج النفسي هم حفنة يسيرة من المرضى النفسيين،  
لكن مع هذا، فإن شغف الأخصائيين النفسيين يجعل من المرضى يتذمرون ملذداً  
لا يمكن تصديقه، تراوح بين الشهور إلى السنوات مام تكن الحالة خطيرة.

دليل: فعلاً، إنّي أعرف حالاتٍ محدّدة لها مواعيدها بعد مدد وصلت إلى  
الخمس سنوات كـ تراجع معالجاً نفسياً. هذا جنونٌ بحق السماء. أنا لا أعتقد  
أنّ بحاجة موعد يعدد لي بعد سنة من الآن.

[32a] رجل الكهف: هذا هو بالضبط ما أتكلم عنه. لكن فكّر معّي، عندما يكون  
شخص ما لا يملك أقل من ساعة في جدوله اليومي كـ ي مقابلك إلا بعد سنة،  
فعليك أن تعرف أنك ستدفع الكثير كـ تحظى بهذه المقابلة. لأنك إن لم تدفع  
الكثير كـ تحظى بهذه المقابلة، فإن غيرك سوف يفعل. وبما أنّ غيرك هذا هو  
عدد كبير جداً من الأشخاص نسبة لوقت المتأخّر لدى ذلك الشخص، فإن ذلك

دليل رجل الكهف

حوار مع رجل الكهف في اضطراب ثالثي القطب

الشخص سوف يحاول أن يرفع من مُنْ وقته بحيث يبقى جدوله ممتلئاً بأعلى قيمة ممكّنة.

لوسِيل "مقاطعة": أرى أنك ذاهب إلى الاقتصاد.

[325] **رجل الكهف:** كدت أفعل هذا، شكراً للفت انتباхи. على أي حال، الأمر في الواقع ليس بهذه البساطة فهناك الكثير من العوامل التي تحدد أسعار الجلسات، كما أن نظريات اقتصادية أخرى قد تحدّد هذا النموذج الكلاسيكي للعرض والطلب إلا أن الحديث عن هذا الأمر سيقودنا قطعاً إلى مكان لا نرغب في الذهاب إليه.

لوسِيل: عُذ إلى الموضوع، لو سمحت، إن الوقت ينفذ متى. لا تفتح علينا أبواباً جديدة.

[326] **رجل الكهف:** لم أستطع حتى اليوم أن أتخلص من هذه العادة المقيمة، فأنا أخرج عن الموضوع بسهولةٍ دائمًا. ربما يجب أن أتوقف عن المحاولة وعليكما تقبل الأمر. بالنسبة لموضوعنا، ما أريد قوله هو أن المطلوب من كل شخص يعاني من اضطرابٍ نفسيٍ لا ينجذب من ذلك. علينا كسر الوصمة. أنتما تعرّفان أن الانضطرابات النفسية هي كلها، دون استثناء، نتيجة تغيير مادي ما في الجسم، شأنها في هذا كشأن أي مرضٍ عضوي. الفرق الوحيد هو المكان الذي حصل فيه هذا التغيير. (انظر رجل الكهف 2020: الباب الثامن)

لوسِيل: صحيح.

[327] **رجل الكهف:** لا يوجد شيء يدعو للخجل في أن تكون مصاباً بالداء السكري، أليس كذلك؟ بنفس المنظور لا يوجد شيء يدعو للخجل لكونك مصاباً باضطراب الهاج. (انظر رجل الكهف 2020: الباب التاسع عشر) كما أن اضطراب ثالثي القطب والاضطرابات ذات الصلة هو نتيجة خلل بيولوجي،

حاله كحال ارتفاع ضغط الدم، الذي هو أيضاً نتيجة خلل بيولوجي، والاثنان يتأثران بالتوتر تقريراً بنفس الصورة. معظم الناس لديهم تبدلات في ضغط الدم عندما يحدث أمر يدعو للتوتر، لكن الأشخاص الذين لديهم ارتفاع ضغط الدم قد يتعرضون إلى ارتفاع مفاجئ وقوي في ضغط الدم. وبينما يتفق الجميع أن معظم الناس لديهم تبدلات مزاجية عندما تحصل معهم أمورٌ ما، يجد أن الأشخاص المصابين باضطراب ثالثي القطب تتبدل أمزجتهم بعنف وإلى مدى أبعد. (Barlow: 2014: 482)

لوسيل: هذا تشبيه جميلٌ ودقيق بالفعل. أتفق معك في أنه لا يجب أن يشعر المصاب بأي اضطرابٍ نفسي بالخجل.

[328] رجل الكهف: نعم، هذا ما نريده. أن يبدأ الناس بالحديث عن اضطراباتهم النفسية، أيًّا كانت، تماماً كما يتحدثون عن أيًّا مرضٍ عضوي آخر. وأنا أعني كلمة آخر هنا. فالاضطرابات النفسية هي اضطراباتٍ عضوية تتجلى أثارها على مزاج الشخص أو قدراته الإدراكية أو السلوكية ونحوٍ هذا، فقد تكون نتيجة هذا الخلل الفيسيولوجي اضطراب الاكتتاب الحاد، أو قد تكون قصور القلب الاحتقاني.

دليل: هذا مفهوم.

[329] رجل الكهف: المريض النفسي ليس مسؤولاً عن مرضه النفسي، فليس هناك مبرر لأن يخجل من مرضه وكأنه قد ارتكب إثماً أو جرماً. كما إنَّ الكثير من الاضطرابات النفسية هي ذات طابع جيني يرثها الإنسان كما يرث الجينات التي جعلت شعره مجعداً. لا يوجد شيءٌ مخجلٌ في أن يكون لدى الشخص شعرٌ مجعد، وكذلك لا يوجد شيءٌ مخجلٌ في أن يكون لديه توحد.

[330] لوسيل "بعيون دامعة": أصبحت القول.

داني داديد رجل الكهف

حوار مع رجل الكهف في اضطراب ثالث الطبع

رجل الكهف: لا يجب أن يعاقب أبوان ابنهم الذي لديه اضطراب فرط النشاط مع نقص الانتباه على سلوكه أكثر مما يعاقباه على أرقه في الليل، هو لم يغتر إياً منها، وهو غير قادر على التحكم في كليهما.

[331] دليل: لم أفكِر بالامر على هذا النحو من قبل.

رجل الكهف: يجب أن يكون مفهوماً لدى الآباء أن أبناءهم الذين يعانون من اضطرابات نفسية هم غير مسؤولين عنها، إن ضربهم وعقابهم لا يفيدتهم، بل يزيد حالتهم سوءاً بكل تأكيد. يجب عليهمأخذ أبناءهم إلى الأطباء عند ظهور أي عوارض لاضطرابات نفسية مثلما يسارعون لهذا عند ظهور أي عوارض لامراض عضوية. على الأم أن تعرف أن ضرب ابنتها التي لديها اضطراب الوسواس القهري لن يحل لها المشكلة. إن وسواستها ليس بإرادتها، إنها قهرة عليها، لا تستطيع هي مقاومتها، إنها تكره هذه الحالة أكثر من أنها التي تتزعج منها. على الأم أن تأخذ الفتاة إلى الطبيب وتساعد ابنتها على العلاج حتى تحل لها المشكلة. لا يوجد طريق آخر.

[332] دليل: كلامك صحيح بكل تأكيد، لكن ليت الأهل يسمعون.

رجل الكهف: داني! إن الخرافات هي التي تحمل مكان العلم. إذا أردنا تغيير الوضع الراهن نحو الأفضل فعلينا نشر الثقافة النفسية. علينا تعليم الناس وإجلاء بصيرتهم. لا أحد يأتي إلى هذه الدنيا وهو يعرف أي شيء. علينا أن نوصل المعرفة إلى إخوتنا في هذا الكوكب كي نستبدل الخرافات والجهل بالعلم والمعرفة. عندها فقط سوف يبدأ الناس، سواء كانوا مرضى نفسيين أو ذويهم، بالحديث عن الاضطرابات النفسية التي يعانون منها، ويطلبون العلاج لها. هل لك أن تخيل الفائدة التي ستعود على الجميع بسبب كسر الوصمة هذا؟

[333] دليل: أنا أحاول.

**رجل الكهف:** عندما تكون في مكتبك تراجع الدراسات التي سأزوذك بها سوف تفهم كل شيء. دافي، كلما تكلم الناس وخرجوا إلى العلن كلما استطعنا الحصول على إحصائيات أفضل، وبالتالي دراسات أكثر دقة، وبالتالي رسم خطط وسياسات أكثر نفعاً للصالح العام، وأدوية أكثر فعالية، وبصبح لدينا معرفة بأسباب الاضطرابات النفسية بشكل أكثر دقة، واستثمار أكبر في صناعات الدواء، وهكذا دواليك.

[334] دليلي: هذا بدعيهي.

**رجل الكهف:** وعليك أن تأخذ في الحسبان أيضاً أن كسر الوصمة سوف يشجع الجيل الحالي لدراسة تخصصات في حقل الصحة النفسية أكثر من قبل، لأنهم سيرون أن هناك طلباً متزايداً في هذا الميدان. بينما في السابق لم يكن هذا الطلب موجوداً، فكان الطلاب يفضلون التوجه إلى تخصصات أخرى يعتقدون أن لها مستقبلاً أفضل، وهذا سبب جوهري في المشكلة التي نعاني منها حول العالم اليوم.

[335] دليلي: هذا منطقٌ أيضاً.

**رجل الكهف:** مع الوقت سوف يزداد عدد الأخصائيين النفسيين، وكذلك العاملين في مختلف قطاعات الصحة النفسية، سوف يكون للمصابين بالاضطرابات النفسية تسهيلات أكبر بشكل عام، وهذا يتحدد بحسب نوع السياسات التي سيتم اتباعها، كما وسيكون هناك فرص شفاءً أفضل بكثير من الآن، وربما بزمن أقل وبتكليف أقل من الوضع الراهن. وبهذا تكون قد قمنا بنقلة نوعية في المجتمع البشري وهذا بتوجيهه الموارد بشكل أكبر نحو مجال لزيادة معظم البشر متى دين في الاقتراب منه. عندها تستطيع أن تبني مجتمعات أفضل، عندما يكون لديك شعوب بصحة أفضل. ونعم، أنا أعني بصحة نفسية أفضل.

داليد: رجل الكهف

حوار مع رجل الكهف في اضطراب ثنائي القطب

هذا ما يفعله كسر الوصمة. لا بد لنا أن نبدأ من هنا. لا توجد نقطة بدالة أخرى.

[336] دالي: يبدو الأمر معقولاً.

رجل الكهف: لقد أوليت الصحة البدالية جل الاهتمام عبر التاريخ كل، وحان الوقت الآن كي تؤوي الصحة النفسية الاهتمام الذي تستحقه.

[337] دالي: لا بد لي أن أقف مطولاً عند عبارتك الأخيرة هذه.

لوسيل: هذا معقول جداً يا رجل الكهف، لكن لا تلاحظ أنه لا يحل المشكلة التي يعاني منها الأشخاص اليوم؟ أقصد أن همار كسر الوصمة هذا الذي تدعوه إليه لن تجني إلا بعد سنوات ولو اقتنع الجميع بمقترحك هذا.

[338] رجل الكهف: أنا لم أسمع عن همار يتم حصدتها قبل زراعتها. هل تعرفين هماراً من هذا النوع؟

لوسيل "بخجل": دعك من الثمار، ما كان على إضافة تلك الجملة بعد سؤالي. ماذا عن اليوم، هذه السنوات القليلة القادمة؟ هل سيستمر الوضع هكذا من ناحية شخ العاملين في مجال الصحة النفسية؟ لم يكن هذا أول ما قلت له عندما رفضت أن تحدثنا عن أدوية لعلاج اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة؟

[339] رجل الكهف: أنا أعدك أن أول شيء سأفعله عندما أمسك ببعض سحرية هو أن أغيّر لك هذا الوضع على الفور. لكن حتى يحصل ذلك علينا أن نعمل سوية على كسر الوصمة متكافلين، يشجع بعضنا بعضاً، ويدعم أحدهنا الآخر. من يعلم كيف ستسير الأمور في المستقبل.

لوسيل "بحزن": حسناً، إنها لن تصبح أسوأ مما هي عليه اليوم بكل تأكيد.

كر الوصمة

[34] دلي "بحماس": لدى فكرة جيدة، بما أنها تتحدث عن الوضع الراهن وحال المصاين باضطرابات نفسية، ما رأيكما في النظر في تعليقات م الواقع التواصل الاجتماعي حول تجارب الناس مع اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة، بما أنه محور حديثنا اليوم، فلا بد أننا سنجد فيها ما يثير الاهتمام؟  
لوسيل "يعيون لمعة": فكرة جيدة، وانا بدأت أشعر بالبرد قليلاً على أي حال.  
رجل الكهف: لا بأس، هيا إلى الداخل إذن، سأعد بعض القهوة والبسكويت.

## الباب التاسع والعشرون

### تجارب مسافرين بين القطبين

الثلاثة جالسون أمام الشاشة الكبيرة وأمامهم قهوة وبسكويت

[341] لوسيل: هذا تعليق نسمعه كثيرا.

مسعود: أعرف الكثير من الناس ممن لديهم هذا المرض وهم لا يعرفون، وهم يسببون الإزعاج لأهله وللناس من حولهم. والمشكلة أنك إذا نصحت أحدهم بالذهاب إلى طبيب نفسي، يرد عليك بقوله: أنا أعقل الناس.

رجل الكهف: لفت نظري أمران في هذا التعليق، أولهما هو أن مسعود يعرف أن هؤلاء الكثيرين لديهم هذا الاضطراب من دون أن يحصل أحدهم على تشخيص به، وهذا أمر غير مقبول. ثانياً، إن جزءاً من عدم اعتراف المريض، أو أهله بوجود الاضطراب، هو الوصمة التي كنا نتكلّم عنها قبل قليل.

[342] لوسيل: أتفق معك.

دلي: أعتقد أن مقارنة اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة بارتفاع ضغط الدم التي قمت بها قبل قليل تجيب هذا التعليق.

صلام: ما هو سبب الانتقال من الاكتتاب إلى الهوس؟ هل يجب وجود محفز خارجي كخبر مفرح أو حدث مبهج، أم أنه يأتيك فجأة بدون سبب؟

**رجل الكهف:** إن تلك المقارنة تعجب جزئياً على هذا السؤال، فالحق أنه يجوز الوجهان. فكما أشرت في تلك المقارنة، أحياناً تكون الاستجابة مبالغة فيها من قبل الجهاز الحوفي، فبدل الشعور بالإحباط قليلاً أو الانزعاج قليلاً من أمر مزعج بسيط، فإنه قد يفقد فرامله وينحدر إلى الاكتتاب، من دون مرر منطقى، لأن السبب أتفه من أن يستتب الاكتتاب للشخص العادى، لنقل تعليق مزعج على أحد مواقع التواصل الاجتماعى، أو تذكرة أنه قد فعل أو لم يفعل شيئاً ما غير مهم، إلى ما هنالك.

والعكس بالعكس، فقد يتوجه مزاجه عالياً جداً عند حدوث حدث [يجابي] يستدعي السرور أو الفرح، لكن مرة أخرى، جهازه الحوفي يكون كرهاً معه في نشاطه فينشط زيادةً عن اللزوم بسبب ذلك المحفز البيئي. على أن حدوث هذه النوبات لا يحتاج، بالضرورة، إلى وجود هذا المحفز. فهي من الممكن أن تحصل أيضاً من دون أي محفز خارجي على الاطلاق. وبالمقابلة، كثيراً ما تكون نوبة الهوس هي المستبٌ لنوبة الاكتتاب.

[343] دللي "بدهشة": كيف يكون هذا؟

**رجل الكهف:** قلت لك بالسابق إن ستة من كل عشر أشخاص تحصل لديهم نوبات اكتتاب حاد مباشرةً بعد نوبة الهوس. (باب السادس)

[344] دللي: صحيح.

**رجل الكهف:** في هذه الحالات عندما تبدأ نوبة الهوس بالانسحاب، وينخفض المزاج تدريجياً نحو المزاج الطبيعي، فيحدث أن الشخص يبدأ بإدراك كل الأمور السيئة التي فعلها، لماه الذي أنفقه، الممارسات التي يندم عليها، عقود قام بتوقيعها، أو أي شيء يستحب الندامة، فينحدر مزاجه متبايناً من منطقة المزاج

ال الطبيعي متوجهاً إلى القطب الثاني للمزاج، أقصد القطب الاكتئابي، وهناك عرق عام، أنه كلما طالت نوبة الهوس كلما طالت نوبة الاكتئاب التي تليها، وكلما اشتدت نوبة الهوس حدة، كلما اشتدت نوبة الاكتئاب التي تليها حدة. لكن تذكري أن كل هذا الذي أقوله هو احتماليات وهذا لا يعني أنه سيحصل مع الجميع بهذا الشكل، لكنه عرف عام على أقل تقدير. وأنا متأكد أننا سنقرأ في التعليمات من تجارب الناس ما يؤيد كل ما أقوله لك.

[345] داليد: شكرآ على التوضيح. يبدو هذا الشخص على عكس أولئك الذين يعرفون مسعود.

دلائل: أنا ثالثي القطب وأفتخر، وأنا أشرب الدواء وأموري بخير.

رجل الكهف: تعليق لطيف. لكن بالفعل لا يوجد ما يدعو للفخر ولا للغزو بأي مريض عضوي أو اضطراب نفسي. إنها مصادفة جينية أو بيئية محضة.

[346] أوسيل: أتفق معك. انظر لهذا التعليق.

مبارك: إنها الناس انتبهوا. قد يشعر بعضكم بهذه الأعراض وهو غير مصاب بها. لقد كنت أعتقد أنني مصاب بهذا الاضطراب من كثرة الأعراض التي سمعتها، ولقد خفت كثيراً، لكنني معاف ولا يوجد بي مرض في الحقيقة. انتبهوا من المعلومات المغلوطة لأنكم سوف تعيشون في حزن وأنتم غير مصابين بشيء. يجب أن تتأكدوا من طبيبٍ مختص وليس من مجرد مقطع في اليوتيوب.

خلاصة القول، إنَّ مقاطع اليوتيوب غير موثوقة، إنَّها ستدمِّر حياتك وستجعل جميع أمراض الدنيا فيك، لو صدقها، إذا شعرت بأنَّ عندك مرضًا ما، فاقْرُأْ ما عليك فعله هو أن تتأكد من طبيبٍ مختص وليس من مقطع يوتيوب.

[347] أوجل الكهف: أتفق مع مبارك تماماً. لا يجوز أن يشخص الإنسان نفسه بنفسه من مواقع الكترونية، ولا حتى من الكتب التي ستنشرها أنت يا داني. كلّ ما في الأمر هو أن يستفيد الإنسان من هذه المواقع، والفيديوهات، والكتب، كي يعرف شيئاً عن هذا المرض أو ذلك، وإذا شُكَّ بأنّ لديه هذه الأعراض أو ما شابهها، فعندما سيعرف أنّ لمعاناته تصنيفًا طبياً، وأنّ عليه مراجعة طبيب أخصائي كي يرى حالته ويعطيه التخخيص المناسب في حال كان ينطبق عليه أي تخخيص. أو على الأقل إعطاءه العلاج المناسب الذي يريحه من الحالة التي هو فيها.

لكن ما أشار له مبارك أيضاً هو حالة شائعة جداً من شعور المريض بأنّ الأعراض التي يقرأها أو يسمعها تتطبع عليه، وهذا ما يعني منه مبارك شخصياً كما هو واضح من تعليقه. لذا فإنّ على من يشعر أنّ لديه هذه النزعة لا يغوص في هذا المضمار بل يترك الأمر فقط للمراجعة الطبية، وبالنسبة للذين يقرأون أو يشاهدون تشخيصات لاضطرابات، سواء النفسية أو العصبية، فإنّ عليهم التدقّق في كلّ كلمة، لأنّ كلّ كلمة لها مدلولها، فكلمة بعض لا تعني كلّ، وكلمة معظم لا تعني نصف، وتلذّة أيام على الأقل لا تعني يومين، وعند ضرورة ملازمة بعض الأعراض ملأة معينة هذا لا يعني أنّ هناك تسامح بال موضوع، بالطبع هذه أمورٌ قد يقرّر الطبيب لاحقاً تجاوزها لسبب أو لآخر، أما بالنسبة للشخص العادي، فعليّه أن يلتزم بحرفية المعايير.

[348] دلي: شكراً للتوضيح، هذا سيفيد من سيقررون محاواراتنا هذه مستقبلاً. وهذا أيضاً تعليق مشابه.

لينا: أنا أعرف أنّ أغلب الناس الذي يعلقون ويقولون إنّ لديهم هذا الاضطراب أو ذاك لم يستثنوا أيّ أخصائي، بل يكتفي واحدتهم بالقول أنه يعرف أنه يعني من هذا الاضطراب أو ذاك. إنّ الاضطرابات تتشابه يا إخوتي،

ولا يمكنك التفريق بينها إلا عندما يتبع شخص أخصائي الحالة. على أي حال، من الممكن جداً أنك لا تعاني أساساً من أي اضطرابٍ نفسي بل هي فقط مجرد أعراض لديك لكنها لا تطابق معايير تشخيص أي اضطرابٍ نفسي. أرجو منكم أن تستشيروا الأخصائيين النفسيين قبل أن تعتقدوا بأن لديكم أي مرضٍ نفسي.

رجل الكهف: أيضاً لا يسعني إلا أن أتفق مع إينانا وأؤكد على كلامها، وإنما أعيه أيضاً. معظم الناس يشخصون أنفسهم بأنفسهم.

[349] **لوصيل** "مقاطعة بحماسها الطفولي": دعنا نقرأ هذه التجارب.

علتان: لقد مررت بحالة هوس لكن ليس لدرجة أنأشعر أي شخص خارق. لكن كان لدى نشاطاً غير طبيعى وتسارع للأفكار، وثانية، كما أنه تكلمت في أمور جنسية، وهذا ليس من طبعتي، فأنا شخص خجولٌ عادةً. لذا، فإني ندمت بعدها ودخلت في نوبة اكتتاب لدرجة أنني كنت أفكُر بالانتحار بسبب خوفي من نظرات الناس لي، فأنا إنسانٌ محترم ولا يمكن أن أتكلّم بتلك الطريقة. إنّ مِنْ طوال نوبة الهوس، ولا حتى بعدها عندما دخلت الاكتتاب العاد، حتى تم إيداعي المشفى وفيه أعطوني حقنة منومة.

[350] **جلال**: أنا مريض ثنائي القطب، وعمرني الآن أربعون سنة، ولم أنزوج. هل هناك أحدٌ مريض بهذا المرض وتزوج؟ هل من الممكن أن يفيدني أحد؟ هل ممكن أن ينفع الزواج في ظل هذا المرض من ناحية تكوين أسرة وحياة اجتماعية؟ وهل الزوجة تستطيع تفهم نوبة الهوس ونوبة الاكتتاب؟ لأن النوبتين أصعب من بعضهما البعض. أنا في نوبة الاكتتاب أكون غير اجتماعي على الاطلاق، ولا أجلس مع أي أحد، ولا أتواصل مع الأصدقاء، بل إنني أغلق هاتيفي. تبقى حياتي هي التنقل بين عملي ومنزلي. صديقي الوحيد هو عزلتي ووحدي. لا أعرف العيش مثل بقية الناس، وأشعر أن حيالي لا هدف لها ولا معنى.

[351] **ميرنا**: قصتي مع المرض النفسي ثنائي القطب بدأت قبل أربع سنين. أنا طيبة

متخرجة حديثاً، تحديداً السنة الماضية ويعدل جيداً. ببدايةً، كنت دائمة الكتاب خلال مراهقتي، لكنني الحمد لله لم أؤذ تفسي ولم أصل لمرحلة الانتحار بل كنت متفوقة بدراستي لكنني كنت منعزلةً منطويةً بائسة. بساطةً، سنوات مراهقتي هي من أسوأ أيام حياتي، لا يوجد أسوأ من الكتاب. كنت أهرب من المنزل لكي أثير شفقة أهلي وعطفهم لكن ما عدا هذا كنت منجزةً وناجحةً بدراستي. دخلت كلية الطب والكتاب ما زال يراودني وأنا أوامي نفسي وأقنعوا بأنه ضغط دراسة وأن الأمور ستترافق قريباً.

في السنة الثالثة في كلية الطب في النصف الثاني من السنة دخلت المستشفى للتدريب، فاجأتني نوبة الهوس في هذه السنة. كنت أشك وأتوهم أن الأطباء في المستشفى يراقبونني، والأطباء يراقبونني وأنا في المولات، وحتى عندما سافرت إلى دولة أجنبية فالاطباء كانوا يراقبونني هناك. أمّا ما كنت أفعله فهو أنني كنت أرسل رسائل نصية إلى طبيبة أعرفها من المستشفى أقول لها أن تكف هي وأصدقاءها عن مراقبتي. وكانت أشك أن هناك طبيباً يعشقني وهو السبب وراء هذه الخطة لمراقبتي فهو يريد أن يعرف كل شيء، يعني. كنت غريبة للأطهار ببساطة فكنت أرى كاميرات المستشفى وألوح لها على أساس أنهم يراقبونني وكانت مستمرة بإرسال الرسائل النصية إلى الطبيبة التي أعرفها إلى أن آت يوم واشتغلت إلى مدير جامعي وهذا الآخر استدعاي أمي وقال لها بأني مريضة نفسياً.

شخصت بثنائي القطب واستمرت بأخذ الدواء إلى أن انقطعت عنه تماماً، فلم أكن مصدقة بأني ثباتي القطب. ناويتني نوبة الهوس في السنة الأخيرة من دراستي وكانت أيضاً أشك بأن الأطباء يراقبونني وبأن هناك طبيباً يعشقني ويراقبني وهنا كنت مهووسةً هوًساً غير طبيعي، فأنا لا أستحمل بحمامي لأنه مراقب، ولقد كسرت هاتفي لأنه مراقب من قبل الأطباء، وكل مكان مراقب، وكل الأطباء وحتى أهلي وحتى القحط كانوا يراقبونني.

رأيت قطة سوداء عندما كنت أدرس للامتحان النهائي، وهنا انفجرت بالبكاء لأنني فكرت أنهم وضعوها أمامي لأنني كالقطة السوداء شريرة وشيطانية. كنت أعتقد أنني قطة سوداء. كنت أجلس في كافيريلا المستشفى وأنا أدرس بصوت عالي حتى الأطباء كانوا يقولون عنّي هل هي طبيعية أم مازدة؟ كنت أركض وأجري بالمستشفى، وكانت أغنية، كما أنها كنت أغنى وأرقى في الشارع أثناء نوبة الهوس. كنت كامرأة خارقة لا أقهقر.

وإن كل ما ذكرته حتى الآن في كفة، وامتحاناتي في كفة أخرى. لقد كانت امتحاناتي لوحدها كارثة كبيرة، حيث أنها كانت قد قررت مسبقاً بأني مشروع روسي، هذا لأنني كنت هائجةً مجنونة لا أستطيع أن أجلس في مكان واحد. لكنني الحمد لله أخذت الدواء قبل الامتحانات واستطعت أن أنجع. وإن قررت أن أبقى مستمرةً على الدواء لمدة خمس سنوات على الأقل كما أخبرني الطبيب.

[352] مراد: أنا مصاب باضطراب ثالثي القطب، وكانت أعتقد أن الشرطة تراقبني. لكن بعد العلاج اكتشفت أنها أوهام، لدرجة أنها أضحك عندما أتذكرها.

سعادة: نوبات الهوس كلها لدى مريرة. في إحدى المرات كنت سأخذ قرضاً كبيراً جداً لمشروع لا أعرف عنه الكثير، وفي آخر نوبة هوس كنت بمقابلة عمل وأفتعتمهم أنني أفهم كل شيء في مجال العمل، مع أنها لست كذلك، وأنا حتى الآن لم أستطع فعل أي شيء لأنني لا أفهم أي شيء. يبدو أن علي ترك هذه الوظيفة والبحث عن عمل جديد. وهو أمر أفعله مرتين بالسنة في آخر خمسة عشر سنة. لقد كرهت نفسي وكرهت حياتي.

[353] إيلاد: حصلت معني نوبتا هوس أدخلت على أثرهما المشفى النفسي، وأنا مستقر الآن مع أخذني للأدوية.

جمالية: أنا أعرف شخصاً يتوجه أنه المهدى المنتظر في حالات الهوس.

لجانب العشرين  
لجانب العشرين بين القطبين

ساهر: أنا مريض باضطراب ثنائي القطب منذ ثلاث سنوات، وأنا بصحة جيدة.

محمد: يجعلني نوبة الهوس كالرجل الخارق.

[354] عمريم: أنا ثنائي القطب الأول، لدى وهم في نوبات الهوس. أقصد أنني أتوهم، أو أخلق، شخصية وأنكلم معها وأنا في حالة الهوس. إنني أفعل أشياء جنونية في نوبات الهوس. في إحدى هذه النوبات طلقت وتنازلت عن حضانة أولادي، وكانت أرغب بالسفر والتعرف على أناسٍ جدد وأمورٍ جنونية كثيرة لن أذكرها. وبعد كل نوبة هوس أدخل في نوبة اكتئاب حادٍ ملأه طولية. لدى مشكلة عدم القدرة على التحكم في مزاجي، والذي أصبح يتغير أحياناً عدّة مرات في اليوم الواحد. وأحياناً أصبح عصبياً جداً لدرجة أنه من الممكن لي قتل شخص دون أن أشعر بأي شيء. أنا تعبت كثيراً، وأعترف أني مريضة، ورغم هذا إني لا أخذ العلاج، إذا أخذته، فيكون هذا لشهر على الأقل ثم أتركه.

[355] بول: أنا خسرت جميع وظائفي، وخسرت كل لحظة جميلة في حياتي. كنت أقدم على الأمور في حالات الهوس بدون تفكير. لا أستطيع السيطرة على مالي ومصاريفي. إنني مدمر تماماً وجميل من حولي لا يدرؤون، وهذا يقتلني. أنا أموت من الداخل.

داود: كنت مصاباً بهذا المرض قبل ثلاث سنوات تقريباً، ولقد تعافت منه مع استخدام العلاج المناسب وإرادتي القوية. أنا أدرس في الجامعة حالياً وأعيش حياة طبيعية.

[356] صالدرا: الهوس هو أوحش شيء في العالم.

روان: ملدة سنتين كانت حبيبتي ينسى المواعيد التي يحددها معه، لم أكن أعرف أنه مريض، إن هذا المرض مؤمن بالفعل. كم أشفق على الأشخاص الذين يعانون من هذا المرض.

سھا: إن أخي لديه هذا الاضطراب، لقد تعينا معه جداً. إنه يكرهني كلما ألمه نوبة هوس ويقول لي كلاماً فيه ألفاظ لا يقولها عادة. إن نوبة الهوس تبقى لديه لمدة شهر وبعدها ينحدر إلى نوبة اكتتاب.

[357] صلاح: أنا أتعانى من نوبات هوس حاد لحد الھلوسة لفترات أربعة إلى خمسة أيام، ويعدها أدخل في نوبة اكتتاب خفيف أو حاد مدة أسبوعين أو ثلاثة، هل هذا ثالثي القطب؟

رجل الکھف: مع تأكيدى على أن التشخيص يجب أن يكون من قبل طبيب مرخص يعاين الحالة، لكن لو طابت نوبات الهوس ونوبات الاكتتاب، التي يختبرها صلاح، المعايير التي أشرنا لها بالأمس، فيمكن القول أنه، من حيث أبداً، لديه اضطراب ثالثي القطب. بحسب كلامه هو لا يطابق شرط المدة لنوبة الهوس لكنه يطابقها لنوبة الاكتتاب، لذا فإن طبيعة هذه النوبات وما حصل معه فيها سوف يلعب دوراً جوهرياً في التشخيص.

[358] لوسائل: كلا يا رجل الکھف. إن البعض لا يتفق معك. لا يجب أن يراجع صلاح وغيره الأطباء المختصين.

خديجة: إياك أن تراجع الطبيب. عليك بالحجامة عند إنسان متخصص، داوم عليها حتى تشعر بتحسن. لا تستسلم للأدوية النفسية والأطباء فهم إنما مدعومي الضمير يبحثون عن زبائن دائرين أو قليلي المعرفة وبعيدون عن الدين. إنهم لن ينفعوك. لا تعلم ما هو سبب هذا المرض؟ إنهبعد عن الله. لذا، عليك بالحجامة والدعاء والصدقة والالتزام بالصلوة، خاصة صلاة الفجر.

[359] نوف: صدقوني ابتعدوا عن الأطباء والأدوية النفسية، هذا كلّه علاجه بالقرآن فحسب.

مناف: لا تقل لي جينات ولا تقل لي نوائق عصبية، هذا كلّه كلام فارغ، إن هذا

تجارب مسافرين بين القطبين

لمرض هو مرض روحي، فلا تضحك على عقول الناس.

[360] سعيد: إن الصلة والخشوع فيها، ثم قراءة القرآن، تغريك عن كل شيء حتى لو كان وراثياً ومن أقوى نوع.

يعماسن: يا عزيزي لا تتعجب نفسك لهذا المرض، إنه ليس مرضًا وإنما هو مرضٌ شيطاني فقط.

رجل الكوفه: لوسيلة! هلا عدنا إلى التعليقات ذات الصلة أم أنك تريدين إضافة بقية السهرة في قراءة هكذا تعليقات؟

[361] الوسيط "بخجل": لقد لفتت هذه التعليقات انتباهي. دعني أقرأ تعليقات أخرى.

لولا: أنا زوجة، وأم لطفلين، ولقد كنت مكتبة لسنوات عديدة، ثم فجأة أتنى نوبة هوس قوية جداً قمت فيها بأفعال بشعة جداً. تعرضت لردود فعل عنيفة جداً من زوجي وعائلتي بما فيها من ضرب وإهانات وتعذيب. وبعد الذهاب لعدة أطباء، وجدت طبيباً شخصني باضطراب ثالثي القطب. لكن للأسف لم يصدقني أحدٌ من أهلي وأقاربي، باستثناء والدي الغالي.

[362] لجوبي: إن هذا المرض اللعين أكثر سوءاً من السرطان والإيدز. أنا مصابة بهذا المرض اللعين، يتكرر زواجي وطلاقي، لا أعرف ما ينبغي عليَّ فعله، ولا ما لا ينبغي عليَّ فعله. لا أستطيع اتخاذ أي قرار، ولا إبداء أي رأي. إنَّ في رأسي شخصين مختلفين. هل لك أن تخيل في رأسك شخصين مختلفين؟ هذا صراع قوي وعذاب قاهر.

جرجس: أنا مولود بشهر مارس ومصابٌ باضطراب ثالثي القطب. فعلاً إن هذا المرض قد عذبني، لكن الأدوية كانت ناجحة معه.

[363] جوزفين: أنا مريضة بهذا المرض. أيُّ أفضل الموت على هذا المرض لأنَّ ألمه

النفسي لا يتحمل. لقد قمت بالفشل بمحاولة انتحار فشلت فيها لحسن الحظ، لأنني حالياً أتعالج بدواء ممتاز وحياتي تغيرت إلى الأفضل، لكن يجب عليّ ألا أتوقف عنأخذ الدواء أبداً. إنّ المصاب بهذا الاضطراب يعاني بحق.

حالك: إنّ هذا المرض لعين. أنا إنسانٌ مبدعٌ وذكي جداً وأعاني من هذا المرض العقير، أدعوك بالشفاء، لقد تعبت وأريد أن أعيش في سلام.

مرضك: أنا أعيش في هولندا وأعالج من اضطراب ثالث القطب منذ ثلاث سنوات، وينفس الوقت لدى إبداع وأنا أدرس صحافة وإعلام حالياً.

[364] ملتصق: تم تشخيصي في بداية الأمر على أنني مصاب بالفصام، ثم على أنني مصاب ببعض من الذهان مع اضطراب ثالث القطب، وفي النهاية تُخصّت على أنني ثالث القطب فقط.

قمت بمحاولة شبه انتحارية منذ 8 سنوات حين تناولت جرعة زائدة من الدواء بنية النوم الطويل والهروب من الواقع، حمدًا لله أنني ما زلت على قيد الحياة، فحياتي تغيرت كثيراً بطريقة إيجابية.

أفكاري وإبداعي وحتى طريقة كلامي أحياناً تفوق الحدود خاصة حين أكون في فترة بلا دواء وفي نوبة الهوس. أنا أستاذ رياضيات، ومبرمج موقع إلكترونية، وكاتب خواطر وشعر وأغاني راب، وأحسن أنه عندي قدرة عالية على التمثيل. كنت في فترة ماضية أقوم بتحفيز طلاب البكالوريا عبر موقع التواصل الاجتماعي على الانترنت. أنا شخص مثقف وهزلي في آن واحد. مهتم كثيراً بمجال تطوير الذات وتحليل الشخصية والفكر حتى أنني طورت حس الفراسة بشكل عال في الآونة الأخيرة. حين يرى الناس كل هذا يرونني ناجحاً مميزاً وسعيداً. ولكن بصراحة حين أكون مع نفسي، خاصة في الحالة العادبة أو الاكتئابية، أكره نفسي كثيراً وأحس أنني فاشل جداً ولا أساس ولا سبيل لي في الحياة كي أنجح.

وواجهت الكثير والكثير من التحدىات والحمد لله لازلت أطور نفسي داماً.  
وقد كنت فيما مضى أتابع حالي مع طبيب نفسي، ولقد كان في الحقيقة  
يعينني على قضاة أموري وتطوير ذاتي والتحدي الذي ألاقيه. أنا الآن شخص  
طموح، ولا أحب العمل الوظيفي، بل أحب العمل الحر. لذا، فإنني في فترة  
ما تحت الهوس (حين أكون ملتزماً بدوالي) أعمل جيداً وأكون نشيطاً ومحبّكاً  
في زمام الأمور. لكن يحصل عني أحياناً أن تنتهي نوبة تحت الهوس وأدخل  
نوبة الاكتئاب وأنا لم أكمل كل عملي بل يكون عندي أعمال لزيان أو  
لاصدقاني أو تحضيرات لدروس للطلاب، وهذا يسبب لي الكثير من الفشل  
والإحباط في الحقيقة.

ياذن الله لن يكون لي مصير غير النجاح. كثيرون من المصابين باضطراب  
ثنائي القطب واجهوا التحدىات وصمدوا. ياذن الله سأبقى أطور نفسي داماً  
حتى أبلغ مقصدِي. بالمناسبة، إنني أكتب الآن هذا التعليق وأنا في مرحلة  
تحت المزاج العادي، حيث إني الآن أقاوم الدخول في الاكتئاب. شفـي الله كل  
مربيـن وأعـانـه ووـفقـه للنجـاحـ.

[365] دالية: اختي مبدعةً وذكية لكن للأسف تغلب عليها المرض. لقد تأخرنا في  
الوصول إلى التشخيص الصحيح، لأن الأطباء في السابق كانوا يشخصونها على  
أنها حالة فصام.

حيالي: بسبب هذا المرض الحقيقي انتحرت اختي. كل هذا بسبب جهلنا بمخاطر  
هذا المرض مما أدى إلى وصوله إلى مراحل متقدمة أدت إلى انتحارها. علينا  
التوعية من هذا الاضطراب الخطير، كي نعمي حيوات الناس.

[366] بهار: هذا المرض قد دمر حياتي، لم أكن أعلم أنّي مصاب باضطراب ثانٍ  
القطب إلا بعد أن استعملت مضاد اكتئاب، حيث دخلني مضاد الاكتئاب في  
حالة هوس جعلتني أترك دراستي وأسافر إلى الصين. وبعد عودتي عاد

الاكتتاب مجدداً. لقد تعبت، أقسم ألي تعبت.

أكرم: لعنة الله على هذا المرض، أقسم بالله بعد ما تنتهي نوبة الهوس تشعر أنك مجنون وغريب وأحمق وقمت بتصرفات حمقاء للغاية عندما كنت في حالة الهوس الفظيعة.

سماح: لدى صديق عزيز علي لديه هذا الاضطراب. لقد أعجبت بشخصيته الراقصة، إنه إنسان ذكي، لكن بعد أن تطور الكلام بيننا تخاصمنا وصدر منه كلام لم أتوقعه منه إطلاقاً حتى وأنا عصبية. بعد عدة أشهر اتصلت به فكان لطيفاً معي، وتسامحنا وقال لي أنه مريض باضطراب ثالث القطب فتعاملت معه بشكل طبيعي لكن احترق قلبي حزناً عليه. أصبحت أذهب إلى العمل وأنا أتألم، حتى أصبح أصدقائي يصفونني بالملكتبة من شدة حزني من أجله. لم أظهر له ألي حزينة، وهو لم يعد يتواصل معي منذ ذلك الوقت. حقاً إنه مرض متعب.

[367] صباح: لدى قصة طويلة، لكنني سأقول باختصار ألي أعتبر نفسي محظوظة لأنه تم تشخيصي باضطراب ثالث القطب الأول بأقل من سنة من تشخيصي بالاكتتاب أحادي القطب. لقد كنت على وشك خسارة دراستي الجامعية وأنا في السنة الأولى!

عبد الرحمن: آه. أقسم بالله أن الجهل نعمة. ليتنى لم أعرف أنتي مصاب بهذا الاضطراب.

[368] يوفال: يوم آخر ونفس الشيء، لا شيء تغير، كل شيء رمادي ومشوش. كنت أعتقد أن الحزن سوف يزول في أحد الأيام. إن هذا ليس صحيحاً، إنه يصبح أكبر فحسب.

أنا أتصرف بشكل طبيعي أمام الناس. إني لا أكره الناس، لكنني لا أحب التواجد بينهم.

أين السبع والعشرون

تجارب مسافرين بين القطبين

إني أبقى داخل الغرفة مع القهوة والشجائر فقط، أشياء تجعلني أسترخي.  
هل جربت هذا الشعور؟  
إذا فقدت لذة الشعور بكل شيء، الطعام لم يعد لذيناً وأنا لست جائعاً  
أصلاً لا أستطيع النوم وإذا ثمت أنام قليلاً.  
إني أرى الحياة بلا هدف، لكنني ما زلت متمسكاً بحلمي، بيد أنني عاجز عن  
المقاومة.

الأفكار الانتهارية أكبر مني.

وسادل لا زالت مبللة.

الجميع يقول لي أنتي بخير. لا أحد يشعر بما أشعر به، لذلك أشعر بأن لا أحد يفهمني، مما ولد الشعور بالوحدة لدى.  
أخاف من الكتاب وأنا الذي لا يشعر بشيء، لكنني أحرق داخلياً وعقلي  
مضرطوب.

هذا ما أشعر به كل يوم.

القاتل بيضاء.. الكتاب.

رجل الكهف: ما يصفه يوسف هو الكتاب أحادي القطب وليس ثنائي القطب.

369| الوسيط: أتفق معك. وأنا حللت الأمر هكذا أيضاً.

ياسمين: أنا أعالج من اضطراب ثنائي القطب. أنا بكل بساطة متقبلة لحالتي، وأصبحت أفهم حالي النفسية. عندما يأتيني أي شعور سلبي لا أقوم بتضخيمه، فانا أعرف أنه هبوط في الدوبيamine، وأنه نوبة الكتاب، وعندما يأتي شعور بالعظمة أو الراحة الزائدة أفسره على أنه ارتفاع بالدوبيamine وأنه حالة هوس، وبالطبع مع العلاج الكلامي عند المعالجة النفسية بالإضافة إلى أدوية مثبتات المزاج وصلت إلى مرحلة من تقبل المرض لدرجة أنه أصبح صديقاً لي بالفعل. فأنا بسببه اكتشفت ابداعي بكتابة القصص بشكل لافت. عندما

تكون مبدعاً فهذا ذوي، يجعلك تتقبل المرض. صحيح أن اضطراب ثنائي القطب هو اضطراب خطير، لكن علاجه موجود، والتعايش معه جميل وعادي.

[370] ألبني: لقد تم تشخيصي باضطراب ثنائي القطب الثاني. أنا تأثّرني نوبات اكتتاب حاد بشكل متالي، ولم أصل في نوبات تحت الهوس إلى الشعور بالسعادة أبداً. حياتي كلها اكتتاب. قبل أن يأخذني أهلي إلى الطبيب، حاولت الالتحار عدة مرات بسبب الاكتتاب الحاد الذي أصابني لسنوات متواصلة، لكن الآن مع مثبتات المزاج ومضادات القلق ومضادات الاكتتاب تحسنت قليلاً، ولو أنّي لازلت أغاني، وأحاول بشق الأنفس أن أعيش كل يوم بشكل طبيعي.

صهيبي: بعد بدء العلاج أصبحت تسسيطر عليّ نوبات الاكتتاب أكثر من الهوس بكثير، فالهوس كان موجوداً عندما كنت لا التزم بالعلاج، وعندما التزمت اختفت نوبات الهوس لكن الاكتتاب موجود. الاكتتاب صعب، لا يفهمك أحد، تخسر علاقات وصداقات بسبب مزاجك السيء، لا أحد يقدّر تعبك النفسي.

[371] هاهم: هذا المرض يصيّبني واستطاعت التأقلم معه بعد مشاكل كثيرة. مررت باكتتاب شديد جداً ثم دخلت بالهوس. الهوس جميل جداً في بعض الأمور ولكن إن ترك بدون علاج يدخل في دوامة صعبة جداً من عدم الحاجة للنوم، والصرف الشديد للمال، وبعض أحاسيس العظمة، ومحنة الألوان الفاتحة، والعطر، والثانق، والاستماع للأغاني على مدار الساعة، بعد ذلك تتحول إلى غضب شديد جداً من أنفه المواقف، قد يؤدي إلى خسارة لكثير من العلاقات الاجتماعية والكثير من الفرص. أؤمن الشفاء للجميع.

فادي: تم تشخيصي بثنائي القطب الثاني بعد سبع سنوات من تشخيص خاطئ بالاكتتاب أحادي القطب. هذا الفيديو ساعدي وساعد الأهل بشكل كبير في فهم المرض وما كان يحدث. لك جزيل الشكر.

[372] صلاح الدين: أنا مصاب بهذا المرض وحياتي مقلوبة رأساً على عقب. اهتمامي

في تغير مستمر، لا أستطيع الإيفاء بوعودي لأنّ مزاجي يتقلب لدرجة أن شخصيتي متناقضة. أتعمس كثيراً لشراء شيء ما يعجبني، وعندما أصل إلى المنزل ينقلب مزاجي وأندم على شراءه. لا أستطيع تنظيم وقتني. أتعمس كثيراً للدراسة، لكن فور وصولي إلى المنزل لا أستطيع أن أمسك أي كتاب. إذا سألي أحد عن أي خطط مستقبلية، للإجازة القادمة، لعطلة نهاية الأسبوع، بل حتى ليوم الغد، فإن جوابي هو: لا أعرف. في بعض الأوقات أكون مفرط الطاقة، وفي أوقات أخرى كسولٌ إلى أبعد الحدود. أحياناً تكون الأفكار تتطاير داخل عقلي وأنا أنكلم بسرعة كبيرة محاولاً إخراجهم لكنني لا أستطيع إخراجهم كلهم لأنهم أسرع وأكثر تشابكاً من أن أستطيع قولهم. ولا يزال هناك الكثير مما لم أذكره هنا.

[373] أمان: أخي لديه هذا المرض وكان ي تعالج منه ووضعه جيد، لكنه ترك العلاج لاحقاً بحجة أن وضعه الصحي ممتاز ولم يعد بحاجة لهذا العلاج فعادت له النوبات من جديد. أتفى أن يرجع إلى تناول أدويته من جديد لأنّ هذا أفضل له، فحياته كانت مستقرة قبل تركه العلاج.

جوليست: لقد تم تشخيص ابني باضطراب ثنائي القطب عندما كان بعمر الرابعة عشرة، ولقد كان شاباً ذكيّاً جداً حتى أنه قد دخل كلية الطب، لكنه بعد ذلك بثلاثة أشهر انتحر بإلقاء نفسه في نهر دجلة.

[374] صفاء: أنا أعاني من هذا المرض منذ طفولتي، وقبل سبع سنوات بدأت العلاج لكن لم ينفع معه أي دواء حتى جربت البروزاك 20 وهو بصرامة دواء رائع، مفعوله مثل السحر. أُنصحكم به.

رجل الكهف: مهلا! هل لاحظتما هذا الهراء؟ إنها تصف للناس الدواء الذي أفاد حالتها الخاصة وكأنها تتصحّهم بدواء غسيلي قد أعجبها تنظيفه. هذه الحالة التي يجب مكافحتها يا صديقي. لا يمكن وصف الأدوية للناس بهذه

الطريقة، لقد سبق وشرحت لكما هذا الأمر وكزرته أكثر من مرة. نحن لا نتكلّم هنا عن دواء بروفين أو باراسيتامول، هذه نصيحة مُؤذنة بكل تأكيد، ولبست نافعَةً بأي شكلٍ من الأشكال، لاسيما وأنَّ البروزاك هو مضاد اكتئابٍ وقلقٍ وليس مثبتاً مزاج ثنائي القطب. إنها تتصحّن الناس بهذا الدواء وهي لا تعرف من الأساس أنه ليس دواء ثنائي قطب.

[375] لوسيل "ضاخكة": فعلاً هذه كارثة. لا يزال كثيرون في مجتمعاتنا يفعلون هذا عن جهل منهم، يعتقدون أنهم يفيدون غيرهم بينما هم في الواقع يضرُّونهم. كاريينا: أنا ثنائي القطب الثاني، أتفى أن أعود كما كنت في السابق. أتفى أن أشعر بالسعادة التي كنت أشعر بها. لم يبعد هناك طعم لأي شيء، ولم تبدأ الأمور الجيدة تحصل لي إلا بعد فوات الأوان، بعد أن انعدم عندي الإحساس. لقد سُمِّت جداً من هذا المرض.

[376] باسل: في الواقع ليست كل تقلبات المزاج هي ثنائي القطب. أحياناً يختلط الأمر على الناس، بالنسبة لي، لقد أتنى الأعراض كلها فجأة. كانت لدى أعراض خفيفة منذ زمنٍ طويل قبل ذلك، لكن أهلي والناس المحيطين بي لم يعرفوا أنّ حالي هي نتيجة اضطرابٍ نفسيٍّ، وأنا نفسي لم أكن أعرف، وكانت اتجاهلي الكثير من الأعراض التي تحصل معي. لكن بعد أن اشتُدَّت الأعراض قام أربع أطباء بتشخيصي على أنّي ثنائي القطب. لذا، فإنّي أتصحّ الجميع أن يطلبوا التشخيص فور بداية أي أعراض قبل أن تشدّ هذه الأعراض لديهم.

طلال: لدى اضطراب ثنائي القطب منذ فترة طويلة جداً، وهو يتفاقم لدى مع مرور الوقت ولا أحد يريد أن يفهمني لأنّي أجد صعوبة بتوصيل شعوري للآخرين، وعندما أحاول ذلك، فإنّهم يضحكون علي، ويستخفون الأمر. أتفى أن يكون كل يوم هو آخر يوم لي في هذه الحياة، لقد حطمْتني الكتاب.

[377] وفاء: إنك تشعر وكأنك داخل أرجوحة وهي تهتز. مزاج حزين جداً يتبعه

مماج سعيد جداً: ارتفاع وانخفاض على الدوام تمنى أن يتوقف أو أن تستطع السيطرة عليه، لكنه لا يتوقف، وأنت ليس لديك القدرة على السيطرة عليه. أنا كاتبة، ومريضي ساعدي بكتابية أمور متناقضة ومختلفة. أنا مثلاً أكتب رسائل انتحار وأكتب في التنمية البشرية. هل لك أن تخيل؟ لهذه الدرجة يؤثر المرض فيك. إن الأمر ليس مجرد مماج عابر فحسب.

ليان: أسمعك الآن وأنا أبكي لأنني دخلت نوبة أكتاب منذ أسبوع وكرهت نفسي بسبها. هذا ما يحصل معي دائماً، أدخل النوبات، فاكرة العالم فجأة، وأقطع علاقتي مع كل الناس بدون سبب، وأغضب بدون سبب، وأكره أن استمع لصوت أي أحد، وأشعر بتأثير ضمير كبير جداً أيضاً بدون سبب. يدوم هذا للأسبوعين ويختفي بعدها لأنتقذل إلى القطب الآخر فجأة، فأصبح مفرطة النشاط، والسعادة، ولا أتوقف عن الكلام، وأمارس الرياضة، وبسبب فرط نشاطي لا أستطيع النوم، وأبقى في حركة دائمة. لقد كرهت هذه الحالة جداً كما كرهت نفسي.

[378] جان: باختصار، اضطراب ثانٍ القطب هو أن تفرح أكثر من المعتاد وتحزن أكثر من المعتاد. وهذا الصعود والتزول المفاجئ والسريع خطير جداً.  
محمود: هذا المرض أشنع من السرطان والإيدز. إنه يدمر حياتي.

[379] هيمين: أنا مريض بهرض ثانٍ القطب والوسواس القهري لكنني تحسنت من هذين المرضين بتناول الأدوية وأنا لا زلت في تحسن مستمر.

محظوظي: من بعض الأفكار التي تأتيني وأنا في نوبات هذا الاضطراب هي أن أؤسس منصة معلوماتية تضم أربع وأمهر العباقرة في الهندسة المعلوماتية وأن نتحمّم بمشاعر الناس للوصول إلى ما ينفع الدين والمصلحة الذاتية.

[380] هارون: مرض خبيث دمرني. لم النوبات لا يُحتمل على الإطلاق.

سلام: أحياناً أهمني لو كنت مصابة بالسرطان لكن أفضل من هذا المرض، فعلى الأقل يكون الناس المحظوظون بك فاهمين لوضعك ويعاملون معك على أساس ذلك، أما كمريض ثالث القطب، فأنت شخصٌ وحيدٌ وغير مفهوم لأحد.

[381] عبد الجليل: أنا مصاب بهذا المرض منذ أكثر من عشر سنوات ولا يزال التأرجح بين القطبين يزعجني، أنا مستمرٌ على تعاطي مثبتات المزاج وأهمني أن يختفي هذا الكابوس إلى الأبد، وكلّي أملٌ أنه سينتهي وأنّي سأجد السلام في نهاية الأمر.

أبو يكر: فعلاً إنّ هذا المرض هو الجحيم بعينه، إنه يجعلك غير قادرٍ على تبني أي آراء أو مبادئ أو مواقف ثابتة. لقد شُخصت به قبل خمس سنوات إثر صدمةٍ عاطفية قوية نوعاً ما إضافةً إلى بعض الضغوطات المتعلقة بالدراسة وغيرها. ثم أثناء فترة العلاج اكتشف الطبيب أنّي أعاني أيضاً من الرهاب الاجتماعي. وعلى الرغم من شعوري الدائم بانفصالي عن الواقع لا أنّي مواطنٌ على تناول الدواء يومياً بانتظام مع ممارسة الرياضة والتأمل، على أمل أنّ المستمرارية تحقق الشفاء يوماً ما.

[382] معلوج: أنا ثالث القطب الثاني، ومع أنّ فترة الاكتئاب غالباً ما تكون طاغية على حياتي تصل لأشهر، إلا أنّي تخلصت من مضاد الاكتئاب بأمير من الطبيب بسبب أنه يسبب لي نوبات مختلطة لا تُطاق. وأسوأ ما في المرض أنه يسلبك أجمل ما فيك من صفات وميزات. في الماضي كنت مغرماً بالرسم والكتابة والطالعة، أما الآن فأننا أشعر أنه ليس باستطاعتي فعل أيّ من هذه الأشياء. أو بعبارة أوضح أشعر بشللٍ تامٍ في التفكير. ومهمها تحدثنا عن سلبيات هذا المرض فلا حصر لها.

[383] سلام: أي مريض ثالث القطب، وأنا كنت مشخصةً بالإكتئاب أحادي القطب قبل أن يتم تشخيصي بثالث القطب قبل عامين. لدى سبع محاولات انتحار، منذ سنين بدأت بالتدخين أيضاً. في نوبات الهوس أكون مفرطة النشاط،

سيدة جداً لا أنام ولا أكل بشكل جيد، لأنني لاأشعر أني بحاجة للنوم والأكل. إندي الكثير من الشيء التي لست بحاجتها. أبدع في عملي. من الممكن أن أقوم ببعضه عمل في الوقت عينه دون أنأشعر بالتعب. يبقى الأمر هكذا حتى أقدم بالانقلاب نحو الكتاب والانعزال عن العالم والتفكير في الانتحار. كما أني أختبر الهاوسات في نوبات الهوس ونوبات الكتاب. لقد تعبت حقاً.

فديو: إن ثنائي القطب هو أكثر إنسان يستطيع أن يشعر وأن يعبر عن أحاسيسه. إنه الوحيد الذي يشعر بأقوى الانفعالات، سواء التعاشرة أو النشاط للغرض. هو يستطيع التعبير بإتقان لكنه لا يرغب بذلك عادة لأن الناس العاديين لن يستطيعوا فهمه. إنه أيضاً يكون أذى من الناس العاديين عادةً.

[384] حسین: أشكرك يا مقدم الفيديو، لقد كنت سبباً لرجوعي نوعاً ما إلى الحياة الطبيعية بعد مشاهدتي لفيديوهاته، فقد كنت أغالج من الكتاب وكانت الأدوية تزعجني جداً. لما عرفت منه عن أعراض النوبات تحت هوسية وجدتها تتطبق علي، ولم أكن قد سمعت بها من قبل. لذا فقد ذكرت الأمر للطبيب فشخصني على أني ثنائي قطب ثانٍ، وغير لي الأدوية، ومنذ ذلك الوقت وأنا في تحسن مستمر. لن أستطيع إيفاءك حقك من الشكر.

رجل الكهف: هذا هو بالضبط ما يجب على الشخص الاستفادة منه من فيديوهات اليوتيوب ومن الكتب التي ستنتشرها أنت عن محاوراتنا هذه. هذا، فقط هذا. لا يجوز أن يُشخص الإنسان نفسه بناءً على ما يشاهده أو يقرأه من معايير تشخيص.

دللي: هذا صحيح، كنت أفكّر في نفس الأمر.

[385] أوسيل: أريد رأيك في هذا التعليق يا رجل الكهف.

عبد الجليل: لا تنسوا أن الآنا العليا عند الشخص قادرةً على جعله يكمل

حياته بشكل طبيعي. إنـهـ هـذـاـ المـقـطـعـ يـصـفـ الـاضـطـرـابـ كـمـاـ هوـ فـيـ الغـربـ. لاـ تـنـسـوـ أـنـ غـيرـ الـمـؤـمـنـ يـخـتـلـفـ عـلـاجـهـمـ جـذـرـياـ عـنـ الـمـؤـمـنـ. إـنـ هـذـاـ الفـديـوـ يـتـكـلـمـ عـنـ فـتـةـ مـخـتـلـفـةـ قـامـاـ مـنـ الـبـشـرـ لـيـجـبـ أـنـ تـقـيمـواـ اـضـطـرـابـاتـكـمـ الـفـسـيـهـ بـنـاءـ عـلـيـهـاـ. وـأـرـجـوـ الـاـتـشـاهـدـاـ إـلـاـ مـقـاطـعـ فـيـديـوـ لـعـربـ مـنـ دـاخـلـ الـوـطـنـ الـعـرـبـ حـيـثـ يـكـونـ مـرـضـاهـمـ مـنـ الـمـؤـمـنـ، عـنـدـهـاـ سـتـجـدـونـ أـنـ تـشـخـيـصـاهـمـ تـغـلـفـ جـداـ عـنـ تـشـخـيـصـاتـ أـهـلـ الـغـربـ. إـنـيـ ذـكـرـكـمـ أـنـ الـاـخـتـلـافـ جـذـرـيـ يـاـ إـخـوـيـ. استـمعـواـ إـلـىـ [الـبـرـوفـيـسـورـ قـلـانـ وـفـلـانـ مـنـ دـجـالـيـ الـيـوتـيـوبـ]ـ وـسـتـجـدـونـ الـاـخـتـلـافـ بـيـنـ تـشـخـيـصـ الـمـؤـمـنـ وـغـيرـ الـمـؤـمـنـ.

**رـجـلـ الـكـهـفـ:** ماـ هـوـ التـعـلـيقـ الـذـيـ تـرـيـدـيـهـ مـنـيـ بـحـقـ الـجـهـيـمـ  
لوـسـيـلـ "ـضـاحـكـةـ": تـوقـعـتـ منـكـ رـدـةـ فعلـ كـهـذهـ.

[386] دـلـلـيـ: دـعـيـناـ نـقـرـأـ تـجـارـبـ النـاسـ وـآرـائـهـمـ يـاـ لوـسـيـلـ.

دـلـوـودـ: كـانـ لـدـيـ مـحاـوـلـةـ اـنـتـهـارـ مـؤـخـراـ وـتـمـ إـيـادـيـعـيـ الـمـشـفـيـ، وـأـنـاـ الـآنـ فـيـ وضعـ جـيـدـ.

عـلـهـ الـدـيـنـ: أـنـاـ ثـانـيـ الـقـطـبـ، وـإـنـ أـكـثـرـ الـمـراـحلـ خـطـرـاـ الـتـيـ اـخـتـبـرـتـهاـ فـيـ حـيـاتـيـ هـيـ سـتـةـ أـشـهـرـ مـنـ الـاـكـتـابـ الـعـادـ بـدـوـنـ تـعـاطـيـ أـيـ دـوـدـيـةـ. إـنـهـاـ الـفـرـةـ الـتـيـ اـكـتـشـفـتـ فـيـهاـ مـكـامـ قـوـيـ.

هـهـاـبـ: لـقـدـ دـمـرـيـ الـمـزـاجـ، فـهـوـ مـتـقـلـبـ صـعـوـدـاـ وـهـبـوـطـاـ عـلـىـ الدـوـامـ.  
نـوـعـ: الـاـنـتـهـارـ قـرارـ جـيـانـ يـحـتـاجـ الـكـثـيرـ مـنـ الشـجـاعـةـ.

[387] الـكـسـالـدـرـاـ: كـانـ لـدـيـ طـفـولـةـ صـحـيـةـ وـطـبـيعـةـ مـعـ كـلـاـ الـوـالـدـيـنـ. فـيـ الثـالـثـةـ عـشـرـ مـنـ عـمـريـ لـاحـظـتـ تـقـلـبـاتـ مـزـاجـيـةـ قـوـيـةـ لـدـيـ، وـمـنـذـ ذـلـكـ الـوقـتـ وـحتـىـ عـمـرـ الـواـحـدـةـ وـالـعـشـرـينـ كـنـتـ أـعـيـشـ فـيـ الـجـهـيـمـ. كـنـتـ مـكـتـبـةـ بـشـدـةـ وـلـدـيـ اـضـطـرـابـ التـشـوـهـ الـجـسـمـيـ، كـنـتـ بـدـوـنـ أـصـدـقاـءـ، وـكـانـتـ تـنـمـ مـضـايـقـتـيـ لـفـظـياـ

ومنهاً في المدرسة وأصبحت علاقتي سيئة مع أهلي وفقدت مصدر دعمي العاطفي ولم يبق لي من يهتم بي. لقد كنت أعيش وحيدة في الجحيم. لقد ابتلت على الهروب من المنزل وأن أهدي بقتل نفسي. التجأت إلى الرب كي يساعدني في محنتي، لكن ما كنت أريده هو أن أعيش بشكل طبيعي كما كنت أشعر عندما كنت طفلاً. كان والداي قاسين جداً ويعبرانني على النهاية إلى المدرسة التي تتم الإساءة لي بها. لقد اعتدت على البكاء لعدة مرات كل يوم. ومع ذلك، أنهيت دراستي ودخلت كلية الطب، واعتتقدت أن مأسائي قد انتهت وأن الحياة ستشرق لي. لكن بعد فترة قصيرة، وأنا بعمر الواحدة والعشرين، أتنى أول نوبة هوس مع أعراض ذهانية من أوهام وهلوسات والتي استمرت لمدة خمسة أشهر. لقد رسبت في الامتحانات بشكل مثير للشفقة، لكن ومع ذلك،تابعت دراسة الطب. لقد تم تشخيصي باضطراب ثانى القطب مع أعراض ذهانية لكنى رفضت التشخيص وهم أتناول أدويني. ونتيجة لهذا، أتنى نوبة هوسية أخرى دامت لمدة ثلاثة أشهر وأنا في عمر الثالثة والعشرين. كنت فاقدة لوعلي تماماً. كنت أرقص في مواقف السيارات، وأركض وأنا داخل المشفى. كانت لدى رغبة جنسية مفرطة وأوهام الإهارة. (انظر رجل الكهف 2019: 78)

خسرت ثمانية كيلوجرامات من وزني في أقل من ستة أسابيع على الرغم من أنني كنت أكل بشراهة. كنت أنم قليلاً جداً. وعلى الرغم من كل ذلك الجنون، فقد نجحت في الامتحانات النهائية في الجامعة، وكان ذلك لأنني أخذت دوائي قبل بدء الامتحانات بأسبوعين. لقد بدأت بأخذ الدواء لأنني أخيراً أدركت أنني بحاجة لشيء ما يجعلني أهداً. لكن مع ذلك، كنت لا زلت غير مقتنعة أنني مصابية باضطراب ثانى القطب الأول، لهذا السبب، كنت غير ملتزمة بأخذ الدواء، ونتيجة لهذا فإنه في السنة التالية أتنى نوبة هوس أخرى خسرت بسببها صداق أحدهم، عندما بدأت التفكير بأنني قد أكون

دانييل رجل الكهف

حوار مع دجل الكهف في اضطراب ثالث القطب  
بالفعل مصابة باضطرابٍ نفسي لذا فإنني التزمت منذ ذلك الحين بأخذ الدوام  
لقد مضى أربع سنوات ولم تأتي أي نوبة هوس، لكن فقط لدى الكتاب  
خفيف.

[388] ليك: أنا لديّ الحالة المختلطة من نوبات اضطراب ثالث القطب. لقد تعنت  
كثيراً منها.

هاديه: والله كرهت حالي التي أنا فيها. أنا إنسانة ضعيفة، ولا يمكن الاعتدار  
عليها بسبب المزاج المتقلب.

هدي: أنا ثالثي القطب وتم تشخيصي بعد عشر سنوات من بدء طلب العلاج  
ويعد مروري بكل حالات ثالثي القطب الآن تخطيت حالة المرض بسبب  
التزامي بالعلاج ووصلت إلى مرحلة الشفاء.

[389] إبراهيم: تم تشخيصي بالاكتتاب أحادي القطب وتناولت أنواعاً مختلفة من  
مضادات الاكتتاب، ثم تم تشخيصي بالفصام وتناولت الأدوية الازمة، مؤخراً  
فقط تم تشخيصي كثالبي القطب الثاني، لدى اكتتاب حاد يستمر لأكثر من  
شهرين أحياناً. نوبات تحت هوسي تستمر أسبوعاً أو أسبوعين مصحوبة  
بهلوسات متكررة. أكون شديد الانزعاجية، مفرط الطاقة، لا احتاج إلى النوم  
الأفكار تأتي من كل حدب وصوب، وأقرأ الكثير من الكتب، وفي نوبات  
الاكتتاب أفقد الرغبة في كل شيء، ولدي محاولات انتحار. مزاجي لا يكون  
طبيعياً إلا لساعاتٍ فحسب.

[390] سعاد: أنا لديّ تصالح كبير مع نفسي وليس عندي أي حرج من حالي كمصابة  
باضطراب ثالثي القطب. أنا عرّضت نفسي للتشخيص عند الطبيب رغم  
معارضة أهلي وعدم اقتناعهم بضرورة هذا. ولقد عملت على توفير تكاليف  
العلاج بنفسي. كل زياراتي للأطباء، ما عدا ثلاثة منها، كنت أقوم بها وحيدة  
دون أهلي. لقد مررت على تسعة أطباء لكنني لم أكن أحسن بالآدوية. ثم

عندما علمت باضطراب ثانى القطب بدأت بمراقبة حالي وطرحت الأمر على الطبيب، لكنه، كي لا يتراجع عن تشخيصه، قال لي بكل سخرية أني مريضة متوفمة. ففككت على مراقبة تقلباتي المزاجية وتذوينها في يوميات عرضتها بعد فترة على طبيب ثانٍ والذي بعد تحليلها أكد على أنّ تشخيصي هو ثانى القطب، وهذا كان بعد ثلاث سنوات من جولات التشخيص والعلاج.

[39]هادياً: أنا مصابٌ باضطراب ثانى القطب. لا أنكر الأوقات التي مررت فيها بيأس وإنجذاب وأفكارٍ انتحارية. لقد عشت أوقاتاً مظلمة، لكنني كنت أشتاق إلى الحياة. وطالما أنا أعيش في هذه الحياة، فإنّ عليَّ إيجاد طريقةٍ كي أعيش فيها بشكلٍ صحيح. إنَّ أقل شيءٍ في نوبات الكتاب هو أنك تتعنى الموت حتى ولو لم تفكِّر أو تخطُّ للانتحار. لكن يكمن جزءٌ كبيرٌ من الانتكاسات في عدم المداومة على الدواء. لو أخذت الدواء بالجرعة المناسبة بشكل منتظم سوف تتعافي بشكلٍ أفضل.

[392]هلي: أنا مصابٌ باضطراب ثانى القطب، ومن تجربتي أنسح ألا يتعاطى أحد العلاجات غير الدوائية. إنَّ المخدرات والمسكنات تفقد مفعولها مع الوقت ويضطر الممرء إلى زيادة جرعاتها بشكلٍ مستمر، وعندما يعتاد الجسم عليها تصبح غير فعالة كما كانت في البداية.

إنَّ المخدرات والمسكنات تتلاعب بالشخص. إنها خبيثة، تظهر برداء منعش ولكن مزيف. حتى السجائر والكموليّات وكل المسكنات الدوائية وغير الدوائية هي وهمٌ وسرابٌ زائف. أنسح الجميع بالأدوية العلاجية. من الممكن أن يحتاج الشخص إلى وقت حتى يجد الدواء المناسب مع الجرعة المناسبة، صحيح أنها في البداية لا تعطيك تلك النشوة والأحساس العالية، لكنها هي الأفضل على المدى الطويل. وهي غير مزيفة، ولا تدخلك في دائرة الوهم ولا تتلاعب بك. خذ وقتك واتخذ القرار الشجاع كما فعلت أنا.

## حوار مع رجل الكهف في اضطراب ثالث القطب

[393] صفوان: أنا الآن في نوبة تحت هوسية، وأنا أحب هذه النوبات وأعرف كيف استفيد منها، بينما الكتاب كاربي، إنه يقتلني حرفياً. الآن أنا لم أقلم منذ حوالي الـ٦٠ ساعه، وعندما أنام أستيقظ بعد ساعتين أو ثلاثة، وتستمر هذه الحالة، أقصد نوبة تحت الهوس، لمدة أقل من أسبوع، بينما تستمر النوبة الاكتابية أكثر من شهر.

[394] فاطمة: أنا شخصياً أعاني من اضطراب ثالث القطب منذ خمسة عشر سنة حيث مررت بأول نوبة تحت هوسية دامت حوالي أربع أيام، حينها اعتقدت أني أتيت بالسحر وأحضرروا راقي ملائجتي. وبعدها بدأت تأتيني نوبات الكتاب ونوبات تحت هوسية بشكل متكرر. وبسبب عدم خصوصي لأنّ علاج أصبحت نوبات الكتاب حادة جداً وأصبحت أنتقل بدون فواصل زمنية بين نوبات الكتاب العاد والتوبات تحت هوسية. وقبل خمس سنوات أصبحت بنوبة هوس شديدة اضطربت أهلي كي يأخذوني إلى الطبيب الذي شخصني بالفصام.

بدأت بأخذ العلاج الذي خفف كم الملاوسيات التي كنت أتعاني منها أثناء نوبة الهوس ولكنها أدخلتني في نوبة الكتاب كانت الأكثر حدة في حياتي، وما زادها حدة هو أنّي كنت غير متنبّلة للمرض وأقول أنّي لست مجنونة بحسب التعبير الشائع، وعلى مدار السنوات التي تلت ذلك، وبعد أن قرأت بالصدفة اسم اضطراب ثالث القطب في نشرات أحد أدويتي، وهو اضطراب لم أسمع عنه من قبل، أثار الأمر اهتمامي فبحثت عن المرض وتعلّمت عليه أكثر، وقامت بمتابعة دقيقة لحالتي المزاجية طوال الفترة اللاحقة فوجئت أنّ معاين تشخيص اضطراب ثالث القطب تتطابق علي، فعرضت هذا الأمر على الطبيب فوصف لي مثبت مزاج كي آخذه بشكل مستمر، بينما أبقى على علاجي السابق، مضاد الذهان، كي آخذه فقط عند شعوري بعلامات بداية نوبة هوس، وبالفعل استقرّ مزاجي، واختفت الأعراض الاكتابية تماماً وأهمّها تمني الموت

باستمرار والتفكير الجدي بالانتحار.

[395] بعد عدة سنوات من نوبات الاكتئاب اكتشفت أخيراً أنّي ثانية القطب، وأصبحت أسير في الطريق الصحيح لعلاج المرض.

جملة: كم هو صعب أن تكون غير قادر بالفعل على أن تحدّد ما الذي عليك فعله أو أن تتخذ أي قرارات. أن تشعر أنك غير قادر على ضبط انفعالاتك وأنك عفوياً زيادةً عن اللزوم. أو أن تشعر أن الناس غير فاهمين وأنهم مخطئون في طلبهم لك بأن تخفّف من انفعالاتك أو تزيدها.

[396] فريحة: إنّ الضرر الذي يُلحقه ثانية القطب بالمحبيطين به أكبر من الضرر الذي يلحقه بنفسه. بالنسبة لي، أمنى لو لم أكن ثانية قطب فقط من أجل إنقاذ علاقتي.

لميرة: للأسف إنّ الجهل يجعل البعض يعتقد أن المرأة ثانية القطب فتاة دلوة وغنية. لقد خرجت مؤخراً من المشفى النفسي. بعدها أمضيت شهوراً في قصر الاكتئاب أصبحت فجأة نشطة أركض في كل مكان وألعب مع ابني وكائي ولدت من جديد في هذه الحياة. أتكلّم مع الناس دون ترکيز. وبعد أن بناء ابني، أنزل في منتصف الليل إلى الحديقة، أختبئ بين الأشجار وأبكي وكانتني أعيش أجواء الحرب العالمية الأولى.

[397] دلال: أنا لدى اضطراب ثانية القطب. عندما أكون في نوبة اكتئاب ولا تكون لدى طاقة فإني أجلس في المنزل، لكن عندما تكون نوبة الاكتئاب مترافقاً مع ملامح مختلطة فإني أكون نشطة وأذهب إلى العمل وأقابل الناس وأمارس حياتي لكن المشكلة هي أنني أكون حساسة جداً وفي قمة العصبية ولا أتحمل أي شيء، وهذا يستتبع لي مشاكل في عملي ومع الأشخاص المحبيطين بي، كما أنّي أخسر أصدقائي بسبب هذا. لقد تعبت.

## الباب الثلاثون

### الزواج والانجذاب بين القطبين

الثلاثة جالسون أمام الشاشة الكبيرة وأمامهم فناجين قهوة نصف فارغة  
وبعض البسكويت

[398] لوسيل: أريد رأيك في هذا السؤال.

سيرين: أنا أشك أن زوجي مصاب بهذا الاضطراب، هل يمكن الاستمرار في الحياة الزوجية إن هو رفض العلاج؟ بالمناسبة، هو عنيف جداً معى لدرجة لا تطاق.

رجل الكهف: لا يمكنني أن أقول لأحدٍ أن ينفصل عن أحدٍ آخر، لكن بغض النظر عن الاضطراب، وبغض النظر عن طلب العلاج، أنا، كقاعدة عامة، لا أعتقد أنه يجب على أي إنسان العيش مع شخص يقوم بتعنيفه.

[399] لوسيل: أشاطرك الرأي بالتأكيد، وعلى عكس سيرين التي تفكّر بالطلاق، فإن عائدة تفكّر في الزواج.

عائدة: حبيبي مصاب بهذا الاضطراب ولا أستطيع الانفصال عنه لأنّ أحبه

كثيراً، وأنا أخاف ألا يقبل أهلي بزواجهنا. أنا سليمة ولا أعرف ماذا أفعل، أرجوكم انصحوني، ماذا علي أن أفعل؟ هل من الممكن لنا أن نتزوج؟ هل من الممكن أن نعيش بشكل طبيعي؟

رجل الكهف: هذا سؤال يتكرر كثيراً، مثل السؤال السابق. إن أهلهما هم من يجيبون على سؤال هل من الممكن لها أن تتزوج أم لا. وأنا لا أعرف ما هو الشكل الطبيعي للحياة الزوجية الذي هو في مخيلة عائنة كي أجيب على سؤالها الثاني. لكن ما يمكنني قوله لها، هو أن الأمر يختلف من شخص لآخر، لا يمكنني أن أعطي تعليمات وأنا لا أعرف حبيبها ولا أعرف حالته، فكما لاحظتها من التعليقات، إن درجة معاناة الناس وحدة النوبات التي يختبرونها ودرجة تأثير الاضطراب على حيواناتهم تختلف من شخص لآخر بشكل كبير. قد يكون حبيبها من أولئك الذين تأثيرهم نوبة واحدة مرة كل عدة سنوات، وقد يكون لديه دوران سريع للنوبات. قد يكون لديه هواجس انتخابية أو نوبات ذهانية من المحتمل ألا ترغب بها عائنة على الإطلاق. وقد يكون لديه مجرد نوبات من فرط النشاط والإبداع والرغبة الجنسية، وهذا ما قد يعجب عائنة.

إيا يكن، عليها أن تعرف أمرين، أولهما هو أن زوجها المستقبلي يجب أن يخضع للعلاج، ويلتزم به بغض النظر عن طبيعة نوباته. وهذا العلاج قد يختلف بحسب طبيعة حالته، وبالتالي تختلف آثاره الجانبية أيضاً. والأمر الثاني، وهو الأهم، هو إدراك أنه في حال أنجبت ثلاثة أطفال، هناك احتمال أن يكون واحداً منهم مصاباً باضطراب ثالثي القطب أو الاضطرابات ذات الصلة، أو الاكتئاب أحادي القطب، أو الفصام. وهذا الاحتمال أعلى بكثير مما لو لم يكن والدهم مصاباً بهذا الاضطراب. (انظر الباب الأول)  
[400] دلي: موضوع الأولاد هذا هو أكثر ما يشغل تفكيري في مثل هذه الحالات.

يمكنك التعامل مع الحالات الموجودة والممرور بظروف الحياة الصعبة وتجاربها، لكن إنجاب طفل إلى الحياة تعرف مسبقاً أن احتمالية معاناته عالية جداً، هو أمر لا أستطيع تقبليه.

رجل الكهف: لا تدعني أبدأ الحديث عن موضوع الإنجاب!

دالي "ضاحكا": كلا، كلا، صأصمت. وسأدع لوسيل تقرأ لنا بعض التعليقات.

[401] حميدو: عائلتي مكونة من سته أشخاص اثنان منهم لديهم اضطراب ثالثي القطب، والذي ورثاه، على الأغلب، من والدي.

كتنان: أنا مصاب بهذا الاضطراب. كل الناس يقولون لي أنتي أتقدم بالعمر ويسألونني متى سأتزوج. مستحبيل أن اتزوج وأنجب أبناءاً ظلمتهم وأجعلهم يعيشون حياةً مدمراً. إضافة إلى أنّ عصبيتي التي ترتفع مع الوقت قد توقعي في مشاكل مستقبلية، قد أفقد بسببها عملي، أو أدخل السجن، لذا، فمن الأفضل ألا أضع على عاتقي أي مسؤوليات إضافية.

[402] خولة: زوجي لديه اضطراب ثالثي القطب، وهو رجل بخيل. عندما يدخل المنزل وهو مبتسم وبهذه بعض المشتريات أخاف وأقول في نفسي، لقد عاودته نوبة الهوس مجدداً.

نيفين: كامرأة ثانية القطب وتعاني من مجموعة كبيرة من الاضطرابات النفسية الأخرى، وكابنة لأم نرجسية، أمهنت من كل امرأة تعرف أو تحس أن لديها اضطراباً نفسياً أن تحاول ألا تتحمل، وأن تلجأ إلى الإجهاض إذا أرغمت على الحمل. أما أنا فأعتذر لعمر العشرين لسوء الاستخدام وعدم إدراك تشخيصي. لقد قضيت سنواتي وأنا أعتقد أنّ القهر والبكاء المستمر بسببها نرجسية أمي أو بسببهما جازنا المهووس بالقاصرات. حتى إنّ هروبي من البيت بعمر الست سنوات وشربي لكمية كبيرة من الديزل نسبتها معاملة والدي

ي، والتي هي على ما يبدو بريئة. الغلل يكمن في أنا. لو كنت أعرف مرضي منذ ذلك الزمن لكنت تحملت العيش مع أهلي ولا كنت تزوجت وأنجبت وطلقت. وأنا أشعر من خلال سلوكيات ابني أن لديه نفس الاضطراب، ثالثي القطب، لكنني سأبدل ما بوسعي كي أوفر له بيته وتربيته تخفف أو تمنع ظهور الاضطراب لديه.

[403] صابرین: خالي يعاني من اضطراب ثالثي القطب لأكثر من عشرين سنة. هو إنسان جميل ومحترم ومثقف جداً لكن للأسف نوبات المرض تعاوده لأكثر من مرّة، على الرغم من تناوله للأدوية، لأنّه يتغاطى المخدرات (الحشيش) وهذا ما يمنع استقراره ملذة طويلة. هو يتفهم مرضه ولكن تفسيره لحالته هو أنّ مرضه ليس سبب مشاكله كاملة، لذا يدخن الحشيش ليضبط أعصابه، وهذا خطأ طبعاً.

هذا مرض وراثي في عائلتي من جهة الأم، ثلاثة من إخواني مصابون بالأمراض النفسية المشتركة جينياً مع ثالثي القطب، ذهان، وفصام بالنسبة لأخواتي الذكور، أما أختي فلديها اضطراب ثالثي القطب وتعاني من نوبات الكتاب وانعزال طويلة جداً. الحمد لله الوضع الصحي لأخواتي جميعهم مستقر ودائماً تتبع معهم علاجهم وهم يعانون درجة خطورة مرضهم لذلك لا يغفلون عن الأدوية التي أصبحت شيئاً عاديًّا جداً ولا تؤثر سلباً على حيواناتهم اليومية لأنّها تكون في وقت النوم فقط وهذا أمر فعال جداً. أما بالنسبة لابناء خالي فظهرت علامات المرض عند أحد ابنائه وهو تحت المراقبة الطبية بشكل مستمر.

يوسف: عمري أربع وعشرون عاماً، مصاب بهذا الاضطراب، أدرس في الجامعة ومتخصص في تخصصي، لكنني أعاني من الكتاب، وقررت لا أنزوج كي لا أنجب لابناء يعانون مثل معاناتي.

[404] عبد الصمد: من ذاق لوعة الاكتئاب بحق، لا يمكن أن ينجب أبناءً إلى الحياة.

رولا: أخي لديه هذا الاضطراب ولقد تعينا منه جداً. أحياناً يكون مكتباً وأحياناً في حالة هوس. إنَّ هذا المرض متعبٌ بالفعل، لا أعتقد أنَّ حياة أخي الزوجية ستستمر، فمن يستطيع تحمل العيش مع شخص لديه اضطراب ثالث القطب؟

[405] أمينة: أخي مصابٌ باضطراب ثالث القطب. خلال السنوات الثلاث الأخيرة أتته ثلاث نوبات. إنَّه لا يلتزم بالعلاج لأنَّه ينزعج من الآثار الجانبية كتشويف الرؤية وعدم التركيز، ولأنَّه يعتقد أنه سليم وأنَّ الناس هم السبب في مرضه. إنه متزوج ولديه ابنة وعلاقته تأثر بزوجته وبنته أثناء النوبات.

مونيا: إنَّ حبيبي لديه هذا الاضطراب، عندما يكتتب كان يختفي وينعزل وأنا لم أكن أعرف بمرضه، فكنت أسمعه كلاماً جارحاً، لكنه بعد انتهاء النوبة يعود ويتكلم معي بشكل طبيعي.

[406] ليلى: زوجي مصابٌ بهذا المرض ويعتقد أنَّ مرضه بسبب سحر أقوم أنا به مع أنه يعرف تمام المعرفة أي لا أؤمن لا بالسحر وبالجن، لكنه المرض!

فريحة: زوجي مريض ثالث القطب ويعتقد أنَّ أقوم بالسحر ويعاملني كأني عدوة له. إني أغار على معه جداً.

[407] إيناس: أنا مريضة بهذا المرض، عندما تأتيني النوبات يضربني زوجي ضرباً مبرحاً ويقول لي أنَّ آخذ الدواء وأتحرر لأنَّه لا يريد العيش مع إنسانة مختلفة عقلياً. لقد تعجبت بحق.

سحر: زوجي مريض باضطراب ثالث القطب ولم يصارحتني قبل الزواج بهذا. بعد زواجنا بأربع شهور بدأت ألاحظ عليه سلوكيات غريبة، وبعددها شهر اكتشفت حقيقة أنه في نوبة ثالث قطب. وبعد بحثي ومعرفتي لطبيعة هذا

المرض، ويسبب عدم مصارحته لي من البداية، رفعت دعوى طلاق في المحكمة على الرغم من حبي له، بيد أن غشه لي وعدم الاعتراف بحقيقة مرضه حتى بعد دخوله المشفى النفسي، بل إنه اتهمني أني أنا السبب في دخوله المشفى والسبب في أنه خضع للعلاج بالصدمات الكهربائية. لقد شعرت أني أقابل شخصاً غريباً عنِّي لم يسبق لي معرفته من قبل.

[408] **ناعمة:** عمري خمسة وثلاثون سنة، بدأت أشك مؤخراً أن عندي اضطراب ثالث القطب الثاني وأبحث حالياً عن طبيبٍ كي يشخص حالتي، وضعى معقد لأن زوجي لديه نفس تقلبات المزاجية، وبالتالي من الممكن أن يكون لديه أيضاً نفس الاضطراب، إنَّ أخي مشخص باضطراب ثالثي القطب الأول. ولدي أربعة أبناء كلهم لديهم تقلبات مزاجية، ثلاثة منهم يسيطر عليهم الاكتتاب أكثر بينما الرابعة، وهي الأصغر، يسيطر عليها فرط النشاط أكثر. إنَّ عدم استقرار مزاج أولادي يجعلهم يقترون في دروسهم، لقد بدأت أتفهمهم وأنفهم نفسي بعد أن كنت أعتقد أنَّ لدى عائلة غريبة الأطوار فحسب، خاصة أنَّ الأهل دائماً يتساملون عن قلة الانتباه عند أولادي ب رغم تفوقهم الدراسي كما أنَّ جميعهم موهوبون بالرسم. حالياً أنا أعاني من تقلبات شديدة ما بين الاكتتاب والهوس الخفيف ولا أحد يقترح لي حاجة للعلاج، إنَّهم يظلون أني بحاجة للسفر فحسب ليتعدل مزاجي. كيف لي أنْ أسافر وأنا لا أرغب في الحياة أو حتى في الخروج من البيت! إنَّهم لن يفهموا لأنَّهم لم يروا بهذا الإحساس.

[409] **زهرور:** يؤنبني ضميري بسبب التعasse التي أجلبها لحبيبي. نحن في علاقة منذ عامين وهو صابرٌ على تقلباتي المزاجية، ولقد حاولنا الانفصال بضع مرات. أنا متقلبة على الدوام. في الليل أنا إنسان، في النهار أنا إنسان آخر. أنتقل من الحب المجنون إلى الكره الشديد، من الهدوء والاحترام إلى الجنون والشك. كت

دالفيه رجل الكهف

حوار مع رجل الكهف في اضطراب ثالث القط

أ. . . . . الكحول، بكتيريا. ولقد بدأت الآن بالتحسن من كل ذلك.

[410] المصا: ساقوا للكما محادثة.

**امنة:** بعد تشخيصي باضطراب ثنائي القطب لم أعد أطيق أي علاقة مع الجنس الآخر، والسبب الأكبر هو أنني لو مرت الجنين لأحد أبنائي فهذا يعني أي من عمدة فعل ذلك. لذا، فإن تزوجت يوماً ما، فمن الأفضل أن يكون بعد سن الأربعين.

**رواب:** من الممكن أن تتزوجي شخصاً لديه أبناء ولا يرغب بإنجاب المزيد من الأولاد، وأن تقومي أنت بإجراءات منع الحمل.

[411] آمنة: نعم فكرة جيدة. شكرًا لك.

**عبد الملك:** هذا ليس بغير يا آمنة. أسأل الله أن يرزقك الزوج الصالح والذرية الصالحة وأن يكونوا معافين من كل الأمراض. إن الله هو من يقدر ما هو مكتوب، وكثير من الناس لديها أمراض مزمنة، وأمراض نفسية وهم أناس متقبلون لحالاتهم الصحية، متآلقون ومتعايشون معها، وهم متوجون في المجتمع.

دللي "بتوتر": لا تعليق على كلام هذا الرجل!

[412] لوسيل: دعنا نقرأ هذا الحوار.

ابتسام: حبيبي مصاب باضطراب ثنائي القطب. نحن مرتبطون لمدة ستة سنوات. بعد مرور سنتين ونصف على بداية العلاقة أخبرني أنه ثنائي القطب. تأقلمت مع الوضع وحاولت أن أOffer له وسائل الراحة ما أمكنني، كما أنا ناقشنا موضوع الزواج. في السنة الأخيرة حصلت بيننا مشاكل كثيرة، فقد بدأ يشك في كلّيًّا ويتهمني اتهامات فادحة بشدة وغير حقيقة. مرة يقول لي أن علينا أن نتزوج ومن ثم يقول لي أن علينا الانفصال. وبعدها يرسل لي قصائد

شعرية، لا أعرف ماذا أفعل.

**مارلين:** أنا مصابة باضطراب ثانٍ للقطب وأقول لك أنه لا يوجد شيء يجبرك على تحمل هكذا شخص، هو فقط المسؤول عن مرضه وعن علاجه وعن توفير ما يحسن من حالته. إذا كنت تتأذين من هذه العلاقة، فانسحب وابني نفسك من جديد. إن المصاب باضطراب ثانٍ للقطب يعرف كيف يدير أموره بنفسه ومع المساعدة الطبية، لكن ليس من حقه أن يسيء ملـن حوله وخاصة لحبيبه.

**ليفين:** يجب أن يكون خاضعاً للعلاج، ويجب أن يكون أهله فاهمين لمرضه وأن يدعموه ويدعموك، وألا يلقوا بالعبء عليك، يفكير تعاملك مع تقبلاته المزاجية. إن الارتباط مع ثانٍ للقطب هو خطوة يجب عليك دراستها بشكل جيد وأن تعرفي كيف ستحصلين على الدعم عندما تحتاجينه. لقد قيل في هذا الفيديو أن واحداً من كل خمسة أشخاص مرتبطين بأشخاص لديهم اضطراب ثانٍ للقطب والاضطرابات ذات الصلة يعانون من الاكتئاب. عليك أن تفجّري أنك لا تضررين نفسك فحسب، بل سيكون هناك أولاد يتاثرون باكتئاب أهلكم ومرض أبيهم. وسيكون هناك احتمالاً كبيراً أن تمر جينات والدهم لهم وتظهر عليهم أعراض ثانٍ للقطب وهم في فترة المراهقة.

نائيك عن العواقب المادية للمرض، هل سيستطيع العمل وكسب المال أم أنك بحاجة لدعمه؟ هل سيصرف على المنزل أم سيكون بخيلاً، أم ربما سيكون مبدراً للمال، أم أنه سيعرف كيف يدير مصاريفه ويوفر نفقاته بائزاناً صحيح؟ في أوقات كثيرة هو لن يكون قادرًا على اتخاذ القرارات، خاصة تلك الهامة منها مثل زيارة الطبيب، أو بيع منزل، أو استثمار للمال، فيجب عليكما أن تتفقا على صيغة لإدارة القرارات بشكل لا يضر ببيئته الاجتماعية ولا تؤثر على حياتكما بنفس الوقت.

ما الذي ستفعلينه عندما يدخل في نوبة الاكتتاب والانزعاج؟ ما الذي ستفعلينه عندما يكون متبلد المشاعر وكأنه غير موجود في هذه الدنيا؟ باختصار، يا عزيزي، هناك الكثير من التحديات التي يجب دراستها وإيجاد إجابات حازمة لها قبل الدخول في علاقة مع شخص لديه اضطراب ثالث القطب والاضطرابات ذات الصلة. على أي حال، يجب أن تفهمي أن أي زواج فيه مشاكله وتحدياته الخاصة، والزواج من ثالث القطب ليس باستثناء. ختاماً، أعلمك أنك أنت أيضاً فيك عيوب كثيرة.

ويليام: أنا مريض ثالث القطب وأنصحك ألا تكملي معه لأن حياتك ستكون تعيسة.

[413] داليد: لفت نظري رجل قد كثر تعليقاته عشرات المرات، حيث تجده يطرح قصته ويحاول الكلام مع الناس في كل فيديو له علاقة بثالث القطب. سأقرأ كما جانبياً من إحدى المحادثات التي أجرتها كي تأخذنا فكرة عن معاناة هذا المسكين مع اضطراب ثالث القطب الأول.

عبد الفتاح: أنا مريض اضطراب وجداً ثالث القطب وحياتي متوقفة تماماً. أصابني هذا المرض الغريب اللعين عندما كنت في السنة الرابعة بكلية الهندسة جامعة القاهرة، أي منذ حوالي أكثر من 15 عام، وصار عمري 40 عام إلى الآن ولم أنزوج وفشلت أكثر من خطوبة بسبب هذا المرض. أنا غير قادر علىعيش الحياة أو تقبلها كحال باقي الناس. أصبحت وحيداً وابتعدت عن كل أصدقائي وأهلي وعائلتي حتى صارت الوحيدة صديقتي الوحيدة. خرجت من نوبة هوس مؤخراً وحالياً أنا بنوبة الاكتتاب. في الواقع إني أخاف من أن أخرج من الاكتتاب كي لا أقع فريسة نوبة هوس، لأن نوبة الهوس تكون مشاكلها كثيرة، وأبدل الكثير من المال على أمور تافهة بينما أعتقد حينها أنها أشياء هامة. كما تأثيرني ضلالات فكرية وأفكار مغلولة ومتناقضة. وإن أكبر ألم لي

هو تعب أمي وإخوتي ومعاناتهم معني أثناء نوبة الهوس.

أرجوكم لو تستطعون مساعدتي على الخروج من بين مطرقة الهوس وسندان الكتاب لأن النوبتين مؤلمتين جداً جدأ حتى أصبحت أخاف من الارتباط أو الزواج كـ لا أظلم إنسانة معني أو أكون سبباً في تعاستها مثلما أنا تعيس في هذه الحياة. فاقد الشيء لا يعطيه، فكيف لي أن أعطيها الحب والأمل والتفاؤل وأنا فاقد أصلاً ملئني وجودي بالحياة. أمني أن ترددوا على رسالتي، وما هي نصائحكم لي وتقديركم لحياتي وظروفي مرضي؟ هل أقبل بارتباط أو زواج وتكونين أسرة أم أتجنب ظلم أي فتاة معني؟ كيف ستفهموني في نوبة الهوس وكيف ستتحملني في نوبة الكتاب؟ فمن لا يعيش أو يمر بهذه المرض مستحيل أن يفهمه أو يستوعبه، مع العلم أثني في نوبة الكتاب أرفض فكرة الارتباط تماماً أما في نوبة الهوس أكون مقللاً عليها لكن الأهل يرفضون لأنهم يرونني مدمرتين أي في نوبة الهوس في حين أثني لا أتعترف أنني مريض وأنا في نوبة الهوس لدرجة أنني أرفض أخذ العلاج بالكامل، وينتهي بي الحال بالعجز في مستشفى نفسى حتى تذهب نوبة الهوس، ثم أخرج وبدأ معاناتي مع نوبة الكتاب التي تكون أشد مما من نوبة الهوس. فالكتاب كانه قاتل صامت. حينها، تبدأ الأسرة في تشجيعي على الزواج وأنا في حالة رفض تام، وهي رغبة والدي وأمنيتها الوحيدة. أنا فعلًا لا أعرف ما الذي عليّ فعله. هل أنزوج على أي حال ولو أي أشعر أي سأفشل في هذا الزواج وأظلم إنسانة معني؟ منظر رد حضراتكم ونصائحكم، أخوكم في الإنسانية – عبد الفتاح.

<sup>414</sup> أهيءه: نصيحتي لك هي ألا تتزوج. أنا متزوجةً منذ عشر سنوات من شخص لديه اضطراب ثالث القطب. زوجي عمره الآن واحدٌ وأربعون سنة ولدي منه طفلاً. إن الحياة صعبة جداً معه لأنه غير قادر على تحمل المسؤولية على الإطلاق. إنه ينام أغلب الوقت بسبب الأدوية، وفي أوقات نوبات تحت الهوس لا يشعر بما حوله، يخرج كثيراً، يبتذر الكثير من التقويد. أنا أقول لك أنك سوف

## حوار مع رجال الكهف في اضطراب ثالث النطب

تظلم السيدة التي ستتزوجها في كل شيء. وفي حال قدر لك الإنجاب، فإنك ستظلم أولادك أيضاً.

وبالمناسبة، فأنا قد فكرت كثيراً في الطلاق لكنني دائماً ما أتراجع عنه لسبب لا أعلمه. والكثيرات من السيدات لا يتحمّلن أيضاً. وعلى أي حال، لدى نصيحة ثانية، في حال قررت أن تتزوج، فكن صريحاً معها منذ البداية بطبيعة مرضك بكل تفاصيل حالتك، ودع القرار لها دون أي ضغط عليها. وفي حال وافقت، أتمنى لا يرمي أهلك كل العبه عليها.

في الوقت الذي أكتب لك فيه هذا التعليق زوجي محتجز في المشفى بسبب نوبة هوس. أنا طلبت هذا لأنني وحيدة، وأهله لا يريدون المساعدة لأنهم تعبوا من نوباته وأرهقهم مالياً أيضاً، وهم غير معرفين أنه مريض. إنهم يقولون لي أن أتركه وهو سيعمل من أخطاءه. هل لك أن تتخيل ماذا يفعل الأهل بآبائهم؟ إنني أعرف وأشعر بمعاناتك لأن من يعيش مع المريض يعاني مثل المريض تماماً، إلا أن الفرق يكمن في أن الذي يعيش مع المريض يتحمل كل المسؤولية، ولو كان لديه أولاد، فالمسؤولية أعظم.

في نوبات الهوس يصل الأمر إلى زوجي إلى الانقطاع عن الصلاة، التي لا ينقطع عنها على الإطلاق عادة، بل إنه قد أغفل في شهر رمضان، كل هذا بسبب انعدام الوعي، إنه يرفض أخذ الأدوية لأنها يقول أنها تعيشه، وهذا شيء خطير بالطبع. يسهر ليالٍ كاملة خارج المنزل، يفترض المال ويقوم بتبذيره. إنه في الحقيقة يهدّر أموالاً طائلة في نوبات الهوس. ويدخن السجائر بشراهة بشعة جداً.

كل هذه الأمور أنا عايشتها مع زوجي. في الواقع، لو تم تدارك نوبة الهوس منذ بدايتها فإن الأمر يكون أسهل قليلاً وعواقبها أقل سوءاً، لكنها في بعض الحالات تكون حادة جداً لدرجة أنه يتنهى به المطاف في المشفى. وهذا ما حصل معه الآن، ومرة قبل أربع سنوات. ومع هذا إن أهله يقولون لي أتمنى

سبب حالاته هذه. رغم أنّي أذهب معه إلى الأطباء وأحجز له في المشفى وأفتر على نفسي كي أؤفر له العلاج. لكن أهله متخالفون أو غير مدركين لطبيعة مرضه. لأنهم يبحثون دائمًا عن السبب، لكنهم لم يبحثوا أبدًا عن الحل للخروج من هذه الحالة.

أنصحك بمتابعة العلاج. اترك أي شيء، مهما كان مهمًا، والتزم بالدواء بانتظام، ولا تغيير الكثير من الأطباء إلا للضرورة. إن التعايش مع اضطراب ثالث القطب أفضل بكثير من إهماله. أتمنى الشفاء لك، ولزوجي، ولكل مريض.

[41] عبد الفتح: أخي اشكرك على نصيحتك لي واهتمامك ورذك على رسالتي وأعانك الله على هذا الابتلاء ورزقك الصبر وجعل جزائك جنة الفردوس إن شاء الله ويسر الله الشفاء العاجل لزوجك وكب لكم السعادة في الدنيا والآخرة. أما من خلال معايشتي لهذا المرض لا أعرف كيف تأتي السعادة مع هذا المرض الذي من الممكن أن يؤدي إلى الانتحار في نهاية الكتاب وعجائب وغرائب الأفكار والسلوكيات في نهاية الهوس.

من الأفضل لي أن أعيش في نهاية الكتاب لسنين على أن أعيش في نهاية الهوس لسبعين، لأن نهاية الهوس خسائرها كبيرة، حيث أنني أصرف النقود على أشياء تافهة ومن الممكن أنني لست بحاجة إليها، لكنها تكون مهمة في عقلني ومخيلتي أنا فقط. وفي نهاية الهوس يكون عندي ضلالات فكرية ودينية تأثر على تفكيري وأفعالني وسلوكياتي، والمشكلة الأكبر، هي أنني لا أتعرف حينها أنني مريض وأرفضأخذ الأدوية، ومن الممكن أن أيام ساعة واحدة وأسهر كثيراً وأخرج كثيراً وأصبح ثرثاراً، لكنني أعتقد أنني طبيعي، مع أن كل من حولي من الأهل والأصدقاء يكونون متاكدين بسبب تصرفاتي وأفكاري وسلوكياتي أن نهاية الهوس قد أصابتني وأنه يتوجب علي أخذ الأدوية أو أن أدخل المستشفى النفسي، ولكن أنا الوحيد الذي أكون غير معترف أنني مريض وأني بحاجة لعلاج.

هذا طبعاً غير الأفكار الغربية التي تكون في دماغي وأنا في نوبة الهوس، منها مثلاً أن أحس بأني مراقب من خلال المخابرات العالمية وأنه يتوجب عليّ تخليص البشرية من هذا الواقع المريض الذي وصلت اليه. وتظل الأفكار توارد على عقلي من كل حدب وصوب حتى أتخيل أنّ أهلي وكل من حولي وكل من يتعامل معي يقومون بالسحر لي وأنّ عليّ فك هذا السحر بطريق غربية تأتيني في عقلي وكأنها وساوس.

ولما تطول نوبة الهوس توصلني للأفكار والضلالات الفكرية والدينية إلى أنه يتوجب عليّ أن أبحث عن خلاص البشرية وأبحث عن مخلص آخر الزمان. طبعاً وقتها يدخلني الأهل المستشفى النفسي بالإكراه وأخضع للعلاج، يعطوني أدوية وحقنا وجلسات كهرباء للمخ، وأخرج بعد فترة من المستشفى وكأنهم قد أجروا لي غسيل مخ، أكون نسيت كثيراً من الأحداث والتصورات والأفكار التي كانت بدماغي، وبعد فترة عندما أبدأ بتدوين بعض التصورات والسلوكيات أو الأفكار التي كانت بدماغي أحزن جداً وأحتقر عقلي وتصرفي، وأتعجب كيف كنت معتقداً بهذه الأفكار والتصورات الغربية! ومع مرور الوقت أدخل في نوبة الاكتتاب والتي من الممكن أن تبقى معي سنين. ثم أبدأ بإهمال العلاج وأخشى منأخذ مضادات للاكتتاب لأنها قد ترجعني لنوبة الهوس.

الغريب جداً بالنسبة لي هو أنه تكرر لدى في كل نوبة هوس نفس الأفكار والتصورات والسلوكيات. إنني أصبحت أخاف الخروج من نوبة الاكتتاب خوفاً من الدخول في نوبة الهوس لأنهما عكس بعضهما تماماً، لكن نار نوبة الاكتتاب أفضل من جنة نوبة الهوس. ومن المستحيل على أحدٍ أن يفهم أو يشعر معاناة هذا المرض إلا من أصيب به أو شاهد وعايش عن قرب مريض ثالث القطب، ولذلك أنا أرفض الزواج حتى لا أظلم إنسانية معي، حتى لو صارتتها بطبيعة مرضى وحكيت لها تفاصيله فانا أتصور أنها لن تدرك حقيقة الأمر أو تفهم ما

هي مقبلة عليه. ويبقى لدى استفسار، ما هي الأعراض والأفكار والسلوكيات التي تكون لدى زوجك في نوبة الهوس؟ وهل نفس الأعراض والأفكار والسلوكيات تتكرر في كل نوبة هوس؟ وكيف يتعامل مع نوبة الاكتئاب. وشكراً اختي على نصيحتك.

[416] **فاطمة:** إن فكرت في الزواج إياك أن تكذب أو تخفي مرضك على خطيبتك. هذه نصيحتي لك. وبال توفيق.

**لوسيل:** يبدو رجلاً يائساً مسكوناً، إذا كان هذا مجرد مقتطف من عشرات المحادثات التي يجريها على هذا النمط. دعنا نقرأ بعض العوارض الأخرى.

## الباب الواحد والثلاثون

### حوارات بين القطبين

[417] لوسيل: سأقرأ لك هذه المحادثة اللطيفة بما فيها من نصائح فتاة يافعة.

سميرة: عمري واحد وعشرون سنة، بقيت أتعذب تسع سنوات قبل حصولي على تشخيصي الحقيقي.

بيسان: لقد خرج أخي من المشفى بالأمس، وهو الآن بخير. إنَّ هذا المرض بالفعل صعب التشخيص يا سميرة. أهمني لك الشفاء.

سميرة: أسأل الله أن يعينكم على الوقوف بجانبه ودعمه. إنَّ الثقافة حول هذا الاضطراب مهمة جداً كي تستطيعوا التصرف بالشكل الأمثل. كما أنَّ عليكم أن تهتموا بصحتكم النفسية كي لا تتبعوا أنتم أيضاً. من المهم ألا تشعروه أنه عبئ على العائلة، لأنَّنا كمصابين باضطراب ثانٍ القطب عادةً ما نشعر هكذا. ولا تعاتبوه على نوبات غضبه التي قد تحدث، ولا تأخذوا كلامه وهو في تلك الحالة على محمل الجد، لأنَّنا في ثورات الغضب هذه لا نعرف ما الذي نقوله، لسنا نحن من يتكلم، بل إنَّ الاضطراب هو الذي يتكلم. وإنْ عاش شعور الحزن لا تسألوه لماذا هو حزين، فتحن عادةً لا نعرف

سيألهنا الحزن. فقط أحضنوه وأصغوا إليه دون محاولة تصحيح حالاته أو إعطاءه نصائح. فقط أعطوه كلمات الدعم مثل: نحن نحبك كيما كنت، نحن نعرف أن ما تمّ به صعب جدًا. نحن بجانبك، أنت فخر لنا، إنه ليس من السهل أن يحارب الشخص عقله، لكنك أثبتت أنك قادر على ذلك، حبيبي، حياتي، إلى ما هنالك. وأهم شيء هو لا تقولوا له ألا يأخذ الدواء وأن يكتفي فقط بقراءة القرآن أو الكتاب المقدس كي يذهب عنه الحزن والكرب. هذه العبارة لا يجب أن تُقال على الإطلاق.

ولا تقولوا جملًا من مثل: أنت مؤمن فلماذا تعيش هذه الكآبة؟ هذه الجمل مؤذية جدًا، لأن هذا الاضطراب هو خلل في كيمياء الدماغ، لا يمكننا التحكم بهذه الحالات التي تمّ بها. نحن مؤمنون كثيراً كي نستطيع الاستمرار، ولكن هذا هو دماغنا. إنه ليس من المنطق أن نقول لشخص لديه السكري ألا يأخذ إبر الأنسولين، وأن يكتفي بالصلة وستكون أمره على ما يرام.

دللي: من الطريق كيف أنها تمزج بين نصيتها لبيان، وبين كلها بصيغة الجمع، إنها في الحقيقة تكتب الكلام الذي تود هي قوله لعائذتها بالضبط. هذا واضح تماماً.

[418] أوصيل: دعنا نقرأ هذا الحوار السريع.

رشيدي: أصبحت باضطراب ثانٍ القطب الأول وأنا بعمر التاسعة عشرة، وضفت للعلاج، والحمد لله شفيت منه نهائيًا. عمري أربع وأربعون سنة، ولم أخضع لأي علاج ولم تحصل معي أي نوبات منذ حوالي السبع سنوات. أتنى النوبة الأولى قبل ثلاثة أشهر من امتحانات الثانوية العامة. ومع ذلك نجحت في الثانوية العامة، وبعدها دخلت الجامعة وحصلت على إجازة بكالوريوس، ومن ثم ماستر، ومن ثم دكتوراه. تزوجت وأنا أدرس الماجستير وأنجبت أول طفل وأنا في بداية دراسة الدكتوراه. الآن لدى ثلاثة أولاد، وأعمل

في وظيفة ممتازة.

بيبي: إبني ذو التسعة عشر عاماً يعاني من هذا الاضطراب منذ سنة. لم يستطع إكمال دراسته. إنه لا ينفك يوجل السنة الدراسية لأنه لا يستطيع التركيز والدراسة وحفظ الدروس، وهو الآن يتعالج. شكرأ لك لأنك أعطيني أملاً بالشفاء من المرض.

[419] لوسيل: وهنا أيضاً محادثة.

جيولي: ماذا يمكننا، كأشخاص معافين، أن نقدم لمرضى اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة؟ هل نتعاطف معهم أم نتجاهل مرضهم؟ ألي بحق أريد أن أعرف كيف يمكننا مساعدتهم.

ماري: أنا كمريضه ثنائى قطب أقول لك أن عليكم التعاطف والتفهم لكن بدون شفقة. أهمني أيضاً أن تثقوا أنفسكم عن المرض جيداً وأن تفهموا كل شيء بالتفصيل. نحن لا نريد شفقة، وإنما نريد أناس متفهمة ومثقفة تفهم حالتنا وبيكل تفاصيلها.

[420] دالي: بعد أن عرفنا رأي ماري، دعينا يا لوسيل نقرأ هذه المحادثة.

حمراء: أرجو أن تعلمنا، يا مقدم الفيديو، طريقة التعامل مع الأشخاص غير المتفهمين، فنحن كمرضى ثنائى القطب نعاني من هذه المشكلة كثيراً سواء من الأهل أم الأصدقاء أم المجتمع ككل. انتحر اثنان من أقاربي بسبب هذا المرض وبسبب جهل الأهل الذي تسبب بتفاقم المرض لديهما.

ملك: كيف يؤذيك الآخرون بعدم تفهمهم؟ هل لك أن تخبرنا بمواقف أو تفاصيل عن معاملتهم لك وكيف تعتقد أنت أنه كان من المفترض أن يعاملوك؟

حمراء: هل عندك مريض ثنائي القطب؟

ملك: نعم، فهل يمكنك أن تساعدني في أفهم كيف يجب علي التعامل معه؟

حمراء: حاولوا لا تتعاطفوا معه كثيراً، عاملوه بشكل طبيعي. ولا تلوموه على عدم قدرته على أداء بعض الأعمال أو الدراسة. وإذا كانت عنده تصرفات غريبة كالانزعاج أو أفعال غير منطقية فعليكم أن تفهوا أنها من تأثير المرض عليه وأنه غير قادر على التحكم بها. أعطوه مهام بسيطة يقوم بها، واهتموا به وأوصلوه إلى الطبيب المناسب واحرصوا على أن يتناول أدويته بانتظام، لأنّ أصعب شيء على مريض ثانوي القطب هو أن يستقر بأخذ أدويته. ابتعدوا عن مضايقته وعن نعنه بالمنزعز أو الانطوائي أو الكسول.

ملك: وماذا لو كان يقوم بالتعنيف والكذب؟

حمراء: عليكم أن تفهموا أن العنف، وفي معظم الوقت الكذب أيضا، هو من تأثير المرض. لا تصادموه بالكلام ولا تكتبوه أو تحقره، بالعكس وضحوا له أنكم مهتمون به لكن بدون شفقة، وعند أخذته إلى الطبيب، يجب أن يتم هذا بإقناع.

ملك: هل هناك وقت يفكّر فيه المريض ويكتشف أن كلامه خاطئ، أم أنه يبقى مقتعاً طوال الوقت بما يقوله ويفعله؟ هل يفكّر في العنف الذي يقوم به ويندم عليه أم أنه يبقى شيئاً ضبابياً أو أنه لا يتذكر أسبابه وكيفيته؟

حمراء: إنه بعد كلّ نوبة يعود شبه طبيعي ويندم على أغلب الأمور التي فعلها أثناء النوبة، ومن ضمنها العنف والكذب.

ملك: وما هو وضع عدم الشعور الذي قد يختبره المصاب باضطراب ثانوي القطب؟ هل هذا بسبب مثبتات المزاج أم بسبب الاكتئاب أم أن المريض لا يستطيع أن يشعر الآخرين بسبب مرضه فحسب؟ وماذا لو وصل إلى وضع دائم من النوبات المختلطة، هل يشعر بالنندم أو يستطيع تفهم ما قام بفعله

على حقيقته؟ وبالنسبة للأفكار الغريبة التي يبنيها بشكل لا منطقى، والتي يسمى بها الناس كذباً، هل يأتيه وقت ويكتشف لا منطقية أفكاره أم أنه يكمل حياته مقتنعاً بصحتها ولا ينتبه إلى الأمر؟

حمراء: إن حالة عدم الشعور تكون بسبب جرعات عالية من مثبتات المزاج التي تجعله، حرفيًا، لا يشعر بأي شيء، لا حزن ولا فرح ولا حب ولا أي شيء. الأفكار الغريبة تكون فقط ضمن النوبات، أما عندما تنتهي النوبات ويعود إلى مزاجه الطبيعي فإن أفكاره تعود طبيعية وسليمة. وإن النوبات المختلطة هي أسوأ ما قد يختبره المصاب باضطراب ثالثي القطب. إنه يصبح متوراً وعصبياً بسبب مزاجه الغريب. قد يشعر بحاجة ماسة للقيام بالكثير من الأشياء لكن ليس لديه الطاقة للقيام بأي شيء. قد يكون مرهقاً جداً لكنه بنفس الوقت غير قادر على النوم لليام.

المهم هو أن تعرف يا ملك أن عليكم التعامل معه كمريض، وليس كإنسان طبيعي، وأن تساعدوه بأخذنه إلى الطبيب باستمرار وبحرصكم على ممارسته للرياضة وعلى تناوله الأدوية باستمرار.

ولأن أفضل شيء تفعلينه له هو أن تمني معه على الشاطئ وأن تستمعي له بدون أن تناقشه. واعلمي يا ملك أن كلامه وأفعاله في النوبات ليست صادرة عنه. بل هي تأثير المرض. ومن حين لآخر تخفّ عنده حدة النوبات ويرجع شبه طبيعي فيندم على كثير من القرارات والأفعال التي قام ب فعلها في فترة النوبات المختلطة أو نوبات الهوس أو نوبات الاكتئاب.

وفي حال طلب منكم أن يبقى وحيداً فدعوه وحيداً ولا توبخوه. إنه بالفعل يكون محتاجاً لأن يبقى وحيداً ووجود آخرين حوله لن يحسن من حاله بل سيزيده توتراً داخلياً. إن العصبية مصدرها أنه يشعر بأشياء معينة ويغضب لأنكم لا تشعرون بها يشعر به ولا تتفهمون مشاعره، فارجوك يا أخي أن تتفهموا مرضه وأن تساعدوه في الالتزام بالأدوية، وفي المشي السريع

على شاطئ البحر أو في الحديقة، لأنه إن تفاقم شعوره بالغضب على من حوله أو على نفسه قد يؤدي أقرب الناس إليه كأبيه وأمه، بل إنه قد ينتحر.

[٤٢] **الوسيل:** وهذه محادثة تؤكّد ما تكررها لنا يا رجل الكهف.

**الكلالندر:** أنت مشكلتك، يا مقدم الفيديو، أنت مثل الكتب، تعطينا معلومات عن الاضطرابات ولكنك لم تجد لنا أي حلول. ما هي الفائدة في أن أكون، أنا أو غيري، على وعي بأنّ لدينا أحد هذه الاضطرابات، وأنّ نشاهد مقاطعك بال ساعات، ثم لا نجد أي استفادة من هذه المشاهدة؟ بما أنّك تصور هذه الفيديوهات، فأكمل معروفك متابعيك وأعطيهم طرق علاج منك أنت شخصياً وليس طرقاً تبنّيتها من غيرك. فنحن ثق بك والمدلل هو مشاهدتنا مقاطعك أنت بالذات. هل أتصحّت الصورة؟

**مقدم الفيديو: ألكسندر،** أنت تطلب علاجاً لأمراض حقيقة. أنت لا تطلب مني جبة دواء مسكن لآلم الأسنان وينتهي الأمر. هذا علاج يا أخي، إنه علاج! أنت بحاجة إلى طبيب يدرس حالتك ويصف لك الأدوية المناسبة، ويقوم بتجرب عدّة جرعات منها، وقد يقوم بتغييرها، وقد يتطلّب الأمر القيام بتحاليل وفحوصات دورية، وعليك تحديد خطة علاج لحالتك، والكثير من الأمور الأخرى. سأكون مجرّماً لو تجاوزت حدودي وقلت لك أن تأخذ الدواء الفلافي أو تتبع كذا وكذا.

أنت معتادون على الدجالين الذين يفتون في هذه الأمور. أنا لست بدجال. وإن كل ما أقوله لك هو أنه إن كنت تشكّ بأنّ هذه الأعراض تتطبّق عليك، أو على أحدٍ من معارفك، فإنّ هذا يدعو إلى الذهاب إلى طبيب واستشارته في الأمر. كما ألي أعطيك معايير التشخيص كاملة كي تعرف ما هي محددات هذا المرض أو ذاك بالضبط. إن العلاج من الاضطرابات النفسيّة أمر معقد جداً. فارجو لا تسمع لأي أحد يفتني بالعلاج منها على اليوتيوب أو التلفزيون أو

دليد رجل الكهف

مواقع إلكترونية ونحوها.

حوار مع رجل الكهف في اضطراب ثالث القطب

## الباب الثاني والثلاثون

### تساؤلات بين القطبين

[422] خولة: لقد حصلت معنوي نوبة الهوس مرتين، واحدة قبل أربع سنوات والأخرى قبل ثلاث سنوات. أريد أن أعرف هل يتم تصنيفي كثباتي قطب؟

رجل الكهف: في حال كانت خولة بالفعل قد اختبرت نوبتي هوس يتحققان معابر نوبة الهوس كما شرحناهما بالأمس، وهذا أمر يحتاج إلى أن يدققه الطبيب، فهي لديها اضطراب ثانى القطب الأول.

[423] لوسيل: كلامك صحيح بناءً على معابر تشخيص اضطراب ثانى الطب الأول، الذي يتطلب نوبة هوس واحدة فقط لتشخيصه. (انظر الباب السادس)

دلي: هلا نظرنا في بعض الأسئلة الأخرى؟

[424] فؤاد: هل الهوس يعني السعادة؟

رجل الكهف: كلا ليس بالضرورة، لم نقرأ تعليقات الناس التي عانت من الهوس؟ ولا بد أننا سنقرأ المزيد منها أيضاً.

[425] كلان: هل ممكن أن تكون الأعراض موجودة بمستوى مقبول نوعاً ما وتتفاقم

لاحقاً؟

رجل الكهف: بالتأكيد، وكثيراً ما يكون الحال هكذا.

[426] ميسون: هل يشترط لتشخيص نوبة الهوس وجود مزاج رافع؟

رجل الكهف: كلا، هذا ليس من شروط تشخيص نوبة الهوس.

[427] لوسيل: هذا صحيح، انظر هذا التعليق.

مرزوق: أنا يسيطر على تفكيري في نوبات الهوس المتكررة في كل مرة، أفكارٌ تخص السحر والشعوذة وأشعر أن الآخرين، حتى أقرب الأقرباء، يستخدمون السحر معي. هل من الممكن أن تشرح لي ما علاقة هذا المرض بالسحر، وما هي الأدلة لديك التي تثبت ارتباط المرض بالسحر؟

رجل الكهف: هذا مثال على الوهم الذي قد يرافق نوبة الهوس. لا بد أن مرزوق يعيش في مجتمع يشيع فيه الحديث عن أمور تتعلق بالسحر، فعقله الباطن مليء بهذه الأفكار، فمن الطبيعي أن تأتيه هذه الأوهام.

[428] مريانا: أختي مصابة بهذا الاضطراب، كيف يجب علينا التعامل معها؟ هل نتعامل معها بعنف أم بطريقة ودية؟ كلما عاملنا بطريقة ودية ازدادت طلبنا. إنها تتبع العلاج عند الطبيب لكن مزاجها جيد لعشرة أيام، وتكون عصبية المزاج لعشرة أيام أخرى.

رجل الكهف: اعتقاد أن نصيحة سميكة التي قرأتها قبل قليل تجib مريانا. بالتأكيد ليس بالعنف، كلمة عنف يجب أن تمحى من قاموس الجميع، سواء في التعامل مع مرضى نفسين أو مع أشخاص معافين. إن العنف يسبب أمراضاً نفسية لكنه لا يشفى منها.

[429] كريستينا: ما هي علاقة العمر باضطراب ثالثي القطب والاضطرابات ذات

الصلة؟ لماذا عندما يكبر الانسان لا يصاب به؟

**رجل الكهف:** الأمر ليس هكذا. لقد قلت لكم إن اضطراب ثنائي القطب نادرًا ما يبدأ قبل سن العاشرة أو بعد سن الأربعين. (باب الأول) سبب هذه الندرة هي أن الاضطراب ناتج عن خلل في نشاط الدماغ على الأغلب نتيجة سبب وراثي، ولهذا فإنه لن ينتظر أربعين سنة حتى يبدأ بالظهور. إن الشخص لا يصاب باضطراب ثنائي القطب في وقت ما من حياته البالغة. الاحتمال الأكبر أنه قد ولد وهو مصاب به، أو أنه تعرض لأذية ما في طفولته أدت إلى حصول هذا الاختلال في نشاط دماغه، لكن ليس وهو رجل بالغ. وهذا ما تقوله الإحصائيات العالمية، إنه من النادر أن تبدأ أول نوبة ثنائي قطب في حياة شخص معاق بعد سن الأربعين. وأذكركم أن كلمة نادر لا تعني مستحيل.

[430] صلهم: هل العلاج يؤثر على الدراسة؟

**رجل الكهف:** اضطراب ثنائي القطب يؤثر على الدراسة، وليس العلاج منه.

[431] فرنان: أرجوك ساعدني، أفكّر بالانتحار لكن بنفس الوقت أريد أن أعيش، إني أتناول المهدئات بكميات كبيرة، ولدي كآبة قاتلة. لا أعرف ما العمل.

**رجل الكهف:** العمل هو أن تذهب إلى طبيب مرخص متبع معه العلاج. أتناول المهدئات هكذا ليس حلًا على الأطلاق. لا بد من متابعة طيبة وتحديد أنواع معينة من الأدوية بجرعات مضبوطة تناسب الحالة، وليس الأمر مجرد تعاطي عشوائي للمهدئات.

[432] سعيد: أتمنى أول نوبة هوس عندما كنت في الرابعة والثلاثين من عمري، عندما اعتقدت أني المهدى المنتظر. وكانت مختلطة مع نوبة هلع وخوف فظيع واستمرت مدة أسبوع. عندما زرت الطبيب وبدأت العلاج. لكن لاحقاً عندما تزوجت، أوقفت الدواء. وخلال فترة حمل زوجتي كنت أنم طيلة

الوقت، وبعد الولادة تفاقم الوضع واتتني نوبة هلع وهلوسة وخوف وشك ممتزجة ببعضها. وبعدها شفيت تماماً، لكن عاودتني الحالة بعد عام. أنا أكون مدركاً لما أنا عليه وأطلب الذهاب إلى الطبيب. وبعدها أدخل نوبة اكتئاب طويلة ملذة تصل إلى عامي، فما رأيك، هل أنا مصاب باضطراب ثنائي القطب الأول أم الثاني؟

رجل الكهف: لا يبدو لي أنها مصابة باضطراب ثنائي القطب أساساً، ولا أعتقد أنه قد تم تشخيصها به، فلو تم تشخيصها به ما سألت على اليوتيوب. يبقى الحكم للطبيب الذي درس الحالة بالطبع.

[433] ديانا: عمري مئانية وثلاثون سنة ولم أعد قادرة على تحمل الوضع الذي أعيش به. نوبات الهلع القوية لدى في ازدياد مستمر، أصبح عندي فobiya من الموت، وأنا آخذ مضادات اكتئاب. تزداد معه حدة التوبة عند الحزن وعند الفرح، لم يعد لدى أمل بالحياة، فقدت اللذة تماماً بكل شيء، حتى إن رغبتي الجنسية قد ماتت. أصبحت أحب الوحيدة. أرجوكم ماذا أفعل.

رجل الكهف: أيضاً يبدو أن ديانا ليس لديها ثنائي القطب. وما عليها فعله هو مراجعة الطبيب

[434] وردة: هل من الممكن أن ترجع مشاعر الشخص الذي يعالج من اضطراب ثنائي القطب الثاني كما كانت عليه من قبل، أن يحب زوجته وأطفاله؟

رجل الكهف: نعم، بالطبع.

[435] لوليانا: هل نوبات المصاب باضطراب ثنائي القطب الثاني تتأثر بالبيئة المحيطة فيه؟ أقصد هل الناس المحيطين به وردد أفعالهم وتعاملهم معه له تأثير على نوباته؟

رجل الكهف: بالتأكيد.

[43] جهان: كان لدى أعراض نوبية هوس، وتم تشخيصي بأني ثالثي القطب. وبعد التزامي بالعلاج أصبح مزاجي بين الوسط والمكتتب، فهل أنا ثالثي القطب الأول أم ثالثي القطب الثاني؟ وهل السبب هو مشكلة في الأدوية؟

رجل الكهف: يبدو هذا توصيف لاضطراب ثالثي القطب الأول وإن هذا هو الأثر الطبيعي لمثبتات المزاج.

[44] هباس: هل يتتطور اضطراب المزاج الدوري ليصبح اضطراب ثالثي القطب في حال بقي بدون علاج؟

رجل الكهف: إن اضطراب المزاج الدوري هو اضطراب ثالثي القطب لكن دوراته هي بنمط متواتر ولم تصل بعذتها إلى أن تحصل على تشخيص نوبة هوس أو نوبة تحت هوسية أو نوبة اكتتاب حاد. ونعم من الممكن أن تتكرر نوبات اضطراب المزاج الدوري في أي وقت إلى أن تطابق معايير واحدة أو أكثر من هذه النوبات، وعندها ينتقل التشخيص ليصبح إما اضطراب ثالثي القطب الأول أو اضطراب ثالثي القطب الثاني. (انظر الباب الثامن)

[45] جاكوب: هل كثرة التفكير تعتبر مرضاً نفسياً.

رجل الكهف: كلا! ما هذا السؤال يا لوسيل!

لوسيل "بخجل": المعدنة، أنا سوف أذهب وأستحمد الآن.

رجل الكهف: هذا جيد. على أي حال، يجب أن تناهَا الآن، فأمامكما رحلة طويلة جداً.

## **الباب الثالث والثلاثون**

### **المزيد حول اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة**

[439] دلي: يجب أن تعطيني المراجع التي وعدتني بها قبل أن ننام.

رجل الكهف: بالتأكيد سوف أعطيك المراجع، لكنني سأفعل هذا في الصباح لأن عليك أن تأخذ قسطاً من الراحة هذه الليلة.

دلي: كلا أرجوك. أنا أفضل أن ننتهي من هذا الأمر الآن لو كان لديك طاقة لهذا.

رجل الكهف: نعم لدى طاقة، لقد استيقظت متأخرًا اليوم. أنا لا أشعر بالتعاس بعد. فإذا كان هذا ما تفضله، فإليّ سأعطيك المراجع التي استندت عليها في حوارنا هذا إضافة إلى دراسات ومراجع أخرى ذات صلة بحوارنا كي تستزيد منها كما تشاء وهي منتظمة بحسب محاور حديثنا. وإليّ سوف أزودك أيضًا بمراجع إضافية في بداية القائمة تتعلق بالاضطرابات النفسية بشكل عام. وبالإضافة إلى المراجع التي تتعلق بعلاجات اضطراب ثنائي القطب، سوف أزودك أيضًا بمراجع تتعلق بالعلاج من الاضطرابات النفسية بشكل عام. وهكذا يكون لديك زيادة كاملة تغطي كل شيء قد تفكر به في سياق حديثنا

كله.

دليل "سعادة": إن هذا يشبه ما فعلته بما يتعلق بالاضطرابات الاكتئابية.

رجل الكهف: نعم بنفس الطريقة.

دليل "بسم الله الرحمن الرحيم": هذا رائع.

[44] رجل الكهف: أنسنت ولا تقاطعني.

## المقدمة

- رجل الكهف، د. (2018). حوار مع رجل الكهف في: ما المثقف؟ الجزائر. مؤسسة دروملين للنشر والتوزيع.
- رجل الكهف، د. (2019). حوار مع رجل الكهف في: اضطرابات الشخصية. الجزائر. مؤسسة دروملين للنشر والتوزيع.
- رجل الكهف، د. (2020). حوار مع رجل الكهف في: الاكتتاب. الجزائر. مؤسسة دروملين للنشر والتوزيع.

## مدخل لطعاء المعاورة الاضطرابات النفسية

- Abou-Saleh, M. T., et al. (Eds.) (2011). *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry*. Chichester. Wiley.
- Adler, M. (2011). *Psykatriisk diagnostik*. Lund. Studentlitteratur.
- Alfabetabokförlag AB.
- America. The Guilford Press.
- American Psychiatric Association (1980). *DSM-III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Third Edition. Second Printing edition. Washington, DC. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth edition. First printing. Washington, DC. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2015). *DSM-5: Update Supplement to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth Edition. Washington, DC. American Psychiatric Association.
- Anastasi, A., & Urbina, S. (1997). *Psychological Testing*. Seventh edition. New York. Macmillan.
- Arvidsson, B., & Skirräter, I. (2009). *Psykatriisk omvärldnad: Att stödja hälsofrämjande processer*. Första upplagan, fjärde tryckningen. Sweden. Studentlitteratur.
- Barlow, D. H. (Ed.) (2014). *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual*. Fifth edition. New York. Guilford Press.

- Beacon Health Options (not available). List of Psychological Tests. Boston. Beacon Health Options website.
- Beck, A. T. et al. (Ed.) (2016). Cognitive Therapy of Personality Disorders. Third Edition. New York. The Guilford Press.
- Black, D. W., & Andreasen, N. C. (2011). Introductory Textbook of Psychiatry. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Blaney, P., & Millon, T. (Eds.) (2009). Oxford Textbook of Psychopathology. Second edition. New York. Oxford University Press.
- Blashfield, R. K., et al (2014). The cycle of classification: DSM-I through DSM-5. In: *Annual Review of Clinical Psychology*, 10: 25-51.
- Bhugra, D., & Bhui, K. (2018). Textbook of Cultural Psychiatry. Second edition. Cambridge. Cambridge University Press.
- Buros, O. K. (Ed.) (1965). The sixth mental measurements yearbook. Highland Park. Gryphon Press.
- Caplan, G. (1961). An Approach to Community Medical Health. London. Tavistock Publications.
- Caplan, G. (1964). Principles of Preventive Psychiatry. New York. Basic Books.
- Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions? In: *Review of General Psychology*, 2: 300-19.
- Freud, A. (1946). The Ego and The Mechanisms of Defence. New York. International University Press.
- Gay, P. (1990). Freud. Sweden. Bonnier Fakta Bokförlag AB.
- Geddes, J. R., et al (2005). Psychiatry. Fourth edition. New York. Oxford University Press.
- Gelder, M. G., et al. (Eds.) (2009). The New Oxford Textbook of psychiatry. Second edition. Oxford. Oxford University Press.
- Goldberg, D. & Huxley P. (1980). Mental Illness in the Community: The Pathway to Psychiatric Care. London. Tavistock Publication.
- Goldberg, D. (2010). The classification of mental disorder: A simpler system for DSM-V and IDC-11. In: *Advances in Psychiatric Treatment*, 16:

14-19.

- Gore, W. L., & Widiger, T. A. (2013). The DSM-5-dimensional trait model and five-factor models of general personality. In: *Journal of Abnormal Psychology*, 122(3): 816-21.
- Grant, B.F. et al. (2004). Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. In: *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 948-58.
- Gustin, L. W. (Ed.) (2014). *Vårdande vid psykiatisk ohälsa - på avancerad nivå*. Lund. Studentlitteratur.
- Göransson, A. (2019). *Psykatri 1. Andra upplagan*. Stockholm. Sanoma Utbildning AB.
- Harrison, P., et al (2018). *Shorter Oxford Textbook of Psychiatry*. Seventh Edition. Oxford. Oxford University Press.
- Herlofson, J. (2014). *MiniPsykatri. First edition*. Stockholm. Nature & Kultur.
- Herlofson, J., et al (2016). *Psykatri*. Lund. Studentlitteratur.
- Hildebrand Karlén, M. (2013). *Vansinnets diagnoser: Om klassisk och möjliga perspektiv inom svensk psykiatri*. Sweden. Carlsson Bokförlag.
- Hilseroth, M. J., & Segal, D. L. (Eds.) (2004). *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment*. Hoboken. John Wiley & Sons Inc.
- Hollanderworth, J. G. (1990). *The physiology of psychological disorders*. New York. Plenum Press.
- Howitt, D., & Cramer, D. (2014). *Introduction to Statistics in Psychology*. Sixth edition. United Kingdom. Person Education Limited.
- Hunter, R., & MacAlpine, I. (Eds.) (1963). *Three Hundred Years of Psychiatry*. London. Oxford University Press.
- Hwang, P., et al. (2005). *Vår tids psykologi*. Sweden. Natur och kultur.
- Höglund, I. A., & Ahlström, B. H. (2000). *Psykatri*. Stockholm. Bonnier Utbildning.
- Höglund, I. A., & Ahlström, B. H. (2002). *Socialpsykatri*. Stockholm. Bonnier Utbildning.

- Impara, J. C., & Plake, B. S. (Eds.) (1998). The Thirteenth Mental Measurements Yearbook. Lincoln. The Buros Institute of Mental Measurements.
  - Kendall, R. E. (1975). The Role of Diagnosis in Psychiatry. Oxford. Blackwell.
  - Kessler, R. C., Abelson, J., Demler, O., et al (2004). Clinical calibration of DSM-IV diagnoses in the World Mental Health (WMH) version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (WMHCIDI). In: *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 13: 122-39.
  - Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. U., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Study. *Archives of General Psychiatry*. 51: 8-19.
  - Kirmayer, L. J., et al (Eds.) (2017). Re-Visioning Psychiatry. Cultural Phenomenology, Critical Neuroscience, and Global Mental Health. Cambridge. Cambridge University Press.
  - Koopman, C., et al (2002). Stanford presenteeism scale: Health status and employee productivity. In: *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 44(1): 14-20.
  - Kornstein, S. G., & Clayton, A. H. (Eds.) (2002). Women's Mental Health: A Comprehensive Textbook. New York. Guilford Press.
  - Kraepelin, E. (1904). Clinical Psychiatry: A Textbook for students and physicians. New York. Macmillan.
  - Kring, A. M., et al (2013). Abnormal Psychology. Twelfth Edition. International Student Version. New York. Wiley.
  - Kaasa, S. et al. (2001). Palliativ behandling och vård. Sweden. Studentlitteratur.
  - Lemma, A. & Patrick, M. (2010). Off the Couch: Contemporary psychoanalytic approaches. London. Routledge.
  - Lennér Axelsson, B., & Thylefors, I. (2009). *Arbetsgruppens psykologi*. Fjärde utgåvan, tredje tryckningen. Sweden. Natur och Kultur.

- Levander, M. (1998). *Psykologi: Lärobok för gymnasiet*. Tredje upplagan, första tryckning. Sweden. Natur och Kultur.
- Levander, S., et al. (2017). *Psykiatri. En orienterande översikt*. Tredje utgåvan. Lund. Studentlitteratur.
- Lewis-Fernandez, R., et al. (Eds.) (2016). *DSM-5 handbook on the cultural formulation interview*. American Psychiatric Association. Washington, DC. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Malmquist, J. (2016). *Diagnoser som diskuteras: Uppmärksammade medicinska kontroverser*. Sweden. Krilon förlag.
- McDougall, W. (1921). *An Introduction to Social Psychology*. Fourteenth edition. Boston. Luce.
- Melton, G. B., et al. (1997). *Psychological Evaluations for the Courts: A Handbook for Mental Health Professionals and Lawyers*. Second edition. New York. Guilford.
- Mental Health America. [www.mentalhealthamerica.net](http://www.mentalhealthamerica.net).
- Mundt, C., et al. (Eds.) (1996). *Interpersonal Factors in the Origin and Course of Affective Disorders*. London. Gaskell.
- National Alliance on Mental Illness. [www.nami.org](http://www.nami.org).
- National Institute of Mental Health. [www.nimh.nih.gov](http://www.nimh.nih.gov).
- Nationell samverkan för psykiatri hälsa. [www.nsph.se](http://www.nsph.se).
- Nunnally, J. & Bernstein, I. (1994). *Psychometric Theory*. New York. McGraw-Hill.
- Rettew, D. (2015). *Psychiatric Vs. Neurological: Can the Brain Tell? A search for brain differences between psychiatric and neurological disorders*. In: *Psychology Today*. Dec 02, 2015.
- Roberts, A. (2005). *Crisis Intervention Handbook*. Third edition. New York. Oxford University Press.
- Romans, S. E. & Seeman, M. V. (Eds.) (2006). *Women's Mental Health: A Life-Cycle Approach*. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins.
- Rush, A. J., et al. (2008). *Handbook of Psychiatry Measures*. Washington, DC. American Psychiatric Publishing.

- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (Eds.) (2000). Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Seventh edition. Philadelphia. Lippincott/Williams & Wilkins.
- Sample, D. & Smyth, R. (2013). Oxford Handbook of Psychiatry. New York. Oxford University Press.
- Segall, M.H. et al. (1990). Human Behaviour in Global Perspective: An Introduction to Cross-Cultural Psychology. New York. Pergamon.
- Skinner, B. F. (1953). Science and Human Behaviour. New York. Macmillan.
- Spitzer, M. D. et al. (2002). DSM-IV-TR Casebook: A Learning Companion to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. First edition. Washington, DC. American Psychiatric Publishing.
- Stein, D. J., & J. E. Young (Eds.) (1992). Cognitive Science and Clinical Disorders. San Diego. Academic Press.
- Tasman, A. Kay, J., & Lieberman, J. A. (2003). Psychiatry. Second edition. John Wiley & Sons, Chichester.
- Tseng, W. S. (2003). Clinician's Guide to Cultural Psychiatry. London. Academic Press.
- Tyrer, P. (2013). Models for Mental Disorder. Fifth edition. Oxford. Wiley-Blackwell.
- Tyrer, P. (2014). A comparison of DSM and ICD classifications of mental disorder. In: Advances in Psychiatric Treatment, 20: 280-5.
- Uddenberg, N. (2010). Själenas schamaner: Personliga essäer om psykiatri. Första utgåvan, första tryckningen. Sweden. Natur och Kultur.
- Uddenberg, N. (2012). Linné och mentalsjukdomarna. Sweden. Bokförlaget Atlantis AB.
- Wetterberg, L. (2013). Psykiatri i fickformat. Sjunde upplagan. POD.
- Whipple, G. M. (1910). Manual of mental and physical tests. Baltimore. Warwick and York.
- Whitaker, R. (2014). Pillparadoxen: Varför lider fler och fler av psykiska problem när medicinerna bara blir bättre och bättre? Sweden. Karneval

förlag.

- World Health Organisation. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva. Author.
- World Health Organization (2001). Mental disorders affect one in four people: Treatment available but not being used. 4 October 2001. In: [www.who.int](http://www.who.int).
- World Health Organization (2019). Mental disorders. 28 November 2019. In: [www.who.int](http://www.who.int).
- رجل الكهف، د. (2018). حوار مع رجل الكهف في: ما المخالف؟ الجزائر، مؤسسة دروملين للنشر والتوزيع.
- رجل الكهف، د. (2019). حوار مع رجل الكهف في: اضطرابات الشخصية، الجزائر، مؤسسة دروملين للنشر والتوزيع.
- رجل الكهف، د. (2020). حوار مع رجل الكهف في: الاكتتاب، الجزائر، مؤسسة دروملين للنشر والتوزيع.

## الباب الأول

### اضطراب ثالث القطب والاضطرابات ذات الصلة

- Adler, D. A., et al. (2006). Job performance deficits due to depression. In: *American Journal of Psychiatry*, 163(9): 1569-76.
- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association.
- Barlow, D. H. (Ed.) (2014). *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual*. Fifth edition. New York. Guilford Press.
- Berrettini, W. (2003). Evidence for shared susceptibility in bipolar disorder and schizophrenia. In: *American Journal of Medical Genetics*, Part C, 123: 59-64.
- Cuellar, A. K., et al. (2005). Distinctions between bipolar and unipolar depression. In: *Clinical Psychology Review*, 25(3): 307-39.
- Depression and Bipolar Support Alliance. [www.dbsalliance.org](http://www.dbsalliance.org).
- Evans, D., et al. (2005). Mood disorders in the medically ill: Scientific review and recommendations. In: *Biological Psychiatry*, 58(3): 175-89.
- Gawande, A. (2015). *Att vara dödlig: Livet, läkekonsten och den sista resan*. Första upplagan, första tryckningen. Sweden. Volante.
- Goes, F.S., et al. (2012). Genome-wide association of mood-incongruent psychotic bipolar disorder. In: *Transcendental Psychiatry*, 2: e180.
- Henin, A., et al. (2005). Psychopathology in the offspring of parents with bipolar disorder: A controlled study. In: *Biological Psychiatry*, 58(7): 554-61.
- Hollingshead, A. B., & Redlich, F. C. (1958). *Social Class and Mental Illness: A community study*. New York. John Wiley & Sons.

- International Bipolar Foundation. [www.ibpf.org](http://www.ibpf.org).
  - Kahneman, D. (2011). Thinking, fast and slow. London. Penguin.
  - LeDoux, J. (1998). The Emotional Brain. London. Weidenfeld & Nicolson.
  - Li, Z., Page, A., Martin, G., & Taylor, R. (2011). Attributable risk of psychiatric and socio-economic factors for suicide from individual-level, population-based studies: a systematic review. In: *The Social Science Journal*. 72: 608-16.
  - Merikangas, K. R., et al. (2007). Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey Replication. In: *Archives of General Psychiatry*, 64(5): 543-52.
  - Suppes, T., et al. (2001). The Stanley Foundation Bipolar Treatment Outcome Network: II. Demographic and illness characteristics of the first 261 patients. In: *Journal of Affective Disorders*. 67: 45-59.
  - Thakkar, V., & Collins, C. (2006). Depression and Bipolar Disorder. United States of America. Infobase Publishing.
  - Weinstock, L. M., et al. (2009). differential item functioning of DSM-IV depressive symptoms in individuals with a history of mania versus those without: An item response theory analysis. In: *Bipolar Disorders*, 11(3): 289-97.
  - Wilens, T. E., et al. (2004). Risk of substance use disorder in adolescents with bipolar disorder. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, 43(11): 1380-6.
  - World Bipolar Day. [www.worldbipolarday.org](http://www.worldbipolarday.org).
- \* جاميسون, ك. ر. (2008). عقل غير هادئ: حياة ذاتية عن الهوس والاكتاب والجنون. الطبعة الأولى. لبنان. الدار العربية للعلم تأثرون.
- \* رجل الكهف, د. (2020). حوار مع رجل الكهف في: الاكتاب. الجزائر. مؤسسة دروملين للنشر والتوزيع.

## الباب الثاني

### رحلات بين القطرين

- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association.
- Calabrese, R. L., (1996). Predictors of response to mood stabilizers. In: *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 16(Suppl. 1): 24-31.
- Coryell, W., et al. (1992). Rapidly cycling affective disorder: Demographics, diagnosis, family history, and course. In: *Archives of General Psychiatry*, 49: 126-31.
- First, M. B. (2010). DSM-5 proposals for mood disorders: A cost-benefit analysis. *Current Opinion in Psychiatry*, 24(1): 1-9.

## الباب الثالث

### نوبة اليوس

- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p. 124.
- American Psychiatric Association (2015). DSM-5: Update Supplement to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p. 2.
- Johanson, S. L. (2005). Mania and dyregulation in goal pursuit. In: *Clinical Psychology Review*. 25: 241-62.
- Johanson, S. L. et al. (2000). Increases in manic symptoms following life events involving goal-attainment. In: *Journal of Abnormal Psychology*. 109: 721-7.
- Johanson, S. L. et al. (2008). Life events as predictors of mania and depression in bipolar I disorder. In: *Journal of Abnormal Psychology*. 117: 268-77.
- Johanson, S. L. et al. (2012). The behavioral activation system and mania. In: *Annual Review of Clinical Psychology*. 8: 143-67.
- Mmerikangas, K. R., et al (2012). Mania with and without depression in a community sample of U.S. adolescents. In: *Archives of General Psychiatry*. 69(9): 943-51.

## الباب الرابع

### نوبة تحت الهوس

- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p.p. 124-5 ,132-3.
- American Psychiatric Association (2015). DSM-5: Update Supplement to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p. 3.

## الباب الخامس

### عودة إلى نوبات الاكتئاب العاد

- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p.p. 160-1.
- Brockow, T., et al (2004). Identifying the concepts contained in outcome measures of clinical trials on depressive disorders using the international classification of functioning, disability and health as a reference. In: *Journal of Rehabilitation Medicine*, 44(1): 49-55.
- Demyttenaere, R. (2013). From sadness to depressed mood and from anhedonia to positive mood and well-being. In: *Medicographia*, 35(3): 287-91.
- Dews, C. S., Thompson, A. H., & Jacobs, P. (2011). The association of treatment of depressive episodes and work productivity. In: *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(12): 743-50.
- Fried, E. I., & Nesse, R. M. (2014). The impact of individual depressive symptoms on impairment of psychosocial functioning. In: *PLoS One*, 9(2):e90311.
- Hurley, K. (2017). Depression and Related Conditions. Updated in 20 May 2019. In: Psycom.
- Kupfer, D. J. (2014). Depression and the new DSM-5 classification. In: *Medicographia*, 36(4): 521-25.
- Sartorius, N., & Ban, T. A. (Eds.) (1986). *Assessment of Depression*. New York. Springer-Verlag.
- Uher, R., et al (2009). Differential efficacy of escitalopram and nortriptyline on dimensional measures of depression. In: *British Journal of Psychiatry*, 194(3): 252-9.

- Zhu, X., et al. (2012). Evidence of a dissociation pattern in resting-state default mode network connectivity in first-episode, treatment-naïve major depression patients. In: *Biological Psychiatry*, 71: 611-7.
- رجل الكهف، د. (2020). حوار مع رجل الكهف في: الكتاب. الجزائر. مؤسسة درومن للنشر والتوزيع.

## الباب السادس

### اضطراب ثنائي القطب I

- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p.p. 123-32, 156-60.
  - American Psychiatric Association (2015). DSM-5: Update Supplement to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p.p. 2, 9-10.
  - Birmaher, B., et al. (2009). Four-year longitudinal course of children and adolescents with bipolar spectrum disorders: The Course and Outcome of Bipolar Youth (COBY) study. In: *American Journal of Psychiatry*. 166(7). 795-804.
  - Leibenluft, E. (2011). Severe mood dysregulation, irritability, and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youths. In: *American Journal of Psychiatry*. 168(2): 129-42.
  - Leverich, G. S., et al. (2007). The poor prognosis of childhood-onset bipolar disorder. In: *Journal of Pediatrics*. 150(5). 485-90.
  - Mazi, G., et al. (2012). Developmental pathways for different subtypes of early-onset bipolarity in youths. In: *Journal of Clinical Psychiatry*. 73(10): 1355-41.
- رجل الكهف، د. (2020). حوار مع رجل الكهف في: الكتاب، الجزائر. مؤسسة دروبلين للنشر والتوزيع.

## الباب السابع

### اضطراب ثنائي القطب II

- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p.p. 132-9.
- American Psychiatric Association (2015). DSM-5: Update Supplement to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p.p. 3-4.

## الباب الثامن

### اضطراب المزاج الدوري

- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p.p. 139-41.

## الباب التاسع

### اضطراب ثالثي القطب الناجم عن مادة أو دواء والاضطرابات ذات الصلة

- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p. 142.
  - Buckley, T., et al (2001). A psychometric evaluation of the BDI-II in treatment-seeking substance abusers. In: *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20 (3): 197-204.
- رجل الكهف، د. (2020). حوار مع رجل الكهف في: الكتاب، الجزائر، مؤسسة درومند للنشر والتوزيع، الباب العادي عشر.

## الباب العاشر

اضطراب ثالث للطب الناجم عن حالة طبية أخرى والاضطرابات ذاتصلة

- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p. 145.
  - Bould, H., et al (2012). Investigation of thyroid dysfunction is more likely in patients with high psychological morbidity. In: *Family Practice*, 29: 163-7.
  - Rosenblat, J. D., et al (2014). Inflamed moods: A review of the interactions between inflammation and mood disorders. In: *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*, 53: 23-34.
- \* رجل الكهف، د. (2020). حوار مع رجل الكهف في: الاكتتاب، الجزائر، مؤسسة درومند، النشر والتوزيع، الباب الثاني عشر.

## الباب العادي عشر

### اضطراب ثبات القطب والاضطرابات ذات الصلة المحددة الأخرى

- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p. 148.
- Alexson, D. A., et al (2011). Course of subthreshold bipolar disorder in youth: Diagnostic progression from bipolar disorder not otherwise specified. In: *The Journal of Child and Adolescent Psychiatry*. 50(10): 1001-16.
- Alloy, L. B., et al (2012). Progression along the bipolar spectrum: Longitudinal study of predictors of conversion from bipolar spectrum conditions to bipolar I and II disorders. In: *Journal of Abnormal Psychology*. 121(1): 16-27.

## الباب الثاني عشر

### اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة غير المحددة

- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition.* Washington, DC. American Psychiatric Association. p. 149.

### الباب الثالث عشر

#### اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة مع الزراعة ثلاثي

- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p. 149.
  - Sala, R., et al (2010). Comorbid anxiety in children and adolescents with bipolar spectrum disorder: prevalence and clinical correlates. In: *Journal of Clinical Psychiatry*. 71(10): 1344-50.
- رجل الكهف، د. (2020). حوار مع رجل الكهف في: الاكتاب، الجزائر. مؤسسة درومند للنشر والتوزيع. الباب الثامن عشر.

## الباب الرابع عشر

### نوبة هوس ولوبيه تحت الهوس مع ملائم مختلفة

- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p.p. 149-50.
- Prisk, E. (2011). Proposed revisions to the concept of mixed episodes in DSM-5: The path traveled. In: *Bipolar Disorders*. 13(1):14.
- Mimerikangas, K. R., et al (2012). Mania with and without depression in a community sample of U.S. adolescents. In: *Archives of General Psychiatry*. 69(9): 943-51.
- Suppes, T., et al (2005). Mixed hypomania in 908 patients with bipolar disorder evaluated prospectively in the Stanley Foundation Bipolar Treatment Outcome Network: A sex-specific phenomenon. In: *Archives of General Psychiatry*. 62(10): 1089-96.

## الباب الخامس عشر

### نوبات اكتابية مع ملامح مختلطة

- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p. 150.
- Sato, T. et al (2003). Frequency of manic symptoms during a depressive episode and unipolar "depressive mixed state" as bipolar spectrum. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 107(4): 268-74.
- رجل الكهف، د. (2020). حوار مع رجل الكهف في: الكتاب. الجزائر. مؤسسة درومين للنشر والتوزيع. الباب العشرون.

## الباب السادس عشر

### اضطراب ثنائي القطب مع دوران سريع

- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p.p. 150-1.

## الباب السابع عشر

### اضطراب ثالث القطب والاضطرابات ذات الصلة مع ملامع سوداوية

- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p. 151.
- رجل الكهف، د. (2020). حوار مع رجل الكهف في: الكتاب. الجزائر، مؤسسة درومن للنشر والتوزيع. الباب الواحد والعشرون.

## الباب الثامن عشر

### اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة مع ملامح ذهانية

- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition.* Washington, DC. American Psychiatric Association. p.p. 152-3.
- رجل الكهف، د. (2020). حوار مع رجل الكهف في: الاكتاب. الجزائر. مؤسسة درومند للنشر والتوزيع. الباب الثاني والعشرون.

## الباب التاسع عشر

### اضطراب ثالث القطب والاضطرابات ذات الصلة مع ملامع غير ممطية

- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition.* Washington, DC. American Psychiatric Association. p.p. 151-2.
- رجل الكهف، د. (2020). حوار مع رجل الكهف في: الاكتاب. الجزائر. مؤسسة درومن للنشر والتوزيع. الباب الثالث والعشرون.

## الباب العشرون

### اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة مع هدوء الحركة

- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition.* Washington, DC. American Psychiatric Association. p. 119, 152.
- رجل الكهف، د. (2020). حوار مع رجل الكهف في: الاكتاب. الجزائر. مؤسسة دروبلين للنشر والتوزيع. الباب الرابع والعشرون.

## الباب الواحد والعشرون

### اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة مع نمط فصلي

- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p.p. 153-4.
- رجل الكهف، د. (2020). حوار مع رجل الكهف في: الاكتتاب. الجزائر. مؤسسة درومند للنشر والتوزيع. الباب الخامس والعشرون.

## الباب الثاني والعشرون

### اضطراب ثالث القطب والاضطرابات ذات الصلة مع بدء فترة الولادة

- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p.p. 152-3.
- رجل الكهف، د. (2020). حوار مع رجل الكهف في: الكتاب. الجزائر. مؤسسة درومين للنشر والتوزيع. الباب السادس والعشرون.

## الباب الثالث والعشرون

### السكونالجزئي والسكون الكلي بين النوبات

- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p. 154.

## الباب الرابع والعشرون

### تحديد حدة نوبية الاكتتاب العاد العالية

- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p. 154.
- American Psychiatric Association (2015). DSM-5: Update Supplement to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p. 8.
- رجل الكهف، د. (2020). حوار مع رجل الكهف في: الاكتتاب. الجزائر. مؤسسة درومند للنشر والتوزيع. الباب السابع والعشرون.

## الباب الخامس والعشرون

### تحديد حدة ذوبان الهوس الحالية

- American Psychiatric Association (2015). DSM-5: Update Supplement to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Washington, DC. American Psychiatric Association. p. 8.

## الباب السادس والعشرون

### مشاهير اضطراب ثنائي القطب

- Beckman, V., & Fahlén, T. (2005). *Vulkanutbrott och istider – om bipolär sjukdom*. Sweden. Cura Bokförlag och Utbildning AB.
- Blair, J. (2004). *Burning Down My Masters' House: My Life at the New York Times*. First Edition. United States of America. New Millennium Entertainment, Inc.
- Bloch, J. P., & Naser, J. A. (2006). *The everything health guide to adult bipolar disorder*. United States of America. P+W publications Inc.
- Bond, A. H. (2010). *Who Killed Virginia Woolf? A Psychobiography*. Second edition. United States of America. iUniverse.
- Borélus, M. (2013). *Byt det sista tabut: Mental ohälsa ut ur garderoben*. Sweden. Natur och Kultur. p.p. 179-94.
- Clooney, R. & Berthel, J. (1999). *Girl Singer: An Autobiography*. United States of America. Doubleday.
- Cole, N. (2010). *Colonel Surry's Insanity*. Australia. Beagles'DEN.
- Conway, F. & Siegelman, J. (2005). *Dark Hero of the Information Age: In Search of Norbert Wiener the Father of Cybernetics*. First edition. United States of America. Basic Books.
- Corrington, R. S. (2003). *Riding the Windhorse: Manic-Depressive Disorder and the Quest for Wholeness*. United States of America. Hamilton Books.
- Dalio, P. (2016). *Touched with Fire*. United States of America. Moonstruck LLC.
- Davidson, J. (2011). *Downing Street Blues: A History of Depression and Other Mental Afflictions in British Prime Ministers*. United States of America. McFarland and company Inc. publishers.

- Depression and Bipolar Support Alliance. [www.dbealliance.org](http://www.dbealliance.org).
- Duke, P., & Hochman, G. (1992). *A Brilliant Madness: Living with Manic Depressive Illness*. Bantam Books. United States of America.
- Edwards, B. (2015). *Mood Spectrum in Graham Greene: 1929-1949*. United Kingdom. Cambridge Scholars Publishing.
- Evans, D. (2013). *Gilbert Stuart and the Impact of Manic Depression*. Great Britain. Ashgate Publication.
- Fletcher, T., et al. (2012). *McFly: Unsaid Things...Our Story*. United States of America. Transworld.
- Fry, S. (2004). *Moab Is My Washpot*. United Kingdom. Arrow Books.
- Fry, S. (2006). *Stephen Fry: The Secret Life of the Manic Depressive*. Scotland. BBC.
- Fry, S. (2010). *The Fry Chronicles: An Autobiography*. United Kingdom. Michael Joseph.
- Fry, S. (2014). *More Fool Me: A Memoir*. United Kingdom. Michael Joseph.
- Fry, S. (2014). *Stephen Fry: Addiction*, Al Pacino, Robin Williams & Philip Seymour Hoffman. BBC News. YouTube. 25 Sep 2014.
- Fry, S. (2016). *The Not So Secret Life of the Manic Depressive: 10 Years On*. Scotland. BBC.
- Garner, A. (1997). *The Voice that Thunders*. First Impression. Great Britain. Harvill Press.
- Göransson, A. (2013). *Psykiatri 1*. Första upplagan. Fjärde tryckningen. Sweden. Sanoma Utbildning AB. p.p. 139-76.
- Götzsche, P. C. (2016). *Dödlig psykiatri och organiserad förnekelse*. Sweden. Karneval förlag. p.p. 172-8.
- Hamilton, S. F. (2015). *Fast Girl: A Life Spent Running from Madness*. United States of America. Day Street Books.
- Hartley, M. & Commire, A. (1990). *Breaking the Silence*. United States of America.
- Haycock, D. A. (2014). *The Everything Health Guide to Adult Bipolar*

- Disorder: A Reassuring Guide for Patients and Families. Third Edition. United States of America. F+W Media, Inc.
- Hersh, K. (2010). Rat girl. United States of America. Penguin Books.
  - Hersh, K. (2011). Paradoxical Undressing. Great Britain. Atlantic Books.
  - Herazman, J. & Lieb, J. (1988). The Key to Genius: Manic Depression and the Creative Life. United States of America. Prometheus Books.
  - Hornbacher, M. (1998). Wasted: A Memoir of Anorexia and Bulimia. United States of America. HarpPeren.
  - Hornbacher, M. (2008). Madness: A Bipolar Life. United States of America. Houghton Mifflin.
  - Hornbacher, M. (2010). Sane: Mental Illness, Addiction, and the Twelve Steps. United States of America. Hazelden.
  - Hornbacher, M. (2011). Waiting: A Nonbeliever's Higher Power. United States of America. Hazelden.
  - Hornstein, G. A. (2018). Agnes's Jacket: A Psychologist's Search for the Meanings of Madness. Revised and Updated with a New Epilogue by the Author. United States of America. Routledge.
  - International Bipolar Foundation. [www.ibpf.org](http://www.ibpf.org).
  - Jamison, K. R. (1994). Touched with Fire: Manic-Depressive Illness and the Artistic Temperament. First Free Press Paperback edition. United States of America. Simon and Schuster, Inc.
  - Jamison, K. R. (2000). An Unquiet Mind: A Memoir of Moods and Madness. Twentieth printing. United States of America. Alfred A. Knopf, Inc.
  - Jamison, K. R. (2005). Mörkret faller snabbt. Till självmordets förstidse. Sweden. Studentlitteratur.
  - Jezer, M. (1993). Abbie Hoffman. First paperback printing. United States of America. Rutgers University Press.
  - Kendal, F. (1999). White Cargo. Great Britain. Penguin Books Ltd.
  - Marcolli, M. (unknown). The Dark Heart of our Brightness: Mood Disorders and Scientific Creativity. United States of America.
  - Martin, E. (2009). Bipolar Expeditions Mania and Depression in American Culture. United States of America. Princeton University Press.

- McCann, B. (2010). *Encyclopaedia of African American Actresses in Film and Television*. United States of America. McFarland & Company Inc. Publishers.
- Meredith, B. (1994). *So Far, So Good: A Memoir*. United States of America. Little Brown and Company.
- Mihalas, D. (1996). *Depression and Spiritual Growth*. Pendle Hill Publications.
- Miklowitz, D. J., & Gitlin, M. J. (2014). *Clinician's Guide to Bipolar Disorder: Integrating Pharmacology and Psychotherapy*. United States of America. The Guilford Press.
- Milligan, S., & Clare, A. (1993). *Depression and How to Survive It*. United Kingdom. Arrow Books.
- Moberg, Å. (2005). *Vara anhörig: Bok för anhöriga till psykiatrt sjuka*. Sweden. Bokförlaget DN. p.p. 125-34.
- Moerzzi, M. (2013). *Haldol and Hyacinths: A Bipolar Life*. United States of America. Penguin Group.
- Owen, S., & Saunders, A. (2011). *Bipolar Disorder: The Ultimate Guide*. E-Book edition. OneWorld Publications.
- Padua, S. (2015). *The Thrilling Adventures of Lovelace and Babbage: The (Mostly) True Story of the First Computer*. United States of America. Penguin Random House.
- Pagett, N., & Swannell, G. (1998). *Diamonds Behind My Eyes*. Great Britain. Victor Gollancz Ltd.
- Pauley, J. (2005). *Skywriting: A Life Out of the Blue*. United States of America. Ballantine Books.
- Powell, L., & Garrett, T. (2014). *The Films of John Avildsen: Rocky: The Karate Kid and Other Underdogs*. United States of America. MacFarland & Co.
- Pride, C., & Henderson, J. (1994). *Pride: The Charley Pride Story*. United States of America. William Morrow & Company.
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., et al. (2007). No health without mental health. *The Lancet*. 370: 859-77.

- Ringakog Vagnhammar, S., & Wasserman, D. (2014). *Första hjälpen vid självmordrisk*. Första upplagan, fjärde tryckningen. Sweden. Studentlitteratur.
- Sherry, N. (2005). *The Life of Graham Greene*. Volume Three: 1955–1991. Pimlico Edition. Random House.
- Summers, A., & Swan, R. (2006). *Sinatra: The Life*. United States of America. Vintage.
- Sutherland, S. (2010). *Breakdown: A Personal Crisis and a Medical Dilemma*. Third edition. Great Britain. Pinter & Martin Ltd.
- Thakkar, V. & Collins, C. (2006). *Depression and Bipolar Disorder*. United States of America. Infobase Publishing.
- Tierney, G. & Herskowitz, M. (1979). *Self-Portrait*. First edition. Wyden Books.
- Trudeau, M. (2010). *Changing My Mind*. First edition. HarperCollins.
- Williams, R. (2013). *In God They Trust? The Religious Beliefs of Australia's Prime Ministers 1901–2013*. Australia. Bible Society Australia.
- Winch, G. (2016). *Study: Half of All Presidents Suffered from Mental Illness: Research to consider when evaluating this year's field of candidates*. Posted Feb 02, 2016. Psychology Today.
- World Bipolar Day. [www.worldbipolarday.org](http://www.worldbipolarday.org).
- ابراهيم، ع. (1998). *الاكتاب: اضطراب العصر الحديث. فوئه واساليب علاجه علم للعرفة*. الكويت. المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
- جاميسون، ك. ر. (2008). *عقل غري هادي: سيرة ذاتية عن البوس والاكتاب والجنون*. الطبعة الأولى. الدار العربية للعلم ناشرون. لبنان.
- رجل الكوفه، د. (2018). *حوار مع رجل الكوفه في: ما المتفق؟ الجزائر*. مؤسسة دروبلين للنشر والتوزيع.

## الباب السابع والعشرون

### علاج اضطراب ثنائي القطب

- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth edition. Washington, DC. American Psychiatric Association.
- Antony, M. M., & Barlow, D. H. (Eds.) (2002). *Handbook of Assessment and Treatment Planning for Psychological Disorders*. New York. Guilford.
- Bejar, G. F. (1977). Memory loss with lithium. In: *American Journal of Psychiatry*, 134, 588.
- Baldessarini, R. J., et al (2003). Lithium treatment and suicide risk in major affective disorders: Update and new findings. In: *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(Suppl. 5): 44-52.
- Barlow, D. H. (Ed.) (2014). *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual*. Fifth edition. New York. Guilford Press.
- Basco, M. R., & Rush, A. J. (1996). *Cognitive-behavioural therapy for bipolar disorder*. New York. Guilford Press.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York. International Universities Press.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*. Second edition. New York. Guilford Press.
- Bennett-Levy, J., et al (2015). *Experiencing CBT from the Inside Out: A Self-Practice/Self-Reflection Workbook for Therapists*. New York. Guilford Press.
- Chadwick, P. (2006). *Person-Based Cognitive Therapy for Distressing Psychosis*. Wiley-Blackwell, Chichester.

- Christodoulou, G. N., Sierfakas, A., & Rinieris, P. M. (1977). Side effects of lithium. In: *Acta Psychiatrica Belgica*. 77, 260-6.
- Colom, F., et al (2003). A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrence in bipolar patients whose disease is in remission. In: Archives of General Psychiatry. 60: 402-7.
- Colom, F., et al (2003). A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrence in bipolar patients whose disease is in remission. In: Archives of General Psychiatry. 60: 402-7.
- Colom, F., et al (2005). Identifying and improving non-adherence in bipolar disorder. In: *Bipolar Disorders*. 7(5): 24-31.
- Colom, F., et al (2005). Stabilizing the stabilizer: Group psychoeducation enhances the stability of serum lithium levels. In: *Bipolar Disorders*. 7(Suppl. 5): 32-6.
- Colom, F., et al (2005). Stabilizing the stabilizer: Group psychoeducation enhances the stability of serum lithium levels. In: *Bipolar Disorders*. 7(Suppl. 5): 32-6.
- Corrigan, P. W., & Yudofsky, S. C. (Eds.) (1996). Cognitive rehabilitation for neuropsychiatric disorders. Washington, DC. American Psychiatric Press.
- Cullberg W., M. (2000). En dörr till ditt inre: Visualisering i terapi: En väg till hälsa och självkänndom. Sweden. Wahiström & Widstrand.
- Culter, N. R., & Post, R. M. (1982). Life course of illness in untreated manic-depressive patients. In: *Comprehensive Psychiatry*. 23: 101-15.
- Deckersbach, T., et al (2010). Cognitive rehabilitation for bipolar disorder: An open trial for employed patients with residual depressive symptoms. In: *CNS Neuroscience and Therapeutics*. 16(5): 295-307.
- Demetselaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., et al (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Survey. In: *The Journal of the American Medical Association*. 291: 2581-90.
- DiGiuseppe, R., et al (2013). A practitioner's Guide to Rational-Emotive Therapy. Third edition. New York. Oxford University Press.

- Dimeff, L. A., & Koerner K. (2007). *Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice: Applications Across Disorders and Settings*. New York. The Guilford Press.
- DiTomaso, R. A., et al. (Eds.) (2010). *Handbook of Cognitive Behavioral Approaches in Primary Care*. New York. Springer.
- Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L., Cohen, J. (1976). The global assessment scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disorders. In: *Archives of General Psychiatry*. 33: 766-71.
- Ernvik, U. (2019). *Familjeterapi: En utforakande och samakaspande lek som förvandlar relationer*. Lund. Studentlitteratur.
- Farmer, R. F., & A. L. Chapman (2010). *Behavioral Interventions in Cognitive Behavior Therapy: Practical Guidance for Putting Theory into Action*. Washington DC. American psychological association.
- Fiedorowicz, J. G., et al (2011). Subthreshold hypomanic symptoms in progression from unipolar major depression to bipolar disorder. In: *American Journal of Psychiatry*. 168(1): 40-8.
- Foley, D. L., Meale, M. C., & Kendler, K. S. (1998). Reliability of lifetime history of major depression: implications for heritability and comorbidity. In: *Psychological Medicine*. 28: 857-70.
- Frank, E. (2005). *Treating bipolar disorder: a clinician's guide to interpersonal and social rhythm therapy*. New York. Guilford Press.
- Frank, E. (2005). *Treating bipolar disorder: A clinician's guide to interpersonal and social rhythm therapy*. New York. Guilford Press.
- Frank, E., et al (2005). Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder. In: *Archives of General Psychiatry*. 62(9): 996-1004.
- Frank, E., et al (2008). The role of interpersonal and social rhythm therapy in improving occupational functioning in patients with bipolar I disorder. In: *American Journal of Psychiatry*. 165(12): 1559-65.
- Freeman, A., et al (2004). *Clinical Applications of Cognitive Therapy*. Second edition. New York. Springer.
- Freeman, A., et al (2008). *Clinical Psychology: Integrating Science and*

Practice. Hoboken. Willy.

- Freeman, C., & Power, M. (Eds.) (2007). *Handbook of Evidence-Based Psychotherapies: A Guide for Research and Practice*. Oxford. Oxford university press.
- Friedman, M. J., Culver, C. M., & Ferrell, R. B. (1977). On the safety of long-term treatment with lithium. In: *American Journal of Psychiatry*. 134, 1123–6.
- Fristad, M. A., et al. (2009). Impact of multifamily psychoeducational psychotherapy in treating children aged 8 to 12 years with mood disorders. In: *Archives of General psychiatry*. 66(9), 1013-21.
- Geddes, J. R., & Miklowitz, D. J. (2013). Treatment of bipolar disorder. In: *The Lancet*. 381: 1672-82.
- Gentzel, L. (2006). Nätverkskontakt: Ett verktyg i återhämtning. Sweden. Riksförbundet för social och mental hälsa & föreningen Balans.
- Gerge, A. (2010). *Psykoterapi: Vid dissociativa störningar*. Stockholm. Insidan.
- Germer, C. K., et al. (2013). *Mindfulness and Psychotherapy*. Second edition. New York. Guilford Press.
- Ghaderi, A., & Parling, T. (2007). Från själlevält till ett fullvärdigt liv: En ny KBT-metod i 6 steg. Första utgåvan, första tryckningen. Sweden. Natur och Kultur.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion Focused Therapy: Distinctive Features*. New York. Routledge.
- Gitlin, M. J., et al. (1995). Relapse and impairment in bipolar disorder. In *American Journal of Clinical psychiatry*. 152(11): 1635-40.
- Gitlin, M. J., et al. (2011). Subsyndromal depressive symptoms after symptomatic recovery from mania are associated with delayed functional recovery. In: *Journal of Clinical psychiatry*. 72(5): 692-7.
- Giant, H. (2017). *Ny i psykiatrin: Våra vanligaste psykiska sujkdomar och funktionsnedsättningar: Bemötande, behandling, anhörigperspektiv*. Sixth edition. Polen. Gothia Fortbildung.
- Goldberg, F. J., & Harrow, M. (Eds.) (1999). *Bipolar Disorders: Clinical*

- Course and Outcome. Washington, DC. American Psychiatric Press.
- Goldstein, B. L., et al (2008). Integrating a Substance Use Disorder (SUD) Perspective into Family-Focused Therapy of Adolescents with Bipolar Disorder (FFT-A). Pittsburgh, PA. Western Psychiatric Press Institute and Clinic.
  - Gordan, K. (2004). Professionella möten: Om utredande, stödjande och psykoterapeutiska samtal. Andra utgivnan, andra tryckningen. Sweden. Natur och Kultur.
  - Gustavson, C. (2004). När någon i din närhet har en depression. Sweden. ICA bokförlag.
  - Gustin, L. W. (2012). KBT I omvärvndasarbetet om meningsskapande i gemenskap. Lund. Studentlitteratur.
  - Gyllensten, B., & Olsson, G. (2013). Det terapeutiska mötet: Om relationens betydelse i psykoterapi och vardagsliv. Trialia förlag. Sweden. p.p 109-123.
  - Hackman, A., et al. (2011). Oxford Guide to Imagery in Cognitive Therapy. Oxford University Press. Oxford.
  - Hagqvist, A., & Widinghoff, B. (Eds.) (2010). Miljöterapi: Igår, idag och i morgen. Första upplagan, nionde tryckningen. Lund. Studentlitteratur.
  - Hansson, K. & Sundelin, J. (Eds.) (1995). Familjeterapi: Tillämpningar ur ett svenskt perspektiv. Lund. Studentlitteratur.
  - Hansson, K. (2001). Familjebehandling på goda grunder: En forskningsbaserad översikt. Malmö. Gothia Förlag.
  - Hofmann, S. G., & Thompson, M. C. (Eds.) (2004). Treating Chronic and Severe Mental Disorders: A Handbook of Empirically Supported Interventions. New York. Guilford Press.
  - Hostrup, H. (2002). Gestaltilerapi: En introduktion i grundbegreppen. Sweden. Studentlitteratur.
  - Janowsky, D. S. (Ed.) (1999). Psychotherapy indications and outcomes. Washington, DC. American Psychiatric Press.
  - Jefferson, J. W., & Greist, J. H. (1977). Primer of Lithium Therapy. Baltimore. Williams and Wilkins.

- Johnson, S. L. & Lerhy, R. L. (Eds.) (2004). *Psychological Treatment of Bipolar Disorder*. New York. Guilford Press.
- Johnson, R. E., & McFarland, B. H. (1996). Lithium use and discontinuation in a health maintenance organization. In: *American Journal of Psychiatry*. 153: 993-1000.
- Keck, P. E., et al (1998). 12-month outcome of patients with bipolar disorder following hospitalization for a manic or mixed episode. In: *American Journal of Psychiatry*. 155: 646-52.
- Klahr, L. G., et al (1988). *Physical Treatment in Psychiatry*. Oxford. Blackwell Scientific Publications.
- King, R., et al (Eds.) (2012). *Manual of Psychosocial Rehabilitation*. Oxford. Wiley-Blackwell.
- Kusuno, K. S., & Vaughan, M. (1977). Effect of lithium salts on memory. In: *British Journal of Psychiatry*. 131, 453-7.
- Kuyken, W., et al (2009). Collaborative Case Conceptualization: Working Effectively with Clients in Cognitive-Behavioral Therapy. New York. Guilford Press.
- Lam, D. H. et al (2003). A randomized controlled study of cognitive therapy of relapse prevention for bipolar affective disorder: outcome of the first year. *Archives of General Psychiatry*. 60:145-152.
- Lam, D. H. et al (2005). Relapse prevention in patients with bipolar disorder: Cognitive therapy outcome after 2 years. In: *American Journal of Psychiatry*. 162: 324-9.
- Lam, D. H. et al (2009). Psychological therapies in bipolar disorder: The effect of illness history on relapse prevention: a systematic review. In: *Bipolar Disorders*. 11(5): 474-82.
- Lam, D. H., et al (2010). *Cognitive Therapy for Bipolar Disorder: A Therapist's Guide to Concepts, Methods, and Practice*. Second edition. Oxford. Willey.
- Leahy, R. L. (2001). *Overcoming Resistance in Cognitive Therapy*. New York. Guilford Press.
- Leahy, R. L. (2003). *Cognitive Therapy Techniques: A Practitioner's*

Guide. New York. Guilford Press.

- Leahy, R. L. (Ed.) (2003). *Roadblocks in Cognitive-Behavioral Therapy: Transforming Challenges into Opportunities for Change*. New York. Guilford Press. p.p. 173-74.
- Lynch, T. R. (2014). *Radically Open-Dialectical Behavior Theory for Disorders of Overcontrol*. New York. Guilford Press.
- Malhi, G. S., et al. (2009). Medicating mood with maintenance in mind: Bipolar depression pharmacotherapy. In: *Bipolar Disorders*. 11(Suppl. 2):55-76.
- Malkoff-Schwartz, S., et al. (1998). Stressful life events and social rhythm disruption in the onset of manic and depressive bipolar episodes: A preliminary investigation. In: *archives of general psychiatry*, 55: 702-7.
- Malkoff-Schwartz, S., et al. (2000). Social rhythm disruption and stressful life events in the onset of bipolar and unipolar episodes. In: *psychological medicine*, 30:1005-1016.
- Markowitz, J. C., & Wacismann, M. M. (Eds.) (2012). *Casebook of Interpersonal Psychotherapy*. New York. Oxford University Press.
- Meichenbaum, D. H. (1977). *Cognitive-Behaviour Modification*. New York. Plenum.
- Merikangas, K. R., et al. (2011). prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the World Mental Health Survey initiative. In: *Archives of General Psychiatry*. 68(3): 241-51.
- Miklowitz, D. J. (2008). *Bipolar Disorder: A Family-Focused Treatment Approach*. Second edition. New York. Guilford Press.
- Mörch, M. M., et al. (Eds.) (1999). *Kognitiva behandlingsformer: Kognitiv terapi, social färdighetsträning, psykopedagogiska arbetsätt och kognitiv träning*. Stockholm. Nature & Kultur.
- Morrison, A. P. (Ed.) (2002). *A casebook of Cognitive Therapy for Psychosis*. London. Routledge.
- Murray, G., et al (2011). Self-management strategies used by "high functioning" individuals with bipolar disorder: From Research to Clinical Practice. In: *Clinical Psychology and Psychotherapy*.

- Newman, C. F., et al (2002). *Bipolar Disorder: A Cognitive Therapy Approach*. Washington, DC. American Psychological Association.
- Niggemann, B. & Gruber, C. (2003). Side-effects of complementary and alternative medicine. In: *Allergy*. 58: 707-16.
- O'Connel, R. A., et al (1991). Outcome of bipolar disorder on long-term treatment with lithium. In: *British Journal of Psychiatry*. 159:129-32.
- Oestrich, I. H. & Johansen, F. (2007). *Kognitiv coaching: Effektivt stöd till problemkötning och personlig utveckling*. Första upplagan. Sweden. Liber AB.
- Ostrich, I. & Holm, L. (Eds.) (2003). *Kognitiv miljöterapi: Att skapa en behandlingsmiljö i likvärdigt samarbete*. Lund. Studentlitteratur.
- Palmkron Ragnar, Å. (2006). *KBT kognitiv beteendeterapi: Komma på bättre tankar*. Sweden. Palmkrons Förlag.
- Perris, C. (1996). *Kognitiv terapi i teori och praktik*. Borla. Natur och Kultur.
- Ramnerö, J. (2006). *Beteendets ABC: En introduktion till behavioristisk psykoterapi*. Sweden. Studentlitteratur.
- Reus, V.J., Targum, S.D., Weingartner, H. et al (1979). Effect of lithium carbonate on memory processes of bipolar affectively ill patients. In: *Psychopharmacology*. 63, 39-42.
- Sachs, G. S., et al (2007). Effectiveness of adjunctive antidepressant treatment for bipolar depression. In: *New England Journal of Medication*. 356(17): 1711-22.
- Scott, J., et al (2006). Cognitive behaviour therapy for rever and recurrent bipolar disorders: A randomised controlled trial. In: *British Journal of Psychiatry*. 188: 313-20.
- Simon, G. E., et al (2006). Long-term effectiveness and cost of a systematic care program for bipolar disorder. In: *Archives of General Psychiatry*. 63(5): 500-8.
- Simoneau, T. L., et al (1998). Expressed emotion and interactional patterns in families of bipolar patients. In: *Journal of Abnormal Psychology*. 107: 497-507.

- Simoneau, T. L., et al. (1999). Bipolar disorder and family communication: Effects of a psychoeducational treatment program. In: *Journal of Abnormal Psychology*, 108: 588-97.
- Singh, N. N., et al. (Eds.) (2018). *Handbook of Recovery in Inpatient Psychiatry*. Springer. Nature.
- Strakowski, S. M., et al. (1998). Twelve-month outcome after a first hospitalization for affective psychosis. In: *Archives of General Psychiatry*, 55: 49-55.
- Swartz, H. A., et al. (2012). A randomized pilot study of psychotherapy and quetiapine for the acute treatment of bipolar II depression. In: *Bipolar Disorders*, 14(2): 211-6.
- Topor, A. (2004) Vad hjälper? Vägar till återhämtning från svåra psykiska problem. Sweden. Natur och Kultur.
- Topor, Alain et al (2007) Vägen vidare: Verktyg för återhämtning vid psykisk ohälsa. Sweden. Riksförbundet för social och mental hälsa & Psykiatri Södra Stockholm.
- Treatments (CANMAT) task force recommendations for the management of patients with mood disorders and select comorbid medical conditions. In: *Annals of Clinical Psychiatry*, 24(1): 91-109.
- Weissman, M. M., et al. (2000). *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*. New York. Basic books.
- Weissman, M. M., et al. (2007). *Clinician's Quick Guide to Interpersonal Psychotherapy*. New York. Oxford university press.
- Wilhelmsen, I. (2001). Livet är ett osäkert projekt: Om känslor och kognitiv terapi. Sweden. Wahlström & Widstrand.
- Yalom, I. D. (1980). *Existential Psychotherapy*. New York. Basic Books.
- Yalom, I. D. (2002). *The Gift of Therapy. An open letter to a new generation of therapists and their patients*. HarperCollins.
- Young A. H., Ferrier, N. I., & Michalak, E. E., (Eds.) (2010). *Practical Management of Bipolar Disorder*. Cambridge. Cambridge University Press.

رجل الكهف، د. (2018). حوار مع رجل الكهف في: ما المتفق؟ الجزائر، مؤسسة دروبلين ●

## المراجع

- للنشر والتوزيع.
- رجل الكهف، د. (2019). حوار مع رجل الكهف في: اضطرابات الشخصية. الجزائر. مؤسسة درومند للنشر والتوزيع.
- رجل الكهف، د. (2020). حوار مع رجل الكهف في: الكتاب. الجزائر. مؤسسة درومند للنشر والتوزيع.

## الباب الثامن والعشرون

### كسر الوصمة

- Adler, A. K., & Wahl, O. F. (1998). Children's beliefs about people labeled mentally ill. In: *American Journal of Orthopsychiatry*. 68: 321-6.
- Alonso, J., et al (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 420: 21-7.
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., & Riedel-Heller, S. G. (1999). Whom to ask for help in case of a mental disorder? Preferences of the lay public. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 34: 202-10.
- Ayuso-Mateos, J. L. (2000). Global burden of bipolar disorder in the year 2000. Geneva. World Health Organization. Available.
- Bailey, S. (1999). Young people, mental illness and stigmatisation. In: *Psychiatric Bulletin*. 23: 107-10.
- Barlow, D. H. (Ed.) (2014). Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual. Fifth edition. New York. Guilford Press.
- Barney, L. J., Griffiths, K. M., Jorm, A. F., & Christensen, H. (2006). Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 40: 51-4.
- Barney, L. J., Griffiths, K. M., Jorm, A. F., & Christensen, H. (2006). Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. In: *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 40: 51-4.
- Beck, A. T. (1988). Love is Never Enough. New York. Harper & Row.
- Biddle, L., Gunnell, D., Sharp, D., & Donovan, J. L. (2004). Factors influencing help seeking in mentally distressed young adults: a cross-sectional survey. In: *British Journal of General Practice*. 54: 248-53.

- Booth, M. L., Bernard, D., Quine, S., Kang, M. S., Usherwood, T., Alperstein, G., & Bennett, D. L. (2004). Access to health care among Australian adolescents young people's perspectives and their sociodemographic distribution. In: *Journal of Adolescent Health*. 34: 97-103.
- Borelius, M. (2013). Bryt det sista tabut: Mental ohilse ut ur garderoben. Sweden: Natur och Kultur.
- Burns, J. R., Rapee, R. M. (2006). Adolescent mental health literacy: Young people's knowledge of depression and help seeking. In: *Journal of Adolescence*. 29: 225-39.
- Byrne, P. (1997). Psychiatric stigma the past, passing and to come. In: *Journal of Royal Society of Medicine*. 90: 618-21.
- Charlson, F. J., Stansberg, N. J. C., Baxter, A., & Whiteford, H. A. (2011). Should Global Burden of Disease estimates include depression as a risk factor for coronary heart disease? *BMC Medicine* 9: 1-6.
- Chew-Graham, C. A., Rogers, A., & Yassin, N. (2003). 'I wouldn't want it on my CV or their records': medical students' experiences of help-seeking for mental health problems. In: *Medical Education*. 37: 873-80.
- Collins, P. Y., et al (2011). Grand challenges in global mental health. In: *Nature*, 475(7354): 27-30.
- Corrigan, P. W., Lurie, B. D., Goldman, H. H., Slopen, N., Medasani, K., & Phelan, S. How adolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol abuse. In: *Psychiatric Services*. 56: 544-50.
- Corrigan, P. W., Lurie, B. D., Goldman, H. H., Slopen, N., Medasani, K., & Phelan, S. (2005). How adolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol abuse. In: *Psychiatric Services*. 56: 544-50.
- Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K., Penn, D. L., Uphoff-Wasowski, K., Campion, J., Mathisen, J., Gagnon, C., Bergman, M., Goldstein, H., & Kubiak, M. A. (2001). Three strategies for changing attributions about severe mental illness. In: *Schizophrenia Bulletin*. 27: 187-95.
- Corrigan, P. (2005). On the Stigma of Mental Illness. Washington D.C: American Psychological Association.
- Coryell, W., et al (1992). Rapidly cycling affective disorder: Demographics, diagnosis, family history, and course. In: *Archives of General*

*Psychiatry*, 49: 126-31.

- Cutcliffe, J. R., & Hannigan, B. (2001). Mass media, 'monsters' and mental health clients: the need for increased lobbying. In: *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 8: 315-21.
- Dietrich, S., Heider, D., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2006). Influence of newspaper reporting on adolescents' attitudes toward people with mental illness. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 41: 318-22.
- Ferrari, A. J., Charlson, F. J., Norman, R. B., et al (2013). Burden of Depressive Disorders by Country, Sex, Age, and Year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. In: *PLOS Medicine*, 10(11): 1-12.
- Ford, T., Goodman, R., & Meltzer, H. (2003). The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 42: 1203-11.
- Fullman, N., Barber, R. M., Abajobir, A. A. et al. (2017). Measuring progress and projecting attainment on the basis of past trends of the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: an analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. In: *The Lancet*. 390: 1423-59.
- Gasquet, I., Chavance, M., Ledoux, S., & Choquet, M. (1997). Psychosocial factors associated with help-seeking behavior among depressive adolescents. In: *European Child & Adolescent Psychiatry*. 6: 151-9.
- GBD 2017 Cause of Death Collaborators. (2018). Global, regional, and national age-specific and sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. In: *The Lancet*. 392: 1736-88.
- GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. In: *The Lancet*. 392: 1789-858.
- GBD 2017 Mortality Collaborators. (2018). Global, regional, and national age-specific mortality and life expectancy, 1950–2017: A systematic

analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. In: *The Lancet* 392: 1684-735.

- Gold, M. R., Siegel, J. E., Russell, L. B., & Weinstein, M. C. (1996). Cost-effectiveness in Health and Medicine. New York. Oxford University Press.
  - Gotzsche, P. C. (2016). Dödlig psykiatri och organiserad förnekelse. Sweden. Karneval förlag.
  - Gould, M. S., Velting, D., Kleinman, M., Lucas, C., Thomas, J. G., & Chung, M. (2004). Teenagers' attitudes about coping strategies and help-seeking behavior for suicidality. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43: 1124–33.
  - Gray, J. (2008). Living with a Label: An Action Oriented Feminist Inquiry into Women's Mental Health. Saarbrücken. VDM Verlag Dr. MULLER.
  - Griffin, G. A. E., et al. (1996). Assessing dissimulation among social security disability income applicants. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64: 1425–30.
  - Hallerstedt, G. (2006). Diagnosen makt: Om kunskap, pengar och lidande. Sweden. Bokförlaget Daidalos AB.
  - Hayward, P., & Bright, J. A. (1997). Stigma and Mental Illness. A Review and Critique. *Journal of Mental Health*, 6: 345–54.
  - Hinshaw, S. P., & Cicchetti, D. (2000). Stigma and mental disorder: conceptions of illness, public attitudes, personal disclosure, and social policy. In: *Development and Psychopathology*, 12: 555–98.
  - Hollanderworth, J. G. (1990). The physiology of psychological disorders. New York. Plenum Press.
  - Hoults, J. (1986). Community care of the acutely mentally ill. In: *British Journal of Psychiatry*, 149: 137–44.
  - Hu, T. W. (2006). Perspectives: An international review of the national cost estimates of mental illness, 1990–2003. In: *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 9(1): 3–13.
  - Hugo, C. J., Boshoff, D. E., Traut, A., Zungu-Dirwayi, N., & Stein, D. J. (2003). Community attitudes toward and knowledge of mental illness in South Africa. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38: 715–9.

- Jacoby, A., Snape, D., & Baker, G. A. (2005). Epilepsy and social identity: the stigma of a chronic neurological disorder. In: *The Lancet Neurology*. 4: 171-8.
  - Jamison, K. R. (2006). The many stigmas of mental illness. In: *The Lancet*. 367: 533-4.
  - Jamison, K. R. (2006). The many stigmas of mental illness. In: *The Lancet*. 367: 533-534.
  - Jones, K. (1968). *Social Psychiatry in Practice*. Harmondsworth. Penguin Books.
  - Jorm, A. F., Kelly, C. M., Wright, A., Parslow, R. A., Harris, M. G., McGorry, P. D. (2006). Belief in dealing with depression alone: results from community surveys of adolescents and adults. In: *Journal of Affective Disorders*. 96: 59-65.
  - Jorm, A. F., Medway, J., Christensen, H., Korten, A. E., Jacomb, P. A., & Rodgers, B. (2000). Attitudes towards people with depression: effects on the public's help-seeking and outcome when experiencing common psychiatric symptoms. In: *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 34: 612-8.
  - Katon, W. J., et al. (2002). Increased medical costs of a population-based sample of depressed elderly patients. In: *The Archives of General Psychiatry*. 60: 897-903.
  - Kessler, R. C. (2012). The costs of depression. In: *Psychiatric Clinics North America*, 35(1): 1-14.
  - Kessler, R. C., & Ustun, T. B., (eds.) (2008). *The WHO World Mental Health Surveys: global perspectives on the epidemiology of mental disorders*. Cambridge University Press. New York.
  - Kessler, R. C., Brown, R. L., & Bromman, C. L. (1981). Sex differences in psychiatric help-seeking: Evidence from four large-scale surveys. In: *Journal of Health and Social Behavior*. 22: 49-64.
  - Kessler, R. C., Demler, O., Frank, R. G., Olfsen, M., Pincus, H. A., Walters, E. E., Wang, P., Wells, K. B., & Zaslavsky, A. M. (2005). Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. In: *New England Journal of Medicine*. 352: 2515-23.

- Kessler, R. C., et al. (2006). Prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of U.S. workers. In: *American Journal of Psychiatry*, 163(9): 1561-8.
- Keusch, G. T., Wilentz, J., Kleinman, A. (2006). Stigma and global health: developing a research agenda. In: *The Lancet*. 367: 525-7.
- Kiellin, C., et al. (2011). Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. In: *The Lancet*, 378: 1515-25.
- Kirmayer, L. J., et al. (Eds.) (2017). Re-Visioning Psychiatry. Cultural Phenomenology, Critical Neuroscience, and Global Mental Health. Cambridge. Cambridge University Press.
- Kleinman, A. (2009). Global mental health: A failure of humanity. In: *The Lancet*, 374: 603-4.
- Kramer, M., von Korff, M., & Kessler, L. (1980). The lifetime prevalence of mental disorders: estimation, uses and limitations. In: *Psychological Medicine*. 10: 429-35.
- Lawson, A., & Fouts, G. (2004). Mental illness in Disney animated films. In: *The Canadian Journal of Psychiatry*. 49: 310-4.
- Lépine, J. P., & Briley, M. (2011). The increasing burden of depression. In: *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 7(1): 3-7.
- Link, B. G., Phelan, J. C. (2006). Stigma and its public health implications. In: *The Lancet*. 367: 528-9.
- Lopez, A. D., Mathers, C. D., Ezzati, M., Jamison, D. T., & Murray, C. J. L. (2006). *Global Burden of Disease and Risk Factors*. Oxford University Press. New York.
- Mathers, C. D., Stein, C., Ma Fat, D., Rao, C., Inoue, M., et al (2002). *Global Burden of Disease 2000: version 2 methods and results*. Geneva. World Health Organization.
- Michels, K. M., Hofman, K. J., Keusch, G. T., & Hrynkow, S. H. (2006). Stigma and global health: looking forward. In: *The Lancet*. 367: 538-9.
- Murray, C. L., & A. D. Lopez (1996). *The Global Burden of Disease*. Volume one. Cambridge. Harvard university press.
- Narrow, W. E., Rae, D. S., Robins, L. N., & Regier, D. A. (2002). Revised

prevalence estimates of mental disorders in the United States: Using a clinical significance criterion to reconcile 2 surveys' estimates. In: *Archives of General Psychiatry*. 59: 115-23.

- Oliver, M. I., Pearson, N., Coe, N., & Gunnell, D. (2005). Help-seeking behaviour in men and women with common mental health problems: cross-sectional study. *British Journal of Psychiatry*. 186: 297-301.
- Page, S. & Day, P. (1990). In acceptance of the mentally ill. Canadian society, reality and illusion. In: *Canadian Journal of Community Mental Health*. 9: 151-61.
- Patel, V. & Prince, M. (2010). Global mental health: A new global health field of age. In: *Journal of the American Medical Association*, 303: 1976-7.
- Patel, V., et al. (2011). A renewed agenda for global mental health. In: *The Lancet*, 378: 1441-2.
- Philo, G. (1996). *Media and Mental Distress*. London, Longman.
- Pinfold, V., Toumlin, H., Thornicroft, G., Huxley, P., Farmer, P., & Graham, T. (2003). Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluation of educational interventions in UK secondary schools. In: *British Journal of Psychiatry*. 182: 342-6.
- Potts, Y., Gillies, M. L., & Wood, S. F. (2001). Lack of mental well-being in 15-year-olds: an undisclosed iceberg? In: *Family Practice*. 18: 95-100.
- Reynolds III, C. F., et al. (2012). Early intervention to reduce the global health and economic burden of major depression in older adults. In: *Annual Review of Public Health*, 33: 129-35.
- Roeloffs, C., et al. (2003). Stigma and depression among primary care patients. In: *General Hospital Psychiatry*, 25: 311-5.
- Rose, D., Thornicroft, G., Pinfold, V., & Kassam, a. (2007). 250 labels used to stigmatise people with mental illness. In: *BMC Health Services Research*. 7: 97.
- Rose, N. (2019). *Our Psychiatric Future: The Politics of Mental Health*. Cambridge. Polity Press.
- Saldivia, S., Vicente, B., Kohn, R., Rioseco, P., & Torres, S. (2004). Use of mental health services in Chile. In: *Psychiatric Services*. 55: 71-6.

- Sartorius, N. (1997) Fighting schizophrenia and its stigma. A new World Psychiatric Association educational programme. *British Journal of Psychiatry*, 170: 297.
- Sartorius, N., & Schulze, H. (2005). Reducing the Stigma of Mental Illness: A Report from a Global Programme of the World Psychiatric Association. Cambridge: Cambridge University Press.
- Saxena, S., Sharan, P., Saraceno, B. (2003). Budget and financing of mental health services: Baseline information on 89 countries from WHO's project atlas. In: *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 6: 135-43.
- Schultz, A. B., Chen, C. Y., & Edington, D. W. (2009). The cost and impact of health conditions on presenteeism to employers: A review of the literature. In: *Pharmacoeconomics*, 27(5): 365-78.
- Scotland, S. M. (2004). The Second National Public Attitudes Survey, 'Well? What do you think?'. Edinburgh: Scottish Executive.
- Secker, J., Armstrong, C., & Hill, M. (1999). Young people's understanding of mental illness. In: *Health Education Research*, 14: 729-39.
- Segall, M.H. et al. (1990). Human Behaviour in Global Perspective: An Introduction to Cross-Cultural Psychology. New York: Pergamon.
- Sirey, J. A., Bruce, M. L., Alexopoulos, G. S., Perilick, D. A., Rave, P., Friedman, S. J., & Meyers, B. S. (2001). Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. In: *The American Journal of Psychiatry*, 158: 479-81.
- Sirey, J. A., et al. (2001). Perceived stigma and patient-rated severity of illness as predictors of antidepressant drug adherence. In: *Psychiatric Services Journal*, 52: 1615-20.
- Sobocki, P., et al. (2006). Cost of depression in Europe. In: *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 9: 87-98.
- Stewart, W. F., et al. (2003). Cost of lost productive work time among US workers with depression. In: *The Journal of the American Medical Association*, 289(23): 3135-44.
- Stuart, H., & Arboleda-Florez, J. (2001). Community attitudes toward people with schizophrenia. In: *Canadian Journal of Psychiatry*, 46: 245-52.

- Suppes, T., et al (2001). The Stanley Foundation Bipolar Treatment Outcome Network: II. Demographic and illness characteristics of the first 261 patients. In: *Journal of Affective Disorders*. 67: 45-59.
- Svedberg, L. (2007). Gruppsykolog: Om grupper, organisationer och ledarskap. Sweden. Studentlitteratur.
- Thara, R., & Srinivasan, T. N. (2000). How stigmatising is schizophrenia in India? In: *International Journal of Social Psychiatry*. 46: 135-41.
- Thornicroft, G. (2006). Shunned: Discrimination against People with Mental Illness. Oxford, Oxford University Press.
- Taeng, W. S. (2003). Clinician's Guide to Cultural Psychiatry. London. Academic Press.
- Tyssen, R., Rovik, J. O., Vaglum, P., Gronvold, N. T., & Ekeberg, O. (2004). Help-seeking for mental health problems among young physicians: is it the most ill that seeks help? - A longitudinal and nationwide study. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 39: 989-93.
- Ustun, T. B., Ayuso-Mateos, J. L., Chatterji, S., Mathers, C., Murray, C. J. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. In: *British Journal of Psychiatry*. 184: 386-92.
- Van't Veer-Tazelaar, P., et al (2010). Cost-effectiveness of a stepped care intervention to prevent depression and anxiety in late life: randomised trial. In: *British Journal of Psychiatry*, 196: 319-25.
- Vos, T., Abajobir, A. A., Abate, K. H. et al (2017). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. In: *The Lancet*. 390: 1211-59.
- Wahl, O. (2003). Mental illness depiction in children's films. In: *Journal of Community Psychology*. 553-60.
- Wahl, O. F. (2003). Depictions of mental illness in children's media. In: *Journal of Mental Health*. 12: 249-58.
- Wahl, O. F. (1995). Media Madness: Public Images of Mental Illness. New Brunswick, New Jersey, Rutgers University Press.
- Wang, P. S., et al, (2007). Worldwide use of mental health services for

- anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. In: *The Lancet*. 370(9590): 841-50.
- Weiss, M. (1986) Children's attitudes towards the mentally ill - a developmental analysis. *Psychological Reports*. 58: 11-20.
  - Weiss, M. F. (1994). Children's attitudes toward the mentally ill: an eight-year longitudinal follow-up. In: *Psychological Reports*. 74: 51-6.
  - Weiss, M. G., & Ramakrishna, J. (2006). Stigma interventions and research for international health. In: *The Lancet*. 367: 536-8.
  - Wells, K. B., Manning, W. G., Duan, N., Newhouse, J. P., & Ware Jr., J. E. (1986). Sociodemographic factors and the use of outpatient mental health services. In: *Medical Care*. 24: 75-85.
  - Wilson, C., Nairn, R., Coverdale, J., & Panapa, A. (2000). How mental illness is portrayed in children's television. A prospective study. In: *British Journal of Psychiatry*. 176: 440-3.
  - Wittchen, H. U. (1994). Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): A critical review. In: *Journal of Psychiatric Research*. 28: 57-84.
  - Wittchen, H. U., et al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. In: *European Neuropsychopharmacology*, 21(9): 655-79.
  - World Bank (1993). *World Development Report 1993. Investing in health: world development indicators*. New York. World Bank.
  - World Bank (2003). *World development indicators*. Washington DC. The World Bank.
  - World Health Organization (2001). Mental disorders affect one in four people: Treatment available but not being used. 4 October 2001. In: [www.who.int](http://www.who.int).
  - World Health Organization (2001). *The world health report 2001: mental health: new understanding, new hope*. Switzerland. World Health Organization.
  - World Health Organization (2008) *The Global Burden of Disease: 2004 update*. Switzerland. World Health Organization.

- Wright, A., Harris, M. G., Wiggers, J. H., Jorm, A. F., Cotton, S. M., Harrigan, S. M., Hurworth, R. E., & McGorry, P. D. (2005). Recognition of depression and psychosis by young Australians and their beliefs about treatment. In: *The Medical Journal of Australia*. 183: 18–23.
- Wright, A., Jorm, A., Harris, M. G., & McGorry, P. D. (2007). What's in a name? Is accurate recognition and labelling of mental disorders by young people associated with better help-seeking and treatment preferences? In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 42: 244–50.
- Wright, A., McGorry, P. D., Harris, M. G., Jorm, A. F., & Pennell, K. (2006). Development and evaluation of a youth mental health community awareness campaign - The Compass Strategy. In: *BMC Public Health*. 6: 215.
- Wrigley, S., Jackson, H., Judd, F., & Komiti, A. (2005). Role of stigma and attitudes toward help-seeking from a general practitioner for mental health problems in a rural town. In: *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 39: 514–21.
- Zachrisson, H. D., Rodje, K., & Mykletun, A. (2006). Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey. *BMC Public Health*. 6:34.

\* د. رجل الكهف، د. (2020). حوار مع رجل الكهف في الاكتتاب. الجزائر. مؤسسة دروبلن للنشر والتوزيع.

## الباب التاسع والعشرون

### تجارب مسافرين بين القطبين

مادة هذا الباب هي مختارات من تعليقات على فيديوهات اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصفة المدرجة ضمن سلسلة الاضطرابات النفسية في قناة/حاديث رجل الكهف على اليوتيوب.\*

- American Psychiatric Association (2006). Practice guidelines for treatment of psychiatric disorders: compendium. Arlington. American Psychiatric Association Press.
- Bileberg, N., Petersen, D.J., Hoerder, K., & Gillberg, C. (2005). The prevalence of child-psychiatric disorders among 8-9-year-old children in Danish mainstream schools. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 111: 59-67.
- Cotton, S. M., Wright, A., Harris, M. G., Jorm, A. F., & McGorry, P.D. (2006). Influence of gender on mental health literacy in young Australians. In: *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 40: 790-6.
- Hawton, K. & van Heeringen, K. (Eds.) (2000). The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide. Chichester. John Wiley & Sons.
- Hawton, K. & van Herringen, K. (2009). Suicide. In: *The Lancet*, 373: 1372-81.
- Hawton, K. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. In: *The Lancet*, 379: 2373-82.
- Hunt, I. M., et al. (2009). Suicide in recently discharged psychiatric patients. In: *Psychological Medicine*, 39: 443-9.
- Leahy, R. L. (2006). *The Worry Cure: Seven Steps to Stop Worry from*

---

\* [www.youtube.com/c/TheCavemanTalks](http://www.youtube.com/c/TheCavemanTalks)

**Stopping You. New York. Harmony.**

- Leahy, R. L. (2010). Beat the blues before they beat you. New York. Hay House.
  - Lewis, G., et al (1997). Strategies for preventing suicide. In: *British Journal of Psychiatry*, 171: 351-54.
  - McClure, G. M. (2001). Suicide in children and adolescents in England and Wales 1970-1998. In: *British Journal of Psychiatry*, 178: 469-74.
  - Moberg, Å. (2005). Vara anhörig: Bok för anhöriga till psykiatrt sjuka. Sweden. Bokförlaget DN.
  - Sawyer, M. G., Arney, F. M., Baghurst, P. A., Clark, J. J., Graetz, B. W., Kosky, R. J., Nurcombe, B., Patton, G. C., Prior, M. R., Raphael, B., Rey, J. M., Whaites, L. C., & Zubrick, S. R. (2001). The mental health of young people in Australia: key findings from the child and adolescent component of the national survey of mental health and well-being. In: *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35:806-14.
  - Spitz, R. (1985). The First Year of Life. London. International University press.
- د. رجال الكهف، د. (2019). حوار مع رجال الكهف في: اضطرابات الشخصية. الجزائر. مؤسسة دروبلين للنشر والتوزيع.

## الباب الثلاثون

### الزواج والانجاب بين القطبين

مادة هذا الباب هي مختارات من تعليقات على فيديوهات اضطراب ثانى القطب والاضطرابات ذات الصلة المدرجة ضمن سلسلة اضطرابات النفسية في قناة/حاديث رجل الكهف على اليوتيوب.

- Berrettini, W. (2003). Evidence for shared susceptibility in bipolar disorder and schizophrenia. In: *American Journal of Medical Genetic*, Part C, 123: 59-64.
- Hatfield, A. B., et al. (1987). Expressed emotion: A family perspective. In: *Schizophrenia Bulletin*, 13: 221-6.
- Henin, A., et al. (2005). Psychopathology in the offspring of parents with bipolar disorder: A controlled study. In: *Biological Psychiatry*, 58(7): 554-61.
- Swann, A. C., et al. (2004). Impulsivity: A link between bipolar disorder and substance abuse. In: *Bipolar Disorders*, 6: 204-12.
- Van Meter, A. R., et al. (2011). Meta-analysis of epidemiologic studies of pediatric bipolar disorder. In: *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(9): 1250-6.
- Wendel, J. S., et al. (2000). Expressed emotion and attributions in the relatives of bipolar patients: An analysis of problem-solving interactions. In: *Journal of Abnormal Psychology*, 109: 792-6.

\* [www.youtube.com/c/TheCavemanTalks](http://www.youtube.com/c/TheCavemanTalks)

## الباب الواحد والثلاثون

### حوارات بين الطبعين

مذكرة هذا الباب هي مختاراتٌ من تعليقاتٍ على فيديوهاتِ اضطراب ثانٍ  
القطب والاضطرابات ذات الصلة المدرجة ضمن سلسلةِ اضطراباتِ النفسية  
في قناة أحاديث رجل الكهف على اليوتيوب.

- Kay, D. W., et al (1964). Old age mental disorders in Newcastle-upon-Tyne: I: A study in prevalence. In: *British Journal of Psychiatry*, 110: 146-58.
- Yan, L. J., et al (2004). Expressed emotion versus relationship quality variables in the prediction of recurrence in bipolar patients. In: *Journal of Affective Disorders*. 83: 199-206.

## الباب الثاني والثلاثون

### تساؤلات بين القطبين

مادة هذا الباب هي مختارات من تعليقات على فيديوهات اضطراب ثانٍ  
القطب والاضطرابات ذات الصلة المدرجة ضمن سلسلة اضطرابات النفسية  
في قناة/حاديث رجل الكهف على اليوتيوب.\*

- Berrettini, W. (2003). Evidence for shared susceptibility in bipolar disorder and schizophrenia. In: *American Journal of Medical Genetic, Part C*, 123: 59-64.
- Johanson, S. L. (2005). Life events in bipolar disorder: Towards more specific models. In: *Clinical Psychology Review*, 25(8): 1007-27.
- Östby, C., et al. (2009). Stolthet & Fördom: Mötet med psykiatrin idag. Sweden. Psykiatiska kliniken i Skellefteå.

---

\* [www.youtube.com/c/TheCavemanTalks](http://www.youtube.com/c/TheCavemanTalks)

## الباب الثالث والثلاثون

### المزيد حول اضطراب ثانٍ القطب والاضطرابات ذات الصلة

مادة هذا الباب هي مختاراتٌ من تعليقات على فيديوهات اضطراب ثانٍ القطب والاضطرابات ذات الصلة المدرجة ضمن سلسلة الاضطرابات النفسية في قناة أحاديثِ رجل الكهف على اليوتيوب.

- رجل الكهف، د. (2018). حوار مع رجل الكهف في: ما المثقف؟ الجزائر. مؤسسة درومن للنشر والتوزيع.
- رجل الكهف، د. (2019). حوار مع رجل الكهف في: اضطرابات الشخصية. الجزائر. مؤسسة درومن للنشر والتوزيع.
- رجل الكهف، د. (2020). حوار مع رجل الكهف في: الاكتتاب. الجزائر. مؤسسة درومن للنشر والتوزيع.

[441] يكفي هذا القدر من المراجع بالنسبة لحديثنا عن اضطراب ثانٍ القطب والاضطرابات ذات الصلة. بالإضافة إلى المراجع التي زودتك بها عند حديثنا عن اضطرابات الشخصية، وتلك التي أدرجتها لك بها عند حديثنا عن الاكتتاب، فإنَّ في جعبتك الآن كلَّ ما قد يلزمك عن كلِّ شيء تحاورنا فيها خلال زيارتكما هذه بل. وإنك سوف تجد من خلال هذه المراجع، على أيِّ حال، مراجعاً أخرى لو أنك احتجت إلى ذلك.

دلي "بسعدة": هذا كافٍ يا عزيزي، كافٍ جداً. إنَّ أقدر لك هذا كثيراً.

[442] لوسيل " وهي تمُشط شعرها": إنَّ هذا كنزٌ حقيقي، أشكرك جزيل الشكر.

المراجع

رجل الكهف: على الرحب والاسعة.

دللي: أنا سوف أدخل وأستحم.

رجل الكهف: اترك هذا لصبح الغد ودعنا نناقش الكيفية التي ستنشر بها كل ما سبقته في هذه الزيارة.

## الباب الرابع والثلاثون

### خاتمة المحاورة

يستيقظ ثلاثة حوالى الساعة العاشرة من صباح اليوم التالي، ويدور هذا الحوار وهم يتناولون فطورهم.

[443] داني: كنت أفكّر وأنا أستحم قبل قليل في آنک قد زوّدتنا بعددٍ ضخم من المراجع التي تغطي الاضطرابات النفسية والطب النفسي والعلاج النفسي بشكل رائع، بيدَ أله خطر في بالي سؤالك عما لو كان بإمكانك تزويدِي بمراجع تتعلق باضطرابات محددة بحيث يمكن للقراء، عندما أنشر محاوراتنا في هذه الزيارة بالشكل الذي اتفقنا عليه الليلة الماضية، أن يبحثوا عن مرجع يعينه يتعلق باضطرابٍ ما يعانون منه بدلاً من اضطرارهم لشراء كتابٍ ضخم يتعلق الكثير من الاضطرابات. ألم تكن هذه نواة الفكرة التي اقترحتها لوسائل الليلة الماضية بجعل محاورات هذه الزيارة مقسمة على ثلاث كتبٍ منفصلة؟

رجل الكهف: داني، بحق السماء، لا يمكنني أن أعمل فقط كمزود للمراجع، أنا لست أمين مكتبة يا داني. إذا حصل وتحدثنا عن اضطرابات أخرى في زيارتكم القادمة فإني سأفعل مثلاً فعلت في هذه الزيارة، لكن لا تعمّلني

فوق طاقتني.

[44] دلي "بخجل": لم أقصد هذا. أعتذر عن طلبي.

لوسيل: نحن قد أرهقناك بالفعل في هذه الزيارة أكثر من الزيارة الماضية. لقد كنت كريماً معنا إلى أبعد الحدود.

دللي: لا يمكنك أن تخيل كم يؤلمني أنني سأغادر من هنا بعد قليل.

[445] لوسيل: وأنا أيضاً. ولقد سبق ووعدتني بتزويدي بمراجع تتعلق باضطرابات الأكل، هل نسيت؟

رجل الكهف: حسناً، سوف أزودك بأسماء بعض الكتب حول اضطرابات ذات صلة بالاضطرابات التي تحدثنا عنها. هذه الاضطرابات التي أكدنا الإشارة إليها كاضطرابات القلق وفرط النشاط مع نقص الانتباه واضطراب الأكل ونحوها. هل هذا جيد؟

دللي "بسعادة عارمة": تسألني هل هذا جيد؟ إنه رائع. لم أتوقع أنك ستحضر رأيك.

[446] رجل الكهف: لن أتأخر في هذا، فلا وقت لدينا. رثى معنـ جيداـ

- Alin Åkerman, B., & Liljeroth, I. (1999). Autism: Möjligheter och hinder i ett undervisningsperspektiv. Sweden. SIH Läromedel.
- Anerén, G., et al. (1996). Downs syndrom: En bok för föräldrar och personal. Första upplagan. Sweden. Liber AB.
- Arvidsson, B., & Skäråsäter, I. (2009). Psykiatrisk omvärdnad: att stödja hälsoförämmande processer. Första upplagan, fjärde tryckningen. Sweden. Studentlitteratur.
- Attwood, T. (2008). Den kompletta guiden till Aspergers syndrom. London. Jessica Kingsley Publishers Ltd.
- Avellan, K. (2015). Fakta om Asperger - AST: För dig som möter barn

- och ungdomar. Sweden. Nypon förlag.
- Axeheim, K. (1999). En annan verklighet – om barn med autism. Sweden. Sama förlag AB.
  - Barkley, R. A. (2013). Taking Charge of ADHD: The complete, authoritative guide for parents. Third edition. The Guilford Press.
  - Barkley, R. A., & Benton, C. M. (2010). Taking Change of Adult ADHD. The Guilford Press.
  - Bech, P., et al (2010). Relapse prevention and residual symptoms: a closer analysis of placebo-controlled continuation studies with escitalopram in major depressive disorder, generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, and obsessive-compulsive disorder. In: *The Journal of Clinical Psychiatry*; 71(2): 121-9.
  - Broberg, A., et al. (2003). Klinisk barnpsykologi: Utveckling på avvärgar. Sweden. Natur och Kultur.
  - Capuron, L., & Miller, A. H. (2004). Cytokines and psychopathology: lessons from interferonalpha. In: *Biological Psychiatry*, 56: 819-824.
  - Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice. New York. Guilford Press.
  - Cleve, E. (2000). Från kaos till sammanhang: Psykoterapi med en pojke som har diagnosen ADHD. Sweden. Wahlström & Widstrand.
  - Compton, W. M., Thomas, Y. F., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. In: *Archives of General Psychiatry*. 64:566-76.
  - Cullberg, J. (2000). Psykoser: Ett humanistiskt och biologiskt perspektiv. Sweden. Natur och Kultur.
  - Davidson, P. O. (Ed.) (1976). The Behavioral Management of Anxiety, Depression, and Pain. New York. Mazel.
  - De Clercq, H. (2005). Mamma, är det dör ett djur eller en människa? Om överselektivitet och autism. Sweden. HLS Förlag.
  - De Clercq, H. (2007). Autism från insidan – en handbok. Sweden.

## Intermedia Books.

- Dehlin, O., et al. (2000). Gerontologi: Åldrandet i ett biologiskt, psykologiskt och socialt perspektiv. Sweden. Natur och Kultur.
- Demyttenaere, K., et al. (2009). "Caseness" for depression and anxiety in a depressed outpatient population: symptomatic outcome as a function of baseline diagnostic categories. In: *The Primary Care Companions to The Journal of Clinical Psychiatry*, 11(6): 307-15.
- Dysthe, P. (2007). Nu förstår jag mig själv: En berättelse om ADHD. Sweden. Sivert Förlag.
- Eikseth, S. & Svartdal, F. (2008). Tillämpad beteendeanalys. Första upplagan, tredje tryckningen. Sweden. Studentlitteratur.
- Eliacheff, C. (1994). På kroppen och på skriket. Psykoanalys med små barn. Sweden. Wahlström & Widstrand.
- Freud, S. (1933). New introductory lectures on psychoanalysis. New York. Norton.
- Freud, S. (2002). Psykoanalysens teknik. Samlade skrifter av Sigmund Freud VIII. Sweden. Natur och kultur.
- Gay, P. (1990). Freud. Sweden. Bonnier Fakta Bokförlag AB.
- Gerge, A., & Lander, K. (2012). PTSD: En handbok för dig som drabbats av psykisk traumatisering som barn eller vuxen. Sweden. Insidan förlag.
- Ghaderi, A., & Parling, T. (2007). Från självvåld till ett fullvärdigt liv: En ny KBT-metod i 6 steg. Första utgivan, första tryckningen. Sweden. Natur och Kultur.
- Gillberg, C. (2005). Ett barn i varje klass om ADHD och DAMP. Andra upplagan, första tryckningen. Sweden. Curas Förlag och Utbildning AB.
- Giant, H. (1998). Sluta svälta! Handbok för dig som kämpar mot snorex. Sweden. Natur och Kultur.
- Giant, H. (2000). Så här kan man förebygga och behandla ätstörningar: Handbok för behandlare, skolpersonal, föräldrar och vänner. Sweden. Natur och Kultur.
- Gordan, K. (2004). Professionella möten: Om utredande, stödjande och psykoterapeutiska samtal. Andra utgivan, andra tryckningen. Sweden.

## Natur och Kultur.

- Grann, M. & Fazel S. (2004). Substance misuse and violent crime: Swedish population study. In: *British Medical Journal*, 328: 1233-4.
- Grant, B. F., Compton, W. M., Crowley, T. J., Hasin, D. S., Helzer, J. E., Li, T. K., Rounseville, B. J., Volkow, N. D., & Woody, G. E. (2007). Errors in assessing DSM-IV substance use disorders. In: *Archives of General Psychiatry*. 64:379-80.
- Gustavson, C. (2006). Tänk om jag är knäpp? Om ångest, panik, fobier och tvångstankar. Sweden. ICA bokförlag.
- Hasin, D. S., & Grant, B. F. (2004). The co-occurrence of DSM-IV alcohol abuse in DSM-IV alcohol dependence. In: *Archives of General Psychiatry*. 61:891-6.
- Hellström, I., & Hydén, L. C. (2016). Att leva med demens. Sweden. Gleerups Utbildning AB.
- Hildebrand Karlén, M. (2013). Vansinnets diagnoser: Om klassiska och möjliga perspektiv inom svensk psykiatri. Sweden. Carlsson Bokförlag.
- Honos-webb, L. (2005). The gift of ADHD. How to Transform Your Child's Problem into Strengths. United States of America. New Harbinger Publications, Inc.
- Hostrup, H. (2002). Gestalitterapi: en introduktion i grundbegreppen. Sweden. Studentlitteratur.
- Howitt, D., & Cramer, D. (2014). Introduction to Statistics in Psychology. Sixth edition. United Kingdom. Person Education Limited.
- Hwang, P., et al. (2005). Vår tids psykologi. Sweden. Natur och kultur.
- Jalakas, I. (2007). Nördsyndromet: Allt du behöver veta om Aspergers syndrom. Sweden. Alfabeta Bokförlag AB.
- Kadesjö, B. (1992). Barn med koncentrationssvårigheter. Första upplagan. Sweden. Almqvist & Wiksell AB.
- Karpathakis, G. (2017). Underbara ADHD: Den svira superkraften. Sweden. Bokförlaget Max Ström.
- Kay, D. W., et al. (1964). Old age mental disorders in Newcastle-upon-Tyne: 1: a study in prevalence. In: *British Journal of Psychiatry*, 110: 146-

58.

- Kennerley, H. (1997). Overcoming Anxiety. London. Constable & robinson ltd.
- Keski-Rahkonen, A., et al. (2011). Jag har redan fått: Att vara anhörig till vägen som lider av åstörning. Sweden. Gothia Fölag AB.
- Klefbeck, J., & Ogden, T. (2009). Barn och närvirk: Ekologiskt perspektiv på barns utveckling och närvirksterapeutiska metoder i behandlingsarbete med barn. Andra upplagan, tredje tryckning. Sweden. Liber AB.
- Kruager, D. (1997). Food as self-object in eating disorder. In: *The Psychoanalytic Study of the Child*, 84: 617-30.
- Kåver, A. (1999). Social fobi: Att känna sig granskad och bortgjord. Sweden. Cura Bokförlag och Utbildning AB.
- Kåver, A. (2014). Social ångest: Att känna sig granskad och bortgjord. Tredje upplagans. Sweden. Natur och Kultur.
- Larsson, M. (2008). År jag normal, mamma? Att se, förstå och möta en flicka med ADD. Sweden. Aduct AB.
- Lees-Haley, P., & Dunn, J. T. (1994). The ability of naive subjects to report symptoms of mild brain injury, posttraumatic stress disorder, major depression, and generalized anxiety disorder. In: *Journal of Clinical Psychology*, 50: 252-6.
- Lehman, A. F., & Steinwachs, D. M. (1998). Translating research into practice: Schizophrenia patient outcomes research team (PORT) treatment recommendations. In: *Schizophrenia Bulletin*. 24: 1-10.
- Lennér Axelson, B., & Thylefors, I. (2009). Arbetsgruppens psykologi. Fjärde utgåvan, tredje tryckningen. Sweden. Natur och Kultur.
- Levander, M. (1998). Psykologi: lärobok för gymnasiet. Tredje upplagans, första tryckning. Sweden. Natur och Kultur.
- Lindgren, A. (2008). Allt du behöver veta innan du glömmer: Om alzheimer och demens. Sweden. Prisma.
- Malmquist, J. (2016). Diagnoser som diskuteras: uppmärksammade medicinska kontroverser. Sweden. Krilon förlag.

- Moberg, Å. (2005). *Vara anhörig: Bok för anhöriga till psykiatiskt sjuka*. Sweden. Bokförlaget DN.
- Moffitt, T. E., Harrington, H. I., Caspi, A., Kim-Cohen, J., Goldberg, D., Gregory, A. M., & Poulton, R. (2007). Depression and generalized anxiety disorder: cumulative and sequential comorbidity in a birth cohort followed to age 32. In: *Archives of General Psychiatry*, 64:651–60.
- Mundt, C., et al. (Eds.) (1996). *Interpersonal Factors in the Origin and Course of Affective Disorders*. London. Gaskell.
- Nordlund, Christer (2004) *Ångest – om orsaker, uttryck och viljen bort från den...* Fjärde upplagan. Sweden. Victorias AB.
- Norrö, Gunnar (2006) *Aspergers syndrom – har jag verkligen det?* Sweden. Intermedia Books.
- O'Connor, R. M., Dinan, T. G., & Cryan, J. F. (2012). Little things on which happiness depends: MicroRNAs as novel therapeutic targets for the treatment of anxiety and depression. In: *Molecular Psychiatry*, 17(4): 359-76.
- Ossowaka K., & Lorenc-Koci E. (2013). Depression in Parkinson's disease. In: *Pharmacological Reports*, 65: 1545-57.
- Rogers, R., et al. (1993). Feigning schizophrenic disorders on the MMPI-2: Detection of coached simulators. In: *Journal of Personality Assessment*, 60: 215-26.
- Stein, D. J. (2014). Subthreshold and residual symptoms in depression and anxiety disorders: Where next? In: *Medicographia*, 36(4): 452-57.
- Svärsky, Liv & Thulin, Ulrika (2006) *Mer än blyg – om social ångalighet hos barn och ungdomar*. Sweden. Cura Bokförlag och Utbildning AB.
- Sörngård, Katarina A. (2014) *ADHD-hjälpen för ett liv i balans*. Sweden. Natur och Kultur.
- Topor, A. (2004) *Vad hjälper? Vägar till återhämtning från svåra psykiatiska problem*. Sweden. Natur och Kultur.
- Topor, Alain et al. (2007) *Vilgen vidare: Verktyg för återhämtning vid psykisk ohälsa*. Sweden. Riksförbundet för social och mental hälsa & Psykiatri Södra Stockholm.

- Uddenberg, N. (2010). *Själets schamaner: Personliga essäer om psykiatri*. Första utgåvan, första tryckningen. Sweden. Natur och Kultur.
- Uddenberg, N. (2012). *Linné och mentalsjukdomarna*. Sweden. Bokförlaget Atlantis AB.
- Watson, D., et al. (1995). Testing a tripartite model: I. Evaluating the convergent and discriminant validity of anxiety and depression symptom scales. In: *Journal of Abnormal Psychology*, 104(3): 3-14.
- Whitaker, R. (2014). *Pillerparadonen: Varför lider fler och fler av psykiska problem när medicinerna bara blir bättre och bättre?* Sweden. Karneval förlag.
- Wikander, Victor (2015) *ADHD i bilder*. Votum & Gullers Förlag. Sweden.
- Wilhelmsen, L (2001). *Livet är ett osäkert projekt: Om känslor och kognitiv terapi*. Sweden. Wahlström & Widstrand.
- Währborg, Peter (2002) *Stress och den nya ohälsan*. Sweden. Natur och Kultur.
- Yalom, I. D. (2002). *The Gift of Therapy. An open letter to a new generation of therapists and their patients*. HarperCollins.
- Zeipel, E. (2014) *Asperger och stress inte bara Anna*. Sweden. Bokförlaget Langenskiöld.

[447] لوسيل "مقاطعة": أعتقد أن هذا يكفي يا رجل الكهف.

رجل الكهف: هل أنت راض الآن، يا داني؟ هل هذا كافي كما تقول لوسيل؟

داني "يخرج": نعم يا رجل الكهف، هذا كافي، لا يسعني أن أوفيك حقك من الشكر.

رجل الكهف: إنك تشكرني عندما توصل ما حدث بيننا من محادثات إلى أكبر عدد ممكن من الناس كي يستفيد منها من هو بحاجة إليها، يستمتع بقراءتها من يحب زيارة الكهوف ولكن لا يجد إليها سبيلا.

دللي: بالطبع سأفعل وبأقرب وقت ممكن.

حوار مع رجل الكهف في اخطراب نتائج القطب

داليد رجل الكهف

لوسيل: هيا بنا ننهي حزم أمتعتنا.

[448] بعد نصف ساعة يتعارق ثلاثة عناق الوداع ودموع لوسيل تنهمر، ثم يهمم الآثنان بالخروج من الكهف، بينما رجل الكهف يشغل جهاز الفونوغراف ليصمد صوت بيان غيلان مختيأً:

If you're leaving, close the door  
I'm not expecting people, any more  
Hear me grieving, lying on the floor  
Whether I'm drunk or dead, I really ain't too sure  
I'm a blind man  
I'm a blind man  
And my world is pale  
When a blind man cries  
Lord, you know  
There ain't a sadder tale

دللي "ضاحكاً" وهما يبتعدان عن الكهف؛ أقسم أن هذا الرجل غير طبيعي.

لوسيل: أعرف هذا، ولهذا أحب مجالسته.

دللي: وأنا أيضاً.

\*\*\*\*\*

### نمت للحلوة

رجل الكهف

بندقة

22 July 2020 - 23:51 pm.

Östersund, Sverige



# حوار مع رجل الكهف في اضطراب ثنائي القطب

أنا ثنائي القطب الثاني مع هيمنة للتوبات الاكتئابية والتبوبات المختلطة، ودورانٍ سريع، ودوران سريع جداً. وإن مبتغاي من هذه المحاورة هو مساعدة إخوتي في الإنسانية كي لا يعيشوا المعاناة التي أعيشها أنا بسبب هذا الاضطراب. لذا فإن هذه المحاورة تمسك بيد القارئ من بداية التعرّف على اضطراب ثنائي القطب حتى توصله إلى الطبيب وتتابع معه العلاج حتى يستقر وضعه.

## رجل الكهف



مجلة منشورات دروملين

