



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم العلوم الاجتماعية



شعبة: العلوم الاجتماعية

تخصص: علم النفس العيادي

الرقم التسلسلي:

دور الأخصائي النفسي في التخفيف من الأعراض الجانبية لمضادات القلق
والاكتئاب لدى المرضى النفسيين
دراسة ميدانية بولاية خنشلة وأم البواقي

مذكرة مكملّة لنيل شهادة الماستر في العلوم الاجتماعية تخصص: علم النفس العيادي

إشراف الأستاذ:

- سعيدة بن عشي

إعداد الطلبة

• رميساء بن عمارة

• هناء مراد

أعضاء لجنة المناقشة

الاسم و اللقب	الرتبة	الصفة
سهام الكاهنة شرابن	أستاذ مساعد -أ-	رئيسا
سعيدة بن عشي	أستاذ محاضر -أ-	مشرفا ومقررا
نهاد بوزغاية	أستاذ محاضر -ب-	مناقشا

الموسم الجامعي: 2025/2024

شكر و عرفان

قبل كل أحد، وبعد كل أحد، الشكر للواحد الأحد، الفرد الصمد، الذي لم

يلد ولم يولد، الذي أمدنا بالقوة و العون والسدد لإنجاز هذا العمل،

وندعوه عز وجل أن يجعله خالصا لوجهه الكريم.

كما نتقدم بالشكر الجزيل للأستاذة المشرفة "بن عشي سعيدة" التي لم

تبخل علينا بأي معلومة أو توضيح في شتى مراحل إعداد هذه المذكرة.

كما نتوجه بالشكر لأعضاء لجنة المناقشة، وأساتذتنا بقسم (العلوم

الإنسانية و الاجتماعية) على المجهودات المبذولة لإيصالنا إلى ما نحن عليه

فهرس المحتويات

	- شكر و عرفان
	- إهداء
	- فهرس المحتويات
	- فهرس الجداول
	- مستخلص
01	- مقدمة
	تقديم الدراسة
03	1- الإشكالية
04	2- فرضيات الدراسة
04	3- دوافع اختيار الموضوع
04	4- أهداف الدراسة
05	5- أهمية الدراسة
05	6- التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة
06	الجزء النظري
07	1- الأمراض النفسية و العقلية
07	تمهيد
07	1- تعريف المرض النفسي و العقلي
08	2- أعراض المرض النفسي و العقلي
09	3- العوامل المسببة للأمراض النفسية و العقلية
11	4- تشخيص الاضطرابات النفسية و العقلية
13	5- تصنيف الأمراض النفسية و العقلية
14	6- العلاقة بين المرض النفسي و العقلي و الفرق بينهما
15	7- أساليب و أدوات التشخيص للأمراض النفسية و العقلية
16	8- العلاج النفسي و الدوائي للأمراض النفسية و العقلية
20	خلاصة
21	II- مضادات القلق و الاكتئاب
21	تمهيد

21	أ- مضادات الاكتئاب
21	1- تعريف مضادات الاكتئاب
22	2- آلية عمل مضادات الاكتئاب
22	3- دواعي استعمال مضادات الاكتئاب
23	4- تصنيف و أنواع مضادات الاكتئاب
32	5- الآثار الجانبية لمضادات الاكتئاب
33	ب- مضادات القلق
33	1- تعريف مضادات القلق
33	2- خصائص مضادات القلق
33	3- دواعي وموانع استخدام مضادات القلق
34	4- آلية تأثير مضادات القلق
34	5- تصنيف و أنواع مضادات القلق
39	6- الآثار الجانبية لمضادات القلق
40	خلاصة

III- الرعاية النفسية المتخصصة

41	تمهيد
42	1- الرعاية النفسية المتخصصة
44	2- تعريف الأخصائي النفسي الإكلينيكي
45	3- سمات الأخصائي النفسي الإكلينيكي
46	4- دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي وواجباته
50	5- صعوبات الممارسة النفسية للأخصائي النفسي الإكلينيكي
52	6- الحلول المقترحة للتقليل من حدة صعوبات الممارسة السيكلولوجية
53	7- الفريق العلاجي النفسي
54	خلاصة

الجزء الميداني

56	1- الإجراءات المنهجية للدراسة
57	1- منهج الدراسة
57	2- أدوات الدراسة
59	3- حدود الدراسة
59	4- حالات البحث
60	5- تقديم الحالات وعرض النتائج
90	6- مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات

96	خاتمة
99	قائمة المراجع
104	الملاحق

فهرس الجداول

رقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	يبين خصائص حالات البحث	60
02	يبين نتائج تحليل محتوى المقابلة مع الحالة الأولى	63
03	يبين نتائج تحليل محتوى المقابلة مع الحالة الثانية	72
04	يبين نتائج تحليل محتوى المقابلة مع الحالة الثالثة	79
05	يبين نتائج تحليل محتوى المقابلة مع الحالة الرابعة	85
06	يبين نتائج تحليل محتوى المقابلات مع الحالات الأربع	93

مستخلص:

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن دور الأخصائي النفسي العيادي في التخفيف من الأعراض الجانبية الناتجة عن استخدام مضادات القلق و الاكتئاب لدى المرضى النفسيين ، حيث سعت الدراسة إلى محاولة التحقق من الأهداف التالية:

- التعرف على الأعراض الجانبية الجسدية و النفسية الناتجة عن تناول مضادات القلق و الاكتئاب لدى المرضى النفسيين.
 - الكشف عن مدى مساهمة التدخلات النفسية (العلاج المعرفي السلوكي، التثقيف النفسي، تقنيات الاسترخاء) في الحد من شدة الأعراض الجانبية الناتجة عن الأدوية النفسية.
- ولقد تم الاعتماد على المنهج العيادي، نظرا لملائمته لدراسة الحالات الفردية بعمق، و قد تم اختيار عينة قصدية مكونة من أربع حالات لنساء يتابعن علاجاً دوائياً بمضادات القلق و الاكتئاب ، تم اختيارهم بطريقة قصدية. ولجمع المعطيات، تم استخدام المقابلة العيادية النصف موجهة مع الأخصائية النفسية كأداة أساسية، إلى جانب تقنية تحليل المحتوى الفئوي لتحليل البيانات النوعية المتحصل عليها.
- أتاح تحليل النتائج المتحصل عليها من خلال دراستنا لأربع حالات (نساء) التوصل إلى ما يلي:
- أظهر الأخصائي النفسي دوراً محورياً في تقديم الدعم المستمر و متابعة فعالية الدواء للمرضى الذين يتناولون مضادات القلق والاكتئاب.
 - ساهمت التدخلات النفسية بشكل فعال في تقليل الآثار الجانبية لمضادات القلق والاكتئاب عند المرضى النفسيين.
 - أدى التكامل بين العلاج النفسي و الدوائي إلى تعزيز التزام المرضى بالعلاج و تحقيق نتائج علاجية أفضل.

الكلمات المفتاحية: الآثار الجانبية لمضادات القلق و الاكتئاب، الرعاية النفسية المتخصصة، الأخصائي النفسي، المرضى النفسيين.

Abstract :

The present study aimed to investigate the role of the clinical psychologist in alleviating the side effects resulting from the use of anxiolytic and antidepressant medications in psychiatric patients. The study sought to achieve the following objectives:

- To identify the physical and psychological side effects resulting from the use of anxiolytics and antidepressants among psychiatric patients.
- To explore the extent to which psychological interventions (Cognitive Behavioral Therapy, psychoeducation, relaxation techniques) contribute to the reducing the severity of medication-induced side effects.

The clinical approach was adopted due to its suitability for in-depth individual case studies. A purposive sample of four female patients undergoing pharmacological treatment with anxiolytics and antidepressants was selected, Data were collected using a semi-structured clinical interview with the attending psychologist as the primary tool, in addition to categorical content analysis to interpret the qualitative data obtained.

The analysis of the four cases (female patients) led to the following findings:

- The clinical psychologist played a central role in providing using anxiolytics and antidepressants.
- Psychological interventions significantly contributed to reducing the side effects of these medications in psychiatric patients.
- The integration of psychotherapeutic and pharmacological treatment enhanced patient adherence and led to better therapeutic outcomes.

Keywords: Side effects of anxiolytics and antidepressants, specialized psychological care, clinical psychologist, psychiatric patients.

مَقْدَمَةٌ

مقدمة:

في ظل التحولات المتسارعة التي يشهدها العام الحديث، لم تعد الصحة النفسية ترفاً أو بعداً ثانوياً، بل أصبحت ضرورة ملحة تمس جودة الحياة و سلامة الأفراد و المجتمعات على حد سواء، فالصحة النفسية ليست فقط غياباً للاضطرابات، فهي حالة من التوازن الداخلي التي تتيح للفرد التكيف مع الضغوط، الإنتاجية في العمل، و القدرة على بناء علاقات إنسانية مستقرة. و مع تصاعد نسب الإصابة بالقلق الاكتئاب و الاضطرابات المرتبطة بهما، برزت الحاجة إلى تدخلات علاجية فعالة، تجمع بين الدواء و الرعاية النفسية المتخصصة.

و رغم ما توفره مضادات القلق و الاكتئاب من تحسن ملموس في الأعراض، إلا أن هذه الأدوية غالباً ما تكون مصحوبة بجملة من الآثار الجانبية الجسدية و النفسية التي قد تعيق التقدم العلاجي أو تؤدي إلى انقطاع المرضى عن تناولها. و هنا يتجلى الدور المحوري للأخصائي النفسي العيادي، الذي لا يقتصر عمله على تقديم الدعم، بل يشمل تمكين المريض من استراتيجيات التكيف، تخفيف الأعراض المصاحبة و متابعة استجابته للعلاج بشكل متكامل.

و من هذا المنطلق، تسعى هذه الدراسة إلى فهم طبيعة العلاقة التكاملية بين العلاج الدوائي و النفسي، من خلال تسليط الضوء على مساهمة الأخصائي النفسي العيادي في تحسين تجربة العلاج لدى المرضى النفسيين الذين يتناولون مضادات القلق و الاكتئاب، و كيف يمكن للتدخل النفسي أن يحد من الأعراض الجانبية و يعزز من فعالية العلاج الشامل.

حيث تضمن الجانب النظري مجموعة من العناصر تتمثل في:

الأمراض النفسية و العقلية، مضادات القلق و الاكتئاب، الرعاية النفسية المتخصصة.

أما الجانب التطبيقي فتضمن:

الإجراءات المنهجية للدراسة، تقديم الحالات و عرض النتائج، التحليل العام للحالات ، مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات.

تقديم الدراسة

تقديم الدراسة:

- 1- الإشكالية
- 2- الفرضيات
- 3- دوافع اختيار الموضوع
- 4- أهداف البحث
- 5- أهمية البحث
- 6- التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة

1- الإشكالية:

تعتبر الصحة أحد المقومات الأساسية لحياة الإنسان من أجل الحفاظ على استمراره وتطوره، فالصحة لها دور فعال تلعبه في حماية المجتمع لتكفلها بوقايتها من الأمراض الوبائية و المعدية و غيرها، حيث عرفتها منظمة الصحة العالمية على أنها حالة من اكتمال السلامة بدنيا و عقليا و اجتماعيا، لا مجرد انعدام المرض أو العجز. إلا أن هناك بعض العوامل التي قد تؤدي إلى خلل في الجسم ووظائفه وتؤثر على الصحة، من بينها نجد العوامل البيئية كجودة الماء و الهواء فهي تؤثر على الصحة الجسدية، مما ينعكس لاحقا على الصحة النفسية للأفراد، كذلك إتباع نظام غذائي غير صحي و غير متوازن يؤدي إلى الإضرار بالصحة.

فمن المعروف أن الصحة لا تشمل فقط الحالة الجسدية، فالصحة النفسية و العقلية أيضا تعتبران من عناصر الصحة ككل و بينهما علاقة وطيدة فالتمتع بالأولى يعني التمتع بالثانية حتما و العكس صحيح. تعرف الصحة العقلية على أنها الصحة العاطفية و النفسية و الاجتماعية للشخص، فهي تؤثر على طريقة تفكيره و شعوره و تصرفه و تساعد في تحديد كيفية تعامله مع التوتر وعلاقته مع الآخرين واتخاذ القرارات ، كما تشير أيضا إلى حالة الشخص من العافية العقلية سواء كان يعاني من حالة نفسية أم لا، وغالبا ما يتم قياس جودة الصحة العقلية للشخص من خلال مدى قدرته على التكيف مع ضغوطات الحياة اليومية.

إلا أن هذا التوازن و العافية العقلية قد يختل أحيانا بسبب مجموعة من المتغيرات المختلفة، تتوزع ما بين المتغيرات البيولوجية كالوراثة حيث تلعب الجينات دور مهم في زيادة خطر الإصابة ببعض الاضطرابات النفسية، و الضغوطات المادية و الاجتماعية و البيئية كأحداث الحياة المعاكسة و التعرض للمشقة، البطالة، بالإضافة إلى الضغوطات النفسية المتراكمة أو التجارب الصادمة كالتفكير السلبي وتدني تقدير الذات، وهناك أيضا عوامل أخرى تهدد الصحة العقلية المتمثلة في تعاطي المخدرات و الكحول ، وبعض الأمراض الجسدية كأمراض الغدة الدرقية المؤدية للإصابة بالأمراض النفسية. وحسب عدة دراسات علمية صادرة عن منظمات دولية و محلية كشفت عن انتشار كبير للأمراض النفسية في السنوات الأخيرة خاصة في العالم العربي، إذ تتوزع هذه الأمراض ما بين القلق، الاكتئاب، الفصام، وغيرها....

ولقد أعلنت منظمة الصحة العالمية سنة "2020" عن زيادة هذا الانتشار وكان سببه جائحة كوفيد 19، وما نتج عنها من ارتفاع كبير في عدد المصابين باضطرابات القلق بنسبة 26% واضطرابات الاكتئاب بنسبة 28%. فالقلق و الاكتئاب باعتبارهما من الاضطرابات الشائعة و المؤثرة على المزاج و السلوك؛ فالشعور بالقلق المفرط و التوتر المستمر وكذلك الحزن الشديد وفقدان الاهتمام من الأعراض الرئيسية لهاذين الاضطرابيين، مما يجعل من الصعب على الأشخاص القيام بأنشطتهم المعتادة. (منظمة الصحة العالمية، 2022).

هذا الانتشار يستدعي طرق وسبل للعلاج، خاصة العلاج الدوائي للمرضى النفسيين و العقليين، فطبيب الأمراض العقلية هو من يتولى المهمة الكاملة في مصلحة الأمراض العقلية خاصة بالتكفل الدوائي، باعتبار المرض العقلي نتيجة خلل في الهرمونات أو النواقل العصبية. ومن الأدوية الشائعة استخداما نجد مضادات القلق و الاكتئاب، حيث تلعب دورا حيويا في علاج مختلف الأمراض النفسية كالفصام، الوسواس القهري، القلق، الاكتئاب وغيرها.

ففي تقرير منظمة التعاون الاقتصادي و التنمية حول استعمال الأدوية المضادة للاكتئاب في 25 دولة وجدت في 'ألمانيا' ، كما ارتفع مستوى استخدام مضادات الاكتئاب بنسبة 46% في أربع سنوات فقط، وفي اسبانيا و البرتغال ارتفعت بحوالي 20 % خلال نفس الفترة. (المركز الوطني لإدارة النفايات الطبية، د.س).

وعلى الرغم من فعالية الدواء إلا أنه قد يصاحب بأعراض و آثار جانبية غير مرغوب فيها، تؤثر على الحياة اليومية للمريض وتضعف من استجاباته للعلاج، وتتراوح هذه الأعراض بين أعراض جسدية كالغثيان و أعراض نفسية كالتوتر، مما يؤدي أحيانا إلى شعور المرضى بالإحباط أو عدم الرغبة للاستمرار في العلاج، إضافة إلى أعراض انسحاب الدواء من الدم عند التوقف المفاجئ عن تناول الدواء، ما يزيد من حدة الأعراض الجانبي، كآلام في العضلات، التهيج، التعب، كذلك المرضى الذين يتلقون أدوية لعلاج مشاكل الزهايم و الفصام قد تظهر عندهم أعراض الشلل (الرعشة).

وفي هذا السياق يبرز دور الأخصائي النفسي كشريك أساسي في مساعدة هؤلاء المرضى على التكيف مع الأعراض وتحسين مزاجهم، وزيادة الوعي الذاتي وقدرتهم على التكيف من خلال تقديم الرعاية النفسية المتخصصة وتزويدهم بمهارات جديدة وتقديم الدعم لهم وتعزيز قدرتهم على التفاعل مع التحديات التي يواجهونها، و الوقاية من المضاعفات الصحية و النفسية، لتحسين صحتهم النفسية و العاطفية و التقليل من الأعراض وشدتها، مع متابعة حالة المريض بانتظام لفعالية العلاج وتعديله حسب الحاجة، فالتدخل النفسي يعتبر من العناصر الأساسية في إدارة الأعراض الجانبية للأدوية النفسية خاصة التي ترافق تناول مضادات القلق و الاكتئاب. ومن ثم فإن مشكلة الدراسة تبلور في التساؤلات الآتية:

- ما هو دور المختص النفسي مع المرضى النفسيين الذين يتناولون مضادات القلق و الاكتئاب ؟
- هل تقلل التدخلات النفسية الأعراض الجانبية لمضادات القلق و الاكتئاب عند المرضى النفسيين؟

2- فرضيات الدراسة:

- يعمل المختص النفسي على تقديم الدعم والعلاج النفسي للمرضى النفسيين الذين يتناولون مضادات القلق والاكتئاب.
- تعمل التدخلات النفسية على تقليل الآثار الجانبية لمضادات القلق والاكتئاب عند المرضى النفسيين.

3- دوافع اختيار الموضوع:

- قلة الدراسات العربية و الأجنبية حسب ما تم الوقوف عليه، التي تسلط الضوء على الدور التكاملي بين العلاج النفسي و الدوائي. مما يجعل هذا الموضوع مساهمة قيمة في المجال الأكاديمي و العملي.
- وجود فجوة في البحث حول التفاعل بين الأدوية النفسية و العلاج النفسي، خاصة فيما يتعلق بالآثار الجانبية للأدوية.

4- أهداف الدراسة:

- تسعى الدراسة إلى الكشف عن الآثار الجانبية الشائعة التي يواجهها المرضى الذين يتناولون مضادات القلق و الاكتئاب، وكيف تؤثر على جودة حياتهم.

- تحديد كيفية مساهمة المختص النفسي العيادي في تخفيف الأعراض الجانبية الناتجة عن استخدام مضادات القلق والاكتئاب.
- تقييم مدى فعالية التدخلات النفسية التي يقدمها المختص النفسي العيادي في تخفيف هذه الأعراض الجانبية وتحسين تجربة العلاج لدى المرضى، من خلال التغيرات التي طرأت على الحالة.

5- أهمية الدراسة:

أ- الأهمية النظرية:

- تتمثل مساهمة هذه الدراسة في إثراء المعرفة النظرية في ميدان علم النفس العيادي من خلال تسليط الضوء على الدور العلاجي و الدعم الذي يقوم به الأخصائي النفسي في مساعدة المرضى النفسيين على التكيف مع الأعراض الجانبية الناتجة عن استخدام مضادات القلق والاكتئاب.
- إبراز أهمية التكامل بين العلاج الدوائي و الدعم النفسي، مما يساهم في تحسين فعالية الخطط العلاجية ويقلل من نسب الانقطاع عن العلاج بسبب الأعراض الجانبية، بالتالي يرفع من جودة الرعاية النفسية المتخصصة المقدمة للمرضى.

ب- الأهمية التطبيقية:

- تساهم في إبراز دور الأخصائي في التقليل من الأعراض الجانبية لمضادات القلق والاكتئاب.
- تعزيز التعاون بين الأطباء النفسيين و الأخصائيين النفسيين.

6- التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة:

الآثار الجانبية لمضادات القلق والاكتئاب:

هي مجموعة من التغيرات النفسية أو الجسدية السلبية غير المرغوب فيها التي تظهر لدى الأفراد نتيجة استخدام مضادات القلق أو مضادات الاكتئاب، و تم تحديدها من خلال شكاوي المرضى أثناء الجلسات النفسية، مثل: النعاس، الدوخة، اضطرابات النوم، العصبية، زيادة الوزن، القلق، وهي أعراض رصدت بوضوح في حالات الدراسة.

الرعاية النفسية المتخصصة: تشير إلى مجموعة من الخدمات و البرامج التي تقدم من قبل مختصين في الصحة النفسية (مثل الأطباء النفسيين، الأخصائيين النفسيين و المعالجين النفسيين) بهدف تشخيص و علاج الاضطرابات و المشكلات النفسية و العقلية.

وقد شملت التدخلات النفسية في هذه الدراسة: المتابعة النفسية المستمرة

- تقنيات الاسترخاء
- العلاج المعرفي السلوكي
- التنشيط السلوكي
- التثقيف النفسي

الجزء النظري

I - الأمراض النفسية والعقلية

II - مضادات القلق والاكتئاب

III - الرعاية النفسية المتخصصة

1- الأمراض النفسية و العقلية

تمهيد:

تعد الأمراض النفسية و العقلية من أكثر المشكلات الصحية تعقيدا، لما لها من تأثير عميق على الجوانب الفردية و الاجتماعية في حياة الإنسان. ومع التطور الكبير في علم النفس و الطب النفسي، أصبحت هذه الأمراض تحظى باهتمام واسع من الباحثين و المختصين لما تطرحه من تحديات على مستوى التشخيص و العلاج. ويميز بين "المرض النفسي" الذي يتصل غالبا بالاضطرابات الانفعالية الوظيفية التي لا يكون لها أساس عضوي واضح، وبين "المرض العقلي" الذي قد ينجم عن اختلالات عضوية في الجهاز العصبي.

يهدف هذا الفصل إلى استعراض المفاهيم الأساسية المرتبطة بهذه الاضطرابات، من خلال التطرق إلى تعريفها، أعراضها، أسبابها، طرق تشخيصها، تصنيفها و أساليب علاجها، إضافة إلى توضيح العلاقة و الفروق بين النوعين. كما يبين الفصل أهمية التكامل بين العلاج النفسي و الدوائي في التعامل مع الحالات.

1- تعريف الأمراض النفسية و العقلية:

أ- تعريف الأمراض النفسية:

لغة:

المرض لغة: السقم وهو نقيض الصحة، يقال: مرض فلان مرضا فهو مريض، والمرض هو كل ما خرج بالكائن الحي عن حد الصحة و الاعتدال.

النفس لغة: النفس في كلام العرب يجري على ضربين:

أحدهما الروح و الذي به الحياة، نقول: خرجت نفس فلان؛ أي روحه، وجاد بنفسه؛ أي مات.

اصطلاحا:

المرض اصطلاحا: حالة للبدن خارجة عن المجرى الطبيعي.

النفس اصطلاحا: لفظ مشترك لمعان عدة أهمها:

النفس هي الروح و التي تزول بزوال الحياة.

النفس ما يكون بها العقل و التمييز، و التي تزول بزوال العقل. (لافي، 2009، ص. 26).

- وتسمى أيضا بالاضطرابات النفسية و العصاب النفسية و الاضطرابات العصبية النفسية و الاختلالات العصبية، وقد عرفت بأنها اضطرابات انفعالية وظيفية (ليس لها أسباب جسمانية عضوية واضحة) تشير إلى سوء التوافق مع النفس أو الجسد أو البيئة، ويعبر عنها بدرجات عالية غير طبيعية من الأعراض المتبعة، أهمها القلق و التوتر و الإحساس باليأس و التعاسة و الآلام الجسمانية التي لا يوجد لها سبب عضوي، و الأفكار و الأفعال القهرية و غير ذلك. (ياسين، 2002، ص. 27).

- ويتفق معظم علماء النفس الحديث على أن الاضطرابات النفسية تشير إلى حالات سوء التوافق Maladaptive سواء مع النفس أو مع الجسد أو مع البيئة الطبيعية كانت أو اجتماعية، ويعبر عنها عادة بدرجة عالية من القلق و التوتر باليأس و التعاسة و القهر. وليس لها أسباب عضوية واضحة

بالضرورة، إنما هي نتاج تفاعل أكثر من عامل واحد، وغالباً ما تمس البعد الانفعالي للشخصية. (التل و قطيشات، 2009، ص. 99).

تعريف المريض النفسي:

يصور على أنه شخص مؤذ، وقد يقتل من حوله بدون أي شعور، ومن الظلم إصاق العنف و الأذى بالمرض النفسي، فالأمراض التي تدفع المريض للعنف وأذى الآخرين قليلة، وليست كل الأمراض، فلكل مرض أعراضه و دوافعه. (إبراهيم، 2017، ص. 568).

ب- تعريف الأمراض العقلية:

- الأمراض العقلية هي نوع من الاضطرابات تجعل الإنسان غير قادر على أن يحيا حياة سليمة، أو تغير في تصرف الإنسان العادي.
- هو كل آفة تعترى الإنسان فتؤثر على أجهزته أو قواه التي تهيم على إدراكه أو اختياره فتفقد أحدهما أو كليهما سواء كانت الآفة أصلية أو عارضة وسواء تمثلت في مرض عقلي أو عصبي أو نفسي أو عضوي. (بختة، 2017، ص. 144).
- تسمى هذه الأمراض عند أهل الاختصاص بعدة أسماء منها الذهان و الاضطرابات و الإختلالات العقلية أو الذهانية. ويصفونها بأنها أخطر ما يصيب الإنسان في الوظائف الشخصية و الاجتماعية، وإنها تقابل في خطورتها الأمراض الجسمية الكبرى كالسرطان؛ لأنها تؤدي بالمريض إلى العجز الخطير و الانهيار النهائي لشخصيته بسبب تفكك عميق فيها، واختلال شديد في قواها العقلية، حتى تفقد صلتها بعالم الواقع، وينحط صاحبها في كافة المجالات. (ياسين، 2002، ص. 24).
- وعرف أيضا المرض العقلي بأنه اضطراب عقلي أو اختلال في الشخصية بدرجة بالغة، يؤدي إلى سلوك غير سوي ولا واقعي مما يؤدي إلى سوء التوافق الاجتماعي مع خطورة في الغالب تقتضي رعاية المريض في المستشفيات العقلية. (ياسين، 2002، ص. 25).

2- أعراض الأمراض النفسية و العقلية:

أ- أعراض المرض العقلي:

- اضطرابات مختلفة الدرجات في :

- ✓ التفكير.
- ✓ الإدراك الحسي.
- ✓ اللغة.
- ✓ أساليب التعبير.
- ✓ السلوك و الانفعال. (ياسين، 2002، ص. 25).
- ✓ عدم التوافق الاجتماعي.
- ✓ سلوكيات تجر الأذى على المصاب و على الآخرين.

- ✓ هذاءات تتضمن معتقدات لا أساس لها في الواقع يتشبت بها المريض و لا يتراجع عنها.
- ✓ هلاوس سمعية أو بصرية أو لمسية مضمونها ادراكات حسية لا يقابلها أي مثير خارجي.
- ✓ الانفكاك من الواقع و فقدان الصلة به.
- ✓ فقدان القدرة على تحديد الزمان و المكان ومعرفة الناس و الأصدقاء.
- ✓ تأرجح الانفعالات وتغيرها وعدم تلاؤمها مع المواقف (ياسين، 2002، ص. 26).

ب- أعراض الأمراض النفسية:

- وجود صراعات داخلية، وتصدع في العلاقات الشخصية، فعادة ما يتسم سلوك العصبيين بالتعاسة، وسيطرة مشاعر الذنب، وعدم الفاعلية في المواقف الاجتماعية و مواقف العمل.
- ظهور أعراض مختلفة أهمها: القلق و الخوف، الاكتئاب و الوسواس، و الأفعال القهرية، فالمريض النفسي تسيطر عليه أحيانا بعض الاضطرابات المحددة كالخوف الذي لا مبرر له من الإصابة بالأمراض الجسمية، أو من بعض الموضوعات التي لا تثير بطبيعتها الخوف.
- سهولة الاستثارة، والحساسية الزائدة، فالعصابيون بشكل عام أشخاص تسهل إثارتهم؛ لأنهم تتملكهم أحاسيس الكآبة و الشعور بالنقص.
- اضطرابات في النوم و الطعام.
- والعصابي عادة يبني خطة تكيفه للحياة على أساس الهروب، وتجنب الأسباب التي تؤدي إلى الاضطراب.
- و العصبيون يستطيعون عادة أن يواصلوا نشاطهم و عملهم، بالرغم من إحساسهم الظاهر بالعجز و التقيد. (لافي، 2009، ص. 30).

3- العوامل المؤدية للأمراض النفسية و العقلية:

تتلخص أسباب الأمراض النفسية نتيجة تفاعل قوي كثيرة ومتعددة و معقدة، داخلية في الانسان (جسمية و نفسية)، و خارجية في البيئة مادية و اجتماعية وتنقسم أسباب الأمراض النفسية على: (الخواجه، 2010، ص. 65).

العوامل الأصلية أو المهيئة: وهي الأسباب غير مباشرة التي تهدد حدوث المرض. وهي التي ترشح الفرد وتجعله عرضة لظهور المرض النفسي. و الأسباب الأصلية أو المهيئة متعددة و مختلفة وربما استمر تأثيرها على الفرد عدة سنوات مثل العيوب الوراثية و الاضطرابات الجسمية والخبرات الأليمة خاصة في مرحلة الطفولة، وانهايار الوضع الاجتماعي.

الأسباب المساعدة أو المرسبة: وهي الأسباب المباشرة و الأحداث الأخيرة السابقة للمرض النفسي مباشرة و التي تعجل من ظهوره ، و الأسباب المساعدة أو المرسبة تتدخل في أثرها أعراض المرض، أي أنها تفجر المرض و لا تخلقه، كالأزمات الاقتصادية و الصدمات الانفعالية.

ونلخص الأسباب و العوامل المسببة للاضطرابات فيما يلي:

أ- العوامل البيولوجية: وتشمل العوامل الجينية و العوامل البيوكيميائية و العوامل العصبية. (بطرس، 2008، ص. 132).

العوامل الوراثية الجينية: حيث أنه من المعروف أن معظم الأمراض بما فيها الأمراض النفسية و العصبية ترتبط بالجينات الوراثية الأسرية و تنتقل لأطفال كل أسرة. و الوراثة معناها الانتقال الحيوي البيولوجي من خلال المورثات الجينات من الوالدين إلى الأولاد في لحظة الحمل. ومن الأمراض التي يحتمل أن يكون للوراثة دورا فيها هي الفصام، الهوس، الاكتئاب، و الضعف العقلي، و الصرع. (الخواجة، 2010، ص. 66).

ب- العوامل النفسية:

هناك العديد من العوامل النفسية التي تسهم في حدوث الاضطراب ، منها الضغوط النفسية و الإحباطات الشديدة التي يتعرض لها الفرد من خلال الإيذاء النفسي ضده. (بطرس، 2008، ص. 144). و تتمثل في:

الصراع: وينتج عن وجود حاجتين لا يمكن إشباعهما في وقت واحد (الدوافع و الرغبات المتعارضة). حيث تؤدي إلى التوتر الانفعالي و القلق و اضطراب الشخصية، وهو أنواع: (الخواجة، 2010، ص. 67).

- صراع الإقدام: وهو صراع الرغبة أو الاقتراب.
- صراع الإحجام: وهو صراع الرهبة أو الاجتناب.
- صراع الإقدام و الإحجام: وهو صراع الرغبة و الرهبة أو الاقتراب و الاجتناب.
- صراعات أخرى: الصراع بين الهو و الأنا، و بين الأنا و الأنا الأعلى، و بين الضوابط و الدوافع. (الخواجة، 2010، ص. 68).

الإحباط: هو العملية التي تتضمن إدراك الفرد لعائق يحول دون إشباع حاجاته أو تحقيق أهدافه أو توقع وجود هذا العائق مستقبلا، و تختلف الاستجابة للإحباط من شخص إلى آخر. و ينقسم الإحباط إلى:

الإحباط الداخلي الشخصي: ينبع من صفات الفرد الداخلية مثل وجود أمراض عاهات، أو ضعف لثقة في الذات.

الإحباط الخارجي البيئي: ينبع من البيئة الخارجية المحيطة بالفرد مثل الفقر.

الإحباط التام: ينتج عن وجود عائق منيع يحول دون الوصول إلى هدف و عدم إشباع الدافع و حدوث التوتر النفسي.

الإحباط الجزئي: ينتج عن وجود عائق يحول دون الإشباع الكامل للدوافع و يؤدي فقط إلى إشباع جزئي وتخفيف جزئي للتوتر.

الحرمان: وهو إنعدام الفرصة لتحقيق الدافع أو إشباع الحاجة أو انتفاؤها بعد وجودها مثل: الحرمان النفسي المبكر، الحرمان الحيوي البيولوجي. (الخواجة، 2010، ص. 68).

إخفاق حيل الدفاع النفسية: وهي وسائل و أساليب لا شعورية، هدفها تجنب الفرد حالة التوتر و القلق الناتجة عن الإحباطات و الصراعات و الحرمان. وفي حالة اللجوء إلى حيل الدفاع غير السوية العنيفة كالكسوف و العدوان و الإسقاط فإن سلوك الفرد يظهر مرضيا.

الخبرات السيئة أو الصادمة: وهي موقف يحرك العوامل الساكنة ويستفز ما لدى الفرد من عقد و انفعالات ودوافع مكبوتة. (الخواجة، 2010، ص. 69).

العادات الغير صحية: العادات الجسمية الغير صحية كما في المشي و الكلام، عدم تحمل المسؤولية، ضعف سلطان الإرادة.

الإصابة السابقة بالمرض النفسي: تترك المريض بعد شفائه عرضة للنكسة أو الإصابة مرة أخرى .

أسباب نفسية أخرى: كالتناقض الوجداني، الحب و الكراهية، التحرر النفسي و الشعور بالذنب.

الضغوط النفسية: بسبب المنافسة و مطالب التربية و التعليم ومطالب الزواج.

الإعداد الغير كافي: للمراهقة أو الرشد أو الشيخوخة جسميا وعقليا وانفعاليا و اجتماعيا.

الإطار المرجعي الخاطئ: بخصوص الحقيقة و القيم و الأفكار الخرافية.

مفهوم الذات السالب: يؤدي إلى القلق و العصاب و التوتر و الانسحاب وصعوبة إقامة الصداقات. (الخواجة، 2010، ص. 71).

ج- العوامل التربوية والأسرية:

حيث أن أساليب التربية و المعاملة الأسرية الخاطئة غالبية ما تساعد (مع وجود الأسباب الأخرى أو بمفردها) في حدوث الاضطرابات النفسية و السلوكية و الإسهام بشكل كبير في ظهور الاضطرابات عند الأطفال مثال ذلك القسوة الزائدة و سوء المعاملة و الضرب و التوبيخ و الإذلال للطفل أو عكس ذلك ، إضافة إلى وجود الخلافات الأسرية و المشاجرات و الخناقات المستمرة بين الأبوين أمام الأبناء التي قد تؤدي للطلاق و تفكك الأسرة. (بطرس، 2008، ص. 135).

د- الأسباب البيئية الخارجية: وهي الأسباب التي تحيط بالفرد في البيئة أو المجال الاجتماعي، مثل

اضطراب العوامل الحضارية و الثقافية و اضطراب التنشئة الاجتماعية في الأسرة و المدرسة و في المجتمع. (الخواجة، 2010، ص. 66).

هـ- العوامل الحضارية والثقافية: تمثل عوامل هامة في إنتاج المرض النفسي.

الثقافة المريضة: - يسود فيها عوامل الهدم مما يولد الإحباط .

- عدم مجازات الفرد للمستوى الثقافي السائد و الاتجاهات الجديدة.

- التطور الحضري السريع وعدم توافر القدرة النفسية على التوافق معه.

- الخوف من الوقوع تحت طائلة المسؤوليات الاجتماعية و التصادم بين الثقافات. (الخواجة، 2010، ص. 71).

4- تشخيص الاضطرابات النفسية والعقلية:

أ- تشخيص الأمراض النفسية:

لتشخيص الاضطراب النفسي بشكل دقيق ينبغي اتباع ما يلي:

- 1- يقدم الطبيب نفسه للمريض للتعرف به ويحييه ويظهر له رغبته في مساعدته ويتحدث معه بأمور عامة قبل سؤاله عن مرضه.
- 2- يأخذ التاريخ المرضي بصورة تفصيلية، وقد يحتاج إلى الاستعانة بذوي المريض المريض أو غيرهم للحصول على المزيد من المعلومات المفيدة.
- 3- أثناء المقابلة يحرص الطبيب على ملاحظة:
 - مظهر المريض.
 - سلوك المريض وطريقته في التكلم ومحتوى الكلام.
 - مزاج المريض.
 - تفكير المريض شكلا ومحتوى، ويتحرى جيدا عن وجود الأوهام أو الوسواس أو أعراض اضطراب الإدراك كالخداع والهلوسة.
- 4- بعد ذلك يقوم الطبيب بفحص وتقييم درجة الانتباه والتركيز والذاكرة والتوجه والمعلومات العامة والبصيرة.
- 5- ثم يجري الفحص السريري الجسدي ويكرز بصورة خاصة على الجهاز العصبي.
- 6- قد يحتاج إلى إجراء اختبارات نفسية/ أو فحوص مختبرية وشعاعية أو مخطط كهربائي للدماغ. (القلنجي، 2016، ص. 29).

من الضروري أن يحرص الطبيب على التمييز بين شكل الأعراض التي يظهرها المريض ومحتواها، مع التركيز بشكل أكبر على الشكل كونه أكثر أهمية في عملية التشخيص. كما ينبغي عليه تحديد ما إذا كانت الأعراض أولية أم ثانوية، وذلك من خلال تتبع تسلسل ظهورها، حيث تعد الأعراض الأولية أكثر دلالة في التقييم السريري. بالإضافة إلى ذلك، يتعين على الطبيب تقييم شدة هذه الأعراض ومدى تأثيرها على الحالة العامة للمريض، من حيث قدرته على العمل، والتفاعل الاجتماعي، و هل تشكل عائقا له أو تمثل خطرا عليه أو على من حوله. (القلنجي، 2016).

ب- تشخيص الأمراض العقلية:

لا يمكن الكشف عن الاضطرابات العقلية من خلال الفحوصات البيولوجية أو المخبرية كما هو الحال في بعض الأمراض الجسدية. لذلك، يعتمد التشخيص النفسي أساسا على التقييم الإكلينيكي المباشر، وفقا للمعايير التشخيصية الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية _ الإصدار الخامس (DSM-5).

و تتم هذه العملية عادة من خلال مقابلة نفسية سريرية ممنهجة.

سبب الإحالة: بما في ذلك من قام بالإحالة ولأي سبب. حيث يستند طبيب الأمراض العقلية إلى ملاحظة الأعراض و العلامات التي يعبر عنها المريض أو يلاحظها الأخصائي، مع أخذ السياق النفسي و الاجتماعي بعين الاعتبار.

تشمل خطوات التقييم النفسي ما يلي:

- سبب الإحالة: يتضمن معرفة من قام بإحالة المريض إلى الأخصائي النفسي (مثلاً: الأسرة، الطبيب العام، المؤسسة القضائية)، و لأي غرض تمت الإحالة.
- الوضع الحالي: يشمل تقييم الحالة الاجتماعية، الوضع الاقتصادي، ظروف السكن و الدعم الاجتماعي المتاح للمريض.
- وصف المشكلة الحالية: يطلب من المريض شرح ما يعانيه بلغته الخاصة، مع التركيز على الأعراض النفسية و الوجدانية و السلوكية.

تاريخ المشكلة الحالية: يسعى الأخصائي لمعرفة متى بدأت الأعراض في الظهور، وكيف تطورت، وما إذا كان هناك تدرج بطيء أو ظهور حاد. وتعد هذه الخطوة مهمة في التمييز بين الحالات المؤقتة و الاضطرابات المزمنة. (Buultjens,2014).

- التاريخ العائلي: يتم التطرق إلى الوضع العائلي للمريض، ومدى وجود أمراض نفسية أو طبية لدى أفراد الأسرة، مع التركيز على إمكانية وجود عوامل وراثية تساهم في الحالة الحالية.
- التاريخ الشخصي: يشمل التحقق من مراحل النمو المختلفة، الخلفية التعليمية، الحياة المهنية، العلاقات الاجتماعية و الزوجية، إضافة إلى أي سوابق طبية أو نفسية.

غالبا ما يتم دعم هذه المعلومات بمصادر أخرى، مثل أفراد الأسرة أو المقربين، وذلك لتكوين صورة شاملة عن الحالة. كما يحرص طبيب الأمراض العقلية على مراقبة سلوك المريض أثناء المقابلة، بما في ذلك مظهره الخارجي، تواصله البصري، استجاباته الانفعالية ونمط حديثه، مما يساعد في التحقق من توافق الحلة مع المعايير التشخيصية المعتمدة في DSM-5. (Buultjens,2014).

5- تصنيف الأمراض النفسية و العقلية:

ويشير إلى احد الجوانب الرئيسية في الطب النفسي و علم النفس العيادي وغيرها من المهن الصحية العقلية و يوجد حاليا اثنان من التصنيفات الأمراض العقلية و النفسية هما التصنيف الدولي للأمراض الذي وضعته منظمة الصحة العالمية و الدليل التشخيصي الإحصائي للأمراض العقلية الذي وضعته الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين. (سي بشير، 2020، ص.36).

1- التصنيف الدولي للأمراض ICD International classification of diseases

وهو تصنيف تشخيصي قياسي دولي الذي وضعته المنظمة العالمية للصحة لمجموعة واسعة من الحالات الصحية وهو حاليا في طبعته العاشرة وقد قارب مجموع المشاركين في وضع المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض.

- (I.C.D-10) 915 باحث رئيس من 110 معهد موزعة في 40 بلدا يمثلون 51 دولة من دول العالم منهم حوالي 23 باحث من 5 دول عربية هي البحرين ومصر و الكويت و السودة و السودان.. وضم التصنيف أكثر من 300 اضطراب من الاضطرابات النفسية و السلوكية. (سي بشير، 2020، ص. 36).
- ويتكون من التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض عشر مجموعات رئيسية:
- F0- الاضطرابات العقلية العضوية بما في ذلك العرضية.
- F1- الاضطرابات العقلية و السلوكية نتيجة لتعاطي مواد مخدرة أو كحول.
- F2- الاضطرابات الفصامية.
- F3- الاضطرابات المؤثرة في المزاج.
- F4- الاضطرابات العصبية و المتعلقة بالإجهاد.
- F5- المتلازمات السلوكية المرتبطة بالاضطرابات الفسيولوجية و العوامل المادية.
- F6- اضطرابات الشخصية و السلوك عند البالغين.
- F7- التخلف العقلي.
- F8- اضطرابات التطورية.
- F9- الاضطرابات السلوكية و العاطفية عادة ما تحدث في بداية الطفولة ومرحلة المراهقة إضافة إلى ذلك مجموعة الاضطرابات العقلية غير المحددة. (سي بشير، 2020، ص. 37).

2- الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للأمراض العقلية:

Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM

الدليل التشخيصي و الإحصائي الخامس تم إصداره عام 2013 ، أصدرته الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين يعد الآن المرجع الأول في العالم في تصنيف الأمراض النفسية ويغطي جميع فئات اضطرابات الصحة العقلية لكل من البالغين و الأطفال. يستخدم على نطاق واسع في الولايات المتحدة الأمريكية في التشخيص النفسي وتوصيات العلاج و التغطية التأمينية. (الحمادي، 2016، ص. 09).

هذا الدليل ليس نظريا ويركز في الغالب على وصف الأعراض بالإضافة إلى الإحصائيات المتعلقة بالجنس الأكثر تأثرا بالمرض، والعمر النموذجي للظهور، و آثار العلاج، ونهج العلاج المشترك.

ثمة خمسة محاور مدرجة في تصنيف DSM-5 متعدد المحاور :

المحور الأول: الاضطرابات السريرية (حالات أخرى قد تكون مركزا للاهتمام السريري).

المحور الثاني: اضطرابات الشخصية و التخلف العقلي.

المحور الثالث: الحالات الطبية العامة .

المحور العقلي: المشكلات نفسية- اجتماعية و مشكلات بيئية.

المحور الخامس: تقييم شامل للأداء النفسي. (الحمادي، 2016، ص. 09).

6- العلاقة بين المرض النفسي والعقلي والفرق بينهما:

الأمراض العقلية (الذهانية) تختلف عن الأمراض النفسية (العصابية)، لما بينها من فروق أساسية عديدة، كما أن أعراض كلا من هاتين المجموعتين النفسية و العقلية تختلف فيما بينها. ويمكن تحديد الفروق الأساسية بين الأمراض النفسية و الأمراض العقلية بما يلي: (لافي، 2009، ص. 32).

1- الأمراض النفسية تنشأ من عوامل نفسية كالزعات، و الرغبات المكبوتة، ولا دور للوراثة في نشوئها، بينما الأمراض العقلية تنشأ عن إختلالات عضوية أو وظيفية في الجهاز العصبي، وللوراثة دور متفاوت في نشوئها.

2- يقتصر أثر المرض النفسي على اختلال جزئي في بعض عناصر شخصية المريض، أما أثر المرض العقلي فيبدو في اختلال جميع أو معظم عناصر شخصية المريض.

3- المريض النفسي يبقى متصلا بمجتمعه، وقادرا على مواصلة عمله كالمعتاد في أغلب الأحوال، بينما المريض العقلي تنقطع صلتة بمجتمعه، ويعيش في عالم خاص به، فيما عدا فترات الإفاقة في الأمراض العقلية التي تتخللها هذه الفترات.

4- المريض النفسي لا يفقد الإدراك و الإرادة، و إن كان يضعف لديه، كما أنه لا يفقد الاستبصار إذ يدرك بأنه مريض، في حين يفقد المريض العقلي الإدراك و الإرادة أو أحدهما، كما يكون فاقد الاستبصار ولا يعرف شيئا عن مرضه، كما أنه يرفض العلاج لاعتقاده بأنه ليس مريضا، فهو لا يشعر بمرضه، ويجهل شذوذ أحواله و أطواره.

5- الأمراض النفسية تحتاج إلى أخصائي نفسي لعلاجها، فيعالجها المحلل النفسي بعلاج نفسي مع التحليل النفسي لشخصية المريض، مع علاج مادي مساعد كالعقاقير المهدئة أحيانا، أما الأمراض العقلية فتحتاج إلى طبيب أمراض عقلية، وتعالج بعلاج مادي كالصدمات مع علاج نفسي مساعد أحيانا. (لافي، 2009، ص. 33).

ويتميز الذهاني (المريض العقلي) عن العصابي (المريض النفسي) بخصائص منها:

1- عدم الاستبصار بالمرض و العجز عن الإحساس بوجود مشكلة.

2- فقدان الصلة بالواقع.

3- الاختلال في إدراك الزمان و المكان.

4- قد يكون خطرا على نفسه أو على غيره.

5- غير قادر على تحمل مسؤوليات العمل. (لافي، 2009، ص. 33).

7- أساليب وأدوات التشخيص للأمراض النفسية و العقلية :

الأدوات التشخيصية للأمراض النفسية و العقلية:

1- **المقابلة:** تعد طرق المقابلة بمثابة أدوات فعالة وفي غاية الأهمية للمشتغلين بمجال الصحة

النفسية ويمكن تقسيم المقابلة في ضوء الهدف وفي ضوء الإجراءات إلى:

- أ- **المقابلة التشخيصية:** وتمتد الأخصائي الإكلينيكي بمعلومات عن الماضي وسلوك المريض الراهن سواء كان سواءاً أو لا سواءاً، وهذه المعلومات يصعب الحصول عليها من أي مصدر آخر.
- ويصف Kornish المقابلة التشخيصية بأنها أداة تساعد المعالج النفسي على فهم المشكلات التي يعاني منها المريض مما يمكنه من التخطيط السليم للاستراتيجيات العلاجية الملائمة.
- ب- **مقابلة القياس:** وتستخدم للعديد من الأعراض بما في ذلك قياس الشخصية والسلوك.
- ج- **المقابلة الممهدة للعلاج النفسي:** تهدف لتعريف المريض بخطة العلاج وضرورة تعاونه مع المعالج النفسي و إعطائه الثقة الكاملة بأدائه و إمكانياته بالإضافة إلى محاولة تعديل بعض المعتقدات لدى المريض لتقبل العلاج و الامتثال العلاجي.

2- **تقنية الملاحظة:** لا تعتبر الملاحظة هدفا بل هي الوسيلة التي يستعين بها الأخصائي النفسي للوصول إلى أهداف أساسية منها:

- 1- التعرف على مؤشرات التغير في السلوك للأفراد و اتجاهاتهم.
- 2- التعرف على مؤشرات التغير في مجموعة من الأفراد. (سي بشير، 2020، ص. 21).

الأساليب التشخيصية للأمراض النفسية:

تتضمن مهارة الأخصائي النفسي في الملاحظة في اختيار الأسلوب المناسب في المجال حتى يمكن للملاحظة أن تحقق أهدافها بقدر المكان حيث أن كل أسلوب له من المميزات و العيوب ما يجعله مناسباً في موقف و غير مناسب في موقف.

الأسلوب الأول: الملاحظة العادية البسيطة:

ويقصد بها ملاحظة الظواهر كما تحدث تلقائياً في ظروفها الطبيعية دون إخضاعها للضبط العلمي وتسجيل ما لم يتم التعرف عليه مباشرة دون تحديد الجوانب التي يجب ملاحظتها وبالتالي سوف تكون هناك معلومة عامة عن الموضوع أو المشكلة في تسجيل المعلومات في شكل تقارير عامة عن الموضوع دون استخدام أدوات دقيقة القياس لقياس دقة الملاحظة أو موضوعاتها. (سي بشير، 2020، ص. 22).

الأسلوب الثاني: الملاحظة الموضوعية:

في هذا المجال ترتبط مهارة الأخصائي النفسي لتحديد موضوعيات معينة ومحددة مرتبطة بالموقف أو الحالة أو الموضوع ويسعى الأخصائي إلى جمع تلك الحقائق و المعلومات في إظهار تلك الموضوعات وجميع الموضوعات تكون بصورة العامة للمشكلة أو موضوع. (سي بشير، 2020، ص. 23).

7- العلاج النفسي والدوائي للأمراض النفسية و العقلية:

أ- العلاج النفسي:

1- تعريف العلاج النفسي:

هو مصطلح عام لعلاج مشاكل الصحة النفسية و العقلية من خلال التحدث مع طبيب نفسي أو أخصائي نفسي أو غيره من مقدمي خدمات الصحة العقلية. (القشاعلة، 2021، ص. 09).

يشير مصطلح العلاج النفسي إلى استخدام وسائل و تقنيات علمية ذات أساس سيكولوجي لعلاج الاضطرابات النفسية و العقلية، بالرغم من اختلاف مناهجها وخطواتها ومستعملاتها، فإن منها ما يركز على: (أبو القاسم، 2022، ص. 03).

- السلوك.
 - ومنها ما يركز على الجانب المعرفي للفرد.
 - ومنها ما يهتم ببيئة الفرد ومحيطه و أسرته.
 - وأخرى تولي اهتماما أكثر بالانفعالات و العواطف.
- إلا أنها تهدف جميعها إلى تقديم يد العون للفرد الذي يعاني من مختلف الأمراض النفسية.
- تهدف إلى مساعدة الفرد على تحسين ظروفه وذلك وفقا لإمكانياته، وقدراته، و طموحاته.(أبو القاسم، 2022، ص. 04).

ويعرف "حامد عبد السلام زهران" العلاج النفسي على أنه العلاج الذي تستخدم فيه الطرق النفسية لعلاج المشكلات أو الاضطرابات ذات الصبغة الانفعالية والتي يعاني منها المريض وتؤثر في سلوكه. وفيه يقوم المعالج- وهو الشخص المؤهل علميا وفنيا، بالعمل على إزالة الأعراض المرضية الموجودة أو تعديلها، أو تعطيل أثرها مع مساعدة المريض على حل مشكلاته الخاصة و التوافق مع بيئته واستغلال إمكانيته، ومساعدته على تنمية شخصيته. (أبو القاسم، 2022، ص. 04).

2- أنواع العلاج النفسي:

• العلاج بالتحليل النفسي: Psychoanalysis

تعتمد على نظرية التحليل النفسي التي تهتم بدراسة أعماق الشخصية و الأفكار الداخلية للمريض عبر التواصل المباشر بين المعالج و المريض، و العمل على تكوين ثقة بينهما، حيث يحاول المعالج الوصول إلى مخاوفه و أفكاره وكل ما من شأنه أن يثير داخل المريض صراعات و اضطرابات من خلال سؤال المريض عن أمور خاصة به كأحلامه، و الأحداث التي شكلت أساسا في ذكريات طفولته، وكل ما هو محفور في اللاوعي لديه. (القشاعلة، 2021، ص. 11).

ويفيد العلاج التحليلي في الحالات التالية:

- الاكتئاب.
- الصدمات العاطفية.
- صعوبات العلاقات العاطفية.
- السلوك العصبي.
- السلوك المدمر للذات.
- اضطرابات الشخصية.
- مشكلات العلاقات المستمرة. (القشاعلة، 2021، ص. 12).

• العلاج النفسي المعرفي: Cognitive Therapy

هو أحد الأساليب الحديثة في العملية العلاجية، و أفكاره مستقاة من أحد تخصصات علم النفس وهو علم النفس المعرفي، وكلمة معرفي هي نسبة إلى كلمة معرفة أو إدراك. (القشاعلة، 2021، ص. 12).

والعلاج المعرفي هو أسلوب علاجي أعده بيك يؤكد على أهمية الاعتقادات و التفكير في تحديد السلوك المضطرب لدى الفرد، يركز على فهم الاعتقادات المشوهة، و يستخدم فنيات معرفية لتغيير أساليب التفكير غير السوي لدى المريض، وفي العملية العلاجية يكون الاهتمام منصبا على الأفكار التلقائية التي يكون المريض غير واعي بها، وعلى أنماط التفكير السلبي لديه. (بن شيخ، 2018، ص. 42).

ويمكن تلخيصها في القانون التالي:

فكرة ← مشاعر ← سلوك.

• العلاج النفسي السلوكي: Behavior Therapy

هو أسلوب من من الأساليب الحديثة يقوم على أساس استخدام نظريات وقواعد التعلم، ويشتمل على مجموعة كبيرة من الفنيات العلاجية التي تهدف الى احداث تغيير إيجابي بناء في سلوك الانسان وبصفة خاصة سلوك عدم التوافق، ويقصد بالسلوك في مجال العلاج السلوكي الاستجابات الظاهرة التي يمكن ملاحظتها، و الاستجابات الغير الظاهرة مثل الأفكار و الانفعالات. (بن شيخ، 2018، ص. 03).

والهدف منه :

- إحداث تغيير في السلوك غير المقبول.
 - تمكن الفرد من تعلم سلوكيات جديدة تكيفه مع محيطه.
 - تعليم أسلوب حل المشكلات.
- المساعدة على التخلص من مشاعر القلق و الإحباط و الخوف. (بن شيخ، 2018، ص. 04).

• العلاج المعرفي السلوكي: CBT

هو أحد أساليب العلاج النفسي الذي يستخدم أساليب وطرقا أكثر إيجابية عن طريق دمج فنيات العلاج المعرفي وفنيات العلاج السلوكي معا، مما يؤدي إلى مساعدة الأفراد على تطوير مهاراتهم المعرفية و إعادة بناء أفكارهم، وممارسة السلوكيات الايجابية وتدعيمها محدثا بذلك تغيرا في كيفية رؤيتهم لذاتهم وللعالم وللمستقبل. (حجازي، 2020، ص. 502).

ويعد اتجاها علاجيا حديثا نسبيا، يعتمد إلى التعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الأبعاد، معرفيا و انفعاليا وسلوكيا، بحيث يستخدم العديد من الفنيات سواء من المنظور المعرفي أو الانفعالي أو السلوكي، كما يعد تطور للعلاج المعرفي في محاولته لتغيير السلوك، من خلال تغيير محتوى التفكير و إعادة بناء القنوات عبر الإجراءات المعرفية السلوكية. (حجازي، 2020، ص. 503).

ويعرفه 'بيك' على انه أسلوب علاجي لتصحيح الأفكار و المعتقدات لدى المريض، وتحديد الأفكار المشوهة بتقنية تجريبية تعتمد على تغيير القواعد المعتمدة وصولا إلى الحالة الايجابية، مستخدما مبادئ وقوانين

السلوك ونظريات التعلم، وهو محاولة لحل المشكلات السلوكية وذلك بضبط و تعديل السلوك المرضي. (حجازي، 2020، ص. 503).

وهناك أنواع أخرى من العلاج النفسي ، لكل منها منهجها ، وسنتطرق إلى ذكرها باختصار:

- العلاج النفسي بتقنية EMDR Therapy.
- العلاج النفسي الجماعي.
- العلاج النفسي بالسيكودراما.
- العلاج النفسي بالفنون.
- العلاج النفسي باللعب.
- العلاج النفسي بالتنويم المغناطيسي.
- العلاج النفسي بالموسيقى.

ب- العلاج الدوائي:

يستخدم العلاج الدوائي لعلاج الاضطرابات النفسية و العقلية وتصحيح التشوهات التي تسبب أعراضاً نفسية معينة.

تعريف علم النفس الأدوية:

كما يدل عليه اسمها (Psychopharmacologie) وهو علم دراسة المركبات الكيميائية ذات التأثير العلاجي، فيدرس طريقة تفاعل المركبات الدوائية مع الأجسام الحية لإنتاج التأثير العلاجي عن طريق الإتحاد بالمستقبلات البروتينية أو تثبيط إنزيمات معينة ضمن الجسم. (علي إسماعيل، 2006، ص. 03).

تعريف الأدوية النفسية:

يطلق، أيضا على هذه الزمرة من الأدوية "المعدلات النفسية Modifiers Psychic (نوفل، 2018، ص. 02). وهي كل تركيب كيميائي قادر على تغيير أو تعديل في السلوك الإنساني، وهي تعمل في المقام الأول على التأثير على الجهاز العصبي بما في ذلك تعديل بعض العمليات البيوكيميائية والفسولوجية. (موفق، 2022، ص. 16). وتشمل المركبات التي تؤثر على الفعالية الدماغية أي على الجملة العصبية المركزية System Nervous Central. وتنقسم هذه المركبات إلى:

أولاً: مخمدات الجهاز العصبي المركزي: Depressants (CNS) central nervous system.

المنبثبات أو المخمدات النفسية: Psycholeptics.

ثانياً: منبهات الجهاز العصبي المركزي: Stimulants (CNS) central nervous system.

المنبهات أو المؤثرات النفسية: Psychoanaleptics . (نوفل، 2018، ص. 02).

تصنيف الأدوية النفسية:

في عام 1957، طبيب الأمراض العقلية الفرنسي جان ديلاي Delay وضع مع مساعده دينيكر Deniker تصنيفا للأدوية النفسية، تم التصديق عليه من قبل المؤتمر العالمي للطب النفسي عام 1961 وفيه يتم التصنيف إلى أربعة فئات تعتمد على التغير الذي تحدثه في الجهاز العصبي، وهذه الفئات هي:

1- المثبطات النفسية: Les Psycholeptique

وهي تلك الأدوية التي تؤدي إلى خفض النشاط الذهني. وتؤدي الجرعات العالية منها إلى فقدان الوعي .

أ- المنومات les Hypnotiques:

ب- المثبطات العصبية: Neuroleptiques: تسمى أيضا بمضادات الدهان (antipsychotiques).

ج- مضادات القلق (les tranquillisants) أو المهدئات (les Anxiolytiques)

د- المخدرات العامة (Anesthésiques généraux) ، مثل المورفين. (موفق، 2022، ص. 20).

2- المنشطات النفسية : (Psychoanaleptiques)

وهي تلك الأدوية التي تؤدي إلى زيادة النشاط الذهني. وتؤدي الجرعات العالية منها إلى حدوث نشاط صرعي واضح.

• مضادات الاكتئاب Les Antidépresseurs:

• المنشطات النفسية مثل الامفيتامين (amphétamine) .

3- المهلوسات Hallucinogènes وتسمى أيضا (Psychodysleptiques)

هي تلك الأدوية التي تؤدي إلى الإخلال بالوظائف الذهنية وتشوه عمليات الإدراك والتفكير، وتؤدي الجرعات العالية منها إلى اضطرابات ذهانية .

• عقار المسكاليين، عقار الكيتامين ، عقار LSD ، الهيروين والأفيون، القنب الهندي (Cannabis)، الماريخوانا، الكولا، الكحول ومشتقاته.. الخ – ..

4- معدلات المزاج les Thymorégulateurs:

هي الأدوية التي تعمل على تعديل المزاج خاصة في النوبات الهوسية الاكتئابية. (موفق، 2022، ص. 21).

خلاصة:

تناول هذا الفصل عرضاً شاملاً للأمراض النفسية و العقلية من حيث المفاهيم و التعريفات العلمية، مبرزاً الفروق بينهما، خاصة من حيث الأسباب، الأعراض، الاستبصار و طرق العلاج. وبين الفصل أن هذه الاضطرابات قد تنشأ نتيجة تفاعل معقد بين عوامل بيولوجية ونفسية و اجتماعية و ثقافية. كما تناول أساليب التشخيص و أدواته، مسلطاً الضوء على أهمية المقابلة و الملاحظة كوسيلتين رئيسيتين لفهم الحالة الإكلينيكية. وفي جانب العلاج، تم التفصيل في أساليب العلاج النفسي من تحليل نفسي، معرفي، سلوكي ومعرفي سلوكي، الى جانب توضيح أنواع الأدوية النفسية ودورها في التخفيف من الأعراض. ويؤكد الفصل على أهمية التعامل المتكامل مع المريض، في ضوء الفهم العميق لطبيعة الاضطراب وظروفه الفردية و الاجتماعية.

II- مضادات القلق والاكتئاب

تمهيد:

يعد اضطراب القلق و الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً، وقد تزايدت الحاجة إلى التدخلات الدوائية مع تطور الطب النفسي وظهور أجيال جديدة من الأدوية. يتناول هذا الفصل بشكل مفصل مضادات القلق و مضادات الاكتئاب من حيث التعريف، الآلية الدوائية، دواعي الاستعمال، بالإضافة إلى تصنيفاتها المختلفة و تأثيراتها الجانبية. وقد أصبح من الضروري الإلمام بهذه العلاجات لفهم كيفية عملها ومتى تستخدم، مع مراعاة الآثار الجانبية و الموانع و المحاذير المرتبطة بها، خاصة في ظل انتشار هذه الأدوية بين فئات واسعة من المرضى النفسيين.

أ- مضادات الاكتئاب:

1- تعريف مضادات الاكتئاب:

يستخدم هذا النوع من الأدوية لمعالجة الاكتئاب، وهاته الأدوية تسمى أيضاً بمعدلات المزاج لأن لديها القدرة على قلب المزاج المكتئب. الميزة الأساسية في هذا النوع من الأدوية تظهر في أثرها على حالات الاكتئاب و المزاج. في حين أن مضادات الاكتئاب لا تؤثر فقط على المزاج بل يمكنها أيضاً إظهار فعالية في علاج الأعراض المصاحبة للحصر أو حالات الكف. هاته الميزات تظهر في الأيام الأولى من العلاج. (بوكصاصة، 2022، ص. 38).

يأخذ العلاج بمضادات الاكتئاب مدة طويلة، ويفشل العلاج بها لأن بعض المرضى لا يستجيبون له، لذلك يجب معرفة أن تناول مضادات الاكتئاب في الأسبوع الأول يجعل المرضى في حالة اكتئابية أسوأ من سابقها، لكن بعد مرور أسبوع يتحسن مزاجه. وتجدر الإشارة إلى أن سوء تشخيص الاكتئاب يؤدي إلى فشل العلاج بمضادات الاكتئاب، لذلك يجب أن لا يتم وصف هذا النوع من الأدوية إلا في حالة الاكتئاب العظمى التي تتميز بالمشورات العيادية التالية:

- الشعور بالذنب، فقدان الأمل و الشعور باليأس، الأفكار التشاؤمية و السوداوية، فقدان الليبيدو وكل ما هو حيوي في الحياة، أفكار انتحارية، القلق و اضطرابات في النوم، الشكاوي الجسدية.

- بعض المرضى يستجيبون للاكتئاب بالقلق لذلك توصف مضادات القلق مرفوقة بمضادات الاكتئاب.

- يجدر عدم التوقف المفاجئ عن تناول مضادات الاكتئاب ، لأن المريض إذا توقف عن تناول هاته المضادات سوف ينتحر مباشرة، لذلك لتوقف عن العلاج يكون بشكل تدريجي بإرشادات من الطبيب المختص. (بوكصاصة، 2022، ص. 40).

ملاحظات عامة:

1- الاستجابة لمضادات الاكتئاب تتأخر عادة لمدة تصل إلى أسبوعين و يستغرق حدوث الاستجابة حد أقصى ستة أسابيع.

2- يوصي باستعمال جرعات صغيرة في بداية العلاج وخاصة عند المسنين. ولا يوصي باستعمال أكثر من مضاد اكتئاب واحد في نفس الوقت لأن هذا لا يعزز الفاعلية وقد ينتج عنه تعزيز للتأثيرات الجانبية.

3- يوصي بمراجعة المرضى كل 1-2 أسبوع عند بدء العلاج. كما يوصي أن يستمر العلاج لمدة 4 أسابيع على الأقل (6 أسابيع عند المسنين) قبل التفكير في التغيير إلى مضاد آخر للاكتئاب بسبب نقص الاستجابة، وفي حالة الاستجابة الجزئية، يمكن الاستمرار في العلاج لمدة أسبوعين آخرين (المسنون قد يستغرقون وقتاً أطول للاستجابة). و التحسن يبدأ عادة بعد 3-12 شهراً. ويجب أن يستمر العلاج بالجرعة العلاجية الكاملة لمدة 4-6 أشهر على الأقل بعد تحسن الأعراض (حوالي 12 شهراً عند المسنين). ويجب عدم سحب العلاج قبل الأوان وإلا فإن الأعراض تحتل أن تعود.

4- يوصي أن يتم خفض الجرعة تدريجياً على مدى فترة حوالي 4 أسابيع أو أكثر إذا ظهرت أعراض انسحاب (6 أشهر في المرضى الذين كانوا يتلقون معالجة المداومة لفترة طويلة). (عبد الرحمن، 2006، ص. 82).

2- آلية عمل مضادات الاكتئاب:

تقوم النظرية العلمية لأدوية الاكتئاب على افتراض أنها تؤثر على كيمياء المخ و الجهاز العصبي و من المعروف أن إحدى نظريات الاكتئاب تقول بأن أعراض المرض تنشأ نتيجة لخلل بعض المواد الكيميائية للجهاز العصبي يترتب عليه نقص في مستوى مادة السيروتونين ومادة نورابينفرالين، و إذا تم علاج هذا النقص عن طريق عقاقير خارجية تزيد من مستوى هاتين المادتين في مراكز الجهاز العصبي فإن تحسناً ملحوظاً يطرأ على حالة مرض الاكتئاب. (الشربيني، 2001، ص. 260).

وكما تعمل أدوية الاكتئاب على استعادة الاتزان الكيميائي المصاحب لمرض الاكتئاب وتحسين الحالة المزاجية للمريض. (الشربيني، 2001، ص. 261).

معظم مضادات الاكتئاب المفيدة سريريا تقوي أفعال النورابينفرين و/أو السيروتونين في الدماغ إما بشكل مباشر أو غير مباشر. بالإضافة إلى وجود أدلة أخرى فيما يتعلق بنظرية الأمينات الحيوية التي تعتبر الاكتئاب نتاج نقص في الأمينات الأحادية، مثل النورابينفرين و السيروتونين في مواضع رئيسية محددة في الدماغ. وعلى نحو معاكس، تتصور النظرية أن الهوس الناجم عن إفراط في هذه النواقل العصبية. إلا أن النظرية الأمينية للاكتئاب و الهوس مفرطة في التبسيط، ولكنها فشلت في تفسير التأثيرات الفارماكولوجية الآتية لأي من الأدوية المضادة للهوس أو الاكتئاب على الناقلية العصبية. بينما يأخذ المساق الزمني للاستجابة العلاجية عدة أسابيع. (هارفي و تشامب، دس، ص. 141).

3- دواعي استعمال مضادات الاكتئاب:

توصف الأدوية المضادة للاكتئاب في الحالات الآتية:

- نوبات الاكتئاب (السوداوية).

- اضطراب الضغط النفسي ما بعد الصدمة (موفق، 2022، ص. 34).

* اضطرابات القلق: اضطرابات الرهاب، اضطراب الهلع، اضطراب الوسواس القهري، اضطراب القلق العام، اضطراب ما بعد الصدمة.

* اضطرابات نقص الانتباه والسلوك التخريبي.

* اضطرابات الأكل: فقدان الشهية و الشره المرضي.

- * اضطرابات الجهاز الهضمي: متلازمة القولون العصبي.
 - * اضطرابات الجهاز البولي التناسلي: سلس البول.
 - * متلازمات الألم: الصداع النصفي، حالات الألم المزمنة الأخرى.
 - * الاضطرابات الذهانية: اضطراب الفصام العاطفي.
 - * اضطرابات النوم: الأرق، الكوابيس الليلية، انقطاع النفس النومي، النوم القهري، سلس البول الوظيفي.
- (Khawam, Laurencic, Malone, 2006, p. 352).

4- تصنيف وأنواع مضادات الاكتئاب:

تصنف الأدوية المضادة للاكتئاب إلى عدة فئات:

- مثبطات الإنزيم المؤكسد للأحماض الأحادية M.A.O.I.
- المركبات ثلاثية الحلقات النموذج Typical tricyclics .
- المركبات ثلاثية الحلقات غير النموذجية Atypical Tricyclics .
- مثبطات إعادة التقاط السيروتونين S.R.I. Serotonime Reuptake Inhibitors .
- مثبطات إعادة التقاط السيروتونين والنورأدرينالين S.N.R.I. (عبد الرحمن، 2006، ص. 82).

أولاً: مثبطات الإنزيم المؤكسد للأحماض الأحادية:

رغم فعاليتها الشديدة تستخدم بحذر شديد جداً في العلاج لمشكلاتها العديدة، فتثبيطها للإنزيم غير راجع (Irreversible) ويحتاج مفعوله العلاجي إلى تثبيط من 60-80 %، وتنقسم إلى مجموعتين: هيدرازيد (Hydrazide) مثل الفلنزين، وغير هيدرازيد (Non Hydrazide) مثل بارنت. (عبد الرحمن، 2006، ص. 82).

تحتل M.A.O.I المرتبة الأخيرة في علاج الاكتئاب بسبب محاذيرها الكثيرة وتأثيراتها الجانبية الكثيرة حيث يلجأ إليها في حال فشل المركبات ثلاثية الحلقات النموذجية و غير النموذجية أو مثبطات إعادة التقاط السيروتونين S.R.I ويشتراط في حالة التوقف عن هذه المركبات ألا يتم قطع العلاج فجأة وإنما يكون الانسحاب تدريجياً حين تنخفض الجرعة كل 4-5 أيام.

كما يشترط أن يبدأ العلاج بالجرعات الصغيرة ثم تزداد الجرعة تدريجياً حتى نصل إلى الجرعة العلاجية الفعالة. (عبد الرحمن، 2006، ص. 87).

آلية التأثير:

تثبط نشاط الإنزيم المؤكسد للأحماض الأحادية على مستوى الخلايا العصبية وينجم عن ذلك تثبيط أيض (استقلاب) الأمينات الحيوية مما يؤدي إلى ارتفاع مستوى النورأدرينالين و التيرامين و السيروتونين و التربتامين.

بعد تحرر الوسائط الحيوية مثل (الدوبامين و النورأدرينالين و السيروتونين) في المشبك وقيامها بعملها يعاد التقاط الجزء الأكبر منها في حين يستقلب الجزء المتبقي منها بعدة طرق، أحدها يتم بوجود الإنزيم

M.A.O

تقوم مركبات M.A.O.I بتثبيط هذا الإنزيم مسببة حدوث إرتفاع في مستوى الوسائط المستقلية بواسطة هذا الإنزيم (الدوبامين والنورأدرينالين و السيروتونين). (عبد الرحمن، 2006، ص. 83).

ملاحظة:

قد يتعرض أولئك الذين يتناولون مركبات M.A.O.I إلى حدوث نوبات من ارتفاع الضغط الشرياني الشديد عند تناولهم للأغذية الحاوية على التيرامين مثل: الموز، المشروبات الكحولية، الجبن وبعض أنواع الشكولاتا نتيجة حدوث ارتفاع في مستوى التيرامين المشابه للودي. (عبد الرحمن، 2006، ص. 84).

أهم مثبطات M.A.O:

- 1- فينيلزين Phenelzine نارديل (Nardil).
 - 2- إيزوكاربوكسازيد Isocarboxazide ماربلان (Marpan).
 - 3- إيبرونسازيد (Marsilid): Iproniazide.
 - 4- ترانيل سيبرومين (Tranyl cipromine) بارنت (Parnat).
 - 5- مكلوباميد (Moclobemide) مانريكس (Manerix).
 - 6- سيلجيلينيوم (Selegilnum) جومكس (Jumex).
- وهناك نوعين من الإنزيم A,B وهناك أدوية تثبطها معا (الأدوية من 1-4) و أدوية تثبط A فقط (5) و أدوية B فقط (6). (عبد الرحمن، 2006، ص. 85).

الآثار الجانبية لمركبات M.A.O.I :

- هبوط ضغط الدم ألاتنصابي.
- دوار.
- صعوبة في التبول.
- صداع.
- جفاف الفم.
- الوهن.
- التعب العام.
- صعوبة في القذف المنوي.
- زيادة إفراز العرق. (عبد الرحمن، 2006، ص. 86).

محاذير الاستخدام:

- المشاركة مع :
- المخدرات العامة.
- مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات أو مضادات b.
- المياه الزرقاء.

- الرقاص و الاختلاج العظلي.

وتعطي بحذر مع مرضى القلب والقصور الكبدي. (عبد الرحمن، 2006، ص. 86).

ثانياً: المركبات ثلاثية الحلقات النموذجية Typical Tricyclics

تسمى أيضاً عائلة الإميرامينات Imipramine وتعتبر من أول مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة الذي تمت دراسته بداية في أواخر خمسينيات القرن العشرين باعتباره عقاراً مضاداً للذهان. وبدلاً من أن يثبت فاعليته في مقاومة الذهانات ظهر تأثيره المضاد للاكتئاب ومنذ ذلك الحين تم تطوير أكثر من مجموعة من مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة. (رضوان، 2009، ص. 409).

وهي أكثر سلامة من M.A.O.I ويمكن تقسيمها إلى تلك التي لها تأثير مهدئ أكثر (أميتريبتيلين) أو أقل (إميرامين). وهذه الأدوية هي الأكثر فعالية في علاج الاكتئاب صاحب باضطرابات حركية نفسية. (عبد الرحمن، 2006، ص. 87).

وتستخدم في حالات الاكتئاب واضطرابات القلق، حالات الهذيان المصاحب بالاكتئاب، حالات الوسواس القهري، الاضطرابات النفس جسمية، التبول اللاإرادي عند الأطفال ذي المنشأ النفسي. (عبد الرحمن، 2006، ص. 93).

لا يجب استخدام هذا النوع من مضادات الاكتئاب في الحالات الآتية:

لا يتم وصفه بشكل عام للمرضى الذين يعانون من صور أخرى من الأمراض كمرض القلب أو الذين يعانون من مشكلات في الجهاز البولي.

يجب أيضاً عدم استخدامه أثناء الحمل أو الرضاعة إلا باستشارة الطبيب و موافقته.

الأشخاص الذين يتناولون مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة ويشربون الكحول في الوقت نفسه يسكرون بسرعة أكبر وتزداد تأثيرات مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة .

تناول أيضاً مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة مع أدوية الضغط يمكن أن يقود إلى انخفاض مفرط في ضغط الدم.

كذلك الفرط في جرعة مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة يؤدي إلى فشل خطير في القلب أو ارتجاف في القلب. ويتم استخدام مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة لإلحاق الأذى بالنفس (المنتحرين)، لذلك يصف الأطباء عادة كميات قليلة. (رضوان، 2009، ص. 410).

آلية التأثير:

تتميز مركبات الإميرامين و الكلوميبرامين و الأميتريبتيلين وبدرجة أقل مركب نورتريبتيلين بأنها تثبط إعادة التقاط النورأدرينالين و السيروتونين. أما مركب الديسيبرامين ومركب البروتريبتيلين يثبطان إعادة التقاط النورأدرينالين فقط دون السيروتونين.

إن تثبيط إعادة التقاط النورأدرينالين من الغشاء ما قبل المشبك يؤدي إلى زيادة النورأدرينالين في الفجوة المشبكية. في حين أن تثبيط إعادة التقاط السيروتونين في الدماغ وخاصة في مستوى النواة اللوزية في الجهاز الحرفي (المسؤول عن الانفعالات و الفرح و الحزن...) يؤدي إلى زيادة تركيزه في تلك المناطق.

وبالتالي إن زيادة الأمينات الحيوية (النور أدرينالين و السيروتونين) يؤدي إلى علاج الاكتئاب. (عبد الرحمن، 2006، ص. 91).

مركبات Typical Tricyclics :

- 1- إيميبرامين Imipramine: توفر انيل Tofranil .
 - 2- كلوميبرامين Clomipramine: أنافراamil وهو أكثر انتقائيا للسيروتونين.
 - 3- تري ميبرامين Trimipramine : سيرمونتييل Sormontil.
 - 4- ديسيسيرامين Despramine نوربرامين Norpamin. (علي اسماعيل، 2006، ص. 87).
 - 5- أميتريبتلين Amitryptiline: تريبتزول TryptiZole: منشط للمزاج ومهدئ ومضاد للشعور بالقلق، من آثاره الجانبية الإمساك واحتباس البول واضطرابات عينية وزيادة ضربات القلب و النعاس
 - 6- نورترىبتلين Nortryptiline : أفنتيل Aventyl: ستعمل في الاضطرابات المرافقة لسن اليأس عند النساء، ويتميز بأن تأثيره المهدئ ضعيف. (علي اسماعيل، 2006، ص. 88).
 - 7- بروترىبتلين Protryptiline: كوندكوردين Concordin.
 - 8- مابروتريبتلين Maprotryptilin: لوديومي Ludiomil هو مشتق رباعي الحلقات لكنه يصنف في هذه الفئة. وهو من مضادات الاكتئاب التي تنشط المزاج ، كما يتميز بتأثيره المضاد للقلق و المهدئ ويجب عدم تناول الكحول أثناء استخدامه. (علي اسماعيل، 2006، ص. 89).
 - 9- دوكسي بين Doxepine: سينكوين Sinequan يستعمل مضادا للاكتئاب ويتميز بتأثيره المهدئ كما يعطى في حالات القلق. وهو مضاد هستامين قوي لذا يستخدم كعلاج مساعد في قرحة المعدة، وكذلك في القلق العام.
 - 10- أوبي برامول Opipramole انسيدون Insidon.
 - 11- أموكسبين Amoxapin: أسيندين Asendin مضاد دوبامين قوي، قد يحدث معه باركنسون كاذب، زلز، NMS، ولا يسبب أعراض كولينية. (علي اسماعيل، 2006، ص. 90).
- بعض الأمثلة الموصوفة في الجرائر: (موفق، 2022، ص. 36).

الاسم التجاري	الاسم الكيميائي	تقديم الجرعات
TOFRANIL	Imipramine	-cp 10mg, 25 mg - amp 25 mg, 100 mg
ANAFRANIL	Clomipramine	- cp 10 mg, 25 mg, 75mg - amp 25 mg, 100 mg
LAROXYL	Amitriptyline	-cp 25 mg, 50 mg. -gttes 4% - amp 25 mg, 100 mg

-Cp. 25-75 mg - Amp. 25 mg	Maprotiline	LUDIOMIL
-Cp. 25-100 mg - Gttes (1gte =1 mg) -Amp 25 mg	Trimipramine	SURMONTIL

الآثار الجانبية لمركبات Typical Tricyclics :

- ارتفاع ضغط الدم الشرياني.
- تتميز بتأثيرات أترابينية: جفاف الفم، إمساك، اتساع حدقة العين، احتباس البول، تشوش الرؤية.
- تأثيرات قلبية وعائلية: هبوط ضغط الدم ألاتنصابي Qrthostatic Hypotension، سرعة ضربات القلب، إطالة QT وتسطح T وانخفاض ST.
- تأثيرات عصبية عضلية: وهن عضلي، أرق، رجفة في الأطراف، تعب عام، صداع، التعرق، ارتفاع الحرارة.
- تحدث هذه المركبات يرقانا ركوديا، تورما للخصيتين، تورم الثدي عند الذكور و الإناث و إفراز الحليب عند الإناث.
- تأثيرات دموية: نقص كرات الدم البيضاء (المحببات).
- تأثيرات جنسية: ارتخاء القضيب وخاصة مع الأموكساين (يقلل الدوبامين)، تأخر القذف، القذف المرتجع.
- حساسية: بقع جلدية، زيادة الحساسية نحو الضوء.
- التخدير. (Cassano, rossi, pini, 2002, p. 272).

التأثيرات السمية للمركبات ثلاثية الحلقات النموذجية:

تحدث عند تناول هذه المركبات بجرعات عالية:

- 1- تأثيرات سمية قلبية: اضطرابات في تنظيم القلب و النقل الأذيني البطيني، سرعة ضربات القلب، وتحدث هبوطا شديدا في الضغط الشرياني. (عبد الرحمن، 2006، ص. 91).
- 2- تأثيرات سمية عصبية: هذيان، هلاوس بصرية، سبات، اختلاجات عضلية تشنجات. (عبد الرحمن، 2006، ص. 92).
- 3- تأثيرات أترابينية: مياه زرقاء حادة (ارتفاع ضغط داخل البيت الأمامي للعين)، جفاف الفم، التهاب اللسان، شلل الأمعاء، توسيع حدقة العين، احتباس البول. (عبد الرحمن، 2006، ص. 93).

ثالثا: المركبات ثلاثية الحلقات غير النموذجية Atypical Tricyclics

هي مجموعة مختلطة من الأدوية تمتلك أفعالا في مواضع متعددة مختلفة، تتضمن هذه المجموعة البوبروبيون و الميرتازابين و النيفازودون و الترازودون، وهي ليست أكثر نجاعة من مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات و لكن تأثيراتها الجانبية مختلفة. (هارفي و تشامب، دس، ص. 145).

مركبات ثلاثية الحلقات غير النموزجية:

وتشمل أربع مركبات:

1-مركب بوبروبيون Bupropione و البيتارين Welbutrin :

آلية عمله:

يعمل على زيادة النورأدرينالين و الدوبامين، ويثبط مستقبلات النيكوتين
يمتص كاملا من القناة الهضمية ، ويصل خلال 2-3 ساعات إلى أعلى مستوى له، عمره النصفى من 8-40 ساعة
بمتوسط 12 ساعة. (عبد الرحمن، 2006، ص. 95).

حالات استخدامه:

- مفيد في حالات الاكتئاب المصاحب بالقلق.
- مفيد في علاج نقص الانتباه وفرط الحركة عند الأطفال.
- علاج ادمان الكوكايين (يقلل الإشتياق للكوكايين).
- علاج التدخين.
- أقل مضادات الاكتئاب إيتشارة للهوس.
- لا يسبب خلل جنسي أو نعاس.
- لا يبدي تأثيرات منومة أو تأثيرات أتروپينية.
- لا يحدث زيادة في الوزن. (عبد الرحمن، 2006، ص. 95).

آثاره الجانبية:

- يسبب فوران، عدم الراحة، أرق وصداع، قد يسبب أعراض ذهانية. تشنجات في الجرعات الكبيرة.
- يزيد من مستوى الديباكين في الدم، بينما التجريتول يزيد من مستواه في الدم.
- قد يحدث اختلاجات عضلية. (عبد الرحمن، 2006، ص. 96).

2-مركب ترازودون Trazodone : ترتيكو Tretico .

3-مركب نيفازودون Nifazodone : سيرازون Serazon:

مميزات وخصائص من ترازودون و نيفازودون:

التأثير على C.N.S: يبديان تأثيرات مسكنة لكنها لا تحدث تأثيرات أتروپينية (حالة لنظير ودي) و لا تحدث إختلاجات عضلية.

التأثير القلبي الوعائي: يبدي الترازودون تأثيرا خافضا للضغط الشرياني أكثر من النيفازودون لكن ليس لكليهما أي تأثير على نظم القلب و لا يسببا سرعة في ضربات القلب.

يسبب الترازودون و الميفازودون زيادة في الوزن.

آلية تأثير الترازودون و النيفازودون:

يعملان على زيادة تركيز السيروتونين Hto وذلك بآلية تثبيط إعادة التقاطه من قبل الغشاء ما قبل المشبك بدرجة ضعيفة فهما مثبطان ضعيفان لإعادة التقاط السيروتونين. ولهما تأثيرا حابجا لمستقبلات ألفا و لا تزال آلية تأثيره المضاد للاكتئاب غير معروفة بدقة. (عبد الرحمن، 2006، ص. 96).

3-مركب ميانسرين Mianserine: تولفون Tolvon:

يعمل على تعزيز تحرر النورأدرينالين ويثبط السيروتونين نسبيا ويحجب مستقبلاته وتميز بتأثيرات مضادة للهستامين.

لا يحدث تأثيرات أترابينية أو اضطراب في نظم القلب. ويسبب التسكين و الميل للنوم. ويمكن استخدامه عند مرضى الماء الأزرق أو تضخم البروستاتا.

التأثيرات الجانبية:

- غثيان، قيء، الميل للنوم(النعاس) والشعور بالتعب العام، دوار صداع، أرق و أحيانا جفاف الفم، انتصاب مؤلم في القضيب.

محاذير الاستعمال:

- لا يستعمل مع مرضى القصور الكبدي و الكلوي.
- هبوط الضغط الشرياني.
- إضافة إلى الحمل و الرضاعة. (عبد الرحمن، 2006، ص. 96).

5-ميرتازيبين Mertazepine: ريمرون Remeron:

أحد الأدوية الحديثة التي تعالج الاكتئاب ، يحتاج لأسبوعين ليعطي بعض النتائج.

آلية عمله:

يثبط مستقبلات الفا2 قبل المشبك (ينشط إفراز النورأدرينالين) ومستقبلات السيروتونين 2 و 3 بعد المشبك، مستقبلات هيسامين 1 و المسكارين.

آثاره الجانبية:

الأعراض الشائعة: زيادة النوم، زيادة الشهية للطعام، جفاف الحلق و الإمساك و الدوخة، تغير في طبيعة الأحلام.

الأعراض القليلة الحدوث: آلام الظهر و الغثيان، الرعشة الخفيفة الأطراف، زيادة التبول، صعوبة التنفس، زيادة دهون الدم، يقلل عدد كرات الدم البيضاء.

وينصح عادة بعدم القيام بقيادة السيارة أو القيام بأي نشاط يتطلب يقظة ذهنية عالية. (عبد الرحمن، 2006، ص. 98).

رابعاً: مثبطات إعادة التقاط السيروتونين S.R.I. Serotonime Reuptake Inhibitors :

هي مضادات اكتئاب سيروتونينية طورت سنة 1998، بسبب الفعالية المشابهة لثلاثية الحلقة لكن مع وجود آثار ثانوية أقل مضادة للكولين و أقل تأثيراً على القلب، وهي الأكثر استخداماً ترفع من مستوى السيروتونين في الدماغ وتحسن المزاج. (بوكصاصة، 2022، ص. 41).

آلية تأثير S.R.I:

تعمل على تثبيط إعادة التقاط السيروتونين HTTo وخاصة HT 1Do و Ht 1Ao من قبل الغشاء ما قبل المشبك بجانب بعض الأمينيات الأخرى بدرجات مختلفة. (عبد الرحمن، 2006، ص. 98).

التأثيرات الدوائية ل S.R.I:

- 1- جميعها خالية من التأثيرات المنومة.
- 2- جميعها ليس لها تأثيرات أتروبية.
- 3- جميعها خالية من التأثيرات الخافضة للضغط و لا تسبب تثبيطاً للعضلة القلبية. (عبد الرحمن، 2006، ص. 99).

الآثار الجانبية ل S.R.I :

تأثيرات هضمية: غثيان، قيء، إسهال، عسر الهضم.
تأثيرات عصبية: صداع، دوام، ميل للنوم، توتر، قلق، آلام بطنية.
آثار جنسية: تأثير القذف فقدان الرغبة الجنسية، نقص التزليق المهبلي أو قلة الاحساس الجنسي، ضعفاً في الانتصاب. (عبد الرحمن، 2006، ص. 100).

اضطراب في القلب، انخفاض في الليبدو، فقدان مؤقت للشهية (بوكصاصة، 2022، ص. 41).
زيادة أو نقصان القلق المعتمد على الجرعة. (Khawam, Laurencic, Malon, 2006, p. 253).

محاذير الاستخدام:

لا تستعمل S.R.I مع المرضى بقصور كبدي أو كلوي، الحمل و الرضاعة ، داء السكري، الصرع، الهوس Mania، و الهوس الخفيف. (عبد الرحمن، 2006، ص. 112).
لا تستعمل أيضاً مع الأطفال ، الألم الصدري الناتج عن نوبة قلبية، اضطراب نيفي، الجلوكوم (ازدياد الضغط داخل العين). (موفق، 2022، ص. 37).

مثبطات إعادة التقاط السيروتونين:

وتشمل المجموعة على المركبات التالية:

- 1- الفلوكسيتين Flouxetine : بروزاك Prozac. ديورازاك (عبد الرحمن، 2006، ص. 112).
- 2- فلوفاكسامين Fluvoxamine : فافرين Faverin.

آلية عمل الفافرين:

مثبط قوي لارتجاع الناقل العصبي السيروتونين في الفواصل بين الخلايا العصبية في الدماغ مما يؤدي لزيادة السيروتونين في هذه الفواصل.

الآثار الجانبية:

- معظم الآثار الجانبية خفيفة و مؤقتة في بداية العلاج أو عند زيادة الجرعة ولا يوجد عرض أو ضرر دائم أو مخل بوظائف أجهزة الجسم.

✓ الجهاز العصبي المركزي: القلق و الهيجان النفسي، الدوخة، الصداع ، العصبية، الرجفة واضطرابات النوم.

✓ القلب والجهاز الدوري الدموي: الخفقان.

✓ العين والأنف والحنجرة والأذن: (إضلام البصر) تغير حاسة الذوق.

✓ الجهاز الهضمي: إنخفاض الشهية، الإمساك أو الإسهال، جفاف الفم، القيء أو الرغبة في القيء، اضطراب الهضم.

✓ الجهاز التناسلي والبولي: اضطراب القدرة الجنسية مثل نقص الرغبة، نقص الانتصاب، تأخر أو عدم حدوث القذف، تكرار أو احتباس في التبول.

✓ الجهاز التنفسي: إحساس بضيق التنفس، كثرة التثاؤب.

✓ الجلد: كثرة التعرق (عبد الرحمن، 2006، ص. 113).

✓ أعراض نفسية: قلق وتوجس، توتر وتهيج. (Cassano, rossi, Pini, 2022, p. 273)

3-باروكستيتين Paroxetine : سيروكسات Seroxate باكستين Paxetine: لا يتناول هذا الدواء مع الأدوية المسيلة للدم مثل الورفارين Warfarin

الأعراض الجانبية:

الجهاز العصبي المركزي: أحلام مزعجة، قلق و توتر(بداية العلاج غالباً)، دوخة وصداع، اضطرابات النوم(زيادة أو نقصان)، رجفه، خدر في الجسم

القلب والجهاز الدوري الدموي: ألم في الصدر، هبوط بسيط في ضغط الدم، خفقان.

الجهاز الهضمي: ألم البطن، إمساك أو إسهال، جفاف الفم، زيادة أو نقص الشهية للطعام وكذلك الحال بالنسبة للوزن، القيء. (عبد الرحمن، 2006، ص. 114).

الجهاز التناسلي والبولي: ضعف الرغبة الجنسية، مشاكل في القذف (التأخر مثلاً) وهذا قد يستخدم كأحد دواعي استعمال السيروكسات، تأخر أو عدم الوصول للعرشة الجنسية (الشبق) لدر الرجال و النساء، عدم أو ضعف الانتصاب لدر الرجال، التبول المتكرر.

الجلد: زيادة التعرق، الحكّة و الحساسية.

أعراض أخرى: كثرة التثاؤب (عبد الرحمن، 2006، ص. 115).

4-سيرترالين Sertaline: لوسترال Lustral. سيرياس

5-سيتالوبرام Citalopram سبرام، سبرامكس: يتعارض هذا الدواء بشدة مع شرب الخمر، ومفعوله لا يتأثر بالطعام.

آلية عمله:

مثبط قوي لارتجاع الناقل العصبي السيروتونين في الفواصل بين الخلايا العصبية في الدماغ مما يؤدي لزيادة السيروتونين في هذه الفواصل. (عبد الرحمن، 2006، ص. 155).

الآثار الجانبية:

الجهاز العصبي المركزي: ضعف التركيز، رجفة، العصبية، قلق و صداع، دوخة، اضطراب النوم.

القلب والجهاز الدوري الدموي: انخفاض ضغط الدم، تسارع ضربات القلب.

الجهاز الهضمي: ألم البطن، جفاف الفم، القيء، نقص (أحيانا زيادة) الشهية، تغير الطعم.

الجهاز التناسلي والبولي: اضطراب الطمث، ضعف القدرة الجنسية واضطراب القذف، تكرار البول.

اضطرابات الايض: انخفاض (أحيانا زيادة) الوزن. (عبد الرحمن، 2006، ص. 155).

الجهاز العضلي: آلام العضلات.

الجلد: الحكة، زيادة التعرق، طفح.

أخرى: كثرة التثاؤب.

6-فينلافاكسين Venlafaxine: إيفكسور Effixor (عبد الرحمن، 2006، ص. 116).

بعض أنواع الأدوية الموصوفة في الجزائر: (بوكصاصة، 2022، ص. 37).

الاسم التجاري	الاسم الكيميائي	التقديم
PROZAC	Fluoxetine	gel 20 mg, sol 20 mg pour 5 ml
DEROXAT	Paroxetine	cp sec 20 mg
ZOLOFT	Sertraline	gel 50 mg

خامسا: مثبطات إعادة التقاط السيروتونين والنورأدرينالين S.N.R.I

هي أكثر فعالية في علاج أي شخص يعاني من الاكتئاب لا على التعيين، تم تقديمها في خلال تسعينيات القرن الماضي. ومنها فينلافاكسين وميرتازابين. (موفق، 2022، ص. 38).

آلية عمله:

يثبط كل من فينلافاكسين ودولوكسيتين انتقائيا قبط كل من السيروتونين و النورأدرينالين ، وتكون فعالة مع في معالجة الاكتئاب عند المرضى الذين تكون لديهم SSRis غير فعالة . (الزعيم، دس، ص. 144).

1- الفينلافاكسين VENLAFAXINE

هو مثبط قوي لقبط السيروتونين، وبجرعاته المتوسطة إلى العالية يكون مثبطا لقبط النورأدرينالين. كما أنه أيضا بجرعاته العالية مثبط خفيف لقبط الدوبامين.

التأثيرات الجانبية: الغثيان، الصداع، خلل الوظيفة الجنسية، الدوخة، الأرق، التريكين و الإمساك، وباجرعات العالية قد يرتفع الضغط ويتسرع القلب.

2- الدولوكوستين Duloxtine: يثبط الدولوكوستين قبط السيروتونين و النورأدرينالين في جميع جرعاته .

لا يعطى للمصابين بقصور كبدي، و المصابين بالداء الكلوي. (هارفي و تشامب، دس، ص. 144).

الآثار الجانبية:

الغثيان، جفاف الفم و الإمساك، الإسهال و القيء الأرق، الدوخة، التعرق، خلل وظيفي جنسي، ارتفاع ضغط الدم وتسارع نبضات القلب. (Cassano, rossi, Pini, 2002, p. 272).

بعض الأمثلة الموصوفة في الجزائر: (موفق، 2022، ص. 38).

الاسم التجاري	الاسم الكيميائي	التقديم
EFFEXOR	Venlafaxine	Cp. 25-50 mg

5- الآثار الجانبية لمضادات الاكتئاب:

على الرغم من أن التأثير المعدل للمزاج لهذه الأدوية يبدأ في العادة ببطء فإن التأثيرات الجانبية تكون على عكس ذلك، حيث سرعان ما تظهر. ومن أكثر التأثيرات الجانبية لمضادات الاكتئاب ملاحظة، والتي تختلف من دواء إلى آخر، يمكن تعدادها في:

- تأثيرات على الجهاز الهضمي: جفاف الفم، تغير في الإحساس بالطعم، تغيرات في الوزن (نقص وزيادة)، الإمساك أو الإسهال، الغثيان، القيء.

- تأثيرات على الجهاز العصبي المركزي: ضعف الذاكرة، ضعف التركيز، اضطرابات النوم (النعاس أثناء النهار + الأرق)، صداع، الدوخة.

- تأثيرات في الجهاز التناسلي والبولي: صعوبات التبول أو كثرة التبول، تغيير في ردود الأفعال الجنسية.

- تأثيرات في القلب و الجهاز الدوري الدموي: اضطراب ضربات القلب ، وبعض الأشخاص يمكن أن ينخفض الضغط لديهم وبشكل خاص عند الوقوف. وتطلق على انخفاض ضغط الدم هذا تسمية "نقص التوتر السكوني العمودي" ، الذي يمكن أن يكون خطيرا وخصوصا عند كبار السن.

- ويمكن لمضادات الاكتئاب أن تضر بكفاءة الإنجاز النفسية و الجسدية (كقيادة السيارة و التعامل مع الآلات) لذلك على الأشخاص الذين يتناولون مضادات الاكتئاب أن يتجنبوا في الأسابيع الأولى الأعمال التي تتطلب منهم ردود أفعال وتناسقات عضلية سريعة.

- تأثيرات جلدية: (تحسس جلدي)، التشنجات و الأهلاس، اضطرابات الاستقلاب، النزيف و الحرارة، اصفرار العينين أو الجلد، حساسية اتجاه ضوء الشمس. (رضوان، 2009، ص. 407-408).

- تأثيرات على الجهاز التنفسي: صعوبات التنفس.

ويحدث ذلك بصورة متكررة مع الأجيال الأولى من أدوية الاكتئاب مثل الأدوية ثلاثية الحلقات التي كانت ولا زالت تستخدم على نطاق واسع، ويجب الانتباه إلى تشابه بعض هذه الآثار الجانبية مع أعراض الاكتئاب، لذا يجب الحرص عند استخدام هذه الأدوية و اختيار المناسب منها لكل حالة. (الشربيني، 2001، ص. 261).

الآثار الجانبية النفسية لمضادات الاكتئاب:

- أفكار انتحارية.
- محاولة الانتحار.
- تدهور الاكتئاب عند المريض.
- الشعور بالتوتر.
- الإصابة بنوبات الهلع.
- الشعور بالعصبية و التصرف بعدوانية.
- تغيرات في المزاج و السلوك. (كليشان، 2020)

ب- مضادات القلق:

1- تعريف مضادات القلق:

وتسمى أيضا بالمهدئات الصغرى، تصنف ضمن العائلة الدوائية للمثبطات النفسية التي تخفف من النشاط النفسي، حيث يستخدم هذا النوع من الأدوية بكثرة للضغط النفسي. (بوكصاصة، 2022، ص. 27).

يتم استخدام المهدئات أو المسكنات المعروفة في اللغة الطبية تحت تسمية الأدوية المضادة للقلق بشكل رئيس للعلاج قصير الأمد لحالات القلق و التوتر و الخوف. وهي فاعلة بصورة خاصة عندما يكون للقلق موضوعا محدد الملامح، على نحو الخوف من عملية جراحية أو سفر مقبل أو موقف يخشى الإنسان أن يتحول بالنسبة له موقفا صادما. (رضوان، 2009، ص. 399).

2- خصائص مضادات القلق:

تتميز مضادات القلق بمجموعة من الميزات تجعلها مختلفة عن المثبطات النفسية الأخرى:

- مضادة للصرع.
- مسكنة ومهدئة، تسبب الغفوة لذلك تمنع على السائقين خاصة سائقي الشاحنات، والعاملين الذين يستخدمون الآلات الحادة .
- تفقد الذاكرة وتسبب في النسيان.
- مرخية للعضلات لذلك تمنع لممارسي الرياضة. (بوكصاصة، 2022، ص. 27).

3- دواعي و موانع استخدام مضادات القلق:

أ- دواعي الاستخدام:

-في حالات اضطرابات القلق، أثناء نوبة الهلع.

- حالات الأرق، يتم وصف الأدوية من نوع بنزوديازيبينات الأثر طويل المدى، مع مجوب الحذر لأن الأرق يكون في غالب الأحيان عرض موجود في حالات الاكتئاب العظمى.
- تستخدم أيضا في حالات التشنج، الوهن أو التعب.
- تستخدم أيضا في حالات الصرع مثل الفاليوم.
- النعاس المتحكم فيه في التخدير مثل الميدازولام. (بوكتا، 2022، ص. 28).

ب- موانع استخدام :

عموما لا يمكن وصف الدواء في الحالات الآتية:

- التعب العضلي Myasthénie.
- نقص الجهاز التنفسي insuffisance respiratoire.
- الحساسية ضد إحدى مركبات البنزوديازيبين.
- الفشل الكلوي و الكبدى. (موفق، 2022، ص. 30).

4-آلية تأثير مضادات القلق:

في حالات الجرعات المختلفة:

- منومة جالبة للنعاس.
- مضادة لحالات الحصر.
- مرخية للعضلات.
- مضادة للصرع ومفقدة للذاكرة. (بوكتا، 2022، ص. 27).
- في حالة الجرعات العادية:

- تؤدي إلى الغفوة التي تتعارض مع سيطرة الشاحنات أو السيارات.
- تؤدي إلى حالة من التبعية الدوائية في حالة تناولها لمدو طويلة، بدليل أن توقفها المفاجئ يمكن أن يؤدي هو الآخر إلى ظهور أعراض الحرمان.
- تتمثل آلية تأثيرها في: - التخفيف من الاستشارة العصبونية عن طريق تثبيت و تنشيط المواقع المستقبلية للجابا / البنزوديازيبين لعصبونات القشرة الجبهية و الجهاز اللمبي.
- إذن تقوي مضادات القلق نظام الجابا الذي هو في الأساس كايح للقلق. (بوكتا، 2022، ص. 28).

5-تصنيف وأنواع مضادات القلق:

تصنف المركبات المضادة للقلق إلى ثلاث فئات هي:

- 1- مشتقات الكاربامات Carbamate Derivatives: ويمثلها مركب الميبروبامات Meprobamate
- 2- مشتقات البنزوديازيبينات Benzodiazepine Derivatives B.Z.D: ويمثلها ديازيبام Diazepam: فاليوم Valium.
- كلورديازيبوكسيد Chlordiazepoxide: ليبرام Librium ويوجد مع الكلوردينوم Clidinium و يسمى Librax.

- لورازيبام Lorazepam : أتيفان Ativan .
- ميدازيبام Medazepam : نوبريام Nobrium .
- كلونازيبام Clonazepam : ريفوتريل Rivotril .
- أوكسازيبام Oxazepam : سيروباكس Serepax .
- نترازيبام Nitrazepam : موجادون Mogadon .
- فلونترازيبام Flunitrazepam : روهينولز Rohypnol .
- ميدازولام Midazolam : فيرسيد Versed .
- كلوبازيبام Clobazepam : يوربانيل Urbanyl . (عبد الرحمن، 2006، ص. 150).
- كلورازيبات Chlorazepate : رانكسين Ranxen .
- هالازيبام Halazepam : باكسي بام Paxipam .
- ألبرازولام Alprazolam : زانكس Xanax .
- تيمازيبام Temazepam : ريسوريل Restoril .
- تريازولام Triazolam : هالسيون Halcion .
- كوازيبام Quazepam : دورال Doral .
- إستازولام Estazolam : بروزوم Prosom .
- 3- مشتقات البنزيدرول Benzydrol Derivatives: ويمثلها مركب الهيدروكسي زين Hydroxyzine (أتاراكس Atarax). (عبد الرحمان، 2006، ص. 151).
- 4- مضادات القلق الحديثة: يمثلها البوسبيرون Buspiron (بوسبار Buspar) .
- وتقسم إلى:

- 1- مجموعة مهدئة منومة: مثل BZ، الباربيتورات، الجلسرول.
- 2- مجموعة مهدئة فقط مثل مضادات الستامين، الاكتئاب. (عبد الرحمان، 2006، ص. 151).

أولاً: مشتقات الكاربامات Carbamate Derivatives:

ويمثلها مركب الميبروبامات Meprobamate

تعد الكاربامات من المهدئات الأولى التي ظهرت في السوق منذ العام 1950، والتي حلت محلها البنزوديازيبينات. من أشهرها استخداما الإكوانيل Equanil. لها نفس الخصائص مع البنزوديازيبينات BZD إلا أنها ليست مضادة للتشنجات. (موفق، 2022، ص. 31).

يستخدم في حالات القلق والهياج والشدة والأرق والتشنج العضلي الناتج عن الآفات الرئوية وفي التسمم الكحولي المزمن والذهيان الارتعاشي الناتج عن التوقف المفاجئ عن تناول الكحول. (عبد الرحمن، 2006، ص. 153).

آلية التأثير:

يثبط انتقال السيالة العصبية عديدة المشبك بآلية اصطفائية على المهاد Thalamus و تحت المهاد الوطاء Hypothalamus

أما على مستوى النخاع الشوكي فيثبط المنعكسات عديدة المشبك (مثل المنعكسات العاطفة و الباسطة) له تأثير على المنعكسات وحيدة المشبك ، وله تأثير مضاد للاختلاج العضلي الحادث بالصدمة الكهربائية. (عبد الرحمن، 2006، ص. 152).

التأثيرات الجانبية:

- 1- ميل للنعاس بالجرعات الخفيفة (تأثيره أقل من الباربيتورات).
 - 2- يسبب تأثيرات تحسسية أرجية (طفح جلد، وذمة عرقية عصبية).
 - 3- يسبب تشنجا قصبيا.
 - 4- يحدث هبوط ضغط شرياني ويمكن أن يحدث الاعتياد الدوائي. (موفق، 2006، ص. 152).
- من أشهر الأدوية استخداما في الجزائر: (موفق، 2022، ص. 32).

الاسم الكيميائي	الاسم التجاري	التقديم
Méprobamate	Equanil	cp à 250 et 400 mg ampoules à 400 mg

ثانيا: مشتقات البنزوديازيبينات Benzodiazepine Derivatives B.Z.D

تتصف هذه المركبات بأنها:

تثبط فاعلية الدماغ الشهي و الجهاز اللمبي أو الحافي.

تبدى تأثيرا مضادا للقلق Anxiolytic.

تخفف من الانفعالات و الهياج.

لها تأثير مضاد للعنف، وتأثير مرخي للعضلات ومضاد للاختلاج العضلي. (عبد الرحمن، 2006، ص. 153).

طريقة التأثير:

ترفع B.Z.D من نشاط الناقل العصبي المسمى الحمض الدهني الأميني غاما GABA الذي يخفض من توصيل الدفقات العصبية ويبطئ من نشاكات محددة في الدماغ.

كل البنزوديازيبينات تبدأ تأثيرها بسرعة إلى حد ما، عادة بين الساعة إلى ساعتين، وعادة ما يتم وصفها ذات التأثير القصير، لساعات عدة. (رضوان، 2009، ص. 400).

يستعمل B.Z.D لمعالجة اضطرابات القلق (الناجمة عن اضطراب الهلع، اضطراب القلق المعمم، اضطراب القلق الاجتماعي، قلق الأداء، اضطراب الشدة ما بعد المرض، واضطراب الوسواس القهري، والقلق الشديد المرافق لأنواع محددة من الرهاب كالخوف من الطيران+ بعض أشكال الاكتئاب و الفصام). (هارفي و تشامب، د.س، ص. 106).

أيضا يستعمل لمعالجة الاضطرابات العضلية (معالجة التشنجات العضلية الهيكلية). (هارفي و تشامب، د.س، ص. 107).

الاختلاجات (يفيد في علاج أنواع محددة من الصرع)+ اضطرابات النوم. (هارفي و تشامب، د.س، ص. 108).

الآثار الجانبية:

- النعاس و التعب.
- تضائل التنسيق النفسي الحركي و الانتباه.
- تضرر قدرة المريض على الحكم وتضرر الذاكرة.
- ضبابية الرؤية و الكلام الممطوط.
- الارتعاش و الطفح الجلدي.
- الزيادة المفرطة للوزن.
- انخفاض الضغط و التشتت قصير الأمد. (رضوان، 2009، ص. 402).

ومن أشهرها استخداما في الجزائر: (موفق، 2022، ص. 31).

الاسم التجاري	الاسم الكيميائي	التقديم
Temesta	Lorazepam	mg, 2mg, 5mg 1
Lexomil	Bromazépam	6Mg
Tranxène	clorazépate –K	-gel 5,10, 50mg -Amp 30 mg
Valium	diazé pam	-cp sec 2, 5,10mg -Amp ing 10 mg
Lysanxia	Prazépam	-cp. Sec 10, 40 mg -Gttes ½ mg / gttes
Xanax	Alprazolam	,0.5 , 2mg0.25- cp

ثالثا: مشتقات البنزیدرول Benzidrole Derivatives

ويمثلها مركب الهيدروكسي زين Hydroxyzine Atarax

وهو دواء مهدئ ليس له تأثير منوم أو مرخ عضلي، خافض ضغط ومخدر موضعي ضعيف.

دواعي الاستخدام:

يستعمل في حالات القلق و زيادة الانفعالات و التوتر و في الاضطرابات النفسية البدنية المرافقة لأمراض القلب أو الأمراض الهضمية. (عبد الرحمن، 2006، ص. 163).

مضادات القلق الغير نمطية:

1- البوسبيرون Buspirone: بوسبار Buspar: هو بديل ممتاز عن البنزوديازيبين لعلاج بعض أشكال القلق

على المدى الطويل، انما يبدو انه لا يسبب اي ادمان جسدي أو نفسي كبير و لا يسبب النعاس. (عبد

الرحمن، 2006، ص. 165).

مفيد في علاج:

- القلق العام (قليل الفائدة في الأعراض الفسيولوجية).
- كرب ما بعد الصدمة.
- الإندفاعية.
- فرط الحركة.
- أمراض القلق المصاحبة للدورة الشهرية.(عبد الرحمن، 2006، ص. 165).
- لا يفيد في علاج:
- الهلع.
- الرهاب الاجتماعي. (علي إسماعيل، 2006، ص. 165).
- يستعمل بحذر مع مرضى الكلى و الكبد. (عبد الرحمن، 2006، ص. 166).

آلية التأثير:

تقلل من إعادة التقاط الدوبامين و السيروتونين وله تأثير مثبت لإعادة التقاط النورأدرينالين (مشابه لمستقبلات السيروتونين 2 و 1 A ، D2 (عبد الرحمن، 2006، ص. 165).

الأعراض الجانبية:

- الجهاز العصبي المركزي: دوخة، صداع، أرق، غشاوة الرؤية.
- الجهاز الهضمي: غثيان، جفاف الفم، الإسهال.
- مع الحمل: لم يثبت ضرر على الأجنة من استعماله. (عبد الرحمن، 2006، ص. 166).

2- الباربيتورات:

تم اكتشاف حمض الباربيتوريك سنة 1964 من طرف العالم الألماني أدولف فون باير، وذلك بتخليقه من كل حمض المالمونيك ومادة اليوريا. وقد استخدمت الباربيتورات في الطب لأول مرة بداية القرن العشرين كمهدئ ومنوم على شكل أقراص. استخدمت أثناء الحرب العالمية الثانية. حيث وصفها طبيا للجنود الأمريكيين لمساعدتهم على تحمل الحرارة و الرطوبة القاسية. واستمر استخدامها لأكثر من نصف قرن في علاج اضطرابات النوم. (بوكصاصة، 2022، ص. 28).

تتميز بتأثيرات مثبطة للجهاز العصبي المركزي C.N.S في تحدث بالمقدار الصغير تأثيرا مهدئا (ليس مسكنا للألم) وتحدث بالمقادير الكبيرة. (عبد الرحمن، 2006، ص. 166).

تصنيف الباربيتورات:

يتم تصنيفها استنادا إلى مادة التأثير إلى أربع فئات:

1- طويلة التأثير Long acting: مدة التأثير 8-12 ساعة؛ يمثلها:

أ- مركب الباربيتون Barbitone: فيرونال Veronal

ب- فينوباربيتون Phenobarbitone : جاردينال Gardenal ، ليبنال Lipnal ، ليبيناليت Libinalete (علي

إسماعيل، 2006، ص. 168).

2- مركبات الباربيتورات متوسطة التأثير Intermediate acting

يمثلهما مركبان هما:

أ- أميلوباربيتون Amylobarbitone: (أميثال Amytal): مدة تأثيره 3-6 ساعات

ب- Butabarbitalone: مدة تأثيره من 3-6 ساعات. (علي إسماعيل، 2006، ص. 169).

3- مركبات قصيرة التأثير Short acting: مدة تأثيرها 2-4 ساعات ويمثلها:

أ- بنتوباربيتون Pentobarbitone: (نمبوتال Nembutal)

ب- سيكوباربيتون Secobarbitone: (سيكونال Seconal). (علي إسماعيل، 2006، ص. 169).

4- مركبات قصيرة التأثير جدا Ultra Short Acting:

تستخدم في التخدير العام بالحقن الوريدي، ويمثلها مركبان هما:

أ- صوديوم ثيوبنتون Na- Thiopentone ويعرف تجاريا بـ Pentothal و Nesdonal

ب- صوديوم هيكسوباربيتون Na-Hexobarbitone مدة تأثيره 15-30 دقيقة. (عبد الرحمن، 2006، ص. 170).

التأثيرات الجانبية:

- التأثيرات الهضمية: تسبب آلاما هضمية ومغوية كما تسبب غثيانا وقيء بسبب تخريش غشاء المعدة المخاطي
- التأثيرات العصبية: تلغثم الكلام وثقل الرأس وتعرف الحالة الأخيرة باسم الرأس المعلق Hang over و الرنح Ataxia.
- تأثيرات تحسسية: ورم الأضفان، انتفاخ الوجه، التهاب جلد توسفي... الخ وهناك تأثيرات جانبية للصوديوم ثيوبنتون خاصة عند الأطفال حيث يحدث تشنج الحنجرة وضيق النفس.
- الجهاز القلبي الوعائي: يحدث هبوطا في الضغط بسبب التأثير المثبط للمركز المحرك الوعائين وفي حالة التسمم يكون الضغط منخفضا ويرافقه (بفعل انتكاسي) تسرع القلب ويصبح النبض ضعيفا وخطيبا. (عبد الرحمن، 2006، ص. 173).
- تضعف حركات التنفس.
- تأثيرات استقلابية أخرى: نقص حمض الفوليك_نقص الكالسيوم_ نقص في تشكيل فيتامين D وتحدث اضطرابات في تخثر الدم (يميل للتخثر).
- نقص درجة التحمل: أي تنقص فعاليتها في إحداث التأثير المنوم أو المهدئ و بالتالي يضطر الطبيب لزيادة الجرعة الدوائية أو استبدالها بمركبات أخرى. (عبد الرحمن، 2006، ص. 174).

6- الآثار الجانبية:

- التأثيرات على الجهاز الهضمي: آلام هضمية ومغوية، الغثيان وقيء.

- التأثيرات على الجهاز العصبي: اضطرابات في الذاكرة و التركيز ، تلغثم الكلام وثقل الرأس، حالات نعاس مبالغ فيها، الغفوة، الأرق. (عبد الرحمن، 2006، ص. 173).
- التأثيرات الجلدية: ورم الأجدان، انتفاخ الوجه، التهاب جلد توسفي.
- الجهاز القلبي الوعائي: هبوط في الضغط ، تسرع نبضات القلب.
- التأثيرات على الجهاز التنفسي: تضعف حركات التنفس (عبد الرحمن، 2006، ص. 174).
- حالات الخلط خاصة لدى كبار السن.
- الاستشارة السريعة، العدوانية.
- وجود حالات من التبعية الدوائية مع ظهور أعراض الحرمان في حالة التوقف عن تناولها: القلق، الأرق، اضطرابات في الإدراك تصل إلى حد الفوبيا وردود فعل هوسية النمط. (بوكصاصة، 2022، ص. 33).

الآثار الجانبية النفسية لمضادات القلق والاكتئاب:

- تشوش ذهني.
- مشاكل في الذاكرة (ضعف الذاكرة).
- الشعور بالتعب.
- الأحلام المزعجة.
- فقدان التوازن.
- تبدلات مخيفة في الانفعالات.
- صعوبة في التفكير.
- القلق و العصبية عند النوم.
- التهيج عند الاستيقاظ (أومالي، وأومالي، 2022).

خلاصة:

يبرز الفصل أن مضادات الاكتئاب تستخدم في حالات الاكتئاب العظمى و أعراض القلق المصاحبة، وتعمل بشكل رئيسي على تعديل كيمياء الدماغ من خلال التأثير على النواقل العصبية مثل السيروتونين و النوأدرينالين. كما قسمت إلى فئات متعددة تشمل مثبطات MAOI، والمركبات ثلاثية الحلقات (النموزجية وغير النموزجية)، ومثبطات إعادة التقاط السيروتونين (SRI)، ومثبطات إعادة التقاط السيروتونين و النوأدرينالين (SNRI)، ولكل منها خصائصها و آثارها الجانبية.

أما مضادات القلق، والتي تعرف بالمهدئات الصغرى، فهي تستخدم لعلاج القلق الحاد والتوتر و الأرق، وتصنف ضمن الكربامات، البنزوديازيبينات والبنزيدرول، وتمتاز بفعاليتها في تخفيف التوتر العصبي، لكنها قد تؤدي إلى التبعية الدوائية. كما يناقش الفصل آثار هذه الأدوية النفسية و الجسدية، مبرزاً أهمية الحذر في استخدامها، وضرورة المتابعة الطبية الدقيقة.

الرعاية النفسية المتخصصة

1- الرعاية النفسية المتخصصة

تمهيد

تشير الرعاية النفسية المتخصصة إلى مجموعة من الخدمات العلاجية و الداعمة التي تهدف إلى معالجة الاضطرابات النفسية و العقلية و المشاكل العاطفية التي لا يستطيع الطبيب العادي علاجها و التي قد تؤثر على حياة الأفراد اليومية. هذه الأمراض أو المشاكل شديدة بما يكفي بحيث تعيق قدرة الشخص على الاستمرار في أنشطته اليومية.

1- الرعاية النفسية المتخصصة:

إن الرعاية النفسية الصحيحة لا تعني تشخيص و معالجة المرضى فقط، بل تعني الاهتمام بالجانب النفسي لأفراد المجتمع كافة و مراعاته في كل الفعاليات (الوقائية، العلاجية أو التأهيلية) التي تنفذها المؤسسات الصحية للارتقاء بصحة المجتمع نحو الكمال. (القلمجي، 2016، ص. 09).

و لكن تقديم الرعاية الصحية النفسية الجيدة يجابه صعوبات كثيرة في الحياة العلمية، أهمها:

- قلة عدد المختصين بالطب النفسي و الصحة النفسية.
- ضعف قدرات الأطباء العموميين و الملكات الصحية الأخرى بأمور الصحة النفسية.
- لازال الكثير من الناس لا يصدقون بوجود الأمراض النفسية و بوجوب معالجتها لدى الأطباء.
- كثير من الناس يعتبر المرض النفسي وصمة عار أو عيباً مما يجعلهم ينكرونه أو يخوفونه.
- شح المعلومات و الخبرات لدى العائلات و التربويين و الناس عامة بأساليب التعامل النفسي الصحيح مع الأطفال و الطلبة بما يؤمن نمووا سليماً و صحة نفسية جيدة لهم. (القلمجي، 2016، ص. 10).

مفهوم الرعاية النفسية:

هي مدى قدرة الفريق العلاجي على مساعدة العميل باستخدام معارفهم و مهاراتهم و خبراتهم و سلوكياتهم أثناء تقديم الخدمة من خلال الاستقصاء العلمي و التفكير التقديري و التحليل المنطقي المبني على الأدلة. (عاصم، د س).

تعرف الرعاية النفسية المتخصصة بأنها حزمة من الخدمات العلاجية و الوقائية و التأهيلية التي تقدم من قبل مختصين في مجال الصحة النفسية، مثل الأطباء النفسيين، المختصين النفسيين، والمعالجين النفسيين. وتهدف هذه الخدمات إلى تشخيص الاضطرابات النفسية و العقلية و علاجها و الحد من تأثيرها على الحياة اليومية للأفراد.

لمحة عن مهنة الأخصائي النفسي الإكلينيكي:

مر علم النفس بمراحل و مواقف أرصت المعالم العلمية و الأطر العلاجية التي تتطلبها الممارسة النفسية التي يتوقف عليها نجاح الأخصائي النفسي العيادي في جعل المريض يتكيف مع مرضه و يتقبل العلاج المناسب و يتغلب على الصعوبات التي تواجهه، فقد بدأت الممارسة للعلاج الإكلينيكي بافتتاح أول عيادة نفسية في جامعة بنسلفانيا على يد عالم النفس الإكلينيكي الأمريكي ویتمر (Witmer, 1886)، و بعد ذلك تطورت الممارسة المهنية

وبرز دورها جلياً خصوصاً بعد الحرب العالمية الثانية و ذلك بسبب كثرة المصابين بالاضطرابات النفسية و الصدمات العصبية، حيث قام الأخصائيون الإكلينيكيون بدور كبير في حل مشكلات هؤلاء المصابين مما أدى إلى زيادة الحاجة لذلك التخصص و هؤلاء المتخصصين حسب مهاراتهم التي برزت للحكومة الأمريكية و شعوب العالم في ذلك الوقت، ووضعت نماذج الممارسة و افتتحت المستشفيات و العيادات المتخصصة في العلاج النفسي في أنحاء متفرقة في العالم، وانتقلت أهداف علم النفس العيادي من فهم طبيعة القلق و سبب منشئه، والضغوط و الاضطرابات النفسية إلى علاجها و إلى تعزيز السعادة و الراحة النفسية لدى الأفراد مما يحقق التقدم الشخصي و الاجتماعي. (منصوري، 2016، ص. 211).

و لم يقتصر التطور في علم النفس العيادي على تحديد مجالات العمل و برامج التكوين و التدريب، بل امتد إلى مسألة اختيار الطلبة الذين يسجلون في التخصص، و يهتمون بالممارسة العيادية، لأن الأخصائي كما يرى ديفلو (1976) Duflo يعتمد في ممارسته السيكلوجية على نفسه بالإضافة إلى المعلومات النظرية التي تعلمها، فهو داخل في علاقة هو موضوعها، وعليه لابد أن يعي ذاته. (منصوري، 2016، ص. 211).

حيث صدر نجاح هذا التوسع من حاجة الإنسان إلى السعي و البحث عن إعطاء معنى لحياته و سلوكه، حيث صار الأفراد يسعون إلى فهم أنفسهم، و يحتاجون إلى شخص يعكسهم كالمرآة يواربهم أفكارهم و يساعدهم على الاستبصار بذواتهم، كما أن التطور الذي عرفه مجال التحليل النفسي و علم الأعصاب ساهم كثيراً في تطور الطب و الرعاية النفسية. كما ساهمت سمة الفردية في الحياة الاجتماعية للأفراد في نجاح علم النفس، حيث أن الفرد المعاصر صار فرداً في مجتمعاته التقليدية، فهو يمثل رابطة من عائلة أو جماعة أو حتى سلسلة عرفية أو دينية، حيث أن أسوء ما قد يحدث له هو أن تتجرأ فردانية الفرد على أن تجعله يتخيل أنه على تحرير نفسه من العرف الاجتماعي. و بالتالي أصبح الأخصائي النفسي له دور لا غنى عنه في تنظيم الحياة الجماعية و مساعدة الفرد على التكيف مع الثقافات الداخلية و التوازن بينها و بين الثقافة الأم، ما يلزمه على أن يكون بدراية بتاريخ الحالة الوعي الجمعي و ثقافة الجماعات. (عثماني، 2019، ص. 121-122).

إن الممارسة العيادية مهما كان نوعها لها خصائصها المميزة، و ليست مجرد تعامل مع مواد يتم اختيارها و استخلاصها، و إعطاء أرقام معينة، بل هي مهنة إنسانية قبل كل شيء، تتعاطى مع إنسان في بعده الذاتي و الموضوعي له تاريخه الشخصي الذي يتشابك فيه ماضيه و حاضره مع تطلعاته المستقبلية، و على ذلك فالأخصائي النفسي يتعامل مع هذا الإنسان أي المفحوص ضمن هذا الإطار. (عباس، 1996، ص. 28).

هذا التخصص نسبة إلى علم النفس، و يختلف الأخصائي النفسي عن الطبيب النفسي psychiatrist، فهو له دور هام في الفريق العلاجي therapeutic team مع الطبيب النفسي و الأخصائي الاجتماعي و التمريض النفسي، و يتضمن عمله التقييم و الاختبارات النفسية و العلاج النفسي، و توجد مجالات أخرى غير إكلينيكية لعمل الأخصائي النفسي. (الشربيني، 2006، ص. 147).

و تكمن أهميته في التقييم التشخيصي، الوقاية، المساندة و الكفالة النفسية الفردية أو العائلية (العلاجات النفسية)، البحث، التكوين و الإشراف على الفرق.

وتهدف تدخلات الأخصائي النفسي العيادي إلى تقليص الألم النفسي، وتحقيق الراحة النفسية والاستقلالية للأفراد أو الجماعات. كما يمكن أن يمثل دوره على المستوى المؤسسي، وأمام الفرق في اقتراح وقت للتبادل حول التطبيقات، وتقديم توضيحات نظرية وعيادية حول موقف ما، أو مساعدة المهنيين على مواجهة موقف ضاغط. و بموجب خصوصية عمله يتحتم عليه أن يتمسك ببعض التراجع (recul) في المواقف العيادية والمهنية. (برزوان، 2016، ص. 358).

2- تعريف الأخصائي النفسي الإكلينيكي:

هو الشخص المتخصص (حامل الماجستير و الدكتوراه في علم النفس العيادي أو الصحة النفسية أو العلاج النفسي مع خبرة لا تقل عن ثلاث سنوات في العمل العلاجي النفسي)، والذي يستخدم التقنيات والأساليب والطرائق السيكلولوجية من (ملاحظة، مقابلة، دراسة حالة، تطبيق مقاييس نفسية ...)، في تقييم وتشخيص الاضطرابات النفسية، ورسم خطة المعالجة وتنفيذها. (الشيخ حمود، قاسم، 2015، ص. 69).

كما يتعاون مع غيره من الأخصائيين في الفريق الإكلينيكي مثل: الطبيب، الطبيب النفسي، استشاري الطب النفسي، المرشد النفسي، الاختصاصي الاجتماعي، الممرض النفسي، كل في حدود إعداداته وتدريبه، في تفاعل إيجابي يقصد فهم ديناميات شخصية العميل، وتشخيص مشكلاته، والتنبؤ بتطور حالته، ومدى استجابته لطرق العلاج لتحقيق أقصى درجة تمكنه من التوافق النفسي والاجتماعي. (الشيخ حمود، قاسم، 2015، ص. 70).

و هو الشخص الذي نشاطه المهني يمارس في إحدى مجالات علم النفس، و علم النفس تعليم صعب يتطلب من الذي يمارسه تطبيق المعارف الواسعة النظرية والتطبيقية، كذلك القدرة على التفهم والتقارب للذات يسحان له بإقامة علاقة حقيقية مع الآخر، وفهم تصرفاته وسلوكه.

الأخصائي النفسي يشارك في التشخيص والمقابلات والاختبارات أو في تطور الشخصية المساندة، المعالج النفسي كما لديه أيضا نشاطات في الوقاية، الإعلام، البحث والتكوين.

وتكوين العيادي قائم على أساسين متكاملين هما الإعداد النظري والإعداد التطبيقي. يتضمن الإعداد النظري معرفة المعلومات الضرورية فيم يخص الأمراض النفسية والاضطرابات السلوكية، بالتوازي مع معرفة مسار النمو الطبيعي والسوي للفرد. الجانب المنهجي والتقني لا يقل أهمية عما سبق، باعتباره ركيزة الفحص النفسي والتشخيص، إضافة إلى التعرف على القياس النفسي والإحصاء، من حيث أنها وحدات أساسية في البحث. أما الإعداد التطبيقي فهو يهدف إلى الاحتكاك بالميدان والاتصال المباشر بالحالات المرضية قصد أخذ صورة ملموسة عن الاضطرابات النفسية وكيفية التعامل معها. (القص و عطية، 2015، ص. 04).

يعد الأخصائي النفسي الإكلينيكي أحد الفاعلين الأساسيين في منظومة الرعاية النفسية، فهو مختص في تقييم، تشخيص وعلاج الاضطرابات النفسية والعقلية بمختلف أنواعها. يعتمد في ممارسته على مجموعة من الأسس العلمية والتقنيات النفسية المعتمدة، ويعمل غالبا ضمن فريق علاجي متكامل يضم أطباء نفسيين وأخصائيين اجتماعيين ومعالجين آخرين.

3- سمات الأخصائي النفسي الإكلينيكي :

لابد للأخصائي النفسي أن يتميز بمجموعة من السمات الخصية باعتباره يعمل يوميا مع عدد من الأشخاص الذين يعانون بدرجات مختلفة من مشكلاتهم و صعوباتهم النفسية و العقلية، و الذين يختلفون فيهم باختلافا كبيرا من حيث توقعاتهم ن المعالج النفسي، من حيث خصائصهم النفسية و ظروفهم المسيطرة عليهم.(تشعبت،2016،ص. 112).

من بين هذه السمات:

1. الاهتمام بالناس و الرغبة في معاونة الآخرين و مساعدتهم في حل مشكلاتهم.
2. القدرة على إقامة علاقات فعالة مع الآخرين.
3. أن يتمتع بقدر فعال من الضبط الانفعالي الذي يشكل مطلبا ضروريا يجب توافره، على مستوى الممارسة، لأن ردود الفرد تؤثر بشكل أو بآخر بذاتية الممارسة.
4. أن يكون مخلصا أميناً في ممارسته و في مساعدته للفرد، مستخدما كافة مهاراته و معلوماته من أجل وقاية مريضه و شفائه.(دبراسو، 2010، ص. 65).
5. الإحساس بالمسؤولية المهنية و الالتزام بمعايير المهنة فنيا و أخلاقيا.
6. الاهتمام بعلم النفس عامة و بالجوانب الإكلينيكية في علم النفس على وجه الخصوص حتى على مستوى الممارسة السيكلوجية تتطلب منه أن يكون لديه كفاءة شخصية و قدرة على اتخاذ القرارات الملائمة في المواقف الغامضة، خاصة و أن ميدان الممارسة يتضمن مشكلات يومية تحتاج لاتخاذ القرارات فقد يجد الأخصائي الإكلينيكي المدرب نفسه في مواجهة المواقف الخرقاء، و عاجز عن المساهمة في الميدان إذا لم يكن على درجة كبيرة من الثقة بالنفس، و الكفاءة و المبادرة و القدرة على اتخاذ القرارات العلمية السليمة.
7. القدرة على تطوير علاقات إنسانية مهنية دافئة بمرضاه و يتمتع بالتعاطف و فهم المشكلة المرضية له و الإحساس بها كما تعيشها ذاته، وهو يختلف عن العطف و الشفقة، و يدخل في ذلك المشاركة و الإصغاء، و تشجيع المريض على الحديث و تقبله دون نقده، لكي يستطيع التشخيص و العلاج.
8. احترام الذات و فهمها، فالأخصائي النفسي الإكلينيكي المؤثر هو الذي يستطيع تحقيق التوازن بين ذاته و حاجاته من ناحية و طبيعة عمله الصعبة من وجهة أخرى خاصة أنه يتعامل مع مشكلات نفسية طيلة الوقت و أن يحقق الرضا الانفعالي النفسي بعيدا عن مشاكل عمله.(دبراسو، 2010، ص. 66).

حيث يشير كارل روجرز إلى صفات يجب أن تتوفر في الأخصائي النفسي وهي:

- أن يكون شديد الحساسية للعلاقات الخارجية و الاجتماعية.
- أن يتصف بروح الموضوعية. و اتجاه انفعالي غير متحيز.
- أن يعرف نفسه و دوافعه و أن يدرك قصره و عجزه الانفعالي.
- أن تكون له القدرة على فهم السلوك الإنساني.

- أن تكون لديه صفة احترام الفرد و الرغبة في تقبله كما هو عليه و أن يترك له الحرية و لا يجبره على الحلول. (فيطاس، خليل، شريفي، 2024، ص. 153).

4- دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي وواجباته:

إن تنوع وظائف و مسؤوليات الأخصائي النفسي الإكلينيكي داخل مؤسسات الصحة النفسية قد يجعل تحديد دوره بدقة أمرا صعبا ، و لذلك فإن مهمة التقدير التشخيصي تكاد تكون هي المهمة الرئيسية التي يقوم بها الأخصائي النفسي الإكلينيكي. (منظمة الصحة العالمية 1985):

- 1: عمل الاختبارات النفسية و المقابلات الإكلينيكية من أجل تشخيص الحالة.
- 2: الإرشاد و العلاج النفسي للأفراد و الأزواج و الأسر و الجماعات.
- 3: عمل البحوث النفسية عن نمو الشخصية و وظائفها، و أسباب المرض النفسي، و طرق العلاج النفسي و غيرها.
- 4: اختبار و تدريب الجماعات غير المهنية كالمساعدين في مجال الصحة النفسية و الجماعات التطوعية و الإشراف عليهم.
- 5: تقديم الاستشارات النفسية للمؤسسات العلاجية من أجل وضع برامج للعلاج و الوقاية من الاضطرابات النفسية.

و في الاتجاه نفسه يحدد (Agresta. 2004) دور الأخصائي النفسي في ما يلي:

- 1: عمل الاختبارات النفسية.
- 2: الإرشاد و العلاج النفسي الفردي.
- 3: الإرشاد و العلاج النفسي الجمعي.
- 4: الاستشارات النفسية.

أما جوليان روتر 1989 فيشير إلى أن الأخصائي النفسي الإكلينيكي يقوم بالأدوار التالية:

- 1: قياس الذكاء و القدرات العامة و هذا النشاط لا يتضمن مجرد قياس القدرة الحالية للفرد، بل يتضمن أيضا تقدير إمكاناته، و كفاءاته، و أثر المشكلات أو الظروف الأخرى التي تحيط به في قيامه بوظائفه العقلية .
- 2: قياس الشخصية و وصفها و تقويمها، و ما يتضمنه من تشخيص ما يمكن أن نطلق عليه السلوك المشكل أو الشاذ أو غير التوافقي. (سالم، 2012، ص. 54).

عرفنا مما سبق أن (المسؤوليات الثلاث) التي يضطلع بها الأخصائي الإكلينيكي هي التشخيص Diagnosis و العلاج Therapy و البحث Research و عن هذه المسؤوليات تتفرع المهام الخمس التالية كسبل و مجالات للعمل:

مجالات و أبعاد العمل الإكلينيكي:

- 1) العمل في (العيادات النفسية) أو المستشفيات الخاصة بالأمراض النفسية و يقوم فيها بالتشخيص والعلاج أو بهما معا.

(2) العمل في (المؤسسات الإصلاحية) كمؤسسات الأحداث و المنحرفين و يقوم فيها بدراسة الحالات، و تقديم الاقتراحات الخاصة بتلك الحالات، و يساعد في توجيه الأفراد و العمل على تكيفهم مع متطلبات الحياة الاجتماعية.

(3) العمل في (ميادين الخدمة الاجتماعية)، و الإسكان، و التعمير، و الصناعة، و الشركات، و وسائل الإعلام، و مكاتب العلاقات العامة، و مؤسسات التأمين، و مكاتب التدريب و التوجيه المعنوي للقوات الخاصة.

(4) العمل في مجالات التوجيه المهني و التربوي و النفسي في المؤسسات التعليمية و الجامعية على اختلاف مراحلها، وفيه يساعد الأخصائي الإكلينيكي التلاميذ و الطلبة على الاختيار السديد للدراسات التي تلائم إمكانياتهم و يقوم بدراسة مشاكلهم و إيجاد الحلول لها. و يعتمد في عمله على الاختبارات و المقاييس فهو يؤدي عمليتي التشخيص و التوجيه الإرشادي و أحيانا يتابع عملية العلاج طبقا لحجم المؤسسة و ظروفها. العمل في مراكز البحوث Research Centers و متابعة الدراسات التربوية و الصحية و الاجتماعية. ويعمل في مراكز التخطيط و التنظيم و الإدارة. (ياسين، 1986، ص. 93).

تصنيف شاكو Shakow لواجبات الأخصائي:

يشير العالم شاكو بأن الاتفاق بين العلماء حول الواجبات التي يتمثل بها دور السيكلوجي الإكلينيكي إنما هو اتفاق نسبي و يحدد هذه الوظائف بالمجالات الأربعة التالية: (ياسين، 1986، ص. 94).

أولاً: احتمال انضمام مجال اهتمام السيكلوجي الإكلينيكي حول الاتجاه الديناميكي في دراسة الشخصية، و هذا يتطلب بصيرة كافية بالطب النفسي، و علم النفس الإكلينيكي، و التحليل النفسي و هو في دراسته لتنظيم الشخصية، عليه أن يتخذ من دراسة حالة الفرد موضوع التشخيص و العلاج وسيلة يستعين بها للوصول إلى تعميمات من فئات الناس و العوامل المؤدية للانحراف أو السلوك السوي.

ثانياً: احتمال انتظام اهتمام السيكلوجي الإكلينيكي كذلك حول استخدام الاختبارات النفسية و العقلية للكشف عن بناء الشخصية و تركيبها و قدراتها و ميولها و اهتماماتها و قيمها. أو قد ما تعاني منه من أعراض نفسية مرضية و اضطرابات في السلوك. ومن الضروري لنجاح هذا الجانب أن يكون هناك تعاون إيجابي مع العاملين في الميدان التربوي و المهني.

ثالثاً: احتمال انتظام عمل السيكلوجي الإكلينيكي في السعي للحصول على مساعدة المريض نفسياً أو سلوكياً. في مرحلة التشخيص أو مرحلة تقديم العلاج اللازم حين تطلب الحالة بعض أساليب الإرشاد النفسي.

رابعاً: و يسمى (شاكو) هذه الناحية بالاتجاه التجريبي للسيكلوجي الإكلينيكي بحيث يحاول الوقوف على الخصائص النفسية وسمات شخصية الفرد، و الديناميات المختلفة التي تنتظم فيها شخصيته. ويعتقد (شاكو) أن كل هذه الاتجاهات من الأهمية بالدرجة التي تتطلب مراعاتها في تدريب السيكلوجي الإكلينيكي. (ياسين، 1986، ص. 95).

واجبات الأخصائي النفسي الإكلينيكي المخصصة:

يشير الدكتور عطية محمود هنا في كتابه (علم النفس الإكلينيكي) إلى أن ثمة (سبعة واجبات رئيسية) تقع على عاتق الأخصائي الإكلينيكي و تنحصر بالتالي:

- (1) تطبيق الاختبارات و تصحيحها و تفسير نتائجها.
- (2) المقابلة لجمع المعلومات عن الأفراد لوضع تقارير نفسية عنهم.
- (3) المقابلة للتوجيه و الإرشاد النفسي.
- (4) وضع التقارير الخاصة بالأفراد.
- (5) الاشتراك مع غيره من الأخصائيين في وضع الخطط وتنفيذها.
- (6) مقابلة من يتصل بالحالات كأهل المرضى أو بقية الأخصائيين ممن يعاونون في تقديم المساعدة.
- (7) القيام بالبحوث المختلفة . (ياسين، 1986، ص. 93).

ما العمل الذي يقوم به الأخصائيون في علم النفس الإكلينيكي؟

من الممكن أن نقسم أوجه النشاط التي يمارسها السيكولوجيون الإكلينيكيون إلى ثلاث مجموعات أساسية من الأساليب أو المهارات، و أولى هذه المهارات في قياس الذكاء والقدرات العامة. و هذا النشاط لا يتضمن مجرد قياس القدرة الحالية للفرد، بل يتضمن أيضا تقدير إمكاناته، و كفاءاته، و أثر المشكلات أو الظروف الأخرى التي تحيط به في قيامه بوظائفه العقلية. (روتر، 1984، ص. 25).

و المجال الثاني من مجالات تطبيق المهارات و الأساليب الإكلينيكية يتعلق بقياس الشخصية، و وصفها، و تقويمها، و ما يتضمنه من تشخيص ما يمكن أن نطلق عليه السلوك المشكل أو الشاذ أو غير التوافقي. و مثل هذا المقياس التشخيصي ليس مجرد محاولة تحديد المرض الخاص الذي يشكو منه الفرد، على النحو الذي يحدث عندما نحاول أن نحدد ما إذا كان الفرد مريضا بالحبسة أو الجديري، بل إنه محاولة وصف الظروف السيكولوجية للفرد وصفا تفصيليا و دقيقا قدر الإمكان. (روتر، 1984، ص. 25).

و المجال الثالث من الممارسة السيكولوجية الإكلينيكية هو ما نطلق عليه عادة العلاج النفسي. و يقصد به في أذهان الكثيرين طريقة العلاج التي يتحدث فيها المعالج للمريض عدة ساعات في محاولة لمساعدته على فهم نفسه و الوصول إلى توافق أفضل. و هذا المصطلح يستخدم في هذا المؤلف بمعنى أوسع لوصف جميع طرق العلاج النفسي. و هذه الطرق تتضمن معالجة المرضى وجها لوجه لفترة من الزمن، و توجيه التوصيات إلى الآباء أو المدرسين أو للمرضى أنفسهم مباشرة، و القيام بإحداث تغييرات في الظروف المحيطة بالأفراد المودعين في المؤسسات أو التوصية بإحداث هذه التغييرات. وعبارة أخرى، تتضمن هذه الطرق أية أساليب أو توصيات لزيادة توافق الفرد. (روتر، 1984، ص. 26).

المتطلبات الأخلاقية للعمل الإكلينيكي:

عندما نشرت جمعية علم النفس الأمريكية ميثاق المعايير الأخلاقية (APA, 1953, 1963) وقد اعتمدت في ذلك على الدراسة المستفيضة للمشكلات الصعبة التي تواجه الممارسين و القرارات الدقيقة التي يشعر الفرد منهم بالحيرة عند اتخاذها، و قد أرفقت جمعية علم النفس الأمريكية بالميثاق الأخلاقي الذي صاغت مبادئه بالتعاون مع أعضائها.

و في ما يلي بعض المبادئ الأخلاقية التي تربط بميدان الممارسة الإكلينيكية: (عبد الستار، عسكر، 2008، ص. 39).

المبدأ الأول: التمسك بالمعايير الأخلاقية والقانونية:

على الأخصائي النفسي عند ممارسته لمهنته أن يظهر احتراماً واضحاً للأوضاع الاجتماعية السائدة في مجتمعه فضلاً عن الاستجابة للتوقعات الأخلاقية من قبل المجتمع الذي يعمل فيه، و أن يضع في الاعتبار أن قيامه بالخرق للمعايير الاجتماعية و الأخلاقية و القانونية السائدة، قد يترك أثاره السيئة على مرضاه، و طلابه و زملاء مهنته، ويصم اسمه و سمعته المهنية بشكل عام. (عبد الستار، عسكر، 2008، ص. 40).

المبدأ الثاني: التصريحات العامة:

التحلي بالتواضع، و الحذر العلمي، و الوعي الواضح بحدود المعرفة العلمية المتاحة و ذلك في كل التصريحات التي تصدر عن الأخصائي النفسي عندما يطلب منه – مباشرة أو غير مباشرة- الإدلاء بمعلومات معينة للجُمهور. (عبد الستار، عسكر، 2008، ص. 40).

المبدأ الثالث: السرية:

حماية أي معلومات يكون قد حصل عليها من فرد معين بطريق التعليم، أو الممارسة أو البحوث مطلب و التزام أخلاقي أساسي على الأخصائي النفسي العمل به. و يجب تجنب إفشاء هذه المعلومات بأي حال من الأحوال لأي شخص إلا تحت شروط ضرورية. (عبد الستار، عسكر، 2008، ص. 42).

المبدأ الرابع: الصالح العام للعميل (الحالة):

يحترم الأخصائي النفسي تكامل الشخص أو الجماعة التي يعمل معها و يحمي مصالحها ما أمكن (و من الأمثلة التي يضعها الميثاق لذلك: أن يحتفظ الإكلينيكي بمسؤولياته تجاه الحالات التي تحول إليه أن يتولى شخص آخر المسؤولية، و أن يكون قادراً على إنهاء علاقة إكلينيكية بمرضاه طالما يعرف أنها أصبحت غير مفيدة، و أن لا يغفل في مواقف الصراع مع أعضاء المهن الأخرى أن الأولى باهتمامه في مثل هذه الظروف هو الحالة و ليس المهنة ... الخ). (عبد الستار، عسكر، 2008، ص. 42).

المبدأ الخامس: الإعلان عن الخدمات:

على الأخصائي النفسي أن يتمسك بالمعايير المهنية، و ليس بالمعايير الدعائية أو التجارية عند محاولته التعريف بخدماته (فمثلاً يجب تجنب الإعلان عن عمله، و أن لا يتحيز في اختباره للحالات التي تأتيه، و أن لا يضع عند تقديم خدماته متطلبات مغالى فيها). (عبد الستار، عسكر، 2008، ص. 43).

المبدأ السادس: تفسير الاختبارات والمقاييس:

و الدرجات التي يحصل الأخصائي النفسي باستخدام المقاييس النفسية و الاختبارات ، يجب معاملتها على نفس المعاملة التي يعمل بها هذه الأدوات ، فلا يجعلها متاحة إلا للأشخاص المدربين على تفسيرها أو الذين يستخدمونها بطريقة لائقة. (عبد الستار، عسكر، 2008، ص. 43).

المبدأ السابع: الحيلة عند ممارسة البحث العلمي:

يتحمل الأخصائي النفسي المسؤولية الكاملة لحماية صالح الأشخاص و الحيوانات التي تكون موضوعا لبحوثه: ووفقا للتنظيمات الحديثة في ميدان الخدمات الطبية النفسية في المجتمع الأوروبي الأمريكي نشأت فكرة الفريق العلاجي داخل المؤسسات العلاجية، وخارجها من خلال التعاون بين الفئات التالية التي تشكل الطاقم الإكلينيكي، ويتكون من:

- 1: استشاري الطب النفسي.
- 2: أخصائي الطب النفسي.
- 3: الطبيب النفسي المقيم.
- 4: الاستشاري النفسي.
- 5: الأخصائي النفسي.
- 6: الباحث النفسي.
- 7: كبير الأخصائيين الاجتماعيين.
- 8: الأخصائي الاجتماعي.
- 9: الباحث الاجتماعي.
- 10: التمريض النفسي. (عبد الستار، عسكر، 2008، ص. 44).

5- صعوبات الممارسة النفسية للأخصائي النفسي الإكلينيكي:

ضعف التكوين العلمي: ويقصد به التكوين الجامعي من حيث المعرفة النظرية للممارسة النفسية، و هذا ما يؤكدّه " ويندريد " بقوله: " أن مشكلة التكوين تعتبر من أكثر المشكلات حدة في علم النفس العيادي، لذلك لابد من توفير تكوين صلب في الجانب النظري و الميداني حتى تتوفر الكفاءة التي هي شرط من شروط الممارسة النفسية".

ضعف التدريب الميداني: و هو نقص التدريب الميداني من حيث المعرفة التطبيقية لاستخدام التقنيات العلاجية، ففي دراسة لـ "كلثوم بلميهوب" (1998) حول المشكلات التي تواجه الأخصائي النفسي وجدت أن 26% من العياديين اعتبروا أن ضعف التكوين في العلاج يشكل أهم الصعوبات التي يواجهونها. (ياسين، 1986، ص. 89).

كما أن صعوبة التحويل من أهم الصعوبات التي يواجهها الأخصائي الإكلينيكي، يرتكز عمل العيادي في جزء هام منه على الجهد الذي يقوم به على ذاته للتبصر بديناميكيته الداخلية إذ يجب أن يكون للفاحص أذنان واحدة

تنصت لذاته من أجل مراقبة عمله الداخلي و التحكم فيه، و الأخرى تنصت للمفحوص، من أجل البيانات العيادية التي تساعد على التشخيص و فهم الحالة.

عدم الاعتراف بالمهنة: أي عدم الاعتراف بمهنة الأخصائي النفسي من طرف المحيطين به، بدء بمدير المؤسسة و عمالها (زملاء العمل) وصولاً إلى كافة شرائح المجتمع المختلفة، فالأخصائيون يعانون من التهميش حتى من طرف المثقفين و المسؤولين، مما يحول دون تحسين وضعيتهم المهنية. (ياسين، 1986، ص. 89).

الضغط المهني: قد يعاني الأخصائي النفسي من ضغوط مهنية تفرضها طبيعة المهنة، فهو يتعامل مع أفراد مضطربين غير أسوياء، وسيرورة العمل معهم قد تزيد من احتمال الإصابة بضغط المهنة، وقد يعود الضغط المهني إلى الفشل في العلاج.

نقص الوسائل والإمكانيات المادية: و ملائم للحالات التي يستقبلها، و أدوات ووسائل خاصة تساعد في عمله، منها الألعاب التربوية، المسجل (موسيقى الاسترخاء)، الاختبارات النفسية... الخ، في هذا الشأن ترى بعض الاتجاهات أن التطور الحادث في الاختبارات النفسية هو الطريق الذي يساعد في التشخيص و العلاج للمشكلة التي هو بصدد حلها... الخ، و بالتالي نستطيع القول أن الأخصائي النفسي يجب أن يتسلح بهذه الأدوات. و لكن تبقى الخبرة الدينامية التي يستطيع بها أن يلقي نظرة شاملة عن المشكلة المراد بحثها.

عدم تعاون الأسرة: أي عدم تعاون الأسرة مع الأخصائي النفسي لصالح الحالة، فيحملونه المسؤولية الكاملة لمتابعة المريض و علاجه، مما يصعب المهنة على الأخصائي النفسي. عدم استعداد العميل للعلاج و يرتبط بعضها بأسرة العميل إذ كان طفل مثلاً مع عدم تفهم الأهل و تقبلهم لتوجيهات الأخصائي. (ياسين، 1986، ص. 89).

صعوبات تكييف الاختبارات: إن الوصول بالاختبار إلى درجة الصلاحية (ما يمكن تسميته بصدق الاختبار) ليس مجرد ممارسة تقنية إحصائية أو فنية محضة، بل عملية تتأثر بالقيم و المعايير الاجتماعية، فالصدق ليس قيمة إحصائية، بل هو نسقا أو إنشاء اجتماعيا، و كونه نتاج اجتماعي معنا أن صلاحية الاختبار لا تحدد بمحتوى الاختبار و دلالاته الداخلية، أو العلاقة الارتباطية بالمحكومات الخارجية، أو متغيرات سلوكية ذات علاقة، بل يتحدد بأبعاد اجتماعية قيمية أو معمارية تتمثل أساسا في الآثار و المتربات و التبعات و المآلات (consequences) المستقاة من البعد الثقافي الاجتماعي الذي ينجز فيه السلوك و يتم قياسه فيه، مما يعني إعادة قياسه خارج هذا السياق مع المحافظة على نفس التأويلات. (تشعبت، 2016، ص. 120).

6- الحلول المقترحة للتقليل من حدة صعوبات الممارسة السيكولوجية:

1: إعادة النظر في برنامج تكوين الأخصائيين في علم النفس، على غرار ما تفعله الدول المتقدمة و ذلك بإتباع الخطوات التالية: (تاويريت، 2010، ص. 119).

- إجراء اختبارات تقيس القدرات العقلية و الميول الشخصية للطلبة الذين يرغبون في تخصص علم النفس، حتى لا يتم وصفهم بالضعف أثناء دراستهم و تأدية مهامهم.
- إثراء مقاييس التدرج في أقسام علم النفس لضمان تكوين نوعي و ليس كمي.

و ذلك بالربط بين جانبي التكوين النظري و الميداني، و تكثيف التريضات و مساهمة آخر نتائج البحوث العلمية المتخصصة.

- إعادة النظر في الطرق الكلاسيكية للتقييم التربوي القائمة على الامتحانات و العروض الصفية، والتي أفرزت أخصائيين يشتكون من نقص في إدراك الذات المهنية.
- توفير أمهات الكتب لضمان ترقية التكوين.
- تشجيع المبادرة الرامية لعقد الملتقيات العلمية و الندوات و الأيام الدراسية، ليستفيد الأستاذ و الطالب على حد سواء.

2: ضرورة إيجاد حل لمشاكل مكانة الأخصائي في الهيكلة الوظيفية حيث يعيش " أزمة هوية مهنية" داخل المحيط المهني، و الذي ينعكس سلبا على الممارسة السيكلوجية لديه، و ذلك بإصدار نصوص قانونية و تنظيمية تلزم الأطراف المعنية بالتنسيق مع الأخصائي النفسي بتحسين المستوى المادي و الاجتماعي للأخصائيين النفسيين، وذلك بالعمل على تحقيق إشباع حاجاتهم في العمل، وتوضيح مهام كل من الأخصائي النفسي و المربي و مدير المركز و المفتش وهكذا...

3: تحسين و توعية أفراد المجتمع بدور علم النفس في تطوير الأمم و تقدمها في شتى مجالات الحياة" الصحية، التربوية، الصناعية، التجارية"، فمن غير المعقول أن يعرف "بالشوافة" و يهملش النفسي، و ما على المسؤولين سوى تشجيع سياسة توظيف النفسانيين في جميع قطاعات الدولة، و تسخير كل الوسائل لخدمة المجتمع و ظروف العمل.

4: ضرورة تحسين المناخ المهني لضمان ممارسة سيكلوجية قيمة، و ذلك بتوفير مكان عمل لائق للأخصائي النفسي للقيام بتقنيات مثل ديناميكية الجماعة، أو توفير صالات اللعب نظرا لأهمية اللعب في كشف ميولات و أفكار الأطفال الشعورية واللاشعورية، كذلك توفير الوسائل المادية و التقنية كالروايز و الاختبارات.

5: ضمان لقاءات دورية بين المختصين النفسيين و الخبراء، و إرسالهم لدورات تدريبية و تكوينية داخل الوطن و خارجه.

6: تحسين المستوى المادي و الاجتماعي للأخصائيين النفسيين، و ذلك بالعمل على تحقيق إشباع حاجاتهم النفسية و الاجتماعية و المهنية لضمان استقرارهم، مما يعكس بالإيجاب على الممارسة السيكلوجية السليمة خدمة للمجتمع.

7: لا يستطيع الأخصائي النفسي تقديم مساعدة النفسية لمختلف شرائح المجتمع كالأطفال في المراكز الطبية البيداغوجية أو مراكز الإعلام و تنشيط الشباب، أو على مستوى المقاطعات التربوية، و كذا في المنظمات الصناعية، و هو يفتقد لهذه المساعدة و عليه وجب الاعتناء بالأخصائي النفسي أثناء فترة تكوينه و إعدادة ليكون قوي الشخصية مؤثرا في الآخرين و مقنعا لهم، و بالتالي يفوز بمكانة مرموقة بين زملائه في العمل.

8: تحسين و توعية أفراد المجتمع عامة، و المختصين بصفة خاصة على أهمية علم النفس و الممارسة السيكلوجية، ليست فقط البحث العقد أو الأمراض و طرق علاجها، بل هي أكثر من ذلك بكثير، و لا تعتبر هذه الأمور إلا حبة رمل في صحراء علم النفس الشاسعة التي تضم أكثر من (50) فرعا ميدانيا، كان لنتائج بحوثها

الأثر في تقدم الدول على مختلف الأصعدة، تربويا، صحيا، صناعيا، تجاريا، عسكريا، رياضيا... (تاويريت، 2010، ص. 119).

7- الفريق العلاجي النفسي:

مع التطور الذي شمل كل مجالات الممارسة العلاجية للاضطرابات النفسية ، و مع ظهور المؤسسات الحديثة التي تقوم على تقديم خدمات الرعاية النفسية المتكاملة وتعمل في مجالات الوقاية، و العلاج النفسي، و الإرشاد، و لتأهيل، كانت هناك حاجة ماسة إلى التعاون بين أفراد من تخصصات مختلفة يقوم كل منهم بالتركيز على مجال محدد وتتكامل جهودهم تحت هدف واحد هو تقديم المساعدات للحالات في صورة خدمة نفسية حديثة منظمة، و من هنا نشأت فكرة الفريق العلاجي الذي يضم عددا من المتخصصين في مجالات متعددة يتم التنسيق فيما بينها بحيث يتم توزيع على كل من عناصر هذا الفريق، و يضم الفريق العلاجي الذي يقوم بتقديم خدمات الرعاية النفسية، الطبيب النفسي الذي يقوم بدور قيادة هذا الفريق في العادة و يتولى الواجبات الطبية بداية من التشخيص إلى خطة العلاج بالأدوية أو العلاج الكهربائي أو وسائل العلاج الأخرى بناء على الخبرة الطبية السريري و خبرة التخصص في الطب النفسي، و معه الأخصائي النفسي أو الباحث النفسي و عادة ما يكون تخصصه دقيق بعد الدراسة و التدريب في مجال علم النفس السريري مما يوفر له خلفية ملائمة حل طبيعة الاضطرابات النفسية، و مهارات القياس النفسي، و طرق العلاج النفسي، و كذلك الأخصائي الاجتماعي الذي يقوم بتقصي الجوانب الاجتماعية و الأسرية للحالات و يتابع أحوال المريض في المنزل و العمل خلال فترة العلاج و المتابعة، و قد ينظم إلى الفريق العلاجي عناصر أخرى مثل أفراد التمريض النفسي (PSYCHIATRIC NURSE)، أو المعالجين بالتأهيل (OCCUPATIONAL THERAPISTS) ، أو غيرهم. (الشربيني، 2006، ص. 05).

و هناك أهمية خاصة للتعاون و التنسيق بين أفراد الفريق العلاجي للحصول على نتائج جيدة، و يتم ذلك من خلال توزيع الأدوار و معرفة كل فرد في الفريق بدوره في عملية التشخيص و العلاج و المتابعة، كما يجب أن يتم ذلك من خلال تنظيم معروف يتم فيه إسناد مهام محددة في عملية الفحص و التعامل مع الحالات، و إعداد التقارير، و القيام بعمليات القياس الاختبارات و الإرشاد و توجيه المرضى و أقاربهم و متابعة الحالات في مراحل العلاج المختلفة وفق خطة يلتزم بها أفراد الفريق العلاجي. (الشربيني، 2006، ص. 05).

فعلم النفس هو مكمل للعلاجات الدوائية. حيث أعتبر علم النفس جزءا أساسيا من تخطيط العلاج و لكنه يعد مكملا للعلاج الدوائي السائد، و أشار الباحثون إلى أن علم النفس قد يكون نهجا متعرضا من النموذج الطبي، مما يصعب دمج النهجين، و مع ذلك تحدث الباحثون عن الحاجة المستمرة إلى السعي لتحقيق توازن أكبر بينهما.

(Wood,Williams,Billings,Johnson,2018, p. 10).

خلاصة:

لا بد من التركيز على دور الفريق العلاجي بكل أفراد و التوسع في هذا الاتجاه مع الاهتمام بالأخصائي النفسي كأحد أعضاء هذا الفريق و تحقيق التعاون و التنسيق و التفاهم بين الأخصائي النفسي و بقية عناصر الفريق العلاجي و بينه و بين بقية من يعملون معه في مؤسسات الرعاية النفسية المختلفة .

الاهتمام بالتوعية النفسية للجميع بدور الأخصائي النفسي و بقية العاملين في مجال الخدمات النفسية بصفة عامة لتحقيق التعاون و الفهم لدور الخدمات النفسية الحديثة في المجتمع

الجانِب التَطْبِيقِي

الإجراءات المنهجية للدراسة:

الإجراءات المنهجية للدراسة:

1- منهج الدراسة:

تختلف المناهج المستخدمة باختلاف موضوع الدراسة، فطبيعة الموضوع هي التي تحدد المنهج المستخدم، وبما أن موضوع الدراسة يهدف إلى معرفة دور الأخصائي النفسي العيادي في التخفيف من الأعراض الجانبية لمضادات القلق و الاكتئاب لدى المرضى النفسيين، فإن المنهج المناسب لدراستنا هو المنهج العيادي الذي يعتبر أحد المناهج الرئيسية في الدراسات الأساسية، نظرا لمعالجته للحالات الفردية بشكل معمق، مما يسمح بفهم شامل لتجربة المريض مع العلاج الدوائي من جهة، وفهم طبيعة تأثير العلاج النفسي في التخفيف من الأعراض الجانبية الناتجة عن مضادات القلق و الاكتئاب من جهة أخرى.

ويعرف المنهج الإكلينيكي بأنه الطريقة التي تدرس الفرد ككل في نوعه أي أنها دراسة الفرد كوحدة متكاملة متميزة عن غيرها، وقد يدخل ملاحظة أساليب سلوكية معينة واستخلاص سمات شخصية خاصة، ولكن الهدف هو فهم شخصية فرد معين بالذات وتقديم المساعدة له. (المليجي، 2001، ص. 30).

يرى 'دانيال لاغاش' أن المنهج العيادي هو الذي "يدرس السلوك بطريقة موضوعية خاصة، محاولا الكشف عن كينونة الفرد و الطريقة التي يشعر بها و السلوكات التي يقوم بها في وضعية معينة، مع البحث عن بنية ومعنى هذا السلوك و الكشف عن الصراعات الدافعة له وطرق التخلص منها". (جبار، 2017، ص. 82).

2- أدوات الدراسة:

باعتقادنا على المنهج العيادي تطلب الأمر استخدام بعضا من أدواته وهي:

1-2- المقابلة العيادية النصف موجهة بهدف البحث مع الأخصائية النفسانية: يرى "بورج Borg "

أن المقابلة العيادية هي أداة يتم بواسطتها جمع المعلومات من خلال التفاعل المباشر بين الأشخاص، وهذا التفاعل قد يكون سببا من مزايا وعيوب المقابلة كأداة من أدوات البحث العلمي". (محمود، 2016، ص. 40).

ولقد تم الاعتماد على المقابلة الإكلينيكية نصف موجهة بهدف البحث و التي لا ترمي لا إلى التشخيص ولا إلى العلاج وإنما تتناسب و خطة العمل.

يعرف ماغالدي وبيرلر (2020) بأن المقابلة النصف موجهة مقابلة استكشافية. ويوضحان أن المقابلة النصف موجهة تستند عموما إلى دليل و أنها تركز عادة على الموضوع الرئيسي الذي يوفر نمطا عاما. (Ruslin, Mashuri, Sarib, 2022, p. 24).

و يعود سبب اعتمادنا على هذا النوع من المقابلات كونها الأداة الأنسب للحصول على معلومات معمقة من الأخصائية النفسانية حول أساليب التدخل النفسي، وتصوراتها حول فعالية تلك الأساليب، حيث تتيح المجال للأخصائية للتعبير بحرية مع الحفاظ على إطار منهجي يوجه الحديث نحو محاور المقابلة الأساسية، كنوع الدواء والأعراض الجانبية الناتجة عنها، طرق التدخل النفسي المستخدمة وتفاعل المرضى مع تلك التدخلات.

وتجدر الإشارة إلى أن الطالبتين لم تقوما بإجراء المقابلات مباشرة مع الحالات، إنما أجريت مقابلات مع الأخصائيين النفسيين و تم الاعتماد على مقابلات إكلينيكية سابقة أجراها الأخصائي النفسي مع المرضى.

محااور المقابلة وجدولها:

قبل القيام بمقابلة إكلينيكية يستلزم على الباحث تحديد محاور وفق مقتضيات الدراسة من اجل تسهيل حصر مجال البحث، حيث تم تقسيم محاور المقابلة إلى أربعة محاور رئيسية:

المحور الأول: البيانات الشخصية

من حيث الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، المستوى الدراسي، المهنة...

المحور الثاني: الإصابة بالمرض النفسي

- طبيعة المرض النفسي
- متى بدأت الأعراض بالظهور؟
- شدة ومدة الأعراض؟
- كيف تم تشخيص المرض النفسي؟
- هل تلقى علاجات سابقة؟ ماهي نتائجها؟
- المحور الثالث: الأدوية النفسية
- ماهي نوع الأدوية التي يتناولها؟
- ماهي الجرعة؟
- ما هي الأعراض الجانبية لهذه الأدوية؟
- ما هي الآثار الايجابية التي يمكن أن تنتج عن استخدام الأدوية النفسية؟
- ما هي العوامل النفسية التي تؤثر في عدم استمرارية تناول المرضى للأدوية؟
- ماهي أعراض تناول الدواء؟

المحور الرابع: دور الأخصائي النفسي

- ما مدى أهمية العلاج النفسي المقدم مع العلاج الدوائي في تحسين استجابة المرضى و تقليل الآثار الجانبية؟
- ما هي أنواع التدخلات النفسية التي يمكن ان تكون فعالة في التخفيف من الأعراض الجانبية؟
- هل يستخدم الأخصائي النفسي أدوات قياس تجعله يتأكد من أن الأعراض الجانبية زالت؟
- كيف يتم اختيار التدخل النفسي المناسب لكل مريض؟
- كيف يتم متابعة تقدم المرضى الذين يتلقون العلاج النفسي للتخفيف من الأعراض الجانبية؟
- ما هي المؤشرات التي تدل على تحسن حالة المريض؟
- ماهو دور كل من الأخصائي النفسي وطبيب الأمراض العقلية في تقديم الدعم الشامل للمريض النفسي؟ بما في ذلك المتابعة المنتظمة وتقديم العلاج النفسي،
- وضبط جرعات الدواء، و التعامل مع الأعراض الجانبية؟

2-2- تحليل المحتوى (المضمون) الفئوي:

يعرف تحليل المحتوى أو تقنية تحليل المضمون كما يحلو للبعض تسميته، عبارة عن تقنية تعتمد على دراسة الوثائق أكثر من أي مصدر آخر، فدراسة تحليل المضمون ترتبط بمصدر المعلومة بشكل غير مباشر وذلك من خلال الرجوع إلى الوثائق التي تعبر عنه، في الكتب و الصحف و المجلات و الأحاديث الإذاعية، وذلك بهدف العمل على تحليلها. (شعلال، 2022، ص. 12).

وقد عرف أيضا تحليل المحتوى حسب طعيمة رشدي: " أن تحليل المحتوى أحد أساليب الباحث العلمي التي تهدف إلى الوصف الموضوعي و المنظم الكمي للمضمون الظاهر لمادة من مواد الاتصال". كما عرف أيضا في مفهومه العام أنه عبارة عن تقنيات للبحث من أجل الوصف الكمي و الشامل و الموضوعي للمحتوى الظاهر لعملية الاتصال، وقد ركز الباحثين في هذا المفهوم على الوصف الكمي. (شعلال، 2022، ص. 12).

وليكون تحليل المحتوى الفئوي صادقا يجب توفر الشروط التالية في عملية وضع الفئات:

- أن تكون متجانسة إذ لا يجب خلط العناصر في فئة واحدة.
 - أن تكون مستوعبة وشاملة تستوفي كلية النص.
 - أن تكون حصرية وخاصة بمعنى نفس العنصر لا يجب أن يصنف ضمن فئتين مختلفتين بطريقة عشوائية.
 - أن تكون موضوعية بمعنى وجود ترميزات مختلفة يؤدي إلى نفس النتائج. (Bardin, 1997)
- تم استخدام تحليل المحتوى الفئوي كأداة لتحليل العبارات المستخرجة من المقابلات مع الحالات، ما سمح باستخلاص الأبعاد النفسية المرتبطة بالأعراض الجانبية و العوامل المؤثرة فيها. هذا التحليل يعزز من الموضوعية في تفسير بيانات الحالات ويدعم مصداقية النتائج، ويسمح بتحديد مدى تأثير التدخلات النفسية على الحالة العامة للمريض.

3- حدود الدراسة:

- مكانيا: تم إجراء الدراسة الميدانية في:
- عيادة الأمل " عيادة متخصصة في التكفل النفسي و الأرطفوني و الحركي للأطفال " أم بواقي.
- المؤسسة المتخصصة طفلي للتربية و التعليم المتخصص "أصدقاء التوحد" خنشلة.
- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية- المحمل- خنشلة.
- زمنيا: تم إجراء الدراسة ابتداء من 30 أكتوبر 2024 إلى غاية 16 مارس 2025.
- بشريا: تم إختيار العينة من مجتمع الدراسة الذي يتمثل في المرضى النفسيين الذين يتناولون الأدوية النفسية (مضادات القلق و الاكتئاب) وقد تم اختيارهم بطريقة قصدية بمساعدة أطباء الأمراض العقلية ومختصين النفسيين.

4- حالات البحث: حالات البحث هي أربع حالات لنساء بالرغم من عدم التحديد المسبق للجنس

- تتراوح أعمارهن ما بين 21 إلى 54 سنة

- يعانون كلهن من أمراض نفسية مختلفة حسب تشخيص الأخصائيين النفسيين وأطباء الأمراض العقلية
- يتناولن أدوية من فئة مضادات القلق و مضادات الاكتئاب
- يعانون من أعراض جانبية ملحوظة بسبب تناولهن لهذه الأدوية

خصائصها:

الحالة	السن	المستوى الدراسي	الحالة الاجتماعية و المهنية	طبيعة المرض النفسي	نوع الدواء مع الجرعة
1- ن	21 سنة	جامعية	عازبة، تدرس	اكتئاب شديد مع محاولة انتحار	- Venlafaxine - Buspirone
2- هـ	32 سنة	جامعية ماستر 2	عازبة، أصبحت تعمل أستاذة بعد خضوعها للعلاج	وسواس قهري من الدرجة الأولى + ذهان	- Cloraxcene - Fluoxetine 20mg
3- م	54 سنة	لم تدرس	عازبة، مأكثة في البيت	وسواس قهري (نظافة)	- Depritine 20mg - Praoxetine
4- ح	46 سنة	3 ثانوي	متزوجة، لا تعمل	اكتئاب	- Fluoxetine 20mg - Lysanxia 10mg

جدول رقم 1: يبين خصائص حالات البحث.

5- تقديم الحالات وعرض النتائج:

1-5- تقديم الحالة الأولى: ن

1-1-5- البطاقة الكلينية للحالة الأولى:

شابة تبلغ من العمر 21 سنة، كانت تقطن في ولاية باتنة، كانت تعيش مع والديها و أخواتها ، جامعية ، عازبة، ولديها هواية كتابة الخواطر وتحب المطالعة.

المشكلة:

تعاني "ن" من اكتئاب شديد ناتج عن ضغوط أسرية وتجارب حياتية صادمة ،شخصت حالتها من قبل طبيب الأمراض العقلية. بدأت معاناتها عندما غادرت المنزل هاربة في محاولة للتعامل مع واقعها الصعب نتيجة صراع طويل مع والديها المتسلطة و المادية حسب قولها: ". و أثناء الفترة التي قضتها خارج المنزل، تعرضت لاعتداءات جنسية وجسدية، ما أدى إلى تدهور حالتها النفسية وزيادة شعورها بالخطر، وانتهى بها الأمر إلى

محاولة انتحار. إثر هذه المحاولة، تم نقلها إلى طبيب الأمراض العقلية الذي شخص حالتها بالاكتئاب الشديد (حيث تجاوزت مدة المعاناة الستة أشهر)، ثم أحالها إلى أخصائية نفسية لمواصلة العلاج و الدعم النفسي. وصف لها أدوية تشمل:

● فينلافاكسين (Venlafaxine)، وهو من مضادات الاكتئاب من نوع مثبطات استرداد السيروتونين و النورابينفرين (SNRI).

● وبوسبيرون (Buspirone)، وهو من الأدوية المضادة للقلق من نوع ناهضات السيروتونين الجزئية. وقد ساعد العلاج الدوائي في التخفيف من بعض الأعراض، إلا أنه لم يكن كافيا بمفرده، حيث استمرت بعض الأعراض الجانبية الناتجة عن الدواء في التأثير على حالتها.

2-1-5- نتائج تحليل محتوى المقابلة مع الحالة الثانية -ن-:

المرحلة الأولى: العبارات المستخرجة من محتوى المقابلة للحالة الأولى:

1/ نحس بلي ماكنتش من اولويات ماما في حياتها 2/ كانت تهتم بصديقاتها والخروج معاهم 3/ تهذر عليهم بزاف وبجماس 4/ وماتسقسيسش عليا خلاص 5/ ماتسقسيسش كيفاه فات يومي 6/ وماتسقسيسش كاشما خصني 7/ راني لابس ولا لا 8/ ومانتفكرش اذا اهتمت بيا كاش نهار 9/ ديما مشغولة في حياتها ومع صحاباتها 10/ ولا تهذر معاهم ساعات في التليفون 11/ تقول ماعندهاش مسؤولية 12/ كنت نروح من المدرسة متحمسة باه نحكيلها بزاف حوايج 13/ ديما نلقاها مشغولة 14/ وماعندهاش الوقت ليا 15/ ولا نلقاها تحكي ولا راح تخرج 16/ نولي نتياس ونبطل 17/ نحس روجي ديما مانتشافش انا 18/ تقول حاجة noir et blanc 19/ كي شغل عبد عايش في هاذيك دار زيادة وخلاص 20/ درت بزاف حوايج باه نلفت انتباها ليا 21/ كيما قرايتي ندي معدل مليح باه نفرحها 22/ بصح هي ماتهتمش بيا 23/ وليت مانمدش ثيقتي لحتى واحد 24/ نخاف يخذلوني كيما خذلتني ماما 25/ كنت ديما نفكر علاه ولدتي 26/ علاش جابتي لنديا هاذي مادام ماتحبش تولي ام 27/ لحاجة لي تهمها الصوارد 28/ تعرف غير الجانب المادي 29/ كي كنت نمرض كانت تصرف الدراهم لطبيب والدواء 30/ وماتدينش هي لطبيب 31/ تبعثني مع الشيفور للطبيب 32/ انا نعرف وحدة كيفي عندها ام كي تمرض امها لي تديها 33/ موش تبعثني وحدي 34/ تقول مقطوعة من شجرة 35/ انا محتاجش الجانب المعنوي 36/ نحتاج تسأل عليا 37/ تسأل على صحتي على حوالي كاي ام 38/ بصح مالقيتش منها هاذ الجانب 39/ تعرفي الحنان انا مانعرفوش 40/ بابا يتبع في ماما فرات واش تقول يمشي عليه 41/ ماتضحيش ماما على جالنا 42/ بانتلها كي توفر لينا دراهم هاذاك هو كلش 43/ خواتاتي غيارات 44/ مايحبونيش 45/ ديما نتقاربضوا 46/ وماما تشتي خويا فرات 47/ وديما تجرحني بكلامها 48/ ملي كنت صغيرة تتعامل معايا ببرود واستهزاء 49/ كرهت 50/ مليت من هاذ المعيشة 51/ من تسلط واهمال ماما تطلقوا هي وبابا 52/ من هاذاك اليوم ماربحت 53/ بابا زوج ومرتوا ماتحبش نعيشوا معاهم 54/ قعدت مع ماما وياريتني ماقعدت 55/ ولات كثر من قبل 56/ واهملتني اكثر 57/ وفوق هاذا راح تعاود الزواج 58/ قررت نهرب ونخدم 59/ ونبني حياتي وحدي 60/ خرجت من الدار وهربت بعدما تقابضت مع ماما 61/ ماعالباليش وين كنت رايحة المهم خرجت 62/ لقيت روجي في وهران 63/ تلاقيت جماعة ولقاولي خدمة في فندق 64/ ومن فم بدات مغامراتي 65/ ومخاطرات تاعي في وسط منحرف 66/ جماعة لي لقاتلي الخدمة بعد هوما

لي غدروا بيا 67/خطفوني 68/حاولت نهرب وماقدرتش 69/تعداو عليا 70/غتاصبوني 71/موش غير هوما تاع الفندق بعد لي خدمت معاهم zردولي حياتي جحيم 72/رحت حتى نشكي لابلوليس 73/تمسخوا بيا 74/وحسبوني طفلة منيش مليحة 75/عشت حوايج جامي توقعت نعيشهم 76/تلاقيت طفل ثم في وهران خنشلي وهو لي عاوني 77/خرجني وبعدي على الجحيم لي كنت عايشاتوا 78/لحنانة لي لقيتها فيه مالقيتوش في ماما 79/جاني هنا لخشلة وكرالي 80/وعاوني بزاف مانساش خيروا 81/نواني لزواج 82/بصح كان يقضي لي ويخليني وحدي وهو عايش مع دارهم 83/لقيت روجي وحدي 84/للحظة تفكرت ماما وشهتوا ليها 85/دخلت في بعضايا 86/حاولت الانتحار 87/منعوني داوني لسبيطار 88/بعثوني لبسيكيتر عطاني دواء 89/نحالي شويا 90/مي كي مالقيتش الدعم 91/تقول نشرب الماء 92/ولا يقلقني 93/ديما فزهر 94/في لول نرقد فرات 95/كي نوض مانعرفش نهار من ليل 96/ومبعد نبات نشوف 97/نفخي بزاف 98/نبان سمينه 99/ندوخ 100/مانزيدش نشربو 101/مافادنيش 102/فهي ديما شايع 103/نقلق على أطفه حاجة 104/يحكموني ليكريز 105/نلقا غير هذاك طفل لي معايا نرد فيه دماري وغشي 106/دك مع لبسيكيتر ومعاك بديت نتحسن 107/نقصلي في دواء 108/عاودت سجلت للباك 109/عدلت رقادي 110/وليت ناكل 111/مورالي الحمد لله ديما طالع 112/ماوليتش نتعصب 113/مانحسش روجي وحدي ديما "ا" معايا 114/وليت نخرج 115/نقضي وحدي 116/نطيب 117/ناكل

المرحلة الثانية:

الأبعاد	الفئات التي تمثلها	تواتر الفئات	النسب المئوية
اكتئاب حاد	الحزن العميق و اليأس: 56/55/54/53/50/52/16	07	%20.58
	ضعف تقدير الذات 82/81/63/59/48/34/50/49/39/35	10	%29.41
	فقدان الثقة: 24/23/22	03	%08.82
	فقدان الدافع وعدم الاستمتاع بالحياة: 85/84/60/58/51/21/20	07	%20.58
	محاولة الانتحار: 88/87/86/26/25	05	%14.70
	العزلة: 83/79	02	%05.88
	ف=6	ك:34	%29.05
إضطراب العلاقات الأسرية	علاقة مضطربة مع الأم:	24	%68.57
	33/32/31/30/29/28/27/15/13/12/11/10/9/7/6/8/4/3/2/1		
	42/41/40/38		
	علاقة مضطربة مع الأخوات والتميز بينهم: 47/46/45/44/43	05	%14.28
	الشعور بعدم الإنتماء: 37/36/19/18/17 /14	06	%17.14

ف=3	ك:35	%29.91
صدمات نفسية	11	%73.33
التعرض للاغتصاب و الإساءة الجسدية: 64/57/61/62/65/71/70/69/68/67/66	04	%26.66
الشعور بالخذلان: 72/73/74/75	ك:15	%12.82
ف=2	ك:15	%12.82
الممانعة الدوائية	05	%31.25
العوامل المؤثرة في عدم تناولها للدواء: 90/91/100/101/105	11	%68.75
الآثار الجانبية للدواء: 92/93/94/95/96/97/98/99/102/103/104	ك:16	%13.67
ف=2	ك:16	%13.67
التغير الإيجابي	13	%76.47
مظاهر التحسن: 89/106/107/108/109/110/111/112/113/114/115/116/117	04	%23.52
الدعم الاجتماعي: 76/77/78/80	ك:17	%14.52
ف=2	ك:17	%14.52
	117	

جدول رقم 02: يبين نتائج تحليل محتوى المقابلة مع الحالة الأولى _ ن _

المرحلة الثالثة:

نتج عن تحليل محتوى المقابلة مع الحالة الأولى "ن" 5 أبعاد هي على الترتيب التالي:

1- اكتئاب حاد: بنسبة 29.05%

هذا البعد يمثل الجو العام لمعاناة الحالة "ن"، و يتضح من عبارات كثيرة منها: "كرهت، مليت من هاذ المعيشة..."، التي تعكس الحزن، فقدان الأمل و انعدام القيمة الذاتية. يتفرع هذا البعد إلى 5 فئات وهي:

● الحزن العميق واليأس: بنسبة 20.58%

تظهر عبارات هذا البعد حالة من التدهور النفسي العميق، حيث تصف الحالة شعورها بالفراغ و اللاجدوى، كقولها: "من هاذاك اليوم ما ربحت، نولي نتيأس ونبطل..."، الحزن يبدو مترسخا نتيجة تراكمات حياتية و أسرية، وتعكس فقدانها للأمل و رغبتها

في الهروب من الواقع بسبب الأحداث التي مرت بها، سواء من الإهمال العاطفي أو الصدمات التي تعرضت لها لاحقاً. مما أدى إلى نظرة سوداوية للعالم ولذاتها و شعورها بالعجز عن تغيير وضعها يزداد مع مرور الوقت ، مما يفاقم الحالة الاكتئابية.

● ضعف تقدير الذات: بنسبة 29.41%

يعكس هذا البعد مشاعر انعدام القيمة وعدم الكفاءة، حيث تصف الحالة نفسها حسب قولها: "مقطوعة من شجرة، الحنان مانعروفش"، ما يدل على فراغ عاطفي عميق. كما أن العلاقات الغير متوازنة (مثل: العلاقة مع الرجل الذي وعداها بالزواج ثم أهملها) زاد من تحقيرها لذاتها، وعجزها عن تحسين الوضع يزيد من تعقيد حالتها.

● فقدان الثقة: بنسبة 08.82%

تفيد الحالة بأنها لم تعد تثق بأحد، متأثرة بخذلان الأم وعدم الوفاء بتوقعاتها، من خلال قولها: "وليت مانمدش ثقتي لحتى واحد، نخاف يخذلونني كيما خذلتني ماما"، و هو ما يعكس عمق الأذى النفسي الناتج عن التجارب السابقة.

● فقدان الدافع وعدم الاستمتاع بالحياة: بنسبة 20.58%

تعبيرات الحالة تشير إلى فقدان الحافز للاستمتاع بالحياة أو حتى اتخاذ قرارات قد تحسن وضعها حسب قولها "درت بزاف حوايج باش نلقت انتباها- نولي نتيأس ونبطل"، حيث توقفت عن محاولة نيل الاهتمام و بدأت بالانسحاب، و انتهى بها الأمر للهروب من المنزل ومحاولة بناء حياة بمفردها دون اتجاه واضح، حسب قولها: "خرجت من الدار و هربت بعد ما تقابضت مع ماما، ماعلا باليش وين كنت رايحة المهم خرجت". فهي تبحث عن مهرب لكنها لا تجد سبيلاً لذلك، مما يدل على الإحباط التام.

● محاولة الانتحار: بنسبة 14.70%

تبرهن هذه الفئة على بلوغ الحالة مرحلة حادة من الاكتئاب، حيث عبرت عن أفكار انتحارية صريحة مثل قولها: "حاولت الانتحار". هذا ما يعكس عمق المعاناة و تدهور صحتها النفسية، و شعورها بالخيبة يترسخ أكثر عبر قولها: "علاه ولدتني"، حيث تساءلت عن سبب وجودها في هذه الحياة، مما يظهر التدهور الشديد تجاه حالة اليأس التي تعيشها.

● العزلة: بنسبة 05.88%

تعكس هذه الفئة مشاعر الحالة بعدم الانتماء لأي دائرة اجتماعية، على الرغم من وجودها المادي مع بعض الأشخاص (مثل: الشاب الذي ساعدها في فترة حياتها). هذه العزلة تتعمق في داخلها حيث تشعر بعدم وجود رابط حقيقي مع الآخرين، وهو ما يجعلها تعيش في وحدة داخل نفسها. مما يعزز من مشاعر الحزن و الاضطراب النفسي لديها.

2- إضطراب العلاقات الأسرية: بنسبة 29.91%

هذا البعد يكشف تأثير العلاقات الأسرية المضطربة على حالتها النفسية، ويتفرع إلى 3 فئات:

- علاقة مضطربة مع الأم: بنسبة 68.57%
تصف الحالة والدتها كشخص متسلط ومادي، مهملة عاطفياً، مما أدى إلى جرح عميق ومستمر. تكرر عبارات الإهمال مثل: "ماتسقسيس عليا، ما عندهاش الوقت ليا، ما حسيتش بالحنان من جهتها، ديما مشغولة" يظهر بوضوح غياب التواصل العاطفي والاهتمام وهذا يخلق شعوراً بعدم الأمان والانتماء والدعم. فغياب الدعم العاطفي والأسري كان عاملاً أساسياً في تدهور حالتها النفسية.
- علاقة مضطربة مع الأخوات والتميز بينهم: بنسبة 14.28%
يعكس هذا البعد جو عدائي داخل الأسرة، فإضافة إلى علاقة الأم المدمرة تتعرض الحالة لتمييز داخلي بين أفراد العائلة. حيث تعاني من شعور بالرفض والتمييز داخل الأسرة خاصة من طرف الأخوات ووجود تفضيل واضح من الأم نحو الأخ حسب قولها: "ما يحبونيش، خواتاتي غيارات، وماما تشتي خويا فرات"، ما يدل على التوترات الأسرية. هذا التمييز ساهم في شعورها بالدونية والاعتزاز في بيتها.
- الشعور بعدم الانتماء: بنسبة 17.14%
تصف الحالة نفسها ككائن غير مرئي داخل البيت، حيث تصرح "نحس روجي مانتشافش، كي عبد عايش زيادة"، مما يعكس غياب التقدير والاحتواء، وهو ما أدى إلى شعور عميق بعدم الانتماء. تمثل أسلوباً قوياً من الإحساس بالغربة داخل بيتها العائلي، حيث لا تحظى بالاهتمام أو الرعاية المناسبة مما يعمق من عزلتها النفسية.
- 3- صدمات نفسية: بنسبة 12.82%
يتضمن فئتان وهي:
● التعرض للاغتصاب والإساءة الجسدية: بنسبة 73.33%
تعرضت الحالة لاعتداءات جنسية وجسدية بعد هروبها من المنزل، وهي صدمات شديدة ساهمت في تدمير ثقتها بنفسها وخلفت جراحاً نفسية عميقة، زادت من إحساسها بالخوف والإذلال. وصفها لتلك التجارب يأتي محملاً بمشاعر الرعب والندم، جعلت منها شخصاً محطماً نفسياً.
- الشعور بالخذلان: بنسبة 26.66%
بعد تعرضها للصدمات، لم تجد استجابة من الشرطة بل وجدت استهزاء وكذلك غدر الأشخاص الذين وثقت بهم. مما زاد من مشاعر الخذلان والاحتقار الذاتي وانعدام القيمة حسب قولها: "حسيت بلي راني طفلة ميش مليحة" ما زاد من هشاشتها النفسية.
- 4- الممانعة الدوائية: بنسبة 13.67%
يعكس هذا البعد الصراع مع العلاج الدوائي، ويتضمن فئتين:
● العوامل المؤثرة في عدم تناولها للدواء: بنسبة 31.25%

تبين العبارات مثل: "مافادنيش، تقول نشرب الماء" أن الحالة لم تلتزم بالعلاج الدوائي نتيجة عدم الاقتناع بفعاليتها حيث تظهر المقاومة تجاه الدواء. وهذا قد يرجع إلى عدم شعورها بأي تحسن سريع أو فعال، مما يسبب قلة الالتزام بالعلاج .

● الآثار الجانبية للدواء: بنسبة 68.75%

تشكو الحالة من أعراض جانبية واضحة كالدوخة، زيادة الوزن والعصبية، هذه الآثار تؤثر سلباً على مزاجها وتزيد من مشاعرها السلبية اتجاه الدواء. مما جعلها تنفر من الدواء وتتهرب من مواصلة تناوله، ما أثر على فعالية العلاج.

5- التغير الايجابي: بنسبة 14.52%

هذا البعد يعكس بداية مرحلة التعافي، إذ يتضمن فئتين:

● مظاهر التحسن: بنسبة 76.47%

بدأت الحالة تتحسن تدريجياً بعد تدخل الأخصائية النفسانية وتعديل الجرعة الدوائية، حيث بدأت تستعيد اهتمامها بالأشياء اليومية والعودة للعمل على تحسين حياتها. ظهر ذلك في عبارات من قولها " بديت ناكل، نرقد، نخرج..."

ومن التدخلات النفسية التي ساهمت في تحسن حالتها النفسية وتخفيف الأعراض الجانبية للأدوية هي:

أولاً: العلاج المعرفي السلوكي:

- تعديل الأفكار السلبية المرتبطة بالاكتئاب ، مثل: الشعور باليأس والحزن المستمر والخوف من الواقع المجهول، والإنصات للحالة مما يساعدها على التعبير عن مشاعرها بشكل صحي.
- تخفيف القلق و الضغط النفسي عبر تغيير كيفية استجابة الحالة للمواقف الحياتية، مما يعزز قدرتها على التعامل مع التحديات اليومية.
- التدريب على المهارات الاجتماعية لزيادة ثقتها بنفسها في التفاعل مع الآخرين.
- تحديد الأفكار المشوهة التي قد تؤدي إلى عدم الثقة، واستبدالها بأفكار أكثر توازناً.
- تحديد الأنشطة التي كانت تثير اهتمامها في الماضي وإعادة دمجها في حياتها.
- تنمية مهارات التأقلم مع الضغوط والمشاعر السلبية.
- يساعد العلاج المعرفي السلوكي الحالة على التأقلم بشكل أفضل مع الأعراض الجانبية للدواء من خلال تعديل الاستجابات النفسية للأعراض الجسدية. قد يساعد الحالة في التعامل مع التأثيرات الجانبية بطريقة صحية، مما يسهل عليه الاستمرار في العلاج.

ثانياً: التثقيف النفسي

- يساعد الحالة على التكيف بشكل أفضل مع الأعراض الجانبية للدواء كالأرق والغثيان. عندما تتفهم الحالة أن الأعراض المؤقتة وتعرف كيف يمكن التعامل معها، تكون أكثر قدرة على الالتزام بالعلاج الدوائي دون خوف أو قلق.

- يساعد التثقيف النفسي على فهم المرض الذي تعاني منه وكيفية تأثيره على حياتها. فهم طبيعة الاكتئاب يمكن أن يخفف من مشاعر الذنب والضعف المرتبطة به ويجعلها أكثر تقبلاً لفكرة العلاج.
- ثالثاً: الاسترخاء وتقنيات التنفس:
- يساعد الاسترخاء في تخفيف التوتر العصبي والقلق الذي قد يزيد من حدة الاكتئاب.
- يقوم التنفس العميق والتأمل في التخفيف من مشاعر القلق وتساهم في تحسين الاستجابة للمواقف الضاغطة.
- التخفيف من الأعراض الجانبية المرتبطة بالتوتر كالعصبية والغثيان.
- تساعد تقنية الاسترخاء في تهدئة الجهاز العصبي وتقليل الأرق الذي قد يكون ناتجاً عن تناول الأدوية النفسية.
- رابعاً: تعديل نمط الحياة:
- اتباع توجيهات متعلقة بممارسة الرياضة، التغذية السليمة والنوم المنتظم والنشاط البدني، حيث تساهم في إبراز مواد كيميائية في الدماغ مثل الإندورفين التي تساهم في تحسين المزاج.
- التقليل من بعض الآثار الجانبية للأدوية مثل زيادة الوزن أو الأرق، كالرياضة تساعد في تقليل الأرق وتحسين نوعية النوم، مما يخفف من تأثير الأدوية بشكل إيجابي.
- خامساً: المتابعة النفسية:
- تمنح المتابعة الدورية مع الأخصائي النفسي الحالة الشعور بالاستمرار والدعم المستمر، مما يعزز من استجاباته للعلاج النفسي والدوائي.
- تتيح الفرصة للأخصائي النفسي لمراقبة الآثار الجانبية للأدوية وتقديم التوجيه اللازم في حال حدوث مشاكل. مما يساعد الحالة على التكيف بشكل أفضل مع العلاج الدوائي وبالتالي تقليل الانقطاع أو التوقف عن العلاج.
- سادساً: التنشيط السلوكي:
- يهدف التنشيط السلوكي إلى زيادة المشاركة في الأنشطة اليومية التي تساهم في تعزيز المزاج العام. كالتفاعل الاجتماعي
- يساهم بشكل كبير في علاج العزلة والاكتئاب الشديد عبر تقديم بيئة داعمة وأمنة للتعبير عن المشاعر، مما يحفز الحالة على العودة إلى الأنشطة التي تثير اهتمامها (إعادة التسجيل في البكالوريا).
- تقليل التأثيرات الجانبية للأدوية، كزيادة الوزن والأرق من خلال تشجيع الحالة على الانخراط في نشاطات بدنية مما يحسن من جودة النوم والطاقة.
- سابعاً: تعزيز الالتزام بالعلاج:
- من خلال التأكيد على أهمية الاستمرار في العلاج، يساعد الأخصائي النفسي المريض في البقاء ملتزماً بالخطة العلاجية، مما يساهم في تحسين حالته النفسية على المدى الطويل.

- الالتزام بالعلاج يشمل متابعة تناول الأدوية بانتظام، مما يعزز من تأثير الأدوية في تحسين الأعراض النفسية. ويقلل من احتمالية ظهور أعراض جانبية غير مرغوب فيها نتيجة للتوقف المفاجئ عن تناول الأدوية.

● الدعم الاجتماعي: بنسبة 23.52%

رغم ضعف الأسرة، وجدت الحالة بعض الدعم من الشاب الذي أنقذها من محيطها السابق، وقد شكل هذا التحول دعماً نفسياً مؤقتاً ساعدها على الانفصال عن البيئة المؤذية والبحث عن التوازن. هذا الدعم الاجتماعي كان عاملاً أساسياً في تحسين الحالة، وكان له تأثير إيجابي في تعزيز شعورها بالأمان النفسي وإعطائها الثقة في نفسها.

3-1-5- تحليل عام للحالة الأولى – ن:-

بعد تطبيق أدوات المنهج الإكلينيكي باستعمال المقابلة الإكلينيكية النصف موجهة بهدف البحث، بالاعتماد على طريقة تحليل المحتوى في تحليلها تم التوصل إلى ما يلي:

تكشف دراسة الحالة "ن"، البالغة من العمر 21 سنة، عن معاناة نفسية عميقة تجسدت في اضطراب اكتئابي حاد، تميز ب: الحزن العميق، ضعف تقدير الذات، فقدان الثقة، انعدام الدافع ومحاولات انتحارية، بنسبة بلغت 29.05% من مجموع مضمون المقابلة، وهو ما يعكس شدة التأزم النفسي والانحدار المزاجي لديها. وهذا ما ذهب إليه 'أرون بيك': "أن الاكتئاب ناتج عن أنماط تفكير سلبية تجاه الذات والعالم والمستقبل، مما يؤدي إلى ضعف تقدير الذات والشعور بالذنب". (مرتضي، 2021، ص. 454).

كما مثل اضطراب العلاقات الأسرية، خاصة مع الأم نسبة مرتفعة بلغت 29.91%، مما يشير إلى تأثير البيئة الأسرية السلبية كمسبب رئيسي في تفاقم حالتها، من العبارات الدالة على ذلك: "محسيتش بالحنان مع ماما، تقول مقطوعة من شجرة".

ظهرت أيضاً آثار الصدمات النفسية بنسبة 12.82% نتيجة تعرضها للاعتداءات، مما زاد من هشاشتها النفسية وأدى إلى تدهور تقديرها لذاتها وفقدان الأمل.

كما أظهرت المقابلة وجود ممانعة دوائية بنسبة 13.67%، نتيجة للآثار الجانبية حيث صرحت الحالة: "تقول نشرب فالماء، ولا يقلقني، ندوخ"، مما يبرز أن الأدوية النفسية بمفرها لم تكن كافية للتخفيف من معاناتها.

تتطابق نتائج الحالة مع ما ورد في الجانب النظري، حيث تشير الأدبيات إلى أن مضادات الاكتئاب التي تناولتها الحالة (Venlafaxine) ومضادات القلق (Buspirone) رغم فعاليتها في تحسين المزاج، إلا أنها تسبب آثار جانبية غير مرغوب فيها تؤثر سلباً على جودة حياة الحالة. وبالتالي يصبح التدخل النفسي ضرورة موازية للعلاج الدوائي لضمان الاستمرارية والفعالية العلاجية.

في هذه الحالة، كان لتدخل الأخصائية دور محوري في تخفيف الأعراض الجانبية وتعزيز الحالة النفسية، حيث بدأ يظهر تحسن تدريجي بنسبة 14.52% من خلال الاستراتيجيات العلاجية التالية:

- العلاج المعرفي السلوكي الذي ساعد في تعديل الأفكار السلبية، إعادة بناء الثقة بالنفس و التقليل من الشعور باليأس.
- التخفيف النفسي الذي مكن الحالة من فهم طبيعة مرضها و آلية عمل الأدوية مما قلل من قلقها تجاه الأعراض الجانبية.
- تقنيات الاسترخاء و التنفس العميق التي ساعدت على خفض مستويات القلق و تحسين جودة النوم.
- تعديل نمط الحياة من خلال تشجيعها على ممارسة الرياضة، تحسين التغذية و تنظيم النوم، مما خفف من الآثار الجانبية كزيادة الوزن و الأرق.
- الدعم الاجتماعي و المتابعة النفسية مما منح الحالة إحساسا بالاستقلال و الاستمرارية، و ساعدها على العودة لممارسة حياتها اليومية بشكل تدريجي كما يتجلى في عبارتها الايجابية: "مورالي ديما طالع، عدلت رقادي، وليت ناكل".
- مما يدل على فعالية تدخل الأخصائي النفسي في التخفيف من الأعراض الجانبية لمضادات القلق و الاكتئاب.
- ختاماً، يتضح أن التكامل بين العلاج الدوائي و الدعم النفسي يمثل ضرورة ملحة لضمان تحسن الحالة و التخفيف من أعراضها الجانبية.
- وهذا ما اتضح من دراسة (Pampallona وآخرون، 2004)، بعنوان العلاج الدوائي و العلاج النفسي المشترك للاكتئاب، يهدف فحص العلاقة بين فعالة الالتزام باستخدام مضادات الاكتئاب عند دمجها مع العلاج النفسي مقارنة باستخدام العلاج الدوائي فقط لدى مرضى الاكتئاب. اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، و استخدم الباحثون أدوات علمية دقيقة تمثلت في استخراج البيانات عبر استمارة مشفرة، و البحث في قواعد بيانات طبية و نفسية معروفة مثل: PsychInfo و Medline، مع تقييم جودة الدراسات وفق معايير محددة كإخفاء التوزيع العشوائي. توصلت النتائج إلى أن العلاج المشترك أدى إلى تحسن أكبر في أعراض الاكتئاب مقارنة بالعلاج الدوائي، كما أظهرت الدراسات الأطول (أكثر من 12 أسبوعاً) انخفاضاً ملحوظاً في معدلات الانقطاع عن العلاج لدى المجموعة التي تلقت العلاج المشترك مقارنة بتلك التي تلقت العلاج الدوائي فقط. وتثير النتائج إلى أن دمج العلاج النفسي مع الدوائي يساهم في تحسين الالتزام العلاجي والنتائج العلاجية، خاصة على المدى الطويل.

2-5- تقديم الحالة الثانية: هـ

5-2-1- البطاقة الكلينيكية للحالة الثانية:

هـ.ع، حالة تبلغ من العمر 32 سنة، تقطن بولاية أم بواقي، تعيش مع والديها وإخوتها (ولدان + بنت)، متحصلة على شهادة ماستر في الأدب العربي، عازبة، لا تعمل. ليس لديها سوابق مرضية أو نفسية.

المشكلة:

تعاني الحالة "هـ" من اضطراب الوسواس القهري المصحوب بأعراض ذهانية، وقد بدأت الأعراض بالظهور منذ المرحلة المتوسطة من عمرها. لم تتلق الدعم النفسي الكافي من أسرتها، مما ساهم في تفاقم حالتها لاحقاً خلال

فترة دراستها الجامعية. وقد أثرت هذه المعاناة بشكل كبير على حياتها الاجتماعية و المهنية، وزادت من حدة قلقها و مخاوفها. بالإضافة إلى وجود أفكار خاطئة متعلقة بنظرة الآخرين إليها، وهو ما ساهم في تدهور حالتها النفسية بشكل أكبر.

نتيجة لذلك، لجأت إلى الأخصائية النفسية بتوصية من شقيقتها. وبعد مقابلتين مع الأخصائية النفسية، ونظرا لتزايد شدة الأعراض، تمت إحالتها إلى طبيب الأمراض العقلية لبدء العلاج الدوائي. وصف لها أدوية تشمل:

- "كلورازيبات" (Clorazepate)، وهو من فئة البنزوديازيبينات ويستخدم كمضاد للقلق.
- و "فلوكسيتسن" (Fluoxetine)، وهو من مثبطات استرجاع السيروتونين الانتقائية ويستخدم كمضاد للاكتئاب. ورغم التحسن الملحوظ في الأعراض بعد بدء العلاج الدوائي، إلا أنه بعد حوالي أربع أسابيع من استخدام الأدوية، بدأت تظهر عليها بعض الآثار الجانبية، مما دفعها للتردد في مواصلة العلاج. كما أن مخاوفها المرتبطة بالوصمة الاجتماعية للأدوية النفسية كانت أحد العوامل التي زادت من مقاومتها للاستمرار في الخطة العلاجية.

5-2-2- نتائج تحليل محتوى المقابلة مع الحالة الثانية -هـ:

المرحلة الأولى: العبارات المستخرجة من محتوى المقابلة للحالة الثانية:

1/ أنا ناس ماتحبنيش 2/ يضحكو عليا 3/ ماما ماتحبنيش 4/ أواه واحد مايحبني 5/ يتغامزو عليا 6/ يتنمرو عليا 7/ يعسو فيا 8/ لوكان جراو عليا مارانيش هكا 9/ مزيا اختي 10/ راح يهلوني 11/ ناس يعسوني 12/ يكرهوني 13/ مانركبش في بلاصة فيها لعباد بزاف 14/ مانحبش نكون في بلاصة فيها الغاشي 15/ كي كنت نقرا فجامعة نقرا على 11 نروح نركل على 7 في الكار 16/ باه واحد ما يشوفني 17/ نهدر وحدي 18/ كي نخرج لازم نلبس طالون باه نحس بالثقة 19/ ندير نواظر و أنا نشوف نورمال 20/ عندي ألوان معينة نلبسهم كيما الأسود 21/ بد تخرجي ماوليتش نخرج 22/ كي نخرج يفوتو عليا لبنات يضحكو عليا 23/ نساء مانعرفهمش يمشرو فيا 24/ ماوليتش نخرج خلاص 25/ كرهت حياتي 26/ حياتي مدمرة 27/ مافهمتش واش درت للناس 28/ علاه يكرهوني 29/ مانقعدش مع الدار 30/ مايحوسوش عليا 31/ لوكان موش ختي كيفاه ندير 32/ أنا مانيش مهبولة 33/ أنا مليحة 34/ أنا لابس عليا 35/ راح يقتلني دواء هذا 36/ راح يهلني 37/ أنا راح نجسو 38/ دارلي الخبطة 39/ دارلي الحليب في سدري 40/ دقول راح نرضع 41/ قلقني 42/ وليت ناكل بزاف 43/ نرقد مانفيقش 44/ ديرونجاني الدواء 45/ موش كيما الأول نفعتني 46/ من الأول رقدني 47/ تناحالي شويا الخوف 48/ وليت نونقاجي 49/ نخرج شويا نشوف نور ربي 50/ وتنحالي شوي هناك التخمام لي فزهري 51/ قبل ما نشرب الدواء مالازمش يشوفوني الناس 52/ يهدرو عليا الناس 53/ ندير روجي معلمة 54/ ونبدا نهدر وحدي 55/ كنت نقول ديما علاه الناس مايحبونيش 56/ من بعد ماساعدنيش الدواء 57/ ماعجبنيش 58/ غير يزيد عليا 59/ دك الحمد لله 60/ معاك ومع البسيكياتر تحسنت حالي 61/ خففي الجرعة تاع دواء 62/ وكي خففي تناحالي الحليب من سدري 63/ ماوليتش نقلق 64/ تنحالي رجفة يدي 65/ حكمت منصب في الابتدائي مستخلفة 66/ وليت نخرج 67/ ماوليتش نخمم فزهري.

المرحلة الثانية:

الأبعاد	الفئات التي تمثلها	تواتر الفئات	النسب المئوية
وسواس قهري	- أفكار قهرية: 26/25/24/12/11/10/7/3 - سلوكات قهرية: 20/19/18/16/15/13	08 06	%57.14 %42.85
	ف2	ك:14	%20.89
أعراض ذهانية	- هلاوس سمعية: 2/6/5/23/52 - هلاوس بصرية: 22	05 01	%83.33 %16.66
	ف2	ك:6	%8.95
أعراض اكتئابية	- العزلة و الشعور بالوحدة: 30/29/14/13 - غياب الدعم النفسي و الاجتماعي: 55/8/4/3/1	04 05	%44.44 %55.55
	ف2	ك:9	%13.43
رفض الالتزام بالعلاج الدوائي	رفض العلاج الدوائي: 58/57/56/45/44/37/36/35/34/33/32 - الآثار الجانبية للدواء: 43/42/41/40/39/38	11 06	%73.33 %40
	ف2	ك:15	%22.38
فعالية الدعم النفسي	- إدراك الفعلي للأثر العلاجي النفسي: 67/66/65/64/63/62/61/60/59/50/49/48/47/46	14	%100
	ف1	ك:14	%20.89

جدول رقم 03: يبين نتائج تحليل محتوى المقابلة مع الحالة الثانية _ ه _

المرحلة الثالثة:

نتج عن تحليل محتوى المقابلة مع الحالة الثانية "ه" 5 أبعاد هي على الترتيب التالي:

1- الوسواس القهري: بنسبة 20.89%

وتضمن هذا البعد بدوره فئتان هي:

● الأفكار القهرية: وذلك بنسبة 57.14%

بالنسبة للحالة "ه" وحسب ما ورد في المقابلة مع الأخصائية فقد تبين أنها عانت كثيرا من الأفكار التسلطية التي تسيطر على وعيها تتضمن : الشك المستمر في نوايا الآخرين، الاعتقاد بأن الجميع يراقبها أو يكرهها وأفكار متكررة كونها "غير مقبولة" أو "مضطهدة"، مما يسبب لها شعورا دائما بالعجز. تتكرر هذه الأفكار بشكل لا إرادي وتسبب لها ضيقا شديدا و عزلة.

● السلوكات قهرية: بنسبة 42.85 %

كل العبارات التي عبرت بها الحالة تدل على السلوكات المتكررة التي كانت تقوم بها لتقليل التوتر الناتج عن أفكارها الوسواسية، مثل تجنب الأماكن المزدحمة، ارتداء ملابس ذات ألوان معينة للشعور بالأمان، استعمال النظارات السوداء، والابتعاد عن أعين الناس. هذه الأفعال تمنحها وهم السيطرة لكنها تعزز الوسواس.

2- الأعراض الذهانية: بنسبة 8.95 %

تضمن فئتين:

● هلاوس سمعية: بنسبة 83.33 %

حسب ما صرحت به الأخصائية من خلال المقابلة مع الحالة و أختها تبين أنها تعتقد بأن هناك من يتهاوس عنها أو يسخر منها، رغم غياب دليل واقعي. هذا ما يشير الى وجود أوهام واضحة، و يعكس هذا تدهورا في واقعها، مما يرفع احتمالية وجود اضطراب ذهاني خفيف أو اضطراب مزاجي مع عناصر ذهانية.

● هلاوس بصرية: بنسبة 16.66 %

تشير إلى أنها ترى البنات يضحكن عليها، وهو تفسير قد يكون إسقاطا ذهنيا لقلق داخلي أو إدراكا مشوشا للواقع، مما يدعم وجود تشوش إدراكي أو هلاوس بصرية عابرة.

3- أعراض اكتئابية: بنسبة 13.43 %

وتضمن فئتين:

● العزلة والشعور بالوحدة: بنسبة 44.44 %

تظهر عبارات هذه الفئة انسحابا اجتماعيا حادا وتجنبا للآخرين، والعيش مع العائلة دون تفاعل ايجابي زاد من شعورها بالعزلة ، مما يعكس أعراضا اكتئابية واضحة أدت بها إلى الشعور بالعجز عن التحكم في حياتها وضعف المهارات الاجتماعية كعدم قدرتها على التعامل مع الضغوط الاجتماعية و النفسية.

● غياب الدعم النفسي والاجتماعي: بنسبة 55.55 %

سجل من خلال المقابلات مع الأخصائية بأن الحالة تشعر بأن لا أحد يحبها، وأن عائلتها لا تدعمها عاطفيا، مما يعكس خبرات شعورية سلبية حادة بغياب الدعم العاطفي من العائلة و الأصدقاء ، وشعورا بالرفض وتعرضها للتنمر و السخرية من المجتمع المحيط بها، مما يغذي معاناتها ويزيد من أعراضها الاكتئابية .

4- رفض الالتزام بالعلاج الدوائي: بنسبة 22.38 %

وتضمن فئتين:

● رفض العلاج الدوائي: بنسبة 73.33 %

الحالة ترفض فكرة المرض العقلي و رفض الاعتراف بأنها بحاجة إلى الدواء لاعتقادها بأن تناول الأدوية النفسية يعني أنها " مجنونة" أو يعكس ضعفا شخصيا، مما يعكس وصمة اجتماعية عميقة ، هذا شائع في الإضطرابات ذات الطابع الذهاني .
يظهر هنا إنكار مرضي و محاولة لتجنب توصيف الذات كمريضة نفسية.

● الآثار الجانبية للدواء: بنسبة 40 %

بعد تلقي الحالة لبعض الجرعات من الأدوية النفسية، لوحظ تحسن طفيف في الأعراض (مثل: تقليل الوسواس و القدرة على الخروج من المنزل) و هذا يشير إلى استجابة أولية للعلاج.
لكن هذا التحسن لم يكن كافيا لتعزيز التزامها بالعلاج لاستبصار الحالة "هـ" بآثار جسدية غريبة و غير مريحة من الدواء مثل انتفاخ الصدر، النعاس، الإفراط في الأكل.....
فهذه الأعراض قد تكون فعلية أو مضخمة بسبب قلقها من العلاج و هذا ما يضعف التزامها بالدواء، فالآثار الجانبية للدواء تؤثر على جودة حياتها. مما يفسر تردد الحالة في الاستمرار بالعلاج و مقاومته.
وهذا يستدعي تصحيح بعض المعتقدات الخاطئة حول الدواء .

5- فعالية الدعم النفسي: بنسبة 20.89 %

يتضمن هذا البعد فئة واحدة

● الادراك الفعلي للأثر العلاجي النفسي: بنسبة 100 %

أظهرت الحالة "هـ" تحسنا واضحا بعد الجلسات النفسية و تخفيف الجرعة الدوائية و تثقيفها حول أهمية العلاج النفسي و الدوائي و كيفية عمله، إعادة تقييم الجرعات و البحث عن بدائل أقل تأثيرا و تنظيم جلسات علاجية عائلية كلها ساهمت في تحسين العلاقة بين الحالة "هـ" و عائلتها، و ساهمت أيضا في تصحيح المفاهيم الخاطئة (مثل اعتقادها أن الأدوية النفسية مخصصة للمجانين فقط).
حيث خفت حدة الوسواس، وتحسنت نظرتها للحياة و أصبحت قادرة على العمل و الخروج.
بالإضافة إلى بعض التدخلات النفسية التي ساهمت في التغلب على التحديات و هي:

أولا: العلاج النفسي المعرفي السلوكي :

من خلال:

- التركيز على تصحيح الاعتقادات الخاطئة حول الدواء و المرض النفسي (مثل الدواء للمجانين) وتقديم بدائل معرفية.
- التعرض التدريجي للمثيرات التي كانت تتجنبها (كالخروج من المنزل و خلع النظارات و خلع الحذاء ذو الكعب).
- تعزيز الثقة بالنفس و العمل على التوكيد الذاتي وتقدير الذات، مما يخفف من شعورها بالدونية.
- شرح أهمية الدواء وكيفية عمله على كيميائية الدماغ.
- تقديم استراتيجيات لتقليل الآثار الجانبية (مثل تناول الدواء بعد الأكل)

- تنظيم جلسات علاج عائلي لتحسين العلاقة بين الحالة وعائلتها ، وتعليم العائلة كيفية دعم الحالة عاطفيا و اجتماعيا.
- تنظيم جلسات لتحسين مهارات التواصل الاجتماعي.
- تشجيع الحالة "ه" على المشاركة في أنشطة اجتماعية بسيطة.
- التدخل السلوكي تمثل في تشجيعها على كسر العزلة الاجتماعية، مواجهة المواقف المثيرة للقلق وتغيير العادات المرتبطة بالأعراض (مثل: تجنب الخروج وارتداء نظارات وقبعة).

ثانيا: التثقيف النفسي:

- ساعد في تفهم المريضة لطبيعة مرضها وسبب الأعراض الجانبية، وهذا ساهم في تقليل الخوف والرفض المرتبط بتناول الدواء خاصة مع اعتقادها السابق أنه دواء "للمجانين".
- كسر الوصمة حول الدواء و المرض النفسي ، زاد من التقبل العلاجي وعزز الالتزام بالدوائي، بالتالي ساهم في تقليل الانتكاسات وتحقيق الاستقرار.

ثالثا: الملاحظة والمقابلة:

- أسهمت المقابلة و الملاحظة في المتابعة الدقيقة لتطور الأعراض النفسية و الجسدية الناتجة عن الدواء، كما ساعدت في فهم السياق الاجتماعي و الشخصي للمريضة.
- رصد التغيرات السلوكية و الانفعالية عن قرب مثل اضطراب النوم، تقلبات المزاج، ضعف التركيز و التعب.
- تقديم تدخلات فورية عند تزايد القلق أو الرفض ، كتعديل الجرعة الدوائية أو استخدام كلمات محفزة وتقديم دعم مستمر لتعزيز دافعية المريضة ومساعدتها على مواجهة وصمة المرض و الدواء. وهذا دليل على تعاون الأخصائي النفسي وطبيب الأمراض العقلية لضمان شمولية العلاج.

رابعا: المقاييس النفسية:

- استخدام الأخصائي النفسي للمقاييس النفسية تساعد في قياس مدى تحسن الأعراض الجانبية بعد التدخل.
- مكنت الأخصائي النفسي من تقييم فعالية التدخلات النفسية و الدوائية .
- تساعد في تحديد متى يجب تعديل الدواء أو التدخل العلاجي.
- يوجد إدراك تدريجي لتحسن حالتها النفسية، و هذا يشير إلى فعالية العلاقة العلاجية و الدعم النفسي المقدم.

3-2-5- تحليل عام للحالة الثانية – ه-:

من خلال نتائج تحليل المحتوى للحالة "ه" يتضح أنها تعاني من اضطراب وسواس قهري مصحوب بأعراض ذهانية، حيث عاشت صراعات داخلية عميقة تجلت عبر سيطرة الأفكار القهرية بنسبة 57.14% و السلوكات القهرية بنسبة 42.85%، و التي كانت تمثل 20.89% من مضمون تحليل الحالة، مما انعكس في أقوالها: "أنا الناس منحبينش، يتغامزو عليا، مانحبش نكون في بلاصة فيها الغاشي"، وهو ما يكس احتياجات داخلية غير مشبعة و معتقدات خاطئة متعلقة بنظرة الآخرين إليها.

ظهرت أيضا أعراض ذهانية بنسبة 8.95%، من خلال هلاوس سمعية بنسبة 83.33% و هلاوس بصرية بنسبة 16.66%، حيث صرحت بأنها تشعر بأن الآخرين يراقبونها و يسخرون منها: "النسا منعرفهمش يمنشرو فيا، كي نخرج يفوتو عليا لبنات يضحكو عليا"، ما يدل على تشوش إدراكي و ضعف في التقدير الواقعي للمواقف. كما عانت من أعراض اكتئابية بنسبة 13.43% شملت العزلة و الوحدة بنسبة 44.44%، و غياب الدعم الاجتماعي بنسبة 55.55%، تجسدها أقوال مثل: "ماحوسوش علي، كرهت حياتي، مفهمتش وش درت للناس". أما فيما يتعلق بالعلاج الدوائي، فقد أبدت مقاومة شديدة له بنسبة 22.38%، إذ ظهر رفض العلاج بنسبة 73.33% مقابل تأثيرات جانبية بنسبة 40%، معبرة عن قلقها عبر تصريحات مثل: "راح يقتلني الدوا هذا، دارلي الخبطة في سدري، نرقد منفيقش". مما يؤكد دور الوصمة الاجتماعية و المعتقدات الخاطئة المرتبطة بالأدوية النفسية في تعزيز رفضها للعلاج.

تتماشى نتائج الحالة مع ما ورد في الجانب النظري بأن مضادات القلق و الاكتئاب تسبب آثارا جانبية كالنعاس، جفاف الفم، اضطرابات في النوم. مما يستدعي دور الأخصائي النفسي في التخفيف منها عبر استراتيجيات علاجية مركزة وهي:

- **التخفيف النفسي** من خلال شرح طبيعة الأدوية وكيفية عملها على الجهاز العصبي، توضيح أن الأعراض الجانبية غالبا ما تكون مؤقتة وتتحسن مع الوقت أو مع تعديل الجرعات و تصحيح المعتقدات الخاطئة المرتبطة بالدواء كقولها "دواء يشربوه غير المجانين".
 - **التوجيه السلوكي** من خلال تشجيعها على تعديل نظامها الغذائي لتقليل الشهية المفرطة، مثل تناول وجبات صحية خفيفة، اقتراح ممارسة رياضة المشي الخفيف لتنظيم النوم وتحسين المزاج ومراقبة النوم و النشاطات اليومية عبر سجل لتقييم التقدم.
 - **التعاون مع الطبيب النفسي** من خلال رفع تقرير عن الأعراض الجانبية للطبيب المختص، اقتراح تخفيض الجرعة تدريجيا حسب قول الحالة "خفلي الجرعة تاع دواء" مما أدى إلى تلاشي الأعراض مثل انتفاخ الصدر و رجفة اليدين.
 - **الدعم النفسي المستمر** من خلال تقديم جلسات دعم أسبوعية بمرافقة الحالة وساعدها على التعامل مع القلق المرتبط بالآثار الجانبية وتعزيز دافعية الحالة للاستمرار في العلاج من خلال تسليط الضوء على التحسنات الايجابية كقولها "وليت نخرج، وماوليتش نخمم فزهر".
 - **العلاج المعرفي السلوكي** من خلال استخدام تقنيات إعادة البناء المعرفي لإعادة تفسير الأعراض الجانبية بشكل ايجابي وتمكين الحالة من التعامل مع المخاوف عبر استراتيجيات الاسترخاء و التنظيم الذاتي.
- تبرز دراسة حالة "ه" أن التدخل النفسي المتكامل و المتخصص يشكل حجر الأساس في التعامل مع التحديات المرتبطة بآثار مضادات القلق و الاكتئاب. و قد أثبت الأخصائي النفسي دوره الحيوي ليس فقط في دعم المرضى نفسيا، بل في تسهيل عملية الالتزام العلاجي وتحقيق الاستقرار النفسي عبر معالجة الأعراض الجانبية للأدوية، بما ينسجم مع أهداف وفرضيات الدراسة.

3-5- تقديم الحالة الثالثة: ح

1-3-5- البطاقة الإكلينيكية للحالة الثالثة: ح-

ح، حالة تبلغ من العمر 54 سنة، تقيم بولاية أم بواقي، تعيش مع والديها، غير متزوجة، لم تدرس وماكثت في البيت.

المشكلة:

تعاني السيدة "ح" من اضطراب الوسواس القهري المتعلق بالنظافة، حيث بدأت الأعراض في الظهور منذ سن 24، عقب مشاهدتها موقفاً أثار اشمئزازها، تمثل في رؤيتها لخالها وهو يتبول في الفراش، مما جعلها تربط بين هذا التصرف ونجاسة بيت جدها وخالها. ومنذ ذلك الوقت، دخلت في دوامة من السلوكيات القهرية المرتبطة بالنظافة.

تم تحويل الحالة إلى الأخصائية النفسانية من طرف زوجة أخيها، علما بأنها سبق و أن خضعت للعلاج عند طبيب نفسي، لكنها لم تلاحظ أي تحسن. وخلال جلسات التقييم الأولى، لاحظت الأخصائية النفسانية أن الحالة متدهورة بشكل كبير، حيث استمرت معاناة الحالة لمدة تقارب 30 سنة، (من عمر 24 إلى 54 سنة) دون تحسن وهذا الأمر الذي دفعها إلى إحالتها مجدداً إلى طبيب الأمراض النفسية للمتابعة الدوائية. وقد وصف لها الدواء المتمثل في:

● Depridine، بالإضافة إلى Paroxetine، وهو من مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية (SSRIs) من مضادات الاكتئاب، وذلك بهدف التخفيف من حدة الأعراض الوسواسية وتحسن حالتها النفسية. إلا أن استخدام هذه الأدوية أدى إلى ظهور بعض الأعراض الجانبية كالقلق، الحساسية...، مما تطلب متابعة دقيقة من طرف الأخصائية لضمان التوازن بين الفعالية العلاجية و الآثار الجانبية.

2-3-5- نتائج تحليل محتوى المقابلة مع الحالة الثانية - ح - :

المرحلة الأولى: العبارات المستخرجة من محتوى المقابلة للحالة الثالثة:

1/ حياتي مدمرة 2/ حياتي ماعندها حتى معنى 3/ أنا زي 4/ أنا مسخة 5/ الخماج يتبع فيا 6/ ما يحبش يبعدني لوسخ 7/ ملي كنت في عمري 25 سنة وانا هك 8/ رحت ضيفة لدار جدي 9/ وشفيت خالي يبول في الحوش 10/ تفززت 11/ نحب نتقيا فرات كي شفت هكاك 12/ قلبي راح نردو 13/ صايي هزيت نضرة موش مليحة على دار جدي 14/ بلي نجيسيين 15/ مسخين 16/ وليت نغسل في يديا 17/ ووجهي 18/ نغسل قداه من مرة 19/ فليل كي نحب نتبول لازم ندوش 20/ مايمنيش الماء سخون ولا بارد 21/ المهم ندوش 22/ وليت مانسلمش على الناس 23/ مانخرجش 24/ منخلي حتى واحد يدخل لشمبرتي 25/ نتوضا فايث 10 مرات 26/ نغسل يديا فايث 100 مرة في نهار 27/ مانمدش يدي ونسلم على الناس 28/ مانستقبل حتى واحد 29/ مانزور حتى واحد 30/ مانقعدهش فوق الكرسي 31/ مانفتحش الباب 32/ مانغلقش الباب 33/ ملي شفت هكاك المشهد لازم نتبول كل ليلة 34/ رحت قبل عند طبيب (طبيب الأمراض العقلية) 35/ مدلي دواء 36/ بصح مانفعنيش 37/ ماضنيش نرتاح 38/ لوكان نرتاح برك نجيبلك غداء 39/ قوليلي برك واش لازم ندير ندير 40/ ماقدرتش 41/ لوكان يدخل راجل لطولات وندخل وراه نولي بالكركش 42/ لوكان نرتاح مانزيدش نقول لربي يزيدلي حاجة 43/ كي نصلي ديما نعاود

44/ نعاود نحسب الركعات 45/ لا نغلط فيهم 46/ نخاف من الوسخ لا يكون متبعني 47/ نسيق 5 مرات حتى 10
 فنهال نورمال 48/ مانرتاحش كي نكون مسخة 49/ ولا نلقا حاجة مسخة 50/ حتى علاقي مع ناس ولفاميلة ولات
 فزهر 51/ يحسابوني نزيد عليها 52/ خاصة كي مانضيفش 53/ مانخرجش بزاف كي بكري 54/ ولا كي نتلاقاهم
 وندير احتياطاتي يقولولي تبدلتي 55/ كي يجيونا ضياف مانقعدرش معاهم 56/ مانزيدش نروح لراجل يداويني
 57/ ملي وليت نشرب فدواء مانحسش روي مليحة 58/ دواء هذا قتلي 59/ ماهوش يداوي فيا نورمال 60/
 مانحبش نكملو 61/ يحب يهلني 62/ شوفي كيفاه نفخي 63/ ونحب ناكل فرات 64/ في كل وقت ناكل 65/ وكي
 نكمل نحب نرقد 66/ ولا نتكا 67/ نقلق 68/ دارلي حساسية 69/ نغرق اخر 70/ يحكموني دوخات 71/ دك مع
 هاذيك الورقة لي درتالي ونتبعها معاك 72/ نقصت شوي من لغسيل 73/ ملي كنت نتوضا 10 مرات وليت مرتين
 فرات 74/ ملي كنت نغسل يديا فاي 100 مرة وليت 6 مرات فرات في اليوم 75/ ماوليتش نروح نتبول بزاف قليل
 76/ وغذا نروح نتبول ماندوش 77/ نغسل يديا بالصابون مليح برك 78/ وليت نروح للجامع نصلي مع ناس 79/
 وليت نضيف عند لعداد 80/ نسلم نورمال 81/ نستقبل ضيوفي في دارنا 82/ ترخفت عليا القلقة 83/ حتى لماكلة
 ناكل في لمعقول وساعات مانتعشاش بكل 84/ حتى طبيب حبسلي الدواء

المرحلة الثانية:

الأبعاد	الفئات التي تمثلها	تواتر الفئات	النسب المئوية
وسواس قهري	الأفكار	20	62.5%
	السلوكات القهرية المتعلقة بالنظافة: 49/48/46/45/44/43/41/33/15/14/13/12/11/10/9/8/7/6/5/4/21/20/19/18/17/16/47/32/31/30/26/25	12	37.5%
	ف=2	ك=32	38.09%
معاناة نفسية	أعراض اكتئابية: 42/40/39/38/37/3/2/1	08	40%
	ضعف التفاعل الاجتماعي الناتج عن الوسواس القهري: 55/54/53/52/51/50/29/28/27/24/23/22	12	60%
	ف=2	20	23.82%
رفض الالتزام بالعلاج الدوائي	رفض العلاج الدوائي: 61/60/59/58/57/56/36/35/34	09	50%
	الآثار الجانبية للدواء: 70/69/68/67/66/65/64/63/62	09	50%
	ف=2	ك=18	21.42%
فعالية	مظاهر التحسن: 84/83/82/81/80/79/78/77/76/75/74/73/72/71		

الدعم النفسي		14	100%
	ف=1	ك=14	16.66%
		84	

جدول رقم 04: يبين نتائج تحليل محتوى المقابلة مع الحالة الثالثة - ح -

المرحلة الثالثة:

نتج عن تحليل محتوى المقابلة مع الحالة الثالثة "ح" 4 أبعاد هي على الترتيب التالي:

1- الوسواس القهري: بنسبة 38.09%

هذا البعد هو المحور المركزي للحالة، ويمثل جوهر معاناتها. يتجلى في فئتين هما:

● الأفكار الوسواسية: بنسبة 62.5%

هذه الفئة تضم العبارات التي تعبر عن الأفكار المتكررة اللاإرادية التي تدور حول التلوث والنجاسة، مثل: "أنا مسخة، الخماج يتبع فيا، نجيسين". هذه الأفكار تشير إلى تشوهات معرفية كالتعميم المفرط وهي سمة شائعة في الوسواس القهري، مما تسبب لها القلق والتوتر.

● السلوكات القهرية المتعلقة بالنظافة: بنسبة 37.5%

تشير هذه الفئة إلى استجابة الحالة لتلك الأفكار الوسواسية بسلوكات قهرية تهدف إلى إزالة النجاسة أو تجنبها، بشكل مبالغ فيه وغير واقعي، والعبارات الدالة على ذلك "نغسل يديا أكثر من 100 مرة، نتوضأ 10 مرات، ندوش حتى فليل" هذه السلوكيات هي آلية لتقليل القلق الناتج عن الأفكار الوسواسية، لكنها أدت بالحالة "ح" إلى الإدامة المرضية (29 سنة من المعاناة). مما أثر على جودة حياتها وضعف الأداء الاجتماعي و الشخصي.

2- المعاناة النفسية: بنسبة 23.82%

يظهر هذا البعد كيف تحول الاضطراب إلى معاناة نفسية شاملة تتغلغل في الشعور بالذات والعلاقات و الدافعية، ويتضمن فئتين:

● أعراض اكتئابية: بنسبة 40%

تشير هذه الفئة إلى شعور الحالة باليأس والحزن، فقدان المعنى والأمل واحتقارها لذاتها، إذ تظهر بوضوح في العبارات التالية: "حياتي مدمرة، كرهت، ماقدرتش". هذا يعكس يأسا شديدا مما أدى بها إلى العجز وعدم السيطرة على سلوكاتها وأفكارها.

● ضعف التفاعل الاجتماعي الناتج عن الوسواس القهري: بنسبة 60%

كل عبارات هذه الفئة تصف انسحاب الحالة من العلاقات الاجتماعية بسبب الخوف من التلوث و الوصمة كقولها: "مانسلمش، مانزور حتى واحد، مانخرجش كيما بكري، يقولولي تبدلتي". مما أدى الى تدهور علاقاتها الأسرية و الاجتماعية ويعزز شعورها بالوحدة و الانفصال عن المحيط .

3- رفض الالتزام بالعلاج الدوائي: بنسبة 21.42%

يظهر هذا البعد المقاومة النفسية الداخلية للعلاج، خاصة بعد تجارب سلبية سابقة مع أطباء و أدوية. ويتضمن فئتين أيضا هما:

● رفض العلاج الدوائي: بنسبة 50%

تتجلى عبارات هذه الفئة في عدم اقتناع الحالة بفعالية الأدوية واعتقادها أنها تؤذي بدل أن تساعد حسب قولها "الدواء هذا قتلتني". حيث تكشف عن صراع داخلي بين الرغبة في التغيير و الخوف من فقدان السيطرة بسبب تعميم تجارب فشل سابقة على كل محاولة علاجية لاحقة، مما يستعدي تدخلا نفسيا داعما أكثر من مجرد تدخل دوائي.

● الآثار الجانبية للدواء: بنسبة 50%

تعرض هذه الفئة تجربة سيئة أو سلبية مع الدواء وذلك يظهر من خلال تعبير الحالة: " نعرق، يحكموني دوخات، ناكل بزاف"، تعكس آثارا جانبية مزعجة جعلت الحالة تربط الدواء بزيادة معاناتها لا تخفيفها. وهذا ما يعزز الدافعية لرفض الاستمرار في العلاج ويفسر تهور الحالة على المدى الطويل.

1- فعالية الدعم النفسي: بنسبة 16.66%

يمث هذا البعد نقطة تحول إيجابي في الحالة، ويعكس أثر التدخل النفسي العلاجي في تخفيف الأعراض، مما يعيد التوازن و السلوك الطبيعي تدريجيا. ويتضمن بدوره فئة واحدة:

● مظاهر التحسن: بنسبة 100%

- تظهر هذه الفئة نتائج ايجابية للتدخل النفسي.
- تراجع السلوكيات القهرية و العودة إلى الأنشطة الاجتماعية.
- تشير إلى استجابة الحالة للتوجيه والإرشاد النفسي ووجود رغبة للحالة في التغيير.
- الدعم النفسي ساعد على استعادة التوازن بين الطقوس و الواقع، وتقليل السلوك القهري.
- ومن عباراتها الدالة على ذلك : "وليت نروح للجامع، ملي كنت نتوضأ 10 مرات وليت مرتين فرات، نستقبل ضيوف". وهذا ما يدل أو يبرهن على أن التغيير ممكن حتى في الحالات المزمنة، إذ توفرت العلاقة العلاجية الفعالة و التقنيات النفسية الملائمة.

ومن التدخلات النفسية التي ساهمت في النتائج الايجابية للعلاج هي:

أولاً: العلاج المعرفي السلوكي:

- إعادة الهيكلة المعرفية، ساعدت في تعديل المعتقدات المشوهة حول الوسخ و الجراثيم، وتراجع معتقداتها بالتدريج.

- استعمال تمارين التعرض جعل الحالة تواجه مخاوفها تدريجيا دون الانخراط في سلوكيات التنظيف القهري، ومنع الاستجابة للتقليل من الوسواس القهري. ما أدى بالحالة إلى التراجع في عدد مرات الغسل و الوضوء وانخفاض تدريجي في شدة الأعراض.
- استخدام تقنية إعادة البناء المعرفي لإعادة بناء مفهوم الذات المهترئ وتحسين نظرة الحالة لنفسها وحياتها.
- تشجيع المريضة على استعادة العلاقات الاجتماعية، مما ساعدها في التغلب على الشعور بالعزلة.
- ساهم الأخصائي النفسي في الحد من الآثار الجانبية للأدوية، من خلال تعديل السلوكيات الغذائية، تنظيم النوم، تمارين الاسترخاء. مما أدى إلى تحسين تقبل المريضة للعلاج الدوائي وتخفيض الآثار الجانبية تدريجيا.
- جداول سلوكية تمثلت في جداول للوضوء و الغسل و الاستحمام، ساعدت على تقنين السلوك القهري تدريجيا دون قطع مفاجئ لكي لا يسبب الانتكاسة.

ثانيا: التثقيف النفسي:

- شرح طبيعة الأعراض الجانبية للحالة بأنها مؤقتة وقابلة للتحكم، ما ساعدها في تقبلها وعدم الانزعاج الزائد منها.
- تخفيف القلق المرتبط بالأعراض الجانبية للأدوية (كالقلق من السمنة و التعرق) وقلل المقاومة للعلاج الدوائي.

ثالثا: الدعم النفسي والتحفيز

- ساهم الدعم النفسي في التقليل من شدة الوسواس ومن الحاجة المستمرة للدواء، كما ساعد في التقليل من الأعراض الجانبية الناتجة عن الأدوية من خلال تحسين التوازن النفسي للحالة.
- تقديم الدعم النفسي و الانفعالي من خلال جلسات الاستماع و التفريغ الانفعالي
- تشجيع الحالة على الاستمرار في العلاج من خلال كلمات تحفيزية مثل (هذه الأعراض طبيعية، أنت في طريق التحسن) أعطتها دافع للاستمرار، مع تعزيز الثقة في فاعليته، مما منع الانقطاع عن العلاج رغم الآثار الجانبية للأدوية.

رابعا: التوكيد الذاتي

- عزز التوكيد الذاتي احترام الذات لدى الحالة التي كانت ترى نفسها على أنها متسخة وليس لها أي معنى.
- دعم فكرة أنها تستحق التعافي ولها قيمة، مما ساعد في تحسين المزاج وتخفيض العزلة.

خامسا: المقابلة والملاحظة والمقاييس النفسية

- دعمت التشخيص الدقيق
- متابعة التغيرات وتعديل التدخل حسب استجابة الحالة.
- تمثل الدور الأساسي للأخصائي النفسي في:
 - إعادة التوازن النفسي للحالة عند ظهور أعراض جانبية.
 - منحها أدوات سلوكية ومعرفية تجعلها تتكيف مع الأعراض وتتخطاها.
 - مراقبة مستمرة لتأثير الدواء وتعديل طريقة التعامل حسب استجابة الجسم.

- يمكن الحالة من تخفيف الوسواس نفسياً، مما قلل الاعتماد على الدواء تدريجياً، مما يبرهن على الدور العلاجي الموازن للأخصائي النفسي في ضبط الجرعة و الفعالية الدوائية.
- ساهم الأخصائي النفسي في الحد من آثار الأعراض الجانبية على المدى القصير، من خلال تعديل السلوكيات الغذائية، تنظيم النوم وتمارين الاسترخاء. أدى ذلك إلى تحسين تقبل الحالة للعلاج الدوائي وتخفيض الآثار الجانبية تدريجياً.

3-3-5- تحليل عام للحالة الثالثة - ح :-

من خلال نتائج الأدوات المطبقة على الحالة تظهر (ح) البالغة من العمر 54 سنة، معاناة مزمنة من اضطراب الوسواس القهري المرتبط بالنظافة، وهو اضطراب بدأ بعد صدمة نفسية في سن مبكر، تطور لاحقاً إلى مجموعة من الأعراض الوسواسية القهرية المصحوبة بمعاناة نفسية، حيث استمرت الأعراض لأكثر من 30 عاماً دون تحسن ملحوظ، مما انعكس على جوانب متعددة من حياتها النفسية والاجتماعية. من خلال تحليل محتوى المقابلة، تبين أن البعد الأكثر بروزاً في حالتها هو الوسواس القهري بنسبة 38.09%، تجلى من خلال أفكار وسواسية بنسبة 62.5% وسلوكيات قهرية بنسبة 37.5%، مما تسبب في إعاقة وظيفية واجتماعية كبيرة. ويؤكدده 'ارون بيك' أن المحتوى الفكري للوسواس يتعلق بصفة عامة بخطر بعيد يظهر في هيئة شك أو حيلة، أما الطقوس القهرية فتكون من محاولات تهدئة الشكوك والوسواس عن طريق العمل، مثال غسيل اليد القهري فهو قائم على اعتقاد المريض أنه لم يزيل كل الأوساخ من بعض أجزاء جسمه. (المتولي، 2019، ص. 81).

حيث أظهر البعد الثاني بشكل خاص بنسبة 23.82% أن الوسواس القهري تسبب في مشاعر اكتئابية حادة و انسحاب اجتماعي شبه تام، مما زاد من معاناتها النفسية.

كما يظهر في تحليل النتائج أن 21.42% من العبارات التي صرحت بها الحالة تركزت حول رفض العلاج الدوائي بسبب الآثار الجانبية التي شكلت حاجزاً نفسياً أمام الالتزام بالعلاج.

ووفقاً للجانب النظري، فإن هذه الأدوية (Depristine, Paroxetine) تصنف ضمن الأدوية ذات الفعالية العالية لكن ترافقها آثار جانبية نفسية وجسدية تحتاج إلى متابعة دقيقة. فالحالة (ح) عبرت عن رفضها الصريح للعلاج الدوائي، باستخدام عبارات قوية: "الدواء قتلني، زادني القلق، حب يهبلني"، مما يعكس عدم استعداد نفسي لتحمل هذه الأعراض، وهو ما يشكل صعوبة الاعتماد فقط على التدخل الدوائي.

فتدخل الأخصائية ساعدت تدريجياً على تقبل العلاج، وقد تجلى ذلك في بعد فعالية الدعم النفسي بنسبة 16.66%، حيث لوحظ تحسن تدريجي في السلوكيات الوسواسية والعلاقات الاجتماعية والانخراط في الأنشطة الدينية والعائلية، من خلال:

- العلاج المعرفي السلوكي: فالأخصائي عمل على :

إعادة البناء المعرفي: تعديل المعتقدات الخاطئة

تقنية التعرض ومنع الاستجابة

التدريب السلوكي: كجداول الوضوء، قللت تدريجياً من الطقوس

- التثقيف النفسي: من خلال شرح آلية عمل الأدوية و آثارها الجانبية المؤقتة
- تقنيات بديلة للتخفيف من الأعراض الجانبية:
كالاسترخاء و التنفس العميق لمواجهة التوتر الناجم عن الدواء
تنظيم النوم و الغذاء: قلة من التعرق و الأرق و الجوع الزائد، وهي آثار مرتبطة بال SSEIs.
التوكيد الذاتي الذي ساعد في استرجاع احترام الذات و تقليل الشعور بالذنب و التشوهات المعرفية.
- المقابلة و الملاحظة و المتابعة الدقيقة: دعمت الأخصائية التشخيص الدقيق، و تابعت فعالية التدخلات بشكل منتظم، مما سمح بتعديل الأساليب حسب تطور الحالة.
وهو ما يبرهن على فعالية الدور النفسي العلاجي، حتى في الحالات المزمنة إذا ما توفرت العلاقة العلاجية الفعالة و البرامج النفسية المناسبة. فالعلاج النفسي لا يكمن فقط في تخفيف الأعراض النفسية، بل أيضا في التخفيف من الأعراض الجانبية للعلاج الدوائي وزيادة التقبل له. ويتجلى الدور التكاملي للأخصائي النفسي في كونه جسر توازن بين فعالية الدواء وتحمل المريض له.
وهذا ما أكدته دراسة (Carcione,2011) التي تحمل عنوان "العلاج النفسي و الأدوية النفسية في الطب النفسي: أي علاقة وترتيب؟"، والتي هدفت إلى معرفة العلاقة التكاملية بين العلاج النفسي و العلاج الدوائي في ميدان الطب النفسي، بحث تم قياس تأثير كل نوع من العلاجات على تخفيف الأعراض وتحسين جودة حياة المرضى. اعتمدت الدراسة على منهج تحليلي نقدي، مستعملة أدوات بحثية مثل تحليل نتائج دراسات مقارنة و أبحاث تصوير الدماغ (PET) التي أوضحت التغيرات العصبية الناتجة عن كلا العلاجين.
وقد أظهرت نتائج الدراسة أن الدمج بين العلاج النفسي و الدوائي غالبا ما يكون أكثر فعالية مقارنة بالاعتماد على أحدهما فقط، لا سيما في اضطرابات مثل الاكتئاب و الوسواس القهري. كما بينت النتائج أن العلاج النفسي قادر على إحداث تغييرات بيولوجية في الدماغ تشابه تلك الناتجة عن العلاج الدوائي، مما يعزز من فعاليته في التخفيف من الأعراض.

4-5- تقديم الحالة الرابعة: ل

1-4-5- البطاقة الاكلينيكية للحالة الرابعة: ل-

الحالة "ل" تبلغ من العمر 46 سنة، متزوجة وأم لأربعة أطفال، ربة بيت، تحصيلها الدراسي يصل إلى الثالثة ثانوي.

المشكلة:

تعاني الحالة "ل" من اكتئاب، بدأت أعراضها في الظهور عندما كانت ترى أم زوجها المقعدة في الفراش وازدادت شدة أعراضها بعد وفاة أم زوجها.

بعد وفاة أم زوجها تغيرت تصرفات زوجها ولم يعد يهتم بها كقبل وفاجأتها فكرة أنه كان يستغلها لكي ترى أمه حسب قولها: "ماقرش فيه الخير"، وقطع عليها كل شيء كالخروج و المصروف...."، مما أثر على حالتها النفسية و تفاقمت أعراضها.

وبسبب تدهور حالتها النفسية قررت الذهاب إلى أخصائية النفسية من أجل المتابعة النفسية، إلا أنها وبعد 4 حصص توقفت عن العلاج بسبب عدم اقتناع زوجها، حيث قام بأخذها إلى طبيب نفسي قائلاً لها: " نتي حالتك تاع دوا، وداني لبسيكياتر".
وصف لها الطبيب دواءين:

● الأول Fluoxetine وهو من مضادات الاكتئاب من فئة مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية (SSRI).

● والثاني (Lysanxia) وهو مهدئ من فئة البنزوديازيبينات

وقد تسببا لها في أعراض جانبية تمثلت في خروج الحليب من الثدي دون وجود حمل أو رضاعة، إضافة إلى زيادة في نوبات القلق، مما استدعى عودتها إلى الأخصائية النفسية.

2-4-5- نتائج تحليل محتوى المقابلة مع الحالة الثالثة - ل - :

المرحلة الأولى: العبارات المستخرجة من محتوى المقابلة للحالة الرابعة:

1/ ما عنديش لذة في الحياة/2/ مانحسش بحتى حاجة/3/ مانطعمش الماكلة/4/ ما فهمتش من كورونا ولا من واش/5/ ديما مدققة/6/ مانقومش بولادي/7/ مانحبش نقعد مع لعباد/8/ يما ما نشتيش نزورها/9/ كي نخرج نمشي نعرق/10/ رجليا مايحبوش يمشيو/11/ يدي ترجف/12/ مانحسش بالأهمية/13/ راجلي مانحسش بيه أصلا/14/ ما عنديش أهمية في الحياة هادي/15/ مرضت ولادي/16/ نقوم بأومورو وما نيش مليحة/17/ نهار ماتت تنحا كلش/18/ العز كل راح/19/ أنا فقت بيه/20/ راجلي يعايرني/21/ يضربني/22/ مايحبش يسلكلي لافيسيت/23/ ربي يعيشك ماتقوليلوش/24/ ما قرش فيه خير/25/ كي كانت أمو نقوم بيه ديما يخرجني/26/ يجييلي الحانوت للدار ويقول خيري لي يعجبك/27/ لمصروف كان في يدي/28/ ماتت أمو راح كلش/29/ لمصروف راح/30/ خزني في الدار/31/ كي يقلق يآثر فينا كل/32/ ياخي شفتي قالي عودي أرواحي وحدك/33/ قالي يجيبك ولدك/34/ ولدي نبخس بيه/35/ بنتي ماتروحش للجامعة في جرتي تعاوني/36/ سيفو خرج بسبتي من لقراية/37/ ما عنديش رغبة جنسية/38/ حتى كي يطلب مني راجلي فوق القلب/39/ نخاف نبخس بولادي/40/ جبد روحو عليا/41/ ما ولاش يجييلي كيما بكري/42/ طلبت عندو نرجع عندك مابغاش قالي لالا/43/ قالي حالتك تاع دوا/44/ داني لبسيكياتر/45/ مدلي الدواء/46/ في الأول فادني/47/ رجعت نرقد/48/ رجعت مانقلقش/49/ من بعد دارلي الكونسار/50/ من لحليب لي في سدري/51/ وليت ما نهتمش بالجانب الجنسي/52/ وصل راجلي يقولي أنا نزوج ماتخرجش عليا لحياة هادي/53/ باش نقعد وحدي ونخمم نروح نجامع راجلي مستحيل/54/ شفتي مانحب ناكل والو من غير peua ياؤورت قليل يبردي علي قلبي/55/ كي شافني ناكل كل ليلة دارهالي مكرة/56/ ماناكلش/57/ كي نخرج نعرق بزاف/58/ ندوخ لازم واحد معايا/59/ نرجف/60/ في يخبط آخر/61/ حسي دارلي ضغط ومالقيتش روي/62/ 4 أيام ما شربتش الدواء/63/ خلي نقص عليا/64/ دوا هذا كل مرة يمرضلي سدري/65/ لوكان نشرب دوا يزيدي المرض/66/ لوكان يرجعلي المرض/67/ راجلي بعد يزيد عليا/68/ قالي هاو دوا دارلك لكونسار/69/ راجلي قاعد يزيد عليا فرات/70/ وصلت لمرحلة وليت نتجاوزو/71/ نقلق نخرج/72/ اخبط راسك ولا طير/73/ ما يهنيش فيه/74/ ندير واش نحب/75/ ما يزيديش يحكم فيا/76/ نروح وين نحب/75/ من بعد كي شاف روحو راح نبخس بيه ويتشرح ولا يديني وين نحب/78/ تناحي دك الحليب من سدري/79/ وليت ناكل لباس/80/ كي نخرج ما وليتش نرجف/81/ ولا تحكمني

النهج 82/ حتى الخبطة تناحاتلي كي وليت نمشي كل يوم 83/ ماولاتش تحكمني دوخة 84/ حتى كي نفلق ولاو دموع يهبطو موش كيما قبل 85/ فادتي بزاف المشية تاع كل يوم 86/ تناحالي حتى توسويس تاع حليب لي في سدري 89/ حتى الغمة و الضغط لي في قلبي خف كي فهمت.

المرحلة الثالثة:

الأبعاد	الفئات التي تمثلها	تواتر الفئات	النسبة المئوية
الاكتئاب	فقدان المتعة و الاهتمام: 10/5/2/1	04	%22.22
	الشعور بالذنب: 39/36/35/34/15/6	06	%33.33
	اضطرابات الأكل: 54/4/3	03	%16.66
	العزلة: 30/8/7	03	%16.66
	ضعف تقدير الذات: 14/12	02	%11.11
	ف=5	ك=18	%20.22
اضطراب العلاقات الأسرية	صراع زواجي:	32	%100
	/31/29/28/27/26/25/24/23/22/21/20/19/18/17/16/13		
	69/68/67/55/53/52/45/44/43/42/41/40/38/37/33/32		
	ف=1	ك=32	%35.95
الممانعة الدوائية	رفض العلاج الدوائي: 66/65/64/63/62/46	06	%35.29
	الآثار الجانبية للدواء: 61/60/59/58/57/56/51/50/49/11/9	11	%64.70
	ف=2	ك=17	%19.10
فعالية الدعم النفسي	مظاهر التحسن: 48/47	22	%100
	/85/84/83/82/81/80/79/78/77/76/75/74/73/72/71//70		
	89/88/87/86		
	ف=1	ك=22	%24.71
		89	

جدول رقم 05: يبين نتائج تحليل محتوى المقابلة مع الحالة الرابعة _ ل _

المرحلة الثالثة:

نتج عن تحليل محتوى المقابلة مع الحالة الرابعة "ل" 4 أبعاد هي على الترتيب التالي:

1- الاكتئاب: بنسبة 20.22%

- يتجلى هذا البعد من خلال عدة فئات تؤكد وجود اضطراب اكتئابي شديد :
- فقدان المتعة والاهتمام: بنسبة 22.22%
يظهر من خلال عبارات مثل: "معنديش لذة في الحياة، ديما مدققة، رجليا محبوش يمشيو"، ما يدل على حالة لا مبالاة شديدة و انعدام الدافعية و فقدان الطاقة الجسدية و النفسية و العاطفية، يعتبر هذا النمط من الأعراض المحورية من مؤشرات الاكتئاب حسب DSM_5، ويتفاقم عند غياب التحفيز النفسي.
 - الشعور بالذنب: بنسبة 33.33%
يتمثل في لوم الذات و تحميلها لذة ما يحدث لأطفالها، من بين العبارات التي تدل على ذلك: "مرضت ولادي، نخاف نبخس بولادي"، ما يعكس تصورا ذاتيا سلبيا شديدا ويضخم مشاعر العجز و اليأس ويعمق أعراض الاكتئاب.
 - اضطرابات الأكل: بنسبة 16.66%
من العبارات التي تدل على ذلك: "مانطعمش الماكلة و منحب ناكل والو"، وهي من الأعراض الجسدية الشائعة في حالات الاكتئاب. وتدل على خلل في نظام التوازن الحيوي المرتبط بالحالة المزاجية.
 - العزلة: بنسبة 16.66%
تظهر عبارات هذه الفئة مؤشر على الانسحاب الاجتماعي الذي يعمق الاكتئاب و يغذيه من خلال قولها: "منحبش نقعد مع العباد، خزنني فالدار". وهي من أبرز أعراض الاكتئاب، وتتفاقم بفعل المعاناة مع الأعراض الجانبية التي تدفعها لتفادي التفاعل مع الآخرين.
 - ضعف تقدير الذات: بنسبة 11.11%
يظهر من خلال العبارات: "ماحسيتش بالأهمية، معنديش أهمية في الحياة"، إذ تعكس شعورا عميقا بعدم القيمة و اللاجدوى والذي يعد عاملا رئيسيا في استمرار الاكتئاب وتفاقم آثاره.
- 2- اضطراب العلاقات الأسرية: بنسبة 35.95%
تضمن هذا البعد فئة واحدة وهي:
- صراع زواجي: بنسبة 100%
و هو من أبرز أبعاد الحالة، يظهر من خلال عبارات تحمل مشاعر التهميش و الإهمال، الاعتداء الجسدي و اللفظي من الزوج والتحكم و السيطرة مثل: "يضريني، ماحبش يسلكلي لافيزيت، قالي حالتك تاع دواء، قالي أنا نزوج"، حيث أثر بشكل مباشر و سلبي على حالتها النفسية ويضعف استجابتها للعلاج الدوائي ويزيد من الأعراض الجانبية المرتبطة بالضغط النفسي (مثل اضطرابات النوم، القلق). وهي جميعها تدل على علاقة زوجية غير داعمة.
- 3- الممانعة الدوائية: بنسبة 19.10%
يحمل هذا البعد فئتين:
- رفض العلاج الدوائي: بنسبة 35.29%

من بين العبارات الدالة على رفض العلاج الدوائي قولها: "4 أيام ما شربت الدواء، خلي نقص عليا" تعكس موقفا سلبيا من العلاج، ربما بسبب الآثار الجانبية و فقدان الثقة فيه تدريجيا. هذا الرفض قد يؤدي إلى انتكاسة في الأعراض إذا لم يرافقه دعم نفسي كافي.

● الآثار الجانبية للدواء: بنسبة 64.70%

ساهمت الأعراض الجانبية الناتجة عن الدواء إلى ابتعاد الحالة عن متابعة العلاج الدوائي، حسب قولها: "دارلي الكونسار، نرجف، ندوخ"، وهذا ما أثر سلبا على الحالة وزاد من شعورها بعد الراحة، وبالتالي عززت مشاعر القلق والاكتئاب. ما يشير إلى غياب المتابعة الطبية الدقيقة.

4- فعالية الدعم النفسي: بنسبة 24.71%

حيث تضمن هذا البعد فئة واحدة وتتمثل في:

● مظاهر التحسن: بنسبة 24.71%

من بين العبارات الدالة على ذلك: "فادتي بزاف المشية تاع كل يوم، تنحالي حتى التوسويس، ما وليتش نرجف"، وكلها مؤشرات تدل على تحسن في المزاج و الوظائف الجسدية و الانفعالية، ما يؤكد فعالية الدعم النفسي في تحسن حالتها، كما أن دمج النشاطات اليومية مثل المشي ساهم في إعادة التوازن النفسي تدريجيا.

بالإضافة إلى بعض التدخلات النفسية التي ساهمت في تعديل معاناة الحالة النفسية و الأعراض الجانبية للدواء:

أولاً: الاسترخاء وجلسات التفريغ الانفعالي:

- ساعدت المريضة على التعبير عن مشاعرها المكبوتة من حزن، غضب و شعور بالخذلان من الزوج.
- وفرت متنفسا داخليا أدى إلى تقليل الضغط الداخلي و الشعور بالقلق، ما انعكس ايجابيا على النوم و الانفعالات.

- ساعدت جلسات التفريغ الانفعالي في فهم الحالة للعلاقة بين الدواء و الحالة النفسية وتخفيف المخاوف.

ثانياً: التدخلات الفيزيائية (الرياضة و المشي):

- رغم التعب الجسدي، فإن تشجيعها على النشاط البدني ساعد على تحسين الطاقة الجسدية تدريجيا.

- تخفيف الأعراض من خلال التدرج في النشاط البدني.

- ساعد المشي في تقليل التوتر و تحفيز الهرمونات الطبيعية مثل السيروتونين.

ثالثاً: التوجيه الأسري (مقابلة مع الزوج):

- محاولة تحسين العلاقة مع الزوج التي كانت مصدرا من مصادر الاكتئاب.

- إدماج الزوج في الجلسات فتح مجالا لفهم مشاعرها و ربما أدى إلى تغييرات سلوكية جزئية أو على الأقل خفف شعورها بالوحدة و الخذلان.

تعزيز فعالية العلاج الدوائي من خلال تحسن الجو الاجتماعي للحالة.

رابعاً: التفريغ النفسي و الوعي النفسي:

- عبر الدعم النفسي المستمر أن بعض الأعراض مرتبطة بالدواء وليس بالسرطان، مما خفف من الوسواس و الخوف المفرط.
- تم تخفيف التوتر الناتج عن التفسير الخاطئ للأعراض الجسدية بفضل التثقيف النفسي.
- خامسا: الملاحظة والمتابعة المستمرة:
- الأخصائية راقبت استجابة المريضة بدقة و استعانت بالمقابلات لملاحظة تغير الأعراض الجانبية.
- ظهر التحسن في أقوالها مما دل على فعالية المتابعة.
- سادسا: التوجيه الغذائي والسلوكي:
- معاناة من فقدان الشهية تم التعامل معها تدريجيا من خلال إعادة تنظيم الروتين الغذائي، و تشجيعها على تناول وجبات خفيفة تفضلها.
- رغم استمرار بعض الصعوبات النفسية والاجتماعية فإن التدخلات النفسية ساهمت في:
- تخفيف الأعراض الجانبية من خلال التثقيف و المتابعة.
- تحسين النوم و القلق و التعب النفسي.
- تقوية قدرتها على التكيف مع العلاج الدوائي.
- تحسين نظرتها لذاتها و علاقتها بمن حولها بشكل تدريجي.
- 3-4-5 - تحليل عام للحالة الرابعة "ل":
- كشفت نتائج تحليل محتوى المقابلة مع الحالة "ل" و هي امرأة تبلغ من العمر 46 سنة، عن معاناة نفسية عميقة ، تتجلى في أربعة أبعاد أساسية: الاكتئاب بنسبة 20.22%، اضطراب العلاقات الأسرية 35.95%، الممانعة الدوائية 19.10%، وفعالية الدعم النفسي 24.71%.
- يظهر بعد الاكتئاب مظاهر متعددة مثل فقدان المتعة، الشعور بالذنب، ضعف تقدير الذات و العزلة الاجتماعية، حيث وردت أقوال مثل: "معنديش لذة في الحياة، نخاف نبخس بولادي، محسيتش بالأهمية". هذه المؤشرات تتطابق مع أعراض الاكتئاب كما وردت في DSM-5، و تعكس حالة من الانهيار النفسي المتفاقم.
- أما صراعاها الزوجي، فقد كان الأشد تأثيرا بنسبة 35.95%، و يتجلى من خلال الإهمال، العنف و التحكم المفرط من الزوج، مثل قولها: "يضريني، محبش يسلكي لافيزيت، قالي مكيش تاع دواء". فقد أدت البيئة الزوجية الضاغطة و التي تميزت بالإهمال الزوجي و العنف و التحكم إلى تفاقم الحالة النفسية مما أضعف استجابتها للعلاج، و يؤكد أن البيئة الاجتماعية غير الداعمة تشكل عامل خطر في تطور الأعراض النفسية. وهذا ما أكدته ممدوحة سلامة " أن خبرات الرفض وفشل العلاقات بالآخرين ينشأ عنها هيكل أو صبغة معرفية تدور حول الفشل والخوف من فقد الآخر الأمر الذي تنشط معه مشاعر العجز وعدم القيمة والأهمية، وأن المكتئبين تبدو عليهم المحنة والمعاناة بالرغم من أنهم يلتمسون الدعم من الآخرين إلا أن البيئة الاجتماعية قد تقدم لهم الطمأنينة والدعم في البداية ولكنها قد ترفض المكتئبين أو تتحاشاهم فيما بعد نظرا لعدم تجاوبهم معها، الأمر الذي يزيد من عدم أمن المكتئبين وزيادة اعتماد يهتم. (حمودة، 2020، ص. 142).

بعد إخضاعها للعلاج الدوائي، والذي شمل مضاد الاكتئاب Fluoxetine من فئة SSRIs، و المهدئ Lysanxia من البنزوديازيبينات، ظهرت أعراض جانبية مزعجة جسدياً ونفسياً، مثل خروج الحليب من الثدي، الرجفان، الدوخة، القلق، انعدام الرغبة الجنسية، وهي آثار تم التطرق إليها نظرياً كأعراض شائعة لهذه الأدوية عند غياب المتابعة النفسية. و برزت من خلال نشوء الممانعة الدوائية (رفضها التدريجي للعلاج)، مما أدى إلى تنامي القلق و الوسواس كما في قولها: "لو كان نشرب الدواء يزيد لي المرض، دارلي الكونسار". فمضادات الاكتئاب و القلق رغم فعاليتها، قد تسبب آثاراً جانبية مزعجة إذ لم ترفق بمتابعة دقيقة و دعم نفسي فعال.

في هذا السياق برز الدور العلاجي الفعال للأخصائية النفسية التي اعتمدت حزمة تدخلات نفسية موجهة لتقليل الأعراض الجانبية للأدوية واستعادة التوازن الداخلي للحالة (ل) من بينها:

- **التفريغ الانفعالي للتعبير عن المشاعر السلبية الكامنة (الغضب، الحزن، الشعور بالخذلان)،** حيث ساعد في تخفيف أعراض القلق و الأرق، وهو ما يتماشى مع الدراسات التي تؤكد أن تقنيات الاسترخاء تخفض إفراز الكورتيزول و ترفع السيروتونين طبيعياً.
- **الرياضة و المشي اليومي** فالنشاط البدني ثبت علمياً انه يحفز إفراز السيروتونين و الدوبامين و يقلل الآثار الجانبية مثل الرجفة، الدوخة، التعب. مما يقلل الاعتماد على الدواء.
- **التثقيف النفسي و الوعي بالآثار الجانبية** التفسير الصحيح لظهور الحليب في الثدي ساعد في تخفيف الخوف من السرطان، و أعادت ثقتها في العلاج. هذا التدخل ينسجم مع الأدبيات التي تؤكد أهمية التثقيف في تقليل التفسير الخاطئ للأعراض.
- **الدعم الأسري (مقابلة الزوج)** رغم العلاقة الصراعية، ساعد حضور الزوج و لو جزئياً في الجلسات في خلق قناة التفاهم و تقليل التحكم، ووجود دعم _ولو نسبي_ عزز من تقبلها للعلاج و ساهم في تقليل الانتكاسة.
- **التوجيه الغذائي و السلوكي** من خلال مساعدتها على استعادة الشهية و تناول أطعم خفيفة و مريحة، الدعم السلوكي الغذائي له دور في تخفيف تأثير مضادات الاكتئاب التي تؤثر على الشهية و الهضم.
- **الملاحظة و المتابعة المستمرة** حيث قامت الأخصائية بمتابعة التغيرات الجسدية و النفسية بدقة، مما سمح بالتعديل التدريجي في الجلسات و دعم القرار بخصوص بمواصلة العلاج الدوائي.

6- مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات:

الأبعاد	الفئات	الحالة 1	الحالة 2	الحالة 3	الحالة 4	التكرار	النسبة المئوية
الاكتئاب الحاد	الحزن العميق و اليأس	×		×		2	%11.76
	ضعف تقدير الذات	×		×	×	3	%17.64
	فقدان الثقة و عدم الاستمتاع بالحياة	×			×	2	%11.76
	محاولة الانتحار	×				1	%5.88
	العزلة	×	×	×	×	4	%23.52
	غياب الدعم النفسي و الاجتماعي	×	×	×		3	%17.64
	اضطرابات الأكل				×	1	%5.88
	الشعور بالذنب				×	1	%5.88
	ف=8					ك=17	%77.27
وسواس قهري	أفكار قهرية		×	×		2	%50
	سلوكات قهرية		×	×		2	%50
	ف=2					ك=4	%18.18
أعراض ذهانية	هلاوس سمعية		×			1	%50
	هلاوس بصرية		×			1	%50
	ف=2					ك=2	%9.09
اضطراب العلاقات الأسرية	صراع زواجي	×			×	2	%50
	علاقة مضطربة مع الأم	×				1	%25
	علاقة مضطربة مع الأخوات	×				1	%25
	ف=3					ك=4	%18.18

صدمة نفسية	التعرض للاغتصاب	×				1	50%
	الشعور بالخذلان	×				1	50%
	ف=2					ك=2	9.09%
رفض الالتزام بالعلاج الدوائي	الآثار الجانبية للأدوية النفسية	×	×	×	×	4	50%
	العوامل المؤثرة في عدم تناول الدواء	×				1	12.5%
	رفض العلاج الدوائي		×	×	×	3	37.5%
	ف=3					ك=8	36.36%
فعالية الدعم النفسي	مظاهر التحسن	×	×	×	×	4	80%
	الدعم الاجتماعي	×				1	20%
	ف=2					ك=5	22.72%

جدول رقم 06: يبين نتائج تحليل محتوى المقابلات مع الحالات الأربع

من خلال الجدول أمكن استخراج 22 فئة مكونة ل 6 أبعاد سنتناقش حسب فرضيات البحث

1-6 مناقشة الفرضية الأولى: و التي مفادها يعمل المختص النفسي على تقديم الدعم والعلاج النفسي للمرضى النفسيين الذين يتناولون مضادات القلق و الاكتئاب:

يتضح من نتائج الجدول أن فئة " فعالية الدعم النفسي " ظهرت في جميع الحالات الأربع بنسبة عالية (80%)، مما يدل على الدور المحوري الذي لعبه الأخصائي النفسي في تقديم الدعم العلاجي. كما أن فئة " غياب الدعم النفسي الاجتماعي " ظهرت في 3 حالات بنسبة (17.64%)، مما يبرز أهمية وجود مختص نفسي لتعويض هذا الغياب.

كذلك ظهرت فئات مرتبطة بضعف التكيف النفسي و الاجتماعي، تؤكد الحاجة الماسة لتدخل المختص النفسي لمساعدة المرضى في إعادة بناء علاقاتهم بذواتهم و الآخرين، ألا وهي: العزلة بنسبة 23.52%، ضعف تقدير الذات 17.64% و فقدان الاستمتاع بالحياة بنسبة 11.76%.

فمن خلال نتائج الأدوات المطبقة و جلسات الدعم، لوحظ أن الأخصائي النفسي لم يكتف بتقديم دعم نفسي عام، بل مارس تدخلات علاجية ممنهجة استندت إلى فهم عميق لطبيعة كل حالة على حدة، مع مراعاة الخلفية النفسية و الاجتماعية للمريض و كذلك الأعراض المرتبطة باستخدام الأدوية. فقد تنوعت التدخلات بين العلاج

المعرفي السلوكي، تقنيات الاسترخاء، الدعم الانفعالي والتوجيه الأسري، مما يعكس استجابة مرنة وفعالة لطبيعة المعاناة النفسية ومرافقة المريض خلال مراحل العلاج.

كما لعب الأخصائي النفسي دوراً محورياً في التنسيق مع طبيب الأمراض العقلية، خاصة في ما يتعلق بتقييم فاعلية الأدوية من الناحية النفسية والاجتماعية، ومتابعة تأثيراتها الجانبية على سلوك المريض وحالته المزاجية. وقد أتاح هذا التفاعل بين المختص النفسي وطبيب الأمراض العقلية وتحسين مستوى الرعاية النفسية المقدمة و ضمان تكيف أفضل للمريض مع العلاج.

وتظهر العبارات المندرجة في فئة مظاهر التحسن لكل من الحالات الأربع أن المريضات شعرن بأن وجود المختص النفسي قد أسهم في تخفيف العبء النفسي الناتج عن المرض والعلاج، وعزز من قدرتهن على التعبير والوعي الذاتي والتكيف مع الأعراض.

تتلخص أدوار الأخصائي النفسي العيادي في ما يلي:

- تقديم العلاج النفسي المستمر والموجه حسب طبيعة الاضطراب النفسي.
- استقدام تقنيات نفسية مثل: الاسترخاء، التوجيه الأسري والتفريغ الانفعالي...
- التنسيق مع طبيب الأمراض العقلية لضبط الأدوية أو تغييرها عند الحاجة.

بالتالي، تؤكد النتائج صحة الفرضية الأولى، حيث يظهر جلياً من خلال الحالات أن تدخل الأخصائي النفسي كان أساسياً في التعامل مع الاضطرابات النفسية المصاحبة للعلاج الدوائي، ومساعدة المرضى في تجاوز الضغوط النفسية والاجتماعية.

2-6- مناقشة الفرضية الثانية: والتي مفادها تعمل التدخلات النفسية على تقليل الآثار الجانبية لمضادات القلق والاكتئاب عند المرضى النفسيين.

أشارت نتائج الجدول إلى أن الآثار الجانبية للأدوية ظهرت في جميع الحالات الأربع بنسبة (50%)، إلى جانب وجود رفض العلاج الدوائي في 3 حالات (37.5%)، وهو ما يعكس وجود معاناة واضحة من الأعراض الجانبية للدواء وعدم تقبل العلاج.

ومن أبرز الأعراض التي تم تسجيلها في بداية العلاج: الخمول، اضطرابات النوم، ضعف التركيز، الصداع، التهيج العصبي وأحياناً الشعور بالغربة عن الذات أو الانفصال عن الواقع.

غير أن ظهور مظاهر التحسن في الحالات الأربع (80%)، وهو ما يمثل أعلى نسبة في الجدول، يدل على فاعلية التدخلات النفسية مثل (الاسترخاء، التفريغ الانفعالي والدعم الأسري...). في الحد من شدة هذه الأعراض، وبالتالي تعزيز التقبل بالعلاج.

ومن جهة أخرى، أدى تحسين الحالة النفسية العامة للمريضات بفضل التدخلات العلاجية إلى تخفيف العبء الكلي الواقع على الجسد والنفوس، ما ساهم بدوره في تقليل حدة تفاعل الجسم مع الأدوية وبالتالي انخفاض الأعراض الجانبية تدريجياً. ويتضح هنا أن العلاقة بين التدخل النفسي والآخر الدوائي هي علاقة تفاعل وتأثير متبادل، حيث يخفف الجانب النفسي من معاناة الجانب الدوائي ويغزز فاعليته.

فمن خلال تطبيق التدخلات النفسية تبين ما يلي:

- سجلت الحالات انخفاضاً ملحوظاً في شدة الأعراض الجانبية مثل النعاس الزائد، الصداع أو الخمول، بعد تطبيق التدخلات النفسية.
- ظهر تحسن في جودة النوم، الشهية، القدرة على التركيز، وهي مؤشرات على تخفيف الأعراض الجانبية.
- تم ربط هذا التحسن بشكل مباشر بتطبيق التقنيات النفسية المساندة للعلاج الدوائي، مما يدل على فعاليتها. بالتالي، تدعم هذه النتائج الفرضية الثانية وتبين أن التدخلات النفسية ساهمت في التخفيف من حدة الأعراض الجانبية للأدوية، ورفعت من فعالية العلاج الدوائي بشكل غير مباشر.

خاتمة

خاتمة:

في ضوء ما تم عرضه وتحليله في هذا البحث، الذي استند إلى تحليل حالات إكلينيكية خضعت للعلاج بمضادات القلق و الاكتئاب، تأكد أن الأعراض الجانبية المرتبطة بهذه الأدوية تمثل تحدياً حقيقياً أمام تعافي المريض النفسي، وأن التعامل معها يتجاوز البعد الطبي البحت، ليشمل بالضرورة بعداً نفسياً وعلاجياً تكاملياً. فقد أظهرت الحالات المدروسة أن تناول الأدوية النفسية قد يصاحبه جملة من التغيرات السلوكية و الانفعالية و الجسدية، مثل: اضطرابات النوم، العصبية، فقدان الشهية أو زيادتها، التعب أو حتى الشعور بالاغتراب الذاتي، ما ينعكس سلباً على الالتزام بالعلاج ويهدد بنتائج عكسية قد تصل إلى الانتكاسة.

وما توصلت إليه هذه الدراسة من نتائج نظرية و تطبيقية، يتبين أن للأخصائي النفسي دوراً محورياً في التخفيف من الأعراض الجانبية الناتجة عن استخدام مضادات القلق و الاكتئاب. فالتكامل بين العلاج النفسي و الدوائي يسهم بفعالية في تحسين جودة حياة المرضى النفسيين، ويعزز من التزامهم بالخطة العلاجية. وقد برهنت الدراسة أن تدخلات مثل الدعم النفسي، تقنيات الاسترخاء، الإرشاد الأسري والتفريغ الانفعالي يمكن أن تساهم بشكل مباشر في تقليل المعاناة الجانبية المرتبطة بالعلاج الدوائي، مما ينعكس إيجابياً على الاستجابة العامة للعلاج. وهنا يبرز دور الأخصائي النفسي كحلقة أساسية في سلسلة الرعاية النفسية المتخصصة.

إذ لم يقتصر دوره على تقديم الدعم النفسي والعلاج النفسي، بل تجاوز ذلك إلى التدخل عبر استراتيجيات علاجية فعالة، من بينها العلاج المعرفي السلوكي، الذي ساعد المرضى على تعديل الأفكار السلبية و التعامل بشكل أكثر عقلانية مع الآثار الجانبية، فضلاً عن التثقيف النفسي الذي مكن المريضات من فهم طبيعة الأدوية التي يتناولنها، والتقليل من الوصمة المرتبطة بها.

وقد أظهر التحليل الكيفي للمقابلات أن هذا التدخل كان له الأثر الإيجابي الواضح في مسار العلاج، حيث ساهم في تعزيز الالتزام الدوائي، والتخفيف من الأعراض الجانبية وإعادة دمج المريضات في الحياة في الحياة الاجتماعية بشكل تدريجي، واستعادة بعضهن لأدوارهن الحياتية و المهنية. وهذا يعكس بصورة جلية فعالية النموذج التكاملي بين العلاج النفسي و العلاج الدوائي.

وبالتالي يمكن القول أن التكفل الناجح بالمريض النفسي لا يكون فعالاً إلا إذا أخذت الجوانب النفسية و الدوائية بعين الاعتبار بشكل متوازن، فالعلاج الدوائي قد يضبط بعض الأعراض، لكن العلاج النفسي هو الذي يضمن إعادة البناء الداخلي للفرد، وتعزيز دافعيته للاستمرار، وتقوية مناعته النفسية تجاه الأعراض و الانتكاسات المحتملة.

وتوصي الدراسة على ضرورة إدماج الأخصائي النفسي كعنصر أساسي في الفريق العلاج متعدد التخصصات، وعلى أهمية تبني ممارسات نفسية مرافقة للعلاج الدوائي في المؤسسات الصحية. كما توصي بتطوير وتكثيف البرامج التدريبية والمهنية للأخصائيين النفسيين في التعامل مع الأعراض الجانبية النفسية و البدنية المرتبطة بالأدوية النفسية، مما يعزز فعالية تدخلاتهم ويحقق نتائج علاجية أفضل.

ختاماً، نؤكد أن الأخصائي النفسي ليس فاعلاً ثانوياً في المنظومة العلاجية، بل هو عنصر رئيسي في ضمان التوازن النفسي، تخفيف الأعراض الجانبية، وتمكين المريض من التكيف بشكل أفضل مع تجربته المرضية. وهو

ما يجعل من تعزيز دوره داخل المؤسسات العلاجية و النفسية أمرا ملحا لضمان جودة الرعاية النفسية في مجتمع يعاني من ارتفاع معدلات الاضطرابات النفسية وتزايد الاعتماد على العلاجات الدوائية.

قائمة المصادر والمراجع

المراجع باللغة العربية:

- أبو القاسم، سعد الله. (2022). محاضرات العلاج النفسي وأهدافه. جامعة الجزائر 2.
- أومالي، جيرالد ف، وأومالي، ريكا. (2022). إساءة استعمال الأدوية المضادة للقلق و المهدئات. دليل MSD الإرشادي. <https://www.msmanuals.com>
- إبراهيم، سحر حسن. (2017). الوقاية من المرض النفسي. مجلة دراسات عربية، 16(2)، 592-557.
- بختة، بن فرج الله. (2017). واقع الاضطرابات العقلية في الجزائر. مجلة السراج في التربية و قضايا المجتمع، العدد 4، 152-141. <https://asjp.cerist.dz/en/article/146113>
- برزوان، حسيبة. (2016). الرضا المهني و الكفاءة المهنية لدى الأخصائي النفسي العيادي في الجزائر. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، 8(27)، 362-357. <https://asjp.cerist.dz/en/article/40724>
- بطرس، حافظ بطرس. (2008). المشكلات النفسية و علاجها. دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة.
- بن شيخ، رزيقة. (2018). مطبوعة محاضرات في العلاجات السلوكية و المعرفية. جامعة 8 ماي 1945.
- بوكصاصة، نوال. (2022). مطبوعة في علم النفس الأدوية. جامعة ابن خلدون.
- تاويريت، نور الدين. (2010). صعوبات الممارسة السيكولوجية في الجزائر. مجلة الآداب و العلوم الاجتماعية، 7(11)، 120-112. <https://asjp.cerist.dz/en/article/39927>
- تشعبت، ياسمين. (2016). الأخصائي النفسي الإكلينيكي وصعوبات التكفل النفسي في الجزائر. مجلة إسهامات للبحوث و الدراسات، 1(1)، 124-107. <https://asjp.cerist.dz/en/article/162929>
- جبار، رتيبة. (2017). محاضرات في منهجية البحث. جامعة محمد ملين دباغين.
- حجازي، حمدي حامد. (2020). العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد وتحسين نوعية الحياة لدى المعاقين حركيا. مجلة كلية الخدمة الاجتماعية للدراسات و البحوث الاجتماعية، العدد 19، 560-493.
- حمودة، بسمة علي حامد. (2020). الاكتئاب لدى الطفل. المجلة العلمية لكلية التربية للطفولة المبكرة، 7(2)، 163-141.
- الحمادي، أنور. (2016). الدليل التشخيصي و الإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية Dsm-5. دار العربية للعلوم.
- الخواجة، عبد الفتاح. (2010). مفاهيم أساسية في الصحة النفسية. دار البداية للنشر و التوزيع.
- دبراسو، فطيمة. (2010). أهم الصعوبات التي تواجه الأخصائي النفسي العيادي أثناء الممارسة الميدانية. مجلة الآداب و العلوم الاجتماعية، 7(11)، 79-64. <https://asjp.cerist.dz/en/article/39923>
- رضوان، سامر جميل. (2009). في الطب النفسي و علم النفس الإكلينيكي. دار الكتاب الجامعي.
- روتر، جوليان. (1984). علم النفس الإكلينيكي. (عطية محمود هنا، ترجمة، ط 2). دار الشروق للنشر و التوزيع. (1971).
- هارفي، ريتشارد أ، و تشامب، باميل سي. (دس). علم الأدوية. (حكل الزعيم، ترجمة، ط 4). دار الأرائي للنشر و التوزيع.

- سالم، محمود مندوه محمد. (2012). علم النفس الإكلينيكي (العيادي) فنياته وتطبيقاته. دار الزهراء للنشر و التوزيع.
- سي بشير، كريمة. (2020). محاضرة في علم النفس المرضي. جامعة الجزائر -2.
- الشربيني، لطفي. (2001). الاكتئاب، الأسباب... والمرض... والعلاج. دار النهضة العربية.
- الشربيني، لطفي. (2006). معجم مصطلحات الطب النفسي. مركز تعريب العلوم الصحية.
- شعلال، باهية. (2022). الدليل العلمي لتحليل المحتوى في العلوم الاجتماعية. ساجد للنشر و التوزيع.
- الشيخ حمود، محمود عبد الحميد، و قاسم، محمد عبد الله. (2015). علم النفس العيادي و تطبيقاته الإرشادية. دار الإعصار العلمي للنشر و التوزيع.
- عاصم، الحق عاصم. (2023). واقع خدمات الرعاية النفسية بمراكز الصحة النفسية. مجلة جامعة النيلين.
- عبد الرحمان، علي اسماعيل. (2006). مقدمة في علم النفس الأدوية. دار اليقين للنشر و التوزيع.
- عباس، فيصل. (1996). الاختبارات النفسية. تقنياتها وإجراءاتها. دار الفكر العربي.
- عبد الستار، إبراهيم، وعسكر، عبد الله. (2008). علم النفس الإكلينيكي في ميدان الطب النفسي. (ط4). مكتبة أنجلو المصرية.
- عثمانى، صورية. (2019). التماثل التنظيمي و علاقته بإدراك الهوية المهنية عند الأخصائي النفسي في القطاع الصحي العام. [رسالة دكتوراه في علم النفس]. جامعة محمد خيضر.
- فيطاس، أحمد، و خليل، فرح، وشريفي، أسماء. (2024). الهوية المهنية للأخصائي النفسي العيادي و علاقتها بجودة التكفل النفسي المؤسساتي، مجلة أنثروبولوجيا. 10(1)، 145-163. <https://asjp.cerist.dz/en/article/248130>
- القشاعلة، عبد العزيز بديع. (2021). مختصر أساليب العلاج النفسي. مركز السيكولوجي للنشر و التوزيع.
- القص، صليحة، و عطية، دليلة. (2015). الصعوبات التي تواجه الأخصائي النفسي في تطبيق الاختبارات بالمؤسسات العقابية (السجون). مخبر بنك الاختبارات النفسية و الاجتماعية و المهنية. جامعة الحاج لخضر باتنة (الجزائر).
- قطيشات، نازك عبد الحميد، و التل، أمل يوسف. (2009). قضايا في الصحة النفسية. دار الكنوز المعرفية العلمية للنشر و التوزيع.
- القلمجي، إياد نوري فتاح. (2016). الصحة النفسية في الرعاية الصحية الأولية (الرعاية النفسية الأولية). (ط3). وزارة الصحة.
- كليشان، خالد قاسم. (2020، ديسمبر 19). أضرار الأدوية النفسية. الطبي، <https://altibbi.com>
- لافي، جمال عبد الله. (2009). أثر المرض النفسي في رفع المسؤولية الجنائية في الفقه الإسلامي. [رسالة ماجستير]. الجامعة الإسلامية.

- المتولي، طارق أحمد عبد السلام محمود. (2019). اضطراب الوسواس القهري لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد. المجلة العلمية لكلية رياض الأطفال، 6(2)، 71-98.
https://journals.ekb.eg/article_159017.html
- محمود، نهاد عبد الوهاب. (2016). علم النفس الإكلينيكي " بين النظرية و التطبيق". دار العلم و الإيمان للنشر و التوزيع.
- مرتضي، هدى محمد الجابر. (2021). الأعراض الاكتئابية لدى الوالدين في ظل جائحة كورونا وعلاقتها بالأعراض الاكتئابية ودافعية الانجاز لدى أبنائهم. المجلة المصرية للدراسات النفسية، 31(110)، 442-496.
https://ejcj.journals.ekb.eg/article_145362.html
- المركز الوطني لإدارة النفايات الطبية. (د.س). أدوية مضادة للاكتئاب في ميانها؟.
<https://medicalwaste.org.ly>.
- المليجي، حلمي. (2001). مناهج البحث في علم النفس. دار النهضة العربية.
- منصورى، مصطفى. (2016). الأخصائي النفسي العيادي بين التكوين الجامعي و الممارسة العلمية. مجلة الحقيقة، 15(39)، 210-230.
<https://asjp.cerist.dz/en/article/27589>
- منظمة الصحة العالمية. (2022، يونيو 8). الاضطرابات النفسية. <https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- موفق، كروم. (2022). محاضرات في علم النفس الأدوية. جامعة عين تموشنت- بلحاج بوشعيب.
- نوفل، عادل. (2018). الكيمياء الصيدلانية -2- الأدوية النفسية. الجامعة السورية الخاصة.
- ياسين، محمد نعيم. (2002). أثر الأمراض النفسية و العقلية على المسؤولية الجنائية في الشريعة الإسلامية. مجلة الشريعة و القانون، العدد 16، 17-87.
- ياسين، عطوف محمود. (1986). علم النفس العيادي (الإكلينيكي). (ط2). دار العلم للملايين.

المراجع باللغة الفرنسية:

- Bardin, L., (1977), *L'analyse du contenu*, 8eme ed, PUF, Paris, France.

المراجع باللغة الإنجليزية:

- Cassano, B., Rossi, G. M., & Pini, N. B. (2002). *Psychopharmacology of anxiety disorders. dialogues in clinical neuroxience*, 4(3), 271-285.
https://www.researchgate.net/publication/51751534_Psychopharmacology_of_anxiety_disorders
- Buultjens, M. (2014). *Book review : Introducing Mental Health Nursing : A service User-oriented Approach, 2nd Edition* by Brenda Happell, Leanne Cowin, Cath Roper, Richard

LakeMan, and Leonie Cox. *Australian Journal Of Primary Health*, 20(2), 218.

https://www.publish.csiro.au/py/pdf/PYv20n2_BR3

- Coplan, G.D, Aaronson, C, panthany, V & kim, Y. (2015). *treating comorbid anxiety and depression : pshychosocial and Pharmacological approaches*. *world journal of psychiatry*, 5(4). 366-378. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4694550/pdf/WJP-5-366.pdf>
- Khawam, E.A.MD, Laurencic, G.MD. & Malone, D.A.JR.MD. (2006). *Side effects of antidepressant : An overview*. *Cleveland Clinic journal of medicine*, 73(4), 351-361. <https://www.ccjm.org/content/ccjom/73/4/351.full.pdf>
- Pany, W, Guan, C, Zhang, X & Liyu, (2025). *The effects of- anxiety and anti-depressant medications on malignant tumor patients with anxiety and depression comorbidity*. Research Square. <https://doi.org>
- Pampollana, S.P.B, billini, P, Tibaldi, G, Kupelnich, B & Munizza, C. (2004). *Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression*, 61(7), 714-719. <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/482031>
- Ruslin , Mashuri, S & Sarib, M.R. (2022). *Semi-structured Interview : A Methodological Reflection on the Development of a Qualitative Research Instrument in Educational Studies*. *Jors journal of Research & method in education*, 12(1), 22-29. https://www.researchgate.net/publication/358906376_Semi-structured_Interview_A_Methodological_Reflection_on_the_Development_of_a_Qualitative_Research_Instrument_in_Educational_Studies_Ruslin
- Wood, L., Billings ,J & Johnson, S. (2019). *The role of psychology in multi-disciplinary psychiatric inpatient setting : published in pshychology and psychotherapy : theory. research and pratic*, 92(4), 554-564. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30311351>

الملاحق

الملاحق:

المحور الأول: البيانات الشخصية

من حيث الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، المستوى الدراسي، المهنة...

المحور الثاني: الإصابة بالمرض النفسي

- طبيعة المرض النفسي
- متى بدأت الأعراض بالظهور؟
- شدة ومدة الأعراض؟
- كيف تم تشخيص المرض النفسي؟
- هل تلقى علاجات سابقة؟ ماهي نتائجها؟
- المحور الثالث: الأدوية النفسية
- ماهي نوع الأدوية التي يتناولها؟
- ماهي الجرعة؟
- ما هي الأعراض الجانبية لهذه الأدوية؟
- ما هي الآثار الايجابية التي يمكن أن تنتج عن استخدام الأدوية النفسية؟
- ما هي العوامل النفسية التي تؤثر في عدم استمرارية تناول المرضى للأدوية؟
- ماهي أعراض تناول الدواء؟

المحور الرابع: دور الأخصائي النفسي

- ما مدى أهمية العلاج النفسي المقدم مع العلاج الدوائي في تحسين استجابة المرضى و تقليل الآثار الجانبية؟
- ما هي أنواع التدخلات النفسية التي يمكن ان تكون فعالة في التخفيف من الأعراض الجانبية؟
- هل يستخدم الأخصائي النفسي أدوات قياس تجعله يتأكد من أن الأعراض الجانبية زالت؟
- كيف يتم اختيار التدخل النفسي المناسب لكل مريض؟
- كيف يتم متابعة تقدم المرضى الذين يتلقون العلاج النفسي للتخفيف من الأعراض الجانبية؟
- ما هي المؤشرات التي تدل على تحسن حالة المريض؟
- ماهو دور كل من الأخصائي النفسي وطبيب الأمراض العقلية في تقديم الدعم الشامل للمريض النفسي؟ بما في ذلك المتابعة المنتظمة وتقديم العلاج النفسي، وضبط جرعات الدواء، و التعامل مع الأعراض الجانبية؟