

جامعة قاصدي مرباح ورقلة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم: علم النفس وعلوم التربية



مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر أكاديمي
الميدان: العلوم الاجتماعية
الشعبة: علم النفس العيادي
التخصص: علم النفس العيادي
إعداد الطالبة: ليلى تايب
بعنوان:

الإكتئاب والقلق لدى الفصامين ما بعد العلاج الدوائي
دراسة عيادية لثمانى حالات بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالأمراض
العقلية والنفسية – الحذب – ورقلة

نوقشت وأجيزت علنا بتاريخ:

2024/06/11

أمام لجنة المناقشة المكونة من الأساتذة:

الاسم واللقب	الدرجة العلمية	الجامعة	الصفة
أ.د. طارق صالحى	أستاذ التعليم العالى	جامعة ورقلة	رئيسا
أ.د. محمد سليم خميس	أستاذ التعليم العالى	جامعة ورقلة	مشرفا ومقررا
أ.دوردة بلحسينى	أستاذ التعليم العالى	جامعة ورقلة	مناقشا

الموسم الجامعي : 2024/2023

جامعة قاصدي مرباح ورقلة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم: علم النفس وعلوم التربية



مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر أكاديمي
الميدان: العلوم الاجتماعية
الشعبة: علم النفس العيادي
التخصص: علم النفس العيادي
إعداد الطالبة: ليلى تايب
بعنوان:

الإكتئاب والقلق لدى الفصامين ما بعد العلاج الدوائي
دراسة عيادية لثمانى حالات بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالأمراض
العقلية والنفسية - الحذب - ورقلة

نوفست واجيزت علنا بتاريخ:

2024/06/11

أمام لجنة المناقشة المكونة من الأساتذة:

الاسم واللقب	الدرجة العلمية	الجامعة	الصفة
أ.د. طارق صالحى	أستاذ التعليم العالى	جامعة ورقلة	رئيسا
أ.د. محمد سليم خميس	أستاذ التعليم العالى	جامعة ورقلة	مشرفا ومقررا
أ.دوردة بلحسينى	أستاذ التعليم العالى	جامعة ورقلة	مناقشا

الموسم الجامعي : 2024/2023

الإهداء

أهدي عملي هذا إلى كل من
شجعني على خوض هذه
التجربة الجميلة ودخولي هذا
العالم الشيق؛
إلى كل أحبتي في الله
-ليلى تايب-

شكر وتقدير

ربي لك الحمد ولك الشكر كما ينبغي لجلال وجهك
وعظيم سلطانك، قيل من علّمني حرفاً صنت له عهداً؛
إلى المشرف والأستاذ : د. محمد سليم خميس.

إلى كل الأسرة الجامعية بجامعة قاصدي مرباح
ورقلة.

إلى كل الأسرة الجامعية بجامعة الحاج لخضر
باتنة.

إلى كل أساتذتي بجامعة الشيخ العربي التبسي
بتبسة.

إلى كل الطاقم السيّكاتري بمستشفى الأمراض
العقلية والنفسية ورقلة، وعلى رأسهم العيادي
النفساني: طارق أحمد مسعود والطبيبة
المتخصصة في الأمراض العقلية: نوال إيدر .

ملخص الدراسة:

جاءت هذه الدراسة لتكشف عن الاكتئاب والقلق لدى الفصاميين ما بعد العلاج الدوائي والذي بلغ عددهم ثمانى (08) حالات، بحيث تم انتقاؤهم بمساعدة الاخصائيين النفسانيين لكل من مصلحتي الرجال مفتوح والرجال مغلق بمستشفى الامراض النفسية والعقلية بالحذب ورقلة، حسب المعايير التالية:

- (1) السن ما فوق ال 18 سنة.
- (2) يتابع بالمستشفى لأكثر من سنة فما فوق (ولديه ملف متابعة بالمستشفى).
- (3) أن يكون الفصامي في حالة هدأة جزئية أو تامة (مستقرة).
- (4) أن تكون الدرجة في الحد الأدنى أو غياب (2و 1) على سلم الأعراض السلبية N6 والتي تعنى "غيباب العفوية والطلاقة في المحادثة وتدفق الحوار على مقياس PANSS، حتى نتمكن من تكملة تطبيق الاختبار ذاته وتطبيق كل من اختباري بيك للاكتئاب وتاييلور للقلق لاحقا، وبالتالي انطلقت الدراسة من التساؤل العام التالي:

هل يتسم الفصاميين بالإكتئاب والقلق ما بعد العلاج الدوائي؟

ومن خلال هذا التساؤل صيغت الفرضية التالية:

قد يتسم الفصاميين بالإكتئاب والقلق ما بعد العلاج الدوائي وهذا من خلال تحليل كل من نتائج المقابلة العيادية المنظمة PANSS _ SCI بمقياسها للمتلازمة السلبية والايجابية، وكل من مقياس بيك للإكتئاب ومقياس تاييلور للقلق.

ومن أهم النتائج التي توصلنا إليها أنه تبين لنا أن نسبة 50 % من المشاركين وهم أربعة كانت درجة كل من الاكتئاب والقلق على سلمى بيك وتاييلور وكذلك PANSS مرتفعة، ونسبة 50% بالمئة من المشاركين أي الأربعة المتبقين من العينة كانت درجة كل من الإكتئاب والقلق على نفس المقاييس بين بسيطة ومنخفضة ولا توجد وهذا راجع للتأثيرات الجانبية لمضادات الذهان من جهة والدعم النفسي والاجتماعي من جهة أخرى ومدى تقبل الحالة لحالته المرضية.

ومنه فان الفصاميين قد يتسمون بالإكتئاب والقلق ما بعد العلاج الدوائي وقد لا يتسمون كل حسب علاجه الدوائي ودعومه النفسي والاجتماعي وشدة ونوع فصامه؛ وهذا يستدعي دراسات خاصة بمراجعات تأثيرات العلاجات الدوائية أي مضادات الذهان وكذا برامج التكفل النفسي. وفي ضوء النتائج الواردة تم التوصل لعدد من الاستنتاجات والاقتراحات التي من شأنها تسهيل البحوث المستقبلية.

الكلمات المفتاحية: الإكتئاب _ القلق _ الفصام _ ما بعد العلاج الدوائي.

Abstract:

This study was conducted to reveal depression and anxiety in schizophrenics after drug treatment, who were eight (08) cases. They were selected with the assistance of psychologists for both open and closed Men's department at the psychiatric and mental hospital in El Hdeb in Ouargla according to the following criteria:

- ✓ Age over 18 years old.
- ✓ Patient has been following up at the hospital for more than a year and above (he has a follow-up file at the hospital).
- ✓ The schizophrenic should be in a partially or completely calm (stable) state.
- ✓ The score is at the minimum or absence (2 and 1) on the scale of negative symptoms N6, which means " the absence of spontaneity and fluency in conversation and the flow of dialogue on the PANSS scale, so that we can complement the application of the test itself and apply both the beck tests for depression and Taylor tests for anxiety later, and therefore the study started from the following general question:
 - Are schizophrenics characterized by depression and anxiety after drug treatment?

As for this question, a hypothesis came as follows:

- Schizophrenics may be characterized by depression and anxiety after drug treatment, and this is by analyzing both the results of the sci-PANSS-organized clinical interview with its negative and positive Syndrome Scale, and both the Beck Depression Scale and the Taylor anxiety scale.
- One of the main results we have reached is that we found that 50% of the participants, four of them, had a high degree of both depression and anxiety on Beck and Taylor scales, as well as PANSS, and 50% of the participants, the remaining four from the sample, had a low and no degree of both depression and anxiety on the same scales, and this is due to the side effects of antipsychotics on the one hand, psychological and social support on the other hand, and receptivity of the the patient for his/her illness.

Therefore, schizophrenics may be diagnosed by depression and anxiety after drug treatment and may not be diagnosed by any mental disorders, according to the drug treatment and psychosocial support and the severity and type of schizophrenia of each patient; this requires special studies to review the effects of drug treatments, i.e. antipsychotics, as well as psychological support programs.

In this regard, a number of conclusions and suggestions have been reached that will facilitate future research.

Keywords: Depression, Anxiety, Schizophrenia, Post-drug therapy.

فهرس المحتويات:

الصفحة	العنوان
	إهداء
	شكر وتقدير
أ	ملخص الدراسة باللغة العربية
ب	ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية
ج	فهرس المحتويات
ز	فهرس الجداول
ح	فهرس الاشكال
ط	فهرس الملاحق
01	مقدمة
	الفصل الاول : الإطار العام للدراسة
05	مشكلة الدراسة
06	فرضيات الدراسة
06	أهداف الدراسة
06	أهمية الدراسة
07	الدراسات السابقة
09	التعاريف الإجرائية لمفاهيم الدراسة
	الفصل الثاني: طيف الفصام
12	تمهيد
13	تاريخ الفصام
14	مفهوم الفصام
15	أعراض الفصام
16	المعايير التشخيصية للفصام
19	أسباب الفصام
21	أنواع الفصام
21	المقاربات النظرية للفصام
25	علاج الفصام
29	خلاصة الفصل
	الفصل الثالث: الإكتئاب

31	تمهيد الفصل
32	مفهوم الإكتئاب
35	أعراض الإكتئاب
35	أسباب الإكتئاب
36	تصنيف الإكتئاب
37	المعايير التشخيصية للإكتئاب
38	النظريات المفسرة للإكتئاب
41	علاج الإكتئاب
43	خلاصة الفصل
	الفصل الرابع: القلق
45	تمهيد الفصل
46	مفهوم القلق
47	أسباب القلق
49	أعراض القلق
50	المعايير التشخيصية للقلق
50	مستويات القلق
51	تصنيف القلق
53	مراحل القلق
56	نظريات القلق
59	وقاية من القلق
59	علاج القلق
61	خلاصة الفصل
	الجانب الميداني
	الفصل الخامس: إجراءات الدراسة الميدانية
63	تمهيد
64	1. منهج الدراسة
64	2. حدود الدراسة
64	3. الدراسة الإستطلاعية
65	4. الدراسة الأساسية
65	5. وصف العينة وخصائصها
67	6. الأدوات المستخدمة في الدراسة

	الفصل السادس: عرض ومناقشة نتائج الدراسة
79	أولاً: عرض وتحليل الحالات
83	1. عرض وتحليل نتائج الحالة الأولى
87	2. عرض وتحليل نتائج الحالة الثانية
91	3. عرض وتحليل نتائج الحالة الثالثة
95	4. عرض وتحليل نتائج الحالة الرابعة
99	5. عرض وتحليل نتائج الحالة الخامسة
103	6. عرض وتحليل نتائج الحالة السادسة
107	7. عرض وتحليل نتائج الحالة السابعة
	8. عرض وتحليل نتائج الحالة الثامنة
111	ثانياً- مناقشة وتفسير نتائج الدراسة
111	- تحليل عام للنتائج ومناقشة الفرضيات
117	الاستنتاج العام.
118	الاقتراحات.
119	قائمة المراجع .
	الملاحق

فهرس الجداول:

صفحة الجدول	عنوان الجدول	رقم الجدول
21	أنواع الفصام	الجدول رقم-01
26	العلاج الدوائي	الجدول رقم-02
66	خصائص عينة البحث	الجدول رقم-03
72	درجات وتصنيفات الفصام	الجدول رقم-04
72	أساس التصنيف لمقياس PANSS	الجدول رقم-05
75	التقييم (المقياس والتصنيف)	الجدول رقم-06
76	درجات وتصنيفات الإكتئاب	الجدول رقم-07
76	درجات وتصنيفات القلق	الجدول رقم-08
111	حوصلة عامة للنتائج	الجدول رقم-09

فهرس الأشكال:

صفحة الشكل	عنوان الشكل	رقم الشكل
19	المعايير التشخيصية للفصام	-01-
20	أسباب الفصام	-02-
27	أنواع الورشات الجماعية	-03-
49	أسباب القلق	-04-
56	مراحل القلق	-05-

فهرس الملحق:

عنوان الملحق	رقم الملحق
المقابلة نصف الموجهة	الملحق رقم 01
دليل أسئلة الـ SCI- PANSS	الملحق رقم 02
مقياس المتلازمة السلبية و الإيجابية	الملحق رقم 03
مقياس بيك للإكتئاب	الملحق رقم 04
مقياس تايلور للقلق الصريح	الملحق رقم 05



إن الأمراض النفسية من الاضطرابات الخطيرة والتي تعتبر قديمة النشوء وتطورت بتطور العلوم، حتى أصبحت إحدى المشكلات التي تؤرق المجتمعات والعلماء ككل الذين عملوا على تصنيف هذه الاضطرابات ضمن فئات مختلفة ويختلف نوع الاضطراب باختلاف أعراضه وأسبابه ، حيث تصنف الاضطرابات العقلية لذهانات عضوية و أخرى وظيفية فنجد: اضطراب ثنائي القطب، الفصام والذي يعتبر أكثر الاضطرابات العقلية خطورة ولا يمكن تجاهله، كما يعتبر واسع الانتشار حيث أقرت منظمة الصحة العالمية سنة 2018 بأن الفصام يؤثر على أكثر من 21 مليون شخص في أنحاء العالم أجمع ويشيع عند الذكور ب 12 مليون أكثر منه عند النساء ب 9 ملايين وعادة ما يظهر في صفوف الرجال في وقت مبكر، أما في الجزائر فقد بلغت احصائيات مرضى الأمراض العقلية والفصام لسنة نسبة 13.96% أي مليون ونصف، " our world in data " 2019 وفقا لتقرير أعده الموقع العالمي. وغالبية المصابين بالأمراض العقلية من فئة المراهقين والشباب

يعد الفصام لب الاهتمام الاكلينيكي الذي كان محور اهتمام عديد من الدراسات، وهو أكثر الأمراض النفسية والعقلية شيوعا في عصرنا الحالي (4 مليون في الوقت الراهن)، خاصة إذا أخذنا في الاعتبار أن المرض يصيب الفرد في سن الشباب والنضوج، أي في فترة الدراسة والعمل والازدهار الفكري وتحديد الهوية، مما يجعل الفصام ليس ظاهرة مرضية فقط بل ظاهرة تؤثر على الناحية الاقتصادية والاجتماعية.

وتتمثل مشكلة الفصام في أنه يمثل خسارة للفرد والمجتمع، فالفرد يضطرب لديه التفكير-وهو قمة الحاجات الإنسانية- كما يضطرب لديه الإدراك والوجدان والإرادة والسلوك، أي أن الفصام يؤدي إلى تفكك الشخصية، أو أن يطون لديه هذيان بنمط الإضطهاد مثل أن يرى أن الناس يتجسسون عليه أو أن تكون هناك مؤامرة ضده؛ أو العكس فيكون الهذيان بنمط العظمة.

فمن خلال هذه الأعراض وما يعانيه الفرد بسبب الاضطراب تظهر اضطرابات أخرى مصاحبة للفصام منها القلق والاكتئاب؛ إذ تعد ظاهرة القلق والاكتئاب من الظواهر النفسية الشائعة التي اهتم بها علماء النفس في العصر الحديث، حيث أصبحت ظاهرة ملحوظة بشكل كبير لدى الأفراد نتيجة لظروف الحياة الصعبة والمعقدة، لما ترتب عنها من تغيرات وضغوط جعلت الانسان يشعر بأن القلق يلزمه في كل جانب من جوانب حياته ما أدى إلى زيادة الضغوط النفسية مما يعجل بحدوث الاضطرابات الاكتئابية ويساعد على استمرارها، فقد يكون الاكتئاب عصبيا طفيفا وقد يكون ذهانيا

ينتهي إلى تدمير الشخص. وهذا يعني أن الاكتئاب درجات، وإذ تضافرت أسباب وعوامل عديدة، فقد تصل حدة الاكتئاب إلى مستوى خطير، وتبدو خطورة المستوى المرتفع من الاكتئاب في انعكاس ذلك على تدهور قوى الشخص العقلية لتنتهي به المطاف مصاب بمرض الفصام.

ويسعى علماء ومفكرو علم النفس جاهدين للبحث عن طرق وسبل للعلاج خاصة العلاج ما بعد الدوائي لمرض الفصام، فالطبيب السيكا تري هو من يتولى المهمة الكاملة في مصلحة الأمراض العقلية خاصة بالتكفل الدوائي باعتبار المرض العقلي نتيجة إلى خلل في الهرمونات أو النواقل العصبية، وبالتالي فهو عضوي أكثر منه نفسي، فيشخص هذا المريض على أنه فصام من خلال الأعراض الملاحظة، ولا يحتاج إلى تشخيص من قبل الأخصائي النفسي الذي هو الشخص الثاني المؤهل إلى الفحص بواسطة تقنيات الفحص العيادي الدقيقة والعميقة سواء الإسقاطية أو الموضوعية، وهذا بجمع معلومات شاملة على تاريخ المريض من الأسرة والمحيط العلائقي، فهذه التقنيات أثبتت نجاعتها للمختصين النفسيين أو الممارسين في تشخيص الاضطرابات النفسية والعقلية لمعرفة مختلف التوظيفات النفسية. ودراستنا هذه هي تدعيم علمي في نجاعة العلاج ما بعد الدوائي للأمراض العقلية من خلال اسقاط ميداني على مستوى الصحة العمومية في المؤسسات الاستشفائية لأمراض العقلية بالحدب ولاية ورقلة، حيث تسعى الباحثة من خلاله للكشف عن مرض الفصام ومدى تأثيره ما بعد العلاج بالدواء على القلق والاكتئاب.

ولقد تضمنت هذه الدراسة جانبين نظري وآخر ميداني، حيث تمثلت فصول الجانب النظري في الفصل الأول والذي تناولنا فيه التعريف بإشكالية الدراسة وموضوعها، وفرضياتها، وأهميتها، وأهدافها والمفاهيم الإجرائية لمتغيرات الدراسة، وتطرقنا في الفصل الثاني إلى الفصام من خلال إبراز نشأته ثم إعطاء مفهوم له، وأسبابه وأعراضه وأنواعه والنظريات المفسرة له، ثم في الأخير طرق العلاج منه.

أما الفصل الثالث فتناولنا فيه الاكتئاب، مفهومه، مدى انتشاره، أنواعه، عوامله، أعراضه، النظريات المفسرة له، طرق الوقاية منه وعلاجه. أما الفصل الرابع فتناولنا فيه القلق، بحيث تطرقنا لمفهومه أسبابه، أعراضه، أنواعه، نظرياته، طرق العلاج منه .

واحتوى الجانب الميداني على فصل أول، الذي تضمن الإجراءات المنهجية للدراسة، بدءاً بالدراسة الاستطلاعية، وأهدافها، والعينة المستخدمة فيها، وكذا الحدود المكانية والزمانية والبشرية

للدراصة، ضف إلى ذلك الأدوات المستخدمة فيها وخصائصها السيكمترية، ثم الدراصة الأساسية واءراءاتها، والأساليب الإحصائية المستعملة، أما الفصل الثاني فقد شمل استعراض نتائج الدراصة و تحليلها، ليتم في الفصل الثالث مناقشتها وتفسيرها في ضوء الدراسات السابقة والجانب النظري، وختاماً تناولنا الاقتراحات والتوصيات وقائمة المراجع والملاحق.

1. إشكالية الدراسة:

يعد الفصام أحد الاضطرابات الذهانية الأكثر تعقيدا، حيث يرتبط باختلالات وظيفية، اجتماعية، سلوكية وانفعالية شديدة، وغالبا ما تتعرض كل الجوانب المهنية والتعليمية.... للخطر بسبب مظاهر الاضطراب، وغالبا ما يكون الفصام مصحوبا باضطرابات أخرى مثل عسر المزاج الذي قد يتخذ شكل اضطراب الإكتئاب والقلق وذلك حسب ما أشارت إليه (APA,2022, P. 52) كما يعاني الفصامي من العديد من الاضطرابات في التفكير والوجدان، ويتميز بسلوكيات غير منتظمة وسط محيطه الاجتماعي وفشل في التمييز بين الواقع والخيال مصحوب بمشاكل نفسية أخرى؛

وجدير بالذكر أن مرضى الفصام يختلفون عن بعض كل حسب شدة أعراضه، مما يقتضي إدخال أغلبهم للمشفى للخضوع للعلاج الدوائي خاصة أولئك الذين يشكلون خطرا على أنفسهم أو غيرهم؛ كما أثبتت الدراسات أن معظم مرضى الفصام لديهم اضطرابات نفسية مصاحبة، نذكر منها الاكتئاب والقلق، دراسة حول "العلاج طويل الأمد لاضطرابات المزاج في مرض انفصام الشخصية" والتي أكدت أن "الريسبيريدون" و"الكلوزابين" مرشحان جيدان للعلاج طويل الأمد لاضطرابات المزاج في مرض انفصام الشخصية. حسب صاحبها (Johnson DAW.1989: 193-201) وعند إدخال المريض إلى المشفى تتم متابعته من طرف الطبيب العقلي المتخصص حيث ينصب جل التدخل العلاجي على شكل علاج دوائي باتباع بروتوكول معين حسب كل حالة، ومعظم المرضى إن لم نقل كلهم عند إدخالهم يكون العلاج بالحقن بضعة أيام، وحين إستقرار الحالة يتم تخفيف الجرعات مع تغيير شكل العلاج الدوائي إلى (قطرات أو حبوب)؛ ودراستنا تطرقت إلى الفئة التي تكون على مستوى من الاستقرار إذ نسعى من خلالها للكشف عن بعض الاضطرابات النفسية المصاحبة محددين بذلك نوعين هامين ألا وهي الإكتئاب والقلق.

ومنه نطرح التساؤل التالي :

- هل يتسم الفصامي ما بعد العلاج الدوائي بالاكتئاب والقلق؟
- ومن هذا التساؤل نطرح التساؤلات الفرعية التالية :
- هل يتسم الفصامي ما بعد العلاج الدوائي بالاكتئاب ؟
- هل يتسم الفصامي ما بعد العلاج الدوائي بالقلق؟

2. فرضيات الدراسة :

الفرضية العامة :

- يتسم الفصاميين بالإكتئاب والقلق ما بعد العلاج الدوائي.

الفرضيات الجزئية :

- يتسم الفصامي بالإكتئاب ما بعد العلاج الدوائي.

- يتسم الفصامي بالقلق ما بعد العلاج الدوائي.

3. أهمية الدراسة:

تكتسب هذه الدراسة أهميتها من اعتبارين أساسيين هما الشريحة التي تتناولها الدراسة والموضوع الذي تتصدى له، وتتبلور أهمية الدراسة فيما يلي :

- تناولت متغيرات ذات أهمية في الدراسات والبحوث الإكلينيكية وهي: الاكتئاب، القلق والفصام.

- يشكل مرضى الفصام أعلى نسبة من المترددين على مستشفيات الصحة النفسية وكذلك فإن

المريض أحيانا قد يكون مصدر خطورة على حياته وحياة الآخرين، بالإضافة إلى التدهور الشامل في الشخصية، وتدهور في الإدراك والتفكير والتذكر والإرادة والسلوك والوجدان مما يحتم طلب المساعدة العلاجية.

- هدف البحث الحالي إلى التعرف على الأعراض الاكتئابية لدى الفصاميين.

- لفت الانتباه لشريحة مهمشة من المجتمع حيث يتوجب علينا التكفل بهم ودمجهم ضمن المجتمع.

- محاولة تفعيل دور الأخصائي النفسي في المستشفيات العقلية مع حالات الاضطرابات الذهانية.

- استفادة الأخصائيين وطلبة علم النفس من نتائج الدراسة.

4. أهداف الدراسة :

تكمّن أهداف الدراسة في :

- معرفة ما إذا كان الفصامي يتسم بالاكتئاب ما بعد بداية العلاج الدوائي

- معرفة ما إذا كان الفصامي يتسم بالقلق ما بعد بداية العلاج الدوائي

- تفتح الدراسة المجال لإجراء المزيد من الدراسات العلمية حول الموضوع وتطويره.

- تكمن أهمية الدراسة كونها تتناول ظاهرة اجتماعية تتمثل في مريض الفصام.

- تساهم هذه الدراسة في فهم الظاهرة المدروسة، ومدى الاستفادة منها للتخلص من الأفكار السلبية اتجاه المرضى العقليين والمساعدة في دمجهم اجتماعيا وضمهم ضمن مجموعات.

5. التعاريف الإجرائية لمفاهيم الدراسة :

- **الإكتئاب:** خبرة كلية تتضمن هبوط المزاج، تناقص الاهتمام بالجوانب المعرفية، الجسدية والاجتماعية، والتي تتجاوز في حد ذاتها حالات الحزن العابرة حول هموم الحياة اليومية، أي حزن مرضي حيث قد تصل شدة تعكر المزاج واليأس إلى ظهور التصورات الانتحارية وحتى التخطيط للانتحار وتنفيذه؛ ويمكن أن نعرف الاكتئاب إجرائيا بالدرجة التي يتحصل عليها المريض من خلال تطبيق مقياس بيك، وكذا مقياس PANSS.

- **القلق:** حالة من التوتر والخوف نتيجة توقع تهديد أو خطر فعلي يحدث للفرد ينتج أعراض نفسية وجسمية كسرعة ضربات القلب وجفاف الحلق وفقدان الشهية. ويمكن أن نعرف القلق إجرائيا بالدرجة المتحصل عليها على مقياس تايلور للقلق الصريح وكذا مقياس PANSS

- **الفصام:** متلازمة لمجموعة من الاضطرابات الذهانية والعصابية يؤدي إلى تدهور السلوك من الجوانب الانفعالية والوجدانية والتفكير وعدم القدرة على التكيف في الحياة الاجتماعية لفشل الامكانيات الوظيفية، حيث يختار المريض عالم هوامي مليء بالهلاوس والهذات، ويتم قياس شدة أعراضه بواسطة مقياس PANSS.

- **ما بعد العلاج الدوائي:** ما بعد العلاج الدوائي يُعنى به أنَّ الحالة في فترة هدئة جزئية أي مستقرة جدا ويتم خلالها الحفاظ على التحسن، وتكون الأعراض واضحة وجليّة.

6. الدراسات السابقة :

1. دراسة ل: " فرج الله آمنة، 2022"، بعنوان: الصورة النمطية لمريض الفصام لدى الشباب: دراسة ميدانية بجامعة 08 ماي 1945 بقالة وبعض المؤسسات العمومية الأخرى، قسم علم النفس، جامعة قالمة.

حاولت الدراسة الكشف عن الصورة النمطية لمريض الفصام لدى الشباب، حيث تناولت الدراسة إشكالية هل توجد صورة نمطية لمريض الفصام لدى الشباب؟، وسعت من خلال هذه الإشكالية إلى معرفة الصورة النمطية السائدة بين فئة الشباب من طلبة وعمال والمرتبطة بمريض الفصام، وكذا

معرفة وجهة نظر الشباب حول فئة المرضى الفصامين، ومعرفة العوامل التي تساهم في تكوين صورة نمطية حول الفصامين، ومن جهة أخرى سعت الدراسة إلى التعرف على مدى تأثير مؤسسات التنشئة الاجتماعية (الأسرة، جماعة الرفاق، المدرسة...) على تكوين الصورة النمطية، والتعرف على كيفية التعامل مع مريض الفصام ودمجه ضمن المجموعات الاجتماعية وافترضت الدراسة أنه:

- توجد صورة نمطية لمريض الفصام لدى الشباب.
- توجد اختلافات في الصورة النمطية لمريض الفصام تعزى لمتغير الجنس.
- توجد اختلافات في الصورة النمطية لمريض الفصام بين المشاركين من طلبة وموظفين.
- ولقد طبقت الدراسة على مجموعة من المشاركين بلغ عددهم 120 شاب منهم 60 طالب موزعين على 03 تخصصات: علم النفس، العلوم الاقتصادية التجارية، اتصال وعلاقات عامة. و60 موظف منهم 30 أستاذ و 30 ممرض.
- وقد اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي، وعلى الملاحظة والمقابلة في الدراسة الميدانية، وقد استخلصت مجموعة من النتائج تتمثل في:
- أن الأفراد المصابين بالفصام يعتبرون ضمن أحد الفئات المهمشة اجتماعيا والتي تعاني من مجموعة من السلوكيات التمييزية من طرف أفراد مجتمعهم.
- معظم الشباب لديهم صورة نمطية حول مريض الفصام وكانت أغلب اجاباتهم سلبية، حيث كانت اجاباتهم تتمحور حول اعتباره شخص خطير وغير سوي، ويعملون على تفاديه، وهذه الاجابات كانت بنسب مرتفعة جدا وهذا ما يؤثر على قدرة الفصامي في الاندماج الاجتماعي، وكذا بناء علاقات اجتماعية جديدة وحتى في علاقات العمل.
- حالات الفصامين استتجت الدراسة أنهم بحاجة للتكفل الاجتماعي والأسري والعلاج النفسي المبني على المتابعة النفسية المعمقة أكثر من العلاج الدوائي.
- الاعتماد على وسائل العلاج النفسية والاجتماعية لمساعدة المرضى وعائلاتهم في حل المشاكل بالإضافة إلى التأهيل النفسي والاجتماعي لإعانة الفصامين للاندماج في المجتمع.

2.دراسة ل: " جلاب محمد، 2019"، بعنوان: استراتيجيات مواجهة الضغوط وعلاقتها

بالاكتئاب لدى ممرضى مصلحة الاستعجالات، دراسة ميدانية بمستشفى محمد بوضياف ورقلة

ومستشفى سليمان عميرات تقرت، تخصص علم النفس العيادي، جامعة ورقلة.

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الاستراتيجيات مواجهة الضغوط ودرجة الاكتئاب لدى ممرضى

مصلحة الاستعجالات، وماهي الاستراتيجيات المستعملة من طرف الممرضين لمواجهة الضغوط، كما

تهدف إلى قياس الفروق الفردية من حيث الجنس والخبرة المهنية في كل من استراتيجيات المواجهة

وكذا مستوى الاكتئاب لديهم.

وطبقت الدراسة على عينة تكونت من 100 ممرض وممرضة أختيروا بطريقة عشوائية، وتم تطبيق

استبيان استراتيجيات المواجهة للدكتورة واكلي بديعة 2014، ومقياس بيك للاكتئاب، وتم استخدام

المنهج الوصفي لملائمته وطبيعة الدراسة، وتمت المعالجة الاحصائية باستخدام برنامج الاحصائي

للعلوم الاجتماعية. Spss وقد أسفرت الدراسة على ما يلي:

وجود علاقة ارتباطية بين استراتيجيات الضغوط ودرجة الاكتئاب لدى الممرضين.

- يستعمل الممرضين استراتيجيات المواجهة الفعالة بصورة كبيرة في مواجهة الضغوط.

- يخبر الممرضون درجات اكتئابية منخفضة.

- وجود فروق في استراتيجيات السند الاجتماعي، التجنب، المواجهة الانفعالية لصالح الاناث.

- وجود فروق في درجة الاكتئاب لدى الممرضين فئة الاناث.

- وجود فروق في درجة الاكتئاب تعزى للخبرة المهنية لصالح فئة أقل من 05 سنوات خبرة

مهنية.

3. دراسة ل "محبب رزيقة، 2001"، بعنوان الصراع النفسي الاجتماعي للمراهق وعلاقته بظهور

القلق (حالة سمة): دراسة ميدانية بولاية تيزي وزو، مذكرة لنيل الماجستير في علم النفس وعلوم

التربية، كلية العلوم الاجتماعية والعلوم الانسانية، جامعة تيزي وزو.

هدفت الدراسة إلى التعرف على التلاميذ الذين لديهم صراع اجتماعي وقياس درجة القلق لديهم وما إذا

كان الصراع النفسي الاجتماعي يؤدي إلى ظهور القلق عند المراهق المتمدرس، ووضع استبيان يقيس

الصراع النفسي لديه، بالإضافة إلى دراسة العلاقة بين الصراع النفسي الاجتماعي والقلق عند المراهق

المتمدرس والكشف عن اسباب الصراع النفسي الاجتماعي لدى هذه الفئة وما هي نتائجه.

لقد اعتمدت الدراسة على عينة تمثلت في مجموعة تلاميذ السنة أولى والثانية ثانوي، وبلغ حجم العينة 280 تلميذ من مجتمع الأصلي الذي يقدر ب 300 تلميذ لكل من ثانوية أعمش علي بتيزي راشد، وسي أوحسن أوطالب ببني ياني، وثانوية تاسفت، وثانوية أعمار بأيت واسف. أسفرت نتائج هذه الدراسة على ظهور صراع نفسي منخفض المستوى، وصراع اجتماعي منخفض المستوى، وظهور قلق حالة، وقلق سمة بمستوى فوق المتوسط، كما تبين أن كلما كان هناك صراع النفسي مرتفعاً كلما زاد من ظهور القلق كحالة وكسمة، وأنه كلما كان هناك صراع اجتماعي مرتفع كلما زاد من ظهور القلق كحالة وكسمة.

4. دراسة (L. Kiraly, and other 2019) بعنوان The relationship between self-stigma and depression among people with schizophrenia-spectrum disorders: A longitudinal study والتي هدفت الى دراسة الوصمة وعلاقتها بالاكنتاب بين الاشخاص المصابين باضطرابات طيف الفصام دراسة طولية وتمثلت عينتها في: 80 مشاركا بسويسرا، استخدمت مقياس تصنيف الاكنتاب لمرضى الفصام (مقياس مصمم من طرف الباحثين) وكان من أبرز نتائجها كلما كانت هناك وصمة للذات عالية كلما زاد مستوى الاكنتاب.

6.

الفصل الثاني:

طيف الفصام

تمهيد.

أولاً. تاريخ الفصام.

ثانياً. مفهوم الفصام.

ثالثاً. أعراض الفصام.

رابعاً. المعايير

التشخيصية حسب ال-DSM-5

.TR

خامساً. أسباب إضطراب

الفصام.

سادساً. أنواع الفصام.

سابعاً. المقاربات

النظرية للفصام.

ثامناً. علاج الفصام.

.....

تمهيد الفصل:

الفصام إضطراب عقلي خطير يؤثر على ما يقارب 24 مليون شخص حول العالم أي واحد من كل 300 شخص (0.32%) في جميع أنحاء العالم، والفصام هو أحد أنواع الذهان، ويمكن أن يؤثر على جميع جوانب الحياة، بما في ذلك الأداء الشخصي والعائلي والاجتماعي والتعليمي والمهني، ويبدأ الفصام في أغلب الأحيان في أواخر مرحلة المراهقة أو ما بين سن 20 و30 عاماً، وبشكل عام عند الرجال في وقت مبكر أكثر من النساء؛

وصمة العار والتمييز وانتهاكات حقوق الإنسان ضد مرضى الفصام شائعة؛ وتم إحصاء أن أكثر من اثنين من كل ثلاثة أشخاص مصابين بالذهان في جميع أنحاء العالم لا يحصلون على رعاية صحية نفسية متخصصة.

يكون خطر الوفاة المبكر أعلى مرتين إلى ثلاث مرات لدى الأشخاص المصابين بالفصام منه لدى عامة السكان، وغالباً ما تكون الوفيات ناجمة عن أمراض جسدية أو قلبية وعائية أو معدية وغيرها.

كما أن هناك العديد من الخيارات للعلاج الفعال لمرض انفصام الشخصية وسيتمكن واحد على الأقل من كل ثلاثة مرضى من التعافي تماماً. (OMS, 2022)

وحسب (ICD-11, 2019-2021, p. 105) فإنَّ الفصام وغيره من الإضطرابات الذهانية الأولية يتميز بتدن ملحوظ في اختبار الواقع مع تغيرات في السلوك، تظهر كأعراض إيجابية مثل الأوهام والهلاوس المستمرة والتفكير غير المنظم (عادة ما يظهر ككلام غير منظم) والسلوك المضطرب بشكل كبير، والأعراض السلبية مثل المزاج السطحي وانعدام الإرادة، واختلالات نفسوحركية؛ تحدث هذه الأعراض بتواتر وكثافة كافية للإبتعاد عن المعايير الثقافية المتوقعة؛ لا تنشأ هذه الأعراض كأحد المظاهر لإضطراب عقلي وسلوكي آخر (على سبيل المثال، اضطراب المزاج أو الهذيان أو اضطراب ناجم عن استعمال المواد).

أولاً- تاريخ الفصام:

الفصام من أقدم الاضطرابات العقلية والمعروفة، إلا أنه كانت له تسميات تختلف على ما هو حاضر، وأول وصف لهذا المرض يرجع إلى عام 1400 قبل الميلاد، في مخططات طبية هندية ويعرف بالصورة التي تقترب من الصورة التي نعرفه به الآن. (لكل مصطفى وبن عمر عواج، 2012، ص 10)

تعود جذور كلمة الفصام أو السكيتسوفرينيا، والتي تترجم تقريباً كـ "انقسام العقل" إلى اليونانية من الكلمتين skhizein بمعنى "يقسم" وphren بمعنى "عقل"، وصيغت لأول مرة من قبل "يوجين بلولر" في عام 1908، وكان المقصود بها وصف الافتراق الوظيفي بين الشخصية والتفكير والذاكرة والإدراك.

وصف بلولر الأعراض الرئيسية بأربع كلمات تبدأ بالحرف A باللغة الانجليزية، وهي تقابل تسطح الوجدان (flattened affect)، والتوحد (autism)، واختلال الترابط في الأفكار (impaired association of ideas)، والتناقض الوجداني (ambivalence). أدرك بلولر بأن المرض لم يكن خرفاً لأن بعض مرضاه تحسنت حالهم بدلاً من أن تتدهور، وبالتالي اقترح مصطلح الفصام بدلاً من الخرف. وحدثت ثورة في علاج الفصام في منتصف خمسينات القرن العشرين مع تطوير وإدخال كلوزابين. (لكل مصطفى وبن عمر عواج، 2012، ص 10).

في أوائل السبعينات من القرن العشرين كانت المعايير التشخيصية لمرض الفصام موضوعاً لعدد من الخلافات التي أدت في النهاية إلى المعايير العملية المستخدمة اليوم. وأصبح من الواضح بعد الدراسة التشخيصية التي أجريت عام 1971 في الولايات المتحدة والمملكة المتحدة أن الفصام أكثر تشخيصاً بكثير في أمريكا مما هو في أوروبا. (لكل مصطفى بن عمر عواج، 2012، ص 11)

تعتبر هذه الفترة جميع المعلومات ساعدت في التمهيد لوضع نظرية في الفصام، وكان ذلك على يد "كريبلن" الذي قسم الأمراض العقلية إلى قسمين، أطلق على القسم الأول ذهان الهوس والاكنتاب، وهي من الأمراض الحادة وأمل الشفاء فيها كبير، والقسم الثاني وأسماء الخبل أو العته المبكر يصيب الأفراد في مقتبل العمر، وقسم القسم الثاني من الأمراض العقلية إلى ثلاث مجموعات داخلية، كان من بينها الفصام؛ إلا أن تقسيم "كريبلن" هذا لم يأخذ به، لأنه لم يميز بين مجموعة وأخرى، ولذلك نجد أن

البحث في الفصام بعد "كريبلن" يأخذها اتجاهها آخر يتعلق بديناميات الفصام وارتباطاتها بالنظريات الجديدة في دراسة الانسان، أي بتفسير الفصام؛ بعد أن كان الاتجاه السائد وقت "كريبلن" وصف أعراض الفصام، وقد ساهم التحليل النفسي في تغيير هذا الاتجاه حيث الجدل ما هو باطن وما هو ظاهر، وحول الشعوري واللاشعوري وأثر الخبرات الطفلية المنسية. (محمد أمين بوزيد، 2020، ص12)

ثانياً- مفهوم الفصام:

الفصام هو مرض عقلي يتصف باضطراب في التفكير و الوحدات والسلوكي والاجتماعي، مما يفقد الفرد شخصيته، وبالتالي يصبح عزلة عن العالم الحقيقي والمجتمع. (أحمد عكاشة، 1998، ص 297) حسب دافيد كوبر: يصف كوبر الفصام على أنه: حادثة أو أزمة يعيشها الفرد في المجتمع أين تكون سلوكاته وتصرفاته غير صالحة بالنسبة للمجتمع "خارجة عن المألوف"، ويعتبر كوبر أن كل شخص له قابلية لهذا المرض، بمعنى أن حالة الجنون يمتلكها أي واحد منا لكن تكون مخفية ولا يتوفر إلا بتوفر عوامل مفجرة. (محمد أمين بوزيد، 2020، ص 13).

الفصام مرض ذهاني يحدث بصورة أكثر شيوعاً في سن الرشد، ويتميز باضطراب في الوجدان، وظهور أعراض الانسحاب إلى عالم الخيال، واضطراب التحكم الانفعالي، ووظائف التفكير واللغة، ويعيش المريض في عالم خاص من صنعه وكأنه يعيش في حلم. (صالح حسن الداهري، 2008، ص 310).

الفصام هو عدم توافق في الجانب العقلي لا يختلف عما هو عليه لدى الأسوياء إلا في الكم فقط، فالفصام تضخيم لعناصر وجودها مؤكداً في أذهان الأسوياء.

ويُعرف الفصام أيضاً على أنه عبارة على أفكار وهمية، سلوك مفكك، وهذه الأعراض السلبية تتمثل في انخفاض الامكانيات الوظيفية، وهذه الأعراض يجب أن تستمر لمدة ستة أشهر على الأقل وتؤدي إلى فقدان التكيف الاجتماعي والموضوعي. (صالح حسن الداهري، 2008، ص 309)

ويمكن تعريفه على أنه اضطراب نفسي واجتماعي غير عضوي يكون الفرد عاجزاً عن حماية ذاته أو كيانه الاجتماعي بصورة لا تمكنه من المشاركة في الحياة الاجتماعية العادية أو إحراز أدنى المكافآت السيكولوجية والاجتماعية، فالمريض العقلي هو ذلك الذي ينظر له من قبل أفراد مجتمعه على

أنه مجنون أو فاقد لقواه العقلية وهي المصطلحات السائدة بين العامة من الناس. (عبدالفتاح محمد دويدار، 2003، ص ص 16-17)

وهو متلازمة عقلية تابعة لفئة الاضطرابات الذهانية، وتتميز الصورة الإكلينيكية بفقدان الاتصال مع الواقع، على المستوى البيولوجي العديد من التشوهات في المخ سواء البنيوية والوظيفية للأشخاص المصابين بالفصام مثل الحد في حجم المخ وزيادة حجم البطين، انخفاض حجم الفص الأمامي والحسين، غياب التماثل المخي، والحد من عدد العمود الفقري، والخلايا العصبية الجذعية، شذوذ بعض الناقلات العصبية مثل الدوبامين، السيروتونين، والجلوتامات، على مستوى السلوكي الفصام هو أساسا يتميز بأعراض ذهانية المضطربة وظيفيا، وبحضور العجز العصبي النفسي. (محمد أمين بوزيد، 2020، ص14)

من التعريفات السابقة يتضح لنا أن الفصام هو متلازمة لمجموعة من الاضطرابات الذهانية والعصابية، يؤدي إلى تدهور السلوك من الجوانب الانفعالية والوجدانية والتفكير، وعدم القدرة على التكيف في الحياة الاجتماعية لفشل الامكانيات الوظيفية، حيث المريض يختار عالم هوامي مليء بالهلاوس والهذات نتيجة فشل مكنيزمات الدفاع في حل الصراع خاصة مع الواقع الخارجي فتُصبح أليات الدفاع مولدة للمرض، ويفضل العزلة وظهور الأفكار التوحدية، فالمريض يقطع صلته بالواقع ويعيش في هذا العالم الافتراضي كوسيلة دفاعية لتوازنه، فالواقع يمثل تهديد له ويظهر في سن مبكرة لما يشهد لها من تقلبات وتطورات في السيرورة النفسية، ولكن شيوعا في مرحلة الرشد.

ثالثا- أعراض الفصام:

علامات وأعراض مرض الفصام كثيرة وتختلف من فرد إلى آخر، ويمكن أن يحدث الفصام في أي مرحلة عمرية، وتظهر علامات مبكرة في معظم الأحيان في المراهقة سواء في وقت مبكر أو متأخر، حيث نميز نوعين من الأعراض المتمثلة في الأعراض الايجابية والسلبية.

الأعراض الإيجابية:

مصطلح إيجابي لا يعني أن الأعراض جيدة، حيث وكما جاء في (DSM4, 2000) فإنَّ الأعراض الإيجابية (أو الفائضة *excédentaires*) هي أعراض تضاف إلى تجربة الواقع والسلوكيات المعتادة؛

وجودها هو أمر غير طبيعي، تظهر هذه الأعراض عادةً في مرحلة البلوغ المبكر، بين 17 و23 عاماً عند الرجال وبين 21 و27 عاماً عند النساء. والأفراد الذين لديهم هذا النوع من الأعراض فهم عموماً وعلى الأغلب يستجيبون بشكل جيد للعلاجات الدوائية؛ تضاف هذه الأعراض إلى الأداء الطبيعي للفرد؛ (American Psychiatric Association, 2000, p. 299)

فمثلاً يعاني الشخص المصاب بالفصام من الهلوسة، والتي يمكن أن تشمل جميع الحواس؛ وأكثرها شيوعاً هي الهلوسة السمعية، التي تكون على شكل أصوات خيالية، وغالباً ما تكون غريبة أو مضطهدة؛

بالإضافة إلى ذلك، يتعرض الفرد لهجمات الهذيان (الأفكار الوهمية)، وأخطاء الحكم المنطقي، ومن أشهر الأمثلة أن يتخيل المريض أن الشخص الذي ينظر إليه أو الذي موجود للتجسس؛ أو بصيغة أخرى (الشعور بالرقابة من الآخرين، الشعور بالإضطهاد، الشعور بالخطر، الاعتقاد أن التلفاز مثلاً يرسل رسائل، إقتناع المريض بأن لديه القدرة على التأثير على أحداث العالم، أو أنه تسيطر عليها قوة خارجية، أو أن الأفراد الآخرين يمكنهم قراءة أفكاره، كما ترتبط الهلوسة بالأوهام بشكل شائع وتعززها.

يؤدي الفصام إلى الغربة عن الواقع (الانطباع بغربة العالم الذي يبدو غير واقعي، ضبابي، يفتقر إلى المعنى) أو تبدد الشخصية (الانطباع بالغربة فيما يتعلق بالذات). (American Psychiatric Association, 2000, p. 299)

الأعراض السلبية:

تسمى الأعراض السلبية (أو العجز) بهذا الاسم لأنها تشير إلى وجود تراجع على مستوى الوظائف المعرفية الطبيعية وتؤدي إلى تغييرها (تغيير وظائف الذاكرة، صعوبة التركيز، فقر الطلاقة اللفظية)، والسلوك الحركي، والأداء الاجتماعي أو العاطفي (تغيير في العلاقات، غياب المتعة....)؛ وعلى عكس الأعراض الإيجابية، فإن الأعراض السلبية أكثر مقاومة للعلاجات الدوائية. (Carson VB, 2000, p. 638)

هذه الأعراض السلبية لها عواقب أكثر ضرراً ومعوقة على نوعية حياة الأشخاص المصابين بالفصام من الأعراض الإيجابية وتؤثر بشكل أقوى على من حولهم. (Velligan DI et Alphas LD, 2008)

رابعاً- المعايير التشخيصية للفصام حسب الـ DSM-5-TR

أ. اثنان أو أكثر من الأعراض التالية يجب أن يكون كل منها موجوداً لفترة زمنية كبيرة في فترة شهر واحد (أو أقل إذا تم علاجه بشكل فعال)، يجب أن يكون هناك واحد على الأقل من الأعراض (1)، (2)، (3):

1. أوهام

2. هلاوس

3. الكلام غير المنظم (مثلا التناقضات المتكررة أو التفكك).

4. سلوك غير منظم أو كاتاتوني.

5. الأعراض السلبية (إنخفاض في التعبير الإنفعالي أو فقد الإرادة).

ب. خلال فترة معتبرة من الوقت منذ بداية الإضطراب انخفض مستوى الأداء الوظيفي في مجال رئيسي مثل العلاقات الشخصية أو الوظيفية أو النظافة الشخصية بشكل ملحوظ إلى ما دون المستوى الذي تم الوصول إليه قبل بداية الإضطراب (أو عندما يظهر الإضطراب أثناء الطفولة أو المراهقة، ولم يتم الوصول إلى المستوى المتوقع من الأداء الشخصي، المدرسي أو المهني).

ج. استمرار علامات الاضطراب لمدة ستة أشهر على الأقل خلال فترة الستة أشهر هذه، ويجب ان تكون الأعراض التي تفي بالمعيار (أ) (أي أعراض المرحلة النشطة) موجودة لمدة شهر واحد على الأقل (أو أقل إذا كان العلاج فعالاً)، في نفس الفترة الزمنية قد تظهر بوادر الأعراض المتبقية، وخلالها قد تظهر علامات الإضطراب فقط كأعراض سلبية على قدم المساواة أو إثنين أو أكثر من الأعراض المدرجة في المعيار (أ) الموجود في شكل ضعيف (مثل معتقدات غريبة أو تجارب لتصورات غريبة).

د. تم استبعاد الاضطراب الفصامي الوجداني أو الاكتئابي أو الاضطراب ثنائي القطب المصحوب بمظاهر ذهانية لأن:

1- إما لم تكن هناك نوبة هوس أو إكتئاب شديد بالمرحلة النشطة للأعراض.

2- أو إذا كانت نوبات من إضطراب المزاج موجودا أثناء المرحلة النشطة من الأعراض فقد كانت موجودة فقط بفترة قصيرة من الوقت من إجمالي مدة المراحل النشطة والمتبقية من المرض.

هـ. لا يُعزى المرض لتأثيرات فيزيولوجية لمادة) مثل سوء استخدام عقار، دواء (أو عن حالة طبية عامة.

و. إذا كان هناك تاريخ لإضطراب طيف التوحد أو إضطراب التواصل يبدأ في الطفولة، يتم التشخيص الإضافي لتفكك الشخصية فقط في حالة ظهور أعراض الأوهام والهلاوس الشديدة،

بالإضافة إلى كون الأعراض الأخرى المطلوبة لتفكك الشخصية، وعند التشخيص وجود أيضاً لمدة شهر على الأقل (أو أقل إذا عولجت بنجاح).

حدد ما إذا كان: يمكن تطبيق هذه المحددات فقط بعد فترة سنة من الإضطراب وفي حال عدم تناقضها مع معايير سير المرض التشخيصية.

النوبة الأولى حالياً في النوبة الحادة: المظاهر الأولى للإضطراب تفي بمعايير التشخيص من ناحية الأعراض والزمن، النوبة الحادة هي الفترة الزمنية التي تتحقق خلالها معايير التشخيص.

النوبة الأولى حالياً في هدأة جزئية: الهدوء الجزئي هو الفترة من الزمن التي يحافظ فيها على التحسن ويتم خلالها الوفاء بالمعايير التشخيصية جزئياً فقط.

النوبة الأولى حالياً في هدأة كاملة: الهدأة الكاملة هي فترة من الزمن بعد النوبة السابقة لا توجد خلالها أي أعراض محددة للإضطراب.

نوبة متعددة، حالياً في النوبة الحادة: يتم تحديد النوبة المتعددة بعد نوبتين على الأقل) أي بعد النوبة الأولى هدوء للأعراض وانتكاس واحدة على الأقل).

نوبة متعددة، حالياً في هدأة جزئية.

نوبة متعددة، حالياً في هدأة كاملة.

المستمر: الأعراض المستوفية لمعايير التشخيص للإضطراب موجودة خلال معظم مسار المرض، مع فترات من الأعراض دون العتبة التشخيصية تكون وجيزة جداً بالنسبة لمسار المرض الكلي.

- غير محدد.

حدد فيما إذا كان:

مع كاتاتونيا) راجع معايير الكاتاتونيا المرافقة لإضطراب عقلي آخر

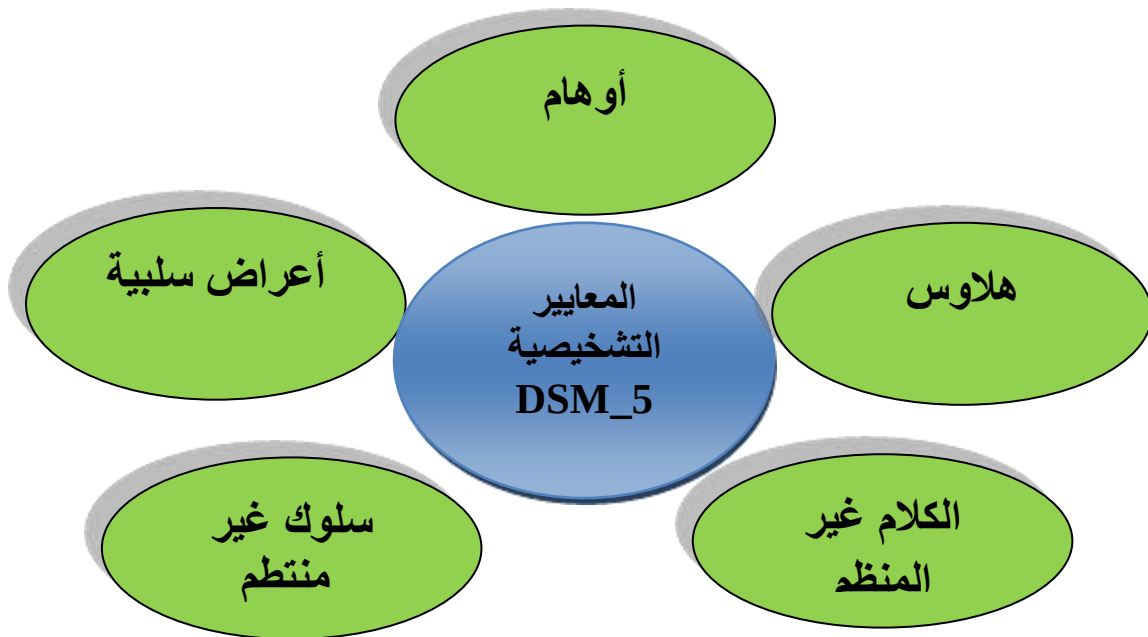
حدد الشدة الحالية:

يتم تصنيف الشدة بالتقييم الكمي للأعراض الأولية للذهان، بما في ذلك الأوهام، والهلاوس، والكلام غير المنظم، السلوك الحركي الشاذ، والأعراض السلبية، تقيم كلاً من هذه الأعراض بالنسبة لشدها الحالية) الأشد في آخر 7

أيام (على مقياس مكون من 5 نقاط تتراوح من 0 (غير موجودة) إلى 4 (حاضر وشديد) (راجع مقاييس التقييم)

ملاحظة: يمكن أن يتم تشخيص الفصام دون استخدام محدد الشدة هذا. (DSM_5 TR 2022 pp 53_54)

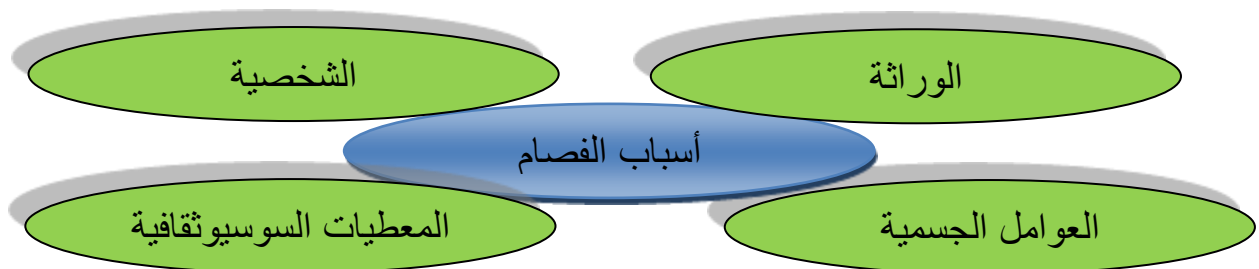
والمعايير التشخيصية نلخصها في الشكل التالي: حسب ال DSM 5 tr:



الشكل رقم: -01- للمعايير التشخيصية للفصام حسب ال DSM5_TR

خامسا- أسباب اضطراب الفصام :

1. **الوراثة:** يقول (كالمان 1946)، إن عاملا وراثيا متتحيا يرثه الفرد يهيئه للفصام، أي أن مرض الفصام نفسه لا يورث ولكن الذي يورث هو استعداد الفرد للإصابة بالفصام إذا تجمعت الأسباب الحيوية والنفسية والبيئية. (فرج الله آمنة، 2018، ص34)
2. **العوامل الجسمية:** يربط البعض بين الفصام وبين النمط الجسدي والنمط المخي الأساسي، كما يكثر هذا المرض في الشخصية الانطوائية والشخصية ذات السمات الحساسة، والمتوجسة، والهشة، لكن هذا المرض يمكن أن يصب أي نوع من الشخصيات أو التكوين الجسدي. (فرج الله آمنة، 2018، ص34)
3. **الشخصية:** تلعب الشخصية دورا مهما في تهيئة الفرد للإصابة بمرض الفصام، ولا يدع ذلك للدهشة خاصة إذا عرفنا أن تكوين الشخصية يتم من خلال تفاعل علمي البيئة والوراثة، وأن الشخصية الحافزة للفصام ما هي إلا موروثات ضعيفة لهذا المرض تحتاج لعوامل بيئية وفسولوجية مختلفة لظهور المرض نفسه. (أحمد عكاشة، 1998، ص 302)
4. **المعطيات الاجتماعية الثقافية:** بالنسبة لهذه المعطيات يمكن الاتصال الأولي الذي يتحقق في الوسط الأسري، حيث إن هذه النواة تعتبر أساسية عند البناء الأولي للعلاقات بين الفرد والأفراد الآخرين المحيطين به، إضافة إلى التعبير المنسجم. أما بالنسبة للوالدين غير القادرين على تأسيس هذا النوع من العلاقات الثابتة والمستقرة في فترة حساسة سيؤدي إلى ظهور تبعية جسمية للطفل تجاه المحيط، وبالتالي فإن هذا سيؤدي إلى وجود بعد علائقي بين الأبوين والطفل حيث إن هذا سيكون المنبع المفجر للتأذر الفصامي. (لكحل مصطفى و بن عمر لعوج، 2012، ص 18)



الشكل رقم:-02- يبين أسباب الفصام

ساسا. أنواع مرض الفصام :

حسب الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات العقلية DSM_5_TR، نلخص طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى في الجدول التالي وذلك حسب (غرايبي، 2022، ص ص 47-62):

جدول رقم: -01 يبين أنواع الفصام

نوع الفصام	مدة العرض
اضطراب الهذيان	شهر أو أكثر
الاضطراب الذهاني الوجيز	أقل من شهر
الاضطراب الفصامي الشكل	04 أسابيع
الفصام	فترة شهر
اضطراب الفصام الوجداني (نمط ثنائي القطب-نمط اكتئابي)	07 أيام
الاضطراب الذهاني الناجمة المحدث بالمواد	حوالي شهر
اضطراب ذهاني بسبب حالة طبية أخرى (مع أفكار هذيانة-مع هلاوس)	07 أيام
الكتاتونيا المرافقة لاضطراب عقلي آخر (بسبب حالة طبية-غير محددة)	-----
اضطرابات طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى (المحددة-غير المحددة)	-----

سابعا. المقاربات النظرية للفصام:

نجد الكثير من النظريات التي تفسر منشأ حدوث الفصام على أساس مبدأ مقارنة نظرية، والعوامل التي تفسر على أساسها ونزعتها التحليلية.

1. النظرية الوراثية:

سمحت الأعمال الجينية الكلاسيكية بالتأكيد على تدخل العوامل الوراثية كمسببات للكثير من الاضطرابات العقلية، خاصة في الاضطرابات الفصامية واضطرابات ثنائية القطب والإدمان الكحولي والخلفة العقلية. في مقابل سمح التطور الحاصل في الأبحاث الجينية الجزئية بالتأكيد على وجود مسجلات جينية التي تسمح بحصر العوامل الجينية المفترضة خلال الوصل الجيني، ويتمثل هدف

التحليلات الخاصة بالوصل الجيني في تحديد ما إذا كانت مجموعة من الأنماط الظاهرة مثلاً: الفصام أو نموذج الشخصية المرضية بإمكانها نقل -سواء بطريقة مستقلة أو بطريقة غير مستقلة - سجلاً جينياً خاصاً بعائلات مصابة.

بالرغم من تعدد الأبحاث في هذا المجال، ظلت المعطيات الخاصة بالاضطرابات النفسية والأمراض العقلية غير مؤكدة، فالمبادئ الجينية (التكرار الجيني ونسبة تكرار الأفراد الحاملين للجينات المعبرة عن النمط الظاهري للاضطراب) لم يتم تحديدها لحد الآن، مما استدعى الاستعانة بطرق أخرى كالطريقة الشفعية للأشقاء والطرق الترابطية والاختبار الافتراضي للجينات المرشحة مثل: الجينات المرمزة الخاصة بالمستقبلات وبالتركيبات الأيضية للموصلات العصبية؛ وبالرغم من تطور الأبحاث الجينية وبالرغم من دقة معايير التشخيص يظل تحديد النمط الظاهري غير واضح في الطب النفسي، حيث لم يتمكن أي مسجل جيني لحد الآن من تحديد مؤكد لأي أحد منه. (العزة سعيد حسني، 2002، ص 42-43)

2. النظرية البيولوجية

ويرى أصحاب هذه النظرية أن الاضطرابات النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية هي نتاج ومحصلة الخلل في وظائف أعضاء جسم الإنسان، الأمر الذي ينتج عنه اضطراب في السلوك لديه قد يكون نتاجاً لنقص أو زيادة في إفرازات الغدد الصماء أو غيرها من الغدد الأخرى في جسم الإنسان، فالحركة الزائدة قد تكون نتاج زيادة مادة (الثيروكسين) في الدم على سبيل المثال لا الحصر.

وهذا الاتجاه والمرتبط بعلم البيولوجيا التي يرى بأن للوراثة دور واضح في ظهور الاضطرابات النفسية، والعقلية والانحرافات السلوكية، حيث يرى بأن الموروثات تلعب دوراً في وجود هذه الأخيرة، كما أن لعمليات النمو والأبيض (التمثيل الغذائي) دوراً في ذلك، وكذلك الحساسية للأدوية ونضج الأجهزة وسير عملية نمو الفرد وسلامة الحيوانات المنوية والبويضة ومشاكل الرحم وتعرض الأم الحامل للأمراض كالحصبة الألمانية أو مرض الزهري، وعدم وجود بيئة رحيمة مناسبة لديها، وتعرضها لمرض السكرى، ومشاكل الحمل وما قبله وما بعده، والتسمم الولادي، ونقص الأكسجين أثناء الولادة وتناولها للمواد السامة كالرصاص والولادة العسيرة، وتعرضها لأشعة (X) ، وعدم مراجعتها للطبيب والقيام بالفحوص اللازمة للاطمئنان على سلامة المولود، كلها أسباب قد تكون

مسؤولة بمستويات عن وجود إعاقات لدى هذا المولود وتعرضه للاضطرابات النفسية والعقلية، والانحرافات السلوكية. (سعيد حسني العزة، 2002، ص 44)

3. الصيدلانية والعصبية الكيميائية:

فيما يخص النظرية الصيدلانية والعصبية الكيميائية فقد أكدت على دور الدوبامين والنوادرينالين والسيروتونين في التوصيل العصبي، وعلى مساهمة هاته النواقل في تنشيط مختلف العقاقير النفسية، كما سمحت التقنيات الكشف المورفولوجي الوظيفي للدماغ بتوصيف تشريحي ووظيفي للمسالك وللأنظمة الأمنية الأحادية، وتحديد المستقبلات الخاصة بهذه النواقل.

لقد افترضت النظرية الدوبامينية وجود ارتباط بين المظاهر المنتجة للفصام وما بين الفرط الوظيفي لأنظمة الدوبامينية وارتباط المظاهر السلبية والتخلفية للفصام بنقص في توظيف هاته الأنظمة. (سامي ملحم، 2001، ص 42).

4. النظرية التحليلية:

تشكل نظرية التحليل النفسي الكلاسيكية السيكوندينامية كما طوره "فرويد" في أوائل القرن العشرين في فهم الاضطراب السلوكي، فقد أكد "فرويد" على أن الاضطرابات السلوكية تنتج من القوى النفسية الداخلية (الهو، الأنا، الأنا الأعلى)، فهذه القوى تتفاعل في تنفيذ الأنشطة العقلية الشعورية واللا شعورية، فالصراعات يجب أن يتم حلها بطريقة ناجحة في نطاق الوعي حتى لا تؤدي إلى اضطرابات السلوك، كما يجب أن يوفق الأنا بين نزاعات الهو وضوابط الأنا الأعلى ومتطلبات الواقع الخارجي، أما إذا لم تحل الصراعات بطريقة ناجحة أو إذا لم تستطع الأنا التوفيق بين نزاعات الهو وضوابط الأنا الأعلى والواقع الخارجي فكل هذا سوف يؤدي إلى اضطرابات السلوك. (سعيد حسني العز، 2002، ص 45-45).

5. النظرية السلوكية:

تعتبر النظرية السلوكية أن السلوك الانساني فطري منعكس، أي أنه عبارة عن فعل أو ما يطلق عليه (مثير-استجابة)، وفسرت سلوك الانسان على أنه فطري منعكس، فقد ربطت بين المنبه والاستجابة بصورة آلية محضة دون النظر إلى طبيعة المنبه ودون اعتبار لشعور الفرد وحالته النفسية

رغم أن المنبه الواحد قد يثير استجابات مختلفة في أشخاص مختلفين أو في الفرد نفسه من حين لآخر. (سامي ملحم، 2001، ص44).

6. النظرية المعرفية:

يفترض أنصار النظرية المعرفية أن الاضطراب السلوكي يرجع الطريقة التي يدرك بها الفرد الحدث وتفسيره من خلال خبراته وأفكاره، فالاضطراب السلوكي هو نمط من الأفكار الخاطئة أو غير المنطقية التي تسبب الاستجابات السلوكية غير التكيفية، وإذا كان السلوكيون يعتقدون أن السلوك المضطرب يتم تعلمه عن طريق الاشراف والتدعيم فإن أنصار النظرية المعرفية يرون أن السلوك المضطرب يمكن أن يتم اكتسابه من خلال الملاحظة والتقليد، فقد يميل بعض الأشخاص القائمين بالعدوان إلى تبرير استخدامهم للعدوان كأن يقول أن الضحية ظالمة أساساً أو أنها هي التي دفعت بي لارتكاب السلوك العدواني (لوم الضحية). (حسين فايد، 2004، ص ص 46-47)

7. النظرية النسقية:

تستمد هذه النظرية جذورها من أبحاث الأنجلو سكسونية، وهي تقترح لتفسير الأعراض النفسية والعقلية ضمن تفاعلات الفرد مع محيطه الاجتماعي وعلاقاته مع الآخرين، وبالأخص علاقاته وتفاعله مع المحيط العائلي، وتتمثل الأعمال الأكثر جلباً للاهتمام في التحليل النسقي للفصام. وبالنسبة لهذه النظرية يعتبر المريض ضحية لنظام عائلي مرضي حيث يتمثل العامل المفتاحي لتطور أي اضطراب عقلي في نموذج التواصل والتفاعل المتواجد داخل الخلية التي يترعرع فيها المريض وينمو، خاصة فيما يتعلق بمفهوم الرابطة المزدوجة بالفصامي يكون قد انصاع خلال حياته لنموذج من التواصل المفارق يتميز بوجود رسالة يبعث بها شخص في وضعية مهيمنة (الأم مثلاً)، تتضمن وجوب استجابتين متناقضتين، فإذا كانت هاته الرسالة تتضمن أمراً يجب تنفيذه يتوجب على الفرد أن لا ينصاع له لكي يطيع أمره مثلاً في حالة إذا قيل له كم تلقائياً، حيث تضع مثل هاته الأوامر المفارقة الفرد في مأزق حقيقي يدفع ثمنه النفسي غالباً إذا ما حاول تجاوزه وعليه وحسب هاته المقاربة تعتبر اضطرابات التواصل من أهم العوامل المسببة لحدوث الفصام. (حسين فايد، 2004، ص ص 48-50)

8. النظرية الانسانية :

تشكل النظرية الانسانية القوة الثالثة في علم النفس المعاصر بعد التحليل النفسي والسلوكية وهو مجموعة اتجاهات صاغها علماء ذوي خلفيات متباينة ورؤى مشتركة، والحقيقة أن ذلك الاتجاه قد بدأ بجهد طائفة من المعالجين النفسيين الذين يعرفون في الوقت الحالي باسم طائفة علماء النفس الانساني عندما أخذوا يعيدون تفسير نظريات العلاج النفسي بالتأكيد على قدرة الانسان على توجيه نفسه ذاتيا من خلال قدرته على التعلم الذاتي وتوظيفه لقدراته وامكانياته من أبرز روادها كارل روجرز وأبراهام ماسلو. (عمر سامي محمد أبو عقل، 2016، ص 58).

9. النظرية الثقافية الاجتماعية:

تمثل وجهة نظر الثقافية الاجتماعية للاضطرابات السلوكية إحدى النظريات العديدة التي حاولت تفسير أسباب السلوك المضطرب، حيث يؤكد أنصار هذه النظرية على أن هناك عوامل ثقافية فعالة في نطاق كل مجتمع تحدد السبب في أن أنماط سلوكية معينة تكون سوية، وأن أنماط أخرى غير سوية فما يمكن اعتباره غير سوي في مجتمع معين قد يكون سويا في مجتمع آخر، حيث أن الانحراف عن المعايير الاجتماعية يرتبط بثقافة معينة وليس مرتبطا بثقافات أخرى فرعية. (عمر سامي محمد أبو عقل، 2016، ص 60).

ثامنا. علاج الفصام:

يتطلب فصام الشخصية علاجا لمدى الحياة حتى عند تراجع الأعراض، ويمكن أن يساعد العلاج بالأدوية والعلاج النفسي على السيطرة على هذه الحالة المرضية في بعض الحالات بهدف تقليل الأعراض، وتخفيف حدتها، وتقليل احتمال تكرار الفصام أو رجوع الأعراض من جديد. تشمل معالجة مرض الفصام ما يأتي:

1. العلاج الدوائي (pharmacologieTherapy):

تعد الأدوية أهم علاج للفصام كما أن الأدوية المضادة للذهان تعد أكثر أدوية الوصفات الطبية شيوعا، ويعتقد الأطباء أنها تسيطر على الأعراض بالتأثير على الدوبامين وهو الناقل العصبي بالدماغ.

والهدف من العلاج بالأدوية من مضادات الذهان السيطرة على العلامات والأعراض بأقل جرعة ممكنة. أو جرعات أو تركيبات مختلفة عبر الوقت لتحقيق النتيجة المرجوة. ويمكن أن تساعد بعض الأدوية الأخرى، مثل مضادات الاكتئاب والقلق، قد يستغرق الأمر عدة أسابيع لملاحظة تحسن في الأعراض. (خليدة مليوح، 2014، ص 91).

وحسب الطببة المتخصصة بالأمراض العقلية على مستوى المؤسسة الاستشفائية للأمراض العقلية بورقلة، "دكتورة إدير. ن" لخصنا معظم العلاجات الدوائية على شكل جدول حسب الأجيال وحسب التصنيف العلاجي ومدة التأثير.

جدول رقم: -02- يبين مضادات الذهان حسب تاريخ ظهورها (الجيل) وحسب مفعول تأثيرها

الجيل	مدة الآثار	الإسم العلمي ثم الإسم التجاري	تأثيره (طبيعة الدواء)	آثاره النفسية
الجيل الأول	طويلة	Haldol decanoas- Haloperidol Inj- chaque mois	مضاد للهلاوس	الإكتئاب، الأرق
	ذات مفعول التأثير القصير	Haldol – Haloperidol Gouttes - inj	والهذاء	
		Largactil-Chlorpromazine	مهدئ- مضاد للهلاوس والهذاء	قلق، اضطراب المزاج، الخمول
		Nozinan-levomepromazine	مهدئ-مضاد ذهان	قلق، اضطرابات المزاج
الجيل الثاني	ذات مفعول التأثير الطويل	Solian- Sulpiride	علاج الفصام ثنائي القطب الهوس	أرق وقلق
		Palmitate- Paliperidone Inj chaque mois		
		Seroquel-Quetipine		
	ذات مفعول التأثير القصير	Zyprexe- Olanzapine	الاكتئاب ثنائي	
		Risperdale- Risperidone	القطب- الهوس الحاد- الفصام(السلبية)	

اضطرابات سلوكية وجدانية	الفصام الحاد والمزمن	Loxapac- Loxapine		
	علاج اكتئاب ثنائي القطب - الهوس الحاد - الفصام	Abilify-Aripiprazol	قصير	الجيل الثالث

Leponex- Clozapine : لحالات المقاومة (الذهان المستعصي) للإستعمال الاستشفائي البحت.

2. العلاج النفسي (Psychotherapy):

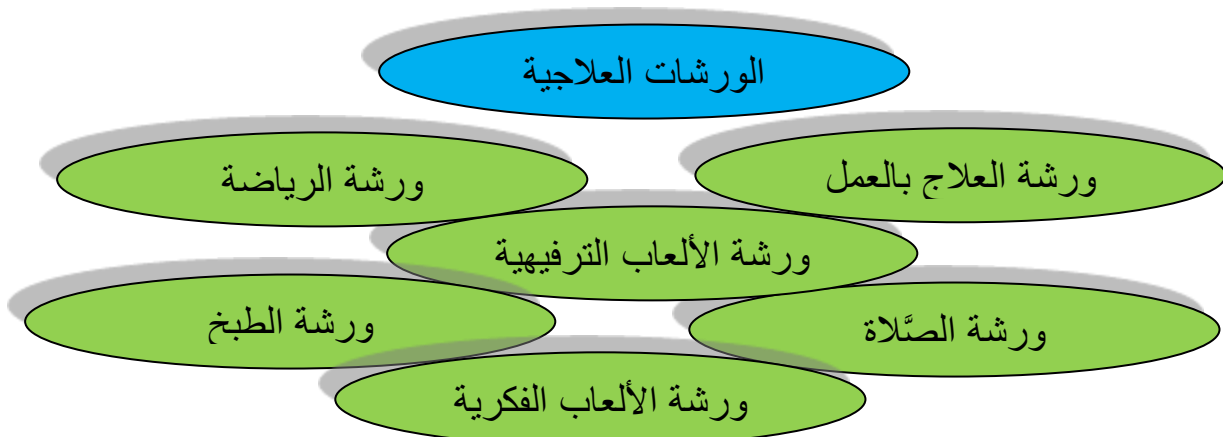
بمجرد أن يتراجع الذهان، بالإضافة إلى الاستمرار في تناول العلاج، تصبح التدخلات النفسية والاجتماعية (النفسوإجتماعية) مهمة للغاية، وقد تتضمن ما يلي:

-العلاج الفردي: قد يفيد العلاج النفسي في تطويع التفكير، كما يمكن لمعرفة كيفية التكيف مع الضغط وإدراك المؤشرات المبكرة للتحذير من الانتكاس مساعدة مرضى الفصام في السيطرة على مرضهم.

-التدرب على المهارات الاجتماعية، يركز ذلك على تحسين مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي وتحسين القدرة على المشاركة في الأنشطة اليومية.

- العلاج الأسري : حيث يتم التعامل مع الأسرة والمريض وتستخدم عدة تقنيات معرفية سلوكية أهمها تقنية التنقيف النفسي وغيرها.

- **العلاج الجماعي:** وتتمثل في ورشات علاجية جماعية يشارك فيها معظم المرضى دون إختلاف، ونوجزها من خلال الشكل التالي :



شكل رقم: -03- يوضح أنواع الورشات الجماعية.

وأيضاً يتخذ العلاج الجماعي أنواعاً أخرى أهمها:

- العلاج السيكودراما: وتتمثل في القيام بمسرحيات لفائدة المرضى.

- التأهيل المهني والدعم الوظيفي : يركز ذلك على مساعدة مرضى الفصام في التأهل للحصول على

الوظائف والاحتفاظ به. (آمنة فرج الله، 2018، ص42)

يتطلب معظم الأفراد المصابون بالفصام شكلاً من أشكال الدعم في الحياة اليومية، لدى العديد من

المجتمعات برامج لمساعدة مرضى الفصام في الوظائف والسكن، ومجموعات المساعدة الذاتية،

وحالات الأزمات. يمكن لمدير الحالة أو أحد أفراد فريق العلاج المساعدة في إيجاد الموارد، ليتمكن

أغلب المرضى المصابون بالفصام من التحكم في مرضهم من أخذ العلاج المناسب. (خليدة ميلوح،

2014، ص 92)

3.العلاج في المستشفى:(Hospitalisation) قد تكون الإقامة في المستشفى ضرورية في أثناء فترات

الأزمات أو أوقات حدوث الأعراض الشديدة لضمان السلامة، والتغذية والنوم الكافي، والنظافة

الشخصية الأساسية. (خليدة ميلوح، 2014، ص ص 92-93)

4.العلاج بالصدمة الكهربائية:

بالنسبة إلى البالغين المصابين الذين لا يستجيبون للعلاج بالأدوية، فقد ينظر في علاجهم بالصدمة

الكهربائية. (ECT)

-المعالجة بالصدمة الكهربائية ECT

-المعالجة الجراحية في نسيج الدماغ. (خليدة ميلوح، 2014، ص ص 92-93)

خلاصة الفصل:

نستخلص أن الفصام يحدث نتيجة تفاعل عدة عوامل متداخلة فيما بينها من الاضطرابات الذهانية وبعض من الأعراض العصابية والمزاجية، وتتعدد مسببات حدوثه التي تشمل العوامل البيولوجية والنفسية ووجيرها من مواقف الذي تعرض إليها الشخص، واستعداداته الشخصية، وهناك العديد من العلاجات المتطورة لعلاج الفصام خاصة العلاج الدوائي بمضادات الذهان الكلاسيكية إلا بعض المرضى يستجيبوا لها إلى جانب العلاجات النفسية التحليلية والسلوكية والمعرفية، وحتى أساليب الرياضة أحدثت نجاحا باهرا في تعديل السلوكات السلبية، وكذلك العلاجات الارشادية والتكليفية النفسية لأسر الفصامي.

الفصل الثالث: الإكتئاب

تمهيد.

أولاً. مفهوم الإكتئاب.

ثانياً. أسباب الإكتئاب.

ثالثاً. أعراض الإكتئاب.

رابعاً. تصنيف الإكتئاب.

خامساً. المعايير

التشخيصية للـ DSM-5-TR.

سادساً. النظريات

المفسرة للإكتئاب.

سابعاً. علاج الإكتئاب.

خلاصة الفصل.

تمهيد الفصل:

يعتبر الاكتئاب أكثر الأمراض النفسية المهددة لوحدة الفرد النفسية الجسمية وأكثرها انتشارا في الأوساط الاجتماعية تمس جميع الفئات العمرية (الطفولة، المراهقة، الرشد، الشيخوخة)، ومختلف الطبقات الاجتماعية، وهذا يعني أن كل فرد منا قد يكون عرضة للاكتئاب في أي مرحلة من مراحل حياته هذا من جهة، ومن جهة أخرى تبدو خطورة هذا الاضطراب في طبيعته كمرض يحمل في طياته أفكارا سواء تتضمن في محتواها رسم أو تحديد خطة لنهاية حياة الفرد، وذلك بالانتحار، إضافة إلى تجمع الأعراض الخاصة به، والتي يتم تصنيفها إلى أنواع وذلك حسب مدتها وشدها ومدى تأثيرها على الصحة النفسية والعقلية للفرد، حيث تظهر هذه الأعراض وفقا لمجموعة من الأسباب يطلق عليها العلماء بالزلة الاكتئابية.

وأخيرا تأتي الطرق العلاجية باختلاف نظرة وتفسير العلماء لهذا المرض من خلال الأسباب التي انطلقت منها ومدة وشدة أعراضها.

وسنتعرض لها من خلال هذا الفصل: تعريف الاكتئاب، أعراضه، تصنيفه، أسبابه، المعايير التشخيصية، أهم النظريات المفسرة له، كما تحدثنا أخيرا عن علاجاته.

أولاً- مفهوم الاكتئاب:

لغة: يشتق اسم الاكتئاب في اللغة العربية من الفعل الثلاثي "كأب" ويشير هذا الفعل أيضا إلى اسم "الكئابة" وهو يعني سوء الحال والانكسار والحزن.

وفي اللغة الانجليزية يحمل الاكتئاب مصطلح DEPRESSION، ويتكون من ثلاث مقاطع هي: -PRECH- UN-DE، أما الفعل يكئب DEPRESS فقد اشتق من DE PRE MERE، ويستخدم لفظ الاكتئاب في عدة مجالات بعدة معاني فمثلا: يستخدم في علم النفس بمعنى الانقباض، وفي علم الاقتصاد بمعنى الكساد، وفي علم الجغرافيا بمعنى الانخفاض في الضغط الجوي. (أمينة درين، 2012، ص 51)

اصطلاحا: هو حالة انفعالية تتميز بإدراكات سلبية نحو الذات ونحو الآخرين ونحو المستقبل، تنشأ عن مواقف خارجية كالضغوط الحياتية أو تنشأ عن مواقف داخلية كالتغيرات الفسيولوجية أو النمائية لدى الفرد، والذي ينتج عنه عدم كفاية وفقدان الحيوية والشعور بالعزلة وفقدان المعنى والتشاؤم، والتي تعتبر في مجملها حالات في مراحل ومواقف معينة لا تصل إلى حد إيذاء الذات أو إيذاء الآخر. (محمد روبي، 2013، ص 114).

ويعرفه "سعيد حافظ يعقوب" على أنه اضطراب نفسي يتطور بفعل تركيب غير سوي في الشخصية إلى أمراض نفسية وجسمية، ويقول من جهة أخرى أنه رد فعل من النفس إزاء حالة شدة أو حرمان ناجمين عن حادث مفاجئ كخسارة مفاجئة أو مصيبة أو خيبة أمل، وقد يكون الاكتئاب بهذا المعنى شكلا مجسما لما يحدث للشخص العادي، حيث تصيبه نكبة طارئة أو صدمة نفسية عنيفة لا يتوقع حدوثها. (عبد الرحمن الوافي، 2016، ص 255).

والاكتئاب هو الشعور بالتعاسة والكدر، وقد يتضمن أيضا مشاعر نفاذ الخلق ويطلق عليه بالزهق، وقد يتضمن مشاعر الذنب وانحطاط قدر الذات، وفتور الهمة واللامبالاة. (محمد الخالدي أديب، 2015، ص 210).

ويعرف الاكتئاب في الطب النفسي: أنه أحد التقلبات المعتادة للمزاج استجابة لموقف نصادفه في حياتنا (يدعو إلى الشعور بالحزن والأسى مثلا فراق صديق أو خسارة مالية) (لطفي الشربيني، 2001، ص 19).

ويعرف أيضا: استجابة تتميز بالحزن الشديد وبحالة اليأس والتوكل والعجز وبشعور من عدم المرضي وضيق الصدر وعدم الاكتراث بالحوادث أو نتائجها مع شعور بالأعباء وعدم التقدم على انجاز عمل أو مهمة.

ويعرف حامد زهران الاكتئاب: بأنه عبارة عن حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن الظروف المحزنة، الأليمة وتعبر عن شيء مفقود وأن المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه. (محمد روبي، 2013، ص 113).

نستنتج من خلال التعاريف السابقة أن الاكتئاب هو حزن مرضي واضطراب نفسي يعاني منه الفرد نتيجة العديد من الأزمات والحوادث الجسمية والنفسية، الاجتماعية والعاطفية، ويتميز بمزاج مكتئب بالاستمرار وفقدان الأمل في الحياة.

ثانياً- أسباب الاكتئاب:

توجد عدة أسباب للاكتئاب منها:

1. العوامل العضوية:

الوراثة: تعود إلى ارتفاع الاستعداد للإصابة بالاكتئاب، فالوراثة دور هام في حدوثه حيث أنه كلما أصيب فرد من أفراد الأسرة يتزايد احتمال حدوثه في الأسرة ذاتها، حيث يرى سلات "SLAT" أن الجين الصبغي الوحيد المسير هو الذي له علاقة بظهور ذهان الهوس والاكتئاب. أما آخرون فيرون أن الاكتئاب يحدث وراثيا بواسطة العينات المتعددة حيث أن الظهور الباكر يفسر تشعب الفرد بالعامل الإرثي وإذا ما ظهر في سن الخمسين يكون مثل هذا التشعب ضعيفا. (أمنية دربين، 201، ص 55).

2. العوامل النفسية:

من العوامل النفسية التي نذكرها في هذا الشأن عملية الصراع داخل النفس، وهي تحدث نتيجة لتعارض رغبتين لدى الانسان أو تعذر إشباع حاجتين في وقت واحد وفي داخل كل منا صراع بين القيم والدوافع المختلفة. ولدى الإنسان دائما صراعات تنشأ دائما بين طموحاته وتطلعاته من جانب، وبين واقعه وقدراته من الجانب الآخر. إضافة إلى مجالات أخرى للصراع مثل إشباع الدوافع الجنسية، وقد ركز فرويد على هذه النقطة بالذات، حيث كان يرى أن الحزن والكآبة التي تنشأ عن الخسارة لفقد عزيز إنما تنتج من تحول في الطاقة الجنسية إلى طاقة عدوان ويأس تعظيم الذات. (لطفى الشربيني، 2001، ص 47)

3. العوامل الانفعالية:

تبين أن أكثر المصابين هم الحساسين نفسيا والمضطربين عاطفيا وسريعي الانفعال، وهم الذين يطلبون الكمال في كل شيء، فهم أشخاص نبلاء بكل ما في الكلمة من معنى، يكرهون الخطأ والرزيلة ويحبون الخير والفضيلة وهم غالبا أذكاء، عقلاء بل وأحيانا عباقرة ومشاهير، والكثير منهم يسعى لتصحيح الوضع القائم والدعوة للإصلاح، والبعد عن مهاوي الشيطان وغالبا ما يفشلون فينظرون على أنفسهم

يشعرون وكأنهم مسؤولون عن أخطاء البشر ويجب عليهم إصلاحهم فيقعون في النهاية فريسة للاكتئاب. (أحمد أكرم إدريس، 2008، ص 19).

4. العوامل الاجتماعية والثقافية:

نسبة كبيرة من المكتئبين يجدون صعوبة واضحة في التعامل والاحتكاك بالآخرين، وتتخذ هذه الصعوبة لدى المكتئب مظاهر متنوعة، منها عدم الرضا عن العلاقات الاجتماعية كالعلاقة بالزوج، أو الزملاء، أو العلاقات المعتادة بين الناس المألوفين لهم وقد يحس بعضهم بالتكدر والقلق في المواقف الاجتماعية المتوقعة أو القائمة بالفعل؛ كما أثبت علماء الأجناس أن للحضارة والثقافة والحالة الاجتماعية أثرا في تكوين الشخصية وبالتالي استعداد الفرد للأمراض النفسية.

حيث أوضح علماء الاجتماع أثر عدم الاستقرار والطلاق والإدمان والتبني والحرمان العاطفي والفقد أو الانفصال عن أحد الوالدين والنشأة في ملجأ أو بيت للحضانة على الشخصية، وأظهرت الدراسات أن ما تعده بعض المجتمعات مرضا يكون في مجتمع آخر مقبولا وظاهرة لا تحتاج لعلاج أو عقاب فإن تقبل مجتمع لنوع من الأعراض والسلوك يكون له نوع من التفاعل الخاص والاستجابة بين الفرد والمجتمع. (محمد روبي، 2013، ص 123).

5. العوامل المعرفية:

يرى بيك أن ما يصاحب الاكتئاب من أعراض سلوكية، وتغيرات وجدانية أو دافعية، إنما تنترتب على نمط من التفكير السلبي والتشويه المعرفي المميز للمكتئبين، والذي يقوم على الثلاثي المعرفي أي النظرة السلبية للفرد نحو ذاته وعالمه ومستقبله، فالمكون الأول من الثلاثي المعرفي يعني التصور السلبي عن الذات حيث يرى الاكتئابي نفسه بوصفه ناقص الكفاءة ويعاني من القصور والنبذ وينسب خبراته غير السارة إلى نقائص مفترضة فيزيقية أو عقلية، كما أنه ينوع إلى رفض نفسه بسببها وفضلا عن ذلك فهو يعتبر أنه تتقصة الخصائص التي يراها أساسية لتحقيق السعادة. (هدى محمد الجابر مرتضى، 2021، ص 11).

6. المشاكل الاقتصادية:

كالفقر والبطالة والمشكلات المالية، وعدم الحصول على المهن المناسبة تؤدي إلى الاكتئاب (هدى محمد الجابر مرتضى، 2021، ص 11).

ثالثا- أعراض الاكتئاب:

تتمثل في:

1. الأعراض النفسية:

والتي تشمل على الأعراض التالية:

-تعكر المزاج؛

-الحزن بما فيه الكآبة، الغم، الدمار أو الخراب؛

-ضعف المعنويات كفقد الحساسية، الافتقار إلى الدعاية، نقص الأهداف ورغبات انتحارية؛

-الضجر والسأم: الملل، نقص الاهتمام بالأشياء الجديدة، فقد الميول والهويات القديمة، فقد الاهتمام بالأصدقاء؛

-الحط من قدر الذات كالشعور بانخفاض المكانة، الشعور بالنقص، لوم الذات وعدم الجدارة. (راضية منتوري باشن، 2009، ص 69).

2. الأعراض الجسمية:

-شعور المريض بالصداع والتعب وضعف الهمة والشكوى من ألم الظهر؛

-الشكوى من انقباض الصدر والشعور بالضيق والحيرة وتوهم المرض؛

-فقدان الشهية ورفض الطعام اعتقاداً منه بعدم استحقاقه لهذا الطعام ورغبته بالموت مما يؤدي إلى نقص تلوزن؛

-بطئ زمن الرجوع لدى المريض وضعف نشاطه جسمياً وحركياً ونفسياً، مع رتابة الحركة واستعماله لحركة معينة ملازمة له بشكل دائم؛

-الدخول في السن الحرجة والذي يؤدي إلى نقص الشهوة الجنسية والضعف الجنسي كالبرودة الجنسية. (فوزية عبابسة، 2019، ص 33).

3. الأعراض المعرفية:

والتي تتمثل في القدرات المعرفية للأفراد ومنها اضطراب في التفكير، والتذكر والانتباه، واتخاذ القرارات

والتي تؤثر على قدرة الفرد على التعلم والتحصيل، وقد يشعر الفرد بالعجز عن إدارة حياته وحل

مشكلاته. (هدى محمد جابر المرتضى، 2021، ص 14).

4. الأعراض السلوكية :

يؤثر الاكتئاب على النواحي المختلفة من حياة الفرد، وينعكس ذلك على تصرفاته وسلوكه، فتضعف قدرته على العمل وقد يرفض الذهاب إليه، وتبدو على وجهه علامات الحزن والكآبة، ويتصف أيضاً مريض الاكتئاب بالهبوط الحركي، والكسل العام، وقد تتدهور حالته فتصل إلى التوقف عن الحركة والكلام والطعام والشراب. وأحياناً يصاب مريض الاكتئاب بعكس ذلك فتزيد حركته، ولا يستطيع الجلوس، ويرتجف أطرافه ويعبر عن مشاعر الضيق بالصراخ. (هدى محمد جابر المرتضى، 2021، ص 14).

رابعاً- تصنيف الاكتئاب:

تطور خلال السنوات الماضية عدد من أنظمة التصنيفات المتنافسة الخاصة بالاكتئاب، ويرجع هذا الأمر لتباين التوجهات النظرية لعلماء النظريات الإكلينيكية، ويتمثل التصنيف في:

1. الاكتئاب العادي والاكتئاب الإكلينيكي الفرعي والاكتئاب الإكلينيكي

يبدأ بالاكتئاب عادي ثم اكتئاب إكلينيكي فرعي و ينتهي بالاكتئاب إكلينيكي، فالالاكتئاب العادي هو الأقل شدة إذ يزول بزوال الظروف المؤدية إليه، بينما الاكتئاب الإكلينيكي الفرعي يكون أكثر شدة من الاكتئاب العادي، إلا أنه لا يستدعي العلاج أو وضع تشخيص. في حين أن الاكتئاب الإكلينيكي يكون شديداً إلى درجة تستدعي التدخل والعلاج. ويتفرع الاكتئاب الإكلينيكي إلى عدة أنواع وفروع وهي الاكتئاب أحادي القطبية (الاضطراب الوجداني الموسمي، الديستيميا، نوبة الاكتئاب العظمى)، وثنائي القطبية (السيكلوثيميا، نوبة الهوس). (راضية متوري باشن، 2009، ص ص 66-68).

2. الاكتئاب داخلي المنشأ وخارجي المنشأ:

يعتقد أن الاكتئاب داخلي المنشأ يرجع لأسباب بيولوجية تتمثل في سوء أداء فيزيولوجي معين، أما الاكتئاب خارجي المنشأ فينتج لأسباب بيئية. (حسين فايد، 2001، ص ص 101-106).

3. الاكتئاب الذهاني والاكتئاب العصبي

يشير الاكتئاب الذهاني اضطراب مصحوب بأعراض ذهانية كالهذاء والهلاوس، وعدم الاستبصار والإحساس بالعظمة والاضطهاد.

أما الاكتئاب العصبي فيشير إلى اضطراب غير مصحوب بالهلاوس والهذات ويطلق أحياناً على الاكتئاب مفهوم " الاستجابة الاكتئابية"، حيث يسيطر على المريض حالة من الحزن والهم والرغبة في

التخلص من حياة مع هبوط النشاط ونقص الحماس والإنتاج، ويصاحب كل ذلك أرق واضطراب في النوم.

تجدر الإشارة إلى أن الفرق بين الاكتئاب الذهائي والعصابي هو فرق في الدرجة، فالأول أكثر تطرفا في النواحي عن الاكتئاب العصابي، بالإضافة إلى أن الاكتئاب الذهائي يرى أنه شديد مثل الاكتئاب داخلي المنشأ، بينما يرى الاكتئاب العصابي كأى شيء يتمادى من اكتئاب تفاعلي إلى اكتئاب مزمن، ثم إلى اكتئاب ثانوي وينتهي باضطراب في الشخصية. (راضية متوري باشن، 2009، ص ص 68-71).

خامسا- المعايير التشخيصية للاكتئاب:

حسب ال DSM 5-TR، حيث لا تقم بتضمين الأعراض التي تعزى بوضوح إلى حالة طبية أخرى ما يلي:

أ. ما لا يقل عن خمسة من الأعراض التالية موجودة خلال نفس فترة الأسبوعين وتمثل تغييرا عن الأداء السابق، أحد الأعراض على الأقل هو إما (1) مزاج مكتئب أو (2) فقدان الاهتمام أو المتعة.

1. المزاج منخفض معظم اليوم (كل يوم تقريبا) يصرح به الشخص (مثل الشعور بالحزن، فقدان أمل) أو يلاحظه الآخرون (مثل البكاء).

ملاحظة: التهيج محتمل عند الأطفال والمراهقين.

2. انخفاض ملحوظ في الاهتمام أو المتعة في جميع الأنشطة أو جميعها تقريبا يومي تقريبا (المصرح به أو الملاحظة من قبل الآخرين)

3. فقدان أو زيادة الوزن بشكل كبير في غياب النظام الغذائي (كتغيير وزن الجسم بما يتجاوز

5 بالمئة في شهر واحد) أو انخفاض أو زيادة الشهية كل يوم تقريبا.

ملاحظة: عند الأطفال يجب مراعاة عدم زيادة الوزن المتوقعة.

4. الأرق أو فرط النوم كل يوم تقريبا.

5. هيجان أو خمول نفسي حركي كل يوم تقريبا (يصرح به، لا يقتصر على الشعور الشخصي بالتملل أو الخمول).

6. التعب أو فقدان الطاقة كل يوم تقريبا.
7. الشعور بإنعدام القيمة أو الشعور بالذنب المفرط أو غير المناسب (والذي يمكن أن يكون موهوما) كل يوم تقريبا (ليس فقط إلقاء اللوم على نفسك أو الشعور بالذنب لمرضك).
8. ضعف القدرة على التفكير أو التركيز أو التردد، كل يوم تقريبا (يصرح به أو يلاحظه الآخرون).
9. أفكار متكررة عن الموت (ليس فقط الخوف من الموت) وأفكار انتحارية متكررة بدون خطة محددة لمحاولة إنتحار أو خطة محددة لقتل النفس.
- ب. تسبب الأعراض عجزا عياديا أو ضعف الأداء في المجالات الاجتماعية أو المهنية أو في المجالات المهمة الأخرى.
- ج. لا تعزى النوبة إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة أو إلى أي حالة طبية أخرى.
- ملاحظة: المعايير (أ، ج) تحدد نوبة إكتئاب مميزة.
- د. لا يمكن تفسير حدوث النوبة الاكتئابية المميزة أفضل من خلال الفصام الوجداني، الفصام الفصامي الشكل، الاضطراب الهذيانى أو غيره من الاضطرابات المحددة أو غير المحددة من الفصام أو الاضطرابات المحددة الأخرى.
- هـ. لم تكن هناك نوبة هوس أو شبه هوس من قبل. (DSM 5-TR , 2022, pp 78)

سادسا- النظريات المفسرة للاكتئاب

حظي الاكتئاب في تفسيره بعدة وجهات نظر مختلفة حيث نشطت مدارس علم النفس في البحث عن العوامل وأسباب نشأته، وفيما يلي عرض لأهم النظريات المفسرة له.

1. النظرية السلوكية:

وصفت النظرية السلوكية الاكتئاب بأنه فقدان عملية تدعيم السلوك، حيث يرى " فيرستر Fester " أن السلوك المرضي هو نتيجة مباشرة من خلال تفاعل الفرد مع البيئة ومحصلة تعليمية لمسيرة الفرد، وأن الاكتئاب يقل بالتدريج عن طريق التدعيم الايجابي للسلوك، ويؤكد " لازاروس Lazarus " أن الاكتئاب هو عدم كفاية المدعّمات للسلوك، وهنا يتفق الاثنان بأن الاكتئاب حالة تظهر وتتضح مع نقص التدعيم، وينتج عنه ضعف الأدوار التي يؤديها.

وكذلك يرى أصحاب هذه النظرية أن الاكتئاب هو خبرة نفسية مؤلمة وما هو إلا ترديد لخبرات تعلمها أو صادفها، ولم يستطع الفرد أن يحلها أو يزيلها من عقله. (نجوى اليحفوفي، 2003، ص 03).

2. النظرية المعرفية:

يرى أصحاب النظرية المعرفية وعلى رأسهم " بيك " الذي يقسم المفهوم الخاطئ للشخص المكتئب إلى ما يسمى بالثالوث المعرفي والمتضمن معرفة المريض أو منظوره لعالمه، ومعرفته لذاته ومعرفته لمستقبله، وأن للشخص المكتئب مجموعة من الخصائص الإدراكية، والتي تتمثل في انخفاض احترام الذات، ولوم الذات، ومطالب الذات، والرغبات العدائية للذات.

كما أن النظرية المعرفية ترى أن الاكتئاب ينشأ نتيجة الاضطراب في التفكير ونتيجة لنمط تفكير غير منطقي، وأغفلت أهمية ودور العوامل البيئية والأحداث الضاغطة. (نجية محمد عبد الرحمن كنز، 2014، ص 176).

3. نظرية التحليل النفسي:

يرجع الفضل لفرويد في اكتشاف أن الانسان يولد مزود بطاقة يسميها الليبيدو، وهي التي تحرك الشخصية وتدفعها في اتجاهات مختلفة نحو الصحة أو المرض، وهي تحتوي على ثلاث مكونات لها أهمية كبيرة في فهم وتفسير الاكتئاب وهي: الهو ويمثل الجانب الغريزي الذي يرتبط بالنزعات اللا منطقية لدى الشخص، والأنا ويعد الجزء العقلاني الذي يوجه الشخص إلى اشباع رغبات الهو بما يتلاءم مع الواقع الخارجي، والأنا الأعلى وهو الضمير أو الرقيب الداخلي للشخص وهو يعمل وفق مبدأ الواقع. وقد بين فرويد أن العلاقة بين هذه المكونات الثلاث علاقة صراع، وأن تطور الشخصية أو إصابتها بالأمراض يحدث بسبب هذا الصراع، وقد تبنت النظرية الفرويدية وجهة نظر مؤداها أن الأمراض النفسية التي تطرأ على الشخص بما فيها القلق والاكتئاب هي في واقع الأمر نتاج للصراعات التي تحدث للشخص في مرحلة الطفولة المبكرة، ويرى المحللون النفسيون أن التفسيرات التي يضعها المريض لما يصيبه من قلق واكتئاب ما هي إلا جزءا بسيطا من الأسباب الحقيقية، أما الجزء الأكبر

المسؤول عن هذه الاضطرابات فهو مدفون في اللاشعور، ومن ثم يكون الهدف الرئيسي من العلاج بالتحليل النفسي هو ازالة الستار عن هذه الدوافع اللاشعورية المكبوتة لمعالجة الاكتئاب والاضطرابات النفسية المختلفة. (نجوى اليحفوفي، 2003، ص 03).

وبصفة عامة فإن نظرية التحليل النفسي ترجع الإصابة بمختلف الاضطرابات النفسية إلى ذلك الصراع الذي ينشأ في مرحلة الطفولة المبكرة بين مكونات الشخصية الثلاث وفشل هذه المكونات في حل هذا الصراع ينشأ عنه الاكتئاب والأمراض النفسية المختلفة.

4. الفرضية العصبية للاكتئاب:

تتغير عوامل التعرض لنوبات الاكتئاب أثناء فترة المرض، حيث تعد نوبة الاكتئاب الأول " تفاعلية" إذ تحدث نتيجة عوامل الضغوط النفسية الاجتماعية الهامة، بينما تصبح الدورات التالية لها " ذاتية المنشأ" أي تسببها عوامل الضغط النفسي البسيطة أو العفوية يتوفر دليل متسق أن انخفاض حجم الحصين ومناطق المخ الأخرى يتعلق بفترة الاكتئاب بما يعني أن عدم علاج الاكتئاب يؤدي لانخفاض حجم الحصين، وهو ما يؤدي بدوره لزيادة الحساسية اتجاه الضغط النفسي وزيادة احتمال تعرض المريض لتكرار النوبات. (محمد جلاب، 2019، ص 66).

يعتبر التسمم العصبي للكورتيكويدات السكرية وتسمم الجلوتاميت وانخفاض العوامل العصبية آليات محتملة لتفسير انخفاض حجم المخ في الاكتئاب، إلا أنه لا يتوفر أي دليل مادي بخصوص آلية من هذه الآليات، حيث لا يتوافر أي جهاز أشعة لفحص عمليات التسمم العصبي والتغذية العصبية في الأجسام الحية على نحو مباشر.

جذب العامل العصبي المغذي الناتج من المخ قدر كبير من الانتباه، حيث أظهرت الدراسات قبل الإكلينيكية ارتباطا بين السلوكيات شبه الاكتئابية الناتجة عن الضغط النفسي وانخفاض مستويات العامل العصبي المغذي الناتج من المخ في منطقة الحصين وقدرة العامل العصبي المغذي الناتج من المخ على التأثير بعد العلاج بمضادات الاكتئاب. ينبغي على الطبيب المعالج إدراك أثر الاكتئاب الذي قد يؤدي المخ وعلاج المرضى المصابين بالاكتئاب على نحو مبكر وفعال قدر الإمكان. (محمد جلاب، 2019، ص 66).

5. النظرية البيئشخصية :

ترتكز منظوراتها في تفسير الاكتئاب على ضغوط الحياة وأساليب المواجهة، كما اهتمت أيضا بالتفاعلات بين الأشخاص المكتئبين وبيئاتهم ودور التفاعلات في إبقاء واستمرارية الاضطراب الاكتئابي، فالإكتئاب حسب هذه النظرية يفهم بفشل المواجهة الفعالة لضغوط الحياة. (آمينه دربين، 2012، ص 69).

سابعا- علاج الاكتئاب:

تعد منظمة الصحة العالمية أن الاكتئاب ثاني أكبر مسبب للإعاقة بعد أمراض القلب، ويمكن تجنبه وعلاجه والوقاية منه، وتتمثل طرق العلاج فيما يلي:

1. العلاج النفسي:

أ-العلاج النفسي التحليلي: أقدم الطرق العلاجية المستعملة يعتمد على نظريات التحليل النفسي، وبالتالي التوصل إلى الخبرات السابقة المبنية والمكبوتة في الطفولة المبكرة، حيث يعتبر التحليل النفسي هذه الخبرات الطفولية السبب الرئيسي للأمراض العصابية خاصة باتباع طرق علاجية تحليلية يستطيع الفرد تذكر الخبرات الماضية، وبالتالي يكشف عن نظريته للعالم.

يقوم هذا العلاج على تشجيع المريض للاستبصار بمشكلاته، فالاستبصار يؤدي إلى التعبير التلقائي، والعلاج النفسي ضروري ما عدا في الحالات التي يتخذ فيها الاكتئاب شكل الاضطراب العقلي الخطير خاصة منه التدعيمي الذي يهدف إلى الكشف عن الأسباب الأصلية والعوامل التي تسبب الاكتئاب، وبالتالي فهو نتيجة إلى فهم مشكلات المريض والعمل على حل صراعاته، وإذا زالت عوامل الضغط يتخلص المريض من الشعور بالذنب والبحث عن الشيء المفقود بالنسبة للمريض (لطفى الشربيني، 2001، ص 249).

ب -العلاج السلوكي : اعتمد السلوكيون على التعلم الاجتماعي في علاج الاكتئاب، حيث يكون التعزيز الايجابي لسلوكات تكيفية متعلمة جديدة، هي أساس التعزيز والتدريب الميداني لعاملين ضروريين لمواجهة المؤثرات الخارجية المحدثة لاضطراب الاكتئاب، وبالتالي السيطرة عليها. (فوزية عباس، 2019، ص 39).

ج -العلاج المعرفي السلوكي :

2. العلاج الطبي:

أ-العلاج الدوائي: يتضمن استخدام الأدوية المضادة للاكتئاب تحت إشراف الأطباء النفسيين، ويقوم الطبيب باختيار الدواء المناسب ومتابعة المريض لفترة كافية حتى تتحسن حالته.(لطفى الشربيني، 2001، ص 259).

كما ذكرت الدكتورة "إيدير نوال" طبيبة متخصصة في الأمراض العقلية بمستشفى الأمراض العقلية بورقلة، بعض المضادات الاكتئابية و معدلات المزاج التي توصفها لحالات الفصام الذين هم تحت متابعتها داخليا أو خارجيا؛ لدينا: (anafranil , cronil) - Clomipramine، لدينا كذلك Amitriptyline(mitril, atryline)، و من معدلات المزاج ذكرت: كرمزين المعروف تجاريا بال TEGRETOL .

ب-العلاج بالجراحة النفسية : يلجأ إلى العملية الجراحية في حالة عدم جدوى الأدوية، وفي حالات نادرة وهذا بشق مقدم الفص الجبهي كحل أخير وتقيد هذه العملية في الحالات الشديدة المستعصية ومن بينها الفصام، وقد طبقت هذه الجراحة لمعالجة الاكتئاب الحاد من قبل HIPPIUS عام 1969 لكن نتائجها تبقى غير مشجعة.(أمنية دربين ، 2012، ص72)

ج- العلاج بالصدمات الكهربائية : لا زالت هذه الطريقة يلجأ إليها في حالات فشل الصلاح المراقب بالأدوية، فإذا وضعت الصدمات الكهربائية فإنه يتوجب على الطبيب النفسي أن يشرح للمفحوص الظروف التي دفعته إلى ذلك والمخاطر التي يترتب عليها، إذ غالبا ما تشير تلك الصدمات التي يتعرض لها المريض سخطا. (فوزية عباس، 2019، ص 39)

3. العلاج البيئي:

يستعمل هذا النوع من العلاج للتخفيف من الضغوطات والتوترات، وتتناول الظروف الاجتماعية والاقتصادية بتغييرها أو التوافق معها، ونعني هذا النوع إيجاد بيئة ملائمة ليتعامل معها المريض بعيدا عن الضغوط والمواقف التي تسبب له في المرض، ويتم ذلك بانتقال المريض إلى وسط علاجي أو مكان للاستشفاء.(لطفى الشربيني، 2001، ص 249).

4. العلاج السلوكي المعرفي :

علاج الاكتئاب حسب المنظور السلوكي المعرفي يكون من خلال تعديل السلوكات المعرفية والأفكار والمعتقدات السلبية التي يحملها المكتئب حول نفسه ومحيطه وتعلمه طرقا جديدة في بناء الأفكار والمعتقدات ذلك بإعادة بناء طرق التفاعل الاجتماعي. (فوزية عباسية، 2019، ص ص 38-39)

خلاصة الفصل:

الاكتئاب حالة مزاجية تظهر على الفرد انطلاقا من أحداث الحياة المختلفة سواء الأسباب أو العوامل المؤدية له ويختلف من فرد لآخر. فنجد أن فقدان الذي يحدث للإنسان سواء بالهجرة أو الموت أو الفراق من أهم مسببات الاكتئاب مما يعني ظهور الأعراض الاكتئابية المختلفة على هؤلاء الأفراد باختلاف الأسباب، إذ توجد أعراض متعلقة بالمزاج و أخرى خاصة بالنوم، الأكل، الوزن وحتى تقدير الذات.

ولذلك تم التطرق إلى أهم النظريات التي تفسر الاكتئاب وهذا للتفريق بينها، ومعرفة مختلف التفسيرات الخاصة، وأخيرا فإن الاكتئاب يظهر في أي مرحلة من حياتنا وبعض أعراضه ترافقنا طوال حياتنا فكل منها يحمل في ذاته سمة من سماته.

الفصل الرَّابِعُ : القلق

تمهيد .

أولاً . مفهوم القلق .

ثانياً . أسباب القلق .

ثالثاً . أعراض القلق .

رابعاً . المعايير

التشخيصية حسب ال-DSM-5
.TR

خامساً . مستويات القلق .

سادساً . تصنيفات القلق .

سابعاً . مراحل القلق .

ثامناً . نظريات القلق .

تاسعاً . الوقاية من

القلق .

عاشراً . علاج القلق .

خلاصة الفصل .

تمهيد الفصل:

يعتبر القلق من المواضيع الهامة في علم النفس، حيث أثار اهتمام العديد من باحثي وعلماء النفس، فهو من المشاعر الإنسانية مثله مثل الفرح والحزن والخوف، وهو أحد الاضطرابات النفسية العصابية ويعني القلق الشعور بالتوتر والترقب والإحساس بالخطر العام، حيث يخلق لدى الفرد حالة عدم الاطمئنان وعدم التوازن النفسي لدى الفرد.

كما يسبب له الشعور بالضيق والتوتر وعدم الارتياح والضعف، كما يشكل الألم ومعاناة جسمية ونفسية لدى الشخص المصاب به، ويعتبر القلق أكثر الأمراض النفسية شيوعاً لدى البشر خاصة في عصرنا لحالي الذي أطلق عليه الكثيرون اسم " عصر القلق "

وبما أنه أحد محاور دراستنا فقد خصصنا له فصل نتطرق فيه إلى تعريف ومراحل تطوره، وأنواعه و أعراضه، المعايير التشخيصية حسب الـ DSM 5-TR والأسباب المؤدية له، بالإضافة إلى مختلف النظريات المفسرة للقلق وسبل العلاج والتخلص من هذا المرض.

أولاً- مفهوم القلق:

يعد مفهوم القلق من المفاهيم التي نالت حظاً وفيراً في الدراسات النفسية، والتي أثارت اهتمام العلماء والباحثين في علم النفس، حيث اختلفوا في تعريفهم له فتعددت تعاريف القلق بتعدد وجهات نظرهم والنظريات المفسرة له، ومن هنا سوف نحاول تحديد مفهوم القلق.

القلق لغة: يقال أن القلق: اضطرب، انزعاج، فهو قلق ومقلق أقلقه أي أزعجه تعادل كلمة في اللاتينية، وبمعنى وضعية محرجة. وهو الانزعاج وقال أقلق الشيء من مكانه، فالقلق لا يستقر في مكان واحد. (حلاسي فاطمة الزهراء وفايدي هالة، 2017، ص 17).

اصطلاحاً: هو حالة توتر شامل ومستقر نتيجة توقع تهديد خطر قد يحدث ويصحبها خوف غامض وأعراض نفسية وجسمية. (عبد الستار إبراهيم، 2000، ص 39)

حسب قاموس مصطلحات علم النفس: هو عبارة ضيق يتميز بإحساس بالخوف لكنه مصحوب بالاختناق الضيق المؤلم وخفقان القلب، وأنواع عديدة من الاضطرابات الفسيولوجية. (نورية خلافي، 2017، ص 21). ويعرفه " زهران حامد عبد السلام" على أن القلق: حالة توتر شامل ومستمر نتيجة خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، ويصطحبها خوف وأعراض تنفسية وجسمية متنوعة. (رقية بولغيتي وعائشة دليمي، 2022، ص 14)

ويعرفه لطفي شربيني في كتابه عصر القلق (الأسباب والعلاج) على أنه: "أحد الانفعالات الطبيعية التي يشعر بها الفرد في ظرف ما، وهو إحساس داخلي ذاتي نستقبله في داخلنا وقد ال يمكن لنا تفسيره، وهو أحد الانفعالات السلبية الغير مرغوب به مثل الألم، النفور والقرف". (لطفي شربيني، 2007، ص 22).

يعرفه أحمد عزت راجح القلق على أنه: انفعال مركب من الخوف وتوقع الشر والخطر والعقاب. أما سغموند فرويد يعرفه: على أنه حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان ويسبب له الكثير من الكدر والألم، والقلق يعني الانزعاج والشخص القلق يتوقع الشر دائماً ويبدو متشائماً ومتوتر الأعصاب مضطرباً، كما أن الشخص القلق يفقد الثقة بنفسه ويبدوا (متوتراً) مترددا عاجزا عن البحث في الأمور ويفقد القدرة على التركيز. (عزالدين صلاح الآسي هدير، 2014، ص 47)

ويعرفه أحمد عكاشة في كتابه الطب النفسي المعاصر على أنه: شعور غامض غير سار بالتوحد والخوف والتحقير والتوتر، مصحوب عادة ببعض الاحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي، ويأتي في نوبات متكررة مثل الشعور بالفراغ في فم المعدة. (أحمد عكاشة، 1991، ص 134).

بينما تعرفه **الشوريحي** على أنه: خبرة انفعالية غير سارة يعاني منها الفرد عندما يشعر بخوف أو تهديد من شيء دون أن يستطيع تحديده تحديدا واضحا، أو هو حالة توتر شامل مستمر نتيجة توقع خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، ويصاحبها خوف غامض و أعراض نفسية جسمية مثل ازدياد معدل التنفس، الشعور بالاختناق، الإكثار من البول، عدم النوم العميق، ازدياد عدد ضربات القلب وفقدان الشهية. (نبيلة عباس الشوريحي، 2002، ص 138).

من خلال ما سبق ذكره من التعاريف الخاصة بموضوع القلق، نجد أن الباحثين والمفكرين اختلفوا في إعطاء تعريف موحد له، وذلك لتعدد المقاربات، فمنهم من ربطه بالحدث أو الواقع أو الشعور الداخلي، ومنهم من ربطه بالخوف المتوقع أو التخيل.

بعد الاطلاع على هذه التعاريف يمكننا أن نقترح تعريف اجرائيا للقلق، فهو إحساس مؤلم ذاتي يتميز بمشاعر الضيق والانزعاج، وهو خبرة انفعالية لتوقع حدوث أمر ما .

ثانيا- أسباب القلق :

تعددت أسباب القلق ومنها ما يلي:

1. الوراثة:

أشار (أحمد عكاشة) إلى أن هناك دراسة أثبتت وجود تشابه في الجهاز العصبي اللاإرادي واستجابة للمنبهات الخارجية والداخلية لدى التوائم، كذلك أوضحت دراسة العائلات أن 15% من آباء وإخوة مرضى القلق يعانون من نفس المرض، وجد أن نسبة القلق بين التوائم المتشابهة من نفس البويضة تصل إلى 50 %، وأن حوالي 65% منها يعانون من بعض سمات القلق، أما في حالات التوائم غير متشابهة من بويضتين مختلفتين تصل نسبة القلق إلى 4%، أما سمات القلق فظهرت في 135 حالة فقط. (أحمد عكاشة، 1998، ص 113)

2. الأسرة:

أوضح (محمد عودة وكمال مرسى) أن الأسرة تعتبر الوحدة الأساسية للنمو والخبرة من حيث: إنها الخلية الاجتماعية التي تنجب الفرد وتتكفل برعايته وتنشئته خاصة في سنواته الأولى، وعليه فإن دور الوالدين في تنشئة أطفالهم يظل أساسيا سواء في حمايتهم من الاضطرابات النفسية أو من إعاقة نموهم بشكل عام. (محمد عودة وكمال مرسى، 1994، ص 176)

3. السن:

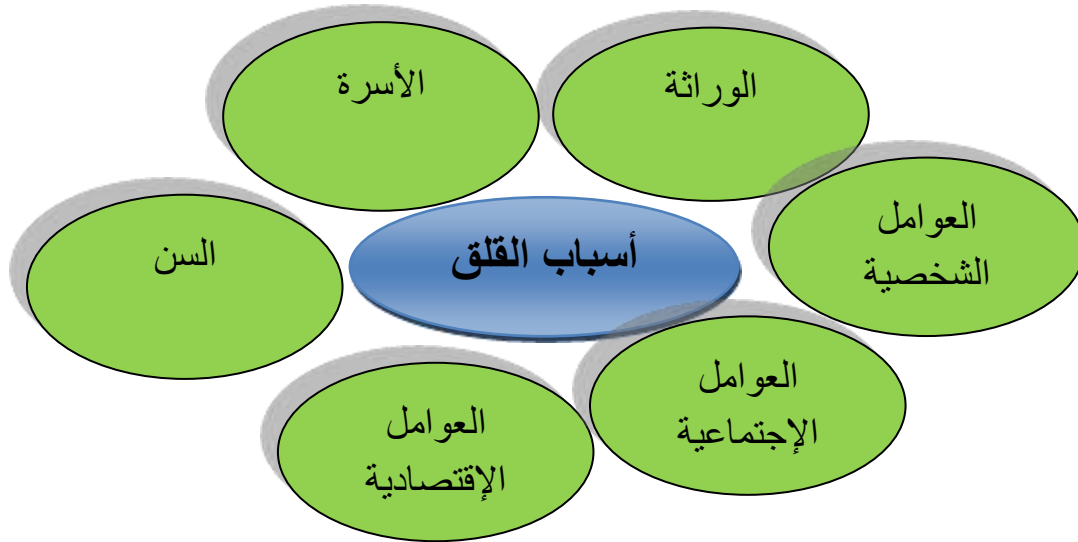
ذكر أحمد عكاشة أن لعامل السن أثره في نشأة القلق وخاصة عندما يكون الإنسان في موقف لا يؤهله عقله أو جسمه للتكيف الطبيعي مع الحياة، أما في مرحلة الطفولة والشيخوخة فيزيد مرض القلق مع عدم نضوج الجهاز العصبي في الطفولة، وكذلك ضموه في الشيخوخة فيظهر القلق عند الأطفال بأعراض تختلف عن الناضجين فيكون في هيئة خوف من الظلام، من الغرباء، من الحيوانات و الأطفال والكبار، أو الخوف من أن يكون الطفل وحيدا بالمنزل أو يظهر في هيئة أحلام مزعجة أو فزع ليلي،... إلخ. أما فترة المراهقة حيث يشعر المراهق بعدم الأمن والاستقرار ويشعر بالخل والحرج الاجتماعي وخصوصا عند مقابلة الجنس الآخر، ونقل أعراض القلق في سن النضوج لتظهر ثانيا في سن الشيخوخة حيث يزيد استعداد الفرد لظهور هذا المرض. (أحمد عكاشة، 1998، ص 114)

4. الوضع الاقتصادي والاجتماعي:

ذكر (الأزرق بوعلو) أن من أهم أسباب القلق في عصرنا الحاضر زيادة معدلات الاستهلاك المادي الذي يستنزف موارد الفرد وكل ما يكسبه، وكذلك السعي نحو الحصول على الكماليات المرتبطة بالوضع الاقتصادي الاجتماعي للفرد والأسرة، وزيادة مطالب الحياة اليومية واحتياجاتها، وكل هذه الأشياء تمثل مصدرا أساسيا للشعور بالقلق وتزيد من احتمال الإصابة به كاضطراب عصابي. (الأزرق بوعلو، 1993، ص 57)

5. العوامل الشخصية:

يرى (سعد رياض) أن العوامل الشخصية تلعب دورا هاما حيث لاحظ الباحثون أن الأفراد الذين لا يظهرون الكثير من التقدير وذوي مهارات التكيف الضعيفة يظهرون أعراض القلق الكثير من غيرهم، بالإضافة إلى ذلك قد تؤثر التجارب الحياتية في حساسية الفرد لتعرض القلق. (سعد رياض، 2005، ص 204)



شكل رقم: 04- يبين أسباب القلق

ثالثاً- أعراض القلق:

1. البكاء: من أكثر الوسائل شيوعاً في تعبير الطفل عن القلق سهولة البكاء وكثرته ويستمر فيه فترة أطول مما ينتظر.
2. كثرة الحركة وعدم الاستقرار: إن الطفل القلق دائم الحركة دون أن يكون لهذه الحركة هدف واضح، كما هو في نشاط الطفولة عادة.
3. اضطراب تناول الطعام: تقل شهية الطفل للطعام، كما يضطرب هضمه فيصيب بالإمساك، وقد يصيب أيضاً بقيء لا يرجع إلى سبب عضوي، ويكون سببه حالة الطفل النفسية التي يغلب عليها القلق.
4. اضطراب النوم: الطفل القلق ينام نوماً عميقاً كعادة الأطفال لكنه كثير الحركة، وأحياناً تنتابه نوبات فزع "الكابوس الليلي"، وهذه كلها تعتبر من مظاهر القلق النفسي للطفل التي تحاول أن تجد له مخرجاً في أثناء النوم.
5. أعراض جسدية: يظهر القلق النفسي في الأيدي المرتعشة الباردة المبتلة بالعرق، وفي استمرار عادة مص الأصابع وقرص الأظافر.
6. اضطراب سلوك الطفل: قد يدفع القلق إلى هدوء غير طبيعي، فيضرب الطفل عن اللعب، ويبدو وكأنه مهموم وغير مستمتع بالحياة، وقد يدفعه القلق بأن يكون كثير الحركة، غير مستقر كثير الأخطاء في تصرفاته مما يعرضه للعقاب فيزداد قلقه وتزداد حالته غير المستقر بالتالي. (نبيلة عباس الشوريحي، 2002، ص 140).

رابعاً- المعايير التشخيصية للقلق حسب الـDSM-5-TR:

- أ. القلق الزائد(توقعات) تحدث في الغالب لمدة 6 أشهر على الأقل حول عدد من الأحداث أو الأنشطة(مثل أداء العمل أو المدرسة).
- ب. يجد الشخص صعوبة في السيطرة على هذا القلق.
- ج. القلق مرتبط بثلاثة(أو أكثر) من الأعراض الستة التالية(على الأقل بعضها كان موجوداً معظم الوقت خلال الأشهر الستة الماضية)
- ملاحظة: مطلوب عنصر واحد فقط للطفل.

 1. الأرق أو الإرهاق.
 2. التعب.
 3. صعوبة في التركيز أو فقدان الذاكرة.
 4. الإستثارة.
 5. توتر العضلات.
 6. اضطراب النوم(صعوبة النوم أو النوم المتقطع أو النوم المضطرب).

- د. القلق والمخاوف أو الأعراض الجسدية تؤدي إلى عجز عيادي أو ضعف في الأداء الاجتماعي المهني أو في مجالات مهمة أخرى.
- هـ. الاضطراب ليس بسبب التأثيرات الفسيولوجية لمادة (مثل تعاطي المخدرات) أو حالة طبية أخرى(مثل فرط نشاط الغدة الدرقية).
- و. لا يتم تفسير الاضطراب بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر. (DSM-5-TR, 2022, pp

(101)

خامساً- مستويات القلق:

هناك ثلاث مستويات للقلق، وهي:

1. **المستوى المنخفض للقلق:** وهذا المستوى من القلق يحدث عند الفرد بدرجة منخفضة في البيئة التي يعيش فيها، ويعتبر قلق عادي لأن وظيفته تنبيه الفرد لخطر ما على وشك الوقوع.
2. **المستوى المتوسط للقلق:** هنا يصبح الفرد أقل قدرة على السيطرة على استجابته، حيث يفقد السلوك مرونته ويستولي الجمود بوجه عام على الفرد في المواقف المختلفة، ويحتاج إلى المزيد من بذل الجهد للمحافظة على السلوك المناسب في مواقف الحياة المتعددة

3. **المستوى المرتفع للقلق:** يتأثر التنظيم السلوكي للفرد بصورة سلبية أو يقوم بأساليب سلوكية غير ملائمة للمواقف المختلفة، ولا يستطيع الفرد التمييز بين المثيرات الضارة والغير ضارة، ويرتبط ذلك بعدم القدرة على التركيز والانتباه وسرعة التهيج والسلوك العشوائي. (عبد اللطيف حسين فرج، 2009، ص 145-146).

ومن هنا نجد أن أخطر مستويات القلق هو المستوى المرتفع منه، لأنه يسبب اضطراب شديد في حياة الفرد.

سادسا- تصنيف القلق :

اتفق دليل منظمة الصحة العالمية ودليل الجمعية الأمريكية للطب النفسي في تصنيف اضطرابات القلق وفقا للآتي:

1. نوبة الذعر (الهلع)

هي فترة متميزة بالخوف المكثف أو الشعور بالراحة، ومن أعراضها زيادة في دقات القلب، التعرق، الارتجاف، والشعور بالضيق في التنفس أو الاختناق.

2. اضطراب القلق الرهابي:

وتشتمل أساسا على رهاب الخلاء والرهاب الاجتماعي، والرهاب النوعي.

أ- **رهاب الخلاء:** هو القلق من الماكن أو المواقف التي يكون الهروب فيها صعبا، وقد لا تتوافر فيها المساعدة في حالة حدوث نوبة الهلع أو الأعراض الشبيهة بالهلع.

ب- **الرهاب الاجتماعي:** هو الخوف من الوقوع محل ملاحظة الآخرين مما يؤدي إلى تجنب المواقف الاجتماعية ويصاحب المخاوف الاجتماعية العامة تقييم ذاتي منخفض وخوف من النقد، وقد يظهر على شكل شكوى من احتقان الوجه أو رعشة باليد، أو رغبة شديدة في التبول، وقد تتطور الأعراض إلى نوبات هلع.

ت- **الرهاب النوعي:** يتصف بقبقي دلالة إكلينيكية يستثيره تعرض الفرد لموضوع أو موقف نوعي يستدعي خوفا لديه، وغالبا ما يؤدي إلى سلوك إجامي عنده، وقد يكون الرهاب محصورا في موقف واحد محدد أو عدد قليل من المواقف المحددة. (ياسمين حافظ أبو فاخترة، 2021، ص 247-248).

3. القلق الموضوعي:

يعد هذا القلق قلقاً عادياً ومنطقياً وواقعياً ينشأ عندما يواجه الفرد تهديد خارجي يتوقع عن هذا حدوث أذى للفرد، وهذا النوع من القلق يساعد الفرد على مواجهة هذا الخطر ومحاولة القضاء عليه باتخاذ أساليب دفاعية.

4. الوسواس القهري:

ويظهر القلق أيضاً كأحد أعراض الوسواس القهري، فعندما يتمتع الأفراد من تكرار بعض الأفعال القهرية التي تعودوا عليها فإنهم يصابون بالقلق الشديد، ولاحظ فرويد أن هذه تعمل على عدم إظهار القلق وأن مريض الوسواس القهري يقوم بهذه الأفعال لتجنب الشعور بالقلق، وبذلك تحل محل القلق أعراض الوسواس القهري.

5. اضطراب القلق المعمم:

تعد الفئة التشخيصية للقلق المزمن والمهيمن في حالة غياب اضطراب الهلع، وتبدو المعالم الرئيسية التي تجمع هذه الفئة من اضطراب القلق في وجود قلق مستمر ستة أشهر على الأقل، وفي هيمنة أعراض واضحة يمكن تمييزها في فئتين هما :

أعراض التوقع أو خطر مرتقب، والأعراض الجسمية، ويتصف الفرد الذي يعاني من اضطراب القلق المعمم بأنه يبدو بشكل مستمر مهموما إزاء أمور بسيطة ويتملكه خوف زائد ويتوقع الأسوأ وسوء الطالع.

6. اضطراب الضغوط التالية للصدمة:

أن يكون الشخص قد تعرض إلى حادث صادم مثل مشاهدة أو مواجهة حدث أو مجموعة أحداث أو مهددات معينة مثل جروح أو إصابات خطيرة، بأن يكون الحادث الصادم يعاد معاشته في إحدى الصور التالية:

- أ- استعادة متكررة ومتطفلة للحدث، وذلك في شكل صور أو أفكار أو إدراكات.
- ب- الحلم بالحدث بشكل مزعج ومتكرر.
- ت- الشعور بأن الحدث الصادم قد تكرر بمعنى آخر شعور الفرد بأنه عايش التجربة مرة أخرى.
- ث- الشعور بالضيق المكثف عند التعرض لأي مثيرات داخلية أو خارجية تتشابه مشهد الحادث

الصادم. (ياسمين حافظ أبو فاخرة، 2021، ص 249).

سابعا- مراحل القلق:

يعتبر القلق حالة من التوتر والضغط الشامل والمستمر، حيث يمر بسبعة مراحل ابتداء من مرحلة النوبات ويتطور عبر المراحل الأخرى وصولاً إلى مرحلة الاكتئاب، ونحن سوف نحاول عرض هذه الفترات بشيء من التفصيل:

1. مرحلة النوبات:

إن المرض يبدأ بهذه الطريقة نوبات قصيرة من الأعراض دون إنذار أو سبب ظاهر، وتتخذ النوبات صوراً كثيرة منها:
-خفة الدماغ أو الدوخة.

-الاعتماد المنذر ونوبات الدوار أو نوبات الدوار قد يشعر بعض المرضى بفقدان التوازن و الأرجل الرخوة الهلامية، يشعر بصعوبة التنفس كذلك خفقان القلب، وهو يصيب الغالبية العظمى من المصابين بمرض القلق (أي الإحساس بضربات القلب)، كذلك الام الصدر والضغط عليه، والإحساس بغصة الحلق إلى جانب التتميل والخدر التي تنتشر في أجزاء من الجسم، وثلاثاً أولئك المصابين بمرض القلق يتكون من هذه الأعراض، كذلك مع توهج الحرارة أو الهبوب الساخن إلى جانب الغثيان، الإسهال، الصداع وما يصاحبه من الآم وخاصة النوبات المتكررة المزمنة، وكذلك الأفكار التسلطية والأفعال القهرية. (حلاسي فاطمة الزهراء وفايدي هالة، 2017، ص ص 20-21)

2. مرحلة الهلع:

تختلف مدة النوبة من شخص إلى آخر إذ قد تصل إلى 4 نوبات في الأسبوع أو تقل، وتبدأ موجة الهلع عالية شديدة لدرجة أن الأشخاص الذين يمرون بها تظل عالقة في أذهانه هناك فترة زمنية بعيدة قد حدثت فيها النوبة، بل إن المرور بتجربة (الهلع) قد تحول بعض الأشخاص إلى (أدباء) كبار قادرين على (الغوص) قليلاً إلى داخل نفوسهم، ونذكر كافة الأحاسيس والمشاعر والاضطراب الفكرية والوجدانية والسلوكية التي أنتابهم آنذاك.

إذ تشعر في نوبات الهلع بالآتي:

- تشعر أن كل شيء وبدون توقع يفلت من تحت السيطرة، كل شيء تراه يصبح مثيراً للغثيان؛

-الدوخة وخفة في الدماغ؛

-اختلال التوازن ويمكن أن تقع على الأرض؛

-قصور حاد في التنفس وأن دقات الهواء دخلت ولن تعود أو خرجت ولن تعود؛

-تصبح السيقان هلامية ولم تعد بنفس القوة التي كانت عليها ولا تكون قادرة على حملك؛
-تشعر أن الأصوات تزداد حدة والإضاءة تزداد حدة، وأن كل شيء محرض وفضيع. (رزيقة محذب، 2011، ص 60).

3. مرحلة توهم المرض

هنا تسيطر على الشخص فكرة أنه مريض وأنه مثال يعاني من أمراض معينة، ويهيأ نفسه للذهاب إلى الطبيب، فإذا طلب فحوصات أو الرسومات أو التحاليل فإن مثل هذه الظنون تتأكد لديه، ويظل قلقا حتى يتم عرض التقارير على الطبيب ويظل متوقعا النتيجة السيئة، والقول الذي كان ينتظره منذ زمن وعندما يخبره الطبيب أن حالته جيدة يأخذ هذه التقارير مرة أخرى إلى طبيب آخر، حتى إعلانات التلفزيون التي تتحدث عن ارشادات صحية يجد نفسه مضطر أن يفسرها وكأنه المعني الوحيد بها، مثل ضرورة غسل اليدين الجيد قبل الأكل أو تجنب التدخين للإصابة بالسرطان، وهنا تراوده فكرة البدء أنه قد أصيب بالمرض، ويبدأ رحلة التحليل والفحوصات بحثا عن هذا "السرطان" الموهوم إلى أن ما يميز هذه المرحلة (توهم المرض)، أنها تمثل مرحلة لدى مرض القلق، وقد يظل المريض منشغل بسلامة عضو معين، وقد ينتقل تفكيره أو اهتماماته من عضو إلى آخر. (حلاسي فاطمة الزهراء وفايدي هالة، 2017، ص 21).

4. المخاوف المرضية المحدودة:

إن المصابون بالقلق -في الغالب- قد يصابون بنوبات متكررة من المخاوف، وتكون هذه المخاوف غير متوقعة ومع كثرة الأشياء التي أصبح يخاف منها ويتجنبها ويخشاه، تشتت قدرته الذاتية ويشعر أنه عاجز ويحاول إقناع نفسه أن الشيء الذي يخشاه هذا لن يضره، ولكن بدأت تسيطر عليه فكرة كما أن المخاوف تتحدد بدءا من الخوف من الريح والرعد والمطر حتى وإن كان هؤلاء الآخرين لن يضره، وهو يعلم ذلك جيدا والمخاوف عموما مرحلة يحاول من خلالها الشخص أن يجعل (اللامحدود) محدود و اللامعین معين والهائم مقيد، ذلك لأن القلق قد يكون حرا هائما طليقا، لكن لابد أن تكون المخاوف محددة. (حلاسي فاطمة الزهراء وفايدي هالة، 2017، ص 22).

5. المراحل المرضية الاجتماعية

إن المخاوف المرضية التي يتم اكتسابها بمرور الزمن تزيد كلما زادت المواقف التي تحدث فيها نوبات الهلع التلقائية، ويتعلم الضحايا أن يربطوا بين النوبات و أنواع أكثر من المواقف، وهم حين يحاولون تجنب الفرع والنوبات تجدهم يتجنبون ويتحاشون كل المواقف المرتبطة بها، بل أن المريض قد يتفادى المواقف التي تعرض لضغوط بسيطة ومتوسطة، إذ أنه يخشى أن تكون المواقف الضاغطة البسيطة سببا

في زيادة تعرض جسمه لنوبة الهلع، وعندما سيروى مثل ذلك الهلع في تلك المواقف كما توقع سابق وينتهي الألم باشتداد خوفه من هذه المواقف ويؤدي إلى ظهور نوع جديد من المخاوف المرضية، إن ظهور المخاوف المرضية لا يرتبط ببساطة بالمواقف التي يصاب فيها هؤلاء المرضى بنوبات الهلع التلقائي فقط، فنوبات المرحلة الأولى تكون متقاربة شديدة سيئة إلى درجة كافية ، ويمكن أن تسبب المخاوف المرضية بنفس الطريقة التي تحدث بالضبط في حالة نوبات الهلع، ومن الراجح بصفة خاصة أن تسبب هذه المخاوف المرضية نوبات الدوخة والغماء وعدم التوازن واستغراب الواقع والاختناق، ويقر بعض المرضى أن المخاوف المرضية بدأت بعد ظهور أمثال هذه النوبات من الأعراض. ولكن قبل ظهور نوبات الهلع التلقائي وحينما يبدأ الهلع يؤدي هذا الأمر إلى سرعة العملية عادة، ومهما يكن من شيء فإنه يمكن بصفة عامة أن نقول هناك تطور مضطرب تحدث فيه نوبات الأعراض التلقائية، أو النوبات الهلع أولاً ثم تظهر المخاوف المرضية فيما بعد ذلك، فالمخاوف المرضية تظهر أثناء واحدة من المرحلتين الأوليين أو قد تظهر في كليهما، هاتان المرحلتان الأوليتان هما اللب، أما المراحل التالية فهي مضاعفات تظهر نتيجة ذلك اللب. (حلاسي فاطمة الزهراء وفايدي هالة، 2017، ص 23).

6. التجنب الشامل بسبب المخاوف المرضية

كلما استمر المريض في معاناة نوبات أكثر من القلق غير المتوقع نراه يكسب عددا أكبر من المخاوف المرضية أو الفوبيا، ونجد أن عددا أكبر من المواقف قد أصبحت تؤدي إلى القلق المتوقع فيتجنبها، وهكذا يزداد القلق وتنتشر المخاوف وتقل الثقة بالنفس، وكلما أزممت نوبات الهلع وكلما تقاربت اشتدت في حدوثها، وازداد عدد المخاوف بل قد يبلغ الانسحاب عند المرضى في بعض الأحيان حدا كاملا بحيث نرى المريض يحبس نفسه في غرفة واحدة من غرف منزله. (رزيقة محذب، 2011، ص 55).

6- التجنب الشامل (مخاوف مرضية)

5. المراحل المرضية الاجتماعية

4. المخاوف المرضية المحدودة

3- توهم المرض

2- هلع

1- نوبات قصيرة

شكل رقم: 05- يبين مراحل القلق

ثامنا- نظريات القلق:

هناك مجموعة من المفكرين الذين نظروا للقلق، وسوف نتناول مجموعة من المفكرين و وجهات نظرهم ونظرياتهم.

1. تفسير القلق عند سيجموند فرويد

يرى فرويد أن القلق هو عبارة عن حالة من الخوف الغامض يختلف عن الخوف العادي الذي مصدره معلوم، ويصعب الوصول إلى تفسير معقول يمكن من خلاله معرفة أنواع القلق التي شهدها حين ظن في بداية الأمر إن عدم الإشباع الجنسي وعدم تفريغ تلك الطاقة التي يسميه فرويد (بالليبيدو) هي التي تتحول إلى قلق، هذا التحول الذي يتم بطريقة فسيولوجية بحتة، وتؤكد من القلق العصبي ناشئ من كبت الرغبة الجنسية التي تتحول فيما بعد إلى طاقة تكون سببا في القلق الذي يعتبر المسبب الأول في ظهور الأمراض العصابية.

ثم جاء فرويد بنظريته الجديدة في معرفته بأصل القلق الذي يظهر في الأصل كرد فعل لحالة خطرة وهو يعود إلى الظهور كلما حدث ظاهرة خطرة من ذلك النوع.

ومن هنا يمكن القول أن قلق الطفل ظهر في بداية الأمر أمام حالة خطرة التي تتكون من تقدير الشخص لقوته، بالنسبة لمقدار الخطر، ومن اعترافه بعجزه أمامه عجزا بدنيا إذا كان الخطر موضوعيا، وعجزا نفسيا إذا كان الخطر غريزيا.

فأصل القلق لدى الإنسان يرجع إلى الصدمة الأولى من حياة الإنسان من خلال انفصاله عن أمه أثناء عملية الميلاد، هذه الخبرة التي ينشأ عنها القلق الأول تتضمن مشاعر واحساسات جسمية مؤلمة، وهي العامل الرئيسي في القلق، وبالتالي يكون رد فعل الطفل ليس الخوف لأن هذا الأخير يقتضي معرفة

مصدره، وأن الطفل غير قادر على تحديد وإدراك الخطر، فينشأ القلق ويبدأ الطفل في النمو ويصبح تعلقه بأمه كبيراً، نظراً للثقة الموجودة بينهما كونها المصدر الرئيسي الذي يسهر على إطعامه وتنظيفه ومراقبته من الإصابة بالأذى، وبالتالي مصدر إشباع كل رغباته، وتحقيق حاجاته الضرورية، وزيادة شوق الطفل لأمه من حيث كونها مصدر الإشباع وعجز الطفل عن إشباع حاجاته هي السبب الرئيسي لقلق الطفل، حيث يقول فرويد: إن الموقف الذي يعتبره الطفل خطراً والذي يريد أن يحمي نفسه منه إنما هو حالة عدم إشباع وزيادة التوتر الناشئ عن الحاجة زهي يكون فيه الطفل عاجزاً. (ياسمين حافظ أبو فاخر، 2021، ص 251)

2. تفسير القلق عند كارن هورني

جعلت كارن هورني من مفهوم القلق الأساسي محورا مركزيا لنظريتها وعرفته بأنه شعور الطفل بالوحدة والعزلة وقلة الحيلة في عالم حافل بالعداوة، وتعتقد أن القلق يتولد من تأثير الظروف البيئية الاجتماعية خلال تنشئة الطفل ونموه أكثر مما ينتج عن الصراع والتعارض بين المحفزات والدوافع البيولوجية من جانب، والأنا الأعلى من جانب آخر. كما يذهب إليه فرويد وسمت هذا القلق بـ "القلق الأساسي"، وترى هورني أن القلق استجابة انفعالية تكون موجهة إلى المكونات الأساسية للشخصية، كما ترى أن القلق يرجع إلى ثلاث عناصر هي الشعور بالعجز، الشعور بالعداوة، الشعور بالعزلة. (رقية بولغيتي وعائشة دليمي، 2022، ص 33).

3. أوتورانك و وجهة نظره في أسباب القلق:

يرى أوتورانك أن صدمة الميلاد (عملية الولادة في حد ذاتها) مصدرا لمعظم القلق الذي يشعر به الفرد في مستقبل حياته، وعلى أساس التهديد بأنه منفصل عن مأوى الحب والأمن. ويرى أوتورانك أن الإرادة أهم قوة حيوية في تكامل الشخصية أو تفككها، وأن العصابي شخص معتمد وغير ناضج انفعاليا ولم تتطور إمكانياته من الضبط ومن تأكيد الذات. (فوزي محمد جبل، 2000، ص ص 132-133).

4. تفسير القلق عند كاتل وسيلبرجر:

لقد ميز كل من كاتل وسيلبرجر بين نوعين من القلق هما القلق كحالة والقلق كسمة، وفي نظريتهما عرفا القلق كحالة بأنه انفعالية مؤقتة يشعر بها الإنسان عندما يدركه تهديد في الموقف، فينشط جهازه العصبي اللاإرادي أو المستقل وتتوتر عضلاته ويستعد لمواجهة هذا التهديد، وبمعنى آخر حسب نوع وشدة التهديد

الذي يدركه الانسان في كل منها فتزداد في مواقف الشدة وتتنخفض في مواقف الأمان. (هدير عز الدين صلاح الايسي، 2014، ص 92).

وعرف القلق كسمة بأنه عبارة عن استعداد سلوكي مكسب في معظمه، وبظل كامنا عند الانسان حتى تنبهه وتنشطه منبهات داخلية أو خارجية، فتثير حالة القلق ويتوقف مستوى إثارة القلق عند الانسان على مستوى استعداده للقلق أي مستوى القلق كسمة، فعند الشخص صاحب سمة القلق العالية يكون استعداده عاليا للقلق، ويجعله يدرك التهديد في مواقف كثيرة ويستجيب لها بحالة قلق زائدة لا تتناسب مع ما فيها من تهديد حقيقي، لذا نجده يقلق بسهولة ولأسباب بسيطة قد تثير القلق عنده. (رباب عبد الفتاح أبو الليل محمد، 2019، ص 560).

ويرى سيلبرجر أن سمة القلق لا تظهر مباشرة في السلوك بل تستنتج أو يستدل عليها من تكرار ارتفاع حالة القلق وشدها لدى الفرد على امتداد الزمن، ويتميز الأفراد ذو الدرجة المرتفعة في سمة القلق بميلهم إلى إدراك العالم باعتباره خطرا يهدد حياتهم وهؤلاء الأفراد أكثر تعرضا للمواقف العصبية. (هدير عز الدين صلاح الايسي، 2014، ص 93).

5. نظرية مستوى الطموح

يعتبر مستوى الطموح نسبي لدى الفرد من حيث الأهداف التي يطمح الفرد في تحقيقها ووصولها إلى حد المناسب له شخصيا ومحاولة تحدي العقبات والضغط والوصول إلى مستوى طموح واقعي يتناسب مع قدرات الفرد والجوانب الايجابية في شخصيته أو محاولة تعويض الجوانب السلبية في الشخص أو الحد من هذه الجوانب. (ياسمين حافظ أبو فاخر، 2021، ص 252)

6. تفسير القلق عند المدرسة السلوكية:

تري المدرسة السلوكية أن القلق نتاج التعلم الخاطئ من المحيط الذي يعيش فيه الفرد، حيث أن القلق المرضي هو استجابة مكتسبة قد تنتج عن القلق العادي تحت ظروف ومواقف معينة ثم تعمم الاستجابة بعد ذلك، فالقلق إذن عند السلوكيون ما هو إلا استجابة متعلمة وفقا لمبادئ التعلم الاشتراطي، ولقد قامت النظرية السلوكية على تحليل السلوك إلى وحدات من المثير والاستجابة، والقلق في التصور السلوكي يمدنا بأساس دافعي للتوافق ما دام أننا نخبره بخبر غير سار، وأي خفض للقلق ينظر إليه كهدف له أهمية، كما ينظر إلى القلق أيضا باعتباره يمدنا بأدلة تستثير ميكانيزمات متعددة للتوافق، فالتعلم الشرطي الكلاسيكي عند "بافلوف" يمدنا بتصوير عن اكتساب القلق من خلال العصاب التجريبي. (حنان عبد الحميد العناني، 2000، ص ص 117-118).

تاسعا- الوقاية من القلق:

- يتوقف ذلك على دور الوالدين لتجنب إصابة أطفالهم بالقلق، ويتمثل في:
- العمل على توفير المحبة والاهتمام والرعاية، وتشعر ذلك بالأمن والاطمئنان الذي هو الأساس في القضاء على المخاوف والقلق.
- على الوالدين أن يمنحوا أطفالهم الحب والحماية دون إفراط أو تفريط كي يكون لديهم الفرصة للاعتماد على أنفسهم.
- العمل على تشجيع الأبناء على أن يتقوا بأنفسهم وعلى أن يواجهوا مشكلات الحياة بشجاعة وواقعية.
- العمل على مساعدة أطفالهم على فهم ما يحيط بهم من المواقف التي تتطلب منهم حلا، وكثيرا ما يعجزون عن التكيف لها لقلة خبرتهم بالحياة. (نبيلة عباس الشوريحي، 2002، ص 141).

عاشرا- علاج القلق :

1. العلاج الدوائي:

- الدريازيبام (الفاليوم).
- التوفرانيل (مضاد الإكتئاب).
- الألبرازولام (زاناكس).
- بيوسبار.

-الكلونازيبام. (حلاسي فاطمة الزهراء وفايدي هالة، 2022، ص 39)

وهذا ما أكدته تصريحات الطبيبة المتخصصة بالأمراض العقلية بالمؤسسة الاستشفائية للأمراض العقلية- ورقلة- (د. ايدير نوال) حول العلاجات الدوائية التي تقدم لفئات الفصام بالمستشفى، أشارت إلى بعض العقاقير التي تساعد على تقليل التوتر العصبي ومعدلات المزاج منها: الليبريوم (Librium)، الليبركس (Librax)، كما أكدت على الفاليوم (Valium)، كذلك الستيلازين (Stelazine)، و الكلورازيبات ديبوتاسيوم (TRANXENE).

2. العلاج النفسي :

تتعدد صور العلاج النفسي وفقا للمدرسة التي ينتمي إليها المعالج ، ومن بينها نجد: مدرسة التحليل النفسي حيث يرى فرويد أن السلوك تعبير عن صراعات نفسية داخلية، وهو يعتقد أن كل شخص (يكبت) أو يدفع من الشعور والخبرات المؤلمة والمثيرة للقلق فضلا عن الرغبات والصراعات، وعندما تكبت تصبح هذه الصراعات لا شعورية، ومع ذلك فهي تؤثر في السلوك الشخصي والاجتماعي للأفراد دون أن يكونوا على وعي بالسبب الحقيقي لأفعالهم وأقوالهم، ومن ثم يتلخص الهدف من العلاج في جعل ما هو لا شعوري شعوريا ويقع على عاتق المعالج أن يساعد المريض على اكتشاف الذكريات والدوافع والصراعات المكبوتة التي يفترض أنها تحدد سلوك المريض ويجعله المعالج على وعي بها عن طريق استخدام العديد من التقنيات العلاجية. (رزيقة محذب، 2011، ص 67).

3. العلاج السلوكي:

يستند العلاج السلوكي للقلق على ما يعتقد أصحاب النظرية السلوكية في علم النفس من أن القلق عبارة عن: " استجابات سلوكية كونت عند الفرد عادة سلوكية خاطئة تم إكتسابها عن طريق التعلم الخاطئ أثناء التنشئة الإجتماعية" أو أنه: "ارتباط شرطي لفعل منعكس شرطي خاطئ" و على هذا...فإن العلاج السلوكي يهدف إلى تصحيح الإستجابات بإزالة التعلم الخاطئ. (علاء عبد الباقي، 2010، ص 185) إذ نجد العديد من الأساليب العلاجية مثل:

-العلاج بالاسترخاء: وذلك بتعليم الأطفال بأخذ النفس ويجعل عضلاته وبديه تسترخي، وتعليمه كيف يريح المناطق المتوترة في جسمه.

-استعمال استراتيجيات قمع القلق : دع الطفل يفكر وهو مسترخي في مناظر هادئة وسارة كأن يكون على شاطئ البحر.

-التحدث مع النفس: إذا فشل أسلوب الاسترخاء في خفض التوتر، فعلى الطفل أن يتحدث مع نفسه حديثا ايجابيا كأن يقول أنا منزعج ولكن الأشياء سوف تتحسن.

-تشجيع الأطفال على التعبير عن مشاعرهم: وذلك بجعلهم يتحدثون عن مشاكلهم أمام أفراد الأسرة الآخرين، ودعهم يعبرون عن غضبهم، وكذلك فإن الألعاب والقصص لها قدرة على خفض القلق والتوتر عند الأطفال. (رزيقة محذب، 2011، ص 68).

خلاصة الفصل:

القلق النفسي هو عصب الحياة النفسية، حيث نجده في جميع الأمراض النفسية، فالقلق النفسي من الأمراض الشائعة وله عدة أشكال، فهو يؤدي إلى المعاناة والألم النفسي والجسدي، بالإضافة أنه يعمل على إعاقة الحياة والنشاطات اليومية للفرد، فهو يستهلك طاقة الإنسان النفسية الداخلية ويجعله أقل فعالية، فلا بد من تفهم القلق وعلاجه والتخفيف من أضراره، فيجب أن تتضافر الجهود لإيجاد الحلول المناسبة له.

الفصل الخامس:

إجراءات

الدراسة

الميدانية

تمهيد.

1. منهج الدراسة.
 2. حدود الدراسة.
 3. الدراسة الإستطلاعية.
 4. وصف العينة و
خصائصها.
 5. الأدوات المستخدمة.
- خلاصة الفصل.

تمهيد الفصل :

رغم تنوع البحوث بمختلف ميادينها العلمية والاجتماعية وكذا الانسانية، فهي لا تستغني اطلاقاً عن اتباع أحد المناهج البحثية العلمية حتى تحدد معالم سير مشروع البحث وتوجهه من بدايته حتى نهايته قصد الوصول الى نتائج علمية أكثر موضوعية وصدقاً.

وبعد عرض الجانب النظري للدراسة والشرح الوافي لمتغيراتها؛ سنتطرق من خلال هذا الفصل للإجراءات المنهجية المتبعة لإنجازها، معتمدين على ذلك بوصف المنهج المتبع ووصف مجموعة بحثنا (المشاركين) وخصائصها، كما سنعمل على شرح وسائل وأدوات الدراسة؛ وكيفية إستخدامها من أجل تحقيق أهداف هذه الدراسة.

1- منهج الدراسة :

إعتمدنا في دراستنا الحالية على المنهج العيادي القائم على دراسة الحالة، وهو الإطار الذي يعدّه الأخصائي الأكلينيكي بهدف تشخيص المشكلة التي يعاني منها المفحوص من خلال جمع أكبر عدد ممكن من المعلومات عنه وذلك من خلاله أو من خلال الأفراد الذين هم على صلة به وذلك عن طريق استخدام كل من الملاحظة، المقابلة، التاريخ الاجتماعي والسيرة الشخصية وكذلك الاختبارات والمقاييس السيكولوجية. (اسماعيل بن خليفة 2023، ص 35)

2- حدود الدراسة :

الحدود الزمنية: بعد أن تم تحديد إشكالية بحثنا وفرضيات دراستنا والمنهج المتبع في ذلك، شرعنا في الجانب الميداني بتاريخ: 10 مارس 2024 إلى غاية 22 ماي 2024، بعد الحصول على مقرر ترخيص رقم 2023/557 المؤرخ في: 2023/11/26

الحدود المكانية: تمت إجراءات الدراسة الميدانية على مستوى المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية والنفسية "المجاهد معروف بوعامة" - الحذب - الرويسات - ورقلة.

وبالضبط طبقنا الدراسة على مستوى كل من مصلحتي: مصلحة الاستعجالات رجال؛ ومصلحة إستشفاء رجال المفتوح،

الحدود البشرية: وتتمثل في ثماني (08) حالات مشخصين فصام مقيمين بالمؤسسة بنمط دخول إجباري أو عادي.

3- الدراسة الإستطلاعية:

ونحن وبصدد إعداد هذه المذكرة كان ولا بدّ لنا من إجراء الدراسة الاستطلاعية؛ والتي من خلالها تقرّبنا بهالميدان بحثنا وتزودنا بكافة معلومات الدراسة، وقد حاولنا التعرف على الصعوبات التي قد تعيق سير الدراسة الأساسية، وبالتالي إيجاد الحلول اللازمة والمناسبة لها.

فبعد تحديد موضوع دراستنا، والمتمثل في: الإكتئاب والقلق لدى الفصاميين ما بعد العلاج الدوائي، قمنا بدراسة إستطلاعية أثناء القيام بالإجراءات الادارية للحصول على مقرر الترخيص رقم 2024/112 للقيام بالتربص الميداني من أجل التقرير بنفس المؤسسة، والذي وقع بتاريخ: 05 مارس 2024 منذ طلب الترخيص وُقِم 2024/933 المؤرخ في 28 فيفري 2024؛ (أي لمدة أسبوع تقريبا)، والتي تضمنت إجراء عدة مقابلات وإتصالات، حيث توجهنا بالتنسيق مع المشرف الميداني للتربص إلى رئيسي المصلحتين والذان هما نفسانيان عياديان من أجل طرح موضوع دراستنا وشرح ماهيته، حيث قاما بتزويدنا بمعلومات قيمة ومهمة تخص موضوع دراستنا، كما شاركنا في مقابلة بعض الحالات المتابعة على مستوى المصلحتين الإستعجالات والمفتوح. كما قمنا بإتصالات مع بعض الأخصائيين المتمرسين لإثراء المعلومات حول مجال دراستنا، حيث تواصلنا هاتفيا بالأخصائي والأستاذ الدكتور "رزقي رشيد" ممارس عيادي سابقا بالمؤسسة الاستشفائية المعذر_بانتة، ورئيس قسم بجامعة بركة_ببانتة، والذي يرى أن الإكتئاب والقلق لدى الفصاميين ما بعد العلاج الدوائي قد تكون أعراض صافية (pure) للمرض في حالة الهدئة الجزئية وليست نتيجة الأدوية مستشهدا بذلك بخبراته الميدانية ومرجعية الDSM 5.TR، كما أرجعها للظروف الإجتماعية والاقتصادية والدعم النفسي.

الدراسة الأساسية:

بعدما تقدمنا على مستوى إدارة علم النفس والتربية لكلية العلوم الإجتماعية بجامعة قاصدي مرباح بورقلة بتاريخ: 23 نوفمبر 2024 لطلب تسهيلات لإجراء الدراسة الميدانية بالمؤسسة الإستشفائية للأمراض العقلية والنفسية- الحذب- ورقلة؛ حيث تحصلنا على مقرر ترخيص رقم: 557-2023 المؤرخ في: 26 نوفمبر 2023 موقع من طرف مدير المؤسسة للشروع الفعلي والرسمي بتطبيق دراستنا الميدانية على مستوى كل من مصلحتي: الإستعجالات رجال مفتوح و مصلحة الأمراض العقلية رجال مغلق، حيث تعرفنا إلى جل الطاقم السايكاتري الذي كان جد متعاونين و على رأسيهما كل من السيد: طارق أحمد مسعود أخصائي نفساني ورئيس لذات المصلحة، وكذلك الأخصائي النفسي ورئيس ذات مصلحة طب رجال مغلق السيد: بن عشريني عبد الرحمان، و الذي عملا على توفير كل سبل تهيئة تطبيق الدراسة العيادية الموقفة لحد بعيد مع مراعاة سير نظام عمل المصلحتين. إذ خصص مكتب الأخصائي العيادي لإجراء جل المقابلات مع الحالات في جو عيادي ممنهج وبتوفر

الشروط الأساسية له من أول مقابلة لبناء العلاقة إلى غاية المقابلة مع كل من الطبيبين العقليين للمصلحتين و الأخصائيين لتفسير وشرح ما يجب شرحه بخصوص الحالات والأدوية والمتابعات الطبية والتكفلات النفسية لحالات الدراسة والمضطربين المشخصين فصاميين والذهانيين وبروتوكولات سير التعامل داخل المصالح العقلية والتي إنتهت بتاريخ: 23 ماي 2024.

4- وصف العينة وخصائصها:

تتكون مجموعة البحث من ثمانية أفراد مشخصين طيف فصام.

04-01- معايير إنتقاء مجموعة الدراسة:

تتمثل مجموعة المشاركين بالبحث في الفصاميين ما فوق سن ال 18 سنة، ذكور نظرا لخصوصية المصلحة، حيث تم إنتقائهم وفق المعايير التالية:

- 1- أن تكون الحالة مشخصة فصام.
- 2- أن تكون مدة المرض لأكثر من عام.
- 3- ان تكون الحالة مستقرة.
- 4- أن يكون المعيار N6 (غياب العفوية و الطلاقة في المحادثة و تدفق الحوار) على سلم الأعراض السالبة لمقياس PANSS في الحد الأدنى أو غياب.

04-02- خصائص مجموعة الدراسة:

تتمثل مجموعة بحثنا في (08) ثمانية فصامين ذكور، ويلخص الجدول التالي خصائصها:

جدول رقم: -03- يبين خصائص عينة البحث

الإسم	السن	المستوى التعليمي	الحالة المدنية	عدد الأطفال	عدد الإستشفاءات	مدة المرض
ب.ع.ح	39 سنة	6 ابتدائي	متزوج	03	02	منذ 2012
ب.أ	51 سنة	ابتدائي	متزوج	03	05	منذ 1994
ع.س.أ	48 سنة	متوسط	مخلوع	03	01	منذ 2022
ح.ك	22 سنة	متوسط	أعزب	/	05	منذ 2022
ع.ح	54 سنة	9 أساسي	مخلوع	03	06	منذ 1993
د.إ	38 سنة	تقني سامي إ.إلي	أعزب	/	05	منذ 2010
ب.م	44 سنة	متوسط	أعزب	/	02	منذ 2018
م.خ	37 سنة	ثانية دكتوراه	أعزب	/	03	منذ 2016

من خلال الجدول المبين أعلاه نخلص إلى وجود ثلاث فئات عمرية كالآتي: (22 سنة)

مرحلة مراقبة متأخرة، و فئة (37-39 سنة) مرحلة الرشد، و فئة ثالثة (44-54 سنة) بمرحلة

كهولة، كما نستقرأ من ذات الجدول: بالنسبة للمستوى التعليمي هناك 04 مستويات: (حالتين مستوى

إبتدائي)، (04 حالات مستوى متوسط)، (01 حالة ثانوي)، (وحالة أخيرة مستوى دراسات عليا

جامعي)، الحالة المدنية بمعدل: (02 متزوج، 02 مخلوع، 04 أعزب)، عدد الأبطال (0 - 03)، كذلك

معدل الإستشفاءات بين فئتين (01-03 مرات) و (05-06 مرات)، و بالنسبة لمدة المرض فقد

حصرناه بين الفئات التالية: (1992-1994)، و (2010-2012)، كذلك (2016-2018) وأخيرا

2022؛ بغض النظر عن سن المريض، بحيث تختلف شدة أعراض ومدى تأثرها عن كل حالة،

ونلاحظ أيضا مدة المرض تختلف بغض النظر عن السن.

5- الأدوات المستخدمة في الدراسة:

إعتمدنا في دراستنا على كل من **المقابلة العيادية النصف موجهة**، والتي إعتمدنا فيها على دليل المقابلة حيث قسمناه إلى خمسة محاور، من أجل جمع المعلومات التي تخدمنا في دراسة الحالة، و كذلك إعتمدنا على **المقابلة العيادية المنظمة SCI-PANSS**، كما طبقنا كل من **مقياس المتلازمة السلبية و الإيجابية PANSS**، و**مقياس بيك للإكتئاب**، و**مقياس تايلور للقلق الصريح**.
نشير إلى أننا أثناء التطبيق كانت المقابلة الأولى تمهيدية، حيث يكون فيها الإتصال الأولي بالمفحوص لبناء العلاقة، وجمع البيانات العامة عن الحالة بحضور كل من النفساني العيادي والمرضى المرافق للحالة داخل المصلحة، أما في المقابلة الثانية قمنا بتطبيق مقياس PANSS من خلال المقابلة العيادية المنظمة SCI-PANSS، وفي المقابلة الثالثة تم تطبيق مقياس بيك للإكتئاب ورابع مقابلة طبقنا مقياس تايلور للقلق الصريح.
كما تمت عملية الحساب بالتكرارات.

أولا – المقابلة العيادية نصف الموجهة :

مفهوم المقابلة العيادية :

المقابلة العيادية تعد أداة علمية و تعتبر وسيلة هامة من وسائل جمع المعلومات و البيانات، فهي تعرف على أنها اتصال شخصي منظم و تفاعل لفظي مباشر، الهدف منه الحصول على أنواع معينة من المعلومات و البيانات لإستغلالها في البحوث العلمية، أو للإستعانة بها في التوجيه و التشخيص و العلاج. (مروان عبد المجيد، 2000، ص 112)
و قد إعتمدنا في دراستنا هذه على المقابلة النصف موجهة نظرا لإحتوائها على محاور و أسئلة إرتأينا أنها تساعدنا في دراستنا الحالية.
دليل المقابلة : في بداية المقابلة نقوم بجمع البيانات الشخصية للمفحوص مثل (الإسم، العمر، المهنة، المستوى الدراسي.....)، حيث قمنا ببناء أسئلة المقابلة ضمن 05 محاور، و صيغت الأسئلة في كل محور بما يتناسب و موضوع دراستنا و فرضياتها.

ثانيا – المقابلة العيادية المنظمة SCI-ANSS :

تعد جمل غير توجيهية تهدف إلى إقامة إتصال وتعاون مع المريض، تتبع المقابلة شبه المنظمة تسلسلاً محدداً ومع ذلك، فقد تم تحديد أن القائم بإجراء المقابلة يمكنه إنشاء مساره السريري الخاص، مع ضمان إستكشاف جميع العناصر بشكل منهجي؛ ووفقاً للمؤلفين، هذه المقابلة تتكون من أربع أطوار :

- الأول غير توجيهي، يهدف إلى إقامة إتصال ومراقبة السلوك العفوي وتحديد المشكلات الرئيسية.
- الثاني شبه منظم، يبحث بشكل منهجي عن وجود الأعراض وقيم شدتها.
- الثالث منظم، يقيم الحالة المزاجية والقلق والتوجه والتفكير المجرد.
- يوضح التوجيه النهائي للمعلومات ويختبر الحدود واستجابات الإجهاد وقيم النطاق الكامل للأعراض المرضية.

تستغرق المقابلة الكاملة عادة ما بين 30 و 45 دقيقة.

المرحلة الأولى (من 10 إلى 15 دقيقة)

- في أول 10 إلى 15 دقيقة، يتم تشجيع المرضى على مناقشة تاريخهم، والظروف المحيطة بدخولهم إلى المستشفى، ووضع حياتهم الحالي، والأعراض التي يعانون منها؛ الهدف من هذه المرحلة هو إقامة علاقة والسماح للمريض بالتعبير عن مجالات الاهتمام، لذلك، فإن القائم بإجراء المقابلة في هذه المرحلة يتخذ موقفاً وأسلوباً غير توجيهي (أي لا يبدي تحدياً بشكل مزعج قدر الإمكان للكشف عن طبيعة عمليات التفكير والمحتوى، والحكم والبصيرة، والتواصل والعلاقة، والاستجابات العاطفية والحركية).

(Stanley R. Kay, @ other, 1987, p. 263)

المرحلة الثانية (من 10 إلى 15 دقيقة)

- يتم فحص الأفكار والسلوكيات الشاذة أثناء الجزء الأول من المقابلة خلال المرحلة الثانية، والتي تستمر لمدة 10-15 دقيقة أخرى، من خلال الأسئلة النموذجية التوجيهية التي تتدرج من استفسار غير مباشر وغير محدد (على سبيل المثال، كيف تقارن نفسك مع الشخص العادي؟ هل أنت مميز في بعض النواحي؟) إلى البحث بشكل مباشر في الموضوعات المرضية (على سبيل المثال، هل لديك قوى خاصة أو غير عادية؟ هل تعتبر نفسك مشهوراً؟ هل أنت في مهمة خاصة من الله؟).

والهدف إذن هو تقييم الأعراض المنتجة التي يمكن الحكم عليها من إقرار المريض وتوضيحاته، مثل الهلوسة، والتخيلات الوهمية، والشك، والعظمة. ولهذا الغرض، يحاول القائم بإجراء المقابلة إثبات وجود الأعراض أولاً ثم شدتها، والتي يتم ترجيحها عموماً وفقاً لبروز المظاهر غير الطبيعية، وتكرار حدوثها، وتأثيرها الحاد على الأداء اليومي. (Stanley R. Kay, @ other, 1987, p. 263)

المرحلة الثالثة (من 05 إلى 10 دقائق قابلة، والتي تتطلب من 5 إلى 10 دقائق أخرى، تتضمن سلسلة من الأسئلة المحددة لتأمين المعلومات حول الحالة المزاجية، والقلق، والقدرة على التفكير المجرد.

- يتكون تقييم الاستدلال المجرد، على سبيل المثال، من مجموعة من الأسئلة حول صياغة المفاهيم (مثلاً، كيف يتشابه القطار والحافلة؟) وتفسير أو تأويل الأمثال، والتي تتنوع في المحتوى. (Stanley R. Kay, @ other, 1987, p. 263)

المرحلة الرابعة (من 05 إلى 10 دقيقة)

بعد الحصول على جميع معلومات التقييم الأساسية، يتم تخصيص ال 5-10 دقائق الأخيرة من المقابلة لمزيد من التوجيه والفحص الفعّال للمجالات والنطاقات التي يبدو فيها المريض دفاعياً أو متناقضاً أو غير متعاون. على سبيل المثال، قد يتم تحدي المريض الذي تجنب الاعتراف الصريح بإصابته باضطراب عقلي، لذلك، في هذه المرحلة الأخيرة، يتعرض المريض لضغوط أكبر واختبار للحدود، الأمر الذي قد يكون ضرورياً للمضي قدماً. (Stanley R. Kay, @ other, 1987, p. 263)

وبالتالي فإن إجراء المقابلة يفسح المجال لملاحظة :

المظاهر الجسدية (على سبيل المثال، التوتر، والسلوكيات، والمواقف، والإثارة).

السلوك الشخصي (على سبيل المثال، ضعف العلاقة، وعدم التعاون، والعدائية، وضعف الاهتمام).

العمليات اللفظية المعرفية (على سبيل المثال، عدم التنظيم المفاهيمي، والتفكير المجسم، والافتقار إلى العفوية وتدفق المحادثة).

محتوى الفكر (على سبيل المثال، العظمة، والقلق الجسدي، ومشاعر الذنب، والأوهام).

الاستجابة للأسئلة المنظمة (مثل الارتباك والقلق والاكتئاب وصعوبة التفكير المجرد). (Stanley R. Kay, @ other, 1987, p. 263)

ثالثاً- مقياس المتلازمة الإيجابية والسلبية PANSS :

1. تعريف المقياس: نشر مقياس المتلازمة الإيجابية والسلبية سنة 1987 من قبل ستانلي كاي، لويس اوبلر، وأبراهام فيزيين؛ حيث وضع هذا المقياس من أجل قياس شدة أعراض الفصام، ويستخدم على نطاق واسع في دراسة العلاج النفسي والعلاج الدوائي، حيث استند هذا المقياس الى جدول تقييم الإضطرابات النفسية (PRS) ومقياس التقييم الطبي النفسي المختصر (BPRS)؛ وقد تم نشر PANSS رسمياً عبر 40 لغة ويتم استخدامه عالمياً في الأبحاث السريرية.

وحسب (مصليحي محمد موسى، 2021، ص. 32-51) في دراستها المنشورة بعنوان "معوقات استخدام مقياس بانز لدى المصحات النفسية المصرية" فإن مقياس PANSS هو مقياس طبي يستخدم لقياس شدة أعراض المرضى الذين يعانون من اضطراب الفصام، كما يعتبر وسيلة موثوقة لتقييم المرضى الفصامين، وقد اثبت المقياس انه اداة قياس موضوعية للاستجابة السريرية وأنه مفيد بشكل جيد في التشخيص والتقييم؛ مما جعل بعض العلماء يطلقون عليه اسم **المقياس الذهبي في التشخيص**.

وتعود التسمية (الإيجابية والسلبية) إلى تحديد نوعين من أعراض الفصام، كما حددتها الجمعية الأمريكية للطب النفسي: الأعراض الإيجابية التي تتعلق بزيادة أو تشويه الوظائف الطبيعية (مثل الهلوسة) والأعراض السلبية التي تمثل انخفاضاً أو فقداناً للوظائف الطبيعية.

2. أهداف المقياس :حسب (حسنين أبو العطاء، إسماعيل سعيد محمود، 2016، ص 783) في دراستهم

المنشورة " فحص الصدق والثبات ودقة التشخيص لمقياس الأعراض الموجبة والسالبة للفصام على عينة مصرية " فإن مقياس PANSS نشر للتغلب على مشاكل الصدق المرتبطة بالمقاييس الأخرى والمستخدم في تقييم أعراض الفصام ومنها المقياس الطبي النفسي المختصر BPRS ومقياس أندرسون لتقييم الأعراض الموجبة والسالبة للفصام؛ وقد سعى الباحثون من خلال هذا المقياس من أجل التوصل لعدة أهداف أهمها :

1. وضع مقياس موحد وشامل يقيس كلا من الأعراض الموجبة والسالبة والأعراض العامة للفصام.
2. تقديم تقييم نسبي للأعراض الموجبة والسالبة في المظهر الإكلينيكي للمريض.
3. توفير أداة لها خصائص سيكومترية جيدة.
4. تقييم فاعلية أنواع عديدة من الأدوية.
5. تقييم شدة العدوان.
6. تقييم مدى السيطرة على الإنفعالات.
7. تقييم الانسحاب الاجتماعي، النشاط الاجتماعي، الإدراك والانتباه.

3. المصالح – الحدود :مقارنة ب BPRS، تكمن أهمية PANSS في وجود صرامة أكبر فيما يتعلق بكل من جمع العناصر السيمولوجية وتقييم شدتها، علاوة على ذلك، يسمح نظام التسجيل باتباع نهج فئوي ثنائي الأبعاد للمتلازمات السلبية والإيجابية، لذلك من الممكن النظر في التصنيف النوعي باستخدام هذا المقياس والبحث عن مؤشرات الإنذار، ولكن أيضاً لمتابعة تطور درجات مختلف المقاييس الفرعية، وتقييم الإستراتيجيات العلاجية المختلفة ولا سيما الإستراتيجيات الدوائية. (Stanley R. Kay&other, 1987, p.03)

4. طريقة تطبيق المقياس :

1. الفئة المستهدفة :يمكن استخدام هذا المقياس في كل من مرضى الفصام سواء في مرحلة النوبة الحادة أو في هدأة جزئية أو تامة، وفي سجلات الذهان الأخرى (مثل اضطراب الهذيان)، وحسب (Stanley R. Kay&other, 1987, p.02) فإن العمل المنجز بهذا المقياس في الدراسات الفرنسية كان قادراً على إظهار ذلك؛ أجرى مؤلفو المقياس أيضاً دراسات طويلة لتقييم الإستقرار وتأثير الأبعاد السلبية والإيجابية.

2. **مصادر التقييم:** يعتمد التقييم على الأعراض وعلى العناصر اللفظية التي تم تحديدها أو كشفها أثناء المقابلة، والمظاهر الجسدية والسلوكية التي تمت ملاحظتها، بالإضافة إلى عناصر الأداء التي أبلغ عنها فريق الرعاية أو الأسرة؛ تضمن المقابلة العيادية المنظمة (SCI-PANSS)، والتي يمكن استخدامها مع دليل التصنيف، موثوقية أكبر في مجموعة العناصر السريرية. (Stanley R. Kay & other, 1987, p.03)

5. سلم التقييم :

يجب تصنيف كل عنصر مع مراعاة التعريفات والمعايير الواردة في دليل التصنيف، يتم تحديد سبعة مستويات من الشدة المتزايدة تتراوح من المستوى الأول (غائب) إلى المستوى

السابع (متطرف)؛ (Stanley R. Kay & other, 1987, p.02)

- الدرجة 1 (غياب) : في حالة عدم وجود أحد الأعراض، يكون التصنيف المستخدم هو 1.
- الدرجة 2 (حد أدنى) : تعكس حالة مرضية مشكوك فيها أو قد تتوافق أيضاً مع الحد الأقصى للطبيعي.
- الدرجة 3 (خفيف) : عندما يتم إثبات وجود أحد الأعراض بوضوح، لكنه يظل خفيفاً ويتداخل بشكل طفيف مع الأداء اليومي.
- الدرجة 4 (متوسط) : تتميز الأعراض التي تحدث فقط في بعض الأحيان بتأثير جزئي فقط أو تأثير ضئيل نسبياً على الحياة اليومية.
- الدرجة 5 (شديد إلى حد ما) : يتوافق مع المظاهر الملحوظة، والتي تؤثر بشكل واضح جداً على أداء المريض، ولكنها لا تضر بوظيفة المريض ويمكن بشكل عام، التحكم فيها إذا رغب المريض في ذلك.
- الدرجة 6 (شديد) : الوجود المتكرر جداً للعرض، مما يعطل الحياة اليومية بشدة، ويتطلب المراقبة.
- التصنيف 7 (المتطرف) : يشير إلى المستوى الأكثر شدة من الأعراض، مع المظاهر التي تتداخل بشدة مع جميع أو معظم الوظائف الشخصية الرئيسية، مما يتطلب مراقبة ومساعدة عن كثب في العديد من المجالات.

6. حساب النتائج:

بشكل عام فإن الدرجات من 1 إلى 3 تتوافق مع درجة وجود مظهر نفسي مرضي، ودرجات من 4 إلى 7 إلى درجة الشدة والتأثير على الأداء اليومي للمريض.

يتم الحصول على الدرجات المقابلة للمقاييس الثلاثة عن طريق إضافة درجات العناصر المكونة المختلفة من هذه المقاييس؛ وبالتالي فإن نطاق الدرجات المحتملة هو من 7 إلى 49 للمقياس الإيجابي وكذلك للمقياس السلبي، ومن 16 إلى 112 لمقياس المرض النفسي العام؛

ومن الممكن أيضاً تحويل هذه الدرجات الأولية إلى نسب مئوية وفقاً للمعايير المؤقتة التي قدمها مؤلفو هذا المقياس.

بالإضافة إلى هذا التصنيف البعدي، من الممكن تقييم المريض وفقاً لتصنيف قاطع، تم اقتراح الطريقة التالية: (Neptune, 2016)

جدول رقم: -04- يبين كل من درجات و تصنيفات الفصام

الدرجة	الفئة
من 40 إلى 65	إضطراب خفيف
من 66 إلى 85	إضطراب متوسط / معتدل
من 86 إلى 105	إضطراب شديد
106 وما فوق	إضطراب شديد جدا / حاد

بالإضافة إلى ذلك، فإن الفرق بين الدرجة "الإيجابية" و "السلبية"، والحسابات الأخرى، سيسمح بوضع المريض في الفئات الفرعية، أو "المواصفات" التالية :

إيجابية في الغالب

سلبية في الغالب

بجنون العظمة في المقام الأول إلخ.

7. نموذج التقييم :

الرجوع إلى الملاحق، (ملحق رقم: 01)

الجدول رقم: -05-

8. أساس التصنيف : حسب

أساس التصنيف (التقييم)	توضيح
محتوى الفكر المعبر عنه أثناء المقابلة وأثره على العلاقات	معقّدات غير مثبتة وغير واقعية 3- خفيف : وجود واحد أو اثنين من الأوهام التي تكون غامضة وغير متبلورة، ولا تتداخل مع التفكير أو العلاقات الاجتماعية أو السلوك.

P1

الاجتماعية
والسلوك

4 - معتدل : وجود إما مجموعة متنوعة من الأوهام سطحية التكوين وغير المستقرة أو عدد قليل من الأوهام عميقة التكوين والتي تتداخل أحياناً مع التفكير أو العلاقات الاجتماعية أو السلوك.

5 - متوسط: وجود العديد من الأوهام سطحية التكوين والتي يتم الاحتفاظ بها بعناد وتتداخل أحياناً مع التفكير والعلاقات الاجتماعية والسلوك.

6 شديد : وجود مجموعة ثابتة من الأوهام التي تكون متبلورة ، وربما منظمة، يتم الاحتفاظ بها بشكل عنيد وتتدخل بشكل واضح في التفكير والعلاقات الاجتماعية والسلوك.

7 متطرف : وجود مجموعة ثابتة من الأوهام التي تكون إما منظمة للغاية أو شديدة التنظيم عديدة ، والتي تهيمن على جوانب رئيسية من حياة المريض. وهذا يؤدي في كثير من الأحيان إلى التصرف غير المناسب وغير المسؤول ، والذي قد يعرض سلامة المريض أو الآخرين للخطر.

P2

العمليات
المعرفية
اللفظية
التي لوحظت
أثناء
المقابلة

عملية التفكير غير منظمة وتتميز بإضطراب في التسلسلات الموجهة عادة نحو هدف، مثل الظرفية أو العرضية أو تفكيك الروابط أو فقدان الهدف أو لا منطقية جملة أو إعاقة الفكر.

3- معتدل : التفكير ظرفي أو غير منطقي. هناك بعض الصعوبة في توجيه أفكار نحو هدف ما ،

4 - متوسط: قادر على تركيز الأفكار عندما تكون الاتصالات مختصرة ومنظمة ، ولكنها تصبح كذلكفضافة

أو غير ذات صلة عند التعامل مع تواصل أكثر تعقيداً أو عندما يكون تحت ضغط بسيط.

5 - شديد إلى حد ما: يعاني عموماً من صعوبة في تنظيم أفكاره، كما يتضح من تكرار ذلك أو تخفيف الارتباطات حتى عندما لا يكون تحت الضغط.

6 شديد: التفكير يخرج عن مساره بشكل خطير وغير متسق داخلياً، مما يؤدي إلى إجمال عدم الارتباط وتعطيل عمليات التفكير، والتي تحدث بشكل شبه مستمر.

7 متطرف: تتعطل الأفكار إلى درجة يصبح فيها المريض غير متماسك. هناك علامة

تخفيف الارتباطات، مما يؤدي إلى فشل كامل في الاتصال، على سبيل المثال. "سلطة الكلمات" أو الصمت.

إقرار شفهي أو سلوك يكشف عن وجود تصورات غير ناتجة عن محفزات خارجية، يمكن أن تحدث الهلوسة في المجالات السمعية أو البصرية أو الشمية أو الجسدية

P3

إقرار شفهي ومظاهر جسدية أثناء المقابلة إضافة إلى السلوك الذي أبلغ عنه القائمون على الرعاية والأسرة

فرط النشاط كما ينعكس من خلال السلوك الحركي المتسارع، وزيادة الإستجابة للمنبهات، واليقظة المفرطة أو تقلب المزاج المفرط

P4

المظاهر السلوكية أثناء المقابلة وكذلك السلوك الذي أبلغ عنه القائمين على الرعاية والأسرة

P5	تقدير الذات المبالغ فيه والمعتقدات غير الواقعية بالتفوق، بما في ذلك أوهام القدرات غير العادية والثروة والمعرفة والشهرة والقوة والإستقامة الأخلاقية	محتوى الفكر المعبر عنه أثناء المقابلة وأثره على السلوك
P6	أفكار غير واقعية أو مبالغ فيها عن الإضطهاد كما تنعكس في موقف متحفظ أو مشبوه، أو اليقظة المفرطة المشبوهة أو الأوهام الصريحة بأن الآخرين يريدون إلحاق الأذى به	محتوى الفكر المعبر عنه أثناء المقابلة وتأثيره على السلوك
P7	التعبيرات اللفظية وغير اللفظية عن الغضب والإستياء بما في ذلك السخرية والسلوك العدواني السلبي والشتائم والميل إلى الإعتداء	السلوك الشخصي الذي لوحظ أثناء المقابلة والإبلاغ من قبل القائمين على الرعاية والأسرة
N1	إنخفاض الإستجابة العاطفية التي تتميز بإنخفاض تعبيرات الوجه والتعديل العاطفي والإيماءات التواصلية	مراقبة المظاهر الجسدية للإنسجام والإستجابة العاطفية أثناء المقابلة
N2	عدم الإهتمام والمشاركة والإلتزام العاطفي بأحداث الحياة	الإخبار عن أداء المريض من طرف القائمين على الرعاية أو الأسرة ومراقبة السلوك الشخصي أثناء المقابلة
N3	عدم وجود التعاطف والإنفتاح على المحادثة والإهتمام أو المشاركة مع الفاحص، يتجلى ذلك من خلال الإبتعاد	السلوك الشخصي أثناء المقابلة

	عن الآخرين وتقلص التواصل اللفظي وغير اللفظي	
الإخبار عن السلوك الاجتماعي من طرف القائمين على الرعاية والأسرة	قلة الإهتمام بالمبادرة في التفاعلات الاجتماعية، بسبب السلبية أو اللامبالاة أو الحساسية أو النفور، يؤدي إلى إرتباطات شخصية محدودة وإهمال الأنشطة اليومية	N4
إجابات على أسئلة حول أوجه التشابه وتفسيرات الأمثال، وإستخدام الملموس بدلا من الأسلوب المجرد أثناء المقابلة	ضعف إستخدام الأسلوب الرمزي التجريدي، والذي يتضح من صعوبة التصنيف والتعميم وتجاوز نمط التفكير الملموس أو الأناني في حل المشكلات	N5
العمليات المعرفية اللفظية أثناء المقابلة	إنخفاض في التدفق الطبيعي للتواصل المرتبط باللامبالاة، أو العزلة، أو الدفاعية، أو العجز المعرفي، يتجلى ذلك من خلال إنخفاض سيولة وإنتاجية العمليات اللفظية أثناء المقابلة	N6
العمليات المعرفية اللفظية أثناء المقابلة	قلة السيولة والعفوية ومرونة الفكر، كما يتضح من مضمون الفكر الجامد والمتكرر والعقيم	N7
محتوى الفكر المعبر عنه في المقابلة	شكاوي جسدية أو مخاوف بشأن مرض أو خلل جسدي، يمكن أن يتراوح هذا من الشعور الغامض بالمرض إلى الأوهام المحددة جيدا لمرض جسدي كارثي	G1
إقرار شفهي أثناء المقابلة والمظاهر الجسدية	تجربة ذاتية من العصبية أو القلق أو التخوف أو فرط النشاط تتراوح من الإنشغال المفرط بالحاضر أو المستقبل إلى الشعور بالذعر	G2

التعبير اللفظي لمشاعر الذنب أثناء المقابلة وتأثيرها على المواقف والأفكار	مشاعر الندم أو لوم الذات على أفعال الماضي سواء كانت حقيقية أو متخيلة	G3
إقرار شفهي على القلق، شدة المظاهر الجسدية للتوتر الملاحظة أثناء المقابلة	المظاهر الجسدية تدل على الخوف أو القلق أو الإثارة، مثل الرعشة أو التعرق الغزير أو أرق	G4
مراقبة المظاهر الجسدية أثناء المقابلة بالإضافة إلى شهادات القائمين على الرعاية والأسرة	حركات أو وضعيات غير طبيعية التي تتميز بمظهر متقلب، غير منظم أو غريب	G5
التعبير اللفظي عن المزاج المكتئب أثناء المقابلة وتأثيره الملحوظ على المواقف والسلوك	الشعور بالحزن والتثبيط والعجز والتشاؤم	G6
السلوكات أثناء المقابلة وكذلك شهادات القائمين على	إنخفاض في النشاط الحركي كما يتجلى في تباطؤ الحركة والكلام وانخفاض الإستجابة للمنبهات، وانخفاض تناغم الجسم	G7

الرعاية والأسرة		
السلوك الشخصي الملاحظ أثناء المقابلة وكذلك شهادات القائمين على الرعاية أو الأسرة	الرفض الفعلي للخضوع لإرادة الآخرين المهمين، بما في ذلك القائم على إجراء المقابلة أو طاقم المستشفى أو العائلة، والتي قد تكون مرتبطة بعدم الثقة أو الدفاعية أو العناد أو السلبية أو رفض السلطة أو العدائية	G8
محتوى الفكر المعبر عنه أثناء المقابلة	يتميز التفكير بأفكار غريبة أو خيالية أو شاذة، تتراوح من الأفكار الغامضة أو غير النمطية إلى الأفكار المشوهة وغير المنطقية والتي من الواضح أنها لامعقولة	G9
إجابات لأسئلة التوجيه أثناء المقابلة	قلة الوعي بعلاقة المريض مع بيئته، بما في ذلك الأشخاص والمكان والزمان، والتي قد تكون بسبب الارتباك أو الانسحاب	G10
المظاهر أثناء المقابلة	عدم القدرة على توجيه انتباه الفرد الذي يتجلى في ضعف التركيز، تشتت الانتباه عن المحفزات الداخلية والخارجية، صعوبة تثبيت أو الحفاظ أو تغيير الانتباه إلى المحفزات الجديدة	G11
محتوى الفكر أثناء المقابلة	تغيير في الوعي أو فهم حالته النفسية وحالة حياته، يتضح هذا من خلال عدم القدرة على التعرف على الأمراض أو الأعراض النفسية السابقة أو الحالية؛ إنكار الحاجة إلى العلاج في المستشفى أو العلاج الدوائي؛ قرارات تتسم بسوء العواقب والتخطيط غير الواقعي على المدى الطويل والقصير	G12
محتوى الفكر والسلوك أثناء المقابلة	إضطراب أثناء مباشرة عمل والسيطرة على الأفكار والسلوك والحركات والكلام	G13

G1 4	تنظيم ومراقبة الإجراءات المتعلقة بالإحتياجات الداخلية الحتمية بشكل غير منظم، مما يؤدي إلى تصريف التوتر والعواطف بشكل مفاجئ وغير منظم وتعسفي أو خاطئ، بغض النظر عن العواقب	السلوك أثناء المقابلة والذي أبلغ عنه القائمون على الرعاية والأسرة
G1 5	المريض ينغمس في الأفكار والمشاعر النفسية المنشأ والمحددة من خلال خبرات التوحد على حساب توجهه في الواقع والسلوك التكيفي	السلوك أثناء المقابلة
G1 6	إنخفاض المشاركة الإجتماعية المرتبطة بالخوف غير المبرر أو العداء أو عدم الثقة	تقرير الأداء الإجتماعي من قبل القائمين على الرعاية أو الأسرة

9- جدول رقم -06- يبين التقييم (القياس- التصنيف)

المقياس	المجموع
السُّمُّ الإيجابي (49/07)	
السُّمُّ السلبي (49/07)	
سُّمُّ الأعراض المرضية العامة (112/16)	
المجموع العام للمقياس (210/30)	
درجة الهيمنة (42+/42-)	

ثالثاً- مقياس الإكتئاب لارون بيك :

1- تعريف المقياس:

تمت ترجمة مقياس " بيك للإكتئاب" للغة العربية من طرف الدكتور عبد الستار ابراهيم، حيث يزود الفاحص بتقدير صادق و سريع لمستوى الإكتئاب، والذي يتكون من (21) سؤال ولكل سؤال أربعة درجات متسلسلة حسب شدتها من (0-3) تمثل أعراضاً للإكتئاب، يطبق المقياس على الأشخاص البالغين (15) سنة فما فوق.

2- طريقة التطبيق والتصحيح:

- يختار المفحوص احدى البدائل الأنسب لوضعه الحالي، بوضع دائرة حوله.
- درجة كل سؤال هي رقم العبارة، التي اختارها المفحوص، فمثلا إذا اختار المفحوص البديل رقم (3) فإن درجته لهذا السؤال هي (3)...وهكذا.
- ملاحظة/ في السؤال (19) يسأل المفحوص هل هو خاضع حاليا لبرنامج تخسيس؟ فإذا كان الجواب نعم، يعطى صفرا، وإذا كان لا، يعطى الدرجة بحسب اختياره من البدائل، و تجمع الدرجة الكلية و تصنف وفقا للجدول التالي:

جدول رقم: -07- لدرجات و تصنيف الاكتئاب حسب مقياس بيك

لا يوجد اكتئاب	صفر - 9
اكتئاب بسيط	15-10
اكتئاب متوسط	23-16
اكتئاب شديد	36-24
اكتئاب شديد جدا	37 فما فوق

رابعا- مقياس تايلور للقلق الصريح :

1- تعريف و طريقة تطبيق المقياس:

أشتق المقياس من إختبار مينسوتا للشخصية المتعددة الأوجه، و المتكون من (50) عبارة تقيس القلق الصريح، يطبق المقياس على الأشخاص البالغين من (10) سنوات فأكثر، لكل عبارة بديلين (نعم، لا)، حيث (نعم) تأخذ: درجة واحدة و(لا) تأخذ صفر في جميع العبارات، عدا العكس لعشر عبارات وهي (3،13،17،20،22،29،32،38،48،50).

2- طريقة التصحيح:

(نعم) تأخذ درجة واحدة، (لا) تأخذ صفر.

و العبارات العكسية، (نعم) تأخذ صفر، (لا) تأخذ درجة واحدة.

ثم يتم جمع الدرجات و تصنف وفقا للجدول الاتي:

جدول رقم:-08- لدرجات و تصنيف القلق حسب مقياس تايلور

قلق منخفض جدا	صفر - 16
قلق منخفض (طبيعي)	19-17
قلق متوسط	24-20
قلق فوق المتوسط	29-25
قلق مرتفع	30 فما فوق

الفصل السادس: عرض ومناقشة نتائج الدراسة

تمهيد.

أولاً: عرض وتحليل نتائج الحالات

1. عرض وتحليل نتائج الحالة الأولى.

2. عرض وتحليل نتائج الحالة الثانية.

3. عرض وتحليل نتائج الحالة الثالثة.

4. عرض وتحليل نتائج الحالة الرابعة.

5. عرض وتحليل نتائج الحالة الخامسة.

6. عرض وتحليل نتائج الحالة السادسة.

7. عرض وتحليل نتائج الحالة الثامنة.

8. عرض وتحليل نتائج الحالة التاسعة.

ثانياً: مناقشة وتفسير نتائج
الدراسة

-تحليل عام للنتائج و مناقشة

تمهيد:

في هذا الفصل سنتطرق لعرض ثمانية حالات، محاولين في ذلك دراستها عيادياً، بالإعتماد على المقابلة نصف الموجهة، و التي تنقسم لخمس محاور، و كذا المقابلة العيادية المتظمة -SCI-PANSS، وكذا نتائج كل من مقياس المتلازمة الإيجابية و السلبية PANSS، ونتائج مقياس بيبك للإكتئاب ومقياس تايلور للقلق الصريح، حيث إعتدنا لتحليل النتائج على الخطوات التالية:

1- تقديم الحالة.

2- محاور المقابلة نصف الموجهة: و فيها نقدم تحليل المقابلة

3- الملخص والتحليل الكمي من خلال تحليل نتائج المقابلة.

4- نتائج الإستجابات للمقاييس الثلاثة: PANSS، وبيك للإكتئاب و تايلور للقلق.

5- خلاصة الحالة.

كما سنقوم بتحليل عام للنتائج المتحصل عليها في هذه الدراسة وذلك بعد أن قمنا بتطبيق الأدوات المستعملة، لأننا إرتأينا أن هذه الأدوات تعد الأنسب في هذه الدراسات والتي من خلالها نتوصل إلى تحقيق فرضيات دراستنا، وبالتالي سنتطرق إلى تحليل عام للنتائج ومناقشة الفرضيات.

أولا : عرض وتحليل الحالات :

1- عرض وتحليل نتائج الحالة الأولى :

أولا - تقديم الحالة:

الحالة الأولى يسمى "ح.ع.ب" 39 سنة، متزوج منذ أربع سنوات، اب ل (03) لثلاث بنات وطفل واحد، يسكن لوحده، لديه 11 أخ، 03 إناث و 08 ذكور، يترتب العمل ما قبل الأخير، كان عامل في مجال الأمن البشري، خرج بسبب المرض منذ 2012، كما يمتن عامل يومي حاليا، مستواه الدراسي السادسة ابتدائي، حيث جاء إلى مستشفى الأمراض العقلية ورقلة بتاريخ 23-03-2024 بحالة هيجان شديد تتمثل في عنف ضد الطاقم السايكاتري، حيث قام بتحطيم بعض الممتلكات وضرب بعضهم، اعتدائه خارجي موجه نحو الآخرين وليس داخلي نحو ذاته، كما كان عنيف لفظيا (السب والشتيم)، استبصاره لحاله لحظة دخوله كان معدوما، عدم رضاه لدخوله المستشفى، تم استعمال وسائل الربط الطبي لادخاله المصلحة جبريا، بعدها خرج من المستشفى في حالة من الاستقرار مع اختفاء جميع الأعراض بعد ما مكث بالمستشفى لمدة حوالي 37 يوما، وبعد خروجه لمدة أسبوعين فقط تم ارجاعه للمصلحة من طرف اهله بتاريخ 14-04-2024 بسبب انتكاسة لعدم تناوله الدواء الموصوف له من طرف الطبيب العقلي لأنه على حد تصريحه قد أثر على علاقته الجنسية.

ثانيا - محاور المقابلة العيادية نصف الموجهة :

أجريت مع الحالة أربع مقابلات وقبل الشروع فيها تم التأكد من أن الحالة يتمتع بالعفوية والطلاقة وتدفق الحوار في المحادثة (N6) ما يسمح ويسهل لنا إجراء المقابلات وتطبيق المقاييس؛ الحالة وبتصريح من النفساني العيادي فإنه إستقرت حالته بعد يومين فقط من العلاج بالحقن بدرجة كبيرة جداً.

المقابلة الأولى كانت بتاريخ 12 ماي 2024، تم فيها بناء العلاقة، والحصول على الموافقة للمشاركة في اطار البحث، وبالتالي جمع البيانات العامة عن الحالة، وذلك بحضور كل من الأخصائي النفساني طارق أحمد مسعود، والممرض المرافق للحالة، وملفه الطبي؛ ومن خلال هذه المقابلة (والتي استغرقت 30 دقيقة)، تم الكشف عن الأعراض المختلفة.

أجريت المقابلة الثانية بتاريخ: 13 ماي 2024، حيث تم خلالها تطبيق المقابلة المنظمة

DSI- PANSS، حيث طبق مقياس المتلازمة السلبية والإيجابية، اذ تم الكشف عن الاعراض وتحديد شدتها، والذي من خلاله وجدنا شعور بالذنب بدرجة متوسطة، وإكتئاب خفيف.

في المقابلة الثالثة بتاريخ: 14 ماي 2024، قمنا بتطبيق مقياس بيك للاكتئاب الذي يحتوي على 21 سؤال.

وآخر مقابلة التي كانت بتاريخ: 16 ماي 2024، تم تطبيق مقياس تايلور للقلق والمكون من 50 عبارة تقيس القلق الصريح.

المحور الأول : قصة المرض :

يجدر الذكر أن المريض لا يعاني من أي مرض عضوي، وأنه قد دخل مرتين في المستشفى منذ بداية اكتشاف المرض، والذي شُخص فصام من طرف الطبيب العقلي، حيث وصف له العلاج التالي:

اسم الدواء	الجرعة	المدة
LOXAPAC INJ PHENERGAN INJ VALIUM INJ	03 F/J 03 F/J 02 F/J	03 أيام

ثم انتقل الى العلاج التالي: (عن طريق الفم)

اسم الدواء	الجرعة	المدة
LEVOMEPRMAZINE 25 mg CP OLANZAPINE 10mg CP CLORAZEPATE DIPOASSIQUE10 mg CP	03 F/J 03 F/J 02 F/J	طول مدة مكوثه

والأدوية المبينة أعلاه تم وصفها من طرف الطبيب المشرف على الحالة للحد من أعراض الفصام، حيث يتم الهدف منها تخفيض شدة الاعراض خاصة الأوهام؛ أما بالنسبة لدواء كلورازيبات ديبوتاسيوم فالهدف منه تخفيض القلق، إذ أشرنا في بادئ الأمر أن الحالة وعند دخوله للمشفى كان في حالة هيجان شديد وقلق، وكان رافضا لدخوله إلى المصلحة.

المحور الثاني : العلاقات الإجتماعية:

عبر المفحوص عن علاقته بالزوجة أنها في حالة توتر شديد، وصل لغاية العنف الجسدي (ضربتها كف) على حد قوله كرد فعل لعنفها اللفظي (قالتلي كلام كبير)، والذي هو في الأصل نتيجة لأوهامه

حول خيانة زوجته له، والذي صرح بنفس الوقت أنه كان سابقا لديه الأوهام نفسها حول أخته (قبل زواجه)، أما بالنسبة للأم فقد نفى نهائيا فكرة الخيانة حولها قائلا (الوالدة متوفية منذ 2014)، كما عبر بضحكة ساخرة حين قال أنه يكره أخاه الذي جاء به للمستشفى؛ وللتوضيح أخ الحالة هو الذي جاء به جبرا (مقيد) في حالة هيجان شديد، هذا ما يترجم سوء العلاقة مع الأخ.

المحور الثالث: الجانب الوجداني:

قمنا بطرح أسئلة حول حالته الإنفعالية، بخصوص التوتر والخوف (راك مرتاح والا قلق؟، وش يخوف فيك؟ قلبك يخط بسرعة غير عادية؟ ريقك شايع؟ يدك يرجفوا؟ تاكل مليح؟ حيث عبرت اجاباته عن عدم القلق إلا من ناحية ابنه الصغير؛ كما أجابنا على الأسئلة الآتية: حول المزاجية والغضب والحزن، هل كنت تبكي؟ هل يؤثر مورالك (مزاجك) على نومك وشهيتك؟، هل تشارك بشكل اقل في الأنشطة بسبب مزاجك؟ هل كانت لديك أفكار لإيذاء نفسك؟ بإجابة سلبية.

المحور الرابع: الحياة الحلموية والنوم:

عبر المفحوص عن حياته الحلموية : نحلم بحوايج منحش نخبر عليهم، بصح نرقد مليح الحمد لله، وهذا راجح لتأثير الدواء (أفراصليفويرومازين 25مغ) حسب الرجوع للنشرة، وبتصريح من الطبيب المشرف.

المحور الخامس : النظرة المستقبلية:

عند سؤالنا للمفحوص عن نظرته للمستقبل: هل أنت متفائل بالمستقبل، قال (التشاؤم حرام، والانسان عنده رب كريم وهذا شي بيد الله، الواحد يصلي ويحط أمره بيد الله، وهذا دليل على نظرته الايجابية للمستقبل بتأكيده نحب وليداتي وباغي نخرج سريعا توحشتهم سيرتو الطفل الصغير.

الحالة مستبصر بإضطرابه بكل جوانبه، أي أنه يدرك معنى إضطرابه وتسميته، وأعراضه، وكل تغير بمزاجه وأفكاره، حتى انه يتذكر كيف دخل للمشفى، وعند سؤالنا له عن حالته أجاب : "نشفي تقريبا على كلش بصح مانتحشمش في روعي"

ثالثا - الملخص والتحليل الكمي من خلال للمقابلات:

نبين من خلال الجدول التالي الكلمات الدالة على الاكتئاب

المحور	التكرار	النسبة المئوية
قصة المرض	00	%00.00
العلاقات الاجتماعية	00	%00.00
الجانب الوجداني	3	%20.00
الحياة الحلمية	00	%00.00
النظرة المستقبلية	00	%00.00
المجموع :	15	%100.00

يلاحظ من خلال الجدول أعلاه بأنه نسبة التكرار الدالة على الإكتئاب تساوي: **20.00%**.

كما نبين من خلال الجدول التالي الكلمات الدالة على القلق

المحور	التكرار	النسبة المئوية
قصة المرض	00	%00.00
العلاقات الاجتماعية	04	%26.66
الجانب الوجداني	00	%00.00
الحياة الحلمية	00	%00.00
النظرة المستقبلية	00	%00.00
المجموع :	15	%00.00

يلاحظ من خلال الجدول أعلاه بان نسبة مجموع كل المحاور يساوي 26.66% وهذا يدل على عدم وجود قلق.

رابعا- نتائج الإستجابات لمقياس PANSS وإختبار بيك وإختبار تايلور:

نلخص نتائج الإستجابات الحالة الأولى في الجدول التالي :

جدول رقم 04: نتائج إستجابات الحالة الأولى للمقاييس الثلاثة :

الدرجة	نتائج الإستجابات لمقياس PANSS			نتائج الإستجابات لمقياس بيك	نتائج الإستجابات لمقياس تايلور
	G 6	G 2	المجموع	09	14
	03	02	54		

المستوى / التصنيف	خفيف	الحد الأدنى	خفيف	لا يوجد إكتئاب	قلق منخفض جدا
-------------------	------	-------------	------	----------------	---------------

خلاصة الحالة الأولى:

من خلال تحليل المقابلة ونتائج الاختبارات الثلاثة، تبين لنا أن الحالة يتسم بقلق منخفض جداً، ولا يوجد إكتئاب، حيث تطابقت تقريباً نتائج استجابات حسب اختبار PANSS مع نتائج مقياسي كل من بيك وتايلور.

2- عرض وتحليل نتائج الحالة الثانية :

أولاً - تقديم الحالة:

العميل "ب.أ" يبلغ من العمر 51 سنة، متزوج وأب لبنتين (20 و 23 سنة) وولد عمره 13 عام، لديه 5 اخوة ذكور و 3 اناث من الاب فقط، وأخت شقيقة من والديه، حيث يترتبهم بالآخر، بداية مرضه كانت سنة 1994 (بعمره 22 سنة)، دخل 05 مرات للمستشفى، شخص فصام، حيث خرج سنة 2013 تقاعد من الحرس البلدي، السكن بغرداية، المهنة الحالية بطل ويتقاضى أجر تقاعدي كامل من الحرس، تاريخ دخوله للمصلحة 04 أفريل 2024، نمط الدخول إستشفاء اجباري.

الأعراض الأولية:

هيجان شديد + عدوان ضد الغير، هلاوس سمعية حادة، ارنباك، أوهام الاضطهاد (المجتمع ضده)، أوهام العظمة (ولي صالح أحسن من الآخرين وحى اليه).

الأمراض العضوية المصاحبة: ارتفاع ضغط الدم المزمن، الادمان على التبغ والكحول.

محاولات الانتحار: لمرة واحدة عند دخوله السابق بالمصلحة.

الانتقال للفعل لا يوجد.

ثانياً - محاور المقابلة العيادية نصف الموجهة :

أجريت مع الحالة أربع مقابلات، حيث كانت المقابلة الأولى بتاريخ 12 ماي 2024، تم فيها بناء العلاقة، والحصول على الموافقة للمشاركة في إطار البحث، وبالتالي جمع البيانات العامة عن الحالة، وذلك بحضور كل من الممرض المرافق للحالة، الأخصائي النفسي طارق أحمد مسعود وبالرجوع لملفه الطبي؛ ومن خلال هذه المقابلة (والتي استغرقت 30 دقيقة)، تم الكشف عن الأعراض المختلفة.

أجريت المقابلة الثانية بتاريخ: 13 ماي 2024، حيث تم خلالها تطبيق المقابلة المنظمة

DSI- PANSS، حيث طبق مقياس المتلازمة السلبية والإيجابية، اذ تم الكشف عن الاعراض وتحديد شدتها، والذي من خلاله وجدنا شعور بالذنب بدرجة متوسطة، وإكتئاب خفيف.

في المقابلة الثالثة بتاريخ: 14 ماي 2024، قمنا بتطبيق مقياس بيك للاكتئاب الذي يحتوي على 21 سؤال.

وآخر مقابلة التي كانت بتاريخ: 16 ماي 2024، تم تطبيق مقياس تايلور للقلق والمتكون من 50 عبارة تقيس القلق الصريح.

المحور الأول : قصة المرض :

يجدر الذكر أن المريض يعاني من إرتفاع ضغط الدم، وأنه قد دخل 05 مرات للمستشفى منذ بداية اكتشاف المرض، والذي شُخص فصام من طرف الطبيب العقلي، حيث وصف له العلاج التالي:

اسم الدواء	الجرعة	المدة
LOXAPAC INJ	03 F/J	03 أيام
PHENERGAN INJ	03 F/J	
VALIUM INJ	02 F/J	

ثم انتقل الى العلاج التالي: (عن طريق الفم) بعد 05 أيام

اسم الدواء	الجرعة	المدة
LEVOMEPRMAZINE 25 mg CP	02 F/J	طول مدة مكوثه
OLANZAPINE 10mg CP	02 F/J	
Carbamazepine 400 mg CP	02 F/J	

بالإضافة إلى دواء مخصص لضغط الدم.

والأدوية المبينة أعلاه تم وصفها من طرف الطبيب المشرف على الحالة للحد من أعراض الفصام، حيث يتم الهدف منها تخفيض شدة الاعراض خاصةً بالهلوس والهذات؛ أما بالنسبة لدواء

كلور برومازين فالهدف منه التخفيف لبعض اضطرابات المزاج، إذ أشرنا في بادئ الأمر أن الحالة وعند دخوله للمشفى كان في حالة هيجان شديد وهوس مرتفع، وكان مجبرا على دخوله إلى المصلحة.

المحور الثاني : العلاقات الإجتماعية:

عبر المفحوص بلا علاقة له بالنساء (رب ساترنا من الشيء هذا)، لم يذكر حتى زوجته، لكنه تكلم عن بنتيه بأسلوب أبوي جيد ومدح بهما (بنتي زينة...وقارية...نزوجها لك يا...يقصد الممرض، أنت ناس ملاح) لا زال يذكر ولائه للزوايا والناس الصالحة على حد قوله، يتكلم عن نفسه بوقار وثقة تامة (إحننا ناس كبار و معروفين)، كما وجه لي سؤال: منين تكوني أنت؟ (أنت باين فيك شريفة و بنت ... ذكر أحد الألقاب المعروفة للولاية)، جل كلامه وإيماءاته ضاحكة.

المحور الثالث: الجانب الوجداني:

قمنا بطرح أسئلة حول حالته الإنفعالية، بخصوص التوتر والخوف (راك مرتاح والا قلق؟، وش يخوف فيك، راهم يهددوا فيك؟ قلبك يخبط بسرعة غير عادية؟ ريقك شايع؟ يدك يرجفوا؟ تاكل مليح؟

حيث عبرت اجاباته عن قلقه من ضغط الدم، و راهم يقلقوا فيا ميعطونيش الدخان (يقصد الطاقم السايكاتري) ؛ كما أجابنا على الأسئلة الآتية: حول المزاجية والغضب والحزن، هل كنت تبكي؟ هل يؤثر مورالك (مزاجك) على نومك وشهيتك؟، هل تشارك بشكل اقل في الأنشطة بسبب مزاجك ؟ هل كانت لديك أفكار لإيذاء نفسك؟ قبل كنت منرقش ذرك الحمد لله، بصح نتقلق ساعات(حاب نخرج نروح)، المحور الرابع: الحياة الحلمية والنوم:

عبر المفحوص عن حياته الحلمية بإجابته: نحلم..مرات برك...نحلم بحوايج بصح منقولهمش.... بصح نرجع نرقد عادي، وهذا راجح لاثار الدواء الجانبية بالنعاس (أولنزابين 10مغ) حسب الرجوع للنشرة، وبتصريح من الطيبية المشرفة.

المحور الخامس : النظرة المستقبلية:

عند سؤالنا للمفحوص عن نظرته للمستقبل: هل أنت متفائل بالمستقبل، قال (ما عايش عندي حاجة للمستقبل)، (باغي نروح للزاوية نخدمها و نريح ترنكيل، كاشما يغفرلي ربي)، وهذا دليل على نظرته السلبية للمستقبل بغيت نخرج من هنا عندي شغالاتي.

الحالة غير مستبصر بإضطرابه بكل جوانبه، أي أنه لا يدرك معنى إضطرابه وتسميته، وأعراضه، وكل تغير بمزاجه وأفكاره، لكنه يعرف حدوده الزمانية والمكانية.

ثالثاً - الملخص والتحليل الكمي من خلال للمقابلات:

نبين من خلال الجدول التالي الكلمات الدالة على الاكتئاب:

المحور	التكرار	النسبة المئوية
قصة المرض	00	%00.00
العلاقات الاجتماعية	00	%00.00
الجانب الوجداني	00	%00.00
الحياة الحلمية	01	%05.00
النظرة المستقبلية	01	%05.00
المجموع :	20	%10

يلاحظ من خلال الجدول أعلاه بأنَّ جل المحاور سالبة، و النسبة الإجمالية للدلالة الإكتئابية نتصفت الحياة الحلمية والنظرة المستقبلية بمعدل تكرار: 01 دلالة أي بنسبة %50.00. كما نبين من خلال الجدول التالي الكلمات الدالة على القلق:

المحور	التكرار	النسبة المئوية
قصة المرض	00	%00.00
العلاقات الاجتماعية	01	%0.50
الجانب الوجداني	00	%00.00
الحياة الحلمية	01	%0.50
النظرة المستقبلية	01	%0.50
المجموع :	20	%15.00

يلاحظ من خلال الجدول أعلاه بان المؤشرات الدالة على القلق متساوية على ثلاث محاور فقط بنسبة: %15.00.

رابعاً- نتائج الإستجابات لمقياس PANSS وإختبار بيك وإختبار تايلور:

نلخص نتائج الإستجابات الحالة الثانية في الجدول التالي :

جدول رقم 04: نتائج إستجابات الحالة الثانية للمقاييس الثلاثة :

نتائج الإستجابات لمقياس PANSS			نتائج الإستجابات لمقياس بيك		نتائج الإستجابات لمقياس تايلور
الدرجة	G 6	G 2	المجموع	22	25
	04	04	91		
المستوى / التصنيف	متوسط	متوسط	شديد	اكتئاب متوسط	متوسط

خلاصة الحالة الثانية:

من خلال تحليل المقابلة ونتائج الاختبارات الثلاثة، تبين لنا أن الحالة تتسم بقلق وإكتئاب متوسطين، حيث تطابقت نتائج استجابات حسب اختبار PANSS مع نتائج مقياسي كل من بيك وتايلور.

3- عرض وتحليل نتائج الحالة الثالثة :

أولا - تقديم الحالة:

الحالة الثالثة يدعى "ع.س.م"، 48 سنة، مطلق (خلع)، مع العلم زواجه منذ 2008، وأب لـ 03 ذكور و أنثى، لديه 04 إخوة ذكور و 03 أخوات إناث، ، كان عامل مهني في المستشفى طيلة 20 سنة، حالياً بطل، مستواه الدراسي متوسط، بداية المرض منذ 2022 تاريخ خلع، دخل مرة إلى المستشفى، شخص فصام حيث جاء إلى مستشفى الأمراض العقلية ورقلة بتاريخ 28-04-2024، نمط الدخول: إستشفاء عادي بطلب من أخيه، بأعراض أولية (حسب ملفه الطبي): حالة هيجان وهذيان وإضطهاد شديدين الى حد ما، هلاوس سمعية حادة وصعوبة تجريد متطرفة، شكاوي جسدية شديدة، الإدمان على التبغ لمدة 30 سنة.

ثانيا - محاور المقابلة العيادية نصف الموجهة :

أجريت مع الحالة أربع مقابلات، حيث كانت المقابلة الأولى بتاريخ 12 ماي 2024، تم فيها بناء العلاقة، والحصول على الموافقة للمشاركة في اطار البحث، وبالتالي جمع البيانات العامة عن الحالة،

وذلك بحضور كل من الممرض المرافق للحالة، الأخصائي النفسي طارق أحمد مسعود وبالرجوع لملفه الطبي؛ ومن خلال هذه المقابلة (والتي استغرقت 20 دقيقة)، تم الكشف عن الأعراض المختلفة.

أجريت المقابلة الثانية بتاريخ: 13 ماي 2024، حيث تم خلالها تطبيق المقابلة المنظمة

DSI- PANSS، حيث طبق مقياس المتلازمة السلبية والإيجابية، إذ تم الكشف عن الأعراض وتحديد شدتها، والذي من خلاله وجدنا التفكير النمطي المتكرر شديد، وإكتئاب وقلق متطرفين (7 على سلم الأعراض).

في المقابلة الثالثة بتاريخ: 14 ماي 2024، قمنا بتطبيق مقياس بيك للاكتئاب الذي يحتوي على 21 سؤال.

و آخر مقابلة التي كانت بتاريخ: 16 ماي 2024، تم تطبيق مقياس تايلور للقلق والمكون من 50 عبارة تقيس القلق الصريح.

المحور الأول : قصة المرض :

يجدر الذكر أن المريض لا يعاني من أي اضطرابات عضوية، وأنه قد دخل مرة واحدة للمستشفى منذ بداية اكتشاف المرض، والذي شُخص فصام من طرف الأطباء العقلين، حيث وصف له العلاج التالي:

اسم الدواء	الجرعة	المدة
LOXAPAC INJ PHENERGAN INJ	03 F/J 03 F/J	03 أيام

ثم انتقل الى العلاج التالي: (عن طريق الفم) بعد 03 أيام

اسم الدواء	الجرعة	المدة
Reperox 04 mg CP OLANZAPINE 10mg CP Nozinane 10 mg cp Clorazepatedipotassique 10 mg CP	3/5 F/J 01 F/J 03 F/J 03 F/J	طول مدة مكوثه

والأدوية المبينة أعلاه تم وصفها من طرف الطيبة المشرفة على الحالة للحد من أعراض الفصام، حيث يتم الهدف منها تخفيض شدة الهلوس والهذات؛ أما بالنسبة لدواء كلورازيبات ديبوتاسيوم فالهدف منه التخفيف من نوبات القلق العام والانفعالي، إذ أشرنا في بادئ الأمر أن الحالة وعند دخوله

للمشفى كان في حالة هيجان شديد وهلاوس حادة وقلق وإكتئاب شديدين، ولا تزال الأعراض قائمة حتى مع العلاج الدوائي على مستوى المصلحة.

المحور الثاني : العلاقات الإجتماعية:

لم يعبر المفحوص على أي من علاقاته سوى تكرار طلقنتي طلقنتي، قال نحب نقعد وحدي (العزلة)، ما نحيش نخدم، معنديش مرا راحت (يعني غير متزوج).

المحور الثالث: الجانب الوجداني:

قمنا بطرح أسئلة حول حالته الإنفعالية، بخصوص التوتر والخوف (راك مرتاح والا قلق؟، وش يخوف فيك، راهم يهددوا فيك؟ قلبك يخط بسرعة غير عادية؟ ريقك شايع؟ يدك يرجفوا؟ تاكل مليح؟

حيث عبرت اجاباته عن قلقه راني قلق، راني حزين، راني فاشل، حاس بالذنب، رب يعاقب فيا، نكره روحي؛ كما أجابنا على الأسئلة الآتية: حول المزاجية والغضب والحزن، هل كنت تبكي؟ هل يؤثر مورالك (مزاجك) على نومك وشهيتك؟، هل تشارك بشكل اقل في الأنشطة بسبب مزاجك؟ هل كانت لديك أفكار لإيذاء نفسك؟ نبكي دايمًا، منرقدش مليح، منكلش مليح، جيعان، يديا يرجفو ديمًا قلبي يخط ياسر، منقدرش نتنفس الضيقة، منقدرش نقعد ياسر، ونتقلق.

المحور الرابع: الحياة الحلمية والنوم:

عبر المفحوص عن حياته الحلمية كالاتي: نحلم روحي نعارك الحيوانات...مرات ياسر..كل ليلة تقريب...، وديما نبكي...، بصح نرقد..نرقد ماشي كيما العادة، وهذا راجح لاثار الدواء الجانبية بالنعاس (أولنزابين 10مغ) حسب الرجوع للنشرة، وبتصريح من الطيبة المشرفة.

المحور الخامس : النظرة المستقبلية:

عند سؤالنا للمفحوص عن نظراته للمستقبل: هل أنت متفائل بالمستقبل، قال (لا أمل)، (مستقبل مش مليح..)، (حاس روحي فاشل)، و(ما عندي بنة حتى في حاجة....)، (نتمنى الموت...) (الحياة صعبة...)، وهذا دليل على نظراته السلبية للمستقبل بتأكيد باغي نموت.

ثالثاً - الملخص والتحليل الكمي من خلال للمقابلات:

نبين من خلال الجدول التالي الكلمات الدالة على الاكتئاب:

المحور	التكرار	النسبة المئوية
قصة المرض	07	%21.21
العلاقات الاجتماعية	01	%3.22
الجانب الوجداني	14	%42.42
الحياة الحلمية	05	%15.33
النظرة المستقبلية	06	%18.33
المجموع :	33	%99.51

يلاحظ من خلال الجدول أعلاه بأنَّ جل المحاور تصدرت تكراراتها الكلمات الدالة على الاكتئاب بنسبة إجمالية تقدر ب: %99.51 تعبر عن إكتئاب شديد جداً.

كما نبين من خلال الجدول التالي الكلمات الدالة على القلق:

المحور	التكرار	النسبة المئوية
قصة المرض	07	% 22,58
العلاقات الاجتماعية	02	% 6,45
الجانب الوجداني	09	% 29,03
الحياة الحلمية	05	% 16,12
النظرة المستقبلية	08	% 25,80
المجموع :	31	%99.98

يلاحظ من خلال الجدول أعلاه بان جميع المحاور تكررت بها المؤشرات الدالة على قلق بنسبة إجمالية قدرت ب: %99.98 مما دل على أنه مرتفع جداً.

رابعاً- نتائج الإستجابات لمقياس PANSS وإختبار بيك وإختبار تايلور:

نلخص نتائج الإستجابات الحالة الثالثة في الجدول التالي :

جدول رقم 04: نتائج إستجابات الحالة الثالثة للمقاييس الثلاثة :

نتائج الإستجابات لمقياس PANSS			نتائج الإستجابات لمقياس بيك		نتائج الإستجابات لمقياس تايلور
الدرجة			G 2	G 6	
المجموع			128	07	07
					34
					42

المستوى / التصنيف	متطرف	متطرف	شديد جدا	اكتئاب شديد	قلق مرتفع جدا
-------------------	-------	-------	----------	-------------	---------------

خلاصة الحالة الثالثة:

من خلال تحليل المقابلة ونتائج الاختبارات الثلاثة، تبين لنا أن الحالة يتسم بقلق مرتفع جدا، ويعاني كذلك من اكتئاب شديد، حيث تطابقت نتائج استجابات حسب اختبار PANSS مع نتائج مقياسي كل من بيك وتاييلور لمستوى التطرف.

3- عرض وتحليل نتائج الحالة الرابعة :

أولا - تقديم الحالة:

الحالة الرابعة (ح.ك)، مولود سنة 2003 (21 سنة)، لديه 7 أخوة، 4 إناث، 4 ذكور، يترتبهم الثاني، والديه على قيد الحياة، مطلقين، مستواه الدراسي 2 متوسط، لم يكمل دراسته بسبب الخلافات العائلية على حد قوله، سكنهم بالكراء بحي شعبي (الرويسات)، سجل بمركز التكوين المهني وزاوله ل05 أشهر ثم أعيد ادخاله للمستشفى، رغم محاولة هربه مرتين منها سابقا وثالث مرة هذه، المهنة حاليا: بطل، لا يوجد أمراض عضوية، مدمن منذ سن ال14 سنة حسب ملفه، محاولة الانتحار لا يوجد، المرور للفعل لا يوجد، الأعراض الأولية: النظافة الشخصية: مهملة، هلاوس سمعية، هذيان مختلط، سبب دخوله للمستشفى: هروبه المتكرر من المنزل، حيث دخل للمصلحة يوم: 03 أفريل 2024.

ثانيا - محاور المقابلة العيادية نصف الموجهة :

أجريت مع الحالة أربع مقابلات وقبل الشروع فيها تم التأكد من أن الحالة يتمتع بالعفوية والطلاقة وتدفق الحوار في المحادثة (N6) ما يسمح ويسهل لنا إجراء المقابلات وتطبيق المقاييس؛ الحالة وبتصريح من النفساني العيادي فإنه إستقرت حالته بعد يومين فقط من العلاج بالحقن بدرجة كبيرة جدا.

المقابلة الأولى كانت بتاريخ 12 ماي 2024، تم فيها بناء العلاقة، والحصول على الموافقة للمشاركة في اطار البحث، وبالتالي جمع البيانات العامة عن الحالة، وذلك بحضور كل من الأخصائي النفسي

طارق أحمد مسعود والممرض المرافق للحالة، وملفه الطبي؛ ومن خلال هذه المقابلة (والتي استغرقت 30 دقيقة)، تم الكشف عن الأعراض المختلفة.

أجريت المقابلة الثانية بتاريخ: 13 ماي 2024، حيث تم خلالها تطبيق المقابلة المنظمة

DSI- PANSS، حيث طبق مقياس المتلازمة السلبية والإيجابية، إذ تم الكشف عن الأعراض وتحديد شدتها، والذي من خلاله وجدنا شعور بالذنب بدرجة متوسطة، وإكتئاب خفيف.

في المقابلة الثالثة بتاريخ: 14 ماي 2024، قمنا بتطبيق مقياس بيك للاكتئاب الذي يحتوي على 21 سؤال.

و آخر مقابلة التي كانت بتاريخ: 16 ماي 2024، تم تطبيق مقياس تايلور للقلق والمكون من 50 عبارة تقيس القلق الصريح.

المحور الأول : قصة المرض :

يجدر الذكر أن المريض لا يعاني من أي مرض عضوي، وأنه قد دخل مرتين في المستشفى منذ بداية اكتشاف المرض، والذي شُخص فصام من طرف الطبيب العقلي، حيث وصف له العلاج التالي:

اسم الدواء	الجرعة	المدة
LOXAPAC INJ PHENERGAN INJ VALIUM INJ	03 F/J 03 F/J 02 F/J	03 أيام

ثم انتقل الى العلاج التالي: (عن طريق الفم)

اسم الدواء	الجرعة	المدة
TEGRETOL 400gr cp NOZINAN GTT 50 ZYPREXA 10mg	01 F/J 02 F/J 02 F/J	طول مدة مكوثه

والأدوية المبينة أعلاه تم وصفها من طرف الطبيب المشرف على الحالة للحد من أعراض الفصام، حيث يتم وصفها كمهدئ-مضاد ذهان، و الاكتئاب ثنائي القطب- الهوس الحاد- الفصام(السلبية) الذي ينتج عنه أعراض نفسية كالقلق و اضطرابات المزاج؛ فيتم وصف **التقریتول** لتعديلها (إضطرابات المزاج)، إذ أشرنا في بادئ الأمر أن الحالة وعند دخوله للمشفى كان في حالة هيجان شديد وقلق.

المحور الثاني : العلاقات الإجتماعية:

عبر المفحوص عن علاقة الحب بينه وبين امه وأخوته، على عكس علاقته إتجاه والده السالبة، (منحبوش....لاخاطر طلق ماما ويضرب فيها...)، وكرر (أنا نحب ماما...وحاب نعاونها...تعبت)، و ذكر كذلك (...بابا معلابالوش بينا...راح...ميجيناش..بكل...)

المحور الثالث: الجانب الوجداني:

قمنا بطرح أسئلة حول حالته الإنفعالية، بخصوص التوتر والخوف (راك مرتاح والا قلق؟، وش يخوف فيك، راهم يهددوا فيك؟ قلبك يخبط بسرعة غير عادية؟ ريقك شايح؟ يدك يرجفوا؟ تاكل مليح؟

حيث عبرت اجاباته عن عدم القلق إلا من ناحية والدته (حاب نخدم و نعاونها..نسلك الكراء..تاعبة..)، و (حبيت ...نكمل قرايتي فالسونتر (مركز التكوين المهني)..نفرحها..)، كما أجابنا على الأسئلة الاتية: حول المزاجية والغضب والحزن، هل كنت تبكي؟ هل يؤثر مورالك (مزاجك) على نومك وشهيتك؟، هل تشارك بشكل اقل في الأنشطة بسبب مزاجك ؟ هل كانت لديك أفكار لإيذاء نفسك؟ (نبكي...كينتفكر حالتنا...حالة أما..).

المحور الرابع: الحياة الحلموية والنوم:

عبر المفحوص عن حياته الحلموية : نرقد عادي، و كيما العادة وهذا راجح لتأثير الدواء (تقريتول 400مغ)حسب الرجوع للنشرة،وبتصريح من الطبيب المشرف.

المحور الخامس : النظرة المستقبلية:

عند سؤالنا للمفحوص عن نظرته للمستقبل: هل أنت متفائل بالمستقبل، قال (ما زلت صغير و نخدم إن شاء الله و نعاون ما (أمي)، و نزيد نرجع للسونتر نكمل ديبلومي تع ألنيوم، و نرتح ما ..و نقري خاوتي و نكونو خير من ذرك..)، (بصح نحسها ضيقة الدنيا..) و(الحياة صعبة بزالف بالنسبة للي كيفنا...)، وهذا دليل على نظرته الايجابية للمستقبل بتأكيد حب والدتي وباغي نخرج سريعا توحشتها، و باه نكمل ديبلومي.

الحالة مستبصر بإضطرابه بكل جوانبه، أي أنه يدرك معنى إضطرابه وتسميته، وأعراضه، وكل تغير بمزاجه وأفكاره، حتى انه يتذكر كيف دخل للمشفى، وعند سؤالنا له عن حالته أجاب :
"نشفي تقريبا على كلش".

ثالثا - الملخص والتحليل الكمي من خلال للمقابلات:

نبين من خلال الجدول التالي الكلمات الدالة على الاكتئاب

المحور	التكرار	النسبة المئوية
قصة المرض	00	%00.00
العلاقات الاجتماعية		%00.00
الجانب الوجداني	01	% 05.00
الحياة الحلمية	01	%05.00
النظرة المستقبلية	01	%05.00
المجموع :	20	%15.00

يلاحظ من خلال الجدول أعلاه أنه لا دلالات على الاكتئاب والنسبة: 15,00 %.

كما نبين من خلال الجدول التالي الكلمات الدالة على القلق

المحور	التكرار	النسبة المئوية
قصة المرض	02	%12.5
العلاقات الاجتماعية	02	%12.5
الجانب الوجداني	06	%37.5
الحياة الحلمية	01	%06.25
النظرة المستقبلية	00	%00.00
المجموع :	16	%68.75

يلاحظ من خلال الجدول أعلاه بان محور الجانب الوجداني هو الذي تصدر تكرارات المؤشرات الدالة على القلق العام بنسبة: 68.75 %.

رابعا- نتائج الإستجابات لمقياس PANSS وإختبار بيك وإختبار تايلور:

نلخص نتائج الإستجابات الحالة الرابعة في الجدول التالي :

جدول رقم 04: نتائج إستجابات الحالة الرابعة للمقاييس الثلاثة :

نتائج الاستجابات لمقياس PANSS نتائج الاستجابات لمقياس نتائج الاستجابات لمقياس					
بيك		تايلور			
الدرجة	G 6	G 2	المجموع	05	24
	01	04	61		
المستوى / التصنيف	غياب	متوسط	خفيف	لا يوجد إكتئاب	قلق متوسط

خلاصة الحالة الرابعة:

من خلال تحليل المقابلة ونتائج الاختبارات الثلاثة، تبين لنا أن الحالة يتسم بقلق متوسط ولا يوجد لديه إكتئاب، حيث تطابقت نتائج استجابات حسب اختبار PANSS مع نتائج مقياسي كل من بيك وتايلور.

عرض وتحليل نتائج الحالة الخامسة :

أولا – تقديم الحالة:

الحالة الخامسة يسمى "ع.ح" 54 سنة، مطلق (خلع)، أب ل (03) لثلاث أولاد، يسكن لوحده، لديه 11 أخ ذكور، 04 منهم مرضى (مرض وراثي)، ، يترتبهم العميل الأوسط، كان يعمل بناء، بداية المرض كانت سنة 1993 سجل عدة مرات دخوله للمستشفى (06 مرات تقريبا)، اخرها كان بتاريخ: 2024/04/25 بسبب الإعتداء على الأخ (عنف جسدي و لفظي). مستواه الدراسي سنة تاسعة أساسي.

ثانيا – محاور المقابلة العيادية نصف الموجهة :

أجريت مع الحالة أربع مقابلات وقبل الشروع فيها تم التأكد من أن الحالة يتمتع بالعفوية والطلاقة وتدفق الحوار في المحادثة (N6) ما يسمح ويسهل لنا إجراء المقابلات وتطبيق المقاييس؛ الحالة وبتصريح من النفساني العيادي فإنه إستقرت حالته بعد يومين فقط من العلاج بالحقن بدرجة كبيرة جداً. المقابلة الأولى كانت بتاريخ 19 ماي 2024، تم فيها بناء العلاقة، والحصول على الموافقة للمشاركة في اطار البحث، وبالتالي جمع البيانات العامة عن الحالة، وذلك بحضور كل من الأخصائي النفسي

طارق أحمد مسعود، والممرض المرافق للحالة، وملفه الطبي؛ ومن خلال هذه المقابلة (والتي استغرقت 30 دقيقة)، تم الكشف عن الأعراض المختلفة.

أجريت المقابلة الثانية بتاريخ: 20 ماي 2024، حيث تم خلالها تطبيق المقابلة المنظمة

DSI- PANSS، حيث طبق مقياس المتلازمة السلبية والإيجابية، اذ تم الكشف عن الاعراض وتحديد شدتها، والذي من خلاله وجدنا شعور بالذنب بدرجة متوسطة، وغياب الإكتئاب.

في المقابلة الثالثة بتاريخ: 21 ماي 2024، قمنا بتطبيق مقياس بيك للاكتئاب الذي يحتوي على 21 سؤال.

و اخر مقابلة التي كانت بتاريخ: 23 ماي 2024، تم تطبيق مقياس تايلور للقلق والمكون من 50 عبارة تقيس القلق الصريح.

المحور الأول : قصة المرض :

يجدر الذكر أن المريض لا يعاني من أي مرض عضوي، وأنه قد دخل 06 مرات في المستشفى منذ بداية اكتشاف المرض، والذي شُخص فصام من طرف الطبيب العقلي، حيث وصف له العلاج التالي:

اسم الدواء	الجرعة	المدة
LOXAPAC INJ PHENERGAN INJ VALIUM INJ	03 F/J 03 F/J 02 F/J	03 أيام

ثم انتقل الى العلاج التالي: (عن طريق الفم)

اسم الدواء	الجرعة	المدة
Haldol – Haloperidol gtt 50 Solian- Sulpiride 200 mg Nozinan-levomepromazine Parkidyl 2.5 mg CP	03 F/J 02 F/J 02 F/J 01 F/J	طول مدة مكوثه

والأدوية المبينة أعلاه تم وصفها من طرف الطبيب المشرف على الحالة لعلاج الفصام، ومضاد للهلاوس والهذاء، ومهدئ-مضاد ذهان، إضافة إلى باركيديل هو عبارة عن مصحح، الهدف منه

تخفيض سيلان اللعاب، التشنجات...، ومن الآثار النفسية الجانبية لهذه المضادات: اضطرابات المزاج، الأرق والقلق.

المحور الثاني : العلاقات الإجتماعية:

عبر المفحوص عن علاقته بأخوه الذي تم الإعتداء عليه، أنه نادم وعن غير قصد وأن بعض الأصوات أخبرته أن أخاه في خطر لأنه يقطن بحي شعبي به مجموعة أشرار (ناس مش ملاح..يديرو كلش..دروق..للماس (السكاكين) ...)، ولما دق الباب على أخاه الذي يقطن بمفرده لم يفتح فكسر الباب وخيل له أن أخاه على شكل رجل شرير فعنفه كنوع من الدفاع، كذلك ذكر (..معنديش علاقة بالآخرين..) يقصد أخوته. لم يتكلم يجيب نهائيا حين سألناه عن زوجته و أولاده، (راني حاس بالذنب..)

المحور الثالث: الجانب الوجداني:

قمنا بطرح أسئلة حول حالته الإنفعالية، بخصوص التوتر والخوف (راك مرتاح والا قلق؟، وش يخوف فيك، راهم يهددوا فيك؟ قلبك يخط بسرعة غير عادية؟ ريقك شايع؟ يدك يرجفوا؟ تاكل مليح؟

حيث عبرت اجاباته عن القلق (ساعات منرقدش..)، (..نحشم..منحبش العيب..)، (..منحشش بالسعادة.. حاب نكون كالناس..فرحان..)، (..نقلق..حتان يحمار وجهي و نعرق..)، (منحملش ليطيح من قيمتي..و ساعات نعجز..) الاتية: حول المزاجية والغضب والحزن، هل كنت تبكي؟ هل يؤثر مورالك (مزاجك) على نومك وشهيتك؟، هل تشارك بشكل اقل في الأنشطة بسبب مزاجك ؟ هل كانت لديك أفكار لإيذاء نفسك؟ بإجابة سلبية تقريبا.

المحور الرابع: الحياة الحلمية والنوم:

عبر المفحوص عن حياته الحلمية بإجابته نحلم بحوايح نخبيهم لروحي(ما نخبرش عليها حتى واحد)، لكنه ينام بشكل(نرقد كالعادة..) ، وهذا راجح لتأثير الدواء (النوزينان) حسب الرجوع للنشرة، وبتصريح من الطيبة المشرفة.

المحور الخامس : النظرة المستقبلية:

عند سؤالنا للمفحوص عن نظرته للمستقبل: هل أنت متفائل بالمستقبل، قال: نعم، (علاه نتشائم ..كلشي بتيسير الله..)، (أنا مارانيش فاشل)، (بصح مارانيش متمتع بحياتي..نحس الدنيا صغييرة..)، (الحياة صعيبة بزالف..)، (باغي نتزوج..) وهذا دليل على نظرته الإيجابية للمستقبل بتأكيد نجيب لتونسني.

ثالثا - الملخص والتحليل الكمي من خلال للمقابلات:

نبين من خلال الجدول التالي الكلمات الدالة على الاكتئاب

المحور	التكرار	النسبة المئوية
قصة المرض	00	%00.00
العلاقات الاجتماعية	00	%00.00
الجانب الوجداني	03	% 30.00
الحياة الحلموية	00	%00.00
النظرة المستقبلية	01	%10.00
المجموع :	10	%40.00

يلاحظ من خلال الجدول أعلاه بأن لا دلالات إكتئابية ضمن المحاور والنسبة: 40.00 %.

كما نبين من خلال الجدول التالي الكلمات الدالة على القلق

المحور	التكرار	النسبة المئوية
قصة المرض	00	%00.00
العلاقات الاجتماعية	04	%36.36
الجانب الوجداني	06	54.54
الحياة الحلموية	01	%9.09
النظرة المستقبلية	00	%00.00
المجموع :	11	%99.99

يلاحظ من خلال الجدول أعلاه بان محور الجانب الوجداني هو الذي تصدر تكرارات المؤشرات الدالة على القلق بنسبة: 54.54%.

رابعا- نتائج الإستجابات لمقياس PANSS وإختبار بيك وإختبار تايلور:

نلخص نتائج الإستجابات الحالة الخامسة في الجدول التالي:

جدول رقم 04: نتائج إستجابات الحالة الخامسة للمقاييس الثلاثة :

نتائج الإستجابات لمقياس PANSS					
نتائج الإستجابات لمقياس بيك		نتائج الإستجابات لمقياس تايلور			
الدرجة	G 6	G 2	المجموع	09	21
	01	04	82		
المستوى / التصنيف	غياب	متوسط	متوسط	لا يوجد إكتئاب	قلق متوسط

خلاصة الحالة الخامسة:

من خلال تحليل المقابلة ونتائج الاختبارات الثلاثة، تبين لنا أن الحالة يتسم بقلق متوسط، وليس لديه إكتئاب، حيث تطابقت نتائج استجابات حسب اختبار PANSS مع نتائج مقياسي كل من بيك وتايلور.

6- عرض وتحليل نتائج الحالة السادسة

أولا - تقديم الحالة:

الحالة السادسة يسمى "د.أ. 38 سنة، أعزب، يسكن مع عائلته، أكتُشف المرض منذ 2010، مستواه الدراسي ثانوي، ومتحصل على شهادة تقني سامي في الإعلام الالي، مدمن على التبغ منذ صغره، مشخص فصام، تاريخ دخوله لمستشفى الأمراض العقلية ورقلة بتاريخ 17-01-2024، نمط دخوله عادي بطلب من الأسرة، جاءوا به في حالة هيجان شديد حيث قام بتعنيف الطاقم السايكاتري، وحطم بعض الممتلكات، اعتدائه خارجي موجه نحو الآخرين وليس داخلي نحو ذاته؛ استبصاره لحالته أو اضطرابه معدوما، عدم رضاه لدخوله المستشفى، تم استعمال وسائل الربط الطبي لادخاله المصلحة جبريا.

ثانياً - محاور المقابلة العيادية نصف الموجهة:

أجريت مع الحالة أربع مقابلات وقبل الشروع فيها تم التأكد من أن الحالة يتمتع بالعفوية والطلاقة وتدفق الحوار في المحادثة (N6) ما يسمح ويسهل لنا إجراء المقابلات وتطبيق المقاييس؛ الحالة وبتصريح من النفساني العيادي فإنه إستقرت حالته بعد يومين فقط من العلاج بالحقن بدرجة كبيرة جداً.

المقابلة الأولى كانت بتاريخ 19 ماي 2024، تم فيها بناء العلاقة، والحصول على الموافقة للمشاركة في إطار البحث، وبالتالي جمع البيانات العامة عن الحالة، وذلك بحضور كل من الأخصائي النفساني طارق أحمد مسعود، والممرض المرافق للحالة، وملفه الطبي؛ ومن خلال هذه المقابلة (والتي استغرقت 30 دقيقة)، تم الكشف عن الأعراض المختلفة.

أجريت المقابلة الثانية بتاريخ: 20 ماي 2024، حيث تم خلالها تطبيق المقابلة المنظمة

DSI- PANSS، حيث طبق مقياس المتلازمة السلبية والإيجابية، اذ تم الكشف عن الاعراض وتحديد شدتها، والذي من خلاله وجدنا شعور بالذنب بدرجة متوسطة، وإكتئاب خفيف.

في المقابلة الثالثة بتاريخ: 21 ماي 2024، قمنا بتطبيق مقياس بيك للاكتئاب الذي يحتوي على 21 سؤال.

واخر مقابلة التي كانت بتاريخ: 23 ماي 2024، تم تطبيق مقياس تايلور للقلق والمكون من 50 عبارة تقيس القلق الصريح.

المحور الأول: قصة المرض:

المريض لا يعاني من أي اضطرابات عضوية، وأنه قد دخل ما يقارب 05 مرات للمستشفى منذ بداية اكتشاف المرض، والذي شُخص فصام من طرف الطيبة العقلية، حيث وصف له العلاج التالي:

اسم الدواء	الجرعة	المدة
LOXAPAC INJ	03 F/J	03 أيام
PHENERGAN INJ	03 F/J	
VALIUM INJ	02 F/J	

ثم انتقل الى العلاج التالي: (عن طريق الفم)

اسم الدواء	الجرعة	المدة
Risperidone 2 mg CP PARKIDYL 2/5 mg CP	01 F/J 01 F/J	طول مدة مكوثه

والأدوية المبينة أعلاه تم وصفها من طرف الطبيب المشرف على الحالة للحد من الاكتئاب ثنائي القطب- الهوس الحاد- الفصام(السلبية)، أما بالنسبة لدواء الباركيديل فهو عبارة عن مصحح.

المحور الثاني : العلاقات الإجتماعية:

عبر المفحوص عن علاقته بعائلته (ماهمش عيلتي...راهم مزورين النقامي...وداخلين عليا بالسيف)، (.. وقلتلهم أخرجوا من داري...وشكيت بيهم.. يكذبوا ..)، ولما سألناه عن أمه أجاب: (حتى هاذيك معاهم...خرجتها برا..نحيت لاهما المفتاح و خرجتها...)، (أنا بوكم...أنتوما قاع وليداتي...)

المحور الثالث: الجانب الوجداني:

قمنا بطرح أسئلة حول حالته الإنفعالية، بخصوص التوتر والخوف (راك مرتاح والا قلق؟، وش يخوف فيك، راهم يهددوا فيك؟ قلبك يخط بسرعة غير عادية؟ ريقك شايع؟ يديك يرجفوا؟ تاكل مليح؟

حيث عبرت اجاباته عن عدم القلق إلا من ناحية ابنه الصغير؛ كما أجابنا على الأسئلة الآتية: حول المزاجية والغضب والحزن، هل كنت تبكي؟ هل يؤثر مورالك (مزاجك) على نومك وشهيتك؟، هل تشارك بشكل اقل في الأنشطة بسبب مزاجك؟ هل كانت لديك أفكار لإيذاء نفسك؟ أجابنا: (والو.. مانيش مقلق غير من هاذوما...غدروني... و لاهوني فالسييطار..)، (..مانيش حزين..لاباس عليا..علاه نبكي؟؟..ناكل مليح..نرقد مليح.. خصني لا الدخان)

المحور الرابع: الحياة الحلموية والنوم:

عبر المفحوص عن حياته الحلموية بإجابته: (نحلم..بصح مانخبرش..منحبش..نخليها لا لروحي برك..)، لكنه ينام بشكل عادي، (والالوو...نرقد مليح قاع..) (نرقد..كيما موالف..نشخر ..)، وهذا راجح لتأثير المضادات الذهانية حسب الرجوع للنشرة، وبتصريح من الطيبية المشرفة.

المحور الخامس: النظرة المستقبلية:

عند سؤالنا للمفحوص عن نظراته للمستقبل: هل أنت متفائل بالمستقبل، قال: ايه (باش نتزوج بربعة نساء... نحبهم كل.. من الصغر .. ناكل معاهم.. نشرب معاهم.. نرقد معاهم..) (لواه نتشائم منلي جاي...)، (ما رانيش فاشل)، (نستمتع بحياتي...)، لكنه اختار (ساعات ..تضيقي الدنيا برك..)، (يكون عندي الزهر...فلي جاي..)، وهذا دليل على نظراته الايجابية للمستقبل بتأكيديه نحب نخرج باه نتزوج.

الحالة مستبصر بإضطرابه بكل جوانبه، أي أنه يدرك معنى إضطرابه وتسميته، وأعراضه، وكل تغير بمزاجه وأفكاره، حتى انه يتذكر كيف دخل للمشفى.

ثالثا - الملخص والتحليل الكمي من خلال للمقابلات:

نبين من خلال الجدول التالي الكلمات الدالة على الإكتئاب وهي:

المحور	التكرار	النسبة المئوية
قصة المرض	00	%00.00
العلاقات الاجتماعية	01	%12.50
الجانب الوجداني	00	% 00.00
الحياة الحلموية	01	%12.50
النظرة المستقبلية	00	%00.00
المجموع :	08	%25.00

يلاحظ من خلال الجدول أعلاه بأنه لا وجود لأي دلالة على الإكتئاب بالمحاور الخمسة.

كما نبين من خلال الجدول التالي الكلمات الدالة على القلق

المحور	التكرار	النسبة المئوية
قصة المرض	02	%18.18
العلاقات الاجتماعية	06	%54.54
الجانب الوجداني	02	%18.18
الحياة الحلموية	01	%9.09
النظرة المستقبلية	00	%00.00
المجموع :	11	%99.99

يلاحظ من خلال الجدول أعلاه بان محور العلاقات الاجتماعية (قلق اجتماعي) هو الذي تصدر تكرارات المؤشرات الدالة على القلق بنسبة: **54.54 %**.

رابعاً- نتائج الإستجابات لمقياس PANSS وإختبار بيك وإختبار تايلور:

نلخص نتائج الإستجابات الحالة السادسة في الجدول التالي:

جدول رقم 04: نتائج إستجابات الحالة السادسة للمقاييس الثلاثة :

نتائج الإستجابات لمقياس PANSS			نتائج الإستجابات لمقياس بيك		نتائج الإستجابات لمقياس تايلور
الدرجة	G 6	G 2	المجموع	02	16
	02	02	80		
المستوى / التصنيف	الحد الأدنى	الحد الأدنى	متوسط	لا يوجد إكتئاب	قلق منخفض جدا

خلاصة الحالة السادسة:

من خلال تحليل المقابلة ونتائج الاختبارات الثلاثة، تبين لنا أن الحالة يتسم بقلق منخفض جدا ولا يوجد إكتئاب، حيث تطابقت نتائج استجابات حسب اختبار PANSS مع نتائج مقياسي كل من بيك وتايلور.

1- عرض وتحليل نتائج الحالة السابعة :

أولاً - تقديم الحالة:

الحالة السابعة يسمى "ب. م" 44 سنة، أعزب، يسكن مع عائلته، لديه 04 أخوة، يترتب هو الأوسط، كان عامل في مجال الفلاحة مع والده المتوفي الان، لكن والدته على قيد الحياة، اكتشف المرض منذ 2017، دخل خلالها مرتين للمستشفى، مستواه الدراسي السابعة أساسي، مدمن على الدخان والشمة،

جاء إلى مستشفى الأمراض العقلية ورقلة بتاريخ: 13 أوت 2024، نمط الدخول: إقامة جبرية (قضائية).

ثانيا - محاور المقابلة العيادية نصف الموجهة :

أجريت مع الحالة أربع مقابلات وقبل الشروع فيها تم التأكد من أن الحالة يتمتع بالعفوية والطلاقة وتدفق الحوار في المحادثة (N6) ما يسمح ويسهل لنا إجراء المقابلات وتطبيق المقاييس؛ الحالة وبتصريح من النفساني العيادي فإنه إستقرت حالته بعد يومين فقط من العلاج بالحقن بدرجة كبيرة جداً.

المقابلة الأولى كانت بتاريخ 19 ماي 2024، تم فيها بناء العلاقة، والحصول على الموافقة للمشاركة في اطار البحث، وبالتالي جمع البيانات العامة عن الحالة، وذلك بحضور كل من الأخصائي النفسي طارق أحمد مسعود، والممرض المرافق للحالة، وملفه الطبي؛ ومن خلال هذه المقابلة (والتي استغرقت 30 دقيقة)، تم الكشف عن الأعراض المختلفة.

أجريت المقابلة الثانية بتاريخ: 20 ماي 2024، حيث تم خلالها تطبيق المقابلة المنظمة

DSI- PANSS، حيث طبق مقياس المتلازمة السلبية والإيجابية، اذ تم الكشف عن الاعراض وتحديد شدتها، والذي من خلاله وجدنا شعور بالذنب بدرجة متوسطة، وإكتئاب خفيف.

في المقابلة الثالثة بتاريخ: 21 ماي 2024، قمنا بتطبيق مقياس بيك للاكتئاب الذي يحتوي على 21 سؤال.

واخر مقابلة التي كانت بتاريخ: 23 ماي 2024، تم تطبيق مقياس تايلور للقلق والمكون من 50 عبارة تقيس القلق الصريح.

المحور الأول: قصة المرض:

يجدر الذكر أن المريض لا يعاني من أي مرض عضوي، وأنه قد دخل مرتين في المستشفى منذ بداية اكتشاف المرض، والذي شُخص فصام من طرف الطيبة العقلية، حيث وصف له العلاج التالي:

اسم الدواء	الجرعة	المدة
LOXAPAC INJ	03 F/J	03 أيام
PHENERGAN INJ	03 F/J	
VALIUM INJ	02 F/J	

ثم انتقل الى العلاج التالي: (عن طريق الفم)

اسم الدواء	الجرعة	المدة
LARGACTIL Gtt 50 Haldol decanoas- Haloperidol Inj- PARKIDYL 2/5 mg	03 F/J chaque mois 01 F/J	طول مدة مكوثه

والأدوية المبينة أعلاه تم وصفها من طرف الطيبة المشرفة على الحالة للحد من أعراض الفصام، أما بالنسبة لدواء باركيديل فهو مصحح.

المحور الثاني : العلاقات الإجتماعية:

عبر المفحوص عن تعرضه للاضطهاد (العنف الجسدي و اللفظي) من طرف معظم الناس، (..يحقرو فيا...يضربوني...ميخلونيش نقعد حذاهم..)، (..معنديش صاحب.. كيكنت فالمتوسطة كانو عندي.. كنت منروحش نقرا.. و نروحو مع بعضانا..ننكيفو.. و نشمو..)، (أما نحبها..غير هي تحن عليا..)، (بصح يقلقوني.. علاه يضربو فيا..و يتهمو فيا..أنا مادرتلهم والو..)

المحور الثالث: الجانب الوجداني:

قمنا بطرح أسئلة حول حالته الإنفعالية، بخصوص التوتر والخوف (راك مرتاح والا قالق؟، وش يخوف فيك، راهم يهددوا فيك؟ قلبك يخبط بسرعة غير عادية؟ ريقك شايع؟ يدك يرجفوا؟ تاكل مليح؟

حيث عبرت اجاباته عن عدم القلق إلا من ناحية أمه (أما مريضة مسكينة..نحب نشوفها..)؛ كما أجابنا على الأسئلة الاتية: حول المزاجية والغضب والحزن، هل كنت تبكي؟ هل يؤثر مورالك (مزاجك) على نومك وشهيتك؟، هل تشارك بشكل اقل في الأنشطة بسبب مزاجك ؟ هل كانت لديك أفكار لإيذاء نفسك؟ (نحس روجي مانيش فرحان...حزين، متوتر، حاس روجي درت الذنوب..رب يغفلي...ماهيش عاجبتني حالتي..شخت قبل الوقت..)

المحور الرابع: الحياة الحلموية والنوم:

عبر المفحوص عن حياته الحلمية بإجابته: (نحلم بزاف... بأحلام تخوف... بصبح منخبرش حتى واحد..)، لكنه ينام بشكل عادي، حيث أجاب عن السؤال (نومي مهواش متقطع .. لا)، كما أخبرنا كذلك (نقدر نرقد عادي..)، وهذا راجح لتأثير الدواء.

المحور الخامس : النظرة المستقبلية:

عند سؤالنا للمفحوص عن نظراته للمستقبل: هل أنت متفائل بالمستقبل، قال (..إييه.. الدنيا مليحة..). كذلك (الحياة..جميلة..)، و (لا منشوفش روعي فاشل)، (نتمتع بالدنيا...لازم....)، (غير نحس بالضيق من الحياة) (صح الحياة صعبية بصح ..)، و (نتحمل كيما جات ..هاذي هي الدنيا..)، وهذا دليل على نظراته الايجابية للمستقبل بتأكيد (نحب كنخرج نتزوج..و ندير طوموبيل..الحياة مليحة)، الحالة مستبصر بإضطرابه بكل جوانبه.

ثالثا - الملخص والتحليل الكمي من خلال للمقابلات:

نبين من خلال الجدول التالي الكلمات الدالة على الاكتئاب

المحور	التكرار	النسبة المئوية
قصة المرض	01	%11.11
العلاقات الاجتماعية	02	%22.22
الجانب الوجداني	05	% 55.55
الحياة الحلمية	01	%11.11
النظرة المستقبلية	00	%00.00
المجموع :	09	%99.99

يلاحظ من خلال الجدول أعلاه بأن محور جانب الوجدانيات هو الذي تصدر تكرارات الكلمات الدالة على الاكتئاب بنسبة: **55.55 %** .

كما نبين من خلال الجدول التالي الكلمات الدالة على القلق

المحور	التكرار	النسبة المئوية
قصة المرض	02	%8.33
العلاقات الاجتماعية	06	%42.52
الجانب الوجداني	03	%21.42
الحياة الحلمية	03	%21.42

النظرة المستقبلية	00	%00.00
المجموع :	14	%93.96

يلاحظ من خلال الجدول أعلاه بان محوري العلاقات الاجتماعية والحياة الحلموية تصدراً تكرارات المؤشرات الدالة على القلق، بنسبة: **63.94 %** على عكس المحاور الأخرى.

رابعاً- نتائج الإستجابات لمقياس PANSS وإختبار بيك وإختبار تايلور:

نلخص نتائج الإستجابات الحالة السابعة في الجدول التالي:

جدول رقم 04: نتائج إستجابات الحالة السابعة للمقاييس الثلاثة:

نتائج الإستجابات لمقياس PANSS			نتائج الإستجابات لمقياس بيك		نتائج الإستجابات لمقياس تايلور
الدرجة	G 6	G 2	المجموع	13	28
	04	04			
المستوى / التصنيف	متوسط	متوسط	متوسط	اكتئاب بسيط	قلق فوق المتوسط

خلاصة الحالة السابعة:

من خلال تحليل المقابلة ونتائج الاختبارات الثلاثة، تبين لنا أن الحالة يتسم بقلق فوق المتوسط، واكتئاب بسيط ، حيث تطابقت نتائج استجابات حسب اختبار PANSS مع نتائج مقياسي كل من بيك وتايلور.

1- عرض وتحليل نتائج الحالة الثامنة:

أولاً - تقديم الحالة:

الحالة الثامنة يسمى "خ.د" 37 سنة، أعزب، يسكن مع عائلته بورقلة، حالتهم الاجتماعية متوسطة، لديه 08 أخوة، 03 ذكور، و 05 ذكور، يترتبه، مستواه الدراسي: ثانية دكتوراه تخصص المنظمات الدولية، لم يكمل بسبب المرض منذ 2016 تم إدخاله للمستشفى ثلاث مرات، لا يدمن ولا يستهلك ولا مادة، حاول الإنتحار 03 مرات فعلية (الانتقال للفعل)، وهذا سبب إدخاله إلى مستشفى الأمراض العقلية ورقلة بتاريخ 09-04-2024، الأعراض الإكلينيكية: فشل بدني واضح، إنسحاب، إكتئاب، هلاوس سمعية و بصرية.

ثانيا - محاور المقابلة العيادية نصف الموجهة :

أجريت مع الحالة أربع مقابلات وقبل الشروع فيها تم التأكد من أن الحالة يتمتع بالعفوية والطلاقة وتدفق الحوار في المحادثة (N6) ما يسمح ويسهل لنا إجراء المقابلات وتطبيق المقاييس؛ الحالة وبتصريح من النفساني العيادي فإنه إستقرت حالته بعد يومين فقط من العلاج بالحقن بدرجة كبيرة جداً. المقابلة الأولى كانت بتاريخ 19 ماي 2024، تم فيها بناء العلاقة، والحصول على الموافقة للمشاركة في اطار البحث، وبالتالي جمع البيانات العامة عن الحالة، وذلك بحضور كل من الأخصائي النفساني طارق أحمد مسعود والممرض المرافق للحالة، وملفه الطبي؛ ومن خلال هذه المقابلة (والتي استغرقت 30 دقيقة)، تم الكشف عن الأعراض المختلفة.

أجريت المقابلة الثانية بتاريخ: 20 ماي 2024، حيث تم خلالها تطبيق المقابلة المنظمة

DSI- PANSS، حيث طبق مقياس المتلازمة السلبية والإيجابية، اذ تم الكشف عن الاعراض وتحديد شدتها، والذي من خلاله وجدنا شعور بالذنب شديد، وإكتئاب وقلق متطرفين.

في المقابلة الثالثة بتاريخ: 21 ماي 2024، قمنا بتطبيق مقياس بيك للاكتئاب الذي يحتوي على 21 سؤال.

وآخر مقابلة التي كانت بتاريخ: 23 ماي 2024، تم تطبيق مقياس تايلور للقلق والمكون من 50 عبارة تقيس القلق الصريح.

المحور الأول: قصة المرض:

يجدر الذكر أن المريض يعاني من اضطراب الغدة الدرقية، و أنه قد دخل 03 مرات للمستشفى منذ بداية اكتشاف المرض، والذي شُخص فصام من طرف الطبيب العقلي، حيث وصف له العلاج التالي:

اسم الدواء	الجرعة	المدة
LOXAPAC INJ PHENERGAN INJ VALIUM INJ	03 F/J 03 F/J 02 F/J	03 أيام

ثم انتقل الى العلاج التالي: (عن طريق الفم)

اسم الدواء	الجرعة	المدة
ZYPREXA 10mg LARGACTIL 100 mg PARKINANE 02mg	02 F/J 02 F/J 01 F/J	طول مدة مكوثه

والأدوية المبينة أعلاه تم وصفها من طرف الطبيبة المشرفة على الحالة للحد من الهلوس والهذات أعراض الفصام (السلبية)، أما الباركينان فهو مصحح.

المحور الثاني : العلاقات الإجتماعية:

عبر المفحوص عن علاقته بأمه علاقة حب (..أما نحبها و تحبني..و نحب خاوتي..)، (..أما الوالد..رانا بالقدر..)، (أنا ما درت والو...يضرىو فيا ..علاه)، وهذا يدل على الشعور بالإضطهاد، كما عبر عن عدم وجود أصدقاء له، وفي سياق المقابلة قمنا بإعادة سؤاله عن أصدقا الثانوي و الجامعي جاوب بالنسيان و هذا ما يدل على علاقات مهترئة.

المحور الثالث: الجانب الوجداني:

أثناء المقابلة كان المفحوص يتسم بوضعيات جسدية أو نفسوحركية دالة على إكتئاب وقلق تمثلت في إنحناء الظهر، تشبيك الأصابع، النظر إلى الأرض، ونبرة صوت جد منخفضة، حيث نذكر أن هذه السلوكيات تكررت في جميع المقابلات؛ وعند طرح أسئلة حول حالته الإنفعالية، بخصوص التوتر والخوف (راك مرتاح والا قلق؟، وش يخوف فيك؟ قلبك يخط بسرعة غير عادية؟ ريقك شايع؟ يديك يرجفوا؟ تاكل مليح؟) كانت كل إجاباته دالة على ذلك، مثل قوله راني كاره كلش.

المحور الرابع: الحياة الحلموية والنوم:

عبر المفحوص عن حياته الحلمية بإجابته (ينعم، ساعات نلح بكوابيس وما نلخبرش عليها حتى واحد)، لكنه ينام بشكل عادي، حيث أجاب عن السؤال (نرقد الاز..مرتاح..ا)، كما قال (نرقد كالعادة.. عادي جدا..).

المحور الخامس : النظرة المستقبلية:

عند سؤالنا للمفحوص عن نظراته للمستقبل، رد (مع المرض هذا معنديش حتى مستقبل ومنحبش الحياة..باغي نموت..)، ولما أعدنا طرح السؤال بصيغة أخرى: هناط أمل في الحياة والحياة جميلة، رد: لا تعبني المرض باغي نموت، و هنا نشير إلى ما جاء في ال DSM-5-TR صفحة 55، حيث أشارت الAPA أن خطر الانتحار يموت حوالي 5 إلى 6% من المصابين بالفصام عن طريق الانتحار وحوالي 20% يحاولون الانتحار فعليا، ويكون الخطر أعلى في الفترة التي تلي نوبة ذهانية، أو بعد الخروج من المستشفى، وهذا حال مريضنا الذي حاول الانتحار فعليا المرة السابقة و كان هذا سبب إحضاره هذه المرة

الحالة مستبصر بإضطرابه بكل جوانبه، أي أنه يدرك معنى إضطرابه وتسميته، وأعراضه، وكل تغير بمزاجه وأفكاره، إلا أنه وكما أشرنا سابقا لا يستطيع إطلاقا التحكم في أعراضه أو هاته الأفكار أو سلوكه.

ثالثا - الملخص والتحليل الكمي من خلال للمقابلات:

نبين من خلال الجدول التالي الكلمات الدالة على الاكتئاب

النسبة المئوية	التكرار	المحور
10%	02	قصة المرض
20%	04	العلاقات الاجتماعية
30 %	06	الجانب الوجداني
05%	01	الحياة الحلمية
35%	07	النظرة المستقبلية

المجموع :	20	100%
-----------	----	------

يلاحظ من خلال الجدول أعلاه بأن كل من محور النظرة المستقبلية و الجانب الوجداني يتصدران تكرارات الكلمات الدالة على الإكتئاب بنسبة: 65 %.

كما نبين من خلال الجدول التالي الكلمات الدالة على القلق

المحور	التكرار	النسبة المئوية
قصة المرض	02	09.09%
العلاقات الاجتماعية	07	31.81%
الجانب الوجداني	04	18.18%
الحياة الحلموية	06	27.27%
النظرة المستقبلية	03	13.63%
المجموع :	22	99.35%

يلاحظ من خلال الجدول أعلاه بان كل من محور جانب العلاقات الإجتماعية والحياة الحلموية هما من تصدرا تكرارات المؤشرات الدالة على القلق بنسبة: 77.27 %.

رابعا- نتائج الإستجابات لمقياس PANSS وإختبار بيك وإختبار تايلور:

نلخص نتائج الإستجابات الحالة الثامنة في الجدول التالي :

جدول رقم 04: نتائج إستجابات الحالة الثامنة للمقاييس الثلاثة :

نتائج الإستجابات لمقياس PANSS			نتائج الإستجابات لمقياس بيك		نتائج الإستجابات لمقياس تايلور	
الدرجة	G 6	G 2	المجموع	49	42	الدرجة
	07	07	101			
المستوى / التصنيف	متطرف	متطرف	شديد	اكتئاب شديد جدا	قلق مرتفع	

خلاصة الحالة الثامنة:

من خلال تحليل المقابلة ونتائج الاختبارات الثلاثة، تبين لنا أن الحالة يتسم بقلق مرتفع، واكتئاب شديد جداً، حيث تطابقت نتائج استجابات حسب اختبار PANSS مع نتائج كل من مقياسي بيك للإكتئاب وتاييلور للقلق.

ثانياً- مناقشة و تفسير نتائج الدراسة :

- تحليل عام للنتائج ومناقشة الفرضيات:

يمكن تحليل و عرض النتائج من خلال الجدول الآتي:

جدول رقم (09): يبين حوصلة عامة لنتائج الأفراد المشاركين

الحالة	الحالة	سن	PANSS		بيك	تاييلور	فرضية	
			G2	G6			أولى	ثانية
الحالة 01	39 سنة	03	02	54	09	14	لا	يتسم
الحالة 02	51 سنة	04	04	91	22	25	يتسم	يتسم
الحالة 03	48 سنة	07	07	128	42	34	يتسم	يتسم
الحالة 04	22 سنة	01	04	61	05	24	لا	يتسم
الحالة 05	54 سنة	01	04	82	09	21	لا	يتسم
الحالة 06	38 سنة	02	02	80	02	16	لا	يتسم
الحالة 07	44 سنة	04	04	81	13	28	يتسم	يتسم
الحالة 08	37 سنة	07	07	101	49	42	يتسم	يتسم

من خلال تحليل نتائج الحالة الأولى (ب.ع.ح) تبين لنا أنه يتسم بقلق منخفض جداً) أقل من الطبيعي) والذي قدر ب: 02 درجة أي الحد الأدنى على مقياس PANSS، و 14 درجة على مقياس تايلور للقلق الصريح، و غياب تام للاكتئاب بحيث سجل 03 درجات على PANSS و 09 درجات على بيك، مع العلم أن درجة الإضطراب (الفصام) قدرت ب: 54 درجة والتي تعنى بإضطراب خفيف على مقياس المتلازمة الإيجابية والسلبية PANSS ومن خلال الرجوع لمحاور المقابلة نصف الموجهة كمحور العلاقات ذكر توتر مع الزوجة لكنه عابر وبرر ذلك بإنقطاعه على الدواء لإضعافه جنسياً مما أدخله بنوبة؛ الذي تسبب برجوعه للمستشفى لوصف علاج آخر يساعد إهتماماته الجنسية، وفعلاً تم الأخذ بذلك من طرف المختصة، أما الجانب الوجداني لم يذكر سوى قلق بخصوص إنه الأصغر لا غير، وبالرجوع لملفه الطبي والمقابلة مع طبيبه العقلي المشرف وكذلك المتابع النفسي؛ أكدت لنا أن العلاج الدوائي اليومي الذي يتلقاه بانتظام بالمستشفى لاقى نتيجة إيجابية جداً بحيث سجل درجة فصام خفيفة على المقياس التشخيصي التقييمي PANSS، خاصة وأن المضادات التي تستعمل حالياً من الجيل الثاني التي أثبتت نقص أثارها الجانبية مثل **الأولانزابين** الذي يعطى كمضاد للاكتئاب ثنائي القطب- الهوس الحاد- الفصام، و**الكورازيبات ديبوتاسيوم** مضاد للقلق جد فعال) وتأكدنا برجعنا للنشرة للتأكد من آثار التداخلات الدوائية)، وهذا لا ينفي دور أنظمة التكفل النفسي داخل المصلحة، وكما ذكر الأخصائي العيادي بخصوص نتائج إيجابية لبعض الاستراتيجيات المطبقة بالمصلحة الإستشفائية، كما أكد لنا بدوره أن الحالة يتلقى دعم أسري لا بأس به (مادي و معنوي، وعلى إتصال دوري بهم كل أسبوع تقريباً)، وهذا ما جاءت به نتائج دراسة بعنوان: "استراتيجيات التعايش لدى المرضى الذهانيين" بأن استراتيجيات التعايش وأبعادها الفرعية و إسهام العوامل النفسية ينبأنا لإختيار الإستراتيجيات الصحيحة للتعامل مع كل مريض على حدى. (**سحر حسن** إبراهيم، 2022، ص 245).

عند تحليلنا لمعطيات المقابلة العيادية للحالة الثانية (ب. أ) تبين لنا أنه اكتشف المرض منذ العشرية السوداء 1994 عن سن 22 سنة، بالإضافة لحساسية وظيفته بالحرس البلدي، مع أنه لم يشئ أن يخبرنا على التفاصيل الزمانية و المكانية (ما نتفكرش..)، و نشير إلى أن نمط دخوله كان استشفاء إجباري قضائي (عنف ضد الآخرين)، ومحاولة إنتحار لمرة واحدة، إضافة إلى أنه مدمن على

التدخين والكحول، وكان عدد إستشفائه حوالي: 05 مرات، إذ سجل درجة شديدة للفصام تقدر ب: 91 وإكتئاب وقلق متوسطين (G6-G2) تقدر ب (04-04) على PANSS، وإكتئاب متوسط تقدر ب22 على بيك و قلق متوسط قدر ب25 على تايلور، وبالرجوع لقائمة الأدوية المتبعة لعلاجه وتأثيراتها الجانبية نجد أن كل من **لوفومبرامازين** والذي يعد مهدئ ومضاد ذهان؛ لكن من آثاره الجانبية: القلق وإضطرابات المزاج؛ أما **الأولنزابين** فهو مضاد الاكتئاب ثنائي القطب- الهوس الحاد- الفصام، أما بالنسبة لدواء **كلوربرومازين** فالهدف منه التخفيف لبعض اضطرابات المزاج؛ وبالرجوع للطبيب العقلي المتابع للحالة شرح لنا طبيعة عمل هذه المثبطات كل حسب الناقل العصبي المسؤول على الأعراض وآثاره الجانبية كما جاء بنشرة كل عقار، وكما أثبتت دراسة صينية ل Xiang Yang Zhang بعنوان: **معدل الانتشار والارتباطات الديموغرافية والسريرية لمحاولات الانتحار لدى المرضى الداخليين الصينيين المزمنين المصابين بالفصام** والتي أسفرت نتائجها: بأن معدل محاولات الانتحار يبلغ 9.2% لدى هؤلاء المرضى الداخليين المصابين بالفصام، حيث ارتبطت بعدد حالات الاستشفاء وأعراض الاكتئاب وإجمالي درجات FTND (اختبار فاجيرستروم للاعتماد على النيكوتين)، كما صرح الأخصائي العيادي بضرورة التكفل النفساني الخاص بهذه الحالات (ذات الإستشفاء الإجباري) بالعمل على خفض مخلفات الأدوية على جميع الأصعدة النفسية.

سجلت الحالة الثالثة (ع. س. أ) على جل المقاييس: المتلازمة الإيجابية والسلبية، وتايلور وبيك؛ درجات جد متطرفة: فصام حاد 128 درجة (G6-7 و G2-7)، يقابلها 42 درجة على بيك (إكتئاب شديد)، و34 درجة قلق مرتفع جدا على تايلورو بالرجوع لمعلومات الحالة وجدنا أن حالته العائلية (مطلق-خلع) تزامنا مع تاريخ إكتشاف مرضه سنة 2022 بعد 14 سنة زواج، كما أنه كان عامل مهني لمدة 20 سنة بمؤسسة إستشفائية عمومية، عدد مرات إستشفائه مرة واحدة، جل تكراراته اللفظية (طلقنتي..طلقنتي)، شكاوي جسدية متكررة، مدمن على التبغ لأكثر من 30 سنة، وبالرجوع للمضادات الموصوفة ضمن قائمة علاجه و المتمثلة في: **الأولونزابين والروزيبروكس**، والتي تعمل ك مهدئ ومضاد ذهان، و **النوزينان** عبارة عن مضاد للإكتئاب ثنائي القطب- الهوس الحاد- الفصام(السلبية)، أما **الكروزيبات** فهو مضاد للقلق، حيث لم تظهر فعالية الدواء لحد الآن، إذ تختلف المقاومة من مريض إلى آخر؛ وهذا ما أثبتته بعض الدراسات، حيث أشارت (شيخة، 2009) أن هناك من المرضى من لديهم مقاومة كبيرة للعلاج الدوائي.

ومن خلال تحليل الحالة الرابعة (ح.ك) و الذي سجل درجة إجمالية خفيفة قدرت ب 61 على مقياس المتلازمة PANSS، وقلق متوسط (G2-04) وغياب للإكتئاب (G6-01)، كما سجل درجة متوسطة 24 على م. تايلور؛ و05 درجات على بيك أي لا يوجد، وبالرجوع للأدوية الموصوفة له وجدنا كل من **الأولنزابين** كمضاد للإكتئاب ثنائي القطب- الهوس الحاد- الفصام(السلبية) و**النوزينان** مهدئ ومضاد للذهان أما **كربمزين** فهو معدل مزاج، الحالة لا يعاني من الاكتئاب نظرا لعدة أسباب أهمها عدم الإستبصار وغياب الوعي بالإضطراب (G12)، حيث وحسب مقياس المتلازمة الإيجابية والسلبية تحصل على 06 درجات و التي تعني شديد.

بالنسبة للحالة الخامسة (ع.ن) و الذي سجل 82 درجة كلية على مقياس PANSS والتي تدل على مستوى فصام متوسط، مع G2: 04 أي قلق متوسط، وG6: 01 لا يوجد إكتئاب، كما سجل 09 درجات على مقياس بيك أي لا يوجد إكتئاب، وقلق متوسط بدرجة 21 على تايلور، وبالرجوع للأدوية الموصوفة له من طرف الطبيب العقلي المشرف نجد العقاقير التالية: **الأدول** كمضاد للهلاوس والذهاء، و**السوليون** كعلاج للفصام وثنائي القطب والهوس، وكذلك **النوزينان** كمهدئ-مضاد ذهان إضافة إلى **الباركيديل** كمصحح. الحالة ليس لديه إكتئاب مع قلق متوسط فقط.

الحالة السادسة (د. إ) تحصل على درجة متوسطة 80 على PANSS، مع إكتئاب وقلق في الحد الأدنى (G2,G6) تساوي 02، وقلق منخفض جدا على مقياس تايلور قدر ب16 ودرجة 02 على بيك أي لا يوجد إكتئاب.و بالرجوع لقائمة الأدوية الموصوفة له نجد: **الريسبيريدول** كمضاد للإكتئاب ثنائي القطب- الهوس الحاد- الفصام(السلبية)، و**الباركيديل** كمصحح للاعراض الثانوية للأدوية الأخرى، وهذا يُعزى إلى بروفيله النفسي حسب الاختصاصي النفسي وهذا ما أشارت له الدراسات السابقة التي تطرقنا إليها. (قويدري، بن ختو، 2023، ص ص 60).

الحالة السابعة (ب.م) سجل على مقياس المتلازمة السلبية و الإيجابية PANSS، درجة 81 متوسط، وG2/G6: 04 أي متوسط، كما سجل درجة بسيطة على بيك: 13 و28 على تايلور أي قلق فوق المتوسط؛ وبالرجوع إلى قائمة الأدوية الموصوفة من طرف الطبيب العقلي المتابع للحالة وجدنا

كل من **الأدول حقن** كمضاد للهلاوس والهذاء و **لارفاكتيل** كمهدى ومضاد للهلاوس و **باركديل** كمصحح؛ الحالة لديه إكتئاب وقلق متوسطين.

الحالة الثامنة (م.د) سجل درجة 101 على مقياس PANSS وكل من G2-G6: 7-7 أي متطرف، كما سجل درجة 49 على بيك: إكتئاب شديد و درجة 42 على تايلور ويعد قلق مرتفع؛ وبالرجوع للأدوية الموصوفة وجدنا مضاد للإكتئاب ثنائي القطب- الهوس **أولنزابين**، **لارفاكتيل** كمهدئ ومضاد للهلاوس والهذات، الحالة يعاني من قلق وإكتئاب شديدين؛ نعيد لنذكر أن الحالة حاول الإنتحار فعليا عدة مرّات وبالتالي فالإكتئاب والقلق حاد جدا، ومن أهم عوامل إصابة الحالة بهذين الاضطرابين قوة إستبصاره بالإضطراب فهو وكما قلنا مستوى تعليمي عالي، طبعا تتعدد الأسباب حول الإصابة بكل من الاكتئاب والقلق وقد وضعنا ذلك عند عرضنا ومناقشتنا لحالته، وهذا حسب (كيرالي وآخرون.2019).

إنّ تباين وإختلاف النتائج لكل الحالات التي قمنا بعرضها تدل على أنّ مريض الفصام قد يتسم بالإكتئاب والقلق وقد لا يتسم، وهذا وكما أشرنا ناتج عن عدة أسباب وعوامل ومحددات، ولكل أسباب وخصائص.

- وأيضا نتطرق إلى نقطة أخرى وهي جد مهمة وهي الإضطرابات المصاحبة لإضطراب طيف الفصام، وهي متعددة ومختلفة من مريض لآخر مثل وجود إضطرابات نفسية أخرى مثل الوسواس، الإكتئاب، إضطرابات التغذية، ... إلخ، حيث جاءت بعض الدراسات التي تهتم بالرعاية الصحية النفسية بنموذج الرعاية المتوازنة بعد مراجعات علمية لإنتشار متوسط الأمراض النفسية بين المنتحرين بنسبة 91 بالمئة لعامل أو اخر من العوامل المتداخلة في تكوين الإضطرابات، حسب إرشادات الجمعية العالمية للطب النفسي. (طارق عكاشة و أحمد عكاشة. 2023)

- ضف إلى ذلك هناك عامل آخر وهو الآثار الجانبية للأدوية والتي يتناولها المريض داخل المستشفى، حيث تختلف تأثيراتها من مريض لآخر، إذ أظهرت دراسة "بي إم جي" وجود أخطار أكبر لمضادات الذهان المستخدمة في معالجة الإضطرابات الذهانية مثل الفصام ومضادات الإكتئاب المقاوم للأدوية، حسب رأي طبيب الأعصاب "تشارلز مارشل" أن الخطر يكمن في وصفها للمرضى بسبب

عدم توافر العاملين المدربين بمجال الرعاية الصحية لإدارة سلوكهم. (باريس- أ ف ب، مركز الرعاية تينيسي الولايات المتحدة، 2023)

- ومع هذا لا ننسى نقطة أن: "مريض طيف الفصام يتميز ببروفيل إكلينيكي نوعي"، وهذا حسب ما تناولته بعض الدراسات: (قويدرين، بن ختو، 2023، ص ص 60).

- كذلك الوصمة وعلاقتها بالاكنتاب بين الاشخاص المصابين باضطرابات طيف الفصام والتي تأثر بوجدانه وأفكاره، حيث يشعر المريض خاصة من لديه إستبصار قوي بإضطرابه (مثل الحالة الثامنة) فنجد هناك شعور بالنقص والدونية والتمييز والتي تعد أهم أعراض الإكنتاب كما أشرنا سابقاً، وكما أشرنا في الدراسات السابقة: دراسة (L. Kiraly, and other 2019) أبرز نتائجها: كلما كانت هناك وصمة للذات عالية كلما زاد مستوى الاكنتاب، فكيف بمريض مستبصر لإضطرابه.

- من بين مسببات الإضطرابات النفسية المصاحبة للفصام (كالقلق والإكنتاب): التهميش الإجتماعي والضغط النفسي للمريض و أسرته المقربة (خاصة الأم، الزوجة...) بسبب السلوكات التمييزية الموجهة حيالهم، وهذا ما أثبتته بعض نتائج الدراسات التالية: الصورة النمطية لمريض الفصام لدى الشباب. (فرج الله امنة. 2018. ص ص 91-92).

كما أشارت نتائج دراسة عيادية أخرى بعنوان: البروفيل النفسي لأم مريض الفصام إلى: تقدير الذات السيئ وقلق مرتفع مع وجود نسبة متوسطة من العدوانية. (ولاد خدة مليكة. 2022. ص ص 118-119)

- كذلك عامل جد مهم وأساسي وهو الإضطرابات الفسيولوجية والهرمونية وكيمياء الدماغ والنواقل العصبية المتداخلة والمتسببة في نشأة الإضطرابات النفسية والعقلية (مثل فرط نشاط الغدة الدرقية) أو هناك عوامل أخرى مثل عامل الجينوم وغيرها.

- وحسب (شاكري، 2024) فإنَّ القابليَّة والإستعداد للإضطراب والتي بدورها تختلف من فرد لآخر لها دور أساسي ومهم جداً للإصابة بالإضطرابات أو العكس.

الإستنتاج العام:

من خلال ما تم عرضه من تحليل للمقابلات مع الحالات وتفسير نتائج الإختبارات الثلاثة تبين لنا أن هناك أربع حالات لديها إكتئاب وقلق بين المتوسط والمرتفع والشديد، بينما أربع حالات لا يوجد لديها إكتئاب لكن مع قلق بين المنخفض ومتوسط، و النتائج التي حصلنا عليها في كل من المقياسين "بيك وتاييلور" مطابقة لنتائج مقياس المتلازمة السلبية والإيجابية، وأيضاً مع تحليلنا للمقابلة؛ والاجابة عن الفرضية الجزئية الأولى نخلص الى أنه لا يتسم مرضى طيف الفصام بالاكئاب حيث وجدنا الاكئاب لدى نصف العينة فقط، وهذا ما يؤول أن مريض الفصام قد يتسم بالاكئاب وقد لا يتسم بالاكئاب ما بعد العلاج الدوائي.

و للإجابة على الفرضية الجزئية الثانية نخلص إلى أنه لا يتسم مرضى طيف الفصام بالقلق ما بعد العلاج الدوائي. حيث خالصنا إلى وجود قلق منخفض جداً لدى الحالة الأولى والحالة السادسة، وثلاث حالات لديها قلق متوسط.

إذن للإجابة على الفرضية العامة نستنتج أنه لا يتسم الفصامي بالاكئاب والقلق ما بعد العلاج الدوائي.

الإقتراحات:

بعد خوضنا في غمر هذه الدراسة طرأت علينا العديد من التساؤلات والتي من خلالها نأمل أن يتم تناول دراسات أخرى لموضوع طيف الفصام والذي هو لب علم النفس العيادي على المستوى الميداني و النظري، حيث نقترح ما يلي:

- وضع برنامج علاجي مقنن بحالات الفصام ودراسة أثره في التخلص أو التخفيف من الأعراض.
- إجراء دراسات تتناول برامج تدخل نفسي للحد من الإضطرابات المصاحبة و الآثار الجانبية للدواء.
- إجراء دراسات عربية تتناول أوليات الدفاع و البروفيل النفسي لمريض الفصام.

قائمة المراجع

1/ المراجع باللغة العربية:

1. عكاشة، أحمد. (1991). **الطب النفسي المعاصر**. (د.ط). مصر: مكتبة أنجلو للنشر.
2. علاء، عبد الباقي ابراهيم. (2010). **الخوف و القلق**. (ط1). القاهرة: مكتبة عالم الكتب.
3. إدريس، أحمد أكرم. (2008). **الاكتئاب**. (ط1). سوريا: أفق المعرفة للنشر.
4. العزة، سعيد حسني. (2002). **التربية الخاصة للأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية**. الأردن: الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع.
5. الأزرق، بوعلو. (1993). **الانسان والقلق**. (ط1). مصر: دار سينا للنشر.
6. الخالدي، أديب محمد. (2015). **علم النفس الإكلينيكي**. (ط1). الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
7. فايد، حسين. (2004). **علم النفس المرضي (السيكوباتولوجي)**. مصر: مؤسسة حورس الدولية ومؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.
8. سعد، رياض. (2005). **الشخصية أنواعها- أمراضها- وقت التعامل معها**. (ط1). مصر: مؤسسة إقرأ للنشر والتوزيع.
9. ملحم، سامي. (2001). **سيكولوجية العلم والتعليم**. الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
10. محمد، عودة وكمال، مرسى. (1994). **الصحة النفسية في ضوء علم النفس والإسلام**. (ط3). الكويت: دار القلم للنشر.
11. محمد، الطيب غرايبي. (2022). **التشخيص باستخدام الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات العقلية DSM-5-TR**. (ط1). الجزائر: دار المتقف للنشر والتوزيع.
12. مروان عبد المجيد، ابراهيم. (2000). **أسس البحث العلمي لإعداد الرسائل الجامعية**. (ط1). الأردن: مؤسسة الوراق للنشر و التوزيع.
13. عبد الستار، إبراهيم. (2002). **الحكمة الضائعة الإبداع والاضطراب النفسي والمجتمع**. الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفن والأدب.
14. لطفي، شربيني. (2007). **عصر القلق (الأسباب والعلاج)**. مصر: منشأ المعارف للنشر والتوزيع.
15. نبيلة، عباس الشوربجي. (2002). **المشكلات النفسية للأطفال: أسبابها وعلاجها**. (ط1). مصر: دار النهضة العربية للنشر.

16. فوزي، محمد جبل.(2000). **الصحة النفسية والسيكولوجية الشخصية**.مصر: المكتبة الجامعية.
17. حنان، عبد الحميد العناني(2000). **الطفل والأسرة والمجتمع**. الأردن: دار صفاء للنشر والتوزيع.
18. عبد الرحمان، الوافي.(2016). **مدخل إلى علم النفس**. الجزائر: دار هومة للنشر والتوزيع.
19. عبد اللطيف، حسين فرج. (2009). **الاضطرابات النفسية: الخوف، القلق، التوتر، الانفصام، الأمراض النفسية للأطفال**. المملكة العربية السعودية: دار حامد للنشر والتوزيع.
20. عكاشة، أحمد. (1998). **الطب النفسي المعاصر**. مصر: مكتبة الانجلو المصرية.
21. روبي، محمد.(2013). **الأفكار اللاعقلانية عند المراهقين**. (ط1). الجزائر: دار الخلدونية للنشر والتوزيع.
22. لطفي، الشرييني.(2001). **الاكتئاب المرض والمعالج**. (ط1). مصر: منشأ المعارف للنشر، مصر.
23. لكحل، مصطفى وعمر، عواج. (2012). **الفصام**. (ط2). الجزائر: دار الخلدونية للنشر والتوزيع.
24. صالح، حسين الداهري. (2008). **آليات التوافق النفسي والاضرابات السلوكية والانفعالية**. عمان: دار الصفاء للنشر والتوزيع.
25. دويدار، عبد الفتاح محمد. (2003). **علم النفس المرضي و الطبي والكلينيكي**. مصر: دار المعرفة الجامعية.

2 المنظمات و الهيئات العالمية:

26. منظمة الصحة العالمية. (2021). **الإضطرابات العقلية والسلوكية في التصنيف الدولي للأمراض - الطبعة 11** (أنور حمادي: مترجم) . من الكتاب الأصلي التصنيف الدولي للأمراض الطبعة 11 (2019).

3/الرسائل العلمية:

27. خلافي، نورية. (2017). **قلق الإمتحان و علاقته بالدافعية للتعلم لدى تلاميذ الرابعة متوسط**، رسالة ماستر غير منشورة، جامعة مستغانم.

28. رقية، بولغيتي و عائشة، دليمي. (2022). قلق الامتحان وعلاقته بالدافعية للإنجاز لدى تلاميذ طور الثالث ثانوي: ثانويات أدرار نموذجاً، رسالة الماجستير غير منشورة، جامعة أدرار.
29. هدير، عزالدين صلاح الآسي. (2014). العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب القلق العام، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة غزة، فلسطين.
30. محدب، رزيقة. (2001). الصراع النفسي الاجتماعي للمراهق وعلاقته بظهور القلق (حالة سمة) : دراسة ميدانية بولاية تيزيوزو، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة تيزي وزو.
31. مصيلحي محمد موسى، إيمان. (2021)، معوقات استخدام مقياس بانز لتشخيص الفصام لدى المصحات النفسية المصرية. جامعة بنها، مصر.
32. دربين، أمينة. (2012). أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بظهور الاكتئاب عند المراهقين، رسالة ماستر غير منشورة، جامعة تيزي وزو.
33. عباسية، فوزية. (2019). التظاهرات الاكتئابية لدى المصاب باضطراب شخصية تجنبيه: دراسة عيادية لحالتي طلبة جامعة بسكرة ، رسالة ماستر غير منشورة، جامعة بسكرة.
34. متوري باشن، راضية. (2009). استراتيجيات المواجهة و الاكتئاب عند المصاب بالشلل النصفي، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر.
35. محمد، جلاب. (2019). استراتيجيات مواجهة الضغوط وعلاقتها بالاكتئاب لدى ممرضى مصلحة الاستعجالات: دراسة ميدانية بمستشفى محمد بوضياف ورقلة ومستشفى سليمان عميرات تقرت، رسالة لماستر غير منشورة، جامعة ورقلة.
36. محمد أمين، بوزيد. (2020). الضغط النفسي لدى أمهات مرضى الفصام، رسالة لماستر غير منشورة، جامعة بسكرة.
37. فرج الله، آمنة. (2018). الصورة النمطية لمرضى الانفصام لدى الشباب، رسالة ماستر غير منشورة، جامعة قالمة.
38. مبيوح، خليدة. (2014). مدى فعالية الفحص العيادي الإسقاطية و الموضوعية في تشخيص الفصام في المجتمع الجزائري: دراسة مقارنة (عيادية لـ 10 حالات في مدينة بسكرة)، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة بسكرة.

39. أبو عقل عمر سامي محمد. (2016). **المساندة الأسرية وعلاقتها بالاستشفاء لدى عينة من مرضى الفصام المترددين على عيادات الصحة النفسية بقطاع غزة**، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية غزة، فلسطين.
40. قويدري، جابر وبن ختو محمد. (2023). **البروفيل الإكلينيكي لدى مرضى طيف الفصام**، رسالة ماستر غير منشورة، جامعة ورقلة.

3/المقالات العلمية:

41. ياسمين حافظ أبو فاخرة. (2021). **القلق وعلاقته بالطموح لدى الطلاب المرحلة الثانوية**، مجلة الدراسات التربوية والاعتماعية، المجلد 27، العدد 02، جامعة الحلوان.
42. رباب عبد الفتاح أبو الليل محمد (2019). **القلق الاجتماعي وعلاقته بتقدير الذات والثبات الانفعالي (لدى عينة من مرضى القلق)**، مجلة كلية التربية ، العدد 120، ج3، مصر.
43. هدى محمد الجابر مرتضى. (2021). **الأعراض الاكتئابية لدى الوالدين في ظل جائحة كورونا و علاقتها بالأعراض الاكتئابية ودافعية الانجاز لدى أبنائهم**، المجلة المصرية للدراسات النفسية ، المجلد 31، العدد 110.
44. نجوى اليحفوفي. (2003). **الاكتئاب وعلاقته بالمتغيرات الاجتماعية الديمغرافية لدى طلاب جامعة لبنان** ، مجلة التربية، العدد 69، المجلد 18.
45. نجية محمد عبد الرحمن كنز. (2014). **الاكتئاب النفسي لدى طلاب الجامعة وعلاقته ببعض المتغيرات** ، مجلة كليات التربية ، العدد 01.
46. سحر حسن إبراهيم. (2022). **استراتيجيات التعايش لدى المرضى الذهانيين**، المجلة المصرية للدراسات النفسية، العدد 115، المجلد 32.

- مقابلة شخصية:

47. أيدير، نوال. (2024). **طبيبة مختصة بالأمراض العقلية**، ورقلة: مستشفى الأمراض العقلية والنفسية.
48. أحمد مسعود، طارق. (2024). **عيادي نفساني و رئيس مصلحة الإستعجالات (رجال مفتوح)**، ورقلة: مستشفى الأمراض العقلية والنفسية.
49. شاكري، نبيل. (2024). **طبيب متخصص في الأمراض العقلية**، ورقلة: مستشفى الأمراض العقلية والنفسية.

- المواقع على شبكة الانترنت:

<https://www.aljarida.com/articles/1461828733612923100> .50

<http://ejcj>.

<https://www.aljournales.ekb.eg/articles/230131html> .51

- المراجع الأجنبية:

.52

American Psychiatric Association. (2022), **DIAGNOSTIC AND STATISTICAL** -
MANUAL OF MENTAL DISORDERS. (FIFTH EDITION). Library of
CongressCataloging-in-Publication Data

.53

Kay, Abraham Flszbeln, and Lewis A. QpJer, (1987).**The Positive and** Stanley R. -
Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. VOL. 13, NO. 2,1987.
(29/10/2002).

.54

Johnson DAW.**The complex problem of treatment**. In: R Williams, JT Dalby, eds. -
Depression in schizophrenics. London : Plenum Press. 1989: 193–201.



الملاحق

ملحق رقم 01: إستمارة المقابلة نصف الموجهة



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة قاصدي مرباح - ورقلة

كلية العلوم الانسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية

التخصص:

التخصص: علم

الرتبة العلمية: النفس العيادي



الأستاذ (ة):

جامعة:

إستمارة لتحكيم محاور المقابلة

السلام عليكم ورحمة الله تعالى وبركاته،

أستاذي الفاضل/ أستاذتي الفاضلة،

تقوم الطالبة: ليلى تايب بدراسة علمية لنيل شهادة ماستر تخصص علم النفس عيادي بعنوان: " الإكتئاب و القلق لدى المرضى الفصامين ما بعد العلاج الدوائي _ دراسة عيادية لعشرة حالات (10) حالات بمصلحة الطب العقلي _ الحذب _ ورقلة " تحت إشراف الأستاذ: "محمد سليم خميس"

نرجوا من سيادتكم التكرم لقراءتها بعناية، لموافقتنا بالتعديلات و الاقتراحات و الملاحظات استنادا إلى:

◀ دقة الصياغة اللغوية للعبارات

◀ عدد الفقرات

◀ مدى ملائمة الفقرات لأفراد العينة

◀ تعديل ما ترونه غير مناسباً

و من أجل تسهيل عملكم، نقدم لكم فرضيات الدراسة كالاتي:

✓ يتسم مرضى الفصام بالإكتئاب ما بعد العلاج الدوائي؟

✓ يتسم مرضى الفصام بالقلق ما بعد العلاج الدوائي؟

و لكم منا سيدي سيدتي، أسمى عبارات التقدير و الشكر لحسن تعاونكم.

البيانات العامة:

الإسم:.....اللقب:.....

تاريخ

الولادة:.....العمر:.....

مكان

الولادة:.....

الحالة المدنية: أعزب: متزوج: مطلق: أرمل:

عدد الأولاد:.....أعمارهم:.....

العنوان:.....

نوع المسكن: سكن أرضي عمارة عدد

الغرف:.....

المستوى الاجتماعي: ميسورة: متوسطة: غير ميسورة

عدد الإخوة:.....

الذكور:.....الإناث:.....أعمارهم:.....

الرتبة بين الإخوة:.....

المهنة:.....

.....المستوى التعليمي:

.....ملاحظات:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

أولا محور قصة المرض:

....._إسم المرض:

....._درجة خطورته:

....._تاريخ

....._ظهوره:

....._عمر المريض أثناء ظهور المرض:

....._السوابق المرضية العائلية:

ثانيا/ محور العلاقات الإجتماعية:

1- هل تشارك في الأنشطة مع الآخرين ، لا = لماذا ؟

2- هل لديك العديد من الأصدقاء ؟ لا / نعم = لماذا ؟ -

- 3- هل تشعر أنك تثق في معظم الناس؟ - لا = لماذا؟ - نعم = هل هناك أشخاص محددون؟
- 4- هل تتشجار؟ نعم = أخبرني عنها / كم مرة؟
- 5- هل تفقد السيطرة على نفسك؟ - هل تحب معظم الناس؟ لا = لماذا؟
- 6- هل هناك بعض الناس الذين لا يحبونك؟ نعم = هل يتحدثون وراء ظهرك؟ نعم = ماذا يقولون؟

ثالثا/ محور الجانب الوجداني:

- 1- هل تشعر بالتوتر أو القلق؟ لا = هل أنت عادة ما تكون مرتاحا؟ لا = ما الذي يشعرك بالتوتر؟
- 2- هل تأثر نومك؟ هل كنت ترتجف؟
- 3- هل تأثر نومك، هل كنت ترتجف
- 4- كيف هو مزاجك؟ سيئ = ما الذي كان يزعجك؟
- 5- هل تشعر بالحزن دائما؟ هل يؤثر مزاجك على نومك / شهيتك / أنشطتك؟
- 6- هل لديك أفكار حول إيذاء نفسك أو إنهاء حياتك؟ هل حاولت الانتحار؟

رابعا/ الحياة الحلمية و النوم:

- 1- هل تنام بشكل جيد؟
- 2- هل تحلم؟ نعم = هل تتناوب أحلام مزعجة / كوابيس؟
- 3- هل عادة ما تخبر الآخرين عن ما تحلم؟

خامسا/ النظرة المستقبلية:

- 1- كيف ترى المستقبل؟
- 2- هل أنت متفائل بالمستقبل؟
- 3- هل لديك أهداف مستقبلية؟
- 4- بعد خروجك من المستشفى ما هو برنامجك الحياتي؟

الملحق رقم (02): دليل أسئلة المقابلة العيادية المنظمة SCI- PANSS

أهلاً أنا ،،،،، سنقضي هذه 30 إلى 40 دقيقة للتحدث عنك، وعن سبب وجودك هنا، هل يمكنك إخباري بشيء عن نفسك؟ (P2+N6+N3).

هل كنت تشعر بالتوتر أو القلق في الأسبوع الماضي؟ لا = هل أنت عادة ما تكون مرتاحانعم =
ما الذي يشعرك بالتوتر، هل تأثر نومك، هل كنت ترتجف ،،،؟ (G2)

هل كانت الأمور تسير على ما يرام بالنسبة لك؟هل يمكن أن تخبرني عن أفكارك حول الحياة، والغرض منها؟ بعض الناس يقولون لي أنهم يؤمنون بالشیطان (يتحدث لهم) ماذا ترى؟ هل يمكنك قراءة عقول الآخرين؟ نعم = كيف ذلك - هل يستطيع الآخرون قراءة أفكارك؟ - نعم = كيف ذلك؟ هل هناك أي سبب يجعل شخص آخر يقرأ أفكارك؟ (P1+G9).

كيف تقضي وقتك هذه الأيام؟هل تفضل البقاء وحيداً؟ هل تشارك في الأنشطة مع الآخرين ، لا = لماذا؟ هل تخاف من الناس - نعم = هل يمكنك أن تشرح - هل لديك العديد من الأصدقاء؟ لا / نعم = لماذا؟ - هل تشعر أنك تثق في معظم الناس؟- لا = لماذا؟ - نعم = هل هناك أشخاص محددون؟ هل تتشجار؟ نعم = أخبرني عنها / كم مرة؟ هل تفقد السيطرة على نفسك؟ - هل تحب معظم الناس؟ لا= لماذا؟ هل هناك بعض الناس الذين لا يحبونك؟ نعم = هل يتحدثون وراء ظهرك؟ نعم = ماذا يقولون؟ هل يتجسس أو يتآمر عليك أحد؟ هل تشعر بالخطر؟ نعم = هل حياتك في خطر؟هل ذهبت للشرطة؟ (P6+N4+G16)

هل لديك تجربة غير عادية من حين لآخر؟ في بعض الأحيان يخبرني أناس عن سماع أصوات لا يستطيع الآخرون سماعها ماذا عنك؟ لا = هل تتلقى رسائل من المذيع أو التلفاز؟ لا = من الله أو الشيطان؟ نعم = ماذا تسمع؟هل هي عالية مثل صوتي؟ كم مرة تسمعها؟هل تحدث في وقت معين من اليوم؟ هل تعرف من يتحدث اليك؟ ماذا تقول الأصوات؟هل يعطونك أوامر أو

تعليمات؟ نعم = ماذا يقولون / هل تطيعها؟ في رأيك من أين أنت؟ هل تصاب بأحاسيس غريبة في جسمك؟ هل ترى أشياء لا يستطيع الآخرون سماعها؟ (P3)

◀ كيف تشعر تجاه صحتك؟ غير جيد = ما الذي يزعجك؟ جيد = هل تعتبر أنك في أفضل صحة – هل لديك مرض؟ هل تغير شكلك؟ (G1)

◀ كيف كان مزاجك في الأسبوع الماضي؟ سيئ = ما الذي كان يزعجك؟ هل تشعر بالحزن طوال الوقت؟ هل كنت تبكي؟ هل يؤثر مزاجك على نومك/شهيتك؟

هل تشارك بشكل أقل في الأنشطة بسبب مزاجك؟ هل كانت لديك أفكار لإيذاء نفسك؟ نعم = أفكار حول إنهاء حياتك؟ نعم = هل حاولت الإنتحار؟ (G6)

◀ إذا قارنت نفسك بشخص آخر كيف تكون؟ أسوء = كيف تشعر تجاه نفسك؟ –أفضل = هل أنت مميز في بعض النواحي؟/ هل أنت موهوب؟

هل لديك قدرات لا يمتلكها الآخرون؟ نعم = كيف؟ / هل تقرأ أفكار الآخرين؟ هل أنت غني جداً؟ (P5+ G3)

◀ هل يمكن أن تخبرني ما تاريخ اليوم؟ أين أنت؟ في أي جناح أنت؟ ما إسم الطبيب الذي يعالجك؟ من هو رئيس البلاد؟ (G10)

◀ أريد أن أخبرك كلمتين وأنت أخبرني فيما يتشابهان (تفاحة/موز) ماهو القاسم المشترك بينهما؟ (يمكن إعطائه قائمة لأشياء ونطلب منه إعطاء أوجه التشابه) (لإجابة الملموسة) (كلاهما يؤكل/لهما قشرة) (إعطائه مثال شعبي ونطلب منه ماذا يعني) (N5)

◀ منذ متى وأنت في المستشفى؟ لماذا أتيت؟ هل كنت بحاجة إلى الدخول إلى المستشفى؟ لا = لديك مشكلة تحتاج إلى العلاج؟

نعم = تعتقد أنك تعاني من مشكلة نفسية أو عقلية؟ نعم = ماذا عندك؟ هل تحتاج إلى تناول الدواء؟

هل ترى أنك يجب أن تخرج من المستشفى؟ هل تتناول الدواء بعد خروجك؟ ماهي خططك المستقبلية؟ اهدفك؟ (G12).

الملحق رقم (03): مقياس المتلازمة السلبية والإيجابية PANSS

			غياب	الحد الأدنى	خفيفة	متوسط	متشدد إلى	متشدد	متطرف
سُلّم الأعراض الموجبة									
p	1	أوهام	1	2	3	4	5	6	7
p	2	خلط المفاهيم	1	2	3	4	5	6	7
p	3	نشاط هلوسي	1	2	3	4	5	6	7
p	4	إثارة	1	2	3	4	5	6	7
p	5	أفكار العظمة	1	2	3	4	5	6	7
p	6	إرتياب /إضطهاد	1	2	3	4	5	6	7
p	7	عدائية	1	2	3	4	5	6	7
سُلّم الأعراض السالبة									
N	1	تقلص التعبير العاطفي	1	2	3	4	5	6	7
N	2	الانسحاب العاطفي	1	2	3	4	5	6	7
N	3	قلة العلاقات	1	2	3	4	5	6	7
N	4	الانسحاب الإجتماعي السلبي	1	2	3	4	5	6	7
N	5	صعوبة التجريد	1	2	3	4	5	6	7
N	6	غياب العفوية والطلاقة في المحادثة وتدفق الحوار	1	2	3	4	5	6	7
N	7	التفكير النمطي	1	2	3	4	5	6	7
سُلّم الأعراض النفسية المرضية العامة									
G	1	شكاوى جسدية	1	2	3	4	5	6	7
G	2	القلق	1	2	3	4	5	6	7
G	3	الشعور بالذنب	1	2	3	4	5	6	7
G	4	التوتر	1	2	3	4	5	6	7
G	5	إضطراب السلوك والوضعيات	1	2	3	4	5	6	7
G	6	الإكتئاب	1	2	3	4	5	6	7
G	7	تباطؤ الأداء الحركي	1	2	3	4	5	6	7
G	8	عدم التعاون	1	2	3	4	5	6	7
G	9	محتوى تفكير غير عادي	1	2	3	4	5	6	7
G	10	الإرتباك	1	2	3	4	5	6	7
G	11	قلة الإنتباه	1	2	3	4	5	6	7

G	12	غياب أو قلة الإستبصار والوعي بالإضطراب	1	2	3	4	5	6	7
G	13	إضطراب الإرادة/الإختيارات	1	2	3	4	5	6	7
G	14	ضعف التحكم في الإنفعالات	1	2	3	4	5	6	7
G	15	إنهماك مفرط بالذات	1	2	3	4	5	6	7
G	16	التجنب الإجتماعي (الأنشطة)	1	2	3	4	5	6	7

الملحق رقم (04): مقياس بيك للإكتئاب

الاسم: تاريخ الميلاد:

المستوى التعليمي: تاريخ اليوم:

الحالة الاجتماعية:

المهنة: مستشفى / عيادة:

الدرجة:

التصنيف:

تعليمات

في هذه الكراسة إحدى و عشرون من العبارات، الرجاء أن تقرأ كل مجموعة على حده، و ستجد أن كل أربع منها تتناول موضوعا معيناً اختر عبارة واحدة ترى أنها تصف حالتك و مشاعرك خلال هذا الأسبوع، ثم ضع دائرة حول رقم العبارة التي تختارها (0، 1، 2، 3).

تأكد من قراءة عبارات كل مجموعة قراءة جيدة قبل أن تختار واحدة منها، و تأكد أنك أجبت على كل مجموعة.

أولاً/

- 0- لا أشعر بالحزن.
- 1- أشعر بالحزن.
- 2- أشعر بالحزن طوال الوقت، و لا أستطيع أن أتخلص منه.
- 3- انني حزين بدرجة لا أستطيع تحملها.

ثانياً/

- 0- لست متشائماً بالنسبة للمستقبل.
- 1- أشعر بتشائم بالنسبة للمستقبل.
- 2- أشعر بأنه ليس هناك شيء يشدني للمستقبل.
- 3- أشعر بأن المستقبل لا أمل فيه و أن الأمور لن تتحسن

ثالثاً/

- 0- لا أشعر بأي فاشل.
- 1- أشعر أنني فشلت أكثر من المعتاد.

2- عندما أنظر إلى ما مضى من سنوات عمري فأنا لا أرى سوى الفشل الذريع.

3- أشعر بأنني شخص فاشل تماما.

رابعاً/

0- أستمتع بدرجة كافية بجوانب الحياة كما اعتدت من قبل.

1- لا أستمتع بجوانب الحياة على النحو الذي تعودت عليه.

2- لم أعد احصل على استمتاع حقيقي في أي شيء في الحياة.

3- لا أستمتع إطلاقاً بأي شيء في الحياة.

خامساً/

0- لا أشعر بالذنب.

1- أشعر بأنني قد أكون مذنباً.

2- أشعر بشعور عميق بالذنب في أغلب الأوقات.

3- أشعر بالذنب بصفة عامة.

سادساً/

0- لا أشعر بأنني ألتقي عقاباً.

1- أشعر بأنني قد أتعرض للعقاب.

2- أتوقع أن أعاقب.

3- أشعر بأنني ألتقي عقاباً.

سابعاً/

0- لا أشعر بعدم الرضا عن نفسي.

1- أنا غير راض عن نفسي.

2- أنا ممتعض من نفسي.

3- أكره نفسي.

ثامناً/

0- لا أشعر بأنني أسوأ من الآخرين.

1- أنقد نفسي بسبب ضعفي و أخطائي.

2- ألوم نفسي معظم الوقت على أخطائي.

3- ألوم نفسي على كل شيء سيئ يحدث.

تاسعاً/

0- أشعر بضيق من الحياة.

1- ليس لي رغبة في الحياة.

- 2- أصبحت أكره الحياة.
- 3- أتمنى الموت إذا وجدت فرصة لذلك

عاشرا/

- 0- لا أبكي أكثر من المعتاد.
- 1- أكبر الان أكثر من ذي قبل.
- 2- أبكي طوال الوقت.
- 3- لقد كنت قادرا على البكاء فيما مضى و لكنني الان لا أستطيع البكاء حتى لو كانت لي رغبة في ذلك.

الحادي عشر/

- 0- لست متوترا أكثر من ذي قبل.
- 1- أتضايق أو أتوتر بسرعة أكثر من ذي قبل.
- 2- أشعر بالتوتر كل الوقت.
- 3- لا أتوتر أبدا من الأشياء التي كانت توترني فيما مضى.

الثاني عشر/

- 0- لم أفقد الاهتمام بالناس الآخرين.
- 1- إنني أقل اهتماما بالآخرين مما اعتدت أن أكون.
- 2- لقد فقدت معظم اهتمامي بالناس الآخرين.
- 3- لقد فقدت كل اهتمامي بالناس الآخرين.

الثالث عشر/

- 0- اتخذ قرارات على نفس المستوى الذي اعتدت عليه.
- 1- لقد توقفت عن اتخاذ القرارات بصورة أكبر مما مضى.
- 2- أحد صعوبة أكبر في اتخاذ القرارات عما كنت أقوم به.
- 3- لم أعد أستطيع اتخاذ القرارات على الإطلاق.

الرابع عشر/

- 0- لا أشعر أنني أبدو في حالة أسوأ عما اعتدت أن أكون.
- 1- يقلقني أن أبدو أكبر سنا و أقل حيوية.
- 2- أشعر بأن هناك تغيرات مستديمة في مظهري تجعلني أبدو أقل حيوية.
- 3- أعتقد أنني أبدو قبيحا.

الخامس عشر/

- 0- أستطيع أن أقوم بعملتي كما تعودت.
- 1- أحتاج لجهد كبير لكي أبدأ في عمل شئ ما.

2-إن علي أن اضغط على نفسي بشدة لعمل أي شيء.

3-لا أستطيع أن أقوم بعمل أي شيء على الإطلاق

السادس عشر/

0-أستطيع أن أنام كالمعتاد.

1-لا أنام كالمعتاد.

2-استيقظ قبل موعدي بساعة أو ساعتين و أجد صعوبة في النوم مرة أخرى.

3-استيقظ قبل بضعة ساعات من موعدي المعتاد و لا أستطيع العودة للنوم مرة أخرى.

السابع عشر/

0-لا أشعر بتعب أكثر من المعتاد.

1-أتعب بسرعة عن المعتاد.

2-أتعب من القيام بأي جهد في عمل أي شيء.

3-إنني أتعب لدرجة أنني لا أستطيع أن أقوم بأي عمل.

الثامن عشر/

0-إن شهيتي للطعام ليست أقل من المعتاد.

1-إن شهيتي للطعام ليست جيدة كالمعتاد.

2-إن شهيتي للطعام أسوأ كثيرا الان.

3-ليس لدي شهية على الإطلاق في الوقت الحاضر.

التاسع عشر/

0-لم ينقص وزني في الاونة الأخيرة.

1-فقدت أكثر من كيلو جرامات من وزني.

2-فقدت أربعة كيلو جرامات من وزني.

3-فقدت ستة كيلو جرامات من وزني.

العشرون/

0-لست مشغولا على صحي أكثر من السابق.

1-اني مشغول جدا ببعض المشكلات البدنية مثل الأوجاع واضطرابات المعدة والإمساك.

2-اني مشغول جدا ببعض المشكلات اليومية ومن الصعب أن أفكر في أي شيئا خر.

3-اني مشغول جدا ببعض المشكلات البدنية لدرجة أنني لا أستطيع أن أفكر في أي شيئا خر.

الواحد والعشرون/

0-لم ألاحظ أي تغيرات حديثة في اهتماماتي الجنسية.

1-انني أقل اهتماما بالجنس عن المعتاد.

2-لقد قل الان اهتمامي بالجنس كثيرا.

3-لقد فقدت اهتمامي بالجنس تماما.

الملحق رقم (05): مقياس تايلور للقلق الصريح

ضع علامة (X) أمام الإجابة التي تنطبق عليك (نعم/ لا)
أجب على كل الأسئلة من فضلك....

م	العبارة	نعم	لا
1	نومي مضطرب ومتقطع	نعم	لا
2	مرت بي أوقات لم أستطع خلالها النوم بسبب القلق	نعم	لا
3	مخاوفي قليلة جدا بالمقارنة بأصدقائي	نعم	لا
4	اعتقد أنني أكثر عصبية من معظم الناس	نعم	لا
5	تنتابني أحلام مزعجة (أو كوابيس) كل عدة ليالي	نعم	لا
6	لدي متاعب أحيانا في معدتي	نعم	لا
7	غالبا ما ألاحظ أن يداي ترتجفان عندما أحاول القيام بعمل ما	نعم	لا
8	أعاني أحيانا من نوبات إسهال	نعم	لا
9	تثير قلقي أمور العمل و العمال	نعم	لا
10	تصيبني نوبات من الغثيان (غمادات النفس)	نعم	لا
11	كثيرا أخشى أن يحمر وجهي خجلا	نعم	لا
12	أشعر بجوع في كل الأوقات تقريبا	نعم	لا
13	أثق في نفسي كثيرا	نعم	لا
14	أتعب بسرعة	نعم	لا

15	يجعلني الانتظار عصيبا	نعم	لا
16	أشعر بالإثارة لدرجة ان النوم يتعذر علي	نعم	لا
17	عادة ما أكون هادئا	نعم	لا
18	تمر بي فترات من عدم الإستقرار لدرجة أنني لا أستطيع الجلوس مقعدي	نعم	لا
19	لا أشعر بالسعادة في معظم الوقت	نعم	لا
20	من السهل أن اركز ذهني في عمل ما	نعم	لا
21	أشعر بالقلق على شيء ما، أو شخص ما، طوال الوقت تقريبا	نعم	لا
22	لا أتهيب الازمات و الشدائد أبدا	نعم	لا
23	أود أن أصبح سعيدا كما يبدو الاخريين	نعم	لا
24	كثيرا ما أجد نفسي قلقا على شيء ما	نعم	لا
25	أشعر أحيانا و بشكل مؤكد أنه لا فائدة مني	نعم	لا
26	أشعر أحيانا أنني أتمزق	نعم	لا
27	أعرق بسهولة حتى في الأيام الباردة	نعم	لا
28	الحياة صعبة بالنسبة لي في اغلب الأحيان	نعم	لا
29	لا يقلقني ما يحتمل أن أقابله من سوء حظ	نعم	لا
30	إنني حساس بدرجة غير عادية	نعم	لا
31	لاحظت ان قلبي يخفق بشدة وأحيانا تتهيج نفسي	نعم	لا
32	لا أبكي بسهولة	نعم	لا
33	حشيت اشياء أو أشخاص أعرف أنهم لا يستطيعون إيدائي	نعم	لا
34	لدي قابلية للتأثر بالأحداث تأثرا شديدا	نعم	لا
35	كثيرا ما أصاب بصدا ع	نعم	لا
36	لا بد أن أعترف بأنني شعرت بالقلق على أشياء لا قيمة لها	نعم	لا

37	لا أستطيع أن أركز تفكيري في شيء واحد	نعم	لا
38	لا أرتبك بسهولة	نعم	لا
39	أعتقد أحيانا أنني لا أصلح بالمرّة	نعم	لا
40	أنا شخص متوتر جدا	نعم	لا
41	أرتبك أحيانا بدرجة تجعل العرق يتساقط مني بصورة تضايقني	نعم	لا
42	يحمّر وجهي خجلا بدرجة اكبر عندما اتحدث للآخرين	نعم	لا
43	انا اكثر حساسية من غالبية الناس	نعم	لا
44	مرت بي أوقات شعرت خلالها بتراكم الصعاب بحيث لا أستطيع	نعم	لا
45	اكون متوترا للغاية أثناء القيام بعمل ما	نعم	لا
46	يادي و قدماي باردتان في العادة	نعم	لا
47	أحيانا أحلم بأشياء أفضل الإحتفاظ بها لنفسني	نعم	لا
48	لا تتقضي الثقة بالنفس	نعم	لا
49	أصاب أحيانا بالإمساك	نعم	لا
50	لا يحمّر وجهي أبدا من الخجل	نعم	لا

الاسم	
الدرجة	
التصنيف	

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة الصحة

مديرية الصحة والسكان لولاية ورقلة

المؤسسة الاستشفائية المتخصصة

مستشفى الأمراض العقلية ورقلة

مقرر ترخيص

رقم: 557/2023

- بمقتضى الأمر رقم 03-06 المؤرخ ف 19 جمادى الثانية 1427 الموافق 15 يوليوز 2006 المتضمن القانون الأساسي العام للوظيفة العمومية، المتمم.
- بمقتضى المرسوم الرئاسي رقم 308-07 المؤرخ في 17 رمضان عام 1428 الموافق لـ 29 سبتمبر سنة 2007 الذي يحدد الشبكة الاستدلالية لمرتبات الموظفين ونظام دفع رواتبهم، المعدل والمتمم.
- بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 99-90 المؤرخ في 27 مارس 1990 المتعلق بسلطة التعيين والتسيير الإداري بالنسبة لموظفين وأعوان الإدارات المركزية والولايات والمؤسسات العمومية ذات الطابع الإداري.
- وبمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 142-19 المؤرخ في 23 شعبان عام 1420 الموافق لـ 29 أبريل سنة 2019، يتعمم قائمة المؤسسات الاستشفائية المتخصصة الملحقة بالمرسوم التنفيذي رقم 465-97 المؤرخ في 20 شعبان عام 1418 الموافق لـ 02 ديسمبر سنة 1997 الذي يحدد قواعد انشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها.
- بناء على طلب الترخيص الوارد اليينا من جامعة قاصدي مرباح ورقلة كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية المتضمن تقديم مساعدة من أجل القيام التريض الميداني (الدراسة الميدانية) للطلبة سنة الثانية ماستر تخصص علم النفس العيادي.
- بناء على طلب المعنية المتضمن ترخيص بإجراء تريض تطبيقي من أجل القيام بالدراسة الميدانية للطلبة سنة الثانية ماستر تخصص علم النفس العيادي بتاريخ 2023-11-23.
- بناء على موافقة المدير بتوجيه الطالبة لدى المشرف السيد: غرابية محمد الطيب رتبة نفساني عيادي للصحة العمومية.

يقدر

المادة الأولى: يرخّص السيد(ة): تايب ليلي بصفتها طالبة سنة الثانية ماستر تخصص علم النفس العيادي لدى مكتب السيد: غرابية محمد الطيب) ابتداء من تاريخ التوقيع هذا مقرر الى غاية نهاية التريض.

المادة الثانية: يكلف السيد مدير المساعد لإدارة الوسائل ورئيس المصلحة كل فيما يخصه بتنفيذ هذا المقرر.

ورقلة في: 2.6 نوفمبر 2023

المدير
محمّد بن عبد الله
مستشفى الأمراض العقلية ورقلة