المركز الوطني
لتعزيز الصحة النفسية

مقالات

في الصحة النفسية

إعداد: د. ريان بن سعد الصعب

رؤية VISION 2030
المملكة العربية السعودية
KINGDOM OF SAUDI ARABIA

ⓒ المركز الوطني لتعزيز الصحة النفسية ، ١٤٤٤هـ

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر

الصعب ، ريان سعد
مقالات في الصحة النفسية. / ريان سعد الصعب .- الرياض ، ١٤٤٤هـ

..ص ؛ ..سم

ردمك: ١-٢-٩٢٠٢٧-٦٠٣-٩٧٨

١- الصحة النفسية أ.العنوان

ديوي ١٥٧,٢ ١٤٤٤/١٠٨٧٨

رقم الإيداع: ١٤٤٤/١٠٨٧٨
ردمك: ١-٢-٩٢٠٢٧-٦٠٣-٩٧٨

بسم الله الرحمن الرحيم

صفحة المحتويات

الموضوع	رقم الصفحة
المقدمة	٥
محطات في تاريخ الطب النفسي	٧
نظرة على تاريخ البينزوديازبينات	٢٢
نظرة على تاريخ المهلوسات	٢٧
ما مقدار العنف الناتج عن المرض النفسي؟	٣٣
الانتحار	٣٧
إدمان الإباحية	٥١
اكتئاب ما حول الولادة	٥٦
تغيرات الحالة المزاجية أثناء الدورة الشهرية	٦٣
الغذاء والصحة النفسية	٧٤
قائمة البقالة لصحة نفسية أفضل	٧٧
ما هي الأنظمة الغذائية التي تساعد في علاج فرط الحركة وتشتت الانتباه؟	٨٢
الأدوية الجنيسة واستقلاب الدواء	٨٧
المراجع	٩٣

المقدمة

هذا الكتيب يحتوي على مقالات متنوعة بطريقة علمية

مبسطة وذلك في مجال الصحة النفسية.

محطات في

تاريـــخ

الطب النفسي

رؤيـــة VISION 2030
المملكة العربية السعودية
KINGDOM OF SAUDI ARABIA

مـــا قبـــل القـــرن الخامس قبل الميلاد

- كان يفسر حدوث المرض النفسي إما بسبب تلبس شيطاني، الكسوف، جاذبية الكواكب، والخطايا.
- ثَقب الجمجمة أو النقب عُرف بوصفه أقدم طريقة علاجية، لعلاج الأمراض الخاصة بالدماغ، والتي كانت أقرب إلى التعذيب منها إلى العلاج.

6500 قبل الميلاد تم العثور على أول دليل على الإجراء الجراحي للنقب في فرنسا.

القرن الرابع - الخامس قبل الميلاد:

اعتقد أبقراط وديموقريطس أن الاضطرابات النفسية لها أسباب فسيولوجية ولا تحدث بسبب قوى خارجية.

القرن الثالث قبل الميلاد:

بني أول مستشفى للمرضى المصابين باضطرابات نفسية في الهند.

القرن التاسع بعد الميـــلاد

أنشئ أول بيمارستان (مستشفى إسلامي) في بغداد به جناح منفصل للمرضى المصابين باضطرابات نفسية.

• عام 1621

نشر روبرت بيرتون "تشريح الكآبة"، أول كتاب طبي معروف يصف الاكتئاب السريري.

• عام 1758

كتب ويليام باتي "رسالة في الجنون". حيث كان يعتقد أن الاضطرابات النفسية ناتجة عن خلل في الدماغ المادي.

• عام 1797

أسس كل من مارجريت وجان بابتيست بوسين "العلاج المعنوي " للمرضى. كانت السترات لا تزال مستخدمة والأبراج المحصنة المظلمة تم استبدالها بغرف مشمسة جيدة التهوية.

• عام 1808 - 1816

يوهان سي رييل يصوغ مصطلح الطب النفسي.

• عام 1809

يصف فيليب بينيل أولا الخرف المبكر (الفصام).

• عام 1888

يقوم الطبيب السويسري جوتليب بوركهارت بإجراء أول جراحة نفسية حيث قام بإزالة أجزاء من الدماغ لستة مرضى يعانون من الفصام.

• عام 1901

ينشر فرويد كتابه علم النفس المرضي في الحياة اليومية.

• عام 1917

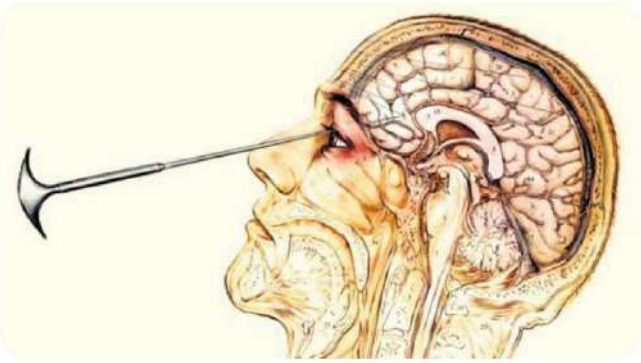
أدخل الطبيب و رئيس قسم الطب النفسي في جامعة فيينا د.يوليوس فون فاغنر جوريج العلاج بالملاريا في العام ١٩١٧. حيث كان يتم حقن الدم من مرضى الملاريا في مرضى آخرين يعانون من الذهان المزمن، والذين غالبًا ما يتم تشخيصهم بالفصام، وأحياناً الشلل العام للمجنون (GPI، أو مرض الزهري العصبي). حيث لوحظ أن مرضى الذهان حين يصابون بحمى الملاريا تتحسن أعراض الذهان لديهم. اعتبر كعلاج ثوري لأنه أظهر لأول مرة أن الحالة الذهانية يمكن أن تعالج بالتدخل البيولوجي. كذلك أثبت حقيقة أن بعض الحالات النفسية كانت أمراضًا بيولوجية. نتيجةً لذلك نال الدكتور فون فاغنر جائزة نوبل في العام ١٩٢٧ ليصبح بذلك أول طبيب نفسي يحصد الجائزة. قد يكون العلاج بالملاريا نجح في الواقع مع العديد من مرضى الذهان، ولكن لا نستطيع معرفة مقدار تحسن المرضى في ظل غياب دراسات تشمل مجموعة مرجعية. إذا كان كذلك، فمن المحتمل أن تتضمن آلية العلاج حقيقة أن العديد من حالات الذهان في أوائل القرن العشرين تضمنت مرض الزهري العصبي حيث أن مرض الزهري العصبي لا يمكن تمييزه في العديد من مراحله عن الهوس والاكتئاب والفصام. حيث تعتبر البكتيريا الملتوية حساسة للحرارة وعندما تحدث حمى الملاريا، تقتل الحرارة البكتيريا الملتوية في الدماغ، لاحقاً تمت معالجة البكتيريا المسببة لمرض الزهري بشكل أكثر فاعلية مع إدخال البنسلين في الأربعينيات وبحلول الخمسينيات من القرن الماضي قضي على مرض الزهري العصبي، لذا يمكن اعتبار البنسلين العلاج النفسي الأكثر فاعلية على الاطلاق.

• عام 1927

تم إدخال المعالجة بالصدمة الأنسولينية في عام ١٩٢٧ من قبل الطبيب النفسي النمساوي مانفريد ساكل. حيث يتم إعطاء جرعات عالية من الأنسولين على مدى أسابيع أو أشهر للحث على إحداث نقص حاد في سكر الدم مما يتسبب في حدوث الغيبوبة، بعد ذلك يتم إعطاء الجلوكوز للمريض وذلك بعد غيبوبة قصيرة وذلك لإعادة المريض إلى وعيه. كان الخطر هو أن الغيبوبة يمكن أن تؤدي إلى الوفاة إذا كان نقص السكر في الدم شديدًا أو سريعًا.

كان المرضى يتحسنون في كثير من الأحيان وغالبًا ما كان هؤلاء المرضى مصابين بالفصام، أو نوع من الحالة الذهانية المزمنة الشديدة. لاحظ الأطباء النفسيون أن غيبوبة الأنسولين تساعد في تحسن أعراض الذهان. لكن من الصعب معرفة ما إذا كان هذا هو الحال في الواقع، حيث لم يتم استخدام مجموعات تحكم. وإذا كانت هناك فائدة حقيقية لغيبوبة الأنسولين، فإن إحدى الآليات المحتملة هي كون الغيبوبة تحرض النوبات لدى بعض المرضى، والتي قد تساعد بنفس الطريقة التي ساعد بها العلاج بالصدمات الكهربائية لاحقًا. تم استخدام هذه المعالجة في الولايات المتحدة بشكل بارز في الثلاثينيات وحتى الخمسينيات من القرن الماضي. وكذلك من حين لآخر في أوروبا حتى الثمانيات في بعض المستشفيات.

• عام 1936



يقوم والتر فريمان بإجراء أول عملية جراحية في الفص الجبهي في الولايات المتحدة في جامعة جورج واشنطن في واشنطن العاصمة بحلول عام ١٩٥١، تم إجراء أكثر من ١٨ ألف عملية جراحية من هذا القبيل.

• عام 1938

أجرى الدكتور أوغو سيرليتي أول علاج بالصدمات الكهربائية في عام ١٩٣٨ على مهندس إيطالي كان يهلوس ويتوهم بأنه كان "متأثرا تخاطريا". وبعد ١١ جلسة (دون تخدير)، تعافى تماماً وخرج من المستشفى.

• عام 1949

يكتشف جون كيد فعالية الليثيوم في علاج الهوس:

في العام ١٩٤٩ أعيد اكتشاف المعدن الأكثر خفة الليثيوم وذلك عندما قرر جون كيد الطبيب الاسترالي اختبار فرضية طورها أثناء فترة أسره في معسكر لأسرى الحرب في سنغافورة بعد سقوطها بيد الاحتلال الياباني خلال الحرب العالمية الثانية. الفرضية تقترح أن الهوس والاكتئاب يمثلان خللًا في التمثيل الغذائي للنتروجين (سواءً ارتفاع المستوى أو نقصانه). بعد جمعه لعينات البول من مرضى الهوس والاكتئاب والفصام

وآخرين لا يعانون من أي مرض نفسي حقنها في خنازير غينيا مما أدى لموتها جميعًا. وخلص إلى أن المنتج النيتروجيني، اليوريا، ربما كان يعمل كسم، رغم ذلك لم يكن لجرعة مماثلة من اليوريا المختبرية النقية نفس التأثير. مما جعل كيد يحول نظره الى مركب أخر ألا وهو حمض يوريك أسيد أو حمض البول والذي بدوره قد يزيد من سمية اليوريا. كجزء من جهوده لدراسة حمض اليوريك، خلص الى أن يورات الليثيوم "والذي اختارها للدراسة وذلك لمجرد كونها أكثر أشكال حمض اليوريك قابلية للذوبان " قللت بالفعل من سمية اليوريا. على الرغم من أنه افترض في البداية أن هذا التأثير ناتج عن حمض اليوريك، إلا أنه ضمن ملحًا مختلفًا من الليثيوم (كلوريد الليثيوم) فقط للتأكد ووجد أن ملح كلوريد الليثيوم يوفر أيضًا نفس الحماية من سمية اليوريا، حيث أصبحت خنازير غينيا أكثر هدوءً عندما تعامل معها.

وعلى الرغم من أن الليثيوم كان يُعطى للبشر لسنوات عديدة، إلا أن كيد جرب الليثيوم على نفسه لتحديد الجرعات الآمنة. ثم أعطاها بعد ذلك لعشرة من مرضى الهوس وذكر في ورقة نشرت عام ١٩٤٩ في المجلة الطبية الأسترالية أن أعراضهم قد تحسنت كثيراً، وأن خمسة من هؤلاء الأشخاص الذين يعانون من مرض مزمن تمكنوا من الخروج من المستشفى. كان مريض كيد الاول السيد WB والذي اعتبر كيد حالته في البداية من أكثر الحالات التي ساعد فيها الليثيوم على الاستقرار لكن ذلك أدى الى الكثير من الآثار الجانبية، واضطر كيد الى ايقاف وارجاع الليثيوم عدت مرات كون حالته مزمنة ومستعصية. وبعد مرور عام، وأثناء تنويمه نتيجة حالة هوس شديدة، استأنف كيد الليثيوم بمستويات علاجية لكن السيد WB، والذي ربما كان مصاباً بعدوى، عانى من عدد من التشنجات ودخل في غيبوبة ومن ثم توفي. مما أثار قلق كيد وبالتالي تم التخلي عن استخدام الليثيوم بسبب سميته. لذا كان على الباحثين الآخرين من بعد كيد متابعة اكتشافه وتحديد كيفية استخدام الليثيوم بأمان لعلاج الهوس. في الواقع، أجريت أولى التجارب السريرية العشوائية في الطب النفسي في أوائل الخمسينيات من القرن الماضي كتقييمات متابعة لتقرير كيد والذي تضمن ست حالات.

• عام 1951

تم نشر الدراسات التي تفيد بأن عقار ايمبرامين imipramine قد يكون قادرًا على تقليل الاكتئاب. بعد ثماني سنوات، وافقت إدارة الغذاء والدواء الأمريكية على استخدامه في الولايات المتحدة تحت اسم Tofranil.

– كانت باولا جي اف أول مريضة تتلقى مضاد اكتئاب حديث. كان طبيبها النفسي رولاند كون محللًا نفسيًا سويسريًا بارزًا في عصره، ولكنه كان أيضًا مهتماً بالطب النفسي العضوي، حيث كان أحد الرواد في استخدام جهاز التخطيط الكهربائي للدماغ. في ذلك الوقت، كان يتم اختبار مضادات الهيستامين لمجموعة متنوعة من الاستخدامات النفسية، من التخدير إلى الخصائص المضادة للذهان. ووصف الدكتور كون لـ بولاج. ف مضاداً للهيستامين من ابتكار شركة غايغي والمعروف باسم "G22355" في يناير من عام ١٩٥٦. وبعد ستة أيام من جرعتها الأولى تغيرت حال باولا. ثم عالج كون ٤٠ مريضاً آخر بالمركب، ووصف الاستجابات بأنها "لا تصدق على الإطلاق". سمي المركب فيما بعد باسم "إيميبرامين" وأصبح المعيار الذهبي لعلاج الاكتئاب على مدى السنوات الـ ٣٥ التالية.

• عام 1952

– يتم اختبار عقار كلوربرومازين المضاد للذهان على مريض في مستشفى عسكري في باريس. وتتم الموافقة على استخدامه في الولايات المتحدة في عام ١٩٥٤.

– تم اكتشاف أول دواء مضاد للذهان بواسطة جراح بحري فرنسي يدُعى هنري لابوريت. لم يكن لدى الدكتور لابوريت اهتمام كبير بالطب النفسي، لكنه كان يبحث بشغف عن طريقة لعلاج الجنود الجرحى الذين أصيبوا بالصدمة. في يونيو ١٩٥١، حصل على دواء من شركة الأدوية الفرنسية

Rhone-Poulenc والذي وصف بأنه فعال في "تقوية" أدوية التخدير المستخدمة أثناء الجراحة. وجده لاوبريت مفيداً جداً، لكنه أشار إلى إحساس غريب باللامبالاة النفسية كأثر جانبي للمركب، كان ذلك المركب الفينوثيازين الملقب بـ "RP4560" والذي سُمي لاحقًا باسم "كلوربرومازين"، أقنع لابوريت بعض الزملاء من الأطباء النفسيين بتجربته على مرضاهم. وكان أول مريض حصل عليه هو جاك إل، ٢٤ عامًا والذي كان في خضم نوبة هوس وذلك في ١٩ يناير من عام ١٩٥٢. سرعان ما انتشرت أخبار الدواء في جميع أنحاء فرنسا، وفي العام التالي اكتشفه الأطباء النفسيون الأمريكيون.

– في هذا العام أيضاً نشرت جمعية الطب النفسي الأمريكية الدليل التشخيصي الإحصائي الأول.

• عام 1953

بلغ عدد المرضى في المصحات النفسية ذروته عند ٥٦٠ ألف.

• عام 1960

كان ارثر ساكلر مع إخوته الثلاثة يمتلكون ويحررون مجلة علم الأحياء النفسية السريرية التجريبية (the Journal of Clinical and Experimental Psychobiology)، والتي نشرت في عام ١٩٥٨ تجربة لـ L-Glutavite لعلاج الفصام. حقق هذا الفيتامين الحاصل على براءة اختراع نجاحاً ملحوظاً في هذه ا لتجربة، مما سمح لـ ٧٠٪ من أولئك الذين تناولوه بالعيش بشكل مستقل فيما يشبه الشفاء من المرض. كان ساكلر يمتلك الشركة التي صنعت L-Glutavite ، وقام بإدراجها للبيع في بورصة نيويورك في اليوم الذي نشرت فيه الدراسة. بيعت الشركة بنصف مليون في ذلك الوقت، لكن من اشترى L-Glutavite لم يكن قادراً

على تكرار نجاح ساكلر مع العقار. حيث فشلت التجارب اللاحقة في إثبات فعاليته في علاج الفصام.

L-Glutavite عبارة عن مزيج من فيتامين ب والجلوتامات أحادية الصوديوم – المعروف باسم MSG – محسن النكهة سيء السمعة في العديد من الأطباق الآسيوية. بذلك كان ساكلر يعالج مرض الفصام عن طريق زيادة الغلوتامات، والتي يعتقد اليوم أن زيادة الغلوتامات هي أحد الأسباب الرئيسية لمرض الفصام. لخص ألين فرانسيس، محرر DSM-IV ، الأمر بهذه الطريقة في نيويورك تايمز في عام ٢٠١٧، "يمكن أن تنسب معظم الممارسات المشكوك فيها والتي دفعت صناعة الأدوية إلى الآفة التي هي عليها اليوم إلى ارثر ساكلر". لم يكن فرانسيس يشير فقط إلى الجلوتافيت حيث جنى المؤلف ساكلر معظم ثروته الهائلة من خلال اختراع مجال الإعلانات الطبية، كل تلك الإعلانات التي نراها في المجلات الطبية تشير إلى براعة ساكلر. كان ساكلر يرى بأنه إذا ما وجد دواء يساعد في التعامل مع الحياة الحديثة وهمومها سيصبح رائجاً، وفي عام ١٩٦٠ وجد ضالته في الكلورديازيبوكسيد (Librium)، أول بنزوديازيبين. كانت شركة Sackler مسؤولة عن التسويق لشركة Librium وخليفته الديازيبام (الفاليوم)، والذي يعد بالمناسبة أحد مستقلابات Librium، أصبحت هذه الأدوية رائجة واستمر هذا الوضع إلى أن ١ من كل ٨ أمريكيين يتناولون البنزوديازيبين.

- عام 1963

قبل مضادات الاكتئاب وقبل البنزوديازيبينات، كانت أول أعجوبة في علم الأدوية النفسي الحديث هي مضادات الذهان. قدمت هذه الأدوية أول لمحة عن علاج مرض الفصام، وبعد إطلاقها في أوائل الخمسينيات من القرن الماضي، بدأ صانعو القرار في التساؤل عما إذا كنا سنحتاج حتى إلى مستشفيات للأمراض النفسية في المستقبل. حول جون إف كينيدي هذا الحلم الى حقيقة ليصبح قانونًا في ٣١ أكتوبر ١٩٦٣ " قانون الصحة العقلية المجتمعية". حوَّل مشروع القانون هذا التمويل من المرافق المخصصة للمرضى الداخليين (التنويم) إلى العيادات المجتمعية، أو على حد تعبير الرئيس كينيدي بحيث يتم استبدال

"الرحمة الباردة للرعاية الاحتجازية بدفء المجتمع المفتوح". كان هذا آخر مشروع قانون وقع عليه الرئيس. بعد ثلاثة أسابيع، اغتيل في دالاس تكساس.

في الستينيات أيضاً، طور آرون بيك العلاج السلوكي المعرفي (CBT).

- عام 1975

ينخفض عدد المرضى في المصحات النفسية الى ١٩٣ ألف مريض.

- عام 1982

في العام ١٩٥٥م تمت الموافقة على Reserpine من قبل إدارة الغذاء والدواء الأمريكية باعتباره علاج خافض لضغط الدم، حيث تم عزل المادة الفعالة قبل بضع سنوات من زهرة الصقلاب الهندية المعروفة باسم snakeroot حيث كان يتم استخدام هذه النبتة لعدة قرون لعلاج الأمراض النفسية في الهند والتي كان المهاتما غاندي أحد مستخدميها، وكذلك كان الريزيربين فعالاً في علاج الذهان لدى مرضى الفصام، أصبح Reserpine تقريباً أول مضاد للذهان لكن تم ملاحظة أن الريزيربين يتسبب في انخفاض ضغط الدم، كذلك تسبب بالاكتئاب لدى المرضى.

استطاع ارفيد كارلسون واخرون، إظهار أن ريزيربين تسبب في نفاد ثلاث من الناقلات العصبية في الدماغ: الدوبامين، والنورأدرينالين، والسيروتونين كذلك في النمسا لاحظ طبيب الأعصاب فالتر بيركماير تسبب الريزيربين في نوع من تصلب العضلات مشابه لما كان يراه في مرضى باركنسون.

من خلال هذا نظر الدكتور بيركماير لمستوى الدوبامين في مرضى باركنسون ولاحظ انخفاض مستواه، بعد ذلك تلقى المرضى L-dopa وتحسنت أعراضهم لذا من خلال مضادات الذهان اكتشف ان مرض باركنسون ناتج عن فقد الدوبامين وليس العكس.

توجهت الانظار بعد ذلك للسيروتونين حيث كانت مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات مستخدمة لمدة عقد في هذه المرحلة، وكان يُعتقد على نطاق واسع أنها تعمل من خلال النورإبينفرين. لكن الدكتور كارلسون أوضح في عام ١٩٦٨ أن مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات تمنع أيضاً امتصاص السيروتونين. وعلى مدى السنوات الأربع التالية، عمل في Astra – وهي شركة الأدوية السويدية التي نعرفها الآن باسم AstraZeneca لتطوير مركب يمنع بشكل انتقائي امتصاص السيروتونين. نتج عن البحث مركب الفينيرامين، وهو مضاد للهستامين مشابه لبينادريل والذي لا يزال يستخدم حتى اليوم للحساسية. بعد ذلك قام الدكتور كارلسون بتعديل الفينيرامين لينتج عنه زيميليدين (zimelidine)، أول مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية وذلك قبل تواجد البروزاك بـ ٦ أعوام وذلك في عام ١٩٨٢ لكن تم سحبه من الأسواق في عام ١٩٨٣ وذلك بعد تسجيل حالات عن متلازمة Guillain-Barre بعد وقت قصير من بدء الدواء.

• عام 1987

حصل الفلوكستين على موافقة إدارة الغذاء والدواء الأمريكية لعلاج الاكتئاب الجسيم.

كانت مضادات الهيستامين القديمة لا تعمل على مستقبلات الهستامين فحسب بل كانت مضادات للكولين، واثنان منها الفينيرامين والديفينهيدرامين يثبطان استرداد السيروتونين. قام الدكتور كارلسون بتعديل الفينيرامين ليصنع زميليدين كما ذكرنا مسبقاً، أول SSRI. في هذه الأثناء كان عالم الأعصاب في ايلاي ليلي ديفيد وونغ، يعمل على الديفينهيدرامين على أمل تحسين خصائصه المضادة للاكتئاب. وفي انديانابوليس استطاع فريق الدكتور وونغ استخلاص ١٢ مشتقاً من الديفينهيدرامين واختبروا تأثيرها على الأحاديات

الامينية الثلاثة: السيروتونين والنورإبينفرين والدوبامين برز من ضمنها الفلوكستين (بروزاك) باعتباره الأكثر انتقائية للسيروتونين، وقدم الفريق طلباً للحصول على براءة اختراع في عام ١٩٧٤ بعد عامين من براءة اختراع زيميليدين. انتظر الدكتور وونغ وفريقه في Eli Lilly بفارغ الصبر قرار إدارة الغذاء والدواء بشأن الدواء الجديد، لكن الأمر استغرق عامين ونصف العام حتى جاءت الأخبار في موسم عيد الميلاد في عام ١٩٨٧، ولأن Eli Lilly كانت مغلقة خلال عيد الميلاد، وبعد ١٦ عاماً من العمل السريري والمختبري سمع الدكتور وونغ عن الموافقة أثناء مشاهدة أخبار التلفزيون المحلي في التاسع والعشرين من ديسمبر. تم إطلاق زميليدين بشكل أساسي في البلدان التي لا تسمح بالإعلانات الصيدلانية. على النقيض كان لدى Eli Lilly واحدة من أفضل الوكالات الإعلانية في هذا المجال، كذلك حصلوا على دعم من الطبيب بيتر د. كرامر، وهو طبيب نفسي شاب من رود آيلاند. في وقتها مارس د. بيتر العلاج النفسي الديناميكي واستخدم الأدوية عند الحاجة لها على سبيل المثال في حالات الاكتئاب الشديد حيث كانت فقط تصرف مضادات الاكتئاب، وذلك لأن الآثار الجانبية كانت أكبر من أن يتحملها معظم الأشخاص الذين يعانون من القلق تحديداً. تاركاً فئة واحدة من الأدوية لملايين الأشخاص الذين يعانون من القلق العام والاكتئاب الخفيف ألا وهي البنزوديازيبين. والتي عندما ظهرت لأول مرة لم يكن يُعتقد أنها تسبب الاعتماد أو إساءة الاستخدام إلا في حالات نادرة جداً لكن بدأ ذلك بالتغيير في أواخر السبعينات، وبحلول أوائل الثمانينات، اتفق مجتمع الطب النفسي بالإجماع على أن هذه المجموعة من الأدوية تسبب الإدمان. وتم التطرق للموضوع للعامة على سبيل المثال في دور السينما في فيلم "I am Running as Fast as I can"، كذلك تطرق لها المشاهير أمثال ستيفي نيكس وإليزابيث تايلور. لكن وصل البروزاك في الوقت المناسب تماماً حيث بدأ الأطباء في وصفه للأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب البسيط، ومن ثم للأشخاص الذين لم يستوفوا معايير الاكتئاب على الإطلاق، من هنا لاحظ د. بيتركرامر أن بعض الاضطرابات الشخصية التي عادةً ما تستغرق سنوات من العلاج النفسي

تحسنت في غضون أسابيع من استخدام العلاج الدوائي. والتي دونها في كتاب بعنوان " Listening to Prozac" والذي سرعان ما أصبح ثاني كتاب للأمراض النفسية يصل إلى المرتبة الأولى في قائمة أفضل الكتب مبيعاً. الأول كان بالطبع كتاب علم النفس المرضي للحياة اليومية السعيدة لسيغموند فرويد.

• 1990-1999 عقد الدماغ:

هو عقد تم تعيينه في الفترة ١٩٩٠-١٩٩٩ من قبل الرئيس الأمريكي جورج بوش الأب كجزء من جهد أكبر تشارك فيه مكتبة الكونغرس والمعهد الوطني للصحة العقلية التابع لمعاهد الصحة الوطنية الأمريكية "لتعزيز الوعي العام بالفوائد التي يمكن الحصول عليها من أبحاث الدماغ".

• عام 2000:

ركزت الأبحاث أكثر على الوراثة والأسباب الجزيئية للأمراض النفسية.

• عام 2013

صدر الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية مستخدماً الأرقام العربية بدلاً من الرومانية.

• التطورات العلمية والتقنية والعلاجية والتي قد تواصل تحويل المشهد في الطب النفسي:
التقدم العلمي ويشمل دراسات على:

- تقنية كريسبر
- الخلايا الجذعية عالية القدرات
- علم المناعة العصبية النفسية
- علم الوراثة الجزيئي

- محور الدماغ المعوي

• التقدم على الصعيد التقني ويشمل المواضيع التالية:

- الذكاء الاصطناعي

- التعديل العصبي

• التقدم العلاجي ويشمل دراسات على المواضيع التالية:

- الطب الاتصالي.

- الأدوية سريعة المفعول في علاج الاكتئاب.

- التدخل المبكر خلال المرحلة البادرية للاضطرابات النفسية الخطيرة.

- تحويل المهلوسات الى أدوية علاجية.

نظرة على تاريخ

البينزوديازبينات

رؤية VISION 2030
المملكة العربية السعودية
KINGDOM OF SAUDI ARABIA

نظرة على تاريخ البينزوديازبينـات

ليس هناك ما يزعج الشخص المكتئب أكثر من الاستلقاء مستيقظًا لعدة ساعات في الصباح الباكر ، بمفرده بأفكاره الكئيبة ورغبته الشديدة في نوم مريح. وصف الجرعة المناسبة من الدواء المناسب هو مايستحقه مثل هذا المريض ". هذا الاقتباس من كتاب فرانك أيد في عام ١٩٦١ "التعرف على المريض المكتئب" ، و" الدواء المناسب "الذي كان يتحدث عنه هو الباربيتورات. لكن بعد فترة وجيزة من إصدار الكتاب ، تم استبدال الباربيتورات بالبنزوديازيبينات ، وتم استبدال البنزوديازبينات في وقت لاحق بالمنومات (اللابنزوديازيبين) . يبدو ذلك على أنه تقدم ، لكننا لسنا بعيدين جدًا عن ماذكره الدكتور أيد. كل هذه الأدوية هي من نوع gaba-ergic ، والفرق الرئيسي بينها يكمن في السلامة وليس الفعالية. في الواقع ، يمكن القول إن الادوية القديمة أكثر فاعلية من أحدث أنواع gaba-ergics التي نستخدمها اليوم. لكنها أيضًا أكثر سمية وإدمانًا.حيث أن الباربيتورات تعتبر قاتلة في حالة الجرعة الزائدة بينما تسبب البنزوديازبينات في الوفيات بالجرعة الزائدة و بشكل خاص عند دمجها مع عقاقير أخرى مثل الأفيونيات أو الكحول.على الرغم من ذلك ، ظلت أدوية gaba-ergic تلعب دورًا كبيرا في علاج الاكتئاب منذ الخمسينيات من القرن الماضي.حيث يصفها الممارسون بتحفظ ؛ بينما المشرعون يرفضونها ؛ والمرضى يقدرونها أحيانًا أكثر من اللازم.بعد كتاب أيد ، نشر عالم الأدوية النفسية الدكتور – Karl Rickels – تجربة لمقارنة الباربيتورات "الفينوباربيتال" ، و ديازيبام (الفاليوم) ، ومضاد الاكتئاب أميتريبتيلين لدى ١٣٨ مريضًا يعانون من الاكتئاب.

والمثير للدهشة أنه لم يجد فرقًا في النتائج . شجعت مثل هذه الدراسات الأطباء على الاستمرار في استخدام أدوية gaba-ergic في علاج الاكتئاب ، على الرغم من أنها لم تصنف على أنها مضادات للاكتئاب.لكن تعريف

الاكتئاب كان يتغير أيضًا خلال ذلك الوقت وكان لكتاب فرانك أيد علاقة كبيرة بذلك. قبل كتاب د. أيد ، كان يتم تشخيص الاكتئاب فقط في حالات الكآبة الشديدة ، وعادة ما كان يتم علاج هولاء المرضى في المستشفى. المرضى الذين نشخصهم الآن بالاكتئاب في العيادات الخارجية كانوا على الأرجح يوصفون بالقلقين أو العصابيين في الخمسينيات من القرن الماضي. عولج واحد في المائة بالتحليل النفسي ، لكن معظم الأمريكيين – حوالي ١ من كل ١٠ منهم يعانون من اضطرابات القلق عولجوا باستخدام الباربيتورات -gaba ergic ، أو مركبات مثل الباربيتورات مثل Meprobamate ، الذي تم تسويقه تحت اسم Miltownو كان نجاح Miltown هو الذي دفع إلى البحث عن دواء gaba-ergic أكثر أمانًا ، والذي ظهر في عام ١٩٦٠ باسم الكلورديازيبوكسيد (Librium) ، أول بنزوديازيبين.

اعتقد الدكتور ايد أن العديد من هؤلاء الأمريكيين الذين كانوا يتناولون المهدئات من طبيبهم النفسي أنهم يعانون بالفعل من الاكتئاب ، وقد كتب هذا الكتاب لمساعدتهم على التعرف عليه وعلاجه. من النادر أن يغير كتاب واحد الممارسة الطبية ، لكن أيد تمكن من ذلك .أطلقت شركة ميرك للأدوية عقار أميتريبتيلين (Elavil) ثلاثي الحلقات المضاد للاكتئاب في نفس العام الذي صدر فيه كتاب أيد ، وعمل أيد كمستشار مع ميرك أثناء تطوير الدواء.

بالتالي اشترت Merk ما يصل إلى ٥٠٠٠٠ نسخة من كتاب أيد وسلمته إلى كل طبيب رعاية أولية في البلاد. أتى هذا الاستثمار أوكله ، وسرعان ما حصل الأطباء على تفسير جديد لوصف المرضى المنهكين و القلقين : لقد كانوا مكتئبين.أتت هذه الإستراتيجية بثمارها بالنسبة لشركة Merk ، حيث أصبح أميتريبتيلين أكثر الادوية ثلاثية الحلقات مبيعًا ، رغم ذلك فهي لم تضع خط نهاية لأدوية gaba-ergic. حيث حلت البنزوديازبينات محل الباربيتورات تدريجياً ، وبحلول السبعينيات أصبحت شائعة كما كانت الباربيتورات في الخمسينيات ، حيث كانت البنزوديازبينات أسرع في المفعول من مضادات الاكتئاب ، لذلك فضلها العديد

من الأطباء في حالات الاكتئاب الخفيف . جادل بعض الأطباء النفسيين بأنه يجب إعادة تصنيف البنزوديازبين كمضادات للاكتئاب ، بينما رد آخرون بأنها لا تعالج الأعراض الأساسية للاكتئاب وأن أي تأثير علاجي كان على الأرجح كان بسبب التشوش التشخيصي بين الاكتئاب والقلق. أحد المعارضين كان الدكتور آلان شاتزبيرج ، المعروف اليوم بأنه مؤلف كتابين من كتب APA في علم الأدوية النفسية. في عام ١٩٧٨ ، نشر الدكتور شاتزبيرج ورقة في أرشيفات الطب النفسي العام – المعروفة اليوم باسم JAMA حيث راجع ٢٠ تجربة مضبوطة بطريقة التحليل البعدي والذي لم يكن شائعا خلال تلك الفترة. حيث صنّف كل ورقة بناءً على ما إذا كانت البنزوديازبينات أفضل ، أو متساوية ، أو أسوأ من مضادات الاكتئاب. في النهاية ، كانت البنزوزديازبين في الغالب هي الخاسرة وحتى عندما تتفوق على مضادات الاكتئاب كان ذلك غالبًا لأن جرعة مضادات الاكتئاب كانت منخفضة جدًا. خلص شاتسبيرج إلى أن البنزوديازيبينات تساعد على النوم والقلق لدى مرضى الاكتئاب ، وأنها عندما تحسن الحالة المزاجية ، كان ذلك عادة تأثيرًا ثانويًا لفوائدها المزيلة للقلق والمهدئة. وخلص إلى أنها لم تستهدف الأعراض الأساسية للاكتئاب مثل انعدام التلذذ ، وانخفاض الحافز . بعد ثلاث سنوات من بحث الدكتور شاتسبيرج ، تم إطلاق نوع جديد من البنزوديازيبين – ألبرازولام "زاناكس". حيث يحتوي على حلقة من التريازول مضافة إلى هيكل البنزوديازيبين ، والتي يعتقد البعض أنها تجعلها مشابهة لمضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات ، حيث ان كلا العقارين لديهما حلقات بنزين مدمجة في حلقات أخرى .جمع ألبرازولام ما يكفي من التجارب في حالة الاكتئاب حيث تم استخدامه كعلاج وحيد في ٢١ تجربة معماة شملت ٢٧٠٠ شخص. قارنت هذه الدراسات ألبرازولام مع الدواء الوهمي و / أو مضاد اكتئاب آخر – عادة ما كان مضاد اكتئاب ثلاثي الحلقات. عمل ألبرازولام بشكل مماثل اذا ماتم مقارنته بمضادات الاكتئاب، ليس فقط للقلق ولكن في بعض الأحيان للأعراض الأساسية للاكتئاب

أيضًا. كانت الجرعة النموذجية ٣ ملغ في اليوم. وكان من غير المستغرب أن يعمل ألبرازولام بشكل أسرع من مضادات الاكتئاب.

أعطيت إمكانات ألبرازولام المضادة للاكتئاب الضوء الأخضر في مراجعتين لـ كوكرين – وهو أمر صعب للغاية – وحتى الدكتور شاتسبيرج في الإصدار الأخير من دليل علم الأدوية النفسية ذكر أن ألبرازولام – وحده من بين البنزوديازيبينات – له تأثيرات مباشرة مضادة للاكتئاب.

ألبرازولام ليس معتمدًا من قِبل إدارة الأغذية والعقاقير (FDA) للاكتئاب ، كذلك يعتبر ألبرازولام البنزوديازبين الأكثر ارتباطًا بتحريض الهوس. قام جيوفاني فافا بنشر مراجعة منهجية وتحليل تلوي لـ ٣٨ تجربة مضبوطة للبنزوديازبين في حالة الاكتئاب ، ولم يجد أن التأثيرات المضادة للاكتئاب كانت فريدة من نوعها لألبرازولام. في تحليله دعم البحث أنواع البنزوديازبين الأخرى أيضًا ، مثل الكلورديازيبوكسيد . كذلك لاحظ الدكتور فافا أن معظم البنزوديازبينات كانت تستخدم في الحالات خفيفة ، وهذا ما لاحظه باحثون آخرون حيث خلص معظمهم إلى أن البنزوديازبينات – بما في ذلك ألبرازولام – لا تعمل بشكل جيد في الاكتئاب الشديد .

نظرة على تاريخ

المهلوسات

wikipedia

رؤية VISION 2030
المملكة العربية السعودية
KINGDOM OF SAUDI ARABIA

نظرة على تاريخ المهلوســـات

في عام ١٥٢٩ ، ذهب راهب فرنسيسكاني يدعى برناردينو دي ساهاغون في رحلة استكشافية ثقافية للمكسيك ، حيث قام بتوثيق كل شيء من النباتات والحيوانات إلى عادات السكان الأصليين. بعدها يوجد مخطوطته وهي عبارة عن ٢٠٠٠ صفحة والتي احتوت على إشارة إلى فطر احتفالي يُدعى "God's flesh" استخدمه المكسيكيون لإحداث طقوس روحانية. ظل وجود الفطر بعيد المنال طوال ٤٥٠ عامًا التالية، لكن أعاد زوجان أمريكيان اكتشافه في رحلة أنثروبولوجية إلى المكسيك في الخمسينيات من القرن الماضي. كانت الزوجة فالنتينا واسون طبيبة وكان زوجها جوردون واسون نائب رئيس بنك جي بي مورجان. بعد تناول فطر السيلوسيبين ، تراءت لهم جبال و أنهار مما جعلهم "مرعوبين".

اجتذب اكتشاف واسون الاهتمام الدولي بما في ذلك مقالة مميزة في مجلة Life Magazine - ولكنه أحدث القليل من الجدل. في ذلك الوقت كانت الأدوية المهلوسة غير معروفة إلى حد كبير ، وبعيدة إلى حد كبير عن الوصمة. احدها كان ثنائي إيثيل أميد حمض الليسرجيك (LSD) والذي كان يستخدم بالفعل من قبل المحللين النفسيين البارزين .في ذلك الوقت تم اعتبار البصيرة – وليس تقليل الأعراض – الهدف الحقيقي للعلاج النفسي.

LSD له خصائص مشابهة لـ psilocybin وكان أول مهلوس يدخل في ممارسة الطب النفسي. اكتشفه الكيميائي السويسري ألبرت هوفمان بالصدفة في عام ١٩٤٣ عندما ابتلع عن غير قصد كمية ضئيلة من عقار إل إس دي أثناء محاولته تركيب دواء للقلب. عمل الدكتور هوفمان في شركة ساندوز Sandoz – التي تسمى الآن Novartis – وقامت الشركة بتسويق LSD تحت العلامة التجارية Delysid.و أصبح LSD علاجًا شائعًا

لإدمان الكحول ، مع تقارير عن أن جرعة واحدة – تُعطى جنبًا إلى جنب مع العلاج النفسي – تؤدي الى استجابة مستدامة لـ ٥٠–٨٠ ٪ من الحالات. هذه الدرسات كانت غير منضبطة . تناول حوالي ٤٠ ألف مريض عقار إل إس دي في الخمسينيات والستينيات من القرن الماضي ، ولكن كان له عائق واحد !

الغريب أن العائق الرئيسي لعقار إل إس دي هو أنه يجعل المرضى قلقين. كان العلماء يسارعون لإيجاد بدائل له ، مثل المسكالين والإيبوجين. لذلك عندما قرأ الدكتور هوفمان عن اكتشاف واسون للسيلوسيبين في مجلة لايف في عام ١٩٥٧ ، اتجه للعمل على تصنيع الدواء للاستخدام الصيدلاني. بعد ثلاث سنوات ، أطلقت ساندوز psilocybin في عام ١٩٦٠ ، حاملاً العلامة التجارية Indocybin .

نشرت مجلة New England Journal of Medicine سلسلة حالات مكونة من ٨ أشخاص طبيعين تناولوا السيلوسيبين ، وخلصوا إلى أن السيلوسيبين ظهر له مفعول علاجي في الاضطرابات العصابية ، ولكن كان من السابق لأوانه استخلاص استنتاجات محددة حول ذلك. ولكن في هذا التقرير نجد أثرًا جانبيًا يثير القلق بشأن استخدام السيلوسيبين اليوم. لم تؤد التجارب إلى هلوسات حقيقية لدى الأشخاص العاديين – فقط أوهام حميدة – لكنها تسببت في حدوث هلوسة إشكالية لدى مريضة واحد تم علاجها في فرنسا ، وكانت هذه المريضة مصابة بالاكتئاب. بعد تناول السيلوسيبين ، رأت نفسها محاطة بـ "شخصيات مرعبة".ومع ذلك، العديد من العلاجات التي نستخدمها كل يوم يمكن أن تسبب ردود فعل مرعبة. يمكن أن تحفز المنشطات الذهان ، ويمكن أن تؤدي مضادات الاكتئاب إلى الهوس. اذاً مالذي أعاق اعتمادها ؟ هل كانت هناك دراسة تاريخية كشفت أنها خطيرة أو غير فعالة؟ لا ، لكن مجموعة من علماء النفس في جامعة هارفارد بدأوا يعتقدون أن السيلوسيبين يمكن أن يفعل أكثر من الحد من معاناة الإنسان. لقد اعتقدوا أنه يمكن أن يمنع الجريمة ، ويخلق السلام العالمي ويقلب هياكل السلطة التي حكمت العالم منذ أيام اليونان القديمة. ظاهريًا ، بدت الأمور جيدة لعالم النفس تيموثي ليري في عام ١٩٥٩. كان قد قبل لتوه منصبًا تدريسيًا في

جامعة هارفارد ، وتم الإشادة بكتابه الجديد ، The Interpersonal Diagnosis of Personality باعتباره "أهم كتاب عن العلاج النفسي لهذا العام".

لكنه عانى من وفاة زوجته منتحرة قبل ٤ سنوات ، وتربية أبناءه لوحده مما جعله يدمن الكحول ، وشعوره بكونه روبوت في عمله.لذا عندما قرأ الدكتور ليري عن مغامرات واسون الغامضة مع السيلوسيبين المكسيكي، استقل طائرة متجهة إلى المكسيك وأعاد خطوة واسون بتجربة العقار بنفسه. قال عن التجربة "لقد كانت أعمق تجربة دينية في حياتي". كان العام ١٩٦٠ ، وكانت ساندوز قد أطلقت للتو نسخة تجارية من الفطر ، لذلك طلب ليري عينات من العقار لاستخدامها في الدراسات النفسية.شاركه التجارب ريتشارد ألبرت وهو عالم نفس آخر من جامعة هارفارد ، شرع الاثنان في دراسة السيلوسيبين ومخدر آخر. في البداية ، تم تمويل أبحاثهم بشكل جيد وحظيت باحترام كبير. اختبروا السيلوسيبين على متطوعين أصحاء ثم لدى طلاب اللاهوت ليروا كيف تغيرت تجربتهم الدينية خلال خدمة الجمعة العظيمة . ثم لدى السجناء لاختبار ما إذا كان الدواء يمكن أن يقلل من معدل العودة إلى الجريمة بعد إطلاق سراحهم.

قد يكون الدكتور ليري قد استمع إلى تحذير NIMH ، لكنه لم يكن متشكك منه تمامًا. بدأ هو وفريقه البحثي في أخذ السيلوسيبين بمفردهم ، في البداية على انفراد ، ثم كجزء من البحث نفسه. لم يبحث عن الحقيقة بعين المراقب لذلك لم يستغرق الأمر كثيراً للاعتقاد بأن ملاحظاته على السيلوسيبين دقيقة حيث قام بها تحت تأثير الدواء نفسه.أثار هذا قلق بقية قسم علم النفس في جامعة هارفارد ، الذين بدأوا في رؤية ثغرات في بيانات ليري. كان يتجاهل ردود الفعل السلبية على الدواء ، ويضخم فوائده. في دراسته لدى السجناء ادعى أن السيلوسيبين خفض معدل العودة إلى الإجرام ، لكن نظرة فاحصة على البيانات كشفت غير ذلك.جاءت القشة الأخيرة عندما بدأ ليري وألبرت في إعطاء السيلوسيبين لطلاب جامعة هارفارد. وطالبته الإدارة بالتوقف ، لكن الدكتور ألبرت استمر في صرفها للطلاب من شقته وتم طرده من الجامعة. لفتت الفضيحة

انتباه الصحافة الوطنية ، لكنها كانت مجرد شرارة ، في غضون بضع سنوات ، كان طلاب الجامعات في جميع أنحاء البلاد يتبعون الدكتور ليري ، ويأخذون السيلوسيبين و LSD لتوسيع وعيهم ، ومع هذا التوسع الواعي جاءت موضة الشعر الطويل والملابس الملونة والمعارضة الشديدة لحرب فيتنام. رأى مكتب التحقيقات الفيدرالي وإدارة مكافحة المخدرات أن المهلوس سبب مباشر لهذا النشاط الثقافي المضاد ، وربما كان لديهم وجهة نظر. في تجربة خاضعة منضبطة مؤخرًا للاكتئاب المقاوم للعلاج ، لم يحسن السيلوسيبين المزاج فقط لكن غيّر المعتقدات السياسية بطريقة قد تكون مهددة لبعض الإدارات الحكومية – كان المرضى أكثر ميلًا لتأييد المثل الليبرالية والإنسانية. شعروا بأنهم أكثر ارتباطًا بالطبيعة وأكثر انفتاحًا على التجارب الجديدة،عندما بدأت الحكومة في اتخاذ إجراءات صارمة ضد السيلوسيبين ، سحبت ساندوز الدواء لتجنب المزيد من المشاكل. ترك ألبرت وليري جامعة هارفارد وحاولا إنشاء مؤسسات مستقلة لتجارب السيلوسيبين، لكن هذه المؤسسات انهارت في حالة الفوضى وعدم التنظيم، صمم ليري على رأيه حتى وفاته في عام ١٩٩٦، لكن ريتشارد ألبرت زميل ليري ابتعد عن التنوير الكيميائي للمهلوسات وذهب في اتجاه مختلف. بعد إقالته من جامعة هارفارد ، انتقل ألبرت إلى الهند للتأمل . عندما عاد كان لديه اسم جديد: رام داس ، وكان للولايات المتحدة رئيس جديد ، ريتشارد نيكسون ، الذي كان يكافح للسيطرة على أمة منقسمة وتأججت هذه الانقسامات بعد مقتل ٤ طلاب متظاهرين على يد الحرس الوطني في جامعة ولاية كينت في مايو من عام ١٩٧٠ . وقرر أن الوقت قد حان لإعادة الجني إلى الزجاجة ، في ٢٧ أكتوبر ١٩٧٠ ، بعد ستة أشهر من حادثة ولاية كينت ، وقع على قانون المواد الخاضعة للرقابة ، والذي فرض عقوبات قاسية على أي شخص بحوزته السيلوسيبين ، إل إس دي ، الماريجوانا ، وغيرها من المواد التي كانت تغذي حركة الاحتجاج. ذلك القانون أجبر جيلاً كاملاً على إيجاد مصدر جديد للتنوير وكان عند رام داس الحل . قام كتابه الأكثر مبيعًا لعام ١٩٧١، "Be Here Now"، بتوجيههم نحو طريقة أكثر رصانة للتنوير ألا وهي التأمل

التجاوزي ، ومع انتشار هذه الممارسة خلال السبعينيات ،استمد جيل جديد من علماء النفس تدخلات نفسية تعتمد على المثل الشرقية. بذلك نحن نتحدث عن العلاج السلوكي الجدلي ، العلاج بالقبول والالتزام وغيرها.

أدى قانون المواد الخاضعة للرقابة لعام ١٩٧٠ إلى تراجع الأبحاث المتعلقة بالمهلوسات، لكن خفت قبضت هذا القانون في التسعينيات عندما قضت المحاكم بإمكانية استخدام المهلوسات في الاحتفالات الدينية. فتح ذلك الباب للاستكشاف العلمي للاستخدام الروحاني لهذه الأدوية ، وفي عام ٢٠٠٦ نُشرت الدراسات الأولى عن psilocybin والتي أثبتت – بتصميم مضبوط – أن العقار يحفز حالة روحانية. قاد هذا علماء NIMH إلى التساؤل – عن إذا ما كان السيلوسيبين يساعد في علاج الاكتئاب .وبينما تعد هذه الدراسات الجديدة عن السيلوسيبين في الاكتئاب واعدة ، إلا أننا ما زلنا بعيدين عن فهم مخاطر وفوائد هذا الدواء.

في الختام لقد استخدم السكان الأصليون مادة السيلوسيبين لآلاف السنين دون تسببها في مشاكل كبيرة ، ولكنها كانت مخصصة لغرض محدد في بيئة محددة – كانت لتوحيد المجتمع من خلال حفل ديني، وفي حال حصل على موافقة إدارة الغذاء والدواء ، سيجد هذا الفطر السحري نفسه في عالم مختلف تمامًا .

ما مقدار العنف

الناتج عن المرض النفسي؟

رؤية VISION 2030
المملكة العربية السعودية
KINGDOM OF SAUDI ARABIA

أولًا:

هناك اعتقاد شائع بين العامـــــة بأن المرض النفسي يسبب العنف

حيث أظهرت إحدى الدراسات التي شملت ١٤٤٤ شخصًا ما يلي:

صنف الاشخاص المجموعات التالية على أنها من المحتمل جدًا أو إلى حد ما أن تبدي العنف ضد الآخرين: (ستيوارت، ٢٠٠٣)

المواد الادمانية

الكحول

الفصام

المضطربين

الاكتئاب الشديد

وأظهرت دراسة أخرى:

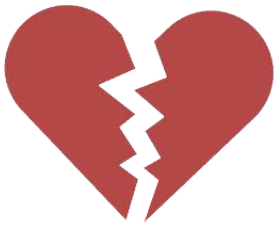
أن ٤٦٪ من الأشخاص الذين شملهم الاستطلاع قالوا إن المصابين بأمراض نفسية أكثر خطورة بكثير من عامة الناس (سوانسون، ٢٠٠٥).

ثانياً:

مـن المعلوم أن الأشخاص المصابين بمرض نفسي أكثر عرضةً لأن يكونوا ضحايا للعنف:

- **في دراسة عن الإيذاء الحالي بين المرضى المنومين:**

"أفاد ٦٣٪ من أولئك الذين لديهم شريك مواعدة أنهم تعرضوا للإيذاء الجسدي في العام السابق". (ستيوارت، ٢٠٠٣)



أظهرت دراسة حديثة عن الإيذاء الإجرامي على الأشخاص المصابين بمرض نفسي حاد أن ٢ , ٨٪ منهم تعرضوا للإيذاء العنيف على مدى أربعة أشهر، وهو معدل أعلى بكثير من المعدل السنوي للإيذاء العنيف الخاص بعامة الناس ١ , ٣٪". (ستيوارت، ٢٠٠٣)

ثالثاً:

تظهر دراسات مختلفة أن 5% فقط من أعمال العنف يمكن أن تُعزى إلى المرض النفسي:

- **تتبعت دراسة The Mac Arthur Violence Risk Assessment**

عدد (١١٣٦) شخصاً مع وجود مجموعة ضابطة (قارنت بين أولئك الذين يعانون من مرض نفسي مع جيرانهم)، وجدت هذه الدراسة أن معدل العنف لم يختلف بين أولئك الذين يعانون من مرض نفسي والغير متعاطين للمواد الإدمانية وجيرانهم الغير متعاطين. ضاعف التعاطي من الخطورة. (ستيوارت، ٢٠٠٣)

- **أظهرت دراسة أخرى**

أنه في عموم السكان، كان الخطر المنسوب للأمراض النفسية الرئيسية ٣,٤٪، و٣٤٪ لمتعاطي المواد الإدمانية. (ستيوارت، ٢٠٠٣)

- **في دراسة كندية**

أجريت على ١١٥١ من المجرمين المحتجزين حديثاً، كانت ٣٪ فقط من الجرائم تُعزى إلى الاضطرابات النفسية مثل الفصام أو الاكتئاب. (ستيوارت، ٢٠٠٣)

ختاماً إذا اختفت جميع الأمراض النفسية (الاكتئاب الشديد، الاضطراب ثنائي القطب، الفصام) فإن معدل العنف لن ينخفض كثيراً، على الأرجح ٥٪ فقط. وهذا يعني أن ٩٥٪ من جرائم العنف يرتكبها أشخاص لديهم دوافع أخرى لإيذاء شخصٍ ما.

الانتحار

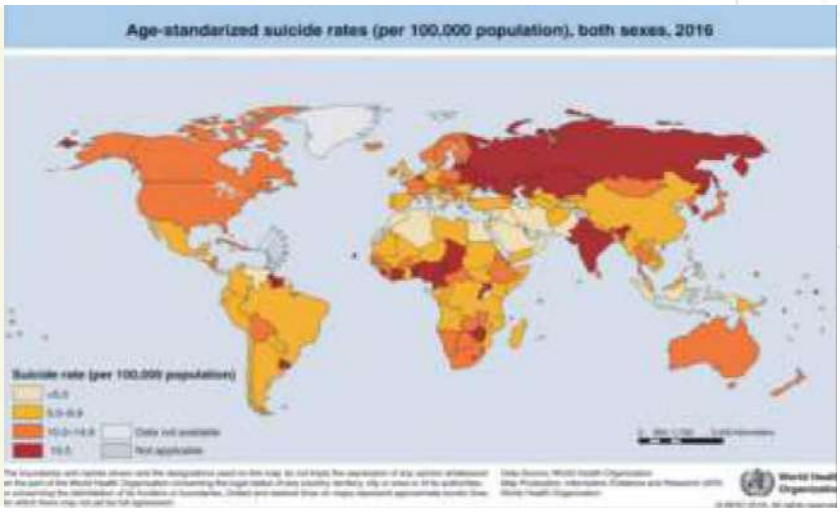
رؤية VISION 2030
المملكة العربية السعودية
KINGDOM OF SAUDI ARABIA

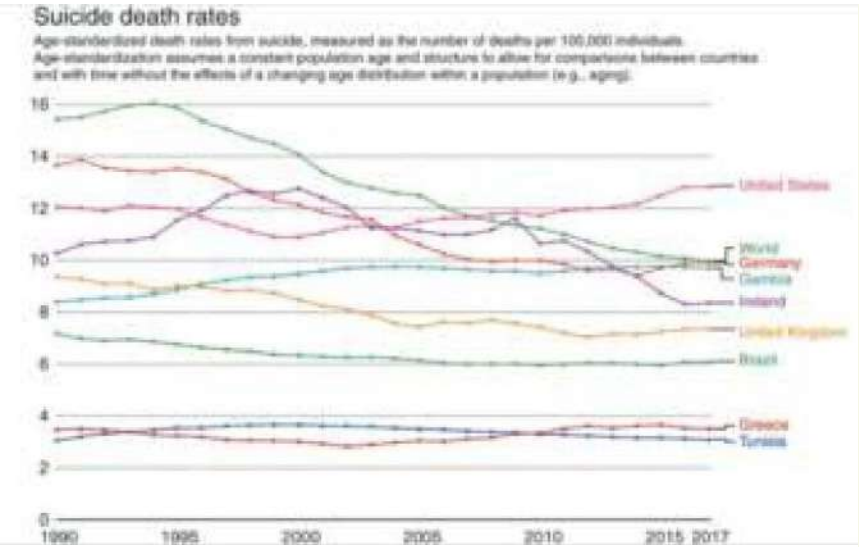
قريبون

يفقد أكثر من **700 ألف** شخص حياتهم بسبب الانتحار كل عام.

ويعد خفض معدل الوفيات الناجمة عن الانتحار العالمي بمقدار الثلث بحلول عام ٢٠٣٠م مؤشرًا وهدفًا من أهداف الأمم المتحدة للتنمية المستدامة (SDGs) وكذلك خطة العمل الشاملة للصحة النفسية لدى منظمة الصحة العالمية ٢٠١٣-٢٠٣٠م.

في الوقت الحالي، سنّت ٤٠ دولة استراتيجيات وطنية لمنع الانتحار، أثبت العديد منها فعاليتها، مع انخفاض معدلات الانتحار في العديد من البلدان مثل الصين والدنمارك وإنجلترا وسويسرا والفلبين وكوريا الجنوبية. وعلى الرغم من أن العدد المطلق لحالات الانتحار على مستوى العالم آخذ في الازدياد، لكن دراسة حديثة وجدت أن المعدل العالمي للانتحار انخفض بنسبة ٣٢,٧٪ خلال العقود الثلاثة الماضية وذلك في ضوء النمو السكاني.





معدلات الانتحار في عدة دول (1990-2017م)

لاحظ معدل الانتحار العالمي الذي يظهر بالخط الأخضر. في حين أن العدد المطلق لحالات الانتحار في جميع أنحاء العلم آخذ في الارتفاع، فقد انخفض المعدل مع نمو سكان العالم. ظلت معدلات الانتحار في العديد من البلدان مستقرة (على سبيل المثال، اليونان)، والعديد منها آخذ في الانخفاض (على سبيل المثال، المملكة المتحدة، ألمانيا)، والولايات المتحدة هي واحدة من الدول القليلة التي يتزايد معدل الانتحار فيها بشكل مطرد منذ عام ١٩٩٩م.

حقائق حول الانتحار:

• تنبع فكرة كون الأشخاص المنتحرين ضعفاء أو جبناء من الجهل بما يدفع أو يزيد من مخاطر الانتحار. حيث تشمل العوامل المتعلقة بالانتحار: الصحة النفسية، كذلك الصحة الجسدية، ووجود عوامل وراثية، وضغوط الحياة. غالبًا ما ناضل الأشخاص الذين يموتون عن طريق الانتحار لفترة طويلة وبصعوبة للبقاء على قيد

الحياة والعيش مع الألم النفسي و / أو الألم الجسدي، لذا لا ينبغي عزو الانتحار للضعف بنفس الطريقة التي لا مجال فيها لعزو وفاة شخص بسبب السرطان أو بسبب مرض آخر للضعف أو الجبن، حيث يمكن أن يموت المرضى نتيجة مشاكلهم الصحية الجسدية بعد "معركة قوية" مع مرضهم، كذلك هو الحال مع الأشخاص الذين يموتون منتحرين.

• عوامل الانتحار متعددة ولا يعتبر ظاهرة ذات سبب واحد وفي حين أن الضغوط

الخارجية هي الأكثر وضوحًا فقد أظهر العلم بوضوح أن هناك دائماً عوامل خطر

متعددة تساهم في الانتحار. عوامل الخطر تشمل الاضطرابات النفسية (مثل

الاكتئاب، ومشاكل الادمان، واضطراب ثنائي القطب، واضطراب الشخصية الحدية، والفصام، واضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) ، واضطرابات القلق الأخرى، واضطرابات الأكل) وهي من بين عوامل الخطر الأكثر شيوعًا. هذا بالإضافة إلى حدوث تغيرات في الدماغ والادراك أثناء هذه الفترة مثل تقييد الإدراك: حيث يصبح تطبيق استراتيجيات المسايرة أقل سهولة وذلك في وجود الرؤية النفقية.

• خطر الانتحار ديناميكي للغاية ذلك أن الأشخاص المعرضين لخطر الانتحار يمكن أن تتغير خطورة حالتهم يومًا بعد يوم وحتى من ساعة إلى ساعة. يأتي التفكير والتخطيط للانتحار من حاجة العقل البشري القوية لحل المشكلة وحل الألم واليأس. لكن غريزة البقاء والرغبة في العثور على الأمل تلعب دورًا قويًا أيضًا. لذلك، فإن التناقض هو جزء من عملية الانتحار. والفترات الشديدة التي ترتفع فيها مخاطر الانتحار هي في الواقع فترات قصيرة نسبيًا، وغالبًا ما تستمر من دقائق إلى ساعات. ونتيجةً لذلك، فإن تقديم الدعم لشخص ما والحفاظ عليه آمنًا خلال هذه الفترة يكون غالبًا منقذًا لحياته.

• غالبية الأشخاص الذين نجوا من محاولات انتحار قوية تقريبًا يواصلون العيش بعد ذلك: يعد وجود محاولة سابقة للانتحار واحد من أقوى العوامل التي تنبئ بالسلوك الانتحاري في المستقبل. ومع ذلك، فإن الغالبية العظمى من الذين نجوا من محاولة انتحار لا ينتحرون فالغالبية العظمي (٨٥-٩٥٪) يواصلون عيش حياة طبيعية.

• أظهرت الأبحاث أن لدى كل من الأشخاص الذين حاولوا الانتحار، والأشخاص الذين لديهم تاريخ من إيذاء النفس غير الانتحاري خطورة عالية للانتحار على المدى الطويل.

إذاً "صرخة طلب المساعدة" هي مجرد إشارة إلى الضيق الذي يستدعي التدخل. لذا كن حذرًا من افتراض التلاعب أو مساواة أنماط السلوك المزمن مع نقص الخطورة.

• يكشف الأشخاص الذين يتحدثون عن أفكارهم الانتحارية عن خطورة محتملة للانتحار. حيث تحدث أكثر من ٥٠٪ من الأشخاص المنتحرين مع أحد أفراد أسرتهم أو أصدقائهم أو مقدمي الرعاية الصحية عن الانتحار في غضون أسابيع قبل وفاتهم. يعتقد البعض بشكل خاطئ أنه لا خوف على "الأشخاص الذين يتحدثون عن أفكارهم الانتحارية. حتى الأشخاص الذين يحاولون الحفاظ على خصوصية محنتهم سيعطون في كثير من الأحيان بعض الأدلة اللفظية عما يجول في خاطرهم، والتي يتم التعبير عنها أحيانًا من خلال النكات أو غيرها من العبارات.

على سبيل المثال شكل خبر انتحار الشيف الشهير وصانع الافلام الوثائقية أنتوني بورداين في عام ٢٠١٨ صدمة كبيرة على أصدقائه ومتابعي برنامجه الشهير" أماكن غير معروفة "على الرغم من حقيقة أنه وعلى مدار عدة سنوات ومن خلال أكثر من ١٥ مناسبة على الهواء أو من

خلال المقابلات معه عبر خلالها عن يأسه وتفكيره بالانتحار، حتى أنه ذكر فكرة الانتحار بالطريقة المحددة التي استخدمها في النهاية.

• في حين أننا لا نستطيع رؤية جميع عوامل خطر الانتحار بوضوح وذلك قبيل الانتحار، إلا أن خطر الانتحار يتراكم عادةً بمرور الوقت مع تغيرات في الصحة، والإدراك، والشعور بالأمل، والتواصل الاجتماعي. ولأن وصمة العار منتشرة وغريزة الإنسان هي الانسحاب والانعزال عند المعاناة، يخفي الكثيرون هذه النوايا، مما يجعل الانتحار يبدو "من فراغ" ولكن هذا ليس هو الحال عادة. لذا لا تكون حالات الانتحار بشكل عام اندفاعًا بحتًا دون وجود عوامل خطر أخرى.

• عندما يكون الوصول إلى الوسائل المميتة أقل، يتضاءل خطر الانتحار بشكل كبير. مجموعة من الأبحاث حول الأشكال المختلفة للوسائل المميتة التي تمت دراستها بما في ذلك الجسور والمبيدات الحشرية وأول أكسيد الكربون والأسلحة النارية، تروي نفس القصة باستمرار: عندما يقل الوصول للوسائل المميتة شائعة الاستخدام ينخفض معدل الانتحار، حتى عندما تتوفر وسائل أخرى.

أحد الأمثلة التاريخية للعلاقة بين توافر الوسائل المؤدية للانتحار ومعدلات الانتحار حدث في النصف الثاني من القرن العشرين في إنجلترا مع إزالة السموم من الغاز المنزلي وذلك بتقليل مستويات أحادي أكسيد الكربون، والذي حدث كنتيجة طبيعية للشكل الجديد من الطاقة والتي تم استخدامها بدل من الفحم. لم ينخفض معدل الانتحار عن طريق استنشاق الغاز بشكل ملحوظ فحسب، بل انخفض المعدل العام للانتحار في إنجلترا بنسبة ٤٠٪. هذه واحدة من العديد من الدراسات التي توضح الدور الحاسم لتقليل ومنع الوسائل المميتة في الحد من الانتحار، وتسلط

الضوء أيضًا على النتائج التي مفادها أن غالبية الاشخاص أصحاب الميول الانتحارية لا ينتقلون بالضرورة إلى طريقة مختلفة للانتحار إذا لم يكن من الممكن الوصول إلى الطريقة الأولى.

• من خلال إجراء محادثة مهتمة والسؤال عن الأفكار الانتحارية، فأنت تقدم الدعم، والدراسات والخبرة السريرية تجد أن الناس يشعرون بالراحة عندما يُسألون عن مدى تأثير آلامهم عليهم، بما في ذلك السؤال عن الأفكار الانتحارية. لا يتأذى الناس من خلال سؤالهم عن الانتحار وعما إذا كانت لديهم أفكار انتحارية أم لا، خاصةً عندما يُسألون بطريقة حانية وبدون إطلاق الاحكام عليهم. إذاً لا تتجنب السؤال عما إذا كان شخص ما لديه ميول انتحارية وذلك خوفا من أنك قد تزرع الفكرة أو تجعلها أسوأ.

حقيقة تاريخية:

أحد الأمثلة على الاعتقاد الذي ينظر إلى الانتحار بطريقة تجعله مقبولًا هو الممارسة اليابانية التقليدية ل Seppuku أو Harakiri (قطع الأحشاء) من ثقافة الساموراي في القرن الثاني عشر.

كان يُنظر إلى هذا الشكل الشنيع من نزع الأحشاء على أنه تعبير عن التكفير عن الهزيمة، أو الاحتجاج على قرار القيادات، أو الاحترام الشديد. تعود بداية ظهور هذا التقليد الى عام ١٩١٢ عندما توفي إمبراطور ياباني.

تلي ذلك قيام جنرلاته بأداء الـ Harakiri احتراماً لقائدهم. كان هذا أحد الأمثلة البارزة من بين العديد من ممارسات التضحية بالنفس للتعبير عن الشرف والاحترام لشخصية السلطة العليا. على الرغم من أن ممارسة Harakiri أصبحت نادرة في اليابان الحديثة، إلا أن الخيوط الثقافية لهذه الفكرة لا تزال موجودة ويمكن أن تمارس تأثيراً.

عوامل الخطر:

عوامل الخطر هي خصائص أو ظروف تزيد من فرصة محاولة الشخص الانتحار.

1
الاكتئاب الشديد
(موجود في 50-60٪ من حالات الانتحار)
2
الاضطراب ثنائي القطب 10 ٪
3
اضطرابات الإدمان
4
الذهان 15٪
5
اضطراب الشخصية الحدية 10%
6
اضطرابات القلق واضطراب ما بعد الصدمة (6٪)
7
اضطرابات الأكل
8
اليأس أو الألم (النفسي و الجسدي) .
9
إصابات الدماغ.
10
محاولة انتحار سابقة.
11
وجود تاريخ عائلي للانتحار او المرض النفسي
12
الطفولة الغير سعيدة
(سوء المعاملة ، الاهمال)
13
الاستعداد الوراثي
14
العدوانية / الاندفاعية
15
الوصول إلى الوسائل المميتة

العلامات التحذيرية:

العلامات التحذيرية هي تغيرات في السلوك أو الأداء تشير إلى الضيق وإمكانية حدوث انتحار على المدى القصير.

- التفكير في الانتحار: التفكير في إمكانية إنهاء حياتهم أو التحدث عن ذلك.
- البحث عن وسائل لإنهاء حياتهم أو اكتسابها
- الشعور بأنهم عبء على الآخرين
- زيادة في تعاطي الكحول أو المواد الادمانية الاخرى
- القلق
- الأرق
- اليأس
- الانسحاب من الأصدقاء والعائلة
- حدوث تغيرات مزاجية مفاجئة مثل التهيج وحتى التغيير المفاجئ إلى حالة من الهدوء
- تغيرات أخرى غير معهودة في السلوك أو "الشخصية" أو الأداء في العمل أو المدرسة أو في المنزل.
- إهداء ممتلكاتهم الثمينة للآخرين
- القيام بإجراءات مالية، مثل كتابة وصية مفاجئة.
- توديع الأحباب. من يفكرون في الانتحار قد يقومون فجأة بوداع أحبابهم بحرارة في أوقات غريبة.

العوامل الوقائية وتشمل:

كيفية الحديث الى شخص لديه افكار انتحارية:

١- استخدم النبرة المناسبة. إن كان شخصٌ تعرفه يُظهر علامات كونه انتحارياً، فأحد أهم الأشياء التي يمكنك فعلها هي الحديث إليه عبر ما لاحظته عليه بطريقة محبة وغير حكمية.

- كن مستمعاً جيداً. حافظ على التواصل البصري وانتبه جيداً وأجب بنبرة مترفقة.

٢- اعرض المشكلة مباشرة. يمكنك البدء بقول: "لاحظتُ أنك تشعر بسوء المزاج مؤخراً وقد أشعرني ذلك بالقلق. هل تراودك أفكار بالانتحار؟"

- إن أجاب الشخص بالإيجاب، فالخطوة التالية هي أن تسأل: "هل لديك خطة للانتحار؟"
- إن كانت الإجابة بالإثبات، فاتصل برقم الطوارئ مباشرة. الشخص الذي يمتلك خطة للانتحار هو بحاجة للمساعدة حالاً. ابق معه حتى وصول النجدة.

٣- تجنب العبارات التي تبدو مبسطة. بعض التعليقات قد تنقل للشخص اعتقاداً بأنك لا تأخذ مشاعره على محمل الجد. تجنب التعليقات الآتية:

- "الوضع ليس بهذا السوء."
- "يستحيل أن تؤذي نفسك."
- "شعرتُ بمدى صعوبة الوضع سابقاً، وقد تمكنت من التغلب على ذلك الشعور."

٤- لا تحتفظ بالأسرار. إن أسرَّ أحدهم إليك برغبته في الانتحار فلا توافق على حفظ السر.

- هذا الشخص بحاجة لمساعدة عاجلة، وإبقاء الأمر سراً من شأنه تأجيل المساعدة المطلوبة لا أكثر.

كيف تتصرف لمنع الشخص من الاقدام على الانتحار:

يجب على من يحاولون مساعدة شخص مقرب يفكر بأفكار انتحارية أن يأخذوا الأمر على محمل الجد. من الاستراتيجيات المفيدة للتعامل مع الأمر:

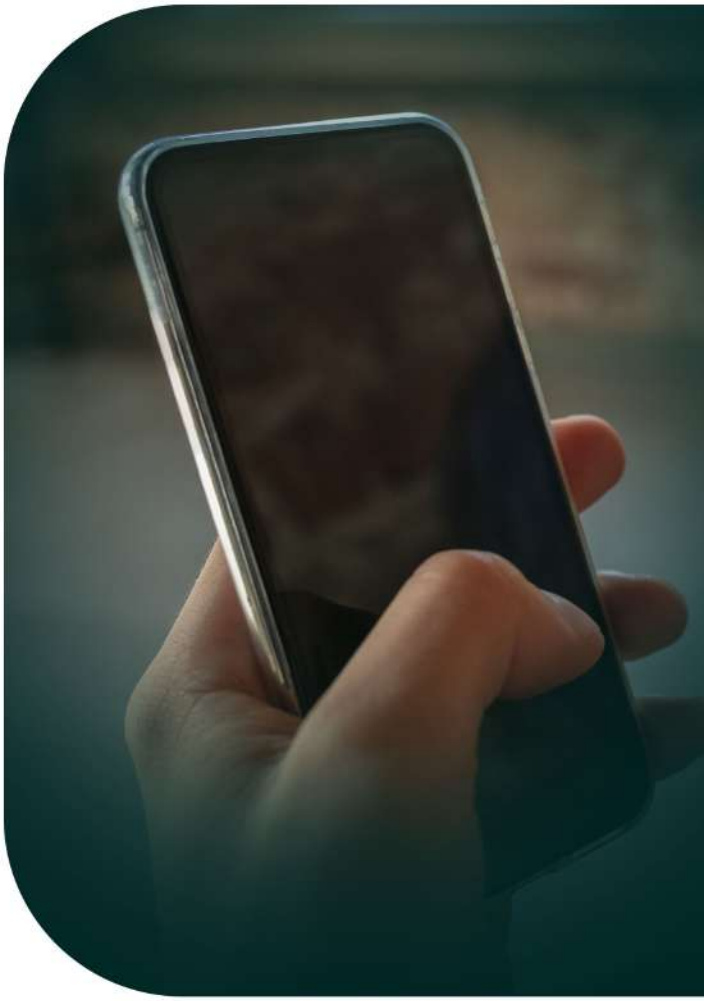
- دعم الشخص للحصول على الرعاية النفسية، والذهاب معه إلى مواعيد تلقي هذه الرعاية (بعد الحصول على إذن مسبق منه).
- تحضير خطة أمان مع الشخص المعني كطلب الاتصال بأحد أفراد أسرته قبل محاولة الانتحار.
- إزالة الأسلحة أو وسائل القتل من المنزل.
- تجنب الحكم على الشخص أو الاستخفاف بجدية مشكلته.
- التركيز على مشاعر الشخص المقرب وليس على المشاعر الشخصية المتعلقة بالموقف.
- الاطمئنان على الشخص مرارًا وعدم انتظار اتصالهم.
- تقليل الوقت الذي يقضيه الشخص المعني بمفرده، وخاصةً إذا كان قادرًا على الوصول إلى سلاح ما.
- الاتصال بالطوارئ عندما يصبح الخطر مباشرًا.
- الاتصال بخطوط الطوارئ المعنية بحالات الانتحار.
- التواصل مع أشخاص موثوقين آخرين قد يكون بإمكانهم تقديم المساعدة، وعدم التواصل مع أشخاص قد يسببون توترًا أو يضعون اللوم على الشخص المعني.
- التحدث عن الانتحار بانفتاح بسؤال أسئلة مباشرة مثل:

- هل تفكر في الانتحار؟
- هل تعرف كيف ستنتحر؟
- هل لديك الوسائل لتنتحر؟
- هل حددت تاريخًا معينًا لانتحارك؟

يجب أن نتذكر أن الألم العاطفي الشديد والأفكار الانتحارية أمر يصعب تحمله، فمن الضروري التحلي باللطف والتعاطف تجاه الشخص المعني. يجب على الأشخاص الذين يفكرون بأفكار انتحارية أن يعلموا أن مشاعرهم تمثل أزمةً مؤقتةً، ومن الممكن إيجاد الأمل والتخلص من هذه الأفكار دون اللجوء إلى الانتحار.

ختاماً يعد الانتحار مأساةً يمكن تجنبها، وبإمكان العائلة والأصدقاء المقربين المساعدة بتقديم الدعم ومحاولة إيصال الشخص المعني مع ملاجئ وقائية للأشخاص المعرضين لخطر الانتحار.

إدمـــان الإباحية



رؤيـــة VISION 2030
المملكة العربية السعودية
KINGDOM OF SAUDI ARABIA

الأنواع:

للإدمان نوعان أساسيان هما:

الإدمان الكيميائي، والإدمان العملي أو السلوكي، وما نعرفه أكثر هو الإدمان الكيميائي، مثل إدمان المواد المحظورة والكحول.

ما نتعامل معه عندما نتحدث عن إدمان المواد الإباحية هو كونها عملية إدمان سلوكي، حيث تؤثر على الدماغ لكن من دون إدخال مادة كيميائية غريبة إلى الجسم، ومن الأمثلة أيضًا على الإدمان السلوكي المقامرة، وهي الأكثر شيوعًا، ويمكن أن يشمل هذا النوع من الإدمان أنواعًا أخرى من السلوكيات القهرية، وهذه هي الفئة التي يندرج تحتها مسمى إدمان المواد الإباحية.

ويعتبر إدمان الجنس مصطلحاً شاملاً، حيث يمكن أن يشمل أنواعاً مختلفة من السلوكيات الجنسية مثل السلوكيات الفضائحية أو التلصص، والإباحية هي مجرد سلوك واحد يمكن وضعه تحت هذه المظلة، وبالنسبة لبعض الأشخاص الذين أصبحوا مدمنين على الجنس، فإن الأمر في الواقع يبدأ بالتعرض للمواد الإباحية.

ومثل أي إدمان، نرى تصعيدًا في السلوكيات وفقدانًا للسيطرة، لذا نجد عند الكثيرأنهم يبدؤون بالتعرض لمواد إباحية مثل Soft porn وهي مواد إباحية تعرض أو تصف الجنس، ولكنها ليست جنس عنيف وليست مفصلة للغاية، وربما تشمل حتى مجرد الاطلاع على كتالوجات للملابس الداخلية أو ما شابه ذلك.

بعد فترة تُفقد السيطرة، وفي النهاية يتم التقدم إلى المزيد من المواد الإباحية الفاضحة والمقززة أحيانًا، حيث يمكن أن تشمل أشكالًا منحرفة من الجنس، مثل الجنس العنيف، وكذلك اضطراب الفيتشية، وهذه الأشياء لم تكن ذات أهمية لهم في البداية، لكننا نرى أن السلوكيات تصبح أكثر شدة مع مرور الوقت.

الأسباب:

ومثل أي إدمان آخر تصبح المواد الإباحية هي "الدواء" المفضل للبعض لعدة أسباب:

- أنها ميسورة التكلفة لأنه بينما يتعين عليك شراء المواد المحظورة والكحول، يمكن الحصول على المواد الإباحية مجانًا.
- يمكن الوصول إليها بسهولة، وذلك على بعد نقرة واحدة فقط.
- إمكانية بقاء الهوية مجهولة، ليس الأمر وكأن الشخص مخمور في مكان عام.
- يشعر الكثير من الناس أنه من المقبول مشاهدة المواد الإباحية، وخاصة الشباب منهم.
- عدوانية في فعاليتها على سبيل المثال، عندما تشرب الكحول، عليك الانتظار حتى يمر عبر نظام جسمك ويصل إلى عقلك قبل أن تشعر بالنشوة، لكن مع المواد الإباحية، فإنها تمر عبر العينين وتصل مباشرة إلى الدماغ ويكون الإشباع فوري.

العلاج:

خطة العلاج تشمل نقاط منها الصدق ومعرفة الذات والالتزام

- الصدق يعني أنك تقر بأن لديك مشكلة وتتحمل المسؤولية الكاملة تجاهها.
- معرفة الذات تتضمن تعلم المحفزات التي تعيدك إلى المواد الإباحية، أي فهم الأوقات أو الأماكن أو المواقف التي من المرجح أن تلجأ فيها للمواد الإباحية، وباستخدام هذه المعلومات يمكن وضع خطة لتجنب التصرف بناءً على الرغبة.
- الالتزام يعني أنك ملتزم بفعل كل ما يلزم للتعافي.

بمجرد أن تعرف ما هي المحفزات، ذلك يمكنك من توقع متى وأين ستحدث وذلك يمكنك من وضع خطة لتصبح أقل عرضة لها، على سبيل المثال، بعض المرضى يعملون في مجال المبيعات، وتعتبر رحلات العمل بالنسبة لهم خطرة لأنهم وحدهم في غرف الفنادق، ما هي المحفزات إذًا؟ إنهم متعبون ومرهقون ومجهدون ومحاطون بفرص الوصول إلى المواد الإباحية.

الخطوات:

الخطة تتضمن عدد من الخطوات:

الخطوة الأولى: استراتيجيتان وهما الواجبات والحدود.

على سبيل المثال عندما يصل المرضى إلى غرفهم بالفندق مثلًا فإن الإجراءات أو الواجبات تشمل الاتصال بأزواجهم، وبدلًا من إحضار أدوات العمل معهم لغرفة الفندق والتي قد تتضمن استخدام الأجهزة الإلكترونية ينصح بإحضار محفزات يستمتعون بها، مثل الألغاز المتقاطعة أو السدوكو أو أي شيء آخر.

وبعد ذلك، هناك الحدود التي يضعها المرضى لأنفسهم، بالنسبة للبعض قد تكون الحدود مثلاً إغلاق جهاز الحاسوب والجهاز اللوحي والهاتف الخلوي، وإذا كانوا بحاجة إلى إجراء مكالمات هاتفية يمكنهم استخدم هاتف غرفة الفندق، والبعض قد يستبق ذلك بالاتصال بالفندق مسبقًا بحيث يطلبون من موظفي الفندق إخراج التلفزيون من الغرفة.

الخطوة الثانية: هي تطهير حياتك، نعني بذلك أننا نتخلص من كل المواد الإباحية، نتخلص من إمكانية الوصول إليها وهنا المكان الذي تدخل فيه تقنيات مراقبة استخدام الإنترنت باستخدام التكنولوجيا، مع العلم أنه لا يوصى باستخدام الفلاتر، لأنه من السهل جداً إيقاف تشغيلها. بدلاً من ذلك، يفضل تنصيب برامج مراقبة Accountability Software وذلك بتثبيته على هاتفك أو جهازك اللوحي أو جهاز الحاسوب

الخاص بك، قد تزوده بعناوين البريد الإلكتروني للأصدقاء الموثوق بهم أو أفراد الأسرة، وسيقوم البرنامج بإرسال سجل الإنترنت الخاص بك بالبريد الإلكتروني إلى هؤلاء الأشخاص وسيقومون بمراقبة استخدامك للإنترنت، وهناك العديد من البرامج المختلفة التي تقوم بذلك.

الخطوة الثالثة: وهي الدعم والمسؤولية، حيث لا يمكنك التعافي من إدمان المواد الإباحية بمفردك، قد تكون بحاجة إلى أن تحيط نفسك بأشخاص آخرين يفهمون معاناتك، والذين بإمكانهم دعمك وجعلك مسؤولًا، وهذا هو المكان الذي يكون لمجموعات الدعم الدور الأكبر فيه.

الخطوة الرابعة: المشورة، لأن العديد من المدمنين عانوا من صدمات شخصية، وكانوا يستخدمون المواد الإباحية لعلاج أنفسهم، لذلك يجب تحديد هؤلاء المرضى والعمل على شفائهم.

الخطوة الخامسة: وضع خطة روحانية حتى لو كنت ذا توجه علماني، فإن النصيحة أن تكون منفتحًا على الروحانيات، من واقع الخبرات من الصعب أن تنجح في التعافي من دون نوع من الأسس الروحية.

الخطوة السادسة: التعلم ويتضمن التعرف على الإدمان وأسبابه الجذرية وعملية التعافي، وكيف تبدو الحياة الجنسية الصحية والعلاقة الحميمة.

الخطوة السابعة: الفضيلة، إذا كنت ستحارب أي رذيلة، فعليك أن تفعل ذلك بفضيلة، لكن ما هي الفضائل؟ هي الصدق والصبر والمثابرة والشجاعة والإيمان والأمل والشفافية، من المهم ممارسة ذلك في التعافي، والسبب هو أن النتيجة النهائية للتعافي ليست مجرد الاعتدال، إنما تحول بأن تصبح شخصًا جديدًا وناضجًا.

إكتئاب

ما حـــــول الولادة

رؤيـــة VISION 2030
المملكة العربية السعودية
KINGDOM OF SAUDI ARABIA

يشير مصطلح اكتئاب ما حول الولادة إلى ظهور أعراض الاكتئاب أثناء الحمل أو في الأسابيع الأربعة التالية للولادة، والمصابات بهذه الحالة يحتجن إلى المساعدة والدعم وذلك أن الأعراض قد تصبح أسوء وقد تستمر بعد الولادة حيث أن حوالي ٥٠٪ من نوبات الاكتئاب بعد الولادة تبدأ فعلياً قبل الولادة وقد يصاحب هذا الاكتئاب اعراض ذهانية مثل هلاوس تأمر بقتل الرضيع أو أوهام بكون الرضيع ممسوساً.

يمكن علاج اكتئاب ما حول الولادة. يصف هذا الكتيب علامات وأعراض اكتئاب الفترة المحيطة بالولادة وكيف يمكنك أنت أو أحد أفراد أسرتك الحصول على المساعدة.

% تعاني النساء الحوامل من معدلات اكتئاب مماثلة لتلك التي لدى النســـاء غير الحوامـــل، حيث يعاني حوالي 10-14٪ من النساء الحوامل من الاكتئاب

ملحوظة: هناك معتقد شائع بأن النساء أثناء الحمل يعانين من أعراض نفسية أقل من ذي قبل، حيث تبلغ بعض النساء عن تحسن بالصحة النفسية أثناء الحمل وذلك إذا ما قورنت بالفترة السابقة للحمل وبناءً على ذلك رأى بعض الأطباء أن حدوث الاكتئاب يقل أثناء الحمل، بسبب هذا التحسن الشخصي في الحالة المزاجية.

كان الأساس البيولوجي المقترح لتأثير الحمل هذا هو فكرة أن الإستروجين يزداد بشكل ملحوظ أثناء الحمل، ويعتقد أن هرمون الإستروجين له تأثير مضاد للاكتئاب لذا يُفترض أن المشكلة السريرية الواضحة لاكتئاب ما بعد الولادة مرتبطة بالانخفاض الحاد في هرمون الإستروجين الذي يحدث عند الولادة وبعدها.

تمت دراسة هذا الرأي السريري في بعض الدراسات القائمة على الملاحظة ووجد أن معدلات الانتكاس إلى الاكتئاب أثناء الحمل لا تبدو مختلفة بشكل ملحوظ عن معدلات الانتكاس قبل الحمل أو بعده. لذا اقترحت هذه الدراسات الى ان هذا المعتقد الإكلينيكي على الاقل لا يحمي من الانتكاس الاكتئابي. وهذا هو أحد الأسباب التي تجعل بعض خبراء الطب النفسي يوصون بالاستمرار على استخدام الادوية خلال الحمل.

عوامل الخطر:

- التاريخ السابق للاكتئاب.
- العلاقة الضعيفة مع الزوج .
- الحمل غير المرغوب فيه .
- عنف الزوج.
- الوضع الاقتصادي المنخفض .
- نقص الدعم الاجتماعي .

الأعراض:

- الشعور بالاكتئاب أو التقلُّبات المزاجية الحادة
- الإفـــــراط في البكاء
- صعوبة التعلق بطفلكِ
- الابتعاد عن العائلة والأصدقاء
- فقدان الشهية أو تناول المزيد من الطعام بشكل يفوق المعتاد
- عدم القدرة على النوم (الأرق) أو النوم لفترات طويلة
- التعب البالغ أو فقدان الطاقة
- قلة الاهتمام ونقص الاستمتاع بالأنشطة التي كانت تبعث على المتعــة
- التهيُّج الشديد والغضب
- الخوف من ألا تكوني أمًّا جيدة
- اليأس
- أحاسيس انعدام القيمة، أو الخزي، أو الذنب أو العجز
- انخفاض القدرة على التفكير بوضوح، أو التركيز، أو اتخاذ القرارات
- التململُ
- نوبات القلق أو الهلع الشديـــدة
- أفكار إيذاء النفس أو إيذاء الطفل
- تكرار أفكار الموت أو الانتحـــار

ربما يستمر اكتئابُ ما حول الولادة لعدة أشهر أو لمدة أطول في حالة عدم علاجه.

المخاطر

• ما هي مخاطر الاكتئاب غير المعالج على الحمل؟

الاكتئاب قد يؤدي الى عدم المتابعة بشكل كافي مع رعاية ما قبل الولادة.

كذلك قد يقلل دافع النساء الحوامل لرعاية أنفسهن وحملهن. أيضاً قد تزداد

احتمالية استخدام النساء الحوامل المكتئبات للمواد الإدمانية والتدخين،

وهو ما قد يؤثر سلبًا على الحمل. ومن المرجح أيضًا أن تنجب النساء المكتئبات أطفالاً يعانون من انخفاض الوزن عند الولادة أو أن يولدوا قبل الأوان. هناك أيضًا خطر الانتحار، على الرغم من انخفاض معدلات الانتحار وإيذاء النفس عمومًا أثناء الحمل إلى ما يزيد قليلاً عن نصف معدلات النساء غير الحوامل.

لذلك، نرى أن الحمل يمكن أن يكون واقي إلى حد ما ضد الأفكار الانتحارية والسلوكيات المؤذية للنفس.

• كيف نعالج الاكتئاب أثناء الحمل؟

هناك أربعة خيارات علاجات أساسية: العلاج النفسي (العلاج بالتحدث)، مضادات الاكتئاب، المعالجة بالتخليج الكهربائي، التحفيز المغناطيسي عبر الجمجمة.

• ماذا عن استخدام مضادات الاكتئاب أثناء الحمل؟

التعرض لمضادات الاكتئاب في الثلث الثالث فقط كان مرتبطًا بمتلازمة التكيف بعد الولادة حسب عدة دراسات.

الأعراض عادةً ما تكون ضيق في التنفس، رعشة، سوء تغذية، كذلك حصول الوليد على درجات أقل في فحص أبغار. يرتبط التعرض لمثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية مع قرب الولادة أيضًا بارتفاع احتمالية دخول الطفل حديث الولادة الى وحدة العناية المركزة.

والخبر السار هو أن هذه الأعراض لا تستمر طويلاً. حيث قد تستمر لمدة أربعة أيام على الأكثر، وفي معظم الحالات، تستمر لبضع ساعات فقط.

ملحوظة: معدل الإصابة بمتلازمة التكيف بعد الولادة مرتفع وذلك بنسبة ١٥-٣٠٪.

• لكن هل تسبب مضادات الاكتئاب تشوهات خلقية؟

حقيقة: نسبة حصول عيوب خلقية لكل حمل بشكل عام تتراوح ما بين 2-4%

لا يبدو أن معظم مضادات الاكتئاب مثل مثبطات استرداد السيروتونين مرتبطة بمخاطر عالية لحدوث العيوب الخلقية باستثناء واحد، وهو الباروكستين. حيث تم ربط الباروكستين بارتفاع معدل الإصابة بعيوب خلقية في القلب بمعدل الضعف إذا ما قورن بمثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية الأخرى. لذا صنفت هيئة الغذاء والدواء الامريكية الباروكستين في فئة (د) للأدوية المستخدمة في الحمل.

حقيقة: لا يتعرض الجنين للدواء فوراً بعد الحمل، حيث تستغرق الدورة الدموية المشيمية للجنين بعض الوقت حتى تتأسس. حيث يحدث التكوين الأولي للمعلاق، والذي سيصبح فيما بعد الحبل السري بعد حوالي 16-18 يوماً من الحمل.

في الختام، الاكتئاب أثناء الحمل أمر شائع، لكن غالبًا ما يتم إغفاله.

ولا يرتبط الاكتئاب غير المعالج بمعاناة الأم فحسب، بل يرتبط أيضًا بنتائج حمل سلبية.

تغييرات الحالة

المزاجية

أثنـــاء الدورة الشهريـة

رؤيـــة VISION 2030
المملكة العربية السعودية
KINGDOM OF SAUDI ARABIA

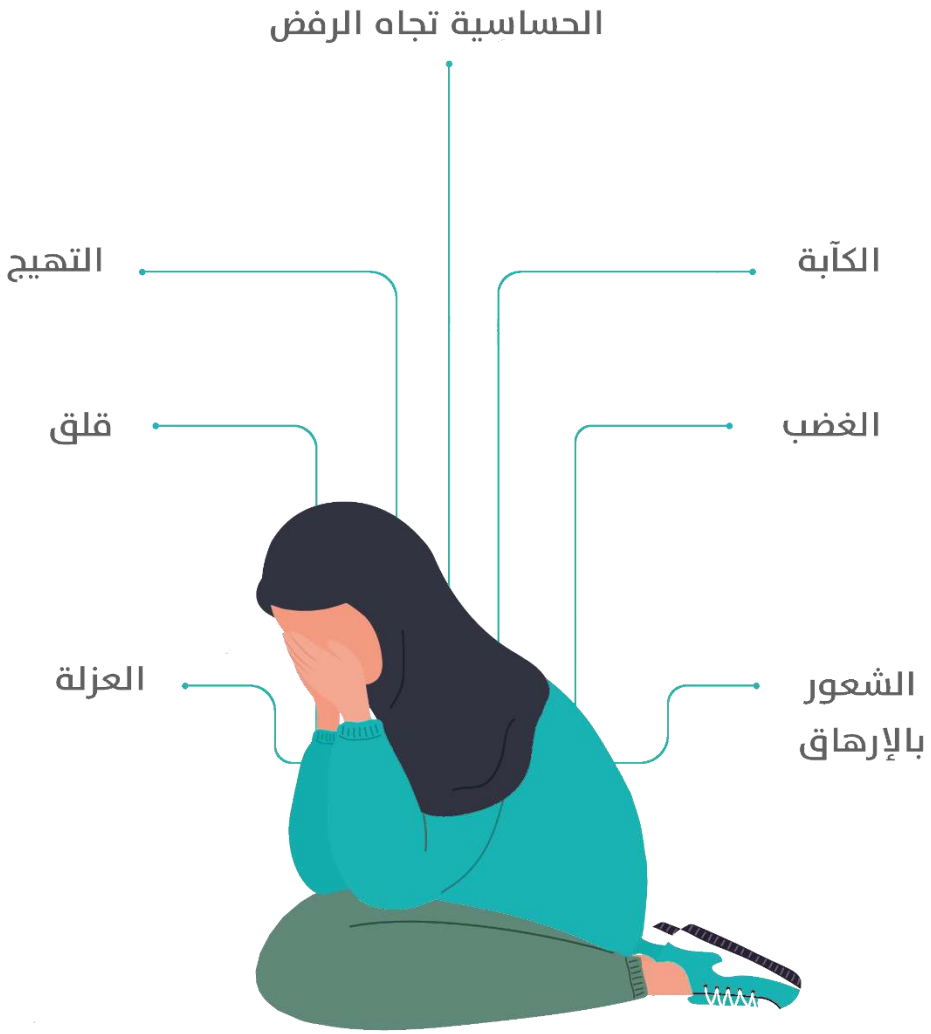
تغيرات المزاج قبـــل الحيض

تعاني العديد من النساء من تغيرات جسدية ومزاجية عابرة وذلك قرب الدورة الشهرية. في الواقع، ما لا يقل عن ٩٠ ٪ من النساء اللواتي لديهن دورات شهرية منتظمة يبلغن عن أعراض جسدية أو نفسية مزعجة قبل الحيض. بالنسبة لغالبية النساء، هذه الأعراض خفيفة ويمكن تحملها. ومع ذلك، بالنسبة لمجموعة معينة من النساء، يمكن أن تكون هذه الأعراض معيقة وقد تسبب اضطرابًا كبيراً في حياتهن.

متلازمة ما قبل الحيض:

يشار إليها عادةً باسم PMS وهي مصطلح واسع يشير عادةً إلى نمط عام من الأعراض الجسدية والمزاجية والسلوكية التي تحدث قبل أسبوع إلى أسبوعين من الدورة الشهرية وتنتهي مع بداية الحيض. متلازمة ما قبل الحيض شائعة، حيث تصيب ما بين ٣٠-٨٠٪ من النساء في سن الإنجاب.

الأعراض النفسية:



الأعراض الجسدية:

01 تورم في الأطراف

02 انتفاخ البطن

03 الصداع

04 آلام العضلات
أو آلام المفاصل

05 اضطراب في الشهية
(عادة ما تزداد)

06 الخمول
أو التعب

07 تورم في
الثدي

08 اضطراب النوم
(عادة فرط النوم)

الأعراض السلوكية:

اضطراب سوء المزاج ما قبل الطمث PMDD:

هو شكل أكثر حدة من متلازمة ما قبل الحيض. يمكن أن تظهر أعراض اضطراب سوء المزاج ما قبل الطمث قبل أسبوع إلى أسبوعين من الحيض وعادةً ما تتحسن مع بداية الدورة الشهرية. يؤدي اضطراب المزاج هذا إلى ضعف اجتماعي، مهني ملحوظ. في الواقع، وجدت دراسة حديثة أن النساء المصابات بمرض اضطراب سوء المزاج ما قبل الطمث غير المعالج من المحتمل أن يعانين من خسارة ثلاث سنوات من سنوات العمر المصححة بالجودة خلال حياتهن نتيجة لأعراض ما قبل الحيض.

يؤثر هذا الاضطراب على ٣-٨٪ من النساء، وتظهر الأعراض عادةً خلال العشرينات من العمر. قد تتفاقم هذه الأعراض بمرور الوقت؛ على سبيل المثال، لوحظ أن بعض النساء قد يعانين من تفاقم أعراض ما قبل الحيض عند دخولهن سن اليأس.

تشمل عوامل الخطر الرئيسية لهذا الاضطراب التالي: التاريخ الشخصي لاضطراب المزاج أو القلق، والتاريخ العائلي لاضطراب المزاج السابق للحيض، الضغوط، والعمر وذلك في أواخر العشرينات إلى منتصف الثلاثينيات.

من المهم التمييز بين اضطراب سوء المزاج ما قبل الطمث والحالات الطبية والنفسية الأخرى. حيث يمكن أن يكون للأمراض العضوية مثل متلازمة التعب المزمن، والألم العضلي الليفي، ومتلازمة القولون العصبي واضطراب الصداع النصفي، أعراض تتداخل مع اضطراب سوء المزاج ما قبل الطمث بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن تتفاقم الأمراض النفسية مثل الاكتئاب أو اضطرابات القلق خلال فترة ما قبل الحيض وبالتالي قد تحاكي اضطراب سوء المزاج ما قبل الطمث.

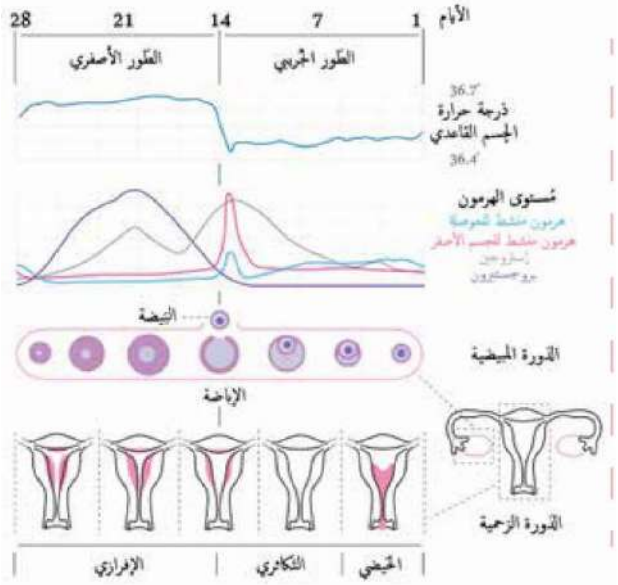
يمكن تمييز اضطراب سوء المزاج ما قبل الطمث عن اضطرابات المزاج الأخرى بشكل أساسي من خلال الطبيعة الدورية لاضطراب المزاج. أعراض المزاج في اضطراب سوء المزاج ما قبل الطمث موجودة فقط لفترة زمنية محددة وذلك خلال المرحلة الأصفرية (الأسبوعين الأخيرين) من الدورة الشهرية. على العكس من ذلك، فإن اضطرابات المزاج الأخرى متغيرة أو ثابتة خلال الوقت. لذلك، فإن أفضل طريقة لتمييز اضطراب سوء المزاج ما قبل الطمث عن اضطراب المزاج الأساسي هي من خلال الرسم البياني اليومي للأعراض. بالإضافة إلى ذلك، تختفي أعراض المزاج في اضطراب سوء المزاج ما قبل الطمث في غياب الدورة الشهرية. وهكذا، فإن اضطراب سوء المزاج ما قبل الطمث يختفي أثناء الحمل وبعد انقطاع الطمث.

تأكيد تشخيص اضطراب سوء المزاج ما قبل الطمث:

أفضل طريقة لتأكيد تشخيص هذا الاضطراب هي من خلال التخطيط اليومي للأعراض. تمر النساء المصابات بفترة خالية من الأعراض بين الحيض والإباضة. على الرغم من عدم وجود إجماع حول أفضل أداة يمكن من خلالها تأكيد تشخيص اضطراب سوء المزاج ما قبل الطمث، إلا أن هناك العديد من المقاييس التي تم التحقق منها لتسجيل أعراض ما قبل الحيض تشمل:

- Calendar of Premenstrual Experiences (COPE)
- Daily Record of Severity of Problems (DRSP)
- Prospective Record of the Severity of Menstruation (PRISM).

ما الذي يسبب المتلازمة السابقة للحيض PMS واضطراب ســـوء المزاج ما قبل الطمث PMDD:



على الرغم من أن مسببات متلازمة ما قبل الحيض واضطراب سوء المزاج ما قبل الطمث لا تزال غير مؤكدة في الوقت الحاضر، يتفق الباحثون الآن على أن هذه الاضطرابات تمثل ظواهر بيولوجية وليست أحداثاً نفسية بحتة.

قبل المضي قدمًا، من المفيد فهم بعض الأساسيات في علم الأحياء. في النصف الأول من الدورة الشهرية، ينمو الجريب إلى بويضة (ومن هنا جاء مصطلح المرحلة الجرابية لهذا الجزء من الدورة). ثم بعد ١٤ يومًا، يتم إطلاق البويضة (الإباضة). ما تبقى هو هيكل يسمى الجسم الأصفر (ومن هنا جاء مصطلح المرحلة الأصفرية)، والذي يبدأ بعد ذلك في إنتاج البروجسترون لتكثيف بطانة الرحم للتحضير للغرس.

إذا لم يتم تخصيب البويضة، فإن الجسم الأصفر يتوقف عن إفراز البروجسترون ويتحلل. وبالتالي، يحدث انخفاض في هرمون البروجسترون قبل أسبوع إلى أسبوعين من الحيض، وهذا الانخفاض هو ما يحفز إفراز بطانة الرحم (الحيض). تشير الأبحاث الحديثة إلى أن بعض النساء أكثر حساسية من غيرهن لهذا الانخفاض في هرمون البروجسترون، وهذه الحساسية تسبب أعراض المزاج لاضطراب سوء المزاج ما قبل الطمث.

وجدت دراسة رائدة عام ١٩٩٩ أن البروجسترون يتحول إلى هرمون آخر يسمى ألوبريجنانولون والذي يرتبط بمستقبلGABA-A - وهو نفس المستقبل الذي ترتبط به البنزوديازيبينات ويعمل كعامل مضاد للقلق ومضاد للاختلاج. لذا يمكن اعتبار ألوبريجنانولون هرموناً مهدئً ولذا يتأثر مستواه في حال انخفض مستوى البروجسترون. يعتبر تشخيص اضطراب سوء المزاج ما قبل الطمث تشخيصاً سريرياً والفرضية الحالية هي أنه يتعلق بحساسية المرأة لهذا الانخفاض في الهرمونات – وليس لمستويات الهرمونات غير الطبيعية.

العلاج

- **مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية:**

آلية عمل مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية الرئيسية تتعلق بزيادة حساسية المستقبلات للسيروتونين وذلك بعد أربعة إلى ستة أسابيع. ولكن اتضح أن آلية العمل الثانية لها تتضمن المساعدة في تسريع تحويل البروجسترون إلى ألوبريجنانولون. هذا يعني أن البروجسترون يتحول بشكل أسرع إلى ألوبريجنانولون وبالتالي هناك المزيد منه للعمل على مستقبلات GABA.

من المثير للدهشة أن آلية العمل الثانية هذه تعمل بسرعة، غالبًا في غضون عدة أيام. عادةً، لا يلزم سوى جرعة منخفضة من مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية (فلوكستين ١٠ إلى ٢٠ مجم يوميًا أو سيرترالين ٢٥ إلى ٥٠ مجم يوميًا، على سبيل المثال).

يمكن بدء مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية من ٧ إلى ١٠ أيام قبل الحيض أو في حال ظهرت أعراض اضطراب سوء المزاج ما قبل الطمث، أو يوميًا إذا كانت المرأة أيضًا مكتئبة أو قلقة في الأيام الأخرى. أو إذا كان هناك اكتئاب أو قلق يتفاقم في الأسبوع السابق للحيض من كل شهر حيث يمكن هنا يمكن زيادة جرعة مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية خلال الأسبوع الذي يسبق الحيض.

• **الهرمونات:**

علاج آخر محتمل وهو الهرمونات، وخاصةً حبوب منع الحمل الفموية والتي تعمل من خلال "تسطيح" مستويات هرمونات الجسم (الحفاظ على المستويات ثابتة).

• **العلاجات غير الدوائية:**

قد يكون من المفيد ببساطة شرح الأعراض من خلال الفيزيولوجيا المرضية لاضطراب سوء المزاج ما قبل الطمث حتى تكون المرأة أكثر وعيًا بالتفسير البيولوجي للأعراض. يشمل ذلك أيضا تنفيذ مخطط للحالة المزاجية لمدة شهرين على الأقل وهذا يخدم وظيفتين: (١) يمكن أن يضمن أننا نتعامل مع نمط ما قبل الحيض، و(٢) يمكن أن يساعد في كثير من الأحيان في تقليل الضيق من خلال التنبؤ بموعد الأيام السيئة.

على الرغم من عدم وجود إجماع حول أفضل أدوات التتبع، إلا أن مقياسين تم التحقق من صحتهما جيدًا وهما تقويم تجارب ما قبل الحيض (COPE) والسجل المستقبلي لشدة الحيض (PRISM) وكلاهما يطلب من المريضة قياس مجموعة متنوعة من الأعراض في كل يوم من أيام دورتها.

كذلك من الأشياء المفيدة الأخرى التي يجب تجربتها هي التغيرات في النظام الغذائي

ونمط الحياة: التخلص من الكافيين والسكر والصوديوم، والامتناع عن استخدام النيكوتين،

والحصول على نوم جيد وممارسة التمارين الرياضية بانتظام.

أما فيما يتعلق بالعلاج النفسي، وجدت إحدى الدراسات أن العلاج السلوكي المعرفي (CBT)

كان فعالًا مثل الفولكستين (٢٠ مجم يوميًا) في علاج النساء المصابات باضطراب

سوء المزاج ما قبل الطمث.

كذلك أظهرت بعض المكملات الغذائية أيضًا نتائج واعدة في دراسات مختلفة وذلك للأعراض الجسدية والمزاجية لاضطراب سوء المزاج ما قبل الطمث، بما في ذلك الكالسيوم (١٢٠٠ مجم / يوم) وفيتامين B6 (١٠٠ مجم / يوم). لكن على المرضى الحذر من أن فيتامين B6 بجرعات تزيد عن (١٠٠ ملغ / يوم) يمكن أن يتسبب باعتلال الأعصاب المحيطية.

هناك أيضًا بعض الأدلة المحدودة على أن المغنيسيوم (٢٠٠ إلى ٣٦٠ مجم / يوم) وفيتامين E يمكن أن يوفران تخفيفًا بسيطًا للأعراض.

ختاماً تعتبر التغيرات المزاجية شائعة أثناء الدورة الشهرية وربما تنشأ عن تقلب مستويات الهرمونات ومستقلباتها طوال الدورة. قد ينتج اضطراب سوء المزاج ما قبل الطمث عن الحساسية للتغيرات السريعة في مستويات هرمون الاستروجين والبروجسترون. يمكن أن تكون موانع الحمل الفموية ومثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية والتدخلات الأخرى علاجات فعالة.

الغـــــذاء

والصحة النفسيـة

رؤيـــة VISION 2030
المملكة العربية السعودية
KINGDOM OF SAUDI ARABIA

الغذاء والصحة النفسيـــــــة

يمكن أن تؤثر جودة الطعام الذي تتناوله صحتك الجسدية والنفسية بشكل عام، فما بين تجربة SMILES وتجربة Healthy Med جنبًا إلى جنب مع تجربة Heather Francis في أستراليا ،ظهر أن الحديث عن الغذاء والتغذية والتأثير على النظام الغذائي للأفراد لزيادة كثافة العناصر الغذائية لديهم ،وكذلك إقناعهم للتحول للنظام الغذائي المتوسطي كان له آثار صحية كبيرة تستمر حتى ستة أشهر.

يرتبط النظام الغذائي الصحي بتخفيض خطر الإصابة بالاكتئاب بنسبة ٣٠٪ تقريبًا وتحسن الإدراك بنسبة ٤٠٪. لاتعرف بالضبط الية عمل النظام الغذائي ، ولكن هناك العديد من الاحتمالات منها أن الأنظمة الغذائية الصحية تعتبر من مضادات الالتهابات ، والالتهاب هو سبب ونتيجة للاكتئاب. هذه الأطعمة غنية أيضًا بالعناصر الغذائية الضرورية لوظيفة الدماغ ، مثل المغنيسيوم والفولات وفيتامينات ب. كما أنها تعمل على تحسين مطاوعة الدماغ. على سبيل المثال ، ترتفع مستويات عامل الحماية العصبية المشتق من الدماغ (BDNF) مع اتباع نظام غذائي صحي ، وهو تأثير نراه أيضًا مع مضادات الاكتئاب والتمارين الرياضية. النظام الغذائي له تأثيرات موثقة جيدًا على الحُصين ، والذي له دور في الذاكرة والاكتئاب. حيث يمكن للأنظمة الغذائية الغنية بالدهون والسكر أن تضعف الذاكرة المعتمدة على الحُصين في أقل من ٥ أيام.

تؤدي النظم الغذائية غير الصحية إلى مشاكل صحية كبيرة مثل مرض السكري وأمراض القلب، السمنة والسرطان. وبسبب هذا يعد النظام الغذائي الغير صحي السبب الرئيسي للوفاة المبكرة في الدول المتقدمة. ويمكن ربط ما يقرب من ٢٠٪ من الوفيات في جميع أنحاء العالم الى عادات الغذاء الغير صحية.

يعد الأشخاص الذين يتبعون نظامًا غذائيًا غنيًا بالأطعمة الكاملة مثل الفواكه، الخضار، الحبوب الكاملة، الاسماك، زيت الزيتون أقل احتمالا بنسبة تصل إلى ٣٥٪ من أن يصابوا بالاكتئاب مقارنة بالأشخاص الذين يتناولون كمية أقل من هذه الأطعمة .

الأطعمة المجهزة والمقلية والسكرية لها قيمة غذائية قليلة ولذا يجب تجنبها. تظهر الأبحاث أن اتباع نظام غذائي يتضمن بانتظام هذه الأنواع من الأطعمة يمكن أن يزيد من خطر التطور الاكتئاب بنسبة تصل إلى ٦٠٪ .

يرتبط النظام الغذائي بالحصين ، وهي منطقة رئيسية في الدماغ تشارك في التعلم والذاكرة والصحة النفسية. لدى الأشخاص الذين يتبعون نظامًا غذائيًا صحيًا حجم حصين أكبر من أولئك الذين يتبعون نظامًا غذائيًا غير صحي .

وجدت إحدى الدراسات أن ثلث المشاركين في الدراسة والذين يعانون من الاكتئاب تحسنت أعراضهم بالكامل بعد تحسين نظامهم الغذائي.

يمكن أن يكون النظام الغذائي الصحي أرخص من الوجبات السريعة والمعالجة حيث يمكن توفير المال عن طريق اختيار الخضار المجمدة والأسماك المعلبة كذلك الفواكه والبقوليات المجففة. والتي تعد من الناحية التغذوية مماثلة للأطعمة للطازجة وتبقى صالحة لفترة أطول.

قائمة البقالة

لصحـــة

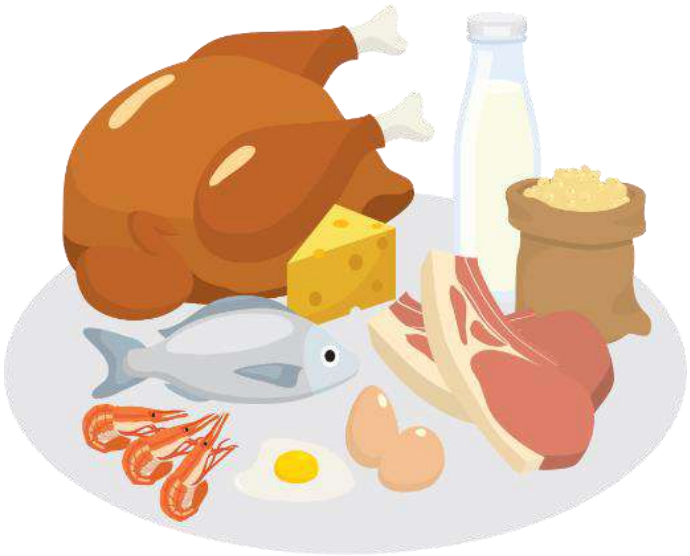
نفسية أفضل

تعد الاطعمة الواردة في هذه القائمة مصدرا جيدا لأحماض أوميغا ٣ الدهنية، حمض الفوليك، فيتامين د، فيتامين ب ١٢ وكلها مدعومة بأبحاث علمية (ولكن لا تحل محل العلاج لاضطرابات الصحة النفسية). تلك التي تتطلب الطهي يجب أن تحضر في الفرن أو على الشواية بدلاً من القلي.

رؤيـــة VISION 2030
المملكة العربية السعودية
KINGDOM OF SAUDI ARABIA

اللحوم والدواجـــن والمأكولات البحرية

- سمك السالمون
- الأنشوجة
- السردين
- التونة البيضاء
- سمك القد
- الدجاج
- الديك الرومى
- لحوم الابقار التي تتغذى على العشب (كميات قليلة)
- لحم الضأن المتغذي على العشب (كميات قليلة)
- الألبان
- البيض
- الحليب (المعزز ب فيتامين د)
- الجبن غير المعالج



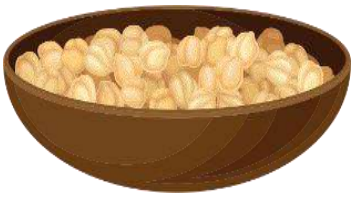
المكسرات

- عين الجمل
- اللوز
- الفستق
- بذور الشيا
- بذور الكتان

- حبوب السمسم
- بذور دوار الشمس
- الفول السودان

البقوليات والحبوب

- الشوفان الكامل / دقيق الشوفان الكامل
- خبز الحبوب الكاملة
- الكينوا
- الأرز بني
- الشعير



- العدس
- الحمص
- فول الصويا
- البازيلاء
- الفاصوليا

الخضروات

- القرع
- البصل
- الخس
- البروكلي
- الكرفس
- السبانخ
- الكرنب
- اليقطين
- البطاطا الحلوة

الفاكهة

- البرتقال
- الفراولة
- توت العليق
- الأفوكادو
- الموز
- الطماطم
- التفاح
- المانجو

المعززات الحيوية

- الكومبوتشا
- المخلل الملفوف (غير مبستر)
- الكيمتشي (غير مبستر)
- الزبادي غير المحلّى

التتبيلة/ الصوصات

- الأعشاب طازجة (ريحان، كزبرة، إلخ.)
- زيت الزيتون البكر الممتاز
- خل حمض التفاح
- الخل البلسمي
- الثوم

الأنظمة الغذائية

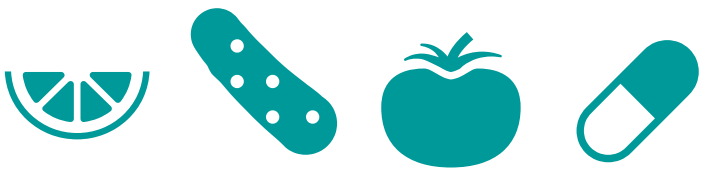
للمرضى المصابين باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه

رؤية VISION 2030
المملكة العربية السعودية
KINGDOM OF SAUDI ARABIA

ما هي الأنظمة الغذائية التي تساعد في علاج فرط الحركة وتشتت الانتباه؟

خمسون عامًا من الأبحاث خلصت إلى ثلاثة مناهج غذائية لاضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه منها حمية الإقصاء، المكملات الغذائية وأخيرًا نظام داش DASH الغذائي. وحمية الإقصاء أحد الطرق الغذائية المستخدمة لدى مرضى اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه.

تم اقتراح أول نظام غذائي لاضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه من قبل Ben Feingold، أخصائي الحساسية البارز ومؤلف الكتاب الأكثر مبيعًا لعام ١٩٧٥ "Why Your Child Is Hyperactive". كان Feingold يحاول مساعدة المرضى الذين لديهم حساسية من حمض الساليسيليك (الأسبرين) من خلال جعلهم يتخلصون من الأطعمة الغنية بالساليسيلات، بما في ذلك الطماطم والخيار والبرتقال، بالإضافة إلى ملونات الطعام الاصطناعية التي تشبه الساليسيلات. أثناء ذلك لاحظ أن مرضاه المصابين باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه دخلوا في هدأة كاملة من الاضطراب.



تم اختبار نظام Feingold الغذائي في أكثر من اثنتي عشرة تجربة صغيرة ذات شواهد لاضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، ولكن النتائج كانت مختلطة وجاء التحليل التلوي سلبيًا. ومع ذلك، كانت الدراسات التي ركزت على التخلص من الألوان الاصطناعية إيجابية بشكل عام حيث أسفرت عن حجم تأثير صغير (٢٨ , ٠).

وجدت دراسات لاحقة أن الملونات الاصطناعية يمكن أن تسبب أعراض اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه لدى الأطفال غير المصابين باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه. أضافت تلك الدراسات أيضًا بنزوات الصوديوم إلى القائمة (عبارة عن مادة حافظة ومحسِّنة بلنكهة توجد في الصلصات المعبأة والوجبات الخفيفة والمشروبات الغازية). بناءً على ذلك، حظرت العديد من البلدان الملونات الغذائية ووضع الاتحاد الأوروبي تحذيرات على الأطعمة التي تحتوي عليها.

على الرغم من أن Feingold افترض أن هذه كانت ظاهرة تحسس إلا أن هذه المواد المضافة لها أيضًا آليات شبيهة بالتأثير الدوائي، حيث تثبط الإنزيمات المشاركة في استقلاب الدوبامين والنورادرينالين.

بالعودة إلى نظرية التحسس، اختبرت العديد من الدراسات آثار الأطعمة المسببة للحساسية مثل منتجات الألبان والقمح والبيض والشوكولاتة والمكسرات والحمضيات على اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه. وجد هذا النهج دعمًا في ثلاث تجارب صغيرة، حيث توقف الأطفال عن الطعام لمدة أسبوعين إلى ثلاثة أسابيع ثم أعيد تقديم الغذاء الأصلي أو الغذاء الوهمي. يتم استخدام هذا النهج في بعض الأحيان لاختبار هذه الأطعمة في الممارسة السريرية. إذا كان الطعام مسببًا، فعادةً ما تعود الأعراض في غضون ساعات قليلة إلى أيام قليلة من إعادة إدخاله.

ربطت أبحاث أخرى اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه بالمواد الكيميائية التي تتسرب إلى الأطعمة من العلب والأوعية البلاستيكية، لكن هذه الأبحاث اقتصرت على حيوانية ووبائية، حيث أن التجربة على البشر غير أخلاقية لأن هذه المواد الكيميائية، التي تشمل بيسفينول أ (BPA)، والفثالات، والفينولات، لها تأثيرات سامة على الأعصاب ومسببة للسرطان.

باختصار، من الأفضل تجنب الألوان الاصطناعية وبنزوات الصوديوم والمواد الكيميائية مثل BPA لأنها قد تؤدي إلى تضرر الادراك لدى أي شخص.

المكملات الغذائية واضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه:

من المرجح أن يكون لدى الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه مستويات منخفضة من الحديد والمغنيسيوم وأحماض أوميغا ٣ الدهنية (زيت السمك) والزنك، ولكن هل يمكن أن تؤدي المكملات الغنية بهذه العناصر إلى تحسن اضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط؟

تعاني معظم الدراسات في هذا المجال من مشاكل في تصميم الدراسة، وكذلك النتائج غير المتسقة، لكن التحليلات التلوية وجدت فائدة صغيرة عند استخدام أحماض أوميغا ٣ الدهنية (١٢ تجربة) والزنك (سبع تجارب حينما تستخدم كمعززات للأدوية المنبهة.

تأتي أحماض أوميغا ٣ الدهنية في شكلين: حمض الدوكوساهيكسانويك (DHA) وحمض إيكوسابنتاينويك (EPA)، ومعظم التجارب الإيجابية استخدمت كميات عالية من EPA، حوالي ٦٠٠ ملغ / يوم. في نمط مشابه في حالة الاكتئاب.

كانت الجرعة النموذجية في دراسات الزنك هي ١٥ ملغ / يوم من غلوكونات، جلايسينات أو كبريتات الزنك. قد لا تنطبق هذه الدراسات في بعض الدول مثل الولايات المتحدة، حيث ١٢ ٪ فقط من السكان يعانون من نقص في الزنك. وكانت التجربة الأمريكية الوحيدة للزنك سلبية، بينما أجريت التجارب الإيجابية في البلدان التي يعاني فيها ما يقرب من نصف السكان من نقص الزنك: تشيلي وإيران وتركيا.

نظام داش:

والتي من مزاياه: خلوه من المخاطر، سهولته، وفوائده الصحية المتعددة. ومن المحتمل أيضًا أن يستمر إلى مرحلة ما بعد البلوغ. يوفر هذا النظام الغذائي الكثير من أوميغا ٣، لكن المصادر الغذائية عادةً ما تكون منخفضة في مستويات الأحماض الدهنية EPA اللازمة للمزاج واضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، لذلك قد تظل المكملات مفيدة. قد تساعد المعادن مثل الزنك في حالة وجود نقص، وقد يساعد تجنب الأطعمة المسببة للحساسية عندما يكون المريض مصابًا بحساسية محددة.

الأطعمة التي يجب تجنبها:

- **الحلويات، الصودا، السكريات المضافة.**
- الأطعمة المقلية أو السريعة أو المعبأة أو المصنعة.
- النقانق والسجق واللحوم مثل اللانشون.

الأصباغ أو الملونات الاصطناعية، بنزوات الصوديوم وBPA (بتقليل الأطعمة والمشروبات المعلبة، وعدم استخدام المايكروويف لتسخين المواد تحتوي على البلاستيك).

الأدوية الجنيسة

واستقلاب الدواء

رؤية VISION 2030
المملكة العربية السعودية
KINGDOM OF SAUDI ARABIA

الأدوية الجنيسة واستقلاب الدواء

بدأت قصة صناعة الأدوية التي تحمل الاسم العلمي (generic الجنيسة) في عام ١٩٨٤، عندما أقر الكونغرس قانون هاتش واكسمان استجابة لارتفاع تكاليف الأدوية، والذي خفف المتطلبات للحصول على موافقة هيئة الغذاء والدواء FDA. عندما تكتشف شركة أدوية مركبًا جديدًا، فإنها تقدم طلبًا سريعًا للحصول على سلسلة من براءات الاختراع، والتي تستمر ٢٠ عامًا من وقت اكتشاف المركب لأول مرة. بالطبع، يتم استهلاك جزء كبير من عمر براءة اختراع المركب في البحوث السريرية الأساسية المطلوبة للفوز بموافقة إدارة الغذاء والدواء. حيث يجب أن تختبر الشركات أولاً الأدوية للتأكد من سلامتها في الحيوانات، ثم لدى متطوعين من البشر في تجارب المرحلة الأولى،ثم في مجموعات من المرضى في تجارب المرحلة الثانية، وأخيراً يختبر الدواء في مجموعات كبيرة من المرضى في تجارب المرحلة الثالثة . من أجل الحصول على موافقة إدارة الغذاء والدواء، يجب على الشركات أن تقدم نتائج إيجابية لاثنتين على الأقل من التجارب الكبيرة والتي تم التحكم فيها باستخدام الدواء الوهمي "controlled trials placebo" . تستغرق عملية اختبار وتقييم الادوية ما متوسطه ١٠ سنوات، لذلك فإن معظم الأدوية لديها فقط ١٠ سنوات أخرى من حماية براءة الاختراع المتبقية بعد موافقة إدارة الغذاء والدواء. ومع ذلك، يمكن للعقار الرائج أن يدر مليارات الدولارات في تلك الفترة الزمنية. قبل قانون هاتش واكسمان ، كان يُطلب من الشركات المنتجة للأدوية ذات الاسم العلمي (الجنيسة) أن تمر بنفس عملية البحث والتطوير التي تستغرق وقتًا طويلاً مثل الشركات "المنشئة" (الشركات التي قامت باكتشاف الدواء الأصلي). هذا المطلب يعني أن عددًا قليلاً جدًا من الأدوية ذات الاسم العلمي ستدخل السوق لأن شركات الأدوية الجنيسة لا يمكنها تعويض استثماراتها في البحث

والتطوير عن طريق بيع الأدوية الجنيسة منخفضة التكلفة. غيّر قانون Hatch-Waxman لوائح إدارة الغذاء والدواء، مما سمح لشركات الادوية الجنيسة بالاعتماد على بيانات فعالية الشركة المنشئة. ومن أجل الفوز بموافقة إدارة الغذاء والدواء، يتعين على الشركة المصنعة الآن فقط إثبات أن منتجها مطابق كيميائيًا وبيولوجيًا للعلامة التجارية. وكحافز إضافي، يتم منح الشركة الأولى التي تنتج نسخة جنيسة ٦ أشهر من التفرد في السوق، مما يعني أنه لا يُسمح لأي شركة عامة أخرى بالمنافسة خلال تلك الفترة. هذا هو السبب في استغراق سعر الدواء الجنيس فترة ٦ أشهر على الأقل وعادةً أطول حتى ينخفض سعره.

الأدوية الجنيسة (الحاملة للاسم العلمي generic) والتكافؤ الحيوي:

تطلب إدارة الغذاء والدواء الأمريكية من صانعي الأدوية إثبات أن الدواء الجنيس (الحامل للاسم العلمي) "مكافئ حيوياً" للعقار ذو العلامة التجارية Brand الذي سيحل محله. من أجل تحقيق ذلك، تجري الشركات دراسات حيث يأخذ ٢٥-٣٠ متطوعًا سليمًا جرعة واحدة من الإصدارين. يتم سحب دمائهم بالتسلسل، ويتم تحليل البيانات للحصول على متوسطات Cmax (تركيز الدواء الاقصى) ، و AUC (المساحة تحت المنحنى) ، ونصف العمر للدواء ، وأحيانًا متغيرات أخرى ، ثم تتم مقارنة الأرقام التي تم الحصول عليها من الأدوية الجنيسة مع تلك التي تم الحصول عليها من العقار الحامل للعلامة التجارية ، وتشكل هذه المقارنة الأساس لتقييم التكافؤ الحيوي.

تحدد إرشادات إدارة الغذاء والدواء الأمريكية (FDA) أن التوافر البيولوجي للدواء الحامل للاسم العلمي generic يجب أن يكون ، في المتوسط ، بين ٨٠٪ و ١٢٥٪ من العلامة التجارية الأصلية brand.والا لن تتم الموافقة ،تقوم إدارة الغذاء والدواء الأمريكية كل بضع سنوات بمراجعة جميع دراسات التكافؤ الحيوي التي تقدمها الشركات . وجدت مراجعة لهذه النتائج من عام ١٩٩٦ إلى عام ٢٠٠٧ أن متوسط الفرق بين المساحة

تحت المنحنى auc للأدوية العامة generic والأدوية ذات الأسماء التجارية brand كان ٥ , ٣٪ فقط، اذا على سبيل المثال قد يمتص المريض الذي تحول من ٥٠ مجم من زولوفت brand إلى ٥٠ مجم من سيرترالين generic ما بين ٤٨ مجم و ٥٢ مجم وهذا من غير المحتمل أن يكون مهمًا من الناحية السريرية .

توفر إدارة الغذاء والدواء (FDA) ثلاث فئات تصنيف للتكافؤ الحيوي:

- AB: أثبت الدواء الجنيس تكافؤاً حيوياً مع الدواء ذو العلامة التجارية في الدراسات البشرية.
- AA: لم يتم إجراء دراسات بشرية، ولكن من المحتمل أن يكون هناك تكافؤ حيوي.
- B: قد لا يكون مكافئًا حيوياً.

عندما تعطي مريض وصفة طبية، هل تكتب العلامة التجارية للدواء (brand) أو الاسم العلمي للدواء (Generic name)؟

يكتب الكثير منا اسم العلامة التجارية لأنه من الأسهل تذكرها وكتابتها. ولكن ماذا يحدث عندما يحضر مريضك الوصفة إلى الصيدلية؟ الجواب يختلف حسب المقاطعات في الولايات المتحدة الامريكية. استعرضت دراسة حديثة في JAMA Internal Medicine جميع قوانين الولايات وأفادت أن ١٩ ولاية فقط تفرض على الصيدليات أن تستبدل الأدوية ذات العلامات التجارية (brand) بالأدوية التي تحمل الاسم العلمي (generic) اذا ماتوفرت . في الولايات الـ ٣١ المتبقية، "ممكن" للصيدليات أن تستبدل بنفس الطريقة اعلاه. وفي سبع ولايات، يُطلب من الصيدليات الحصول على موافقة المريض قبل الاستبدال. يؤدي طلب مثل هذه الموافقة إلى خفض معدل الاستبدال بنحو ٢٥٪ ، وهو ما يترجم إلى نفقات إضافية ضخمة يتحملها كل من المرضى وشركات التأمين.إذا كنت تريد التأكد من أن مريضك يتلقى الدواء الذي يحمل اسم العلامة التجارية ، فيمكنك القيام بذلك عن طريق كتابة "يصرف كما هو مكتوب" على الوصفة. لكن فكر قبل القيام

بذلك. من المحتمل أن ينتهي الأمر بمرضاك إلى إنفاق المزيد من المال، وقد أظهرت الأبحاث أن الالتزام بالأدوية والنتائج الصحية أفضل على الأدوية التي تحمل الاسم العلمي للدواء (generic) بسبب التوفير في التكلفة.

هل الأدوية الجنيسة generic فعالة اذا ماقورنت بالأدويـــــة ذات العلامـــات التجاريـــة brand ؟

معظم المنشورات في هذا المجال هي عن تقارير لحالات case reports وغيره، وهي عرضة لتأثير الدواء الوهمي وهذا تحيز من البداية ضد generics او الادوية الحاملة للاسم العلمي، الدراسة التالية توضح المشكلة، جمع الباحثون في نيوزيلندا ٨٧ طالبًا جامعيًا عانوا من صداع متكرر، وتم توزيعهم عشوائياً إلى مجموعة تتناول الإيبوبروفين أو الدواء الوهمي. تم تسليم العلاجات على مرحلتين. في البداية تم ختم كل من الدواء الوهمي placebo والإيبوبروفين بـ "إيبوبروفين جنيس" generic ibuprofen، وكان العلاج الفعال أفضل بكثير من العلاج الوهمي. بعد ذلك قام الباحثون على وسم كل من الدواء الوهمي والأيبوبروفين الحقيقي باسم العلامة التجارية brand . طغت قوة الاقتراح على تأثير الدواء الحقيقي؛ حيث أن الدواء الوهمي عمل تمامًا مثل الإيبوبروفين الحقيقي ذو العلامة التجارية.

مراجعة وجيزة لبعض الأدوية التي تم بحثها جيدًا أو التي خضعت للتدقيق بشكل خاص:

مضادات الذهان:

بعد فترة وجيزة من الموافقة على الكلوزابين الجنيسي generic

عام ١٩٩٩ ، ظهرت عدة تقارير تصف عودة ظهور الأعراض الذهانية بعد التحول من كلوزابين "Clozaril brand" إلى كلوزابين. وسرعان ما قامت كل من شركة Novartis (الشركة المصنعة لـ Clozaril) والمصنعون

للكلوزابين الجنيس بإجراء دراسات كبيرة قارنت كلوزاريل مع الكلوزابين العام. نتائج هذه الدراسات تعتمد على مصدر التمويل. كان هناك انقسام دقيق بين الدراسات التي مولتها شركة نوفارتيس ، والتي أفادت بأن أداء المرضى الذين تم تحويلهم إلى الكلوزابين الجنيس كان ضعيفًا، والدراسات الممولة من قبل الشركات الجنيسة ، والتي أفادت بأن النوع العام كان جيد التحمل ، تسببت الدراسات الممولة من Novartis في ضجة كبيرة ، واستجابت إدارة الغذاء والدواء الأمريكية (FDA) من خلال مطالبة صانعي الأدوية الجنيسة بتكرار أبحاث التكافؤ الحيوي ، وهو ما حدث حيث نظرت دراستان أكبر في السؤال دون أي تمويل ظهر أن كلاهما يبرئ الكلوزابين الجنيس.

بعيدا عن الكلوزابين ، تتبعت دراسات من نيوزيلندا وإيطاليا استخدام الرعاية الصحية قبل وبعد تحول أعداد كبيرة من المرضى من العلامات التجارية للادوية إلى أدوية الأولانزابين الجنيس والريسبيريدون. التحول إلى الأدوية الجنيسة لم يغير من معدل استخدام خدمات العيادات الخارجية أو خدمات المرضى الداخلية.

*كانت هناك تقارير عن زيادة الانتكاسات عندما تحول المرضى من العلامة التجارية إلى الكلوزابين العام في عام ٢٠٠١ ، لا سيما مع جنيس زينيث (اشترته تيفا لاحقًا). خلص تحليل أحدث إلى أن هذه المشكلة نادرة جدًا وأفضل علاج لها هو قياس مستويات الدواء.

مضادات الاكتئاب:

استخدمت بعض الدراسات قواعد بيانات وطنية كبيرة للنظر فيما إذا كان من المرجح أن يتم تنويم المرضى في المستشفى بعد التحول إلى مضادات الاكتئاب الجنيسة. كانت النتائج مختلطة ويصعب تفسيرها بالانتقال إلى الحديث عن مضادات الاكتئاب على حدة ، قارنت دراسة أجريت في نيوزيلاندا بين ١٢٤٠٧ مريضًا بقوا على

اسم العلامة التجارية إيفكسور إكس آر مع ١٦٢٤ مريض تحولوا إلى فينلافاكسين XR بين عامي ٢٠١١ و ٢٠١٣. لم يكن هناك فرق في أي مقياس لاستخدام الرعاية الصحية بين المجموعتين.

هناك تقرير واحد من عام ٢٠٠٧ عن تفاقم الاكتئاب لدى ٢٠ من أصل ١٧٢ مريضًا (١٢٪) يعانون من اضطرابات القلق حيث تحولوا من دواء سيليكسا brand إلى سيتالوبرام generic. لم يكن المرضى على دراية بالتبديل، وتحسنوا مع العودة إلى العلامة التجارية، مع حاجة البعض إلى زيادة الجرعة.

أدت بعض الإصدارات الجنيسية الممتدة المفعول لمضادات الاكتئاب – فينلافاكسين XR و buoprobin XL – إلى تفريغ الجرعة بأكملها بعد فترة وجيزة من تناولها، مما أدى إلى آثار جانبية في الصباح ومشاكل الانسحاب في فترة ما بعد الظهر. كلاهما من صنع شركة Teva. منذ ذلك الحين تم سحب buoprobin XL من السوق.

- خلاصة القول هي أن تركيبات الإصدار الممتد يصعب على الشركات نسخها. لا يُطلب من الشركات التي تطور هذه التركيبات المعقدة الكشف عن أسرار التصنيع الخاصة بها، لذلك يتعين على الشركات العامة إجراء هندسة عكسية للدواء.

ختاما تشكل الأدوية الجنيسة حوالي ٧٠٪ من جميع الوصفات الطبية للأدوية النفسية. تتوفر الآن معظم الأدوية في جميع الفئات كأدوية جنيسة، بما في ذلك مضادات الاكتئاب ومضادات الذهان غير التقليدية ومثبتات المزاج.

إن فوائد وصف الأدوية الجنيسة واضحة – فنحن نقلل التكلفة على مرضانا ونخفف العبء المالي الكلي على نظام الرعاية الصحية.

المراجع

1. Schab DW, Trinh NH. Do artificial food colors promote hyperactivity in children with hyperactive syndromes? A meta-analysis of double-blind placebo-controlled trials. J Dev Behav Pediatr. 2004 Dec;25(6):423-34. doi: 10.1097/00004703-200412000-00007. PMID: 15613992.
2. Heilskov Rytter MJ, Andersen LB, Houmann T, Bilenberg N, Hvolby A, Mølgaard C, Michaelsen KF, Lauritzen L. Diet in the treatment of ADHD in children – a systematic review of the literature. Nord J Psychiatry. 2015 Jan;69(1):1-18. doi: 10.3109/08039488.2014.921933. Epub 2014 Jun 16. PMID: 24934907.
3. Stevens LJ, Kuczek T, Burgess JR, Hurt E, Arnold LE. Dietary sensitivities and ADHD symptoms: thirty-five years of research. Clin Pediatr (Phila). 2011 Apr;50(4):279-93. doi: 10.1177/0009922810384728. Epub 2010 Dec 2. PMID: 21127082.
4. Bloch MH, Qawasmi A. Omega-3 fatty acid supplementation for the treatment of children with attention-deficit/hyperactivity disorder symptomatology: systematic review and meta-analysis. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2011 Oct;50(10):991-1000. doi: 10.1016/j.jaac.2011.06.008. Epub 2011 Aug 12. PMID: 21961774; PMCID: PMC3625948.
5. van den Brink AC, Brouwer-Brolsma EM, Berendsen AAM, van de Rest O. The Mediterranean, Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH), and Mediterranean-DASH Intervention for Neurodegenerative Delay (MIND) Diets Are Associated with Less Cognitive Decline and a Lower Risk of Alzheimer's Disease-A Review. Adv Nutr. 2019 Nov 1;10(6):1040-1065. doi: 10.1093/advances/nmz054. PMID: 31209456; PMCID: PMC6855954.
6. Khoshbakht Y, Moghtaderi F, Bidaki R, Hosseinzadeh M, Salehi-Abargouei A. The effect of dietary approaches to stop hypertension (DASH) diet on attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) symptoms: a randomized controlled clinical trial. Eur J Nutr. 2021 Oct;60(7):3647-3658. doi: 10.1007/s00394-021-02527-x. Epub 2021 Mar 14. PMID: 33715085.
7. Jacka FN et al, BMC Med 2017;15(1):23.
8. Parletta N et al, Nutr Neurosci 2019;22(7):474–487.
9. Khoshbakht Y et al, Eur J Nutr 2021;60(7):3647–3658.

10. Cavanagh, J. T. 0., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003) Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. Psychol Med, 33(3): 395-405.
11. Dombrovski, A. Y, & Hallauist, M. N. (2017) The decision neuroscience perspective on suicidal behavior: Evidence and hypotheses. Curr Opin Psychiatry, 30(1): 7-14.
12. Ocluendo, M. A., Sullivan, G. M., Sudol, K., et al. (2014) Toward a biosignature for suicide. American J Psychiatry, 171(12): 1259-77.
13. Stuart H. Violence and mental illness: an overview. World Psychiatry. 2003 Jun;2(2):121-4. PMID: 16946914; PMCID: PMC1525086.
14. Hawton, K., Zahl, D., & Weatherall, R. (2003) Suicide following deliberate self-harm: Long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. Br Psychiatry, 182(6): 537-42.
15. Pompili, M., Belvederi Murri, M., Patti, S., et al. (2016) The communication of suicidal intentions: A meta-analvsis.Psycho/ Med, 46(11): 2239-53. doi:10.1017/50033291716000696
16. Gunnell, D., & Miller, M. (2010) Strategies to prevent suicide. BMJ, 341: 157-58.
17. Gould, M. S., Marrocco, F. A., Kleinman, M., et al. (2005) Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: A randomized controlled trial. JAMA, 293(13): 1635-43. doi:10.1001/jama.293.13.1635.
18. Kleponis PC, Integrity Restored: Helping Catholic Families Win the Battle Against Pornography. Steubenville, OH: Emmaus Road Publishing, 2014.
19. Targum SD et al, J Affect Disorders 1991;22(1–2):49–53.
20. Griffin L and Mellon S, Proceedings Natl Acad Sci USA 1999;96(23):13512–7).
21. Yonkers KA et al, Obstet Gynecol 2005;106:492–501.
22. Winer, S. A., Rapkin, A. J. (2006). Premenstrual disorders: prevalence, etiology and impact. Journal of Reproductive Medicine; 51(4 Suppl):339-347
23. Yonkers, K. A., & Casper, R. F. (2018, January 15). Epidemiology and pathogenesis of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder (R. L. Barbieri & W. F. Crowley Jr., Eds.). Retrieved June 28, 2018, from https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-and-pathogenesis-of-premenstrual-syndrome-and-premenstrual-dysphoric-disorder?topicRef=7382&source=see_link
24. Yamada, K., & Kamagata, E. (2017). Reduction of quality-adjusted life years (QALYs) in patients with premenstrual dysphoric disorder (PMDD). Quality of Life Research,26(11), 3069-3073. doi:10.1007/s11136-017-1642-1

25. Baker, L. J., & O'Brien, P. M. (2012). Premenstrual syndrome (PMS): A peri-menopausal perspective. Maturitas,72(2), 121-125. doi:10.1016/j.maturitas.2012.03.007
26. Prevalence of mood and anxiety disorders in women who seek treatment for premenstrual Bailey JW, Cohen LS. J Womens Health Gend Based Med. 1999 Nov;8(9):1181-4.
27. Schmidt, P. J., Martinez, P. E., Nieman, L. K., Koziol, D. E., Thompson, K. D., Schenkel, L., . . . Rubinow, D. R. (2017). Premenstrual Dysphoric Disorder Symptoms Following Ovarian Suppression: Triggered by Change in Ovarian Steroid Levels But Not Continuous Stable Levels. American Journal of Psychiatry,174(10), 980-989. doi:10.1176/appi.ajp.2017.16101113
28. Bixo, M., Ekberg, K., Poromaa, I. S., Hirschberg, A. L., Jonasson, A. F., Andréen, L., . . . Bäckström, T. (2017). Treatment of premenstrual dysphoric disorder with the GABA A receptor modulating steroid antagonist Sepranolone (UC1010)—A randomized controlled trial. Psychoneuroendocrinology,80, 46-55. doi:10.1016/j.psyneuen.2017.02.031
29. Rapkin, A.J., Berman, S.M., Mandelkern, M.A., Silverman, D.H., Morgan, M., & London, E.D. (2011). Neuroimaging evidence of cerebellar involvement in premenstrual dysphoric disorder. Psychiatry,69(4), 374-380
30. Andrzej, M., & Diana, J. (2006). Premenstrual syndrome: From etiology to treatment. Maturitas, 55(Suppl 1), S47–S54. doi:1016/j.maturitas.2006.06.016
31. Thys-Jacobs, S., Starkey, P., Bernstein, D., et al.. (1998). Calcium carbonate and the premenstrual syndrome: effects on premenstrual and menstrual symptoms. Premenstrual Syndrome Study Group. Am J Obstet Gynecol. (179). 444–452
32. Chocano-Bedoya, P. O., Manson, J. E., Hankinson, S. E., Willett, W. C., Johnson, S. R., Chasan-Taber, L., . . . Bertone-Johnson, E. R. (2011). Dietary B vitamin intake and incident premenstrual syndrome. The American Journal of Clinical Nutrition,93(5), 1080-1086. doi:10.3945/ajcn.110.009530
33. Cerqueira, R. O., Frey, B. N., Leclerc, E., & Brietzke, E. (2017). Vitex agnus castus for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: A systematic review. Archives of Womens Mental Health,20(6), 713-719. doi:10.1007/s00737-017-0791-0

34. Verkaik, S., Kamperman, A. M., Westrhenen, R. V., & Schulte, P. F. (2017). The treatment of premenstrual syndrome with preparations of Vitex agnus castus : A systematic review and meta-analysis. American Journal of Obstetrics and Gynecology,217(2), 150-166. doi:10.1016/j.ajog.2017.02.028
35. Ozgoli, G., Selselei, E.A., Mojab, F., et al.. (2009). A randomized, placebo-controlled trial of Ginkgo biloba L. in treatment of premenstrual syndrome. J Altern Complement Med. (15):845–851.
36. Dante, G., & Facchinetti, F. (2010). Herbal treatments for alleviating premenstrual symptoms: A systematic review. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology,32(1), 42-51. doi:10.3109/0167482x.2010.538102
37. Krasnik, C., Montori, V. M., Guyatt, G. H., Heels-Ansdell, D., & Busse, J. W. (2005). The effect of bright light therapy on depression associated with premenstrual dysphoric disorder. American Journal of Obstetrics and Gynecology,193(3), 658-661. doi:10.1016/j.ajog.2005.01.055
38. Lustyk MKB, Gerrish WG, Shaver S, Keys SL. Cognitive behavioral therapy for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: A systematic review. Arch Womens Ment Healh. 2009. February; v(i): pgs.
39. Sundblad, C., Modigh, K., Andersch, B., et al. (1992). Clomipramine effectively reduces premenstrual irritability and dysphoria: a placebo-controlled trial. Acta Psychiatr Scand(85), 39-47
40. Freeman, E.W., Rickels, K., Yonkers, K.A., et al. (2001). Venlafaxine in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. Obstet Gynecol(98), 737-44.
41. Pearlstein, T., & Steiner, M. (2007). Premenstrual dysphoric disorder: Burden of illness and treatment update. Journal of Psychiatry and Neuroscience, 33(4), 291–301.
42. Verster, J.C., & Volkerts, E.R. (2004). Clinical pharmacology, clinical efficacy, and behavioral toxicity of alprazolam: a review of the literature. CNS Drug Rev. (10), 45–76.
43. Diegoli, M.S., da Fonseca, A.M., Diegoli, C.A., et al..(1998). A double-blind trial of four medications to treat severe premenstrual syndrome. Int J Gynaecol Obstet. (62), 63–67.
44. Yonkers, K. A., Cameron, B., Gueorguieva, R., Altemus, M., & Kornstein, S. G. (2017). The Influence of Cyclic Hormonal Contraception on Expression of Premenstrual Syndrome. Journal of Womens Health,26(4), 321-328. doi:10.1089/jwh.2016.5941

45. Freeman, E. W., Halbreich, U., Grubb, G. S., Rapkin, A. J., Skouby, S. O., Smith, L., . . . Constantine, G. D. (2012). An overview of four studies of a continuous oral contraceptive (levonorgestrel 90 mcg/ethinyl estradiol 20 mcg) on premenstrual dysphoric disorder and premenstrual syndrome. Contraception,85(5), 437-445. doi:10.1016/j.contraception.2011.09.010
46. Peters, W., Freeman, M. P., Kim, S., Cohen, L. S., & Joffe, H. (2017). Treatment of Premenstrual Breakthrough of Depression With Adjunctive Oral Contraceptive Pills Compared With Placebo. Journal of Clinical Psychopharmacology,37(5), 609-614. doi:10.1097/jcp.0000000000000761
47. Skovlund, C. W., Mørch, L. S., Kessing, L. V., Lange, T., & Lidegaard, Ø. (2018). Association of Hormonal Contraception With Suicide Attempts and Suicides. American Journal of Psychiatry,175(4), 336-342. doi:10.1176/appi.ajp.2017.17060616
48. Wyatt, K. M., Dimmock, P. W., Ismail, K. M., Jones, P. W., & Obrien, P. S. (2004). The effectiveness of GnRHa with and without add-back therapy in treating premenstrual syndrome: A meta analysis. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology,111(6), 585-593. doi:10.1111/j.1471-0528.2004.00135.x
49. Reid, R. L. (2012). When should surgical treatment be considered for premenstrual dysphoric disorder? Menopause International,18(2), 77-81. doi:10.1258/mi.2012.012009.

هاتف: 8800865 (011)
مركز الاتصال: 920033360
البريد الإلكتروني: info@ncmh.org.sa
الموقع الإلكتروني: www.ncmh.org.sa
فاكس: 8800864 (011)
صندوق البريد: 95459 الرياض 11525

رؤية VISION 2030
المملكة العربية السعودية
KINGDOM OF SAUDI ARABIA

رقم الإيداع: ١٤٤٤/١٠٨٧٨
ردمك: ٩٧٨-٦٠٣-٩٢٠٢٧-٢-١