

المجلة العالمية للطب النفسي

الناطقة باسم الجمعية العالمية للطب النفسي

فبراير ٢٠١٢



السنة العاشرة - العدد الرابع

محتويات العدد

- المقالة الافتتاحية**
- ٣٣ تشخيص النموذج الأولي للمتلازمات النفسية ودليل ICD-11
J.L. AYUSO-MATEOS
- ٤ مطابقة النموذج الأولي ومعايير التشغيل قد تكون مقارنة
ICD-11 و DSM-5 والتصنيف العالمي الحادي عشر القادم
Mario Maj
- مقالات خاصة**
- ٣٤ فضلى في التصنيف النفسي
P. UDOMRATN
- تقرير بحثي**
- ٣٥ تعميم نموذج التعيين والدعم الفردي (IPS) للتوظيف
المدعوم خارج الولايات المتحدة
G.R. BOND, R.E. DRAKE, D.R. BECKER
- ٤٣ أهمية العمر عند بدء مقارنة السوابق المرضية العائلية
والنتائج السريرية لدى ١٦٦٥ مريض باضطراب ثنائي
القطب من النوع الأول في بلدان مختلفة
R.J. BALDESSARINI, L. TONDO, G.H. VÁZQUEZ,
J. UNDURRAGA, L. BOLZANI ET AL
- دراسة حول سياسة الصحة النفسية**
- ٤٩ الدروس المستفادة من تطوير نظام رعاية الصحة النفسية
المجتمعية في أمريكا الشمالية
R.E. DRAKE, E. LATIMER
- ٥٤ خدمات الصحة النفسية في العالم العربي
A. OKASHA, E. KARAM, T. OKASHA
- منظور**
- ٥٧ أزمة الطب النفسي - إضاءات وتوقعات حول نظرية التطور
M. BRÜNE, J. BELSKY, H. FABREGA, J.R.
FEIERMAN, P. GILBERT ET AL
- ٦٠ الفيزيولوجيا العصبية والنقص الأساسي المحتمل
في مرض الفصام
مراسلات
- أخبار الجمعية العالمية للطب النفسي**
- ٦٥ المقالات والمستندات المتوفرة على الموقع الإلكتروني
الخاص بالجمعية العالمية للطب النفسي
الإدارة الجديدة للجمعية العالمية للطب النفسي
- ٤ صحة استبعاد الحزن الناتج عن ظروف أليمة عن الاكتئاب الحاد:
هل تدعم التجربة اقتراح إزالة الاستبعاد من دليل DSM-5?
J.C. WAKEFIELD, M.B. FIRST
- ١٤ منظور حول التعلق في الباثولوجيا النفسية
M. MIKULINCER, P.R. SHAVER
- منتدى: منافع ومساوئ اتباع نهج مطابقة
النموذج الأولي لتشخيص الأمراض النفسية**
- ١٩ تشخيص النموذج الأولي لمتلازمات الأمراض النفسية
D. WESTEN
- تعليقات**
- ٢٥ النماذج الأولية والمتلازمات والأبعاد في الباثولوجيا النفسية:
أجندة مفتوحة أمام الأبحاث
A. JABLENSKY
- ٢٦ باتجاه نموذج بُعدي ذات فائدة سريرية ومستند على التجربة
الباثولوجية النفسية
R.F. KRUEGER, K.E. MARKON
- نظام نموذج أولي عملي للتشخيص النفسي:
دليل ICD-11 للأوصاف الاكلينيكية (السريرية)
والمبادئ التوجيهية التشخيصية
M.B. FIRST
- ٢٩ تشخيص النموذج الأولي:
هل تعود المقاربة القديمة بحلة جديدة؟
A. FRANCES
- هل أنت بذكاء تلميذ في الصف الرابع ابتدائي؟
لم تعد مقارنة التشابه مع النموذج الأولي خطوة إلى
الوراء للطب النفسي العلمي
J.C. WAKEFIELD
- ٣٠ تغيرات تصنيف الأمراض في الطب النفسي:
بين الكبرياء والتواضع
O. GUREJE

الجمعية العالمية للطب النفسي (WPA)

تهدف الجمعية العالمية للطب النفسي المؤلفة من الجمعيات القومية للطب النفسي حول العالم لزيادة المعلومات و المهارات الضرورية للعمل في حقل الصحة العقلية والإهتمام بالأمراض العقلية. يتكون أعضاؤها حالياً من ١٢٤ جمعية على اتساع ١١٢ دولة مختلفة وهم يمثلون أكثر من ٢٠٠,٠٠٠ طبيب نفسي.

تنظم الجمعية العالمية للطب النفسي المؤتمر العالمي للطب النفسي مرة كل ثلاث سنوات. كذلك تنظم أيضاً مؤتمرات واجتماعات دولية واقليمية والمؤتمرات الرئيسية. تحتوى الجمعية العالمية للطب النفسي على ٦٥ قسم علمي تهدف إلى نشر المعلومات وتعزيز العمل العلمي المشترك في مجال الطب النفسي. لقد أنتجت الجمعية عدة برامج تعليمية وسلسلة كتب. لقد طورت الجمعية الهاديات العريضة لأداب مهنة ممارسة الطب النفسي بما فيها اعلان مدريد عام (١٩٩٦). للمعلومات الإضافية عن الجمعية العالمية للطب النفسي الرجاء زيارة موقع الجمعية الإلكتروني:

www.wpanet.org

الهيئة الإدارية للجمعية العالمية للطب النفسي

الرئيس: M. Maj (Italy)

الرئيس المنتخب: P. Ruiz (USA)

السكرتير العام: L. Küey (Turkey)

سكرتير الشؤون المالية: T. Akiyama (Japan)

سكرتير شؤون الاجتماعات العلمية: T. Okasha (Egypt)

سكرتير شؤون التعليم: A. Tasman (USA)

سكرتير شؤون المطبوعات: H. Herrman (Australia)

سكرتير شؤون الأقسام العلمية: M. Jorge (Brazil)

سكرتارية الجمعية العالمية للطب النفسي

Psychiatric Hospital, 2 Ch. du Petit-Bel-Air,

1225 Chêne-Bourg, Geneva, Switzerland.

Phone: +41223055736; Fax: +41223055735;

E-mail: wpasecretariat@wpanet.org.

الناشر للمجلة الأم:

Elsevier S.r.l., Via P. Paleocapa 7, 20121 Milan, Italy.

الناشر باللغة العربية : شركة مجموعة الصحافة العلمية ش.م.ل.

رئيس مجلس الإدارة عبد الغني الأنصاري

المجلة العالمية للطب النفسي

المجلة العالمية للطب النفسي هي الناطقة الرسمية للجمعية العالمية للطب النفسي. تنشر في ثلاثة اصدارات في السنة وترسل مجاناً لأطباء النفس الذين تقدموا بأسمائهم وعناوينهم من أعضاء الجمعيات الوطنية للطب النفسي والشعب العلمية للجمعية العالمية للطب النفسي.

ترحب المجلة العالمية للطب النفسي بقبول الأبحاث غير المنشورة سابقاً والمقسمة إلى أربع أقسام: المقدمة، المنهج، النتائج والمناقشة.

(<http://www.pubmedcentral.nih.gov/tocrender.fcgi?journal=297&action=archive>)

1. Bathe KJ, Wilson EL. Solution methods for eigenvalue problems in structural mechanics. Int J Num Math Engng 1973;6:213-26.

2. McRae TW. The impact of computers on accounting. London: Wiley, 1964.

3. Fraeijs de Veubeke B. Displacement and equilibrium models in the finite element method. In: Zienkiewicz OC, Hollister GS (eds). Stress analysis. London: Wiley, 1965:145-97.

يجب أن ترسل جميع الإحالات الى مكتب رئيس التحرير.

رئيس التحرير:

M. Maj (Italy)

مساعد رئيس التحرير:

H. Herrman (Australia)

أعضاء هيئة التحرير:

P. Ruiz (USA), L. Küey (Turkey), T. Akiyama (Japan),

T. Okasha (Egypt), A. Tasman (USA), M. Jorge (Brazil)

هيئة التحرير الاستشارية:

H.S. Akiskal (USA), R.D. Alarcón (USA) S. Bloch (Australia), G. Christodoulou (Greece), J. Cox (UK), H. Freeman (UK), M. Kastrup (Denmark), H. Katschnig (Austria), D. Lipsitt (USA), F. Lolas (Chile), J.J. López-Ibor (Spain), J.E. Mezzich (USA), R. Montenegro (Argentina), D. Moussaoui (Morocco), P. Munk-Jorgensen (Denmark), F. Njenga (Kenya), A. Okasha (Egypt), J. Parnas (Denmark), V. Patel (India), N. Sartorius (Switzerland), B. Singh (Australia), P. Smolik (Czech Republic), R. Srinivasa Murthy (India), J. Talbott (USA), M. Tansella (Italy), S. Tyano (Israel), J. Zohar (Israel).

مكتب رئيس التحرير:

Department of Psychiatry, University of Naples SUN, Largo Madonna

delle Grazie, 80138 Naples, Italy. Phone: +390815666502;

Fax: +390815666523; E-mail: majmario@tin.it.

رئيس مجلس الإدارة:

Vincenzo Coluccia (Italy)

المدير المسؤول:

Emile Blomme (Italy)

مجلة World Psychiatry مفهرسة في قاعدة بيانات PubMed ، وقاعدة بيانات Current Contents / الطب الإكلينيكي، / Current Contents

العلوم الاجتماعية والسلوكية، مؤشر الاستشهادات المرجعية في العلوم الاجتماعية Science Citation Index وقاعدة بيانات EMBASE.

يمكن تنزيل كافة الأعداد السابقة من مجلة World Psychiatry مجاناً من خلال نظام PubMed

(<http://www.pubmedcentral.nih.gov/tocrender.fcgi?journal=297&action=archive>)

المجلة العالمية للطب النفسي

هيئة التحرير باللغة العربية

رئيس التحرير:

أحمد عكاشه

أعضاء هيئة تحرير:

المملكة العربية السعودية

طارق الحبيب

المملكة الأردنية الهاشمية

وليد سرحان

المملكة المغربية

دريس موسى

مملكة البحرين

شارلوت كامل

إمارة دولة الكويت

صلاح عيد

الإمارات العربية المتحدة

طارق درويش

طلعت مطر

دولة فلسطين

بسام الإشهب

جمهورية مصر العربية

طارق عكاشه

احمد عبد اللطيف

الجمهورية اللبنانية

ايلى كرم

الجمهورية التونسية

جمال التركي

الجمهورية الليبية

على الرويعى

الجمهورية العراقية

قاسم العوادي

جمهورية السودان

عبد الله عبد الرحمن

الجمهورية العربية السورية

بيار شينيارا

الجمهورية الجزائرية

فريد كاشا

تقدير

تم دعم ترجمة و نشر المجلة العالمية للطب النفسي باللغة العربية من خلال منحة تعليمية غير مشروطة من قبل Lundbeck Institute ونقدر هذا المجهود.

ملاحظة: لا تقع على الناشر أي مسؤولية لأي ضرر أو أذى أو كلاهما قد يلحق بأي شخص أو ملكية من جراء مسؤولية المنتجات أو نتيجة أهمل أو تقصير أو خلافه أو كنتيجة لاستخدام أو تشغيل أو تطبيق أي وسيلة أو منتجات أو تعليمات أو أفكار وردت في هذا المحتوى. ونظراً للتقدم السريع في العلوم الطبية، ينبغي على وجه الخصوص، التحقق المستقل من التشخيص وجرعات الأدوية.

صله الأسى بالاكتئاب في التصنيف الخامس الأمريكي القادم DSM-5 والتصنيف العالمي الحادي عشر القادم ICD-11

MARIO MAJ

Department of Psychiatry, University of Naples SUN, Naples, Italy

تؤثر على الوضع الصحي والاتصال بالخدمات الصحية). فينطوي هذا الفصل تحت القسم الذي يضع الحزن ضمن دليل DSM-IV. صحيح أن الدليل لا يأتي على ذكر الحزن جراء ظروف الأسى في تعريف نوبة الاكتئاب (والتي كما هي الحال مع معظم التعريفات في دليل ICD-10، لا تحتوي على معيار إقصاء)، لكن هذا الذكر قد يرد في دليل ICD-11 (لكي يؤدي تغيير في دليل DSM-5 إلى التمييز بين النظامين). بعد هذا الشرح وبحسب المعايير التي وضعت للتعديلات على دليل DSM-5 (4)، فإن إزالة الاستبعاد لظروف أليمة من تشخيص نوبة الاكتئاب الحاد يمكن تبريرها فقط من خلال دليل بحث جديد حاسم (5). تشير مقالة واكفيلد وفيرست في هذا العدد (6) إلى عدم وجود دليل جديد متناسق.

تم ربط الاكتئاب الحاد الخالي من الحزن نتيجة الظروف الأليمة بخطر بنسبة أقل بكثير من نوبات الاكتئاب الناتجة وذلك في دراستين مستقلتين حديثتين (7، 8) وهي البيانات العمودية السابقة التي كانت تعد ضرورية لدعم إطار التشخيص الراهن (9). حتى إن الدراسات التي عادة ما يشار إليها كمرجع داعم لإزالة الاستبعاد لظروف أليمة لم تجد أن الاكتئاب الناتج عن فقدان شخص عزيز أقل ارتباطاً من أي اكتئاب ناتج عن خسارة ومرتبطة بالعلاج (10) وبالاكتئاب الوظيفي الناتج (11)، وتتميز بمستويات منخفضة من العصاب والشعور بالذنب (10). وتتوافق هذه البيانات مع مقارنة دليل DSM-IV.

لذا يبدو مفيداً أن يتم التدقيق في الاستبعاد نتيجة ظروف أليمة قبل إقصائه، وإن أثار ذلك بعض الانتقادات من العاملين في المجال لعدم تناسبه مع معايير تعديلات دليل DSM-5 (تغييرات كبرى تتطلب عادة تناسقاً مع مؤشرات تحقق داعمة شاملة) وعلى الأرجح سيعتبرها الجمهور محاولة من الطب النفسي لتحويل رد فعل بشري طبيعي إلى حالة مرضية. لذا، نحتاج إلى عرض الاستبعاد نتيجة ظروف أليمة بطريقة محسنة لرفع قدرته على الصدق التنبؤي (12، 6).

تقدير

المؤلف هو رئيس مجموعة عمل تصنيف اضطرابات المزاج والقلق في المنظمة العالمية للصحة والتي تقدم تقريراً لمجموعة الاستشارات العاملة بمراجعة دليل ICD-10 للاضطرابات النفسية والسلوكية، والتي هو عضو فيها أيضاً. وباستثناء ما تم ذكره صراحة، فإن هذه المقالة تعبر عن وجهات نظر المؤلف لا عن السياسة أو المواقف الرسمية لمنظمة الصحة العالمية.

إن مقارنة الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات النفسية في طبعته الخامسة المنقحة DSM-5 ودليل التصنيف الدولي للأمراض والمشكلات المتعلقة بالصحة في طبعته الحادية عشرة المنقحة ICD-11 للاكتئاب الناتج عن ظروف أليمة سيجذب الكثير من انتباه أخصائيي الصحة النفسية والجمهور. يرتبط هذا العدد ارتباطاً وثيقاً بالسؤال العام الذي يتمحور حول طبيعة الاضطراب النفسي والحدود بين الباثولوجيا النفسية وردود الفعل السببية الناتجة عن الأحداث الحياتية الكبرى. وليس من باب الصدفة أن يحدد دليل DSM-IV في مقدمته (xxi.p) وفي إطار تعريف مكونات الاضطراب النفسي وجوب ألا تكون «متلازمة أو النمط مجرد رد فعل مقبول ثقافياً لحدث محدد، كمثل، وفاة شخص عزيز».

لا يستثني دليل DSM-IV تشخيص نوبات الاكتئاب الحاد كلياً في الظروف الأليمة. إلا أنه يرفع عتبة التشخيص إلى حد أبعد من خلال تحديد فترة أطول أو اعتلال وظيفي أكبر، أو وجود بعد الأعراض المحددة (الانشغال المرضي بفقدان القيمة أو الأفكار الانتحارية أو الأعراض المرضية أو التخلف النفسي الحركي). ويكمن الهدف في خفض فرص الإيجابيات الخاطئة (وتفادي تسخيف مفهوم الاضطراب النفسي).

تعتمد مقارنة دليل DSM-IV هذه على الأدلة. أولاً، تعدّ متلازمة الاضطراب الحاد «استجابة مقبولة» لوفاة شخص عزيز: في الولايات المتحدة الأمريكية، تصل نسبتها بين الأشخاص الذين يمرون بظروف أليمة (المحزونين) ما بين 29 إلى 58 بالمائة بعد سنة على خسارة شخص عزيز، ويتوافق حوالي 50 بالمائة بين الأراذل، نساء ورجال، مع معايير المتلازمة في فترة ما خلال السنة الأولى من الحزن (1). ثانياً، تعدّ المتلازمة «رد فعل ثقافي» للحدث الأليم: يتقبل الشخص المحزون ومحيطه الأعراض الاكتئابية على أنها «طبيعية»، فيما يختبر المرضى الذين يعانون اضطراباً عاطفياً أولاً حالة «تغيير» أو يشعرون بأنهم «ليسوا على طبيعتهم» (2). ثالثاً، يعتبر التخلف النفسي الحركي والشعور بعدم القيمة والأفكار الانتحارية أقل انتشاراً بين المحزونين حين يعانون متلازمة اكتئاب حاد (1).

وقد رأى البعض أن دليل ICD-10 لا يتناول موضوع الحزن جراء فقدان شخص عزيز وأن إزالة الاستبعاد لظروف أليمة في دليل DSM-5 سيساهم في ضمان الانسجام في الدليلين. هذا غير صحيح. يذكر دليل ICD-10 في التوصيف السريري والإرشادات التشخيصية (3، ص. 150) أن «رد الفعل الطبيعي جراء فقدان شخص عزيز يتناسب مع الثقافة التي ينتمي إليها الفرد المعني ولا تتخطى عادة 6 أشهر» يجب ألا يدخل ضمن فصل الاضطرابات النفسية، إنما في الفصل XXI («العوامل التي

7. Mojtabai R. Bereavement-related depressive episodes: characteristics, 3-year course, and implications for the DSM-5. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68:920-8.
8. Wakefield JC, Schmitz MF. Recurrence of bereavement-related depression: evidence for the validity of the DSM-IV bereavement exclusion from the Epidemiologic Catchment Area Study. *J Nerv Ment Dis* (in press).
9. Pies RW. Depression and the pitfalls of causality: implications for DSM-V. *J Affect Disord* 2009;116:1-3.
10. Kendler KS, Myers J, Zisook S. Does bereavement-related major depression differ from major depression associated with other stressful life events? *Am J Psychiatry* 2008;165:1449-55.
11. Wakefield JC, Schmitz MF, First MB et al. Extending the bereavement exclusion for major depression to other losses. Evidence from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:433-40.
12. Wakefield JC, Schmitz MF, Baer JC. Did narrowing the major depression bereavement exclusion from DSM-III-R to DSM-IV increase validity? Evidence from the National Comorbidity Survey. *J Nerv Ment Dis* 2011;199:66-73.
1. Zisook S, Paulus M, Shuchter SR et al. The many faces of depression following spousal bereavement. *J Affect Disord* 1997;45:85-95.
2. Clayton PJ, Herjanic M, Murphy GE et al. Mourning and depression: their similarities and differences. *Can Psychiatr Assoc J* 1974; 19:309-12.
3. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992.
4. Kendler KS, Kupfer D, Narrow W et al. Guidelines for making changes to DSM-5. www.dsm5.org.
5. Maj M. Depression, bereavement, and "understandable" intense sadness: should the DSM-IV approach be revised? *Am J Psychiatry* 2008;165:1373-5.
6. Wakefield JC, First MB. Validity of the bereavement exclusion to major depression: does the empirical evidence support the proposal to eliminate the exclusion in DSM-5? *World Psychiatry* 2012;11: 3-10.

صحة استبعاد الحزن الناتج عن ظروف أليمة عن الاكتئاب الحاد: هل تدعم التجربة اقتراح إزالة الاستبعاد من دليل DSM-5؟

JEROME C. WAKEFIELD^{1,2,3,4}, MICHAEL B. FIRST^{4,5}

¹Department of Psychiatry, School of Medicine, New York University, 550 First Avenue, New York, NY 10016; ²Silver School of Social Work, New York, NY

³InSPIRES (Institute for Social and Psychiatric Initiatives-Research, Education and Services), Bellevue Hospital/New York University, New York, NY 10016;

⁴Department of Psychiatry, Division of Clinical Phenomenology, Columbia University College of Physicians and Surgeons, New York, NY 10032;

⁵New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, New York, NY 10032, USA

يقترح دليل DSM-5 إزالة "الاستبعاد نتيجة ظروف أليمة" (Bereavement Exclusion) في الاكتئاب الحاد من دليل DSM-IV والذي يعترف بالأعراض الاكتئابية كرد فعل طبيعي للأفراد المحزونين لفقدان شخص عزيز. إن عدم صلاحية هذا الاستبعاد في الدليل المذكور يأتي نتيجة مراجعتين لعام 2007 والذين تهدفان لإظهار أن الاكتئاب الناتج عن فقدان شخص عزيز شبيه بحالات الاكتئاب الأخرى وفق أدوات التحقق الشاملة، ومراجعة لعام 2010 لدراسات ذات صلة. تحققنا مما إذا كانت مراجعات عام 2007 و2010 والمنشورات ذات الصلة تدعم عدم صحة "الاستبعاد نتيجة ظروف أليمة". أنت النتائج على الشكل التالي: (أ) شملت الدراسات في مراجعتي عام 2007 مجموعات عينات لمرضى مصابين باكتئاب متعلق بظروف أليمة كانوا معظمهم غير مستبعدين نتيجة ظروف أليمة، مما جعلهم بغير صلة بالتقييم لصلاحية الاستبعاد؛ (ب) ثلاث دراسات تالية ذكرت في مراجعة عام 2010 تدعم الاستبعاد في حالات الأسي لكنها لم تخلص إلى نتيجة حاسمة؛ (ج) دعمت مقالتان أخيرتان مقارنتان بين معاودة إقصاء حالات الاستبعاد وحالات اضطراب حاد أخرى صحة الاستبعاد والإبقاء عليه في دليل DSM-5 لمنع التشخيص الإيجابي الخاطئ. نصل في دراستنا إلى أنه ما من دليل على عدم صحة الاستبعاد. وأن الدليل يدعم صحته وضرورة الإبقاء عليه في دليل DSM-5 لمنع التشخيصات الإيجابية الخاطئة. نقترح إجراء بعض التحسينات لرفع صحة الاستبعاد والتخفيف من مخاطر السلبيات الخاطئة.

الكلمات الرئيسية: اكتئاب حاد، حزن نتيجة ظروف أليمة، أسي، دليل DSM-5، تشخيص، صحة، خلل مؤد

(World Psychiatry 2012;11:3-10)

يتضمن أعراض اكتئابية كالحزن والصعوبة في النوم وانخفاض الشهية والتعب وغياب الاهتمامات أو المتعة لدى القيام بنشاطات اعتيادية وصعوبة في التركيز في المهام العادية. يبدي عدد كبير من الأفراد 5 أعراض خلال أسبوعين وهو مستوى يوافي معايير التشخيص لاضطراب الاكتئاب الحاد (MDD)، فيما يختبر عدد كبير بينهم ضائقة كبيرة أو اعتلال الدور نتيجة الأسي. لكن الاكتئاب الناتج عن حزن لظروف أليمة قد يختفي مع مرور الوقت من دون أي علاج ولا يترتب عنه معاودة مزمنة كما هو الحال مع مرضى الاكتئاب الحاد. إن تداخل الأعراض بين الأسي الشديد العادي والاكتئاب الحاد يخلق مشكلة إيجابيات خاطئة محتملة قد يتم فيها تشخيص الحزن الطبيعي الناتج عن ظروف أليمة على أنها حالة اكتئاب حاد بشكل خاطئ.

لا يشكل استثناء حالات الاكتئاب الناتج عن ظروف أليمة من تشخيص الاكتئاب الحاد حلاً. يمكن لعوامل مجهدة حادة كالحزن لظروف أليمة أن تطلق اكتئاب حاد فعلي (17). نتيجة لذلك فإن التحدي في التشخيص يكمن في التمييز بين حالات الاكتئاب المتعلق بالحزن على فقدان شخص عزيز والتي هي في الأرجح حالات حزن طبيعية شديدة عن تلك التي تحولت إلى اكتئاب مرضي. إن الاستبعاد لحزن ناتج عن ظروف أليمة، والذي ورد في دليل DSM بأشكال مختلفة منذ عام 1980، يقدم دليلاً سريرياً للقيام بهذا التمييز الصعب. ويساعد على استقصاء الاكتئاب الناتج عن ظروف أليمة من تشخيص الاكتئاب الحاد فقط حين تكون الحالة «غير معقدة» أي حين تظهر لمدة محددة وتتناسق أعراضها الخاصة مع الأسي الطبيعي أكثر منها مع الاضطراب النفسي.

يحدد الاستبعاد أولاً أنه ولكي يتم إدراجه في الاكتئاب الحاد، يجب

اقترح مجموعة عمل دليل DSM-5 حول اضطرابات المزاج إزالة معيار الاكتئاب الحاد E من دليل DSM-5، «استبعاد الحزن جراء ظروف أليمة»، الذي يعترف بأن أعراض الاكتئاب قد تكون طبيعية لدى الأفراد الذين يمرّون بحالة حزن لفقدان شخص عزيز (1,2). تحول هذا الاقتراح إلى أكثر المسائل جدلاً فيما يخص مراجعة دليل DSM-IV (3, 9).

يدافع مناصرو إزالة الاستبعاد عن وجهة نظرهم بالقول أن الدليل من خلال التجربة يبرهن بعدم صحة الاستبعاد ويدعم إزالته. مثلاً، فقد خلص زيسوك وآخرون (10)، لدى مراجعة بعض الدراسات التي «تتناول صحة استقصاء الاستبعاد»، بأن «أرجحيه البيانات المتوفرة تشير إلى أن استقصاء الأفراد المحزونين من تشخيص الاكتئاب الحاد... قد لا يمكن تبريره بعد الآن»، ويؤكد لامب وآخرون (11) بأنه ومنذ صدور دراسة زيسوك وآخرون، «نشرت أربع دراسات أخرى توفر برهاناً إضافياً يدعم إزالة استبعاد المحزونين».

في هذه المقالة نتحقق فيما إذا كانت هذه التعليقات مبررة. نقيّم نوعية الأدلة المقدمة في المقالات المذكورة ونتحقق من بعض البراهين الحديثة والتي تتناول صحة الاستبعاد. استناداً للنتائج التي توصلنا إليها سنقدم بعض التوصيات لدليل DSM-5.

استقصاء الحزن نتيجة ظروف أليمة

أظهرت دراسات استشرافية حول الحزن الناتج عن ظروف أليمة (12 - 14) ما عرفه الأطباء لمدة طويلة (15, 16) بأن الحزن الطبيعي عادة ما

إلى أن حالات الاكتئاب المتصل بحزن لظروف أليمة مختلف عن حالات الاكتئاب الحاد؛ يدل الاستبعاد على أن حالات الاكتئاب المتصل بحزن لظروف أليمة غير المقصية هي حالات مرضية. إن الدمج بين مجموعتي حالات الاكتئاب المتصل بحزن لظروف أليمة وإيجاد التشابه مع حالات الاكتئاب الحاد المقياسية لا يختبر الاستبعاد لحزن ناتج عن ظروف أليمة.

يعترف زيسوك وكندلر بالمشكلة. ويشيران إلى أن تقييماً للاستبعاد يجب أن يميز بين «الذين يختبرون، وفقاً لدليل TR-IV-DSM، حالات حزن طبيعية» والذين «يختبرون أعراض حادة أو مستدامة لذا يوصي دليل TR-IV-DSM عند وجودها باعتماد تشخيص نوبة اكتئاب حاد بدلاً من الحزن العادي الناتج عن خسارة»، وأن دراستهما تفشل إلى حد بعيد بموافقة هذا المطلب. عند المقارنة بين حالات الاكتئاب المتصل بحزن لظروف أليمة، والتي معظمها تدعم الاستبعاد لكونها حالات اكتئاب حاد لا أسي طبيعياً، مع حالات الاكتئاب الحاد المقياسي، ليس من المفاجئ أن يجد زيسوك وكندلر أوجه تشابه في عدد من المؤشرات التحقيقية.

دراسة زيسوك وشير وكندلر (2007)

حاولت دراسة لاحقة تخطي هذه الصعوبات وتقييم صحة استبعاد الحزن الناتج عن ظروف أليمة. ويعترف زيسوك وآخرون (10) بضعف الدراسة الأولى ويركزون على نقاط فشلها في مراعاة فترة الاستبعاد المطلوبة: «بما أن معظم الدراسات التي تمت مراجعتها لم تصف أو تتابع أفراد يعانون حالات اكتئاب متصل بالحزن لظروف أليمة تحديداً ضمن الشهرين الأولين من الحزن (وهي الفترة التي يحددها دليل DSM-IV-TR على أنها تستقصي تشخيصاً بنوبة اكتئاب حاد)، لم تتمكن من التوصل إلى خلاصات نهائية حول صحة استقصاء الاستبعاد».

لا يذكر زيسوك وآخرون أي برهان جديد، ويقومون بتحليل التشبيه ذاته باستخدام المتغيرات ذاتها كما في الدراسة الأولى. لكنهم يحاولون معالجة المشكلة الواردة في تلك الدراسة من خلال التركيز على دراسات متلازمات الاكتئاب التي يتم تقييمها في الشهرين الأولين من الحزن الناتج عن ظروف أليمة، والتي يشار إليها هنا «بالمرحلة الأولى من الاكتئاب المتصل بحزن لظروف أليمة»، والتي يعتبرونها متصلة مباشرة لتقييم استقصاء الاستبعاد. بعد إيجاد علاقات متعددة متشابهة لمؤشرات التحقق، يستخلصون بأن الاستبعاد «غير صحيح لأنه عند استخدام المعايير التحقيقية، حالات الاكتئاب المتصل بحزن لظروف أليمة خلال الشهرين الأولين بعد وفاة شخص عزيز تشبه حالات الاكتئاب غير المتصل بحزن لظروف أليمة».

هنا، كما في الدراسة الأولى، يبقى مفهوم التشابه غير واضح. هل يعني «التشابه» أن الارتباطات التشابهية يجب أن تكون بحجم متشابه؛ أحياناً يبدو الأمر كذلك، وتتم الإشارة إلى العلاقات بأنها «متشابهة افتراضياً». أو هل يعني «التشابه» فقط أن الارتباطات يجب أن تكون في الاتجاه نفسه وإن كانت مختلفة؟ يقوم الباحثون بمقارنات كمية محدودة، ويعتمدون المقاربة الثانية الأضعف.

على الاكتئاب ألا «يكون ناتجاً عن حزن لظروف أليمة». حيث يسأل الطبيب لمقارنة الفرضين المتناقضين حول مشاعر المريض الاكتئابية: الاكتئاب الحاد مقارنة مع الأعراض الاكتئابية التي تعد جزءاً من الحزن الطبيعي. كما يمكن للاستبعاد تفعيل الخصائص التي تقترح ما إذا كانت حالة الاكتئاب مؤهلة لتشخيص الاكتئاب الحاد. في حال كانت نوبة الاكتئاب إما أقل من شهرين أو تتضمن على الأقل واحدة من خصائص لا تتوافق مع حالة الأسي الطبيعي (مثلاً، اعتلال وظيفي ملحوظ، انشغال مرضي بعدم القيمة الذاتية، أفكار انتحارية، أعراض ذهانية، تخلف نفسي حركي)، هنا يجب تشخيص النوبة بأنها حالة اكتئاب حاد. من ناحية أخرى، إذا حلت النوبة خلال شهرين ولم تشمل أيًا من الخصائص المميزة، فهي إذن متناسقة مع حالة الأسي الطبيعي وهي مستثناة من تشخيصها بالاكتئاب الحاد.

دراسة زيسوك وكندلر (2007)

يشرح قسم «العقلانية» على موقع DSM-5 ضمن صفحة الاكتئاب الحاد أن السبب لإقصاء استبعاد الحزن لظروف أليمة يكمن في أن «الدليل لا يدعم الفصل بين خسارة شخص عزيز عن العوامل المجردة الأخرى» (18). ويذكر الموقع مرجعاً واحداً كأساس لهذا الاقتراح، مقالة لزيسوك وكندلر (19) التي تناقش أن حالات الاكتئاب المتصل بحزن لظروف أليمة هي عادة شبيهة بحالات الاكتئاب العادية.

ويسأل زيسوك وكندلر: «هل إن حالات الاكتئاب المتصل بحزن لظروف أليمة شبيهة أم مختلفة عن الاكتئاب الحاد المقياسي (غير المتصل بحزن لظروف أليمة)؟» للإجابة عن هذا السؤال، يقارن الباحثان بين حالات الاكتئاب المتصل بحزن لظروف أليمة والاكتئاب الحاد «المقياسي» في وجود عدد من العوامل المسببة وفي غيابها. وبعد تقييم ما إذا كان الظرفان شبيهان أو مختلفان في عدد من المتغيرات المختلفة على «مؤشرات تحقق» سابقة ومتزامنة وتنبؤية، بما فيها المتغيرات الديموغرافية، والعائلية والتاريخ الشخصي لاكتئاب حاد والدعم الصحي والاجتماعي والخصائص السريرية ذات الصلة والعوامل البيولوجية والاستدامة والاستجابة للعلاج، والقول بأنها شبيهة وفقاً لمعظم المؤشرات. لم يحدد تعريف «التشابه» لكن يبدو أشبه بوجود علاقات متغيرة في الاتجاه ذاته. وبما أن الحالات الهائلة من الاكتئاب الحاد هي بالفعل مضطربة فإذا كان الاكتئاب المتصل بحزن لظروف أليمة والاكتئاب الحاد المقياسي يتشاركان «مؤشرات تحقق» كافية، فقد اعتبر ذلك إشارة ضمنية بأنهما على الأرجح حالة مرضية واحدة.

لكن فيما خص صحة الاستبعاد لحزن ناتج عن ظروف أليمة فثمة خطأ مميت في هذه الدراسة. إن المقارنة بين حالات الاكتئاب المتصل بحزن لظروف أليمة جميعها بجميع حالات الاكتئاب الحاد المقياسية لا علاقة لهما بتقييم الاستبعاد لحزن ناتج عن ظروف أليمة. إن الهدف من الاستبعاد هو التمييز بين حالات الاكتئاب المتصل بحزن لظروف أليمة «غير المعقدة» المقصية التي عادة ما تكون رد فعل طبيعي مقارنة مع حالات الاضطراب غير المقصية. يشير الاستبعاد في أحسن الأحوال فقط

وآخرون هذا المكون في معيار الاستبعاد كلياً، وتعتمد شرط الفترة الزمنية (بالشكل الخاطئ الذي تم اعتماده أعلاه) كتقريب مناسب للاستبعاد. لكن الدليل الوبائي يشير إلى أن الأعراض المعيارية تتميز بأهمية مستقلة عن الفترة الزمنية كمحدد لما إذا كان قد تم تحقيق استبعاد حالة حزن ناتج عن ظروف أليمة. مثلاً، يرد في الاستطلاع الوطني للمراضة المشتركة أن كل الذين أفادوا عن حالات اكتئاب متصل بالحزن لظروف أليمة استمر مدة شهرين أو أقل، فقط 50 بالمائة منهم من يتأهلون لمعيار الاستبعاد؛ بينما أظهر النصف الآخر عارض أو أكثر يفقدهم الأهلية من الاستبعاد (وايكفيلد وشميتز، دراسة لم يتم نشرها).

باختصار، على الرغم من أن زيوسك وآخرون يؤكدون عدم صحة الاستبعاد، فإن أياً من الدراسات التي استشهدوا بها قد طبقت بالفعل فترة الاستبعاد أو الأعراض المعيارية.

مسائل إضافية طرحتها دراسة زيوسك وشير وكندلر (2007) هل مؤشرات التحقق دلالة على اضطراب؟

لا تقدم دراسة زيوسك وآخرون أي دعم لمنفعة من المؤشرات التحقيقية في التمييز بين الضائقة والاضطراب النفسي. إذا كانت حالات الاكتئاب المتصل بحزن لظروف أليمة وحالات الاكتئاب الحاد المعيارية شبيهة من حيث الترابط بمؤشر تحقق، فإن ذلك لا يبرهن عن اضطراب حالات الاكتئاب المتصل بحزن لظروف أليمة إذا كان المؤشر ذاته يميل إلى الربط بين الاضطراب والضائقة الطبيعية. مثلاً، إن نسبة النساء الأكبر مقارنة مع الرجال اللواتي يعانون من كل من حالات الاكتئاب الحاد المعيارية وحالات الاكتئاب المتصل بحزن لظروف أليمة (إذا افترضنا أن ذلك سيظهر في مراجعة لدراسات حول حالات الاكتئاب المتصل بحزن لظروف أليمة ذات مصداقية) يمكن أن يعني فقط أن ردة فعل النساء تكون أكثر حدة عاطفياً في الأحوال الطبيعية كما في حالات الاضطراب.

إلا أن بعض النتائج التي توصلت إليها دراسة زيوسك وآخرون تبدو غير واضحة حيث أن مزيداً من المؤشرات المرضية (10) الواعدة ترتبط في تعريفها بمعيار الاستبعاد بطرق تجعل من استخدامها كمؤشرات غير متناسق. مثلاً، تستخدم الدراسة مصطلح «خصائص سريرية» (أي «أفكار انتحارية، شعور بعدم القيمة واضطرابات نفسية حركية») و«استدامة» حالات الاكتئاب المتصل بحزن لظروف أليمة كمؤشرات غير منطقيه لأن الحالات التي تستثنى الاستبعاد لا يمكن أن تشمل أفكاراً انتحارية أو شعوراً بعدم القيمة أو اضطرابات نفسية حركية ولا تستمر أكثر من شهرين.

الاستجابة العلاجية كمؤشر تحقيقي

تشير جان فوسيت، رئيسة مجموعة عمل دليل DSM-5 حول اضطرابات المزاج خلال مراجعة التغييرات (2) التي تم اقتراحها، إلى أهمية الاستجابة العلاجية باعتبار أنها السبب الأوح لاستثناء الاستبعاد، وتذكر في هذا الإطار دراسة زيوسك وكندلر (19)، اللذين بدورهما استندا في تعليهما على دراسة واحدة عام 2001 لزيوسك وآخرون (21). في هذه

على الرغم من تعليقات المؤلفين المعارضة، فإن دراسة زيوسك وآخرون (10) لا تقدم أكثر من دعم لعدم صحة الاستبعاد مما فعلت الدراسة الأولى (19). وإن الدراسة من عنوانها («صحة استقصاء معيار الحزن الناتج عن ظروف أليمة في نوبة الاكتئاب الحاد») وحتى الخاتمة تبدو كأنها تقيّم دراسات متصلة بصحة الاستبعاد. لكن بتدقيق متناهي يكشف بأن أياً من الدراسات المذكورة تناولت بالفعل حالات تفي معيار الاستبعاد حقه. تنقص الفترة الزمنية المحددة للاستبعاد التي تستقصي نوبات تنتهي ≥ 2 شهر وشرطها الذي يستثنى النوبات هو ثلاث أعراض غير مميزة والتي تشكل «خصائصها الأساسية». لكن أياً من الدراسات التي تم ذكرها في دراسة زيوسك وآخرون تطبق إما الفترة الزمنية أو الأعراض الضرورية على المجموعة الخاضعة للبحث. نتيجة لذلك، فقد قاموا هم أيضاً بمعاينة مجموعات ممزوجة مستثنى منها الاستبعاد لحزن ناتج عن ظروف أليمة و(معظمها) حالات اكتئاب متصل بالحزن لظروف أليمة غير مستثناة. مجدداً من غير المفاجئ أن الترابط مع المؤشرات التحقيقية تقع بالاتجاه ذاته كما الاكتئاب الحاد المقياسي.

بدلاً من فترة الشهرين في حالات استبعاد الحزن لظروف أليمة المحددة للإقصاء، يستعيز زيوسك وآخرون بشرط «المرحلة الأولى» التي تشير إلى وجوب تقييم حالات الاكتئاب المتصل بحزن لظروف أليمة قبل شهرين من وقوع الحدث الأليم، أي كانت فترة الحزن التالية. من حيث الفترة الزمنية، تفي هذه الحالات الاستبعاد بشكل مرحلي. بعض هذه الحالات تحل خلال شهرين وبالتالي توافي الفترة الزمنية المحددة للاستبعاد. لكن حالات أخرى متعددة تطول وتتخطى فترة الشهرين وهي بالتالي لا تفي معايير الاستبعاد وتصنف على أنها حالات اكتئاب حاد فعلية. وتجدر الإشارة إلى أن حالات الاكتئاب المتصل وغير المتصل بحزن لظروف أليمة تمر بمرحلة أولية. لذا فإن إشراك الحالات وفقاً لتقييمها خلال الشهرين الأولين بدلاً من أن تختفي في خلال الشهرين تؤدي إلى مجموعة من حالات مختلطة، بعضها (عند المراجعة) يوافي الاستبعاد بينما البعض الآخر لا. بذلك، تعيد دراسة زيوسك وكندلر في محاولة استخلاص المركزي الذي وقعت فيه دراسة زيوسك وكندلر في محاولة استخلاص أوجه التشابه بين حالات الاكتئاب المستثنى منه الحزن لظروف أليمة وحالات الاكتئاب الحاد المقياسية من دراسات عن مجموعات مختلطة من حالات اكتئاب متصل بالحزن لظروف أليمة تتألف معظمها من حالات غير مستثناة مصنفة في الاستبعاد على أنها مرضية. يعترف زيوسك وآخرون بأن عيناتهم تخلط بين حالات اكتئاب متصل بالحزن لظروف أليمة مستثناة وغير مستثناة: «على الأرجح أن حالات الاكتئاب المتصل بحزن لظروف أليمة، كما هو مفهوم في هذه الدراسة، هي عبارة عن حالات مختلطة تشمل: المصابين بـ«حزن لظروف أليمة»، كما تم تعريفه في دليل DSM-IV، تلك التي تبدأ بحزن لظروف أليمة كما هو معرف بدليل DSM-IV وتطور إلى نوبة اكتئاب حاد». لكن الدراسة تفشل في تحديد العوامل التي تضعف عدم صحة الاستبعاد.

الشرط الثاني الأساسي لاستقصاء الاستبعاد يكمن في أن النوبة لا تشمل ما يشار إليه بـ«أعراض غير خاصة» (مثلاً، الأفكار الانتحارية أو الشعور بعدم القيمة أو التخلف النفسي الحركي). تتجاهل دراسة زيوسك

الدراسة، تمت معالجة 22 فرداً محزوناً استوفوا معايير دليل DSM-IV للاكتئاب الحاد بعد شهرين تقريباً من فقدان شخص عزيز بدواء بوبروبيون SR-Bupropion لمدة شهرين: 13 فرداً اختبروا انخفاضاً بنسبة ≥ 50 بالمائة على مقياس هاميلتون للاكتئاب. وبما أن العينة التي شملها الاختبار صغيرة وأن دراسة زيسوك وآخرون لا تشمل مجموعة ضبط في مجال تشخيص يعتبر معروفاً في ارتفاع الاستجابة لدواء الغفل، فإنه من المستحيل تفسير النتائج. لا بل أكثر من ذلك، بما أن الدراسات الاستشرافية تكشف عن أنه حتى من دون علاج يظهر انخفاضاً تدريجياً كبيراً بعد شهرين لدى حالات الاكتئاب المتصل بحزن لظروف أليمة، فإن «معدل الاستجابة» متناسق مع طبيعة مسار الحزن. حتى وإن كان على حالات الاكتئاب المتصل بحزن لظروف أليمة أن تستجيب للدواء، من غير الواضح كيف أن الاستجابة للعلاج سبب للإشارة لحالة مرضية بما أن الكثير من الحالات الطبيعية تستجيب للدواء.

تعليق خطر الانتحار

بعض مناصري استقصاء الاستبعاد يشيرون إلى طيف الانتحار في استثناء حالات الاكتئاب المتصل بحزن لظروف أليمة. مثلاً، يذكر زيسوك وآخرون (10) دراسة تظهر معدلاً مرتفعاً من الانتحار في حالات الاكتئاب الحاد بين الأفراد الذين لا شريك لهم. ويشير شير وآخرون (22)، في التدقيق بالاستبعاد الناتج عن حزن لظروف أليمة، إلى أن «الحزن في ظروف أليمة يمكن أن يرفع خطر الانتحار»، ويشهدون على قيمة العلاج في المرحلة الأولية. كما تناول زيسوك هذه المسألة في مقابلة على الإذاعة الوطنية (3)، حيث قال: «أفضل أن أخطئ في القول أن شخصاً ما مصاب بالاكتئاب وأكون مخطئاً، على ألا أعطي تشخيصاً بالاكتئاب وعدم معالجة المريض فينتهي بالانتحار».

بعض الأفراد المصابين بالحزن الناتج عن ظروف أليمة قد يحاولون الانتحار سواء كانوا مصابين بالاكتئاب أم لا، وبعض الحالات التي تفوت الطبيب قد تحدث في مجالات مختلفة. ما من دليل على أن خطر الانتحار مرتفع في حالات الاكتئاب المتصل بحزن لظروف أليمة مستثناة، بل يشير الدليل إلى العكس. مثلاً، من بين الأفراد الذين أظهروا حالة اكتئاب متصل بالحزن لظروف أليمة التي يستثنىها دليل DSM-IV في الاستطلاع الوطني للمرضى المشتركة (31=N)، لم يظهر أياً منهم محاولات انتحار مختلفة خلال حياتهم (وايكفيلد وشميتز، بيانات لم يتم نشرها). إن الدراسة التي يذكرها زيسوك وآخرون للإشارة إلى ارتفاع خطر الانتحار لدى الأفراد الذين لا شريك لهم (23) شملت الكثير من المرضى الداخليين الذين يعانون مرضية شديدة ولديهم سوابق في محاولات الانتحار، وهي عينة غير ذي صلة بالسلوك التنبؤي في حالات الاكتئاب المتصل بحزن لظروف أليمة مستثناة.

دراسة لامب وبايز وزيسوك (2010)

في دراسة نشرت عام 2010، أكد لامب وآخرون (11) أن الكثير من الدراسات التي نشرت منذ الدراسات الأولى تدعم عدم صحة الاستبعاد.

بعض هذه الدراسات التي يأتون على ذكرها تدقق في حالات استثنى الاستبعاد نتيجة حزن لظروف أليمة. سنناقش كل منها.

الدراسات التي فشلت في تطبيق معايير استبعاد الحزن الناتج عن ظروف أليمة

استعمل كيسنج وآخرون (24) سجل البحث المركزي الهولندي للطب النفسي في مقارنة بدء حالة الاكتئاب الحاد بعد حزن لظروف أليمة (26=N) مع تواجد عوامل مجهدة أوفي غيابها. وقد أشاروا إلى أن المرضى المحزونين لم يختلفوا عن المجموعتين الأخيرتين في عدد من المتغيرات. لكنهم لم يحددوا حالات استثنى عامل الاستبعاد. وبما أن ثلثي العينة كانوا مرضى داخليين وكان على الأفراد أن يكونوا قد تلقوا علاجاً بمضادات الاكتئاب لمدة أسبوع على الأقل، فإن ذلك يجعل من غير المرجح أبداً أن يكون الكثيرين من بينهم حالات استثنى فيها الحزن لظروف أليمة. بالإضافة إلى ذلك، كما هو متوقع في عينات معظمها من المرضى الداخليين، أبدى 73 بالمائة من الأفراد (19 من أصل 26) أفكار انتحارية، غير أن الأفكار الانتحارية لا تؤدي إلى استثناء الاستبعاد نتيجة حزن لظروف أليمة. باختصار، فإن الدراسة لا تدقق في حالات استقصاء الاستبعاد ولا تتناول صحة الاستبعاد.

أشار كوروبل وآخرون (25) إلى أنهم قاموا بدراسة حالات استقصاء الاستبعاد التي قام أطباء فرنسيون بتشخيصها، لكن الاستبعاد تم تطبيقه بطريقة غير دقيقة. في هذه الدراسة كما غيرها (26، 27) تشير المجموعة إلى نتائج استفرافية يفترض أنها تظهر حالات الاستبعاد على أنها بنفس الحدة أو حتى تتخطى حدة الاكتئاب الحاد وحالات الاكتئاب المتصل بحزن لظروف أليمة غير مستثناة لمجموعة من الخصائص، تختلف من حدة الأعراض والاستجابة للعلاج إلى الاعتلال المعرفي، وتستخلص أن الاستبعاد يجب استقصاؤه. إن هذه الادعاءات المفاجئة تتعارض مع منطق الاستبعاد، والذي يقوم على استقصاء الحالات الشديدة ويتعارض مع نتائج لدراسات تجريبية أولية تقارن حالات الاكتئاب المتصل وغير المتصل بحزن لظروف أليمة (28).

إن التدقيق في نتائج كوروبل وآخرون يكشف عن أن ما يشار إليه بحالات استقصاء الاستبعاد لم تستوف معيار الاستبعاد. فقد وجدت الدراسة مثلاً أن 70.5% من حالات الاكتئاب المتصل بحزن لظروف أليمة المستثناة تظهر تخلفاً نفسياً حركياً، و66.8% بعدم القيمة، و36% أفكار انتحارية. في حين أن هذه الأعراض تلغي نوبة من استثناء الاستبعاد. لذا يبدو أن الأغلبية الكبرى من الأفراد الذين أُشير إلى أنهم استثنوا لاستبعاد الحزن لظروف أليمة لم يتأهلوا للاستقصاء.

إن الشرح المرجح لهذا التناقض الظاهر بسيط (29): سأل كوروبل وآخرون الأطباء ليحكموا على ما إذا كان المرضى الذين تم استقصاؤهم بالاستبعاد من دون تدريب خاص أو قائمة فحص، ثم أخذوا تلك الآراء بقيمتها المباشرة من دون التأكد من صحتها أو دقتها. وقد بدا أن الأغلبية الساحقة كانت غير صحيحة، ربما لأنها كانت غير واضحة حيال التوصيف السلبي المزدوج للاستبعاد. وبالفعل، قد نواجه (MBF) اللغظ

الاكتئاب في أربع نقاط على مدى عشر سنوات. على الرغم من أنهم لم يحدوا نوبات مستنناة من الاستبعاد الناتج عن حزن لظروف أليمة، فإنهم لم يقارنوا بين حالات الاكتئاب المتصل بحزن لظروف أليمة المستنناة وتلك غير المستنناة أو الاكتئاب الحاد المقياسي بشكل عام. بدلاً من ذلك، قاموا بالتدقيق في العلاقة بين حالات الاكتئاب المتصل بحزن لظروف أليمة المستنناة وحالات الاكتئاب الحاد المقياسي «القابل للإبعاد» (أي حالات الاكتئاب الحاد المقياسي الذي يفي بمدة الاستبعاد والأعراض المعيارية للاستثناء). إن المنطق خلف هذا التغيير في التركيز يعود إلى أن دليل DSM يصنف حالياً حالات الاكتئاب الحاد المقياسي «القابل للإبعاد» على أنها اضطراب، لذا فإذا كانت حالات الاكتئاب المتصل بحزن لظروف أليمة شبيهة بحالات الاكتئاب الحاد المقياسي المستثنى، الأمر الذي أظهرته دراستهم ودراسة واكفيلد وآخرين (28)، فهي بالتالي أيضاً اضطرابات. وقد ناقشوا أن تشابهات مماثلة تظهر أن استبعاد دليل DSM لحالات الاكتئاب المتصل بحزن لظروف أليمة غير المعقد وعدم استبعاد حالات الاكتئاب الحاد المقياسي غير المعقد هو عدم تناسق يجب معالجته من خلال إزالة استبعاد الحزن الناتج عن ظروف أليمة (7).

لكن النزاع حول ما إذا كان الاستبعاد صحيحاً يجب أن يتم تمييزه من خلال السؤال المنفصل لما إذا كانت ردود فعل اكتئابية غير حادة عابرة لعوامل مجهدة أخرى، كانهاء زواج أو خسارة عمل، تعد بشكل دقيق اضطرابات أو يجب استثناءها من الاكتئاب الحاد أيضاً. لمعالجة السؤال الثاني، فإن أوجه التشابه والاختلاف بين حالات الاكتئاب الحاد المقياسي المستثنى وحالات الاكتئاب الحاد المقياسي الأخرى يجب أن تخضع لدراسة دقيقة، إن هذه المقارنة لا ترد في دراسة كندلر وآخرون. إن مقدمة الاستبعاد جراء حزن ناتج عن ظروف أليمة استندت على تقييم للبراهين بأن حالات الاكتئاب المتصل بحزن لظروف أليمة ليست في بعض الأحيان حالات اكتئاب حاد، بينما أن إضمام نوبات استبعاد ضمن الاكتئاب الحاد حدثت من دون تقييم خاص مستند إلى برهان وهي غير مؤكدة من خلال الاستبعاد. على أي حال، فإن النتيجة الواضحة لتفسيرات كندلر وآخرون كانت بأنهم لم يحلوا بياناتهم بطريقة تتصل مباشرة بصحة الاستبعاد جراء الحزن الناتج عن ظروف أليمة.

باختصار، إن ثلاث دراسات ذكرها لامب وآخرون تطبيق معايير الاستبعاد بشكل ملائم على العينة. لكن لأسباب مختلفة فإن أيها لا يقدم دليلاً وافياً لصالح أو ضد صحة الاستبعاد.

دراسات مؤخره حول معاودة الاكتئاب الحاد بعد استثناء حالات الاكتئاب المتصل بحزن لظروف أليمة

لعل المؤشر التحققي الذي يتمتع بالنسبة الأكبر من الصحة في تقييم العلاقة بين حالات الاكتئاب المتصل بحزن لظروف أليمة والاكتئاب الحاد المقياسي هو معاودة النوبات الاكتئابية. ثمة خطر مؤكد مشدد من تطور نوبات اكتئابية مستقبلية لدى الأفراد الذين يعانون اكتئاباً حاداً مقياسياً، بينما نتوقع نسبة معاودة أقل في ردود الفعل العاطفية الطبيعية. بالإضافة إلى ذلك فإن المعاودة ليست معيار استبعاد، ويمكن

الناتج في الكثير من الأحيان عند التدريب على نموذج المقابلة السريرية المنظمة لدليل DSM (SCID) (30)، مع المستخدمين المبتدئين الذين عادة ما يشيرون إلى معيار E في الاكتئاب الحاد على عكس ما يقصدون. نتيجة لذلك، فإن نتائج كوروبل وآخرون لا تستند على عينة تستثني الاستبعاد بالفعل، وهي غير قابلة للتعميم على أي عينة يتم تطبيق الاستبعاد فيها بطريقة صحيحة. إن النتائج هذه إذن لا تأثير لها على تقييم صحة الاستبعاد الناتج عن حزن لظروف أليمة. في أقصى الأحوال، تشير هذه النتائج إلى أن التوصيف الحالي للاستبعاد يثير الإرباك للمبتدئين ويحتاج إلى توضيح.

دراسات تطبيق معايير الاستبعاد الناتج عن حزن لظروف أليمة

تدقق ثلاث دراسات يذكرها لامب وآخرون في عينات لحالات استثنى فيها الاستبعاد وتوافي معياري الاستبعاد الأساسيين. وجدت دراسة كرم وآخرون (31) الاستشرافية المجتمعية حول اللبنانيين الذين عايشوا الحرب الأهلية اختلافاً لا يذكر في سنتين لمعدلات المعاودة للحالات الخمسة من الاكتئاب المتصل بالحزن لظروف أليمة مستنناة وفقاً لدليل DSM (40% معاودة) واكتئاب حاد مقياسي (61% معاودة). لكن، واستناداً لحجم العينة الصغير جداً، علينا الموافقة على التحذير الذي ينبه إليه كرم وآخرون بأن «عدد النوبات المستنناة كان صغيراً جداً ولا يسمح بالتعميم». إن معايشة حرب أهلية يمكن أن يكون رفع معدلات الضائقة الطبيعية والمضطربة إلى درجة تعتم على معدلات المعاودة الفعلية، وتزيد من محدودية الدراسة وتزيد عدم القدرة على تعميم نتائجها.

قارن واكفيلد وآخرون (28) حالات اكتئاب متصل بالحزن لظروف أليمة غير مستنناة في الاستطلاع الوطني للمراضة المشتركة. وناقشوا بأن اختلافات واسعة موجودة في المؤشرات التحقيقية التسعة (عدد الأعراض، والاكتئاب السوداوي، ومحاولة الانتحار، ومدة الأعراض، وتدخلها بالحياة، ومعاودتها، واستخدام ثلاث خدمات متغيرة)، دعمت صحة الاستبعاد.

لكن المنتقدين يناقشون بأن بعض المؤشرات التحقيقية كانت متصلة إلى درجة عالية بالخصائص الخاصة بالنوبات المعقدة لكي تكون الاختبارات غير منحازة (مثلاً، مؤشرات تحقق «التدخل بالحياة» و«محاولة الانتحار» متصلة بمكونات الاستبعاد «الاعتلال المحدد» و«الأفكار الانتحارية»، بالترتيب) (32). لذا، يرى المنتقدون أن الاختلافات التي قد تم تحديدها أتت نتيجة هذه الانحيازات وهي بالتالي مكررة. إن هذا الانتقاد يستحق بعض التقدير، بالرغم من أنه لا يؤثر على كافة المؤشرات التحقيقية. إذا كانت الانحيازات التي أشاروا إليها مسؤولة عن النتائج أم لا هذا ما يمكن تحديده من خلال التجربة، لكن ما من دراسة حاولت تقديم تحليل إلى حين كتابة هذه المقالة، لذا فإن تداعيات دراسة واكفيلد وآخرون لصحة الاستبعاد الناتج عن حزن لظروف أليمة تبقى غير أكيدة.

قارن كندلر وآخرون (33) حالات الاكتئاب المتصل بحزن لظروف أليمة وحالات الاكتئاب الحاد من خلال مجموعة من المؤشرات التحقيقية في عينة من التوائم في فرجينيا تم تقييمهم على مدى سنة واحدة من

دليل DSM-5، فإن بعض التغييرات قد تحسن من صحته وتحد من سوء استخدامه.

استخدام تعريف «مرحلي»

تعرف مدة حالات الاكتئاب المتصل بحزن لظروف أليمة في الاستطلاعات الوبائية أو حين يتم تقييم التاريخ الطبي للمريض بطريقة ارتجاعية. لكن المرضى المحزونين الذين يختبرون أعراض اكتئابية لأقل من شهرين يجب في الممارسة السريرية أن يتم تشخيصهم قبل أن تعرف مدة النوبة. إن مدة الاستبعاد لحزن ناتج عن ظروف أليمة والأعراض المعيارية تؤدي إلى قلة يقين لدى الطبيب المشخص: هل ستستمر الأعراض الاكتئابية لأكثر من شهرين، أم ستتطور واحدة أو أكثر من الأعراض غير المميزة مما سيستدعي مراجعة التشخيص ليتحول إلى تشخيص باكتئاب حاد؟

إن هذه الأمثلة المتعددة في دليل DSM-IV للاضطرابات التي تعتمد معاييرها التشخيصية على الحالة التي تتلاشى قبل المستوى الأعلى للفترة الزمنية المحددة حيث يتغير التشخيص إذا استمرت الحالة إلى ما بعد النقطة المحددة له. إذا كان من الضروري إعطاء تشخيص قبل الوصول إلى تلك النقطة، فإن هذا التشخيص يجب أن يوصف بأنه مرحلي نتيجة عدم اليقين التام بأن الحالة ستتلاشى خلال الفترة الزمنية المحددة لها.

مثلاً، وفقاً لدليل TR-IV-DSM (36)، يتطلب الاضطراب الذي يتخذ شكل الفصام أن تستمر «نوبة من الاضطراب ... على الأقل شهراً ولا تتعدى الستة أشهر». في حال استمرت الأعراض المشابهة لأكثر من ستة أشهر، فإن التشخيص في هذه الحالة يكون الفصام. لدى المرضى الذين يظهرون أعراض مستمرة لأكثر من شهر وأقل من ستة أشهر، يطلب من الطبيب أن يحدد أن التشخيص «مرحلي»، لأنه من غير المعروف بعد ما إذا كانت الأعراض ستتلاشى خلال فترة الستة أشهر المحددة. وإلا فيجب تغيير التشخيص من اضطراب فصامي الشكل إلى فصام.

يلحظ دليل TR-IV-DSM (36) في قسم «استخدام الدليل» بأن مبدأ التشخيص ينطبق على أي وضع «يعتمد فيه التشخيص حصرياً على مدة المرض». لذا، فمثلاً، بسبب المخاوف الشديدة العابرة في الطفولة، يحدد دليل DSM أن خوف الأطفال يمكن أن يتم تشخيصه كنوع محدد من الرهاب فقط حين يستمر هذا الخوف ستة أشهر على الأقل. نتيجة لذلك، فإن الطفل الذي يعاني خوفاً شديداً من الحيوانات الضخمة إذا استمر لأكثر من شهرين، يجب أن يتم تشخيصه مرحلياً على أنه خوف طبيعي، وأن ينتظر الطبيب المعالج مع المراقبة لتحديد ما إذا استمر الخوف أكثر من ستة أشهر ليتم تشخيصه على أنه رهاب.

إن تشخيص حالات الاكتئاب المتصل بحزن لظروف أليمة المستثناة التي يتم تقييمها بعد فترة قصيرة من خسارة شخص عزيز تتطابق مع هذا النموذج. يتطلب الاستثناء أن تكون المدة الزمنية ثمانية أسابيع أو أقل، لكن على الطبيب في الكثير من الأحيان أن يعطي تشخيصه قبل أن يُعرف ما إذا كانت الأعراض ستنتجلي بمرور ثمانية أسابيع. لذا، وتبعاً لمبادئ

استخدامها لمقارنة حالات الاكتئاب المتصل بالحزن لظروف أليمة مع حالات الاكتئاب الحاد المقياسي من دون الانحياز المكرر للنتيجة.

تعد دراسة مويتابي (34) الاستشراافية المؤخرة في الاستطلاع الوطني الوبائي حول الكحول بموجته والظروف المتصلة به في عينه مجتمعية (NESARC)، الدراسة الأولى التي تقارن بين الاستبعاد جراء حزن ناتج عن ظروف أليمة مستثنى ومعاودة اكتئاب حاد مقياسي بطريقة منهجية ثابتة ومدعومة. قارن مويتابي خطر الاكتئاب خلال فترة المتابعة المستمرة لثلاث سنوات لدى المشاركين الذين عند النقطة القاعدية كانوا قد عانوا خلال حياتهم من نوبات اكتئاب مستثناة من الاستبعاد، وأولئك الذين لم يعانوا الاكتئاب في حياتهم. وجد أن المشاركين في الموجة الأولى الذين عانوا حالة اكتئاب متصل بالحزن لظروف أليمة مستثناة من دليل DSM مرة واحدة في حياتهم (N=162) لم يبدأوا أرجحيه في الإصابة بنوبة اكتئاب حاد خلال فترة المتابعة المستمرة لثلاث سنوات أكبر من أولئك المشاركين من العامة الذين لم يعانوا في حياتهم اكتئاباً حاداً عند النقطة القاعدية (4.3% مقارنة مع 7.5% بالترتيب). عند المقارنة، أظهر المشاركون الذين اختبروا إما حالة اكتئاب حاد مقياسي قصيرة مرة في حياتهم أو حالة غير قصيرة أو معاودة اكتئاب حاد، معدلات معاودة أعلى في ثلاث سنوات (14.7%، 20.1%، 27.2% بالترتيب) مقارنة مع الذين لم يعانوا اكتئاباً في حياتهم أو أولئك الذين أبدوا نوبات استبعاد مستثناة. خلص مويتابي إلى أن «النتائج تدعم الحفاظ على معيار الاستبعاد في دليل DSM-IV لنوبات الاكتئاب الحاد في دليل DSM-V».

حاول واكفيلد وشميتز (35) نسخ نتائج مويتابي في موجتي دراسة وبائية طولية لمناطق محددة. قارنا معدلات معاودة الاكتئاب لسنة واحدة في الموجة الثانية لدى أربع مجموعات في الموجة الأولى يعانون من اضطراباً مدى الحياة عند النقطة القاعدية: اكتئاب قابل للإبعاد متصل بالحزن الناتج عن ظروف أليمة؛ اكتئاب حاد مقياسي قصير؛ اكتئاب حاد مقياسي غير قصير؛ عدم توافر تاريخ اكتئاب. لم تختلف معدلات المعاودة لسنة واحدة عند استثناء الاستبعاد (N=25، 3.7%) بشكل يذكر مقارنة مع المعدل لدى المجموعة التي لم تظهر تاريخاً اكتئابياً (1.7%)، لكنها كانت أقل بشكل ملحوظ من حالات الاكتئاب الحاد المقياسي القصيرة وغير القصيرة (14.4% و 16.2% بالترتيب).

تؤكد هذه النتائج ما توصل إليه مويتابي (34) من خلال مجموعة بيانات ومدة متابعة مختلفة، مما يدعم القدرة على التعميم ويعزز صحة الاستبعاد جراء حزن ناتج عن ظروف أليمة. تتعارض دراسة مويتابي وواكفيلد وشميتز مع التعليل الأساسي الذي يدفع بإلغاء الاستبعاد وبغياب الدليل على أن حالات الاكتئاب المتصل بحزن لظروف أليمة يختلف في المسار مقارنة مع الاكتئاب الحاد المقياسي.

توصيات لتحسين استبعاد الحزن الناتج عن ظروف أليمة من دليل DSM-5

على الرغم من أن المؤلفات لا تدعم عدم صحة الاستبعاد أو إزالته من

الأطباء السريريين الذين قد لا يملكون تدريباً محدداً في هذه الممارسة. ويعود جزء كبير من المشكلة إلى التوصيف السلبي المزوج الذي قد يثير الإرباك.

إن التوصيف يمكن تحسينه بسهولة للخفض من فرصة الإرباك. لذا نقتراح التوصيف التالي كنقطة بداية لتحديد معيار الاستبعاد مع دمج الاقتراحات التي قدمت أعلاه:

في حال وقعت النوبة في إطار حزن على فقدان شخص عزيز، فهي تشير إلى واحدة من الخصائص التالية الإيجابية للاكتئاب الحاد بدلاً من الأسى الطبيعي: مدة أكثر من شهرين، أفكار انتحارية، انشغال مرضي بعدم القيمة الذاتية، تخلف نفسي حركي ملحوظ، اعتلال وظيفي عام مطول وواضح، أو تاريخ طبي لاضطراب الاكتئاب الحاد في ظروف غير أليمة.

يجب تحديد تشخيص «اكتئاب متصل بحزن ناتج عن ظروف أليمة، مرحلي» لأي نوبة اكتئابية تتصل بحزن ناتج عن ظروف أليمة لا تظهر أيًا من تلك الخصائص.

فيما عدا هذه التغييرات، ثمة الكثير من الأسئلة التي قد تنشأ حول كيفية تحقيق الصحة المثلى للاستبعاد. مثلاً، هل يجب إطالة فترة الشهرين المحددة حالياً لعدم الاستبعاد، استناداً إلى براهين أخيرة تشير بأن الصحة المثلى قد تتحقق عند فترات زمنية أطول (39، 40)؟ هل إن الأعراض غير المميزة صحيحة بشكل أمثل؟ هل الاعتلال إضافة مفيدة؟ أخيراً هل يجب إضافة ردود الفعل المماثلة لعوامل حياتية مجهدة أخرى ضمن الاستبعاد لخلق «إقصاء لعوامل مجهدة». إن هذه الأسئلة تحتاج إلى المزيد من البراهين لتتوصل إلى الإجابة الوافية عنها.

لكن السؤال الذي يتمحور حول ما إذا كان هناك من دليل تجريبي يفيد بعدم صحة الاستبعاد يمكن إيجاد حل له. إن التعليل بأن ثمة دليل مماثل يستند على تفسيرات خاطئة للمؤلفات الطبية ولا أساس علمي له. لذلك، ما من أساس علمي يدعم إزالة الاستبعاد لحزن ناتج عن ظروف أليمة من دليل DSM-5.

مراجع

1. American Psychiatric Association. Criteria for major depressive episode. www.dsm5.org.
2. Fawcett J. An overview of mood disorders in the DSM-5. Curr Psychiatry Rep 2010;12:531-8.
3. National Public Radio, Morning Edition. "Today in your health: bereavement". August 2, 2010.
4. Pies R. Depression and the pitfalls of causality: implications for DSM-V. J Affect Disord 2009;116:1-3.
5. Wakefield JC. Should uncomplicated bereavement-related depression be reclassified as a disorder in DSM-5?: Response to Kenneth S. Kendler's statement defending the proposal to eliminate the bereavement exclusion. J Nerv Ment Dis 2011;199:203-8.
6. Maj M. Depression, bereavement, and "understandable" intense sadness: should the DSM-IV approach be revised? Am J Psychiatry 2008;165:1373-5.
7. Kendler KS. A statement from Kenneth S. Kendler, M.D., on the proposal to eliminate the grief exclusion criterion

دليل DSM-IV، سيكون من المفيد استخدام توصيف «مرحلي» في الحالات التي تستبعد الحزن لظروف أليمة حيث تستمر الأعراض الاكتئابية. إن إضافة وصف «مرحلي» سيساعد على تنبيه الطبيب بأن تشخيصاً نهائياً يعتمد على جمع المزيد من المعلومات، في هذه الحالة، ما إذا كانت الأعراض الاكتئابية قد انجلت بعد ثمانية أسابيع من دون أن تتطور إلى أعراض غير مميزة. إن هذا التغيير قد يمنع بعد السلبيات الخاطئة التي قد تحدث نتيجة الافتراضات السابقة وأنها حول التشخيص النهائي.

«تاريخ سابق للاكتئاب الحاد» معيار يلغي الاستبعاد

في إطار توجيه الحكم المرحلي لما إذا كانت أعراض حالات الاكتئاب المتصل بحزن لظروف أليمة يمكن تفسيرها بشكل أفضل على أنها اكتئاب حاد أو حزن طبيعي، ويتطلب تحسن في معايير الاستبعاد قد تقي من عدم تشخيص حالات فعلية تجعل التاريخ الطبي الذي يشكل الاكتئاب الحاد على أنه عامل يضاف إلى المعايير ويلغي استبعاد الاكتئاب المتصل بالحزن الناتج عن ظروف أليمة. يظهر الأفراد ذوي تاريخ طبي باكتئاب حاد سرعة تأثر لمعاناة الاكتئاب الحاد الذي يمكن أن ينشط بسهولة تحت ظروف ضاغطة حادة عند خسارة شخص عزيز. تشير المؤلفات الطبية إلى أن من بين الأفراد الذين يختبرون مرحلة ميكرة من حالات الاكتئاب المتصل بحزن ناتج عن ظروف أليمة يتنبأ التاريخ الطبي لديهم لاكتئاب حاد مصاحب بأعراض عادة مستديمة وغير قابله للاستثناء. إن أثر هذه المتغيرة قوي لدرجة أن التقارير البحثية تفصل عادة بين النتائج وفقاً للتاريخ الطبي (مثلاً، 37).

مثلاً في دراسة زيسوك وشوشر (14، 38) الكلاسيكية حول مسار الحزن الناتج عن ظروف أليمة، 89 فرداً يستوفون معايير دليل DSM للاكتئاب الحاد بعد شهرين من الخسارة، من بينهم 20 (22%) عانوا الاكتئاب حتى الشهر الثالث عشر واعتبروا مصابين باضطراب. لكن 14 فرداً مما توافقوا مع معايير الاكتئاب الحاد عند الشهرين كان لديهم تاريخ طبي سابق بالاكتئاب الحاد، وكان لـ 14 فرداً الذين توافقوا مع معايير الاكتئاب الحاد بعد الشهر الثالث عشر أيضاً تاريخ طبي مماثل. إذا افترضنا أن هؤلاء هم الأفراد أنفسهم الـ 14، فإذا كان الأفراد الذين أبدو تاريخاً طبياً من الاكتئاب الحاد قد تم إخراجهم من المجموعة التي قد طبق عليها استبعاد الحزن الناتج عن ظروف أليمة بشكل مرحلي عند الشهر الثاني، فإن معدلات السلبيات الخاطئة المستندة على المدة الزمنية وحدها تكون قد انخفضت من 22% إلى 8%. لذا نقترح أن يخفف التاريخ الطبي للاكتئاب الحاد الاستثناء المرحلي للاستبعاد الناتج عن حزن لظروف أليمة.

تحسين صياغة الاستبعاد لحزن ناتج عن ظروف أليمة

كما ناقشنا أعلاه، فإن دراسات كوروبل وآخرون (25)، التي تهدف إلى دعم استثناء الاستبعاد تشير إلى الدرجة العالية التي يتم فيها سوء تفسير الاستبعاد لحزن ناتج عن ظروف أليمة وسوء تطبيقها من قبل

26. Corruble E, Falissard B, Gorwood P. DSM bereavement exclusion for major depression and objective cognitive impairment. *J Affect Disord* 2011;130:113-7.
27. Corruble E, Falissard B, Gorwood P. Is DSM-IV bereavement exclusion for major depression relevant to treatment response? A case-control, prospective study. *J Clin Psychiatry* 2010;72:898-902.
28. Wakefield JC, Schmitz MF, First MB et al. Should the bereavement exclusion for major depression be extended to other losses?: Evidence from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:433-40.
29. Wakefield JC, First MB. Treatment outcome for bereavement-excluded depression: results of the study by Corruble et al are not what they seem. *J Clin Psychiatry* 2011;72:1155.
30. First MB, Spitzer RL, Gibbon M et al. Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition (SCID-I/P). New York: Biometrics Research Department, 2011.
31. Karam EG, Tabet CC, Alam D et al. Bereavement related and nonbereavement related depressions: a comparative field study. *J Affect Disord* 2009;112:102-10.
32. Kendler KS, Zisook S. Drs. Kendler and Zisook reply. *Am J Psychiatry* 2009;166:492-3.
33. Kendler KS, Myers J, Zisook S. Does bereavement-related major depression differ from major depression associated with other stressful life events? *Am J Psychiatry* 2008;165:1449-55.
34. Mojtabai R. Bereavement-related depressive episodes: characteristics, 3-year course, and implications for the DSM-5. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68:920-8.
35. Wakefield JC, Schmitz MF. Recurrence of bereavement-related depression: evidence for the validity of the DSM-IV bereavement exclusion from the Epidemiologic Catchment Area Study. *J Nerv Ment Dis* (in press).
36. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
37. Brent DA, Perper JA, Moritz G et al. Major depression or uncomplicated bereavement? A follow-up of youth exposed to suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33:231-9.
38. Zisook S, Shuchter SR. Uncomplicated bereavement. *J Clin Psychiatry* 1993;54:365-72.
39. Wakefield JC, Schmitz MF, Baer JC. Did narrowing the major depression bereavement exclusion from DSM-III-R to DSM-IV increase validity? Evidence from the National Comorbidity Survey. *J Nerv Ment Dis* 2011;199:66-73.
40. Wakefield JC, Schmitz MF, Baer JC. Relation between duration and severity in bereavement-related depression. *Acta Psychiatr Scand* (in press).
- from major depression. www.dsm5.org.
8. First MB. DSM-5 proposals for mood disorders: a cost-benefit analysis. *Curr Opin Psychiatry* 2011;24:1-9.
9. Frances A. Good grief. *New York Times*, August 15, 2010.
10. Zisook S, Shear K, Kendler KS. Validity of the bereavement exclusion criterion for the diagnosis of major depressive episode. *World Psychiatry* 2007;6:102-7.
11. Lamb K, Pies R, Zisook S. The bereavement exclusion for the diagnosis of major depression: to be or not to be. *Psychiatry* 2010;7:19-25.
12. Clayton P, Desmarais L, Winokur G. A study of normal bereavement. *Am J Psychiatry* 1968;125:168-78.
13. Clayton P, Halikas JA, Maurice WL. The depression of widowhood. *Br J Psychiatry* 1972;120:71-7.
14. Zisook S, Shuchter SR. Depression through the first year after the death of a spouse. *Am J Psychiatry* 1991;148:1346-52.
15. Horwitz AV, Wakefield JC. The loss of sadness: how psychiatry transformed normal sadness into depressive disorder. New York: Oxford University Press, 2007.
16. Jackson SW. Melancholia and depression: from Hippocratic times to modern times. New Haven: Yale University Press, 1986.
17. Parkes C. Recent bereavement as a cause of mental illness. *Br J Psychiatry* 1964;110:198-204.
18. American Psychiatric Association. Major depressive episode. Rationale. www.dsm5.org.
19. Zisook S, Kendler KS. Is bereavement-related depression different than nonbereavement-related depression? *Psychol Med* 2007;37: 779-94.
20. Webster Marketon JI, Glaser R. Stress hormones and immune function. *Cell Immun* 2008;252:16-26.
21. Zisook S, Shuchter SR, Pedrelli P et al. Bupropion sustained release for bereavement: results of an open trial. *J Clin Psychiatry* 2001;62: 227-30.
22. Shear MK, Simon N, Wall M et al. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depress Anxiety* 2011;28: 103-17.
23. Sokero TP, Melartin TK, Rytsälä HJ et al. Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with DSM-IV major depressive disorder. *Br J Psychiatry* 2005;186:314-8.
24. Kessing LV, Bukh JD, Bock C et al. Does bereavement-related first episode depression differ from other kinds of first depressions? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010;45:801-8.
25. Corruble E, Chouinard VA, Letierce A et al. Is DSM-IV bereavement exclusion for major depressive episode relevant to severity and pattern of symptoms? A case control, cross-sectional study. *J Clin Psychiatry* 2009;70:1091-7.

منظور حول التعلق في الباثولوجيا النفسية

MARIO MIKULINER¹, PHILLIP R. SHAVER²¹School of Psychology, Interdisciplinary Center Herzliya, P.O. Box 167, Herzliya 46150, Israel²Department of Psychology, University of California at Davis, One Shields Avenue, Davis, CA 95616-8686, USA

شهدت السنوات الأخيرة تطبيق نظرية التعلق، التي يراد منها بالأصل وصف التعلق العاطفي بين الطفل والديه، وقد تم تطبيق هذه الدراسة على العلاقات الرومانسية في سن المراهقة والبلوغ، ثم على دراسة العمليات النفسية، كوظيفة التفاعل مع الأشخاص والتنظيم العاطفي والتعامل مع الضغط والصحة النفسية. في هذه المقالة نقدم نظرة شاملة مختصرة لمنظور حول التعلق في الباثولوجيا النفسية. وبعد سرد مختصر لنظرية التعلق، نتابع لنشرح كيف تتداخل دراسة الاختلافات بين الأفراد في التعلق لدى البالغين مع دراسة الباثولوجيا النفسية. سنراجع بالتحديد نتائج أبحاث تظهر أن التعلق غير الآمن عامل مساهم هام في الاضطرابات النفسية، وأن التحسن في هذه الحالة يمكن أن يسهل تحسن الباثولوجيا النفسية.

الكلمات الرئيسية: التعلق، الباثولوجيا النفسية، الانتظام العاطفي، الأمن، العلاقات بين الأشخاص، النفس، الصحة النفسية

(World Psychiatry 2012;11:11-15)

الناتج عن التاريخ التعلقي للفرد، والذي يسميه هازان وشافير (5) أسلوب التعلق. تشير الأبحاث بوضوح إلى أن أساليب التعلق يمكن قياسها من خلال بعدين مستقلين، القلق والاجتناب المرتبطين بالتعلق (6). يشير موقع الشخص من البعد الأول: القلق، إلى أي درجة يقلق من عدم توافر الشريك واستجابته عند الحاجة. ويشير موقع الفرد من البعد الثاني: الاجتنابي، إلى أي درجة لا يثق بالنية الصالحة للشريك ويسعى للتمسك باستقلالية سلوكية والاعتماد على الذات والإبقاء على مسافة عاطفية. يمكن قياس البعدين من خلال استبيان ثابت وصادق عن التقرير الذاتي (مثال، 6) وهما مترابطين بطرق نظرية متوقعة مع نوعية العلاقة والتأقلم (4).

اقترح ميكولينسر وشافير (4) أن موقع الشخص من المساحة المطلقة للبعدين والتي تحدد التعلق القلبي والتعلق الاجتنابي يعكس شعور التعلق غير الآمن والسبل التي يلجأ إليها للتعامل مع التهديدات والضيق. عادة ما يكون الأفراد الذين يسجلون مجموعاً منخفضاً في هذين البعدين آمنين ويميلون إلى أن يستثمروا استراتيجيات بناء وفعالة في الانتظام العاطفي. أما الذين يسجلون مجموعاً عالياً في أي من البعدين أو كلاهما، فهم يعانون عدم أمن ويميلون إلى الاعتماد على ما يصفه كاسيدي وكوباك (7) باستراتيجيات التعلق الثانوية، إما يوقفون تفعيل نظام التعلق عن العمل أو يفرطون في إشغاله في محاولة للتعامل مع التهديدات.

بحسب ما يتقدم به ميكولينسر وشافير (4)، إن الأفراد الذين يسجلون مجموعاً عالياً في التعلق الاجتنابي يميلون لأن يعتمدوا على استراتيجيات وقف تفعيل النظام، ويحاولون عدم السعي للتقرب، يتجاهلون حاجات التعلق، ويجتنبون التقرب والاعتماد على الآخر في علاقاتهم. إن هذه الاستراتيجيات تنشأ في علاقات مع شخصيات تعلق لا توافق على التقرب والتعبير عن الحاجة أو الضعف (8) وتعاقد عليها. من جانب معاكس، يميل الأشخاص الذين يسجلون مجموعاً عالياً في التعلق القلبي إلى الاعتماد على استراتيجيات فرط تفعيل النظام، في محاولات نشطة لتحقيق التقرب والدعم والحب الممزوج بنقص في الثقة حين تتوفر هذه الموارد

برهنت نظرية التعلق (1-3) أنها ذات إفادة عالية عند دراسة الانتظام العاطفي والصحة النفسية. لا سيما في الأبحاث التي تتناول آليات التعلق لدى البالغين وأظهرت الاختلافات الفردية في توجهات التعلق دليلاً قوياً لوظيفة درء القلق لما يصفه باولبي (2) بنظام التعلق السلوكي وفي صلة الاختلافات الفردية المرتبطة بالتعلق في التعامل مع الكرب والضيق والحفاظ على المرونة النفسية (4).

في هذه المقالة نقدم نظرة شاملة حول منظور التعلق في الباثولوجيا النفسية. بعد ذكر مختصر لمفاهيم نظرية التعلق الأساسية، نراجع نتائج بحثية تظهر أن التعلق غير الآمن، الذي يعرف بالتعلق القلبي والتعلق الاجتنابي في النظرية، مرتبط باضطرابات نفسية، وأن الارتفاعات في مستوى التعلق الناتج عن عدم الأمن جزء هام من العلاج الناجح لهذه الاضطرابات.

نظرية التعلق: مفاهيم أساسية

يرى باولبي (2) أن البشر يولدون بنظام باثولوجي نفسي (نظام تعلق سلوكي) فطري يحفزهم للبحث عن التقرب من الآخر (شخصيات تعلق) في أوقات الحاجة. كما حدد باولبي الإطار العام للاختلافات بين الأفراد في وظيفة نظام التعلق. يعزز التفاعل مع شخصيات التعلق المتوفرة في أوقات الحاجة والذين هم حساسين ويستجيبون لطلب التقرب والدعم شعوراً مستقراً من التعلق الآمن ويبنون تشكيلات نفسية إيجابية عن النفس وعن الآخر. لكن حين تكون شخصيات التعلق لدى الفرد غير متوفرة أو داعمة بشكل يمكن الوثوق به، فإن السعي للتقرب يفشل في تحرير الضيق، ويتلف تدريجياً الشعور بالأمن وتتشكل نماذج سلبية عن النفس والآخرين كما ترتفع أرجحيه حصول مشاكل عاطفية أو سوء تأقلم لاحقاً.

في إطار اختبار هذه النظرية في دراسات على البالغين، ركز معظم الباحثين على النمط النظامي للتوقعات في العلاقة والعواطف والسلوك

اضطراب نفسي. هذا ومن المرجح أن تكون لعوامل أخرى (مثلاً، المزاج المحدد جينياً، والذكاء، والتاريخ الشخصي الذي يشمل التعرض للإساءة) أن تلتقي مع أو تضخم آثار تجارب التعلق في الطريق للباثولوجيا النفسية.

فلنأخذ على سبيل المثال العلاقة بين التعلق الاجتنابي والضيقة النفسي. لم تجد الكثير من الدراسات لعينات مجتمعية واسعة ارتباطاً بين التعلق الاجتنابي والإجراءات التي يشار إليها ذاتياً عن الضيق الشامل (4). لكن الدراسات التي تركز على الأحداث المثيرة لإجهاد عال، كالتعرض لقصص صاروخي، أو العيش في حي خطير، أو إنجاب طفل من ذوي الإعاقة، تشير إلى اجتناب يتعلق بضيقة وتآكل ضعيف على طول المدى (4).

تكتسي عوامل التاريخ الشخصي أهمية كبرى. مثلاً، إن الربط بين التعلق غير الآمن والاكنتاب أعلى بين البالغين الذين يظهرون تاريخاً من التعرض لإساءة جسدية أو نفسية أو/ و جنسية في الطفولة (مثلاً، 21). كما تعزز أحداث الحياة المجهدة والفقر ومشاكل الصحة الجسدية خلال المراهقة الرباط بين التعلق غير الآمن والباثولوجيا النفسية (مثال، 22). إن الصلات السببية بين التعلق والباثولوجيا النفسية توضح تعقيدات في النتائج البحثية التي تظهر أن المشاكل النفسية يمكن أن ترفع من التعلق غير الآمن. على سبيل المثال، وجد دافيلو وآخرون (23) أن المراهقة المتأخرة لدى النساء اللواتي أظهرن تعلقاً غير آمن بمستوى أقل في فترة 6 أسابيع إلى 24 شهراً كان لديهن على الأرجح تاريخاً من الباثولوجيا النفسية أكثر من أقرانهن. كما وجد كوتساريلي وآخرون (24) أن النساء اللواتي اتجهن نحو تعلق غير آمن خلال فترة سنتين بعد إجهاد كثر أكثر احتمالاً من النساء الأخريات اللواتي أجهضن في أن يكون لديهن تاريخ بالاكنتاب أو التعرض للإساءة. قام سولومون وآخرون (25) بتقييم التعلقات غير الآمنة واضطراب كرب ما بعد الصدمة (PTSD) بين سجناء الحرب الإسرائيليين السابقين (مقارنة مع مجموعة ضباط من السجناء القدامى) 18 إلى 30 عاماً بعد إطلاق سراحهم. ارتفع مستوى التعلق القلبي والاجتنابي مع مرور الوقت بين السجناء السابقين، وقد تم توقع هذه الارتفاعات من خلال أعراض حادة لاضطراب كرب ما بعد الصدمة (PTSD) في الموجة الأولى من القياس.

بشكل عام، يبدو أن مشاعر عدم الأمن في التعلق تساهم بشكل غير محدد في أنواع مختلفة من الباثولوجيا النفسية. لكن، بعض الأشكال المحددة من التعلق غير الآمن تبدو أنها تهيئ الفرد لتركيب اضطرابات نفسية محددة. ويتم تعديل رباط التعلق-النفسى الباثولوجي من خلال مجموعة واسعة من العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية-الثقافية، ويمكن للاضطرابات النفسية إذا جاز التعبير أن تمحو حس الشخص بالتعلق الآمن.

تأثيرات الشفاء في التعلق غير الآمن

إذا كان التعلق غير الآمن عامل خطر للباثولوجيا النفسية، فإن أحداث تعلق آمن أو الحفاظ عليه أو استعادته يجب أن يرفع المرونة ويحسن الصحة النفسية. وفقاً لنظرية التعلق، فإن التفاعل مع شخصيات التعلق المتوفرة والداعمة يؤثر على الحس بالأمن ويطلق مشاعر إيجابية

ويستجيبون بكره وغضب حين لا يتم توفيرها (7). إن ردود الفعل هذه تحدث في العلاقات التي تكون فيها شخصية التعلق مستجيبة أحياناً لكن غير موثوقة، مما يضع الشخص المحتاج على جدول دعم جزئي يكافئ المثابرة بمحاولات السعي للتقرب، لأنها تنجح في بعض الأحيان.

تبدأ الاختلافات الفردية في أساليب التعلق عند التفاعل مع الوالدين خلال الطفولة والصبا (مثلاً، 9). لكن باوولبي (3) يشير إلى أن التفاعل المثمر في العلاقات خلال المراهقة والبلوغ يمكن أن ينقل فرد من موقع لآخر في المساحة المطلقة للبعدين التي يحددها التعلق القلبي والاجتنابي. ومن ذلك، يبين عدد متزايد من الباحثين أن أسلوب التعلق يمكن أن يتغير بشكل ضمني أو دراماتيكي وفقاً للإطار العام والتجارب الأخيرة والعلاقات الحديثة (مثلاً، 10، 11).

التعلق والصحة النفسية والباثولوجيا النفسية

وفقاً لنظرية التعلق تتداخل التفاعلات مع شخصيات تعلق غير متناسقة أو غير موثوقة أو غير حساسة مع نمو الأسس النفسية الآمنة والمستقرة، وتخفف المرونة في التعامل مع أحداث الحياة المجهدة، وتعد المرء مسبقاً للانهيال النفسي في الأزمات (3). إن التعلق غير الآمن يمكن أن ينظر إليه على أنه قابلية عام للاضطراب النفسي، حيث يعتمد علم الأعراض على العوامل الجينية والتطورية والبيئية.

راجع ميكولينسر وشايفر (4) مئات الدراسات التقاطعية والطولية والاستشراافية لعينات سريرية وغير سريرية ووجد أن التعلق غير الآمن أمر مشترك بين أشخاص يعانون عدداً مختلفاً من الاضطرابات النفسية، التي تختلف بين الضيق المعتاد وصولاً للاضطرابات النفسية الحادة حتى الفصام. وأنت نتائج مطابقة بشكل متناسق في دراسات أخيرة. مثلاً، يرتبط التعلق غير الآمن (القلبي والاجتنابي) بالاكنتاب (مثلاً، 12)، وقلق ملحوظاً سريرياً (مثلاً، 13)، واضطراب وسواسي قهري (مثلاً، 14)، واضطراب كرب ما بعد الصدمة (PTSD) (مثلاً، 15)، وميول انتحارية (مثلاً، 16)، واضطرابات في التغذية (مثلاً، 17).

كما يشكل التعلق غير الآمن خاصية أساسية في الكثير من اضطرابات الشخصية (مثلاً، 18، 19). لكن يختلف نوع التعلق المحدد الغير آمن بين الاضطرابات. ويرتبط التعلق القلبي بالاضطرابات الاعتمادية والهستيرية والاضطرابات الحدية، بينما يرتبط التعلق الاجتنابي باضطرابات الفصام والاجتناب. وقد وجد كراوفورد وآخرون (18) أن التعلق القلبي مرتبط بما يصفه لايفسلي (20) بـ«عدم الانتظام العاطفي» في اضطرابات الشخصية، والذي يشمل على إرباك الهوية والقلق والتقلقل الانفعالي، والتشويشات المعرفية والإذعان والمعاندة والأذى الذاتي والنرجسية والتشكيك. كما وجد كراوفورد وآخرون (19) أن التعلق الاجتنابي مرتبط بما وصفه لايفسلي (20) بـ«الكبت» في مشاكل الشخصية، ويشمل تعبيراً محدوداً للانفعالات، ومشاكل في الحميمة والاجتناب الاجتماعي.

ومن المسائل المتعلقة بالارتباط بين التعلق غير الآمن والباثولوجيا النفسية هو إلى أي درجة يشكل التعلق غير الآمن سبباً في الاضطرابات النفسية. من وجهة نظرنا، فإن ما بعد الاضطرابات كقلق الانفصال والحزن الباثولوجي حيث تشكل إصابات التعلق الأسباب والعناوين الرئيسية، فإن التعلق غير الآمن بالتحديد من غير المرجح أن يشكل سبباً كافياً لوقوع

التمثيلات الذاتية

وفقاً لنظرية التعلق والأبحاث المرتبطة، إن النقص في الحساسية والاستجابة الوالدية تساهم في اضطرابات الأنا، المتميزة بنقص في الترابط الذاتي والشكوك حول الانسجام والاستمرارية الداخلية مع الوقت، وتقدير ذاتي غير مستقر، واعتمادية مفرطة على موافقة الآخرين) مثلاً، (33، 32) عادة ما يكون الأشخاص عديمي الأمن على الأرجح مفرطي الانتقاد للذات، يتوجسون الشكوك بانفسهم أو يميلون لاستعمال دفاعاتهم مثل المثالية المدمرة لدرء مشاعر عدم القيمة والأمل (مثلاً، 34). إن هذه الاعتقادات حول الذات المخلة بالوظيفة ترفع خطر تطور الاضطراب النفسي لدى الأشخاص غير الأمنين.

كما تظهر الأبحاث عن التعلق أن التعلق غير الأمن مرتبط بالانرجسية الباثولوجية (مثلاً، 35). وبينما يرتبط التعلق الاجتنابي بالانرجسية الصريحة أو هوس العظمة التي تشمل الثناء على الذات ونكران الضعف (36) فإن التعلق القلبي مرتبط بالانرجسية المنطوية ويتميز بالانتباه المرتكز على الذات والحساسية المفرطة لتقييمات الآخرين وحس مفرط بالأحقية (36).

الانتظام العاطفي

وفقاً لنظرية التعلق، توفر التفاعلات مع شخصيات التعلق المتاحة والشعور بالتعلق الأمن دعماً فعلياً ورمزياً لتعلم استراتيجيات بناء للانتظام العاطفي. مثلاً فإن التفاعلات مع أشخاص متاحين ومستجيبين عاطفياً يوفر إطاراً يمكن للطفل فيه التعلم بأن الاعتراف بالمشاعر وعرضها خطوة هامة باتجاه استعادة التوازن العاطفي، وأنه أمر مقبول اجتماعياً أن يعبر المرء عن مشاعره واكتشافها ومحاولة فهم مشاعر الآخر (37). على عكس الأشخاص الأمنين نسبياً، يفضل الأفراد الاجتنابيون غالباً إبعاد العواطف عن أفكارهم وأفعالهم. نتيجة لذلك يميلون إلى إظهار واجهة أمنية وتماسك، لكنهم يتركون مسائل ضيق مكبوتة غير معالجة مما يؤدي إلى اعتلال قدرتهم على التعامل مع الأحداث الضائرة التي لا مفر منها في الحياة. يبرز هذا الاعتلال على الأرجح خلال التجارب المطولة والمتطلبة للجهد والتي تحتاج إلى تلاؤم نشط مع المشكلة لحشد الموارد الخارجية للدعم (مثلاً، 38).

من جانب آخر، يجد الأشخاص الذين يسجلون مجموعاً عالياً من التعلق القلبي تناغماً بين المشاعر السلبية وفراط نشاط نظام التعلق. وبالنسبة لهم، فإن «الانتظام العاطفي» يمكن أن يعني تضخيماً عاطفياً وتمادياً في القلق وردود فعل اكتئابية لخسائر وفشل محتمل، وتدخل لأعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة (PTSD). كما قد تم ربط التعلق القلبي بهياج انفعالي مدمر اجتماعياً لغضب أو اندفاع، وسلوك متطلب نحو الشريك في العلاقة، وأحياناً العنف (4).

مشاكل في العلاقات بين الأشخاص

بحسب نظرية التعلق، إن الفشل في الحصول على دعم من شخصيات التعلق أو الحفاظ على شعور بالأمن والاعتماد الناتج على إستراتيجية

(مثلاً، الراحة، الامتنان، العرفان، الحب)، ويوفر موارد نفسية للتعامل مع المشاكل والشدائد. يبقى الأفراد الأمنين غير متأثرين خلال أوقات الإجهاد ويستعيدون طاقتهم أسرع من نوبات الضيق، كما يختبرون فترات أطول من العاطفة الإيجابية، مما يساهم في عافيتهم العاطفية وصحتهم النفسية.

في بعض دراساتنا أجرينا بحثاً حول آثار الأمن الزائد على عدد من مؤشرات الصحة النفسية من خلال تجربته تفعيل للأشكال النفسية لشخصيات التعلق الداعمة (مثلاً، 26، 27). تشمل تقنيات البحث هذه والتي نشير إليها (11) بتوصيف «برمجة الشعور بالأمن» صور لا شعورية تشير إلى شخصيات أمن متوفرة، وأسماء لا شعورية لأشخاص يحدد مشاركتهم بأنهم شخصيات تحسن الشعور بالأمن والصور الموجهة التي تركز على توفر ودعم شخصية تعلق وتصور وجوه شخصيات تعزز التعلق الأمن.

إن برمجة الشعور بالأمن تحسن مزاج المشاركين حتى في الإطار الذي يشعرون بالتهديد، ويزيل الآثار المدمرة للتهديد في المزاج الإيجابي (مثلاً، 26). وجد ميكولينسر وآخرون (28) أن البرمجة اللا شعورية بكلمات تتعلق بالأمن تزيل الأعراض المعرفية لاضطراب كرب ما بعد الصدمة (PTSD) (قدرة مشددة للكلمات المتعلقة بالصدمة في مهمة تسمية الكلمات بالألوان بأسلوب استروب) في عينة غير سريرية. ووجد آدموني (29) أن برمجة أسماء كل موفر للأمن لكل من المشاركين يزيل عارضين معرفيين لاضطراب الغذاء (نظرة مشوهة للشكل الجسدي وقدرة مشددة لكلمات تتعلق بالطعام في مهمة بأسلوب استروب) في عينة من النساء اللواتي أدخلن المستشفى نتيجة لاضطرابات غذائية.

إلى ذلك، تشير أدلة أولية إلى أن الشعور بالأمن الذي يمدّه المعالجون النفسيون يحسن من الصحة النفسية للمريض. في دراسة تستند على بيانات متعددة المواقع لبرنامج البحث التعاوني لعلاج الاكتئاب في المعهد الوطني للصحة النفسية (NIMH)، وجد زوروف وبلات (30) أن الثناء الإيجابي للمريض وتوقع حساسية المعالج له والمساندة تقوم بتخفيض عبء الاكتئاب والحفاظ على المنافع العلاجية إلى فترة قد تصل إلى 18 شهراً. لم تتعرض النتائج لطبع المريض أو حدة الاكتئاب. في دراسة تستشر سنة واحدة لنجاحه علاج المقيمين للمراهقين الذين يظهرون خطراً عالياً، وجد غور (31) أن توفير أعضاء طاقم العمل شعوراً بالتعلق الأمن لدى المراهقين أدى إلى معدلات غضب واكتئاب ومشاكل سلوكية أقل. وعلى الرغم من أن هذه النتائج الأولية مشجعة، ثمة حاجة كبرى لإجراء بحث مضبوط إضافي للتحقق من الآثار طويلة المدى للشخصيات العلاجية التي تعزز الشعور بالأمن في الصحة النفسية للمرضى.

آليات الوساطة

وفقاً لنظرية التعلق (3)، إن الرابط بين التعلق غير الأمن (سواء كان بشكل قلق أو اجتناب أو الاثنين) والباثولوجيا النفسية يتم بواسطة قنوات متعددة. في هذا القسم، سنراجع أهم هذه القنوات.

- ed.). New York: Basic Books, 1982.
3. Bowlby J. A secure base: clinical applications of attachment theory. London: Routledge, 1988.
 4. Mikulincer M, Shaver PR. Attachment in adulthood: structure, dynamics, and change. New York: Guilford, 2007.
 5. Hazan C, Shaver PR. Romantic love conceptualized as an attachment process. *J Pers Soc Psychol* 1987;52:511-24.
 6. Brennan KA, Clark CL, Shaver PR. Self-report measurement of adult romantic attachment: an integrative overview. In: Simpson JA, Rholes WS (eds). Attachment theory and close relationships. New York: Guilford, 1998:46-76.
 7. Cassidy J, Kobak RR. Avoidance and its relationship with other defensive processes. In: Belsky J, Nezworski T (eds). Clinical implications of attachment. Hillsdale: Erlbaum, 1988:300-23.
 8. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E et al. Patterns of attachment: assessed in the Strange Situation and at home. Hillsdale: Erlbaum, 1978.
 9. Waters E, Merrick S, Treboux D et al. Attachment security in infancy and early adulthood: a twenty-year longitudinal study. *Child Dev* 2000;71:684-9.
 10. Baldwin MW, Keelan JPR, Fehr B et al. Social-cognitive conceptualization of attachment working models: availability and accessibility effects. *J Pers Soc Psychol* 1996;71:94-109.
 11. Mikulincer M, Shaver PR. Boosting attachment security to promote mental health, prosocial values, and intergroup tolerance. *Psychol Inq* 2007;18:139-56.
 12. Catanzaro A, Wei M. Adult attachment, dependence, self-criticism, and depressive symptoms: a test of a mediational model. *J Pers* 2010;78:1135-62.
 13. Bosmans G, Braet C, Van Vlierberghe L. Attachment and symptoms of psychopathology: early maladaptive schemas as a cognitive link? *Clin Psychol Psychother* 2010;17:374-85.
 14. Doron G, Moulding R, Kyrios M et al. Adult attachment insecurities are related to obsessive compulsive phenomena. *J Soc Clin Psychol* 2009;28:1022-49.
 15. Ein-Dor T, Doron G, Solomon Z et al. Together in pain: attachment-related dyadic processes and posttraumatic stress disorder. *J Couns Psychol* 2010;57:317-27.
 16. Gormley B, McNeil DE. Adult attachment orientations, depressive symptoms, anger, and self-directed aggression by psychiatric patients. *Cogn Ther Res* 2010;34:272-81.
 17. Illing V, Tasca GA, Balfour L et al. Attachment insecurity predicts eating disorder symptoms and treatment outcomes in a clinical sample of women. *J Nerv Ment Dis* 2010;198:653-9.
 18. Crawford TN, Livesley WJ, Jang KL et al. Insecure attachment and personality disorder: a twin study of adults. *Eur J Personality* 2007;21:191-208.
 19. Meyer B, Pilkonis PA. An attachment model of personality disorders. In: Lenzenweger MF, Clarkin JF (eds). Major theories of personality disorder. New York: Guilford, 2005:231-81.

تعلق ثانوية (فرط حركة وخفض الحركة)، يتداخل مع اكتساب مهارات اجتماعية ويخلق مشاكل خطيرة في العلاقات بين الأشخاص. وجد بارثولوميو وهورويتز (٣٢)، من خلال استخدام أداة التقييم «قائمة المشاكل ما بين الأشخاص» (٣٩)، أن التعلق القلبي مرتبط بمشاكل في العلاقة مع الآخرين بشكل عام. لم يظهر أفراد آمنين ارتفاعات تذكر في أي قسم من دائرة المشاكل، لكن الأشخاص الاجتنابيين بشكل عام أبدوا مشاكل مع العناية (برودة عاطفية أو انطواء أو تنافسية)، وعانى الأشخاص القلقون من مشاكل عاطفية (مثلاً، كانوا معبرين بشكل علني أكبر). ويبدو أن هذه المشاكل تقف خلف الوحدة والانعزال الاجتماعي التي يعبر عنها الأفراد غير الآمنين (مثلاً، ٤٠) واكتفائهم المنخفض في العلاقات، بالإضافة إلى وتيرة أكبر من الانفصال والنزاعات والعنف (٤).

الخلاصات

يرتبط التعلق غير الآمن بمجموعة متنوعة من الاضطرابات النفسية، التي تختلف ما بين العواطف السلبية المعتدلة إلى الحادة، عدم التنظيم واضطرابات الشخصية التعجيزية. ويشير الدليل إلى أن اتجاهات التعلق غير الآمن (قلقياً كان أو اجتنابياً) هي حالات مرضية عامة. على الرغم من أن الكثير من نتائج الأبحاث التي تدعم هذه الأفكار مترابطة، تظهر دراسات متعددة علاقة تنبؤية بين التعلق غير الآمن والقابلية للاضطرابات. من وجهة نظر علاجية، راجعنا الدليل الأولي الذي يفيد بأن شعور الأشخاص المرتفع بالتعلق الآمن يخفض أرجحيه وحدة الأعراض النفسية (اضطراب كرب ما بعد الصدمة (PTSD)، اضطراب الأكل). يشدد هذا الدليل على أهمية الآثار المخففة الشافية والعلاجية للدعم الذي يوفره الشريك، كما المعالج والراحة والأمن الذي يتوفر في التمثيلات النفسية لتجارب داعمة وشخصيات محبة وراعية. يدفعا الدليل الحثي إلى التفاؤل حول التدخلات السريرية ومنفعتيها التي قد ترفع شعور المريض بالتعلق الآمن.

على المدى الطويل، سيساهم البحث حول التعلق الآمن وغير الآمن والعلاقة بين انعدام الأمن والباثولوجيا النفسية في تحديد مفهوم اجتماعي صلب للتفكير البشري وقابليته للاضطرابات. في فصل رائد حول علم الأعصاب الاجتماعي لآليات التعلق، يقترح كوان (٤١) نظرية النقطة القاعدية الاجتماعية. ووفقاً لهذه النظرية، فإن الدماغ البشري يتطور في بيئة اجتماعية بامتياز، كما أن الكثير من وظائفه الأساسية تعتمد على انتظام اجتماعي مشترك للمشاعر والحالات الفيزيولوجية. يعني ذلك، بدلاً من اعتبار البشر كيانات منفصلة يجدر فهم تفاعلاتها مع بعضها، من الأفضل أن يتم التركيز على العلاقة الاجتماعية التي تربط بينهم وتربطهم النفسي على أنها هي الحالة الطبيعية «القاعدية». إذا انطلقنا من هذا الاعتبار فذلك سيساعدنا على تحديد سبب تجارب الانفصال والانعزال والرفض والإساءة والإهمال والألم النفسي الذي تتركه، والسبب خلف الخلل الوظيفي الذي عادة ما يكون السبب في الاضطرابات النفسية أو مضخماً لها.

مراجع

1. Bowlby J. Attachment and loss, Vol. 2. Separation: anxiety and anger. New York: Basic Books, 1973.
2. Bowlby J. Attachment and loss, Vol. 1. Attachment (2nd

- Clin Psychol 2006;74:199-206.
31. Gur O. Changes in adjustment and attachment-related representations among high-risk adolescents during residential treatment: the transformational impact of the functioning of caregiving figures as a secure base. Doctoral dissertation, Bar-Ilan University, Ramat Gan, Israel, 2006.
 32. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *J Pers Soc Psychol* 1991;61: 226-44.
 33. Park LE, Crocker J, Mickelson KD. Attachment styles and contingencies of self-worth. *Pers Soc Psychol B* 2004;30:1243-54.
 34. Wei M, Heppner PP, Russell DW et al. Maladaptive perfectionism and ineffective coping as mediators between attachment and future depression: a prospective analysis. *J Couns Psychol* 2006;53:67-79.
 35. Dickinson KA, Pincus AL. Interpersonal analysis of grandiose and vulnerable narcissism. *J Pers Disord* 2003;17:188-207.
 36. Wink P. Two faces of narcissism. *J Pers Soc Psychol* 1991;61:590-7.
 37. Cassidy J. Emotion regulation: influences of attachment relationships. *Monogr Soc Res Child Dev* 1994;59:228-83.
 38. Berant E, Mikulincer M, Shaver PR. Mothers' attachment style, their mental health, and their children's emotional vulnerabilities: a seven-year study of children with congenital heart disease. *J Pers* 2008;76:31-66.
 39. Horowitz LM, Rosenberg SE, Baer BA et al. Inventory of Interpersonal Problems: psychometric properties and clinical applications. *J Consult Clin Psychol* 1988;56:885-92.
 40. Larose S, Bernier A. Social support processes: mediators of attachment state of mind and adjustment in late adolescence. *Attach Hum Dev* 2001;3:96-120.
 41. Coan JA. Toward a neuroscience of attachment. In: Cassidy J, Shaver PR (eds). *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications* (2nd ed.). New York: Guilford, 2008:241-68.
 20. Livesley WJ. Classifying personality disorders: ideal types, prototypes, or dimensions? *J Pers Disord* 1991;5:52-9.
 21. Whiffen VE, Judd ME, Aube JA. Intimate relationships moderate the association between childhood sexual abuse and depression. *J Interpers Violence* 1999;14:940-54.
 22. Davila J, Steinberg SJ, Kachadourian L et al. Romantic involvement and depressive symptoms in early and late adolescence: the role of a preoccupied relational style. *Pers Relationship* 2004;11:161-78.
 23. Davila J, Burge D, Hammen C. Why does attachment style change? *J Pers Soc Psychol* 1997;73:826-38.
 24. Cozzarelli C, Karafa JA, Collins NL et al. Stability and change in adult attachment styles: associations with personal vulnerabilities, life events, and global construals of self and others. *J Soc Clin Psychol* 2003;22:315-46.
 25. Solomon Z, Dekel R, Mikulincer M. Complex trauma of war captivity: a prospective study of attachment and post-traumatic stress disorder. *Psychol Med* 2008;38:1427-34.
 26. Mikulincer M, Hirschberger G, Nachmias O et al. The affective component of the secure base schema: affective priming with representations of attachment security. *J Pers Soc Psychol* 2001;81: 305-21.
 27. Mikulincer M, Shaver PR. Attachment theory and intergroup bias: evidence that priming the secure base schema attenuates negative reactions to out-groups. *J Pers Soc Psychol* 2001;81:97-115.
 28. Mikulincer M, Shaver PR, Horesh N. Attachment bases of emotion regulation and posttraumatic adjustment. In: Snyder DK, Simpson JA, Hughes JN (eds). *Emotion regulation in families: pathways to dysfunction and health*. Washington: American Psychological Association, 2006:77-99.
 29. Admoni S. Attachment security and eating disorders. Doctoral dissertation, Bar-Ilan University, Ramat Gan, Israel, 2006.
 30. Zuroff DC, Blatt SJ. The therapeutic relationship in the brief treatment of depression: contributions to clinical improvement and enhanced adaptive capacities. *J Consult*

تشخيص النموذج الأولي لمتلازمات الامراض النفسية

DREW WESTEN

Department of Psychology and Psychiatry, Emory University, 36 Eagle Row, Atlanta, GA 30322, USA

أدت منهجية تشخيص المرضى المستخدمة منذ ثمانينيات القرن الماضي في الطب النفسي، والتي تشمل تقييم كل من مئات الأعراض لتحديد وجودها أو انعدامها ومن ثم تطبيق قاعدة الميزات الشخصية لإضافتها لكل من مئات الاضطرابات، إلى تقدم كبير في مجال الأبحاث خلال السنوات الثلاثين الماضية. لكن المشاكل في هذه المقاربة أصبحت جلية بشكل أكبر، لا سيما في الممارسة السريرية. يشكل إتباع نهج مقاربه النموذج الأولي خياراً بديلاً وتهدف إلى تحقيق الفائدة القصوى في العمل السريري. فبدلاً من تعداد الأعراض لاضطراب ما وتحديد ما إذا كان يتخطى الإبعاد العشوائية، تكمن مهمة الطبيب المشخص في قياس مدى تطابق تمثيل سريري للمريض مع وصف، لا يتخطى طول الفقرة، للاضطراب من خلال مقياس بسيط من خمس نقاط، من 1 ("تطابق ضعيف أو لا تطابق") حتى 5 ("تطابق جيد جداً"). وتكون النتيجة تشخيص بُعدي يحدد درجة "إظهار" المريض للاضطراب ويكون تشخيص قاطع، حيث أن 4 و5 يتماشى مع وجود الاضطراب، و3 للإشارة إلى "ما دون العتبة" أو "خصائص غير هامة سريرية". يمكن تحديد الاضطرابات والمعايير المنسوجة داخل النماذج الأولية تجريبياً، حتى تكون هذه النماذج مرتكزة على أسس علمية وتكون ذات فائدة سريرية. ولتشخيص النموذج الأولي عدد من المنافع: يحدد طريقة البشر الطبيعية في تصنيف المحفزات الحديثة والمعقدة؛ وهو ذات فائدة سريرية، وفعاله، ويسهل استخدامها في الممارسات اليومية؛ وتسهل التشخيص البعدي والتبويبي وتخفض عدد التقسيمات في التصنيف بشكل هائل، وتتيح المجال أمام تصنيف أغنى سريرياً، مستمد من التجربة وذات صلة ثقافية؛ وتقلص الهوة بين المعايير البحثية والمعرفة السريرية، من خلال السماح للأطباء المتمرنين بالتدرب لتعلم مجموعة صغيرة من النماذج الأولية المعيارية وتطوير تمثيلات نفسية أغنى للاضطرابات على مر الوقت عبر التجربة السريرية؛ ويمكنها أن تساعد على حل المسائل الشائكة في العلاقة بين التشخيص النفسي والاعتلال الوظيفي.

الكلمات الرئيسية: النموذج الأولي، تشخيص، تصنيف، دليل ICD-11، دليل DSM-5، تشخيص تبويبي، تشخيص بُعدي، مراضة مشتركة

(World Psychiatry 2012;11:16-21)

المتوسطة تستثني أغلبية المرضى الذين تم حتى تقييمهم فقط للمشاركة في تجربة سريرية لأنهم لم يستوفوا معايير الإضمام أو أظهروا «مراضة مشتركة» تكون بالفعل هي القاعدة لا الشواذ في البحث والعمل السريري على السواء (3). كما أن التجارب السريرية تتطلب تشخيصاً تبويبياً كطلب أساسي للمشاركة في التجربة، لكن أياً منها لا يستخدمهما كمقياس أولي للنتيجة، لأن المريض يمكن أن يفقد عارضاً أو عارضين من الاضطراب فقط خلال عدد من الأسابيع وبالتالي يبدو أن يكون قد «هدأ» بينما يبقى المريض يظهر دلالات الاضطراب. بدلاً من ذلك، يستخدم الباحثون مقياس تنظيم بعدية كالاكتئاب أو القلق كنتيجة للمعايير لأنها تعترف بأن حالة المريض تختلف في درجة ظهور الأعراض الدالة للمرض وليس فقط مجرد ظهورها.

يمكنني أن أقدم قائمة طويلة بهذه المخاوف حول مقاربة التعداد والاستبعاد للتشخيص الذي يستخدم في التشخيص النفسي منذ عام 1980، كصعوبة يواجهها الأطباء والباحثون في تذكر المعايير والخوارزميات التشخيصية المعقدة حتى في الاضطرابات الشائعة وأن الشرط القاضي بإعطاء المريض تشخيص بمعلومات قليلة «ما لم يحدد غير ذلك» في كل مجال تقريباً من الدليل التشخيصي، لكني لا أعد

إن المشاكل المتعلقة بهذا الافتراض متعددة الأوجه. فدليل TR-IV-DSM (2) دليل مكون من 886 صفحة. والفكرة التي تشير إلى أن الممارسات اليومية قد/ أو يجب أن تطرح أسئلة حول كل واحدة من مئات المعايير للاضطرابات الغير متصلة في حين أن مريضاً يظهر قدرة وظيفية عالية نسبياً يعاني، مثلاً، أعراض ناتجة عن قلق ومشاكل زوجية، أمر لا يتخطى بعض التساؤل. لا بل أيضاً، فإن الكثير من الأسئلة المطلوب القيام بتشخيص بحثي لها لا ترتبط بمهام التشخيص والعلاج السريري. إذا كان مريض يعاني أعراض الشرة قد قام بالإفراط في الأكل والتطهير مرتين في الأسبوع لفترة محددة عشوائياً أقل فائدة في الإطار السريري من أن المريض يقوم بالإفراط في الأكل والتطهير بشكل متكرر (مثلاً يومياً أو أسبوعياً أو لمرات عدة) وأن نوبات الإفراط في الأكل تلي شعور المريض بالفرض أو التخلي.

إن الطبيعة العشوائية للمعايير في الحدة والمدة وعدد الأعراض التي يستوفيها المريض ليست مشكلة يواجهها العمل السريري فقط، بل البحثي أيضاً. في التحليل البعدي للنتائج في العلاجات المدعومة تجريبياً لبعض الاضطرابات الأكثر انتشاراً (مثلاً، اضطرابات المزاج والقلق)، وجدت أنا وزملاء لي أن الدراسة

يشمل التشخيص عنصرين أساسيين: طريقة تصنيف الاضطرابات، والطريقة التي يتم من خلالها تشخيص المرضى باستخدام نظام التصنيف. شكّل دليل DSM-III لحظة محورية في تطوير العنصرين. أولاً، حول نظام التصنيف الذي كان يستند على أسس ضعيفة في البحث التجريبي إلى واحدة لديها على الأقل أساساً متوازماً، والأهم خلق ظروف لفيض من الأبحاث حول الاضطرابات النفسية. ثانياً، انتقل من تشخيص المرضى بموثوقية محدودة بين أي طبيبين أو باحثين إلى مقاربة تتميز بموثوقية في الأهداف البحثية (من خلال المقابلات المنظمة) ولكن بقيت بعض المشاكل الكبيرة في الإطار السريري (راجع 1).

في خلال العقود المتداخلة، ركزت آلاف الدراسات على التصنيف، مثلاً، إضافة أو طرح أو مراجعة معيار تشخيصي قد يحدث تغييراً في الموثوقية أو في الصحة، غير أن عدداً قليلاً من الأبحاث ركز على كيفية وضع آلية تشخيصية تكون ذات إفادة وصحة وموثوقية سريرية أكبر. إن الافتراض الذي ينطلق منه واضعو إطار النسخات التالية لدليل DSM يقضي بأن الأطباء السريريين بحاجة إلى تغيير طرقهم والبدء بتشخيص المرضى بالطريقة التي يعتمدها الباحثون.

هذه القائمة هنا (راجع 4، 5). يكفي القول إنه من غير المفاجئ بأن طريقة تشخيص المرضى المصممة لأهداف بحثية لم يتم تجربتها قط أو مقارنتها مع أي طريقة بديلة غير دليل DSM-I/II-DSM ستواجه مشاكل مع الوقت، لا سيما مع تغير مفاهيم الباثولوجيا النفسية (مثلاً، فهم أكثر للاضطرابات على أنها أطيايف اضطراب أو أنها تظهر بدرجات مختلفة). حاول واضعو دليل ICD-10 التنسيق مع شركائهم في دليل DSM لكنهم عرفوا ضرورة أن ينحوا طريقاً مختلفاً فيما يخص وضع دليل مختلف للتشخيص السريري يحتوي على مرونة أكبر ويتخذ شكلاً أكثر سهولة في الاستخدام. إن مشكلة المرونة التشخيصية تكمن في أنه يمكن للأطباء على اختلافهم اعتماد مرونة مختلفة، مما سيؤدي إلى مشاكل في الموثوقية التي يتحلى بها التشخيص في الممارسة السريرية. قمنا بتطوير مطابقة نهج نموذج أولي بديل للتشخيص حيث يقارن الطبيب التمثيل العام السريري للمريض مع مجموعة من النماذج الأولية التشخيصية، للاستخدام السريري، ووصف فقرة مطوله للاضطرابات التي تم تحديدها تجريبياً، وتحديد «جودة الملائمة» أو درجة مطابقة التمثيلات السريرية لدى المريض مع النموذج الأولي. بدلاً من السؤال حول كل واحدة من الأعراض التي يصل عددها إلى المئات، وتقييم ما إذا كان المريض «يظهر»

كل من الأعراض، ثم إضافة أو على خلاف ذلك الجمع بين الأعراض (مثلاً، 3 من العامود أ، 5 من العامود ب) لتحديد ما إذا كان المريض يتخطى العتبة التشخيصية «لتحديد حالة»، يقوم الطبيب باستخدام البيانات المتوفرة، بما فيها المراقبة السريرية، وإجابات المريض على الأسئلة ومخطط البيانات وبيانات من ملاحظين أو من علاجات سابقة، والسر الذي يقدمه المريض حول مشاكله وعلاقاته، لتحديد درجة تطابق وصف المريض التشخيصي الذي ينسج معايير التشخيص مع علم النفس الغشتالتي المصمم لتسهيل التعرف على النمط. من خلال عملية مطابقة النموذج الأولي للتشخيص السريري (4، 7)، يحدد الطبيب معدلات المريض على مقياس من خمس نقاط لتحديد درجة التطابق مع النموذج الأولي (صورة 1). يتراوح المقياس بين 1 (تطابق ضعيف أو لا تطابق) وحتى 5 (تطابق جيد جداً) - المريض مثالاً للاضطراب، حالة نموذجية، حيث تشير المعدلات 4 و5 إلى تشخيص تبويبي ويشير معدل 3 إلى خصائص ما دون العتبة أو غير مهمة سريرياً للاضطراب (كما يقيس الطبيب مستوى ضغط الدم الذي يعالج على أنه متغيرة دائمة لكنها تشير بشكل تقليدي إلى بعض المجالات على أنها «حذية» أو «مرتفعة»). لذا فإن تصنيفاً واحداً يوفر تشخيص تبويبي من دون الاعتماد على تعداد الأعراض.

تعتبر القيمة المبدئية لكل تشخيص 1 (تطابق ضعيف أو لا تطابق)، لكي يقضي الأطباء وقتهم فقط في تصنيف النماذج الأولية للاضطراب المتصلة بالمريض، مما يتيح تشخيصاً سريعاً. إن الترجمة السريعة من تشخيص تبويبي إلى تشخيص تبويبي (مثلاً، ترجمة 3 إلى الخصائص الفعلية سريرياً) لها استخدامها الخاص في التواصل بين الأطباء الذين من غير المرجح أن يعتمدوا وصفاً للمريض على أنه «3 في الاكتئاب الحاد، 2 في الهلع» (وهي إحدى المسائل التي تحد قدرة المقاربات البعدية المحتملة في التشخيص النفسي). تشير مجموعة ناشئة من الأبحاث إلى أن الطبيب يمكنه إصدار نماذج حكم أولية من هذا النوع لمجموعة من المتلازمات، من اضطرابات المزاج والقلق إلى اضطرابات الشخصية بموثوقية عالية (7-10). إن تشعب هذه المنهجية التشخيصية قابل للتوسع بقدر ما يشاء الطبيب مثلاً، من خلال إضافة تصنيف ثانوي للحدة أو المدة أو تحديد الأوجه التجريبية للاضطراب (مثلاً، حدة الظاهرة الاكتئابية، الأعراض الخاملة، أو الأعراض السوداوية في اضطراب الاكتئاب الحاد، العمر عند بدء الاضطراب وحده النقص في الانتباه، فرط الحركة والاندفاع في نقص الانتباه/اضطراب فرط الحركة). قبل تسليط الضوء على بعض المنافع لهذه المقاربة، تجدر الإشارة إلى ثلاث نقاط مهمة.

عانى أو شهد المرضى الذين يطابقون هذا النموذج الأولي حدثاً رضحياً استثار مشاعر حادة من الخوف أو قلة الحيلة أو الرعب. ويختبرون الحدث بشكل متكرر ومتواصل، فيطاردهم بأشكال مختلفة: قد يختبرون أفكار تستحوذ على تفكيرهم أو تراودهم صور ذهنية أو أحلام متعلقة بالصدمة؛ حيث يشعرون أنهم يعيشون الحدث من جديد من خلال ذكريات ارتجاعية أو تهيئات أو هلوسات أو شعور بأن الحدث يقع مرة ثانية؛ أو يشعرون بأنهم يختبرون ضيق نفسي شديد أو انفعال جسدي حين «تستثيرهم» إشارات تشبه أو ترمز إلى الحدث. يحاول المرضى الذين يطابقون هذا النموذج الأولي تفادي التنبهات، أو الأفكار، المشاعر، الأماكن أو المحادثات التي تذكركم بالحدث، ولا ينجحون في الكثير من الأحيان بتذكر الأوجه الهامة منه. كما أنهم قد «ينغلقون» ويختبرون تخدراً عاطفياً يتركهم وسط مجموعة من المشاعر المحظورة وإحساس بقصر المستقبل (مثلاً، لا يتوقعون تحقيق مهني أو زواج أو إنجاب أو عيش حياة طبيعية)، إن مشاعر التعلق أو الانفصال عن الآخرين أو الاهتمامات الخائبة أو المشاركة في نشاطات ذات قيمة كانت في الماضي تسترعي اهتمامهم. إن المرضى الذين يطابقون هذا النموذج الأولي يظهرون أعراض مستمرة من الانفعال الجسدي كصعوبة الوقوع أو مواصلة النوم أو صعوبة التركيز، رد فعل مفرطة عند المباغثة، فرط حساسية لبعض إشارات الخطر، التضايق أو نوبات الغضب.

١ تطابق ضعيف أو لا تطابق (الوصف لا ينطبق)

٢ بعض التطابق (يظهر المريض بعض خصائص الاضطراب)

٣ تطابق معتدل (يظهر المريض خصائص هامة من الاضطراب)

٤ تطابق جيد (يظهر المريض الاضطراب: تطابق التشخيص)

٥ تطابق جيد جداً (المريض مثال على الاضطراب: حالة نموذجية)

صورة ١ نموذج أولي لاضطراب كرب ما بعد الصدمة

أولاً، إن معايير التشخيص متعدد الخصائص المتضمن داخل دليل IV-DSM (الذي يحتاج أن يستوفي المريض عدداً محدداً لجميع معايير الاضطراب) وبالأخص الدليل السريري لـ ICD-10 هي جهود أساسية مبدولة لتفعيل تطابق النموذج الأولي. في حاله دليل DSM-III-R ودليل IV-DSM، كان الهدف واضحاً، استناداً على أبحاث سابقة حول النماذج الأولية في المجال الناشئ من العلوم المعرفية (11). تعتبر النسخة السريرية لدليل ICD-10 بالفعل قريبة من آلية التطابق للنموذج الأولي، لأنها تقدم للأطباء وصف مقطع طولى للاضطراب، وعادة يترافق مع عدد من الاعتبارات، وتحدد إرشادات للطبيب حول تشخيص المريض استناداً لمعرفته به في حينها (مثلاً، بعد جلسة واحدة أو أشهر من العلاج) ومع أى درجة من المؤكد انه يشعر عندها بالارتياح. ما ينقص النسخة الحالية من الدليل هو طريقة تفعيل الحكم السريري للحصول على أقصى درجة من الموثوقية فيشعر الطبيب بثقة كافية حين يأتي إليه مريض بتشخيص محدد، أو حين يقوم هو بالتشخيص، ويكون تشخيصه دقيق كما هو مفيد وعملي.

ثانياً، وبحسب ما أظهر ريد وآخرون (12) في استطلاع لمنظمة الصحة العالمية الخاص بالجمعية العالمية للطب النفسي والذي شمل حوالي 5000 طبيب نفسي من 40 دولة، من بين الأطباء الأكثر ممارسة في المجال، من مستخدمي دليلي ICD وDSM، أنهم يفضلون منهجية تشخيص بخصائص مختلفة كثيرة ترتبط بتشخيص النموذج الأولي، لأسباب سنشرحها لاحقاً. يفضل أطباء النفس بنسبة عالية مقاربات تتيح مرونة في التشخيص بدلاً من تشخيص يستند على معايير صارمة؛ الإبقاء على عدد التشخيصات النفسية ضمن عدد منخفض لسهولة إدارتها (بين 30 إلى 100)؛ أن تكون سهلة لاستخدامهم وذات فائدة سريرية (مثلاً، تتيح للأطباء توصيل حكمهم التشخيصي والقيام بقرارات علاجية مفيدة تستند عليها)؛ تتيح للأطباء تصوير الجوانب البعدية لتمثيل المريض بطرق تحدد واقعه السريري (مثلاً، تشخيص الباثولوجيا التي لا تستوفي معايير تشخيصه تبويبه لكن تكون ذات قيمة سريرية).

ثالثاً، وبحسب ما ذكرت المجموعة

الاستشارية الدولية لمراجعة دليل ICD-10 للاضطرابات النفسية والسلوكية لمنظمة الصحة العالمية (13)، فإن للدليل التشخيصي استخدامات متعددة منها الاستخدام السريري، والبحثي والتعليمي والتدريب والإحصائي والاستخدام في الصحة العامة. ما من مقارنة أكثر إفادة أو مثلى لكافة تلك الاستخدامات، لكن يجب أن يكون ثمة منهجية لتشخيص المرضى تلبي كافة الاستخدامات من حيث الإفادة، بما في ذلك توجيه العلاج والصحة العامة. وكما سيظهر لاحقاً، فإن تشخيص النموذج الأولي له منافعه في كل من تلك المجالات.

منافع تشخيص النموذج الأولي

يشمل تشخيص النموذج الأولي على عدد من المنافع. أولاً، يلاءم طرق التفكير والتصنيف البشرية الطبيعية. فالناس (في هذه الحال، الأطباء الذين يجرون التشخيص) يميلون إلى تصنيف المحفزات المعقدة والجديدة (في هذه الحال، تمثيلات المريض) من خلال تقييم ترجيحي لدرجة تطابق النموذج النفسي الذي كَوْنوه (نموذج أولي) أو من خلال النماذج البارزة للفئات ذات الصلة المحتملة (14-16). تشير الأبحاث في العلم المعرفي إلى أن خلال عملية الحكم اليومي واتخاذ القرارات، يميل الأشخاص إلى الاكتفاء والاستيفاء في تقييم «مناسب» لأهدافهم، ووضع تحديات أكثر دقة تستند على قواعد واضحة للقرارات عند الضرورة (17-19). على سبيل المثال، بدلاً من الاعتماد على دليلي ICD-10 وDSM-IV للتقرير ما إذا كانت أعراض هلع معتدلة مرة أو مرتين في الأسبوع تستوفي المعايير الرسمية، فإن معظم الأطباء يشخصون المريض بأنه يعاني أعراض هلع معتدلة إلى ملحوظة حتى وإن كان لا يستوفي معايير التشخيص الرسمية. في ضوء الأبحاث الهائلة التي تركز على علاج تداعيات الأعراض السريرية مقارنة مع الأعراض دون العتبة والبيانات التي تقترح أن متغيرات دون العتبة عادة ما تولد مستويات مماثلة من الاعتلال الوظيفي (20، 21)، من هنا فإن الاكتفاء والاستيفاء ليس ممارسة إستراتيجية غير عقلانية للتشخيص.

تمت مقارنه بين هذه المقاربة للإجراءات التشخيصية المعاودة التي تنتج عن معايير

التشخيص البحثي في سبعينيات القرن الماضي (22) واحتياج الأطباء إلى تذكر مئات القوائم التي تعدد الأعراض ومئات قواعد القرارات المختلفة التي لا تتشابه بين اضطراب وآخر. حتى وإن تغاضينا عن طرح التساؤلات حول صحة هذه القوائم والاستثناءات، فإن الناس سيعانون من مشكلة تذكر القوائم الطويلة، لا سيما تشكيل تمثيلات متناسقة تستند عليها. في الممارسة الطبية لا يمكن أن يفرض على الطبيب تذكر كيفية دمج المواد المذكورة في القوائم لإعطاء تشخيص، خاصة أن العدد المحدد للأعراض من باب فرعي أو آخر يمكن أن يكون ذات صلة بإعطاء تشخيص «صحيح» لأهداف بحثية ولا يملك القيمة ذاتها في الممارسة السريرية. إن تشخيص دليل DSM-IV للاضطراب كرب ما بعد الصدمة (PTSD)، مثلاً يتطلب على الأقل أحد أعراض إعادة اختبار الاجتناب/التخدر، واثنين من فرط التهيج. ما يهم الطبيب على العكس، هو «الجوهر» - أن يكون المريض قد عانى حدثاً يثير الصدمة وهو يظهر عدداً من الأعراض بدرجات مختلفة - بطرق يجب أن تؤثر على القرار والعلاج السريري.

المنفعة الثانية لتشخيص النمط الأولي: المنفعة السريرية.

عمل عدد من الدراسات التي قامت بها مجموعات أبحاث مختلفة على تقييم تشخيص النموذج الأولي على أنه ذات منفعة أكبر سريرياً مقارنة مع نظام دليل DSM-IV المعروف والأنظمة البُعدية البديلة لمجموعة من الاضطرابات على مجموعة من القياسات، من الفائدة في التواصل مع أطباء آخرين وصولاً إلى سهولة الاستخدام (5، 7، 8، 23، 24). ولعله من الطبيعي أن تجد مجموعة متزايدة من الأبحاث أن تشخيص النموذج الأولي، على عكس التشخيص الصارم للمعايير التشغيلية، يتمتع بموثوقية عالية في الممارسة السريرية، مع ارتباطات نموذجية تتراوح بين 0.50 إلى 0.70 بين طبيبين (10، 25).

إن إحدى الأسباب التي تدفع الأطباء إلى تفضيل تشخيص النموذج الأولي تكمن في أنه يقدم منفعة ثالثة، وهي أنه يتيح لهم تقديم ما يراقبون مع مرضاهم والتواصل مع أطباء آخرين حوله على المستويين البُعدية والتبويبي، وذلك بسهولة عالية نسبياً. وفي حين أن التشخيص البُعدية هو الأكثر دقة في

معظم الحالات، يعتبر التشخيص التبويبي أكثر شيوعاً ويعد «طبيعياً» أكثر، فإن تشخيص النموذج الأولي يجمع الصفتين. لدى النظر في تبويب دليل IV-DSM حول اضطرابات الأكل، والذي يشكل تشخيصين ونوعين فرعيين - فقدان الشهية العصبي مع محدودية والنوع الفرعي الإفراط في الأكل والتطهير، والشهية العصبي والنوع الفرعي التطهير أو عدم التطهير - بالإضافة إلى تشخيص لم يحدد غير ذلك (NOS)، ومجموع تصنيفات خمس (وأخرى) يتم العمل عليها). إن عدد الاضطرابات في هذه الحالة هو نسبياً صغير بالنسبة لأخصائي في اضطرابات الأكل، لكن بالنسبة للطبيب العام - بالأخص موفر الرعاية الأولية - فإن خمس اضطرابات ومعايير متعددة واستثناءات مختلفة لكل منها أمر يصعب تذكره، لا سيما وإن كان اضطراب الأكل هو واحد من مئات الاضطرابات التي ترد في الدليل. حتى بالنسبة للأخصائيين والباحثين فإن التحدي التشخيصي كبير، وكما تشير الأبحاث فإن هذه المقاربة تحيل حوالي نصف المرضى الذين يعانون باثولوجيا أكل ملحوظة سريرياً إلى صنف لم يحدد غير ذلك (NOS)؛ وبأن أكثر من 60 بالمائة من المرضى الذين تم تشخيصهم بنوع من أنواع فقدان الشهية «يتحولون» إلى تشخيص شره عصبي في مرحلة ما والعكس صحيح؛ وأن الذين يظهرون أعراض الاضطرابين بشكل مترامن يتم تصنيفهم بشكل عشوائي ضمن نوع فرعي من فقدان الشهية العصبي للطعام (3).

ولعله من الطبيعي أن دراسة لأطباء نفسيين وعلماء نفس في شمال أميركا يعالجون على الأقل مريضاً واحداً باضطراب في الأكل، يفضلون كأطباء سريريون وبأغلبية كبيرة تشخيص النموذج الأولي على نظام DSM-IV الشائع (راجع 8). إن ذلك يعكس بشكل جزئي سهولة الاستخدام لأن تشخيص النموذج الأولي يخفض بشكل واسع عدد الاضطرابات التي يجب تضمينها في دليل التشخيص. ولتغطية مجموعة باثولوجيا الطعام، قدمنا للأطباء نموذجين أوليين فقط: فقدان الشهية العصبي (متلازمة تتميز بتجوع النفس) والشهية العصبي (متلازمة تتميز بالإفراط في الأكل والتطهير)، حيث أن النموذجين مأخوذان مباشرة من معايير دليل IV-DSM من دون معايير الحدة والمدة العشوائية (كما وضع الأطباء

الرسمية لأنه استقصى الحصول عليها من خلال المقابلات المنظمة حيث من المفترض أن يفيد عنها المريض بذاته (مثلاً، في اضطراب الوسواس القهري، «يكون المرء منهمكاً باعتبار نفسه قوياً على المستوى العاطفي، وبتمكننا عاطفياً، وغير قلق، ومتحكماً في عواطفه، على الرغم من الدليل الواضح لوجود عدم أمن وقلق وضيق على المستوى الضمني»).

إن تطوير النماذج الأولية بهذا الأسلوب يخفض «المراضة المشتركة» المصطنع-الحقيقي، من خلال تحديد مجموعات المرضى أو معايير التمييز بينهم. إن استخدام النماذج الأولية التي يتم استنتاجها من تصنيفات ومعايير تشخيصية حالية متداخلة، يخفض تشخيص النموذج الأولي بشكل مباشر نسبة هذه المراضة المشتركة لأن الطبيب يعطي أحكام منظمة ومصممة لا أحكام حول الأعراض منعزلة. فلننظر إلى مثال اضطراب الكرب ما بعد الصدمة (PTSD)، والذي يتم تحديده مع اضطرابات المزاج. إن بعض هذه الأمراض المشتركة لا شك في دقتها. ولكن في حالات أخرى، يكون المرض المشترك مصطنعاً نتيجة المناهج التشخيصية الحالية. مثلاً، إن الانزعاج المرتبط بانعدام التلذذ وانعدام الأمل العام جزء واضح من الاكتئاب وقد يساهم في تشخيص الاكتئاب الحاد أو الاكتئاب الجزئي من خلال نظام النموذج الأولي. من ناحية أخرى، فإن الانزعاج مرتبط بأفكار مستديمة عن حدث يثير الصدمة أو ناتج عن شعور بالذنب قد يظهر كجزء من اضطراب الكرب ما بعد الصدمة (PTSD).

أما المنفعة الخامسة لتشخيص النموذج الأولي، فهي فائدته التعليمية والتدريبية في التجربة السريرية. إن هدف التشخيص وفق النموذج الأولي يقضي بمساعدة الأطباء في تنمية التمثيلات النفسية لأنواع مختلفة من الاضطراب، وأيضاً على مستوى الأهمية ذاته، تحديد معيار لهذه التمثيلات في كافة التشخيصات. بدلاً من محاولة حفظ قائمة بالأعراض، يكمن الهدف في تشكيل تمثيلات نفسية من المتلازمات المتناسقة، حيث تتصل كل واحدة من الإشارات والأعراض على المستوى الوظيفي (4، 8، 23). إن هذه المقاربة تسير بشكل مواز مع طريقة عمل الدماغ، وتسير مع بدلاً من عكس الآلية المعرفية الطبيعية (16، 27-29).

تصنيفات ثانوية كحدة الإفراط في الأكل، وحدة التطهير، وحدة خسارة الوزن وزيدته). وبدلاً من تعداد الأعراض والتقرير ما إذا كان المريض استوفى المتطلبات والاستثناءات العشوائية (مثلاً، الإفراط في الأكل والتطهير على الأقل مرتين في الأسبوع لمدة أقلها 3 أشهر)، كانت مهمة الأطباء بسيطة وتكمن في تصنيف مدى تطابق حال المريض مع النموذج الأولي. ويشير تصنيف 4 أو 5 في النموذج الأولي للشهية أن أعراض المريض الصورية تتطابق مع ما يكفي لتشخيص النموذج الأولي مما يبرر التشخيص التبويبي. ويشير تصنيف 3 من النموذج الأولي لفقدان الشهية إلى أن صورة الأعراض تشبه النموذج الأولي لكن ليس بما يكفي لإعطاء تشخيص قطعي. ويلقى عادة المريض الذي يتم تشخيصه بالانتمين تشخيصاً قطعياً من «الشهية العصبي ذات خصائص فقدان الشهية».

أما المنفعة الرابعة، فتكمن في أن تشخيص النموذج الأولي يتيح مرونة أكبر وصحة أكثر صلابة ليس فقط في عملية التشخيص بل أيضاً في تعريف الاضطرابات المختلفة والمعايير التي يمكن إضمامها إلى النماذج الأولية. في الدراسة التي تم ذكرها أعلاه، أضفنا معيار التشخيص لكل من متلازمتي الاضطرابين الحادين في الأكل بشكل رئيسي لتحديد النماذج الأولية. لكن في أبحاث أخرى، استنتجنا الاضطراب والمعايير التي تكوّن النماذج الأولية على مستوى التجربة من عينات كبرى، وذلك من خلال التقييم المفصل للأطباء لمرضى فعليين يراجعونهم، واستندنا على آليات إحصائية كعامل التحليل لتحديد الاضطرابات التي يجب إضافتها والمعايير ذات الصلة. يتيح ذلك تطوير اضطرابات صالحة من خلال التجربة من دون الحاجة إلى تعقيدات لجان البحث لتحديد أي اضطرابات أو معايير يجب إضمامها - بما في ذلك الاضطرابات ذات الصلة أو الخاصة بثقافة ما يمكن أن تنشأ من تحليل خاص بعامل في ثقافة غير أخرى - ولكن أيضاً للحصول على وصف تشخيصي أكثر غنى. مثلاً، استنتج ويستن وشيدرلر (26) مجموعة من النماذج الأولية للشخصية بهذه الطريقة التي تشبه في نواح عدة دليل IV-DSM و ICD-10 لاضطرابات الشخصية لكنهما أضافا عدداً من معايير التشخيص النفسية الضمنية الهامة سريرياً والمتجلية على مستوى التجربة. كانت هذه الأخيرة غائبة عن معايير التشخيص

خلاصات

إن الهدف من التعليم والتدريب يتحول هنا لأداة لمساعدة المتدربين على عدد قليل نسبياً من الاضطرابات التي يتم جمعها في تبويبات أصغر نسبياً (مثلاً، اضطرابات ذهانية، اضطرابات المزاج، اضطرابات الإدمان، اضطرابات الأكل، اضطرابات الشخصية، اضطرابات النمو) حيث تجد عادة نموذجين إلى عشرة نماذج أولية ضمن كل باب (يكون المجموع 30-100 اضطراباً، وفقاً لعدد الاضطرابات غير المتداخلة التي تبرز في التجربة). يؤدي التدريب الرسمي على تشخيص نماذج أولية تعليمية، وربما نموذجين أو ثلاثة نماذج عن مرضى لكل اضطراب في دليل التشخيص، والإشراف على التشخيص يركز ليس فقط على مهارات المقابلة التشخيصية فحسب، بل أيضاً على تعليم المتدرب على التعرف على تركيباتها، تصنيفها والتشخيص التمييزي. وبدلاً من أن تؤدي سنوات الممارسة إلى تجاهل الأطباء قوائم الأعراض في دليل التشخيص فيما يتعلمون تشعب الاضطراب في الممارسة السريرية الفعلية، تساهم سنوات الخبرة لدى الأطباء على «تفصيل» النماذج الأولية النفسية وإغنائها، و«إضافة» خبرات جديدة على النماذج الأولية التي تعلموها خلال فترة تدرجهم.

أخيراً، إن تشخيص النموذج الأولي يفصل بين سؤالين متصلين عن كذب ولكنهم مختلفي الهوية والذي يقوم المجلس الاستشاري في منظمة الصحة العالمية بدراستهما (13)، وهما درجة تشخيص المريض ودرجة الاعتلال الوظيفي. إن تصنيفات النموذج الأولي هي تصنيفات تصل لدرجة التطابق مع الاضطراب. وعلى الرغم من أن الاضطرابات كافة تخلف نوعاً من الخلل الوظيفي، فإنها تختلف بشكل هائل في درجة الخلل التي تتسبب فيه ونوعه، وتختلف بين فرد وآخر وفقاً لموارده الاجتماعية والنفسية والموارد الأخرى. لذا قد يسجل بعض المرضى أداءً جيداً في عملهم على الرغم من إصابتهم باكتئاب جزئي بينما تكون بعض حالات الاكتئاب الجزئي مصدر إعاقة تامة. إن رصد درجة الإعاقة ليس هو ذاته رصد لدرجة تطابق المريض مع نموذج التشخيص الأولي، على الرغم من أننا وجدنا أن تصنيف النموذج الأولي يمكن أن يكون ذات إفادة كبرى في قياس درجة تطابق المرضى مع نموذج أولي من الصحة النفسية (راجع 7).

تقدير

دعم هذا البحث من خلال منحه من المعهد الوطني للصحة النفسية R01-MH62377 و R01-MH78100.

مراجع

1. Maj M. Psychiatric diagnosis: pros and cons of prototypes vs. operational criteria. World Psychiatry 2011;10:81-2.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed., text revision. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
3. Westen D, Novotny CM, Thompson-Brenner H. The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. Psychol Bull 2004;130:631-63.
4. Westen D, Bradley R. Prototype diagnosis of personality. In: Strack S (ed). Handbook of personology and psychopathology. New York: Wiley, 2005:238-56.
5. Westen D, Heim A, Morrison K et al. Simplifying diagnosis using a prototype-matching approach: implications for the next edition of the DSM. In: Beutler LE, Malik ML (eds). Rethinking the DSM: a psychological perspective. Washington: American Psychological Association, 2002:221-50.
6. Westen D, Shedler J. A prototype matching approach to diagnosing personality disorders: toward DSM-V. J Pers Disord 2000;14:109-26.
7. Westen D, Shedler J, Bradley R. A prototype approach to personality disorder diagnosis. Am J Psychiatry 2006;163:846-56.
8. Ortigo KM, Bradley B, Westen D. An empirically based prototype diagnostic system for DSM-V and ICD-11. In: Millon T, Krueger R, Simonsen E (eds). Contemporary directions in psychopathology: scientific foundations of the DSM-V and ICD- 11. New York: Guilford,

من خلال وصف منافع التشخيص وفق النموذج الأولي، لا أقصد القول بأنه لا يقع ضمن حدود واضحة (مع أن المنتقدين سيحددونها بشكل واضح وصريح في الصفحات اللاحقة). لعل أهم المساوئ في تشخيص النموذج الأولي تكمن في أنه قد يحوي انحيازاً توكيدياً وعوامل مشجعة على الاكتشاف قد تؤدي بالطبيب، كأى شخص آخر، إلى رؤية ما يتوقع أن يراه، أو أن يلتزم بفرضيات حول المريض على الرغم من المعلومات الغير مؤكدة. أما إذا كان التشخيص بهذه الطريقة بالفعل يؤدي إلى ذلك أكثر من دليل DSM-IV أو ICD-10، فيبقى سؤالاً تحدده التجربة مع أنه من الممكن أن يؤدي تشجيع الأطباء على مطابقة مرضاهم مع النماذج الأولية أن يجعلهم أكثر ميلاً لتخطي البيانات غير المؤكدة أو الامتنال إلى فرضيات التشخيص الأولية بطريقة متأنية.

إن المضادات الفضلى لهذه الأنواع من الانحيازات تدرج تحت ثلاث فئات يجب أن نقوم بتعليمها إلى الأطباء اليافعين ونمارسها خلال سنوات خبرتنا على الرغم من نظام التشخيص الذي نعمده. الفئة الأولى تقضي بفهم الانحيازات المعرفية والانفعالية التي يميل إليها تفكيرنا بشكل طبيعي، وتتم معظمها من دون وعي، وممارسة تقييم ذاتي مستمر لمحاولة تقليصها عند العمل مع المرضى. والثانية تقضي بتعليم المتدربين لسؤال ذاتهم بشكل روتيني (وأن نسأل نفسنا) استنتاج فرضيات بديلة لأولئك الذين نقوم بتسليطهم لفهم ما نراه سريرياً. ثالثاً، توفير تشخيصات وصفية دوماً مع التشخيص الوظيفي، حيث السؤال ليس «ما الذي يعانيه المريض» بل «تحت أي ظروف يفكر المريض ويشعر ويتصرف بطريقة محددة (مثلاً، لم يعاني الاكتئاب إلى هذه الدرجة الآن، وتحت أي ظرف بطريقة مختلفة؟)». عند السؤال الأخير، لا نتحدى أي عدم اكترات تشخيصي قد نشعر به فحسب، بل أيضاً نركز على ما يهم أكثر في التشخيص السريري، ألا وهو فهم كيف يشغل دماغ هذا المريض وتفكيره وتحت أي ظروف قد يشغل بشكل مختلف.

- 2009;166:427-33.
24. Spitzer R, First M, Shedler J et al. Clinical utility of five dimensional systems for personality diagnosis: a "consumer preference" study. *J Nerv Ment Dis* 2008;196:356-74.
 25. Westen D, Muderrisoglu S. Reliability and validity of personality disorder assessment using a systematic clinical interview: evaluating an alternative to structured interviews. *J Pers Disord* 2003;17:350-68.
 26. Westen D, Shedler J. Revising and assessing Axis II, Part 2: toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *Am J Psychiatry* 1999;156:273-85.
 27. Kim NS, Ahn W. Clinical psychologists' theory-based representations of mental disorders predict their diagnostic reasoning and memory. *J Exper Psychol* 2002;131:451-76.
 28. Cantor N, Genero N. Psychiatric diagnosis and natural categorization: a close analogy. In: Millon T, Klerman GL (eds). *Contemporary directions in psychopathology: toward the DSM-IV*. New York: Guilford, 1986:233-56.
 29. Ahn W. Effect of causal structure on category construction. *Memory & Cognition* 1999;27:1008-23.
 16. Rosch E, Mervis CB. Family resemblances: studies in the internal structure of categories. *Cogn Psychol* 1975;7:573-605.
 17. Gigerenzer G, Goldstein DG. Reasoning the fast and frugal way: models of bounded rationality. *Psychol Rev* 1996;103:650-69.
 18. Gigerenzer G. *Gut feelings: the intelligence of the unconscious*. New York: Penguin Group, 2008.
 19. Simon HA. Information-processing theory of human problem solving. In: Estes WK (ed). *Handbook of learning and cognitive processes*. Hillsdale: Erlbaum, 1978.
 20. Fava GA, Mangelli L. Assessment of subclinical symptoms and psychological wellbeing in depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2001;251:47-52.
 21. Marshall RD, Olfson M, Hellman F et al. Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD. *Am J Psychiatry* 2001;158:1467-73.
 22. Spitzer RL, Endicott J, Robins E. Research Diagnostic Criteria: rationale and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1978;35:773-82.
 23. Rottman B, Ahn W, Sanislow C et al. Can clinicians recognize DSM-IV personality disorders from five-factor model descriptions of patient cases? *Am J Psychiatry* 2010;374-90.
 9. DeFife JA, Peart J, Bradley B et al. The validity of prototype diagnosis in everyday practice. Submitted for publication.
 10. DeFife JA, Westen D, Bradley B et al. Prototype personality diagnosis in clinical practice: a viable alternative for DSM-5 and ICD-11. *Prof Psychol Res Pr* 2010;41:482-7.
 11. Widiger T, Frances A. The DSM-III personality disorders: perspectives from psychology. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:615-23.
 12. Reed GM, Correia JM, Esparza P et al. The WPA-WHO global survey of psychiatrists' attitudes towards mental disorders classification. *World Psychiatry* 2011;10:118-31.
 13. International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders. A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. *World Psychiatry* 2011;10:86-92.
 14. Folstein JR, Van Petten C. Multidimensional rule, unidimensional rule, and similarity strategies in categorization: event-related brain potential correlates. *J Exp Psychol Learn Mem Cogn* 2004;30:1026-44.
 15. Medin DL. Concepts and conceptual structure. *Am Psychol*

النماذج الأولية والمتلازمات والأبعاد في الباثولوجيا النفسية: أجندة مفتوحة أمام الأبحاث

ASSEN JABLENSKY

Centre for Clinical Research in Neuropsychiatry,
School of Psychiatry and Clinical Neurosciences,
University of Western Australia, Perth, Australia

إن آلية المراجعة الحالية في دليل DSM و ICD أدت إلى ظهور طلبات لتعديل معايير تحديد عدد كبير من الاضطرابات الفردية، لإزالة بعض الاضطرابات وإضافة أخرى. لكن كافة التغييرات التوصيفية تحتوي على مساوئ خطيرة: فهي مربكة للأطباء، إذ تخلق وضعا تكون فيه حيث كافة الأبحاث السريرية والوبائية السابقة في الاضطرابات ذات تعريف غير أكيد؛ وتشمل تغييرات دقيقة وعادة مكلفة في المحتوى والتوصيف للمقابلات التشخيصية، كما في الخوارزميات التي تولد التشخيصات من خلال التصنيف السريري.

إن معظم مفاهيم الأمراض النفسية بالكاد تعد فرضيات ذات فائدة بينما تعتبر معاييرها التشخيصية مرحلية. إن الاضطرابات النفسية هي كيانات نفسية بيولوجية معقدة ومتطرفة على حد سواء: يجب تجنب المقاربه غير المنظمة بالكامل للتشخيص ذو التفعيل الصارم. إن تعريف فئة وسطية من التحديدات العملية، هو ما يعد أمراً أمثل لتحفيز التفكير الانتقادي في الممارسة السريرية والبحثية، ولكن يكون بالصرامة الكافية لتمكين التواصل ذات المعنى والمقارنة بين النتائج في دراسات مختلفة وفي ظروف مختلفة، حلاً أفضل. في هذا المجال، ومع بعض التحذيرات، تشكل مقارنة مطابقة النموذج الأولي مقارنة جيدة (١). ويجب الترحيب باقتراحات درو ويستن لـ، ووقف النزيف» من خلال توجيه الانتباه إلى بديل هام للنماذج التصنيفية الراهنة، لكن المقالة تترك عدداً من الأسئلة الأساسية مفتوحة للنقاش. ما هي التحذيرات؟ أولاً، إن مفهوم النموذج الأولي، والذي يجذب الأطباء بشكل تلقائي، يبقى غامضاً وغير عملي بما يكفي. إن النماذج الأولية تشكل الميول المركزية («الظاهرة حسياً») للتبويضات (٢). لكن يمكن لنموذج أولي أن يكون مرادفاً أو أن يتداخل بشكل جزئي مع توصيف

سردى مشغول بدقة لمتلازمة «جوهريّة»؟ في الاضطرابات النفسية المعقدة، حيث تتعدد أسباب المرض، يمكن تسهيل مجال الأبحاث كما الممارسة السريرية اليومية بشكل كبير من خلال تخطيط أكثر حدة لوضع المتلازمة في الكثير من التبويضات التشخيصية الراهنة. إن ذلك يوفر منطقاً قوياً خلف إعادة تنصيب المتلازمة (أو قالب النموذج الأولي) على أنه الوحدة الأساسية للنسخ المستقبلية للتصنيفات النفسية.

ثانياً، هل يجب أن يحوي ترتيب «المقطع الواحد» في إطار النموذج الأولي، أينما كان ذلك ضرورياً، مؤشرات إلى المسببات المرضية على الأرجح أو الباثولوجيا النفسية أو الخصائص المرتبطة، أي المعرفة، والتي لا تشكل جزءاً من الصورة السريرية التمثيلية؟ وفقاً لـ هيمبل (٣)، فإن الانتماء لنموذج أولي يتم تعريفه من خلال خصائص مرتبطة، لا من خلال وجود ضروري للخصائص المحددة.

ثالثاً، كيف يمكن لاتفاق واسع أن يتحقق في توصيف «صحيح» عالمياً لأي اضطراب؟ إن الفصام يقدم مثالاً جلياً في هذا الإطار. خضع توصيف المتلازمة لعدداً من التحولات منذ تمييز بلولير (٤) الأصلي بين الأعراض الأساسية («حل الارتباطات» عدم اقتران التأثير على المعرفة، الازدواجية الطوعية، إغلاق توحيدي عن الواقع) والأعراض الثانوية (الوسواس، الهلوسات، الظواهر الجامودية). وبينما تحتفظ إرشادات التشخيص السريرية في دليل ICD-10 (٥) بصدى بعيداً لمفاهيم بلولير (اضطرابات جوهريّة في الشخصية... تتضمن أكثر الوظائف الأساسية أهمية مما يعطي الشخص الطبيعي شعوراً بالانفرادية والفرداوية والتوجيه الذاتي) تساهم في غلبة أعراض الصف الأول الخاصة بـ شنايدر (٦) الأكثر بروزاً. على خط معاكس، فمن معايير التشخيص في دليل DSM-IV (٧) ومسودة دليل DSM-5 تتطلب تركيبات متنوعة من الأعراض «الإيجابية» و«السلبية» لكنها لا تسعى لتوفير نموذج أولي أو نمط غشتالتي للبصمة المميزة للاضطراب. أخيراً، إن ادعاء ويستن بأن التصنيف المنفرد على مقياس من خمس نقاط لتقييم مدى تطابق

الفرد مع النموذج الأولي قد يولد، بالإضافة إلى التصنيفات التبويبية، نتيجة بعدية ذات قيمة كبرى تثير الشكوك. يبقى السؤال حول ما إذا كان من الأفضل وصف الاضطرابات النفسية على مستوى بُعدي أو تبويبي هو محط بحث أكثر عمقاً. لكن المشكلة الرئيسية في النماذج البُعدية للباثولوجيا النفسية تكمن في غياب المقاييس الثابتة التجريبية الرصينة. إن معظم المقاييس القائمة والتي تتناول حدة الأعراض هي على مستوى قياسي-نفسى منخفض: فهي إما اسمية أو عددية حيث يمكن بسهولة تحديد واحده لحالة كـ «أب...ج...» إلخ على ملكية ما، وتوزيع الأرقام عشوائياً للإشارة إلى الترتيب لا أكثر (٨). يبدو من غير المرجح أن يتم تطوير مقاييس بنطاق متساو أو نسبي للتركيبات الباثولوجية النفسية المعقدة.

توضع التصنيفات الطبية بهدف أولي هو تلبية الحاجات البراغمتية للتشخيص ومعالجة الأشخاص الذين يعانون مرضاً ما. أما الأهداف الثانية، فهي لمساعدة الجيل الجديد على المعرفة ذات الصلة بهذه الحاجات، مع أن التقدم في البحث الطبي عادة ما يسبق التحسينات التصنيفية ولا يليها. تملك مقارنة تطابق النموذج الأولي القدرة على تلبية هذه الأهداف شرط أن تكون مستندة على قواعد قرارات سليمة وتدعم بالدليل من تجارب ميدانية متعددة المواقع.

مراجع

1. Maj M. Psychiatric diagnosis: pros and cons of prototypes vs. operational criteria. World Psychiatry 2011;10:81-2.
2. Rosch E. Natural categories. Cogn Psychol 1973;4:328-50.
3. Hempel CG. Aspects of scientific explanation. New York: Free Press, 1965.
4. Bleuler E. Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien. Leipzig: Deuticke, 1911.
5. World Health Organization: The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical

- Association, 1994.
8. Kerlinger FN. Foundations of behavioural research, 2nd ed. London: Holt, Rinehart & Winston, 1973.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1950.
6. Schneider K. Klinische Psychopathologie, 8th ed. Stuttgart: Thieme, 1950.
- descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992.

باتجاه نموذج بُعدي ذات فائدة سريرية ومستند على التجربة الباثولوجية النفسية

ROBERT F. KRUEGER¹,
KRISTIAN E. MARKON²

¹University of Minnesota, Minneapolis, MN, USA

²University of Iowa, Iowa City, IA, USA

في مقالته الهادفة، يناقش ويستن بشكل مقنع بضرورة الانتقال من نظام مستند على المعايير المحددة في التشخيص النفسي إلى نظام يستند على النماذج الأولية. ثمة الكثير مما يستحق الثناء في مقالة ويستن، والكثير من النقاط التي نوافق عليها مباشرة.

إن مقارنة التيوب متعدد الخصائص في التشخيص التي تضع الأطر المحددة لدليل DSM أمر أساسي في روحية العصر التي تم تطويره خلالها، لكن وكما تمكّن ويستن من الإثبات، فلها قيودها ومعضلاتها المفهومية الموثقة. لذا فنحن باتفاق كامل مع النقطة التي يشير إليها ويستن ونرى: إننا بحاجة إلى مقاربات جديدة لوضع مفاهيم صحيحة للاضطرابات النفسية. في بقية هذا التعليق المقتضب نلاحظ بعض المجالات التي يمكن لمقاربتنا أن تختلف بعض الشيء عن مقارنة ويستن، بينما تبقى الفكرة التي تقضي بفتح نقاش أبعده حول هذه المسائل هدفاً أساسياً إلى جانب التعاون باتجاه علم تصنيف أمراض نفسية يستند على التجربة. يعتمد ويستن على التقرير الطبي بشكل أساسي كمصدر للبيانات التي تحدد أسس الباثولوجيا النفسية المستندة على التجربة. ويعترف بأن الاعتماد على تقارير الطبيب قد يشكّل قيوداً محتملة لمقاربة النموذج الأولي، لكننا نعتقد أن ثمة طريقة بديلة لمعالجة مسألة واضح التقرير قد تكون أفضل في تمييز مفهوم النموذج الأولي عن المسألة المنفصلة لمصدر البيانات حول الإشارات والأعراض في الباثولوجيا النفسية.

يجب أن تكون أسس الباثولوجيا النفسية

في المجال ذاته، من المهم التمييز بين وجهة نظر واضح التقرير من «الصحة الموضوعية» للتقرير، والتي قد لا يمكن أبداً معرفتها بشكل مطلق. مثلاً، إن شخصاً يراه الآخرون معظماً للذات قد لا يقول «أنا أعظم ذاتي» لكنه قد يصف تجربته على أنه «يضاير عادة إلى التعامل مع آخرين غير قادرين على فهم قدراته وأهميته ومواهبه».

بغض النظر عن وضع «الصحة الموضوعية»، فإن هيكلية الباثولوجيا النفسية يمكن أن تكشف في بيانات من تقارير مختلفة مما يتيح المقارنة بين تلك الهيكليات في تشابهها أو اختلافها، بالإضافة إلى سبل إضافة المعلومات من واضعي التقارير في تكوين الحالة. والمثير للاهتمام أن بعض الجوانب الواسعة من هيكلية الباثولوجيا النفسية تبدو متناسقة من حيث البيانات الصادرة عن واضعي تقارير مختلفين: الكبت الواسع (القلق واضطرابات المزاج) والتعبير (الادمان والسلوك المعادي للمجتمع) أطياف ترد في تقارير الأطباء (من خلال إجراء تقييم شيدلر-ويستن، SWAP (5))، التقرير الجانبي (مثلاً، أولياء الأمر (6))، والتقرير الذاتي من خلال المقابلة المنظمة (7).

من المسائل التي تستثيرها مقالة ويستن الوضع الوجودي للتشخيصات النفسية. يرافق مفهوم النموذج الأولي فكرة أن التشخيصات النفسية موجودة ككيانات مميزة ترتكز بطبيعتها على الشخص. إن هذا المفهوم يعمل بشكل جيد فقط في حال كانت التشخيصات النفسية منعزلة في الطبيعة وأن تتوافق مع سبببات وباثولوجيا جسدية منعزلة، أو على الأقل، مناطق ندرية تفصل الاضطرابات في مساحة وصفية.

حتى تاريخه، إن هذه السبببات المحددة والباثولوجيا الجسدية ومناطق الندرة قد برهنت على عدم ثباتها في الباثولوجيا النفسية. لذا

الأساسية محددة بشكل أولي من خلال تجارب الطبيب السريرية، وما من مكان آخر يمكن الانطلاق منه لجمع العناصر التشخيصية على المستوى القاعدي (مثلاً، الميل للتلاعب أو امتلاك معتقدات وتجارب ثقافية غير اعتيادية). لكن نعتقد أن الخطوة التالية الأهم تكمن في تقديم البراهين لهذه الأسس في أدوات مناسبة لمختلف واضعي التقارير (مثلاً، المرضى، مقدمي المعلومات الجانبيين، والأطباء المعالجين). إن امتلاك هذه البيانات يساعد على تكوين آلية استنتاجية-فرضية (١)، حيث يتم جمع البيانات ويتم تطبيق النماذج الكمية عليها من خلال جولات متعددة من جمع البيانات وتحسينها، والوصول إلى علم سبببات كمي يستند على التجربة مبني على البيانات منذ البداية وحتى أعلى مستوياته (٢). إن أحد المخاوف في التركيز في الأساس أو بطريقة حصرية على الأطباء يتجلى في الانحيازات الطبية الموثقة في الحكم السريري. مثلاً، يتعلم الأطباء نظام ندرك أنه غير دقيق (مثلاً، DSM-IV)، ويكمن هدف هام في ربط النظام الذي يصف تجارب المريض الفعلية مقارنة مع التجارب «المنظمة المسبقة» التي تحدها خانات الدليل DSM (بالوعي أو اللاوعي). وعلى خط متصل، فإن النماذج الأولية قد تشمل آراء شائعة مما قد يساهم في هذه الانحيازات (مثلاً، انحيازات عرقية أو جنسية) في تقييم ما (٣). من الواضح أن البيانات من مطلعين آخرين تخضع أيضاً لقيود (مثلاً، إقرار ذاتي من وجهة نظر غير مثالية)، لذا فإن الفكرة هي في كيفية تفادي حصر التقرير بشخص واحد. والمفضل هو الاعتماد على مصادر تقرير مختلفة لتكون طريقة تؤخذ دائماً في الحسبان في تطوير علم تصنيف الأمراض لتخطي القيود التي يفرضها مصدر معلومات ما (٤).

- of psychopathy: developmental origins of disinhibition, boldness, and meanness. *Dev Psychopathol* 2009;21:913-38.
9. Turkheimer E, Ford DC, Oltmanns TF. Regional analysis of self-reported personality disorder criteria. *J Pers* 2008;76:1587-622.
10. Eaton NR, Krueger RF, South SC et al. Contrasting prototypes and dimensions in the classification of personality pathology: evidence that dimensions, but not prototypes, are robust. *Psychol Med* (in press).

- measurement and prediction. *J Abnorm Psychol* 2007;116:810-22.
6. Achenbach TM. Empirically based assessment and taxonomy: applications to clinical research. *Psychol Assessment* 1995; 7:261-74.
7. Krueger RF, Markon KE. Reinterpreting comorbidity: a model-based approach to understanding and classifying psychopathology. *Ann Rev Clin Psychol* 2006;2:111-33.
8. Patrick C, Fowles D, Krueger R. Triarchic conceptualization

وعلى الرغم من أن مفهوم النموذج الأولي يساهم بشكل كبير في المجال السريري، فإن النماذج الأولية بحاجة إلى أن تكون مفهومة على أنها تركيبات بارزة لمكونات بُعدية مقارنة مع الأساسات التي تحدد المجموعات المنعزلة للأشخاص (من هنا فإن الانعزال يبدو غير موجود).

إن التركيبات البُعدية المستقبلية تجتمع لدى بعض الأشخاص بطريقة بارزة سريريا. مثلاً، فإن الشخصية الباثولوجية النفسية تشمل على ثلاثة عناصر لا تميل عادة للحدوث لدى الأشخاص بشكل متزامن، ولكن حين تفعل لدى شخص ما، فإن النتيجة اصطدام غير اعتيادي لاستعدادات يمكن أن تثير الصدمة أو تكون خبيثة (مثلاً، الصلح أو نقص أو عصاب يجتمع مع دناءة أو ميل للتصرف بركه، ومن دون موانع أو نقص في الوعي، لتجعل من الشخص شخصاً حقيراً واندفاعياً لا يتأثر بالأفعال السيئة التي يرتكبها ((أ)).

بهذه الطريقة يمكن فهم النماذج الأولية على أنها اجتماع مكوّنات بُعدية ذات معنى واضح، لكنها تبقى عشوائية بمعنى أنها تشير إلى وجود مجموعة تركيبات لا متناهية من مكونات الباثولوجيا النفسية في الطبيعة (٩، ١٠).

مراجع

1. Cattell RB. Handbook of multivariate experimental psychology. Chicago: Rand Mc- Nally, 1966.
2. Krueger RF, Eaton NR. Personality traits and the classification of mental disorders: toward a more complete integration in DSM-5 and an empirical model of psychopathology. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* 2010;1:97-118.
3. Whaley AL, Geller PA. Toward a cognitive process model of ethnic/racial biases in clinical judgment. *Rev Gen Psychol* 2007; 11:75-96.
4. Oltmanns TF, Turkheimer E. Person perception and personality pathology. *Current Directions in Psychological Science* 2009;18:32-6.
5. Westen D, Shedler J. Personality diagnosis with the Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): integrating clinical and statistical

نظام نموذج أولي عملي للتشخيص النفسي: دليل ICD-11 للأوصاف الاكلينيكية (السريرية) والمبادئ التوجيهية التشخيصية

لكن على الرغم من الاستخدام الشائع لمعايير التشخيص في دليل DSM من قبل الباحثين، تشير البراهين السريرية وغير المباشرة إلى أن الأطباء يفتشون بشكل روتيني لاستخدامها في الممارسة السريرية اليومية. ومع أنه لم تظهر أي دراسات تتحقق من طريقة استخدام دليل DSM في الممارسة السريرية، فقد أشار عدد من الدراسات على وجود اختلافات بارزة بين تشخيصات DSM التي يقوم بها الأطباء في الممارسة وتلك التي تتم من خلال المقابلة التشخيصية المنظمة التي تقيّم معايير DSM بشكل منهجي (5، 6).

على الرغم من أن مؤلفي هذه الدراسات استخلصوا أن المشكلة كانت نتيجة سوء استخدام معايير التشخيص وأوصوا بضرورة حصول الأطباء على تدريب تشخيصي إضافي لتحسين الدقة التشخيصية، فإن السيناريو الأكثر أرجحية يكمن في أن الأطباء لا يقومون بتقييم منهجي لكل معيار من معايير DSM بل يطابقون أعراض المريض بنموذج نفسي. وتشير الدراسات التي تبرهن تفضيل الأطباء لمقاربة تطابق النموذج الأولي على تعداد المعايير (مثلاً، 7) إلى أن الأطباء يجدون أن مطابقة النموذج الأولي أكثر ملاءمة مع الطريقة التي يقومون بها بالتشخيص النفسي. وتماشياً مع حقيقة أن التقييم التشخيصي من خلال معايير تشغيلية أفضل في الأبحاث، يوفر دليل ICD-10 نسختين من تصنيفاته للأمراض النفسية: الاكلينيكية (السريرية) والمبادئ

MICHAEL B. FIRST

Department of Psychiatry, Columbia University and Department of Clinical Phenomenology, New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, New York, Unit 60, NY 10032, USA

في خلال الخمسين سنة الماضية ركزت آليات مراجعة دليلي DSM و ICD بشكل شبه حصري على تحديث تعريفات التبويبات التشخيصية. بينما لقيت الآليات حيث يتم تعيين المريض إلى تشخيص تبويبي في الممارسة السريرية الروتينية اهتماماً أقل. بدأ مع نشر دليل DSM-I عام 1952 والاستمرار مع النسخة الثانية منه وقسم الاضطرابات النفسية في دليل ICD-8 و ICD-9، تم توفير القاموس المعياري للتعريفات كأساس لتحديد التشخيصات، والتأسيس لمقاربة شبيهة بالنماذج الأولية كمنهج معياري للتشخيص النفسي. إن الموثوقية التشخيصية المثيرة للجدل للتعريفات القاموسية (التي تمت مراجعتها في 1) أدت بالباحثين في سبعينيات القرن الماضي إلى تطوير معايير إدماج واستبعاد صريحة كـ "معايير التشخيص البحثية" (RDC) (2). أدى برهان تفوق الموثوقية بين القائمين على التقييم لهذه المعايير المشغلة مقارنة مع تعريفات قاموس دليل DSM-II (3، 4) إلى توفير معايير تشخيصية لكل اضطراب في دليل DSM-III مع الأمل في أن يؤدي ذلك «إلى تحسين موثوقية التشخيص النفسي الروتيني وصحته» (4).

التوجيهية التشخيصية (CDDG)، ونظام موازن من المعايير التشخيصية للأبحاث. على الرغم من أن اقتراح ويستن بتغيير النظام من الاعتماد على معيار إلى مطابقة للنماذج الأولية يعد خطوة في الاتجاه الصحيح في إطار تحسين قبول نظام التشخيص، فمن وجهة نظر عملية ثمة بعض السلبيات الكبرى في طريقة التطبيق المقترحة. إن الجانب الأكثر التباساً يرتكز على طلب للأطباء في تحديد درجة مطابقة النموذج الأولي على مقياس من خمس نقاط يبدأ من ١ (تطابق ضعيف أو لا تطابق) إلى ٥ (تطابق جيد جداً). إن الاعتراف بضرورة استخراج التشخيص اتبويبي لكل من الأهداف السريرية والترميزية، يقترح ويستن أن اعتماد مستويين عاليين (مثلاً، ٤ و ٥) يشير إلى وجود تشخيص، مما يجعل التمييز الكامل بين الاضطراب وغياب الاضطراب يعتمد على قدرة الطبيب في التمييز بين تصنيف ٣ (الأعلى بين تصنيفات غياب الاضطراب، والتي يعرفها على أن «المريض يظهر خصائص ملحوظة لهذا الاضطراب») والتصنيف ٤ (من خلال تعريفه «المريض يظهر الاضطراب»، الخط المائل كما في النص الأصلي) من دون توفير أي توجيهات حول كيف يمكن للخصائص السريرية للمريض أن تتطابق مع النموذج الأولي بهدف تبرير حكم الطبيب بأن المريض يظهر الاضطراب. بما أن مطابقة النموذج الأولي يعد منهجاً مستخدماً في دليل DSM-II (8)، فقد تعتبر موثوقية مقارنة النموذج الأولي مصدر اعتراض لتفوق موثوقية معايير DSM-II عليه، وهذا الاعتراض يستند على مقارنات بين موثوقية بيانات ما قبل دليل DSM-III من ستينيات القرن الماضي مع بيانات موثوقة باستخدام معايير DSM-III. ما من دليل فعلي يشير إلى أن دليل DSM-III، حين يتم استخدامه في الممارسة السريرية، يشكل تحسناً ملحوظاً عن دليل DSM-II فيما يخص موثوقية التشخيص. إن الاختلافات في التصميم الاختباري كمنهج موثوقية التصميم، والتدريب للأطباء المشاركين، ومعدلات قاعدة التشخيصات يمكنها أن تؤثر بشكل كبير على مستوى الموثوقية، مما يجعل من المقارنة بين موثوقية الدليلين DSM-II و DSM-III من خلال منهجيات مختلفة أشبه بمقارنة التفاح بالبرتقال. إن الدراسة الوحيدة التي قارنت بين تشخيصات DSM-II و DSM-III وجها لوجه (9) فشلت في تحديد أي اختلافات في

الموثوقية.

لا بل إن أغلب النقص في تعريفات DSM-II الذي أشار إليه سبيتزر وآخرون (4) كمصدر مرجح لعدم الموثوقية التي يجب التطرق إليها في بناء مجموعات المعايير، مثلاً كعدم التمييز بين الخصائص التي تظهر بشكل ثابت من تلك التي تشيع ولكن تظهر بشكل غير ثابت، يمكن بسهولة إضافته إلى الأوصاف السريرية للاضطرابات من دون الحاجة لاستخدام معايير مشغلة بالفعل، فإن موثوقية التجارب الميدانية لدليل DSM-II-10 (10)، والتي كما DSM-II، تستخدم الأوصاف السريرية بدلاً من المعايير التشخيصية، تبرهن عن موثوقية وافية يمكن تحقيقها من دون اللجوء إلى معايير تشخيصية.

إن مقارنة دليل DSM-II ICD-11 شبيهة بمقارنة مطابقة النموذج الأولي التي يدفع بها ويستن من حيث أنها تتجنب تعريف الاضطرابات فيما يخص المعايير المحددة الزائفة مع عتبات عشوائية وتتجه إلى الأطباء ليقرروا هم ما إذا كانت الخصائص التشخيصية المفندة في الأوصاف السريرية تطابق تلك التي يظهرها المريض.

لكن على عكس نظام مطابقة النموذج الأولي لوستن، الذي يقدم وصفاً نصياً واحداً يصف المريض النموذجي فقط، فإن مقارنة DSM-II-11 تقدم كمية ضخمة من المعلومات ذات الصلة سريرياً حول الاضطراب، تشمل على الخصائص الأساسية والنموذجية، وتشخيصات تمييزية، وحدودها مع الحالة الطبيعية، ومسارها النموذجي والخصائص التطورية والثقافية.

تم تطوير توجيهات موحدة لمجموعات عمل دليل DSM-II-11 بهدف تحسين التناسق بين التصنيفات ورفع الفائدة السريرية الخاصة بها. وكما ذكرنا أعلاه فإن الموثوقية التشخيصية التي يمكن مقارنتها مع ما يمكن للأطباء تحقيقه من خلال المعايير التشخيصية يمكن أن يتم التوصل إليها من خلال التعريفات التشخيصية لتعبّر عنها في الأوصاف السريرية، وهو أمر موضوع ضمن خطة ليتم اختياره في التجارب الميدانية القادمة في دليل DSM-II-11.

تقدير

المؤلف مستشار في منظمة الصحة العالمية (WHO) في تطوير الفصل حول الاضطرابات النفسية والسلوكية في دليل DSM-II-11. الآراء

التي تم التعبير عنها في هذا التعليق تخص الكاتب وحده ولا تعكس وجهات نظر أو مواقف أو سياسات المنظمة أو المجموعة الاستشارية لمراجعة دليل DSM-II-10 للاضطرابات النفسية والسلوكية.

مراجع

1. Spitzer R, Fleiss J. A re-analysis of the reliability of psychiatric diagnosis. Br J Psychiatry 1974;125:341-7.
2. Spitzer R, Endicott J, Robins E. Research Diagnostic Criteria: rationale and reliability. Arch Gen Psychiatry 1978;35:773-82.
3. Spitzer R, Endicott J, Robins E et al. Preliminary report on the reliability of Research Diagnostic Criteria applied to psychiatric case records. In: Sudilovsky A, Gershon S, Beer B (eds). Predictability in psychopharmacology: preclinical and clinical correlations. New York: Raven, 1975:1-47.
4. Spitzer R, Endicott J, Robins E. Clinical criteria for psychiatric diagnosis and DSM-III. Am J Psychiatry 1975;132:1187-92.
5. Ramirez Basco M, Bostic JQ, Davies D et al. Methods to improve diagnostic accuracy in a community mental health setting. Am J Psychiatry 2000;157:1599-605.
6. Shear M, Greeno C, Kang J et al. Diagnosis of nonpsychotic patients in community clinics. Am J Psychiatry 2000;157:581-7.
7. Spitzer RL, First MB, Shedler J et al. Clinical utility of five dimensional systems for personality diagnosis: a "consumer preference" study. J Nerv Ment Dis 2008;196: 356-74.
8. Zimmerman M. A critique of the proposed prototype rating system for personality disorders in DSM-5. J Pers Disord 2011;25: 206-21.
9. Mattison R, Cantwell DP, Russell AT et al. A comparison of DSM-II and DSM-III in the diagnosis of childhood psychiatric disorders: II. Interrater agreement. Arch Gen Psychiatry 1979;36:1217-22.
10. Sartorius N, Kaelber C, Cooper J et al. Progress toward achieving a common language in psychiatry. Results from the field trial of the clinical guidelines accompanying the WHO classification of mental and behavioral disorders in ICD-10. Arch Gen Psychiatry 1993;50:115-24.

تشخيص النموذج الأولي: هل تعود المقاربة القديمة بحلة جديدة؟

ALLEN FRANCES

Department of Psychiatry and Behavioral Science,
Duke University, Durham, NC, USA

لعل سخرية التاريخ تتجلى في أكثر مظاهره التراجمية المضحكة. أما الدرس الذي نتعلمه فهو: لا ترم ربطة العنق تلك أو ذلك الفستان؛ فمع بعض الصبر قد تستعيد الموضة عبق الأناقة القديمة على غفلة وتصبح الموضة الحديثة كلام من الماضي. هذا هو الحال مع تشخيص النموذج الأولي في الطب النفسي: فمذ وقت غير بعيد فقد هذا النوع من التشخيص قيمته أمام تشخيص معايير التكنولوجيا الجديدة لكنه اليوم يستعيد شعبيته وقيمه.

إنه لمن المؤسف أن يكون التشخيص النفسي قد توقف في إطار وصفي بحت، ما زلنا بحاجة إلى كلمات شخصية للتوصيف كأداة وحيدة في التشخيص لأننا لا نملك اختبارات بيولوجية موضوعية للتعويض عن ذلك. إن هذا النص يحتاج لأن يتم تصحيحه من أجل مرضى الخرف خلال الخمس إلى عشر سنوات المقبلة، لكن الاختبارات المختبرة لاضطرابات نفسية أخرى تبدو أبعد من الصحة الآن مما كانت عليه لدى إعداد دليل DSM-IV منذ عشرين سنة. ساهمت الثورة في مجال العلوم العصبية في اكتشافنا كيفية عمل الدماغ بطريقة عادية، لكن الدرس الأهم الذي نستشفه من التغيير الذي حدث يكمن في أن التعقيد في وظيفه الدماغ والذي يتعذر تجنّبها لا يتيح أي إجابات سهلة للأحجية المتبدلة في الباثولوجيا النفسية.

إن الفئات الوصفية كيفما تم تعريفها، مختلفة بشكل كبير في تحديد الأسباب. على الأرجح أن ثمة مئات الطرق المختلفة في الوصول إلى ما نصفه اليوم بالفصام. إن الأنواع المختلفة من التشخيص، مستندة على معايير كانت أو على النموذج الأولي، تبقى تقريبات أولية ناقصة. لكنها كل ما لدينا، لذا علينا الاستفادة منها بأكبر قدر ممكن. إن النواقص التي يعاني منها تشخيص النموذج الأولي معروفة وواضحة. فهو غير موثوق في الممارسة السريرية اليومية ويعمل بشكل جيد

فقط في الحالات المستتبّة زجاجياً: مع الأطباء المتمرسين المدربين الذين يملكون الوقت الكافي للقيام بتصنيفات بُعية متعددة على التمييز التشخيصي الأسهل. أما في الواقع فإن الأطباء لا يقرؤون أو يصنفون النماذج الأولية كما أنهم عادة ما لا يقرؤون مجموعات المعايير. كان دليل DSM-I و DSM-II نظامي نماذج أولية ذات موثوقية معدومة حتى إن أطباء النفس السريريين أصبحوا مثار ضحك في الطب وتحول البحث في الطب النفسي إلى شبه مستحيل. قضى الحل الجذري في توفير تعريفات مستندة إلى معايير، وهي مقارنة تقدم بها روبرت سبيتزر في النسخة الثالثة من الدليل. كانت لديه الرؤية بأن يأخذ أداة بحث ما ويرفع موثوقيتها التشخيصية ويحولها إلى مقياس جديد للممارسة السريرية اليومية. وظهر عدد من المنافع من خلال مجموعة المعايير المنهجية تلك. وضمن الظروف الصحيحة، حققت موثوقية جيدة إلى ممتازة.

يقراً الأطباء والباحثون اليوم في الصفحة ذاتها، ما يتيح ترجمة سهلة لنتائج الأبحاث إلى الممارسة السريرية. وأصبح الباحثون اليوم يتكلمون لغة تشخيصية مشتركة. ويمكن القول إن التشخيص المستند إلى المعايير لم ينقد التشخيص النفسي فحسب، بل الطب النفسي أيضاً من أن يصبح فناً ساحراً لا يجيب على المنهجيات الناشئة الجديدة في الدليل المستند على علم الطب.

لا شك أن موثوقية التشخيص المستند على معايير في النسخة الثالثة من الدليل تم تضخيمها. يمكن تحقيق موثوقية ممتازة في الدراسات البحثية حيث يستخدم مجري المقابلة المحترف أداة منظمة على مرضى مختارين بدقة. تتلاشى الموثوقية بدرجات متفاوتة وفقاً لابتعاد أو اقتراب الظروف التجريبية من الحالة المثالية. ليست الموثوقية اليوم أفضل مما كانت عليه يوماً بالنسبة للأطباء الذين لم يهتموا يوماً بتشخيص دليل DSM، الذين لا يملكون سوى بضع دقائق للقيام بالتقييم، والذين يشمل عملهم على مرضى غير مختارين يصعب

تشخيصهم. ولا يمكن لنظام مستند إلى معايير يشمل عدداً من التبويبات المحددة بصرامة إلا وأن يشمل على «مرض مشترك» اصطناعي، حيث لا يظهر كل نوع سوى قطعة بناء واحدة من التشخيص الكامل. أين نحن اليوم في هذا المجال؟ يحدد درو ويستن بشكل جيد منافع تشخيص النموذج الأولي والمنهج المقترح لتحديده. وكما يقترح، فإن التطبيق الأفضل لهذا النظام يكمن في تشخيص اضطرابات الشخصية. وقد خطر لنا أن نشمل ما يشبه ذلك كخيار في دليل DSM-IV، لكننا قررنا ألا نفعّل لأنه بدأ من غير المرجح أن يملك الأطباء ما يكفي من الوقت أو الاهتمام لدراسة النماذج الأولية لكل شخصية بدقة وتوفير التصنيفات المتعددة الضرورية. إننا اليوم في الوضع ذاته، لكن مقارنة ويستن تتميز بتفوقها على الأنظمة البُعية المعقدة التي وضعتها مجموعة عمل الاضطرابات الشخصية لدليل DSM-5 بشكل لا يصدق.

تم اختيار مقارنة نماذج أولية مبسطة (من دون تصنيفات) في دليل ICD-11، وذلك استعادة للطريقة التي اعتمدها دليل DSM-II. قد يكون التشخيص المعقد المستند إلى معايير والتشخيص البسيط المستند إلى النموذج الأولي متكاملين، وليس بالضرورة أن يكونا متنافسين. من المؤسف أن وضع دليل DSM-5 و ICD-11 لم يتم تطويرهما بتنسيق أكبر. شخصياً، أفضل نظاماً متوافقاً حيث يقدم دليل ICD-11 التوصيفات البسيطة السريعة للنموذج الأولي لتكون تحديداً مختصراً لمجموعة المعايير المعقدة والتي تستهلك الكثير من الوقت في دليل DSM-5. تستخدم النماذج الأولية في الإطارات السريرية حيث يكون الوقت وسهولة الاستخدام عاملين أساسيين؛ تكون مجموعات المعايير للأطباء المختصين في كافة الأبحاث. نكون بذلك حصلنا على أفضل الحلول لكلا المجالين فيما ننتظر التطور البطيء باتجاه التشخيص الذي تحدده الاختبارات البيولوجية.

هل أنت بذكاء تلميذ في الصف الرابع ابتدائي؟ لم تعد مقارنة التشابه مع النموذج الأولي خطوة إلى الوراء للطب النفسي العلمي

JEROME C. WAKEFIELD

Department of Psychiatry, School of Medicine,
New York University, 550 First Avenue, New York
NY 10016, USA

يقترح درويستن مقارنة التشابه بالنموذج الأولي في التشخيص، حيث يصنف الأطباء المريض بأنه يعاني اضطراباً حين تحدد أعراض المريض على أنها تشبه إلى حد كافٍ حالة نموذجية للاضطراب تحوي الأعراض المقياسية كافة. ويناقش ويستن أن النموذج الأولي للتشخيص «يلاءم طرق التفكير والتصنيف البشرية الطبيعية بشكل أفضل». سأناقش بدوري بأن مقارنة النموذج الأولي الخاصة بدويستن هي خطوة إلى خلف في ضوء الأبحاث التي تظهر أن الناس يميلون إلى التصنيف من خلال التاريخ السببي لا التشابهي، بما يتوافق مع هدف الطبيب النفسي في التشخيص المستند على علم أسباب المرض. كما سأناقش أن مقارنة النموذج الأولي تقلل من الصحة التشخيصية من خلال إزالة قيود التشخيص الإيجابي الخاطئ. ومن خلال مفاهيم «التشابه العائلي» الخاصة بدويستن، فإن نظرية التشابه مع النموذج الأولي تتحدى المفاهيم التقليدية بأن المفاهيم تتألف من معايير ضرورية وكافية لتنتمي تحت تصنيف أو باب محدد. وتشير النظرية بدلاً من ذلك إلى أن الكيان هو عضو في تيوب في حال كان بشكل عام أكثر تشابهاً مع عضو «النموذج الأولي» (مثلاً، أبو الحناء من الطيور) مقارنة مع النماذج الأولية من تيوبيات متنافسة (١). تم اعتبار نظرية التشابه بالنموذج الأولي في البدء ابتكاراً في تصنيف الطب النفسي. لكن الدراسات أظهرت أن الناس يحكمون على بعض الأفراد بأنهم أشبه بالأعضاء النموذجيين كأمثلة أفضل لتيوب ما أكثر من غيره (أثار النماذج الأولية). مثلاً، يعد نكار الخشب مثلاً أفضل من النعام بسبب قرب تشابهه بأبو الحناء. مع ذلك، فإن النعام من الطيور لتشابهها بأبي الحناء أكثر من الأجناس الأخرى من غير الطيور. إن آثار التوافق مع النماذج الأولية التي من المفترض أن تكون محددة في عضوية التيوبيات ذاتها هي بُعديه وتستند إلى درجة من التشابه بالنموذج

الأولي. نتيجة لذلك، يساوي ويستن درجة عضوية التيوب التشخيصي مع درجة التشابه بالنموذج الأولي السريري. لكن نظرية التشابه بالنموذج الأولي بافتراضها الأساسي بأن آثار التوافق مع النماذج الأولية (مثلاً، إلى أي درجة يكون المريض «مثالاً جيداً» عن التيوب ودرجة التوافق مع النموذج الأولي) تتساوى مع درجة عضوية التيوب تبين أنها غير صحيحة. مثلاً، فإن باب «الأعداد الزوجية» تحدد من خلال معايير ضرورية وكافية («تلك التي تقسم على ٢») ينطبق ذلك بالتساوي مع كافة الأعداد، مع ذلك فإن هذا التيوب يعرض آثار التوافق مع النماذج الأولية؛ يحكم الأفراد على بعض الأرقام الزوجية على أنها أكثر تشابهاً بالنموذج الأولي «٢» من غيرها وبأنها أمثلة أفضل من الأرقام الزوجية مقارنة مع غيرها. إلا أن الأفراد ذاتهم، لا يعتبرون أن هناك درجات من الانتماء إلى التيوب في «الرقم الزوجي» (٢). أياً كانت التمثيلات النفسية لآثار التوافق مع النماذج الأولية، فهي لا تتساوى مع طريقة تفكير الناس حول الانتماء لتيوب أو فئة ما.

تشير الأبحاث إلى أنه حين يقوم الناس بالتيوب، فهم لا يقومون فقط بتحديد أوجه التشابه، بل أيضاً يضعون نظريات سببية تحدد الطبيعة الكامنة (أو «الأساسية») كمحدد تصنيف. تظهر التجارب الكلاسيكية أن الأحكام بالتشابه والعضوية التيوبية تفرق استناداً على المعرفة السببية. مثلاً، يحكم الأفراد على شيء دائري بقطر ٣ إنشات على أنه أشبه بالربع منه بالبيتزا، لكنه على الأرجح أن يكون بيتزا من أن يكون ربعاً، وذلك مبرر من خلال القوانين السببية التي تحكم الأرباع والبيتزا (٣). حين يقال لأفراد من فئات عمرية مختلفة أن حيوان الراكون تغير شكله ليصبح أشبه باللقام من خلال رسمه باللون الأسود مع خط أبيض على ظهره وإضافة أكياس الراحة، يقوم أطفال الحضنة، من خلال مقارنة نظرية التوافق مع النماذج الأولية بتيوب الحيوان بأنه لقم، لكن تلاميذ الرابع ابتدائي والأكبر سيصنفونه على أنه راكون بحسب خصائصه «السببية» (٤). بالتأكيد أن تشخيصات الأطباء يجب أن تكون بتعقيد مفاهيم تلميذ في الرابع ابتدائي

«التشخيصية» للراكون!

يشرح فهم نموذجي سببي أساسي للمفاهيم سبب انحراف العضوية التيوبية غالباً في التشابه مع النماذج الأولية (٥). نقوم بتصنيف البخار والثلج والمياه تحت باب واحد على أنها «مياه» على الرغم من أن البخار والثلج غير متشابهان على الإطلاق مع السائل أو النموذج الأولي المفترض أي المياه، استناداً إلى التركيبة الجزيئية المشتركة. تشبه الحيتان الأسماك النموذجية أكثر من الثدييات، لكنها تصنف على أنها من الثدييات وفقاً لتاريخها التطوري ونجد بعض الجزر الصغير الدائري الأحمر الذي يشبه الكرز، وكرزاً برتقالياً مطاولاً يشبه الجزر، كلها تصنف استناداً إلى الاستقرار السببي، لا التشابه الشكلي.

من خلال العلم والطب الفيزيائي، فإن الخصائص الأساسية الكامنة تحدد العضوية التيوبية. هذه هي الطريقة التي نفكر من خلالها ونصنف بواسطتها عن قصد، وهذه هي المقاربة المثلى للتقدم العلمي. بالمبدأ، فإن دليل DSM يعمل بهذه الطريقة، وتستخدم الأعراض المعيارية لاستقراء الخلل الوظيفي الداخلي المسئول عن الأعراض. نعم القليل حتى الآن حول السببية، لذا فإن دليل DSM يتصل بشكل كبير مع التشابه التلازمي. لكن معايير دليل DSM الوصفية مصممة لتكون انتقالية إلى أن تكشف الأبحاث عن التمييز السببي للاضطرابات بين المتلازمات الحالية.

إن الاستقرار السببي هذا يقع بشكل ضمنى حالياً، مثلاً، حين يصنف الأطباء الأعراض الاكتئابية النموذجية التي تقع خلال الحزن الناتج عن فقدان شخص عزيز على أنها اكتئاب طبيعي ويعتبر الاكتئاب غير النموذجي اكتئاباً حاداً، أو يعد السلوك المراهق المعادي للمجتمع في إطار تفادي الإساءة الجنسية على أنه طبيعي (٦). إذا كان التشابه بالنموذج الأولي يحدد بالفعل التشخيص، تكون الأمية والجروح أشكال من عسر القراءة والاضطراب السلوكي، بالترتيب، بدلاً من تغيرات طبيعية.

إن تحديد الخلل الوظيفي الضمني هو ما تركز عليه الدراسة العلمية للاضطرابات النفسية في أغلب الحالات، لذا فإن فهم التشخيص على أنه استقرار لخلل وظيفي مشترك هو كل من طريقة تفكير الناس الطبيعية مبدئياً والأساس الأمثل للتطور العلمي

للطب النفسي (7). تتيج المعايير التشخيصية المجال أمام التطور المرن باتجاه نظام مستند إلى الأسباب المرضية، حيث التشخيص بحسب التوافق مع النماذج الأولية يجمد التشخيص في مرحلة التشابه مع الأعراض. ألا يمكن للنموذج الأولي أن يتسع ليشمل الاعتبارات السببية المرضية؟ تكمن المشكلة في أن علم الأسباب عادة ما يشكل معياراً ضرورياً وكافياً لأحكام عضوية تبويب التشخيص المقياسي، مما يزيل صلته بالأحكام حول درجة التشابه. هنا تتحول مقارنة النموذج الأولي إلى مقارنة معيارية (8).

يسود التوتر بين عدم الوضوح التشخيصي/ حدود الحالة الطبيعية والحاجة إلى التمييز على نحو صحيح بين الاضطرابات وحالات الضيق الطبيعية. يواجه دليل DSM هذا التوتر بمعايير اصطناعية محددة، جامدة و عالية العتبة التشخيصية تحد من الإيجابيات الخاطئة، يضاف إليها تبويبات «ما لم يحدد غير ذلك» للحالات دون المتلازمة التي قد لا يتم الحكم عليها على أنها اضطرابات استناداً على الأعراض وحدها بل يتم ذلك ضمن الإطار العام. ينتقد ويستن الدقة في تحديد عتبة الأعراض والعتبة الزمنية في دليل DSM، لكنه يفشل في توضيح كيف تمنع مقارنة النموذج الأولية الإيجابيات الخاطئة. تظهر الإيجابيات الخاطئة عادة لأن حالة الضيق الطبيعية والاضطراب النفسي تشابهان من حيث الأعراض. يعتبر التشخيص بالنموذج الأولي الذي يشمل التشابه بالأعراض والحدود غير الواضحة، عرضة للإيجابيات الخاطئة. إن الضابط الوحيد يكمن في كيفية تحديد الخط الفاصل بين الأحكام الشاملة «يظهر الاضطراب» و«يظهر خصائص ملحوظة من الاضطراب» (لا الاضطراب ذاته). إلا أن التمييز بين صحة الأحكام الشاملة للتشابه يبقى غامضاً.

أما رد ويستن على مشكلة الإيجابيات الخاطئة، فيقضي بصرف النظر عنها: «في ضوء الأبحاث الهائلة التي تركز على تداعيات العلاج في الأعراض السريرية مقارنة مع الأعراض دون العتبة والبيانات التي تقترح أن متغيرات دون العتبة عادة تولد مستويات مماثلة من الاعتلال الوظيفي، فإن الاكتفاء والاستيفاء ليس ممارسة إستراتيجية غير عقلانية للتشخيص». يعني ويستن بالاكتفاء والاستيفاء «إعطاء تقييم «كاف». ووفقاً لما يشرح ويستن، فإن الحدود بين الحالة الطبيعية والاضطراب غير أكيدة، يمكن لتشخيص النموذج الأولي تجاهل الحدود المتلازمة/ ما دون المتلازمة وبذلك يتجاهل

بشكل كبير الحدود بين الاضطراب والحالة الطبيعية-الضيق، ويحصل على تشخيص نفسي «كاف». يحدث التشخيص الأكثر تحديداً باستخدام كافة قواعد القرار المتوفرة فقط عند «الافتضاء». لكن متى يقتضي الحال إذا لم يكن في التشخيص الأولي واختيار العلاج؛ ومن قد يسلم مصيره النفسي أو/ والطبي بمعرفة إلى طبيب يفضل إعطاء تشخيص «كاف»، حيث يتم الاعتماد على التجارب سهلة الاستخدام والأكثر عرضة للخطأ بدلاً من التحليل الكامل المتعمد، لا سيما وأن، كما يذكر ويستن، الانحيازات التجريبية النموذجية تحمل بعض الأخطاء الأكيدة («تشجيع الأطباء لاعتماد المطابقة بالنموذج الأولي قد يدفعهم إلى التغاضي عن بيانات غير مؤكدة...»؟) ألم يكن بالإمكان ببساطة تعديل مقارنة النموذج الأولي لتشمل على تحديات صارمة لمنع الإيجابيات الخاطئة؟ إن المشكلة في إضافة حدود تشخيصية صارمة تنال من معادلة هذه المقاربة التي تساوي بين أحكام العضوية التوبينية والتشابه البُعدي في الصميم. يناقش ويستن بأن المقاربة لها فائدة سريرية. إن صحة ذلك تعتمد على تحديد ما نعنيه بـ«الفائدة السريرية». فمع تساوي كل الظروف الأخرى، فإن معايير السهولة السريرية لها أهميتها. لكن السهولة السريرية عامل ثانوي أمام صحة المقاربة وفائدتها للمريض. إن التشخيصات الإيجابية الخاطئة ليست جيدة للمريض ولا يمكن الدفاع عنها أخلاقياً. لذا فإن كافة الظروف الأخرى لا يمكن أن تتساوى وتصبح الفائدة السريرية غير ذي صلة.

مراجع

1. Rosch E, Mervis CB. Family resemblances: studies in the internal structure of categories. *Cogn Psychol* 1975;7:573-605.
2. Armstrong SL, Gleitman LR, Gleitman H. What some concepts might not be. *Cognition* 1983;13:263-308.
3. Rips LJ. Similarity, typicality, and categorization. In: Vosniadou S, Ortony A (eds). *Similarity and analogical reasoning*. New York: Cambridge University Press, 1989:21- 59.
4. Keil FC. *Concepts, kinds, and cognitive development*. Cambridge: Bradford Books/ MIT Press, 1989.
5. Medin DL, Ortony A. Psychological essentialism. In: Vosniadou S, Ortony A (eds). *Similarity and analogical reasoning*. New York: Cambridge University Press, 1989:179-95.
6. Wakefield JC, Pottick KJ, Kirk SA. Should the DSM-IV diagnostic criteria for conduct disorder consider social context? *Am J Psychiatry* 2002;159:380-6.
7. Wakefield JC. Disorder as harmful dysfunction: a conceptual critique of DSM-III-R's definition of mental disorder. *Psychol Rev* 1992;99:232-47.
8. Wakefield JC. Evolutionary versus prototype analyses of the concept of disorder. *J Abnorm Psychol* 1999;108:374-99.

تغيرات تصنيف الأمراض في الطب النفسي: بين الكبرياء والتواضع

OYE GUREJE

Department of Psychiatry, University of Ibadan, Nigeria

قد يرى الكثيرون أن التصنيفات الحالية للاضطرابات النفسية ليست مثالية وسيشعرون بسعادة كبرى لرويتها تتحسن، فالسبيل إلى ذلك غير واضح بعد. إن الافتقار إلى الوضوح يعكس مشكلة أعمق لا سيما فيما يتعلق بإدراكنا لمنشأ معظم الاضطرابات. في غياب ذلك الفهم، فإن الأساس التجريبي الذي تقوم عليه مجموعة

أوصاف منقحة لتلك الاضطرابات، إما غير متوفر أو في أحسن الأحوال ضعيف بشكل ملحوظ (١). ويقضي التوافق المشترك بالإبقاء على النهج المتبع في عملية المراجعة، على الأقل حالياً (٢).

يرتكز هذا التواضع على أساس متين. ويدرك الكثيرون حجم الأضرار التي نتجت عن طلاقه حركة التشخيص للاضطرابات النفسية بصفتها فرع علمي للطب. لا بل إن الخفة التي ينظر بها إلى الطب النفسي في كثير من الأحيان، من قبل الزملاء والجمهور على حد سواء، سببها جزئياً

الطبيعة غير المتبلورة لعمليات التشخيص السائدة. إن النتيجة الوخيمة هذه يجب ألا تغيب عن بالنا فيما نبذل من جهودا لتطوير المعلومات التي بين يدينا.

في هذا الإطار، نجد أن واضعي دليل DSM-III تمسكوا بتحقيق تقدم ممكن في الموثوقية (3). وقد هدف معيار الإدراج والإقصاء الصريح وتحديد عدد الأعراض ومدة وقوعها، في الطب النفسي، بشكل كامل إلى تحقيق الموثوقية. وتوافق الأغلبية بيننا على أن هذا الهدف تحقق مع أنظمة التصنيف الحالية. لكن التوصل بهذه اللغة المشتركة لم يخل في بعض الأحيان من بعض الانتقادات. ولا يزال بعض الباحثين يركزون اليوم على وضع تعريف ذاتي لتعريف بعض الاضطرابات النفسية. وبينما قد لا يشيع الحديث اليوم عن «الاكتئاب المقنع» على سبيل المثال، إلا أنه ومن خلال تقطيع ما قد اتفق على أنه بناء بُعدي في نقطة عشوائية، قد يرى البعض أنه حالة مرضية فريدة. لذا، فإن قطعت البعد الاكتئابي في نقطة عشوائية وادعت أنك تصف متلازمة اكتئاب افريقية مثلاً، فإن بعض المجالات الأكاديمية البارزة قد ترى ذلك أمراً مثيراً للإعجاب. من الواضح إذن أنه حتى مع الخلايا الصارمة والعشوائية بعض الشيء للأعراض التي بنينا عليها إجماعنا، ثمة بعض المواقف العدائية على اللغة المشتركة ولو كان ذلك محاولة اصطلياد مفاهيم جديدة، في مجال تصنيف الأمراض.

هنا تكمن نقطة الضعف الأكبر في مقارنة النماذج الأولية في تشخيص الاضطرابات النفسية والسلوكية. وباعتبار الحالة الراهنة لمستوى المعرفة والمحدودية لأنظمة التصنيف القائمة، يبقى السؤال: إلام نسعى أو ماذا نتوقع أن ننجز من خلال المراجعة؟ ما هي المكاسب التي علينا أن نحافظ عليها حتى وإن كنا نتصارع لتحسين ما هو بالفعل نظام غير

مثالي؟

يرى الجميع أن علينا تحسين صحة ومصداقية أنظمة التصنيف. لكن الأغلبية قد توافق على أن المصداقية تبقى هدفاً أصعب المنال (4). بالفعل، ووفقاً لطبيعة الظواهر التي نتعامل معها في الطب النفسي، يرى الكثيرون أن الطريق إلى المصداقية المثالية سيشهد دوماً قيوداً تحد من الوصول إليها. وفي حين نسعى إلى تحقيق هذه المصداقية علينا أن ننتبه لإمكانية خسارة عاملي الموثوقية والمنفعة. بما أننا نجحنا في وصف كيانات محددة الموثوقية ونجحنا أيضاً في التوصل إلى منفعة سريرية محسنة للأنظمة التصنيفية القائمة، يسود حالياً اعتراف بأنه على الأقل بالنسبة إلى نظام ICD، فإن السعي لتحقيق منفعة محسنة هو بداية مراجعة حكيمة (5). فهل يساعد استخدام النماذج الأولية في التوصل إلى موثوقية ومنفعة محسنتين؟

في حين يقدم درو ويستن سبباً مقنعاً لئلا نصرف النظر حول النماذج الأولية، فإن التوصيفات التي يقدمها تثير بعض المخاوف. فهل ستؤدي هذه الأخيرة إلى خطر فقدان بعض المكاسب التي حققناها حتى الآن بينما نسعى للوصول إلى نتيجة تشخيصية إضافية؟ مثلاً فإن الاستخلاص من التمثيل السريري ذاته، فيما خص الترجمات السريرية لتلك المشاهدة، قد تكون متقلبة وتخضع للكثير من الذاتية. أيضاً قد نحتاج إلى الكثير من النماذج الأولية لتحديد مجموعة من التمثيلات التي قد يشملها اضطراب ما.

مثلاً، من دون معايير صريحة، قد لا يتم تحديد مرضى الفصام الذين يعانون امتزاجات سلبية وإيجابية وغير منظمة من الأعراض بوضوح من خلال توصيفات بعض النماذج الأولية. إن الإجابة على سؤال «هل يعاني المريض اضطراباً في الشخصية، أو فصاماً أو اضطراب هلوسة؟» قد تطرح مشكلة من دون

أعراض محددة وفترة وقوع محددة.

في الكثير من المجالات، فإن افتتاحية ماريو ماج في بداية هذا المنتدى (6)، حددت بعض المشاكل الممكنة المرتبطة باستخدام النماذج الأولية. لكن أود أن أضيف بأن ذلك قد يزيد من اندفاع المتمسكين بغرابة علم التصنيفات لإنشاء كيانات «جديدة»، متخفين خلف الادعاء بالنسبية الثقافية، وتطوير نسخات من أنماط نماذج أولية توافق تفضيلاتهم. في هذه الحالة نكون قد فقدنا لغة غير مثالية لكن مفيدة وأقمنا بدلاً منها برج بابل الذي تختلف فيه التصنيفات ولا يلتقي اثنان في تحديدها.

مراجع

1. Hyman SE. Can neuroscience be integrated into the DSM-V? Nat Rev Neurosci 2007;8: 725-32.
2. Hyman SE. The diagnosis of mental disorders: the problem of reification. Annu Rev Clin Psychol 2010;6:155-79.
3. American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed. Washington: American Psychiatric Association, 1980.
4. Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. Am J Psychiatry 2003;160:4-12.
5. International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioral Disorders. A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. World Psychiatry 2011;10:86-92.
6. Maj M. Psychiatric diagnosis: pros and cons of prototypes vs. operational criteria. World Psychiatry 2011;10:81-2.

تشخيص النموذج الأولي للمتلازمات النفسية ودليل ICD-11

JOSÉ L. AYUSO-MATEOS

Universidad Autonoma de Madrid, Instituto de
Investigacion Sanitaria Princesa, CIBERSAM,
Madrid, Spain

يقدم درو ويستن مقارنة بديلة لمتلازمات التشخيص النفسي، مقارنة تستند على مطابقة النموذج الأولي. أولاً، إن المقالة تتناول بالتفصيل مشكلة تعدد الاختصاصات أو الإضمام/الاستبعاد المنهجي لإجراءات التشخيص النفسي التي تم استخلاصها من معايير البحث التشخيصي في سبعينيات القرن الماضي. ثم تدخل في تفصيل منافع استخدام المقاربة الجديدة حيث يقارن الطبيب الذي يقوم بالتشخيص بتمثيلات المريض السريرية مع توصيف بطول مقطع مما تم تحديده من خلال التجربة باضطراب معين، وبعدها يصنف حالة المريض من خلال «مستوى التطابق» أو درجة تطابق التمثيلات السريرية للمريض مع تلك النماذج الأولية. إن هذه المقاربة تم تطويرها واختبارها من قبل ويست وزملاء له، في أغلب الأحوال ضمن إطار خاص بالصحة النفسية.

يركز تعليقي على إمكانية إضافة مقارنة ويستن إلى مراجعة الفصل الخامس V من دليل ICD-10 بعنوان: الاضطرابات النفسية والسلوكية، التي تجري حالياً. وفقاً لما يشير ويستن في مقالته، فإن تصنيفات الأمراض النفسية السريرية والمبادئ التوجيهية التشخيصية (النسخة السريرية) تتشابه في مقاطع هامة مع إجراءات مطابقة النموذج الأولي، لأنها تحوي عادة توصيفات بطول مقطع للخصائص السريرية لكل اضطراب.

أعتقد أن نموذج ويستن المقترح له بعض المنافع: أهمها، يتيح مرونة أكبر ويشبه طريقة تفكير الطبيب تجاه مرضاه. بالإضافة إلى ذلك، فهو مهم في مجال الأبحاث، والتعليم والتدريب. لكن لا أعتقد أن النموذج هذا يمكن إضافته كما هو إلى فصل الاضطرابات النفسية والسلوكية الذي يخضع للمراجعة والتنقيح لإصدار دليل ICD-11. وتبرز المشكلة بشكل خاص من خلال إجراء التصنيف لنظام شبيه بدليل ICD، الذي يهدف إلى جمع كافة أنواع الحالات الطبية

والنفسية، ويستهدف مجموعة واسعة من المستخدمين في أنحاء العالم.

تجري مراجعة فصل الاضطرابات النفسية والسلوكية في دليل ICD-10 ضمن مراجعة الدليل كاملاً. وقد أسست آلية المراجعة العامة قواعد لتقديم المعلومات وتحديد وجود أو غياب أي اضطراب برمز محدد، ومتطلبات موحدة للتوصيف الخاص بكل اضطراب ضمن النظام الكامل. قد تكون محاولة استخدام نظام مختلف للتوصيف وتحديد النتائج كأساس للفصل الخامس V، مناقضة للقواعد العامة لنظام التصنيف بشكل عام، وقد تهدد تكافؤ الباثولوجيا النفسية مع باقي النظام الطبي للصحة النفسية السريرية والإدارية والمالية.

إلى جانب ذلك، إن النظام الذي يقترحه ويستن، وكما تبين، يفقد أي منفعة في مجال الفائدة السريرية هذا إذا اعتبرنا أن العاملين في مجال الصحة النفسية ليسوا الوحيدين المشاركين في عملية تشخيص الاضطرابات النفسية وتصنيفها. قلة قليلة من الأفراد الذين يعانون اضطراباً نفسياً عادة ما يلجأون إلى طبيب نفسي أو عامل في مجال الصحة النفسية. لذا لا يمكن اعتبار أطباء النفس وعلماء النفس السريريين والمرمضين النفسيين على أنهم المستخدمين الأوليين والمحترفين الوحيدين لتصنيفات دليل ICD، بل إن مجموعات أخرى من المحترفين سيستخدمون هذا التصنيف. وتشمل هذه الفئة أطباء الرعاية الأولية كما العاملين في مجال الصحة النفسية الذين يوفررون رعاية نفسية شاملة أو أولية في بعض البلدان النامية. حين يطلب إلى هؤلاء الأخصائيين التمييز بين نتيجة «4» مطابقة جيدة: المريض يظهر الاضطراب، التشخيص «مطابق»؛ و«5» مطابقة جيدة جداً، المريض نموذج عن الاضطراب، حالة نموذجية» قد يؤدي إلى إرباك وشك ويخفض من الفائدة السريرية للنظام.

كما أنه إذا طلب منهم النظر في النتيجة «2» بعض التطابق، يظهر المريض بعض خصائص الاضطراب» و«3» مطابقة معتدلة، يظهر المريض خصائص ظاهرة للاضطراب» قد يؤدي ذلك على إطالة غير ضرورية لعملية

التشخيص وتضخم في تشخيص حالات ما دون العتبة. أشار ريد وآخرون (1) مؤخراً إلى أن منظمة الصحة العالمية (WHO) مهتمة بنشر تشخيصات الاضطرابات النفسية. وبحسب ما ذكرت المجموعة الاستشارية الدولية لمراجعة دليل ICD-10 للاضطرابات النفسية والسلوكية (2)، فإن كافة القرارات المتعلقة بالتغييرات فيما يخص التصنيفات القائمة يجب أن تحد ما إذا كانت التغييرات المقترحة توفر أساساً أفضل لتحديد الأشخاص ذوي الحاجات النفسية الأكبر حين يتواصلون مع أي طرف في أنظمة الرعاية الصحية. على الرغم من أن الأبحاث الحالية تعترف أكثر بقيمة حالات ما دون العتبة وأهمية التعرف عليها، فإن ذلك لا يعني تلقائياً أنه يجب تحديدها على أنها حالة مرضية، أو أن تشمل تركيبات تشخيصية إلى الحد الذي يصفه ويستن.

تحتاج النسخة الجديدة من دليل ICD لأن تكون أكثر بساطة وأن تولي مسألة التمييز لما هو اضطراب أم لا أهمية خاصة. إن التحدي الأكبر في تطوير التصنيف الجديد للاضطرابات النفسية والسلوكية يكمن في تحديد العتبة المتصلة التي تظهر الإشارات الواضحة لوجود حالة تستحق انتباه الطبيب، وتفصيل التمييزات بين الحالات التي تتمتع بفائدة سريرية (3، 4). أما محاولة إضافة مقارنة ويستن، فهي ستؤدي إلى جنوحنا عن هذا الهدف.

قد تتصل بعض عناصر التفكير المنطقي حيث وصف ويستن النماذج الأولية بمراجعة التوصيفات الموجودة في نظام ICD. وتعد أحد أهم العناصر الأساسية في ماطبقة النموذج الأولي في أنها تركز على أن ما يهم الطبيب هو «جوهر» الأمر: مجموعة أعراض ظاهرة، حين تكون موجودة، تكون «جيدة بما يكفي» للطبيب لإعطاء تشخيص من دون الحاجة للتأكد من وجود أعراض أخرى لا صلة لها بإجراء التشخيص. يمكن للتوصيفات السريرية التي ستضاف إلى دليل ICD أن تأخذ في الحسبان الحاجة إلى التركيز على الخصائص البارزة في حالة المرضى وإعطاء قيمة أقل للأعراض التي ليست ذات صلة كبيرة في تحديد تشخيص ما.

- Psychiatry 2011;199: 85-6.
4. Reed GM, Ayuso-Mateos JL. Hacia una clasificación internacional de los trastornos mentales de la OMS de mayor utilidad clínica. Rev Psiquiatr Salud Ment 2011;4:113-6.

- Behavioural Disorders. A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. World Psychiatry 2011;10:86-92.
3. Maj M. When does depression become a mental disorder? Br J

- مراجع
1. Reed GM, Dua T, Saxena S. World Health Organization responds to Fiona Godlee and Ray Moynihan. BMJ 2011;20:342.
2. International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and

مطابقة النموذج الأولي ومعايير التشغيل قد تكون مقارنة فضلى في التصنيف النفسي

مع تصميم دليل DSM (المعايير التشخيصية عند نقاط عشوائية) تساعدان المتدرجين في فهم الاضطرابات النفسية بشكل واضح، وتساعد الأطباء على تطوير تمثيلات نفسية لمختلف تلك الاضطرابات.

مراجع

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental Disorders, 3rd ed. Washington: American Psychiatric Association, 1980.
2. Udomratn P. Panic disorder in Thailand: a report on the secondary data analysis. J Med Assoc Thai 2000;83:1158-66.
3. Ley R. The many faces of Pan: psychological and physiological differences among three types of panic attacks. Behav Res Ther 1992;30:347-57.
4. Udomratn P, Hinton DE. Gendered panic in southern Thailand. In: Hinton DE, Good BJ (eds). Culture and panic disorder. Stanford: Stanford University Press, 2009:183- 204.
5. Yanos PT, Stanley BS, Greene CS. Research risk for persons with psychiatric disorders: a decisional framework to meet the ethical challenge. Psychiatr Serv 2009;60:374-83.

التايلنديين على الشكل التالي: «يظهر المرضى الذين يطابقون هذا النموذج الأولي تمثيلات سريرية مختلفة. قد يظهرون في جنوب تايلاند، قد يظهر المرضى أعراض أولية وشعور بـ«ريح» تتحرك إلى أعلى الجذع وقد يحاول المريض دفعها إلى أسفل في محاولة لإخراجها. قد تستمر «الريح» في الاتجاه صعوداً وتضغط على القلب مما يتسبب في طرقة قلبية سريعة وقوية، يليها تنفس سريع وعميق، وتتحول إلى دوخة وألم في الرأس. يخشى معظمهم اتجاه «الريح» إلى الرأس، مما يتسبب في إغماء أو موت...».

لذا فحين يتم تطبيق مقارنة النموذج الأولي في التشخيص النفسي، يجب أقلمة المحتوى ليتلاءم مع الثقافة والإطار العام للمريض.

أما من ناحية المنفعة السريرية لمطابقة النموذج الأولي، فأنا أوافق مع وجهة نظر ويستن بحيث أنها إيجابية في هذا المجال وهي سهلة الاستخدام في الممارسة اليومية. إذ يجد أطباء النفس في البلدان الدخل المتوسط أو المحدود 50 إلى 100 حالة أو أكثر من المرضى الخارجيين أن مقارنة النموذج الأولي أكثر عملية من المقابلات المكثفة لاستكشاف موفاة معايير التشخيص للتصنيفات المعتمدة. لكن الباحثين النفسيين قد لا يحبذون هذه المقاربة البديلة في اختيار مرضاهم نتيجة ضرورة جمع عينات متجانسة وفق ما تقتضي الأهداف البحثية وخفض خطر البحث (5).

إن استخدام مقارنة المطابقة التشغيلية ومطابقة النماذج الأولية في تشخيص المرضى أمر موصى به. وإن كلا المقاربتين المتشابهتين

PICHET UDOMRATN

Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla, Thailand

في ثمانينيات القرن الماضي قدّمت جمعية الطب النفسي الأمريكية اضطراب الهلع في الدليل DSM-III إلى جانب معايير تشخيصية للاضطراب الجديد (1). آنذاك، أظهر عدد من أطباء النفس الآسيويين مقاومة لاستخدام التشخيص الجديد نتيجة النقص في المصطلحات المتصلة ضمن لغتهم الأصلية (2). ما كان ذلك ليحصل لو أن الدليل احتوى على نموذج أولي يشكل مثلاً عن الاضطراب أو حالة تفسره.

قد لا يكون نموذجاً أولياً واحداً كافياً ليفهم الطبيب بشكل كامل اضطراباً ما بشكل تام، لا سيما وإن كان يتمثل بأشكال مختلفة سريرياً، كما هي الحال مع اضطراب الهلع (المعروف أيضاً «باضطراب الهلع المتعدد الأوجه» (3)). بالإضافة إلى ذلك فإن النماذج الأولية من بلد ما قد لا تتوافق مع تلك الموجودة في بلد آخر حيث الثقافة والمعتقدات مختلفة. مثلاً، قد يتم تشخيص النساء في جنوب تايلاند اللواتي يعانين من أعراض معدية معوية في الثقافة الغربية على أنها تعاني اضطراب هلع بينما قد يقلن أنهن يعانين من «خروج ريح» (4). ويأتي ذلك من الاعتقاد السائد بأن الإنسان مكوّن من عناصر أربعة: الأرض والماء والريح والنار.

في هذا الإطار بالتحديد، يمكن أقلمة النموذج الأولي لاضطراب الهلع بالنسبة للأطباء

تعميم نموذج التعيين والدعم الفردي (IPS) للتوظيف المدعوم خارج الولايات المتحدة

GARY R. BOND, ROBERT E. DRAKE, DEBORAH R. BECKER

Dartmouth Psychiatric Research Center, Rivermill Commercial Center, 85 Mechanic Street, Lebanon, NH 03766, USA

على الرغم من أن مراجعات دراسات مضبوطة لنموذج التعيين والدعم الفردي (IPS) للتوظيف المدعوم لعملاء يعانون مرضاً نفسياً حاداً قد أثبتت فاعليتها في الولايات المتحدة، فإن تعميمها في بلدان أخرى لم يتم تقييمه منهجياً. إنها المراجعة الأولى لمقارنة دراسة أمريكية مع دراسات غير أمريكية. حددنا 15 تجربة عشوائية مضبوطة لبرامج IPS منها تسعة داخل الولايات المتحدة و6 خارجها. تحققنا من نتائج التوظيف التنافسية ومنها مستوى التوظيف وعدد الأيام في الوظيفة الأولى والأسابيع التي عمل فيها الفرد خلال فترة المتابعة وساعات العمل. كما أخذنا في الاعتبار التوظيف غير التنافسي وتثبيت البرنامج والنتائج غير المهنية. أظهرت برامج IPS نتائج أفضل في فئات مؤشرات التوظيف التنافسية المختلفة ونسبة احتفاظ أعلى في الخدمات في مجموعات التحكم. كما كانت نسبة التوظيف التنافسي الشاملة لعملاء IPS في الدراسات الأمريكية أعلى من الدراسات غير الأمريكية (62% مقارنة مع 47%). وتشير النتائج الإيجابية الثابتة في التوظيف التنافسي التي تدعم IPS بشكل بارز عبر مجموعة من برامج المقارنة في سلسلة من الدراسات العالمية إلى أنها ممارسة مستندة على الدليل وقد يجوز نقلها بشكل جيد إلى إعدادات جديدة طالما أن البرامج تحقق أمانة عالية لنموذج IPS، لكن من الضروري إجراء المزيد من الأبحاث حول الأقلمة في أنحاء العالم.

الكلمات الرئيسية: مرض نفسي حاد، نتائج التوظيف التنافسية، إعادة التأهيل المهني، المراجعة المنهجية

(World Psychiatry 2012;11:32–39)

استخدمنا إجراءات بحثية تتضمن أبحاث الكترونية رسمية، وأبحاث حياتية لمراجعات سابقة ووقائع مؤتمرات وأبحاث من باحثين مهنيين، لا سيما من بلدان أخرى. كما دققنا في النتائج التي توصلنا إليها مقارنة مع أبحاث مستهلكة من قبل مراجعي كوهران (9).

ينسجم الهدف الأول للمراجعة مع هدف نموذج IPS ويركز على التوظيف التنافسي، الذي يتم تحديده من خلال وظيفة دائمة يحصل فيها الموظف على أجر موافق ويكون مندمجاً في المجتمع (مثلاً، توظيف العاملين من غير ذوي الإعاقة) وتكون الوظيفة مفتوحة أمام الجميع (ليس فقط أمام ذوي الإعاقة). يستثني هذا التعريف الذي يتوافق مع أهداف الإدماج الاجتماعي الوظائف غير التنافسية، كالوظائف الانتقالية والمدعومة لذوي الإعاقة (15).

لم يعتمد الباحثون في نموذج IPS إطار عمل بإجراءات مقياسيه، مع أن بعض المؤشرات بين الدراسات كانت مشتركة. تشمل مؤشرات التوظيف التنافسية إجراءات الحصول على عمل (مثلاً، نسبة العملاء الذين يحصلون على وظيفة تنافسية والفترة الممتدة من دخول الدراسة إلى حين البدء في الوظيفة الأولى)، والفترة (مثلاً، العدد التراكمي للأسابيع التي تم العمل خلالها في الوظائف كافة)، والحدة (مثلاً نسبة العاملين على الأقل 20 ساعة في الأسبوع) والإنتاجية (مثلاً، مجموع عدد الساعات/الأجور) (16).

تضع بعض النماذج المهنية العملاء في أشغال غير تنافسية (مثلاً، الوظائف المدعومة، أو الأشغال التي تديرها مؤسسة، إلخ). حين يتم الإفادة عنها، نقوم بتلخيص نتائج الوظائف غير التنافسية. كما نفحص معدلات التراجع عن نموذج IPS والبرامج المضبوطة. أخيراً، دقت الكثير من الدراسات في مجموعة من النتائج خارج مجال التوظيف، وسنلخص تلك النتائج.

تم تسجيل البيانات مباشرة من التقارير أو حسابها من خلال

تهدف مقارنة نموذج التعيين والدعم الفردي IPS المنهجية إلى مساعدة الأشخاص المصابين بمرض نفس حاد في الحصول على وظيفة تنافسية (1). تستند المقارنة إلى ثماني مبادئ: الأهلية وفقاً لخيار العمل، والتركيز على التوظيف التنافسي، الدمج بين الصحة النفسية وخدمات التوظيف، والانتباه إلى أولويات العميل، والتخطيط لمحفزات العمل، والبحث السريع عن وظيفة، وتطوير منهجي للوظيفة، ودعم للوظيفة خاص بكل فرد (2). توصلت المراجعات المنهجية إلى أن IPS هي ممارسة مستندة على الدليل (12–3).

مع تطوير قاعدة براهين قوية لـ IPS في الولايات المتحدة، يبدي المسؤولون في الصحة النفسية في بلدان أخرى اهتماماً بنقل المقاربة إلى بلدانهم. إلا أن القدرة على تعميم الممارسة المستندة على دليل والتي تم تطويرها في الولايات المتحدة الأمريكية اختلف مسارها وفي بعض الحالات تم تقليص اعتمادها جزاء الفشل في إعادة نسخ النتائج الأمريكية (13).

إن للمراجعة الحالية هدفان أولاً، نظراً للانتباه المتزايد لنموذج IPS عالمياً، قمنا بتقييم فاعليته في دراسات أجريت خارج الولايات المتحدة. ثانياً، قمنا بتوسيع نطاق أولويات مراجعات IPS من خلال إضافة تجارب مضبوطة عشوائية (RCT) وتكبير نطاق إجراءات النتائج بهدف فحص الفرضية التي تشير إلى أن نموذج IPS يحقق نتائج توظيفيه تنافسيه أفضل عبر مجموعة من الإجراءات مقارنة مع البرامج المهنية البديلة.

المناهج

تألفت معايير الإدماج من: RCT؛ مقارنة بين نموذج IPS مع ظروف مضبوطة و دون توافر IPS؛ المجموعة المستهدفة من السكان المصابين بمرض نفسي شديد؛ نتائج توظيفية تنافسية طولانية؛ تدخل مراقب من خلال مقياس الأمانة IPS (14).

والتي سبقت تطوير IPS (22-18) أو عكست مقارنة مهنية لم تكن IPS (26-23).

قمنا بتحديد 15 دراسة، 9 منها أمريكية و6 من خارج الولايات المتحدة، كما يظهر في الجدول رقم 1. بشكل عام، شملت هذه الدراسات على 1063 مشاركاً في نموذج IPS (متوسط 70.9 في الدراسة). بلغ متوسط طول المتابعة 18.4 شهراً. فيما عدا تصميم واحد من ثلاث مجموعات (31)، استخدمت الدراسات جميعها تصميم من مجموعتين (IPS مقارنة مع الضوابط). أجريت عشر دراسات في موقع واحد، بينما جرت خمس دراسات (7، 27، 29، 32، 33) في مواقع متعددة. استخدمت دراسات مجموعات توظيف غير متكاملة (31، 33). فيما عدا ذلك تألفت مجموعات الضوابط من نماذج مهنية عادية أو راسخة. وقد أشارت الدراسات كافة إلى استخدام نماذج قياسية لتقييم أمانة IPS والإشراف عليه.

في أغلب الدراسات، تم إشراك المشاركين من بين عملاء يتلقون خدمات من مراكز الرعاية النفسية.

وفي الدراسات جميعها، كان المشاركون غير موظفين عند انضمامهم إلى الدراسة. في كل الدراسات ما عدا واحدة (34) تضمنت معايير الإضماع في الدراسة رغبة صريحة بإيجاد وظيفة. معيار تأهل آخر مشترك بين معظم الدراسات كان غياب أي حالة طبية تذكر، مثلاً مرحلة أخيرة من السرطان، قد تمنع عن العمل خلال فترة المتابعة أو تمنع الفرد من المشاركة في مقابلات التقييم. وقد حددت دراسة لوس أنجلوس (35) استقرار من شهرين إلى ثلاثة أشهر قبل الدخول في الدراسة لأن المشاركين كانوا في حالة زهان عند التوصية في معظم الدراسات، طلب من المشاركين حضور لقاء إرشادي بحثي مرتين أو أكثر لشرح أهداف الدراسة (36).

المعلومات المقدمة في الدراسات المنشورة. فيما يخص قياس فترة الوظيفة، قمنا بتحويل عدد الأسابيع التي عمل فيها الموظف إلى معدل سنوي، وسجلنا النتائج لكل من عينة النية الكاملة للمعالجة والعينة الفرعية للعمال (الذين حصلوا على وظيفة تنافسية واحدة على الأقل خلال فترة المتابعة).

بما أن عدد الدراسات كان صغيراً، اعتمدت مقارنتنا للدراسات الأمريكية وغير الأمريكية على التحقق البصري. أما الاستثناء الوحيد فكان معدل التوظيف التنافسي حيث أضفنا عينات من ضمن الدراسات الأمريكية وغير الأمريكية واستخدمنا 2×2 لمقارنة المعدلات الشاملة.

في كل دراسة قمنا بحساب حجم التأثير في اختلاف معدل التوظيف التنافسي بين نموذج IPS ومجموعة الضوابط من خلال القيمة التقريبية للتكامل (17). وتم حساب حجم التأثير الشامل كوسيلة بسيطة لحجم التأثير الفردي. بالنسبة لساعات التوظيف، قمنا بتحويل البيانات في كل دراسة إلى معدل سنوي لتسوية فترات المتابعة المختلفة. ثم قمنا بحساب تأثير d في اختلاف الوسائل بين نموذج IPS ومجموعة الضوابط (17). أخيراً قمنا بحساب حجم التأثير الشامل غير الموزون. وأشرنا في إجراءات النتائج الأخرى كلها إلى السبل من دون الانحرافات القياسية، لأن هذا الإحصاء كان عادة غير متوفر في الدراسات الأصلية. وتم حساب المتوسط العام من خلال وزن الوسائل الفردية بحجم العينة.

النتائج

استدنيانا 9 RCT التي تناولت شكلاً من أشكال التوظيف المدعوم

الجدول 1 تجارب عشوائية مضبوطة بشواهد للتوظيف والدعم الفردي

الدراسة	الموقع	المشاركون	حالة الشواهد	فترة المتابعة (أشهر)	عدد IPS	عدد Ctl
درايك وآخرون (33)	مانشستر وكونكورد، نيوهامشير	عملاء CMHC	تدريب على المهارات، غير متكامل	18	73	67
درايك وآخرون (37)	واشنطن، العاصمة	عملاء برنامج إدارة القضية	خدمات مهنية تقليدية تتضمن ورشة إيوائية	18	74	76
ليمن وآخرون (34)	بالتيمور، ماريلاند	عملاء CMHC، بما فيهم العملاء من دون أهداف مهنية	PSR	24	113	106
موزر وآخرون (31)	هارتفورد، كونيتيكت	عملاء CMHC	وساطة لـ SE؛ PSR	24	68	136
غولد وآخرون (39)	مناطق ريفية	عملاء CMHC	ورشة إيوائية	24	66	77
لاتيمر وآخرون (38)	مونتريال، كندا	عملاء يتلقون خدمات MH	خدمات مهنية تقليدية	12	75	74
بوندي وآخرون (32)	شيكاغو، إلينوي	قبول جديد إلى وكالة PSR	مقارنة توظيفية متنوعة	24	92	95
برنز وآخرون (7)	6 بلدان أوروبية	عملاء يتلقون خدمات MH	خدمات مهنية تقليدية	18	156	156
وانغ وآخرون (40)	هونغ كونغ	توصيات استشفائية ومجتمعية	توصيات VR	12	46	46
كيلاكي وآخرون (65)	ميلبورن استراليا	شباب يعانون زهاناً مبكراً	خدمات مهنية تقليدية	6	20	21
تواملي وآخرون (42)	سان دييغو، كاليفورنيا	بالغين في منتصف العمر وبالغين متقدمين بالسن (≥ 45)	توصيات VR	12	28	22
دايفس وآخرون (28)	تاسكالوسا، ألاباما	متمرسون غير موظفين يعانون PTSD	إعادة تأهيل VA مهنية مقياسيه	12	42	43
نوكتراين (30)	لوس أنجلوس، كاليفورنيا	شباب يعانون زهاناً مبكراً	توصيات VR	18	46	23
هيسلن وآخرون (29)	لندن، المملكة المتحدة	عملاء يتلقون رعاية مرضى خارجيين	رعاية عادية	24	93	95
ميشون وآخرون (27)	4 مدن في هولندا	عملاء يتلقون خدمات MH	خدمات مهنية تقليدية	30	71	80

IPS التوظيف والدعم الفردي؛ Ctl مجموعة الضوابط؛ CMHC مركز الصحة النفسية المجتمعية؛ MH الصحة النفسية؛ SE التوظيف المدعوم؛ PSR إعادة تأهيل نفسي؛ VR نظام إعادة تأهيل مهني حكومي اتحادي؛ VA شؤون المتمرسين؛ PTSD اضطراب الكرب ما بعد الصدمة.

نتائج التوظيف التنافسي

من بين الدراسات الأمريكية، كان متوسط التوظيف التنافسي 27% لعينة نموذج IPS في المارييلاند (34) كانت خارج الإحصاء حيث إن أقل من نصف المعدل لنموذج IPS في ثماني دراسات أمريكية أخرى ومساوياً لمتوسط مجموعة الضوابط. مع إزالة هذه الدراسة ارتفع معدل التوظيف التنافسي غير الموزون للدراسات الأمريكية إلى 69% لنموذج IPS و28% للضوابط.

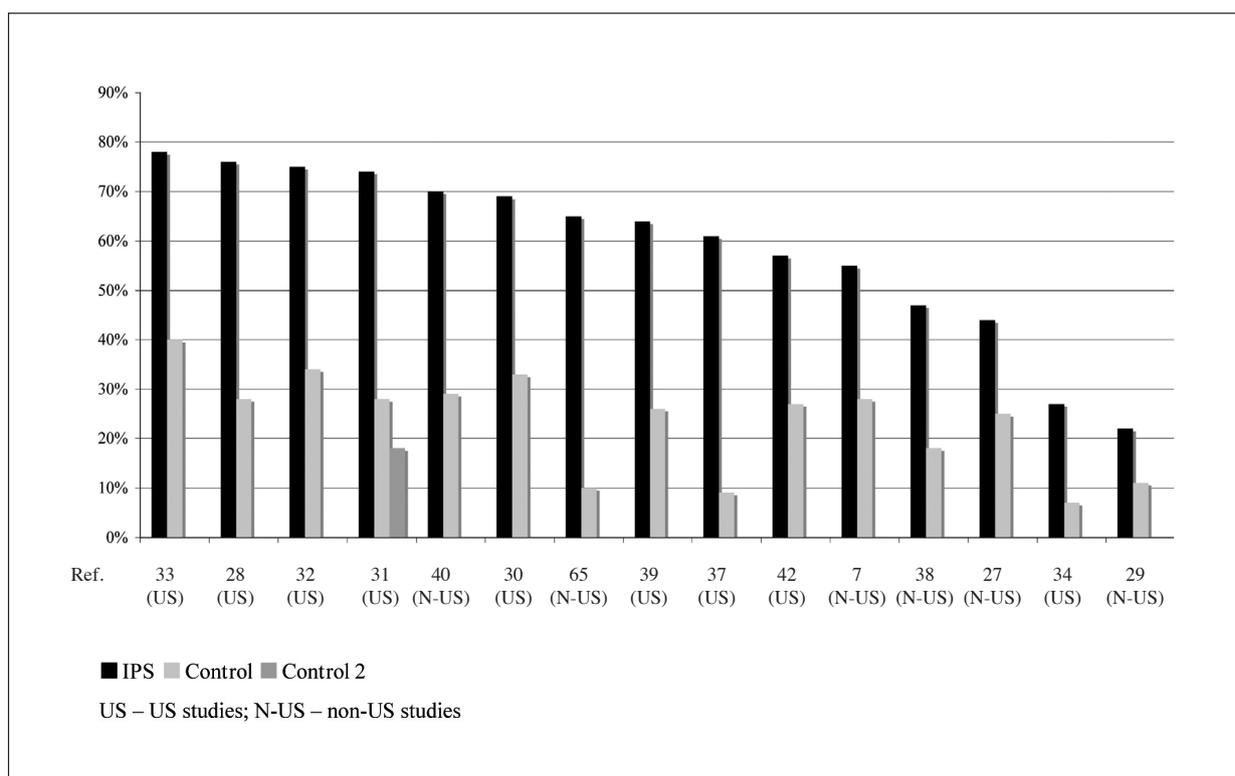
جدول 2 متوسط عدد الأيام حتى الوظيفة التنافسية الأولى في تسع دراسات IPS

الضوابط	نموذج التوظيف والدعم الفردي IPS	الدراسة
118 (N=13)	72 (N=32)	وونج وآخرون (40)
89 (N=39)	84 (N=51)	لاتيمر وآخرون (38)
171 (N=6)	93 (N=16)	تواملي وآخرون (42)
293 (N=7)	126 (N=45)	درايك وآخرون (37)
322 (N=20)	133 (N=42)	غولد وآخرون (39)
193 (N=32)	156 (N=69)	بوند وآخرون (32)
287 (N=12)	164 (N=47)	ليمن وآخرون (34)
277 (N=31)	197 (N=51)	مويسر وآخرون (31)
698 (N=11)	708 (N=21)	هسلين وآخرون (29)
236.3 (N=171)	167.7 (N=374)	المجموع
204.6 (N=160)	135.6 (N=353)	المجموع بدون دراسة هسلين وآخرون

IPS التوظيف والدعم الفردي

كان معدل التوظيف التنافسي أعلى في حالة IPS منه لدى الضوابط في كل الدراسات، كما يظهر في الصورة 1. حصل مجموع 592 مشاركاً (55.7%) في IPS على وظيفة مقارنة مع 253 (22.6%) من الضوابط. وفي معدل الدراسات بلغ متوسط التوظيف التنافسي 58.9% (متوسط = 63.6%) لنموذج IPS مقارنة مع 23.2% (متوسط = 26.0%) للضوابط. بلغ متوسط الاختلاف في نسبة التوظيف بين النموذج والضوابط 35.7% وتراوح ما بين 11.0% إلى 55.5%. وتراوح حجم تأثير الدراسة الفردي ما بين 0.30 إلى 1.18. بينما سجل حجم التأثير غير الموزون الشامل 0.77

ثم قمنا بمقارنة معدلات التوظيف التنافسي بين 9 دراسات أمريكية و6 دراسات غير أمريكية. أضفنا العينات من الدراسات جميعها، 374 (62.1%) من أصل 602 عميل IPS من الدراسات التسعة الأمريكية الذين حصلوا على وظيفة تنافسية، مقارنة مع 218 (47.3%) من أصل 461 عميل IPS من ستة دراسات غير أمريكية، $\chi^2(1) = 23.29, p < 0.001$. لم تكن المقارنة بين العينات المضبوطة بارزة: 15 (23.5%) من 645 من الضوابط في الدراسات الأمريكية قد حصلوا على توظيف تنافسي مقارنة مع 103 (21.8%) من 472 عميل من الضوابط في الدراسات غير الأمريكية، $\chi^2(1) = 0.32$. بالنسبة للدراسات الأمريكية، بلغ معدل التوظيف غير الموزون 65% لنموذج IPS و25% من الضوابط بحجم تأثير غير موزون شامل 0.84. بالنسبة للدراسات غير الأمريكية بلغ متوسط التوظيف التنافسي 50% لنموذج IPS و20% للضوابط بحجم تأثير غير موزون شامل 0.67



صورة 1 معدل التوظيف التنافسي في 15 تجربة ضوابط عشوائية لنموذج التوظيف والدعم الفردي (IPS)

خلال فترة المتابعة، كان عدد الأسباب مماثلاً بين المشاركين في النموذج والضوابط.

نتائج أخرى

أفادت نتائج التوظيف المدفوع بما فيها الوظائف التنافسية في سبع دراسات (31-33، 37-40). وفي ست دراسات بلغ معدل التوظيف غير التنافسي لنموذج IPS نسبة متواضعة (11% أو أقل للمشاركين في نموذج IPS)، مع أن 20% من المشاركين في النموذج حصلوا على وظيفة غير تنافسية في دراسة كيبك (38). بينما لم يؤثر الإضمام لكافة الموظفين المأجورين بشكل فعلي على نتائج التوظيف في ثلاث دراسات أمريكية (31، 33، 39) وواحدة في دراسة غير أمريكية (40). وباعتبار كافة نتائج التوظيف المدفوع، أظهرت دراسة أمريكية واحدة (32) وواحدة غير أمريكية (38) عدم اختلاف بين نموذج IPS وبين الضوابط في معدلات التوظيف وفي عدد من الإجراءات التوظيفية الأخرى، بينما لم يظهر أي اختلاف في الأجر في دراسة أمريكية أخرى بين المشاركين في النموذج والضوابط (37).

تشير نسبة الانسحاب المبكر من البرنامج إلى العملاء الذين إما توقفوا عن الخدمات المهنية خلال مرحلة مبكرة أو لم يقوموا بالاتصال الأولي. لم تظهر الدراسات التي سجل فيها انسحاب مشاركين أو إنهاك (فترة مقياسيه أو منهجية مشتركة في تقييم انسحاب المشترك. مثلاً، أفادت دراسة واشنطن (37) عن إنهاك بعد شهرين، وحددت دراسة إيلينوي (32) برنامجاً مبكراً للانسحاب مع توقف العملاء عن الاستفادة من الخدمات خلال الأشهر الستة الأولى، وعرفت دراسة كيبك (38) الإنهاك على أنه فشل في الحصول على اتصال واحد مع الطاقم المهني في كل من الأشهر الثلاثة الأولى والثانية خلال فترات المتابعة. وبلغ متوسط نسبة المشاركين في نموذج IPS في ست دراسات (7، 31-33، 37، 38) 9% ممن انسحبوا مبكراً من البرنامج مقارنة مع 42% من الضوابط. شملت تسع دراسات لمراجعته تقييم النتائج غير المهنية والتي شملت في أغلب الأحيان تقييم الأعراض النفسية ونوعية الحياة ودخول المستشفى النفسي (31-34، 37-39، 41، 42). كما شملت بعض المقاييس على التقدير الذاتي والتفاعل الاجتماعي والشبكة الاجتماعية. وفي حالات نادرة جداً، لم يختلف المشاركون في النموذج عن الضوابط في أي من تلك المقاييس.

بشكل مشابه، كان معدل التوظيف التنافسي 22% لعينة نموذج IPS بالمملكة المتحدة (29) كانت خارج الإحصاء، في الدراسات غير الأمريكية، حيث إن أقل من نصف المعدل لنموذج IPS في خمسة دراسات غير أمريكية أخرى ومساوياً لمتوسط مجموعة الضوابط. مع إزالة هذه الدراسة ارتفع معدل التوظيف التنافسي غير الموزون للدراسات غير الأمريكية إلى 56% لنموذج IPS و22% للضوابط.

سجلت أربع دراسات IPS (31-33، 37) نسبة المشاركين الذين عملوا 20 ساعة أو أكثر في الأسبوع. وبلغ إجمالي عدد هؤلاء عبر الدراسات 134 (43.6%) من 307 مشارك في IPS و53 (14.2%) من 374 من الضوابط الذين حصلوا على وظائف شبيهة، مما يعني حجم تأثير 0.67. وأفادت دراسة عن معدلات توظيف تنافسي بدوام كامل عن غياب أي اختلاف (8.7% للمشاركين في IPS مقارنة مع 11.6% للضوابط) (32).

تم تسجيل عدد الأيام حتى حصول المشارك على الوظيفة التنافسية الأولى في 9 دراسات IPS (6 أمريكية و3 غير أمريكية). كما يظهر في الجدول 2. شكلت دراسة المملكة المتحدة خروجاً شديداً عن الإحصاء (29)، بمعدل 680 يوماً للوظيفة الأولى. عند استثناء هذا الخروج، بلغ معدل الوقت للوظيفة التنافسية الأولى 50% أسرع بالنسبة للمشاركين في IPS مقارنة مع الضوابط (136 يوماً مقارنة بـ 205 يوماً). وسجلت دراستان غير أمريكيتين (هونغ كونغ وكندا) فترة أقصر للوظيفة الأولى من الدراسات التسعة.

تظهر نتائج متوسط ساعات العمل في اليوم من خلال وظيفة تنافسية لخمس دراسات 5 أمريكية و2 غير أمريكية في الجدول 3. كان التنوع بين الدراسات كبيراً بمتوسط 656 ساعة لدراسة ألاباما (28) إلى 126 ساعة لدراسة كيبك (38). غير أن حجم التأثير الإجمالي كان أكبر ($d=0.58$) وبلغت نسبة المشاركين في نموذج IPS مقارنة مع الضوابط ثلاث مرات أكثر من عدد الساعات الإجمالية. لم يبرز نمط جلي في المقارنات بين الدراسات الأمريكية وغير الأمريكية.

تمت الإفادة عن النتائج السنوية للأسابيع التي عمل فيها المشارك في وظيفة تنافسية في ست دراسات أمريكية واثنتين غير أمريكية في الجدول 3. بشكل عام بلغ متوسط الأسابيع في السنة في الوظيفة التنافسية للمشاركين في النموذج ضعفي متوسط الأسابيع للضوابط. وحين انحصرت المقارنات مع المشاركين الذين حصلوا على وظيفة تنافسية

الجدول 3 متوسط ساعات العمل في السنة الواحدة في الوظائف التنافسية في سبع دراسات IPS

حجم التأثير	معدل Ctl/IPS	الضوابط		نموذج IPS		المتابعة (بالأشهر)	
		متوسط	SD	متوسط	SD	متوسط	SD
0.72	2.78	494	236	661	656	12	درايك وآخرون (28)
0.60	2.96	400	137	843	405	18	درايك وآخرون (33)
0.40	2.09	723	143	836	298	24	بوندي وآخرون (32)
0.57	3.61	312	79	707	286	18	برنز وآخرون (7)
0.72	11.5	125	19	569	215	18	درايك وآخرون (37)
0.86	5.22	231	36	516	187	24	مويسر وآخرون (31)
0.20	1.73	252	73	267	126	12	لاتيمر وآخرون (38)
58.	3.30		86.1		284.3		متوسط الدراسات

IPS نموذج التوظيف والدعم الفردي

المشاركون الموظفون		المشاركون في الدراسات		
الضوابط	IPS	الضوابط	IPS	
(12=N) 24.4	(32=N) 28.4	(43=N) 6.8	(42=N) 21.6	دايفس وآخرون (28)
(39=N) 26.8	(51=N) 25.0	(74=N) 14.1	(75=N) 17.0	لا تيمر وآخرون (38)
(32=N) 24.3	(69=N) 21.6	(95=N) 8.2	(92=N) 16.2	بوندا وآخرون (32)
(31=N) 9.8	(51=N) 19.8	(136=N) 2.3	(68=N) 14.9	مويسر وآخرون (31)
(13=N) 24.9	(32=N) 18.6	(46=N) 7.0	(74=N) 13.0	وونغ وآخرون (40)
(7=N) 8.7	(45=N) 16.6	(76=N) 0.8	(66=N) 10.1	درايك وآخرون (37)
(20=N) 11.3	(42=N) 15.8	(77=N) 2.9	(74=N) 10.0	غولد وآخرون (39)
(12=N) 14.1	(47=N) 14.4	(106=N) 1.6	(66=N) 6.0	ليمن وآخرون (34)
(166=N) 19.3	(369=N) 20.0	(653=N) 4.9	(113=N) 12.8	المجموع

IPS نموذج التوظيف والدعم الفردي

المناقشة

هذه الدراسة مع معايير الدخول المتساهلة. وفيما خص دراسة المملكة المتحدة (29)، نتلقى مع معلقين (43، 44) أشارا إلى النواقص التي تعانيها الدراسة فيما خص نموذج IPS، بحسب ما زدنا به الباحثون من توصيف (45).

بشكل مغاير، شكل نموذج IPS مؤشر إحصائي في الطرف العلوي للمتقدمين في السن الذين يعانون اضطراب الكرب ما بعد الصدمة (PTSD) (28). كان لهذه الدراسة نتائج مذهلة في معظم مؤشرات التوظيف، مما يشير إلى أن المجموعة المستهدفة من السكان قد تكون موافقة بشكل خاص على تدخل نموذج IPS. مع أن التناسخ لا حاجة له. وفي حين أن اضطراب الكرب ما بعد الصدمة عادة لا يصنف على أنه مرض نفسي حاد، فإن بعض الباحثين في هذا المجال يؤكدون وجوب تصنيفه كذلك، لا سيما وأنه يتميز باستمراره فترة طويلة والإعاقة التي يسببها بشكل عام (46). ثمة حاجة إلى بحث منهجي لتحديد أي تشخيص وإعاقات تتناسب بانطوائها تحت نموذج IPS.

أما المسألة العالقة فهي ما إذا كانت نتائج التوظيف غير التنافسي معادلة للوظائف التنافسية بالنسبة إلى منفعتها للعملاء، ومديري البرامج، وممولى خدمات إعادة التأهيل، والمجتمع ككل. ويرتكز نموذج التوظيف والدعم الفردي إلى الحجة القائلة بأن العملاء أنفسهم يفضلون الوظائف التنافسية أكثر بكثير من الوظائف غير التنافسية (47). فضلاً عن ذلك، ارتبطت فترة ثابتة من التوظيف التنافسي بنتائج غير مهنية أفضل في بعض الدراسات (41، 48)، في حين لم يظهر ذلك بالوضوح ذاته بالنسبة إلى الوظائف غير التنافسية. وعليه، نفترض أن حسنات الوظائف التنافسية يتم تقييمها أفضل تقييم في الدراسات الطويلة الأمد (49). إلا أن عدداً من الدراسات في هذه المراجعة وجدت أن التدخلات المضبوطة كانت بالفاعلية نفسها التي كان عليها نموذج التوظيف والدعم الفردي في تحقيق إطار من نتائج التوظيف المدفوع عندما يتم احتساب الوظائف غير التنافسية. أخيراً، يجب الأخذ في الاعتبار أيضاً التكاليف المرتبطة بتطوير برامج الوظائف غير التنافسية والحفاظ عليها، حيث يشير الدليل السردي إلى أن التكاليف غالباً ما تكون ضخمة (15). ناهيك عن أن العبء المجتمعي المرافق لتطوير الوظائف غير التنافسية والحفاظ عليها ليس مستداماً على نطاق واسع، حيث يتحمل الدعم الحكومي عادة التكاليف كاملة بدلاً من أن يتحملها القطاع الخاص ولا يدفع العملاء عادة الضرائب على الوظائف غير التنافسية.

يعتقد أن معدلات التسرب المتدنية في دراسات نموذج التوظيف والدعم

تشير التقييمات الصارمة لنموذج IPS إلى أن 60% أو أكثر من عملاء النموذج حصلوا على وظائف تنافسية، مقارنة بحوالي 25% من الذين حصلوا على مساعدة مهنية من نوع آخر. تقضي إحدى التفسيرات باعتبار أن حوالي 25% من العملاء الذين أبدوا اهتماماً بالحصول على وظيفة تنافسية سيحصلون على وظيفة في برامج متنوعة غير ذات فاعلية أو قد لا يحصلون على خدمات مهنية، لكن نموذج IPS ساعد 35% إضافية عن مجموعة الهدف التي كانت ستبقى من دون وظيفة. إن التأثير الكبير والمهم إحصائياً لنموذج IPS لا يحمل النقاش، وقد ثبت ذلك في الدراسات الـ 15 المختلفة. كما توحى مقاييس الوظائف التنافسية بفاعلية النموذج بما فيها فترة الانتظار حتى الوظيفة الأولى ومدة الوظيفة وعدد الساعات خلال مرحلة المتابعة. يعمل معظم عملاء النموذج نصف دوام؛ أي نصف الوقت الكامل، ويعمل ثلثي هؤلاء الذين نالوا وظيفة تنافسية 20 ساعة أو أكثر في الأسبوع. يعمل قلة من المشاركين في النموذج بدواماً كاملاً، وذلك بسبب تفضيلاتهم الشخصية أو قلة الاندفاع و/أو الخوف من خسارة الضمان الصحي أو منافع أخرى. وتماشياً مع مبدأ البحث السريع عن العمل، تبلغ فترة الانتظار حتى الحصول على الوظيفة التنافسية الأولى للمشاركين في النموذج حوالي 10 أسابيع أقل من الضوابط. ويبلغ متوسط فترة العمل في الوظيفة الأولى للمشاركين في النموذج (19 أسبوعاً) لكنها طويلة إذا ما قورنت بكونها في إطار البحث السريع عن عمل.

تتقدم هذه المراجعة عن المراجعات السابقة في نواح عدة. أولاً، تتمتع بأكبر وأحدث مجموعة من التجارب السريرية المضبوطة العشوائية. ثانياً، توسع نطاق النتائج التي تم تقييمها. ثالثاً، تنحصر في التقييمات الصارمة لبرامج IPS، وتتيح صورة أوضح لمنافعه. رابعاً، إنها المراجعة الأولى لمقارنة منهجية بين دراسات أمريكية وغير أمريكية.

لا شك أن بعض التحذيرات واجبة حول إضمام الدراساتتين الأولىين والتي تحددتا كناشز إحصائي (29، 34). تنحرف دراسة ماريلاند (34) بشكل واضح عن الدراسات الأخرى للنموذج حيث أنها الدراسة الوحيدة بين المراجعات التي لم تفرض على المشاركين أن تكون لديهم النية والهدف في الحصول على وظيفة تنافسية. وقد بدا أن الكثير من المشاركين انضموا إلى الدراسة للحصول على المبلغ الذي يدفع نظير المشاركة لا لأنهم أرادوا الحصول على وظيفة. تتناسق نتائج التوظيف التنافسي الضعيفة في

من جودة التقييم النهائي بشكل كبير. ونلاحظ أن كل دراسات الولايات المتحدة إما أجراها مطورو نموذج التوظيف والدعم الفردي أو قدموا فيها استشارتهم، في حين أن ثلث الدراسات الأخرى فقط (7,38) تلقت مساهمة من مطوري النماذج. ويرجح أن تكون المسافة الجغرافية عاملاً في هذا الفارق.

يصعب بشكل عام تقييم جودة تطبيق الدراسات التي جرت خارج الولايات المتحدة نتيجة عدم توافر تفاصيل العملية المذكورة في التقارير التي تنشرها. وقد أشارت دراستان متعددتا المواقع من خارج الولايات المتحدة إلى أمانة دون معايير في عدد قليل من المواقع (7,27).

كيف نفسر التصنيفات المرتفعة لأمانة نموذج التوظيف والدعم الفردي المذكورة في دراسة (29) بريطانية؟ نلاحظ أن هذه التصنيفات لم توضع من قبل مقيمين ملمين بنموذج التوظيف والدعم الفردي، وقد أظهر عدد كبير من البحوث أن التصنيفات الذاتية التي يقوم بها موظفو المشروع أنها غالباً ما تكون مضخمة (55). ونظراً للارتباط الوثيق بين أمانة نموذج التوظيف والدعم الفردي ونتيجة التوظيف التنافسي (14)، نقترح أن يتم حصر المراجعات المستقبلية لتقييمات برامج نموذج التوظيف والدعم الفردي ذات الأمانة المرتفعة، وذلك بعد قيام مراجعي الأمانة المستقلين بالتحقق.

إن المسألة الأكبر المتعلقة بتطوير الممارسة المرتكزة على دليل -أسباب عملية ومن أجل الصلابة العلمية- تتمثل في الأهمية القصوى لوجود كوادرات مدربة تدريباً كافياً ولتوافر المساعدات التقنية الملائمة. وفي حين أن مجال علوم التطبيق ما زال في مرحلته الأولى (56)، بدأت نتائج عامة جديدة في الظهور. وقد سهلت المساعدة التقنية على الانتشار الواسع النطاق لنموذج التوظيف والدعم الفردي في الولايات المتحدة (57). ففي غياب المساعدة التقنية لنموذج التوظيف والدعم الفردي، كانت نتائج الانتشار متواضعة في أغلب الأحيان (58-61). وقد دفعت الحاجة الماسة إلى التدريب وتوفير الجودة في تطبيق نموذج البرنامج بمطوري النماذج الأخرى المعتمدة على الدليل إلى الإصرار على موافقة المستخدم على أنظمة التدريب والمساعدة التقنية لضمان جودة التطبيق (62). وقد وضع بيكبير وآخرون (63) توجيهات تحدد الوقت الذي يحتم التدخل، فاقترحوا أن يتم اعتبار البرامج ذات معدل التوظيف التنافسي الفصلي ما دون 33 بالمائة برامج ما زالت في المرحلة الابتدائية أو برامج فاشلة وبحاجة إلى مساعدة تقنية.

ولا شك في أن التأثير المفرط لمطوري النماذج على تقييمات نموذجهم الخاص كان موضع نقد لكونه يشكل تحيزاً مؤيداً للعلاج (64). وهذا يشي بالحاجة المتواصلة إلى تدريب جيل جديد من خبراء نموذج التوظيف والدعم الفردي لإجراء دراسات مستقلة عن مطوري النماذج، وهو عمل بدأ بالفعل وتمثل في مجموعة الدراسات هذه.

باختصار، إن السؤال عن قابلية نقل نموذج التوظيف والدعم الفردي إلى خارج الولايات المتحدة يبقى دون إجابة. ففي حين أن الدراسات المنشورة تقترح أن قوانين العمل والإعاقة في بعض البلدان الأوروبية قد تجعل من نسخ IPS عملية صعبة، فثمة دلائل على أن نموذج التوظيف والدعم الفردي قابل للنقل إلى بلدان أخرى مثل أستراليا وهونغ كونغ في الصين. في الختام، قبل الاستنتاج بأنه يجب إخضاع نموذج التوظيف والدعم الفردي لتعديلات جذرية في الدول الأخرى، يجب أن يتم توفير التدريب والإرشاد الكافي لبرامج نموذج التوظيف والدعم الفردي من أجل تطبيق النموذج بقدر عالٍ من الأمانة.

الفردية مستفزة. فهي أولاً مناقضة لمراجعة سابقة تشير إلى معدلات عالية من التسرب بين عملاء التوظيف المدعومين (3). وبالانساق مع عنصر الانتشار الحاسم للنموذج، تتسم برامج نموذج التوظيف والدعم الفردي بمعدلات تسرب منخفضة بشكل استثنائي تعادل ما يقل عن 10 بالمائة في معظم الدراسات. وبالعكس، غالباً ما تشير الدراسات إلى معدلات تسرب عالية للضوابط. ويطرح التباين في معدلات الإنهاء لنموذج التوظيف والدعم الفردي ومجموعات الضوابط سؤلاً مختلفاً، وهو ما إذا كان من الممكن تعزية نتائج التوظيف الأعلى لنموذج التوظيف والدعم الفردي إلى التناقص. بمعنى آخر، هل ستدعم نتائج النية للمعالجة لنموذج التوظيف والدعم الفردي المذكورة أعلاه تحليل التعرض للعلاج؟ فإما لو أعيدت التحاليل مع إزالة حالات التسرب من البرنامج؟ وجدت إحدى الدراسات التي أجري عبرها هذا التحليل أن نموذج التوظيف والدعم الفردي تجاوز الضوابط في المقارنات التي استثنيت حالات التسرب (32). إلا أن تحاليل التعرض للعلاج لم تذكر في الدراسات الأخرى. ولا شك أنه يمكن القول بأن ضوابط المتسربين تسربوا لأنهم اعتبروا التدخل المضبوط غير فعال. وعليه، يتضح من ذلك أن هذه المسألة تستلزم المزيد من الدراسة.

إن الالتحاق بنموذج التوظيف والدعم الفردي بحد ذاته لا يحسن النتائج غير المهنية إلى ما هو أفضل من الخدمات العادية. فالنتائج غير المهنية المحسنة لا تتراكم إلا للعملاء الذين يعملون بصورة ثابتة لفترة ما في وظيفة تنافسية (48). وهذه العلاقات تتطلب مزيداً من البحث ضمن الدراسات الطويلة.

إن الاهتمام العالمي بنموذج التوظيف والدعم الفردي هو نتيجة النسبة المرتفعة لدراسات نموذج التوظيف والدعم الفردي التي تجرى خارج الولايات المتحدة منذ عام 2007. أما إحدى النتائج الجديدة لهذه المراجعة فهي أن معدلات التوظيف التنافسية هي أقوى في دراسات الولايات المتحدة منها في الدراسات الأخرى. وتحديداً، أظهرت الدراسات الأوروبية والكندية نتائج أضعف من دراسات الولايات المتحدة، في حين أن نتائج دراسات هونغ كونغ وأستراليا كانت مشابهة لدراسات الولايات المتحدة. وسيكون من المهم بالنسبة إلى صناعات السياسات ومزودي الخدمات فهم الأسباب في ظل استمرار نشر نموذج التوظيف والدعم الفردي عالمياً (50). وقد أرجع السبب في انخفاض فاعلية نموذج التوظيف والدعم الفردي، وتحديداً في أوروبا، إلى سياسات العمل والإعاقة التي يمكن أن تعرقل العودة إلى العمل، على سبيل المثال ما يشير إليه برنز وآخرون (7) «فخ الإعاقة». وتصف دراسة سويدية قائمة حالياً لنموذج التوظيف والدعم الفردي القصور البيروقراطي والعراقيل السلوكية داخل نظام الرعاية الاجتماعية السويدية التي تحول دون توفير خدمات نموذج التوظيف والدعم الفردي بشكل فعال (51). كذلك وصفت دراسة هولندية التحديات في تطبيق نموذج التوظيف والدعم الفردي (52). وترى الدراسات النوعية أن هذه العراقيل ضخمة وإلى حد ما تمثل تحديات غير موجودة في الولايات المتحدة. وقد طبق رواد نموذج التوظيف والدعم الفردي في عدة بلدان أخرى استراتيجيات للتغلب على تلك العراقيل (53,54). وثمة حاجة إلى المزيد من الدراسات الدولية لفحص طبيعة عوامل السياسات هذه وقوتها وتحديد التعديلات اللازمة. وفي الوقت الراهن، لم يجر إلا القليل من التجارب العشوائية المضبوطة للتوصل إلى استنتاجات قوية حول تأثير العوامل السياسية والعوامل الاقتصادية والثقافية والمجتمعية.

إن تفسيراً بديلاً لنتائج التوظيف الأكثر ضعفاً في عدد من دراسات نموذج التوظيف والدعم الفردي التي جرت خارج الولايات المتحدة يتمثل في غياب الدعم التقني والتدريب الكافي للموظفين، مما يؤدي إلى تطبيق بدون معايير. فالأمانة غير الكافية تنتقص من فاعلية البرنامج وتنازل

21. McFarlane WR, Dushay RA, Deakins SM et al. Employment outcomes in Family-aided Assertive Community Treatment. *Am J Orthopsychiatry* 2000;70:203-14.
22. Test MA, Allness DJ, Knoedler WH. Impact of seven years of assertive community treatment. Presented at the American Psychiatric Association Institute on Psychiatric Services, Boston, October 1995.
23. Macias C, Rodican CF, Hargreaves WA et al. Supported employment outcomes of a randomized controlled trial of ACT and clubhouse models. *Psychiatr Serv* 2006;57:1406-15.
24. Rogers ES, Anthony WA, Lyass A et al. A randomized clinical trial of vocational rehabilitation for people with psychiatric disabilities. *Rehabil Counsel Bull* 2006;49:143-56.
25. Shafer M. Employment Intervention Demonstration Project: Arizona site. Unpublished paper, 2005.
26. Tsang HW, Chan A, Wong A et al. Vocational outcomes of an integrated supported employment program for individuals with persistent and severe mental illness. *J Behav Ther Exper Psychiatry* 2009;40:292-305.
27. Michon HW, van Vugt M, van Busschbach J. Effectiveness of Individual Placement and Support; 18 & 30 months follow-up. Presented at the Enmesh Conference, Ulm, June 2011.
28. Davis LL, Leon AC, Toscano R et al. A randomized clinical trial evaluating the impact of supported employment among veterans with posttraumatic stress disorder. *Psychiatr Serv* (in press).
29. Heslin M, Howard L, Leese M et al. Randomized controlled trial of supported employment in England: 2 year follow-up of the Supported Work and Needs. *World Psychiatry* 2011;10:132-7.
30. Nuechterlein KH. Individual placement and support after an initial episode of schizophrenia: the UCLA randomized controlled trial. Presented at the International Conference on Early Psychosis, Amsterdam, November 2010.
31. Mueser KT, Clark RE, Haines M et al. The Hartford study of supported employment for persons with severe mental illness. *J Consult Clin Psychol* 2004;72:479-90.
32. Bond GR, Salyers MP, Dincin J et al. A randomized controlled trial comparing two vocational models for persons with severe mental illness. *J Consult Clin Psychol* 2007;75:968-82.
33. Drake RE, McHugo GJ, Becker DR et al. The New Hampshire study of supported employment for people with severe mental illness: vocational outcomes. *J Consult Clin Psychol* 1996;64:391-9.
34. Lehman AF, Goldberg RW, Dixon LB et al. Improving employment outcomes for persons with severe mental illness. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:165-72.
35. Nuechterlein KH, Subotnik KL, Turner LR et al. Individual Placement and Support for individuals with recent-onset schizophrenia: integrating supported education and supported employment. *Psychiatr Rehabil J* 2008;31:340-9.
36. Drake RE, Becker DR, Anthony WA. The use of a research induction group in mental health services research. *Hosp Commun Psychiatry* 1994;45:487-9.
37. Drake RE, McHugo GJ, Bebout RR et al. A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental illness. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:627-33.
38. Latimer E, Lecomte T, Becker D et al. Generalisability of the individual placement and support model of supported employment: results of a Canadian randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2006;189:65-73.
1. Becker DR, Drake RE. A working life for people with severe mental illness. New York: Oxford University Press, 2003.
2. Drake RE, Bond GR, Becker DR. IPS supported employment: an evidence-based approach. New York: Oxford University Press (in press).
3. Bond GR, Drake RE, Mueser KT et al. An update on supported employment for people with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 1997;48:335-46.
4. Bond GR, Becker DR, Drake RE et al. Implementing supported employment as an evidence-based practice. *Psychiatr Serv* 2001; 52:313-22.
5. Bond GR. Supported employment: evidence for an evidencebased practice. *Psychiatr Rehabil J* 2004;27:345-59.
6. Bond GR, Drake RE, Becker DR. An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatr Rehabil J* 2008;31:280-90.
7. Burns T, Catty J, Becker T et al. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet* 2007;370:1146-52.
8. Crowther RE, Marshall M, Bond GR et al. Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review. *BMJ* 2001; 322:204-8.
9. Kinoshita Y, Furukawa TA, Omori IM et al. Supported employment for adults with severe mental illness (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010;1:CA008297.
10. Kreyenbuhl J, Buchanan RW, Dickerson FB et al. The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): updated treatment recommendations 2009. *Schizophr Bull* 2010;36:94-103.
11. Twamley EW, Jeste DV, Lehman AF. Vocational rehabilitation in schizophrenia and other psychotic disorders: a literature review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Nerv Ment Dis* 2003;191:515-23.
12. Wang CC, Sung C, Hiatt E et al. Effectiveness of supported employment on competitive employment outcomes: a meta-analysis. Presented at the National Council of Rehabilitation Educators, Los Angeles, April 2011.
13. Burns T. Models of community treatments in schizophrenia: do they travel? *Acta Psychiatr Scand* 2000;102(Suppl. 407):11-4.
14. Bond GR, Becker DR, Drake RE. Measurement of fidelity of implementation of evidence-based practices: case example of the IPS Fidelity Scale. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2011;18: 126-41.
15. Black BJ. Work and mental illness: transitions to employment. Baltimore: Johns Hopkins Press, 1988.
16. Bond GR, Campbell K, Drake RE. Domains of employment measurement in Individual Placement and Support research. *Psychiatr Serv* (in press).
17. Lipsey MW. Design sensitivity. Newbury Park: Sage, 1990.
18. Bond GR, Dietzen LL, McGrew JH et al. Accelerating entry into supported employment for persons with severe psychiatric disabilities. *Rehabil Psychol* 1995;40:91-111.
19. Chandler D, Meisel J, Hu T et al. A capitated model for a crosssection of severely mentally ill clients: employment outcomes. *Commun Ment Health J* 1997;33:501-16.
20. Gervey R, Bedell JR. Supported employment in vocational rehabilitation. In: Bedell JR (ed). *Psychological assessment and treatment of persons with severe mental disorders*. Washington: Taylor & Francis, 1994:151-75.

- Organization and Management 2011;25:332-45.
52. van Erp NH, Giesen FB, van Weeghel J et al. A multisite study of implementing supported employment in the Netherlands. *Psychiatr Serv* 2007;58:1421-6.
 53. Boyce M, Secker J, Floyd M et al. Factors influencing the delivery of evidence-based supported employment in England. *Psychiatr Rehabil J* 2008;31:360-6.
 54. Waghorn GR, Collister L, Killackey E et al. Challenges to implementing evidence-based supported employment in Australia. *Journal of Vocational Rehabilitation* 2007;27:29-37.
 55. Lee N, Cameron J. Differences in self and independent ratings on an organisational dual diagnosis capacity measure. *Drug and Alcohol Review* 2009;28:682-4.
 56. Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA et al. Implementation research: a synthesis of the literature. Tampa: University of South Florida, 2005.
 57. Becker DR, Drake RE, Bond GR et al. A mental health learning collaborative on supported employment. *Psychiatr Serv* 2011;62: 704-6.
 58. Bond GR. Modest implementation efforts, modest fidelity, and modest outcomes. *Psychiatr Serv* 2007;58:334.
 59. Liu HH. Policy and practice: an analysis of the implementation of supported employment in Nebraska. Dissertation, University of Nebraska, Lincoln, 2011.
 60. McGrew JH. Final report to SECT Center: IPS fidelity survey of supported employment programs in Indiana. Indianapolis: Indiana University-Purdue University Indianapolis, 2008.
 61. Menear M, Reinhartz D, Corbière M et al. Organizational analysis of Canadian supported employment programs for people with psychiatric disabilities. *Soc Sci Med* 2011;72:1028-35.
 62. Schoenwald SK, Heiblum N, Saldana L et al. The international implementation of multisystemic therapy. *Evaluation and the Health Professions* 2008;31:211-25.
 63. Becker DR, Drake RE, Bond GR. Benchmark outcomes in supported employment. *Am J Psychiatr Rehabil* 2011;14:230-6.
 64. Jacobson NS. The role of the allegiance effect in psychotherapy research: controlling and accounting for it. *Clinical Psychology: Science and Practice* 1999;6:116-9.
 65. Killackey E, Jackson HJ, McGorry PD. Vocational intervention in first-episode psychosis: individual placement and support v. treatment as usual. *Br J Psychiatry* 2008;193:114-20.
 39. Gold PB, Meisler N, Santos AB et al. Randomized trial of supported employment integrated with assertive community treatment for rural adults with severe mental illness. *Schizophr Bull* 2006;32:378-95.
 40. Wong KK, Chiu R, Tang B et al. A randomized controlled trial of a supported employment program for persons with long-term mental illness in Hong Kong. *Psychiatr Serv* 2008;59:84-90.
 41. Burns T, Catty J, White S et al. The impact of supported employment and working on clinical and social functioning: results of an international study of Individual Placement and Support. *Schizophr Bull* 2009;35:949-58.
 42. Twamley EW, Narvaez JM, Becker DR et al. Supported employment for middle-aged and older people with schizophrenia. *Am J Psychiatr Rehabil* 2008;11:76-89.
 43. Campbell K. Employment rates for people with severe mental illness in the UK not improved by 1 year's individual placement and support. *Evidence-Based Mental Health* 2010;doi:10.1136/ebmh1090.
 44. Latimer E. An effective intervention delivered at subtherapeutic dose becomes an ineffective intervention. *Br J Psychiatry* 2010;196: 341-2.
 45. Howard LM, Heslin M, Leese M et al. Supported employment: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2010;196:404-11.
 46. Friedman MJ, Rosenheck RA. PTSD as a persistent mental illness. In: Soreff S (ed). *The seriously and persistently mentally ill: the state-of-the-art treatment handbook*. Seattle: Hogrefe & Huber, 1996:369-89.
 47. Bedell JR, Draving D, Parrish A et al. A description and comparison of experiences of people with mental disorders in supported employment and paid prevocational training. *Psychiatr Rehabil J* 1998;21:279-83.
 48. Bond GR, Resnick SG, Drake RE et al. Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness? *J Consult Clin Psychol* 2001;69:489-501.
 49. Penk W, Drebing CE, Rosenheck RA et al. Veterans Health Administration transitional work experience vs. job placement in veterans with co-morbid substance use and non-psychotic psychiatric disorders. *Psychiatr Rehabil J* 2010;33:297-307.
 50. Rinaldi M, Killackey E, Smith J et al. First episode psychosis and employment: a review. *Int Rev Psychiatry* 2010;22:148-62.
 51. Hasson H, Andersson M, Bejerholm U. Barriers in implementation of evidence-based practice: supported employment in Swedish context. *Journal of Health*

الجدول ٢ القياسات النفسية المرضية ما قبل العلاج وبعده وخلال المتابعة (متوسط \pm انحراف معياري)

المقياس	العلاج السلوكي المعرفي (16=n)	العلاج العادي (12=n)	F (df = 25)	p	η^2	أحجام آثار ما بين الطرفين
ما قبل العلاج						
PSS	26.8 \pm 10.0	22.7 \pm 12.4	0.93	0.34	0.03	-0.36 (95% CI: -0.40-1.11)
BDI-II	22.3 \pm 13.4	17.8 \pm 14.7	0.71	0.41	0.03	-0.31 (95% CI: -0.44-1.06)
ICG	24.3 \pm 10.2	24.2 \pm 10.1	1.32	0.26	0.05	0.01 (95% CI: -0.74-0.76)
ما قبل العلاج						
PSS	4.1 \pm 8.0	12.3 \pm 8.4	13.49	0.001	0.35	0.96 (95% CI: 0.17-1.75)
BDI-II	3.2 \pm 8.7	11.3 \pm 11.3	10.12	0.004	0.29	0.81 (95% CI: 0.03-1.58)
ICG	10.7 \pm 5.8	15.2 \pm 9.3	14.52	.001	0.37	0.58 (95% CI: -0.18-1.35)
خلال المتابعة						
PSS	7.5 \pm 11.1	15.2 \pm 13.1	8.63	0.007	0.26	0.62 (95% CI: -0.14-1.39)
BDI-II	6.4 \pm 12.2	11.0 \pm 11.6	11.15	0.003	0.31	0.37 (95% CI: -0.38-1.13)
ICG	11.5 \pm 7.2	14.8 \pm 9.4	10.94	0.003	0.30	0.38 (95% CI: -0.37-1.38)

أهمية العمر عند بدء مقارنة السوابق المرضية العائلية والنتائج السريرية لدى 1665 مريض باضطراب ثنائي القطب من النوع الأول في بلدان مختلفة

ROSS J. BALDESSARINI^{1,2}, LEONARDO TONDO^{1,2,3}, GUSTAVO H. VÁZQUEZ^{2,4}, JUAN UNDURRAGA^{1,5}, LORENZA BOLZANI^{2,6}, AYSEGUL YILDIZ^{2,7}, HARI-MANDIR K. KHALSA², MASSIMO LAI⁸, BEATRICE LEPRI³, MARIA LOLICH⁴, PIER MARIO MAFFEI⁶, PAOLA SALVATORE^{1,2,9}, GIANNI L. FAEDDA^{2,10}, EDUARD VIETA^{2,5}, MAURICIO TOHEN^{2,11}

¹Department of Psychiatry, Harvard Medical School, Boston, MA, USA; ²International Consortium for Bipolar Disorder Research, McLean Hospital, Belmont, MA, USA; ³Lucio Bini Mood Disorder Center, Cagliari, Italy; ⁴Department of Neuroscience, Palermo University, Buenos Aires, Argentina; ⁵Department of Psychiatry, Hospital Clinic, University of Barcelona, IDIBAPS, CIBERSAM, Barcelona, Spain; ⁶Viarnetto Psychiatric Clinic, Lugano, Switzerland; ⁷Department of Psychiatry, Dokuz Eylül University, Izmir, Turkey; ⁸Clinique Lyon-Lumière, Lyon, France; ⁹Section of Psychiatry, Department of Neuroscience, University of Parma, Italy; ¹⁰Lucio Bini Mood Disorders Center, New York, NY, USA; ¹¹Department of Psychiatry, University of Texas Health Science Center, San Antonio, TX, USA

ارتبطت البداية المبكرة للاضطراب ثنائي القطب بارتفاع الخطر العائلي بشكل عام وسلبية النتائج السريرية. جمعنا بيانات من سبعة مراكز دولية لتحليل العلاقة بين السوابق العائلية المرضية والإجراءات الوظيفية ودرجة المراضة لدى الراشدين في سن البداية أو في سن بداية الطفولة (دون الـ12 سنة) أو المراهقة (18-12) أو في سنوات الرشد (55-19). توزعت بدايات الحالة لدى 1665 راشداً يعانون من اضطراب ثنائي القطب بحسب دليل التشخيص والإحصاء 4 على النحو الآتي: 5% في الطفولة و28% في المراهقة و53% في سنوات الذروة أي بين الـ15 والـ25 سنة. لم يكن هناك من فرق بين البداية في المراهقة أو في سنوات الرشد من حيث الأعراض المرضية (عدد النوبات في السنة، النسبة المئوية لأشهر المرض، المراضة المشتركة، الاستشفاء، محاولات الانتحار) أو السوابق العائلية المرضية. وأتت مؤثرات النتائج الوظيفية الإيجابية لدى الراشدين (الوظيفة، الاستقلالية، الزواج والأطفال، بالإضافة إلى مقياس مركب يشمل التحصيل الدراسي) بالترتيب التالي بحسب بداية الحالة: سنوات الرشد > المراهقة > الطفولة. وبمقارنة الحالات التي كانت فيها البداية في الطفولة بتلك التي كانت فيها البداية في المراهقة، نجد أن الأولى شملت عدداً أكبر من النوبات في السنة ونسبة أكبر لتعدد الأمراض. وكانت السوابق العائلية أكثر شيوعاً في الحالات التي بدأت في الطفولة، ومتساوية في الحالات التي بدأت بين الـ12 والـ16 سنة، وتراجعت بشكل ملحوظ بعد ذلك. ودعمت النماذج المتعددة الظن بأن السوابق العائلية والنتائج الوظيفية (وليس العرضية) الضعيفة أن النتائج مرتبطة بالبداية المبكرة للحالة، وبالأخص في الطفولة. وارتبطت البداية المبكرة بنتائج وظيفية ضعيفة أكثر من انتشار الأعراض المرضية مع نتائج إيجابية أقل ونسبة أعلى في السوابق العائلية.

الكلمات الرئيسية: الاضطراب ثنائي القطب، الحالة الوظيفية لدى الراشدين، درجة المراضة، العمر عند البداية، النتيجة (عالم طب النفس 40:11:2012:46)

حين تم تقييم عينات كبيرة من المستلفتين المصابين بالنوع الأول من الثنائية القطبية بهذه الطريقة، بينت فئات البداية العمرية ثلاثة مجموعات مستقلة غاوسية شبه طبيعية مع متوسط الأعمار على النحو التالي: 17.1 ± 1.7 و 25.3 ± 1.8 و 38.0 ± 4.3 سنة (16-21). تجدر الإشارة إلى أن نتائج هذه الدراسات أتت شبيهة بدراسات عدة في مناطق جغرافية مختلفة (بما في ذلك كندا وفرنسا وإيطاليا والولايات المتحدة ووايلز) مما يشير إلى بعض الاتساق على الرغم من التباين الإثنى والسريري المحتمل. لكن مساهمة كل من المجموعات الثانوية الحسابية الثلاثة اختلفت بشكل كلي (36 إلى 80% إلى 7 إلى 39% إلى 13 إلى 25% على التوالي). لكن عادة المجموعة الثانوية الأصغر سناً كانت طاغية وارتبطت بقياسات سريرية متضاربة عدة.

أشارت معظم الأبحاث السابقة إلى أن حالات الاضطراب ثنائي القطب التي تلي البداية التي تسبق سن الرشد قد تكون حادة بشكل خاص. وتتميز هذه الحدية بحسب الحالات المسجلة بنسبة مرتفعة نسبياً في الدورات السريعة أو في المرض المزمن أو السمات الذهانية والقلبية البارزة أوفى حاله إدمان مواد معينة وتكون ذو استجابة محدودة لعلاج تثبيت المزاج بالمقارنة مع الحالات التي تبدأ بعد بلوغ سن الرشد (24-4.5, 7.22). أما النتائج الضعيفة فقد تعكس: أ) مرض طويل الأمد وحاد بعد البداية المبكرة، ب) آثار تأخير مطول أو رفض للعلاج في الطفولة والمراهقة، ج) انطباعات ناتجة عن المرض في سنوات مبكرة لم يتم التعبير عنها بشكل واضح في

يتراوح عمر بداية الاضطراب ثنائي القطب من النوع الأول (BPD) عادةً ما بين الـ12 والـ24 سنة، ويرتفع لدى المصابين بالنوع الثاني، ويرتفع أكثر لدى المصابين باضطراب اكتئابي حاد أحادي القطب (1-3). وتختلف أعمار بدايات الحالات المسجلة بحسب أساليب الإنبات وربما بحسب البلدان والثقافات المختلفة (1-6). وتعتبر حالات البداية المبكرة في الطفولة أو المراهقة مهمة بشكل خاص لأنها تساعد على تحديد المجموعات الثانوية. ويبدو أن البداية المبكرة شائعة، وتتراوح بحسب الحالات المسجلة ما بين 39 و65% من العينات التي تشمل مرضى قيمت حالتهم كفاعلين أو راشدين (7-2.4). ويمثل المصابون بالاضطراب ثنائي القطب ذات البداية المبكرة نمطاً ظاهرياً مثيراً للاهتمام للأبحاث الجينية والطبية الحيوية بشكل عام كما أنه ذات أهمية سريرية محتملة (8-11). تأتي الأهمية الجينية جزئياً من النسب العالية نسبياً للاضطرابات المزاجية العائلية في حالات الاضطراب ثنائي القطب بشكل عام وفيما يتعلق بالبداية المبكرة بشكل خاص (5-11). وتشكل الحالات المبكرة أيضاً تحديات من حيث التعرف المبكر على الاضطراب وتوقع تطوره وعلاج المرضى اليافعين الذين قد يختلف علاجهم عن الراشدين عندما يتأخر التشخيص والعلاج لديهم لسنوات (15-7.12).

طبق عدد من الباحثين الطريقة الإحصائية لتحليل مزيج من توزيع البداية على فئات عمرية عدة، فتركز الجزء الأكبر من النتائج على المراهقة وسنوات الرشد الأولى مع امتداد بنسبة أقل في الأعمار الأصغر (21-16).

متلازمة يمكن تقييمها سريريًا بحسب السوابق المرضية للمريض وإفادات أفراد عائلته وسجله الطبي. تم توزيع سنوات البداية إلى مجموعات ذات أهمية سريرية: الطفولة (أقل من 12 سنة) والمراهقة (12-18 سنة) وسنوات الرشد (أكثر من 19 سنة) حيث اعتمد على سن البداية ليكون مقياس مستمر. لتقييم معدلات السوابق المرضية العائلية تم جمع كل الحالات مع المجموعات الثانوية التي تشكلت بعد عقود من سن البداية بالإضافة إلى الطفولة والمراهقة وسنوات الرشد الأولى والأعمار المتقدمة.

التقييمات

درسنا بشكل مستمر وكمقياس لدرجة المراضة العرضية المعدل السنوي (عدد النوبات في السنة) لنوبات الاضطراب ثنائي القطب (الهوس أو الهوس الخفيف، الاكتئاب الحاد، الحالات المختلطة، الذهان) من بداية المرض، بالإضافة إلى تقدير النسبة المئوية لأشهر المرض في السنة خلال فترة المراقبة الممتدة على مدار سنتين. اشتملت الدراسة على مقياس سريرية فئوية عدة: وجود أي مراضه مشتركة من المحور الأول من دليل التشخيص والإحصاء الرابع من اضطراب نفسي أو إدمان؛ أعراض نهائية ظهرت في وقت ما؛ دخول مستشفى للأمراض النفسية في أي وقت؛ محاولات انتحار محتملة. وأخذت النتائج الوظيفية والاجتماعية التالية بعين الاعتبار: إتمام المرحلة الثانية في الدراسة أو تحصيل تعليم عال، الزواج، الإنجاب، أن يصبح المريض موظفًا منتجًا أو طالب أو رب منزل في المتابعة الأخيرة، الاستقلالية في الحياة، مع توزيع مركب على الفئات بناءً على المقياس الوظيفية المذكورة. اعتمدت هذه الأخيرة على مجموع المعدلات التي قد تم تقييمها على النحو الآتي: أداء وظيفة (10 نقاط)، الاستقلالية (5 نقاط)، الزواج (نقطتان)، الإنجاب (نقطة)، إتمام الثانوية (نقطة واحدة). وتم تحديد «النتيجة الوظيفية الضعيفة» بمجموع صفر في العلامات. كما قمنا بتقييم السوابق العائلية في الأمراض النفسية (اضطرابات عاطفية أو إدمان) لدى الأقرباء من الدرجة الأولى.

تحليل البيانات

قمنا بمقارنة تلك المقياس السريرية في سن بداية الطفولة (دون الـ12 سنة) أو المراهقة (12-18 سنة) أو الشباب (حتى 18 سنة) أو سنوات الرشد (19 سنة وما فوق). وقورنت معدلات السوابق العائلية المرضية في المجموعة الثانوية نفسها من خلال عقود بداية الاضطراب. وتركز تقييم النتائج على المرضى الذين توبعوا في سن الـ25 وما بعد ذلك لإتاحة ظهور مؤشرات الإنجاز الوظيفي للراشدين وكانوا متابعين لمدة سنتين على الأقل لتجنب المبالغة في التقديرات بسبب فترات التعرض القصيرة (35)، وفي حالات البداية قبل سن الـ55 لتجنب الهوس الثانوي (36) التي شملت 1368 من الحالات (82.2% من المجموع). شمل التحليل التاريخي كافة الفئات العمرية. استخدمنا أيضًا مقارنات معتمدة على جدول الاحتمالات (X2) للحالات التي تلت بداية في الطفولة (دون الـ12 سنة) أو المراهقة (12-18 سنة) أو في الشباب بعد بلوغ سن الرشد (19-55 سنة) لمقارنتها بمقياس النتائج الفئوية. بالإضافة إلى ذلك، تمت مقارنة المقياس الدائمة التي تشمل سن البداية (log-normalized) وعدد النوبات في السنة ونسبة فترات المرض بالفئات العمرية عند البداية بأساليب ANOVA (F). تم إعطاء

النوبات بعد بلوغ سن الرشد، د) آثار مزعومة للاستقرار ناتجة عن مضادات الاكتئاب والمحفزات التي تُستخدم بشكل شائع لمعالجة الأطفال والمراهقين الذين تظهر عليهم عوارض سلوكية (7،12،13). ومن المحتمل أن تكون الاضطرابات ذات البداية المبكرة لاسيما في مرحلة الطفولة ذات أثر كبير على النضوج لاسيما على المستويات الوظيفية في سنوات الرشد (25). لكن لا تدعم كافة التقارير فرضية أن البداية المبكرة للثنائية القطبية تؤدي إلى مسار أكثر حدة أو نتائج أكثر سوءًا بالمقارنة مع البداية في سنوات الرشد (26-28). بالإضافة إلى ذلك، قدم تحليل المزيج إثباتًا على مجموعات ثانوية منفصلة لا تتناسب مع فترات النمو ذات الأهمية السريرية (طفولة، مراهقة، سنوات الشباب، العمر المتوسط، الشيخوخة).

أجرينا هذه الدراسة نظرًا لأهمية التحديد المبكر للحالات التي قد تكون حادة أو تعيق الحياة أو حتى قد تؤدي إلى الموت بعد بداية مبكرة، بالإضافة إلى ندرة وعدم اتساق المقارنات بين النتائج الوظيفية والعرضية الطويلة الأمد لدى عدد كبير من المرضى الذكور والإناث الذين يستوفون معايير التشخيص المتعارف عليها للاضطراب ثنائي القطب من النوع الأول، تتم متابعتهم بعد بلوغ سن الرشد وفي بيئات ثقافية مختلفة. سعينا للحد من آثار الاختلاف الجغرافي والثقافي من خلال جمع بيانات ديموغرافية وسريرية من 1665 مريضًا يستوفون معايير التشخيص بحسب دليل التشخيص والإحصاء الرابع كراشدين من سبعة اضطرابات مزاجية في الأرجنتين وإيطاليا وإسبانيا وسويسرا وتركيا والولايات المتحدة. وشملت فرضيات البحث: أ) البداية المبكرة قد تليها درجة مرضية أعلى بحسب معظم المقياس المتوفرة؛ ب) السوابق العائلية المرضية في الاضطرابات العاطفية تكون مرتبطة بشكل مستمر أو معكوس بسن البداية. وقمنا بالتخطيط بشكل خاص لتأخذ الدراسة بعين الاعتبار المقارنة بين البداية في الطفولة و البداية في المراهقة أو في سن الرشد ولتقارن بين مقياس النتائج الوظيفية والعرضية.

المناهج

المواضيع

جمعنا بيانات من 1665 مريضًا تم تشخيص الاضطراب ثنائي القطب لديهم في سن الرشد بحسب معايير دليل التشخيص والإحصاء الرابع في سبعة مواقع تابعة للاتحاد الدولي لأبحاث الاضطراب ثنائي القطب في مستشفى ماك لين في كلية الطب في هارفرد؛ مركز لوسيو بيني للاضطرابات المزاجية، كاجلياري، إيطاليا (586)؛ الشبكة الأرجنتينية للاضطرابات ثنائية القطب في جامعة باليرمو، بوينوس آيريس، الأرجنتين (328)؛ جامعة ماكلين، بوستون، ماساشوستس، الولايات المتحدة (215)؛ المستشفى الجامعي، بارشلونا، إسبانيا (204)؛ مستشفى فيارنيتو النفسي، لوغانو، سويسرا (174)؛ قسم طب النفس، جامعة دوكونز أيلول، إزمير، تركيا (134)؛ مركز الاضطرابات المزاجية للأطفال لوسيو بيني، نيويورك، الولايات المتحدة (24). سعت المراكز الأميركية إلى تعزيز تمثيل حالات البداية المبكرة من خلال اختيار حالات كانت البداية فيها قبل سن الـ18 (نيويورك) ومرضى في نوبتهم الأولى (بوستون) وتمت متابعتهم جميعًا في سنوات الرشد وفي أماكن أخرى. تم تقييم المرضى ومعالجتهم سريريًا ومتابعتهم من 3- إلى 5 سنوات على الأقل بالاعتماد على الأساليب المذكورة سابقًا (29-35).

تم تقييم المرضى بأثر رجعي لتقدير سن البداية وذلك استناد على أول

الجدول الأول: مقارنات بين أفراد راشدين مصابين بالنوع الأول من اضطراب ثنائي القطب كانت البداية لديهم في الطفولة أو المراهقة أو في سن الرشد

p	F أو X ²	مجموعات سن البداية			الحالات (عدد)
		راشدون (19-55)	مراهقون (12-18)	أطفال (12<)	
0.003	11.6	980	335	53	النسبة المئوية للنساء
		57.4	53.1	34.0	سن البداية (سنوات)
0.0001 <	-	30.2±10.2	169±1.78	7.94±2.03	المتوسط ± الانحراف المعياري
		(13.1) 28.0	(2.00) 16.0	(4.00) 8.00	الوسيط (المجال بين الربيعي)
0.0001 <	59.7	45.7±12.8	38.4±11.1	34.1±9.83	العمر الحالي (سنوات، المتوسط ± الانحراف المعياري)
0.0001 <	64.9	15.5±10.4	22.0±11.4	26.2±9.54	سنوات المرض (المتوسط ± الانحراف المعياري)
0.004	11.1	61.6	66.3	88.6	تاريخ العائلة العاطفي (%) ×
0.02	3.92	0.79±0.89	0.68±0.72	1.06±1.71	عدد النوبات في سنة (متوسط ± انحراف معياري) ×
0.07	2.69	33.7±32.7	39.7±35.4	46.9±41.1	عدد أشهر المرض في سنة (متوسط ± انحراف معياري)
0.31	2.35	81.3	86.2	82.9	الاستشفاء (%)
0.0001 <	24.8	53.5	38.9	16.2	ذهان (%)
0.11	4.45	20.4	27.8	27.3	محاولات انتحار (%)
0.06	5.71	57.4	54.1	90.9	مراضه مشتركة نفسية (%) ×
0.59	1.05	63.1	61.6	53.8	التعليم ≤ ثانوية (%)
0.0001 <	24.2	58.4	44.7	37.0	الزواج (%)
0.004	6.52	38.1	29.2	10.0	الإنجاب (%)
0.0001 <	28.2	71.8	62.0	37.5	الاتحاق بوظيفة (%)
0.0002	16.9	75.5	43.9	0.00	الاستقلالية (%)
0.0001 <	31.5	30.2	42.7	609	إعاقة وظيفية (%) ×

× مختلفة بشكل واضح بين المرضى ذات البداية في الطفولة بالمقارنة مع حالات البداية في المراهقة

المبكرة (83.1%)، وكانت متساوية بين الـ 12 والـ 39 سنة (بمتوسط 52.8% ± 60.7) وتراجعت في الحالات ذات البداية المتأخرة إلى 20% بعد الستين.

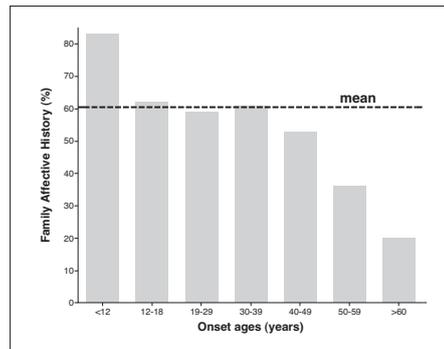
التحليل متعدد المتغيرات للعوامل المرتبطة بسن البداية

استخدمنا نماذج التراجع متعددة المتغيرات الخطية (سن البداية الفعلي) واللوجستية (البداية المبكرة مقابل البداية بعد بلوغ سن الرشد، والبداية في الطفولة مقابل البداية في المراهقة لاختبار الارتباط البارز والمستقل بين عوامل اخترتها وبين سن البداية (الجدول 2). ما يهمنا بشكل خاص هو اختبار الفرضية للتنبؤ الوظيفية والسوابق العائلية، لكن ليس كمقياس للمراضه العرضية (عدد النوبات في السنة)، التي ترتبط ببداية مبكرة. وتم تأكيد النظرية من خلال النموذجين. كما تم تأكيد الانطباع بأن النتائج كانت أقل إيجابية والسوابق العائلية أكثر بروزاً لدى الحالات ذات البداية في الطفولة بالمقارنة مع الحالات ذات البداية في المراهقة (الجدول 2).

مناقشة

تشير النتائج الحالية إلى أن عوامل ديموغرافية وسريرية ووظيفية عدة كانت مرتبطة بشكل متغير بسن البداية وذلك ضمن عينة كبيرة عالمية من مرضى النوع الأول من الاضطراب ثنائي القطب، بحسب دليل التشخيص والإحصاء الرابع. وحُصرت نتائج التحليل بالمرضى الذين كانت سن البداية لديهم دون الـ 55 سنة، وتمت متابعتهم لمدة سنتين على الأقل بعد بلوغ سن الرشد (≤ 25) للحد من الآثار المربكة الناتجة عن عدم النضوج وقصر مدة المراقبة (36) وخطر هوس ثانوي (37).

الوظيفية لدى الراشدين كانت أكبر لدى الرجال بالمقارنة مع النساء (خطر نسبي بحسب سن البداية المبكر/بعد سن الرشد هو 1.68 مقابل 1.17). كانت النتائج السابقة متشابهة بين المناطق الجغرافية التي شملتها الدراسة. لاسيما الالتحاق بوظيفة، الذي شكل قياساً للنتيجة الوظيفية، كان دائماً أقل في الحالات ذات البداية المبكرة (بمتوسط 1.37±0.16 مرة) في الولايات المتحدة ومراكز أخرى.



الصورة 2: نسبة الانتشار المئوية للسوابق العائلية في الاضطرابات العاطفية مقابل سن البداية بين 1665 فرداً يعانون من النوع الأول من اضطراب ثنائي القطب.

السوابق العائلية المرضية

تبين وتيرة الاضطرابات العاطفية أو الاضطرابات الناتجة عن الإدمان بين الأقارب من الدرجة الأولى ارتباطاً وثيقاً مع سن البداية بشكل عام (الصورة 2). ارتفعت نسبة انتشار السوابق العائلية بين الحالات ذات البداية

لدى اللذين يعانون من الاضطراب ثنائي القطب. ويمكن أن نشهد أيضًا عجزًا معرفيًا في حالات الاضطراب ثنائي القطب مما قد يؤدي إلى النتائج الوظيفية السلبية التي شاهدها والمرتبطة بالبداية المبكرة. مهما كانت أسس النتائج الضعيفة مع البداية المبكرة، نفترض أنه من المرجح أن يكون هناك تأخرًا في النمو مرتبط بالمرضاة.

يبدو مما ورد أعلاه أن نقص الإثباتات عن زيادة حدية المرآضة العرضية بين الحالات ذات البدايات الجديدة لمرضى يعانون من الاضطراب ثنائي القطب تمت متابعتهم لسنتين على الأقل بعد بلوغهم سن الرشد بدت غير متسقة في عدد كبير منها (24-4,7,22) ولكن ليس بمجملها (2-26). وقد تعكس هذه التباينات اختلافات في مجمل الحالات ذات بداية في الطفولة مقابل الحالات ذات بداية في المراهقة. وهناك عنصر محتمل آخر قد يكون متصلًا وهو أن معظم الدراسات حول البداية في الطفولة أو المراهقة اعتمدت على التشخيص والمرضية في سن مبكر مع اختلاف في تشخيص آخر بعد بلوغ سن الرشد، وقليلة هذه الدراسات التي شملت مقارنات مباشرة ونظامية لحالات ذات بداية مبكرة أو في مرحلة الرشد أو حالات ذات بداية في الطفولة مقابل أخرى ذات بداية في المراهقة. (4,7,23). ويبدو أيضًا أن المرضى المصابين بالاضطراب ثنائي القطب ذات البداية المبكرة، لاسيما في الطفولة، يظهرون تشخيصات غير مؤكدة ويميلون إلى الاختلاف عن أشكال الاضطراب ذات البداية في سنوات الرشد وذلك بغياب المعالم الواضحة للنوبات أو بمسار سريع التبدل عشوائي وزمن المرض مع نسب عالية للسمات الذهانية والمرآضة المشتركة التي تشمل اضطرابات مرتبطة بالقلق والانتباه والسلوك والإدمان (2, 3, 12, 19, 23, 24). كل هذه المؤشرات لدى الأفراد المصابين بالاضطراب ثنائي القطب ذات البداية المبكرة تدفع إلى الافتراض أن هذا الشكل من المرض أكثر حدية من الشكل الذي يبدأ في مرحلة الرشد. أكانت هذه الفرضية صحيحة أم لا، يبدو من الواضح أن التعرف المبكر على المرض وتشخيصه وتحسن علاجه لاسيما في الحالات ذات البداية المبكرة أمر ضروري (16-7, 13). وقد أشار ما لاحظناه إلى أن الاضطراب ثنائي القطب الذي يبدأ في الطفولة يختلف في آثاره السريرية ليس في الحالات ذات البداية في مرحلة الرشد فحسب، بل أيضًا في الحالات التي تبدأ في المراهقة، ولا تزال هذه الفرضية بحاجة لمزيد من التجارب.

تشمل قيود هذه الدراسة الفروق المحتملة بين مواقع الدراسة في الأساليب وتأكيد المرآضة مع سن البداية (باستثناء العينات التي تم اختيارها في بداية مبكرة في المواقع الأمريكية) وكانت قياسات النتائج متساوية في المناطق الجغرافية. وهناك قيود أخرى ناتجة عن أن عوامل المرضية وسن البداية رجعيان، بما في ذلك الحاجة للاستدكار من قبل المرضى أو العائلات على سنوات عدة؛ فهذا الاسترجاع قد يؤثر بشكل متغير على الحالات ذات البداية المبكرة. بالإضافة إلى ذلك كانت بعض القياسات (محاولات انتحار، مرضه مشتركة، زهان) موجودة بنسب متدنية نسبيًا مما قد يحد من مصداقية التقديرات. كما أن اختيار الحالات يؤثر أيضًا، والمرضى الذين تمت متابعتهم فترة طويلة قد لا يمثلون غيرهم من المرضى الذين لم يكن لدينا نفاذًا إليهم أو لم يكونوا متعاونين مع المتابعة طويلة الأمد بعد العلاج.

على الرغم من الجهود للحد من أثرها، ستبقى هناك آثار للسنوات التي يكون فيها الخطر مرتفعًا أو في سنوات الرشد. بما أن مدة المرض كانت أطول في الحالات ذات البداية المبكرة، فهذا يعني أن فترات التعرض الطويلة تزيد مخاطر بعض النتائج السريرية كالاستشفاء، محاولات الانتحار، الزهان، اضطراب القلق وأمراض نفسية مشتركة أخرى أو الاضطرابات الناتجة عن

بشكل عام، أتت قياسات المرآضة العرضية مفاجئة في تشابهها بين الحالات التي بدأت في المراهقة وفي سن الرشد، فيما كانت النتائج الوظيفية أفضل مع البداية المتأخرة وكان الفرق واضحًا في بعض الأحيان بين البداية في الطفولة وفي المراهقة.

ارتفعت نسبة انتشار السوابق المرضية العائلية بين الحالات التي بدأت في الطفولة، وكانت متساوية في الحالات التي بدأت بين الـ12 والـ40 سنة وتراجعت بشكل حاد في مراحل تالية. في الواقع كان الميل لارتفاع السوابق العائلية في الحالات ذات البدايات المبكرة معروف (4-11)، لكن الفرق الواضح بين الحالات التي بدأت في الطفولة وفي المراهقة من جهة وفي عمر متوسط أو متقدم من الأخرى كانت اكتشافًا جديدًا. وأكدت النماذج متعددة المتغيرات الانطباع بأن السوابق العائلية والنتائج الوظيفية وليس العرضية كانت مرتبطة بالبداية المبكرة مع درجة مرضية أكبر بعض الشيء وارتفاع خطر العائلة مع البداية في الطفولة والمراهقة.

الجدول 2: نماذج التراجع متعدد المتغيرات: العوامل المرتبطة بسن البداية

العوامل المرتبطة بالبداية المبكرة: الانحدار اللوجستي			
العوامل	نسبة الأرجحية (95% CI)	X ²	P
نتائج وظيفية ضعيفة	2.00 (1.34 إلى 2.95)	8.82	0.003
سوابق عائلية أكثر	1.71 (1.20 إلى 2.43)	5.86	0.015
عدد أكبر من النوبات في السنة	1.08 (0.89 إلى 1.33)	0.63	0.43
العوامل المرتبطة ببداية في الطفولة مقابل لبداية في المراهقة: الانحدار التراجعي			
العوامل	نسبة الأرجحية (95% CI)	X ²	P
نتائج وظيفية ضعيفة	2.70 (1.08 إلى 6.77)	4.51	0.03
سوابق عائلية أكثر	4.65 (1.04 إلى 20.8)	4.04	0.04
عدد أكبر من النوبات في السنة	4.85 (1.05 إلى 22.4)	0.63	0.04
العوامل المرتبطة بالبداية المبكرة: الانحدار الخطي			
العوامل	معامل β (95% CI)	T	P
نتائج وظيفية ضعيفة	2.78 (1.05 إلى 4.41)	3.35	0.001
سوابق عائلية أكثر	2.61 (1.01 إلى 4.21)	3.20	0.001
عدد أكبر من النوبات في السنة	0.62 (-1.90 إلى 1.43)	1.50	0.13

تجدد الإشارة إلى أن النتائج الحالية تشير إلى أن الاضطراب ثنائي الأبعاد ذات البداية المبكرة قد تكون نتائج مختلفة، حيث تبين أن الحالات ذات البداية في الطفولة تختلف وتزداد حدية بالمقارنة مع الحالات ذات البدايات في المراهقة أو في سنين الرشد. كما أثبتت الدراسة أن النتائج الوظيفية لدى الراشدين تأثرت أكثر من القياسات العرضية أو السريرية بالبداية المبكرة. إذا كانت هذه الاكتشافات التي تولد الفرضيات صحيحة، فقد تكون ذات أهمية سريرية تشير إلى أن آثار النمو والنضوج قد تكون كبيرة جدًا في الحالات ذات البدايات المبكرة، لاسيما إذا كانت البداية في الطفولة.

من الملفت للنظر أن الآثار التي لوحظت على صعيد العجز الوظيفي ترتبط بالعناصر الانزعاجية الاكتئابية للاضطراب ثنائي القطب الذي لا تزال نسبة انتشاره مرتفعة جدًا ويشكل علاجه تحديًا (32,38). لكن تبين أن حالات الاكتئاب (7) أو الهوس/الهوس الخفيف (39) أكثر شيوعًا

6. Beesdo K, Höfler M, Leibenluft E et al. Mood episodes and mood disorders: patterns of incidence and conversion in the first three decades of life. *Bipolar Disord* 2009;11:637-49.
7. Post RM, Leverich GS, Kupka RW et al. Early-onset bipolar disorder and treatment delay are risk factors for poor outcome in adulthood. *J Clin Psychiatry* 2010;71:864-72.
8. Leboyer M, Henry C, Paillere-Martinot ML et al. Age at onset of bipolar affective disorders: a review. *Bipolar Disord* 2005;7:111-8.
9. Pavuluri MN. Effects of early intervention on the course of bipolar disorder: theories and realities. *Curr Psychiatry Rep* 2010;12:490-8.
10. Faraone SV, Glatt SJ, Su J et al. Three potential susceptibility loci shown by a genome-wide scan for regions influencing the age at onset of mania. *Am J Psychiatry* 2004;161:625-30.
11. Priebe L, Degenhardt FA, Herms S et al. Genome-wide survey implicates the influence of copy number variants (CNVs) in the development of early-onset bipolar disorder. *Mol Psychiatry* (in press).
12. Faedda GL, Baldessarini RJ, Gloverinsky IP et al. Pediatric bipolar disorder: phenomenology and course of illness. *Bipolar Disord* 2004;6:305-13.
13. Birmaher B, Axelson D. Course and outcome of bipolar spectrum disorder in children and adolescents: review of the existing literature. *Dev Psychopathol* 2006;18:1023-35.
14. Leverich GS, Post RM, Keck PE Jr et al. The poor prognosis of childhood-onset bipolar disorder. *J Pediatr* 2007;150:485-90.
15. Suominen K, Mantere O, Valtonen H et al. Early age at onset of bipolar disorder is associated with more severe clinical features but delayed treatment-seeking. *Bipolar Disord* 2007;9:698-705.
16. Bellivier F, Golmard JL, Rietschel M et al. Age at onset in bipolar I affective disorder: further evidence for three subgroups. *Am J Psychiatry* 2003;160:999-1001.
17. Lin PI, McInnis MG, Potash JB et al. Clinical correlates and familial aggregation of age at onset in bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2006;163:240-6.
18. Manchia M, Lampus S, Chillotti C et al. Age at onset in Sardinian bipolar I patients: evidence for three subgroups. *Bipolar Disord* 2008;10:443-6.
19. Hamshere ML, Gordon-Smith K, Forty L et al. Age-at-onset in bipolar-I disorder: mixture analysis of 1369 cases identifies three distinct clinical sub-groups. *J Affect Disord* 2009;116:23-9.
20. Ortiz A, Bradler K, Slaney C et al. An admixture analysis of the age at index episodes in bipolar disorder. *Psychiatry Res* 2011;188:34-9.
21. Tozzi F, Manchia M, Galwey NW et al. Admixture analysis of age at onset in bipolar disorder. *Psychiatry Res* 2011;185:27-32.
22. Schürhoff F, Bellivier F, Jouvent R et al. Early and late onset bipolar disorders: two different forms of manic-depressive illness? *J Affect Disord* 2000;58:215-21.
23. Craney JL, Geller B. A prepubertal and early adolescent bipolar disorder-I phenotype: review of phenomenology and longitudinal course. *Bipolar Disord* 2003;5:243-56.
24. Geller B, Tillman R, Bolhofner K et al. Child bipolar I disorder: prospective continuity with adult bipolar I disorder; characteristics of second and third episodes; predictors of 8-year outcome. *Arch Gen Psychiatry* 2008;65:1125-33.
25. Goldstein TR, Birmaher B, Axelson D et al. Psychosocial functioning among bipolar youth. *J Affect Disord* 2009;114:174-83.
26. McGlashan TH. Adolescent versus adult onset of mania. *Am J Psychiatry* 1988;145:221-3.
27. Jairam R, Srinath S, Girimaji SC et al. Prospective 4-5-year followup of juvenile onset bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2004;6:386-94.
28. Birmaher B, Axelson D, Strober M et al. Clinical course of children and adolescents with bipolar spectrum disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:175-83.
29. Tohen M, Zarate CA Jr, Hennen J et al. The McLean-Harvard First- Episode Mania Study: prediction of recovery and first recurrence.

الإدمان). لكن هذا الأثر قد يحد من نقص الارتباط الذي لوحظ بالنسبة لعدد أكبر من هذه النتائج مع البداية المبكرة. بالإضافة إلى ذلك، فترات التعرض الطويلة مع البداية المبكرة تنتج في الغالب قياسات محدودة للمرضية بالنسبة للوقت (كعدد النوبات في السنة) (36). أما العلاج فكان سريريًا وغير خاضع للرقابة وقد يكون أثره على المرضى على الأمد الطويل بشكل عشوائي. وتجدر الإشارة إلى أنه من أبرز جوانب الدراسة هو أن معايير التشخيص بحسب دليل التشخيص والإحصاء الرابع للنوع الأول من الاضطراب ثنائي القطب تم تحديدها في مرحلة الرشد لتجنب تعقيد التشخيص والعناصر غير المؤكدة في التشخيص لدى الأطفال (41). وعلى الرغم من القيود المحتملة، كانت الاكتشافات المسجلة متسقة في عدد من أساليب التحليل وفي مناطق جغرافية مختلفة.

في النهاية، تشير هذه النتائج إلى احتمال خاص بان تكون العوامل والنتائج المرتبطة بالمرض مرتبطة أيضًا بشكل تفاضلي مع بداية النوع الأول من الاضطراب ثنائي القطب الذي يبدأ في الطفولة مقابل الحالات التي تبدأ في المراهقة أو بعد بلوغ سن الرشد. لقد وجدنا علاقة قوية بشكل خاص بين البداية المبكرة وقياسات النتائج الاجتماعية والوظيفية بما في ذلك عدم إيجاد وظيفة أو عدم الاستقلالية في الحياة أو عدم الزواج أو الإنجاب، فيما كانت معظم قياسات المرضى العرضية أقل ارتباطًا بعمر البداية. ووجدنا أيضًا انتشارًا مرتفعًا بشكل خاص في السوابق العائلية في الحالات التي تبدأ في الطفولة. إذا كانت هذه الملاحظات صالحة وتنطبق على دراسات أخرى، فهذا يعطي أهمية أكبر للبداية المبكرة لاسيما في الطفولة على صعيد النضوج والنجاح الوظيفي بعد بلوغ سن الرشد مع أثر أقل على الظواهر العرضية للاضطراب ثنائي القطب. ويدعم الرابط القوي بين البداية في الطفولة والسوابق العائلية المرضية الجهود المؤدية إلى تحديد المجموعات الثانوية ذات النمط الظاهري المهم للدراسات الجينية والطبية الحيوية. أما مقارنة البداية المبكرة بالبداية المتأخرة فتم اقتراحها لتحديد موضوع دليل التشخيص والإحصاء الخامس (42). أخيرًا، تشجع النتائج الحالية المزيد من التشخيص والتطوير في العلاجات التي تهدف بشكل خاص إلى الحد من المشاكل الوظيفية وتأخر النضوج بين اليافعين المصابين بالاضطراب ثنائي القطب.

شكر

جرى دعم هذه الدراسة جزئيًا من قبل مؤسسة بروس ج أندرسون وصندوق ماكلين المانحين من أجل الأبحاث في الاضطرابات ثنائية القطب ومن قبل صندوق المانحين الخاص بالأبحاث في لوتشيو بيني.

مراجع

1. Baldessarini RJ, Bolzani L, Cruz N et al. Onset-age of bipolar disorders at six international sites. *J Affect Dis* 2010;121:143-6.
2. Larsson S, Lorentzen S, Mork E et al. Age at onset of bipolar disorder in a Norwegian catchment area sample. *J Affect Disord* 2010; 124:174-7.
3. Tondo L, Lepri B, Cruz N et al. Age at onset in 3014 Sardinian bipolar and major depressive disorder patients. *Acta Psychiatr Scand* 2010;121:446-52.
4. Perlis RH, Miyahara S, Marangell LB et al. Long-term implications of early onset in bipolar disorder: data from the first 1000 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BP). *Psychiatry* 2004;55:875-81.
5. Goodwin RK, Jamison KR (eds). *Manic-depressive illness*, 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2007.

الدروس المستفادة من تطوير نظام رعاية الصحة النفسية المجتمعية في أمريكا الشمالية

ROBERT E. DRAKE¹, ERIC LATIMER²

¹Dartmouth Psychiatric Research Center and Dartmouth Medical School, Rivermill Complex, 85 Mechanic St., Lebanon, NH 03766, USA

²Douglas Mental Health University Institute and McGill University, Montreal, Canada

تلخص هذه الورقة الاكتشافات المتعلقة بمنطقة أمريكا الشمالية من قبل فريق العمل المعني بالخطوات والعوائق والأخطاء التي يجب تفاديها في تطبيق رعاية الصحة النفسية المجتمعية التابعه للجمعية العالمية للطب النفسي (WPA). لقد تطوّر مفهوم الصحة النفسية المجتمعية على مرّ خمسة عقود في الولايات المتحدة وكندا وقد كانت الأولى رائدة عالمياً على مستوى الابتكار والإنفاق في المجال إلا أنها تقدّم نوعية متفاوتة من الرعاية: أما كندا، فقد طوّرت بثبات نظام رعاية صحية عامّ موحد بشكل أكبر وبكلفة أقلّ. تتضمّن الدروس المستفادة من أمريكا الشمالية العناصر التالية: يمكن للمقاربات القائمة على المجموعات والممارسات الدليلية الأخرى أن تحسّن النتائج في إطار رعاية الصحة النفسية المجتمعية الروتينية عندما تُطبّق بدقّة عالية؛ تعزّز عملية الرعاية إيديولوجية التعافي والدعم من الأقران على الرغم من غياب الدراسات الدقيقة لهما؛ تُعتبر الرعاية الفعالة على أساس مجتمعي للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية خطيرة باهظة الثمن.

الكلمات الرئيسية: رعاية الصحة النفسية المجتمعية، الولايات المتحدة، كندا، الممارسات الدليلية، التعافي، الرعاية القائمة على المجموعات، إعادة التأهيل النفسي.

(المجلة العالمية للطب النفسي ٢٠١٢: ١١: ٤٧-٥١)

الخمسين على برنامج صحة نفسية عام وغالباً ما تحوّل الولاية الكبيرة هذه المسؤولية إلى سلطات المقاطعات أو المدن بشكل يحوّل توفير عدّة سلطات وأنظمة معنيّة برعاية الصحة النفسية ضمن عدّة ولايات. وتبقى النقطة المشتركة الإدارية الوحيدة بين الولايات المختلفة إلا وهو التمويل من قبل برنامجي Medicaid و Medicare الفدراليين لكل من هم من الفقراء أو المعوقين أو المسنين. إلا أنه تتم إدارة برنامج Medicaid بشكل مختلف في كل ولاية بحسب مجموعة من القواعد والتنظيمات والتنازلات. وبالإضافة إلى برامج الولايات المعنية بالصحة النفسية العامة، تدير الحكومة الفدرالية أنظمة رعاية صحية منفصلة للأعضاء النشطين والمتعاقدين والمعوقين في الجيش أو من الهنود (الأميركيين الأصليين). أما فيما يتعلق بالأشخاص الذين يعانون من الاضطرابات الناتجة عن الإدمان، فيكون النظام أبسط نسبياً لأن القطاع الخاص صغير الحجم في هذا المجال وتدعم الحكومة الفدرالية الجزء الأكبر من الرعاية العامة مع مساهمة الولايات المتعددة بمبالغ مختلفة.

يرتكز تنظيم الأنظمة والبرامج ومقدّمي الرعاية المتعددين على التمويل والأرباح أكثر منه على حاجات الصحة العامة أو على ما يفضّله المستفيدون من خدمات الصحة النفسية أو على البحوث. ولا يتم جمع البيانات حول النوعية أو النتائج إلا من قبل قلة من الأنظمة أو البرامج أو الممارسين الفرديين. وبما أن العديد من مقدّمي الرعاية والبرامج والوسطاء (مثل شركات التأمين ومؤسسات إدارة الرعاية الصحية) يندرج في إطار نظام خاصّ إلى حدّ كبير ويبتغي الربح، تصبح تكاليف الرعاية الصحية عالية جداً. هذا وقد وصل إنفاق الولايات المتحدة على نظام الرعاية الصحية عام ٢٠٠٩ إلى نحو ٢,٥ تريليون دولار (٦) وقد خصّص بين ٥ و ١٢ في المائة من هذا المجموع لرعاية الصحة السلوكية في السنوات الأخيرة (٧). كما أن الولايات المتحدة تنفق أكثر بكثير من أي دولة أخرى

تندرج هذه الدراسة ضمن سلسلة دراسات تصف تطوّر رعاية الصحة النفسية المجتمعية في مناطق مختلفة من العالم (راجع ١، ٢)، من إنتاج مجموعة عمل عيّنتها الجمعية العالمية للطب النفسي (WPA) كجزء من خطة عملها لفترة ٢٠٠٨-٢٠١١ (٣، ٤). هذا وقد سبق ونُشر التوجيه حول الخطوات والعوائق والأخطاء التي يجب تفاديها في تطبيق رعاية الصحة النفسية المجتمعية الذي طوّره فريق العمل هذا في المجلة (٥). نصف في هذه المقالة تلك المسائل فيما يخصّ منطقة أمريكا الشمالية.

تقوم هذه الورقة بمراجعة تطوّر رعاية الصحة النفسية المجتمعية في الولايات المتحدة وكندا وتسلّط الضوء على مبادئ عدّة بالارتكاز على تجارب هذين البلدين المتجاورين. فعلى الرغم من تقاربهما الجغرافي واللغوي (باستثناء مقاطعة كيبيك)، لدى الولايات المتحدة وكندا ثقافتين مختلفتين ونظامي رعاية صحية مختلفين اختلافاً كبيراً ويمتدّ هذا الاختلاف ليصل إلى تنظيم قطاع رعاية الصحة النفسية المجتمعية. لذلك سنصف نظام رعاية الصحة النفسية المجتمعية بشكل منفصل لكل من البلدين ونجمع النقاش حول الدروس المستفادة والملاحظات المستنتجة من تجارب البلدين.

نظام رعاية الصحة النفسية المجتمعية في الولايات المتحدة

نجد في الولايات المتحدة أنظمة عديدة معنيّة بالصحة النفسية بالإضافة إلى الوكالات المستقلة ومقدّمي الخدمة المنفردين ويؤمن مزيج من مقدّمي الرعاية الأولية والمعالجين المستقلين أكثرية رعاية الصحة النفسية للأشخاص الذين لا يعانون من الاضطرابات النفسية الحادة. أما فيما يتعلق بالذين يعانون من الاضطرابات الحادة مثل فصام الشخصية والاضطراب ثنائي القطب والاكنتئاب المزمن، فتشرف كل ولاية من الولايات

على البحوث الطبية ومن إيجابيات الاختلاف الهائل في البرامج ونسبة الإنفاق بين المناطق إتاحة الفرصة أمام الابتكار والبحوث.

نبذة تاريخية

ظهرت حركة الصحة النفسية المجتمعية في الولايات المتحدة عام ١٩٦٣ عندما وقّع الرئيس جون كينيدي على قانون الصحة النفسية المجتمعية (Community Mental Health Act) فظهرت مراكز الصحة النفسية المجتمعية في المدن والبلدات المختلفة في البلد (٨). اعتمدت هذه المراكز في البداية مسؤوليات واسعة جداً تتضمّن كل مشاكل الصحة النفسية والوقاية إضافة إلى العلاج. ولكن بحلول السبعينيات قلّت برامج الصحة النفسية من أهدافها إلى معالجة الأشخاص الذين يعانون من الأمراض الطويلة الأمد والمُسبّبة للعجز وسهّلت إخراج هذه الشريحة من الناس من مستشفيات الأمراض النفسية ودمجهم بالمجتمع (deinstitutionalization). وتم نقل العديد من المصابين بالأمراض الطويلة الأمد إلى بيوت جماعية أو دور ترميز أو مؤسسات أخرى ضمن المجتمع، إلا أنّ فلسفة إخراج المرضى من مستشفيات الأمراض النفسية ودمجهم بالمجتمع تسببت بتقليل حجم مستشفيات الدولة الكبيرة وعدد نزلاء المستشفيات بشكل ملحوظ فانخفض عدد نزلاء المستشفيات النفسية العامة الكبيرة من أكثر من ٥٠٠ ألف إلى أقل من ١٥٠ ألف (٨).

خلال الثمانينيات والتسعينيات، أثرت حركتان أساسيتان على رعاية الصحة النفسية المجتمعية في الولايات المتحدة بشكل كبير إذ نشأت حركة الممارسة الدليلية من خلال البحوث الفعلية والطبّ الدليلي وظهرت بعدها بقليل حركة التعافي من خلال تجارب مستخدمي أنظمة الصحة النفسية.

نماذج الرعاية والممارسات الدليلية

كانت الخطة الأساسية للرعاية المجتمعية المطوّرة من المعهد الوطني للصحة النفسية (National Institute of Mental Health) تحت اسم برنامج دعم المجتمع والتي تمركز على حالات مدراء محترفين ينسقون وينظّمون كل الخدمات المخصصة للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية حادة ومستمرّة في المجتمع (٩). ثمّ ظهرت في التسعينيات والثمانينيات عدّة تحديات لرعاية الأشخاص في المجتمع وتضمّنت المشاكل الشائعة دمج الخدمات الخاصة بأصحاب الحاجات الأكثر تعقيداً واستمراريتها والإسكان المناسب والعبء العائلي والإدمان والإيذاء والعنف (٩). أما لاحقاً فظهرت مشاكل مثل البطالة والتجريم والوفاة المبكرة للأشخاص الذين يعانون من الأمراض النفسية كمشاكل أساسية. وتفاقت كل هذه المشاكل بفعل الفقر وتخفيض إعانات السكن وإبعاد الأشخاص الذين يعانون من الأمراض النفسية إلى المناطق الداخلية في المدن التي تعاني من نسب عالية من البطالة والجرائم وتجارة المخدرات.

طوّرت عدة نماذج رعاية من أجل معالجة المشاكل الخاصة بالأشخاص الذين يعانون من الاضطرابات النفسية الحادة والذين يسكنون ضمن المجتمع (١٠). فمن أجل مواجهة مشكلة دمج العناية واستمراريتها، ظهرت نماذج العلاج المجتمعي الحازم والإدارة المركّزة و السريريّة للحالات وغيرها. أما لتلبية الحاجة إلى الإسكان، فظهرت نماذج مثل الرعاية بالتبني وبرنامج نزل فيرويدر (Fairweather)

(Lodge)، واستمرارية الإقامة ونماذج الإسكان الداعمة والمدعومة. كما جرى التطرّق إلى المشاكل الأخرى عبر مجموعة من التدخلات العائلية والعلاجات للاضطرابات المتزامنة، إلخ... ودعمت البحوث بعض هذه النماذج فيما فشلت أخرى وبات يتمّ التعريف بالنماذج المرتكزة على البحوث بالممارسات الدليلية وقد حدّدت عدة منشورات حكومية (١١، ١٢) ومنهجية (١٣-١٥) تدخّلات معيّنة على أنّها ممارسات دليلية.

شكّل الفشل العام في تطبيق خدمات فعالة في إطار رعاية الصحة النفسية المجتمعية الروتينية مصدر قلق آخر (١٦). عام ١٩٩٧، أطلقت مؤسسة روبرت وود جونسون (Robert Wood Johnson Foundation) وإدارة الإدمان والخدمات النفسية (Substance Abuse and Mental Services Administration) وعدّة دوائر حكومية معنية بالصحة النفسية ومؤسسات خاصة أخرى حملة وطنية لتطبيق ست ممارسات دليلية محددة اعتبرت خدمات أساسية للصحة النفسية المجتمعية وهي: الإدارة المنهجية للمداواة والعلاج المجتمعي الحازم والتوظيف المدعوم والتربية النفسية العائلية وإدارة المرض والتعافي والعلاج المتكامل للاضطرابات المتزامنة (١٧). وبما أنّ البحوث أظهرت أنّ احترام الممارسات الدليلية مرتبط بقوة بالنتائج، شدّد المشروع على مرحلة التنفيذ والدقّة خلالها. وأظهرت النتائج أنّه مع التدريب والإشراف لسنة واحدة، تمكّنت معظم البرامج من تطبيق ممارسات دليلية عالية الجودة وتأمين استمراريتها (١٨، ١٩) إلا أنّ مدى تطبيق هذه الممارسات يختلف اختلافاً كبيراً بين الولاية والأخرى (٢٠).

التعافي

يُقدّر أنّ نحو نصف الأشخاص الذين يعانون من الأمراض النفسية الحادة والمستمرّة في الولايات المتحدة لم يتلقوا أي خدمات صحة نفسية في السنة الفائتة ويعود ذلك في أكثرية الأحيان إلى رفضهم الخدمات المتوفّرة (٢١). كما أنّ العديد ممّن تلقوا خدمات الصحة النفسية عبّروا عن عدم رضاهم عنها. لقد سجل مستخدمو نظام الصحة النفسية (الذين يُسمّون بالمرضى أو العملاء أو المستخدمين أو الناجين) اعتراضات قوية على نظام الصحة النفسية الموجود كما أنّهم قالوا إنّ أهداف المحترفين في المجال المتمثّلة في تثبيت حالة المريض لا تتوافق مع تطلّعاتهم نحو «التعافي» (٢٢) وهو مفهوم يحدده كل فرد ولكنّه عادةً ما يشمل فرص الحصول على العلم والعمل والصدقة والحياة المستقلة والمشاركة في نشاطات المجتمع (١١). كما أنّهم طالبوا بدور أهم في اتخاذ القرارات وفي تأمين خدمة الصحة النفسية وفي إزالة الإكراه في إطار الإقامة في المستشفى للعلاج ووصف الأدوية ومعالجة المرضى الخارجيين.

لقد أثرت حركة التعافي على العديد من التغيّرات في رعاية الصحة النفسية المجتمعية وتعتنق عدّة ولايات التعافي على مستوى الفلسفة والمهمة حتّى ولو كانت مستويات النجاح بينها متفاوتة في تطبيق مبادئها. تتوفّر خدمات إعادة التأهيل بشكلٍ أوسع وقد خفّفت برامج صحة نفسية عديدة من استخدام تدابير الإكراه مثل العزل والتقييد. هذا وكان أثر حركة التعافي في ولايات أكبر من ولايات أخرى (٢٠).

آخر التطوّرات

سيطرت في العقد الأول من القرن الحالي محاولات الحدّ من التكاليف

على رعاية الصحة النفسية المجتمعية في الولايات المتحدة وتضمنت هذه المحاولات إدارة الرعاية الصحية وأنظمة الخدمة مقابل البدل وتدقيقات برنامج Medicaid التي أدت إلى مطالبة الحكومة باستعادة ملايين الدولارات. هذا وأثر الركود الاقتصادي على ميزانيات الدول وأدى إلى دورات عديدة من التخفيضات المالية. ولاقت نسبة السكان التي ليس لديها أي تأمين وهي ١٥ في المائة (أكثر فيمن يعانون من الأمراض النفسية) صعوبة كبيرة في الحصول على الرعاية حتى الأساسية منها (٢٣). وكانت النتيجة الصافية لذلك تدهور هائل في رعاية الصحة النفسية المجتمعية للأشخاص الذين يعانون من الاضطرابات الأكثر حدة (١١، ٢٠، ٢٤). ومؤخراً منحت تشريعات المساواة وإصلاح الرعاية الصحية الأمل في حصول الأشخاص الذين يعانون من الأمراض النفسية في الولايات المتحدة على التأمين بشكل أسهل وبأن اضطرابات الصحة النفسية ستعالج بالطريقة ذاتها التي تُعالج فيها اضطرابات الصحة الجسدية. ولكن يبقى أن نرى كيف ستفعل هذه التشريعات على امتداد العقد الآتي.

نظام رعاية الصحة النفسية المجتمعية في كندا

يتشابه الوضع بين كندا والولايات المتحدة لجهة حيازة كل مقاطعة من مقاطعاتها العشر وكل إقليم من أقاليمها (الشمالية) الثلاثة على نظام خاص لرعاية الصحة النفسية. تقع الرعاية الصحية لأكثرية السكان تحت اختصاص المقاطعات والأقاليم. ولكن عوامل عديدة أدت إلى تشابه كبير إلى حد ما بين أنظمة رعاية الصحة النفسية المعتمدة في المقاطعات المختلفة. وتتضمن هذه العوامل الأوجه المؤسساتية المشتركة بين كل المقاطعات والقرب من الولايات المتحدة التي كانت لديها تأثير كبير على تطور الخدمات في كندا (٢٥، ٢٦) بالإضافة إلى مدفوعات المساواة المدارة على المستوى الفدرالي من المقاطعات الأغنى إلى المقاطعات الأفقر والآليات المختلفة لتبادل المعلومات بين المقاطعات. ويُلاحظ أن مستويات تمويل الصحة النفسية للفرد أكثر تشابهاً بين المقاطعات الكندية منه عبر مناطق الولايات المتحدة ويعود ذلك جزئياً إلى مدفوعات المساواة وربما أيضاً إلى تجانس أكبر في النظرة إلى الموارد التي يجب تخصيصها لرعاية الأشخاص الذين يعانون من الأمراض النفسية. هذا ويشكل الإنفاق على الرعاية الصحية للفرد في كندا نحو نصف ما هو عليه في الحقيقة في الولايات المتحدة وقد أظهر تقرير حديث أنه بين عامي ٢٠٠٧ و ٢٠٠٨ شكّل إجمالي الإنفاق على الصحة السلوكية في كندا ٧،٢ في المائة من إجمالي الإنفاق على الرعاية الصحية، وينفق لكل فرد في رعاية الصحة النفسية للمرضى الداخليين وخدمات الصحة النفسية الممنوحة من الأطباء والمنتجات الصيدلانية مجموع يتراوح بين ١٥٦ دولار في ساسكاتشوان و ٢٤٠ دولار في نيو برانزويك (٢٧).

تتضمن الأوجه المشتركة في نظام رعاية الصحة النفسية الكندي العناصر التالية: (أ) مزيج من الخدمات القائمة على المؤسسات الممنوحة من قبل محترفين نقابيين ومقدمي خدمات أقل تنظيمياً وغير نقابيين من القطاع التطوعي؛ (ب) تغطية شاملة لخدمات الاستشفاء والأطباء بما في ذلك خدمات مقدمي القطاع التطوعي - ولكن ما من تغطية عامة للأطباء النفسيين الذي يزاولون المهنة بشكل حر؛ (ج) تغطية عامة على الأدوية للمسنين ومتلقي المساعدة الاجتماعية مع تأمين بعض المقاطعات لمستويات مختلفة من التغطية لأشخاص آخرين لا يغطيهم تأمين خاص إضافي على أساس التوظيف؛ (د) أطباء، بما في ذلك الأطباء النفسيين في

المستشفيات، تدفع لهم حكومات المقاطعات مباشرة على أساس بدل مقابل الخدمة في أكثرية الأحيان؛ ه) تقسيم تأمين الرعاية بين المناطق باستثناء مقاطعة ألبرتا الملحوظ، مما يؤدي إلى المزيد من الاختلاف في خدمات الصحة النفسية المجتمعية ضمن كل مقاطعة.

كما في الولايات المتحدة، بدأ إخراج المرضى من مستشفيات الأمراض النفسية (deinstitutionalization) في أواخر الخمسينيات أو أوائل الستينيات وتلى هذه الحركة تطوير أقسام طب النفس ضمن المستشفيات العامة. وسرعان ما ظهر مقدمو الخدمات من القطاع التطوعي لتقديم الرعاية المجتمعية إلى العدد المتزايد من الأشخاص الذين يعانون من الأمراض النفسية الحادة ويعيشون في المجتمع. حذت حذو هذا القطاع أقسام طب النفس ومستشفيات الأمراض النفسية تدريجياً مع إضافة خدمات الصحة النفسية المجتمعية إلى برامجها. كانت هذه العملية بطيئة في اتباع الحركة الدليلية مع تأخير يُقاس بالعقود، حتى أن عدداً من أقسام طب النفس لم يلحق بركب هذه الحركة حتى اليوم. ويبقى النفاذ إلى الممارسات الدليلية في كندا محدوداً جداً كما هو الحال في الولايات المتحدة.

وأيضاً كما في الولايات المتحدة، دار جدال كبير حول حركة التعافي في كندا. ويات تضمين عمال دعم الأقران في الخدمات السريرية أكبر كما سادت تدريجياً فكرة ضرورة مشاركة من عاشوا تجربة مرض نفسي في القرارات الإدارية ومشاريع البحث التي لها نتائج تؤثر عليهم.

تعوق بعض الملامح قديمة العهد أنظمة رعاية الصحة النفسية الكندية من تطور رعاية الصحة النفسية المجتمعية العالية الجودة إذ يتلقى أطباء النفس الذين يضطلعون بدور أساسي لتأمين رعاية الصحة النفسية المجتمعية أجرهم مباشرة من حكومات المقاطعات بشكل مستقل عن نوعية الرعاية التي يؤمنونها ويخضعون لمحاسنة محدودة. ويبدو في أكثرية الأحيان أن القواعد النقابية صُممت لحماية امتيازات الأعضاء خاصة من لديهم الأقدمية بدل من خدمة حاجات العملاء. هذا وعادة ما يكون التمويل على الأدوية غير محدود فيما يكون التمويل على الخدمات الاجتماعية النفسية محدوداً جداً.

عام ٢٠٠٦، وبعد مشاورات كثيفة، أصدرت لجنة مجلس الشيوخ الدائمة المعنية بالشؤون الاجتماعية والعلوم والتكنولوجيا (Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology) تقريراً مهماً رسم صورة قاطمة لوضع خدمات الصحة النفسية والإدمان في كندا (٢٨) إذ لم يتم دمج الخدمات بشكل جيد ومن الصعب أو حتى المستحيل في أغلب الأحيان أن يستفيد الأشخاص الذين يعانون من الأمراض النفسية ومقدمي الرعاية لهم من هذه الخدمات بشكل ناجح. غالباً ما تكون المساكن اللاتقة المدعومة أو الداعمة غير متوفرة بأسعار مقبولة شأنها شأن الخدمات المتكاملة للأشخاص الذين يعانون من الاضطرابات المتزامنة (المرض النفسي والإدمان) وخدمات التوظيف. هذا وتعتبر نوعية الرعاية التي يمكن الوصول إليها مثيرة للشكوك وذلك في تيرة أعلى مما هو مفترض وتشكل وصمة العار في هذا الإطار تجربة شائعة ومسببة للعجز.

وبناءً على توصية أساسية في التقرير، أسست الحكومة الفدرالية عام ٢٠٠٧ اللجنة الكندية للصحة النفسية (Mental Health Commission of Canada) التي يتمحور دورها حول "المساعدة على بلورة نظام صحة نفسية متكامل يضع الأشخاص المتعاضدين مع الأمراض النفسية محوراً لها". ومهما كان أثر هذه اللجنة النهائي على سياسات وخدمات الصحة النفسية في المقاطعات والأقاليم المختلفة، فهي

قد حفزت عملية تشارك الأفكار والآراء لم يسبق لها مثيل عبر مجموعة واسعة من الجهات المعنية في كل أنحاء البلد.

دروس من مجتمع الطب النفسي في أميركا الشمالية من 1960 إلى 2010

خلال خمسة عقود من تطوير برامج المجتمع النفسي في أميركا الشمالية برز عدد من المفاهيم الصارمة والمستدامة. تتعارض هذه المفاهيم مع الكثير من الأفكار العابرة التي لم يتم اعتمادها في نظام الرعاية الفعلي. وتتصل بالبحث بشكل غير وثيق لأن التدخلات المستندة إلى البحث تفشل أحياناً في الحصول على اهتمام العملاء وموفري الرعاية ومسدي الأموال. وتعود جذور بعض هذه التدخلات إلى عقود مضت شهدت فيها نمواً ملحوظاً من دون الحاجة إلى قاعدة بحثية واسعة.

الرعاية المستندة على الجماعة

يجب إحاطة الأشخاص الذين يعانون أشد الأمراض الحادة والإعاقة الأكبر وعدداً قليلاً من أفراد العائلة أو المجتمع الذين يدعمونهم بالانضمام في العلاج وإعادة التأهيل على المستوى السريري (29). إن الرعاية الجماعية هي الطريقة المباشرة الأفضل لضمان الحصول على خدمات مستمرة وخدمات إدماج. يتيح الدعم الجماعي للعملاء برنامج رعاية طبية ونفسية وإقامة ودعم مادي ومهني وعائلي واجتماعي فردي ومتجانس وطويل الأمد لمساعدة العميل على تحقيق أهدافه. برزت هذه المقاربة أكثر من 30 عاماً مضى خلال تطوير نموذج العلاج المجتمعي التأكدي ولا تزال قائمة اليوم.

التعافي

أدت حركة التعافي إلى عدد من التداعيات المختلفة على نظام توفير الخدمات: أ) فهي تدعو إلى مشاركة واسعة لدعم الأقران العاملين ضمن أنواع الخدمات ذاتها، في توفير هذه الخدمات وفي المجال البحثي منها؛ ب) تركز على خيار والإرادة الذاتية ليتحول تركيز الخدمات إلى مساعدة العملاء على تحقيق أهدافهم، فيما خص اعتماد طريقتهم الخاصة؛ ج) تتطلب استبدال الممارسات الإكراهية بطريقة غير ضرورية لصالح تفاعلات متمرسه سريرياً ومبتكرة ضمن إطار الشراكات المحترمة والتعاونية المتبادلة؛ د) كما تدعو إلى تمويل برامج يديرها العملاء من أنواع مختلفة والتي قد تملك قاعدة دليل أضعف لكن تلقى تفضيل الكثير من الناس الذين يعانون أمراض نفسية.

ممارسات إعادة التأهيل النفسي والممارسات المستندة على قاعدة أدلة

مع الانتباه الذي يتم إعطائه للأهداف والقيم والتفضيلات الفردية، تزامنت حركة التعافي مع تطورات متوازنة في حقل الصحة النفسية الذي يعرف بإعادة التأهيل النفسي. حددت إحدى المقالات التعافي بأنه "التجربة السارية في إعادة التأهيل" (22). وقد بدت القيم (الفرد أولاً) والأهداف (الأقلية الناجحة للجوانب النفسية لتفضيلات الفرد) التي تنادي

بها هذه الحركة متناسقة وتطورت مناهجها ونتائجها وبرزة ممارسات مستندة على الدليل (10) تحت رعايتها. هذا وتم استبدال مقاربات سابقة شبيهة لإعادة التأهيل المستندة إلى العلاج النفسي المطول وبرامج التدريب بمقاربات حديثة تتضمن مساعدة العملاء للوصول إلى أهدافهم بسرعة من خلال توفير الدعم الفردي بمستوى عالٍ. أما الأمثلة عن المقاربة الحالية، فتدعم إيجاد مأوى ووظيفة وتعليم وتقوي قدرة الفرد على إدارة حالته.

دعم الأقران

يظهر الدعم الاجتماعي والأدواتي بين الأقران الذين يعانون حالات مماثلة تاريخياً طويلاً وصلباً في شمال أميركا. مثلاً شهد برنامج المدمنين على الكحول مجهولي الهوية نمواً متدرجاً منذ انطلاقتها في أربعينيات القرن الماضي، ويعقد ملايين المدمنين اليوم اجتماعات في المدن والضواحي والبلدات المختلفة في المنطقة. انتشرت برامج الدعم من الأقران التي تجمع أشخاص يعانون اضطرابات نفسية حادة مستمرة على مدى عقود (30). وتمكنت هذه البرامج كما فعل برنامج مدمنين مجهولي الهوية من الحصول على الدعم القوي للأشخاص الذين يعانون اضطراباً نفسياً بدلاً من دعم تجارب عشوائية مضبوطة. يجد 10 إلى 20% من مرضى الاضطرابات النفسية الحادة هذه الخدمات ذات فائدة كبرى كبديل أو مجتمع مساند لخدمات الصحة النفسية. ولا تزال خدمات دعم الأقران تتطور إلا أن المفهوم الذي تقوم عليه ثابت.

النتائج الاقتصادية للإهمال

تستهلك قلة من الأفراد في نظام خدمات الصحة النفسية حصة غير متناسبة من الموارد المكلفة كالرعاية الداخلية وزيارات غرفة الطوارئ والحجز وإلى ما هنالك. إن توفير رعاية جماعية شاملة أمر مكلف، لكنها تخفف من المعاناة الشخصية وهي لم تعد مكلفة وتتفادى التغييرات في التكاليف المترتبة على العائلات والمجموعات ونظام العدالة الجنائية (31-33).

التطبيق

مع تحديد تعريف ممارسات مستندة على دليل بشكل دقيق أكثر فأكثر وتوفير نموذج ذات أمانة عالية لها، تجلّى عدم تناسب التدريب المختصر للجهة الأمامية من الطاقم وقادة المجموعات. يتطلب تطبيق الأمانة العالية تدريباً مستمراً وإشرافاً من ستة أشهر إلى سنة، ويحتاج الحفاظ على نوعية عالية من الخدمات إلى إشراف مستمر (34-36).

الخلاصات

شكلت قصة تطور خدمات الصحة النفسية المستندة إلى المجتمع في الولايات المتحدة مصدر أمل وخيبة في الوقت ذاته. فهي مصدر أمل لما تبتكر من اختراعات هامة في المجال والتي تشمل مقاربات موسعة لا تزال قائمة وذات تأثير كبير على أبحاث خدمات الصحة النفسية في العالم، بالإضافة إلى الوفرة الكبرى في مبادرات المستهلك؛ وأيضاً من ناحية أن قليل من الدول أبدت تميزاً في إظهار إمكانية تحويل هذه الانجازات

16. Torrey W, Drake R, Dixon L et al. Implementing evidence-based practices for persons with severe mental illnesses. *Psychiatr Serv* 2001;52:45-50.
17. Drake R, Goldman H, Leff H et al. Implementing evidence-based practices in routine mental health service settings. *Psychiatr Serv* 2001;52:179-82.
18. McHugo G, Drake R, Whitley R et al. Fidelity outcomes in the National Implementing Evidence-Based Practices Project. *Psychiatr Serv* 2007;58:1279-84.
19. Swain K, Whitley R, McHugo G et al. The sustainability of evidence-based practices in routine mental health agencies. *Commun Ment Health J* 2010;46:119-29.
20. National Alliance on Mental Illness. Grading the States: a report on America's health care system for serious mental illness. Arlington: National Alliance on Mental Illness, 2006.
21. Mojtabai R, Fochtmann L, Chang S et al. Unmet need for mental health care in schizophrenia: an overview of literature and new data from a first-admission study. *Schizophr Bull* 2009;35:679-95.
22. Deegan P. Recovery: the lived experience of rehabilitation. *Psychosoc Rehab J* 1988;11:11-9.
23. Cunningham P, McKenzie K, Taylor E. The struggle to provide community-based care to low-income people with serious mental illness. *Health Aff* 2006;25:694-705.
24. Glied R, Frank R. Better but not best: recent trends in the well-being of the mentally ill. *Health Affairs* 2009;28:637-48.
25. Goering P, Wasylenki D, Durbin J. Canada's mental health system. *Int J Law Psychiatry* 2000;23:345-59.
26. Rochefort D, Goering P. "More a link than division": how Canada has learned from U.S. mental health policy. *Health Affairs* 1998;17: 110-27.
27. Jacobs P, Dewa C, Lesage A et al. The cost of mental health and substance abuse in Canada. Alberta: Institute of Health Economics, 2010.
28. Standing Senate Committee on Social Affairs. Out of the shadows at last: transforming mental health, mental illness and addiction services in Canada. Ottawa: Government of Canada, 2006.
29. Lehman A, Kreyenbuhl J, Buchanan R et al. The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): updated treatment recommendations 2003. *Schizophr Bull* 2004;30:193-217.
30. Solomon P. Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatr Rehab J* 2004;27: 392-401.
31. Culhane D. The costs of homelessness: a perspective from the United States. *Eur J Homelessness* 2008;2:97-114.
32. Larimer M, Malone D, Garner M et al. Health care and public service use and costs before and after provision of housing for chronically homeless persons with severe alcohol problems. *JAMA* 2009; 301:1349-57.
33. Latimer E. Economic impacts of assertive community treatment: a review of the literature. *Can J Psychiatry* 1999;44:443-54.
34. Drake R, Bond G, Essock S. Implementing evidence-based practices for people with schizophrenia. *Schizophr Bull* 2009;35:704-13.
35. Fixsen D, Naoom S, Blase K et al. Implementation research: a synthesis of the literature. Tampa: University of South Florida, 2005.
36. Rapp C, Etzel-Wise D, Marty D et al. Evidence-based practice implementation strategies: results of a qualitative study. *Commun Ment Health J* 2008;44:213-24.

إلى برامج ذات فاعلية تساعد الأشخاص الذين يعانون مرضاً نفسياً على التعافي. أما خيبة الأمل، فمصدرها النقص في الإرادة السياسية وتوفير مستويات التمويل لضمان تنمية هذه البرامج في أنحاء البلاد. غير أن إصلاح برامج الرعاية الصحية التي يديرها الرئيس أوباما قد تغير هذا الاتجاه.

من ناحيتها، استوردت كندا الكثير من الأفكار من الولايات المتحدة في هذا المجال. وفي حين تظهر مستويات التمويل توحداً أكبر مقارنة مع الولايات الأمريكية، وتكون ملائمة للرعاية الجيدة، فإن الكثير من الترتيبات المؤسسية بالإضافة إلى النقص في الإرادة السياسية أجهضت عملية ادماج الممارسة الحديثة في الرعاية الروتينية. وإن الاعتراف الأخير من قبل الحكومة الفدرالية وتأسيس بعثة الصحة النفسية الكندية قد تكون هي السبيل إلى عملية التقدم السريع.

مراجع

1. Hanlon C, Wondimagegn D, Alem A. Lessons learned in developing community mental health care in Africa. *World Psychiatry* 2010;9: 185-9.
2. Semrau M, Barley E, Law A et al. Lessons learned in developing community mental health care in Europe. *World Psychiatry* 2011;10:217- 25.
3. Maj M. The WPA Action Plan 2008-2011. *World Psychiatry* 2008;7: 129-30.
4. Maj M. Report on the implementation of the WPA Action Plan 2008-2011. *World Psychiatry* 2011;10:161-4.
5. Thornicroft G, Alem A, Dos Santos RA et al. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry* 2010;9:67-77.
6. Centers for Medicare and Medicaid Services. National health care expenditures data. Baltimore: Centers for Medicare and Medicaid Services, 2010.
7. Frank R, Goldman H, McGuire T. Trends in mental health cost growth: an expanded role for management? *Health Affairs* 2009;28: 649-59.
8. Dixon L, Goldman H. Forty years of progress in community mental health: the role of evidence-based practices. *Aust N Z J Psychiatry* 2003;37:668-73.
9. Turner J, TenHoor W. The NIMH community support program: pilot approach to a needed social reform. *Schizophr Bull* 1978;4:319-48.
10. Corrigan P, Mueser K, Bond G et al. The principles and practice of psychiatric rehabilitation. New York: Guilford, 2008.
11. New Freedom Commission on Mental Health. Achieving the promise: transforming mental health care in America. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services, 2003.
12. U.S. Department of Health and Human Services. Mental health: a report of the Surgeon General. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services, 1999.
13. Chambless D, Ollendick T. Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annu Rev Psychol* 2001; 52:685-716.
14. Cook J. Blazing new trails: using evidence-based practice and stakeholder consensus to enhance psychosocial rehabilitation services in Texas. *Psychiatr Rehab J* 2004;27:305-6.
15. Kreyenbuhl J, Buchanan R, Dickerson F et al. The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): updated treatment recommendations 2009. *Schizophr Bull* 2010;36:94-103.

خدمات الصحة النفسية في العالم العربي

AHMED OKASHA¹, ELIE KARAM², TAREK OKASHA¹¹Okasha Institute of Psychiatry, Faculty of Medicine, Ain Shams University, Cairo, Egypt²St. George Hospital University Medical Center, Faculty of Medicine, Balamand University, Beirut, Lebanon

تلخص هذه الدراسة الوضع الحالي لخدمات الصحة النفسية في العالم العربي. ومن أصل 20 بلداً تتوفر فيها المعلومات المتصلة، فإن ستة منها لا تملك تشريعات خاصة بالصحة النفسية واثنتين منها لم تضع سياسة للصحة النفسية. بلغت نسبة المرضى النفسيين في ثلاثة بلدان (لبنان والكويت والبحرين) عام 2007 أكثر من 30 مريض لكل 100,000 نسمة، بينما لم يظهر في اثنين (السودان والصومال) سوى 5 مرضى لكل 100,000 نسمة. تسجل قطر والبحرين والكويت العدد الأكبر من الأطباء النفسيين، في حين لا تملك سبعة بلدان أخرى (العراق وليبيا والمغرب والصومال والسودان وسوريا واليمن) سوى 0.5 طبيب لكل 100,000 نسمة. أما الموازنة المخصصة للصحة النفسية كنسبة مئوية من المجموع العام للميزانية الصحية، فقد كانت أقل من النطاق اللازم لتعزيز خدمات الصحة في البلدان التي تتوفر فيها المعلومات اللازمة. شهد العقد الأخير من الزمن بعض التحسن، لكن الموارد البشرية في الصحة النفسية والاهتمام بمسائلها لا يزالان غير كافين.

الكلمات الرئيسية: العالم العربي، خدمات الصحة النفسية، الموارد، الرعاية الأولية

الصحة العالمية (WHO) (2,3). وأجريت دراستان في المغرب (4) ومصر (5) بواسطة منهجيات مختلفة. بلغ انتشار اضطراب القلق على مدى الحياة بين البالغين 16.7% في دراسة لبنانية و13.8% في استطلاع عراقي، لأي من اضطرابات المزاج، بالترتيب 12.6% و7.5%. أشارت الدراسة التي أجريت في المغرب نقطة انتشار من 9.3% لاضطراب القلق المعمم و26.5% لاضطراب الاكتئاب الحاد، بينما أشارت الدراسة المصرية إلى أن نقطة الانتشار بلغت 4.8% لاضطرابات القلق و6.4% لاضطرابات المزاج.

يظهر الجدول 1 بيانات تتعلق بتوافر سياسات الصحة النفسية في بلدان عربية مختلفة تم الحصول عليها من خلال وزارات الصحة ومكتب منظمة الصحة العالمية لمنطقة الشرق الأوسط، ومسؤولين نفسيين محليين. لا تملك ستة من أصل 20 بلداً تشريعات خاصة بالصحة النفسية، ولم تضع اثنين من البلدان العربية سياسة للصحة النفسية. ما من معلومات متوفرة عن موريتانيا أو جزر القمر.

في الجدول 2، بلغت نسبة المرضى النفسيين في ثلاثة بلدان (لبنان والكويت والبحرين) عام 2007 أكثر من 30 مريضاً لكل 100,000 نسمة، بينما لم يظهر في اثنين (السودان والصومال) سوى 5 مرضى لكل 100,000 نسمة. سجل انخفاض كبير للمرضى النفسيين في استطلاع 1998 (6) في العراق، والأردن والكويت وليبيا وعمان وقطر وفلسطين.

العدد الأكبر من الأطباء النفسيين موجود في قطر والبحرين والكويت في حين لا تملك سبعة بلدان أخرى (العراق وليبيا والمغرب والصومال والسودان وسوريا واليمن) سوى 0.5 طبيب لكل 100,000 نسمة. وعلى الرغم من وجود مستشفى للأمراض النفسية في جيبوتي، إلا أنه ما من أطباء نفسيين أو عاممين يهتمون بالصحة النفسية ورعاية المرضى (جدول 2). وقد أظهر استطلاع 1998 انخفاضاً في عدد أطباء النفس في ليبيا والسعودية والسودان، بينما شهد عددهم ارتفاعاً ملحوظاً في عدد من البلدان الأخرى.

يتراوح عدد الممرضين النفسيين بين 23 في البحرين و22.5 في

يراد من لفظ العالم العربي الإشارة إلى 22 دولة هم الأعضاء في جامعة الدول العربية والتي يصل عدد سكانها إلى 280 مليون نسمة. تعد شعوب المنطقة الأكثر شباباً في العالم: 38% من العرب هم من الشباب دون سن 14 عاماً. وقد ارتفع التوقع للحياة 15 عاماً خلال الثلاثين سنة الماضية، بينما انخفض عدد وفيات الأطفال بنسبة الثلثين. تصل نسبة البطالة إلى 15% أو 12 مليون نسمة. أما بالنسبة إلى المستوى العلمي، فقد شهد مؤخراً تراجعاً ويبرز حالياً عدم توافق حاد بين سوق العمل والنظام التربوي. تراجعت نسبة الأمية، لكنها لا تزال مرتفعة جداً: 65 مليون نسمة من البالغين هم من الأميين، حوالي الثلثين منهم من الإناث. ولا يزال 10 ملايين طفل لم يتلقوا أي تعليم يذكر.

يشكل التوسع في قطاع الصحة في إجمالي الناتج المحلي نسبة أعلى في فلسطين (13.5%)، يليها لبنان (8.8%)، فالأردن وجيبوتي (8.5%) ومصر (6.4%) (1). تتوفر الخدمات الصحية في كافة البلدان العربية من خلال القطاع العام (الحكومة) ومؤسسات القطاع الخاص ومن خلال التسديد الذاتي (وتشكل هذه الفئة 63.4% من المجموع في السودان، 58.7% في مصر، 58% في اليمن، 56.1% في المغرب و34.9% في سوريا). تساهم في بعض البلدان أنظمة التأمين في توفير تلك الخدمات. وقد أصبحت الهيئات والمنظمات غير الحكومية فاعلاً أساسياً في توفير الرعاية الصحية وخدماتها لا سيما في البلدان التي تعيش عدم استقرار داخلي (لا سيما لبنان في أواخر ثمانينيات القرن الماضي، وفلسطين اليوم).

لا تتوفر معلومات حول نسبة التوسع في مجال الصحة النفسية في قطاع الصحة في معظم الدول العربية ولا يشير إليها المسؤولون. وقد قدمت ثلاث بلدان عربية فقط تلك التقديرات: قطر (1%) ومصر (أقل من 1%) وفلسطين (2.5%).

وما من توقعات لعبء الاضطرابات النفسية في العالم العربي. بينما لم تجر سوى لبنان والعراق حتى الآن دراسات وطنية من خلال منهجية المقارنة تستند إلى استطلاعات الصحة النفسية العالمية الخاصة بمنظمة

الجدول 1 سياسات الصحة النفسية في البلدان العربية

البلد	سياسة الصحة النفسية (العام)	سياسة معالجة سوء استخدام المواد (العام)	برنامج الصحة النفسية الوطني (العام)	تشريعات الصحة النفسية (العام)
الجزائر	نعم (٤)	نعم (1990)	نعم (2001)	نعم (1998)
البحرين	نعم (1993)	نعم (1983)	نعم (1989)	نعم (1975)
جيبوتي	لا	لا	لا	تشريع فرنسي قديم
مصر	نعم (1978)	نعم (1986)	نعم (1986)	نعم (2009)
الإمارات	نعم (٤)	نعم (٤)	نعم (1991)	نعم (1981)
العراق	نعم (1981)	نعم (1965)	نعم (1987)	نعم (1981)
الأردن	نعم (1986)	نعم (2000)	نعم (1994)	نعم (2003)
الكويت	نعم (1957)	نعم (1983)	نعم (1997)	لا
لبنان	لا	لا	نعم (1987)	لا
ليبيا	نعم (٤)	لا	نعم (1988)	نعم (1975)
المغرب	نعم (1972)	نعم (1972)	نعم (1973)	نعم (1998)
عمان	نعم (1992)	نعم (1999)	نعم (1990)	نعم (1999)
فلسطين	نعم (2004)	نعم (2004)	نعم (2004)	نعم (2004)
الصومال	نعم (1980)	نعم (1986)	نعم (1990)	لا
السودان	نعم (1989)	نعم (2000)	نعم (1989)	لا
سوريا	نعم (٤)	نعم (٤)	نعم (٤)	لا
تونس	نعم (1998)	نعم (1995)	نعم (1998)	نعم (1998)
اليمن	نعم (2001)	نعم (1993)	نعم (2001)	نعم (1965)

الجدول 2 موارد الصحة النفسية في البلدان العربية

البلد	عدد الأسرة النفسية لكل 100.000 شخص نسمة		عدد الأطباء النفسيين لكل 100.000 نسمة		عدد الممرضين النفسيين لكل 100.000 نسمة		عدد الأخصائيين النفسيين لكل 100.000 نسمة		عدد العاملين الاجتماعيين لكل 100.000 نسمة	
	2007	1998	2007	1998	2007	1998	2007	1998	2007	1998
الجزائر	25	14	2.2	1.1	4.2	1.1	0.2	0.8	0.4	0
البحرين	33	33.8	5	3.7	23	13.3	0.8	0.5	1.5	1
جيبوتي	7	غير متوفر	0	0	0.2	0	0	0	0	0
مصر	13	12.5	0.9	0.9	2	2	0.4	0.3	0.1	0.09
الإمارات	14	غير متوفر	2	0.9	غير متوفر	غير متوفر	1	0.9	1.2	0.6
العراق	6.3	7	0.7	0.1	0.1	0.1	0.05	غير متوفر	0.2	0.05
الأردن	15.7	20	1	1.1	2	0	0.6	0.2	2	0.5
الكويت	34	47	3.1	2.6	22.5	16.2	1.4	0.9	0.4	0.4
لبنان	75	47	2	1.2	5.03	0.9	0.6	1.9	1.5	0.6
ليبيا	10	56	0.2	0.3	0.05	غير متوفر	0.3	0.3	1.5	0.2
المغرب	7.8	7.6	0.4	غير متوفر	2.02	غير متوفر	0.03	غير متوفر	007.0	غير متوفر
عمان	4.9	5.5	1.4	0.2	5	0.2	0.2	0	0.5	0.1
فلسطين	8.8	14.2	0.9	0.8	3.4	3.2	1	1.7	1.1	0.7
قطر	9.7	37.9	3.4	0.8	10	7.4	1.2	1.4	10	1.7
المملكة العربية السعودية	11.8	6.5	1.1	2.4	6.4	6.3	1	0.5	2.4	0.9
الصومال	4	غير متوفر	0.06	0.5	0.03	0.03	0	0	0.2	0
السودان	2	0.1	0.09	0.2	0.2	غير متوفر	0.2	0.01	0.1	0.01
سوريا	8	7.8	0.5	غير متوفر	0.5	غير متوفر	0	غير متوفر	0	غير متوفر
تونس	11.3	9.6	1.6	0.8	0.2	3.3	0.6	0.8	0	غير متوفر
اليمن	18.5	غير متوفر	0.5	0.1	0.09	1.1	1.2	0.5	0.04	0.01

المستشفيات العامة. كما عمدت بعض البلدان على توسيع مركزية هذه الخدمات وأصبحت تتوفر في مستشفيات المقاطعات والوحدات المتصلة الصغرى إلى جانب خدمات الصحة الأخرى. وبدأت برامج التدريب في الصحة النفسية للأطباء العامين وغير الأطباء والعاملين في مجال الصحة الذين يوفرون الرعاية الصحية الأولية في عدد كبير من البلدان كجزء من برامج تعزيز مهارات الخدمات الداخلية (7).

على الرغم من أن أغلبية البلدان في المنطقة وافقت على مبدأ إدماج الصحة النفسية إلى نظام توفير الصحة الأولية، فإن الناحية التطبيقية لا تزال محدودة. على مستوى عالمي، لا تزال البنية التحتية للصحة النفسية

الإمارات إلى 0.09 في اليمن و0.03 في الصومال، لكل 100.000 نسمة. ارتفع عدد الممرضين في أكثرية البلدان مقارنة مع استطلاع 1998. الأمر ذاته يطبق على الأخصائيين النفسيين والعاملين الاجتماعيين، حيث شهدت كل من البحرين والإمارات والأردن ومصر والكويت وليبيا والسعودية واليمن (جدول 2) ارتفاعاً كبيراً.

وقد شهدت السنوات الأخيرة الماضية تغيرات كبرى في مجال الصحة النفسية في البلدان العربية. وأصبحت خدمات الصحة النفسية التي كانت في البدء محصورة في بضع مستشفيات كبرى تقدم اليوم في وحدات خاصة بالطب النفسي كمنشآت للأطباء الداخليين والخارجيين في

النفسية في الرعاية الأولية في نصّ في سياسات الدول العربية لتصبح أولوية ضرورية وملحة على جدول أعمال السياسيين.

مراجع

1. World Health Organization. The work of WHO in the Eastern Mediterranean Region. Annual report of the regional director. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2009.
2. Karam EG, Mneimneh ZN, Karam AN et al. 12 month prevalence and treatment of mental disorders in Lebanon. A national epidemiologic survey. Lancet 2006;367:1000-6.
3. Alhasnawi A, Sadik S, Rasheed M et al. The prevalence and correlates of DSM-IV disorders in the Iraq Mental Health Survey (IMHS). World Psychiatry 2009;8:97-109.
4. Kadri N, Agoub M, Assouab F et al. Moroccan national study on prevalence of mental disorders: a community-based epidemiological study. Acta Psychiatr Scand 2010;121:71-4.
5. Ghanem M, Gadallah M, Meki FA et al. National survey of prevalence of mental disorders in Egypt: preliminary survey. East Mediterr Health J 2009;15:65-75.
6. Okasha A, Karam E. Mental health services and research in the Arab world. Acta Psychiatr Scand 1998;98:406-13.
7. World Health Organization. Mental health in the Eastern Mediterranean Region. Reaching the unreached. Cairo: WHO Regional.

والخدمات المتعلقة في معظم البلدان غير كافية ولا تلبى الحاجات الكبيرة والمتزايدة.

وتعاني معظم البلدان العربية حالياً نزاعات وحروب وإرهاب وحركات تطرف، الأمر الذي يشكل بذوراً للكثير من الاضطرابات السلوكية والنفسية.

وتؤثر المعتقدات الثقافية في المسّ أو الشعوذة أو صيبة العين على تفسير الأعراض النفسية. في هذا الإطار فإن الملاذ الأول لعائلات المرضى النفسيين لا ترقى حتى إلى مستوى الطبيب العام، حيث يلجأ هؤلاء إلى الشافين التقليديين الذين يملكون أهمية خاصة لما يدعون من رؤية «المرائيات» و«الغيب». ويغيب التفاعل بين الأطباء والشافين التقليديين في معظم البلدان العربية. أمّا في الأردن مثلاً فنجد نوعاً من العلاقة غير الرسمية أو المنظمة بينهم. في حين يشكل هؤلاء في السعودية جزءاً من الطاقم الطبي ويستخدمون الإطار الديني والتلاوة في إدارة حالة المريض.

أخيراً، تظهر البيانات التي جمعناها أن العالم العربي يعاني من نقص في الموازنة المخصصة للصحة والتربية وهي أقل من المستويات الموصى بها لضمان نوعية حياة أفضل. وفي حين أن المعلومات حول الموازنة المخصصة للصحة النفسية والتي تدرج تحت موازنة الصحة العامة في بلدان قليلة، فهي لا تزال أدنى من النطاق المطلوب لتعزيز الخدمات في مجال الصحة النفسية.

ويبقى أن الموارد البشرية في مجال الصحة النفسية والنقص في البيانات المتصلة من قبل الهيئات الرسمية عاملان لا يتناسبان مع إجمالي الناتج المحلي في البلدان العربية. لذا ندعو إلى تطبيق الصحة

أزمة الطب النفسي- إضاءات وتوقعات حول نظرية التطور

MARTIN BRÜNE¹, JAY BELSKY², HORACIO FABREGA³, JAY R. FEIERMAN⁴, PAUL GILBERT⁵, KALMAN GLANTZ⁶, JOSEPH POLIMENI⁷, JOHN S. PRICE⁸, JULIO SANJUAN⁹, ROGER SULLIVAN¹⁰, ALFONSO TROISI¹¹, DANIEL R. WILSON¹²

¹Department of Psychiatry, Psychotherapy and Preventive Medicine, University of Bochum, LWL University Hospital, Alexandrinenstrasse 1, D-44791 Bochum, Germany; ²University of California, Davis, CA, USA and Birkbeck University of London, UK; ³University of Pittsburgh, PA, USA; ⁴University of New Mexico, NM, USA; ⁵University of Derby, UK; ⁶Private Practice, Boston, MA, USA; ⁷University of Manitoba, Winnipeg, Manitoba, Canada; ⁸Oxford Regional Health Authority, UK; ⁹University of Valencia, Spain; ¹⁰California State University, CA, USA; ¹¹Tor Vergata University, Rome, Italy; ¹²Creighton University, Omaha, NE, USA

ركز داروين على عملية الاصطفاء الطبيعية وأثر تركيزه هذا بشكل كبير على كيفية تطور العلوم الحية والعلوم الطبية وكيفية العمل بها. إلا أن العالم لا يزال يقلل من أهمية أفكار داروين في فهم الحالات النفسية. فينادي الفهم الحديث للأمراض إلى تقدير حوار الأخذ والرد الجاري بين تأثير المحيط من جهة وحمية نظرية تاريخ الحياة من جهة ثانية وعلم البيئة السلوكي الإنساني من جهة ثالثة وخصائص عمليات التكيف في مختلف المراحل الشخصية من جهة رابعة. وقد ساهم هذا الحوار في التوصل إلى فهم أكبر لاضطرابات الأيض والأمراض السرطانية وأمراض المناعة الذاتية وحالات فقر الدم الوراثية وعرضة الإنسان للأمراض المعدية (1). من هنا على أي فهم معاصر ومقنع علمياً للحالات النفسية أن يتبنى منطقاً مماثلاً في عملية البحث، أي أن يأخذ بعين الاعتبار تأثير الظروف البيئية والاصطفاء الطبيعي على تشكيل العمليات المعتمدة على الدماغ والآليات المتصلة بالعلوم العصبية السريرية وحسب بل خصائص السلوك المختلفة.

والبيئة، بما في ذلك الآليات الوراثية التي تتكون بشكل حاسم بواسطة التجربة على مدى حياة الفرد. وتساهم هذه المسائل في تزويد الطبيب بمنطق يخوله من أن يفسر لماذا وكيف ومتى يتم التقييد بالتكيف السلوكي والتسوية به، ونعني بذلك اللحظة التي تشكل فيها الظروف والحالات الاجتماعية والثقافية والبيئية خطراً أو عائناً أمام التوصل إلى الحل الأنسب للمشاكل الاجتماعية البيولوجية. وقد يدعو هذا الخطر أو هذا العائق إلى تغيير إستراتيجية التكيف و/أو إلى انتقاء إستراتيجية أخرى و/أو إلى تحديد أهداف بيولوجية أكثر واقعية. ونظن بأن هذه النظرة الشاملة للعلاج النفسي قد تؤثر تأثيراً كبيراً على كيفية تصور علم النفس للاضطراب، وسنوضح ظننا باختصار من خلال ثلاثة أمثلة.

علم الوراثة

ينتمي أحد احتمالات تفسير طبيعة الحالات النفسية وأسبابها إلى الفكرة القائلة بأن كل فرد يحمل في نفسه اختلافات وراثية تجعله عرضة لنمو اضطراب ما، وهذا ما يسمى عادةً بنموذج الاستهداف-الضغط. وتبين الدراسات المرتكزة على نظرية التطور والباحثة في الحالة الوراثية للاضطرابات النفسية ما يلي: في حين تجعل بعض الآليات الفرد عرضة لتطوير حالة نفسية في ظروف بيئية عسيرة يمكنها أيضاً أن تحمي الفرد وأن تحسن تكيفه مع ظروف بيئية ملائمة تصادفه في خلال المراحل الأولى من التطور. نذكر على سبيل المثال الأليل القصير التابع للجينة التي تحمل شفرة ناقل السيروتونين إذ إن هذا الأليل يرتبط بارتفاع خطر الإصابة باليأس ما إذا واجه هذا الأليل ظروفاً عسيرة في مرحلة الطفولة. وفي الوقت عينه، ترتبط نسخة مطابقة لهذا الأليل بانخفاض خطر الإصابة باليأس ما إذا نما الطفل في ظروف عاطفية آمنة (5). هذا يعني أن الاصطفاء قد فضل المرونة و«البرامج المفتوحة» (4) التي تجعل من الفرد أكثر عرضة للظروف البيئية- إما نحو الأفضل وإما نحو الأسوأ (6).

على غرار ما شرحناه، لقد توصل العلماء الذين يتبعون نظرية التطور

ومن ضمن النهج المستخدم لفهم الاضطرابات النفسية من منظور نظرية التطور نذكر منهاجاً يبني أسسه على أفكار العالم نيكولاس تينبورجن الحائز على جائزة نوبل، إذ يقول تينبورجن إن أي فهم كامل لأي خاصية ظاهرية يتوجب تحديد آليات هذه الخاصية وطبيعتها لأنها تؤمن تفسيراً «لأسباب المباشرة». ويتوجب أيضاً البحث عن تاريخ هذه الخاصية التطوري (أو النشوئي التطوري) وعن قيمتها التكيفية (2). وتعد دراسة الآليات المباشرة إحدى معايير علم النفس والعلوم العصبية السريرية مع أنها لا تزال تتجاهل الأسئلة المتعلقة بتطور الخصائص تجاهلاً كبيراً.

ومن المعترف به أن فكرة وضع عمليات معرفية وعاطفية وسلوكية مختلفة في سياق التكيف المحتمل لا تبدو فكرة سديدة للوهلة الأولى إذ إن التوجه السريري يتطلب تسليط الضوء على «الاضطراب». غير أن «الاضطراب»، بتعريفه، يعاكس البديهية في سياق التكيف. ونعني بالتكيف هنا خاصية سلوكية أو بنائية وراثية تمنح مالكتها قدرة أكبر على البقاء وعلى التناسل في ضمن البيئة التي نشأت فيها هذه الخاصية. فإذا تحوّر اهتمام علم النفس على «الخصائص» (أي العمليات المعرفية والعاطفية والسلوكية) سنتمكن من فهم المشاكل السريرية بشكل أكبر عبر رؤيتها على شكل تعابير مشوهة لآليات سبق لها في بيئات أنفة أن أجابت على مشاكل متعلقة بالتكيف لكنها باتت اليوم دخيلة على الظروف البيئية السائدة (3).

ومن المهم أن نفهم أن أي نمط ظاهري معين هو مفهوم متطور للاختلاف فلا وجود للتطور من خلال الاصطفاء الطبيعي من غير الاختلاف. وقد تجاهل علم النفس السائد الحقيقة التالية بشكل كبير: الاختلاف هو القاعدة ولا الاستثناء. وقد أدى هذا التجاهل إلى تشنجات كثيرة على صعيد المفاهيم. فيرى علم النفس «الاضطراب» على أنه انحراف إحصائي في وسيلة إحصائية قياسية ونعني بذلك أن «القياسي» وال«الاضطراب» كلاهما متقلبان بمضامين ضالة الاختلاف فيما يتعلق بالنشاط النفسي أو السلوكي.

والاختلاف الظاهري هو نتيجة تلاعب معقد بين النمط الوراثي

إلى الفكرة القائلة بأن تعدد النمط الظاهري قد يلعب دوراً في الاضطرابات النفسية أي أن الجينات التي تساهم في زيادة اللياقة البدنية في مجال واحد قد تحمل ميزات غير قادرة على التكيف في مجال آخر وهذا مفهوم ظهر بادية الأمر في مجال دراسة الشيوخوخة (7 و8). وباستطاعتنا اليوم أن نربط كل تعدد مناهض للنمط الظاهري إلى جينات منفردة مثل جينة شيفرة الكاتيكولامين ميثيلترانسفيراز التي يرتبط أليلٌ منها بضعف عمل الذاكرة وقوة التعاطف في الآن عينه (9).

وإن جمعنا هذه الرؤى كلها لوجدنا الجواب على السؤال التالي: لماذا صمم الاضطفاء الطبيعي أجساماً تكون عرضةً للمرض في بعض الحالات الخاصة (10)؟ بالإضافة إلى ذلك، يبدو لنا الكلام على الضعف الوراثي من وجهات نظر أحادية وشائعة في علم النفس كلاً ما ناقصاً، إن لم نقل مبسطاً، ويتطلب إعادة صياغة تأخذ بعين الاعتبار التفاعلات المعقدة بين الجينات والبيئة والمقايضات الحاصلة بين الظواهر الوظيفية المختلفة.

التعبير عن المشاعر

لقد قلص علم النفس المعاصر الأهمية الوظيفية للمشاعر المعبر عنها بطريقة غير لفظية (11) وهذا تطور مؤسف لأنه يجعل من علم النفس «علمًا» يعتمد بشدة على معايير ذاتية وتقارير شخصية ومعدلات يضعها الأطباء، بينما يتجاهل أن بيولوجيا التفاعل الاجتماعي ترتكز على تعابير الوجه والحركات ولغة الجسد بالتكامل مع التعبير اللغوي. إلا أن الواقع قد برهن تكراراً أن المرضى النفسيين قد يختلفون عن الأفراد غير الخاضعين للعلاج السريري من خلال سلوكهم غير اللغوي وأن دراسة السلوك غير اللغوي قد تحمل في طياتها معلومات أكبر عن تجاوب العلاج وعن النكس مقارنةً مع المعلومات التي يحملها السلوك المرضي النفسي (12). فقد يرتبط تغيير نمط السلوك، كتقليل تواتر تواجد الجسم في وضعيات دفاعية مثلاً، بتحسين سريري قبل أن يدرك المريض (أو حتى الطبيب) هذا التحسن. والعكس صحيح إذ إن «تصرفات الإزاحة النفسية» المرتبطة بالنزاع التحفيزي قد تشكل إنذاراً سريرياً لمراقبة تراجع المريض سريرياً حكماً أن هذه الأنماط قد تكون دليلاً لسلوك انتحاري وشيك. وتفترض هذه الأمثلة الثلاث عن التحليل المعتمد في منهجية علم السلوك بأن صفة السلوك في الظروف السريرية لا تختلف عن صفته عند الأفراد الأصحاء إنما ما يختلف هو الدرجة، أي القوة أو التواتر أو عدم التناسب مع السياق (13).

العلاج النفسي

تتضمن الظروف البيئية السلوكية، التي تطورت فيها المعرفة والعواطف والسلوك، بالإضافة إلى الطبيعة التكيفية للآليات النفسية التي تطورت بهدف إيجاد الحلول لمشاكل بيولوجية اجتماعية متكررة مثل التماس الرعاية من آخرين في مجموعة نعى بها وتأمين الرعاية لهم، ومثل تشكيل التحالفات التعاونية وإيجاد شريك والحصول على مركز مقبول في الترتيب الاجتماعي. ونذكر هنا على سبيل المثال أن السلوك المنحرف نحو اليأس يرتبط باستراتيجية منحدره تهدف إلى تفادي النزاع القائم (14). وتلعب الآليات النفسية البديلة دوراً رئيسياً في العديد، إن لم

نقل جميع، الاضطرابات النفسية في حين أنها تشكل التبلور الواقعي أو ما يعرف بالنمط الظاهري، وهو نمط قد يحمل في طياته مفهوم الدفاع ضد أي خطر يتصوره الفرد كما يحصل في حالات اضطراب القلق الاجتماعي أو طقوس الوسواس القهري أو أفكار جنون العظمة (15).

على هذا الأساس، يجدر بالعلاج النفسي أن يساعد المريض على فهم الركائز البيئية البيولوجية المتأصلة في أعراضه المرضية والتي يعبر عنها المريض من خلال هذه الأعراض. يجدر بالعلاج النفسي أيضاً أن يحفز المريض على التخلي عن أي استراتيجيات سلوكية أو دفاعية غير مريحة. نذكر على سبيل المثال منهجية حديثة النشأة تسمى بال«العلاج المرتكز على التعاطف التي تستأني أفكارها من نظرية التعلق (النظرية الأولى التي تعتمد على التطور في دراسة الأمراض النفسية والعلاج النفسي) بالإضافة إلى موارد أخرى (16 و17). وتهدف منهجية العلاج المرتكز على التعاطف إلى تزويد المريض ببيئة مؤاتية لعلاجها تساهم في تعزيز مشاعر الدفء والتفاهم واللفظ تجاه نفسه وتجاه الآخر، وذلك على ضوء المتاعب التي تفرزها العواطف والحوافز المرتكزة على التطور رغماً عن هذه العواطف والحوافز.

ويقول علم النفس المطلع على نظرية التطور إن العلاج النفسي يحتاج لأن يتغير مع تغير الفرد فيما يتعلق بالجنس والعمر والاختلافات البيئية التي تشكل الأهداف والحاجات النفسية والسلوك النفسي (18). بالإضافة إلى ذلك، تفتح دراسة التفاعل الوراثي البيئي في مجال تطور النمط الظاهري أفقاً تُعد بإمكانية استخدام المرونة السلوكية بشكل بناء في العملية العلاجية من أجل خفض الألم العاطفي وتجنبه. ويتم ذلك عبر تشجيع المريض على استخدام طاقاته بهدف التغيير وعبر إلقاء الضوء على أهمية التطور في سلوكه والأعراض التي يعاني منها.

الخلاصة

لطالما تجاهل علم النفس السائد عملية البحث عن فهم علمي متماسك وشامل للاضطرابات النفسية. لا بل لطالما فشل علم النفس «البيولوجي» أيضاً في أخذ نواحي الخبرة البشرية وسلوكياتها التي تكونت في الماضي القديم عند الإنسان العاقل في عين الاعتبار. فعلى العكس، لقد تطورت النظريات والتطبيقات النفسية عبر الإستجابة إلى مشاكل إنسانية صحية متعلقة بمرحلة حديثة من تاريخ الإنسان بالمقارنة مع هذا التاريخ الطويل. وقد ساهمت الظروف السياسية والاقتصادية والبيئية والعلمية والثقافية السائدة في المجتمعات الأنجلو أوروبية الحديثة في توجيه الأبحاث المعنية بمشاكل الشعب الصحية نحو التركيز على الظواهر الذهنية.

نقترح هنا أن نتبع مقاربة داروينية من أجل دعم مساعي صياغة الوسائل الأفضل لتصور الأمراض النفسية وفهمها. نحن نحتاج إلى تحاليل دقيقة عن كيفية تأثير البيئة في الماضي والحاضر والمستقبل على تشكيل السلوك التكيفي وتقييده، الأمر الذي يؤدي إلى نشوء مؤشرات وأعراض واستجابات مختلفة. أما هذه الاستجابات فهي تمثل البيانات التي بنت عليها العلوم الحديثة نظماً بطريقة تتناسب والعملية التي لا تنفك تتكرر منذ تاريخ الإنسان القديم (19).

تمكنت الأفكار المتعلقة بنظرية التطور من أن تضع توقعات قابلة للاختبار عن أسباب الاضطرابات النفسية وتكشفها (التاريخ الطبيعي)

- 2009;135:885-908.
6. Belsky J, Jonassaint C, Pluess M et al. Vulnerability genes or plasticity genes? *Mol Psychiatry* 2009;14:746-54.
 7. Williams GC. Pleiotropy, natural selection and the evolution of senescence. *Evolution* 1957;11:391-411.
 8. Nesse RM. Life table tests of evolutionary theories of senescence. *Exp Gerontol* 1988;23:445-53.
 9. Heinz A, Smolka MN. The effects of catechol-O-methyltransferase genotype on brain activation elicited by affective stimuli and cognitive tasks. *Rev Neurosci* 2006;17:359-67.
 10. Nesse RM, Williams GC. Why we get sick. The new science of Darwinian medicine. New York: Times Books, 1994.
 11. Feierman JR. The ethology of psychiatric populations II: Darwinian neuropsychiatry. *Clin Neuropsychiatry* 2006;3:87-106.
 12. Troisi A. Ethological research in clinical psychiatry: the study of nonverbal behavior during interviews. *Neurosci Biobehav Rev* 1999;23:905-13.
 13. Geerts E, Brüne M. Ethological approaches to psychiatric disorders: focus on depression and schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry* 2009;43:1007-15.
 14. Price JS. Darwinian dynamics of depression. *Aust N Z J Psychiatry* 2009;43:1029-37.
 15. Troisi A. The concept of alternative strategies and its relevance to psychiatry and clinical psychology. *Neurosci Biobehav Rev* 2005; 29:159-68.
 16. Bowlby J. Attachment and loss. Vol. 1. Attachment. New York: Basic Books, 1969.
 17. Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. *Adv Psychiatr Treat* 2009;15:199-208.
 18. Glantz K, Pearce J. Exiles from Eden: psychotherapy from an evolutionary perspective. New York: Norton, 1989.
 19. Fabrega H Jr. The need for an ethnomedical science. *Science* 1975; 189:969-75.
 20. Morgan BE, Horn AR, Bergman NJ. Should neonates sleep alone? *Biol Psychiatry* (in press).
 21. Porges SW. The polyvagal perspective. *Biol Psychol* 2007;74:116- 43.
 22. Rilling JK. A potential role for oxytocin in the intergenerational transmission of secure attachment. *Neuropsychopharmacology* 2009;34:2621-2.
 23. Maj M. Psychiatric diagnosis: pros and cons of prototypes vs. operational criteria. *World Psychiatry* 2011;10:81-2.
 24. Wakefield JC. Evolutionary versus prototype analyses of the concept of disorder. *J Abnorm Psychol* 1999;108:374-99.
 25. Cosmides L, Tooby J. Toward an evolutionary taxonomy of treatable conditions. *J Abnorm Psychol* 1999;108:453-64.
 26. Banzato CEM. Classification in psychiatry: the move towards ICD- 11 and DSM-V. *Curr Opin Psychiatry* 2004;17:497-501.
 27. Brüne M. Textbook of evolutionary psychiatry. The origins of psychopathology. Oxford: Oxford University Press, 2008.

ومعانيها، وذلك بفضل استناد هذه الأفكار على نظرية تاريخ الحياة وعلم البيئة السلوكي وعلم السلوك (عدم اللغظ مع علم الأعراق البشرية) والعلم النفسي التطوري وعلم الوراثة التطورية. وقد تمت في الماضي القريب مثلاً برهنة التأثير العميق الذي يحمله فصل الولد عن أمه على النشاط اللاإرادي ونوعية نوم الأطفال الحديثي الولادة بالمقارنة مع مشاركة الأم ولدها النوم (20)، وقد ينعكس هذا التأثير على قدرة الفرد على التكيف مع الضغوطات (21) ومع التوجهات الشخصية الخاصة بمسائل التعلق (22). يصف هذا المثل تحديداً كيف يجدر بنا دراسة التفاعل الوراثي البيئي على ضوء القيود التي تفرضها عملية التطور على سلوك الإنسان.

وأيضاً، يحتاج علم تصنيف الأمراض النفسية على الأرجح إلى إعادة تصنيف فئاته على ضوء الخلافات القائمة اليوم بشأن كيفية تصور الاضطرابات النفسية وتصنيفها (23)، مع العلم أن هذه الخلافات تدور بينما تتشكل معايير الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية الذي تصدره جمعية الطب النفسي الأمريكية DSM 5 والتصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشاكل المتعلقة بالصحة ICD. نلقت النظر هنا إلى فوائد دراسة إمكانية إعادة تصنيف الاضطرابات وفق أهمية كل سلوك يعبر عنه الفرد بطريقة مختلفة، ذلك عند الأخذ بعين الاعتبار عملية التطور والظروف المتعلقة بالبيئة الحديثة مقارنة مع البيئات القديمة. لقد تم نشر عدد كبير من الأفكار في الماضي القريب بما فيها «تحليل الخلل المؤذي» (24) و «التصنيف التطوري للحالات القابلة للعلاج» (25) إلا أن كلها فشلت في أن تعالج مشكلة الاختزال بشكل مقنع (26). على هذا الأساس، بات من الصعب التوفيق بين بعض النواحي التاريخية لعلم تصنيف الأمراض النفسية وبعض اكتشافات علم الأعصاب. وستظهر بعض المصاعب المماثلة عند المباشرة لأي محاولة لتطوير أي نظام للأمراض النفسية يرتكز على رؤى نظرية التطور (27). وعلى كل حال، تحتاج أي محاولة من هذا النوع إلى تحاليل يضعها باحثون أصحاب خبرة في العلوم التطورية الاجتماعية كي تكون المحاولة ناجحة.

ويبدو أن قول أحد الآباء المؤسسون للـ«توليف الجديد» ثيودور سيوس دوبرانسكي إن «لا معنى لأي شيء في علم الأحياء إلا على ضوء نظرية التطور» هو قول صحيح كل الصحة في مجال علم الأعصاب النفسية إن لم نقل في مجال الطب وعلم الأحياء بالإجمال. لقد حان الوقت لإعادة النظر في مثل هذه المقاربة الشاملة وحسب بل لتطبيقها على الأبحاث والممارسات السريرية والتعليم الطبي.

المراجع

1. Gluckman P, Beedle A, Hanson M. Principles of evolutionary medicine. Oxford: Oxford University Press, 2009.
2. Tinbergen N. On aims and methods of ethology. *Zeitschr Tierpsychol* 1963;20:410-33.
3. Fabrega H Jr. Phylogenetic and cultural basis of mental illness. New Brunswick: Rutgers University Press, 2002.
4. Mayr E. What evolution is. New York: Basic Books, 2001.
5. Belsky J, Pluess M. Beyond diathesis stress: differential susceptibility to environmental influences. *Psychol Bull*

الفيزيولوجيا العصبية والنقص الأساسي المحتمل في مرض الفصام

JUDITH M. FORD^{1,2}, VERONICA B. PEREZ², DANIEL H. MATHALON^{1,2}

¹Psychiatry Service, San Francisco VA Medical Center; ²Department of Psychiatry, University of California, San Francisco, CA 94121, USA

نشاطات النسخة المصدرة وآليات الإفراغ المباشر عند الثدييات البشرية وغير البشرية في مراحل النطق (راجع رقم 4).

يظهر النموذج في الصورة الأولى رسم رجل يقول «آه» ويسمع تسجيل هذه الـ «آه» وهي تعاد. وتظهر فوق الرسم الجهود المتعلقة بالأحداث التي سجلتها قمة الرأس وهي جهود تظهر عند انطلاق الصوت الكلامي (عند وقت الصفر الممثل بالخط المستقيم المنقط) وفي خلال الكلام (الخطوط المتقطعة) وفي خلال السمع (الخطوط المكتملة). ويمكننا أن نرى على أسير الصورة تسجيل الجهود المتعلقة بالأحداث لـ 75 فرداً في صحة جيدة ويظهر هذا التسجيل أن عنصر الـ NI مقيم بالنسبة للصوت الكلامي في خلال الكلام أكثر منه في خلال الاستماع (5). وقد تم تسجيل الجهود المتعلقة بالأحداث بقوة الميكروفولت للمحور العامودي وبتوقيت الميلي ثانية للمحور الأفقي. وتم تدوين التسجيلات السلبية في قمة الرأس أيضاً. ورسمت نية النطق بالـ «آه» في «فقاعة تفكير» وضعت عند مراكز النطق من الفص الجبهي. أما السهم المعطوف الذي يشير إلى القشرة السمعية فيدل على إرسال نسخة المخطط السمعي المصدرة، أي النسخة التي سينشأ عنها الإفراغ المباشر (مصور على شكل انفجار) للإحساس المتوقع في القشرة السمعية. وعندما يطابق الإحساس المتوقع (الإفراغ المباشر) الإحساس الحقيقي (الإحساس الوارد من جديد) في القشرة السمعية (مصورة على شكل انفجار رمادي)، يتم قمع الإدراك. تم رسم الاستجابات القوية في القشرة السمعية في خلال مرحلة الاستماع باللون الأسود والاستجابات الضعيفة في خلال مرحلة الكلام باللون الرمادي.

لقد جمعنا البيانات من نماذج مختلفة لأفراد أصحاء ومرضى وتمكنا من أن نبرهن أن الاستجابة السمعية القشرية تضعف من خلال الكلام عند الأفراد الأصحاء ولكن بنسبة أقل عند مرضى الفصام (5 و9). تُعرض المعلومات المأخوذة من 75 مريضاً في الرسم الأيمن حيث يفشل المرضى في أن يقيموا عنصر الـ NI في خلال الكلام كما يظهر في تسجيل الجهود المتعلقة بالأحداث (5).

ولكن، خلافاً لما توقعناه، لم يرتبط مقدار قمع عنصر الـ NI بالنسبة للأصوات الكلامية بالهلاوس السمعية (6 و8) إنما ارتبط بالتزامن العصبي للجهود المتعلقة بالأحداث الواقعة 100 ميلي ثانية قبل انطلاق الكلام، وذلك لأن التزامن العصبي قبل الكلام يرتبط بالقمع اللاحق لعنصر الـ NI في خلال فترة الكلام عند الأفراد الأصحاء. فنقترح هنا أن تزامن الجهود المتعلقة بالأحداث الذي يسبق الكلام قد يشير إلى نشاط النسخة المصدرة في الأمر الحركي على الكلام (7). لعل العجز في عنونة الأفكار على أنها قادمة من الذات وليس العجز على قمع الأفكار هو الرابط مع الهلاوس السمعية.

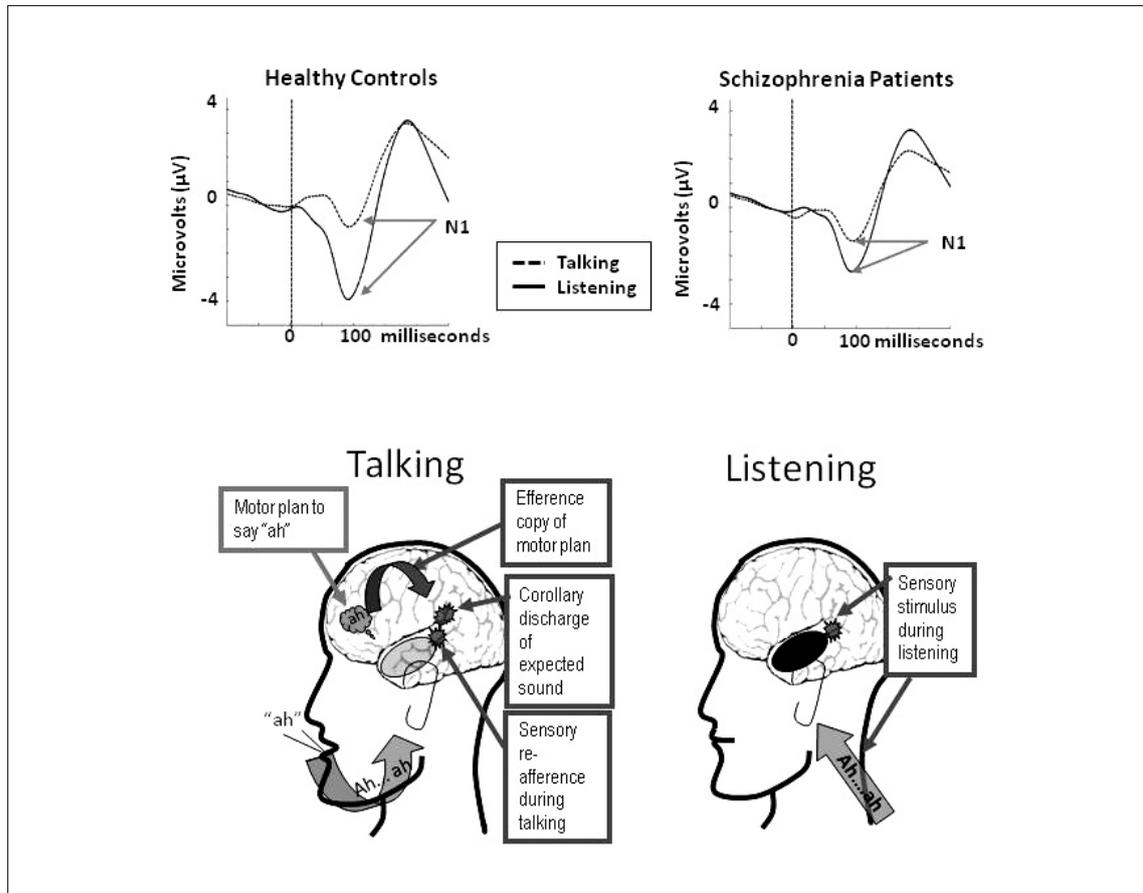
ارتكزت دراساتنا في مرحلة أولى على ما إذ استطاع الخلل في النسخة المصدرة وآليات الإفراغ المباشر أن يفسر الهلاوس السمعية اللفظية، إلا أن إجراء اختباراً بسيطاً على أفراد أصحاء وهو اختباراً يرتكز على ضغط

على جميع الحيوانات، ويهدف بقائها، أن تفرق بين الأحاسيس الناتجة عن أعمالها والأحاسيس الآتية من الخارج (1). ويتم لهذا الغرض إرسال نموذج مبكر أو مسبق عن الإحساس الناتج عن عمل معين إلى المناطق الحسية في الدماغ. يمكننا النظر إلى هذا النموذج على أنه نسخة كاربونية من «الذات» ترسل إلى القشرة الحسية كأنها تقول «هذا أنا لا غير». وبذلك، يتم إنذار القشرة الحسية التي بدورها تخمد الإحساس أو تلغيه وتدون هذه الأحاسيس على أنها آتية من «الذات». ويسمى نظام النموذج المسبق هذا بـ «النسخة المصدرة» أو/و نظام «التفريغ المباشر». ومع أن التعبيرين يستخدمان على السواء، نحدد النسخة المصدرة على أنها نسخة عن مخطط حركي تبعثها المنطقة القشرية الحركية إلى المنطقة القشرية الحسية ونحدد التفريغ المباشر على أنه مجموعة النتائج الحسية المتوقعة التي يولدها وصول النسخة المصدرة.

اقترح فاينبيرغ (2) في نسخة دراسته الأصلية أن الهلاوس السمعية تنتج عن خلل في النسخة المصدرة وأنظمة الانطلاق المباشر للأفكار. واقترح أيضاً أن أي خلل في هذه الأنظمة قد ينتج عن عدم القدرة على التفرقة بين النشاط العصبي الذي تبادره الذات والنشاط العصبي الناتج عن حوافز خارجية. لهذا السبب قد يعجز مرضى الفصام أن يفرقوا بين الأفكار الآتية من دماغهم وتلك الآتية من بيئتهم. ولاحظ فاينبيرغ أن طبيب الأمراض العصبية البريطاني من القرن الـ 19 هيو لينغز جاكسون اعتبر أن التفكير هو أكثر نشاطات الإنسان الحركية تعقيداً وهو نشاط «قد يحافظ على الآليات الحسابية والشمولية التي تطورت من أجل الحركة الجسدية ويستخدمها». واقترح فاينبيرغ أن التفكير قد يحافظ على آليات التحكم الناجحة الكامنة في المراحل الدنيا من العملية الشمولية. ووسع فيرث (3) هذا المفهوم في العام 1987 عندما روج مجموعة تجارب سلوكية تؤكد وجود خلل في التفريغ المباشر عند مرضى الفصام. ولقد تم توثيق دلائل صوتية وحسية جسدية تؤكد خلل الانطلاق المباشر في حالات الفصام (العودة إلى 4 للمراجعة).

لقد بدأنا منذ عشر سنوات بتطوير أدوات كهربية تدرس العلاقة بين الهلاوس السمعية والتجارب البيولوجية على النسخة المصدرة وآليات التفريغ المباشر. وقررنا، بفضل مساعدة دراسات هيو لينغز جاكسون، أن نربط النظام الحركي للأفكار بالنظام الحركي للكلام. على هذا الأساس، طورنا وسيلة لقياس الجهود المتعلقة بالأحداث استناداً على تخطيط كهربية الدماغ، وذلك من أجل دراسة الأعمال المفترضة لهذه الآليات عبر تسجيل كيفية استجابة القشرة السمعية للصوت المحكي في وقت الكلام نفسه (راجع رقم 4).

وقد استخدمنا عنصر الـ NI لتقييم استجابة القشرة السمعية لانطلاق الصوت الكلامي لأن هذا العنصر يصل إلى أعلى درجاته وهي 100 ميلي ثانية بعد انطلاق الصوت وينشأ هذا العنصر في القشرتين الأولى والثانية. تشبه نماذجنا ووسائلنا تلك التي استخدمها الآخرون لدراسة



الرسم الأول: رسم نموذج عن الكلام/السمع والجهود المتعلقة بالأحداث الناتجة عن أفراد أصحاء ومرضى الفصام.

الأزرار، برهن إمكانية حدوث خلل في النسخة المصدرة للأوامر الحركية قبل الضغط على الزر وذلك على مستوى النظام الحسي الجسدي عند مرضى الفصام أيضاً. وقد بين الاختبار أن التعبير العصبي البيولوجي عن هذا الخلل يرتبط تحديداً بأعراض نجدها على المستوى الحركي مثل انعدام الإرادة واللامبالاة (10). وإن مرض الفصام هو مرضٌ عبر دماغي يؤثر تقريباً على الأنماط والوظائف والمناطق الدماغية المدروسة كلها. فإن كانت الأعراض والوظائف تمتلك آلياتها الفاشلة الخاصة بها، يدفعا فقر الدلائل إلى البحث عن آلية أساسية تكون السبب الرئيسي وراء بعض الاختلالات الملحوظة. نقترح التالي: الخلل في نظام النموذج المبكر يشير إلى عجز أساسي عند مرضى الفصام. وإن كان قياسنا لهذه الآليات الأساسية جدير بالثقة وصالح وغير متأثر بالأدوية المضادة للذهان، فذلك يعني أنه قد يشير إلى مجال جديد مهم في القياسات الكهربائية التي تتأثر بعملية مرضية جسدية أساسية موجودة في كل مكان في حالات الفصام. بإمكان هذه الإشارات الكهربائية الجسدية التي تعكس خللاً في دورة حسية حركية ذات إرسال مبكر أن تولد تشوهاً في تعرف النتائج الحسية لأعمال وليدة الذات واختبارها في حالات الفصام. ولذلك، بإمكان هذه الإشارات أيضاً أن تحمل في طياتها الاختبارات المشوهة التي قد تولد اختلافات في الأعراض هي من خصائص مرضى الفصام علماً أن هذه الأعراض قد تتراوح من الهلاوس السمعية اللفظية إلى انعدام الإرادة واللامبالاة. وعلى هذا الأساس، قد تشكل هذه القياسات الكهربائية الجسدية نتائج جديدة في الدراسات العصبية الجسدية وقد تساهم في تطوير علاجات جديدة لمرض

الفصام وفي اختبارها. قد تشكل هذه القياسات أيضاً سمات وراثية جديدة لدراسات عرضة الأفراد للإصابة بالفصام إذ سبق وشرحنا أن الأفراد الأكثر عرضة سريريًا للإصابة بالمرض هم الذين يقيمون عنصر ال-N1 في خلال فترات الكلام في حين يكون هذا العنصر متوسطاً عند الأفراد الأصحاء والأفراد الذين تم تشخيصهم بالمرض (5). وبقدر ما تستطيع هذه القياسات أن تسبق بداية الذهان تستطيع أن تحسن توقعات بداية المرض عند الأفراد الذين تظهر عليهم بوادر المرض. من المهم أن ندرك أن الدراسات الآلية المماثلة لهذه الدراسات قد تترجم في مجال علم الأعصاب وعند أجناس أخرى، وبالتالي بإمكانها أن تفتح الباب لتدخلات وتلاعبات غير ممكنة في الدراسات الحية على الإنسان. على سبيل المثال، دراسات آلية النسخة المصدرة المماثلة لتلك التي أجريتها أعلاه على البشر قد تطبق على الحيوانات التي تملك نظامها الندائي الاجتماعي الخاص كغناء العصافير والأنظمة الندائية عند الثدييات غير البشرية. وفي مثل هذه الاختبارات، قد تنتج اضطرابات النواقل العصبية المعنية بمرض الفصام نمطاً من التوقيع العصبي للآلية التي تشبه النمط الملحوظ عند مرضى الفصام الذين يعانون من الهلوسة.

شكر وتقدير

وبفضل تبرعات المعهد الوطني للصحة النفسية VA Merit Review (J.M. Ford) أنجز هذا العمل بدعم من T32 (National Institute of Mental Health)

- responsiveness during talking and listening: early illness schizophrenia and patients at clinical high-risk for psychosis. Schizophr Bull (in press).
6. Ford JM, Mathalon DH, Heinks T et al. Neurophysiological evidence of corollary discharge dysfunction in schizophrenia. Am J Psychiatry 2001;158:2069-71.
 7. Ford JM, Roach BJ, Faustman WO et al. Synch before you speak: auditory hallucinations in schizophrenia. Am J Psychiatry 2007;164: 458-66.
 8. Ford JM, Gray M, Faustman WO et al. Dissecting corollary discharge dysfunction in schizophrenia. Psychophysiology 2007;44: 522-9.
 9. Heinks-Maldonado TH, Mathalon DH, Houde JF et al. Relationship of imprecise corollary discharge in schizophrenia to auditory hallucinations. Arch Gen Psychiatry 2007;64:286-96.
 10. Ford JM, Roach BJ, Faustman WO et al. Out-of-synch and out-of-sorts: dysfunction of motor-sensory communication in schizophrenia. Biol Psychiatry 2008;63:736-43.

و K02 MH067967 و (Perez.V) MH089920
MH076989 (D.H. و R01 MH58262 (J.M. Ford
Mathalon)
تم الحصول على الإذن لإعادة إنتاج عناصر من الصورة 1 من
Schizophrenia Bulletin

المراجع

1. Crapse TB, Sommer MA. Corollary discharge across the animal kingdom. Nat Rev Neurosci 2008;9:587-600.
2. Feinberg I. Efference copy and corollary discharge: implications for thinking and its disorders. Schizophr Bull 1978;4:636-40.
3. Frith CD. The positive and negative symptoms of schizophrenia reflect impairments in the perception and initiation of action. Psychol Med 1987;17:631-48.
4. Ford JM, Roach BJ, Mathalon DH. How to assess the corollary discharge in humans using non-invasive neurophysiological methods. Nature Protocols 2010;5:1160-8.
5. Perez VB, Ford JM, Roach BJ et al. Auditory cortex

عزيزي المحرر،

العناية لمرضى الجذام أو المدافعون عن الحرية في سكك الحديد تحت الأرض باعتباره إلهاء غير مقبول.

لعل المقارنة التي قمنا بها مقارنة مبالغ فيها. ولكن استخدام وصمة العار الناتجة عن المرض النفسي لوصف محن طب النفس أمر يمكن أن يكون مبالغ فيه أيضاً. يمكن لوصمة العار الناتجة عن رؤية الطبيب النفسي أن تحظى بشيء من الشرعية إن حظيت بدعم المحامين الذين يعانون من أمراض نفسية خطيرة وهم الذين يحتلون الطليعة في مجال محاربة وصمة العار. إنها مسألة تجريبية مثيرة للاهتمام تحتاج إلى دراسة من دون أدنى شك. نفترض أن معظم من هم في هذه المجموعة قد لا يتفقون مع برنامج وصمة العار الناتجة عن رؤية الطبيب النفسي.

Patrick Corrigan¹, Matthias Angermeyer²
Illinois Institute of Technology, Chicago, IL, USA
2Center for Public Mental Health, Gösing am Wagram,
Austria

باتريك كوريغان^١، ماتياس أنغرمير^٢

معهد إلينوي للتكنولوجيا، شيكاغو، الولايات المتحدة الأمريكية
مركز الصحة النفسية العامة، النمسا

المراجع

1. Sartorius N, Gaebel W, Cleveland H-R et al. WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. World Psychiatry 2010;9:131-44.
2. Link B, Phelan J. Conceptualizing stigma. Annu Rev Sociol 2001; 27:363-85.

عزيزي المحرر،

أشكرك لأنك أتحت لنا رؤية رسالة ب. كوريغان و م. أنغرمير. نرى أن التوجيه نحو محاربة وصمة العار الناتجة عن علم النفس وأطباء النفس (١) يجب أن يكون ضمن إطار نشاطات الجمعية العالمية للطب النفسي المتعلقة بوصمة العار. لقد نفذت الجمعية العالمية للطب النفسي أكبر مشروع تعاون دولي ضد وصمة العار الناتجة عن مرض نفسي (٢) وقد أنتج المشروع حركة معادية لوصمة العار في ١٨ بلداً من إفريقيا وأمريكا الشمالية والجنوبية وآسيا وأوروبا. ولا تزال الفرق التي شاركت في المشروع تعمل معاً وهدفها تقليص وصمة العار الناتجة عن المرض النفسي ومن وصم الأشخاص الذين يعانون من هذه الأمراض.

إن الجمعية العالمية للطب النفسي المقننة بأهمية هذا العمل قد استحدثت أيضاً قسماً علمياً يعالج وصمة العار وقدمت الرعاية لأربع مؤتمرات مهمة (في لايبزيغ وكوينزتون واسطنبول ولندن) وقد ضمت المؤتمرات باحثين وأعضاء من منظمات مستخدم ومقدمي رعاية وصانعي القرار في الصحة وممارسي الطب وطب النفس. أنتجت برامج

وصمة العار حاجز يقطع على الشفاء والتعافي من الاضطراب النفسي طريقهما. علم المحامون هذه الحقيقة لما يزيد عن القرن وادفعوا عنها أمام الجماهير بطلاقة تامة وكانوا يقنعون الجماهير في معظم الأوقات. لم ينضم أطباء النفس إلى هذا الجدل القائم إلا في وقت لاحق لاسيما في السنوات الخمسة عشرة الأخيرة مما أعطى الطب والعلوم سلطة لمواجهة الظلم والمطالبة بالعدل. ولكن وللأسف، غالباً ما كانت الأبحاث تبين أطباء النفس القدامى، وغيرهم من مزودي خدمات الصحة النفسية، يضافون إلى وصمة العار من المرض النفسي عبر تأييدهم لمفاهيم ضعيفة إلى حد بعيد وتحتاج لإضفاء الطابع المؤسسي عليها. وعلى ضوء ما سبق وقيل، فرضت منذ وقت ليس بالبعيد وحدة خاصة بالجمعية العالمية للطب النفسي وصمة عار اختبرها أطباء النفس كمجال آخر من الحكم المسبق والتمييز (١). أشار التقرير إلى «العواقب الشائنة» الناتجة عن وصمة العار الناتجة عن أطباء النفس مما يقوّض حاجات الطلاب والمقيمين إلى التدريب ويقلص النفوذ المهني ويؤثر على الرواتب الجيدة ويحد من الموارد المتاحة. ونشعر أن إعطاء الأولوية لوصمة العار الناتجة عن رؤية الطبيب النفسي يقلل من قيمة السلطة الأخلاقية التي يتمتع بها الطبيب في حجة تغيب عنها هذه السلطة بشكل ملحوظ. في أفضل الحالات، إن وصمة العار الناتجة عن رؤية الطبيب النفسي تشتت الانتباه عن أساس الظلم ألا وهو ضرر هذه الوصمة على الناس الذين يعانون من أمراض نفسية خطيرة. وفي أسوأ الحالات، تشوه دور الطبيب النفسي في الترويج للشفاء والتعافي.

في التعريف الذي أعطاه كل من لينك وفيلان (٢)، يشار إلى أن فقدان القوة والمكانة عاملان أوليان يسبقا وصمة العار. إن الأشخاص الذين يشار إليهم بالمرضى النفسيين يشعرون بالعار والخزي ولا يحظون إلا بالقليل من الفرص بسبب المواطنين في المجتمع. ويكونون بمعظمهم عاجزين عن العمل أو العيش باستقلالية أو بناء العلاقات أو التمتع بالصحة إلى أقصى الحدود. لعل أطباء النفس يعانون من شعور بفقدان المكانة أيضاً ناتج بشكل خاص عن السلوك المتعالي الذين يجدونه من زملائهم في مجال الطب. ولكن الضرر عليهم يبقى محدوداً جداً بالمقارنة مع ما يعاني منه من هم موضوع وصمة العار بالفعل. فلننظر إلى مثالين تاريخيين. بقي الأشخاص المصابون بمرض الجذام يتعرضون للملاحقة ويطردون من منازلهم لينضموا إلى جماعات منعزلة موصومة بالعار والحرمان. غالباً ما تقدم الأشخاص الصالحون للاهتمام والعناية بالمصابين بمرض الجذام ليجدوا أنفسهم في نهاية المطاف يعانون من الخزي نفسه الذي يعذب المصابين بالمرض.

ومن جهة ثانية، شكلت أول ٢٥٠ سنة من تاريخ أوروبا والعالم الجديد فترة تم فيها استبعاد الإفريقيين. تحدث القوقازيون من أصحاب الضمير عن هذا الوباء الأخلاقي إذ كان بعضهم يعمل في سكك الحديد تحت الأرض ويقدمون الطعام والمأوى للعبيد الفارين إلى الشمال. واجه داعمو الحرية خطر التعرض للسجن أو الاعتقال أو الغضب القاتل الذي كان يملأ قلوب الجيران. من الصعب التركيز على التمييز غير العادل الذي عانى منه مقدمو

ساعد كل من ب. كوريغان و م. أنغرمير الجمعية العالمية للطب النفسي في معركتها لتقليص وصمة العار الناتجة عن الأمراض النفسية وعواقبها. ونأمل أن تتمكن الجمعية العالمية للطب النفسي من الاعتماد على تعاونهما المستمر في كل نشاطاتها لمحاربة وصمة العار لاسيما تلك التي من شأنها تحسين صورة الطب النفسي وأطباء النفس.

نورمان سارتوريوس¹، بالنيابة عن الوحدة الخاصة للجمعية العالمية للطب النفسي التي عقدت اجتماعاً للتوصية باتخاذ تدابير من شأنها تقليص وصمة عار الطب النفسي وأطباء النفس 'جمعية تحسين برامج الصحة النفسية، جنيف، سويسرا

المراجع

1. Sartorius N, Gaebel W, Cleveland H-R et al. WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. World Psychiatry 2010;9:131-44.
2. Sartorius N, Schulze H. Reducing the stigma of mental illness: a report from a Global Programme of the World Psychiatric Association. Cambridge: Cambridge University Press, 2005.

الجمعية العالمية للطب النفسي العديد من الإصدارات التي تعالج جوانب متنوعة من وصمة العار وكيفية تقليصها. وقد ضمت مؤتمرات الجمعية العالمية للطب النفسي على مر العقدين الاثنين الأخيرين وعلى شكل مستمر ندوات وغيرها من الفاعليات التي تعالج وصمة العار وسبل تقليصها. ومن أجل استكمال هذه النشاطات أدخلت الجمعية العالمية للطب النفسي مشروعاً يعالج وصمة العار الناتجة عن الطب النفسي في خطة عملها للسنوات ٢٠٠٨-٢٠١١ وأدت بالتالي إلى إنشاء وحدة خاصة تُلب منها إنتاج مبادئ توجيهية قد تساعد على تقليص وصمة العار التي تطبع علم النفس وأطباء النفس. وإنّ تقليص امتداد وصمة العار الناتجة عن المرض النفسي عن لا تمتد للطب النفسي بصفته مهنة وخدمة من شأنه زيادة اهتمام التلاميذ في مهن مجال الصحة في الطب النفسي ورد اعتبار لهذه المهنة كما يقول ب. كوريغان و م. أنغرمير. والأهم أن تقليص امتداد وصمة العار على الطب النفسي من شأنه أيضاً عدم رغبة الأشخاص المصابين بأمراض نفسية في اللجوء إلى خدمات طبيب نفسي مما سيساهم بشكل ملحوظ في قوة أطباء النفس وغيرهم من اختصاصيي الصحة النفسية للدفاع عن حاجات الأشخاص الذين يعانون من أمراض نفسية والسعي لإعطاء برامج الصحة النفسية أولوية أعلى في خطط الصحة الوطنية.

تصحيح خطأ مطبعي

تم لفت انتباهنا إلى خطأ وقائعي ورد في الصورة 1 من المقالة بعنوان «التوقع والوقاية من مرض الفصام: ما الذي تم التوصل إليه وما هي الخطوات التالية؟» من كلوستركوتر وآخرون الذي تم نشره في عدد عالم الطب النفسي بتاريخ أكتوبر 2011. وتجدر الإشارة إلى أنّ هذا الخطأ كان موجوداً أصلاً في المخطوطة التي تم تقديمها والخطأ في اختصار الكلمة Late At-Risk of Psychosis State إذ أنّ الاختصار ليس ERPS بل LRPS.

المقالات والمستندات المتوفرة على الموقع الإلكتروني الخاص بالجمعية العالمية للطب النفسي

- the pharmaceutical industry. World Psychiatry 2011;10:155-8.
- Wallcraft J, Amering M, Freidin J et al. Partnerships for better mental health worldwide: WPA recommendations on best practices in working with service users and family carers. World Psychiatry 2011;10:229-37.
 - Reed GM, Correia JM, Esparza P et al. The WPA-WHO Global Survey of Psychiatrists' Attitudes Towards Mental Disorders Classification. World Psychiatry 2011;10:118-31.
 - Patel V, Maj M, Flisher AJ et al. Reducing the treatment gap for mental disorders: a WPA survey. World Psychiatry 2010;9:169-76.
 - Fiorillo A, Lattova Z, Brahmhatt P et al. The Action Plan 2010 of the WPA Early Career Psychiatrists Council. World Psychiatry 2010;9:62-3.
 - Fiorillo A, Brahmhatt P, Elkholy H et al. Activities of the WPA Early Career Psychiatrists Council: the Action Plan is in progress. World Psychiatry 2011;10:159.
 - Fiorillo A, Luciano M, Giacco D et al. Training and practice of psychotherapy in Europe: results of a survey. World Psychiatry 2011;10:238.
 - van Ommeren M, Jones L, Mears J. Orienting psychiatrists to working in emergencies: a WPA-WHO workshop. World Psychiatry 2010;9:121-2.
 - Ravenscroft K. My experience in Haiti: a brief report. World Psychiatry 2010;9:191-2.
 - Bromet EJ. Lessons learned from radiation disasters. World Psychiatry 2011;10:83-4.
 - Akiyama T. Addressing the mental health consequences of the Japan triple catastrophe. World Psychiatry 2011;10:85.

التقارير حول النشاطات المختلفة التي يتم تنفيذها ضمن برنامج الكوارث الخاص بالمنظمة العالمية للصحة النفسية (١٧-١٤). تتوفر هذه المستندات كلها على الموقع الإلكتروني.

المراجع

- Thornicroft G, Alem A, Dos Santos RA et al. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. World Psychiatry 2010;9:67-77.
- Sartorius N, Gaebel W, Cleveland H-R et al. WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. World Psychiatry 2010;9:131-44.
- Bhugra D, Gupta S, Bhui K et al. WPA guidance on mental health and mental health care in migrants. World Psychiatry 2011;10:2-10.
- Brockington I, Chandra P, Dubowitz H et al. WPA guidance on the protection and promotion of mental health in children of persons with severe mental disorders. World Psychiatry 2011;10:93-102.
- De Hert M, Correll CU, Bobes J et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. World Psychiatry 2011;10:52-77.
- De Hert M, Cohen D, Bobes J et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. World Psychiatry 2011;10:138-51.
- Appelbaum P, Arboleda-Florez J, Javed A et al. WPA recommendations for relationships of psychiatrists, health care organizations working in the psychiatric field and psychiatric associations with

تتوفر على الموقع الإلكتروني الخاص بالجمعية العالمية للطب النفسي مقالات عديدة تهم الأطباء والباحثون والمعلمون العاملون في مجال الطب النفسي والصحة النفسية. وعنوان الموقع هو: www.wpanet.org

لقد أصدرت الجمعية العالمية للطب النفسي في الثلاثية الماضية أربع مقالات توجيهية تتوفر على الموقع الإلكتروني في لغات متعددة. تعالج هذه المقالات الخطوات والحوادث والأخطاء التي يجب تفاديها عند تطبيق العناية بالصحة النفسية في المجتمع (1) وكيفية محاربة وصمة العار في الطب النفسي وأطباء النفس (2) والصحة النفسية والعناية بالصحة النفسية لدى المهاجرين (3) وحماية وتعزيز الصحة النفسية عند أولاد الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية خطيرة (4).

وتم إصدار ثلاث مجموعات من الشرائح تعالج التمييز، وعلم الأوبئة، والمرضاة، الجوانب الثقافية، والتكاليف الطبية وإدارة الاعتلال المشترك من الاكتئاب مع مرض السكري ومرض القلب والسرطان. تتوفر هذه الشرائح على الموقع الإلكتروني الخاص بالجمعية العالمية للطب النفسي وفي ١٨ لغة مختلفة.

أعدت الجمعية العالمية للطب النفسي وحدة تعليمية حول الأمراض الجسدية لدى المرضى الذين يعانون من اضطرابات نفسية خطيرة (٥،٦) والوحدة متوفرة على الموقع الإلكتروني في لغات مختلفة. وتم نشر مجموعتين من الشرائح المبنية على هذه الوحدات التعليمية على الموقع الإلكتروني.

أصدرت لجنة الأخلاق الخاصة بالجمعية العالمية للطب النفسي مجموعة من التوصيات حول العلاقات التي تربط الأطباء النفسيين وتنظيمات العناية بالصحة العامة في مجال الطب النفسي ومؤسسات الطب النفسي العاملة في صناعة الأدوية (٧). وأعدت وحدة خاصة عالمية مجموعة من التوصيات الخاصة بالجمعية العالمية للطب النفسي حول الممارسات الفضلى في العمل مع مستخدمي الخدمات ومقدمي العناية للعائلة (٨). وأعدت وحدة خاصة أخرى نموذجاً خاصاً بالجمعية العالمية للطب النفسي للدراسة الجامعية والدراسة العليا في الطب النفسي والصحة النفسية. وتم إجراء استطلاعين للرأي بالتعاون مع المجتمعات الأعضاء في المنظمة العالمية للصحة النفسية في محاولة لاستكشاف الآراء حول المواضيع المختلفة المتعلقة بالتشخيص وتصنيف الاضطرابات النفسية (٩) والاستراتيجيات للحد من الفجوة في معالجة الاضطرابات النفسية (١٠). تم إعداد العديد من المقالات والمستندات من قبل مجلس الأطباء النفسيين في أول المسار التابع للمنظمة العالمية للصحة النفسية (١٣-١١). تم تزويد

الإدارة الجديدة للجمعية العالمية للطب النفسي

أمين الاجتماعات والمؤتمرات العلمية: طارق عكاشه (مصر)
 أمين التعليم: إدغار! بيلفور (فنزويلا)
 أمين المطبوعات العلمية: ميشال ب. ريبا (الولايات المتحدة الأمريكية)
 أمين الشعب العلمية: أفزال جافد (المملكة المتحدة)
 جاءت تركيبة مجلس الجمعية كالاتي:
 المنطقة ١ (كندا): دونا! ستوارت (كندا)
 المنطقة ٢ (الولايات المتحدة الأمريكية): جون

كنتيجة للانتخابات التي تمت في بوينس آيرس في ٢١ سبتمبر أثناء انعقاد الجمعية العامة، أتت تركيبة اللجنة التنفيذية الجديدة للجمعية العالمية للطب النفسي كالاتي:
 الرئيس: بيدرو رويث (الولايات المتحدة الأمريكية)
 نائب الرئيس: دينش بوغرا (المملكة المتحدة)
 الأمين العام: ليفين كواي (تركيا)
 أمين الشؤون المالية: تسويوشي أكيااما (اليابان)

- س. مكنتاير (الولايات المتحدة الأمريكية)
 المنطقة ٣ (المكسيك وأمريكا الوسطى والكريبي):
 موريسيو أ. سانثيز (نيكاراغوا)
 المنطقة ٤ (شمالى وأمريكا الجنوبية): فابريزيو
 دلغادو كامبودونيكو (الإكوادور)
 المنطقة ٥ (جنوبى جنوب أمريكا): جوزيه
 جرالدفيرنيت تابوردا (البرازيل)
 المنطقة ٦ (أوروبا الغربية): ليندا غاسك (المملكة
 المتحدة)
 المنطقة ٧ (أوروبا الشمالية): هنريك والبرغ
 (السويد)
- المنطقة ٨ (أوروبا الجنوبية): ميكال رونكا
 بيناسار (اسبانيا)
 المنطقة ٩ (أوروبا الوسطى): جيرى رابوش
 (الجمهورية التشيكية)
 المنطقة ١٠ (أوروبا الشرقية): بتر موروزوف
 (روسيا)
 المنطقة ١١ (إفريقيا الشمالية): ادريس مساوي
 (المغرب)
 المنطقة ١٢ (الشرق الأوسط): وليد سرحان
 (الأردن)
 المنطقة ١٣ (إفريقيا العربية والوسطى): جوزيف
 عضيبي (نيجيريا)
 المنطقة ١٤ (إفريقيا الجنوبية والشرقية):
 سولومون راتايمان (إفريقيا الجنوبية)
 المنطقة ١٥ (آسيا الغربية والوسطى): الشيخ
 أحمد جليلي (إيران)
 المنطقة ١٦ (آسيا الجنوبية): مانيكام
 ثيرونافوكاراسو (الهند)
 المنطقة ١٧ (آسيا الشرقية): مين سولي
 (جمهورية كوريا)
 المنطقة ١٨ (أستراليا والهادى الجنوبي):
 فرانسيس أغنو (نيوزيلندا)

المجلة العالمية للطب النفسي

الناطقة باسم الجمعية العالمية للطب النفسي



