

المجلة العالمية للطب النفسي

الناطقة باسم الجمعية العالمية للطب النفسي

يونيو ٢٠١١



السنة العاشرة - العدد الثاني

محتويات العدد

- الافتتاحية**
- التحديات في دراسة الشخصية والباثولوجيا النفسية
T.J. TRULL ٣٦
- مداخل لمضاهاة الاضطرابات النفسية على أساس الاختلافات الفردية
A. FOSSATI ٣٨
- تأثير الشخصية على نتائج علاج الباثولوجيا النفسية
R.T. MULDER ٣٩
- تقارير بحثية**
- استبيان عالمي مشترك للجمعية العالمية للطب النفسي
ومنظمة الصحة العالمية حول مواقف أطباء النفس من
تصنيف الاضطرابات النفسية
٤١
- G. M. REED, J. Mendonça Correia, P. ESPARZA
S. SAXENA, M. MAJ
- تجربة مضبوطة عشوائية للتوظيف في انكلترا: متابعة على
مدى سنتين لدراسة العمل والاحتياجات المدعومة
٥٤
- M. Heslin, L. Howard, M. LEESE, P. McCRONE, C. RICE,
M. JARRET, T. SPOKES, P. HUXELY, G. THORNICROFT
- نموذج تعليمي من الجمعية العالمية للطب النفسي**
- المرض الجسدي لدى مرضى الاضطرابات النفسية الحادة. II
عوائق تستحق الرعاية والمراقبة والعلاج، بالإضافة لتوصيات
على مستوى النظام والفرد
٦٠
- M. DE HERT, D. COHEN, J. BOBES,
M. Cetkovich-Bakmas, S. LEUCHT ET AL
- المراكز والبرامج الخاصة بمرض الاضطراب الثنائي القطب:
هل من حاجة فعلية إليها؟
٧٤
- E. VIETA
- رسائل إلى المحرر**
- أخبار مجلة الجمعية العالمية للطب النفسي**
- توصيات الجمعية العالمية للطب النفسي حول علاقات الأطباء
النفسيين ومنظمات الرعاية الصحية النفسية وجمعيات الطب
النفسى بالصناعة الدوائية
٧٧
- P. APPELBAUM, J. Arboleda-Flórez,
A. JAVED, C. SOLDATOS, S. TYANO
- نشاطات مجلس الأطباء النفسيين المبتدئين بالجمعية العالمية
للطب النفسي: خطة العمل جارية
٨١
- A. FIORILLO, P. BRAMBHATT,
H. ELKHOLY, Z. LATTOVA, F. PICON
- المؤتمر العالمي الخامس عشر للطب النفسي والنشاطات الحديثة
للجمعية العالمية للطب النفسي
٨١
- التشخيص النفسي: إيجابيات وسلبيات النماذج التجريبية
مقارنة مع المحركات التشغيلية
M. MAJ ٤
- المنظور**
- الدروس المستفادة من كوارث الإشعاع
E.J. BROMET ٦
- تعليق**
- معالجة آثار كارثة اليابان الثلاثية على الصحة النفسية
T. AKIYAMA ٨
- مقالات خاصة**
- إطار عمل مبدئي لمراجعة تصنيف دليل ICD-10 للاضطرابات
النفسية والسلوكية
٩
- مجموعة الاستشارات العالمية لمراجعة دليل ICD-10
للاضطرابات النفسية والسلوكية
١٠
- دليل الجمعية العالمية للطب النفسي حول الوقاية وتعزيز الصحة
النفسية لدى أطفال الأشخاص المصابين باضطراب نفسي حاد
١٦
- منتدى: العلاقات بين الشخصية والأمراض النفسية**
- الشخصية والباثولوجيا النفسية
T.A. WIDIGER ٢٦
- تعليقات**
- مزيد من الأفكار حول العلاقة بين الشخصية والباثولوجيا النفسية
T. MILLON ٣٠
- استعداد الشخصية في تفسير العلاقات بين اضطراب الشخصية
والحالات النفسية الأخرى
P. TYRER ٣١
- الشخصية والباثولوجيا النفسية: مخاطر الإغلاق المبكر
P.S. LINKS ٣٢
- استكشاف علاقة الشخصية باضطراب الشخصية وتأثيراتها
على دليل DSM-5
J.D. MILLER ٣٣
- تفاعل الاضطرابات الشخصية مع الاضطرابات النفسية
الأخرى المتزامنة الحدوث
J.M. OLDDHAM ٣٤
- الشخصية مرض نفسي محتمل، والعكس صحيح
S.TORGERSEN ٣٥

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 ١٣٤ 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 ايضاً 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 انتجت 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 لاطباء 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

أحمد عبد اللطيف

الجمهورية اللبنانية

إيلي كرم

الجمهورية التونسية

جمال التركي

الجماهيرية الليبية

على الرويعي

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.

التشخيص النفسي: إيجابيات وسلبيات النماذج التجريبية مقارنة مع المحكات التشغيلية

MARIO MAJ

President, World Psychiatric Association

فقد أفيد عن أن عدداً من الأطباء المعالجين في الولايات المتحدة يعانون صعوبات في استذكار معايير دليل DSM-IV في اضطراب الاكتئاب الحاد وقلماً يعتمدون عليها في ممارستهم (مثال، 2). بالإضافة إلى ذلك، فإن بعض نقاط الفصل والإطار الزمنية لم تستند على أساس تجريبي متين (مثال، 3) أو تؤدي إلى نسب عالية من تشخيص تحت حد المرض وفي حالات أخرى معينة غير محددة (مثال، 4).

وبشكل أكثر عمومية، فقد تم التأكيد على أن مقارنة «مواءمة النموذج الأولي» أكثر تناسقاً مع العملية المعرفية الانسانية العادية (والسريرية) من مقارنة «الخصائص المحددة» (مثال، 5). إن العملية السريرية العفوية لا تتضمن فحص مريض محدد لمجموعات الأعراض وتأكيد ما إذا كانت موجودة أم غائبة، واستشفاف التشخيص على عدد الأعراض الموجودة، بل يتضمن فحص الخصائص التي تظهر لدى المريض والتي تتوافق مع أي من أنماط الاضطرابات النفسية التي تكونت لدى الطبيب من خلال تمرسه وخبرته السريرية.

على النهج ذاته، فإن بعض الأبحاث الجديدة التي تركز على فئات متنوعة من الاضطرابات النفسية (بمعنى آخر، اضطرابات الشخصية، واضطرابات الطعام، واضطرابات القلق) تشير إلى إمكانية أن يكون نظام التشخيص المستند إلى نماذج أولية محسنة موثوقاً، واعتباره كما لو كان مستنداً إلى معايير تشغيلية، فيما يتميز هذا النظام بكونه سهل الاستخدام وبأنه يؤدي إلى منفعة سريرية أكبر (مثال، 6).

غير أن المسألة أكثر تعقيداً مما قد تبدو عليه. وفي حال تبين أن الكثير من الأطباء المعالجين يعانون صعوبة حقيقية في حفظ وتذكر وتطبيق المعايير التشغيلية التشخيصية، فينبغي ألا يتوقع منهم عدم مواجهة أي صعوبة في حفظ وتذكر وتطبيق النماذج التجريبية المقترحة في نظام تشخيصي. حيث يتردد الكثير من الأطباء في تغيير أنماط الاضطرابات النفسية التي كُونوها خلال سنوات. فهم قد تأثروا بهذه الأنماط لذا فمن المحتمل أن يقوموا برصد أو تذكر الخصائص المختلفة لنمط أولي أو أن يقرأوا في وصف نمط أولي عناصر قد لا تكون موجودة حقاً. أضف إلى ذلك، فإن التوقع بأن يظهر مريض محدد خصائص متعددة من نمط أولي أمر قد يؤدي إلى أن يستخلص الطبيب نواح سريرية قد لا تكون فعلياً خاصة بالمريض. أخيراً، قد يقوم الطبيب بالتوصل إلى أن حالة المريض تنطبق مع نمط أولي لوجود خصائص متعددة من وصف النمط الأولي، بينما يرى طبيب آخر أن المريض ذاته لا تنطبق حالته على ذلك النمط لغياب نواح أخرى للنمط ذاته. وهذه هي الانحيازات التي تهدف المقاربة التشغيلية إلى تصحيحها، حيث ينبغي عدم تجاهل خطر العودة إلى الفوضى التشخيصية التي سبقت نشر دليل DSM-III.

من هنا نرى وجود إيجابيات وسلبيات مقاربتنا «مواءمة النموذج

في هذا العدد من مجلة الطب النفسي نقدم مجموعة من مقترحات الأبحاث المتعلقة بالعملية المتواصلة لمراجعة نظامي التشخيص والتصنيف المعتمدين في مجال الطب النفسي: النسخة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض والمشكلات المتعلقة بالصحة ICD-10 (الفصل حول الاضطرابات النفسية والسلوكية) والنسخة الرابعة من الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات النفسية في طبعته الرابعة المنقحة (DSM-IV).

من الواضح في هذه المرحلة أن آليتي المراجعة تتبعان أهدافاً مختلفة جزئياً. ففي حال دليل ICD، فإن الهدف الأساسي هو تحسين منفعة النظام إزاء الصحة العامة، لا سيما نطاق استخدامه من قبل موفري الصحة. أما فيما يخص دليل DSM، فإن الهدف الرئيسي، أو بالأحرى أحد الأهداف الرئيسية، يكمن في تحديد الخصائص السريرية لكل مريض بشمولية أكبر، من خلال إضافة أبعاد أخرى إلى التشخيص النهائي.

بالرغم من هذه الفروقات الجزئية (والاختلافات المحتملة) في أهداف آليات المراجعة، فهناك محاولة لـ «مواءمة» النظامين التشخيصيين. حيث يحتمل أن يتشاركا «هيكلية تحليل التحليل» واستعمال التسميات ذاتها في تحديد الفئات التشخيصية الأساسية. لكن اختلافاً هاماً يبقى، وهو أن دليل ICD-11 سيستند على الوصف السريري للاضطرابات النفسية، بينما سيوفر دليل DSM-5 معايير تشخيصية مطبقة.

في هذا الإطار، فقد أظهر الاستطلاع العالمي المشترك بين الجمعية العالمية للطب النفسي ومنظمة الصحة العالمية، والذي ترد نتائجه في هذا العدد (1)، أن أكثر من ثلثي المشاركين (من أطباء ممارسين) يتمسكون بنظام التشخيص المستند على الوصف السريري باعتباره أكثر منفعة من ذلك المستند على المعايير التشغيلية. إن نسبة مستخدمي دليل DSM-IV الداعمين لهذا الموقف أعلى بقليل من مستخدمي دليل ICD-10. لذا فإن مراجعة حول إيجابيات وسلبيات المقاربتين تبدو مناسبة الآن وستشكل محور المنتدى الذي سينشر في العدد المقبل من المجلة. إلى ذلك الحين، قد تجدر الإشارة إلى بعض الاعتبارات التجريبية.

إن تطوير معايير التشخيص التشغيلية في الأمراض النفسية في سبعينيات القرن الماضي أتى نتيجة مخاوف جدية حول موثوقية التشخيص النفسي. في البدء، كانت المقاربة التشغيلية خاصة بالأهداف البحثية، وتم اقتراحها نتيجة لذلك في التطبيق التشغيلي العادي في دليل DSM-III. وفي حين تبرز اليوم هذه المقاربة وقدرتها على رفع موثوقية التشخيص النفسي بشكل كبير، إلا أنه من غير الواضح، حتى في الولايات المتحدة الأميركية إذا كانت هذه المقاربة مستخدمة بشكل شائع من قبل الأطباء في المعالجة العادية، وبالتالي ما إذا كان ذلك يجعل منها أكثر موثوقية في التشخيص النفسي في العيادات. وعلى سبيل المثال

2. Zimmerman M, Galione J. Psychiatrists' and nonpsychiatrist physicians' reported use of the DSM-IV criteria for major depressive disorder. J Clin Psychiatry 2010;71:235-8.
3. Kendler KS, Gardner CO, Jr. Boundaries of major depression: an evaluation of DSM-IV criteria. Am J Psychiatry 1998;155:172-7.
4. Zinbarg RE, Barlow DH, Liebowitz M et al. The DSM-IV field trial for mixed anxiety-depression. Am J Psychiatry 1994;151:1153-62.
5. Ortigo KM, Bradley B, Westen D. An empirically based prototype diagnostic system for DSM-V and ICD-11. In: Millon T, Krueger RF, Simonsen E (eds). Contemporary directions in psychopathology: scientific foundations of the DSM-V and ICD-11. New York: Guilford, 2010:374-90.
6. Westen D, Shedler J, Bradley R. A prototype approach to personality disorder diagnosis. Am J Psychiatry 2006;163:846-56.

التجريبية» و«الخصائص المحددة» في التشخيص النفسي. ولذا سيكون من المفضل أن يستعرض البحث التالي لنشر دليلي ICD-11 وDSM-5 هذه السلبيات والإيجابيات بطريقة منهجية، مما سيسمح بمزيد من التطوير في التشخيص والتصنيف النفسي. وعلى الأرجح أن يحصل ذلك في حال تمكن هذان النظامان من استغلال القدرة الكاملة للمقاربتين، بمعنى آخر، إذا وفر دليل ICD-11 وصف مقطعي للاضطرابات النفسية لا تكون أقل دقة وتفصيلاً من قائمة الأعراض في دليل DSM-IV واقتراح دليل DSM-5 لنقاط فصل وإطر زمنية تستند على قواعد تجريبية صلبة.

مراجع

1. Reed GM, Correia JM, Esparza P et al. The WPA-WHO Global Survey of Psychiatrists' Attitudes Towards Mental Disorders Classification.

الإدماج الاجتماعي لأشخاص يعانون أمراض نفسية حادة

النداء العالمي للجمعية العالمية للطب النفسي لمقترحات الأبحاث

الجمعية العالمية للطب النفسي هي الجمعية الأكبر في مجال الصحة النفسية عالمياً، وتشمل 135 منظمة (من مجتمعات الطب النفسي الوطنية)، وتضم أكثر من 200 ألف طبيب نفسي، و65 قسماً علمياً. وقد حددت الجمعية في خطة عملها 2008-2011 أهدافاً لدعم النشاطات العالمية والمحلية الرامية لتعزيز حقوق الأشخاص الذين يعانون اضطرابات نفسية والتي تشمل حقهم في العيش حياة اجتماعية وعاطفية كاملة على الرغم من مشاكلهم النفسية. وفي إطار تحقيق أهدافها، تقوم الجمعية بتمويل مشروع عالمي يستند على التعاون بين الأطباء النفسيين وخبراء الصحة العامة أو صانعي السياسات أو منظمات مهنية يرمي إلى استكشاف القدرة على إنجاز برامج مبتكرة وفعالة في الإدماج الاجتماعي للأشخاص المصابين بأمراض نفسية حادة. على المقترحات أن تتضمن وصفاً للمشروع (الحد الأقصى 1200 كلمة)، قائمة بالمراكز المشاركة، جدولاً زمنياً، موازنة مفصلة، سيرة ذاتية قصيرة للباحث الرئيسي. ترسل المقترحات بالبريد الإلكتروني إلى أمانة الجمعية على العنوان wpasecretariat@wpanet.org بمهلة أقصاها 30 يونيو 2011.

كينيث س. كندلر (Kenneth S. Kendler) الحائز على جائزة جان ديلاي 2011 (Jean Delay)

تعلن الجمعية العالمية للطب النفسي أن كينيث س. كندلر، استاذ الطب النفسي وعلم الجينات البشرية والجزئية في جامعة فرجينيا كومولث، في مدينة ريتشموند، ولاية فرجينيا في الولايات المتحدة الأمريكية، حاز جائزة جان ديلاي 2011. وتعد جائزة جان ديلاي التي تقدمها الجمعية العالمية للطب النفسي كل ثلاث سنوات، الجائزة الأكثر تميزاً في مجال الطب النفسي. وتحمل الجائزة اسم الرئيس الأول للجمعية وتعطى للأفراد الذين يقدمون مساهمة كبرى في بناء الجسور بين مجالات البيولوجيا وعلم النفس والاجتماع في الطب النفسي. ويعرف كينيث كندلر من خلال دراساته عن علم الجينات وعوامل الخطر البيئية في اضطرابات المزاج، والفصام وسوء استخدام المواد. وسيقدم محاضرة حول هذا العدد في الجلسة الافتتاحية في المؤتمر الخامس عشر للطب النفسي الذي سيقام في بوينس آيرس في الأرجنتين، بين 18 إلى 22 سبتمبر 2011. وكما اقتضت العادة، فإن الجائزة مدعومة بمنحة غير محددة من سيرفيه.

الدروس المستفادة من كوارث الإشعاع

EVELYN J. BROMET

Stony Brook University School of Medicine, Putnam Hall-South Campus, Stony Brook, NY 11794-8790, USA

بعد سبع سنوات من حادثة جزيرة ثري مايل، انفجر المفاعل النووي تشرنوبيل في أوكرانيا. أخلت المنطقة الواقعة ضمن إطر 30 كيلومتر من المفاعل بشكل تام، وطلب من النساء الحوامل الإجهاض. ووصم السكان الذين أخلوا المناطق وشكلوا مصدر خوف في الأماكن التي تم إخلاؤهم إليها (17). وبالرغم من أنه لم يصدر أي تقرير رسمي يقر بأن ما حدث أمر خطير، فقد انتشرت شائعات حول ولادة أطفال ذات تشوهات خلقية، ووقوع مئات آلاف الوفيات، وارتفاع نسبة الإصابة بالسرطان في بلدان تبعد أميالاً (17، 18). وفي أبحاث أجريت بعد 6 إلى 20 عاماً بعد الحادث في بلدان أصيبت بتلوث والمجتمعات التي استقبلت النازحين، وجدت معدلات عالية من القلق، شملت اضطراب الكرب ما بعد الصدمة، والاكتئاب، وآلام جسدية مقارنة مع مجموعة تحكم (19، 20)، لا سيما لدى الأمهات والأطفال الصغار (21، 22) وعمال النظافة (23). وقد ساهم، بجزء من مخاوف التلوث، الأطباء المحليين الذين ربطوا العديد من المشاكل الطبية إلى التعرض للأشعة أو قاموا بتشخيص المرضى بهلع الإشعاع (17). وفي الذكرى العشرين للحادث، انتهى منتدى تشرنوبيل (24) وآخرين (25)، إلى أن الصحة النفسية هي أكثر ما تأثر في الصحة العامة في تشرنوبيل. وبالرغم من أن الكثيرين أساءوا تفسير ما حدث للإشارة إلى أن المشاكل الجسدية التي ألمت بالسكان لم تكن ذات علاقة بالحادث، فقد اعتمد تقرير المنتدى على هذه النتائج للتسويق بأهمية رعاية الصحة النفسية والجسدية معاً.

إذا كانت الأبحاث السابقة قادرة على توقع المستقبل، فمن الواضح أن الشعب الياباني الذي تعرض إلى كارثة ثلاثية، لا سيما كارثة المفاعل النووي، ستتطور لديه أعراض نفسية وجسدية كبيرة تكون طويلة الأمد في بعض مجموعات الخطر. وإن التقارير القليلة التي وردت باللغة الانكليزية حول الوضع النفسي التالي للتفجيرات النووية في مدينتي هيروشيما وناجازاكي تدعم هذا التوقع (26-28). لذا، فإن التعرض للإشعاع قد يؤدي إلى مخاوف ملازمة حول الإصابة بمرض السرطان والاكتئاب الطويل الأمد، بغض النظر عن حجم التعرض الفعلي للإشعاع. غير أن معظم الناجين من حوادث هائلة يتميزون بمقاومة كبرى (2، 3). لذا فإن الأبحاث المستقبلية في اليابان يجب أن تركز على المجموعات الضعيفة، كالأمهات وأطفالهن الصغار الذين تم إخلاؤهم أو بقوا بالقرب من فوكوشيما أو طوكيو، فالنساء الحوامل والأطفال الصغار الذين يعيشون بالقرب من البلدان التي أصيبت بمستويات عالية من التلوث، والعمال في المصنع وعائلاتهم، والمسنين المقيمين في الملاجئ، والأشخاص الذين تم إخلاؤهم والذين فقدوا أعمالهم وأرزاقهم، والناجين من القنبلة النووية ونسلهم. واستناداً إلى أبحاث سابقة، فإن النواحي الأبرز للصحة النفسية ستكون القلق على الصحة وشكاوى جسدية وغضب وحس بالتخلي ووصمة وعدم ثقة بالسلطات. ومن الضروري أن يتم إنشاء سجل لتعداد

لم يسبق أن رأينا كارثة ثلاثية كذلك التي حلت على اليابان في 11 مارس 2011. فالزلازل والتسونامي الذين خلفا دماراً واسعاً، تركا آثاراً دامغة على مفاعل فوكوشيما دايتشي النووي حيث وصل الدمار في المفاعل إلى المستوى السابع، وهو وفقاً لوكالة الطاقة الذرية المستوى الأخطر للحوادث النووية التي ينتج عنها انبعاثات إشعاعية تؤدي إلى تلوث بيئي واسع، وتترتب عنها آثار وخيمة على صحة الإنسان. وقد شملت منطقة الإخلاء 50 ألف شخصاً كانوا يعيشون على بعد 20 ألف كيلومتر من المفاعل. ولكن، وكما جرى بعد حادثة مفاعل تشرنوبيل، فقد تم تحديد مناطق إضافية ذات مستويات عالية من التلوث وقد أخلت من السكان. ومع أنه لم يحدث قط أن وقعت حوادث كارثية ثلاثية متزامنة كهذه من قبل، فاستناداً إلى دراسات سابقة للزلازل والتسونامي وكوارث المفاعلات النووية، من غير المستبعد أن يكون لهذه الحوادث نتائج نفسية هائلة على سكان المنطقة (1-5). إن دراسات الحوادث الإشعاعية (6) وتحاليل الخطر (7، 8) تظهر أن هذا التعرض للحوادث، حقيقياً كان أم مفترضاً (9، 10) فهو مثير للتوجس ومخيف لأنه مضخم بترافقه مع آثار الأسلحة النووية وتفجيرات هيروشيما ناجازاغي خلال الحرب العالمية الثانية. لذا فإن آثاره النفسية على الأرجح ستكون طويلة الأمد.

عند بدء المشاكل في مفاعلات فوكوشيما دايتشي، تم تشبيه الوضع بحادثة جزيرة ثري مايل عام 1979، التي صنفت على مستوى 5 في وسط ولاية بانسلفانيا. في ذلك الوقت، تلقى السكان في المناطق المحيطة من مدينة هاريسبرج معلومات متعارضة حول واقع المفاعل وما إذا كانت صحتهم بخطر. وقد نصح حاكم المدينة النساء الحوامل والأطفال المقيمين بالقرب من المكان بالإخلاء. ومع أن الإخلاء كان اختيارياً، فقد فر معظم القاطنين على بعد 5 إلى 10 أميال من المكان. وقامت لجنة الرئيس الأميركي في جزيرة ثري مايل بتوثيق الأثر المباشر لأعراض المحنة والقلق وغياب الثقة المتزايد في السلطات نتيجة تقارير متعارضة وغير واضحة أو متناقضة (11). وقد أظهر البحث التالي للأزمة طبيعة عسيرة لفقدان الثقة في هذه الحالة (8). كما وأظهرت دراسات طولانية لسكان شاركوا في تقرير القوة الموكلة (12)، واستطلاعات أجرتها وزارة الصحة في بانسلفانيا (13)، ودراسة استشرافية صغيرة (14) أن مجموعة من الأعراض تضاعفت حتى ست سنوات بعد الحادث، وتضمنت شكاوى جسدية، وقلق عام، وكرب ما بعد الصدمة، واكتئاب. وقد وجدت الدراسة الطولانية أن معدل الاكتئاب السريري والقلق بين أولاد صغار يعيشون بالقرب من المفاعل قد تضاعف مرتين مقارنة مع مجموعة شواهد خلال السنة التي تلت الحادث (15). وبعد عقد من الزمن، بقيت أعراض الاكتئاب والقلق والدعائية مرتفعة، فيما أظهرت 75 بالمئة من النساء قلقاً أو عدم ثقة إزاء آثار الحادث على صحة أولادهن، وهي مخاوف كانت مرتبطة بشكل وثيق مع بروز أعراض طبية (16).

16. Dew MA, Bromet E. Predictors of temporal patterns of psychiatric distress during 10 years following the nuclear accident at Three Mile Island. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1993;28:49-55.
17. Gluzman SF. The Chernobyl accident – a personal perspective. *Clin Oncology* (in press).
18. Rahu M. Health effects of the Chernobyl accident: fears, rumours and the truth. *Eur J Cancer* 2003;39:295-9.
19. Bromet EJ, Havenaar JM. Psychological and perceived health effects of the Chernobyl disaster: a 20-year review. *Health Physics* 2007;93:516-21.
20. Bromet EJ, Havenaar JM, Guey LT. A 25 year retrospective review of the psychological consequences of the Chernobyl accident. *Clin Oncology* (in press).
21. Havenaar JM, Rumyantzeva GM, van den Brink W et al. Long-term mental health effects of the Chernobyl disaster: an epidemiologic survey in two former Soviet regions. *Am J Psychiatry* 1997;154:1605-7.
22. Adams RE, Bromet EJ, Panina N et al. Stress and well-being in mothers of young children 11 years after the Chernobyl nuclear power plant accident. *Psychol Med* 2002;32:143-56.
23. Loganovsky K, Havenaar JM, Tintle N et al. The mental health of clean-up workers 18 years after the Chernobyl accident. *Psychol Med* 2008;38:481-8.
24. Chernobyl Forum: 2003-2005. Chernobyl's legacy: health, environmental and socio-economic impacts. Vienna: International Atomic Energy Agency, 2006.
25. Baverstock K, Williams D. The Chernobyl accident 20 years on: an assessment of the health consequences and the international response. *Environ Health Perspect* 2006;114:1312-7.
26. Misao T, Hattori K, Shirakawa M et al. Characteristics of abnormalities observed in atom-bombed survivors. *J Rad Res* 1961;2: 85-97.
27. Yamada M, Izumi S. Psychiatric sequelae in atomic bomb survivors in Hiroshima and Nagasaki two decades after the explosions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002;37:409-15.
28. Lifton RJ. *Death in life: survivors of Hiroshima*. New York: Random House. 1967.
29. Havenaar JM, Cwikel JG, Bromet EJ. Toxic turmoil: psychological and societal consequences of ecological disasters. New York: Plenum, 2002.
30. Kawakami N, Takeshima T, Ono Y et al. Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: preliminary findings from the World Mental Health Japan Survey 2002-2003. *Psychiatry Clin Neurosci* 2005;59:441-52.
31. Von Korff M, Scott K, Gureje O (eds). *Global perspectives on mental disorders and physical illness in the WHO World Mental Health Surveys*. Cambridge: Cambridge University Press. 2009.
32. Castleden M, McKee M, Murray V et al. Resilience thinking in health protection. *J Publ Health* (in press).

الأفراد الذي تأثروا بشكل مباشر أو غير مباشر بهذه الأحداث وتوثيق مستوى التعرض الذي طالهم.

يبقى السؤال، ما الذي يمكن فعله في المدى القريب لمنع أو خفض المخاوف، والقلق والغضب وعدم الثقة المتوقعة؟ أولاً، على مسؤولي المفاعل والحكومة أن يكونوا واضحين بما يعرفون ويجهلون حول الوضع الفعلي في المفاعل وحوله (29). ثانياً، يجب إنشاء مراكز لقياس الجرعات في أنحاء البلاد في المدى القريب. ثالثاً، فإن معظم الأفراد الذين يعانون أعراض نفسية شائعة لا يطلبون رعاية متخصصة، ومنهم اليابانيين (30). وإن الذين يسعون للحصول على الرعاية الصحية عادة ما يأتون إلى الأطباء العامين وأطباء الأطفال بأعراض جسدية (31). يحتاج إذن الأطباء لأن يفهموا حقيقة الآثار الصحية للتعرض للإشعاع ليتمكنوا من التعرف على أعراض الاضطرابات النفسية الجسدية والقلق والاكتئاب ومعالجة الصحة النفسية والجسدية بالاهتمام ذاته. والأهم من ذلك، فإن بناء مرونة لدى هؤلاء يبقى التحدي الأهم في العلاج من الكوارث (32).

مراجع

1. Bromet EJ, Havenaar JM. The long-term mental health impacts of the Chernobyl accident. In: Neria Y, Galea S, Norris F (eds). *Mental health and disasters*. Cambridge: Cambridge University Press, 2009:441-53.
2. Neria Y, Nandi A, Galea S. Post-traumatic stress disorder following disasters: a systematic review. *Psychol Med* 2008;38:467-80.
3. Norris FH, Friedman MJ, Watson PJ et al. 60,000 disaster victims speak: Part 2. An empirical review of the empirical literature, 1981-2002. *Psychiatry* 2002;65:207-39.
4. Gerrity ET, Flynn BW. Mental health consequences of disasters. In: Noji EK (ed). *The public health consequences of disasters*. New York: Oxford University Press, 1997:101-21.
5. Danieli Y, Rodley NS, Weisaeth L (eds). *International responses to traumatic stress*. Amityville: Baywood, 1996.
6. Bromet EJ. Psychological effects of radiation catastrophes. In: Peterson LE, Abrahamson S (eds). *Effects of ionizing radiation*. Washington: Joseph Henry Press, 1998:281-92.
7. Slovic P. Perception of risk. *Science* 1987;236:280-5.
8. Slovic P, Flynn JH, Layman M. Perceived risk, trust, and the politics of nuclear waste. *Science* 1991;00:1603-7.
9. Havenaar JM, Bromet EJ. The experience of the Chernobyl nuclear disaster. In: Lopez-Ibor JJ, Christodoulou G, Maj M et al (eds). *Disasters and mental health*. Chichester: Wiley, 2005:179-92.
10. Tønnessen A, Mårdberg B, Weisaeth L. Silent disaster: a European perspective on threat perception from Chernobyl far field fallout. *J Trauma Stress* 2002;15:453-9.
11. Dohrenwend BP, Dohrenwend BS, Warheit GJ et al. Stress in the community: a report to the President's Commission on the Accident at Three Mile Island. *Ann NY Acad Sci* 1981;365:159-74.
12. Goldstein R, Schorr JK, Goldstein KS. Longitudinal study of appraisal at Three Mile Island: implications for life event research. *Soc Sci Med* 1989;28:389-98.
13. Cleary PD, Houts PS. The psychological impact of the Three Mile Island incident. *J Human Stress* 1984;10:28-34.
14. Davidson LM, Baum A. Chronic stress and posttraumatic stress disorders. *J Consult Clin Psychol* 1986;54:303-8.
15. Bromet EJ, Parkinson DK, Dunn LO. Long-term mental health consequences of the accident at Three Mile Island. *Int J Ment Health* 1990;19:48-60.

معالجة آثار كارثة اليابان الثلاثية على الصحة النفسية

TSUYOSHI AKIYAMA

Department of Neuropsychiatry, NTT Medical Center Tokyo, Tokyo, Japan

الشكاوى الجسدية والقلق وكرب ما بعد الصدمة والاكئاب لفترة غير قصيرة، كما أشارت بروميت.

وتقوم حالياً الجمعية اليابانية لطب النفس والأعصاب والجمعية العالمية للطب النفسي بتطوير مداخل مشتركة ومشروع بحث، بتمويل من الحكومة اليابانية، يهدف إلى تدريب الأطباء العامين وأطباء الولادة وأطباء النساء والأطفال للتعرف على القلق النفسي الناتج عن تعرض فعلي أو مفترض للإشعاع ومعالجته، بالإضافة إلى تحديد الأعراض الجسدية التي تكون فعلاً مرتبطة بالإشعاع والأخرى التي لا علاقة لها به.

إلى حين ذلك، نحاول أن نساهم في: (أ) تحديد معلومات المخاطر الفعلية استناداً إلى أدلة علمية؛ (ب) نشر المعلومات بطريقة فعالة والتواصل مع العامة حول المخاطر المرتبطة بالكارثة من خلال التعاون مع أصحاب القرار في المجالات الإدارية والإعلامية والتعليم والاقتصاد؛ (ج) توفير الدعم النفسي الاجتماعي الفعال؛ (د) القيام بمداخلات نفسية علمية وطبية كما تقتضي الحاجة.

علينا حشد استجابتنا من خلال خبرات منظماتنا المجمع، ولدينا القدرة وسنقوم بذلك.

كما أشارت إ. بروميت، إن الوضع الراهن في اليابان هو نتيجة كارثة ثلاثية. الكارثة الأولى هي الزلزال والذي أدى إلى أضرار بالمباني، إلا أنه لم يكن مسؤولاً سوى عن 10 بالمئة من الوفيات. الكارثة الثانية هي التسونامي الذي زحف على المناطق الساحلية وأدى إلى خسائر كبرى في الحياة والممتلكات. أما الكارثة الثالثة، فهي كارثة مستمرة. إن حادثة المفاعل النووي قد تؤدي إلى ضرر فعلي هو الأقل على الصحة النفسية، إلا أن هذه الكارثة التي هي من صنع الإنسان، سينتج عنها الضرر الأطول على الصحة النفسية والصحة العامة، وإن العالم أجمع قد تعرض للمحنة الناتجة عنها.

إن الظواهر التي تم تسجيلها في حادثتي جزيرة ثري مايل وتشرنوبيل بدأت تظهر في بلدنا. وقد أوردت السلطات معلومات متباينة ومتعارضة، بينما كانت التقارير الإعلامية غير متناسقة وظهرت ردود فعل مضخمة للمخاطر كما فقدت الحكومة مصداقيتها أمام المواطنين. أجبر الأشخاص على إخلاء منازلهم وفقدت البنية التحتية للصحة النفسية. إن الشائعات المضخمة تؤدي الاقتصاد، وإن الصحة النفسية للناس، لا بل أيضاً حقوق الإنسان قد تأثرت في المناطق المنكوبة. وإننا نتوقع ارتفاع مستوى

إطار عمل مبدئي لمراجعة تصنيف دليل ICD-10 للاضطرابات النفسية والسلوكية

مجموعة الاستشارات العالمية لمراجعة دليل ICD-10 للاضطرابات النفسية والسلوكية

INTERNATIONAL ADVISORY GROUP FOR THE REVISION OF ICD-10 MENTAL AND BEHAVIOURAL DISORDERS

Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization, Geneva, Switzerland

تقوم منظمة الصحة العالمية (WHO) بمراجعة تصنيفات دليل ICD-10 للاضطرابات النفسية والسلوكية من خلال قسم الصحة النفسية وسوء استخدام المواد ضمن إطار عمل المراجعة العامة التي توجهها جمعية الصحة العالمية. إن هذه المقالة تشرح وجهة نظر المنظمة وأولوياتها فيما يخص تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية في دليل ICD-11، استناداً إلى توصيات المجلس الدولي للمشورة لمراجعة دليل ICD-10 للاضطرابات النفسية والسلوكية. وتعتبر منظمة الصحة العالمية أن التصنيف يجب أن يتم من خلال استشارة أصحاب القرار، أي الدول الأعضاء في المنظمة، والأخصائيون في مجالات الصحة المختلفة ومستخدمو خدمات الصحة النفسية وعائلاتهم. وتعتبر الإطار الثقافي عاملاً أساسياً في تحديد مفاهيم التصنيف المستقبلية. إن استخدامات دليل ICD التي يجب النظر فيها تتضمن ممارسات وأبحاث وتعاليم وتدريب وإحصاءات الصحة السريرية وتلك الخاصة بالصحة العامة. إن المجلس الدولي قد حدد أن المراجعة الحالية تمثل فرصة خاصة لتحسين الاستخدام السريري للتصنيف، لا سيما في إطار رعاية صحية أولية عالمية حيث تبرز الفرصة الأكبر لتحديد الأشخاص الذين هم بحاجة إلى علاج الصحة النفسية. ووفقاً لمهمة المنظمة وتكوينها، فإن النفع من التصنيف يكون في مساعدة الدول الأعضاء في المنظمة، بالأخص الدول متدنية أو متوسطة الدخل لخفض أعباء المرض المرتبط بالاضطرابات النفسية، هي على رأس أولويات عملية المراجعة هذه. وإن هذه المقالة تحدد الأسس التي وضعتها توصيات المجموعة الاستشارية للمرحلة الحالية من العمل.

الكلمات: الرئيسية: الاضطرابات النفسية، التصنيف، التصنيف العالمي للأمراض، الإفادة السريرية، الممارسة بين الثقافات المتداخلة

(المجلة العالمية للطب النفسي 2011؛ 92-0.861)

إن أنظمة تصنيف المنظمة هي أيضاً من الأسس الأولية التي تقوم عليها الانظمة المعلوماتية للصحة الالكترونية والتي تلحظ اهتماماً متزايداً في الكثير من البلدان.

وبما أن دليل ICD هو إطار تصنيف مشترك، فقد حشد عملية تواصل ومعلومات متبادلة عالمية. فعلى المستوى السريري، ساعدت التصنيفات أخصائيي الصحة على التواصل فيما بينهم ومع مرضاهم، وإن الأنظمة التي يعملون وفقها ساهمت أيضاً في تيسير عملية تدرج أخصائيي الصحة بين البلدان والثقافات. كما وتؤدي تصنيفات المنظمة دوراً فعالاً في مجالات أخرى تشمل صانعي السياسات الصحية، ومسدود تكاليف الخدمات الصحية، النظام القضائي، والحكومات. وبما أن دليل ICD يلعب دوراً جوهرياً في مجتمع الصحة العالمي، فمن الأساسي أن يكون مستنداً على أفضل المعرفة العلمية المتوفرة وأن يتابع التقدم في مجال الرعاية الصحية الذي له القدرة على تحسين موثوقيتها وصلاحياتها ومنفعتاتها. لقد وافقت الجمعية العامة لمنظمة الصحة العالمية على دليل ICD-10 عام 1990 وتم نشره عام 1992 (2)، وهو بذلك سجل أطول فترة في تاريخه من دون أن يخضع للمراجعة. وقد قامت الجمعية العامة التي تضم وزراء الصحة في كل الدول الأعضاء بالتوجيه لمراجعة الدليل. وإن الأعمال الفنية المرتبطة بإعداد الدليل ICD-11 من المقرر إنجازها عام 2013. ومن المتوقع أن تقوم الجمعية العامة بالموافقة على الدليل الذي سيضم كافة الأمراض والاضطرابات والإصابات والحالات الصحية عام 2014.

وضمن الإطار العام لعمل المراجعة، فستتم مراجعة الفصل الخامس (F) من الدليل ICD-10 حول الاضطرابات النفسية والسلوكية. وإن المراجعة التي ستتم على الفصل الخامس من الدليل ستسهل التعاون في تصنيف اضطرابات أخرى، بما فيها الحالات العصبية وحالات طبية أخرى ترافق مع الاضطرابات النفسية والسلوكية. وإن إضمام الاضطرابات النفسية والسلوكية إلى كيانات تشخيصية في الرعاية الصحية خاصة يتميز بها دليل ICD، فهي تسهل البحث عن آليات مشتركة في علم

تقوم منظمة الصحة العالمية حالياً بمراجعة التصنيف العالمي للأمراض والمشاكل الصحية، في النسخة العاشرة من دليل ICD-10. وإن قسم الصحة النفسية وسوء استخدام المواد في المنظمة مسؤول عن مراجعة تصنيف الدليل الخاص بالاضطرابات النفسية والسلوكية، ضمن الإطار العام لجهود مراجعة دليل ICD. وإن هدف هذه المقالة هو توضيح موقف المنظمة وأولوياتها فيما يخص دليل ICD-11 لتصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية بناءً على المرحلة الأولية من جهود المجلس الدولي للمشورة في مراجعة الاضطرابات النفسية والسلوكية في النسخة العاشرة من الدليل.

إن منظمة الصحة العالمية هي هيئة تابعة للأمم المتحدة وقد تأسست عام 1948. تقضي مهمتها بضمان حصول كل الشعوب على المستوى الأفضل من الصحة. وقد حددت المنظمة صراحة ومنذ تأسيسها الصحة النفسية جزءاً من صحة كل فرد. وإن دستور المنظمة (1)، الذي تم التوقيع والموافقة عليه من قبل البلدان الأعضاء البالغ عددهم 193 دولة، يعدد مسؤوليات المنظمة التي تشمل: تحديد تسميات عالمية للأمراض ومراجعتها، وتحديد أسباب الوفاة وممارسات الصحة العامة؛ ووضع إجراءات تشخيصية معيارية كما يقتضي الحال. إن أنظمة التصنيف هي بذلك مسؤوليات دستورية أساسية لا يمكن للمنظمة توكيل أطراف أخرى بها. وإن دليل ICD هو الدليل الأقدم والأكثر تركيزاً والأهم تاريخياً بين أنظمة التصنيف التي تعتمد على منظمة الصحة.

إن دليل ICD يهدف إلى أن يكون معياراً دولياً للمعلومات الصحية التي تمكن من تقييم ومراقبة الوفيات والمرض ومقاييس أخرى لها علاقة بصحة الإنسان. وإن منظمة الصحة العالمية هي المنظمة الوحيدة التي تستطيع أن تضمن التعاون العالمي والاتفاق الدولي على هذه المسائل، وهي بذلك في موقع فريد من نوعه للمبادرة وتعزيز الأسس لمقاييس الصحة العالمية. وإن أنظمة تصنيف المنظمة تستند على تتبع نتائج الأوبئة والأمراض، وتحديد الأهداف المناسبة لمصادر الرعاية الصحية، وتشجيع المحاسبة بين الدول الأعضاء وفقاً لمستوى الصحة العامة فيها.

أسباب وفسيولوجيا المرض والمرض المشتركة وعمليات تقدم المرض وتوفير قاعدة صلبة لموقع الأمراض النفسية في النظام الطبي فيما يخص الوظائف السريرية والإدارية والمالية في الرعاية الصحية.

وقد عقدت منظمة الصحة العالمية مجلساً دولياً للمشورة على مستوى رفيع في يناير عام 2007 للمساعدة في المراجعة الحالية لتصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية في دليل ICD. وتقضي مهمة المجلس الأولية بتقديم المشورة في كافة خطوات المراجعة حول الفصل الخامس بما يتوافق مع الإطار الشامل للمراجعة. ويضم المجلس خبراء من كافة مناطق المنظمة وممثلين عن جمعيات دولية وأخصائيين من شتى مجالات الطب النفسي. وقد قام المجلس بتحديد عدد من المسائل الجوهرية الهامة سيتم الاستناد عليها في المرحلة التالية من نشاطات محددة في المراجعة، مما سيحقق درجة عالية من التفاهم حولها. وإن القسم التالي يصف بعض المسائل المبدئية التي تم تحديدها والتوصيات الصادرة عن المجلس الدولي للمشورة.

ما هو الاضطراب النفسي؟

إن إحدى أولى الأسئلة التي تواجه المجلس هي كيفية تعريف الاضطرابات النفسية. فهذا التعريف سيعين حدود ما سيتم تصنيفه وسترتب عنه نتائج جمة على نشاط الصحة العامة والحكومات والأنظمة الصحية والأبحاث. فعلى سبيل المثال، يؤثر تعريف الاضطرابات النفسية على تقديرات علم الأوبئة ومدى انتشارها، والحماية القانونية المتوفرة للأشخاص المتأثرين بها، وهيكلية وعمل وآليات تسديد تكاليف أنظمة خدمات الصحة النفسية، وتقييم مداخلات الصحة النفسية ونتائجها.

تحدد توجيهات الوصف والتشخيص السريري لدليل ICD-10 للاضطرابات النفسية والسلوكية (3) الاضطراب النفسي على أنه «مجموعة من الأعراض أو السلوكيات القابلة للتحديد سريرياً، وهي متداخلة في معظم الحالات مع اضطرابات وتتدخل في الوظائف الشخصية». إن تعريف الاضطرابات النفسية الموجود في دليل (4) DSM-IV-III مشابه، ولم يتغير من الدليل (5) DSM-III: «متلازمة أو نمط سلوكي أو نفسي ذات أهمية سريرية يحدث لدى الفرد ويرتبط باضطراب قائم.. أو إعاقة أو خطر ملحوظ من تعرضه للوفاة أو الإعاقة أو خسارة مهمة للحرية... [تكون] ظاهرة لخلل سلوكي أو نفسي أو بيولوجي لدى الفرد». وقد أوصى مجلس المشورة أن يستخدم دليل ICD-11 التعريف ذاته للاضطرابات النفسية والسلوكية الواردة في النسخة العاشرة، مما يظهر تفضيلاً لبساطة التعريف مقارنة مع التعريف الأكثر تعقيداً المستخدم في دليل DSM. كما وأشار المجلس إلى أن تعريف دليل DSM-IV له علاقة مختلفة مع مسائل الوضع الوظيفي مقارنة مع تعريف دليل ICD-10، وهو موضوع سنتطرق إليه في قسم لاحق من هذه المقالة.

الدوائر الاستشارية التي تعتمد عليها منظمة الصحة العالمية في مراجعة التصنيفات

تري منظمة الصحة العالمية أن الأهمية الكبرى للتصنيفات تقتضي أن يجري تصميمها عن طريق الاستشارة، وإن أمكن، عن طريق التعاون بين

أصحاب القرار. وإن المجموعة الأولى من أصحاب القرار الذي تجد المنظمة نفسها مسؤولة أمامهم خلال عملية مراجعة دليل ICD، والتي تشكل المصدر الأول لاستشارات المنظمة، تتألف من حكومات الدول الأعضاء فيها. فالأسباب خلف الاهتمام الكبير الذي توليه هذه الحكومات للدليل عديدة. أولاً، يطلب من الحكومات توفير إحصاءات حول نسب المراضة والوفيات إلى المنظمة استناداً على تصنيفات دليل ICD. ثانياً، تسعى الحكومات لأن تعكس التصنيفات وجهات نظرها المحددة وأولوياتها في مجال الرعاية الصحية. فمثلاً، قد لا تتشارك الافتراض ذاته في أن فئات الأمراض النفسية هي عالمية ثقافيه ومحددة بشكل مناسب ضمن فئات قائمة. ثالثاً، ترى الحكومات أن تصنيفات الدليل التشخيصية توفر مساحة كبرى من إطار عمل يحدد واجبات الحكومة في توفير دعم للرعاية الصحية والخدمات الاجتماعية والمزايا لذوي الإعاقة، ولمواطنيها. رابعاً، إن اهتمامات الحكومات تتوافق مع أولويات الصحة العامة العالمية والتي هي أساس وجود منظمة الصحة العالمية: فهذه الحكومات تعمل على تخفيف وطأة المرض في الاضطرابات النفسية والسلوكية. وأخيراً، فإن أي تغييرات على الدليل ICD القائم والذي يستخدم في الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية قد تستدعي التزام توفير موارد هائلة لتغيير أنظمة السجلات الحالية وأدوات الاستطلاع الصحي، والإجراءات الإدارية والسياسات الصحية وحتى القوانين الخاصة بالتشخيص. قد يتحتم على الحكومات أيضاً وضع استثمارات كبيرة في تدريب الأخصائيين على استخدام النظام الجديد.

المجموعة الثانية من أصحاب القرار المباشرين المعنيين في مراجعة تصنيفات دليل ICD للصحة النفسية هي أخصائيي الصحة. إن الأطباء النفسيين ليسوا وحدهم معنيين في تشخيص وتصنيف الاضطرابات النفسية. أضف إلى ذلك، فإن قلة قليلة من الناس المصابين باضطرابات نفسية يستشرون طبيباً نفسياً. ومن ناحية أخرى، فإن الأطباء النفسيين يتوفرون بكثرة في البلدان عالية الدخل: حوالي 10.5 لكل 10000 نسمة (6)، لكن نسبة السكان عالمياً في هذه البلدان صغيرة ولا تتخطى 15% وهي في تراجع. من جهة أخرى، ففي الدول متدنية الدخل نرى طبيباً نفسياً واحداً لكل 100000 نسمة في حين تشكل هذه الدول موطناً لحوالي نصف سكان العالم. ويصل معدل الأطباء النفسيين في الدول المتوسطة- المنخفضة الدخل إلى طبيب واحد لكل 100000 نسمة ومعدل 2.7 في الدول متوسطة-ميسورة الدخل (6).

لذلك، فإن الأطباء النفسيين لا يمكن اعتبارهم مستخدماً رئيسياً أو الأخصائيين الوحيدين في الدائرة الاستشارية لتحديد التصنيفات. بل يجب أن يتم شمل مجموعات أخرى من الأخصائيين مع ما يتناسب مع الدور الذي يؤدونه، ومنهم أخصائيو الصحة النفسية من علماء نفس وأخصائيين اجتماعيين والمرضى النفسيين. كما وتشمل هذه الدائرة مجموعات أطباء أخرى لا سيما أطباء الرعاية الأولية وموفري الرعاية الصحية الذين يقدمون معظم الرعاية النفسية الأولية في بعض البلدان النامية. لهذا السبب، فإن ممثلين عن جمعيات أخصائيين دولية والتي تمثل هذه المجموعات قد تم إضماها إلى المجلس الدولي للمشورة منذ البداية. هذا وينبغي التعامل مع التنوع الجغرافي واللغوي بحذر عند وضع آليات المشاركة، إذ أن التجربة الماضية تكشف عن مشاركة الأخصائيين من البلدان الأغنى، حيث تعد الانكليزية لغتها الثانية، هي من البلدان التي

الاضطرابات النفسية. إن نتائج هذا الاستطلاع تبرز في هذا العدد من المجلة العالمية للطب النفسي (11).

استخدامات دليل ICD-10 لتصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية

إن طبيعة التحديات التي ستبرز من خلال عملية المراجعة ستتأثر بشكل كبير باستخدامات التصنيف التي تعد هامة خلال عملية المراجعة. ويمكن تحديد خمسة استخدامات لتصنيفات الدليل ICD-10: الاستخدامات السريرية؛ والاستخدامات البحثية؛ استخدامات التعليم والتدريب؛ استخدامات الإحصاءات الصحية؛ والاستخدامات في الصحة العامة. ويشكل تأثير التغييرات على منفعة التصنيفات في كافة هذه الاستخدامات نقطة تركيز هامة في عملية المراجعة.

استخدامات الرعاية السريرية

تمحورت المراجعات السابقة بشكل أساسي على استخدام التصنيفات من قبل أخصائيي الصحة النفسية، لا سيما أطباء النفس، ضمن إطار من التخصص في الصحة النفسية. وقد نشرت منظمة الصحة العالمية عدداً من التوجيهات (3) التعريفية والتشخيصية المخصصة لهذه التطبيقات. ولكن تصنيفات الدليل للاضطرابات النفسية والسلوكية يتم اعتمادها في نطاق أوسع بكثير من هذا الاستخدام - وعلى سبيل المثال، فإن الرعاية الطبية الأولية والثانوية والثالثية ورعاية سوء استخدام المواد ومراكز إعادة التأهيل - يجب أن تلبى حاجات كل منها.

إن منظمة الصحة العالمية ترى أن منفعة تصنيفات دليل ICD للاضطرابات النفسية والسلوكية في الرعاية الصحية الأولية من الاعتبارات الأهم في المراجعة الراهنة. وكما يرد في التعريف، فإن الرعاية الصحية الأولية هي أكثر مستوى من التواصل الذي يحدث بين معظم الناس ونظام الرعاية الصحية. وفي أي مكان في العالم، فحين يتلقى فرد يعاني اضطرابات نفسية رعاية صحية فهو يحصل عليها في أكثر الأحوال في الرعاية الأولية بدلاً من الرعاية النفسية المتخصصة (12). لذا، فإن مجال الرعاية الصحية الأولية يشكل الفرصة الفضلى في رفع القدرة على تحديد علاج فعال للأشخاص المصابين باضطراب نفسي.

ويشكل نظام تصنيفي يمكن استخدامه ويتميز بمنفعة لدى العاملين في الرعاية الصحية حاجة أساسية في إطار الجهود المبذولة. وعلى المستوى العالمي، فإن العاملين في مجال الرعاية الصحية الأولية هم غالباً ليسوا أطباء والأقل ترجيحاً أن يكونوا أطباء نفسيين. ففي الكثير من حالات الرعاية الصحية المجتمعية في البلدان متدنية الدخل، قد يملك العاملون تدريباً، أياً كان نوعه، احترافياً رسمياً محدوداً. وبعد المراجعة الأخيرة لدليل ICD، وضعت المنظمة تعديلاً على تصنيفات الاضطرابات النفسية والسلوكية للرعاية الصحية الأولية (13). لكن منفعة هذا النظام واجهت بعض القيود إذ أنها أخذت من التصنيفات المتخصصة، حيث تم تلخيصها بدلاً من إنشاء تصنيفات على قاعدة حاجات وأولويات الرعاية الأولية (14). وقد شدد مجلس المشورة على الحاجة إلى نسخة منفصلة

يسهل السفر منها للمشاركة في اللقاءات التي تجري باللغة الانكليزية. ويجب أيضاً التنبيه إلى الدور الذي تلعبه مجموعات من الأخصائيين في مجال المستحضرات الدوائية. وبهدف تفادي أي تأثير سلبي غير ضروري، فإن المنظمة ترى داعياً في التأكد من عدم وجود أي تضارب في المصالح بين المشاركين في مراجعة معايير تصنيف وتشخيص الاضطرابات النفسية.

وتعتبر منظمة الصحة العالمية في إطار تصنيفات الاضطرابات النفسية في دليل ICD طالبي خدمات الصحة النفسية وأفراد عائلاتهم هم المجموعة الثالثة والمباشرة من أصحاب القرار. وإن مجتمع مستخدمي رعاية الصحة قد أظهر تبعية متزايدة مع حركات حقوق ذوي الإعاقة معتمداً شعار "لا شيء عنا من دون مشاركتنا"، ما يدل على رفض لما يرونه بمثابة نهج أبوي طبي ويطالبون بأن تتم استشارتهم حول القرارات التي تؤثر على حياتهم. إن عملية مراجعة الدليل تقتضي توفير فرص ضخمة وجدية لضمان مشاركة مجموعات المستفيدين من خدمات رعاية الصحة النفسية، لا أن تتضمن مبادرة رمزية أو تقليدية فحسب. وفي الوقت عينه، فإن منظمات المستفيدين من الخدمات وعائلاتهم ليسوا دائرة متكاملة، بل يتميزون عن بعضهم البعض كل بوجهات نظره وأرائه. ولذلك، يجب توفير الفرص لجمع آراء أوسع ضمن هيكلية وإطار زمني بما يساهم بشكل بناء في عملية المراجعة ولا أن ينحصر ذلك بممارسة سياسية محدودة.

شمولية الفئات

إن شمولية بعض الفئات المحددة في الاضطرابات النفسية افتراض متأصل في دليل ICD-10. إلا أن هذا الافتراض لم يتبرهن، وبالرغم من الدعوات المتكررة لبعض المؤلفين لإيلاء الثقافة في التشخيص النفسي مزيداً من الانتباه، فإن موضوع الثقافة كان مصدر تشبث للانتباه أو سبب خطأ في التصنيف (7). إن الانتباه إلى الإطار الثقافي لا يمكن أن يكون اختيارياً بل يجب أن يكون عاملاً أساسياً في تحديد مفاهيم التصنيف في المستقبل (8).

إن منظمة الصحة العالمية ومجلس المشورة يسعيان إلى وضع عدد من الاستراتيجيات لتوسيع نطاق الشمولية والمعلومات التي تعتبر أساس المراجعة لتصنيفات دليل ICD للاضطرابات النفسية والسلوكية، والتي تهدف إلى تحسين المنفعة السريرية وتطبيق الخصائص الثقافية. أولاً، فإن مجموعة من المنشورات العالمية والمتعددة اللغات ساهمت في تقييم الاتجاهات والمواضيع ومجالات النقاش الفاعل الكبرى المتعلقة بتصنيفات الاضطرابات النفسية، لا سيما فيما خص المنفعة السريرية في البلدان المتدنية والمتوسطة الدخل. المشروع الثاني هو تحليل منهجي لمستوى البلد وأنظمة التشخيص الإقليمية الخاصة بالاضطرابات النفسية (مثال، 9، 10)، ما يوفر بيانات هامة حول أي عناصر من الدليل يرى المستخدمون المحليون أنها ذات منفعة، وأي عناصر لا تتوفر في الدليل، وتحديد الفئات الإضافية أو التعريفات البديلة للاضطراب التي يرون حاجة إليها. أما المشروع الثالث، فقد كان إجراء استطلاع عالمي واسع يتم من خلال التعاون مع الجمعية العالمية للطب النفسي حول موقف الأطباء النفسيين من مختلف بلدان العالم فيما يخص تشخيص وتصنيف

وفي حال نشرت هذه المعايير في كتاب منفصل أو في المرجع ذاته، فإن معايير التشغيل وإعادة النسخ يجب أن ترد في دليل ICD-11 للأسباب الآنف ذكرها.

استخدامات التعليم والتدريب

إن تصنيفات دليل ICD للاضطرابات النفسية والسلوكية جزء لا يتجزأ من التدرج لدى عدد كبير من موفري الرعاية النفسية، وتؤدي دوراً تنظيمياً في تعليم الأطباء النفسيين وعلماء النفس والعاملين الاجتماعيين ومرضى الرعاية النفسية وأخصائيين اجتماعيين آخرين معنيين بالصحة النفسية والأطباء المهنيين. كما أنها مهمة أيضاً في تدريب أخصائيي الطب العام بما فيهم الأطباء والمرضى وممارسين آخرين. وهي تستخدم في تدريب الأخصائيين خارج القطاع الصحي، مثال الطب الشرعي والتربوي. إن هذا المجال لم يشكل في الماضي محوراً منهجياً، وتبرز الحاجة إلى مبادرات للمساعدة في تدريب الأخصائيين على استعمال دليل ICD-11.

استخدامات الإحصاءات الصحية

كما سبق ذكره، فإن دليل ICD-10 يستخدم أساساً لجمع معلومات صحية روتينية تستند على عامة السكان بالإضافة إلى إحصاءات إلزامية ترفع من قبل الدول الأعضاء في المنظمة. إن هذه المعلومات تستخدم لأهداف داخلية وخارجية. وطبيعة أنظمة معلومات الصحة التي تستخدم دليل ICD تختلف بشكل هائل بين الدول الأعضاء، فمنها السجلات المعقدة والمتكاملة والالكترونية إلى الغياب التام لأي سجلات صحية حيث يتم تسجيل المعلومات خطأً، هذا إن وجدت. إن التكاليف التي تترتب عن إجراء النقلة إلى التصنيفات الجديدة قد تكون صعبة على الحكومات، بغض النظر عن مستوى الأنظمة التي تملكها. لذا ستحتاج المنظمة إلى تطوير سبل فعالة في طرح هذا المشروع على وزارات الصحة من الدول الأعضاء والشرح لهم أن التصنيفات الجديدة ستؤتي بمنافع بقدر التكاليف التي ستترتب عليهم.

استخدامات الصحة العامة

إذا كانت تصنيفات دليل ICD-11 للاضطرابات النفسية والسلوكية ستعكس دستور منظمة الصحة العالمية وميثاقها فعلى تطبيقات الصحة العامة فيها أن تكون مبدأها التوجيهي الأهم. ويجدر بالمراجعة أن تحقق أكبر قدر من المساهمة في التصنيفات في إطار العمل الجماعي للتحسين المستديم لصحة الشعوب. وبالأخص، كجزء من عملية المراجعة، يجدر الاهتمام بكيفية إمكان نظام التصنيفات المساهمة في: (أ) خفض انتشار ووقوع الاضطرابات النفسية؛ (ب) خفض الإعاقة المرتبطة بالاضطرابات النفسية؛ (ج) تحسين القدرة على الوصول إلى خدمات الصحة النفسية وتوفيرها؛ (د) تعزيز الصحة النفسية السليمة؛ (هـ) تقييم احتياجات الصحة العامة وتوجهات الإشراف.

إن التحدي الأصعب عالمياً أمام الصحة النفسية هو ما تشير إليه

لرعاية الأولية من تصنيفات الدليل ICD-11 للاضطرابات النفسية والسلوكية. وعلى عكس آلية المراجعة الأخيرة، فإن نسخة الرعاية الصحية يتم وضعها بشكل متزامن مع النسخة المتخصصة، استناداً على التنوع والخصائص في الرعاية الأولية وخصائص العاملين فيها.

وعلى آلية المراجعة أيضاً أن تأخذ بعين الاعتبار استخدامات أخرى للدليل في التقييم وعملية أخذ القرار لدى أفراد قد يعانون اضطرابات نفسية، ومن هذه الاستخدامات الطب الشرعي، حيث قد يتم استخدام التشخيص والتصنيف كجزء من عملية اتخاذ القرارات حول الكفاءة والخطر المستقبلي، والاستخدام في المساعدة الاجتماعية حيث تستند الأهلية واختيار المزايا والخدمات جزئياً على المعلومات التشخيصية. ويعتمد قطاع رئيسي آخر على هذه التصنيفات وهو القطاع التربوي، حيث تستخدم المعلومات التشخيصية عادة كجزء من اتخاذ القرار حول التعيين التربوي الأكثر ملاءمة وطبيعة الخدمات التربوية التي يتلقاها الطفل. إن هذه الاستخدامات لها أهمية كبرى في نظر الحكومات لما يترتب عليها من نتائج مباشرة لقرارات ومسؤوليات الحكومة، إذ أنها لاقت اعتباراً منهجياً محدوداً جداً في مراجعات سابقة في تصنيفات دليل ICD للاضطرابات النفسية والسلوكية.

الاستخدامات البحثية

تستخدم تصنيفات الاضطرابات النفسية والسلوكية في مجالات بحثية مختلفة ومتنوعة، وتشمل أبحاث علم الوراثة، وعلم الأعصاب، وسبببات المرض، وتطوير العلاجات الصيدلانية والنفسية الاجتماعية، والخدمات والنتائج الصحية، وأبحاث تعزيز الوقاية والصحة النفسية. لكن متطلبات التجارب السريرية كان لها تأثير غير متساو على طبيعة التصنيف مع مرور الوقت. فالتجارب السريرية تتطلب مجموعات محددة من المرضى المحددين الذين يمكن وصفهم بأنهم يعانون اضطراب محدد قابل للتشخيص وفق معايير صريحة يمكن إعادة نسخها كما هي في استخدامات أخرى من قبل باحثين آخرين. في بعض الأحيان، يؤدي ذلك إلى إقصاء أعداد كبيرة من المشاركين المحتملين في بعض التجارب البحثية المحددة، حتى وفي الحالات التي من المرجح أن يرى الطبيب تطابقاً لحالتهم مع موضوع البحث. إن هذا التركيز قد لعب دوراً في المشاكل الناتجة عن فرط في حصر الموصفات ومغالطات، ترد في التصنيفات الحالية للاضطرابات النفسية (15،16). إن هذه الخصائص لم تقيد منفعة التصنيفات السريرية فحسب، بل أدت إلى حواجز تعيق البحث القائم عن التوصل إلى آليات أساسية مشتركة خلف الاضطرابات النفسية والتعبير عن الأعراض (17).

إن منفعة البحث أمر له أهمية كبرى، لكنه جانب واحد لاستخدامات كبيرة أخرى لدليل ICD. أضف إلى ذلك، فإن منفعة التصنيفات كإطار عمل منظم للبحث يجب ألا يتم اللغظ بينه وبين الأساس العلمي للتصنيف ذاته. وقد قامت منظمة الصحة العالمية عام 1993 (18) بنشر معايير تشخيصية للأبحاث في تصنيفات دليل ICD للاضطرابات النفسية والسلوكية، اعترافاً منها بالحاجات الخاصة للباحثين واقتضاء الحصول على معايير تشغيلية يمكن استخدامها في الدراسات الوبائية والسريرية.

المنظمة عادة بالهوية في الصحة النفسية (19). تسبب الاضطرابات العصبية النفسية النسبة الأكبر من أي من أعباء المرض والإعاقة عالمياً مقارنة مع أي من فئات الأمراض غير المتناقلة الأخرى (20). ومع ذلك، فإن العلاج يبقى غير متوفر وللأسف غير كاف. وفي البلدان النامية يتلقى أقل من 25% من الأشخاص الذين يعانون أمراض نفسية حادة العلاج (21). أما عالمياً، فإن الهوية بين الأشخاص الذين يحتاجون إلى علاج والذين يتلقونه تتراوح بين معدل 32% و78%، وفقاً للاضطراب المذكور (22). وبالإضافة إلى ندرة أخصائيي الصحة النفسية، فإن عوامل أخرى تسهم في اتساع هوة الصحة النفسية تشمل تأمين غير كاف لموارد أنظمة الصحة النفسية، والوصمة المرافقة للعلاج النفسي، وبرامج الوقاية غير الكافية والنقص في التمويل المتكافئ من خلال التأمين على الصحة (23).

ولمعالجة الهوية النفسية، تدرس منظمة الصحة العالمية تطوير خدمات سهلة الوصول وأقل وصمة، لتصل إلى نسبة أكبر من الناس الذي هم بحاجة إليها ورفع تأثير خدمات الصحة النفسية واضطرابات سوء استخدام المواد لتشكّل أولوية طارئة. إن الخدمات المتوفرة حالياً تملك في أغلب الأحيان علاقة سطحية مع تلك التي تتمتع بدعم علمي سليم قد يكون أكثر فاعلية من حيث التكلفة. وبهدف تحسين نوعية العلاج النفسي وسوء استخدام المواد على مستوى الشعب، إن تخصيص الموارد المحدود يجب أن يتوافق بشكل أكبر مع وبائية الاضطرابات ومسارها الطبيعي وبعثها. وإن دليل ICD جزء لا يتجزأ من هذه الجهود. فبالناس من المرجح أن يحصلوا على الخدمات الأكثر ملاءمة للصحة النفسية فقط في حال جرى دعم شروط تحديد الأهلية واختيار العلاج من خلال نظام تصنيف دقيق وصالح وذات منفعة سريرية.

تبسيط التشخيص والأثر الوظيفي للاضطرابات النفسية

في عام 2001، وافقت الجمعية العامة لمنظمة الصحة العالمية على تصنيف الأداء والإعاقة والصحة (24) (ICF). ويوفر هذا التصنيف إطار عمل منهجي وعالمي يحدد الطرق التي يتأثر بها أداء الفرد في حالة صحية محددة. وقد تم تصميم مرجع ICF «لتأمين لغة وإطار عمل موحد ومعياري لتحديد الحالات الصحية والحالات المتعلقة بالوضع الصحي». إن ICF لا يشمل تصنيفات للمرض أو الاضطرابات أو الإصابات أو المشاكل الصحية، كما يفعل دليل ICD، بل إنه دليل يتناول الأنظمة الكاملة، والتي يتم استخدامها مع هذا الأخير لتصنيف التأثيرات على الأداء والمكونات والنتائج في الحالات الصحية.

إن الموافقة على دليل ICF تشكل أساس سياسة حيث يجب ألا تحدد حالة الأداء والإعاقة - هذه الأشياء التي يتم تصنيفها في ICF - كجزء من التعريفات والمعايير التشخيصية التي يحددها دليل ICD. ومن الأسباب الأخرى التي شكلت محور نقاش المجلس الدولي للمشورة هي التفريق بين وضع المفاهيم للأداء والإعاقة المرتبطة بالتشخيص و هي الاختلافات الأهم بين تصنيفات دليل ICD-10 للاضطرابات النفسية والسلوكية (دليل 25) (DSM-IV). وكما أشرنا سابقاً في هذه المقالة، فإن المجلس الدولي للمشورة قد دعم تعريف دليل ICD-10 للاضطرابات النفسية كتعريف عملي لدليل ICD-11. إن هذا التعريف

يشير إلى الاعتلال في الأداء لكنه لا يتطلب وجوده، بل يشير ببساطة إلى أن الاضطرابات النفسية عادة تتدخل في الأداء الشخصي. وإن الوصف والتوجيهات السريرية لدليل ICD-10 للاضطرابات النفسية والسلوكية (3) توفر توجيهاً محدداً يفيد بأن التدخل في أداء الأدوار الاجتماعية (مثال، عائلة، وظيفة) ينبغي ألا يعتمد كتوجيه أو معيار تشخيصي كمبدأ عام.

وقد اقترح أوستن وكينيدي (26) فصلاً أكثر دقة في وضع الأداء وتشخيصه مما يرد في دليل ICD-10: «يجب ألا يبدو أي أداء أو إعاقة كجزء من عتبه التشخيص.. إن تصنيفاً منفصلاً لحدة الاضطراب (أي، متوسط أو معتدل أو حاد)، بعد تحديد التشخيص، يجب أن يعتمد على تقييم تطور المرض وانتشاره واستمرارية أي إجراءات لا تتعلق بمتغيرات الإعاقة لتفادي «التوازي المشترك». غير أن مجلس المشورة اقترح أن القدرة على التمييز هي أقل من مثالية، لا سيما أن الوضع الحالي للممارسة العلمية والسريرية، مشيراً إلى النقص العام في المؤشرات المباشرة والموضوعية للاضطرابات النفسية كما استمرارية بعض المظاهر التي تعتبر أنها تسبب اضطرابات نفسية مع تغيرات في السلوك. نتيجة لذلك، فإن بعض التشخيصات المحددة قد تكون ضرورية للإشارة إلى أنواع محددة من الاعتلالات في الأداء كمرحلة ما دون التشخيص لفصل الاضطراب عن حالات عدم الاضطراب حين لا تتوفر مؤشرات «مباشرة» لآلية المرض.

لذلك، فإن المجلس قد أوصى بإعادة صياغة التعريفات والوصف والمعايير التشخيصية لاستبعاد الظواهر التي تعد إشارة لتأثير الأداء حيث يقتضي الأمر، وتحديد الفئات بكل وضوح حين يصعب ذلك. في حال حدوث تدخل حول المظاهر المرضية الكامنة استناداً إلى نمط متميز من الاضطراب في الأداء، فإن ذلك يجب أن يتم التعبير عنه صراحة. وقد لاحظ المجلس أيضاً أن تطوير وسائل منهجية صالحة لتقييم الأداء هو نشاط منفصل ترى أنه ينتمي إلى خارج نطاق التصنيفات ذاتها.

نطاق التصنيفات التشخيصية

ومن المواضيع المتعلقة، يطرأ السؤال حول ما إذا كان من الواجب أن تتضمن التصنيفات التشخيصية معلومات أو أبعاد إضافية، لا تشكل جزءاً كلياً من التشخيص، وهذا الأمر هام في اتخاذ القرارات في رعاية المريض كالإعاقة والحدة والعوامل النفسية الاجتماعية ومستوى الدعم الاجتماعي والخصائص الثقافية المرتبطة. وقد اقترح البعض أنه حين يظهر دليل متين حول الاستخدام الخاص لعلاجات بعض الاضطرابات، فإن هذه المعلومات يجب أن تتضمن التصنيف التشخيصي. وفيما يتعلق في الصحة العامة، فإن المعلومات المتعلقة بعوامل الخطر والعوامل الاستشرافية قد تكون أيضاً ذات أهمية في وضع استراتيجيات خاصة بالعامه.

ولكن المجلس رأى أن التصنيفات التشخيصية هي جزء فحسب من تقييم المريض، وأن نظام التصنيفات يجب ألا يتم اعتباره دليلاً لرعاية المريض أو كتاباً شاملاً للطب النفسي. إن تركيز دليل ICD هو على تصنيفات الاضطرابات وليس على التقييم والعلاج، لدى الأشخاص الذين يعانون عادة من اضطرابات متعددة وحاجات مختلفة. إن تصنيفات الاضطرابات النفسية والسلوكية يجب أن تكون متناسقة مع بقية دليل ICD، الذي لا يشمل معلومات مماثلة في مجالات أخرى. لذا، فإن المجلس

قد أوصى بعدم المحاولة بإضمام خصائص واضطرابات، ونتائج مخبرية، وفحوصات جسدية، وحالات طبية، وأنماط انتشار ومسار وأنماط عائلية مرتبطة بنظام التصنيفات التشخيصية، إلا إذا اقتضت الحاجة إليها في التشخيص. على الخط ذاته، فإن أغلب عوامل الاختطار والعوامل الوقائية غير محددة؛ فهي شائعة في الكثير من الاضطرابات النفسية كما في حالات صحية من أنواع أخرى، لذا فقد يكون من المفيد أكثر إضافة فصل عن هذه الأجزاء المتعلقة بالدليل ICD بشكل عام بدلاً من أن تكون جزءاً من تصنيفات الاضطرابات النفسية والسلوكية.

استناداً على رسالة وميثاق منظمة الصحة العالمية، يجب أن تكون منفعة الصحة العامة الأولوية الأهم في مراجعة التصنيفات. بينما يجب أن يكون السؤال الموجه «كيف يمكن لدليل تشخيص وتصنيف أن يساهم في رفع شمولية الصحة النفسية في أنحاء العالم وتحسينها؟». بجزء منه، فإن هذا السؤال قد يشير إلى التركيز على الوبائيات والإحصاءات إلا أن المعلومات التي لا تتوافق مع الممارسة لن تؤدي إلى خفض عبء المرض. لهذه الغاية، من المهم أكثر أن توفر التصنيفات أساساً فعالاً لتحديد الأشخاص ذوي الحاجات النفسية الأكبر حين يطلبون خدمات الرعاية الصحية وتضمن وصولهم إلى أشكال العلاج الملائمة والأقل كلفة. يجب أن تكون التصنيفات قابلة للاستعمال في الدول والاستخدامات حيث الموارد محدودة، لا سيما في الرعاية الأولية، وأن تكون قابلة للاستعمال من قبل أخصائيي الصحة النفسية وموفري الرعاية الصحية العامة وحتى العاملين في الرعاية الصحية غير المتخصصين. ولتلبية كل هذه المتطلبات، من غير المرجح أن يتناسب قالب واحد مع احتياجات كل هؤلاء.

من الواضح أننا بحاجة إلى المزيد من المعلومات التي تتخطى الفئات والوصف التشخيصي لتحسين نوعية الرعاية وتأثير الخدمات الموفرة في حالات الاضطرابات النفسية والسلوكية. وقد يكون من المفيد لهيئات الأخصائيين على المستوى المحلي والاقليمي والعالمي تطوير توجيهات إضافية حول استعمال تصنيفات دليل ICD-11 للاضطرابات النفسية والسلوكية كجزء من تقييم المريض والعلاج في مختلف الاستخدامات الرعائية. من المهم أن تستند هذه المراجعات بانسجام على تعريفات دليل ICD التشخيصية وستقوم منظمة الصحة العالمية بدراسة موضوع الدخول في تطوير مواد إضافية مماثلة لتسهيل هذا الهدف.

لا يزال إيجاد أساس علمي صرف لتصنيفات الاضطرابات النفسية أمراً غير ثابت. وحتى الآن فإن الأنماط الظاهرية العصبية الحيوية (البيولوجية) والواصفات الجينية التي تساهم في تشخيص بعض الاضطرابات النفسية لدى أفراد محددين لم يتم تحديدها بعد، وإننا لا نزال بحاجة إلى إحراز مستوى كبير من التقدم في مجال علم الأعصاب لتوفير أساس للتصنيفات التي يمكن اعتمادها في الاستخدامات السريرية (27,28). غير أن الأبحاث حتى يومنا لم توفر هيكلية واضحة وصالحة شاملة وممتدة أو مجموعة من المفاهيم التنظيمية المتناسقة لنظام تشخيصي معياري أو أنها أدت إلى تثبيت الصلاحية العلمية لأدوات ومعايير تشخيصية. في الوقت ذاته، ما من نقص في الأدلة حول التصنيفات القائمة واقترانها بالمشاكل الجادة أو المنفعة السريرية (29,31). إلى ذلك، فقد اقترح مجلس المشورة أن تمثل المراجعة الحالية تصنيفات دليل ICD للاضطرابات النفسية والسلوكية فرصة كبرى للتركيز على تحسين المنفعة السريرية في نظام التصنيف.

تستند هذه المقالة على نقاش وتقارير لمجلس المشورة الدولي حول
مراجعة تصنيفات دليل ICD-10 للاضطرابات النفسية والسلوكية بين
عامي 2007-2010. وإن أعضاء مجلس المشورة خلال هذه الفترة هم
G. Andrews, S.E. Hyman (رئيس المجلس، 2007-2010)،
W. (2007-2008)، J.L. Ayuso-Mateos (2009)،
(2007-2008)، D.P. Goldberg (2007)، (2008-2009)،
(2007-2008)، O. Gureje (2009)، (2008-2009)،
A. Jablensky (2009)، (2008-2009)، M.E. (2009)،
(2008-2009)، B. Khoury (2009)، (2008-2009)،
A. Rahimi-Movaghar (2007)، (2008-2009)،
K. Saeed (2007)، (2008-2009)، K. Ritchie (2007)،
(2008-2009)، P. Sharan (2009)، (2008-2009)،
N. Sartorius (2007)، (2008-2009)، P. Udomratn (2009)،
(2008-2009)، R. Thara (2007)، (2008-2009)،
Yu Xin (2007)، (2008-2009)، Xiao Zeping (2009)،
(2008-2009). وقد ضمن المنظمات الممثلة في المجلس، المجلس العالمي
للمرضيين (2007)، A. Coenen (2008)، T. Ghebrehiwet،
2009-2010، الاتحاد العالمي للعاملين الاجتماعيين (Blickle،
2007)، Ritter، 2008؛ Bährer-Köhler، 2009-2010)،

complexity: the case for a new classification system for mental disorders in primary care. *Eur Psychiatry* 2008;7:469-76.

15. 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.
16. Hyman SE. The diagnosis of mental disorders: the problem of reification. *Annu Rev Clin Psychol* 2010;6:155-79.
17. Insel T, Cuthbert B, Garvey M et al. Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *Am J Psychiatry* 2010;167:748-51.
18. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization, 1993.
19. World Health Organization. mhGAP—Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders. Geneva: World Health Organization, 2008.
20. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization, 2008.
21. World Health Organization World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004;291:2581-90.
22. Kohn R, Saxena S, Levav I et al. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ* 2004;82:858-66.
23. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M et al. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet* 2007;370:878-89.
24. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health. Geneva: World Health Organization, 2001.
25. First MB. Harmonisation of ICD-11 and DSM-V: opportunities and challenges. *Br J Psychiatry* 2009;195:382-90.
26. Üstün B, Kennedy C. What is (functional impairment)? Disentangling disability from clinical significance.
27. Rounsaville BJ, Alarcón RD, Andrews G et al. Basic nomenclature issues for DSM-V. In: Kupfer DE, First MB, Regier DA (eds). *A research agenda for DSM-V*. Washington: American Psychiatric Association, 2002:1-29.
28. Hyman SE. Can neuroscience be integrated into the DSM-V? *Nat Rev Neurosci* 2007;8:725-32.
29. Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry* 2003;160:4-12.
30. First MB. Clinical utility in the revision of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). *Prof Psychol Res Pr* 2010; 41:465-73.
31. Andrews G, Goldberg DP, Krueger RF et al. Exploring the feasibility of a meta-structure for DSM-V and ICD-11: could it improve utility and validity? *Psychol Med* 2009;39:1993-2000.

الاتحاد العالمي لعلم الطب النفسي (G.Reed, 2007; A.Watts, M.Klinkman). والمنظمة الدولية لأطباء الأسرة (2008-2010). والجمعية العالمية للطب النفسي (J.Mezzich, 2007-2010). كما شارك ممثلون عن الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية هم: K.Kuoppasalmi (فنلندا، 2007-2008)، T.Maruta (اليابان، 2007-2010)، و G.Mellsop (نيوزيلندا، 2007-2010). وعمل أعضاء رئيسيين في الأمانة العامة لمنظمة الصحة الدولية مع المجلس الدولي للمشورة، ومنهم B.Saraceno، و S.Saxena، و G.Reed، و S.Chatterji، و V.Poznyak. وفيما خلا ذكره، فإن وجهات النظر والأفكار المعبر عنها في هذه المقالة تعكس النقاش والتوصيات الصادرة عن المجلس وهي ليست السياسات أو الموقف الرسمي لمنظمة الصحة العالمية.

مراجع

1. World Health Organization. Basic documents, 46th edition. Geneva: World Health Organization, 2007.
2. World Health Organization. International classification of diseases and related health problems, 10th revision. Geneva: World Health Organization, 1992.
3. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed., text revision. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed. Washington: American Psychiatric Association, 1980.
6. World Health Organization. Mental health atlas 2005. Geneva: World Health Organization, 2005.
7. Kirmayer LJ. Culture, context and experience in psychiatric diagnosis. *Psychopathology* 2005;38:192-6.
8. Alarcón RD. Culture, cultural factors, and psychiatric diagnosis: review and projections.
9. Chen Y-F. Chinese Classification of Mental Disorders (CCMD-3): towards integration in international classification. *Psychopathology* 2002;35:171-5.
10. Otero-Ojeda AA. Third Cuban Glossary of Psychiatry (GC-3): key features and contributions. *Psychopathology* 2002;35:181-4.
11. Reed GM, Correia JM, Esparza P et al. The WPA-WHO global survey of psychiatrists' attitudes toward mental disorders classification.
12. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO World Mental Health Surveys. *Lancet* 2007;370:841-50.
13. World Health Organization. Diagnostic and management guidelines for mental disorders in primary care: ICD-10 Chapter V Primary Care Version. Göttingen: Hogrefe, 1996.
14. Gask L, Klinkman M, Fortes S et al. Capturing

دليل الجمعية العالمية للطب النفسي حول الوقاية وتعزيز الصحة النفسية لدى أطفال الأشخاص المصابين باضطراب نفسي حاد

IAN BROCKINGTON¹, PRABHA CHANDRA², HOWARD DUBOWITZ³, DAVID JONES⁴,
SUAAD MOUSSA⁵, JULIET NAKKU⁶, ISABEL QUADROS FERRE⁷

¹Lower Brockington Farm, Bredenbury, Bromyard, Herefordshire, HR7 4TE, UK; ²National Institute of Mental Health and Neurological Sciences, Bangalore, India; ³Division of Child Protection and Center for Families, University of Maryland School of Medicine, Baltimore, MD 21201, USA; ⁴Department of Psychiatry, University of Oxford at Warneford Hospital, Oxford, OX3 7JX, UK; ⁵Faculty of Medicine, Cairo University, Egypt; ⁶Makerere University, Kampala, Uganda; ⁷Universidad del Valle, Bogotá, Colombia

يفصل هذا الدليل حاجات الأطفال ونوعية الوالدية التي تلبي احتياجاتهم. إن الاضطرابات النفسية التي يعاني منها أحد الوالدين قد تلحق أذى بالجنين في فترة الحمل من خلال تفاعل الأدوية التي توصف للمريض أو من خلال سوء استخدام المواد. إن الحمل والدور التالي للوضع يمكن أن يجهدا أو يتسببا بمرض نفسي لدى النساء اللواتي لديهن استعداد لذلك. بعد الولادة، قد يعاني الأطفال من غبن اجتماعي مرتبط بمرض نفسي حاد. وقد يواجه الوالدان (بحسب الاضطراب، وحذته واستدامته) صعوبات متفككة أو مطولة في أداء دورهم التربوي، وقد ينتج عن ذلك أحياناً اضطراب نفسي لدى الأطفال أو إساءة للطفل. يتناول هذا الدليل سبل منع هذه الآثار وتقليلها ومداواتها. وإن توصياتنا تشمل: تثقيف أطباء النفس ومهنيين آخرين حول آثار المرض النفسي لدى الوالدين على الطفل؛ ومراجعة تدريب الطبيب النفسي لزيادة الوعي لدى المرضى في دورهم كموفري رعاية، وإضمام تقييم مرتبط ومداخلة في العلاج وإعادة تأهيلهم؛ الاستخدام الأمثل للعلاجات الدوائية خلال الحمل؛ وخطط ما قبل الولادة حين تحمل المرأة التي تعاني مرض نفسي حاد؛ تطوير خدمات مختصة لرعاية النساء الحوامل واللواتي يعانين الذهان النفسي، وتقييم فاعليتها؛ الدعم الاجتماعي للتنشئة من قبل أمهات وآباء يعانون اضطرابات نفسية حادة؛ معايير الممارسة السليمة لإدارة الإساءة إلى الطفل حين يعاني أحد الوالدين مرضاً نفسياً؛ أهمية العمل الجماعي متعدد الاختصاصات عند مساعدة هذه الأسر، ودعم أولادهم وضمان حماية الطفل؛ وتطوير خدمات رعاية الصحة النفسية للأطفال والمراهقين عالمياً.

الكلمات الرئيسية: الوالدية، مرض نفسي حاد، علاقة الأم بالطفل، سوء استخدام المواد، اضطرابات نفسية لدى الأطفال، إساءة إلى الطفل، خدمات رعاية الصحة النفسية للأطفال والمراهقين

(المجلة العالمية للطب النفسي 2011:1039-102)

الرعاية الأساسية (المأوى والغذاء والنظافة والملبس والرعاية الصحية)

الأمان (الحماية من المخاطر، بما في ذلك الأشخاص غير المأمونين) الدافع العاطفي، لكي يتمكن الطفل من الشعور بأنه محبوب وآمن بلا شروط. وذلك يتضمن الإراحة والثناء والاعتبار والعاطفة والرعاية المحبة.

تشجيع التعليم. يتطلب ذلك استجابة سريعة ومتلائمة للغة الطفل وأسئلته ولعبه ودعم تدريسه، وتعزيز الفرص الاجتماعية أمامه. وتتم المساعدة من خلال فهم عالم الطفل ومزاجه ونقاط قوته وضعفه، وقد يتطلب مهارات خاصة، مثلاً عند الإعاقة.

التوجيه ووضع حدود ثابتة للسلوك المقبول ثقافياً، الهادف إلى تسليح الطفل باعتبار الآخرين والانضباط والقيم الأخلاقية الضمنية. ويتحقق ذلك من خلال الاشراف والمراقبة (حماية الطفل من حذو مثال ضعيف)، والتدريب والمكافأة على السلوك الجيد. ويتم نبذ السلوك غير المقبول بطريقة ثابتة من خلال توفير مثال في التحكم بحالة الغضب وحل النزاع.

قاعدة أسرية ثابتة للالتزام مع العالم الخارجي.

على الرغم من أن التغيرات كثيرة، تبرز حاجات على مراحل مختلفة من الولادة وفي مرحلة المراهقة، وتبدأ من التعلق بموفر الرعاية الأولية خلال السنة الأولى من حياة الطفل. ومن خلال الشعور بالأمان الذي يتوفر، يحقق الطفل تدريجياً استقلالية متزايدة ويبدأ بتطوير حس بالذات والاعتراف بحالاته العاطفية وتنظيمها، واكتشاف حدود قوته الشخصية

أكدت اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الطفل (1) أنه وبهدف أن يحقق الطفل نمواً كاملاً ومتناغماً في شخصيته، فهو بحاجة إلى أن يكبر في بيئة أسرية، ومحيط من السعادة والحب والتفهم. على الدول أن تتخذ الإجراءات لحماية الطفل من كافة أنواع العنف الجسدي والنفسي أو الإساءة أو الاستغلال وهم في رعاية الوالدين أو أي شخص يعهد رعايتهم. إن هذه الاتفاقية قد تم اعتمادها من الجمعية العامة للأمم المتحدة في شهر نوفمبر 1989، وقد حازت توقيع 192 دولة. وإن موضوع الصحة النفسية لدى أطفال من والدين يعانين مرضاً نفسياً تكتسي أهمية كبرى، ليس كنتيجة لهذه الاتفاقية التوجيهية الملزمة فحسب، بل أيضاً لأن هدف الحل الطبي هو منع المرض؛ وتقتضي استراتيجية وقائية واعدة بالعمل على المجموعات عالية الخطر للأطفال المعرضين، مثل هؤلاء.

إن معظم هؤلاء الأطفال يولدون في دول متدنية الدخل تعاني من شح الموارد وفي بعض الحالات، من المعرفة الأساسية في هذا المجال. ثمة علاقة متناقضة بين الثروة ومعدلات الولادة: ففي الدول الأوروبية، وشمال أميركا وبلدان أخرى تتميز بأنظمة صحية متقدمة ومساهمات عملية متينة، تبلغ نسبة الولادات في العام الواحد أقل من 10 مليون طفل. وإننا معنيون لا في تحسين الممارسة الطبية في هذه الدول فحسب، بل أيضاً وبالأخص بإيجاد حل للبلدان التي تبلغ فيها نسبة الولادات 125 مليون طفل سنوياً. لذا، نسعى للتوصية بأحدث الخدمات للدول التي تستطيع توفيرها، وبالمداخلات المبكرة في الدول الأقل ازدهاراً.

الوالدية وحاجات الطفل

إن حاجات الطفل التي على الوالدية معالجتها يمكن أن تلخص بالشكل التالي:

وهويته. خلال سنوات ما قبل المدرسة، تظهر مهمة أساسية وهي الاندماج مع المجموعة من الأقران. ومع نهاية السنوات العشرة الأولى يبدأ الطفل بتأسيس تفضيلاته الشخصية وتحمل المسؤولية وتطوير حس التمييز بين الصح والخطأ. وتتسم فترة المراهقة بالنمو النفسي الجنسي وتدرج نحو البلوغ.

إن مصطلح «الوالدية» يشمل نشاطات البالغ التي تلبي هذه الحاجات، وترعى النمو الناجح للطفل إلى مرحلة البلوغ. وتكون «الرعاية» مفضلة أحياناً لإضمام والدين بالتبني وآخرين كالجدين، الذين يلعبان دوراً هاماً في الاهتمام بالطفل. قد يشوب الوالدية اضطراباً نتيجة عوامل متعددة غير المرض النفسي، ومنها الفقر أو أحداث ضائرة أو عنف منزلي أو انقطاع ما. قد يكون الحي عنيفاً أو محروماً، وبالمقابل قد يكون مؤمناً بشيكات تعاون بين أفرادهم. كما ثمة تأثيرات ثقافية ودينية كموقف العائلة من الخصوصية والتعاون والمسؤولية الاجتماعية والسلطة والعنصرية. كما يشكل العنف والحرب والاضطهاد على المستوى الوطني الظروف الأقل تفضيلاً في توفير الرعاية.

عوامل الخطر خلال الحمل

العلاج والأدوية الاتقائية في الاضطرابات النفسية لدى المرأة الحامل

يتم وصف أدوية اتقائية أو علاجية إلى معظم مرضى الذهان المزمن والكثيرين من مرضى الأمراض النفسية المعاودة، وتحمل الكثير من النساء خلال تعاطيها. على الرغم من أنه ينصح عادة بتفادي الأدوية خلال الحمل، فإن مخاطر التوقف عن الدواء على الجنين عادة ما تكون أكبر من الاستمرار في تعاطيها. بالعادة لا يمكن التعرف على وضع الحمل قبل 30 إلى 40 يوماً من وقوعه، ويتعرض جنين الأم التي تتعاطى دواءً منتظماً لمخاطر تشوهات جنينية. وفي معظم حالات الأدوية الذهانية يكون مستوى الخطر مصدر خلاف وبسيطاً. إلا أنه يمكن لفالبروات (كما يمكن لكاربامازيبين) أن يسبب اعتلالاً في الأنبوب العصبي وإعاقة تعليمية؛ ويخفض الخطر لكنه لا يزول من خلال الحمض الفوليك. وقد يؤدي العلاج بالصدمة الكهربائية إلى المخاض المبكر، ويمكن منع ذلك من خلال مضادات الاختلاج العضلي. وإن التسمم لدى الوليدي و/أو الادمان قد تم تسجيله عند تعرض بعض الأطفال إلى الليثيوم ومضادات الذهان ومضادات الاكتئاب والبنزوديازيبين. إلا أن مخاطر الرضاعة قد تم تضخيمها (2).

سوء استخدام المواد

نركز على الإيثانول والمخدرات والكوكايين والتي شكلت محور مواضيع البحث. ويواجه الأطفال المعرضون لها الكثير من العوامل الضائرة. وجود اضطراب نفسي لدى الوالدين (كالإكتئاب والاضطرابات البارانونيدية) أو أن يكون الوالدين يطعانتين مخدرات أخرى؛ يعانين مشاكل اجتماعية متعددة وفقر؛ الكثيرين من بينهم لا يسعون للحصول على رعاية قبل الولادة. وقد يتأثر الرضيع بسوء غذاء الوالدة كالتهاب الكبد أو الأيدز أو أمراض تناسلية. إن نوعية الرعاية كما تأثيرات الدواء مؤثران قويان لما

ستكون عليه النتيجة.

إن كل هذه المواد مرتبطة بخطر مرتفع لمدة حمل قصيرة ووزن منخفض للمولود الجديد. وبالإضافة إلى أن الحياة في الرحم قد تتوقف قبل أوانها، قد يكون بعض المواليد الجدد صغاراً نسبة لمدة الحمل مما قد يترتب عنه عدم كفاية مشيمية. وهذا بذاته، من دون التعرض للمواد يمكن أن ينتج عنه خلل عصبي وتأخر في النطق واضطرابات عاطفية (3).

إن اختيار بعض النقاط البارزة، كتعاطي الإيثانول بشكل مفرط قد يؤدي إلى تشوهات جنينية، مما يرفع بدوره خطر الشواذ الخلقية. قد يحدث أيضاً أن يعاني الجنين صغر الرأس وأذى دائم بالدماغ؛ متلازمة الجنين الكحولي سبب رئيسي في التأخر العقلي. ونشير إلى مضاعفات أخرى هامة ناتجة عن ادمان المخدرات وهي متلازمة الامتناع، والتي لا يمكن متابعة الميثادون أن تقي منها. وإن انفصال المشيمة هو إحدى المضاعفات المحددة لتعاطي الكوكايين. وقد خضعت الآثار الأفيونية وتأثير الكوكايين طويلة الأمد لدراسات كثيرة، لكن لم يتم الوصول إلى إجماع حول النقص المعرفي أو المشاكل السلوكية، حين يتم اختبار الحرمان الاجتماعي (4).

تأثيرات أخرى مؤذية خلال الحمل

ثمة من يدعي أن القلق أو الاكتئاب أو الكرب ما دون السريري خلال الحمل يمكن أن يكون له آثار دائمة على الطفل. وتشمل مضاعفات الحمل أو الولادة المبكرة أو وزن منخفض لدى الولادة أو تأخر في النمو داخل الرحم أو اضطراب الجنين أو المولود وتأخر في النمو، إلا أنه ما من إجماع على هذه الآثار. ولعل الادعاء الذي تتوفر له الأسس الداعمة هو أن القلق خلال الأشهر الثلاثة الثانية في الحمل يؤثر على الصحة النفسية في منتصف عمر الطفل إلا أن هذه الأبحاث شابتها الكثير من العوامل المتداخلة. ولا يمكن إلا لدراسات أترابية مصممة بطريقة صارمة أن تدعم هذه الافتراضات.

من ناحية أخرى، يحمل العنف المنزلي خلال الحمل مخاطر تكمن في أذية الجنين أو موته. كما يمكنه أن يؤثر بشدة على موقف الأم ونفسيتها. إن الكثير من حالات الحمل لا تكون مخططاً لها، وقد يكون معظمها في غير أوانه أو يكون غير مقبول بالكامل. وتبقى أقلية من تلك الحالات غير مرغوب بها كلياً. إن عدد هذه الحالات غير المرغوب بها من الحمل منخفض في الدول التي تسمح بإنهاء الحمل؛ مع ذلك فإن بعض حالات الحمل هذه تستكمل حتى الولادة. إن الحمل غير المرغوب به مشكلة كبرى في الكثير من البلدان متدنية الدخل (5). وهو مرتبط بمخاطر مرتفعة لنكران الحمل، الإساءة للجنين، قتل الوليد، الاكتئاب، اضطرابات في علاقة الأم بالطفل، واضطرابات عاطفية لدى الأطفال. وتشكل الدراسات الأترابية للحمل غير المرغوب به ونتائجه النفسية أولوية في البحث.

الاضطرابات الوالدية بسبب الاضطرابات النفسية

إن الوظائف المعقدة للتنشئة قد يشوبها اضطراب، لدرجة أعلى أو أقل، نتيجة لأي من أشكال الاضطرابات النفسية الأبوية. وإن التشخيص ليس هو ما يشير إلى الخطر بل حدة المرض النفسي وكونه مزمناً. من المهم التشديد في الأبحاث التي تتناول الوالدية والتي تشير إلى ترابطات عالية

المرتبطة، حين تتخذ منفردة أو مجتمعة (من دون إضافة الذهان لدى الأم) ترفع خطر الاضطرابات النفسية لدى الطفل.

الانفصال. قد تنقطع علاقة الأبوية بالطفل فجأة عند الدخول إلى المستشفى. وحتى مع العلاج الأمثل، يُفقد الاتصال بالطفل لفترة وجيزة أو طويلة، وقد يؤثر ذلك على التعلق. قد يصاب الطفل بصدمة لدى رؤية أبوين يبعدان عنه أو يعيشان في المستشفى. وقد يتم نقل الطفل أحياناً إلى أقرباء أو رعاية بالتبني ويلقى تنشئة مختلفة. وفي الحالات التي لا تتوفر فيها الرعاية الأسرية البديلة من الدولة أو الدعم من أقرباء، تكون التنشئة غير مناسبة. بالإضافة إلى ذلك فإن المرأة المصابة بمرض نفسي تخشى الإبعاد القهري لأطفالها. وفي معظم الحالات هذا ما يحدث - إما لزواج منفصل أو أقرباء آخرين أو الرعاية الأسرية البديلة أو التبني - ويشكل ذلك مصدر حزن مطول (7). إن خوف فقدان الحضانه أو الوصول إلى الطفل يطغى على التفاعل مع خدمات الصحة النفسية والاجتماعية. وقد تفشل المرأة في طلب المساعدة أو الكشف عن أنها أم جراء هذا الخوف. الوصمة. في حالات المرض عند الوالدية، قد يتعرض الطفل للمضايقات والتميز والنبذ. كما يعاني الأبوين من وصمة، وقد يؤدي ذلك إلى انعزال اجتماعي يرفع الشدائد في خلفية نمو الطفل.

تأثير بعض الاضطرابات النفسية المحددة على الوالدية

الذهان

عادة ما تكون الرعاية غير منتظمة ومتفككة، كما تصبح نوعية متواضعة من المراقبة والاكتشاف (8) في حالات الوالدية التي تعاني ذهناً مزمناً. وإن معاناة أحد الأبوين من ذهناً معاوذاً وحاداً (بما في ذلك نوبات ما بعد الوضع)، فإن العلاقة الأبوية تعود إلى طبيعتها بعد الشفاء (9)، إلا في حال كانت النوبات معاوذة ومطولة.

الاكتئاب

يعد الاكتئاب الاضطراب النفسي الأكثر شيوعاً، لا سيما لدى النساء في سن الانجاب. وتطرح الكثير من المخاوف حول أثره على الأمومة وإن الكثير من الدراسات تناولت آثار الاكتئاب على التفاعل بين الأم والطفل ونمو الطفل، من خلال استخدام وسائل بحث متنوعة. وقد يؤثر مزاج الطفل وسلوكه أيضاً في مزاج الأم مما يؤدي إلى حلقة مفرغة. بالرغم من ذلك، فإن الآثار الضائرة ليست عالمية: قد تجد بعض الأمهات المكتئبات دعماً من خلال التفاعل مع أولادهن (10).

تشمل آثار الاكتئاب على الوالدية:

توصل الوالدية التي تعاني اكتئاباً شعوراً بالحزن والتشاؤم. فينقصها الضحك والفرح وعادة ما تبين انزعاجاً. قد تظهر رعاية واستجابة أقل. وهذه التأثيرات المؤذية لها الأثر الأكبر على الطفولة حين يكون الاتصال قريباً ومتواصل.

الاكتئاب الاستعطالي يخفض الجهود التي قد يقوم بها الأبوين. قد يحدث خفض في كم ونوعية التفاعل وتنوعه. ويصبح التفكير وحده

إحصائياً في العينات الواسعة. ثمة الكثير من المتغيرات في الأمراض النفسية (حدتها ومدتها)، كما في شخصية كل مريض وقدرته على التكيف وظروفه الاجتماعية. ونجد أن الكثير من الوالدين الذين يعانون اضطرابات اكتئاب أو قلق أو اضطرابات غذائية حادة، حتى أولئك الذين يعانون الذهان هم موفرو رعاية ممتازين.

إن الاضطرابات المختلفة لها أثرها من خلال مسارات مشتركة:

المشاغل الأبوية: أيًا كانت المشاغل، أكانت على شكل قلق أو اجترار وسواسي أو غاضب أو ضلالات، يمكنها أن تصيب المثابرة الأبوية والاستعداد للاستجابة لحاجات الطفل باعتلال؛ لذا يظهر الأثر من خلال اضطرابات القلق والوسواس والشكوى، بالإضافة إلى الذهان والاضطرابات النفسية غير المستقرة. إن عدم الانتباه سببه أيضاً الانخراط في نشاطات مرضية تستهلك الوقت، كالعادات القهرية أو الإفراط أو سوء استخدام المواد. وسينتج ذلك عن اضطرابات تؤثر على حقل الانتباه ذاته، كالاكتئاب. إذا حصل هذا الامتناع عن الانتباه بشكل متكرر وامتد لفترة طويلة، فستفشل مهمة تحديد الحدود وتفتقر البيئة المحيطة بالطفل كما لن تتم عملية تحفيز نموه الفكري.

العجز العاطفي: وتختلف مستويات حدة العجز من تفادي الطفل نتيجة رهاب مصدره هذا الأخير أو وسواس من قتل الطفل وحتى الامتناع الحاد الذي يظهر في الاكتئاب أو الذهان الحاد.

الغضب: ويشيع الغضب في الاكتئاب والذهان الحاد والهوس والتسمم والانسحاب من المخدرات أو الكحول. وقد يجد النزق (حدة الطبع) منفساً بالطفل، الذين يكونون متوفرين أكثر من الزوج أو أقرباء آخرين. ويتجلى الاضطراب الحاد في علاقة الأم وطفلها على شكل غضب مرضي. وقد يكون الطفل هدفاً لعنف أبوي في الاضطرابات الضلالية. ويبرز النزق المتفجر كمسألة لدى بعض الأشخاص الذين يعانون اضطرابات في الشخصية.

السلوك المضطرب: قد يتعرض الطفل للاندفاعية أو تغيرات حادة في المزاج أو ألفاظ غريبة تسببها الضلالات. وقد تؤدي الاستجابة العاطفية غير الطبيعية إلى إحداث اضطراب في التفاعل. وهذا أمر يثير الحيرة، كما الخوف في بعض الحالات. إن التغيير من العلاج المؤسساتي إلى المجتمعي في بعض البلدان يعني أن المزيد من الأطفال يعانون سلوكاً ذهانياً متقارباً.

كما تتأثر الوالدية بطريقة غير مباشرة بعوامل أخرى:

الحرمان. عادة ما يرتبط المرض النفسي بشدة اجتماعية (6)، قد تساهم في ظهوره، أو ينتج عن مرض أو إعاقة أو عدم تكافؤ اجتماعي. فمثلاً، قد يتحتم على الأم المصابة بذهان مزمن (والتي تظهر عدد حالات حمل وولادات مشابهة بأمهات أخريات) مرات أكثر التعامل مع الأمومة الوحيدة، والخلاف الزوجي والعنف المنزلي والفقر والتشرد. وهن أكثر عرضة للتمييز والاستغلال. بينما تتعرض الكثيرات بينهن للاغتصاب ويواجهن نتائج كالأجهاض أو الأمراض المتناقلة جنسياً. يعانين حالات حمل غير مرغوب بها أكثر، ويختبرن الانعزال الاجتماعي أكثر في حين يواجهن نقصاً في المساعدة في تنشئة الطفل. كما أن المزيد بينهن يكون شريكهن مصاباً باضطراب نفسي. وقد يكون الأطفال أكثر عرضة للاختطار الجيني وأن يظهر لديهم مشاكل سلوك صعبة. إن هذه العوامل

غير فعال، وإلى جانب الأطفال والمشاكل المرضية، فهو يخفف الانتباه والتدبير والتحكم.

الاكتئاب (أو اضطرابات العلاقات المرتبطة) قد يكون على علاقة بالتأخر في النطق، وبسبب طبيعتها الطاغية، ترتبط أيضاً بخلل تعليمي.

وتطراً أيضاً بعض الآثار على الصحة الجسدية والنمو (11). كما يظهر في بعض الحالات في البرازيل والهند وإثيوبيا وفيتنام وباكستان والبيرو، حيث يرتبط الاكتئاب الأبوي بوزن خفيف للمولود أو سوء غذاء.

اضطرابات علاقة الأم بالرضيع (التعلق)

إن نمو علاقة الأم بالطفل حاجة أساسية في العملية النفسية في الدور التالي للوضع. إنها هذه العلاقة، التي تنمو تدريجياً خلال الأسابيع الأولى القليلة من الولادة، هي التي تمكن الأم من التضحية والبقاء يقظة وتحمل مشقات رعاية الطفل. وثمة مرض في هذه العملية قد يطرأ حتى قبل الولادة. ففي حالات الحمل المرفوض، قد ينظر إلى الجنين على أنه دخيل مما يؤدي إلى الإساءة إلى الجنين في بعض الحالات (12). وبعد الولادة، قد يطرأ شعور بخيبة الأمل أو بغياب المشاعر تجاه الطفل (وهو أمر شائع في الفترات الأولى) وقد يتحول هذا الشعور، في قلة قليلة من الحالات إلى النفور والكراهية والرفض (13). إن العدوانية التي تظهرها الأم تحرم الطفل من الحاجة الأساسية إلى العلاقات المحبة، ويلحق ضرراً حاداً بقدرة التفاعل ويؤدي إلى الإساءة العاطفية. وفي هذه الحالات تستفز مطالبات الطفل رداً عنيفاً، يؤدي في حالات عدم القدرة على ضبط النفس إلى إساءة كلامية ومعاملة قاسية. وهنا يكون الأطفال عرضة لخطر عال من سوء المعاملة.

اضطرابات القلق

يمكن لاضطرابات القلق أن تؤثر على الوالدية. وفي بعض الأحيان قد يؤدي التدخل والتحكم المفرط والتهويل (التوقع بنتائج مهولة لنشاطات عادية) والحماية المفرطة عند اقترانها بنقص الدفء والاستجابة إلى حرمان الطفل من فرص استكشاف العالم المحيط به والتفاعل معه. وقد تؤدي هذه الحالة إلى قلق من الانفصال ورفض للمدرسة وقيود في التعامل الاجتماعي.

اضطرابات الطعام

في حال تمتنع الأم عن تناول الطعام بشكل حاد قد يعاني الجنين خللاً في الغذاء والنمو. وإن الحالات القهمية أو النهامية لدى بعض الأمهات قد تؤدي إلى تضارب في وقت الطعام وجوع مزمن ونمو غير متكامل (14).

عجز التعلم

أصبح والدية الأمهات اللواتي يعانين عجزاً في التعلم أكثر أهمية لا سيما وأنهن ينقلن من المؤسسات إلى المجتمع. وهن عادة منعزلات

اجتماعياً ويعانين مشاكل أخرى كثيرة. وقد يعاني أطفالهن خطر الإساءة والإهمال، إلا أن المعلومات عن تنشئة تلك النساء غير وافية.

الأذى الذي يتعرض له الأطفال الذي قد ينتج عن اضطرابات نفسية والدية

الانزعاج النفسي للطفل والاضطراب النفسي

يتعرض أطفال الأشخاص المصابين باضطراب نفسي حاد إلى خطر عال للانزعاج النفسي، ليس فقط جراء المشاكل التي ترافق الأولاد، بل أيضاً لما قد يتشاركون مع الأبوين من استعداد جيني مسبق، والتعرض لشريحة من العوامل الخلفية المرتبطة بالمرض النفسي الذي يظهر لدى الأبوين. وتشمل مضاعفات سابقة للولادة وحرمان أو نقص في الدعم الاجتماعي والنزاع الزوجي وحياة أسرية فوضوية. وإنهم أكثر عرضة للاستغلال. وهناك أيضاً الأثر المتبادل لسلوك الطفل المتحدي مستفزاً عنفاً أبوياً. من ناحية أخرى، قد تتدخل العوامل الحامية كمرونة الطفل أو التأثير المفيد لشريك سليم أو فرد آخر من العائلة.

ويمكن تحديد الصحة النفسية والكفاءة الاجتماعية للطفل بقدرة أفضل من خلال مخاطر متعددة مرتبطة، وبقدرة أقل من خلال متغيرات المرض وأقل بعد من خلال التشخيص الفئوي. ويسود الاعتقاد بأن العلاقة الأبوية بالطفل التي تنقصها الرعاية والتي تتسم بالانضباط القاسي وسوء المعاملة بشكل خاص هي عوامل هامة تؤدي إلى نتائج معرفية وسلوكية وعاطفية سيئة. ويتيح التركيز على التنشئة فرصاً ممتازة للتدخل.

قد تكون بعض أشكال الانزعاج المبكرة لدى الطفل متصلة بشكل خاص بالتنشئة. وتشمل حالات الخوف الذي ينتج عن الإساءة الحادة، ويعاني هؤلاء الأولاد من وصمة سلوكية: خمول يصل إلى حد الذهول، والبكاء في حالات النزاع فقط، نقص في التعبير والكلام، ووعي إحصاري مفرط («التقرب التجمدي») (15).

ويشكل الكرب عند أطفال الأمهات المكتنبتات أحد المظاهر المبكرة في هذا المجال. ويلعب الطفل دوراً في تطوير علاقة مع من يوفر له الرعاية ويساهم في التواصل من خلال التأمل والابتسام والضحك والمناغاة. ويشعر الطفل بالضيق في حال فشلت محاولاته هذه.

في نهاية العام الأول من عمر الطفل قد يتم التعرف على اضطرابات في التعلق. وإن التعلق الآمن قد يعني قدرة تحمل لتشكيل العلاقات ويتوقع شعبية وقبولاً لدى الأقران، مما سيعزز بدوره أشكال أخرى من الكفاءة الاجتماعية. إن التعلق غير المنظم قد لا يكون متصلاً بالإهمال والتنشئة السيئة. ويعد اضطراب الارتباط التفاعلي للرضع وصغار السن اضطراباً سريرياً يظهر خلال السنوات الخمس الأولى من حياة الطفل تطفئ عليها شواذ مستمرة في العلاقات مع الأقران والعلاقات الأخرى. وثمة متغيرة غير مثبطة تترافق مع روح اجتماعية غير تمييزية مرتبطة بالتربية المؤسسية.

في مراحل لاحقة من الطفولة، قد تظهر تنازلات «تجسيد» (اضطراب فرط الحركة، اضطرابات سلوك المعارض/المتحدي). وفي حين تبقى المزامم التي تشير إلى علاقة التنشئة باضطراب نقص الانتباه/فرط

إن الإهمال ظاهرة غير متجانسة تتباين مظاهرها وتشمل الفشل في منع المعاناة أو طلب الرعاية الطبية أو النفسية أو نقص في الملبس أو الإشراف أو ترك الطفل مع حاضن غير مأمون أو النكران المتعمد لفرص التعليم أو الفرص الاجتماعية للطفل. من المهم التمييز بين النتائج غير الممكن تفاديها للفقر: فالأطفال في العائلات الفقيرة المؤلفة من أحد الأبوين والتي تعاني مشاكل اجتماعية كثيرة قد يعانون الإهمال بالرغم من الجهود الأبوية القصوى. وينطبق ذلك على الغذاء: «فالقصور في النمو» يجب ألا يعزى إلى الإهمال من دون وجود دليل حسي لذلك. مع ذلك، فقد أظهرت بعض الأمثلة في حالات قصوى، كالإهمال الشامل والموت من التجويع المتعمد ومتلازمة «قزامة الحرمان»، تظهر أن سوء الغذاء يمكن أن يكون أيضاً جزءاً من الإهمال.

الإهمال والإساءة العاطفية

يشكل سوء المعاملة العاطفية مظهراً من مظاهر الاضطرابات الحادة في علاقة الوالد والطفل. ويعني «الإهمال العاطفي» أن تكون الأم بعيدة عاطفياً وغير مستجيبة لحاجة الطفل إلى الراحة والمساعدة. وتشمل «الإساءة العاطفية» التقليل المستمر للقيمة والإذلال والعذوانية والتعليقات الانتقادية والساخرة توصل إلى الطفل أن لا قيمة له وأنه غير محبوب، وإلقاء بالمسؤولية عليه أو عزله أو تجاهله أو استغلاله أو «إرهابه» كالتهديد بالانتحار أو التخلي (27). إن التعرض للعنف المنزلي يمكن وضعه أيضاً تحت هذه المظلة. وقد يكون سوء المعاملة العاطفية عامل خطر محتمل لعدم تكيف لاحق وأشكال أخرى من الإساءة (28).

متلازمة مانشهاوزن بالوكالة

يشمل هذا المصطلح موفري الرعاية الذين يحفزون المرض أو يدعون المرض لدى أطفالهم (29). وتشمل هذه المظاهر اختلال الأعراض أو محاكاتها، وتحفيز المرض بشكل متعمد من خلال الفعل كالتسميم مثلاً أو الخنق أو نقل عدوى إلى الرضيع.

موت الطفل

عادة ما ينطوي تحت هذه الحالة قتل الوليد والقتل الوالدي للطفل الأكبر في السن. في حالة قتل الوليد، عادة ما لا يكون هناك مرض نفسي مشخص، بل أزمة انفعالية يطغى عليها الذعر أو الغضب، إلا أن أشكال متعددة من الاعتلال في الوعي يمكن أن تحصل خلال الولادة (30)، ولا يمكن أبداً استبعادها في الولادات الانفرادية. إن حالات القتل الوالدي للطفل الأكبر في السن نادرة جداً، لكنها تشكل محور اهتمام عام واسع. ويتم عادة ربطها بالمرض النفسي، خاصة في حالات الاكتئاب الانتحاري، وأيضاً في الضلالات التي تشمل الطفل، واضطرابات العلاقة بين الأم والرضيع وأحياناً الزهان الحاد أو الهلوس الأمرة أو الهذيان أو الحالات الانتقالية (31). قد يخشى البعض أن يؤدي ذكر هذه العلاقة بالاضطراب النفسي إلى الزيادة من حدة الوصمة، لكننا نرى أن الاستراتيجية الفضلى تقتضي الاعتراف بالخطر واتخاذ الخطوات للحد منه.

الحركة (ADHD) موضوع خلاف، إلا أن الطفل المتعرض لسوء استخدام المواد أو يعاني سوء المعاملة قد يواجه خطراً مرتفعاً. إن الاضطرابات السلوكية وعدم الطاعة في خلال السنوات العشرة الأولى من عمر الطفل، تتحول إلى جنوح في المراهقة وسمات معادية للمجتمع ومهينة. وعلى الرغم من وجود الكثير من العوامل المسببة للمرض والمتنافسة (ومنها الوراثية)، وجدت الكثير من الأبحاث علاقة بين هذه الاضطرابات والتنشئة (16). إن الأسلوب الأوضح في التنشئة الذي يتعلق بهذا الأمر هو الأسلوب السلطوي العنيد والتنشئة الصارمة والجو العدواني والانتقادي يؤدي إلى حلقة مفرغة من سوء السلوك والعقاب (17). في هذه الحال يكون عنف الطفل مكتسباً من الأبوين. ويصبح جزءاً من شبكة عوامل الخطر التي تؤدي إلى المزيد من الضعف الاجتماعي، فيسبب ردود الفعل السلبية والتأخر التحصيلي، ومشاكل في العلاقات الاجتماعية والوالدية المستقبلية، واضطرابات المزاج وسوء استخدام المواد كما الجريمة.

قد تظهر أيضاً متلازمات «داخلية الاعراض» واكتئاب وقلق. ويمكن تحديد متلازمة اكتئابية في مراحل لاحقة من الطفولة. وثمة الكثير من البراهين التي تدعم وجود اكتئاب متزايد وانتحار تطاهري لدى المراهق بين أولاد والدية تعاني أمراض نفسية. إن الاكتئاب لدى الوالدين يتسبب بمسائى متعددة لدى الطفل، وتشمل مشاكل في تقديره الذاتي وعلاقاته بأقرانه. غير أن هذه قد تكون متعلقة «بعوامل اختطار أسرية» (كالخلاف الزوجي والخلاف بين الأبوين والطفل) بالإضافة إلى، أو بدلاً عن، اكتئاب الأم بذاته (18). وتركز الكثير من المنشورات على تأثير القلق الأبوي على تطور القلق المرضي لدى الأطفال. حيث يظهر انتقال القلق من جيل لآخر بجزء منه وراثياً، وبجزء آخر من خلال التمثل والحماية المفرطة.

في خلال سنوات المراهقة، ينتشر سوء استخدام المواد لدى المراهقين المعرضين، وبشكل أكبر بين أطفال المدمنين. وتفسر العوامل الوراثية جزئياً هذه العلاقة، إلا أن دراسات طولانية أظهرت أن والدية أيضاً عاملاً مهماً، من خلال محاولة فرض الانضباط غير الفعالة، والنقص في الإشراف والمراقبة ومستوى الدعم المنخفض والنزاع بين الطفل والأبوين والتعلم من خلال المثل.

سوء معاملة الطفل

الإساءة الجسدية للطفل

يمكن ربط الإساءة الجسدية بشكل خاص مع الشخصية العدوانية لكن أيضاً مع الزهان (19)، والإدمان على الكحول (20،21) والاكتئاب (20،22).

إهمال الطفل

يتم تعريف إهمال الطفل بالفشل الدائم لتلبية حاجاته الأساسية وحقوقه الأولى، ويؤدي ذلك إلى اعتلال خطير في صحة الطفل أو نموه (23). وقد يؤدي إلى اكتئاب حاد معقد، وزهان (19،24) وسوء استخدام المواد (20،25،26).

الممارسة السريرية في الطب النفسي لدى البالغين

تصنيفات التشخيص

ينبغي على المسؤولين عن إصدار دليل ICD-11 ودليل DSM-V، حين يصيغون الأنظمة المتعددة الأبعاد أن يضيفوا التشخيص الإلزامي للعوامل البيئية الهامة. ويعد «بدء المرض النفسي المرتبط بالحمل» عاملاً محدداً. وفي هذا المجال، نقترح «البيئة الوالدية» (الرعاية الحالية للطفل أقل من 18 عاماً) عاملاً آخرًا.

التقييم السريري

ينص ميثاق الأمم المتحدة حول حقوق الطفل (1) أن على الدول توفير الرعاية الصحية الوقائية للوالدين والإرشادات الضرورية في ممارسة الأبوة. وإن الممارسة الحالية في الطب النفسي للبالغين لا تستوفي هذه المتطلبات. ففي أغلب الأحيان لا تلحظ هذه الممارسة وضع الطفل أو حتى وجوده. لذا يجب على أطباء النفس أن يدركوا أن الكثير من المرضى هم أيضاً من الآباء، وأن أطفالهم معرضون لخطر متزايد للأصابة بمشاكل نفسية. لذلك، فإن على الأطباء السريريين تكييف التاريخ النفسي المعياري ليشمل أسئلة حول الوالدية والزواج والحياة العائلية. إذ من الضروري أن تشمل هذه الأسئلة في برامج التدريب السائدة لأخصائيي الصحة النفسية. ونقترح طرح بعض الأسئلة التمهيدية مثل «هل تقوم برعاية طفل؟» ثم «كيف تتدبر مسؤولياتك كوالد؟» أو «هل تساورك مخاوف حول الرعاية التي تقدمها لـ «(اسم الطفل)»؟». ويجدر بالمختصين بالرعاية أن يقوم بتقييم موجز للتنشئة التي يقوم بها من بعهدتهم رعاية طفل كما يرد في الجدول رقم 1. قد يحتاج ذلك إلى بعض الوقت، ولكن هذه الآلية تمهد الطريق لتوفير الدعم الأسري والتدخلات عند اقتضاءها.

أماكن الزيارة في المستشفيات

خلال فترة التواجد العلاجي في المستشفى، لا بد من توفير أماكن تصلح لاستقبال الأطفال، بعيداً عن التفاعل مع مرضى آخرين. وقد يحتاج الوالد المريض إلى مساعدة في شرح طبيعة مرضه للأطفال.

الإعداد للخروج من المستشفى وإعادة التأهيل

لا بد أن تشمل عملية الإعداد للخروج من المستشفى وإعادة التأهيل تثقيف الوالدين حول نمو الطفل وكيفية حل الصعوبات في تنشئة الطفل. بعد الخروج من المستشفى، وإن أمكن، من خلال التعاون مع الخدمات الاجتماعية، يجب وضع خطة لتوفير دعم طويل الأمد للوالدين وهم في المجتمع. وقد يشمل ذلك فترة راحة للوالدين وفرص ترفيه للأطفال. ولا بد من مراقبة وضع الأسرة من أجل استباق أي كارثة قد تفرض إبعاداً على الطفل. وفي هذا الإطار، يشير ميثاق الأمم المتحدة إلى ضرورة وضع خطة أسرية. وتعتمد هذه النصيحة كإجراء روتيني في الممارسة السريرية حين يصب ذلك في صالح الأسرة. هذا وستخضع جداول تقييم التنشئة الموجزة والبرامج العلاجية إلى مزيد من الأبحاث المستقبلية. يظهر الجدول رقم (2) كيف تتم معالجة فشل التنشئة في مركز خدمة مزدحم بالهند.

حين تصبح امرأة تعاني مرضاً نفسياً حاداً حاملاً، يُمسي التواصل بين أخصائيي الصحة النفسية وأخصائيي التوليد والخدمات المقترنة الأخرى ضرورياً. وحين تسمح المسافة والموارد بذلك، من المهم أن يعقد اجتماع متعدد الاختصاصات للتخطيط لما قبل الولادة بأقرب وقت ممكن، لتبادل المعلومات وتنسيق الجهود. وإن سرعة عقد الاجتماع عنصر أساسي لأن الفترة الزمنية بين تشخيص الحمل (التي قد تكون متأخرة) والولادة (التي قد تكون مبكرة أو سابقة لأوانها) قد تكون قصيرة. وينبغي أن يضم الاجتماع الطبيب العام وممثل عن فريق التوليد وأعضاء فريق الصحة النفسية والأم الحامل نفسها إذا أمكن الأمر. كما من المفيد أن يحضر زوج المريضة (أو والد الطفل) وأحد أفراد العائلة الكبرى.

الجدول رقم 1 تقييم تنشئة موجز للمرضى المسؤولين عن رعاية طفل

أ. دليل على أن احتياجات الأطفال يتم تلبيتها.
ب. في حال وجود مشاكل محددة، محاولة استكشاف:
نوعية العلاقة
العنف الأسري
الانقطاع عن المدرسة
مشاكل أخرى، كإهمال السلامة أو الصحة، أو الحماية المفرطة أو اضطلاع الطفل بالمسؤولية الوالدية
اضطرابات انفعالية أو سلوك منزع لدى الأطفال
مصادر الرعاية البديلة
ج. مصادر الدعم المتوفرة - الوالد الثاني أو العائلة الكبرى أو المدرسة أو الجيران أو الجمعيات غير الحكومية أو خدمات الرعاية الصحية.

الجدول رقم 2 مثال على تقييم التنشئة والتدخلات في حالات المرض النفسي الحاد في الهند

عاشت أرملة تبلغ 35 عاماً من العمر مع ابنها البالغ 7 سنوات وابنتها البالغة 9 سنوات من العمر. وكان حموها المسن يقطن بالقرب من منزلها. على مدى سنتين لم تخرج إلا نادراً من منزلها، حائزة طفليها معها، مهملة نظافتها وكان طعامها عبارة عن رقائق البطاطا والمشروبات الغازية. في النهاية، حين بدأت بالصراخ بسبب تخيل المضطهدين لها، قام الجيران بمساعدة الحمو على إدخالها قسراً إلى المستشفى.

عند تقييم التنشئة برزت الأمور التالية:

- عانى الولدان من نقص في الفيتامينات.
- عند اصابتها بالمرض، لم تستشر الوالدة الطبيب.
- قاما بتفويت 6 أشهر من المدرسة ولم يكن لديهما رفاق لعب.
- كانت الوالدة صاخبة وأفعالها غير متوقعة.
- اتخذ الولد الأكبر سناً دور الوالد وأخذ يقوم بالأعمال المنزلية.

الموارد المتوفرة:

الرابط بين الولدين والجد.

عائلة كبرى (كانت مبعدة جراء سلوك الأم).
جيران وأستاذة من المدرسة معنيون.

شكلت خدمة الطب النفسي (للبالغين) نقطة توفير كافة أشكال الرعاية. على الرغم من نقص الخدمة الاجتماعية شاملة، فقد تم تعيين عامل اجتماعي للعمل مع الفريق. ومن خلال مساعدة متدرب مقيم، قامت بالتخطيط لرعاية عائلتها.

العمل:

تم إعطاء الجد توجيهات ومساعدات في رعاية الطفلين. وقد وافق على التأكد من الحضور إلى المدرسة.
وحيث تم شرح وضع الوالدة إلى أفراد عائلتها، أصبحوا أقل انتقاداً ووافقوا على زيارتها بشكل منتظم. كما استمر الجيران بدعم الجد.
وقام أستاذ في المدرسة بالإشراف على حضور الولدين وعلى رعايتهما.

وزار الطفلان والدتهما التي تم تثقيفها بأساسيات التنشئة.
بما أن الولدان تعرضا لخطر العبء الوراثي والإهمال والتنشئة الانفرادية وطفولة غير مستقرة، تمت إحالتهم إلى رعاية نفسية خاصة بالأطفال للتقييم والتدخل.

وتبرز الكثير من المواضيع التي يجب معالجتها: العلاج الدوائي ورعاية ما قبل الولادة والعلامات المبكرة للانتكاس وإدارة مرحلة النفاس ورعاية الرضيع. ومن المهم، لا بل الضروري أن يتم إعلام فريق الصحة النفسية سرعان ما تدخل الأم غرفة الولادة. فالأم سوف تحتاج إلى مساندة إضافية في تربية الطفل، وقد يتطلب ذلك مشاركة فريق حماية الطفل. ومن الأمور التي يمكن أيضاً القيام بها إحالتها إلى خدمة طبية نفسية مخصصة للحوامل والنساء في مرحلة النفاس.
ويمكن أيضاً التوصية بوضع خطة مشابهة لمرحلة ما قبل الحمل عندما ينوي رجل أو امرأة من المصابين بمرض نفسي تكوين أسرة.

الخدمات المتخصصة

الطب النفسي وعلاقة الأم بالرضيع

ينص ميثاق الأمم المتحدة بأنه على الدول أن تضمن الرعاية الصحية المناسبة لما قبل وبعد الولادة. وإن خدمات رعاية الأم والرضيع (الفترة المحيطة بالولادة) بصفتها فرع من الطب النفسي للأطفال أو تخصص فرعي للطب النفسي للبالغين، فقد شهدت نمواً في بعض البلدان ذات الدخل المرتفع. كما لحظت كل من الهند وسريلانكا النمو ذاته، حيث تقديم الخدمات لشريحة واسعة من السكان، فتعالج الأمراض الحادة والمستعصية، وتدريب الفريق العامل، وتطوير الخدمات وإجراء البحوث. قد تشمل هذه الخدمات عيادات خارجية للمرضى، ومستشفيات نهارية، وإقامة داخل المستشفيات، والخدمة المجتمعية، الطب الوصلي النفسي مع أخصائيي طب الولادة، والروابط مع خدمات أخرى والجمعيات التطوعية، والخبرة الطبية – القانونية. ولا يغيب عن الذكر أن نقطة الارتكاز في هذه

الخدمة هو فريق الأخصائيين متعددي التخصصات الذي يقدم الرعاية للأم المريضة نفسياً ولطفلها – وهو مورد أساسي في توفير الخدمات بغض النظر عن الخلفية الثقافية أو الموارد الأخرى المتاحة. وتبرز هنا حاجة لوضع دراسة تعنى بمرودية هذه الخدمات "الحديثة" عالية الكلفة.

يعتبر تقييم وإدارة العلاقات المضطربة بين الأم والرضيع أحد المهارات التي تمارسها هذه الفرق المتخصصة. ومن الضروري أن يتم استكشاف هذه العلاقة في كل الأمهات المنجبات حديثاً اللواتي يعانين أعراضاً محددة، مع الأخذ بعين الاعتبار الشعور بالعار أو الخوف من الكشف عن أي مشكلة ويؤدي إلى تدخل هيئات حماية الطفل، فتحاول بذلك الأمهات إخفاء أي صعوبة أو مشكلة. وفي هذا السياق، لا بد من استخدام عبارات لبقية عند محاولة التقصي: «هل سبق أن شعرت بالإحباط حيال مشاركتك تجاه (اسم الطفل)؟» أو «كم احتجت من الوقت للشعور بالتقرب من طفلك؟». في حال تبين أي إشارة لمشاعر سلبية تجاه الطفل، يتم استكشافها أكثر، كما أي مظاهر عن غضب: «ما هو أسوأ شيء شعرت باندفاع لفعله؟» و«هل سبق أن فقدت التحكم؟» «ما هي أسوأ الأمور التي قمت بها لطفلك؟». وبعد التدخل، في حالات الأمهات اللواتي يبلغ مستوى كراهيتهن ونفورهن القدر الكافي لتهديد صحة وأمان الرضيع، أمراً ضرورياً. وإن المعالجة البارعة غالباً ما تحقق علاقة طبيعية بين الأم ورضيعها.

رعاية النساء الحوامل في حالات سوء استخدام المواد

على جميع أفراد المجتمع أن يدركوا أن الإدمان على الكحول والمخدرات يمكن أن يؤدي إلى عواقب وخيمة، لا سيما خلال فترة الحمل. ويأتي دور الأطباء الممارسين والقابلات في تقديم المشورة للنساء اللواتي يخطن للحمل، أو بالفعل حاملات ونصحهن بالإمتناع خلال فترة الحمل؛ ويجب أن يكون هؤلاء قد تلقوا تدريباً على تقييم التعاطي خلال الحمل. في حالة الإدمان على المسكرات، تكمن المشكلة في التعرف على الآثار الجينية للكحول. أما في حالة الإدمان على المخدرات، فيكمن الهدف بتقليل تعرض الجنين. ولا بد أن يتم تدريجياً الامتناع عن العقاقير أو المخدرات الأخرى التي يساء تعاطيها. وقد يساهم امتناع المرأة الكامل عن المواد الأفيونية، أو في حالات أخرى، استخدام عامل مضاد كالكالوكسون يمكن أن يتسبب في متلازمة الإمتناع الجنينية. وفي الكثير من الحالات، يشكل استبدال الهيروين بجرعات معتدلة من الميثادون أو البوبرينورفين وهو الخيار الأفضل، حيث يقل تأخر النمو داخل الرحم ومضاعفات فترة ما حول الولادة.

تحتاج المدمنة الحامل إلى رعاية مركزة لحالتها. ويمكن رصد الإدمان غير المشكوك فيه بعد الولادة، من خلال الدلائل في الدم أو الشعر أو البول أو أنسجة من الصرة. وينبغي أن يتم حجز الرضع في المستشفى مدة كافية لمعالجة التسمم أو أعراض الامتناع. تجدر الإشارة إلى أن التدخل المبكر يمكن أن يخفف الآثار الثانوية، ويحسن معرفة التعلم والسلوك. وتتوفر بعض خدمات التشخيص والعلاج متعددة الاختصاصات (32)؛ ويجدر استكشاف فاعليتها والقدرة على نشرها عالمياً.

حماية الطفل

ينص ميثاق الأمم المتحدة على أن حماية الطفل يجب أن تشمل برامج لدعم الطفل وموَفَري العناية له، بالإضافة إلى تحديد إساءة معاملة الطفل والتعرف عليها والتحقيق فيها ومعالجتها ومتابعتها. ويجب أن توضع المصلحة الفضلى للطفل على أعلى سلم الأولويات في كافة الأفعال التي تخص الطفل، سواء التي تضطلع بها السلطات الإدارية أو الهيئات التشريعية. إن رفاهية وسعادة الطفل تفوق بأهميتها مبدأ الحفاظ على العائلة، كما لها أولوية على حقوق الوالدين، حتى ولو كان نزعه قد يؤدي إلى تفاقم المرض النفسي الوالدي. وعلى الدول تمرير القوانين وتحديد المسؤوليات ورسم الإجراءات الخاصة بالفحص والعلاج، بما في ذلك الحماية في حالات الطوارئ، إذ يحتاج أخصائيو الصحة النفسية إلى معرفة القوانين والإجراءات السائدة في البلد الذي يعملون بها. تتطلب حماية الطفل تضام جهود عدد كبير من المؤسسات الاجتماعية المعنية:

العائلة الكبرى: يؤكد الميثاق على الدور الأساسي الذي تلعبه العائلة، بوصفها البيئة الطبيعية لنمو ورفاهة الأطفال. وتعتبر مشاركة الأب الفعلية عاملاً ذا قيمة كبيرة. ويشكل الإخوة والأقرباء والجدة في أغلب الأحيان المصدر الرئيسي للدعم والمساندة - وإنهم في الواقع، المصدر الوحيد لهذا الدعم في بعض البلدان. تعدّ فرق حماية الطفل متعددي الاختصاصات الدعامة الأساسية في البلدان ذوي الدخل المرتفع.

إلى جانب هذه الفرق من الأخصائيين، أو كبديل لها، يشكل الجيران والمدرسة والجمعيات التطوعية والمؤسسات الدينية مصدر دعم للعائلات، حيث تبلغ عن إساءة المعاملة وتعزز الفرص الاجتماعية والشبكات غير الرسمية.

المأوى البديلة ملجأ للأطفال الذين لا يمكن تربيتهم بأمان من قبل والديهما البيولوجيين. وتشمل التبني، حضانه من أسرة بديلة بالإضافة إلى أشكال أخرى من الرعاية المؤسسية.

معالجة إساءة المعاملة

لقد تم التطرق إلى التشخيص المبكر لحالات إساءة المعاملة المشتبه بها وتقييمها ومعالجتها في قسم آخر (33). وحين تكون إساءة المعاملة مرتبطة باضطراب نفسي حاد، يؤدي ذلك إلى ظهور عنصر إضافي من التعقيد. فلنأخذ مثلاً متلازمة مانسهاوزن بالوكالة. تضع شدة الاضطراب النفسي الوالدي حق الطفل في الحماية في صراع مع حق الأسرة في الخصوصية إلى جانب العلاقات الطبيعية بين الطبيب والمريض والسرية الطبية. قد يشمل الفحص مراجعة التاريخ الطبي للمريض (بمساعدة الطبيب العام)، وزيارة منزلية غير محددة مسبقاً، ومراقبة سرية (بعد مشاورات موسعة)، وإقضاء الوالد عن رعاية الطفل. عند تحديد التشخيص، تصبح مقابلة الوالدين دقيقة: على الطبيب المعالج أن يوضح أنه مدرك لما كان يحدث، ويشرح الضرر الذي قد يحلق بالطفل، ويؤكد أنه سيقوم بمساعدة الوالدين كما الطفل.

غالباً ما يكمن العلاج الآمن الوحيد بنزع الأطفال الذين تعرضوا للإساءة من البيئة الوالدية. ويعدّ التخلي القسري عن رعاية الطفل أحد

أكثر الأحداث المسببة للصدمة التي قد تضطر الأم لمعايشتها، وتزداد صعوبة الأمر حين يكون ذلك نتيجة مرض نفسي قابل للعلاج. هذا وقد يشكل الأمر مصدر انزعاج للطفل أيضاً. أضف إلى ذلك، فإن المأوى البديلة لها أيضاً مخاطرها: وإن العزلة والوحدة والبؤس الذي يختبره الأطفال في دور الأيتام والمستشفيات واقع تم تسجيله منذ زمن بعيد. فأمّاكن الحضانه أو الرعاية التي عادة ما تلعب دوراً إيجابياً، قد تفشل في مهمتها أحياناً، مما يؤدي إلى مزيد من التمزق.

لقد أجريت الكثير من الأبحاث حول منع إساءة معاملة الأطفال من خلال التعليم العام والتدخل الإيجابي في مجموعات الاختطار العالي (34،35). وفيما عدا بعض الاضطرابات النفسية الحادة (لا سيما البيئة الاجتماعية المرتبطة بها) وما تشكله من عامل اختطار، فإن ذلك يعد خارج نطاق هذه المبادئ التوجيهية.

الموارد المتاحة عالمياً

قمنا بجمع معلومات حول الموارد المتاحة لحماية الطفل في البلدان التي يشكل فيها الأطفال غالبية سكانية. وقد اعتمدنا على سلسلة من التقارير التي حصلنا عليها من أحد زملائنا الموزعين في 19 بلداً. وألحقنا بذلك رسائل إلى الزملاء للاستفسار عن القوانين، الدعم السياسي والعام والسجلات الرسمية، والإبلاغ، وفرق حماية الأطفال، والتدريب، والخدمات الاجتماعية، والوكالات الأخرى المعنية بحماية الطفل. وقد حصلنا على إجابات من ست دول أفريقية (إثيوبيا، وكينيا، وموزامبيق، ونيجيريا، وتنزانيا، وأوغندا) وثلاث دول في جنوب شرق آسيا (الهند، وباكستان، والفلبين) ودولتين في الشرق الأوسط (مصر وتركيا) وثلاث دول في جنوب ووسط قارة أمريكا (الأرجنتين، والبرازيل، والمكسيك) بالإضافة إلى عدد كبير من الدول ذات الدخل المرتفع. وتمكّننا من تحديد نمط لتقسيمها أسفر عن أربع مجموعات واسعة:

المجموعة الأولى: تتألف من الدول المزدهرة، والتي تختلف فيما بينها الأساليب والقوانين المرعية، إلا أن كل شيء متوفر فيها، مثلاً، كندا التي قدمت مساهمات كبرى في الأبحاث حول قضايا سوء معاملة الأطفال.

المجموعة الثانية: تتألف من دول مثل تركيا وتايوان والتي ولو أنها أبدت في وقت متأخر اهتماماً في هذا المجال، إلا أنها تحقق خطوات ملموسة باتجاه الخدمة الفعالة. وقد وجدنا في تركيا، على سبيل المثال، 14 فريقاً على الأقل لحماية الأطفال.

المجموعة الثالثة: تتألف من بلدان مثل الهند وأوغندا، حيث كثافة الأطفال فيها جد مرتفعة، تندبر أمورها إلا أنها تفتقر إلى الموارد الفعلية المساعدة، وتكافح من أجل إنشاء وحدات رائدة.

المجموعة الرابعة: تتألف من بلدان كباكستان، حيث مكافحة إساءة معاملة الأطفال لا تزال في أولى بداياتها (36). وحيث لا يزال مشروع قانون حماية الطفل بانتظار مبادرة برلمانية. إن العقبة الأساسية في هذه البلدان هي الثقافة الطاغية لقدسية خصوصية الأسرة.

وقد سألنا زملائنا الباحثين أيضاً ما برأيهم يمكن أن يرفع من حماية الأطفال في بلدانهم، مع الأخذ بعين الاعتبار الصعوبات المادية في البلد. وإننا في هذه المقالة سنذكر بعضاً من إجاباتهم، ونستغني عن الإجابات التي أشارت إلى الحاجة إلى كادر أكبر وموارد مالية أكثر. وقد احتل

إن معالجة احتياجات أطفال الأشخاص المصابين بمرض نفسي حاد يتطلب (بالإضافة إلى التحسينات في ممارسة الطب النفسي للبالغين، والدعم المجتمعي للعائلات والتعاون مع جمعيات حماية الأطفال) زيادة في الخدمات المقدمة لصحة الأطفال والمراهقين النفسية على مستوى العالم.

مراجع

1. United Nations. Convention on the rights of the child. New York: United Nations, 1989.
2. Viguera AC, Newport DJ, Ritchie J et al. Lithium in breast milk and nursing infants: clinical implications. Am J Psychiatry 2007;164: 342-5.
3. Rice F, Jones I, Thapar A. The impact of gestational stress and prenatal growth on emotional problems in offspring: a review. Acta Psychiatr Scand 2007;115:171-83.
4. American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with substance use disorders, 2nd ed. Am J Psychiatry 2007;164(Suppl.).
5. Germain A. The Christopher Tietze International Symposium: an overview. Int J Gynecol Obstet 1989;3(Suppl.):1-8.
6. Mowbray CT, Oyserman D, Zemencuk JK et al. Motherhood for women with serious mental illness: pregnancy, childbirth and the postpartum period. Am J Orthopsychiatry 1995;65:21-38.
7. Diaz-Caneja A, Johnson S. The views and experiences of severely ill mothers: a quantitative study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2004;39:472-82.
8. Goodman SH, Brumley HE. Schizophrenic and depressed mothers: relational deficits in parenting. Dev Psychol 1990;26:31-9.
9. Reichart CG, van der Ende J, Hillegers MHJ et al. Perceived parental rearing of bipolar offspring. Acta Psychiatr Scand 2007;115:21-8.
10. Pound A, Puckering C, Cox A et al. The impact of maternal depression on young children. Br J Psychother 1988;4:240-52.
11. Stewart RC. Maternal depression and infant growth – a review of recent evidence. Matern Child Nutr 2007;3:94-107.
12. Condon JT. The spectrum of fetal abuse in pregnant women. J Nerv Ment Dis 1986;174:509-16.
13. Brockington IF, Aucamp HM, Fraser C. Severe disorders of the mother-infant relationship: definitions and frequency. Arch Women's Ment Health 2006;9:243-52.
14. Russell GFM, Treasure J, Eisler I. Mothers with anorexia nervosa who underfeed their children: their recognition and management. Psychol Med 1998;28:93-108.
15. Ounsted C, Oppenheimer R, Lindsay J. Aspects of bonding failure: the psychopathology and psychotherapeutic treatment of families of battered children. Dev Med Child Neurol 1974;16:447-56.
16. Rothbaum F, Weisz JR. Parental caregiving and child externalizing behaviour in nonclinical samples: a meta-analysis. Psychol Bull 1994;116:55-74.
17. Larsson H, Viding E, Rijdsdijk FV et al. Relationships between parental negativity and childhood antisocial behaviour over time: a bidirectional effects model in a

التعليم أولوية في هذا الإطار، "رفع الوعي العام بهذا الموضوع المحرم" (باكستان)، تثقيف العامة والجماهير والمعلمين وعائلات المرضى النفسيين وحتى المعالجين المحليين. وجاء في المرتبة الثانية تحسين التدريب المهني، وبالأخص تدريب أطباء الأطفال، وفرق الرعاية الأولية، والقابلات، وموفري الرعاية الصحية المنزلية الذين عادة ما يفتقرون إلى تدريب خاص بالصحة النفسية. واحتل الضغط على الحكومات المرتبة الثالثة على سلم الأولويات، والدفع بها إلى الاعتراف بأن هذه الفئة من السكان عرضة لاختطار عال وحثها على اتخاذ الإجراءات اللازمة.

خدمات الصحة النفسية الخاصة بالطفل والمراهق

تعد خدمات الصحة النفسية الخاصة بالطفل والمراهق أساسية لتعزيز الصحة النفسية في الأطفال الأكثر عرضة للمرض النفسي. فهي توفر العلاج للاضطرابات التي أوردنا ذكرها أعلاه. وتضطلع بدور تثقيفي وتدريب وتقييمي ودور ربط مع جمعيات أخرى، كما تساهم في البحوث والوقاية ووضع المبادئ التوجيهية. ويبلغ العمل متعدد التخصصات في الممارسة السريرية أمثل مستوياته حيث يتم التركيز على الوالدية والطفل وعلى السياق الاجتماعي والأسري من حياة الطفل. وقد تم تطوير أشكال مختلفة ومحددة من التدخل النفسي العلاجي والعلمي، بما في ذلك العلاجات الأسرية والعلاجات النفسية المتخصصة بعلاقة الأم والرضيع، وعلاج معرفي وجيز يتناسب مع عمر الطفل ومرحلة من مراحل نموه. وفي سياق بحثنا، تجلّى لنا أن هذه الخدمات شبه غائبة في الكثير من الدول ذات الدخل المنخفض. وفي عام 2005، نشرت منظمة الصحة العالمية أطلساً لموارد الصحة النفسية الخاصة بالطفل والمراهق، استندت فيه على إجابات من 66 بلداً. وفي حين لا يوفر الأطلس تفاصيل حول كل دولة على حدة، ولكن من الواضح أن معظم البلدان التي تتميز بمعدلات مواليد عالية تكون خدمات الأطفال والمراهقين محدودة. فمثلاً، نجد في أوغندا (حيث يولد 1.5 مليون طفل سنوياً) عيادتان خارجيتان في مدينة كمبالا، وطبيب أطفال نفسي مؤهل واحد فقط، وهو متخصص بحالات الصرع والتخلف العقلي. على النحو ذاته، نجد في 37 دولة أن توفير الرعاية يتم من قبل أطباء أطفال لا يملكون غالباً أي تدريب في مجال الصحة النفسية. بل إن حتى الولايات المتحدة الأمريكية ينقصها أطباء نفسيين للأطفال.

تتمكن إحدى الأولويات البحثية في تحديد تدخلات الممارسات الفضلى مع الوالد المريض نفسياً وأطفاله، والتي يمكن تطبيقها وتمويلها وتكون مقبولة ثقافياً في الدول ذات الدخل المنخفض. ويمكن لذلك أن يشمل دور العائلة الكبرى في دعم الأطفال والأسر المعرضة لخطر الإصابة بمرض نفسي. الطريق إلى الأمام طويل وشائك. ولربما يجب أن نبدأ مع تدريب بضع مختصين يعملون وحدهم، ويكونون متوفرين لإعطاء المشورة. ويمكن لهؤلاء أن يمسكوا بزمام المبادرة في تثقيف الجمهور والضغط على السياسيين. كما يمكنهم بناء أقسام عرض وإطلاق برامج تدريب. ويمكن توجيه التدريب ليضم المختصين المستقبليين كما تجاه المهنيين الذين يكونون على اتصال بالأطفال، كالممرضات والموظفين المساعدين والمدرسين وغيرهم من الشخصيات الموثوقة بها في المجتمع، والذين يمكن دعوتهم لمساعدة الأطفال المحتاجين.

27. Trickett PK, Mennen FE, Kim K et al. Emotional abuse in a sample of multiply maltreated, urban young adolescents: issues of definition and identification. *Child Abuse Neglect* 2009;33:27-35.
28. Yates TM, Wekerle C. The long-term consequences of childhood emotional maltreatment on development: maladaptation in adolescence and young adulthood. *Child Abuse Neglect* 2009;33:19-21.
29. Meadow R. Munchausen syndrome by proxy. *Arch Dis Child* 1982;57:92-8.
30. Brockington IF. Eileithya's mischief: the organic psychoses of pregnancy, parturition and the puerperium. Bredbury: Eyry Press, 2006.
31. Brockington IF. Motherhood and mental health. Oxford: Oxford University Press, 1996.
32. Peadon E, Fremantle E, Bower C et al. International survey of diagnostic services for children with fetal alcohol spectrum disorders. *BMC Ped* 2008;8:12-9.
33. Jones DPH. Child maltreatment. In: Rutter M, Bishop D, Pine D et al (eds). *Rutter's child and adolescent psychiatry*. Oxford: Blackwell, 2008:421-39.
34. Reynolds AJ, Mathieson LC, Topitzes JW. Do early childhood interventions prevent child maltreatment. *Child Maltreatment* 2009;14: 182-206.
35. Olds DL, Sadler L, Kitzman H. Programs for parents of infants and toddlers: recent evidence from randomized trials. *J Child Psychol Psychiatry* 2007;48:355-91.
36. Muhammed T. Child protection in Pakistan. *Int J Child Health Hum Dev* (in press). Well over 1,000 works were consulted in the preparation of this guidance. A list of 200 representative references can be obtained from the first author at i.f.brockington@bham.ac.uk
- longitudinal genetically informative design. *J Abnorm Child Psychol* 2008;36:633-45.
18. Weich S, Patterson J, Shaw R et al. Family relationships in childhood and common psychiatric disorders in later life: systematic review of prospective studies. *Br J Psychiatry* 2009;194:392-8.
19. Dipple H, Smith S, Andrews H et al. The experience of motherhood in women with severe and enduring mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002;37:336-40.
20. Chaffin M, Kelleher K, Hollenberg J. Onset of physical abuse and neglect: psychiatric, substance abuse, and social risk factors from prospective community data. *Child Abuse Neglect* 1996;20:191- 203.
21. Bland RC, Orn H. Psychiatric disorders, spouse abuse and child abuse. *Acta Psychiatr Belg* 1986;86:444-9.
22. Windham AM, Rosenberg L, Fuddy L et al. Risk of mother-reported child abuse in the first 3 years of life. *Child Abuse Neglect* 2004;28:645-67.
23. Dubowitz H, Newton RR, Litrownik AJ et al. Examination of a conceptual model of child neglect. *Child Maltreat* 2005;10:173-89.
24. Mullick M, Miller LJ, Jacobsen T. Insight into mental illness and child maltreatment risk among mothers with major psychiatric disorders. *Psychiatr Serv* 2001;52:488-92. 102
25. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ et al. Growing up with parental alcohol abuse: exposure to childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse Neglect* 2001;25:1627-40.
26. Ondersma SJ. Predictors of neglect within low-SES families: the importance of substance abuse. *Am J Orthopsychiatry* 2002;72:383-91.

منتدى: العلاقات بين الشخصية والأمراض النفسية

الشخصية والباثولوجيا النفسية

THOMAS A. WIDIGER

Department of Psychology, University of Kentucky, Lexington, KY, USA

ترتبط الشخصية والمرض النفسي أحدهما بالآخر بثلاث طرق مختلفة: يمكن للشخصية والمرض أن يؤثر على ظهور الآخر (مظاهر الأعراض)؛ ويمكنهما أن يتشاركا سببياً (العلاقات الطيفية)؛ ويمكن أيضاً أن يلعب دوراً سببياً في تطور أو وقوع بعضهما. إن هذه الاشكال الممكنة للعلاقة بين الشخصية والباثولوجيا النفسية هي موضوع بحثنا في هذه المقالة.

الكلمات الرئيسية: الشخصية الباثولوجية النفسية، المراضة المشتركة، الوقوع المتزامن، الطيف، مظهر الأعراض

(المجلة العالمية للطب النفسي: 106-103.10.2011)

والشعور والسلوك والتفاعل مع الآخرين. ف لحظة ينجح علاج مزاجهم أو قلقهم أو الاضطراب النفسي الذي يعانونه، يتغير وصفهم لذاتهم بما يتوافق مع ذلك.

ومن المراجع في هذا الإطار، ما وجدته دراسة الاضطرابات الشخصية الطولانية التعاونية متعددة المواقع CLPS التي لاقت رواجاً واسعاً حول الاستقرار الوظيفي. لم يظهر 23 من أصل 160 شخصاً (أي 14%) توافقاً مع المعايير التشخيصية لاضطراب الشخصية الحدية BPD عند القيمة القاعدية أكثر من معيارين تشخيصيين بعد ستة أشهر فقط (7). بينما وصل 18 شخصاً هذا التحسن في خلال من ستة أشهر إلى سنة. ومن بين 5 أشخاص من الـ 18 «اعتبرت الهدأة في اضطراب المحور الأول I على الأرجح السبب خلف تحسن اضطراب الشخصية الحدية BPD الفجائي» (7). وبالنسبة لثمان حالات، «فإن التغييرات شملت استعادة التفريغ من أوضاع عالية الإجهاد كانوا فيها أو قبل تقييم النقطة القاعدية» (7). حتى أن أعراض «اضطراب الشخصية» كانت ثانوية لاستعمال منبهات لفقدان الوزن خلال سنة من بدء الدراسة لدى إحدى المشاركات: «التحسن الأهم الذي تلا التدخل العلاجي حدث حين انقطعت عن منبه نفسي كانت قد استخدمته في السنة التي سبقت القيمة القاعدية بهدف خسارة الوزن. وقد تلا الانقطاع انخفاضاً ملحوظاً للاكتئاب التي كانت تعانيه، كما الهلع ومخاوف التخلي والتدمير الذاتي» (7). مع ذلك، اعتبر الأشخاص الـ 18 حالات هدأة فعلية من اضطراب شخصية محدد (7). وتفيد وجهة نظر مغايرة بأن التقييمات الأولية لاضطراب شخصية ما كانت غير دقيقة لوجود انزعاج انفعالي عند النقطة القاعدية.

خلال المراهقة (والتي يكون المستوى العالي من التعصب جزئياً سببها). ويتميز الأشخاص الذين تشغلهم فكرة فقدان الوزن والذين تتطور لديهم حالة قهم ببقطة ضمير عالية قبل المرض، وهي أحد الاختلافات الأساسية بين الأفراد التي يتضمنها نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية (2) FFM). وإن الأشخاص الذي يملكون مستوى عالياً من بقطة الضمير يملكون أيضاً مستوى عال من الانضباط الذاتي والكفاءة والسعي للإنجاز، وهذه الصفات بالتحديد التي يحتاجها المرء للتمكن من خسارة الوزن. بالمقابل، فإن المستوى المنخفض من بقطة الضمير تميل بالمرء إلى فقدان السيطرة الاندفاعي وتناول الطعام بشكل مفرط والنهم. وتوفر الدراسات التي تشير إلى وجود سمات مثالية واندفاعية في شخصية الأشخاص المصابين بالقهم الدعم التجريبي لهذه الفرضية، لا سيما في النمط المقيد كما سمات الشخصية التي تعاني أعراض اندفاعية ونهمية (3).

آثار مظهرية الأعراض للباثولوجيا النفسية على الشخصية

تشكل آثار الأعراض المظهرية للباثولوجيا النفسية على الشخصية أو ظهورها أو تمثيلها أو نظرتها (4،5) أكثر العلاقات التي تم توثيقها بين الشخصية والأمراض النفسية. وإن الأطباء السريريين (والباحثين أحياناً) سيقومون عادة بتقييم شخصية المريض خلال إجراءات المراقبة الأولية، إلا أن هذه الفترة هي الأسوأ للقيام بذلك (6). وغالباً ما يفشل الأشخاص الذين يعانون مستويات عالية من القلق أو الاكتئاب أو الغضب أو التشتت في توفير وصف دقيق لطريقة التفكير

يمكن أن نربط بين الشخصية والباثولوجيا النفسية أحدهما بالآخر من خلال ثلاث طرق مختلفة (1). إذ يمكن للشخصية والباثولوجيا النفسية أن تؤثر على تمثيل أو ظهور أحدهما للآخر، وهو ما يعرف عادة بالعلاقة في مظهرية الأعراض. كما يمكن أن تتشارك سببياً دافئة، وهي ما يعرف بالعلاقة الطيفية. وأخيراً يمكنها أن تؤدي دوراً سببياً في تطور أو وقوع أحدهما الآخر. وإن هذه العلاقات الثلاثة يترتب عنها نتائج نظرية وسريرية كبرى، وسنتطرق إليها كلها.

علاقات مظهرية الأعراض

إن تأثير الشخصية والباثولوجيا النفسية على مظهر أو ظهور أو التعبير عن أحدهما الآخر عادة ما يتميز بكونها علاقة مظهرية الأعراض. وإن العلاقة ثنائية الاتجاه حيث تتغير الباثولوجيا النفسية بمظهرها بحسب سمات الشخصية ما قبل المرض ويمكن لمظهر الشخصية أن يتأثر بدوره نتيجة وجود باثولوجيا نفسية مشتركة.

آثار مظهرية الأعراض للشخصية على الباثولوجيا النفسية

الشخصية هي ما يميز طريقة التفكير والشعور والسلوك والعلاقة مع الآخر. وتشكل الاضطرابات النفسية اعتلالاً سريرياً كبيراً في أحد مجالات الأداء النفسي. ومن المستبعد جداً ألا يبرز خلل في ظهور التفكير أو الشعور أو مساره أو علاجه يكون غير متأثر بسمات الشخص المسبقة التي تحدد طريقة تفكيره وشعوره. فمثلاً، عادة ما يظهر القهم أو النهم

وقد أشار كوستا وآخرون إلى أن التغيير في الوصف الذاتي ثانوي لاضطراب مزاجي يمكن أن يمثل تغيير فعلي في الشخصية. وإن إحدى السمات الأساسية للشخصية هو التعصب، وهو استعداد لاختبار آثار سلبية والتعبير عنها (3). ويستجيب الأشخاص ذوي التعصب العالي للإجهاد بمستويات عالية من الاكتئاب، ويمكن عندئذ فهم هذا الاكتئاب كتعبيراً مباشراً عن التعصب. "بدلاً من اعتبار هذه التغيرات التي يسببها الاكتئاب في سمات الشخصية التي جرى تقييمها على أنها تشوهات، نعتبرها انعكاسات دقيقة عن الشخصية الحالية للفرد" (8).

من ناحية أخرى، فالإحدى التي يعتبر فيه الفرد مستويات التعصب ذاتية التحديد ثانوية لاضطراب مزاجي لتعكس وظيفة الشخصية الفعلية، يصبح من الصعب إجراء بحث على المساهمات السببية لسمات الشخصية ذاتها من الاضطراب المزاجي. وهي لم تعد قابلة للتمييز. وعلينا على الأقل عدم المحاولة لإدخال سمات الشخصية قبل المرضية على أساس تقييم حين يعاني الشخص اضطراب مزاجي (أو اضطرابات أو حالات قابلة للمقارنة أخرى).

العلاقات الطيفية

إن تعريف علاقات مظاهر الأعراض وعلاقات المسببات بين الشخصية والأمراض النفسية عملية معقدة جراء امكانية أن تكون الشخصية والمرض النفسي بذاتهما غير قادرين في بعض الأحيان أن يكونا كيانهين مختلف أحدهما عن الآخر. وقد تكون بالفعل كافة اضطرابات الشخصية متغيرات عدم تكيف لسمات الشخصية العامة، وقد تكون بعض الاضطرابات الشخصية متغيرات مبكرة ومزمنة وشاملة لاضطرابات نفسية أخرى. وستتم مناقشة كلا الاحتمالين.

اضطرابات الشخصية على طيف مع الشخصية

ثمة كم هائل من الأبحاث حول مساهمة سمات الشخصية العامة (مثال، التعصب وبقطة الضمير المنخفضة) لمسببات اضطراب القلق والمزاج والإدمان واضطرابات أخرى (1)، لكن الأبحاث حول كيف يمكن لهذه السمات المساعدة في تحديد مسببات اضطرابات الشخصية قليلة جداً وهي أحياناً معدومة.

وقد ينعكس ذلك قبولاً ضمنياً بأن الشخصية واضطرابات الشخصية تقع ضمن طيف مشترك من الأداء. لا بل أكثر من ذلك، فإن عدداً كبيراً من الأبحاث يشير إلى أن اضطرابات الشخصية تفهم باستعداد مسبق على أنها متغيرات عدم تكيف و/أو متغيرات متطرفة لنموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية (FFM 10.9).

ومثالاً، يمكن فهم اضطراب الوسواس القهري (OCPD، 11 OCPD) على أنه أحد متغيرات عدم التكيف وفق نموذج FFM لبقطة الضمير. وتشمل بقطة الضمير في نموذج FFM بعض الجوانب كالنظام (بمعنى، انشغال وسواسي قهري بالتفاصيل والقوانين والقوائم والنظام) السعي لتحقيق الانجازات (بمعنى، التفريغ المفرط الوسواسي القهري للعمل والانتاجية)، والتزام الواجبات (بمعنى، بقطة مفرطة للضمير وسواسية قهرية وتدقيق حول الأمور الأخلاقية والفضيلة)، والكفاءة (بمعنى، المثالية الوسواسية القهرية)، والروية (بمعنى، الاجترار الوسواسي القهري). يذكر أن الدعم التجريبي لهذه المفاهيم كثيف (12-14).

وعلى الأرجح أن تشمل النسخة الخامسة من التسميات التشخيصية للجمعية الأمريكية للطب النفسي APA تصنيفاً بعدياً ثانوياً مكملاً للتشخيصات التقليدية الفتوية (15). ويتألف الاقتراح الحالي لهذا النموذج من ستة مجالات: الانفعالية السلبية (تنسجم مع تعصب نموذجي FFM)، الانطواء على الذات (كما في FFM)، التضاد (كما في FFM)، الاندفاعية (بقطة ضمير منخفضة في FFM)، الانفلات (بقطة ضمير منخفضة في FFM)، النمط الفصامي (الانفتاح في FFM). غير أن مؤلفي هذا النموذج تجادلوا حول أن الاندفاعية ليست بالضرورة متغيرة عدم تكيف من بقطة الضمير وأن النمط الفصامي ليست متغيرة عدم تكيف للانفتاح (15). بينما لم يقترحوا متغيرات عادية لأبعاد الاندفاعية والنمط الفصامي، ما يشير إلى أن سمات عدم التكيف هذه في الشخصية هي بشكل ما مختلفة بنوعيتها عن الهيكلية الكبرى للشخصية.

اضطرابات الشخصية على طيف مع اضطرابات نفسية أخرى

قد نجد أيضاً علاقة طيفية لاضطرابات الشخصية مع اضطرابات نفسية أخرى. وقد تم بالفعل تقديم اقتراح لدليل DSM-5

للتخلي عن تصنيف اضطراب الشخصية كاملاً، بافتراض اضطرابات الشخصية ضمن تشخيصات الاضطرابات النفسية الأخرى (16). إن اضطراب الشخصية ذات النمط الفصامي مصنف مسبقاً كأحد متغيرات الفصام في دليل (17 ICD-10). وما يدعم هذا التصنيف هو أن اضطراب الشخصية ذات النمط الفصامي مرتبط وراثياً بالفصام، وأن الكثير من عوامل الاختطار الحيوية (البيولوجية) العصبية والارتباطات النفسية الفيزيولوجية هي مشتركة مع الفصام (مثال، تتبع بالنظر، التوجيه، ومضة الجفل (الخضة)، شواذ النمو العصبي)، كما تتداخل العلاجات الناجحة في تخفيف أعراض النمط الفصامي مع علاجات تستخدم للأشخاص الذين يعانون الفصام (18).

ويمكننا على نحو مشابه تحويل اضطراب الشخصية الاجتنابية كما الرهاب الاجتماعي المعمم، والوسواس القهري OCPD إلى متغيرة بداية مبكرة وشاملة ومزمنة لاضطراب الوسواس القهري، العداء الاجتماعي إلى متغيرة عند البالغين من اضطراب السلوك التفككي، والحدية إلى اضطراب المزاج غير المنتظم (1). وإن اضطرابات الشخصية النرجسية والهيستريونية والاعتمادية غير مدمجة في أي من الاضطرابات النفسية القائمة، لكن قد لا يكون ذلك من باب الصدفة لأن هذه التشخيصات قد تم اقتراح حذفها من دليل (14 DSM-5).

وإن أحد المخاوف التي تظهر عند إعادة صياغة اضطرابات الشخصية لدى شخص ما على أنها بدء مبكر لاضطرابات مزمنة من المحور الأول I تتخطى الاعتبارات الأساسية بأن الدليل التشخيصي لا يتعرف بعدها على عدم تكيف في الجانب الوظيفي للشخصية، ذلك لأنها قد تخلق عدداً أكبر من المشاكل من تلك التي تحلها. وإن الأشخاص الذين يعانون عقداً من سمات الشخصية غير التكيفية لم يتم وصفها بالقدر الكافي من خلال اضطراب شخصية محدد أو حتى اضطرابات متعددة (19). إن هذه العقد لسمات الشخصية غير المتكيفة يحتمل أن يكون قد جرى ذكرها أقل من خلال مجموعة تشخيصات القلق والمزاج والسلوك التفككي والفصام. بالإضافة إلى ذلك، فلمجرد أن اضطراب شخصية (أو سمة في الشخصية) يتشارك أساساً جينياً مع اضطراب نفسي آخر، لا يعني ذلك بالضرورة أنها شكل من الاضطراب. ومثال على عدم تناسق مع دليل ICD-10 لتصنيفات الشخصية ذات النمط الفصامي على

أنه نوع من الفصام، هو أن هذا الاضطراب يتميز بمرضاة مشتركة أكبر مع اضطرابات شخصية أخرى منه مع اضطرابات ذهانية. وبالأكثر، فإن الأشخاص الذين يعانون اضطراب شخصية ذات نمط فصامي نادراً إن لم يكن أبداً ما يتطور لديهم حالة فصام، وتظهر أعراض النمط الفصامي لدى عدد كبير من الأشخاص الذين يبدو أنه ينقصهم الكثير من الارتباطات الوراثية مع الفصام ولا يمكن وصفهم على أنهم فصامين (18).

علاقات المسببات (السببية)

تشكل العلاقات السببية بين الشخصية والأمراض النفسية موضوعاً أساسياً لدى الكثير من الباحثين في مجال اضطرابات الشخصية والأمراض النفسية. إن العلاقة السببية هذه هي مجدداً ثنائية الاتجاه، إذ أن طريقة التفكير والشعور والسلوك والعلاقة بالآخرين الخاصة بالشخصية يمكن لها أحياناً أن تؤدي أو تساهم في تطور اضطراب نفسي، كما هي الحال مع اضطراب نفسي حاد أو مزمن يساهم بذاته في تغيرات جوهرية في الشخصية.

الآثار السببية للمرض النفسي على الشخصية

يمكن للمرض النفسي أن يحول الشخصية بجوهرها، للأفضل أو الأسوأ. فمثلاً، يمكن تصور أن تجربة ما حيث عانى المرء اضطراباً نفسياً حاداً كالذهان أو الاكتئاب الحاد، يمكن أن يكون لها أثر دائم على الميزات الخاصة بتفكيره وشعوره وارتباطه مع الآخرين. إن هذا التعديل على الجانب الوظيفي للشخصية يشار عادة إليه بـ “ندبة” الاضطراب النفسي، قد لا يشكل فقط حالة ما دون التشخيص ظاهرة عن الأمراض النفسية (مثلاً، مرحلة متبقية من الفصام تظهر على شكل سمات شخصية ذات نمط فصامي) ولكن قد تشكل أيضاً تطوير سمات جديدة في الشخصية نتيجة وقوع أو تجربة مرض نفسي (مثال، سمات الشخصية الاعتمادية الناتجة عن تجربة نوبات الهلع أو النوبات الذهانية).

يشمل دليل ICD-10 تشخيصاً حول تغير في الشخصية ثانوي لاضطراب نفسي، كما نتيجة تجربة كارثية (17). غير أن الجمعية الأمريكية للطب النفسي APA لا تشمل ذكراً لأي من الاحتمالين (11). ومن الأمثلة على

الحالة الثانية ”اضطراب كرب ما بعد الصدمة المعقد“ (أو PTSD المعقد)، ردة فعل على كرب حاد (مستديم) في علاقات الأشخاص (مثال، الإساءة، الضرب، التعذيب)، ويشمل ذلك ”تحويل انفعالي معتل؛ سلوك تدمير ذاتي واندفاعي؛ أعراض تفارقية؛ شعور دائم بالأذى؛ خسارة معتقدات سابقة مستديمة؛ عدائية؛ الامتناع الاجتماعي؛ الشعور الدائم بالتهديد؛ علاقات معتلة مع الآخرين؛ أو تغير من ميزات الشخصية السابقة للفرد“ (11). يمكن فهم اضطراب PTSD المعقد على أنه بدء اضطراب الشخصية الحدية. لكن معظم المناصرى لإدماج هذا التشخيص في نسخة مستقبلية من دليل التشخيص يفضلون أن يتم تصنيفه كاضطراب قلق بدلاً من اضطراب تغيير في الشخصية (20).

الآثار السببية للشخصية على الأمراض النفسية

تعنى مجموعة واسعة من المنشورات حول علاقة الشخصية أو اضطراب الشخصية مع مرض نفسي بمساهمة الشخصية على بدء أو سببها في اضطراب نفسي. ويمكن لسمات الشخصية قبل المرض أن تشكل ضعفاً (أو مرونة) للكرب مما يساعد في تفسير سبب انهيار بعض الأفراد عند إجهادات الحياة بينما تمر ظروف مثيرة لصدمة حادة على آخرين من دون التأثير عليهم.

إن التعصب مؤثر متين لمرض نفسي مستقبلي كاستجابة لإجهادات الحياة (21، 22) ويشمل مرضية مزاج وشهية وإدمان وقلق وأشكال أخرى من الأمراض النفسية (23). وقد يساهم التعصب في الأهبة وكرب مسبباً ضعفاً من خلال التفاعلات الاستجابية والاستثنائية بين الفرد والبيئة المحيطة. فيستجيب الأشخاص الذين يعانون تعصباً عالياً إلى الأحداث بمستويات عالية من الإجهاد والقلق والهم، فيشكل ذلك خطراً صريحاً لأشكال متنوعة من الأمراض النفسية، لا سيما اضطرابات المزاج واضطرابات القلق (والتي ربما تفهم أيضاً في هذه الحال على أنها طيف بدلاً من علاقة سببية). وتحدث التفاعلات الاستثنائية حين تنتج تعابير الفرد المتكررة للانزعاج والهم والضعف تفاعلات سلبية من الآخرين أو تساهم في اتخاذ قرارات سيئة، وبالتالي تعزز الإجهاد الأول وتزيده حدة (مثال، حين تسبب الشخصية

بالإجهاد). إن دور التعصب في تطور مشاكل صحية جسدية وصعوبات مادية وانحلال في العلاقات ونتائج حياتية سلبية أخرى (21) ينتج عنه الكثير من الإجهاد يعاني المصابون بمستويات عالية من التعصب صعوبة انفعالية مرافقة كبرى في تخطيها.

هذا وتبين أن سمات الشخصية الاعتمادية تلعب دوراً كبيراً في سببها الاكتئاب. وقد أكدت الكثير من الدراسات الطولية الاستشرافية أن المعرفة والسلوكيات الاعتمادية تؤدي إلى زيادة مشاعر الاكتئاب كرد أو استجابة لخسارة أو رفض في العلاقة بين الأشخاص (24). ويمكن لهذه العلاقة مجدداً أن تكون استجابية واستثنائية. وإن الأشخاص الاعتماديين يستجيبون لخسارة أو رفض في هذا الإطار بمشاعر حادة من اليأس وفقدان الأمل والحزن. كما يمكن لسمات الاعتمادية كالحاجة المفرطة والتعلق والانشغال لمخاف الخسارة والسعي المفرط للاطمئنان أيضاً أن تستثير انفصال أو رفض الآخرين (25). ولكن بالرغم من أهمية سمات الاعتمادية على تطور الأمراض النفسية، فإن اضطراب الشخصية الاعتمادية مقترح للحذف من دليل DSM-5 (26).

خلاصات

تعد الحساسية الشديدة لعلاقة الشخصية بالأمراض النفسية ملاحظة أولية في الأبحاث المرتبطة. وإن جوانب العلاقات المختلفة بين الشخصية والأمراض النفسية (مظاهر المرض والطف والسببية) محور تركيز الكثير من البرامج عالية الانتاج والتعقيد وواسعة الاطلاع. لكن تفكيك التعقيد في أشكال هذه العلاقات وما يربط بعضها بالآخر، مهمة هائلة. مع ذلك، فمن خلال تفكيك هذا التعقيد سيتم إحراز تقدم مستمر في فهم العلاقة بين الشخصية والأمراض النفسية.

المراجع

1. Widiger TA, Smith GT. Personality and psychopathology. In: John OP, Robins R, Pervin LA (eds). Handbook of personality: theory and research, 3rd ed. New York: Guilford, 2008:743-69.
2. McCrae RR, Costa PT. Personality in adulthood. A five factor theory perspective, 2nd ed. New York:

- neurodevelopmental and psychosocial trajectories. *Annu Rev Clin Psychol* 2006;2:291-326.
19. Trull TJ, Durrett CA. Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annu Rev Clin Psychol* 2005;1:355-80.
 20. McLean LM, Gallop R. Implications of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complex posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 2003; 160:369-71.
 21. Lahey BB. Public health significance of neuroticism. *Am Psychol* 2009;64:241-56.
 22. Widiger TA. Neuroticism. In: Leary MR, Hoyle RH (eds). *Handbook of individual differences in social behavior*. New York: Guilford, 2009: 129-46.
 23. Malouff JM, Thorsteinsson EB, Schutte NS. The relationship between the five-factor model of personality and symptoms of clinical disorders: a meta-analysis. *J Psychopathol Behav* 2005; 27:101-14.
 24. Hammen C. Stress and depression. *Annu Rev Clin Psychol* 2005;1:293-319.
 25. Bornstein RF. *The dependent patient: a practitioner's guide*. Washington: American Psychological Association, 2005.
 26. Skodol AE, Bender DS, Morey LC et al. Personality disorder types proposed for DSM-5. *J Pers Disord* (in press).
 - 83.
 11. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed., text revision. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
 12. O'Connor BP. A search for consensus on the dimensional structure of personality disorders. *J Clin Psychol* 2005;61:323-45.
 13. Samuel DB, Widiger TA. Conscientiousness and obsessive-compulsive personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* (in press).
 14. Widiger TA. A shaky future for personality disorders. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* (in press).
 15. Krueger RF, Clark LA, Watson D et al. Deriving an empirical structure of personality pathology for DSM-5. *J Pers Disord* (in press).
 16. First MB, Bell CB, Cuthbert B et al. Personality disorders and relational disorders: a research agenda for addressing crucial gaps in DSM. In: Kupfer DJ, First MB, Regier DA (eds). *A research agenda for DSM V*. Washington: American Psychiatric Association, 2002:123-99.
 17. World Health Organization. *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization, 1992.
 18. Raine A. Schizotypal personality: Guilford, 2003.
 3. Cassin SE, von Ranson KM. Personality and eating disorders: a decade in review. *Clin Psychol Rev* 2005;25:895-916.
 4. Farmer RF. Issues in the assessment and conceptualization of personality disorders. *Clin Psychol Rev* 2000;20:823-51.
 5. Widiger TA, Samuel DB. Evidence based assessment of personality disorders. *Psychol Assessment* 2005;17:278-87.
 6. Widiger TA, Boyd S. Personality disorder assessment instruments. In: Butcher JN (ed). *Oxford handbook of personality assessment*. New York: Oxford University Press, 2009:336-63.
 7. Gunderson JG, Bender D, Sanislow C et al. Plausibility and possible determinants of sudden "remissions" in borderline patients. *Psychiatry* 2003;66:111-9.
 8. Costa PT, Bagby RM, Herbst JF et al. Personality self-reports are concurrently reliable and valid during acute depressive episodes. *J Affect Disord* 2005;89:45-55.
 9. Samuel DB, Widiger TA. A meta-analytic review of the relationships between the five-factor model and DSM-IV-TR personality disorders: a facet level analysis. *Clin Psychol Rev* 2008;28:1326-42.
 10. Widiger TA, Trull TJ. Plate tectonics in the classification of personality disorder: shifting to a dimensional model. *Am Psychol* 2007;62:71-

مزيد من الأفكار حول العلاقة بين الشخصية والباثولوجيا النفسية

THEODORE MILLON

Institute for Advanced Studies in Personology and
Psychopathology, Port Jervis, NY, USA

فإن التصنيفات التي تنتج عن هذه المناهج لم تبدو ذات معنى كبير أو على علاقة بالممارسة السريرية اليومية“ (6).

وإن ملاحظة كندل (7) التي تقدم بها منذ ثلاثة عقود مضت، لا تزال حتى اليوم صالحة: ”لدى مراجعة الدراسات الكثيرة التي نشرت خلال العقدين الماضيين يبدو من الواضح أن الكثير من الباحثين والأطباء السريريين وواضعي الإحصاءات يعتمدون مقارنة بسيطة، أقرب إلى النظام البيكوني (النظرية العملية)، في التقنيات الإحصائية التي يستخدمونها، واضعين كافة البيانات التي تتوفر لديهم وفق افتراض أن الحاسوب سيعيد تنظيمها بالترتيب أولاً من الأكثر إلى الأقل علاقة وعرض المبادئ والانتظامات الكامنة وراءها“.

من البيانات المثيرة للصدمة بينها والتي وجدت في أبحاث بيولوجية أخيرة، هي بعض تعقيدات الإجراءات الإحصائية المعيارية التي كان يتوقع منها إنتاج أدلة تؤدي إلى بناء ترابط منطقي. نتيجة لذلك، فقد تمت الإفادة مؤخراً (8-10) بأن التحاليل الإحصائية للأمراض الكبرى المشتركة المستندة على الاستعداد الوراثي قد برهنت عن تعقيدات أكبر مما كان متوقعا. وفي بعض الأمراض كداء السكري والسرطان والفصام، تمكنت بعض المصادر التي تم تحديدها إحصائياً من تفسير قلة قليلة عن المنشأ الوراثي. وإن هذه المتلازمات بينت أنها مرتبطة بعدد لا بأس به من المتغيرات الجينية المتنوعة لدى كل فرد. وقد خلص علماء الحساب إلى أن الشبكات الجينية المعقدة تملك عدداً من دوائر التغذية الراجعة المعقدة. يتجه بعضها نحو توازن مستقر وتبقى فيه، بينما يبقى بعضها الآخر وفق دورة متكررة ثم يتبع نمطاً دورياً لا ينتهي. ويمكن للهندسة الجينية التي تخضع لتعديلات بسيطة جداً أن تتحول إلى سلوك فوضوي، وتتبدل بين سلسلات تفاعلية وغير منطقية لا يمكن توقعها.

وقد أشار همبل (5) فيلسوف العلوم، إلى أن التطور الناضج للعلوم الذي يبدأ من الفئات الإحصائية إلى فئات أخرى تتميز بالمفاهيم

للعلاج والتشخيص ومآل النوبة المرضية. ح. فرضية التعامد. وتشير إلى أنه وفي حين تبرز اضطرابات الشخصية والمرض النفسي كل مستقل عن الآخر، فإنهما يقعان معاً بشكل كبير لأنهما، في الواقع، حالات مشتركة.

خ. فرضية الأعراض المتداخلة. وتعتبر المراضة المشتركة لاضطرابات الشخصية والمرض النفسي اصطناعية العوامل بشكل كبير بما أنها تنتج عن مجموعة معايير متداخلة تستخدم لتشخيص كل اضطراب.

د. فرضية التباين. وتقتصر هذه الفرضية الأخيرة أن عدداً من المصادر المختلفة تساهم في إشارات وأعراض المرض النفسي واضطرابات الشخصية. وقد يجتمع عدد من الإعدادات الجينية/التكوينية، وبالتلاقي مع متغيرات بيئية، ليؤدي إلى موطن ضئيل مختلف. وتبرز مجموعة متغايرة من هذه التركيبات وتشمل مجموعة فرعية من الأفراد الذين تبرز لديهم أعراض مرض نفسي واضطراب شخصية.

وأما المخاوف حول تفضيل ويديفر لتقنية تحليل العامل الحسابية، فقد تم التعبير عنها على مدى سنوات في أوساط مختلفة: تجريبية وفلسفية ونفسية (3،4).

ومنذ أن اكتشف العالم الفيزيائي البارز ب. ديرك الجهاز الحسابي الذي أزاح الستار عن ”عالم مضاد“ من الجزيئات لم تسبق الإشارة إليه، برز محور متكرر الظهور في علم الفيزياء يحفز قوة الحساب في الكشف عن ”حقائق“ لم يسبق أن تخيلها أحد. ولكن، للأسف، مع استثناء بعض المظاهر المبهمة (مثال، خلاصة هوكينغ حول إشعاع الثقب الأسود)، فإن قوة الحساب كمزيج للترميز لحقائق غير ملحوظة في علم الأحياء يتم عادة الحكم عليها بأنها مبسطة جداً أو غير مرتبطة أو غير صالحة (5).

تم تلخيص عملية البناء الإحصائي في علم النفس وفق التالي: ”يظهر الأطباء السريريين بأفضل الأحوال قبولاً فاتراً لهذه التصنيفات. وقد ساورتهم شكوك كثيرة حول قيمة المناهج العنقودية لتحديد المجموعات الفرعية التي تحدث ”طبيعياً“. أضف إلى ذلك،

قام ت. ميلون بطريقته الدقيقة المباشرة المعهودة بتحديد الطرق التي قد ترتبط من خلالها الشخصية بالمرض النفسي من الناحية المبدئية. وأود في هذا الإطار تسجيل ملاحظتين في هذا التعليق الموجز. أولاً، حاول آخرون مقارنة هذا الموضوع الهام من خلال تحديد طريقة رابعة بوضع فرضيات بديلة للشخصية/المرض النفسي؛ وسأشير إلى عدد منها باختصار لإطلاع القارئ عليها وعلى كيفية مقارنة بعض الأكاديميين والباحثين للموضوع. ثانياً، ورداً على مبدأ ويديفر حول ”التوجه العامي“، أود التطرق إلى عدد من المخاوف المتعلقة باستعمال الإحصاءات في بناء أسس تصنيف الشخصية/المرض النفسي.

وأمّا الفرضيات البديلة حول علاقة الشخصية/المرض النفسي فأسرد ثمانية منها أدناه:

أ. فرضية الاستعداد الطبيعي. المقارنة الأكثر شيوعاً على المستوى النظري والبحثي، وتقتصر أن اضطرابات الشخصية الطبيعية أساسية، فيما يشكل المرض النفسي نمو خارجي ثانوي.

ب. فرضية المضاعفات. على عكس الاستعداد الطبيعي فإن هذه الفرضية تفيد بأن تجربة المرض النفسي هي التي تؤثر على الشخصية لا العكس.

ت. فرضية التخفيف. وتعرف أيضاً مقارنة الشواذ (2)، وتفترض بأن اضطرابات الشخصية تعبير مخفف أو بديل عن سير المرض تكمن خلف المرض النفسي.

ث. فرضية العامل المشترك. وتشير إلى أن المرض النفسي والشخصية يحدثان معاً نتيجة متغيرة ثالثة (مثال، صدمة في الطفولة)، مع أنهما لا يتشاركان أصلاً بيولوجياً نفسياً واحداً. وبهذا المعنى، فلا يؤدي أيّا من اضطراب الشخصية أو المرض النفسي أحدهما إلى الآخر.

ج. فرضية التعديل. وتضع هذه الفرضية اعتبارات السببيات والمنشأ المرضي جانباً، وتقتصر ببساطة أن الميزات الشخصية تؤثر بشكل كبير لا على الشكل الذي يظهر فيه المرض النفسي سريرياً فحسب، بل أيضاً الاستجابة

explanation. New York: Free Press, 1965.

6. Skinner HA, Blashfield RK. Increasing the impact of cluster analysis research: the case of psychiatric classification. J Consult Clin Psychol 1982;5:727-35.
7. Kendell RE. The role of diagnosis in psychiatry. Oxford: Blackwell, 1975.
8. Goldstein DB. Common genetic variation and human traits. N Engl J Med 2009;360: 1696.
9. Hirschhorn JN. Genomewide association studies – Illuminating biologic pathways. N Engl J Med 2009;360:1699.
10. Kraft P, Hunter DJ. Genetic risk prediction – Are we there yet? N Engl J Med 2009; 360:1701-3.

المراجع

1. Millon T. Disorders of personality: introducing a DSM/ICD spectrum from normal to abnormal. Hoboken: Wiley, 2011.
2. Hirschfeld RMA, Cross CK. The measurement of personality in depression. In: Marsella AJ, Hirschfeld RMA, Katz MM (eds). The measurement of depression. New York: Guilford, 1987.
3. Lykken DT. Multiple factor analysis and personality research. J Exp Res Pers 1971;5: 161-70.
4. Block J. A contrarian view of the five-factor approach to personality descriptions. Psychol Bull 1995;117:187-215.
5. Hempel CG. Aspects of scientific

المجردة والعلاقات النظرية. إن ميزات التصنيفات العلمية التي تميزها عن غيرها تكمن في تجميعات عناصرها الناجحة وفقاً للاقتراحات النظرية التفسيرية الساكنة. وتشكل هذه الاقتراحات حين تظهر خصائص محددة أو يفترض وجودها منطقياً أو مرتبطاً بخصائص أخرى (مثال، العلاقة بين الشخصية/الأمراض النفسية). إن الأصنوفات التي تكمن خلف علم تصنيف الأمراض هي خصائص متشاركة بشكل ظاهر (مثال، الفئات العائلية) لا يتم الوصول إليها إحصائياً، بل من خلال نمط مرتبط أو موحد للعلاقات المفترضة بينها. وتوفر أنماط العلاقات النظرية المثبتة كتلك المستندة على مبادئ التطور مثلاً، أساس لعلم الأمراض العلمي الدقيق.

أستعداد الشخصية في تفسير العلاقات بين اضطراب الشخصية والحالات النفسية الأخرى

PETER TYRER

Centre for Mental Health, Imperial College, London, W6 8RP, UK

يقوم ت. ويدغير بتلخيص العلاقة المعقدة بين اضطرابات الشخصية وأشكال أخرى من الأمراض النفسية بطريقة صائبة. ما نحتاج إليه الآن هو لفرضية إدماج تفسر المعرفة القائمة وتتوقع علاقات وتطور مستقبلي لها. وأنا نقاش في هذا التعليق، كما فعلت سابقاً، أن مفهوم استعداد الشخصية هو هذه الفرضية (1). يشكل هذا المفهوم سبباً مفيداً في الجمع بين المرضية الواضحة والهاجعة. والحالات التي يلائمها وصف الاستعداد هي "استعداد مسبق مزمن موروث أو مكتسب أو حالات مرضية نفسية أو جسدية". ولكي يتم وصف حالة ما على أنها استعداد، فإن ذلك يتطلب أن تبدأ في مرحلة مبكرة من الحياة وأن تبين عن متغيرات في التعبير عنها في بيئات مختلفة وأوقات متباينة وارتباط أكبر مع اضطرابات أخرى، عادة ما تكون أكثر حدة، وقبولها على أنها مكون داخلي للأداء الوظيفي.

قد يكون منشأ استعداد الشخصية جينياً أو بيئياً ويخضع معظم الأحيان إلى تفاعلات معقدة بين هذه العوامل (2)، ولكن ما أن يتطور يبقى خاصية ثابتة يمكن تحديدها. ولأنه يظهر ضعفاً، فهو ذات تأثير مظهرى للأعراض على مثال اضطرابات نفسية أخرى كالإكتئاب (3): ويظهر متغيرات على مر الوقت كما يرد في دراسة الاضطرابات الشخصية الطولانية التعاونية، ولكن أيضاً تظهر ثباتاً في مكوناتها الجوهرية، ألا وهو الخلل الاجتماعي للعلاقات بين الأشخاص (4). وكما قد يكون طيف الاضطرابات ضمن الاستعداد - ونشير إلى الاستعداد النزيفي كمثالاً وافياً - ولكن قد تبرز بعض النقاشات المنتقدة لموقع انزعاج الشخصية على الطيف. إن نموذج الاستعداد يشير إلى وجوب وقوعها في الناحية الأدنى من اضطرابات أخرى لكن تشكل من ناحية أخرى ضعفاً للإصابة بها. إلا أن وجود أكثر من استعداد واحد يبقى أمراً غير واضح. وثمة بالتأكيد مجالات متعددة مختلفة للشخصية الطبيعية، وقد ناقش ويدغير وآخرون بقوة دعماً لنموذج العوامل الخمسة

للشخصية لتكون ركيزة العمل الحيوي التي لا تتجزأ من دليل DSM-5 لاضطرابات الشخصية (5)، لكن ثمة بعض الاختلافات بين التعبير عن السمات الطبيعية والاضطرابات الأكثر حدة من اضطرابات الشخصية (6) والتي لا تكون فقط عالية الدرجة. وبشكل خاص، تبرز مراضة مشتركة مكثفة بين فئات اضطراب الشخصية على مستويات أكبر من حدة الاضطرابات النفسية (6,7) وفي الفترات المطولة قد يحدث تغيير في التعبير عن المرض النفسي (8). وتحتاج طريقة ارتباط الأمراض بعضها ببعضها الآخر لمزيد من البحث. ونتيجة لهذه الفرضية، يظهر عدد من الخلاصات. أولاً، لا يشكل اضطراب الشخصية الذي يظهر في مرحلة لاحقة من الحياة جزءاً من الاستعداد. فبالرغم من أن الخصائص قد تكون هي نفسها التي تظهر في اضطراب معروف (9)، فبما أنها تظهر في مرحلة لاحقة من الحياة فذلك يجعلها جزءاً من تشخيص منفصل من «تغيير الشخصية» كما وصفها ويدغير. ويشكل ذلك تشخيصاً هاماً، ولأنه لقي القليل من البحث

7. Yang M, Coid J, Tyrer P. A national survey of personality pathology recorded by severity. Br J Psychiatry 2010;197:193-9.
8. Seivewright H, Tyrer P, Johnson T. Changes in personality status in neurotic disorder. Lancet 2002;359:2253-4.

- personality disorder. Acta Psychiatr Scand 2004;109:104-9.
5. Widiger TA, Mullins-Sweatt SN. Five-factor model of personality disorder: a proposal for DSM-V. Ann Rev Clin Psychol 2009; 5:197-220.
6. Tyrer P, Mulder R, Crawford M et al. Personality disorder: a new global perspective.

حتى الآن، في دليل ICD-10 وإن إلقاء نظرة أقرب قد تساعد في فهم اضطرابات الشخصية الجوهرية. ثانياً، إن الفشل في تشخيص اضطراب الشخصية في الممارسة السريرية بالرغم من الانتشار العالي في المجتمع (10)، يمكن فهمه في حال كانت هذه الحالات جزءاً لا يتجزأ من الفرد بدلاً من كونها اضطراب أو مرض. ويفسر ذلك أيضاً أهمية تغيير المقاربات البيئية بدلاً من تغيير الفرد (11): فهي لا تعوم بتعديل الاستعداد غير أنها تتيح نوعية حياة أفضل بكثير. ثالثاً، تؤدي الفرضية إلى التوقع، وهو مصطلح قد تم اختياره بعناية ونعني منه أكثر من مجرد الأمل، وأن ناحية أو أكثر من استعدادات الشخصية يمكن قياسها كأنماط ظاهرية داخلية المنشأ للاضطراب، والمكون الموروث للاضطراب الموجود في كافة الأوقات (12) والذي يمكن أن يعمل كعلامة سريرية أو بيولوجية.

شكر وتقدير

الكاتب هورئيس المجموعة المعنية بمراجعة تصنيف اضطراب الشخصية لمنظمة الصحة العالمية (دليل ICD-11)، إلا أن التعليقات في هذه المقالة يجب ألا تعتبر تعبيراً عن رأي المجموعة أو عن سياسة المنظمة.

المراجع

1. Tyrer P. Personality diatheses: a superior description than disorder. Psychol Med 2007; 37:1521-5.
2. Kendler KS, Gardner CO. Interpretation of interactions: guide for the perplexed. Br J Psychiatry 2010;197:170-1.
3. Gorwood P, Rouillon F, Even C et al. Treatment response in major depression: effects of personality dysfunction and prior depression. Br J Psychiatry 2010;196:139-42.
4. Seivewright H, Tyrer P, Johnson T. Persistent social dysfunction in anxious and depressed patients with

الشخصية والباثولوجيا النفسية: مخاطر الإغلاق المبكر

PAUL S. LINKS

Department of Psychiatry, University of Toronto, ON, Canada

الارتباط يتضمن علاقة سببية أو علاقة اختطار. وتشير بعض النماذج المعاصرة كالتى اقترحها كروغر وماركون (2) إلى نموذج مرضية مشتركة متعدد المتغيرات لفهم العلاقة بين مسؤوليات ومظاهر الاضطرابات. وقد اعتمد جايمز وتايلر (3) مقاربتهم في دراسة هيكلية المراضة المشتركة في اضطراب الشخصية الحدية BPD والاضطرابات السريرية. وقد أكدوا أن اضطراب الشخصية الحدية BPD مرتبط بالمسؤوليات الداخلية والخارجية للاعراض.

لكن هذه الارتباطات تختلف بين الجنسين، حيث خارجية الأعراض هي الأكثر ارتباطاً مع اضطراب الشخصية الحدية BPD في الرجال منه في النساء. قد بين جايمز وتايلر تعقيد العلاقات بين الشخصية والمرض النفسي والحاجة إلى دراسة مكان اضطرابات الشخصية PD في إطار عمل المسؤوليات الأخرى.

يبدو أن ما يدفع بالتغييرات المقترحة على تصنيفات دليل DSM-5 القائمة حول الشخصية واضطرابات الشخصية في المجموعة العاملة هو الرغبة في خفض وقوع الأمراض المشتركة. وإن الحل المقترح يبدو أنه يعتبر حالات وقوع الأمراض المشتركة التي تتم دراستها على أنها نتيجة تشخيص خادع ومضرب بفهمنا للمراضة المشتركة. إن الاقتراح بالتخلي عن التشخيصات الخمسة حول المرض النفسي في دليل DSM-IV إلى دليل DSM-5 متوافقاً مع هذا التعليل، وقد دعم عدد من الخبراء هذا الجزء من المقترح (4). لكن الخوف من إزالة العلاقات المزيفة بين الاضطرابات السريرية واضطرابات الشخصية PD قد تفوق على اعتبارات أخرى، منها، أهداف المنفعة السريرية. وقد زادت دراسات أخيرة حول المراضة المشتركة، تضمنت دراسات استشارية أترابية محددة، من فهمنا للمنفعة السريرية في تشخيصات المراضة المشتركة. مثلاً، يتأثر مسار اضطراب الشخصية الحدية BPD بشكل كبير بوجود أو غياب اضطراب سوء استخدام المواد كمرض مشترك. ويبدو وجود أو غياب اضطرابات سوء استخدام المواد أو الهدأة من اضطراب سوء استخدام المواد كمرض مشترك أنه يتوقع هدأة مبكرة من اضطراب الشخصية

يتطرق ت. يديغر إلى العلاقات بين الشخصية والمرض النفسي إما بتأثير أحدهما على مظهر الآخر، من خلال العلاقة بمظهرية الأعراض: حيث يتشارك سببياً مشتركة أو علاقات طيفية أو دور سببي في إحداث أحدهما الآخر، من خلال العلاقة السببية. وبالرغم من أنه يقدم هذه المسائل بوضوح تام، فهو يعترف بشكل كلي بأن فك العقد التي تشبك العلاقات بين الشخصية والمرض النفسي «مهمة هائلة». يتناول تعليقي التركيز على مقارنة دليل DSM-5 للشخصية واضطرابات الشخصية لدى المجموعة العاملة (راجع www.dsm5.org) في حل مسألة المراضة المشتركة بين اضطرابات الشخصية PD والاضطرابات السريرية (المرض النفسي أو اضطرابات المحور الأول I). أقترح في إطار فهم العلاقة التي تربط الاثنين أشبه بالغوص في مياه غير معروفة؛ لذا فإذا لم يتم اعتماد نوع من القياس لمستوى عمق المياه، قد يضعك الغوص في خطر شديد. عام 1980، قدم دليل DMS-III للمرة الأولى نظام متعدد المحاور وضع اضطرابات الشخصية PD على محور مختلف من الاضطرابات السريرية. ومن دون أن يميز التصنيف بشكل نهائي بين الاثنين، جذب الكثير من الانتباه للاضطرابات الشخصية PD سريريا كما في مجال الأبحاث. ومنذ ذلك الحين، قام عدد كبير من المنشورات بتوثيق العدد الضخم للمراضة المشتركة بين نوعي الاضطرابات. لم يظهر مصطلح المراضة المشتركة تناسقاً ثابتاً، وقد بدا أحياناً مضللاً حين لم يتم تحديده صراحة. وقد قام فاينستين (1) بتحديد المصطلح بأنه «أي كيان سريري إضافي وجد أو قد يحدث خلال مسار سريري لمرضى ما يظهر مؤشراً للمرض الخاضع للدراسة». نرى في هذا التعريف أن الاضطرابات تملك مفهومين مختلفين: يمكنها الوقوع متزامنة لكن لا تكون بالضرورة مرتبطة. وهذا التفريق هام لأن

- chronic disease. J Chronic Dis 1970;23:455-68.
2. Krueger RF, Markon KE. Reinterpreting comorbidity: a model-based approach to understanding and classifying psychopathology. Ann Rev Clin Psychol 2006;2:111-33.
 3. James ML, Taylor J. Revisiting the structure of mental disorders: borderline personality disorder and internalizing/externalizing spectra. Br J Clin Psychol 2008;47:361-80.
 4. Livesley J. The current state of personality disorder classification: introduction to the special feature. J Pers Disord (in press).
 5. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J et al. Comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. Am J Psychiatry 2004;161:2108-14.
 6. Gunderson J, Stout R, Sanislow C et al. New episodes and new onsets of major depression in borderline and other personality disorders. J Affect Disord 2008;111:40-5.
 7. Newton-Howes G, Johnson T, Tyrer P. Personality disorder and the outcome of depression: systematic review and metaanalysis. Br J Psychiatry 2006;188:13-20.

في مقارنة التصنيف التي سنعمدها، بل يجب أن تكون في الواجهة الامامية ومركزية في فهمنا للأفراد الذين سيسلكون المسار الأفقر ويبدون الاستجابة غير الكافية للعلاج ويظهرون معدلات وفاة عالية. إن التغييرات الجذرية المقترحة على مجموعة العمل على محور الشخصية واضطرابات الشخصية في دليل DSM-5 واجهت انتقادات لأنها تفترض أننا نفهم المراضة المشتركة بشكل كافٍ لوضع نظام تصنيف صالح. وإن المقارنة الجذرية هذه قد واجهت أيضاً انتقادات لابتعادها عن التشخيصات الحالية والأبحاث التجريبية الأخيرة التي تستند على تلك التشخيصات التي تراكمت على مدى العقود الثلاثة الأخيرة. أخيراً، على عكس الوضع الذي يتجلى في مقالة ويديغر، فإن مجموعة العمل على محور الشخصية واضطرابات الشخصية في دليل DSM-5 جد معقدة وتتضمن على الأقل أربعة خطوات تشخيصية منفصلة. إن التعقيد في هذا الاقتراح قد يعيق المنفعة السريرية ويتحول إلى عائق هائل أمام الأطباء السريريين الذين يحاولون تشخيص اضطرابات الشخصية. إن مجال تخصصنا يمر في مرحلة كبرى من التغيير وعلينا أن نضمن توجيه هذه المرحلة الانتقالية في الاتجاه الصحيح. فالإغلاق المبكر على تلك المسائل كتشخيصات المراضة المشتركة قبل أن نفهم عمق المياه التي نغوص فيها قد يكون أمراً مدمراً لمرضانا أو كامتاً لصوتنا في مجال وضع السياسة واتخاذ القرار.

المراجع

1. Feinstein AR. The pre-therapeutic classification of co-morbidity in

الحدية (BPD) 5). وعلى الرغم من أن الكثير من اضطرابات المحور الأول قد تبين أنها تملك مراضة مشتركة مع اضطراب الشخصية الحدية BPD، فإن اضطرابات المزاج والقلق تبدو الأكثر تداخلاً. وبشكل خاص، فإن هذات اضطراب الشخصية الحدية BPD تتوقع هذات اضطراب الاكتئاب الحاد MMD المشترك وتخفف من خطر الإصابة بنوبات هذا الاضطراب في المستقبل لدى مرضى اضطراب الشخصية الحدية BPD؛ لذا فإن العلاج التدخل في مرضى اضطراب الشخصية الحدية BPD يجب أن يتم لمعالجة اضطراب الاكتئاب الحاد المشترك (6). ووفقاً للمراجعات الأكثر شمولية، فإن استجابة المرضى للعلاج حيث يعاني المريض اضطراب الاكتئاب الحاد واضطراباً في الشخصية PD غير كاف مرتين أكثر منه لدى مرضى الاكتئاب وحده (7).

مراراً وتكراراً، نجد أن المنفعة السريرية لمفهوم المراضة المشتركة قد لاقى دعماً وتم تحسينه خلال العقود الماضية على يد الباحثين. إن المنفعة السريرية التي تقتضي دراسة المراضة المشتركة بين الاضطرابات السريرية واضطرابات الشخصية PD لم يتم وضعها على سلم الأولويات كما تقتضي الحاجة عند القيام بتحديد التغييرات على أنظمة التصنيف. من وجهة نظر سريرية، فإن مفهوم المراضة المشتركة مقارنة مع الاضطرابات الصرفة قد تكون مشابهة لدراسة الأورام الخبيثة والحيدة، حيث يتم تحديد الورم الخبيث من خلال غياب حدوده وتأثيراته على النظام بأكمله. إن هذه المفاهيم، أي الخبيث مقارنة بالحيد، لا تزال كلياً غير مفهومة لكنها تتمتع بمنفعة سريرية عالية. وعلى وجه الشبه، فإن المراضة في الاضطرابات النفسية يجب ألا تكون مختبئة

استكشاف علاقة الشخصية باضطراب الشخصية وتأثيراتها على دليل DSM-5

JOSHUA D. MILLER

University of Georgia, Athens, GA, USA

تناول ويديغر في مراجعته العميقة للعلاقة بين الشخصية والمرض النفسي بشكل موجز العلاقة بين الشخصية واضطرابات الشخصية PD. ويرد في هذه المقالة شرحاً مسهباً عن هذا الموضوع الهام والحالي، لا سيما وأنه يتعلق بالإصدار الجديد لدليل DSM-5، والذي يعد التشخيص المعتمد دولياً حول التصنيف التشخيصي لعلم النفس والطب النفسي الذي يتمتع بالتأثير الأكبر. وكما أشار ويديغر، ثمة دليل مؤكد يشير إلى أن اضطرابات الشخصية PD يمكن أن يتم فهمها على أنها «متغيرات عدم تكيف و/أو متغيرات متطرفة لنموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية FFM» وثمة

وهي أن هذه الهيكلية «صامدة إحصائياً في معظم المناطق الكبرى من العالم» (6). وقد ناقش آخرون أن اضطرابات الشخصية PD الواردة في دليل DSM-IV هي «ما هو إلا هجين لسمات ثابتة وقل ثباتاً من السلوك العرضي» (7). وقد اقترح هؤلاء المؤلفون أن هذه السمات الأكثر ثباتاً قد تكون «مرشحاً رئيسياً يجب الحفاظ عليها» في دليل DSM-5، لا سيما وأن معايير اضطرابات الشخصية PD في دليل DSM-IV تشدد على «الاستقرار والمقاومة أمام التغيير» (8). ويدفع سبب آخر الباحثين والأطباء السريريين للتركيز على هذه السمات المستقرة وهو ما توحى به البيانات من أن التغييرات التي قد تطرأ على هذه السمات الدفينة ستؤدي إلى تغييرات في أعراض الاضطرابات الشخصية PD، في حين أن الاتجاه المعاكس

عدد من الأطر البحثية والدراسات التي تدعم هذا المفهوم: أ) يمكن للباحثين والأطباء السريريين تقييم الاضطرابات الشخصية PD بسهولة وبشكل موثوق من خلال السمات الـ 30 من نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية (1-2)؛ ب) يمكن تسجيل نتائج الفرد عن هذه السمات لتقييم اضطرابات الشخصية PD بطريقة صحيحة (3-4)؛ ت) هيكلية العوامل لاضطرابات الشخصية PD يمكن أن يتم تفسيرها بشكل مباشر من خلال إطار العوامل الخمسة الكبرى (5)؛ ث) إن هذه السمات العامة يمكن أن يتم استخدامها لفهم هذا النمط من المراضة المشتركة بين اضطرابات الشخصية (1) PD. أضف إلى ذلك نقطة إيجابية أخرى في استخدام نموذج مماثل في وضع المفاهيم والتشخيص لاضطرابات الشخصية PD، ألا

- criteria for schizotypal, borderline, avoidant, and obsessivecompulsive personality disorders: toward a hybrid model of axis II disorders. Am J Psychiatry 2005;162:883-9.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed., text revision. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
 9. Warner MB, Morey LC, Finch JF et al. The longitudinal relationship of personality traits and disorders. J Abnorm Psychol 2004;113:217-27.
 10. Gunderson J, Bateman A, Beck A et al. Scientific forum for borderline personality disorder. www.bpdforum.com.
 11. Few LR, Miller JD, Morse JQ et al. Examining the reliability and validity of clinician ratings on the Five-Factor Model score sheet. Assessment 2010;17:440-53.
 12. Miller JD, Maples J, Few LR et al. Using clinician-rated Five-Factor Model data to score the DSM-IV personality disorders. J Pers Assess 2010;92:296-305.
 - an expert consensus approach. J Abnorm Psychol 2001;110:401-12.
 2. Samuel DB, Widiger TA. Clinicians' personality descriptions of prototypic personality disorders. J Pers Disord 2004;18:286-308.
 3. Miller JD, Bagby RM, Pilkonis PA et al. A simplified technique for scoring the DSMIV personality disorders with the five-factor model. Assessment 2005;12:404-15.
 4. Miller JD, Reynolds SK, Pilkonis PA. The validity of the five-factor model prototypes for personality disorders in two clinical samples. Psychol Assessment 2004;16:310-22.
 5. O'Connor BP. A search for consensus on the dimensional structure of personality disorders. J Clin Psychol 2005;61:323-45.
 6. Schmitt DP, Allik J, McCrae RR et al. The geographic distribution of big five personality traits. Patterns and profiles of human self-description across 56 nations. J Cross Cult Psychol 2007;38:173-212.
 7. McGlashan TH, Grilo CM, Sanislow CA et al. Two-year prevalence and stability of individual DSM-IV

غير صحيح (9). وقد أشار وارنر وآخرون إلى أن «هذه النتائج تلتقي مع الاعتقاد السريري بأن التغيير المستديم في الشخصية قد يتطلب أكثر من استهداف السلوكيات والأعراض المحددة». وفي النهاية، من المنطقي أن تركز وجهة النظر السريرية والتجريبية على هذه السمات الثابتة في وضع المفاهيم وتقييم اضطرابات الشخصية PD. ويبدو أن دليل DSM-5 سيضم نموذج سمات بعدي يمكن استخدامه لوصف اضطرابات الشخصية PD التقليدية التي من المقرر إضافتها (مثال، اضطراب الشخصية الحدية) وتلك المقرر إبعادها (مثال، اضطراب الشخصية النرجسية) من دليل DSM-5. بالإضافة إلى أشكال أخرى أقل شيوعاً من الاضطرابات في الشخصية. وعلى الرغم من أن البعض قد يختلفون في طريقة وضع نموذج السمات، و/أو النموذج النهائي ذاته، فإن إضمام نموذج السمات هو خطوة نحو الاتجاه الصحيح.

مع ذلك، وعلى الرغم من الدعم التجريبي القوي لهذه الأنواع من السمات البعدية لاضطرابات الشخصية PD، يختلف الكثير من الباحثين البارزين وبشكل يثير التساؤل حول اقتراح دليل DSM-5. على سبيل المثال، فقد قام 29 عالم نفس وطبيباً نفسياً ممثلين بالباحث البارز ج. جندرسن بإرسال رسالة الكترونية إلى مجموعة العمل على محور الشخصية واضطرابات الشخصية في دليل DSM-5 ينتقدون فيها الاقتراح (10). ويرى هؤلاء الخبراء أن «هناك هوة كبرى لا تزال قائمة بين العلم وسمات الشخصية أو النموذج البعدي والممارسة السريرية... وتشمل الكثير من اللغة المستخدمة تحديات للوصف إما أنها لا تبين عن معرفة بالأطباء السريريين أو تحتاج إلى الكثير من الاستنتاج المرجعي حيث تصبح الموثوقية أمراً صعب المنال».

مع كامل تقديرنا واحترامنا، فإن هذا الموقف لا يتوافق مع البيانات القائمة التي تدل على أن السمات البعدية يمكن أن يتم تحديد مستوياتها من قبل الأطباء السريريين الذين لا يألفون نموذج السمات الدفينة بطريقة موثوقة وصالحة، وإن هذه السمات يمكن استخدامها بمعزل أو بإضافة لتوفير معلومات سريرية ذات منفعة (11،12). إن الاعتراف الصريح للعلاقة الجوهرية بين سمات الشخصية واضطرابات الشخصية خطوة هامة في بناء تصنيف تشخيصي صالح وذات منفعة سريرية.

المراجع

1. Lynam DR, Widiger TA. Using the five-factor model to represent the DSM-IV personality disorders:

تفاعل الاضطرابات الشخصية مع الاضطرابات النفسية الأخرى المتزامنة الحدوث

JOHN M. OLDHAM

Menninger Clinic, Baylor College of Medicine, Houston, TX, USA

الظروف البيئية الضائرة. وفي حين لا يميز ويدير هنا بين أنواع الشخصية التي يحدها نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية FFM واضطرابات الشخصية كما ترد في دليل DSM-IV-TR، إلا أن حججاً مماثلة قد تم الإشارة إليها حول تأثير اضطرابات المحور الثاني II على مسار اضطرابات المحور الأول I. وبشكل خاص، فقد أشارت مقالة للباحث سكودل وآخرين (1) إلى أن عينة كبرى ممثلة قومياً لراشدين يعانون اضطراب الاكتئاب الحاد MDD، كان فيها اضطراب الشخصية الحدية BPD منبئاً قوياً مع مرور الوقت لاستمرار الاكتئاب الحاد، كما كان منبئاً قوياً لاستدامة الاكتئاب والحضور المتزامن لاضطرابات المحور الأول I.

ثم يقوم ويدير بمراجعة التأثيرات التي يخلفها المرض النفسي على الشخصية. ويؤكد على أن تقييم الشخصية لن يكون دقيقاً في حاله إذا ما تم حين يختبر المريض نوبة

يعرض ت. ويدير نظرة عميقة ومتزنة حول الطرق الثنائية بين الشخصية والمرض النفسي وكيف يؤثر أحدهما بالآخر. ويركز أولاً على الآثار التفريقية التي قد تؤدي إليها بعض أنواع الشخصيات المختلفة على تطور بعض الاضطرابات النفسية المحددة، مقترحاً أن بعض الأنماط الظاهرية مشتركة بين سمات الشخصية (بالإشارة إلى نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية FFM) وخصائص الاضطرابات المحددة، كاضطرابات الطعام المحددة.

في الإطار السريري للاهتمام التنامي في الوقاية والتدخل المبكر، من المهم الأخذ في الاعتبار إمكانية أن تكون بعض أنواع الشخصيات نمطاً منبئاً، لجلب الانتباه المبكر للمخاطر الوراثية لأمراض محددة قد تبرز خلال

وإن هذه المسائل والكثير غيرها قد جمعها ويديفر بطريقة جيدة في مقالته التي توجهنا باتجاهات هامة لمزيد من الدراسات.

المراجع

1. Skodol AE, Grilo CM, Keyes KM et al. Relationship of personality disorders to the course of major depressive disorder in a nationally representative sample. *Am J Psychiatry* 2011;168:257-64.
2. Morey LC, Shea MT, Markowitz JC et al. State effects of major depression on the assessment of personality and personality disorder. *Am J Psychiatry* 2010;167:528-35.
3. Gunderson JG, Bender D, Sanislow C et al. Plausibility and possible determinants of sudden "remissions" in borderline patients. *Psychiatry* 2003;66:111-9.
4. Gunderson JG, Morey LC, Stout RL et al. Major depressive disorder and borderline personality disorder revisited: longitudinal interactions. *J Clin Psychiatry* 2004;65:1049-56.
5. Gunderson JG, Stout RL, McGlashan TH et al. Ten year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Arch Gen Psychiatry* (in press).

بعض الدلالات الحيوية (البيولوجية) ودرجة من المخاطر الجينية مع مخاطر تطور الفصام. ويشكل الدليل مثار جدل أكبر حين يتعلق الأمر بالعلاقة مع اضطرابات الشخصية من فئات المحور الأول I.

إن الاعتراف بأن المرض النفسي، لا سيما الحاد والمستديم، يمكنه تعديل أو صقل الشخصية مقنع بالتأكيد في الكثير من الحالات السريرية. ويبقى موضوع كيفية أو حتى جدوى محاولة تشخيص بعض المرضى لوجود اضطراب شخصية كالمرضى الذين يعانون بداية حادة ومستديمة من الفصام، سؤالاً مشروعاً. وحتى في هذه الحالات، ثمة دوماً «شخص» موجود، قبل تطور حالة وفق المحور الأول I، وحين نتمسك بإطار عمل من الأمل في الشفاء يساعدنا ذلك على عدم نسيان هذا الأمر. في بعض الأحيان حيث يتداخل ترابط الحالات، تكون المشقة كبيرة. أذكر أحد المرضى الذين أجريت لهم فحصاً لاضطراب الشخصية، وهو كناية عن مقابلة شبه منظمة للتشخيص السريري في اضطرابات الشخصية المحددة في دليل DSM. وقد اتبعت التعليمات التعريفية العادية وما هي حال حياتها كراشدة، ليس فقط في مرحلة المرض كالإكتئاب أو سوء استخدام المواد. فقالت «توقف»، وهذا ما فعلت، وأضافت إنها تبلغ 35 عاماً من العمر وأنها المرة الأولى التي يتم إدخالها إلى المستشفى بسبب إدمان حاد على الكحول، وأن المرة الأخيرة التي تذكر نفسها فيها واعية كانت في عمر 12 عاماً. في حالة كهذه، لا يمكننا أن نتعرف على «من هي» إلا مع مرور الوقت، وبعد أن تكون التزمّت وبقيت واعية.

أعراضية حادة للمرض. غير أن هذا التأكيد يثير بعض الجدل. إذ اقترح موري وآخرون (2)، على سبيل الذكر، أن اضطرابات الشخصية يمكن تشخيصها بطريقة صالحة خلال النوبات الاكتئابية. وفيما خص الديناميكيات التفاعلية مع مرور الوقت، يستشهد ويديفر بتقرير دراسة الاضطرابات الشخصية الطولانية التعاونية متعددة المواقع CLPS، الذي نشر عام 2003، حيث يقترح جندرسن وآخرون (3) أن الهدأة في اضطراب الشخصية الحدية BPD قد يلي في أغلب الأحيان حل لاضطراب المحور الأول I. ولكن، مجموعة عمل هذه الدراسة أشارت أنه على فترة ثلاث سنوات لم يتأثر معدل الهدأة لاضطراب الشخصية الحدية BPD بإصابة المريض المتزامن بالاكتئاب الحاد MDD أو عدم إصابته به، بينما كانت فترة الوصول إلى هدأة في الاكتئاب الحاد مطولة بشكل أكبر لدى المرضى الذين يعانون اضطراب الشخصية الحدية BPD بشكل متزامن (4). وقد دعمت نتائج مماثلة في دراسة المتابعة الممتدة لعشر سنوات من مجموعة العمل البحثي ذاتها (5).

إن ملخص ويديفر للدراسات الذي يشير إلى أن اضطرابات الشخصية يمكن أن يتم فهمها عبر متغيرات حادة في نموذج FFM كنموذج مفهومي مساعد، وهو نموذج مألوف في العالم الطبي وشبيه بالحالات الطبية كفرط ضغط الدم. ولكن، الحجة التي تفيد بأن اضطرابات الشخصية المحددة في دليل DSM ووجودها على طيف يصلها بمعظم الفئات الكبرى في المحور الأول I، فهي تشكل مثار جدل أكبر. وفي هذا السياق، فإن الدليل أكثر إقناعاً بأن مرضى الشخصية ذات النمط الفصامي يتشاركون

الشخصية مرض نفسي محتمل، والعكس صحيح

بالقلق والخوف مما قد يحدث. أما الفصام، فيظهر في شخصية مستقرة نسبياً، بينما يكون اضطراب الهام مستديماً خلال حياة المريض. لذا يمكننا القول أن الكثير من اضطرابات المحور الأول I قد تكون هيكلية مختلفة لشخصية مستقرة.

ومن وجهة نظر أخرى، فإن النتائج الحديثة في أبعاد الشخصية الشائعة، التعصب، هي عادة وفقاً لأي من معايير المرض النفسي صعبة التحديد من كيانات سريرية كالأنواع المختلفة من اضطرابات المزاج والقلق. وتشبه النتائج العالية جداً للانطواء على الذات الخصائص السلبية في الفصام، لا سيما الفصام البسيط. بينما تشكل النتائج المنخفضة جداً في التوافق وبقطة الضمير إلى اضطرابات أساسية وجوهريّة، كما يشير ويديفر.

والمرض النفسي أحياناً يندمج أحدهما بالآخر، وأحياناً أخرى يكونان مرتبطان ولو أنهما من الناحية المفهومية والوظيفية مختلفة، وأحياناً أيضاً يكونان غير مترابطين إطلاقاً. وتكمن الخلاصة في أن لهذا الواقع نتائج على تصنيفات التشخيص.

الاكتئاب مرض نفسي. ولكن، عدد الأفراد الذين يعانون الاكتئاب طوال حياتهم ليس قليلاً. ويشعرون بعدم الأمان وميل للشعور بالذنب وعدم القيمة والتعاسة، إلى آخره. وقد ينظر إلى ذلك كهيكلية شخصية. من ناحية أخرى، قد يرى البعض أن شخصيتهم غير متوافقة مع الأنا: ولا يفهمون ذاتهم، يستشيطنون غضباً فجأة ويشعرون بعدم الأمان واليأس. وربما يجب تسمية ذلك بالمرض النفسي. ويتجلى اضطراب القلق العام لدى الكثيرين من خلال شعور مزمن

SVENN TORGENSEN

Center for Child and Adolescent Mental Health,
Eastern and Southern Norway, Oslo, Norway

يقوم ويديفر بمناقشة العلاقة بين أبعاد الشخصية الشائعة والاضطرابات الشخصية وعلاقة الشخصية والاضطرابات الشخصية باضطرابات الأعراض، وما يعرف بالحالات السريرية أو اضطرابات المحور الأول I في دليل DSM. بهذه الطريقة، ناقش العلاقة بين السلوك والمشاعر والأفكار المتوافقة وغير المتوافقة مع الأنا: بين من نكون في المشاعر والأفكار والسلوكيات وما يحدث لنا من ناحية المشاعر والأفكار والسلوكيات. إن فرضية هذا التعليق هي أن الشخصية

disorder empirical literature: a metaanalytic review. Clin Psychol Rev 2004;23:1055-85.

2. Kendler KS, Myers J, Torgersen S et al. The heritability of cluster A personality disorders assessed by both personal interview and questionnaire. Psychol Med 2007;37: 655-65.
3. Torgersen S, Myers J, Reichborn-Kjennerud T et al. The heritability of cluster B Personality disorders assessed by both personal interview and questionnaire. Submitted for publication.
4. Caspi A. The child is father of the man: personality continuities from childhood to adulthood. J Pers Soc Psychol 2003;78:158- 72.
5. Moffitt TE, Arsenault L, Belsky D et al. A gradient of childhood self-control predicts health, wealth and public safety. Proc Natl Sci USA 2011;108:2693-8.
6. Reichborn-Kjennerud T, Czajkowski N, Torgersen S et al. The relationship between avoidant personality disorder and social phobia: a population-based twin study. Am J Psychiatry 2007;164:1722-8.
7. Durbin CE, Kline DN. Ten-year stability of personality disorders among outpatients with mood disorders. J Abnorm Psychol 2006;115:75-84.
8. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB et al. Time to attainment of recovery from borderline personality disorder and stability of recovery: a 10-year prospective followup. Am J Psychiatry 2010;167:663-7.

ثمة اضطرابات في الشخصية. ولكن اضطرابات الشخصية على الأرجح لا تختلف بشكل أساسي عن اضطرابات الأعراض. قد تكون نتيجة الجينات ذاتها (بحسب ما ذكر ويديغر)، كما تبدو الحال لاضطرابات الشخصية الاجتنابية والرهاب الاجتماعي (6). وهي ليست أكثر استقراراً من اضطرابات الأعراض (7,8). إلى أين يوصلنا ذلك؟ على الأرجح أن المفاهيم الحالية التي نملكها حول الشخصية والأمراض النفسية بدائية جداً. قد نتخيل مثلاً أن ما يتم تشخيصه اليوم على أنه اكتئاب حاد قد يكون كناية عن عدداً من الاضطرابات المختلفة كلياً عن الاضطراب الأصلي. فقد يكون اضطراب اكتئاب ما مجرد كيان شخصية مزمن يترافق مع عدد من سمات الشخصية التي نعرف اليوم بأعراض الاكتئاب والقلق. ويشكل حدث بيولوجي دماغي اضطراباً اكتئابياً آخر يحدث لدى شخص يتمتع بشخصية طبيعية من دون وقوع أي أحداث في بيئته تكون حدثاً مسبباً. كما قد يكون رد الفعل العادي (الشائع) المصحوب بقلق إضافي نوع اكتئاب ثالث، يظهر عند أحداث أو تحت ظروف حياتية شديدة القسوة. والنوع الرابع من الاكتئاب هو نتيجة تكوين شخصية تؤدي إلى أحداث حياتية مليئة بالمشاكل يتأتى عنها ردات فعل اكتئابية وقلق. من ناحية أخرى، قد يكون الأفراد الذي يسجلون نتائج قصوى في أبعاد الشخصية أفراداً تختلف مييزات شخصيتهم عن أصلها. لذا، فإن مفاهيمنا حول الشخصية والمرض النفسي قد تكون بعيدة عما قد نجهه منطقياً في المستقبل، أي حين نتوصل إلى معرفة المزيد حول أسباب وهيكلية محددة خلف تلك المفاهيم.

المراجع

1. Saulsman LM, Page AC. The five-factor model and personality

ماذا يبقى؟ تطور مفهوم الشخصية ضمن إطار عمل علم النفس، لا سيما علم نفس الشخصية، على عكس، وأحياناً في منافسة، لعلم النفس السريري. إن علم الأمراض النفسية مفهوم يدخل ضمن طب النفس، على الرغم من أنه بعض الأحيان مقبول في علم النفس السريري. يتم عادة تقييم الشخصية من خلال استبيانات مبلّغ عنها ذاتياً، والمرض النفسي من خلال مقابلة، مهيكلة أو مفتوحة سريريا. إن الارتباط بين الأبعاد المشتركة للشخصية واضطرابات الشخصية اللذين يتم تقييمهما من خلال مقابلة مرتفعة بقدر ما يسمح نقص الموثوقية (1). ويبدو المنشأ الجيني هو ذاته (2,3). وما يظهر محدد البيئة غير مشترك لأي من استبيان تقييم الشخصية أو مقابلة تقييم المرض النفسي هو على الأرجح تباین خطأ. ولكن هل يعني ذلك أن الشخصية (الحادة) والمرض النفسي (اضطرابات الشخصية أو أعراض الاضطرابات) يلتقيان دائماً؟ على الأرجح لا. قد تتطور خصائص الشخصية في مراحل أولى من حياة الفرد سلوكيات صحية تطرح مخاطر، وتكيف اجتماعي غير محظوظ، ونزاعات في العلاقات وخلل في سن الرشد (4,5). إن هذا التطور يطرح حالات حياتية وحتى أحداث تؤدي بدورها إلى اكتئاب وقلق، كما أكد ويديغر. قد يقيم شخص لديه ميل قوي للانطواء على الذات علاقات اجتماعية قليلة، مما يؤدي إلى شعور بالوحدة وبالتالي الاكتئاب، بينما يعيش شخص اندفاعي لديه تبيانات انفعالية قوية حالات انفصال وخسارة متكررة في العلاقات العاطفية وبالتالي يعاني قلقاً واكتئاباً. ويدرك كل طبيب سريري عدداً من هذه الحالات المتتالية. في الوقت ذاته، فإن سمات الشخصية هذه لا تحتاج إلى أن تؤدي إلى أعراض. لذا فهي مختلفة عن الأمراض النفسية. قد يقول البعض: نعم، لكن في أي حال

التحديات في دراسة الشخصية والباثولوجيا النفسية

هذا البحث، يجب اظهار العلاقة بين الشخصية والمرض النفسي. وإن الملاحظة التي تفيد بأن سمات الشخصية والمرض النفسي يقعان بوقت متزامن لدى الشخص تطرح في هذا الإطار وتطرح عدداً كبيراً من الاحتمالات (1,2). أولاً، إن الارتباط بين سمات الشخصية وبعض أشكال المرض النفسي قد تكون اصطناعية بسبب ارتباطات في القياس أو التصميم. مثلاً، تعد مشاكل سوء استخدام المواد مثلاً لسمة الشخصية الاندفاعية، وتضمن درجة ما من التداخل بين سمة الشخصية وتشخيصات اضطراب سوء استخدام المواد. على النحو ذاته،

العلاقة الطيفية. وهنا، تعتبر بعض سمات الشخصية وأشكال المرض النفسي موجودة على الطيف ذاته من الأداء الوظيفي. وقد يبرز بعد من الجانب الوظيفي حيث "تنزف" سمات الشخصية إلى المرض النفسي كلما اقتربنا داخل البعد وبتجاه الخلل الوظيفي. نهاية، من الممكن أن ترتبط الشخصية والمرض النفسي بعلاقة سببية.

على الرغم من سنوات من الأبحاث التي تحاول تفكيك العقد وتوضيح طبيعة العلاقة بين الشخصية والمرض النفسي، فإن ذلك يبقى مهمة صعبة التحقيق. عند الانطلاق في

TIMOTHY J. TRULL

Department of Psychological Sciences, University of Missouri, Columbia, MO 65211, USA

يقدم ت. ويديغر ثلاث طرق بارزة حول وضع مفاهيم عن العلاقة بين الشخصية والمرض النفسي. أولاً، علاقة مظهرية الأعراض تشير إلى أن كل من الطرفين قد يؤثر على مثل أو ظهور الآخر. وحين تحدث خصائص الشخصية والمرض النفسي في آن واحد لدى الفرد نفسه، فإن الصورة السريرية ستبدو مختلفة عن حالات سمات الشخصية أو عن هذا السبيل من المرض النفسي الذي يظهر في العزلة. ثانياً،

يمكن لبعض المؤشرات السلوكية الاندفاعية أو العدائية أن تكون على علاقة بسوء استخدام المواد (مثال، القيادة تحت تأثير الكحول، والعنف نتيجة الإدمان).

أما فيما يخص الارتباكات في التصميم، فإن معظم الدراسات الخاصة بالشخصية والمرض النفسي هي دراسات تقاطعية، ويجري الكثير منها على مرضى إما يعانون مرحلة ناشطة من اضطراب المحور الأول I أو خرجوا منها مؤخراً. على سبيل المثال، قد يكون لسوء استخدام المواد دوراً في مشاكل عدم الاستقرار العاطفي (أو الانفعالية السلبية) والاندفاعية والتي تشكل سمات حادة في الشخصية (2). قد يحاول البعض تفادي هذا العامل المربك المحتمل من خلال تحديد سمات أو خصائص الشخصية الموجودة في غياب سوء استخدام المواد فحسب، مع ذلك، فإن الموثوقية والصلاحية لهذه التقارير الاستشرافية تبقى غير واضحة.

من الممكن أيضاً أن يتبين أن متغيرة ثالثة لم يتم تحديد قياسها، تتعلق بسمات الشخصية والمرض النفسي، مسؤولة عن علاقتهما في دراسة محددة. وقد تكون دراسة كهذه أو لا تكون ذات صلة بالسببيات. مثلاً، فإن العمر ليس عاملاً سببياً هاماً فيما يخص مسببات الحالة المرضية أو سمات الشخصية، إلا أنه قد يجعل من العلاقة بين الشخصية والمرض النفسي أكثر أرجحية. فالراشدون الشباب من المحتمل أن يكونوا أكثر اندفاعية كما أن يميلوا أكثر إلى سوء استخدام المواد. على نحو معاكس، تشكل متغيرة ثالثة كالاستعدادات الجينية المشتركة سبباً هاماً (3).

من الممكن أيضاً أن تكون علاقة الشخصية والمرض النفسي علاقة سببية. فمن حيث المفهوم، يبدو نموذج المزاج والشخصية كأنما تشكل في سن مبكرة وقد يكون له أهمية وجودية. وتظهر دراسات طولانية واستشرافية تأثير خصائص المزاج والشخصية على تطور الصحة النفسية اللاحق (4). أضف إلى ذلك، ثمة دليل جيد بأن الشخصية مرتبطة بنتائج حياتية لاحقة (5,6)، ما يعزز الاتجاه نحو العلاقة السببية. من ناحية أخرى، قد تكون خصائص الشخصية نتيجة تجربة مرض نفسي والعكس صحيح. مثلاً، قد يؤدي الاستهلاك المزمن

والمفرط للكحول إلى استنزاف السيروتونين، الأمر الذي بدوره يمكن أن يؤدي إلى سلوك اندفاعي.

نهاية، فإن النماذج الثلاثة تؤدي دوراً مساعداً ولكن في مرحلة البداية فحسب. وثمة الكثير من التعقيدات في وضع مفاهيم الهيكلية كما تصميم مناهج الدراسات وتطبيقها في هذا المجال. إن التحديات الكبرى التي تعترض الدراسات المستقبلية حول الشخصية والمرض النفسي هي:

تحديد ما هي الشخصية وما يُحدد كتغيير في الشخصية. ترتبط بعض أعراض/مؤشرات المرض النفسي بسمات الشخصية مباشرة بينما تختلف أخرى في مدى ارتباطها وتبدو أقل تعلقاً بها. وفيما يخص التغيير في الشخصية، فإن متوسط مستويات سمات الشخصية يتغير في مراحل حياته، وهو امر طبيعي (7,8). لذا فإن عملية إثبات تغييرات في نتائج متوسط سمات الشخصية البسيطة لا تشير بالضرورة إلى «تغيير في الشخصية» نتيجة تجربة مرض نفسي. لكن، قد تكون هيكلية الشخصية لدى الفرد (مثال، عامل هيكلية سمات الشخصية) مؤشراً لتغيير في الشخصية نتيجة تجربة المرض النفسي.

الحاجة إلى دراسات استشرافية ضمن إطار عمل تطوري تدرس العلاقات بين الشخصية والمرض النفسي. لم تول معظم الدراسات حول الشخصية والمرض النفسي اهتماماً بتأثيرات النمو (التي تحدد وفق العمر) على كل من الاثنين لا بل تجاهلتها. ولن تتمكن معظم الدراسات التقاطعية من تفسير هذه العلاقات. لكن هذا لا يعني أن الدراسات التي تبدأ بأترابية ولادية وتمتد حتى مراحل متقدمة من العمر تتمتع بقيمة ما. بل إنه واعتماداً على أشكال المرض النفسي (مع الأخذ بعين الاعتبار فترات الخطر والمظاهر المتعلقة بالعمر الخاصة بالاضطراب) وسمات الشخصية التي يتم تناولها، يمكن للدراسات «الأقصر» الطولانية أن تفي بالمعلومات المطلوبة.

تأثير الجينات والبيئة والتفاعلات بينهما. تشير الدراسات التقدمية الطولانية التي تحلل تأثيرات الجينات على السمات والسلوك والبيئة على مراحل الحياة المختلفة إلى أن الإجابات

على أسئلتنا تكمن في علاقات الشخصية والمرض النفسي على الأرجح معقدة مما فيه الكفاية (9). وإن النتائج التي تدل إلى ارتباط جيني وبيئي وتفاعلات جينية وبيئية أخرى متعلقة بالتخلق المتعاقب في تطور المرض النفسي يجب أن ننذرنا بالكلم الهائل من الاحتمالات عند تحديد العلاقات بين الشخصية والمرض النفسي وتساعدنا بأن نبدأ بالتركيز على الآليات (10)

المراجع

1. Sher KJ, Trull TJ, Bartholow BD et al. Personality and alcoholism: issues, methods, and etiological processes. In: Leonard KE, Blane HT (eds). Psychological theories of drinking and alcoholism, 2nd ed. New York: Guilford, 1999:54-105.
2. Trull TJ, Sher KJ, Minks-Brown C et al. Borderline personality disorder and substance use disorders: a review and integration. Clin Psychol Rev 2000;20:235-53.
3. Distel MA, Trull TJ, Willemsen G et al. The five factor model of personality and borderline personality disorder: a genetic analysis of comorbidity. Biol Psychiatry 2009;66:1131-8.
4. Hampson SE, Goldberg LR, Vogt TM et al. Forty years on: teachers' assessments of children's personality traits predict self-reported health behaviors and outcomes at midlife. Health Psychol 2006;25:57-64.
5. Ozer D, Benet-Martínez V. Personality and 115 prediction of consequential outcomes. Ann Rev Psychol 2006;57:401-21.
6. Roberts BW, Kuncel N, Shiner RN et al. The power of personality: the comparative validity of personality traits, socio-economic status, and cognitive ability for predicting important life outcomes. Perspectives in Psychological Science 2007;2:313-45.
7. Caspi A, Roberts BW, Shiner RL.

81. 10. Hampson SE. Mechanisms by which childhood personality traits influence adult wellbeing. *Current Directions in Psychological Science* 2008;17:264-8.
9. Moffitt TE, Caspi A, Rutter M. Strategy for investigating interactions between measured genes and measured environments. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:473-484.
8. Roberts BW, Walton KE, Viechtbauer W. Patterns of mean-level change in personality traits across the life course: a meta-analysis of Personality development: stability and change. *Ann Rev Psychol* 2005;56:453-84.

مدخل لمضاهاة الاضطرابات النفسية على أساس الاختلافات الفردية

ANDREA FOSSATI

Faculty of Psychology, Vita-Salute San Raffaele University, Milan, Italy

دون التمسك بنظرية شخصية محددة. وبالرغم من وجود نظرية نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية (7)، فإن هذا النموذج لا يمثل مقارنة نظرية محددة بل مستخلص من تحاليل للمصطلحات التي يستخدمها الناس لوصف حالتهم وآخرين (8). ويدمج هذا النموذج عدداً من النظريات المختلفة حول الشخصية. ويبين ويديفر أن السمات الخمسة - أي الانفتاح والتجربة ويقظة الضمير والانفتاح الذاتي والتوافقية والتعصاب - قد يكون لها دوراً أيضاً في المرض النفسي.

المراجع

1. Keeley ML, Storch EA, Merlo LJ. Clinical predictors of response to cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Clin Psychol Rev* 2008;28:118-30.
2. Fricke S, Moritz S, Andresen B et al. Do personality disorders predict negative treatment outcome in obsessive-compulsive disorders? A prospective 6-month follow-up study. *Eur Psychiatry* 2006;21:319-24.
3. Ersche KD, Turton AJ, Pradan S et al. Drug addiction endophenotypes: impulsive versus sensation-seeking personality traits. *Biol Psychiatry* 2010;68:770-3.
4. Cuijpers P, Smit F, Penninx BWJH et al. 116 Economic costs of neuroticism. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67:1086-93.
5. Harro J, Kiive E. Droplets of black bile? Development of vulnerability and resilience to depression in young

تتناول الاضطرابات النفسية والتي تستند على الاختلافات الفردية تشمل ضمناً الأخذ في عين الاعتبار شخصية الفرد عن تقرير الاستراتيجية العلاجية الشاملة. فمثلاً، من المعروف أن تشخيص الأفراد المصابين باضطراب الوسواس القهري OCD واضطراب الشخصية ذات النمط الفصامي المترامز قد يؤثر سلباً على الاستجابة للعلاج (1)، ما يدل على الحاجة إلى تحديد تركيبة حالة المريض بالوسواس القهري OCD وفق علم الأعراض والأمراض المشتركة في اضطرابات المحور الثاني (2) (II).

وتقترح بيانات حديثة، كما تبين مع ويديفر في عرضه للتفاعل المتشعب بين الشخصية والاضطراب النفسي في هذه المقالة، أن الاندفاع سلوك نمطي دفين ينقل اختطراً للاعتمادية على المحفزات مما قد يزيد شدة التعرض للإدمان المزمن (3). لذا، ومن خلال وضع هذه السمة في الشخصية في الحساب قد يكون ذات صلة في منع سوء استخدام المواد وأيضاً تكوين حصن امتناع خلال مرحلة الصيانة لبرنامج علاج من الإدمان على المخدرات.

ويبدو التعصاب كأنما يشكل عامل اختطار للاكتئاب وأيضاً لعدد من الاضطرابات النفسية الأخرى (4). والمثير للاهتمام في هذا الإطار هو أن التعصاب يبدو على علاقة بالخطر الجيني للإصابة بالاكتئاب (5). إلى جانب ذلك، فإن اضطرابات الشخصية هي بين المؤشرات الهامة لخطر تحول نوبة اكتئابية راهنة إلى نوبة مزمنة (6). وفي السياق ذاته، فقد أشار كويبرز وآخرون (4) إلى أن تكلفة علاج التعصاب تتخطى تكاليف علاج الاضطرابات النفسية الشائعة. لذا فهي تشير إلى ضرورة بدء الطب النفسي بالتفكير بتدخلات تركز على نقطة البداية ذاتها (4) بدلاً من التركيز على النتائج السلبية المحددة للتعصاب.

ومن الأمور التي يمكن استنتاجها من مقالة ويديفر أيضاً، إمكانية اعتماد مقارنة مركزة على الشخصية في الاضطرابات النفسية من

ت. ويديفر أحد الباحثين الأكثر تأثيراً في استكشاف دور الشخصية والمرض النفسي خلال السنوات العشرين الماضية. في مقالته هذه، يعرض على القارئ نظرة شاملة مفصلة واستفزازية أحياناً، حول النتائج الأساسية المتعلقة بالتفاعل بين الشخصية والمرض النفسي، محولاً الحماس الذي يجتاح الأبحاث حول دور (أو أدوار) الشخصية والمرض النفسي. حاولت مقارنة المقالة كطبيب سريري لا كباحث. ومن وجهة النظر السريرية، فإن العلاقات المتشعبة بين الشخصية والمرض النفسي التي يتم توثيقها بشكل متسق من خلال نتائج البحث تشير إلى أن الوقت سيحين ليتحول الطب النفسي من العمل على "تحديد الطبيعة من خلال مفاصلها" إلى اعتماد الاختلافات الفردية في الشخصية كوجهة نظر أساسية في فهم الاضطرابات النفسية.

إن وضع الشخصية على مفترق الطرق في الجانب الوظيفي التكيفي والاضطرابات النفسية لا يعني ضمناً إهمال المقاربة الطبية في التشخيص. بل إنه تأكيد على وضع الاضطراب (الاضطرابات) النفسية لدى مريض ما من خلال وجهة نظر "الطريقة الخاصة التي تحدد تفكيره وشعوره وسلوكه وعلاقاته بالآخرين"، كما قال ويديفر. ومن ناحية أخرى، فإن ذلك يتضمن اعتبار الاضطراب (الاضطرابات) النفسية في ضوء تاريخ نمو، مع ما يشمل ذلك من نواح وعوامل اختطار نفسية بيولوجية ومرضية نفسية.

إن عرض ويديفر المفصل والدقيق حول التأثيرات المتبادلة بين الشخصية والاضطرابات النفسية ينجح أيضاً في تفادي الوقوع في مخاطر مقارنة بسيطة في علاج الاضطرابات النفسية. لا بل أكثر من ذلك، إن المقاربة التي

Five trait taxonomy: history, measurement, and theoretical perspectives. In: Pervin LA, John OP (eds). Handbook of personality, 2nd ed. New York: Guilford, 1999:102-38.

7. McCrae RR, Costa PT. A five-factor theory of personality. In: Pervin LA, John OP (eds). Handbook of personality, 2nd ed. New York: Guilford, 1999:139-53.

8. John OP, Srivastava S. The Big

age. Sychoneuroendocrinology 2011;36:380-92.

6. Hölzel L, Härter M, Reese C et al. Risk factors for chronic depression – A systematic review. J Affect Disord 2011;129:1-13.

تأثير الشخصية على نتائج علاج الباثولوجيا النفسية

ROGER T. MULDER

Department of Psychological Medicine, University of Otago, Christchurch, New Zealand

تلخص مقالة ويديغر علاقة الشخصية والمرض النفسي بعضهما ببعض والتحديات التي تجعل أشكال هذه العلاقة متشابكة. يركز هذا التعليق على طريقة تأثير الشخصية على نتائج العلاج وعلاج المرضى المصابين بمرض نفسي.

إن البحث الذي يتناول الشخصية ونتائج العلاج ينحصر بشكل واسع بحالة مرض نفسي واحد وهو الاكتئاب. ويذكر ويديغر هنا أن بعض المؤلفين يزعمون أن تغييراً في الوصف الذاتي الثانوي لاضطراب مزاجي يمكن أن يمثل تغييراً فعلياً في الشخصية. ويناقش بأن من الصعب إجراء بحث في هذا الإطار بما أن الاكتئاب والشخصية ما عادا بناءين يمكن التمييز بينهما. وأحاول من خلال هذا التعليق اعتبار التطرق إلى العلاقة بين الاكتئاب والشخصية كبناءين مختلفين في علاقتهما مع نتائج العلاج.

ويمكن القول وبعوض الثقة أن نتائج عالية للتعبص أو قياسات مماثلة كتفادي الأذى مرتبطة بنتائج أكثر بساطة في علاج الاكتئاب (1). وإن هذه النتيجة قد بقيت متسقة في العلاج الدوائي (الصيدلاني) (2) كما تجارب العلاج النفسي (3,4).

أما تأثيرات الاضطرابات النفسية على نتائج الاكتئاب، فقد كانت أقل صرامة. بالرغم من الاعتقاد السائد بأن اضطرابات الشخصية تترك تأثيراً سلبياً على النتيجة، فإن مراجعة قام بها مودلر (1) وجدت أن دراسات التصميم الفضلى تظهر إما بعض الاختلافات أو لا اختلاف على النتيجة بين المرضى المكتئبين

الذين يعانون اضطراباً نفسياً والذين لا يعانون أي اضطراب. وإن تحليل ميثا (تحليل التحليل) أوسع باستخدام دراسة أقل صرامة في المعايير أفادت بأثر سلبي متواضع لكن ذات أهمية على نتائج العلاج لدى الأفراد المكتئبين الذين يعانون اضطراب شخصية مشترك المراضة (6). ولم تظهر تجارب علاجية أخيرة حيث تم استخدام تصاميم أكثر تعقيداً فيها لدراسة العلاقة بين الشخصية ونتائج العلاج بشكل محدد نتيجة علاج أسوأ. إذ قام كيلى وآخرون (7) بقياس حدة اضطراب الشخصية كما الاكتئاب ووجدوا أنه في حين توقعت حدة الأعراض الاكتئابية عند القيمة القاعدية نتائج أكثر تواضعاً، فإن حدة اضطراب الشخصية لم تفعل. وقد أشار كرايغي وآخرون (8) أنه وفي حين ترتبط تعقيدات اضطراب الشخصية المتزايدة بحالة أداء وظيفي أكثر تواضعاً بقليل، لم يكن من ارتباط بين تعقيدات اضطراب الشخصية ونتائج العلاج الأكثر تواضعاً.

وتكمن إحدى المشاكل في أن حدة اضطراب الشخصية وحدة الأعراض الاكتئابية كانت مرتبطة بشدة في الدراساتتين. وإن لم تقم التحليلات بتصحيح ذلك، فإن أثر اضطراب الشخصية سيكون حتماً عالي التقدير. وقد ذهب بول وآخرون (9) إلى أبعد من ذلك مقترحين أن المقاربة الإحصائية المستخدمة في تحليل البيانات قد تساهم في الموجودات غير المتسقة. وقد أظهروا من خلال دراسة أجروها في هذا الاطار، أنه وفي حين يظهر التحليل منفرد المستوى التراجعي نتيجة سيئة جداً للعلاج بين مرضى الاكتئاب المصابين باضطراب شخصية، فإن هذه النتيجة الأسوأ لم تعد موجودة بعد ضبط التغايرية الإحصائية والاعتمادية فيها. ويبقى لنا خلاصة غير مفرحة بأن الدراسات

المصممة تظهر الأثر الأقل للشخصية على نتائج الاكتئاب.

يرى الأطباء السريريون أهمية كبرى فيما إذا كان المريض المصاب باكتئاب يعاني اضطراب شخصية مشترك المراضة قد يستجيب بطريقة أفضل لبعض العلاجات المحددة. لا سيما إذا كان العلاج النفسي وحده أو مترافقاً بعلاج مضادات الاكتئاب يؤدي إلى نتيجة أفضل. إن الدليل المتوفر في هذا الإطار غير ما نتوقع. تحليل ميثا الذي قام به نيوتن-هاوز وآخرون (6)، لم يظهر اتجاه غير مهم للعلاج بالأدوية أهم من العلاجات النفسية. وقد قارن فورنييه وآخرون (10) مباشرة الباروكستين وعلاج السلوك المعرفي لدى مرضى الاكتئاب الذين يعانون اضطراب شخصية والذين لا يعانونه. وقد وجدوا ميلاً غير هام يفضل الباروكستين على العلاج النفسي (66% مقارنة مع 44% أتموا معايير الاستجابة في الأسبوع 16). وقد أشار كيلى وآخرون (7) إلى أن التفاعل بين حالات اضطراب الشخصية أو علاج حل المشاكل والمحاضرات الجماعية أو العلاج على أنها عادية التأثير. أما جويس وآخرون (11)، فقد أشاروا إلى أن اضطرابات الشخصية المشتركة المراضة أثرت سلباً على العلاج النفسي للعلاقات بين الأفراد لكن ليس على علاج السلوك المعرفي.

وفيما خص العلاج بالأدوية، ثمة القليل من المعلومات الموجهة. ويبرز بعض الدليل على أن مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات TCA ذات منفعة أقل لدى الأفراد الذين يعانون اضطرابات الشخصية من المجموعة ب لاضطرابات الشخصية المشتركة المراضة (12). ولعل الاهتمام الأكبر يكمن في أن علاج مضادات الاكتئاب قد يحدث تحسينات في التعصب

(13) ومرض اضطراب الشخصية (14) لدى المرضى الذين يعانون اكتئاباً شهد تحسناً أدنى مع العلاج. بمعنى آخر، إن التحسنات في الجانب الوظيفي للشخصية لم يعتمد على تحسنات الاكتئاب.

وفي نهاية، فإن العلاقات بين الشخصية والمرض النفسي ونتائج العلاج غير بسيطة، لا بل هي كثيرة التشعب. ففي الاكتئاب، نرى ارتباط نتائج التعصب العالية بنتائج قليلة أو متواضعة بشكل منتظم. إن اضطرابات الشخصية هي بشكل عام اقل ارتباطاً مع استجابة أسوأ للعلاج. لكن هذه النتائج قد تعكس جزئياً ارتباطات بين حدة الاكتئاب والتعصب والمرض النفسي. ويمكن للاكتئاب أن يفهم على أنه تعبير مباشر للتعصب، كما يشير ويدىغر. كما يمكن للاكتئاب أن يرتبط باضطرابات شخصية محددة (مثال، مجموعة ج للتقدير الذاتي المنخفض والقلق).

إن المنشورات غير الوافية في هذا الإطار تبدو محبذة لمضادات الاكتئاب (مع الاستثناء المحتمل لمضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات TCA في المجموعة ب من اضطرابات الشخصية) مقارنة مع العلاجات النفسية وأنواع السلوك المعرفي حول علاجات نفسية منظمة أقل. من الممكن أن تؤدي مضادات الاكتئاب إلى تحسنات في مرض الشخصية من دون أن تؤثر على أعراض الفرد الاكتئابية. وإن هذه البراهين تشجع الأطباء السريريين على علاج المرضى المكتئبين بشكل ناشط من خلال علاج الشخصية.

المراجع

1. Mulder RT. Personality pathology and treatment outcome in major depression: a review. *Am J Psychiatry* 2002; 159:359-71.
2. Mulder RT, Frampton CM, Luty SE et al. Eighteen months of drug treatment for depression: predicting relapse and recovery. *J Affect Disord* 2009;114:263-70.
3. Bush T, Rutter C, Simon G et al. Who benefits from more structured depression treatment? *Int J Psychiatry Med* 2004;34:247- 58.
4. Spek V, Nyklicek I, Cuijpers P et al. Predictors of outcome of group and internetbased cognitive behavior therapy. *J Affect Disord* 2008;105:137-45.
5. Kool S, Schoevers R, de Maat S et al. Efficacy of pharmacotherapy in depressed patients with and without personality disorders: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2005;88:269-78.
6. Newton-Howes G, Tyrer P, Johnson T. Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies. *Br J Psychiatry* 2006;188:13-20.
7. Kelly BD, Nur UA, Tyrer P et al. Impact of severity of personality disorder on the outcome of depression. *Eur Psychiatry* 2009;24:322-6.
8. Craigie MA, Saulsman LM, Lampard AM. MCMI-III personality complexity and depression treatment outcome following group-based cognitive-behavioral therapy. *J Clin Psychol* 2007;63:1153-70.
9. De Bolle M, De Fruyt F, Quilty LC et al. Does personality disorder co-morbidity impact treatment outcome for patients with major depression? A multi-level analysis. *J Pers Disord* 2011;25:1-15.
10. Fournier JC, DeRubeis RJ, Shelton RC et al. Antidepressant medications v. cognitive therapy in people with depression with or without personality disorder. *Br J Psychiatry* 2008;192:124-9.
11. Joyce PR, McKenzie JM, Carter JD et al. Temperament, character and personality disorders as predictors of response to interpersonal psychotherapy and cognitive behaviour therapy for depression. *Br J Psychiatry* 2007;190:103-8.
12. Mulder RT, Joyce PR, Luty SE. The relationship of personality disorders to treatment outcome in depressed outpatients. *J Clin Psychiatry* 2003;64:259-64.
13. Tang TZ, DeRubeis RJ, Hollon SD et al. Personality change during depression treatment: a placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 2009;66:1322-30.
14. Mulder RT, Joyce PR, Frampton CM. Personality disorders improve in patients treated for major depression. *Acta Psychiatr Scand* 2010;122:219-25.

استبيان عالمي مشترك للجمعية العالمية للطب النفسي ومنظمة الصحة العالمية حول مواقف أطباء النفس من تصنيف الاضطرابات النفسية

GEOFFREY M. REED¹, JOÃO MENDONÇA CORREIA¹, PATRICIA ESPARZA¹, SHEKHAR SAXENA¹, MARIO MAJ^{2,3}

¹Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization, Geneva, Switzerland; ²World Psychiatric Association; ³Department of Psychiatry, University of Naples SUN, Naples, Italy

تعرض هذه المقالة نتائج الاستبيان العالمي للجمعية العالمية للطب النفسي ومنظمة الصحة العالمية الذي شمل 4887 طبيباً نفسياً في 44 بلداً حول استخدام أنظمة التصنيف التشخيصي في الممارسة السريرية، والخصائص المحبذة في تصنيف الاضطرابات النفسية. حيث ستقوم المنظمة باستخدام هذه النتائج لتحسين المنفعة السريرية في تصنيف الاضطرابات النفسية في دليل ICD من خلال عملية مراجعة دليل ICD-10 الحالي. وقد أشار المشاركون إلى أن الأهداف الأهم في التصنيف تكمن في تسهيل التواصل بين الأطباء السريريين وتوفير المعلومات الضرورية في العلاج والإدارة. وقد أبدت الأغلبية منهم تفضيلاً لنظام أكثر بساطة يشمل 100 فئة أو أقل، وأكثر من ثلثي المشاركين فضلوا توجيهات مرنة على المقاربة المستندة على معايير صارمة. وقد انقسمت الآراء حول كيفية إدماج الحدة والحالة الوظيفية، بينما استجابت الأكثرية لنظام يشمل مكوناً بعدياً. وقد أشارت أقلية هامة من أطباء النفس في أميركا اللاتينية وآسيا إلى مشاكل في التطبيق المشترك ثقافياً للتصنيفات القائمة. وبشكل عام، فإن نسب سهولة الاستخدام والملاءمة لفئات دليل ICD-10 كانت مرتفعة نوعاً ما، لكن عدداً من الفئات وصفت بأنها تطرح منفعة قليلة في الممارسة السريرية. وبشكل ذلك تركيزاً هاماً على مراجعة دليل ICD كما يضمن أن تكون تصنيفات الدليل 11 المنقح للاضطرابات النفسية مقبولة من الأطباء النفسيين حول العالم.

الكلمات الرئيسية: الاضطرابات النفسية، التصنيف، دليل التصنيف الدولي للأمراض ICD، الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات النفسية DSM، المنفعة السريرية، التطبيق الثقافي المشترك

(الجمعية العالمية للطب النفسي 2011:118:10-131)

أخصائيين جوهرياً في أهميتها في تشخيص وإدارة الاضطرابات النفسية، تلعب دوراً أساسياً في مختلف بقاع الأرض.

وتمثل الاستبيانات الدولية أحد أكثر السبل الممكن إنجازها للحصول على معلومات ذات علاقة من الأخصائيين. وقد اعتمد عدد كبير من الدراسات الاستبيانات لتقييم وجهات نظر الأطباء النفسيين وأخصائيي صحة نفسية آخرين فيما يخص تصنيفات الاضطرابات النفسية. ولكن، الاستبيانات السابقة كانت محدودة النطاق نسبياً، ومحددة الجغرافياً كما أنها اتسمت أحياناً بمناهج من عينات ما يجعل التوصل إلى خلاصات دامغة صعباً. وقد شمل استبيان سابق للمجلة تضمن أطباء نفسيين من 66 بلداً مختلفاً (4) وجمع توصيات أطباء النفس حول وضع أنظمة التشخيص مستقبلاً شملت في أولوياتها توفير أشمل لمراجع تشخيصية، ونشر التدريب على التشخيص واستعمال أوسع للتشخيص المتعدد المحاور. ولكن خلاصات الاستبيان استندت على 205 استطلاعاً فقط. بالإضافة إلى ذلك، فإن العينة التمثيلية انحصرت بأطباء النفس الذين كانوا جزءاً في قسم تصنيفات الجمعية العالمية للطب النفسي، ورؤساء وأمناء سر جمعيات أعضاء الجمعية ومسؤولين في أقسام أخرى من الجمعية كما أعضاء في جمعيات أخرى "ذات صلة".

استخدم ميلسوب وآخرون (5,6) استطلاعات أوسع لتقييم استخدام المنفعة المحتملة لأنظمة التشخيص بين أطباء النفس في نيوزيلندا واليابان والبرازيل. واختلفت التقنيات في تطبيق الاستطلاعات بحسب البلد، جزئياً بسبب الجهد الآيل إلى تشجيع الملكية المحلية على الاستطلاع ونتائجه. واستناداً على هذا العمل، فقد تم تطبيق الاستطلاع ذاته في اليابان وكوريا والصين وتايوان (7). وقد أبدى أطباء النفس حاجتهم إلى أدوات تشخيص بسيطة وموثوقة وسهلة على الرغم من الاختلافات في وجهات النظر بين الأطباء في المناطق المختلفة من العالم حول التطبيقات

تقوم منظمة الصحة العالمية حالياً بمراجعة التصنيف الدولي للأمراض والمشاكل الصحية المتعلقة بالنسخة العاشرة من دليل ICD-10. ويقوم قسم الصحة النفسية وسوء استخدام المواد في المنظمة بأداء مسؤوليات فنية في تطوير تصنيف الدليل ICD-11 للاضطرابات النفسية والسلوكية، وقد عين مجلس مشورة دولي لتوفير الاستشارات في هذه العملية. وتؤدي الجمعية العالمية للطب النفسي دوراً هاماً كشريك أساسي للمنظمة في تطوير التصنيفات الجديدة وكممثل رسمي لمجلس المشورة.

وقد تناول هذا العدد من المجلة العالمية للطب النفسي (2) في مقالة أخرى من هذا العدد إطار العمل المفهومي الذي وضعه مجلس المشورة لتطوير الاضطرابات النفسية والسلوكية كما تم تحديدها في دليل ICD-11. وتلقي تلك المقالة الضوء على التحسينات في المنفعة السريرية كهدف رئيسي لعملية المراجعة الحالية، وهو أمر جرت مناقشته بتفصيل أكبر في غير هذا التقرير (3). كما شددت المنظمة على أن المراجعة ذات الطبيعة الدولية والمتعددة اللغات، إلى جانب النية في الدخول في تدقيق جدي للتطبيق المشترك ثقافياً للفئات التصنيفية والتعريفات والوصف التشخيصي.

إن كان تحسين المنفعة السريرية العالمية والتطبيق الناجح المشترك ثقافياً هدفان أساسيان في المراجعة، فمن الواضح أن المعلومات التي يتم جمعها من أخصائيين على اتصال يومي مع أشخاص يحتاجون إلى العلاج لاضطرابات نفسية وسلوكية في بلدان مختلفة تكتسي أهمية كبرى. وبما أن النقص النسبي لأطباء النفس في أنحاء مختلفة من العالم، فالأطباء النفسيين لا يمكنهم تحقيق أهداف منظمة الصحة العالمية للصحة العامة وخفض عبء المرض عالمياً للاضطرابات النفسية والسلوكية من دون التعاون مع مجموعات أخرى. مع ذلك، فإن أطباء النفس يمثلون مجموعة

المشتركة ثقافياً الناجحة والتصنيفات القائمة، بما فيها دليل ICD-10 والدليل التشخيصي والاحصائي لجمعية الطب النفسي الأميركية بنسخته الرابعة (DSM-IV 8).

أجرى زيبالسك وآخرون (9) استطلاعاً لأطباء النفس الذين يتكلمون اللغة الألمانية في ألمانيا والنمسا وسويسرا حول وجهات نظرهم عن تصنيفات الاضطرابات النفسية وضرورات المراجعة. وقاموا بالتحقيق في قدرة دليل ICD-10 على تمثيل الممارسة السريرية الفعلية بالشكل الملائم، بما في ذلك الفهم وسهولة الاستخدام. وقد أشارت أغلب الإجابات إلى أنهم كانوا مكتفين بالفصل الذي يتناول الاضطرابات النفسية في دليل ICD-10. لكن نسبة الاجابات كانت منخفضة مما يطرح صعوبة في تعميم النتائج التي توصل إليها الاستطلاع.

المناهج

في أواخر عام 2009، كتبت الجمعية العالمية للطب النفسي ومنظمة الصحة العالمية (ماي وساكسينا) كتاباً مشتركاً موجهاً إلى رؤساء الجمعيات الأعضاء الذين يبدون اهتماماً في المشاركة بنواح مختلفة من عملية المراجعة لتصنيفات دليل ICD-10 للاضطرابات النفسية والسلوكية. وأتاحت إحدى خيارات المشاركة في الاستطلاع الدولي لتجارب الاطباء النفسيين ومواقفهم حيال دليل ICD-10 وتصنيفات اضطرابات نفسية أخرى. وقد طلب من المجتمعات المختلفة الإشارة إلى مدى اهتمامها بالمشاركة، أو إلى امتلاكها قدرة تطبيق الاستطلاع بطريقة منهجية، وما إذا كان أعضاؤها يستطيعون المشاركة في استطلاع باللغة الانكليزية، وإن لم يكن ذلك ممكناً، إذا كان بإمكان المجتمع ترجمة الاستطلاع إلى اللغة التي يستخدمها معظم أعضائها. وقد استجاب 52 مجتمعاً بأنهم مهتمون بالمشاركة في الاستطلاع.

وقد قام ريد و ماي وساكسينا بتطوير الاستطلاع بمساعدة من ج. ميلسوب (مستشفى واكاتو، نيوزيلاندا) وو. غايبل وج. زيبالسك (جامعة داسلدورف، ألمانيا)، وقد تم تكييف بعض الأسئلة من استطلاعات سابقة (5,6,9). كما تم تكييف بعض الأسئلة حول حسن التلاؤم من التجربة الميدانية (11) للوصف السريري والتوجيهات التشخيصية (12). و توفير تغذية مرجعية حول الاستطلاع من خلال اللجنة التنفيذية للجمعية العالمية للطب النفسي (راجع قسم الشكر والتقدير).

وبعد تطوير الاستطلاع باللغة الانكليزية، اتخذت منظمة الصحة العالمية على عاتقها مهمة ترجمة الاستطلاع إلى اللغة الفرنسية واللغة الاسبانية، بتكليف أخصائيين من بلدان مختلفة (راجع قسم الشكر والتقدير) واعتماد منهجية ترجمة تتضمن ترجمة وترجمة عكسية. وقد تم توفير مواد مترجمة ومنهجية ترجمة تضمنت تعليمات حول المعاني والمفاهيم المرادفة، والترجمة والترجمة العكسية، واللول للاختلافات بين المترجمين، لأعضاء المجتمعات الأعضاء في الجمعية الذين أبدوا رغبتهم في ترجمة الاستطلاع إلى اللغة المحلية. وقامت مجتمعات الجمعية

بإنتاج ترجمات عن كل مادة ومادة وفق هذه التوجيهات في ستة عشر لغة إضافية (راجع الجدول رقم 1).

وقد تم إعداد الاستطلاع ليوزع بكافة اللغات على الانترنت من خلال منصة الاستطلاع الالكترونية كالتريكس Qualtrics (راجع www.qualtrics.com). وقد تمت برمجته ليظهر الأسئلة ذات العلاقة فقط بمجيب محدد، وفق إجاباته السابقة. مثلاً، تم تغيير الأسئلة التي تتعلق بفئات دليل ICD-10 حين يكون المشارك قد أجاب سابقاً بأنه لا يستخدم الدليل في الممارسة السريرية الخاصة به.

وقد أرسلت حزم الاستطلاع إلى كافة الجمعيات المشاركة وقد تضمنت تعليمات لإجراء الاستطلاع والتماس أولي ورسائل تذكير لكافة الأعضاء. وتم توفير رسائل باللغة الانكليزية والفرنسية والاسبانية إلى المجتمعات المعنية، وقد طلب من مجتمعات أخرى ترجمة طلب الالتماس ورسائل التذكير إلى اللغات المحلية المحددة. وأعلمت مجتمعات الجمعية العالمية للطب النفسي المشاركة بأن المعلومات التي يتم تحصيلها بالاستطلاع من خلال عضويتهم ستعود إلى الجمعية ومنظمة الصحة العالمية والمجتمع، وسيتم تزويدهم بنتائج الاستطلاع من خلال عضويتهم، وأنهم يملكون الحرية لنشر نتائج الاستطلاع من خلال عضويتهم بعد نشر البيانات الدولية من الجمعية والمنظمة.

وقد طلب من الجمعيات التي تدرج تحت الجمعية العالمية للطب النفسي ووفقاً لسجلات الجمعية التي تشمل أكثر من 1000 مشترك، اختيار 500 عضو مؤهل عشوائياً ليتقدموا بطلب المشاركة. أما المجتمعات التي تضمنت أقل من 1000 عضو، فقد طلب إليها التقدم بالتماس لكافة أعضائها. وقد تم تحديد أهلية المشتركين بكونهم أطباء نفسيين أعضاء في مجتمع الطب النفسي اتموا تدرجهم.

وقد طلب من كافة مجتمعات الجمعية العالمية للطب النفسي بإرسال رسالة إلتماس أولية بالبريد الالكتروني أو البريد العادي للجنة التي تم اختيارها ورسائل تذكير إلى اللجنة كاملة بعد أسبوعين وستة أسابيع من الالتماس الأولي. وبعد رسالة التذكير الثانية، طلب من المجتمعات المشاركة إعادة استمارة المتابعة بعد تحديد عدد الأعضاء في المجتمع، وعدد الأعضاء المتقدمين بطلب الالتماس وعدد الالتماسات المرسل بالبريد الالكتروني والعادي، وعدد رسائل الالتماس التي تمت إعادتها لعدم التمكن من تسليمها، وتواريخ إرسال الطلبات الأولية والتذكير بها.

وتضمنت الطلبات الأولية ورسائل التذكير رابطاً إلكترونياً باستطلاع خاص لكل من المجتمعات المشاركة. حيث يمكن للمستخدم النقر على الرابط (أو دخول الموقع الالكتروني من خلال المتصفح الذي يشاء)، ويتحول إلى صفحة تشرح هدف الاستطلاع، وطبيعته غير المحددة للهوية والتطوعية والوقت المطلوب لإتمامه والسماح به من لجنة المراجعة الأخلاقية في منظمة الصحة العالمية، ومعلومات الاتصال المحددة عند الحاجة للاستفهام عن أي أمر أو التقدم باقتراح. وبهدف استكمال الاستطلاع، على المشارك أن يؤكد ما إذا كان طبيباً نفسياً أتم تدرجه وإن كان يود المشاركة في الدراسة.

بعد استلام حزمات الاستطلاع، اتصلت هيتان بالجمعية العالمية للطب النفسي، هما الهيئة الكوبية للطب النفسي والجمعية الباكستانية للطب النفسي، وأشارت إلى أن أعضائهما لن يتمكنوا من المشاركة في استطلاع الكتروني. فتم توفير نسخة مطبوعة عن الاستطلاع بالمحتوى ذاته للهيئتين. وأعطت رسالة الالتماس المرافقة للاستطلاع المطبوع خياراً أمام المشتركين المحتملين بالمشاركة عبر الانترنت أو إتمام النسخة المطبوعة وإعادتها إلى الهيئة عبر البريد العادي.

وتعود هذه البيانات إلى 46 هيئة ومجتمع مشارك في الجمعية العالمية للطب النفسي من 44 بلداً مختلفاً طبقوا الاستطلاع. وامتدت المشاركة 11 شهراً، بسبب الحاجة إلى وقت لإتمام ترجمة المحتوى والقيام بإعدادات أخرى وإتمام الاستطلاع. وإن المعلومات الموفرة هنا تم جمعها بين 3 مايو 2010 و1 أبريل 2011.

النتائج

شارك 4887 طبيباً نفسياً من أنحاء العالم في الاستطلاع. وترد في الجدول رقم 1 قائمة بالهيئات المشاركة، والبلدان واللغة التي أجري فيها الاستطلاع ومعدل المشاركة ومتوسط العمل والمشاركين ومتوسط سنوات الخبرة المهنية ونسبة النساء والرجال المشاركين في كل منها. وتتوزع الاجابات في الجدول رقم 1 وفق المناطق الستة التي تحددها منظمة الصحة العالمية - المكتب الإقليمي لأفريقيا، والمكتب الإقليمي للأمريكتين، والمكتب الإقليمي لجنوب شرق آسيا، والمكتب الإقليمي لأوروبا، والمكتب الإقليمي لشرق المتوسط والمكتب الإقليمي لغرب المحيط الهادئ، وعينة من أنحاء العالم. وتمثل المجموعات الموزونة في الجدول رقم 1، والتي ذكرت في المقالة هذه، متوسط مجموعات بحسب البلد على عدد المشاركين من تلك البلدان، لكي تتم معادلة كل البلدان بطريقة متساوية إحصائياً ويتم التحكم بالاختلافات في حجم العينة بين البلدان. وتوفر المقارنة بين الاحصاءات الموزونة وغير الموزونة إشارة حول ما إذا كانت الهيئات التي تملك عينات واسعة قد ساهمت بطريقة غير متساوية مع النتيجة النهائية.

معدلات الاستجابة

تم حساب معدلات الاستجابة لكل من هيئات الجمعية العالمية للطب النفسي المشاركة في الاستطلاع الالكتروني من خلال تقسيم العدد النهائي للأطباء من الهيئات التي دخلت موقع الاستطلاع ووافقت على المشاركة على عدد المشاركين الذين حددتهم الهيئة ما عدا التماسات البريد الالكتروني أو البريد العادي التي لم يتم تسليمها. أما بالنسبة لنسخة الاستطلاع المطبوعة في كل من كوبا وباكستان، فقد شكل معدل الاستجابة عدد الاستطلاعات التي تم استكمالها وتسليمها، على العدد النهائي المرسل ما عدا أي استطلاعات تمت إعادتها بسبب تعذر تسليمها إلى المشارك.

وترد في الجدول رقم 1 معدلات الاستجابة لكل هيئة ومعدلات الاستجابة الصادرة بحسب المنطقة والمعدلات الشاملة.

وكما يظهر في الجدول، فإن الاستجابة الشاملة العالمية الموزونة بلغت 34%. إلا أن معدلات الاستجابة اختلفت بشكل كبير بين الهيئات، وتراوحت بين 7% (الهيئة السلوفانية للطب النفسي، الهيئة الاسبانية للطب النفسي العصبي)، وحتى 93% (الهيئة القيرغزستانية للطب النفسي). وبحسب مناطق المنظمة العالمية، بلغت معدلات الاستجابة الأدنى في منطقة جنوب شرق آسيا (25%) والأعلى في منطقة شرق المتوسط (51%). ويهدف دراسة تأثير مستوى الدخل في البلد على المشاركة بالاستطلاع الالكتروني وبلاستناد إلى أن إمكانية بلدان الدخل الأدنى تكون أقل قدرة للمشاركة الكترونياً فإن معدلات الاستجابة الموزونة قد جمعت من خلال البلدان التي صنفها البنك الدولي بحسب مستويات الدخل (13). وبلغ متوسط الاستجابة الموزونة 58% لبلدان الدخل الأدنى و48% لبلدان الدخل المتوسط الأدنى، و30% لبلدان الدخل المتوسط الأعلى و24% لبلدان الدخل الأعلى.

فترة الاستجابة

بما أن الاستطلاع تم الكترونياً، كان من الممكن رصد الوقت الذي تطلب كل طبيب مشارك لإتمامه. وبلغ متوسط وقت الإتمام في العينة العالمية 21.8 دقيقة (المتوسط الموزون 21.8 دقيقة). وقد تم استثناء فترة البحث التي كانت أقل من 5 دقائق، كما فترات الاستجابة التي تخطت الساعتين (وقد سمحت منصة الاستطلاع العودة بعد وقت مستقطع واستكمال الاجابات، لذا فإن إمضاء ساعتين كان على الأرجح وقتاً مبالغاً بتقديره). وكان متوسط الوقت أقصر في إيطاليا (13.5 دقيقة) والأطول (34.8 دقيقة). ويتأثر وقت الاستجابة بسرعة الاتصال بالانترنت ونمط إجابات المشاركين. مثلاً، حين أجاب المشاركون بأنه لا يستخدم نظام تصنيف رسمي، لم يُسأل تالياً أسئلة حول فئات التصنيف المحددة.

نسبة الاتصال بالمريض

على المستوى العالمي، أشار 96.7% من الأطباء المشاركين إلى أنهم قابلوا مرضى (97.0% موزونة في كل بلد). ولم يتم عرض أسئلة تالية حول العمل العيادي اليومي في الاستطلاع الالكتروني للأطباء النفسيين الذين لا يقابلون مرضى. ومن بين الذين أفادوا بأنهم قابلوا مرضى، 13.8% قالوا إنهم قابلوا مرضى بين ساعة و9 ساعات يومياً خلال أسبوع عادي، 22.3% لما بين 10 إلى 19 ساعة، و44.9% ما بين 20 إلى 40 ساعة، و18.8% لأكثر من 40 ساعة. وبهدف تسهيل المقارنة بين الهيئات والمناطق، تم تحويل الاجابات الفئوية على هذا السؤال إلى متغيرة دائمة من خلال تحديد «بين ساعة إلى 9 ساعات» إلى 5، و«بين 10 إلى 19 ساعة» إلى 15، و«بين 20 إلى 40» إلى 30 و«أكثر من 40

جدول رقم 1: مشاركة أعضاء مجتمعات الجمعية العالمية للطب النفسي ونسبة الاستجابة والخصائص الديموغرافية واستخدام التصنيف

البلد	الجمعية المشاركة	لغة الاستطلاع	عدد الإجابات	معدل الإجابات	معدل العمر (بالسنوات)	معدل سنوات الخبرة المهنية	نسبة الرجال النساء	% يستخدمون التصنيف الرئيسي غالباً أيضاً	% يستخدمون معظم الأوقات ICD-10
كينيا	الجمعية الكينية للطب النفسي	إنكليزية	14	22%	46.4	9.9	0.57	24.6	77%
نيجيريا	جمعية أطباء النفس في نيجيريا	إنكليزية	18	36%	48.6	12.4	0.78	19.2	94%
جنوب أفريقيا	جمعية الطب النفسي جنوب أفريقيا	إنكليزية	51	24%	51.0	14.2	0.41	29.1	95%
منطقة افريقيا		موزونية	83	26%	49.7	13.1	0.52	25.9	92%
		غير موزونية	83	27%	48.6	12.2	0.59	24.3	89%
			173	85%	55.4	22.6	0.51	28.8	70%
الأرجنتين	جمعية أطباء النفس الأرجنتينيين	إسبانية	77	18%	43.9	14.9	0.61	32.4	84%
البرازيل	الجمعية البرازيلية للطب النفسي	برتغالية	27	14%	52.4	20.7	0.56	31.3	74%
تشيلي	جمعية علم الأعصاب والنفس والجراحة العصبية	إسبانية	28	11%	45.8	14.0	0.71	34.2	100%
كولومبيا	الجمعية الكولومبية للطب النفسي	إسبانية	15	9%	46.2	15.1	0.60	34.0	93%
كوستا ريكا	جمعية الطب النفسي كوستا ريكا	إسبانية	26	55%	48.3	18.0	0.50	24.6	100%
هندوراس	جمعية الطب النفسي في هندوراس	إسبانية	26	65%	50.6	14.8	0.54	19.0	81%
البيرو		إسبانية	77	27%	58.0	23.5	0.81	25.7	89%
الولايات المتحدة الأمريكية	الجمعية الاميركية للطب النفسي	إنكليزية	91	21%	58.9	24.3	0.60	26.3	84%
منطقة الأمريكيتين		موزونية	540	26%	53.2	20.6	0.60	28.3	81%
		غير موزونية	540	34%	51.1	18.7	0.60	28.5	86%
			79	29%	45.4	16.4	0.71	30.3	69%
مصر	الجمعية المصرية للطب النفسي	إنكليزية	14	39%	56.0	18.9	1.00	30.0	92%
العراق	الجمعية العراقية للطب النفسي	إنكليزية	38	54%	44.6	12.1	0.45	26.9	67%
المغرب	الجمعية المغربية للطب النفسي	إنكليزية	184	84%	47.9	13.0	0.85	30.9	73%
باكستان	الجمعية الباكستانية للطب النفسي	إنكليزية	315	52%	47.2	14.0	0.77	30.2	72%
منطقة شرق المتوسط		غير موزونية	315	51%	48.5	15.1	0.75	29.5	75%
									60%

البلد	الجمعية المشاركة	لغة الاستطلاع	عدد الإجابات	معدل الإجابات	معدل العمر (بالسنوات)	معدل سنوات الخبرة المهنية	نسبة الرجال\ النساء	% يستخدمون التصنيف الرئيسي غالباً\ نادياً	% يستخدمون معظم الأوقات ICD-10
أرمينيا	الجمعية الأرمنية للطب النفسي	أرمنية	103	88%	50.3	20.7	0.48	31.2	88%
النمسا	الجمعية النمساوية للطب والعلاج النفسي	إنكليزية\ إلمانية	97	10%	47.2	12.0	0.59	26.0	76%
البرتغال والهرسك	جمعية الطب النفسي البرتغالية الهرسكوفغوفينية المشتركة	بوسنية	34	38%	49.4	12.9	0.35	28.0	94%
الجمهورية التشيكية	الجمعية التشيكية للطب النفسي	تشكية	125	13%	50.7	21.0	0.50	20.3	84%
فنلندا	الجمعية الفنلندية للطب النفسي	إنكليزية	147	20%	52.9	15.6	0.55	21.4	86%
فرنسا	الجمعية الفرنسية للأطباء النفسيين والممارسة الخاصة	فرنسية	145	23%	58.9	27.0	0.55	37.8	14%
فرنسا	جمعية المعلومات للطب النفسي	فرنسية	113	23%	55.3	24.6	0.52	28.8	64%
إلمانيا	الجمعية الألمانية للطب والعلم النفسي	إلمانية	194	42%	49.5	11.7	0.68	22.4	95%
إيطاليا	الجمعية الإيطالية للطب النفسي	إيطالية	76	15%	52.5	20.6	0.50	26.2	64%
قيرغيزستان	الجمعية القيرغيزستانية للطب النفسي	روسية	14	93%	44.0	16.3	0.29	8.1	100%
مقدونيا	جمعية الطب النفسي في مقدونيا	مقدونية	31	31%	52.5	15.9	0.45	25.9	93%
مونتنيغرو	الجمعية المونتنيغرية للطب النفسي	مونتنيغرية	22	73%	46.6	9.0	0.23	24.3	95%
بولندا	الجمعية البولندية للطب النفسي	بولندية	206	43%	41.7	9.7	0.48	35.4	91%
رومانيا	الجمعية الرومانية للطب النفسي	رومانية	87	18%	42.9	10.4	0.29	29.8	94%
الاتحاد الروسي	الجمعية الروسية للطب النفسي	روسية	298	51%	43.2	15.9	0.54	17.0	92%
صربيا	الجمعية الصربية للطب النفسي	صربية	71	10%	45.7	12.0	0.30	25.6	94%
سلوفاكيا	جمعية الطب النفسي السلوفاكية	سلوفاكية	14	7%	46.6	13.0	0.43	30.7	93%
إسبانيا	جمعية الطب النفسي العصبي الاسبانية	إسبانية	56	7%	50.1	19.9	0.73	32.0	90%
إسبانيا	جمعية الطب النفسي الاسبانية	إسبانية	128	26%	53.9	23.3	0.73	26.8	88%
السويد	جمعية الطب النفسي السويدية	إنكليزية	129	26%	58.6	18.3	0.57	21.3	81%

البلد	الجمعية المشاركة	لغة الاستطلاع	عدد الإجابات	معدل الإجابات	معدل العمر (بالسنوات)	معدل سنوات الخبرة المهنية	نسبة الرجال النساء	التصنيف الرئيسي غالباً/أدنياً	% يستخدمون معطى الأوقات ICD-10	% يستخدمون
سويسرا	جمعية الطب النفسي السويسرية	إنكليزية	431	28%	54.3	17.9	0.63	26.1	67%	93%
تركيا	جمعية الطب النفسي التركية/ جمعية الطب النفسي العصبي التركية	تركية	148	37%	44.5	12.9	0.59	28.3	85%	36%
المملكة المتحدة	جامعة رويال للطب النفسي	إنكليزية	105	22%	48.1	12.7	0.59	19.2	69%	86%
منطقة أوروبا		موزونة	2774	24%	50.0	16.6	0.55	25.8	79%	80%
			2774	32%	49.1	15.6	0.49	25.2	84%	81%
الهند	جمعية الطب النفسي الهندية	إنكليزية	386	23%	43.5	12.8	0.87	32.3	79%	71%
تايلاند	جمعية الطب النفسي التايلاندية	إنكليزية	77	27%	44.2	13.8	0.44	22.0	84%	43%
منطقة جنوب شرق آسيا		موزونة	463	23%	43.6	13.0	0.80	30.6	80%	66%
			463	25%	43.9	13.3	0.66	27.1	82%	57%
استراليا ونيوزيلندا		إنكليزية	80	16%	52.4	16.7	0.59	22.3	65%	15%
هونغ كونغ (الصين)	جامعة الطب النفسي الاسترالية والنيوزيلندية المشتركة	إنكليزية	50	19%	45.4	15.2	0.62	29.8	94%	76%
اليابان	معهد الطب النفسي هونغ كونغ	يابانية	355	71%	56.2	24.5	0.83	29.0	74%	79%
ماليزيا	الجمعية اليابانية للطب النفسي والعصبي	إنكليزية	16	8%	47.9	12.1	0.63	26.9	69%	19%
الصين	الجمعية الماليزية للطب النفسي	صينية	211	73%	47.1	16.9	0.70	21.8	91%	49%
منطقة غرب المحيط الهادئ	الجمعية الصينية للطب النفسي	موزونة	712	41%	52.1	20.4	0.74	26.1	79%	61%
			712	37%	49.8	17.1	0.67	26.0	79%	47%
المجموع غير موزون		غير موزونة	4887	26%	49.9	17.1	0.62	26.9	79%	70%
المجموع موزون بحسب البلد			4887	34%	49.3	16.0	0.57	26.4	83%	64%

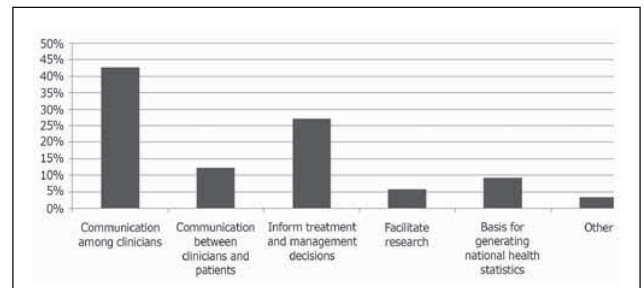
ساعة» إلى 50. يظهر الجدول رقم 1 متوسط التحول في ساعات مقابلات المريض بالأسبوع في كل هيئة ومنطقة تصنيف وفي العينة العالمية.

الاستخدام المنتظم لنظام التصنيف الرسمي

سئل كافة المشاركين الذين افادوا بأنهم قابلوا مرضى «كم من الوقت تستخدم نظام تصنيف رسمي للاضطرابات النفسية كدليل ICD، أو DSM أو تصنيفاً محلياً خلال عملك اليومي العيادي؟» بشكل عام، إن استخدام أنظمة التصنيف بين أطباء النفس المشاركين في الاستطلاع كان مرتفعاً وبلغ 79.2% للأطباء النفسيين في العينة العالمية الذين يقابلون مرضى (83.3% موزونة) قالوا إنهم «غالباً» أو «في معظم الأحوال» أو دوماً «ما» يستخدمون نظام تصنيف رسمي ضمن عملهم اليومي في العيادة. وقد وجد 14.1% (11.7% موزونة) أنهم يستخدمون تصنيفاً رسمياً «أحياناً» ضمن عملهم اليومي في العيادة. ويحوي الجدول رقم 1 نسبة المشاركين في كل هيئة قالوا إنهم يستخدمون نظام تصنيف رسمي «عالياً» أو معظم الأحيان أو دوماً» على عكس الذين يفعلون فقط «أحياناً»، أو «نادراً» أو «أبداً»، يحوي الجدول النتائج غير الموزونة والموزونة الإجمالية بحسب المنطقة المحددة من منظمة الصحة العالمية، وعلى المستوى العالمي.

الهدف الأهم للتصنيف

سئل كافة الأطباء النفسيين المشاركين بما فيهم من لم يقابل مرضى، «من وجهة نظرك، ما هو العامل الوحيد الأهم في نظام تصنيف تشخيصي؟» وتظهر الصورة رقم 1 الإجابات العالمية كلها. إن الهدف الأهم من نظام التصنيف التشخيصي، من وجهة نظر المجيبين، هو التواصل بين الأطباء السريريين، يتبعه العلاج المستنير وإدارة القرارات.



صورة رقم 1: نسبة مشاركة أطباء النفس الداعمة لستة خيارات استجابة للهدف الأهم لنظام التشخيص للاضطرابات النفسية

عدد الفئات المرغوب بها

سئل كافة المشاركين «في إطار سريري، كم فئة تشخيصية يجب أن

يتضمن نظام فئات لكي يكون الأكثر منفعة لأخصائيي الصحة النفسية؟» وقد فضّلت الأكثرية الكبرى نظاماً بأقل فئات من أنظمة التصنيف الحالية: 40.4% أجابوا إن نظام تصنيف بين 10 و30 فئة سيكون أكثر منفعة (39.5% موزونة)، 47.1% منهم فضلوا نظام تصنيف من 31 إلى 100 فئة (46.9% موزونة)، 9.2% فضلوا نظام تصنيف من 101-200 فئة (9.6% موزونة)، و3.3% فقط فضلوا نظاماً من أكثر من 200 فئة (4.0% موزونة). يذكر أن دليل ICD-10 و DSM-IV يحتويان على أكثر من 200 فئة.

استخدام نظام التصنيف من قبل الأخصائيين غير أطباء النفس

بشكل عام، أجاب 79.5% من المشاركين (79.6% موزونة) إنهم يوافقون بشكل كامل أو شبه كامل مع فكرة "أن نظام التصنيف التشخيصي يجب أن يشكل مرجعاً مفيداً ليس فقط للأطباء النفسيين ولكن أيضاً للكثير من أخصائيي الصحة النفسية (مثال، علماء النفس، والعاملون الاجتماعيون، والمرضى النفسيين)، و15.5% (15.6% موزونة) قالوا إنهم يوافقون بعض الشيء. من جانب مشابه، أبدى 60.4% (61.6% موزونة) موافقة كاملة أو أغلبية كاملة بأن "نظام التصنيف التشخيصي يجب أن يكون سهل الفهم من مستخدمي الخدمة والموكلين عن المرضى والمدراء وأشخاص أخرى ذات علاقة وايضاً للأخصائيين في الصحة النفسية"، و28.2% (27.3% موزونة) وافقوا بعض الشيء.

وقال حوالي ثلثي المشاركين (66.1% غير موزونة، 64.8% موزونة) إن ممارسي الرعاية الأولية يجب أن يستخدموا نظام التصنيف ذاته الذي يستخدمه أخصائيو الصحة النفسية المتخصصين.

المعايير الحرفية مقارنة بالمراجع المرنة

اعتبرت أقلية قليلة من المشاركين (30.7% غير موزونة، 31.1% غير موزونة) أن تحقيق المنفعة القصوى في الإطارات السريرية يقتضي من الدليل التشخيصي أن يحوي معايير واضحة وصارمة (محددة) تشمل كافة الاضطرابات. وقالت الأكثرية الغالبة (69.3% غير موزونة، 68.9% موزونة) إنها تفضل دليل توجيه تشخيصي مرن بما فيه الكفاية للسماح بالمتغيرات الثقافية والحكم السريري. وتشكل هذه الناحية أحد أهم الاختلافات بين المقاربة التي اعتمدها دليل ICD-10 في توصيفاته السريرية والتوجيهات التشخيصية (12) وتوصيفات دليل DSM-IV، لذا كان من الطبيعي المقارنة بين إجابات مستخدمي ICD-10 ودليل DSM-IV على هذا السؤال. وتبين أن نسبة أعلى بقليل عالمياً لمستخدمي DSM-IV (72.3%) مقارنة مع مستخدمي دليل ICD-10 (68.3%) أبدوا تفضيلاً لدليل يحوي توجيهات مرنة بدلاً من المعايير الحرفية ($p < 0.05$).

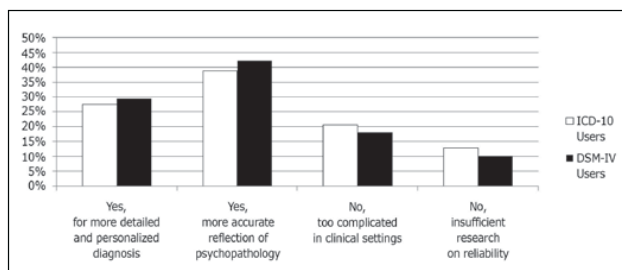
وقد اختلفت الإجابات بين مستخدمي الدليلين بشكل كبير ($p < 0.0001$). وبالرغم من الإجابات المتكررة لكلا المجموعتين كانت: "الوضع الوظيفي يجب أن يكون معياراً تشخيصياً في بعض الاضطرابات النفسية، وعند الضرورة أن يشير إلى وجود شكل اضطراب من خلال النتائج الوظيفية الظاهرة"، وقد أجاب مستخدمو دليل ICD-10 بمرات أكثر هذا الخيار. كما كان مستخدمو دليل ICD-10 مرجحين أكثر للقول "إن الوضع الوظيفي يجب ألا يكون ضمن المعايير التشخيصية" على الإطلاق، بينما قال مستخدمو DSM-IV بأرجحية أكبر "إن الاعتلال الوظيفي يجب أن يكون معياراً تشخيصياً في أغلب الاضطرابات النفسية؛ وفي حال غياب أي اعتلال وظيفي، فعندئذ يجب ألا يتم التشخيص بوجود اضطراب". وتضع هذه النتيجة الاختلافات بالطريقة التي يتم فيها حالياً معالجة الوضع الوظيفي والأهمية السريرية في كلا الدليلين على خط متوازي.

مكوّن بعدي

طلب من المشاركين تحديد ما إذا يرون ضرورة في أن يشمل نظام التشخيص مكوّنًا بعدياً، حيث يتم تصنيف بعض الاضطرابات على مقياس بدلاً من الإشارة إلى غياب أو وجود الاضطراب فحسب. وتظهر إجابات المجموعتين في الصورة رقم 4. وعلى الرغم من أن الإجابات كانت جد مختلفة ($p < 0.05$)، فإن الأنماط كانت ذاتها. وقد فضلت أغلبية المجموعتين إضافة مكوّن بعدي إما لأنه أكثر تفصيلاً وتخصيصاً أو لأنه أكثر دقة في إظهار المرض النفسي الدفين. وأشارت قلة قليلة إلى أن النظام البعدي أكثر تعقيداً للاستخدام في معظم الأنظمة السريرية أو أنه لم يكن من أدلة كافية فيما يخص موثوقية مقارنة مماثلة.

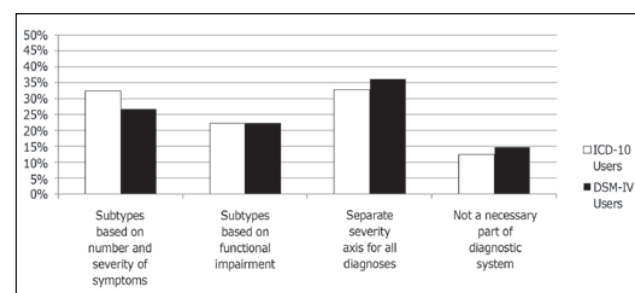
الاكتئاب وأحداث حياتية ضائرة

طلب من المشاركين تحديد ما إذا كانوا يرون أن تشخيصاً بالاكْتئاب واجب حين تكون الاعراض الاكتئابية متناسقة مع الاجابة لحدث حياتي ضائر (مثال، خسارة وظيفة أو منزل أو طلاق). وأجاب ثلثي المشاركين (64.1% غير موزونة، 64.3% موزونة) بـ نعم، وأنه في حال وجود متلازمة اكتئابية كاملة، فإن التشخيص يجب أن يحدد بغض النظر عما إذا كان حدث حياتي يمكن تفسيره، بينما أجابت بقية المشاركين بأن الاستجابة المتناسقة لحدث حياتي ضائر يجب أن تعتبر اضطراباً نفسياً.



صورة رقم 4: نسبة مستخدمي دليل ICD-10 و DSM-IV عالمياً الداعمين لأربع خيارات حول ضرورة أن يشمل نظام تصنيف تشخيصي مكوّنًا بعدياً

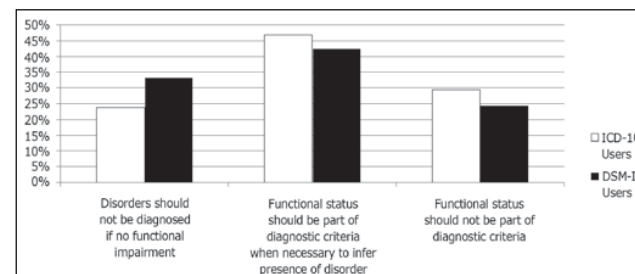
سئل كافة أطباء النفس المشتركين عن رأيهم بالطريقة الفضلى التي يمكن لدليل تشخيصي أن يعتمد عليها في معالجة مفهوم الحدة. وهنا لم يرجح أي موقف كفة الميزان. وبما أن هذا المفهوم يكتسي أهمية كبرى في مراجعة دليل ICD-10 و DSM-IV (14)، وتظهر نتائج المشاركين الذين يستخدمون عادة دليل ICD-10 مقارنة مع الذين يستخدمون دليل DSM-IV في أغلب الحالات في الصورة رقم 2. وكما تبين، فإن الاختلافات كانت كبيرة بين المجموعتين ($p < 0.01$)، مع الإشارة إلى أن مستخدمي DSM-IV أبدوا تفضيلاً أكبر لمحور مستقل يتيح تقييماً شاملاً للحدة يمكن استخدامه في كافة التشخيصات، وأقل تفضيلاً لأن يحتوي أي تصنيف أنماط فرعية لفئات التشخيص المعنية (مثال، نوبات اكتئابية خفيفة أو معتدلة أو حادة) استناداً على عدد و/أو حدة الأعراض الموجودة.



صورة رقم 2: نسبة مستخدمي دليل ICD-10 و DSM-IV عالمياً الداعمين لأربع خيارات كطريقة فضلى لمعالجة حدة الاضطرابات النفسية في أنظمة التصنيف

الوضع الوظيفي

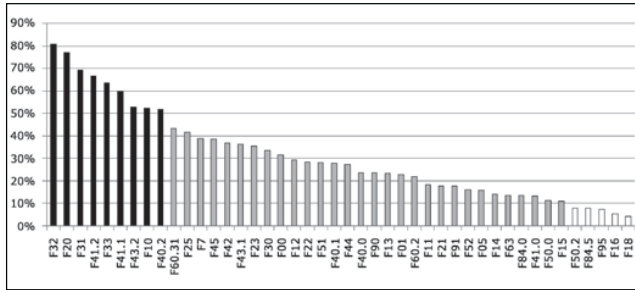
سئل المشاركون "ما هي الطريقة الفضلى لنظام تشخيصي يضع مفاهيم العلاقة بين التشخيص والوضع الوظيفي (مثال، اعتلال العناية الذاتية أو الأداء الوظيفي)؟" مجدداً وبما أن الموضوع متعلق بمراجعة دليل ICD-10 و DSM-IV (15)، تمت المقارنة بين إجابات مستخدمي الدليلين في الصورة رقم 3.



صورة رقم 3: نسبة مستخدمي دليل ICD-10 و DSM-IV عالمياً الداعمين لثلاث خيارات لأنظمة التصنيف في تحديد مفاهيم العلاقة بين التشخيص والوضع الوظيفي

التطبيق الناجح ثقافياً والحاجة إلى تصنيف محلي

مترجماً من دليل ICD-10). لم يُسأل المشاركون من الولايات المتحدة هذا السؤال. وتظهر الصورة رقم 6 نسبة الأطباء النفسيين، بحسب البلد والمنطقة المحددة من قبل منظمة الصحة والحاجة التي يرونها في بلادهم لتصنيف مماثل. وقد تمت إضافة بيانات من هيتتين في فرنسا لإظهار بيانات على مستوى البلد، كما تم إضافة بيانات من هيتتين من اسبانيا. وقد تم سرد بيانات من هونغ كونغ وجمهورية الصين الشعبية بشكل منفصل لاختلاف التدريب والممارسة التقليدية تاريخياً فيهما بما يترتب عنه تأثيرات على الموقف من التصنيف. وقد أشارت أغلبية الهيئة الكوبية لأطباء النفس إلى أن نظام التشخيص الذي يستخدمه الأطباء بشكل أكبر هو قاموس الطب النفسي الكوبي بنسخته الثالثة (16)، وهو تكيف كوبي لدليل ICD-10 للتوصيفات السريرية والتوجيهات التشخيصية، وقد دعم المشاركون الكوبيون ذاتهم الحاجة إلى تصنيف محلي، كما يظهر في الصورة رقم 6. بالإضافة إلى ذلك، أشار 30% من الأطباء النفسيين في الاتحاد الروسي وجمهورية الصين الشعبية والأرجنتين والهند واليابان وفرنسا أيضاً إلى حاجة لتصنيف محلي للاضطرابات النفسية.



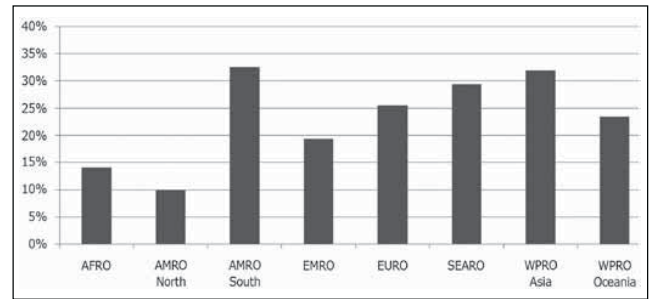
صورة رقم 7: نسبة الأطباء النفسيين المشاركين الذين يشيرون إلى أنهم استخدموا الفئات الـ 44 من دليل ICD-10 مرة على الأقل في الأسبوع ضمن ممارستهم السريرية اليومية، نسبة وفق البلدان

استخدام الفئات التشخيصية الواردة في دليل ICD-10

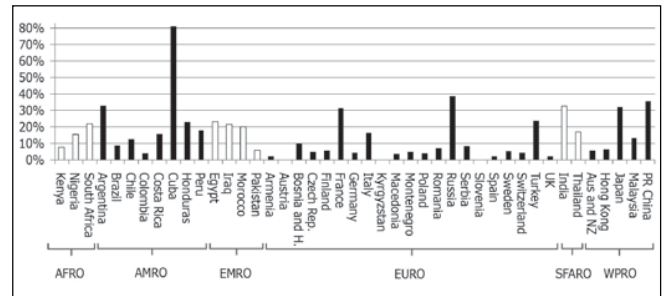
طلب من الأطباء النفسيين الذين أشاروا إلى أنهم يقابلون مرضى وأنهم يستخدمون تصنيفات دليل ICD-10 التشخيصية في خلال الممارسة العيادية اليومية أن يختاروا من لائحة فئات الدليل الـ 44 تلك التي يستخدمونها على الأقل مرة واحدة في الأسبوع في الممارسة العيادية اليومية. وتظهر هذه الفئات في الجدول رقم 2.

وتعرض الصورة رقم 7 النسبة الموزونة التي يقوم بها الأطباء النفسيين الذين وزع عليهم هذا السؤال باختيار الفئة التشخيصية وتظهر بنسبة الاستعمال الأكبر من اليمين إلى اليسار. وقد تم اختيار تسع فئات من قبل أكثر من 50% من المشاركين للإشارة إلى أنهم استخدموها مرة واحدة على الأقل في الأسبوع: F32 النوبة الاكتئابية و F20 الفُصام و F31 الاضطراب الوجداني الثنائي القطب و F41.2 الاضطراب القلبي والاكتئابي المختلط و F41.1 الاضطراب القلبي المتعمم و F10 F11 الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي مادة نفسانية التأثير

طلب من المشاركين الذين قابلوا مرضى تحديد مستوى موافقتهم على جملة «نظام التشخيص الذي استخدمه يصعب تطبيقه بين الثقافات المختلفة، أو حين يكون المريض/طالب العلاج من خلفية ثقافية أو إثنية تختلف عني». وقال حوالي ثلاثة أرباع من المشاركين (74.8%) غير موزونة، 71.3% موزونة) إنهم على الأقل يوافقون بعض الشيء على ذلك. وتظهر الصورة رقم 5 نسبة أطباء النفس وفق مناطق المنظمة العالمية للصحة الذين وافقوا بأغلب الأحوال أو كلياً على ذلك. وفي هذا التحليل تم فصل منطقة الاميركتين (أميركا الولايات المتحدة الأمريكية – الشمال) عن (أميركا اللاتينية – الجنوب)، وأستراليا ونيوزيلندا عن (منطقة آسيا). وكما يظهر في الصورة رقم 5، برزت متغيرة في المناطق الكبرى توافقاً مع هذه الفكرة، حيث أشار 30% من اطباء النفس المشاركين في اميركا اللاتينية وآسيا، وحوالي 30% من أولئك في جنوب شرق آسيا أنهم يوافقون بأغلب الأحوال أو كلياً معها بينما انخفضت هذه النسبة إلى 10% بين أطباء النفس في الولايات المتحدة.



صورة رقم 5: نسبة الأطباء النفسيين في العالم الذين يوافقون بأغلب الأحوال أو كلياً مع مقولة «نظام التشخيص الذي أستخدمه يصعب تطبيقه على خلفيات ثقافية مختلفة، أو حين يكون المريض/طالب العلاج من خلفية ثقافية أو إثنية تختلف عني»

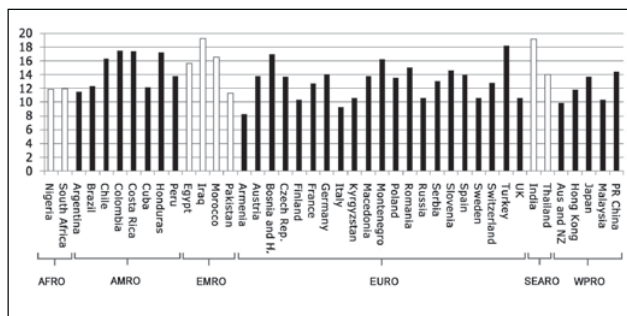


صورة رقم 6: نسبة الأطباء النفسيين وفق البلد وضمن مناطق منظمة الصحة العالمية الذي يرون حاجة في بلدانهم إلى تصنيف محلي للاضطرابات النفسية بالإضافة إلى ذلك، سئل المشاركون رأيهم في الحاجة إلى تصنيف وطني للاضطرابات النفسية (مثال، تصنيف مخصص للبلد لا يكون

يستخدمها مرة على الأقل في الأسبوع، طلب منه تحديد تقيمين متعلقين باستخدام الفئة في الممارسة العيادية: أ) سهولة الاستخدام؛ و ب) حسن الملاءمة أو دقة تحديد دليل ICD-10، توصيف سريري وتوجيهات تشخيصية في توصيف المرضى يراه في الممارسة العيادية. وقد وضعت التقييمات وفق مقياس بأربع نقاط من 0 («غير سهلة على الإطلاق» إلى ثلاثة استخدام الممارسة العيادية» أو «غير دقيقة على الإطلاق») إلى ثلاثة («سهولة كبرى في الاستخدام» أو «في منتهى الدقة»).

وقد ارتبطت تقييمات سهولة الاستخدام بحسن الملاءمة بشكل كبير ولو أنه غير مثالي (شامل $r=0.72$ ، لكل فئة متوسط $=65-89$). وبهدف تسهيل المقارنات، تحولت متغيرات الضمنية لتقييم كل فئة إلى متغيرات مستمرة تتراوح بين 0 إلى 1. وتظهر كل من الصورة رقم 9 ورقم 10 متوسط التقييم الرقمي لكل فئة استناداً إلى تقييمات المشاركين الفئوية وسهولة الاستخدام موزونة بحسب البلد، ومعروضة بحسب ترتيب الاستخدام ذاته (من اليسار إلى اليمين) كما يظهر في الصورة رقم 7. ويعود متوسط 66 لمشارك حدد تقييمه بـ 2 («سهل جداً» أو دقيق جداً) لسهولة الاستخدام وحسن الملاءمة ومتوسط متحول من 33 لمشارك يحدد تقييمه بـ 1 («سهل بعض الشيء» أو «دقيق بعض الشيء»). وبشكل عام فإن التقييمات المتوسطة الموزونة لسهولة الاستخدام وحسن الملاءمة كانت عالية بنسبة لا بأس بها (68). لسهولة الاستخدام و64. لحسن الملاءمة). إلا أن متغيرة كبرى في عدد من الفئات برزت. وتظهر الفئات التي بينت معدلات هي الأدنى في سهولة الاستخدام وحسن الملاءمة - التي تم اعتمادها كتلك الفئات التي بلغ متوسط تقييم سهولة الاستخدام وحسن الملاءمة فيها أكثر

و F40.2 الرهابات النوعية (المنعزلة). وقد تم اختيار خمس فئات (F18 الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي المذيبات الطيارة و F16 الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي المهلوسات و F95 اضطرابات العزات و F95 اضطرابات العزات و F50.2 النهام العصبي) من قبل أقل من 10% من المشاركين. وتظهر الصورة رقم 8 متوسط عدد الفئات التي تم اختيارها من المشاركين بحسب البلد والمناطق المحددة من منظمة الصحة العالمية.



صورة رقم 8: متوسط عدد الفئات التشخيصية المستخدمة مرة واحدة على الأقل أسبوعياً، في البلد الواحد وفي منطقة ضمن منظمة الصحة العالمية

سهولة الاستخدام وحسن ملاءمة فئات التشخيص في دليل ICD-10

لكل فئة من فئات دليل ICD-10 أشار إليها أحد المشاركين بأنه

جدول رقم ٢: لأثقة الفئات التشخيصية في دليل ICD-10 التي طلب من المشاركين في الاستطلاع الإشارة إلى تلك التي يعتمدون عليها مرة في الأسبوع في ممارستهم السريرية

F00	الخرف في داء آلزهايمر	F40.2	الرهابات النوعية (المنعزلة)
F01	الخرف الوعائي المنشأ (خرف تصلب الشرايين سابقاً)	F41.0	الاضطراب الهلعي [القلق النوبي النتيابي]
F05	الهذيان، غير المحدد بالكحول ولا بأي من المواد النفسانية الأخرى	F41.1	الاضطراب القلبي المتعمم
F10	الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي مادة نفسانية التأثير	F41.2	الاضطراب القلبي والاكتنابي المختلط
F11	الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي الأفيونات	F42	الاضطراب الوسواسي-القهرى
F12	الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي مشتقات الحشيش	F43.1	الاضطراب الكربى التالي للرضح
F13	الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي المهدئات أو المنومات	F43.2	اضطرابات التأقلم
F14	الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي الكوكائين	F44	الاضطرابات التفارقية (الانشقاقية) التحولية
F15	الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي منبهات أخرى، تشمل الكافئين	F45	الاضطرابات الجسدية الشكل
F16	الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي المهلوسات	F50.0	الفهم (فقد الشهية) العصبي
F18	الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن تعاطي المذيبات الطيارة	F50.2	النهام العصبي
F20	الفصام	F51	اضطرابات النوم غير العضوية المنشأ
F21	الاضطراب الفصامي النمط	F52	خلل الأداء (خلل الوظيفة) الجنسي، غير الناجم عن اضطراب أو مرض عضوي
F22	الاضطرابات الوهامية (الضلالية) المستديمة	F60.2	اضطراب الشخصية المستهينة بالمجتمع
F23	الاضطرابات الذهانية الحادة والعابرة	F60.31	اضطراب الشخصية غير المستقرة انفعالياً، الحدية
F25	الاضطرابات الوجدانية الفصامية	F63	اضطرابات العادات والنزوات
F30	النوبة الهوسية	F7	التخلف العقلي الخفيف
F31	الاضطراب الوجداني الفئائي القطب	F84.0	الاضطرابات النمائية المنتشرة
F32	النوبة الاكتئابية	F84.5	الاعتلال النفسي الذاتوي
F33	الاضطراب الاكتنابي المَعَاوِد (المتكرر الحدوث)	F90	اضطرابات فرط الحركة
F40.0	اضطرابات القلق الرهابي	F91	اضطرابات التصرف
F40.1	الرهابات الاجتماعية	F95	اضطرابات العزات

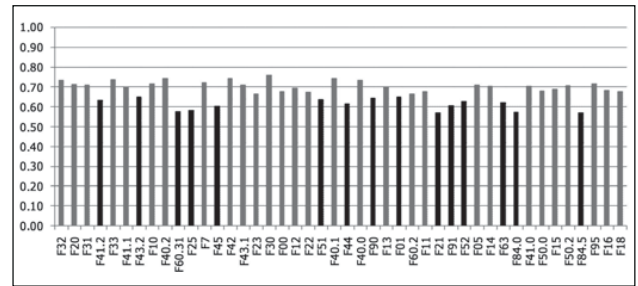
من 0.5 من الانحرافات القياسية أقل من المتوسط العام في الفئات، في الجدول رقم 3.

يعد استطلاع الجمعية العالمية للطب النفسي ومنظمة الصحة العالمية الأوسع والأكبر عالمياً الذي يتناول مواقف الأطباء النفسيين تجاه تصنيف الاضطرابات النفسية. واستناداً على نسبة الوقت الذي خلاله شارك الأطباء النفسيين في مقابلة المرضى، تمكن الاستطلاع من الوصول إلى الأطباء الممارسين، بدلاً من حصر المعلومات بأعضاء المجتمع القيادي في الجمعية العالمية للطب النفسي أو خبراء التصنيف المزعوم. وتظهر هذه الدراسة أن الوجود المطلق لوسائل التواصل الإلكتروني تجعل من الممكن تطبيق مشاريع من هذا النوع إلكترونياً في أنحاء العالم كافة باستثناء بعض المناطق، مما يشير إلى إمكانية استخدام هذه الآلية لتسهيل توزيع الاستطلاع والمشاركة في مراجعة دليل ICD أكثر مما كان ممكناً في مراجعات سابقة.

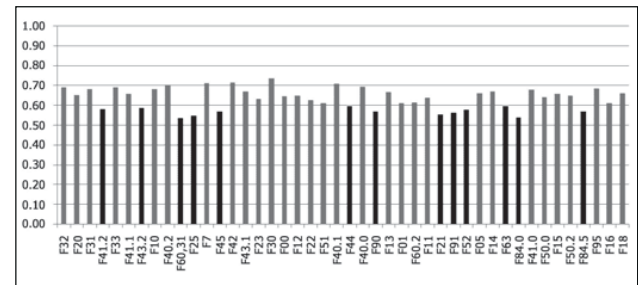
وبما أن متوسط الاجابات كان أعلى في بلدان الدخل المنخفض والمتوسط مقارنة مع بلدان الدخل المرتفع، فإن ذلك يوازي بين تعليقات الأفراد الأعضاء في تلك البلدان الذين كانوا مسرورين للإجابة والتعبير عن رأيهم ومتحمسين للمشاركة. إن الجهد الخاص الذي بذل في هذه الدراسة التعاونية في تطبيق الاستطلاع في 19 لغة من الواضح أنه ساهم في جعل المشاركة سهلة قدر الامكان. حتى في المنطقة الأوروبية، كانت مشاركة البلدان ذات الدخل الأدنى نسبياً لا تظهر مشاركة بشكل عام في المشاريع العالمية الناطقة باللغة الانكليزية كما البلدان المجاورة لها والتي تتمتع بموارد أكبر.

وتظهر نتائج الاستطلاع أن أنظمة التصنيف الرسمية للاضطرابات النفسية قسم مدمج في ممارسة الطب النفسي في أنحاء العالم. ولم تكن الدراسة تستهدف المقارنة بين الدليل ICD ودليل DSM، إذ أنها وضعت ضمن إطار الجهود المشتركة مع منظمة الصحة العالمية في مراجعة دليل ICD-10 وبالتالي فهي ذات أهمية أكبر لمستخدمي الدليل. ولكن هذا الاستطلاع العالمي الذي شمل حوالي خمسة آلاف طبيب نفسي يوفر دليلاً مقنعاً بأن الدليل ICD-10 مستخدم في أنحاء العالم على عكس الاستطلاعات السابقة التي انحصرت مجموعات بعينيات صغيرة ومحددة (10).

من خلال هذا الاستطلاع، قدّم الأطباء النفسيون من أنحاء العالم دعماً كبيراً يرتكز على المنفعة السريرية خلال المراجعة الحالية للدليل. وإن النتائج التي خلص إليها تتوافق مع تلك التي توصل إليها ميلسوب وآخرون (5,6) وسوزوكي وآخرون (7)، لا سيما فيما يخص الهدف الأساسي للتصنيف والعدد المرغوب به من الفئات والحاجة إلى نظام أقل تعقيداً وذات منفعة سريرية أكبر. وقد رأى الأطباء المشاركون أن الهدف الأساسي من التصنيفات هو تسهيل التواصل بين الأطباء السريريين كما العلاج والإدارة المستنيرة، بينما احتل بنظرهم البحث والممارسة الاحصائية أهمية أصغر. وأشاروا إلى أنهم يفضلون تصنيفاً مبسطاً بشكل كامل وقال



صورة رقم 9: متوسط معدلات تحول «سهولة الاستخدام» لفئات دليل ICD-10، تم قياسها في كل بلد، وعرضها بترتيب تواتر الاستخدام من اليسار إلى اليمين



صورة رقم 10: متوسط معدلات تحول «حسن الملاءمة» لفئات دليل ICD-10، تم قياسها في كل بلد، وعرضها بترتيب تواتر الاستخدام من اليسار إلى اليمين

جدول رقم 3: فئات دليل ICD-10 التشخيصية تم تقييمها من قبل أطباء نفسيين على أنها أقل سهولة أو أقل تلاؤماً في الممارسة السريرية مقارنة مع فئات أخرى

F01 الخَرْفُ الوَعَائِيّ المنشَأُ (خَرْفُ تَصَلُّبِ الشَّرَائِينَ سابقاً)

F21 الاضطراب الفُصامي النمط

F25 الاضطرابات الوجدانية الفُصاميّة

F41.2 الاضطراب القلق والاكتئابي المختلط

F43.2 اضطرابات التأقلم

F44 الاضطرابات التفارقية (الانشقاقية) التحويلية

F45 الاضطرابات الجسدية الشكل

F51 اضطرابات النوم غير العضوية المنشأ

F52 خلل الأداء (خلل الوظيفة) الجنسي، غير الناجم عن اضطراب أو مرض عضوي

F60.31 اضطراب الشخصية غير المستقرة انفعالياً، الحدية

F63 اضطرابات العادات والنزوات

F84.0 الاضطرابات النمائية المنتشرة

F84.5 الاعتلال النفسى الذاتوى

F90 اضطرابات فرط الحركة

F91 اضطرابات التصرف

87.5% (86.4% موزونة) إن نظام تصنيف من 100 فئة أو أقل هو الأكثر منفعة.

وتبدو نتائج الاستطلاع تعكس اتجاهات متعددة المجالات ووقائع تنظيمية مركبة في الممارسة النفسية الحالية. وأشارت الأغلبية الكبرى من مجموعة الأطباء النفسيين العالمية إلى حاجة إلى نظام تشخيصي يكون ذات منفعة لأخصائيي الصحة النفسية غير الأطباء، ووافقت نسبة شبيهة بأن النظام يجب أن يكون مفهوماً من غير الأخصائيين أيضاً. كما فضلت الأغلبية تطوير نظام تشخيصي مبسط للاضطرابات النفسية يمكن استخدامه في الرعاية الأولية.

وأشار أكثر من ثلثي مجموعة الأطباء النفسيين العالمية إلى أنهم يفضلون نظاماً بتوجيهات مرنة تتيح المجال امام الاعتبارات الثقافية والحكم السريري مقارنة مع المعايير الحرفية الصارمة، وقد اتفق المستخدمون في هذه المجموعة الذين يستخدمون أياً من الدليلين ICD و DSM-IV. لكن الآراء انقسمت حول الطريقة الفضلى في ادماج المفاهيم الخاصة بالحدة والوضع الوظيفي، مما يشير إلى أن هذه المجالات قد تكون مصدر تركيز لمزيد من الاختبارات، في حين أن معظم المجيبين استجابوا إلى نظام يتضمن مكوناً بعدياً في توصيفات الاضطرابات النفسية. وعلى الرغم من الاختلافات الأخيرة حول التطبيق للمعاينة العادية (17)، فإن معظم الأطباء النفسيين شعروا أن تشخيص الاكتئاب يجب تعيينه حتى في وجود أحداث حياتية محتملة تفسر ظهوره.

وعلى الرغم من أن الأغلبية الساحقة من مجموعة الأطباء النفسيين العالمية بدت داعمة لامكانية تصنيف عالمي مشترك ثقافياً للاضطرابات النفسية، وقد كشفت نتائج هذا الاستطلاع عن عدة نقاط تقتضي توخي الحذر. إذ أشارت أقلية ملحوظة من الأطباء النفسيين في أميركا اللاتينية وآسيا إلى مشاكل في الممارسة المشتركة ثقافياً للتصنيفات القائمة، وأشارت نسبة كبيرة من الأطباء النفسيين في عدد من البلدان - مثال: كوبا، الاتحاد الروسي، جمهورية الصين الشعبية، الأرجنتين، الهند، اليابان، فرنسا - قالوا إنهم يحتاجون إلى تصنيف وطني للاضطرابات النفسية في بلدانهم. إن هذا النمط من الاجابات يتناقض مع الاستطلاعات السابقة، التي تشير إلى وجهات نظر متباينة بين البلدان حول المنفعة المشتركة ثقافياً لأنظمة التصنيف القائمة (5). وسيكون من المهم جداً في مراجعة دليل ICD مراعاة هذه النواحي بهدف تطوير نظام مقبول على المستوى العالمي.

إن نتائج الاستطلاع حول استخدام فئات تشخيصية محددة مثيرة للاهتمام من جوانب متعددة. وتتداخل لائحة التشخيصات الأكثر استخداماً بشكل جزئي، لا كلي، مع الفئات التشخيصية الأكثر استخداماً في دراسات عالمية تركز على الرعاية في المستشفيات في 10 بلدان (18)، وهي بذلك تعكس على الأرجح استخداماً لمجموعة مختلفة من الفئات في الممارسة الخارجية لرعاية المرضى. وتجدر الإشارة إلى أن بعض الفئات التي أثارت جدلاً خلال مناقشات المراجعة الحالية بما فيها

F41.2 الاضطراب القلبي والاكتئابي المختلط و F43.2 اضطرابات التأقلم كانت الأكثر استخداماً بين الأطباء النفسيين في انحاء العالم. كما يشكل الاستخدام الواسع والمنتشر لفئة F32 النوبة الاكتئابية و F33 الاضطراب الاكتئابي المَعَاود مصدر اهتمام كبير أيضاً نتيجة الاختلاف الكبير بين الدليل ICD-10 و DSM-IV. وقد أشار بعض الأطباء الذين يستخدمون عدداً قليلاً نسبياً من الفئات على الأقل مرة واحدة في الاسبوع (صورة رقم 8)، تتراوح بين متوسط أقل بقليل من 10 فئات في ارمينيا وإيطاليا إلى متوسط أقل بقليل من 20 فئة في الهند والعراق. يبدو ذلك متسقاً مع تقييد أو تضيق عام للممارسة الطبية النفسية (19). وتستكشف تحاليل مقبلة الاختلافات في استخدام الفئات التشخيصية المحددة بحسب المنطقة والبلد.

ترتبط المعلومات المتعلقة بسهولة الاستخدام وحسن الملاءمة ارتباطاً مباشراً مع مراجعة دليل ICD بما أنها تشير مباشرة إلى فئات ينظر إليها على أنها مشاكل في عملية تعريف والتوجيه التشخيصي المتوفر. ومن وجهة نظر الصحة العامة، يترتب عن ذلك آثار مهمة على النتائج المستخدمة بشكل شائع. ومن المهم التشديد على أن متوسط سهولة الاستخدام وحسن الملاءمة قد تم من قبل أطباء النفس أشاروا إلى أنهم يستخدمون دليل ICD-10 في الممارسة السريرية والذين أكدوا استخدام الفئة المحددة على الأقل مرة واحدة في الاسبوع. إن اختيار هذا المنهج أتى بشكل خاص لأنه يهدف إلى أن يقوم الأطباء الأكثر معرفة بكل فئة بتحديد سهولة استخدامها وملاءمتها.

وظهرت نسبة متوسط سهولة استخدام وحسن ملاءمة الفئات بشكل عام مرتفعة، مما يشير إلى أن الأطباء النفسيين الذين يستخدمونها بشكل منظم يجدونها بشكل عام سهلة الاستخدام ودقيقة نسبياً في وصف المرضى الذين يقابلونهم في الممارسة العيادية. وتعتبر هذه النتائج متسقة مع نتائج التجارب الميدانية لدليل ICD-10 للتوصيفات السريرية والتوجيهات التشخيصية (11)، والتي استخدمت مقياس تقييم مشابه لحسن الملاءمة وتلك التي برزت في دراسة أخيرة للأطباء النفسيين في البلدان التي تعتمد اللغة الألمانية (9). لكن هذه النتائج تشير أيضاً إلى مشاكل مع عدد من الفئات المحددة (راجع صورة رقم 9 و 10، والجدول رقم 3)، والتي ستكون محط تركيز في مراجعة دليل ICD.

إن الاستطلاع الحالي يوفر نقطة قاعدية ومجموعة أهداف محددة للإجراء تحسينات متعلقة بالتعريفات أو التوصيفات الخاصة بفئات الاضطرابات النفسية. وستكون نتائج الاستطلاع ذات منفعة كبرى لمنظمة الصحة العالمية في تحسين المنفعة السريرية للتصنيفات والقبول العالمي، كجزء من عملية مراجعة دليل ICD-10 الحالية. توفر هذه الدراسة مثلاً هاماً عن تعاون غني وناجح بين منظمة الصحة العالمية والجمعية العالمية للطب النفسي ومجتمعاتها، وننوي البناء على هذه التجربة خلال المراحل المقبلة من تطوير دليل ICD-11.

study of the views of psychiatrists on present and preferred characteristics of classifications of psychiatric disorders. *Int J Ment Health* 2008; 36:18-26.

6. Mellsop G, Dutu G, Robinson G. New Zealand psychiatrists views on global features of ICD-10 and DSM-IV. *Aust NZ J Psychiatry* 2007;41:157-65.
7. Suzuki Y, Takahashi T, Nagamine M et al. Comparison of psychiatrists' view on classification of mental disorders in four East Asian countries/area. *Asian J Psychiatry* 2010;3:20-5.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed., text revision. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
9. Zielasek J, Freyberger HJ, Jänner M et al. Assessing the opinions and experiences of German-speaking psychiatrists regarding necessary changes for the 11th revision of the mental disorders chapter of the International Classification of Disorders (ICD-11). *Eur Psychiatry* 2010;25:437-42.
10. Maser JD, Kaelber C, Weise R. International use and attitudes toward DSM-III and DSM-III-R: growing consensus in psychiatric classification. *J Abnorm Psychol* 1991;100:271-9.
11. Sartorius N, Kaelber CT, Cooper JE 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 behavioural disorders in ICD-10. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50:115-24. 131
12. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992.
13. World Bank. Country and lending groups. data. worldbank.org.
14. Regier DA, Narrow WE, Kuhl EA et al. The conceptual development of DSM-V. *Am J Psychiatry* 2009;166:645-50.
15. Narrow WE, Kuhl EA, Regier DA. DSM-V perspectives on disentangling disability from clinical significance. *World Psychiatry* 2009;8:88-9.
16. Otero-Ojeda A. Third Cuban Glossary of Psychiatry (GC-3): key features and contributions. *Psychopathology* 2002;35:181-4.
17. Horwitz AV, Wakefield JC. The loss of sadness: how psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder. Oxford: Oxford University Press, 2007.
18. Müssigbrodt H, Michels R, Malchow CP et al. Use of the ICD-10 classification in psychiatry: an international survey. *Psychopathology* 2000;33:94-9.
19. Maj M. Mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry* 2010;9:65-6.

The authors are grateful to G. Mellsop, W. Gaebel and J. Zielasek for their permission to use survey items from their studies. They are also grateful for the suggestions of the WPA Executive Committee, including T. Akiyama, H. Herrman, M. Jorge, L. Kuey, T. Okasha, P. Ruiz and A. Tasman, in developing the survey. They thank S. Evans for his verification of the data. The Spanish translation of the survey was done by P. Esparza with assistance from L. Flórez Alarcón (Colombia), J. Bejarano, G. Amador Muñoz (Costa Rica), M. Piazza (Peru), J.-J. Sánchez-Sosa (Mexico), L. Caris (Chile), and B. Mellor (Spain). The French translation was done by L. Bechard-Evans (Canada), with assistance from A. Lovell, C. Barral, A. Dumas, N. Henckes, B. Moutaud, A. Troisoeufs, P. Roussel (France), and B. Khoury and L. Akoury Dirani (Lebanon). The survey was run on the Qualtrics survey platform provided by the University of Kansas, and the authors are grateful to M. Roberts for his assistance in this matter. They also thank L. Bechard-Evans for setting up the initial version of the survey on the Qualtrics platform and developing the initial translation protocol. Most especially, the authors thank the participating WPA Member Societies for their collaboration in implementing the survey among their memberships, including translation of the questionnaire into the local languages. The German translation prepared by the German Association for Psychiatry and Psychotherapy was also used by the Austrian Association for Psychiatry and Psychotherapy. The Russian translation prepared by the Russian Psychiatric Association was also used by the Kyrgyz Psychiatric Association. Unless specifically stated, the views expressed in this article represent those of the authors and not the official policies or positions of the World Health Organization.

المراجع

1. World Health Organization. International classification of diseases and related health problems, 10th revision. Geneva: World Health Organization, 1992.
2. 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.
3. Reed GM. Towards ICD-11: improving the clinical utility of WHO's international classification of mental disorders. *Prof Psychol Res Pr* 2010;41:457-64.
4. Mezzich JE. International surveys on the use of ICD-10 and related diagnostic systems. *Psychopathology* 2002;35:72-5.
5. Mellsop G, Banzato C, Shinfuku N et al. An international

تجربة مضبوطة عشوائية للتوظيف في انكلترا: متابعة على مدى سنتين لدراسة العمل والاحتياجات المدعومة

MARGARET HESLIN¹, LOUISE HOWARD^{1,2}, MORVEN LEESE¹, PAUL MCCRONE¹, CHRISTOPHER RICE¹,
MANUELA JARRETT¹, TERRY SPOKES¹, PETER HUXLEY¹, GRAHAM THORNICROFT^{1,2}

¹Health Service and Population Research Department, Institute of Psychiatry, King's College London, De Crespigny Park, London SE5 8AF, UK

²Biomedical Research Centre for Mental Health, National Institute for Health Research, South London and Maudsley NHS Foundation Trust, London, UK

توصلت دراسات من أميركا الشمالية إلى أن الوظائف المدعومة باستخدام نموذج توظيف ومساعدة الأفراد IPS برهنت عن فاعلية في مساعدة الأفراد ذوي الأمراض النفسية الحادة والمستديمة بالحصول على وظيف تنافسية. تهدف هذه الدراسة إلى التحقيق في فاعلية النموذج IPS وقلة تكلفته في بريطانيا لدى المرضى الذين تمت متابعتهم على مدى سنتين. وقد تم توزيع المرضى الذين يعانون مرضاً نفسياً عشوائياً لتلقي خدمات نموذج IPS أو خدمات المساعدة المحلية (العلاج العادي). وتم قياس استخدام الخدمة والتكاليف. وتم توزيع 219 مشاركاً عشوائياً وإعادة تقييم 86% بعد سنتين. وقد وجد تحليل متعدد المتغيرات معدلات منخفضة نسبياً للتوظيف تنافسي في مجموعتي التدخل والعلاج العادي، على الرغم من أن عدداً أكبر بكثير من المرضى حصل على وظيفة تنافسية في مجموعة العلاج (22% مقارنة مع 11%، معدل = 0.041). لم تبرز اختلافات تذكر في التكلفة. وكان معدل التوظيف بين المشاركين الذين تلقوا نموذج IPS أقل من التقارير التي نشرت سابقاً، وإن العدد المطلوب في المعالجة للوصول إلى منفعة نموذج IPS كان عالياً نسبياً. قد يعكس ذلك مشاكل في تطبيق نموذج IPS حيث هو غير مدمج من الناحية الهيكلية ضمن مجموعات الصحة النفسية، كما غياب الحوافز المالية التي تؤدي إلى مستويات منخفضة من تحفيز المرضى وأخصائيي الصحة النفسية.

الكلمات الرئيسية: التوظيف المدعوم، المرض النفسي الحاد، الفاعلية، التكلفة القليلة، التأهيل المهني

(جمعية الطب النفسي 2011;10:132-137)

اختيار المشاركين من فرق مجتمع الصحة النفسية في بلديتين في جنوب لندن. وشملت معايير الإدماج أن يكون المشاركون ممن يتلقون الرعاية الخارجية أو الرعاية النفسية من الخدمات المحلية، ويعانون مرضاً نفسياً (مدة المرض أكثر من سنتين، نتيجة التقييم العالمي للجانب الوظيفي 60 أو أقل، وقد تم تشخيصهم باضطراب انفعالي ذهاني أو مزمن)، وأن تتراوح أعمارهم بين 18-65 عاماً، ويكونوا قادرين على القراءة والتحدث باللغة الإنجليزية بما يحوّلهم إعطاء موافقة خطية مستنيرة، وكانوا عاطلين عن العمل لفترة لا تقل عن 3 أشهر. بعد أن أعطى الباحثون وصفاً كاملاً عن الدراسة للمشاركين المحتملين، تم الحصول على موافقة خطية مستنيرة. كما تم الحصول على الموافقة الأخلاقية من مركز الطب النفسي المشترك / لجنة جنوب لندن ومودسلي لأخلاقيات البحوث الطبية. تم توزيع المشاركين عشوائياً في مجموعة التدخل أو الشواهد. واستند توزيع العلاج على مستويات مختلفة بحسب الجنس والعمر (أشرطة من 10 سنوات). واعتمد التوزيع العشوائي مع الحد الأدنى، أجراه قسم الطب النفسي والتجارب السريرية لعلم الأعصاب، وهي وحدة مستقلة عن الدراسة، للمحافظة على السرية. أما مجموعة التدخل فكانت برنامجاً متكاملًا من نموذج IPS ضمن فرق مجتمع الصحة النفسية، قدمتها مؤسسات توظيف معتمدة لا تتوخى الربح وغير حكومية. وقد تضمنت مجموعة التدخل ربط الأخصائيين الأربعة (اثنان لكل بلدة محلية) مع فرق الصحة النفسية المجتمعية، وتم التركيز على التوظيف السريع يرافقه دعم المتابعة المستمرة. كما سعى أخصائيو التوظيف إلى إيجاد فرص العمل التي تتماشى مع تفضيلات المشاركين ومهاراتهم وقدراتهم. أما مجموعة الشواهد (المعاملة العادية، TAU)، فتألفت من برامج إعادة التأهيل النفسي والرعاية النهارية القائمة المتاحة في المنطقة المحلية (12).

وجرى تقييم المشاركين على القيمة القاعدية من قبل الباحث الذي قام بإدارة تطويع المشاركين ومن قبل باحث مختلف بعد 12 شهراً و24 شهراً من التوزيع العشوائي، وتميز وضع هذا الباحث بالتعمية عن مجموعات المشاركين. وقد أعطي كل مشارك مبلغ 20 جنيه استرليني لقاء الوقت

تم تطوير نموذج التوظيف والدعم IPS في تسعينيات القرن الماضي وقد تركز على التأهيل المهني كجزء من علاج الصحة النفسية بدلا من اعتباره كياناً منفصلاً (1).

ويهدف نموذج التوظيف والدعم IPS إلى تأمين التوظيف السريع في الأسواق التنافسية (أي، في سوق العمل المفتوح) يليه الدعم والتدريب اللازم خلال شغور المنصب. وإن خدمات نموذج التوظيف والدعم IPS متكاملة مع خدمات الصحة النفسية المجتمعية وترتكز على تفضيلات العملاء (1).

وقد وجدت التجارب العشوائية المضبوطة RCT في الولايات المتحدة النموذج التأهيلي المهني هذا أكثر فاعلية في الحصول على وظيفة لذوي الأمراض النفسية الحادة مقارنة مع نماذج إعادة التأهيل المهني التقليدي (2-9). كما تم تكرار هذه التجارب خارج أميركا الشمالية (10,11). لكن، وحتى مع إنجاز تجربة دعم التوظيف والحاجات SWAN (12)، وهي تجربة عشوائية مضبوطة RCT أجريت في جنوب لندن، لم يكن هناك تجارب واسعة للتوظيف المدعوم في المملكة المتحدة. وذكرت دراسة دعم التوظيف والحاجات SWAN أنه وبعد سنة واحدة من المتابعة كانت نسبة العمالة منخفضة لكل من مجموعة التدخل (13%)، ومجموعة الشواهد (7%)، مع غياب اختلاف يذكر بين المجموعتين (12). وكان افتراضنا الأولي أنه بعد سنتين من المتابعة سنجد نسبة أكبر من الأفراد الذين حصلوا على نموذج التوظيف والدعم IPS سيكونون في وظيفة تنافسية بالمقارنة مع الذين تلقوا خدمات عادية. نذكر في هذا التقرير نتائج المتابعة بعد سنتين.

المناهج

إن دراسة دعم التوظيف والحاجات SWAN هي تجربة عشوائية مضبوطة RCT براغماتية لنموذج التوظيف والدعم IPS. وقد تم

الذي أمضوه في النقطة القاعدية والمقابلات المتعلقة. لم يتم تسديد المبلغ إلى المشاركين الذي كانت لديهم اتصالات مع مستشاري التوظيف.

عند النقطة القاعدية، تم تقييم المشاركين من خلال الفحص العصبي النفسي السريري المنظم (SCAN، 13) لتحديد تشخيص المرضى. وتم تصنيف المرضى الذين أظهر فحص SCAN تشخيصهم بالفصام أو اضطراب فصامي عاطفي أو اضطراب ضلالي أو اضطرابات ذهانية أخرى، تم تصنيفهم على أنهم مصابون باضطراب ذهاني. وقد تم تصنيف المشاركين والذين كشف تشخيص SCAN أنهم مصابون باضطراب ثنائي القطب أو الهوس أو الاكتئاب بإصابتهم باضطراب مزاجي.

عند النقطة القاعدية، وعند المقابلة بعد سنة وبعد سنتين، تم جمع البيانات عن المعلومات الديمغرافية واستخدام الخدمة والوضع الوظيفي على مدى الأشهر الـ 12 السابقة. وأما مقاييس الأداء النفسي الاجتماعي، فكانت: تقييم مانشستر الموجز MANSA (النسخة الثانية (14)، ونسخة موجزة معدلة من بروفيل لانكاشير لنوعية الحياة، حيث تحدد النتائج وفق مقياس من 1 إلى 7 وتشكل النتيجة الأدنى نوعية أدنى من الحياة؛ وتقييم كامربيل للحاجة CAN (النسخة القصيرة (15)، وهي مقابلة قياس لتقييم الحاجات غير الموفرة لذوي الأمراض النفسية الحادة في 22 مجالاً طبياً واجتماعياً؛ مقياس روزنبرغ للتقييم الذاتي (RSE، 16) (RSE) والذي يتم تقييمه على مقياس من 1 إلى 4 تمثل النتائج الأدنى فيه تقديراً ذاتياً أدنى؛ مقياس التقييم النفسي الموجز (BPRS، 17) (BPRS)، وهو مقياس تقييم بحثي للمرض النفسي ويتم على مقياس من 24 إلى 168، حيث تمثل النتائج الأدنى أعراضاً أقل؛ التقييم العالمي للجانب الوظيفي (GAF، 18) (GAF)، وهو مقياس تقييم بحثي للجانب الوظيفي ويتم على مقياس يتراوح بين 0 و100، حيث تمثل النتائج الأدنى مستويات أدنى في الجانب الوظيفي؛ وقائمة استلام الخدمة من العميل CSSRI (19) (CSSRI)، وهي قياس للصحة والموارد الاجتماعية المستخدمة خلال الأشهر الـ 12 السابقة لتقرير المريض.

وقد تم تحديد الوظيفة التنافسية من خلال الرواتب التي تتوافق على الأقل مع الحد الأدنى للأجور، والتي تقع في بيئة مدمجة اجتماعياً لا تلك المخصصة لذوي الإعاقة، والخاصة (أي، التي لا توفرها منظمة ما)، واستمرار المشارك في الوظيفة لـ 30 يوماً على الأقل (وقد اعتبرت الوظيفة بالدوام النصفى بالتناسب).

حسبنا أن عينة من 75 شخصاً في كل مجموعة (المجموع 150) كافية لتحديد اختلافات في التوظيف من 10% في مجموعة المعاملة العادية TAU مقارنة مع 30% من المجموعة التجريبية، وافترضنا أن مستوى ذات أهمية يكمن في $p=0.05$ (مزدوج) و80% من الطاقة. وأتحننا متوسط استنزاف بنسبة 30%، وكان هدفنا في تحقيق توظيف لـ 108 شخص (المجموعة 216) في كل مجموعة. واستند متوسط القاعدة بنسبة 10% وارجحية الرفض ومعدلات الاستنزاف على دراسة بالتميمور (7) وهي نموذجية في الكثير من المجموعات السكانية الفصامية في انكلترا.

وبسبب طبيعة الدراسة، لم يكن ممكناً للمشاركين أو الذين قاموا بإدارة التدخل بالحفاظ على التعمية عن وضع المشارك. غير أن الباحثين الذين قاموا بمقابلات المتابعة بعد سنة وستين حافظوا على التعمية. وعند

إجراء تقييم المتابعة، لم يطلع الباحث على مجموعة المشارك كما طلب الباحث بذاته من المشارك عدم الكشف عن ذلك إذا أمكن. وقد أجري فحص للتعمية من خلال مقارنة أفضل تتيح للباحث المقارنة مع وضع المشارك الفعلي.

وقد اعتمد مقياس ضمان (20) IPS من قبل معالج نفسي مهني رئيسي مستقل عن الدراسة. خلال فترة الدراسة، طلب من عمال التوظيف تسجيل أي أحداث وقعت تتعلق بالعمل. وشملت هذه الأحداث الاتصال المباشر مع العميل والاتصالات مع غير العميل التي تتعلق بالعمل، على سبيل المثال، اتصال مع الممرض النفسي الاجتماعي للعميل. وقد طلب من عملي التوظيف تسجيل كمية الوقت الذي أمضاه العميل خلال الاتصال، وأين ومتى حصل الاتصال وطبيعته. وقد تم تحليل البيانات باستخدام SPSS مع نظام التشغيل Windows (الإصدار 15.0). وجرى اختبار الفرضيات الأولية والثانوية على المجموعة بأكملها. واستخدمنا اختبارات χ^2 للمقارنة بين المعدلات المتوسطة والنسب، بالترتيب، إلا في الحالات التي كانت البيانات فيها عالية الانحراف بشكل كبير، وفي هذه الحالة تم استخدام اختبارات غير معلمية. وتم تزويد هذه الأخيرة أيضاً بنماذج الانحدار الخطي بالإضافة إلى المتغيرات الملتبسة المحتملة أو المتغيرات المرتبطة بالوضع المفقود: (مجموع) العمر والجنس والمجموعة الاثنية، والمستوى التعليمي، والأعراض، والجانب الوظيفي والتشخيصي. وقد تم تحليل كافة البيانات في المجموعتين كما هي موزعة عشوائياً، بغض النظر عن التدخل (أي، نية العلاج). وتمت مقارنة البيانات الخاصة بالذين تمت متابعتهم مع من لم يتم متابعتهم، وعموماً ومن خلال كل فرع علاجي.

وتم دمج بيانات استخدام الخدمة من قائمة استلام الخدمة من العميل CSSRI مع معلومات وحدة التكلفة المناسبة (21). وتم تسجيل كلفة أدوية الذهان، والهوس والاكتئاب والقلق بالإضافة إلى علاجات الآثار الجانبية لهذه الأدوية وذلك باستخدام القائمة البريطانية الوطنية للأسعار في مارس 2006م (22). وفي حال قام أي عميل باستخدام دواء من دون معرفة الجرعة التي استهلكها يتم اعتماد الجرعة الموصى بها الأقل في تحديد تكلفة الدواء. وعادة ما تكون بيانات التكلفة منحرفة، لذا تم استخدام أساليب التمهيد لانتاج نطاق ثقة لمتوسط الفرق في التكلفة بين المجموعتين. تم دمج بيانات التكلفة مع النتيجة الرئيسية (نسبة المشاركين في الذين شغروا وظيفة خلال فترة المتابعة الممتدة لعامين). في حال كانت التكلفة أقل بالنسبة لنموذج IPS وكانت النتائج أفضل، يكون هو النموذج «المهيمن». أما في حال كانت التكلفة مرتفعة والنتائج أفضل، فإن ذلك يتطلب استخدام نسبة فاعلية تكلفة لإظهار التكاليف الإضافية التي ترتبت للتوصل إلى نقطة مئوية واحدة في الفرق بين المشتركين العاملين. ووضِع منحني مقبولية فاعلية التكلفة لتحديد ما إذا كان نموذج IPS أكثر فاعلية من حيث التكلفة مقارنة مع الرعاية المعيارية لمجموعة من القيم الخاصة بتحسين النتيجة الفردية. وبلغ النطاق بين 0 إلى 1000 جنيه استرليني بزيادات 100 جنيه استرليني. ولم يكن من بيانات للاسترشاد بها في اختيار هذا النطاق، لكن تم الافتراض أن المكاسب في الوظيفة ستقدر بمئات الجنيهات.

(SD 17.46، متوسط 9، ونطاق 1-77). لم يقم ستة عشر (15%) مريضاً بأي اتصال مع مستشار توظيف على الرغم من أنه عرض عليهم تحديد موعد لذلك. وأجرى أحد المشاركين في مجموعة الشواهد اتصالاً مع مجموعة التدخل.

وخمّن الباحثون الذين أجروا مقابلات متابعة حالة التخصيص بشكل صحيح في 220 (57%) من أصل 386 مقابلة في السنة الأولى والثانية من المتابعة، مقارنة مع 50% نسبة افتراض لتخمينات عشوائية ($p=0.006$): عينة منفردة، اختبار مزدوج الجانبين.

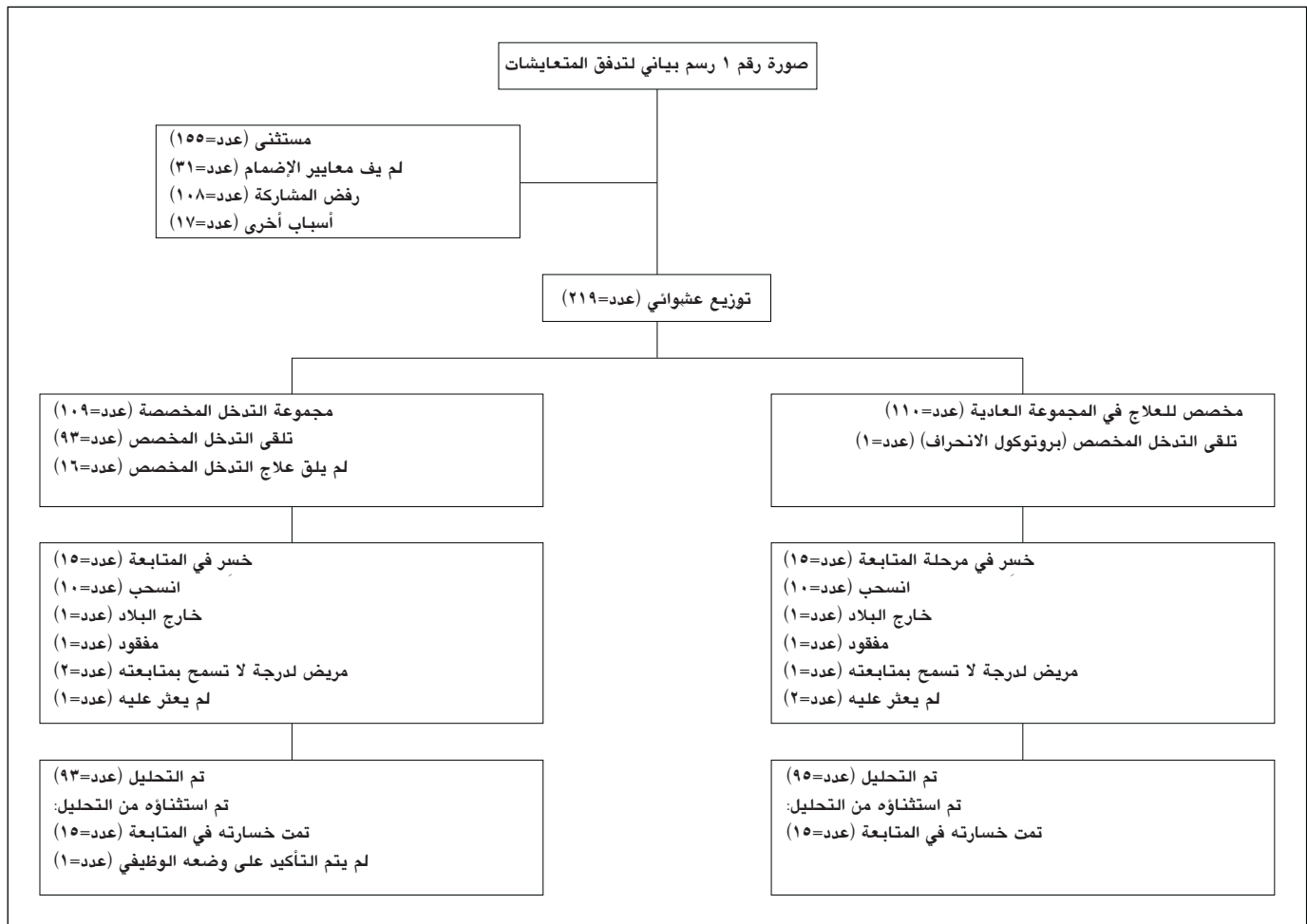
وذكر 32 (17%) مشاركاً من أصل 190 جرت متابعتهم أنهم عملوا في الفترة ما بين القيمة القاعدية وسنتين من المتابعة، في وظائف تفي بالمعايير التنافسية. وبين الذين تمت متابعتهم، 11 من أصل 95% (11%) كانوا من مجموعة الشواهد و21 من أصل 95 (22%) كانوا من مجموعة التدخل (نسبة الاختطار 1.91؛ CI 0.98 95% إلى 3.74؛ $\chi^2=2.053$ ، $P=0.053$ ، $NNT=1$). ويعادل ذلك العدد المطلوب للعلاج وهو 9. واعتبر المشاركون الثلاثون الذين لم يكونوا متاحين للمتابعة مفقودين لهذا التحليل.

وأجري تحليل الانحدار اللوجستي لمراقبة جميع العوامل الاجتماعية والديموغرافية والتدابير السريرية عند النقطة القاعدية. وأدى ذلك إلى كشف أن شغور المشارك لوظيفة في السنوات الخمس قبل القيمة القاعدية يتوقع النتيجة ($p=0.001$)، وأن أثر التدخل كان إحصائياً ذات قيمة

تم قبول المشاركين في الفترة الممتدة بين نوفمبر 2004 وسبتمبر 2006. ومن أصل 375 شخصاً أطلعوا على الدراسة، شارك 220 شخصاً (31) شخصاً لم يستوفوا معايير الإدماج؛ 108 رفضوا المشاركة؛ 17 تم استثنائهم لأسباب أخرى). كما انسحب واحد من المشاركين بين فترة التقييمات القاعدية والتوزيع العشوائي، وبقي 219 مشاركاً (صورة رقم 1). لم تظهر اختلافات كبرى بين المجموعتين العشوائيتين في أي من المتغيرات القاعدية (راجع الجدول رقم 1).

وقد فقد ثلاثون مشاركاً في المتابعة بعد سنتين، وكانت النسب مشابهة في كل من مجموعتي التدخل والشواهد. ولم تظهر اختلافات كبيرة في القيمة القاعدية في المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية أو السريرية بين أولئك الذين فقدوا وأولئك الذين لم يفقدوا في المتابعة؛ إلا أن نسبة أولئك الذين شغروا وظيفة في الـ 5 سنوات السابقة فقد كانت أعلى بعض الشيء بين الذين فقدوا في المتابعة، وإن لم تكن تلك النسبة كبيرة (66% مقارنة مع 52%، $p=0.19$ ، $\chi^2=1.738$).

وكانت نسبة مقياس ضمان IPS عالية؛ وحافظ استشاريو التوظيف في البلديتين على تصنيف جيد في نموذج IPS بلغ 69 و 67، بالترتيب. وبلغ متوسط عدد الاتصالات مع أو نيابة عن العميل لدى المشاركين الذين كانوا على اتصال مع استشاري توظيف (93 مشاركاً، 85%) 15.41



($p=0.041$) ووجدت تحليلات الحساسية أنه حين يفترض أن كافة المشاركين الذين لم تتم متابعتهم لم يشغروا وظيفة، فإن النتائج كانت أيضاً لصالح مجموعة التدخل ($\chi^2=3.768$, $p=0.052$)، على الرغم من أن تلك لم تكن الحال عند اعتبار المشاركين الذين لم تتم متابعتهم على أنهم شغروا وظائف ($\chi^2=1.956$, $p=0.162$).

الجدول رقم 1 متغيرات من القيمة القاعدية الاجتماعية الديمغرافية والمتغيرات سريرية لمشاركين في المجموعة العشوائية

المتغير	الشواهد	التدخل
الذكور %	66	69
بلدة أ %	43	35
بلدة ب %	57	65
عمل في السنوات الخمس الأخيرة %	56	51
يعيش وحده %	53	55
الاثنية %		
أبيض	41	34
أسود	41	45
آخر	17	20
التشخيص %		
اضطراب ذهاني	69	76
اضطراب مزاجي	31	24
متوسط العمر (متوسط $\pm$ SD)	38.3 $\pm$ 9.3	38.4 $\pm$ 9.5
نتيجة تقييم روزنبرغ للتقدير الذاتي (متوسط $\pm$ SD)	2.3 $\pm$ 0.5	2.2 $\pm$ 0.6
نتيجة التقييم العالمي للجانب الوظيفي (متوسط $\pm$ SD)	47.7 $\pm$ 6.3	48.3 $\pm$ 7.0
نتيجة متوسط تقييم مانشستر الشامل القصير (متوسط $\pm$ SD)	3.9 $\pm$ 0.7	4.0 $\pm$ 0.7
نتيجة مقياس التقييم النفسي الموجز (المتوسط، نصف المدى الربيعي)	33 (28-41)	33 (28-42)
تقييم كامبرويل للاحتياجات، الحاجات غير الموفرة (متوسط، نصف المدى الربيعي)	2 (0-3)	1 (0-3)

ووجدت تحليلات الحساسية أيضاً أن قيم p للمجموعة عند ضبط المربكات المحتملة في التحليل المعدل من خلال الانحدار اللوجستي كانت $p=0.044$ ، مع افتراض أن كل المشاركين الذين تمت متابعتهم لم يشغروا وظيفة، و $p=0.074$ ، مع افتراض أن كافة المشاركين الذين تمت متابعتهم شغروا وظيفة.

بشكل عام، تمت متابعة المجموعة كلها لمتوسط 703 أيام (SD 95.5). وفي مجموعة التدخل كان متوسط الأيام 708 (SD 87.1) وللشواهد 698 يوماً ($t_{202}=0.723$, $p=0.470$) (SD 103.1). ووجد تحليل كابلان ماير للبقاء أن المتوسط التقديري للوقت الذي تم إمضاؤه لنيل وظيفة كان 680 يوماً (95% CI 648-712) لمجموعة الشواهد و 630 يوماً (95% CI 588-671) لمجموعة التدخل. إذن فقد كان الوقت الذي تم إمضاؤه لنيل وظيفة أقل بعض الشيء بمتوسط ستة أسابيع في مجموعة التدخل ($\chi^2=3.753$, $p=0.053$). وفي التعديل في انحدار كوكس لأي عامل متركب محتمل ذات أهمية (أن يكون للمشاركين خلال السنوات الخمس الأخيرة، ومقياس CAN و GAF)، كانت المجموعة مهمة في تقدير الوقت الذي تم تخصيصه لإيجاد وظيفة ($p=0.043$).

من بين الأشخاص الـ 32 الذين شغروا وظيفة خلال سنتي المتابعة، شغل 25 مشاركاً وظيفة واحدة، و 6 مشتركين وظيفتين مختلفتين كما شغل مشترك واحد ثلاث وظائف مختلفة. وبرز اتجاه نحو عدد متوسط أعلى من ساعات العمل في الأسبوع في مجموعة الشواهد مقارنة مع مجموعة التدخل

(36 مقابل 15 ساعة؛ ويليوكسن $Z=-1.765$, $p=0.078$). ولكن، لم يكن من دليل على اختلاف في مدة شغور الوظيفة بين 11 شخصاً نالوا وظائف في مجموعة الشواهد و 21 شخصاً في مجموعة التدخل (متوسط 13 مقابل 22 أسبوعاً؛ $Z=-0.955$, $p=0.353$). وكان الاختلاف في الأجر بالساعة كبيراً بين المجموعتين، مع اتجاه في مجموعة الشواهد بتحصيل أجور أعلى من مجموعة التدخل (متوسط 8.81 جنيه استرليني مقابل 6 جنيه استرليني بالساعة؛ $z=-2.146$, $p=0.031$).

وكانت أغلبية الوظائف التي تم الحصول عليها خلال فترة المتابعة مهن أساسية أو وظائف بيع وخدمة زبائن (40/14، 35% و 40/11، 27.5%، بالترتيب). كما تم الحصول على وظائف إدارية 40/6 (15%) وسكرتارية، وتشغيل آلات ومصانع وآلات 2.40 (5%) ووظائف مهارات تجارية 40/2 (5%) ومهن محترفة 40/2 (5%). كما تم الحصول على وظيفة إدارية/ منصب رسمي رفيع ووظيفة احترافية/ فنية معاونة (كلاهما في مجموعة الشواهد) ومهنة خدمة شخصية (مجموعة 7.5%). كانت هذه الوظائف مصنفة باستخدام معيار التصنيف المهني (23).

ولم يكن من اختلاف كبير في نتيجة التوظيف بحسب البلدة: ضمن البلدة أ، 9 (12.5%) من المشاركين حصلوا على وظيفة تنافسية بينما حصل 23 مشاركاً (19.5%) من البلدة على وظيفة مماثلة ($\chi^2=1.561$, $p=0.212$).

ولم يظهر اختلاف بين مجموعة التدخل ومجموعة الشواهد في المتابعة حول أي من المقاييس السريرية (راجع الجدول رقم 2).

مع نهاية فترة متابعة، وقعت أحداث ضائرة مع أربعة مشاركين. وأفادت عائلة اثنين من المشاركين كما منسقي رعايتهما أنهما في عداد المفقودين (واحد من مجموعة التدخل وواحد من مجموعة المراقبة). وقد توفي مشارك نتيجة لجرعة دواء زائدة مشتبه بها (مجموعة الشواهد). وواجه المشارك الآخر تهمة بالقتل (مجموعة التدخل). لم يرتبط أي من هذه الأحداث بالدراسة أو التدخل. كان مستوى التعاطي مع أطباء الصحة العامة والأطباء النفسيين، وممرضى الصحة النفسية المجتمعية في كلتا المجموعتين. وكانت تكاليف المعالجة الداخلية أعلى من الخدمات الأخرى. أما الخدمة الوحيدة التي أدت إلى اختلاف ملحوظ في التكلفة بعد سنتين من المتابعة، فكانت الرعاية النهارية والتعليم، حيث كانت التكلفة أعلى بالنسبة لمجموعة الشواهد. وكان متوسط تكاليف التدخل أقل قليلاً من 300 جنيه استرليني. ولم تظهر اختلافات ذات دلالة إحصائية في التكاليف الإجمالية بين مجموعتي التدخل والشواهد، وتكاليف الخدمة أو تكلفة العلاج على مدى فترة المتابعة (راجع الجدول رقم 3). وأظهر تحليل الانحدار فارق تكلفة بلغ 2361 جنيه استرليني لصالح مجموعة التدخل، ولكن هذه القيمة لم تكن ذات أهمية من الناحية الإحصائية (-6105 إلى 1308 جنيه استرليني).

استناداً إلى نقاط تقديرات التكاليف والنتائج، بدأ نموذج IPS مهيمناً. وأظهر منحني مقبولية فاعلية التكلفة أنه حتى وإن وضعت قيمة جنيه استرليني 0 على شخص واحد إضافي حصل على عمل، فلا يزال الاحتمال بنسبة 90 % قائماً بأن يكون النموذج هو الخيار الأكثر فاعلية من حيث التكلفة.

المناقشة

وجدنا في هذه الدراسة أن نموذج IPS أكثر فاعلية بكثير في مساعدة المرضى الذين يعانون مرضاً نفسياً حاداً في الحصول على وظيفة تنافسية مقارنة مع الخدمات المهنية بعد سنتين من المتابعة، بينما كانت نسبة المرضى في كلا المجموعتين الذين حصلوا على وظيفة منخفضة، حتى أن

تكون فعالة التكلفة، فإن ذلك يجب أن يتم النظر إليه إلى جانب حقيقة أن الاختلاف في النتائج لم يكن كبيراً.

إن هذه النتائج قد تكون نتيجة الاختلافات في سوق العمل البريطاني مقارنة مع أمريكا الشمالية، لا سيما مع نقص محفزات التوظيف لدى توظيف أشخاص مصابين بأمراض نفسية حادة واختلافات في نظام الميزات. كما برزت أيضاً نسبة عالية نسبياً من المشاركين من مجموعات عرقية غير بيضاء في هذه الدراسة. وقد تؤدي هذه المسائل إلى الحد من نجاح نموذج IPS في انكثرا، بما أن الأشخاص من غير العرق الأبيض أكثر احتمالاً بأن يكونوا عاطلين عن العمل (24).

وفي بعض التجارب العشوائية المضبوطة RCT في الولايات المتحدة الاميركية، كان على المشاركين حضور اجتماعين أوليين لتحديد الأفراد الأقل اندفاعاً، بينما لم يتم ذلك في دراستنا، بل عكست ممارسة حالية في المملكة المتحدة. ولربما كانت الدراسة قد برهنت عن فاعلية أكبر لنموذج IPS لو أنه تم تحديد مستوى اندفاع المشاركين قبل اشراكهم في الدراسة، أو تلقوا نوعاً من المقابلة التشجيعية قبل المشاركة في برنامج IPS. والجدير بالذكر أن الدراسة أجريت في مناطق محرومة من لندن، حيث نسبة البطالة أعلى مقارنة مع المتوسط القومي، وحيث قد يكون من الصعب تحقيق معدلات متوسطة من التوظيف التنافسي.

مجموعة التدخل أظهرت معدلات أدنى مما كان قد تم تسجيله في مجموعة الشواهد في تجارب عشوائية مضبوطة RCT سابقة. على نحو مماثل، كان الوقت الذي تمكن المرضى من خلاله على الحصول على وظيفة أقصر من مجموعة التدخل (بـ 6 أسابيع)، غير أن ذلك ترافق مع تأخير طويل لأكثر من سنة ونصف من التوزيع العشوائي.

ومن بين التجارب العشوائية المضبوطة RCT السبع السابقة التي أفادت مدة الوظيفة الأولى (2، 4-9، 11)، وجدت كلها الوقت النموذجي للوظيفة الأولى أطول لدى مجموعة الشواهد منه في مجموعة التدخل، لكن الفترة الممتدة إلى حين الحصول على وظيفة في مجموعة التدخل اختلفت بين 72 إلى 197 يوماً، بينما امتدت الفترة بين 118 إلى 293 يوماً في مجموعة الشواهد. بالإضافة إلى ذلك، فإن العدد المطلوب للعلاج NNT (NNT=9) يعكس واقع أنه وفي حين نسبة الذين حصلوا على وظيفة في مجموعة التدخل هي ضعفي نسبه مجموعة الشواهد، فإن المستويات المطلقة والاختلاف المطلق، كلاهما متواضعتان.

لذا، فإن المتابعة بعد سنة (12) وسنتين، كان نموذج IPS أقل فاعلية مما قد أفيد عنه. وصحيح أن مجموعة النموذج تميزت بتكلفة أقل من مجموعة الشواهد إلا أن هذا الاختلاف لم يكن ذا قيمة احصائياً. وفي حين كانت التقديرات بنقطة للتكاليف والنتائج تشير إلى أن نموذج IPS قد

الجدول رقم ٢: النتائج السريرية للمشاركين في الوضع العشوائي

الشواهد	التدخل	t, Z	p
تقييم كامبرويل للاحتياجات، الحاجات غير الموفرة (متوسط، نصف المدى الربيعي) (عدد=183)	2 (0-4.7)	Z= -1.574	0.12
نتيجة مقياس التقييم النفسي الموجز (المتوسط، نصف المدى الربيعي) (عدد=185)	33.5 (28-44.5)	Z= -0.225	0.82
نتيجة تقييم روزنبرغ للتقدير الذاتي (متوسط ± SD) (عدد=183)	22.9±6.1	t181= 0.731	0.47
نتيجة متوسط تقييم مانشستر الشامل القصير (متوسط ± SD) (عدد=178)	3.9±1.1	t176= -1.445	0.15
نتيجة التقييم العالمي للجانب الوظيفي (متوسط ± SD) (عدد=189)	56.8±18.7	t187= 0.300	0.77

الجدول رقم ٣: استخدام الخدمة والتكاليف لفترة المتابعة الممتدة على سنتين

التدخل			الشواهد		
التكلفة (متوسط ± SD) (SD)	اتصالات (متوسط ± SD) (SD)	يستخدم الخدمة %	التكلفة (متوسط ± SD) (SD)	اتصالات (متوسط ± SD) (SD)	يستخدم الخدمة %
3168±10754	17.4±55.8	20	4173±12340	19.9±59.8	23
1335±1896	1.5±2.2	56	1886±3121	2.0±3.7	66
227±538	0.9±1.7	37	239±770	0.8±2.8	30
562±1515	4.6±12.5	17	2102±5878	11.5±26.1	30
370±1675	0.9±3.8	13	131±623	0.4±1.8	8
111±404	0.6±2.4	12	209±726	1.2±4.4	16
253±1268	1.1±5.4	13	469±2408	2.1±10.2	13
430±569	2.7±4.3	70	411±524	2.3±2.4	77
11±45	0.3±1.1	7	9±45	0.3±1.1	8
761±947	7.4±8.6	85	839±1271	7.5±7.3	81
17±113	0.1±0.9	2	3±27	0.0±0.4	1
240±1307	1.4±7.1	11	16±77	0.2±0.8	6
	1841±1807	98	1767±1830		97
	9571±11217		11932±13694		

- with severe mental illness. *J Consult Clin Psychol* 1996;64:391-9.
4. Drake RE, McHugo GJ, Bebout RR et al. A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:627-33.
 5. 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.
 6. Latimer EA, Lecomte T, Becker DR 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.
 7. Lehman AF, Goldberg R, Dixon LB et al. Improving employment outcomes for persons with severe mental illnesses. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:165-72.
 8. 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.
 9. 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.
 10. 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.
 11. Wong KK, Chui R, Tang B et al. A randomised controlled trial of a supported employment program for persons with long-term mental illness in Hong Kong. *Psychiatr Serv* 2008;59:84-90.
 12. Howard L, Heslin M, Leese M et al. The Supported Work and Needs (SWAN) study: a pragmatic randomised controlled trial of supported employment in South London. *Br J Psychiatry* (in press).
 13. Wing JK, Babor T, Brugha T et al. SCAN: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:589-93.
 14. Priebe S, Huxley P, Knight S et al. Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *Int J Soc Psychiatry* 1999;45:7-12.
 15. Slade M, Thornicroft G, Loftus L et al. Camberwell Assessment of Need (CAN). London: Gaskell, 1999.
 16. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton: Princeton University Press, 1965.
 17. Overall JE, Gorham DR. Brief Psychiatric Rating Scale. Rockville: U.S. National Institute of Health, Psychopharmacology Research Branch, 1976.
 18. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed., text revision. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
 19. Beecham J, Knapp M. Costing psychiatric interventions. London: Gaskell, 2001.
 20. Bond GR, Becker DR, Drake RE et al. A fidelity scale for the Individual Placement and Support model of supported employment. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 1997;40:265-84.
 21. Curtis L. Unit costs of health and social care. Canterbury: Personal Social Services Research Unit, 2007.
 22. British National Formulary. BNF 51. London: BMJ Publishing Group, 2006.
 23. Office of National Statistics. Standard Occupational Classification 2000. Vol. 2, The coding index. London: The Stationary Office, 2000.
 24. Office of National Statistics. Annual local area labour force survey. London: Office of National Statistics, 2002.

نهاية، قامت وكالة خارجية لدعم التوظيف بتوفير برنامج IPS. وإن بعض الوكالات المعتمدة غير الآمنة مادياً قد لا تركز بالقدر ذاته على اعتماد نموذج IPS كما تفعل وكالات التوظيف الجديدة (كما في تبين في دراسات عشوائية مضبوطة RCT سابقة). وعلى الرغم من تقييم ضمان IPS العالي، فإن الفصل بين وكالة التوظيف المدعومة عن الخدمات الصحية النفسية يمكن أن يكون أيضاً تسبب باختلافات في مجموعة التدخل في هذه الدراسة مقارنة مع تلك التي تم توفيرها بشكل متكامل أكبر من نماذج الرعاية.

وتبرز بعض البراهين في أن السكان الذين شاركوا في دراستنا عانوا إعاقة أكبر من الذين شاركوا في دراسات أخرى. وإن هذه المجموعة من المشاركين قد تحتاج إلى فترات أطول من الدعم مما يشير إلى أن نموذج IPS المحدد زمنياً قد لا يأتي بمساعدة لهذه المجموعة الخاصة من المرضى.

إن هذه الدراسة هي الأوسع بين الدراسات العشوائية المضبوطة RCT لنموذج IPS في بيئة غير أمريكية تتمتع بمستوى عال من المتابعة ومجموعة متنوعة من المشاركين. وفيما خص الأثر المرجح للانسحاب، فإن تحليلات الحساسية تشير إلى شكوك حول نتائج الحالة القصوى فحسب حيث يكون قد وجد كل المنسحبين من الدراسة فرصة عمل (وهو أمر غير مرجح). وحول نتائج النسب التي وجدت عملاً، فإن التعديل للمتغيرة الممكنة الوحيدة ارتبط بخسارة المتابعة (عمل خلال السنوات الخمس الأخيرة) فكان له أثر محدود على النتائج. وفي حين ظهر برهان على كشف التعمية في نسبة صغيرة من الحالات، فإن النتائج الأولية كانت مقياساً موضوعياً لإيجاد وظيفة، من هنا أثرها صغير على نتائجنا.

ويكمن موطن قوة هذه الدراسة في أنها أجريت في «العالم الواقعي» وفي منطقة محرومة داخل المدينة حيث معظم مرضى الأمراض النفسية الحادة لا يحصلون على وظيفة. إن نتائج هذه الدراسة مهمة أيضاً في تسليط الضوء على الصعوبات التي تعترض محاولة تطبيق نموذج IPS في بيئة غير أمريكية مع المرضى المصابين بالأمراض النفسية الحادة الأسوأ.

وتوصلنا نهاية إلى أنه وعلى الرغم من أن نموذج IPS أدى إلى نتائج مفيدة، فقد كانت هذه الأخيرة أكثر تواضعاً من دراسات سابقة، وقد تحتاج تدخلات إضافية لتعزيز الاندماج الاجتماعي للأغلبية من الناس الذين يعانون أمراضاً نفسية حادة.

شكر وتقدير

دعمت هذه الدراسة من جانب صندوق ويلكوم (GR071272MA) وصندوق كينغ ومؤسسة الأعمال الخيرية مودسلي. ونود التقدم بالشكر إلى مؤسسة الوضع الوظيفي التي وفرت التدخل وكافة الأطباء والمشاركين الذين كانوا جزءاً من هذه الدراسة.

المراجع

1. Becker DR, Drake RE, Knoedler W et al. Individual placement and support: a community mental health center approach to vocational rehabilitation. *Commun Ment Health J* 1994;30:193-212.
2. 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.
3. Drake RE, McHugo GJ, Becker DR et al. The New Hampshire study of supported employment for people

المرض الجسدي لدى مرضى الاضطرابات النفسية الحادة. II. عوائق تستحق الرعاية والمراقبة والعلاج، بالإضافة لتوصيات على مستوى النظام والفرد

MARC DE HERT¹, DAN COHEN², JULIO BOBES³, MARCELO CETKOVICH-BAKMAS⁴, STEFAN LEUCHT⁵, DAVID M. NDETE⁶, JOHN W. NEWCOMER⁷, RICHARD UWAKWE⁸, ITSUO ASAI⁹, HANS-JURGEN MÖLLER¹⁰, SHIV GAUTAM¹¹, JOHAN DETRAUX¹ CHRISTOPH U CORRELL¹²

¹University Psychiatric Center, Catholic University Leuven, Leuvensesteenweg 517, 3070 Kortenberg, Belgium; ²Department for Severe Mental Illness, Mental Health Organization North-Holland North, Heerhugowaard; Department of Epidemiology, University of Groningen, The Netherlands; ³CIBERSAM; Department of Medicine - Psychiatry, University of Oviedo, Spain; ⁴Department of Psychiatry, Institute of Cognitive Neurology, and Department of Psychiatry, Institute of Neurosciences, Favaloro University Hospital, Buenos Aires, Argentina; ⁵Department of Psychiatry and Psychotherapy, Technische Universität München, Munich, Germany; ⁶University of Nairobi and Africa Mental Health Foundation, Nairobi, Kenya; ⁷Department of Psychiatry, Washington University School of Medicine, St. Louis, MO, USA; ⁸Faculty of Medicine, Nnamdi Azikiwe University, Nnewi Campus, Nigeria; ⁹Japanese Society of Transcultural Psychiatry; ¹⁰Department of Psychiatry, University of Munich, Germany; ¹¹Psychiatric Centre, Medical College, Jaipur, India; ¹²Albert Einstein College of Medicine, Bronx, NY, USA

تعد الاضطرابات الجسدية أكثر انتشاراً بين الأشخاص الذين يعانون مرضاً نفسياً حاداً SMI مقارنة مع العامة من السكان. وعلى الرغم من أن هذا الاعتلال والوفيات الزائدة يرجع إلى حد كبير إلى عوامل الخطر في أسلوب الحياة القابلة للتعديل، فإن فحص وتقييم جوانب الصحة البدنية لا يزال ضعيفاً، حتى في البلدان المتقدمة. إضافة إلى ذلك، فإن المريض وموفر الرعاية ونظام العلاج عوامل تعيق التعرف على الأمراض الجسدية وإدارتها لدى الأشخاص المصابين بمرض نفسي حاد SMI. لكن يمكن للأطباء النفسيين أن يلعبوا دوراً محورياً في تحسين الصحة البدنية لهؤلاء المرضى عن طريق توسيع مهمتهم التي تنحصر في الرعاية النفسية السريرية إلى مراقبة ومعالجة المعلومات المادية العصبية. على مستوى النظام، ليس من السهل أن يقتصر الفعل بالقول، لا سيما في البلدان النامية. أما على المستوى الفردي، فإن إشرافاً وعلاجاً بسيطاً وأساسياً من قبل الطبيب المعالج يمكن له أن يؤدي إلى تحسن ملموس لمشكلة الرعاية الطبية دون المستوى الأمثل في هذه الفئة من السكان. وإن الالتزام بالمبادئ التوجيهية للإشراف والعلاج سيحدث تحسناً كبيراً في نتائج الصحة الجسدية. علاوة على ذلك، يمكن للأطباء النفسيين المساعدة على تثقيف مرضى SMI لمعالجة أسلوب حياتهم دون المستوى الأمثل، مع ما يشمل من تدخين ونظام غذائي غير صحي وعدم ممارسة الرياضة. وسيساهم اعتماد التوصيات الواردة في هذه المقالة في أنظمة الرعاية الصحية في جميع أنحاء العالم في تحسن كبير في النتائج الصحية الطبية والنفسية ذات الصلة للمرضى الذين يعانون مرضاً نفسياً حاداً SMI.

الكلمات الرئيسية: المرض الجسدي، المرض النفسي الحاد، الصحة الجسدية، الرعاية الصحية، العوائق، الاختلافات الصحية، مبادئ توجيهية إشرافية وعلاجية (الجمعية العالمية للطب النفسي 2011: 138-151)

كما أشرنا في الجزء الأول من هذه المقالة الثنائية (1)، فإن الأفراد المصابين بمرض نفسي حاد SMI يعانون خطراً متزايداً في الإصابة بعدد كبير من الاضطرابات البدنية التي تتطلب رعاية سريرية. ويحق للأشخاص الذين يعانون مرضاً نفسياً حاداً SMI الحصول على معايير الرعاية ذاتها كعامة السكان. ومع ذلك، تبقى معدلات الأمراض غير المشخصة أو المعالجة طبياً أعلى نسبة بين الأفراد الذين يعانون مرضاً نفسياً حاداً SMI مقارنة مع العامة. وعلى الرغم من أن ارتفاع معدلات الاعتلال والوفيات لدى المصابين بأمراض جسدية ويعانون مرضاً نفسياً حاداً SMI سببه إلى حد كبير عوامل خطر من أسلوب الحياة القابلة للتعديل

(1)، فثمة ما يكفي من الأدلة على أن التفاوت لا ينحصر في الحصول على الرعاية الصحية والاستفادة منها، ولكن أيضاً في توفير الرعاية الصحية، يساهم في هذه النتائج المتواضعة للصحة البدنية (2،3). وتشير إحدى الدراسات الأخيرة، إلى أن المرضى الذين يعانون اضطرابات ذهانية أو اضطراب ثنائي القطب أو اضطراب الاكتئاب الحاد أظهروا صعوبات أكبر بكثير في الحصول على الرعاية (نسبة الأرجحية = 2.5 - 7.0) (4). مع أن التساوي في الحصول على الرعاية الصحية يجب أن يكون من حقوق الإنسان الأساسية، فإن إقتران من المريض وموفر العلاج وعوامل من النظام أدت إلى حالة حيث يشكل الوصول إلى الرعاية الصحية، لا بل نوعيتها أيضاً، مسألة شائكة لدى الأفراد الذين يعانون مرضاً نفسياً حاداً (5 SMI). ويلخص الجدول رقم 1 العوائق التي تعترض التعرف على المرض الشائكة وإدارته لدى هؤلاء.

على الرغم من أن الكثير من العوائق تتعلق بالمريض ومرضه، و/أو الطبيب وعلاجه، فإن إعادة دمج الرعاية النفسية والخدمات الجسدية العامة، حيث الهدف الأول والأخير توفير خدمات مثلى لهذه المجموعة المتعرضة من السكان، يبدو من أهم التحديات في الرعاية النفسية اليوم (7،10). على الرغم من ذلك، فإن هذا الأمر جزء بسيط من صورة أكبر: فإن 37% من أصل 195 بلداً في العالم لا يخصص حتى ميزانية للصحة النفسية، و25% من تلك البلدان (البلدان الـ 101 التي أفادت عن تخصيص ميزانية للصحة النفسية) يخصص أقل من 1% من ميزانية الرعاية الصحية للرعاية النفسية (11). هذا وتساءل موارد الصحة النفسية أكثر في بعض أنحاء العالم. ففي أفريقيا وبعض مناطق غرب المحيط الهادئ، غابت سياسات الصحة النفسية عن نصف تلك البلدان (12). لا بل أكثر من ذلك، سنحتاج إلى معالجة الوصمة والتمييز والمعتقدات الخاطئة والمواقف السلبية المرتبطة بالأشخاص المصابين بمرض نفسي حاد SMI، في البلدان المتقدمة كما النامية، لتحقيق التساوي في الوصول إلى الرعاية الصحية وتوفيرها. وإن الاختلافات بين المناطق والبلدان (أي، مستوى النمو الاقتصادي، والموازنات الصحية، وتوفر الكادر المختص في الرعاية الصحية، إلخ.) تفترض أن تكون أغلبية الإجراءات مكيّفة وفقاً للحاجات والظروف المحلية (7).

مبادئ التوجيه في الإشراف والعلاج

إن معدلات الوفيات الزائدة لدى الأشخاص المصابين بمرض نفسي حاد SMI هي بشكل كبير نتيجة عوامل الخطر في أسلوب الحياة القابلة للتعديل (1). لذا، فإن الإشراف والعلاج لهذه العوامل يجب أن يكون جزءاً من الرعاية السريرية الروتينية التي يوفرها الطبيب النفسي. بالإضافة إلى ذلك، يجب إجراء تغييرات على نظام الرعاية الصحية وتوفيرها بهدف

يقتصر اتصال الأشخاص المصابين بمرض نفسي حاد SMI في الكثير من الحالات في طلب الخدمة الصحية بفريق الرعاية النفسية. إلى ذلك، وبسبب مرض SMI، فإن هؤلاء المرضى هم أقل قدرة من مرضى آخرين على فهم الإشارات الجسدية التي تساورهم، كما في حل مشاكلها والعناية بنفسهم، ما يضع مسؤولية أكبر على العاملين في الرعاية النفسية ليكونوا في الصف الأمامي في توفير الرعاية الصحية البدنية لهؤلاء المرضى (6). وقد دعا مؤثران توافقان موفري الرعاية الصحية النفسية لتحمل المسؤولية في الأمراض البدنية لمرضاها (7،8). لكن وبالرغم مما تشير إليه البيانات عن أن توعية الأطباء النفسيين لتوسيع مهامهم حتى تشمل تقييمات للصحة النفسية

الجدول رقم 1 العوائق أمام تحديد الأمراض البدنية وإدارتها لدى مرضى SMI

العوامل المتعلقة بالمرضى والمرض	العوامل المتعلقة بالعلاج	العوامل المتعلقة بالطبيب النفسي	عوامل أخرى متعلقة بالطبيب المعالج	عوامل متعلقة بالخدمة الصحية
عدم طلب رعاية صحية بدنية بسبب أعراض مرض نفسي حاد (مثال، اعتلال معرفي، انعزال واشتباة اجتماعي) (13)	تأثير ضار (مثال، البدانة، داء السكري DM نوع 2، أمراض القلب والأوعية الدموية، فرط بروتين الدم، جفاف الفم) للأدوية الذهانية على الصحة البدنية (14)	ميل للتركيز على الصحة النفسية بدلاً من الصحة البدنية (15) وفحص غير منتظم للصحة البدنية للمرضى (13)	وصمة يحملها الناس تجاه المرضى النفسيين (7، 13، 17، 21)	العوائق المادية، لا سيما في البلدان النامية (16)، قلة التمويل في بعض البلدان للرعاية الجسدية لمرضى SMI (7)
صعوبة في فهم الرعاية الصحية و/أو تطبيق التغييرات المطلوبة بأسلوب الحياة نتيجة الأعراض النفسية والنتائج الضائرة المتعلقة بالمرض النفسي (مثال، مستوى علمي منخفض، شبكة اجتماعية منخفضة، غياب الوظيفة أو الدعم العائلي، الفقر والسكن المتواضع) (12، 14، 17، 18)	تواصل ضعيف مع المريض وموفري الرعاية الصحية الأولية (15)	اعتبار الشكاوى من آلام بدنية كأعراض نفسية (2)	اعتبار الشكاوى من آلام جسدية أعراضاً لأمراض نفسية (2)	التكلفة العالية للرعاية (المضمنة) (19)
حدة المرض النفسي (مرضى SMI يقومون بزيارات طبية قليلة، بينما يقوم مرضى SMI الحاد بزيارات أقل) (20)	اعتبار الشكاوى من آلام بدنية كأعراض نفسية (2)	نوعية الرعاية الأمثل أو الأسوأ التي يقدمها الأطباء للذين يعانون من SMI (7، 17، 33، 38)	نوعية الرعاية الأمثل أو الأسوأ التي يقدمها الأطباء للذين يعانون من SMI (7، 17، 33، 38)	عدم القدرة على الحصول على الرعاية الصحية (17، 19، 22، 23)
عوامل تطرح خطراً على الصحة وعوامل نمط الحياة (مثال، سوء استخدام المواد وقلة التمارين الرياضية والممارسات الجنسية غير الآمنة) (2، 20، 24، 25)	نقص في توفر التقييم والإشراف الأطباء السريريون لمرضى SMI (7، 17، 32-38). عدم توفر التقييم والإشراف واستمرار الرعاية الصحية البدنية لمرضى SMI (2، 14، 39-41)	نقص في التقييم والإشراف واستمرار الرعاية الصحية البدنية لمرضى SMI (2، 14، 39-41)	نقص في التقييم والإشراف واستمرار الرعاية الصحية البدنية لمرضى SMI (2، 14، 39-41)	نقص في الوضوح والاتفاق حول من يجب أن يحمل مسؤولية رصد وإدارة المشاكل البدنية لدى مرضى SMI (02، 14، 7)
أقل امتثالاً للعلاج (26، 27، 28)	اعتبار التوجيهات خطراً على استقلالية المرء، اعتبارها غير معرفة أو مقبولة سرياً (43)	فرق غير معدة أو مموله لإدارة المشاكل السلوكية والانفعالية لمرضى SMI (46)	فرق غير معدة أو مموله لإدارة المشاكل السلوكية والانفعالية لمرضى SMI (46)	تجزئة أو فصل الرعاية الصحية الطبية والنفسية، نقص في الخدمات الشاملة (2، 17، 29)
عدم الوعي بالمشاكل البدنية نتيجة النقص المعرفي (30، 31) أو حساسية منخفضة للألم مرتبطة بأدوية مضادة للذهان AP	نقص في المعرفة حول المسائل الطبية (47)	تعقيد وطول فترة تنسيق الأدوية الطبية والنفسية (17)	قلة توافر موارد الرعاية الصحية النفسية مما يوفر فرصاً قليلة أمام الأخصائيين للتركيز على المسائل الخارجة عن اختصاصهم الأساسي (2)	نقص في توافر موارد الرعاية الصحية النفسية والنفسية، نقص في الخدمات الشاملة (2، 17، 29)
وضع لاجئ و/أو تنوع ثقافي وعنصري (42)	معتقدات خاطئة (لا يتمكن مرضى SMI من اعتماد نمط حياة صحية، وتعد زيادة الوزن تأثيراً ضاراً للأدوية، بينما تكون أدوية مخاطر أعراض القلب ذات فاعلية أقل) (45)	فرق غير معدة وغير مموله بما يكفي لإدارة المشاكل السلوكية والانفعالية لمرضى SMI (46)	نقص في تغطية الضمان الصحي (17، 7)	
نقص في المهارات الاجتماعية (13) وصعوبات في الإفادة عن الحاجات البدنية (44)				

DM داء السكري - CVD أمراض القلب والأوعية الدموية - AP مضادات الذهان

معالجة مشكلة العلاج الطبي دون الأمثل للمصابين بمرض نفسي حاد (48 SMI)، وحيث يجب أيضاً على الطبيب النفسي أن يؤدي دوراً محورياً هو ضليح به.

الإشراف

يجب على فحص الصحة البدنية التركيز على مراقبة (49-51):

زيادة الوزن والبدانة (مؤشر كتلة الجسم BMI؛ ومحيط الخصر WC):

ضغط الدم؛

النظام الغذائي؛

مستوى النشاط والتمرين؛

التدخين واستهلاك الكحول ومواد أخرى؛

مستويات السكر في الدم الصيامي؛

مستويات الشحم في الدم لا سيما التريغليسيريده والبروتين الشحمي عالي الكثافة HDL الصيامي؛

مستويات البرولاكتين (في حال الإشارة إلى أعراض في الجهاز التناسلي وأعراض جنسية)؛

معاملات خطر أمراض القلب والأوعية الدموية CVD وتخطيط كهربية القلب ECG؛

صحة الاسنان

فحوصات وظيفة الكبد، وتعداد كرات الدم والهرمون الدرقي والإليكتروليت (بانتنظام، كما تم تحديده)

وإن الكثير من هذه الفحوصات البدنية بسيط، ويسهل إجراؤه كما أنه غير مكلف (6، 52-54)، لذا يمكن/يجب تطبيقه في أنظمة الرعاية الصحية في البلدان المتقدمة والنامية على السواء. أضيف إلى ذلك فحتى في البلدان النامية، يمكن إجراء الكثير من هذه الفحوصات البسيطة وغير المكلفة (مثال، تسجيل الوزن وضغط الدم) بشكل روتيني ومن قبل عامل الرعاية الصحية لا الطبيب.

وإن المسح والتقييم للصحة البدنية يجب أن يبدأ مع تاريخ المريض الشخصي والعائلي، وأن يغطي (40): داء السكري DM، وارتفاع ضغط الدم، وأمراض القلب والأوعية الدموية CVD (احتشاء عضلة القلب أو حادث دماغي شرياني، بما في ذلك العمر عند البدء)، والتدخين، والنظام الغذائي، والنشاط الجسدي. وثانياً، بما أن المكونات الفردية لمتلازمة استقلابية MetS (راجع 1) أساسية في تنبؤ المرض والوفيات في حالات احتشاء عضلة القلب CVD، وداء السكري والسرطان وأمراض أخرى متصلة، ويجب فحص هذه الأمراض كما معاملات غير استقلابية أخرى عند النقطة القاعدية وأن يتم قياسها بشكل منتظم بعد ذلك (46، 51). وفيما خص المعاملات الاستقلابية، يجب أن نتذكر أن المرضى الساذجين للدواء، ومرضى النوبة الأولى والأطفال والمراهقين الذين يعانون اضطرابات

مستويات غلوكوز الدم والشحم الصياميين

يجب تسجيل مستويات بلازما الغلوكوز في الدم عند النقطة القاعدية لكافة المرضى قبل بدء العلاج (58). ولدى المرضى الذين يبدأون علاج مضادات الذهان AP يجب إجراء فحص وخز الاصبع عند النقطة القاعدية، 6 إلى 12 أسبوعاً لتحديد الحالات المبكرة من فرط سكر الدم، و ثم مرة على الأقل في السنة. ويمكن حينها إجراء مسح مخبري رسمي عند الحاجة (68). وفي الأحوال المثالية، يجب إجراء قياس الغلوكوز في الدم صائم، لأنه القياس الأكثر حساسية في رصد الشواذ السكرية النامية. ولكن ذلك قد يطرح مشكلة. ففي حالات يأتي فيها المرضى غير صائمين يفضل إجراء اختبار عشوائي لمستوى الغلوكوز في الدم (و/أو اختبار هيموغلوبين A1c) بدلاً من تفويت الفرصة في إجراء الفحص. ويشير الشواذ في الاختبار (بلازما الغلوكوز في الدم ≥ 126 ملغ/دسيليتر أو اختبار هيموغلوبين A1c بقيمة $\geq 6.5\%$) (69) إلى إمكانية لوقوع داء السكري DM. وتشير مستويات من بلازما الغلوكوز في الدم الصائم التي تتراوح بين 100 و 125 ملغ/دسيليتر (أو هيموغلوبين A1c بقيمة 5.7 - 6.4%) إلى مرحلة ما قبل داء السكري وتستدعي تقييماً ومتابعة عن كثب. ولكن يجب استثناء النتائج الإيجابية الخاطئة من خلال قياس مكرر واحد على الأقل من بلازما الغلوكوز. وفي حال تأكد الشواذ، فإن وتيرة قياس بلازما الغلوكوز الصائم يجب إجراؤها أربع مرات سنوياً لتقييم سرعة ارتفاعها. على النحو ذاته، في حال كانت مستويات بلازما الغلوكوز في الدم ≥ 126 ملغ/دسيليتر أو اختبار هيموغلوبين A1c بقيمة $\geq 6.4\%$ ، فيجب استثناء احتمال النتائج الإيجابية الخاطئة من خلال تكرار قياس بلازما الغلوكوز الصائم مرة واحدة على الأقل. وفي حال أكد القياس الثاني الشواذ، يجب أن يؤدي ذلك إلى استشارة طبيب مقيم أو موفر رعاية صحية أولية أخرى لتقييم أبعد، والعلاج إذا اقتضى الأمر. ومن المهم الإشارة إلى أن هيموغلوبين A1c يعكس متوسط مستويات الغلوكوز خلال الأشهر الثلاثة السابقة. ويشكل بالتالي هدفاً ممتازاً في نتائج العلاج، غير أنه غير حساس بما يكفي لرصد فرط السكر في الدم في المراحل المبكرة (70). إن المرضى الذين يظهرون عوامل اختطار عالية لداء السكري (تاريخ عائلي، مؤشر كتلة الجسم ≥ 25 ، ومحيط خصر أعلى من القيم الخطرة، والسكري الحلي، والأقليات العرقية) يجب أن تتم مراقبة مستويات بلازما الغلوكوز الصائم أو هيموغلوبين A1c عند النقاط ذاتها كما المرضى الآخرين الذين يبدأون العلاج (أي النقطة القاعدية، وفي الأسبوع 6 و 12)، وبعد ذلك يجب فحصهم بشكل متكرر (مرة حوالي كل 3 إلى 6 أشهر). ويجب على المرضى الذين يزيد وزنهم 7% أو أكثر من وزنهم في النقطة القاعدية يجب أن تتم مراقبة مستويات بلازما الغلوكوز الصائم أو قيمة هيموغلوبين A1c بشكل متكرر، مثلاً كل أربعة أشهر (58).

إن نسبة الوفيات العالية التي يتسبب بها الحمض الكيتوني السكري DKA سبب رئيسي في إيلائه أهمية خاصة. وإن إشارات وأعراض الحمض الكيتوني السكري DKA عادة ما تنخفض بسرعة وأحياناً خلال 24 ساعة. وقد يلاحظ: البوال والعطاش والغثيان والتقيؤ والآلام البطنية والشهية المتواضعة وخسارة الوزن غير المقصودة والتعب وتنفس كوسماول (وهو نمط للتنفس العميق وفرط التهوية نتيجة للحمض المعاوز)، والنفس برائحة الفاكهة والنعاس والارتباك. إن المظاهر المرضية على مريض الحمض الكيتوني السكري DKA تختلف بشكل كبير وفقاً لحدة النوبة (مثال، قد يصف مريض النوبة الخفيفة أو المتوسطة أعراض غير واضحة من التعب أو النوم أو الشهية الضعيفة أو آلام الرأس). وفي داء السكري نوع 2 قد يكون البوال والعطاش قد تكونا خلال أسابيع إلى أشهر. وتشمل الإشارات أكثر تحديداً من الحمض الكيتوني السكري

ذهانيه، هم في خطر عال للإصابة بأعراض جانبية استقلابية ناتجة عن الأدوية (55، 56). وقد تم تسجيل نسب أعلى عند النقطة القاعدية لتوزيع الوزن والدهن الحشوي، كما الدليل المخبري لاعتلال استقلاب الغلوكوز والشحم، لدى هؤلاء المرضى ولو بشكل غير متسق (57). في الإطار ذاته، فإن المرضى اليافعين السذج دوائياً من عرق غير قوقازي، ومع تاريخ عائلي بعوامل خطر استقلابية، هم أكثر عرضة لأن يعانون آثار جانبية استقلابية (57).

البدانة البطنية

على الأطباء النفسيين، وبغض النظر عن الأدوية التي تم وصفها، أن يقوموا بمراقبة وتسجيل مقاييس مؤشر كتلة الجسم BMI والبدانة ومحيط الخصر WC لكل مريض يعاني مرضاً نفسياً حاداً SMI عند كل زيارة ويجب عليهم تشجيع المرضى على مراقبة وتسجيل وزنهم (58). ويبدو محيط الخصر WC مقياساً أكثر منفعة من مؤشر كتلة الجسم BMI. إن البيانات الاستباقية لدى المرضى الذين يعانون اعتلالاً في تحمل الغلوكوز أن السمنة الوسطية ترتبط ارتباطاً وثيقاً بمقاومة الانسولين (59)، وتتوقع بشكل أفضل مستقبل داء السكري من النوع 2 مقارنة مع مؤشر كتلة الجسم (60 BMI). ويبقى محيط الخصر WC مؤشر أقوى من مؤشر كتلة الجسم BMI لضغط الدم الانقباضي، والبروتين الشحمي عالي الكثافة HDL أو ثلاثي الغليسريد (الدهون الثلاثية) (61)، وقد تم اقتراحه كالمقياس الأفضل على الإطلاق في تحديد الأفراد الذين يعانون اختطار أمراض القلب والأوعية الدموية CVD والمتلازمة الاستقلابية MetS (52). كما أنه أداة بسيطة لتقييم أرجحية مقاومة الانسولين: في إحدى الدراسات، استثنى محيط الخصر $WC < 100$ سنتم مقاومة الانسولين في 98% من الذكور و 94% من الإناث (61). ويمكن تحديد التقييم ببساطة ومن خلال شريط قياس الخصر البسيط وغير المكلف. ويحدد تعريف يوفر الاتحاد العالمي لداء السكري IDF (راجع 1) معايير وفقاً للجنس والعرق لمقاييس محيط الخصر WC في الأشخاص الذين يعانون بدانة وسطية، وبالتالي تطبيق المعيار ذاته على السكان غير القوقازيين. لكن دراسات متعددة وجدت أن محيط الخصر WC قلما يتم قياسه (62-64). ويجب تقييم معايير متلازمات استقلابية MetS لضغط الدم وبلازما الغلوكوز الصيامي والشحم الصيامي حتى عند قياس طبيعى لمحيط الخصر WC. وبما أن مكونات المتلازمة الاستقلابية تبدو متجمعة، فإن وجود أحد هذه المكونات عادة ما يشير إلى وجود أخرى.

ضغط الدم

عادة ما لا يتم رصد مستويات ضغط الدم العالية لدى المصابين بمرض نفسي حاد (65 SMI). وبما أن كلفة قياس ضغط الدم منخفضة وأن فرط ضغط الدم مرتبط بعامل اختطار أمراض القلب والأوعية الدموية CVD، يمكن/يجب تقييم ضغط الدم بشكل روتيني، حتى في كل زيارة. كما يمكن تحديد فرط ضغط الدم كضغط الدم الانقباضي ≥ 130 ملم زئبقي أو ضغط دم انبساطي ≥ 85 ملم زئبقي (66). يحتاج هذا التشخيص إلى مقياسين منفصلين ومستقلين على الأقل يقعان ضمن فئة فرط ضغط الدم (65). ويجب اعتبار الأفراد الذين يظهر لديهم ضغط دم انقباضي بين 120 إلى 130 ملم زئبقي أو ضغط دم انبساطي بين 80 إلى 85 ملم زئبقي في حالة سابقة لفرط الضغط ويحتاجون إلى تعديل أسلوب حياتهم لمنع أمراض القلب (67).

DKA والتي يمكن رصدها من خلال اختبارات مخبرية: مستوى غلوكوز في الدم >250 ملغ/ديسيليتر، $pH < 7.3$ ودرجات معتدلة من وجود الكيتون في الدم أو البيلة الكيتونية (71-74).

ويجب تقييم المعاملات الشحمية (لا سيما ثلاثي الغليسريد والبروتين الشحمي عالي الكثافة HDL) عند النقطة القاعدية وعند 3 أشهر، من ثم بعد 12 فحص شهري. ولا حاجة إلى المسح المتكرر إلا في حال كانت النتائج شاذة. وإن النتائج الشاذة في مجموع الكولسترول التي تكون >190 ملغ/ديسيليتر عند المرضى الذين لا يعانون داء السكري DM و >175 ملغ/ديسيليتر لمرضى داء السكري. وتكون النتائج الشاذة للبروتين الشحمي منخفض الكثافة LDL لدى المرضى الذين لا يعانون داء السكري DM والذين يعانون الداء >115 ملغ/ديسيليتر و >100 ملغ/ديسيليتر، بالترتيب (65). لكن الكلفة والنقص في توفر هذا التقييم قد يعيقان اعتماد هذا الإجراء في كافة البيئات ومع المرضى جميعاً بشكل روتيني.

خطر أمراض القلب والأوعية الدموية CVD ومعاملات تخطيط كهربية القلب ECG

يجب حساب خطر المريض الفردي في الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية CVD من خلال عمره وجنسه ووجود أو غياب داء السكري DM والتدخين وضغط الدم الانقباضي ومستوى الكولسترول أو نسبة الكولسترول من البروتين الشحمي عالي الكثافة HDL مع الإشارة إلى التوجيهات التي تم نشرها والبروتوكولات المحلية أو حاسبات الخطر المتوفرة على الانترنت. إن هذه القياسات بسيطة وسهلة نسبياً (54).

ويصعب عادة في عيادات الطب النفسي الحصول على تخطيط سريع لكهربية القلب مقارنة مع عيادات طبية أخرى. وقد يكون الحصول على تخطيط القلب الكهربائي ECG أكثر صعوبة في البلدان النامية. وفي هذه الحالات، أياً كان الدواء نفسي التأثير الذي ينوي الطبيب وصفه، يجب أن يسأل من المرضى عن مخاطر إصابتهم بأمراض القلب، كالتاريخ العائلي حول الوفيات في سن مبكرة (مثال، >50 سنة لدى الذكور و >55 لدى النساء)، أو التاريخ الشخصي للغط قلبي أو تناول سابق لأدوية قلبية أو مضادات فرط الضغط، أو إذا كان قد عانى من قبل نوبة إغماء (51). مع ذلك، فإن قياسات معاملات ECG عند النقطة القاعدية تكتسي أهمية كبرى يجب الأخذ بها. ونقترح بأن يتم الحصول على كهربية القلب ECG كأحدى المتطلبات القاعدية بهدف تقييم الوضع الصحي القلبي للأشخاص المصابين بمرض نفسي حاد SMI. وكمبدأ عام، نوصي بأن يخضع كل مريض لقياس كهربية القلب ECG قبل البدء بأي دواء. وبعدها، ووفق نصيحة أخصائي القلب يمكن إعادة الإشراف على تخطيط كهربية القلب. وإن التقييم الكهربائي للقلب عند النقطة القاعدية له أهمية كبرى لدى المرضى الذين يعانون خطر عدم انتظام القلب، مثلاً، من يملكون تاريخاً عائلياً من الوفاة المبكرة والتاريخ الشخصي بمعاناة للغط قلبي أو فرط ضغط الدم أو داء السكري أو تسرع القلب عند الراحة، ونبضات القلب غير المنتظمة وحالات اغماء لا سيما عند الارهاق.

قياس البرولاكتين

إذا أمكن، يجب قياس مستويات البرولاكتين لدى كافة المرضى عند النقطة القاعدية للاحتفاظ بقيمة مرجعية. وفي حال كانت تكلفة الفحص عالية، يجب قياس مستويات البرولاكتين في حالات الشواذ في الجهاز الجنسي أو التناسلي التي يتم الإفادة عنها. مع ذلك، فيجب السؤال عن

تلك الشواذ بطريقة مباشرة ومراقبتها. وإن الشواذ في الجهاز التناسلي التي تفضي إلى قياس مستوى البرولاكتين تتضمن انقطاع الحيض أو ندرة الطمث (أي، طمث >9 في السنة)، أو ثر اللبن أو تثدي الرجل، و/أو مضض الثدي لدى المرأة وآلامه. وإن الخلل الجنسي الذي يجب أن يستدعي قياس البرولاكتين يتضمن أعراض جديدة و/أو تلك التي تصادف العلاج مضاد الذهان أو تغيير الجرعة، بما في ذلك تراجع الشبق أو خلل الانتصاب أو القذف، أو مشاكل في التهيج أو النشوة. في هذه الحالات، يجب أن يتم قياس البرولاكتين كل ثلاثة أشهر، لا سيما حين ترتفع جرعة المكونات المعروفة التي ترفع البرولاكتين. وعلى الرغم من أن الطبيب السريري يحتاج إلى أن يحذر من النطاقات التي تحدد مخبرياً قد تختلف من موقع لآخر (75، 76)، ففي معظم المختبرات تحدد قيم البرولاكتين الطبيعية بين 20 نانو غرام/مليتر (424 ملي وحدة عالمية في المليتر) لدى الرجال و25 نانو غرام/مليتر (530 ملي وحدة عالمية في المليتر) لدى النساء (77). ويشكل وجود الماكروبرولاكتين عاملاً معقداً خلال قياس مستويات البرولاكتين، وهو عادة بيولوجياً غير ناشط، لكنه قد يؤدي إلى مستويات برولاكتين عالية خاطئة كما تم تسجيله في الكثير من التجارب (78). وتقتصر تقديرات محافظة أن وجود الماكروبرولاكتين يؤدي إلى تشخيص خاطئ في 10% من الحالات التي تتم الإفادة عنها من فرط البرولاكتين البيولوجي الكيميائي (79). وفي الحالات التي يكون فيها البرولاكتين بمستويات عالية جداً، فإن الإفادة عن برولاكتين موحودي بدلاً من تحديد «ماكروبرولاكتين إيجابي» يمكن له أن يساعد في تفادي فحوصات غير ضرورية.

في العلاج المضاد للذهان، تكون مستويات البرولاكتين أقل من 200 نانو غرام/مليتر، وبأغلب الحالات تكون أقل من 100 نانو غرام/مليتر. وحتى اليوم، لا تزال العلاقة الجسدية لهذه المستويات غير معروفة، ما عدا في الحالات التي يكون فيها قصور الغدد التناسلية (مثال، حالة انتاج الهرمون الجنسي المنخفضة بشكل ملحوظ) نتيجة لذلك، والتي تم ربطها بخطر ترقق العظم والكسور. أما بالنسبة لخطر سرطان الثدي، فالأمر ليس واضحاً. وما يبدو أكيداً هو أن أي مستوى من البرولاكتين قد يؤدي إلى قصور الغدد التناسلية يجب أن يحدث تغييراً علاجياً لمضادات ذهانية تؤدي إلى مستويات أقل من البرولاكتين (مثال، كيتيابين quetiapine، أريبيرازول aripiprazole، أو الكلوزابين clozapine لدى المصابين بمرض حرون). ويتم إجراء تصوير بالرنين المغناطيسي MRI للسرغ التركي لاستبعاد الورم البرولاكتيني فقط في الحالات التي يتم فيها دحض أسباب أخرى كسبب لارتفاع البرولاكتين (مثال، الفشل الكلوي المزمن بتقييم الكرياتينين، قصور الدرقية بتقييم الهرمون المحفز للدرقية، والحمل أو حبوب منع الحمل) إذا كانت مستويات البرولاكتين أعلى من 200 نانو غرام/مليتر ولا تنخفض بعد إحداث تغيير إلى عامل خطر منخفض أو تمت ملاحظة قصورات بصرية جانبية، ما يؤثر الريبة حول ورم برولاكتيني (80).

صحة الفم

على الرغم من أن الكثير من الأطباء السريريين لا يعتبرون صحة الفم ذات أهمية، فإن صحة الفم يجب أن يتم فحصها كما يتم التحقق من مشاكل الصحة البدنية الأخرى (81، 82). يجب تقييم عوامل الخطر التي تتنبأ بصحة فموية ضعيفة (كالتدخين، والآثار الجانبية للأدوية) وايضا الحاجة الى تقديم الرعاية الفموية للفرد (83).

350 > ملغ/ديسليتر؛ البروتين الشحمي منخفض الكثافة LDL > 160 ملغ/ديسليتر؛ ثلاثي الغليسريد 300 > ملغ/ديسليتر، يجب إحالته إلى موفر الرعاية الأولية لعلاج أي من هذه الحالات إلا إذا توفرت توجيهات بسيطة لأسلوب الحياة أو تعديلات سلوكية و/أو تعاطي أدوية تطرح خطراً أقل لمشاكل قلبية أيضاً يمكنها معالجة الحالات الطبية بشكل ملائم (17)، (99).

العلاج

لا يدرك الكثير من الأفراد المصابين بأمراض نفسية حادة SMI حاجتهم إلى تغيير أو لا يملكون المعرفة والمهارات المطلوبة لإجراء تغييرات في نمط الحياة الذي يعتمدونه. ويمكن للأطباء النفسيين والأطباء والمرضى وغيرهم من المتخصصين في مجالات أخرى المساعدة في تثقيف وتحفيز الأفراد الذين يعانون مرضاً نفسياً حاداً SMI للنظر في أسلوب حياتهم، بما في ذلك التدخين، والنظام الغذائي وممارسة التمارين الرياضية، من خلال استخدام التدخلات السلوكية الفعالة (57، 100). ويجب تثقيف المرضى الذين يعانون مرضاً نفسياً حاداً SMI، فضلاً عن عائلاتهم وموفري الرعاية، على أساليب الحياة الصحية، وأن يحصلوا على وسائل تثقيفية نفسية تسر هذه العملية عليهم. وإن التثقيف النفسي لا يحتاج إلى أخصائي ليشرف عليه (مثلاً، أخصائي تغذية)، كما أنه لا يتطلب تدريباً خاصاً، ولكن يجب أن يتم الإشراف عليه من قبل الموظفين في عيادة الصحة النفسية.

ويمكن الحصول على المشورة وإجراء التدخلات في أسلوب الحياة باستخدام الموارد المتاحة بالفعل ضمن مسار الخدمة المحلية (6). وينبغي تزويد المرضى بردود فعل إيجابية ومدّهم بالدعم (17)، ويجب أن يكون العلاج مصمماً لتلبية الاحتياجات الفردية للأشخاص المصابين بمرض نفسي حاد (14 SMI). وقد أظهرت التدخلات غير الدوائية، التي تشمل تعديلات في النظام الغذائي والنشاط البدني، نتائج واعدة في منع زيادة الوزن في الفصام (94 – 103). إن تأثير تغييرات في أسلوب الحياة ولو كانت بسيطة كبير على الصحة العامة (راجع الجدول رقم 3). ويساهم اتباع نظام غذائي صحي وممارسة النشاط البدني بشكل منتظم والإقلاع عن التدخين كمكون أساسي في خفض انتشار وتأثير عوامل الاختطار. وفي حال لم تنجح التدخلات في أسلوب الحياة، يمكن وصف الأدوية، ومنها أدوية الستاتين Statins والعلاج المضاد لارتفاع ضغط الدم أو مضادات داء السكري. وينبغي أن توصف هذه العقاقير ويتم الإشراف على اتباعها من عامة السكان وهي عادة تتميز بتحمل جيد (109 – 110). علاوة على ذلك، يمكن محاولة إضافة علاجات دوائية لخفض الوزن الذي تسببه مضادات الذهان. وحتى الآن، فإن معظم الأدلة التي تم جمعها تتركز على الميتفورمين (500 metformin إلى 1000 ملغ مع وجبة الطعام) أو توبيراميت (50 topiramate – 200 ملغ في جرعات مقسمة) (111).

النظام الغذائي

لا يدرك الكثير من الأشخاص المصابين بمرض نفسي حاد SMI مكونات النظام الغذائي الصحي (46). ومن المعروف أن مرضى الفصام يتبعون نظاماً غذائياً غنياً بالدهون (111)، والسكر المكرر (112) ويفتقر إلى الألياف (25) والفواكه والخضار (113). لذلك، قد يكون مفيداً تثقيف المرضى حول التغذية (46). وينبغي نصح المرضى بتجنب العصائر والمشروبات الغازية التي تحتوي على السكر، وحتى، المحليات الاصطناعية، والمأكولات عالية السعرات الحرارية والدهون والتي لا تتمتع

الجدول رقم 2 قياسات روتينية في الإشراف على الصحة البدنية وتقييمها لدى مرضى SMI تظهر لديهم قيمة قاعدية عادية (وفقاً لـ 64، 65 و 88)

النقطة القاعدية	٦ أسابيع	٣ أشهر	كل ١٢ شهراً على الأقل وبشكل سنوي لاحقاً
التاريخ الشخصي والعائلي التدخين، ممارسة الرياضة والعادات الغذائية	X	X	X
الوزن (وزن كتلة الجسم)	X	X	X
محيط الخصر	X	X	X
ضغط الدم	X	X	X
بلازما الجلوكوز الصائم	X	Xa	X
بروفيل الشحم الصائم	X	X	X
قياسات ECG	X		
البرولاكتين	Xb	Xc	Xc
صحة الفم	X		X

a تمت التوصية بالتقييم المبكر للمسكر شديد الانحدار في الدم لاستبعاد بدء داء السكري في أوروبا لكن لم تتم التوصية به في الولايات المتحدة؛ b إذا أمكن، الحصول على بعض القيم المرجعية، وفي حال كانت مكلفة يمكن الاستعاضة عن ذلك في حالات الإفادة عن شذوذ جنسي أو الخاص بالجهاز التناسلي، c وذلك في حالات الخلل في الوظيفة الجنسية التي تترافق مع علاج مضاد للذهان أو تغيير في الجرعة

كيف ومتى يجب إجراء الفحص

يلاقى الفحص البدني وبرامج الإشراف قبولاً لدى المرضى ويمكن تنفيذها في مجموعة متنوعة من البيئات. وعلى عكس الاعتقاد السائد، فإنه ليس من الصعب تحفيز معظم المرضى للمشاركة في إجراء تحليلات الدم الصائم، لا بل إن الأغلبية منهم حريصون على الحصول على نتائج التقييم ومناقشتها (53، 54).

ويشكل فحص المرضى باستخدام خوارزمية (84)، أو استمارة رصد (85) أو بيان المخاطر (65، 86) خياراً بسيطاً مقارنة مع مبادئ توجيهية أكثر تعقيداً وتفصيلاً نشرت سابقاً. وعلى الرغم من أنه على مدى السنوات الأخيرة، قامت جماعات وطنية كما دولية بوضع مبادئ توجيهية للفحص والإشراف (58، 84، 87 – 95)، لا يبدو أنها تطبق بشكل روتيني في الرعاية السريرية للمرضى (62، 64، 96، 97).

وينبغي أن يتم المتابعة في الإشراف وضمن فترات مناسبة (98) (راجع الجدول رقم 2). ويجب أن يتم تسجيل الصحة البدنية المقررة على بيانات تبين الأوقات والنتائج بكل من التقييمات بالمقارنة مع النطاقات المرجعية (54). ومن المهم خلال مراحل العلاج الأولية قياس الوزن أسبوعياً لتحديد المرضى الذين اكتسبوا وزناً بسرعة. ويدافع واتيروس ولوغان (84) عن فحص جميع المرضى الذين يتعالجون بأي دواء في النقطة القاعدية (من أجل تحديد الأفراد ذوي المخاطر العالية وضمان الاكتشاف المبكر للتغيرات في المعاملات الاستقلابية)، وكحد أدنى، مرة كل 3 أشهر. وتقتصر مبادئ أخرى الفحص والإشراف عند النقطة القاعدية وبعد 3 أشهر و 12 شهراً وسنوياً إلا في حال كسب المريض 7% على الأقل وزناً إضافياً من وزنه في الأساس أو يعاني خطراً مرتفعاً من نتائج صحية ضائرة (أي تاريخ عائلي من داء السكري DM أو وفاة مبكرة جراء أمراض القلب، أو تاريخ شخصي من الوزن الزائد أو البدانة، أو السكري الحلمي، أو أن يكون أقلية عرقية، إلخ).

في حال كان المريض يعاني بدانة وسطية أو فرط ضغط الدم (85/130 ≥ ملم زئبقي)، أو في حالة قبل السكري (بلازما الجلوكوز الصائم 100–125 ملغ/ديسليتر أو هيموغلوبين A1c = 5.7 – 6.4%) أو داء السكري (بلازما الجلوكوز الصائم 126 ≥ ملغ/ديسليتر أو هيموغلوبين A1c = 6.4 > %)، أو خلل نسبة الدهون (مجموع الكوليسترول

التدخل	تأثيره على الصحة العامة
الحفاظ على الوزن المثالي	35-60% CHD
خسارة الوزن	
4-5%	يقلص الحاجة إلى أدوية مضادة لفرط ضغط الدم لدى البالغين والمسنين
5-7%	خفض خطر داء السكري من نوع 2 لدى البالغين بنسبة 58%
6-7%	تحسين المتلازمة الاستقلابية من خلال خفض مستويات كولسترول LDL
10%	والانسولين الصائم
10% ↓ كولسترول الدم	خفض خطر الإصابة بأمراض القلب مدى الحياة حتى 4% ورفع التوقع بالحياة حتى 7 أشهر
4-6 mm Hg ↓ high BP (>14/9 mm Hg)	30% ↓ CHD
التوقف عن التدخين	16% ↓ in CHD and 42% ↓ in CVA
	50-70% ↓ in CHD
الحفاظ على أسلوب حياة نشيط (المشي 30 دقيقة على الأقل)	35-55% ↓ في CHD (لدى النساء)
	18% ↓ في CHD (لدى الرجال)
	27% انخفاض في CVA
	40-50% ↓ خطر الإصابة بالسرطان
	33-50% ↓ خطر الإصابة بداء السكري DM

CHD – أمراض القلب التاجية، DM – داء السكري، MetS – المتلازمة الاستقلابية، BP – ضغط الدم، CVA – حادث قلبي وعائي دموي

الذين يعانون أمراض (119 – 114) SMI. ويسرد الجدول رقم 4 بعض الأمثلة على التدخلات السلوكية التي تحسّن صحة هؤلاء المرضى.

الجدول رقم 4 أمثلة حول التدخلات السلوكية لتحسين صحة الأفراد الذين يعانون مرضاً نفسياً حاداً SMI (راجع 44, 5, 99)

المجال	أدوات تثقيفية مقترحة
النظام الغذائي	سلوك غذائي صحي التقليل من الأطعمة السريعة زيادة الأطعمة الصحية (الفاكهة والخضار الأسماك)، خفض مؤشر السكر العالي والدهون اللا مشبعة في المواد الغذائية خفض الأطعمة المعالجة الخالية من الدهون اختيار وجبات خفيفة صحية التحكم بكمية الطعام تناول ٤ إلى ٦ وجبات صغيرة تناول الطعام ببطء التقليل بالمستوى الأدنى من المشروبات الغازية التي تحوي السكر والمحليات الاصطناعية
التمرين الرياضي	التثقيف قراءة ملصقات الطعام التعلم كيفية التمييز بين الشهية البدنية والنفسية وتناول الطعام اعتماد يوميات وخطط وجدول بالطعام تعلم مهارات الطهي التسوق لأطعمة صحية النشاط البدني تدوين ملاحظات وقوائم عن النشاطات اليومية زيادة النشاطات البدنية كالمشي المتوسط والشديد خفض السلوكيات قليلة الحركة (مشاهدة التلفاز، واللعب بألعاب الفيديو، إلخ) معالجة/ خفض قلة الحركة والآثار خارج السبيل الهرمي للأدوية

بقيمة غذائية كالوجبات السريعة والخفيفة غير الصحية. ويجب على الأطباء السريريين التشديد على أهمية تناول الأطعمة الصحية البديلة كالفاكهة والخضار والسّمك واللحوم الحمراء الطازج، كلما سُنحت الفرصة. وعلى الرغم من أن تثقيف المرضى (كما عائلاتهم وموفري الرعاية) أمر يوصى به، فعلى المرضى أن يفهموا أن تغييرات في أسلوب الحياة الذي لا يترافق مع تعديلات سلوكية تدريجية سيعيدهم إلى وزنهم السابق. إن معظم الأشخاص الذين يختبرون خسارة سريعة بالوزن لا تترافق مع تغيير تدريجي في السلوك يستعيدون وزنهم السابق. وإن خسارة الوزن السريعة يرفع احتمال تطور الحصوات الكولسترولية. كذلك، يتم تخزين الكثير من المواد السامة في أنسجة الدهون وخسارة الوزن السريعة قد تفرج عن تلك السموم بسرعة كبيرة جدا (46). يمكن للتغيرات في النظام الغذائي أن تترك تأثيراً كبيراً على الصحة. وإن فقدان الوزن يحمل الكثير من الفوائد الصحية التي لها أهمية خاصة للأفراد المصابين بأمراض نفسية حادة SMI؛ وتشمل خفض خطر الأمراض القلبية الأوعية الدموية CVD وداء السكري DM، وخفض ثلاثي الغليسريد في المصل والبروتين الشحمي منخفض الكثافة LDL، وزيادة في البروتين الشحمي عالي الكثافة HDL، وانخفاض في تركيز الجلوكوز في الدم والهيموجلوبين A1C بين المرضى الذين يعانون من داء السكري نوع 2. لكن، وعلى الرغم من كل فوائدها، فإن التدخلات التي تعالج التغذية، وإدارة الوزن والنشاط البدني لم تصبح جزءاً روتينياً من الرعاية النفسية (98). يمكن للطبيب النفسي إشراك الفرد الذي يعاني SMI في البرامج التعليمية والنفسية والاجتماعية التي تعالج قضايا الصحة والعافية، والتي يمكن أن تقلل من الأمراض الطبية المشتركة في هذه الفئة من السكان. وقد تبين أن هذه البرامج، مثل «الحياة الصحية» The Healthy Living برنامج «التغييرات الصغيرة» Small Changes و«حلول العافية» Solutions for Wellness البرنامج ليكون فعالاً لدى الأشخاص

إلى ذروته بعد 3 سنوات من الإقلاع عن التدخين (نسبة المخاطر، HR = 1.91) ولكن بقي بالامكان ملاحظتها 6 سنوات بعد التوقف. ويبدو تزايد الخطر قد ساهمت به جزئياً زيادة الوزن: الانسحاب من النيكوتين يمكن أن يؤدي إلى زيادة الشهية وزيادة السرعات الحرارية. ولذلك، ينبغي للأطباء النظر في التدابير المضادة (على سبيل المثال، استخدام العلاج ببدائل النيكوتين)، وخاصة بالنسبة للمدخنين بشراهة (128). علاج الاعتماد على التبغ أظهر فاعلية في المرضى الذين يعانون مرضاً نفسياً حاداً SMI. وتشير أدلة حديثة إلى أن الناس الذين يعانون مرضاً نفسياً حاداً SMI بإمكانهم التوقف عن التدخين (129-132). كما تبدو العلاجات الفعالة في العامة من السكان تلعب دوراً فعالاً بالقدر ذاته تقريباً في مرضى SMI. وتشير الدلائل أيضاً إلى أن علاج إدمان التبغ في مرضى SMI مع ظروف نفسية مستقرة لا تؤدي إلى تفاقم الحالة النفسية (133). أخيراً، على الرغم من الموظفين من مستشفيات الأمراض النفسية في كثير من الأحيان يعبرون عن مخاوف من أن يؤدي اعتماد سياسة خالية من التدخين إلى تأثير سلبي على البيئة العلاجية في المستشفى، فإن ذلك ليس بالضرورة صحيحاً (134). لذا، ينبغي على الأخصائيين النفسيين، وبالحد الأدنى، تقييم التدخين في جميع المرضى، وتقديم المشورة لجميع المدخنين للإقلاع، ومساعدة المرضى في وضع خطة للإقلاع عن التدخين، وترتيب المتابعة (100). إذا كان ذلك ضرورياً وممكنًا، يمكن إحالة المرضى إلى خدمة الإقلاع عن التدخين، والتي يمكن أن تقدم المشورة السلوكية، أو علاج استبدال النيكوتين أو علاجات دوائية أخرى (65).

ضغط الدم

إن مستويات ضغط الدم التي تقل عن 85/130 ملم زئبقي هي الهدف الموصى به في هذا الإطار. وقد تكون التغييرات في أسلوب الحياة، مثل التوقف عن التدخين، والحد من تناول الملح، وخفض الوزن وزيادة التمارين الرياضية، كافية للحد من ارتفاع ضغط الدم بشكل معتدل، على الرغم من أن بعض المرضى قد يتطلب العلاج الدوائي (65). وتؤكد المبادئ التوجيهية الأوروبية التي تم تحديثها مؤخراً على أهمية اختيار أدوية لمكافحة ارتفاع ضغط الدم أكثر ملاءمة لاحتياجات المريض (86). (135)

صحة الفم

ينبغي تقديم المشورة والتثقيف والدعم في الحفاظ على صحة الفم، لمرضى الأمراض النفسية الحادة SMI التي تتناسب مع احتياجاتهم. وإن البرامج الوقائية والعلاجية بحاجة إلى أن تكون مخصصة لتلبية الاحتياجات الفردية للمرضى الذين يعانون من تشخيصات لا تتشابه وحدة مرضية ومراحل مختلفة في المرض. ويجب على هذه البرامج أن تشمل القضايا الغذائية، والتدخين، والآثار الجانبية للدواء على صحة الفم، لا سيما جفاف الفم والرغبة الشديدة في الكربوهيدرات. ومن بالغ الأهمية توفير المشورة حول مراقبة النظام الغذائي للسكريات وأهمية التزليقات الخالية من السكر لتخفيف أعراض جفاف الفم بهدف الحد من الآثار الجانبية الشائعة على صحة الفم التي تسببها بعض الأدوية النفسية. إن على الأطباء النفسيين أن يكونوا أكثر وعياً لأهمية العادات الصحية التي تقي صحة الفم. لذلك، نرى من الضروري أن يتم تدريب الأطباء على تحديد عوامل الخطر في صحة الفم، مثل التدخين والآثار الجانبية للدواء على صحة الفم، وعلى التقنيات السليمة للحفاظ على نظافة الفم (83). والأهم

يعد الخمول البدني أحد عوامل الخطر التي يسهل معالجتها وتعديلها نظرياً لدى مرضى (100 SMI). ويكون مرضى الفصام هم الأكثر قلة نشاط بين العامة (120). ولا يمثل سوى 25.7% من هؤلاء المرضى الحد الأدنى من توصيات الصحة العامة التي تبلغ 150 دقيقة في الأسبوع على الأقل من النشاط البدني المعتدل (121، 122). ووفقاً للمبادئ التوجيهية للكلية الأميركية للطب الرياضي وجمعية القلب الأميركية، فإن النشاط البدني المعتدل بين 150 و 250 دقيقة في الأسبوع يتيح خسارة متواضعة للوزن وهو فعال في منع زيادة الوزن. ويمكن ربط كميات أكبر من النشاط البدني (>250 دقيقة في الأسبوع) مع خسارة ذات قيمة سريرية هامة في الوزن (108). ويمكن للنشاط البدني أن يحسن الوضع الصحي الاستقلالي حتى وإن لم يلحظ المريض فقدان وزن. وتشير الأدلة إلى أن النشاط البدني الذي يترافق مع استشارة في النظام الغذائي مجدٍ وفعال في خفض الوزن والتقليل من مخاطر أمراض القلب الاستقلابية لدى الأشخاص المصابين بالفصام (123). ومع ذلك، فإن المرضى الذين يعانون البدانة، ينبغي أن يعتمدوا إلى جانب ممارسة الرياضة البدنية نظاماً غذائياً سليماً لتحقيق خسارة كبيرة في الوزن. على سبيل المثال، إذا كان المريض يمشي لمدة ساعة يومياً، يتم حرق حوالي 200 سعرة حرارية. وفي حين أن ذلك مفيد لصحة القلب والأوعية الدموية فإنه لا يؤدي إلى انقاص الوزن بشكل كبير. وقد تكون النشاطات البدنية الأكثر شدة، مثل الركض، ضرورية لهذه الغاية (46). لذا، وبعد مراجعة كل هذه الحقائق، ينبغي نصح المرضى بالانخراط في ما لا يقل عن 30 دقيقة من النشاط الشديد المعتدل (على الأقل المشي السريع) في معظم أيام الأسبوع (65).

التدخين

أظهر تحليل التحاليل لدراسات عالمية أثبتت أن مرضى الفصام لديهم معدل تدخين وتدخين بكثرة وارتفاع الاعتماد على النيكوتين، أكثر انتشاراً بالمقارنة مع العامة من السكان، كما ترتفع عوامل الخطر التي تجعلهم أكثر عرضة للبدء في التدخين (124). وتصل نسبة الوفيات/أو تنخفض نوعية الحياة جراء مرض ذات الصلة بالتبغ بين مرضى SMI إلى 85% (125، 48). ويرتبط الإقلاع عن التدخين بانخفاض في مخاطر الإصابة بأمراض القلب التاجية بحوالي 50% (104)، وانخفاض بنسبة 75% لمخاطر أحداث قلبية وعائية عالية / عالية جداً على عشرة أعوام (126). ولذلك، ينبغي تشجيع مرضى SMI بقوة لوقف التدخين.

ومع ذلك، فإن الإقلاع عن التدخين له مضاعفات هامة عند إدارة المرضى الذين يتناولون عقار أولانزابين olanzapine و كلوزابين clozapine. ويرتبط التوقف المفاجئ عن التدخين مع خطر سمية خطيرة في المرضى الذين يتناولون كلوزابين clozapine، في حين أن مستويات عقار أولانزابين olanzapine يمكن أيضاً أن تشهد زيادة كبيرة. وقد وجد كورماك وآخرون (127) أن نسبة المرضى الذين يعانون من مستوى كلوزابين بلازمي ≥ 1000 ميكروغرام / لتر ارتفع من 4.2% إلى 41.7% خلال فترة الستة أشهر التالية لمنع التدخين على الرغم من تخفيض الجرعة. لذا، لا بد من رصد مستويات الكلوزابين البلازمي عن كثب، وتعديل جرعات الدواء، إذا لزم الأمر، لستة أشهر على الأقل بعد التوقف (127). إضافة إلى ذلك، فإن الإقلاع عن التدخين يزيد من مخاطر داء السكري المدى القصير. وقد أظهرت دراسة استشرافية، أن البالغين الذين يقلعون عن التدخين ظهرت لديهم زيادة مخاطر داء السكري DM يصل

على الجنين (142). ويجب على النساء اللواتي يحتجن إلى علاج أن يناقشن مخاطر وفوائد العلاج الدوائي دائماً مع الطبيب، وإذا رأى هذا الأخير أنه ينبغي الاستمرار بالعلاج خلال فترة الحمل، فإن المعلومات المتوفرة والمثبتة بالدليل ستساعد في اتخاذ هذا القرار المهم (143). ومن المهم أيضاً تقديم المشورة بشأن وسائل منع الحمل والوقاية من الأمراض المتناقلة جنسياً وأن تعطى كجزء روتيني في الرعاية بالصحة النفسية (54).

مشورة علاجية خاصة حول الدواء

يظهر الكثير من الأطباء النفسيين تردداً في تبديل الدواء، على الرغم من وجود مشاكل في الصحة البدنية (6). مع ذلك، ينبغي النظر في تحويل مضادات الزهان AP ومضادات الاكتئاب AD و/ أو أدوية تثبيت الحالة المزاجية حين يكسب الأفراد المصابون بأمراض نفسية حادة SMI وزناً إضافياً ملحوظاً ($>5\%$ من الوزن الأولي)، أو ارتفاع السكر في الدم، أو غيرها من الآثار الضائرة الهامة (مثل آثار جانبية هامة سريريا لاستقلاب القلب) خلال العلاج. من جانب آخر، يجب عند اعتماد بروتوكول التبديل الأخذ في عين الاعتبار الحالة النفسية والجسدية الشاملة للمريض والبروفيل الدوائي لكلا العاملين (54). وتشكل إضافة عامل دوائي خياراً آخر لعكس أو منع الدواء من صنع الحدث الضائر (مثل ميتفورمين metformin أو توبراميت topiramate لتخفيف الوزن عند المرضى الذين يتناولون مضادات الزهان 144، 111) (AP).

إذا تم تشخيص داء السكري أو أي مرض جسدي حاد آخر، يجب إحالة المريض الذي يعاني مرضاً نفسياً حاداً SMI إلى الأخصائي المناسب، بما في ذلك أخصائي السكري والغدد الصماء وأمراض القلب، لتلقي الرعاية الصحية المناسبة.

التوصيات

نحدد توصياتنا على مستويين من العمل: مستوى النظام (دولة ومؤسسات الرعاية الصحية) والمستوى الفردي (الأطباء والمرضى والأسرة) (الجدول رقم 5).

على مستوى النظام

تحديد مجموعة الأفراد المصابين بأمراض نفسية حادة SMI على أنهم في تباين صحي مع عامة السكان. لا يزال الوعي حول الصحة الجسدية والمشاكل في حصول المصابين بأمراض نفسية حادة SMI على الرعاية الصحية غير متوفر. لذلك، على مؤسسات الرعاية الصحية والمؤسسات الرسمية أولاً تحديد الأفراد المصابين بأمراض نفسية حادة SMI باعتبارهم مجموعة سكانية في تباين صحي مقارنة مع العامة، لتتمكن هذه الهيئات لاحقاً من التعامل مع المشكلة بشكل مناسب. ويمكن للأطباء النفسيين أن يلعبوا دوراً هاماً في هذه العملية لزيادة الوعي من خلال معالجة التفاوت الراهن مع واضعي السياسات وصانعي القرار في الميزانية.

تثقيف المجتمع والرعاية الصحية. وينبغي تنفيذ المبادرات التعليمية الوطنية والمحلية لنشر المعلومات على نطاق واسع حول المخاطر الصحية الجسدية للأفراد المصابين بأمراض نفسية حادة SMI وتشجيع وعي التباين الحالي.

تدريب مجتمع الرعاية الصحية. بالإضافة إلى مبادرات التثقيف، يحتاج أخصائيو الرعاية الصحية النفسية إلى تدريب على تقييم وقياس

، يحتاج مرضى SMI إلى التشجيع والدعم لطلب خدمات طب الأسنان بشكل منتظم. وتشكل الزيارات المنتظمة من قبل العاملين في مجال الرعاية الأسنان خياراً آخر لتحقيق ذلك (136). ويجب على الطبيب النفسي البحث عن أطباء أسنان لا يصمون المرضى، بل يكونون على استعداد لرعاية هذه الفئة الضعيفة من الناس. وعند الخروج من المستشفى، ينبغي وضع إجراءات لضمان استمرارية المريض في العناية بأسنانه. ويمكن توفير التدريب المناسب لفريق طب الأسنان فيما يتعلق بالجوانب الاجتماعية والسلوكية النفسية للمريض كما الآثار الجانبية للأدوية على صحة الفم (79).

إطالة الفترة القلبية الفاصلة QTc والوفاة القلبية المفاجئة

يجب عدم وصف مضادات الزهان AP ومضادات الاكتئاب AD التي من المعروف أنها تتراffic مع إطالة الفترة القلبية الفاصلة QTc لمرضى SMI الذين يعانون مرضاً بالقلب محمداً، أو تاريخاً شخصياً بالإغماء، أو تاريخ عائلي من الموت المبكر المفاجئ بسبب أمراض القلب (وخاصة إذا كان كلا الوالدين توفيا بالموت المفاجئ من القلب)، أو متلازمة الفترة القلبية الفاصلة QTc الطويلة الخلقية (راجع 58). وينصح بالانسحاب من أي أدوية مسيئة وتصحيح الشوارد بالكهرباء في المرضى الذين يعانون حالات الالتواء حول النقطة (137).

الصحة الجنسية والحمل

يجب سؤال المريض/ة الذي يعاني مرضاً نفسياً حاداً SMI عن الأعراض التي قد تكون مرتبطة بمستويات عالية من البرولاكتين قبل بداية العلاج، مثل فقدان الشبق، أو اعتلال في الانتصاب والقذف أو عدم انتظام الحيض (54، 58). وفي حال كان المريض يتلقون أدوية معروف أنها تتراffic مع ارتفاع البرولاكتين، يجب طرح هذه الأسئلة القاعدية في كل زيارة بعد البدء بالدواء أو إلى حين استقرار الجرعة.

عندما يتم تحديد وجود خلل وظيفي جنسي، تتضمن الاستراتيجيات العلاجية المحتملة خفض الجرعة، أو التحول إلى الأدوية التي تستبقي البرولاكتين، أو التي تستهدف الوظيفة الجنسية تحديداً من خلال وصف الأدوية مثل ناهضات الدوبامين (138، 139) أو ناهض جزئي (140). وينبغي النظر في التحول عند ارتفاع البرولاكتين بثبات < 50 نانوغرام/مليتر (< 1000 ميكرو وحدة / ليتر). وإن الارتفاع حتى ولو كان بشكل معتدل واستمر لأكثر من 3 أشهر يجب النظر في خفض الجرعة، أو التحول إلى دواء استبقاء البرولاكتين. وفي حال كان لدى الطبيب النفسي أي شك بما يسبب ارتفاع البرولاكتين، وكانت المستويات أعلى من 200 نانوغرام/مليتر، أو كان المريض يعاني أعراضاً توحى بسبب خلف فرط برولاكتين الدم غير الأدوية ذات الصلة، فمن المستحسن إحالة المريض إلى أخصائي الغدد الصماء (141). ومع ذلك، يجب أن يكون الأطباء النفسيون مدركين أيضاً أنه حتى وإن كان فرط برولاكتين الدم المعتدل في حده الأدنى، يمكن أن يكون مقدمة لمشكلة خطيرة كامنّة، مثل وجود ورم في الغدة النخامية (58). إلى حين توفر المزيد من البيانات الاستشرافية المضبوطة حول أثر المخدرات على نمو الجنين وما بعد، على الطبيب مواصلة العمل في حالة من عدم اليقين، ومقارنة المخاطر المقدرة جزئياً مع إدارة المشاكل السريرية الفردية. واستناداً إلى البيانات المتاحة فإن التعميم أمر مستحيل، ويجب إعطاء توصيات باعتماد الأدوية المتوافقة. ويجب دائماً مقارنة المخاطر والفوائد بعناية لكل مريض على حدة. وعامة، يتم وصف الأدوية النفسية التأثير أثناء الحمل حين تفوق مخاطر المرض النفسي المتفاقم غير المعالج في الأم المخاطر التي يطرحها الدواء

للمرضى. وعليه فحص الصحة البدنية للمريض بشكل مستمر، لأن مريض SMI قد لا يطلب المساعدة حتى تصبح المشكلة حادة، أو قد لا يكون على دراية بالحالات الجسدية المؤدية إلى حين الاشراف والتثقيف.

فحص التاريخ الشخصي والعائلي للمريض عند النقطة القاعدية لتحديد مرضى الاختطار العالي وضمان رصد مبكر للتغيرات في المعاملات المهمة. بالنسبة للمرضى الذين لديهم تاريخ شخصي أو عائلي بالبدانة أو ارتفاع ضغط الدم، أو داء السكري، أو أمراض القلب والأوعية الدموية، أو مستويات مرتفعة أو حدية من معايير الاستقلاب، يجب اختيار العلاج الدوائي الذي يعرض خطراً أقل لأعراض ضائرة.

اعتماد مناهج المراقبة المستمرة. يجب أن تشمل مراقبة الحالة الصحية العامة لمريض SMI المراقبة المستمرة للوزن، ومؤشر كتلة الجسم BMI، ومحيط الخصر WC، وضغط الدم، ولبازما الجلوكوز الصائم، والدهون في الصائم، والتدخين، والخمول البدني، والنظام الغذائي، وصحة الفم والصحة الجنسية، فضلاً عن الآثار السلبية للأدوية النفسية.

استخدام خوارزميات أو استمارات مراقبة أو جدول خطر خلال فحص المريض. هذا هو الخيار الأسهل والأفضل من استخدام مبادئ توجيهية تم نشرها هي أكثر تعقيداً وتفصيلاً، لمراقبة الصحة البدنية للمريض SMI. عند وقوع زيادة في الوزن ($>5\%$ من الوزن الأساسي)، أو شذوذ غلوكوز، أو فرط الشحم في الدم أو آثار ضائرة خلال العلاج، يجدر النظر في تحويل الأدوية ذات البروفيل الأقل خطراً. أظهر تحويل العلاج من الأدوية عالية الاخطار إلى تلك التي تطرح خطراً أقل أنه يحد من عوامل اختطار أمراض القلب والأوعية الدموية والغدد الصماء (65)، ولكن يجب القيام به بطريقة متأنية وعن معرفة (148).

يصال النتائج الإشرافية إلى فرق الرعاية الأولية والخدمات المختصة، بما فيهم فرق رعاية داء السكري والغدد الصماء وامراض القلب. ضمان أن مرضى SMI الذين تم تحديدهم لكونهم في خطر الاصابه بالأمراض القلبية الوعائية في البلدان النامية أن يعالجوا بشكل مناسب. يجب على الناس المصابين بمرض قلبي وعائي أو مرض السكر ان نضمن لهم العلاج بالرعاية الصحية الأولية.

المخاطر الصحية في أمراض القلب والأوعية الدموية وأمراض أخرى (مثال، صحة الفم). ويجب توفير التدريب على مسائل تتعلق بالأمراض النفسية الحادة SMI لموفري الرعاية الأولية السريريين.

تحسين فرص الحصول على الرعاية الصحية الجسدية لمرضى SMI. وينبغي على المؤسسات الرسمية ومؤسسات الرعاية الصحية تحسين فرص الحصول على الرعاية الصحية الجسدية لمرضى SMI لضمان الوقاية والفحص، وعلاج مسائل الرعاية الصحية العامة. وعليهم تأسيس القدرة الكافية لخدمة الرعاية الصحية الجسدية لاحتياجات مرضى SMI.

الحد من الوصمة والتمييز. تشكل الوصمة عائق ذو نطاق واسع موثق جيداً أمام وصول الأشخاص الذين يعانون مرضاً نفسياً حاداً SMI. وتقلل استجابة الخدمات الصحية ويمكن أن تتسبب بتأخير مريض SMI أو تدفع به إلى تجنب التماس العلاج بشكل كامل (145). ويمكن استخدام تدخلات التعليم والاتصال الشخصي مع الأشخاص الذين يعانون مرضاً نفسياً حاداً SMI للحد من الوصمة والتمييز العامة (22). وإذا لزم الأمر، ينبغي أن تطبق التشريعات المناهضة للتمييز وأن يتم تنفيذ المبادرات الرامية إلى ضمان المساواة في الحصول على الرعاية الصحية.

الوصل بين الرعاية الجسدية والنفسية وتعزيز سياسة تعاون ودمج بين الصحة النفسية والجسدية لمرضى SMI. تبدي وإعادة دمج الرعاية الصحية النفسية مع خدمات رعاية الصحة الجسدية والتي تهدف نهاية إلى توفير أفضل الخدمات لهذه الفئة الضعيفة من السكان، تبدو التحدي الأكبر أمام الرعاية النفسية اليوم (146، 147).

توفير التمويل الخاص بتحسين هذه الخدمات. جمع الأموال الكافية وتوفيرها للحملات التثقيفية ودمج أدوات التقييم الصحية والخدمة. وفي البلدان النامية عادة ما يكون التمويل يسيراً أو معدوماً.

على المستوى الفردي

تحمل مسؤولية الصحة الجسدية لمرضى SMI. ما لم ينص حكم واضح ومحدد حول الخدمات العامة والرعاية الصحية الجسدية لمرضى SMI، ينبغي للطبيب النفسي تحمل مسؤولية المحافظة على الصحة الجسدية

مستويات العمل المؤسسي	مستويات العمل الفردية
تحديد مجموعة مرضى SMI كمجموعة تعاني تبايناً في الصحة	تحمل مسؤولية الصحة الجسدية لمرضى SMI
تثقيف مجتمع الرعاية الصحية	فحص التاريخ الشخصي والعائلي للمريض عند النقطة القاعدية لتحديد مرضى الاختطار العالي وضمان رصد مبكر للتغيرات في المعاملات المهمة
تدريب مجتمع الرعاية الصحية	اعتماد مناهج المراقبة المستمرة
تحسين وصول مرضى SMI إلى الرعاية الصحية الجسدية الحد من الوصمة والتمييز تجاه مرضى SMI	استخدام خوارزميات أو استمارات مراقبة أو جدول خطر خلال فحص المريض عند وقوع زيادة في الوزن ($>5\%$ من الوزن الأساسي)، أو شذوذ غلوكوز، أو فرط الشحم في الدم أو آثار ضائرة خلال العلاج، يجدر النظر في تحويل الأدوية ذات البروفيل الأقل خطراً إيصال النتائج الإشرافية إلى فرق الرعاية الأولية والخدمات المختصة، بما فيهم فرق رعاية داء السكري والغدد الصماء وامراض القلب
الوصل بين الرعاية الجسدية والنفسية وتعزيز سياسة تعاون ودمج بين الصحة النفسية والجسدية لمرضى SMI	بناء علاقات تعاونية أقوى مع الأخصائيين الطبيين وأخصائيي رعاية صحية آخرين إضافة التعديلات على أسلوب الحياة إلى البرامج التثقيفية والعلاجية لمرضى SMI بالإضافة إلى استراتيجيات غذائية وتمارين رياضية وسلوكية
توفير التمويل الخاص بتحسين هذه الخدمات	السعي لتشجيع المريض على تبني التدخلات النفسية/الطبية والسلوكية بشكل أفضل دعم الرفاهية وتعزيز الفرد والمسؤولية الشخصية لتمكين الخيارات الصحية والتعافي وتعزيز الجهود الفردية

- provision for people with severe mental illness. *J Psychopharmacol* (in press).
3. De Hert M, Schreurs V, Vancampfort D et al. Metabolic syndrome in people with schizophrenia: a review. *World Psychiatry* 2009;8: 15-22.
 4. Bradford DW, Kim MM, Braxton LE et al. Access to medical care among persons with psychotic and major affective disorders. *Psychiatr Serv* 2008;59:847-52.
 5. Parks J, Svendsen D, Singer P et al (eds). *Morbidity and mortality in people with serious mental illness*. Alexandria: National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) Medical Directors Council, 2006.
 6. Millar H. Management of physical health in schizophrenia: a stepping stone to treatment success. *Eur Neuropsychopharmacol* 2008; 18:S121-8.
 7. Fleischhacker WW, Cetkovich-Bakmas M, De Hert M et al. Comorbid somatic illnesses in patients with severe mental disorders: clinical, policy, and research challenges. *J Clin Psychiatry* 2008;69:514-9.
 8. Essock SM, Miller AL, Buchanan RW et al. Physical health monitoring of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004;161: 1334-49.
 9. Bobes J, Alegria AA, Saiz-Gonzalez MD et al. Change in psychiatrists' attitudes towards the physical health care of patients with schizophrenia coinciding with the dissemination of the Consensus on Physical Health in Patients with Schizophrenia. *Eur Psychiatry* (in press).
 10. Maj M. Physical health in persons with severe mental illness: a public health and ethical priority. *World Psychiatry* 2009;8:1-2.
 11. Saxena S, Sharan P, Garrido M et al. World Health Organization's Mental Health Atlas 2005: implications for policy development. *World Psychiatry* 2006;5:179-84.
 12. World Health Organization. *Mental Health Atlas*, revised version. Geneva: World Health Organization, 2005.
 13. Phelan M, Stradins L, Morrison S. Physical health of people with severe mental illness. *BMJ* 2001;322:443-4.
 14. Robson D, Gray R. Serious mental illness and physical health problems: a discussion paper. *Int J Nurs Stud* 2007;44:457-66.
 15. Colton CW, Manderscheid RW. Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. *Prev Chronic Dis* 2006; 3:A42.
 16. Saraceno B, van Ommeren M, Batniji R et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2007;370:1164-74.
 17. Kane JM. Creating a health care team to manage chronic medical illnesses in patients with severe mental illness: the public policy perspective. *J Clin Psychiatry* 2009;70:37-42.
 18. Lambert TJ, Velakoulis D, Pantelis C. Medical comorbidity in schizophrenia. *Med J Aust* 2003;178:S67-S70.
 19. Zeber JE, McCarthy JF, Bauer MS et al. Datapoints: self-reported access to general medical and psychiatric care among veterans with bipolar disorder. *Psychiatr Serv* 2007;58:740.
 20. Craddock-O'Leary J, Young AS, Yano EM et al. Use of general medical services by VA patients with psychiatric disorders. *Psychiatr Serv* 2002;53:874-8.
 21. World Health Organization. *Mental health and physical health: a call to action*. The Mental and Physical Health Platform. Geneva: World Health Organization, 2003.
 22. Thornicroft G, Alem A, Dos Santos RA. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the

بناء علاقات تعاونية أقوى مع الأخصائيين الطبيين وأخصائيي رعاية صحية آخرين. رعاية منسقة ومتكاملة للمرضى الذين يعانون من SMI الذين لديهم فرصة أكبر لتحسين رعايتهم الصحية الجسدية النتائج (53). وينبغي على هذه الجهود أن تسعى إلى تطوير العمل التثقيفي الشامل الذي يهدف إلى تحسين معرفة أطباء الرعاية الصحية الأولية حول مرضى SMI، للحد من الوصمة والمعتقدات الخاطئة، ومعرفة أطباء النفس أيضاً، للتوصل إلى إشراف وإدارة للمرض الجسدي لهؤلاء المرضى. وينبغي تطوير نماذج رعاية متكاملة، تشمل خدمات في الموقع (ويكتسي تحديد فرق للرعاية الصحية الأولية على مقربة من فريق خدمات الصحة النفسية، وإنشاء روابط جيدة بين موظفي الفريقين أهمية عالية من حيث فاعلية هذه الاستراتيجية في تحسين الصحة البدنية لمرضى SMI)، وإن زيارة موظفين من أحد فرقي الخدمة إلى الآخر على أساس منتظم، أو تعيين مدراء حالة للوصل بين الخدمات وتنسيق الرعاية الشاملة للمريض. كما يمكن أيضاً لفريق متعدد التخصصات من العاملين الصحيين بما في ذلك الأطباء المتخصصين، فضلاً عن الأطباء النفسيين (149).

إضافة التعديلات على أسلوب الحياة إلى البرامج التثقيفية والعلاجية لمرضى SMI. ويجب إضافة استراتيجيات غذائية وتمارين رياضية وسلوكية بما يتوافق مع حاجات كل مريض SMI. السعي لتشجيع مريض SMI على تبني التدخلات النفسية/الطبية والسلوكية بشكل أفضل.

دعم الرفاهية وتعزيز الفرد والمسؤولية الشخصية لتمكين الخيارات الصحية والتعافي وتعزيز الجهود الفردية. وتتوفر برامج محددة (مثل، برنامج مجموعة الصحة والتعافي) لمساعدة مرضى SMI ليصبحوا أكثر قدرة على التحكم بالمرض المزمن الذين يعانون، وتحسين مجموعة من الإدارة الذاتية ونتائج التدابير الصحية، بما في ذلك تشجيع المريض وزيادة احتمال استخدام الرعاية الصحية الأولية الطبية (150).

إن اعتماد هذه التوصيات، التي تم تلخيصها في الجدول رقم 5، في أنظمتها الرعاية الصحية في جميع أنحاء العالم (مع إجراء التعديلات المحلية اللازمة)، سوف يساهم في إنجاز تحسن كبير في مجال الصحة النفسية والطبية وما يتصل بها من المرضى الذين يعانون مرضاً نفسياً حاداً SMI. وسيعود التحسن في النتائج الصحية الجسدية لمرضى SMI بالفائدة على المرضى كما المجتمعات، من خلال تحسين الأداء وتقليل المعاناة والتكاليف التي تترتب عن الرعاية الصحية التي تنشأ عن الفحص والعلاج غير الوافي لمرضى SMI الذين يعانون مرضاً جسدياً متفاقماً في ظل آثار الظروف النفسية. إن أبسط التغيرات في الإشراف على الاضطرابات الجسدية وإدارتها والتي من غير الضروري أن تكون مكلفة، يمكنها إحداث تغيير إيجابي في هذه الفئة من المرضى المحرومين.

شكر وتقدير

إن إنتاج هذه الوحدة الدراسية جزء من خطة عمل WPA 2008-2011 وتلقى دعماً من مؤسسة Lugli Foundation، والجمعية الإيطالية للطب النفسي الحيوي، ومؤسسة Pfizer and Bristol Myers Squibb.

المراجع

1. De Hert M, Correll CU, Cohen D 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.
2. Lawrence D, Stephen K. Inequalities in health care

- of medical illnesses among adults with serious mental illness who are receiving community psychiatric services. *J Nerv Ment Dis* 2004; 192: 421-427.
45. Parks J, Radke AQ (eds). Obesity reduction and prevention strategies for individuals with serious mental illness. Alexandria: National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) Medical Directors Council, 2008.
 46. Fagiolini A, Goracci A. The effects of undertreated chronic medical illnesses in patients with severe mental disorders. *J Clin Psychiatry* 2009;70:22-9.
 47. Druss BG, von Esenwein SA, Compton MT et al. A randomized trial of medical care management for community mental health settings: the Primary Care Access, Referral, and Evaluation (PCARE) study. *Am J Psychiatry* 2010;167:151-9.
 48. Vreeland B. Bridging the gap between mental and physical health: a multidisciplinary approach. *J Clin Psychiatry* 2007;68:26-33.
 49. National Collaborating Centre for Mental Health Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence. Schizophrenia. Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care (update). www.guidance.nice.org.uk
 50. Saravane D, Fève B, Frances Y et al. Drawing up guidelines for the attendance of physical health of patients with severe mental illness. *Encephale* 2009;35:330-9.
 51. Kerwin R. Connecting patient needs with treatment management. *Acta Psychiatr Scand* 2009;438:33-9.
 52. Straker D, Correll CU, Kramer-Ginsberg E et al. Cost-effective screening for the metabolic syndrome in patients treated with second-generation antipsychotic medications. *Am J Psychiatry* 2005; 162:1217-21.
 53. De Hert M, van Winkel R, Silic A et al. Physical health management in psychiatric settings. *Eur Psychiatry* 2010;25:S22-8.
 54. Heald A, Montejo AL, Millar H et al. Management of physical health in patients with schizophrenia: practical recommendations. *Eur Psychiatry* 2010;25:S41-5.
 55. Correll CU, Manu P, Olshanskiy V et al. Cardiometabolic risk of second-generation antipsychotic medications during first-time use in children and adolescents. *JAMA* 2009;302:1765-73.
 56. De Hert M, Dobbelaere M, Sheridan EM et al. Metabolic and endocrine adverse effects of second-generation antipsychotics in children and adolescents: a systematic review of randomized, placebo controlled trials and guidelines for clinical practice. *Eur Psychiatry* (in press).
 57. Hasnain M, Fredrickson SK, Vieweg WV et al. Metabolic syndrome associated with schizophrenia and atypical antipsychotics. *Curr Diab Rep* 2010;10:209-16.
 58. Marder SR, Essock SM, Miller AL et al. Physical health monitoring of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004;161:1334-49.
 59. Wagenknecht LE, Langefeld CD, Scherzinger AL et al. Insulin sensitivity, insulin secretion, and abdominal fat: the Insulin Resistance Atherosclerosis Study (IRAS) Family Study. *Diabetes* 2003; 52:2490-6.
 60. de Vegt F, Dekker JM, Jager A et al. Relation of impaired fasting and postload glucose with incident type 2 diabetes in a Dutch population: the Hoorn Study. *JAMA* 2001;285:2109-13.
 61. Wahrenberg H, Hertel K, Leijonhufvud BM et al. Use of waist circumference to predict insulin resistance: retrospective study. *BMJ* 2005;330:1363-4.
 62. Newcomer JW, Nasrallah HA, Loebel AD. The Atypical implementation of community mental health care. *World Psychiatry* 2010;9:67-77.
 23. Maj M. Mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry* 2010;9:65-6.
 24. Kendrick T. Cardiovascular and respiratory risk factors and symptoms among general practice patients with long-term mental illness. *Br J Psychiatry* 1996;169:733-9.
 25. Brown S, Birtwistle J, Roe L et al. The unhealthy lifestyle of people with schizophrenia. *Psychol Med* 1999;29:697-701.
 26. Brown S, Inskip H, Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2000;177:212-7.
 27. Hennekens CH. Increasing global burden of cardiovascular disease in general populations and patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2007;68:4-7.
 28. Brugha TS, Wing JK, Smith BL. Physical health of the long-term mentally ill in the community. Is there unmet need? *Br J Psychiatry* 1989;155:777-81.
 29. Horvitz-Lennon M, Kilbourne AM, Pincus HA. From silos to bridges: meeting the general health care needs of adults with severe mental illnesses. *Health Aff* 2006;25:659-69.
 30. Jeste DV, Gadsjo JA, Lindamer LA et al. Medical comorbidity in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1996;22:413-30.
 31. Goldman LS. Medical illness in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 1999;60:10-5.
 32. Ananth J. Physical illness and psychiatric disorders. *Compr Psychiatry* 1984;25:586-93.
 33. Hennekens CH, Hennekens AR, Hollar D et al. Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. *Am Heart J* 2005;150: 1115-21.
 34. Nasrallah HA, Meyer JM, Goff DC et al. Low rates of treatment for hypertension, dyslipidemia and diabetes in schizophrenia: data from the CATIE schizophrenia trial sample at baseline. *Schizophr Res* 2006;86:15-22.
 35. Goff DC, Sullivan LM, McEvoy JP et al. A comparison of ten-year cardiac risk estimates in schizophrenia patients from the CATIE study and matched controls. *Schizophr Res* 2005;80:45-53.
 36. Frayne SM, Halanych JH, Miller DR et al. Disparities in diabetes care: impact of mental illness. *Arch Intern Med* 2005;165:2631-8.
 37. Druss BG, Bradford WD, Rosenheck RA et al. Quality of medical care and excess mortality in older patients with mental disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:565-72.
 38. Druss BG, Rosenheck RA, Desai MM et al. Quality of preventive medical care for patients with mental disorders. *Med Care* 2002;40: 129-36.
 39. Burns T, Cohen A. Item-of-service payments for general practitioner care of severely mentally ill persons: does the money matter? *Br J Gen Pract* 1998;48:1415-6.
 40. Paton C, Esop R, Young C et al. Obesity, dyslipidaemias and smoking in an inpatient population treated with antipsychotic drugs. *Acta Psychiatr Scand* 2004;110:299-305.
 41. Greening J. Physical health of patients in rehabilitation and recovery: a survey of case note records. *Psychiatr Bull* 2005;29:210-2.
 42. Lai DW, Chau SB. Effects of service barriers on health status of older Chinese immigrants in Canada. *Soc Work* 2007;52:261-9.
 43. Sernyak MJ. Implementation of monitoring and management guidelines for second-generation antipsychotics. *J Clin Psychiatry* 2007;68:14-8.
 44. Sokal J, Messias E, Dickerson FB et al. Comorbidity

- adverse effects of psychotropic medications in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006;45:771-91.
81. Persson K, Axtelius B, Söderfeldt B et al. Oral health-related quality of life and dental status in an outpatient psychiatric population: a multivariate approach. *Int J Ment Health Nurs* 2010;19:62-70.
 82. Nielsen J, Munk-Jørgensen P, Skadhede S et al. Determinants of poor dental care in patients with schizophrenia: a historical, prospective database study. *J Clin Psychiatry* (in press).
 83. British Society for Disability and Oral Health. Oral health care for people with mental health problems – guidelines and recommendations. www.bsdh.org.uk.
 84. Waterreus AJ, Laugharne JD. Screening for the metabolic syndrome in patients receiving antipsychotic treatment: a proposed algorithm. *Med J Aust* 2009;190:185-9.
 85. Castle D, Lambert T, Melbourne S et al. A clinical monitoring system for clozapine. *Australas Psychiatry* 2006;14:156-68.
 86. Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: full text. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2007;14:S1-113.
 87. Allison DB, Newcomer JW, Dunn AL et al. Obesity among those with mental disorders: a National Institute of Mental Health meeting report. *Am J Prev Med* 2009;36:341-50.
 88. van Winkel R, De Hert M, Van Eyck D et al. Screening for diabetes and other metabolic abnormalities in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder: evaluation of incidence and screening methods. *J Clin Psychiatry* 2006;67:1493-500.
 89. Barnett AH, Mackin P, Chaudhry I et al. Minimising metabolic and cardiovascular risk in schizophrenia: diabetes, obesity and dyslipidaemia. *J Psychopharmacol* 2007;21:357-73.
 90. Cahn W, Ramlal D, Bruggeman R et al. Prevention and treatment of somatic complications arising from the use of antipsychotics. *Tijdschr Psychiatr* 2008;50:579-91.
 91. Citrome L, Yeomans D. Do guidelines for severe mental illness promote physical health and well-being? *J Psychopharmacol* 2005; 19:102-9.
 92. Cohn TA, Sernyak MJ. Metabolic monitoring for patients treated with antipsychotic medications. *Can J Psychiatry* 2006;51:492- 501.
 93. De Hert M, van Eyck D, De Nayer A. Metabolic abnormalities associated with second generation antipsychotics: fact or fiction? Development of guidelines for screening and monitoring. *Int Clin Psychopharmacol* 2006;21:11-5.
 94. De Nayer A, De Hert M, Scheen A et al. Belgian consensus on metabolic problems associated with atypical antipsychotics. *Int J Clin Pract* 2005;9:130-7.
 95. Sáiz Ruiz J, Bobes García J, Vallejo Ruiloba J et al. Consensus on physical health of patients with schizophrenia from the Spanish Societies of Psychiatry and Biological Psychiatry. *Actas Esp Psiquiatr* 2008;36:251-64.
 96. Buckley PF, Miller DD, Singer B et al. Clinicians' recognition of the metabolic adverse effects of antipsychotic medications. *Schizophr Res* 2005;79:281-8.
 97. Haupt DW, Rosenblatt LC, Kim E et al. Prevalence and predictors of lipid and glucose monitoring in commercially insured patients treated with second-generation antipsychotic agents. *Am J Psychiatry* 2009;166:345-53.
 - Antipsychotic Therapy and Metabolic Issues National Survey: practice patterns and knowledge of psychiatrists. *J Clin Psychopharmacol* 2004;24:S1-6.
 63. Barnes TR, Paton C, Cavanagh MR et al. A UK audit of screening for the metabolic side effects of antipsychotics in community patients. *Schizophr Bull* 2007;33:1397-403.
 64. Mackin P, Bishop DR, Watkinson HM. A prospective study of monitoring practices for metabolic disease in antipsychotic-treated community psychiatric patients. *BMC Psychiatry* 2007;7:28.
 65. De Hert M, Dekker JM, Wood D et al. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness. Position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Psychiatry* 2009;24: 412-24.
 66. Alberti KG, Eckel RH, Grundy SM et al. Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. *Circulation* 2009;120:1640-5.
 67. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA* 2003;289:2560-72.
 68. Mackin P. Cardiac side effects of psychiatric drugs. *Hum Psychopharmacol* 2008;23:3-14.
 69. International Expert Committee. International Expert Committee report on the role of the A1C assay in the diagnosis of diabetes. *Diabetes Care* 2009;32:1327-34.
 70. Hanssens L, De Hert M, Van Eyck D et al. Usefulness of glycosylated haemoglobin (HbA1c) to screen for diabetes in patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2006;85:296-7.
 71. De Beer K, Michael S, Thacker M et al. Diabetic ketoacidosis and hyperglycaemic hyperosmolar syndrome – clinical guidelines. *Nurs Crit Care* 2008;13:5-11.
 72. Silversides JA, Farling PA. Diabetic ketoacidosis guidelines and protection from aspiration pneumonia. *Diabet Med* 2009;26:829.
 73. Charles RA, Bee YM, Eng PH et al. Point-of-care blood ketone testing: screening for diabetic ketoacidosis at the emergency department. *Singapore Med J* 2007;48:986-9.
 74. Wilson JF. In clinic. Diabetic ketoacidosis. *Ann Intern Med* 2010; 152:ITC1/1-15.
 75. Peuskens J, Pani L, De Hert M et al. Antipsychotics and hyperprolactinemia. Unpublished paper.
 76. Peveler RC, Branford D, Citrome L et al. Antipsychotics and hyperprolactinaemia: clinical recommendations. *J Psychopharmacol* 2008; 22:98-103.
 77. Emiliano AB, Fudge JL. From galactorrhea to osteopenia: rethinking serotonin-prolactin interactions. *Neuropsychopharmacology* 2004; 29:833-46.
 78. Bushe C, Yeomans D, Floyd T et al. Categorical prevalence and severity of hyperprolactinaemia in two UK cohorts of patients with severe mental illness during treatment with antipsychotics. *J Psychopharmacol* 2008;22:56-62.
 79. Tschoner A, Engl J, Rettenbacher MA et al. Is second-generation antipsychotic-induced hyperprolactinemia due to biologically active prolactin or to biologically inactive macroprolactin? Results from a prospective study. *J Clin Psychiatry* 2009;70:293-4.
 80. Correll CU, Carlson HE. Endocrine and metabolic

117. Gabriele JM, Dubbert PM, Reeves RR. Efficacy of behavioral interventions in managing atypical antipsychotic weight gain. *Obes Rev* 2009;10:442-55.
118. Hill JO, Peters JC, Catenacci VA et al. International strategies to address obesity. *Obes Rev* 2008;9:41-7.
119. Hill JO, Wyatt HR. Small changes: a big idea for addressing obesity. *Obes Manage* 2006;2:227-331.
120. Roick C, Fritz-Wieacker A, Matschinger H et al. Health habits of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007;42:268-76.
121. Faulkner G, Cohn T, Remington G. Validation of a physical activity assessment tool for individuals with schizophrenia. *Schizophr Res* 2006;82:225-31.
122. US Department of Health and Human Services. Physical activity guidelines for Americans. Washington: US Department of Health and Human Services, 2008.
123. Vancampfort D, Knapen J, De Hert M et al. Cardiometabolic effects of physical activity interventions for people with schizophrenia. *Phys Ther Rev* 2009;14:388-98.
124. De Leon J, Diaz FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophr Res* 2005;76:135-57.
125. Garcia-Portilla MP, Saiz PA, Benabarre A et al. Impact of substance use on the physical health of patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2010;121:437-45.
126. Bobes J, Arango C, Garcia-Garcia M et al. Healthy lifestyle habits and 10-year cardiovascular risk in schizophrenia spectrum disorders: an analysis of the impact of smoking tobacco in the CLAMORS schizophrenia cohort. *Schizophr Res* 2010;119:101-9.
127. Cormac I, Brown A, Creasey S et al. A retrospective evaluation of the impact of total smoking cessation on psychiatric inpatients taking clozapine. *Acta Psychiatr Scand* 2010;121:393-7.
128. Yeh HC, Duncan BB, Schmidt MI et al. Smoking, smoking cessation, and risk for type 2 diabetes mellitus: a cohort study. *Ann Intern Med* 2010;152:10-7.
129. Addington J, el-Guebaly N, Campbell W et al. Smoking cessation treatment for patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1998; 155:974-6.
130. George TP, Ziedonis DM, Feingold A et al. Nicotine transdermal patch and atypical antipsychotic medications for smoking cessation in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2000;157:1835-42.
131. Weiner E, Ball MP, Summerfelt A et al. Effects of sustained-release bupropion and supportive group therapy on cigarette consumption in patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2001;158: 635-7.
132. George TP, Vessicchio JC, Termino A et al. A placebo controlled trial of bupropion for smoking cessation in schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2002;52:53-61.
133. Banham L, Gilbody S. Smoking cessation in severe mental illness: what works? *Addiction* 2010;105:1176-89.
134. Hollen V, Ortiz G, Schacht L et al. Effects of adopting a smokefree policy in state psychiatric hospitals. *Psychiatr Serv* 2010;61: 899-904.
135. Mansia G, De Backer G, Dominiczak A et al. 2007 ESH-ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Blood Press* 2007;16:135-232.
136. Shaw MJ, Shaw L. The effectiveness of differing dental health education programmes in improving the oral health of adults with mental handicaps attending Birmingham
98. American Diabetes Association; American Psychiatric Association; American Association of Clinical Endocrinologists; North American Association for the Study of Obesity. Consensus development conference on antipsychotic drugs and obesity and diabetes. *Diabetes Care* 2004;27:596-601.
99. International Diabetes Federation. The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome. www.idf.org.
100. Vreeland B. Treatment decisions in major mental illness: weighing the outcomes. *J Clin Psychiatry* 2007;68:5-11.
101. Faulkner G, Cohn T, Remington G. Interventions to reduce weight gain in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2007;33:654-6.
102. Faulkner G, Cohn T, Remington G. Interventions to reduce weight gain in schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 1:CD005148.
103. Alvarez-Jiménez M, Hetrick SE, González-Blanch C et al. Nonpharmacological management of antipsychotic-induced weight gain: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry* 2008;193:101-7.
104. Hennekens CH. Increasing burden of cardiovascular disease: current knowledge and future directions for research on risk factors. *Circulation* 1998;97:1095-102.
105. Rich-Edwards JW, Manson JE, Hennekens CH et al. The primary prevention of coronary heart disease in women. *N Engl J Med* 1995;332:1758-66.
106. Bassuk SS, Manson JE. Epidemiological evidence for the role of physical activity in reducing risk of type 2 diabetes and cardiovascular disease. *J Appl Physiol* 2005;99:1193-204.
107. Brock CM, King DS, Wofford MR et al. Exercise, insulin resistance, and hypertension: a complex relationship. *Metab Syndr Relat Disord* 2005;3:60-5.
108. Donnelly JE, Blair SN, Jakicic JM et al. American College of Sports Medicine Position Stand. Appropriate physical activity intervention strategies for weight loss and prevention of weight regain for adults. *Med Sci Sports Exerc* 2009;41:459-71.
109. Cormac I. Promoting healthy lifestyles in psychiatric services. In: Physical health in mental health. Final report of a scoping group. Royal College of Psychiatrists, 2009:62-70.
110. Laurent SM, Simons AD. Sexual dysfunction in depression and anxiety: conceptualizing sexual dysfunction as part of an internalizing dimension. *Clin Psychol Rev* 2009;29:573-85.
111. Maayan L, Correll CU. Management of antipsychotic-related weight gain. *Expert Rev Neurother* 2010;10:1175-200.
112. Ryan MC, Collins P, Thakore JH. Impaired fasting glucose tolerance in first-episode, drug-naïve patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2003;160:284-9.
113. Stokes C, Peet M. Dietary sugar and polyunsaturated fatty acid consumption as predictors of severity of schizophrenia symptoms. *Nutr Neurosci* 2004;7:247-9.
114. McCreadie RG; Scottish Schizophrenia Lifestyle Group. Diet, smoking and cardiovascular risk in people with schizophrenia: descriptive study. *Br J Psychiatry* 2003;183:534-9.
115. Menza M, Vreeland B, Minsky S et al. Managing atypical antipsychotic-associated weight gain: 12-month data on a multimodal weight control program. *J Clin Psychiatry* 2004;65:471-7.
116. Vreeland B, Minsky S, Menza M et al. A program for managing weight gain associated with atypical antipsychotics. *Psychiatr Serv* 2003;54:1155-7.

- drugs during pregnancy. *J Psychiatr Pract* 2009;15:183-92.
144. Miller LJ. Management of atypical antipsychotic drug-induced weight gain: focus on metformin. *Pharmacotherapy* 2009;29:725-35.
 145. Corrigan PW, Larson JE, Rüsch N. Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry* 2009;8:75-81.
 146. Craddock N, Craddock B. Patients must be able to derive maximum benefit from a psychiatrist's medical skills and broad training. *World Psychiatry* 2010;9:30-1.
 147. Hollins S. Bridging a cultural divide within medicine: a role for psychiatrists? *World Psychiatry* 2010;9:32-3.
 148. Correll CU. From receptor pharmacology to improved outcomes: individualizing the selection, dosing, and switching of antipsychotics. *Eur Psychiatry* 2010;25:S12-S21.
 149. Millar H. Development of a health screening clinic. *Eur Psychiatry* 2010;25:S29-S33.
 150. Druss BG, Zhao L, von Esenwein SA et al. The Health and Recovery Peer (HARP) Program: a peer-led intervention to improve medical self-management for persons with serious mental illness. *Schizophr Res* 2010;118:264-70.
 - adult training centres. *Commun Dent Health* 1991;8:139-45.
 137. European Heart Rhythm Association; Heart Rhythm Society, Zipes DP et al. ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death: a report of the American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2006;48:e247-346.
 138. Baggaley M. Sexual dysfunction in schizophrenia: focus on recent evidence. *Hum Psychopharmacol* 2008;23:201-9.
 139. Molitch ME. Medication-induced hyperprolactinemia. *Mayo Clin Proc* 2005;80:1050-7.
 140. Shim JC, Shin JG, Kelly DL et al. Adjunctive treatment with a dopamine partial agonist, aripiprazole, for antipsychotic-induced hyperprolactinemia: a placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry* 2007;164:1404-10.
 141. Walters J, Jones I. Clinical questions and uncertainty – prolactin measurement in patients with schizophrenia and bipolar disorder. *J Psychopharmacol* 2008;22:82-9.
 142. Trixler M, Gáti A, Fekete S et al. Use of antipsychotics in the management of schizophrenia during pregnancy. *Drugs* 2005;65: 1193-206.
 143. Einarson A, Boskovic R. Use and safety of antipsychotic

المراكز والبرامج الخاصة بمرض الاضطراب الثنائي القطب: هل من حاجة فعلية إليها؟

EDUARD VIETA

Bipolar Disorders Programme, Hospital Clinic, University of Barcelona, IDIBAPS, CIBERSAM, Barcelona, Spain

أن الهوة كبيرة بين الأدلة العلمية المتاحة والأسئلة التي تطرح في الممارسة السريرية اليومية ومن خلال الاحتكاك اليومي مع المرضى الذين يعانون الاضطراب الثنائي القطب والقائمين على رعايتهم. ويهدف المركز إلى ردم هذه الفجوة قدر المستطاع. ويقوم أكثر من 700 من المرضى الذين يعانون الاضطراب الثنائي القطب بالمشاركة في البرنامج (معظمهم من مرضى العيادات الخارجية)، ونوفر 26 سريرًا للمرضى الداخليين، والتي نقوم بمشاركتها مع برنامجي الفصام والاكتئاب. وإن حوالي 60٪ من مرضانا من العيادات الخارجية هم من منطقة الاستجماع الخاصة بنا، في حين نستقبل 40٪ من المرضى بصفتنا مركز مرجعي لعلاج الحالات الصعبة، بما في ذلك مرضى الدورات السريعة الحادة، والأمراض الجسدية والنفسية المشتركة، ومقاومة العلاج. إن إحدى ميزات مركزنا الفريدة هو أن البرامج فيه تسبق أي اعتبار آخر، وبالتالي يتم متابعة المرضى بغض النظر عن الأقسام العلاجية الأساسية التي يزورها المريض (وحدة رعاية المرضى الداخليين، وعيادة المرضى الخارجيين، وقسم الطوارئ). وهذا ما يضمن جودة واستمرارية الرعاية، ويبرهن عن منفعة خاصة في التعليم والبحوث. ومن الخصائص الأخرى لبرنامجنا هي مقاربة الفريق وسياسة الباب المفتوح التي نعتمدها (6). وأعتقد أن ثمة حاجة فعلية إلى البرامج المتخصصة مثل برنامج الاضطراب الثنائي القطب - برشلونة. وقد حان الوقت لممارسة طب نفسي مستند على الأدلة وبالوقت نفسه شخصي، وتنسيق جهود جميع أولئك الذين يشاركون في عملية شفاء المريض من اختصاصيين عامين وحتى كبار المتخصصين.

المراجع

1. Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A et al. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. Arch Gen Psychiatry 2003;60:402-7.
2. Vieta E, Martinez-Arán A, Goikolea JM et al. A randomized trial comparing paroxetine and venlafaxine in the treatment of bipolar depressed patients taking mood stabilizers. J Clin Psychiatry 2002; 63:508-12.
3. Martínez-Arán A, Vieta E, Reinares M et al. Cognitive function across manic or hypomanic, depressed, and euthymic states in bipolar disorder. Am J Psychiatry 2004;161:262-70.
4. Rosa AR, Reinares M, Franco C et al. Clinical predictors of functional outcome of bipolar patients in remission. Bipolar Disord 2009;11:401-9.
5. Vieta E, Angst J, Reed C et al. Predictors of switching from mania to depression in a large observational study across Europe (EMBLEM). J Affect Disord 2009;118:118-23.
6. Vieta E. The package of care for patients with bipolar depression. J Clin Psychiatry 2005;66(Suppl. 5):34-9.

تعد اليوم إدارة الرعاية الصحية وفاعلية تكلفة العلاج من أهم عناوين الفترة الراهنة، ويرى البعض أن المراكز والبرامج المتخصصة مكلفة ومتشعبة ومن الميزات لا الضرورات التي قد لا يكون لها حاجة على الإطلاق في مجال الطب النفسي، حيث لا تشغل التكنولوجيا سوى جزء محدود من ممارستنا. ولكن السبب الفعلي خلف هذه الاعتبارات هو المفهوم بأنه لا حاجة للخبرة في مجال الطب النفسي، وبأن الجميع قادر على توفير الرعاية النفسية، باعتبار أن المطلوب في نهاية المطاف ما هو سوى بعض التعاطف، والتراحم، وحدًا أدنى من المعرفة حول كيفية توفير «تخدير» للحالة التي يعانيها المرضى. أما واقع الأمر، فيرسم صورة مختلفة. فالطب النفسي هو على الأرجح الاختصاص الطبي الأكثر صعوبة وتشعبًا سريريًا، وبما أن التكنولوجيا تؤدي دورًا محدودًا، فإن الخبرة حاجة ماسة في النجاح السريري. هل نسير باتجاه مراكز متخصصة في الطب النفسي؟ أعتقد ذلك. بالطبع، سيكون عليها التعايش مع المعممين الذين يواجهون مهمة صعبة لمعرفة القليل من كل شيء، والتعامل مع الغالبية العظمى من الأفراد الذين يسعون للحصول على مساعدة نفسية؛ ولكن، كما حدث مع الطب الباطني أو مؤخرًا مع طب الأعصاب، فإننا بحاجة إلى أخصائيين متمرسين للتعامل مع الحالات الأكثر تعقيدًا، وإجراء بحوث عالية الجودة، والتثقيف حول حالات معينة. إن المرضى الذين لا يتجاوبون جيدًا على العلاج المعياري يبحثون عن خبراء في الحالة التي يعانونها، وإن هذه الوحدات والبرامج المتخصصة هي ضالتهم.

وينبغي ألا تكون الوحدات المتخصصة محصورة بالعالم الغربي، فتعقيدها وتطورها لا يعني أنها بالضرورة مكلفة. فالمكونات الرئيسية لإقامتها بسيطة وتتمثل بالعمل الجاد من أجل التفوق والجدارة والعمل ضمن فريق والتمويل التنافسي وبعض الفرص المعنوي الناتج عن مساعدة مرضانا والتعلم من حالاتهم. ومتى توفرت هذه العوامل يمكن إقامتها في أي مكان في العالم. لقد كان لي شرف لبدء ما يعتبر الآن ليس فقط أحد أول برامج الرعاية والأبحاث النفسية المتخصصة في أوروبا، ولكن أيضًا ما أعتبره مدرسة للطب النفسي، حيث يمكن الأطباء والزملاء والمقيمين وطلاب الطب الشباب تلقي التدريب المتطور في علم النفس المرضي، علم الأدوية النفسية والعلاج النفسي. كنا نطلق على هذا المركز «وحدة مرضى الاضطراب الثنائي القطب»، لا سيما وأنه حين افتتح كان عبارة عن موظف واحد فقط («وحدة» بالمعنى الحرفي). لكن، مع الوقت والقليل من الحظ، توفر بعض التمويل من الحكومة الإسبانية، وتمكنت من توظيف طبيب نفسي لقيادة المشروع البحثي الأول، والذي كان عبارة عن تجربة سريرية لاختبار فاعلية التثقيف النفسي في الاضطراب الثنائي القطب (1). ثم حصلنا على مزيد من التمويل، مع إشارة خاصة من المعهد الطبي في بيتيسدا ستانلي، وبدأنا بتجارب سريرية لأدوية (2) وإجراء بحوث في مجالات الاهتمامات الجديدة، مثل علم النفس العصبي (3)، والنتائج الوظيفية (4)، ودراسات وبائية (5).

ومنذ البداية، كان الهدف الأول للمركز، وهو الاستنباط والتعليم وتطبيق المعرفة حول كيفية معالجة مرضى الاضطراب الثنائي القطب بالطريقة الفضلى. وكان من الواضح بالنسبة لي حينها، كما هو اليوم،

نتائج برنامج رعاية الصحة النفسية المجتمعية الوطني واتجاهاته المستقبلية - بفيتنام

على مستوى الرعاية الصحية الأولية؛ وتعزيز الشراكة مع دعائم المجتمع لتقديم خدمات الصحة النفسية إلى جانب مراكز الرعاية الصحية الأولية PHC، وتطوير فرق متخصصة في الصحة النفسية والشروع في دعم تطبيق الخدمة من أجل بناء الخبرات المحلية واستدامتها على المدى الطويل. ويسعى برنامج CMHC المنقح لتوفير خدمات صحية متكاملة في نظام الرعاية الصحية الأولية الذي تدعمه شراكات مجتمعية قوية وحكومية موثوق بها. وفي حين يتطلب بناء قدرات موظفي الرعاية الصحية الأولية لتلبية هذه الأهداف استثماراً أولياً كبيراً، غير أنه على الأرجح استراتيجية فعالة من حيث التكلفة، قابلة للحياة على المدى الطويل.

Chee Hong Ng1, Phong Thai Than2, Cuong Duc La2,

Quang Van Than2, Chu Van Dieu2

1University of Melbourne and St. Vincent's

Mental Health, Melbourne, Australia

2National Psychiatric Hospital No. 1, Thuong Tin, Ha Noi, Vietnam

المراجع

1. World Health Organization and World Organization of Family Doctors. Integrating mental health into primary care: a global perspective. Geneva: World Health Organization, 2008.
2. 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.
3. Patel V, Maj M, Flisher AJ et al. Reducing the treatment gap for mental disorders: a WPA survey. World Psychiatry 2010;9:169-76.
4. Ng C. WHO short term consultancy on community mental health care in Viet Nam. Final Technical Report, 2009.
5. Than TP, Tran VC. Viet Nam country report. In: Asia-Australia Mental Health. Asia-Pacific Community Mental Health Development Project: Summary Report, Asia-Australia Mental Health, Melbourne, 2008.
6. Ng CH, Herrman H, Chiu E et al. Community mental health care in the Asia-Pacific region: using current best-practice models to inform future policy. World Psychiatry 2009;8:49-55.

يوفر نظام رعاية الصحة النفسية في فيتنام (السكان < 85 مليون دولار) خدمات على الصعيد المركزي والمحافظاتي والمجتمعي. ويشمل 31 مستشفى للأمراض النفسية مركزية ومحافظاتية، و 27 قسماً للطب النفسي في المستشفيات العامة، و 60 مرفقاً للصحة النفسية للمرضى الخارجيين، و 17 مركزاً للرعاية الاجتماعية 17. ويضم قوة عاملة من نحو 950 طبيب صحة نفسية و 2700 ممرض و 800 موظفين آخرين. ويتوفر مركز للرعاية الصحية الأولية PHC لكل 10750 نسمة في فيتنام، يعمل فيها أكثر من 47000 موظف رعاية صحية أولية. يعد توفير الرعاية الصحية النفسية من خلال نظام الرعاية الصحية الأولية خياراً مناسباً في الكثير من البلدان النامية (1-3). وقد أطلقت المجموعة الوطنية للرعاية الصحية النفسية CMHC برنامجاً في فيتنام عام 2001 لبناء خدمات الصحة النفسية المجتمعية من خلال إدماج الرعاية الصحية النفسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية PHC. وقد تم توفير المكونات التالية من تحديد المرض والعلاج الأساسي، ومنع الانتكاسة، والحد من المخاطر والعجز. وشملت نشاطات الرعاية الصحية الأولية للمراكز تدريب الموظفين، والفحص على مستوى المجتمع المحلي، والمراجعة الشهرية وتوفير الدواء، ونشاطات إعادة التأهيل في الحياة اليومية، وتثقيف المجتمع المحلي والتفاعل المنتظم بين مراكز الرعاية الصحية الأولية PHC والمستشفيات المحافظة والمركزية. في عام 2009، نفذ المستشفى الوطني للطب النفسي رقم 1 في هانوي مراجعة لبرنامج CMHC بتمويل من منظمة الصحة العالمية WHO. وتألّفت المراجعة من ورشة عمل وطنية لـ 40 مستشفى محافظاتية رائدة، وزيارات ميدانية لعدد من خدمات CMHC وبيانات انتقائية من إدارة المراقبة الوطنية ومسؤولين مختلفين في الصحة النفسية المجتمعية (4). وبعد إطلاقه في المحافظات الـ 64 جميعها في فيتنام، دفع البرنامج بعجلة التنمية والتطوير في مجال الصحة النفسية المجتمعية وخدماتها في جميع أنحاء البلاد (5). وقد حقق تغطية وطنية بنسبة 64 ٪، ووصل إلى نحو 145160 مريضاً. وشملت نقاط القوة التي تم رصدها: تحسين فرص الحصول على العلاج لمرضى المجتمع لا سيما سكان المناطق النائية وبالتالي تقليل الهوة العلاجية؛ وزيادة فرص التأهيل وإعادة دمج المرضى في المجتمع؛ وزيادة الوعي العام حول المرض النفسي. أما العوائق الأساسية، فكانت محدودية الموارد البشرية والمرافق الرئيسية ونطاق العلاج، حجم تغطية الخدمات والعلاقات بين المريض والأسرة، والمريض والمجتمع.

وتم تطوير إطار عمل تعاوني لنموذج منقح للرعاية النفسية المجتمعية في فيتنام من قبل موفري الخدمة والاستشاريين، بما يتوافق مع توصيات الممارسات الفضلى في المنطقة (6). ويشمل ذلك: توسيع نطاق خدمات الرعاية الصحية النفسية لتشمل تعزيز الصحة النفسية، والوقاية، والتدخل

المضاعفات الجسدية لاضطراب وسواسي قهري حاد مديد

تبيّن هذه الدراسة أن مرضى الحالات الأشد من الوسواس القهري OCD عانوا أيضاً أمراض جسدية كبيرة مرافقة. وبالفعل فقد كانت عوامل مثل الفشل الكلوي غير ملحوظة عالمياً تقريباً خلال العلاجات النفسية والجسدية السابقة للمريض. وأظهر معظم المرضى إهمالاً ذاتياً شديداً، والذي في حد ذاته بدا أنه يسبب بعض العواقب الصحية الوخيمة. فيما تبين أن الكثيرين منهم لم يتلقوا تقييماً بدنياً كاملاً في الماضي القريب. تؤكد هذه الدراسة الحاجة إلى ضمان عدم التغاضي عن المرض البدني في المرضى النفسيين (5). ويبدو مرضى الوسواس القهري بشكل خاص عرضة لتلف الكلى وفرط الشحم في الدم، والتي قد تكون ذات صلة بالاتجاه نحو تقييد السوائل وتناول الطعام بطريقة متقطعة. ونوصي بالحاجة إلى مزيد من الدراسات للحالة الجسدية لمرضى الوسواس القهري الحاد.

Lynne M. Drummond^{1,2}, Azmatthulla Khan Hameed¹, Ruxandra Ion¹
1National OCD/BDD Service, South West London
and St. George's Mental Health Trust, London SW17 7DJ, UK
2St. George's University of London, UK

المراجع

1. Karno M, Golding JM, Sorenson SB et al. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five U.S. communities. Arch Gen Psychiatry 1988;45:1095-9.
2. Ustun TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S et al. Global burden of depressive disorders in the year 2000. Br J Psychiatry 2004;184:386-92.
3. Boschen MJ, Drummond LM, Pillay A. Treatment of severe, treatment-refractory obsessive-compulsive disorder: a study of inpatient and community treatment. CNS Spectr 2008;13:1056-65.
4. Drummond LM. The treatment of severe, chronic, resistant obsessive-compulsive disorder. An evaluation of an inpatient programme using behavioural psychotherapy in combination with other treatments. Br J Psychiatry 1993;163:223-9.
5. Maj M. Physical health care in persons with severe mental illness: a public health and ethical priority. World Psychiatry 2009;8:1-2.

يعد اضطراب الوسواس القهري OCD مرضاً نفسياً شائعاً، ويتراوح انتشاره مدى الحياة في عموم السكان من 1.9 إلى 3٪ (1). وأشارت تقديرات منظمة الصحة العالمية أن يكون الوسواس القهري OCD السبب الرئيسي الحادي عشر للأعباء غير المميتة في العالم في عام 1990، ويمثل 2.2٪ من مجموع السنوات المفقودة بسبب العجز (2). وفي حين يمكن علاج أغلب مرضى الوسواس القهري OCD بشكل فعال، تطوّر مجموعة فرعية مرضاً شديداً دائماً على الرغم من العلاج. وقد عمل المركز الوطني للمرضى الداخليين الذي يتخذ من جنوب غرب لندن مقراً له، ومركز سان جورج للصحة النفسية NHS، على علاج مرضى الوسواس القهري OCD الحالات الأكثر إعاقة لأكثر من 20 سنة (3، 4). وتجدر الإشارة إلى ندرة الأبحاث التي تتناول الأمراض الجسدية في مرضى الوسواس القهري OCD. وقد أجرينا دراسة حول الإدخالات المتعاقبة لمرضى الوسواس القهري الحاد المزمن المسبب للإعاقة. وتم قبول 98 مريضاً ممن يعانون حالة شديدة من الوسواس القهري OCD. وشملت المجموعة 52 رجلاً و 46 امرأة وبلغ متوسط العمر 39 ± 13 سنة (نطاق 19-70). وبلغ مجموع المرضى على مقياس ييل براون الوسواس القهري Y-BOCS عند القبول 35 ± 3 . وباستخدام تحليل النية بالعلاج، تم تخفيض الدرجات بمتوسط 29٪ إلى متوسط 25 ± 9 عند الخروج ($P < 0.0001$)، ما يدل على أنه حتى تلك الحالات الحادة يمكن أن تشهد تحسناً. وقد تم تحديد إهمال ذاتي شديد وعدم قدرة على القيام بنشاطات أساسية في الرعاية الذاتية والنظافة في 75 مريضاً (76.5٪). بالإضافة إلى ذلك، فقد كان 40 مريضاً (40.8٪) حالتهم غير ثابتة معظم الوقت. تفسّرت في سلس البول بمعظمها (29.6٪). وتم الربط بين الإهمال الذاتي بزيادة حدة الوسواس القهري من خلال مقياس Y - BOCS (معامل ارتباط بيرسون 0.65 , $P < 0.0005$). وبرز لدى ثمانية وخمسين مريضاً (59.2٪) أدلة سريرية للجفاف شديدة عند الدخول. وقد أشار معظم المرضى الذين عانوا هذه الصعوبات سواء في شرب السوائل أو إعداد المشروبات بسبب عادة قهرية أو تجنباً للشرب عمداً كوسيلة للحد من الرحلات إلى المراحيض. ومن المثير للقلق، أن 21 مريضاً (21.4٪) أظهروا دليلاً على فشل كلوي مع مستويات عالية من اليوريا الدم و 48 مريضاً (49.0٪) أظهروا مستوى مرتفعاً من الكرياتينين في المصل. وارتبطت درجة الجفاف مع شدة المرض التي تم قياسها وف Y - BOCS، على الرغم من أن الجميع أظهر أعراض الوسواس القهري (معامل ارتباط بيرسون 0.28 , $P < 0.01$). وكان عشرون مريضاً (20.4٪) يعانون نقصاً في الوزن و 48 (49.0٪) زيادة في الوزن. وفي المرضى الذين عانوا بدانة، بلغ متوسط مؤشر كتلة الجسم 30 ± 6 BMI؛ وفي مرضى نقص الوزن 18 ± 1 . وظهر لدى 42 مريضاً (42.8٪) دليل على مستويات عالية من الكوليسترول في الدم. بالإضافة إلى ذلك، كان 3 مرضى يخضعون لعلاج دوائي للكوليسترول.

توصيات الجمعية العالمية للطب النفسي حول علاقات الأطباء النفسيين ومنظمات الرعاية الصحية النفسية وجمعيات الطب النفسي بالصناعة الدوائية

PAUL APPELBAUM, JULIO ARBOLEDA-
FLÓREZ, AFZAL JAVED, CONSTANTIN
SOLDATOS, SAM TYANO
WPA Standing Committee on Ethics

الأطباء النفسيين إلى عدم لقائهم. بينما يجب على الأطباء النفسيين الذين لا يزالون يلتقون بمسوقي الأدوية أن يكونوا على بينة من احتمال تأثيرهم غير المباشر على قراراتهم، ويجب ألا يعتمدوا على ممثلين شركات الأدوية كمصدر رئيسي للمعلومات عن العلاجات. وينبغي أن يطلب من هؤلاء تحديد موعد قبل مقابلة الطبيب النفسي وألا يشاركون مطلقاً في لقاءات المريض.

على منظمات رعاية الصحة النفسية تطوير السياسات التي تنأى بالأطباء النفسيين عن لقاء ممثلي الشركات الدوائية. وقد ترغب بعض المنظمات في منع هذه اللقاءات، في حين قد تعطي منظمات أخرى الأطباء النفسيين الأفضلية في تقدير ذلك. وفي هذه الحال، إذا رغب الأطباء النفسيون في لقائهم ينبغي أن يقتصر اللقاء على المواعيد المحددة مسبقاً ويجب ألا يسمح بوجوده في المركز في أي وقت آخر. يجب ألا يسمح أبداً لممثلي الشركات الصيدلانية في لقاء المريض أو التواجد في مناطق العناية بالمريض.

وجبات الطعام

قد يقوم ممثلو شركات الأدوية بتقديم وجبات الطعام للأطباء وفريق عملهم، كما العاملين في المستشفى أو العيادات. إن هذه الفاعليات تتيح فرصاً للتفاعل غير الرسمي مع الأطباء وتوزيع المواد التسويقية والتزلف. وهم بذلك يعتمدون إلى التأثير على عملية اتخاذ القرارات في وصف العلاجات.

اتخاذ القرارات السريرية الناجمة عن العلاقات مع شركة مصنعة التي قد تسفر عن قرارات تغلب اعتبارات أخرى (على سبيل المثال، اختيار الأدوية).

الاتصال بممثلي الشركات المصنعة للأدوية

تتصل الشركة المصنعة مباشرة بالأطباء وغيرهم من مقدمي الرعاية من خلال ممثلي التسويق الذين يقومون بزيارة روتينية إلى مكاتب الأطباء ومواقع أخرى من الرعاية. وتشير مجموعة مقنعة من البحوث إلى أن زيارات ممثلي التسويق لها تأثير كبير على تغيير وصفات الأطباء للأدوية وتحفز طلبات توسيع الفئات الصيدلانية في المستشفى. وغالباً ما تصب هذه التغييرات باتجاه الأدوية الجديدة والأكثر تكلفة، والتي قد لا تكون دائماً لدواعٍ مناسبة. وعلى الرغم من أن الكثير من الأطباء يعتمدون على ممثلين الأدوية للحصول على معلومات حول منتجات جديدة، تشير الدراسات إلى أن المعلومات المقدمة قد تكون ناقصة أو مضللة. وقد يقوم ممثلو تلك الشركات بزيارات متكررة لمراكز الرعاية العامة أو الخاصة بالمريض على أمل لقاء الأطباء في أماكن غير رسمية.

التوصيات

ينبغي على الأطباء النفسيين أن يدركوا أن الدور الأساسي لممثلي شركات الأدوية يقضي بتسويق الأدوية وغيرها من المنتجات، وبأن المعلومات الواردة من هذه المصادر قد لا تكون موضوعية بالشكل الواجب. وقد تدفع المخاوف بشأن تأثير ممارسات هؤلاء بعض

عادة ما تتنوع أشكال العلاقة بين الأطباء النفسيين، ومنظمات الرعاية الصحية النفسية وجمعيات الصحة النفسية مع الشركة المصنعة وتشمل رعاية المرضى والأبحاث والتعليم. وتنشأ بعض هذه العلاقات من الاتصال مع ممثلي تسويق المنتجات الصيدلانية، وبضعها الآخر مستمد من النشاطات التي ترعاها شركة مصنعة أو الدراسات البحثية. وتتضمن العلاقات مع منظمات وجمعيات الرعاية الصحية النفسية نشاطات تجري ضمن الإطار المنظم (على سبيل المثال، التدريس والبحوث)، وكذلك تلك التي تستند إلى علاقات مالية أو تنظيمية من قيادة المنظمة نفسها مع شركة مصنعة (على سبيل المثال، الملكية، ترخيص براءات الاختراع). ويمكن أن تنجم الكثير من الفوائد عن علاقات كهذه، ومنها إتاحة المجال للأطباء النفسيين لأن تكون لهم مساهمة في تطوير المنتجات والوصول التنظيمي للمزيد من الموارد التي يمكن تخصيصها لمهام المنظمة الأساسية. إلى جانب ذلك، يظهر أيضاً احتمال أن تؤثر الفوائد المالية وغيرها على الأطباء النفسيين، ومنظمات الرعاية الصحية النفسية وجمعيات الطب النفسي سلباً على الإخلاص للمرضى، والموضوعات البحثية، والمتدربين. ويجب حماية دور الطبيب ومهام المنظمات الطبية، كما تم الاعتراف به على نطاق واسع، من أن يتأثر سلباً بهذه العلاقات. وفي هذا الإطار، تقدم التوصيات التالية.

رعاية المريض

يجب تغليب مصلحة المريض فوق أي اعتبار آخر عند تقديم الرعاية الصحية. لذا يجب على الأطباء النفسيين ومنظمات الرعاية الصحية النفسية العمل لمنع التأثيرات على

شركات الأدوية، فقد تحاول هذه الأخيرة التأثير على هذه العملية.

توصية

ينبغي لمنظمات الرعاية الصحية النفسية وضع سياسات تمنع الأشخاص ذوي العلاقات المالية مع شركات الأدوية من العمل في لجان وضع كتيبات الوصفات المؤسسية.

بحث

يؤدي الأطباء والمنظمات الطبية، والجمعيات المهنية ولو بنسبة أقل، الذين يجرون البحوث دوراً حاسماً في تقدم المعرفة الطبية. وفي أنحاء كثيرة من العالم، توفر الشركة المصنعة حجماً كبيراً من تمويل الأبحاث السريرية، بينما لا تخفي مصلحتها في إثبات فاعلية منتجاتها. ويمكن أن تسفر البحوث الممولة من الشركة المصنعة نتائج سليمة وهامة، طالما أن ذلك لا يمس بنزاهتها سلباً. إذ أن ثقة العامة في نزاهة عملية البحث حاسم في الحفاظ على الدعم الشعبي العام وتمويل المشاريع البحثية. وحين يقوم باحثون، ومنظمات أو جمعيات لها علاقة بالشركة المصنعة، يمكن أن تنشأ مخاوف حول استقلالية وموضوعية البحوث التي تجريها هذه الجهات.

الكشف عن علاقات الأطباء النفسيين ومنظمات الصحة النفسية وجمعيات الطب النفسي مع الشركة المصنعة ومراجعة هذه العلاقات وإدارتها

قد يملك الأطباء النفسيون وجمعيات الطب النفسي علاقات مالية مع شركات مصنعة للأدوية، مما يثير الشكوك في مدى موضوعيتها عند إجرائها أبحاث أو تجارب على منتجات تخص الشركة الصيدلانية.

ويشمل ذلك في جمعيات الطب النفسي عملية وضع المبادئ التوجيهية في الممارسة ووثائق ماثلة مستندة على بحوث قائمة. قد تكون علاقات الأطباء النفسيين بتلك الشركات على شكل تسديد رسوم المحاضرات، والرعاية

يوزع ممثلو التسويق غالباً عينات للدواء كأسلوب لتشجيع اعتماد الأدوية الجديدة. وفي بعض الحالات، قد تمثل العينات السبيل الوحيد في الوصول إلى المرضى المعوزين. أما في أحيان أخرى، فقد تكون العينات سبيلاً لدفع المريض إلى اعتماد دواء سيتحتم عليه لاحقاً أن يسدد ثمنه من خلال التأمين أو مباشرة. وقد تبين أثر توزيع العينات على قرارات الأطباء في وصف العلاج الدوائي. قد يواجه الأطباء الذين يعتمد مرضاهم على عينات دواء ضغوطاً للحفاظ على علاقات إيجابية مع ممثلي الصيدلانية الذين يمدونهم بها.

التوصيات

ينبغي أن يكون الأطباء النفسيون مدركين للسبب خلف قيام شركات الأدوية بتوزيع العينات. وفي حال استمروا في قبول عينات الدواء، يجب عليهم اعتمادها فقط مع المرضى غير القادرين على الحصول على الأدوية إلا وفقاً لذلك.

إن على منظمات الرعاية الصحية النفسية التي ترغب في مواصلة قبول العينات تطوير آليات لاستلامها وتوزيعها مركزياً (على سبيل المثال، في صيدلية المستشفى أو العيادة) وذلك لضمان عدم شعور الأطباء النفسيين بضغوطات عند استلام العينات لمرضاهم بوصف الأدوية التي أوصى بها ممثلو التسويق.

كتيبات الوصفات

تعتمد الكثير من المستشفيات والعيادات وصفات علاجية، هي عبارة عن قوائم بالأدوية التي يحتفظ بها في الصيدلية والتي يمكن طلبها للمرضى. وينبغي تحديد الأدوية التي يتم إدراجها في كتيبات الوصفات الخاصة بالمؤسسة وفقاً لفائدتها في رعاية المريض، مع الأخذ في الاعتبار محدودية الموارد. وإذ يترتب عن هذه الخيارات انعكاسات مالية كبيرة على

ينبغي أن يفوّت الأطباء النفسيون وجبات الطعام التي تقيمها شركات الأدوية لهم ولموظفيهم، كما ينبغي لمنظمات الرعاية الصحية النفسية وضع سياسات منع قبول وجبات الطعام المقدم من قبل شركات الأدوية في أماكن عمل المنظمات.

الهدايا، بما في ذلك الأغراض التي تحمل شعارات

توزع شركات الأدوية عادة أغراض تحمل اسمها وشعارها، والعلامات التجارية التي يروجون لها. وكحال كل دعاية، تهدف هذه الأغراض العادية كرسائل تذكير للأطباء حول أدوية الشركات. وتكون هذه الأغراض ذات قيمة بسيطة مثل الأقلام، ومنصات من الورق، وساعات الحائط وغيرها، ولكنها مصممة ليتم وضعها في أماكن بارزة في مكاتب الأطباء ومساحات العيادة. أما بعيداً عن الأثر الترويجي، فثمة ما يدعو للاعتقاد بأن هذه الهدايا الصغيرة قد تحفز غرائز المعاملة بالمثل من جانب المستفيدين، والذين قد يرغبون في الرد بالمثل مع العرفان بالجميل لمانح الهدية. وإن هاتين الظاهرتين يترتب عنهما نتيجة على الخيار الدوائي على حساب اعتبارات أخرى غير مصلحة المريض. وإن هذه الأغراض تثير أيضاً شكوكاً لدى المرضى فيما يتعلق بالأسس التي يعتمد الأطباء عليها في قرارات المعالجة.

التوصيات

على الأطباء النفسيين ألا يقبلوا الهدايا من شركات الأدوية، وينبغي عليهم التأكد من أن الأغراض التي تحمل شعارات الشركات لا تظهر في أماكن رعاية المرضى. كما على منظمات الرعاية الصحية النفسية أن تتبنى سياسات تمنع الأطباء النفسيين وغيرهم من الموظفين على قبول الهدايا من شركات الأدوية. أما السلع التي تحمل شعارات من شركات الأدوية، فيجب ألا تظهر في أماكن رعاية المرضى.

الاستشارية، والخدمة في مجالس استشارية، والمصالح في الشركات.

قد تشمل العلاقات مع المؤسسات هدايا أو براءات اختراع، أو تمويل الجهود البحثية السريرية أو التربوية. وتنطوي فئة فرعية من هذه العلاقات على مصالح مالية للمسؤولين عن المؤسسة في شركات الأدوية، كامتلاك الأسهم فيها، أو استلام الأتعاب، إلى ما هنالك. وإن عزل المؤسسة البحثية عن الآثار السلبية المحتملة لتلك الشركات في علاقاتها مع الباحثين تبدأ بالشفافية حول تلك العلاقات. وعلى الباحث تحمل مسؤولية الكشف عن علاقاته المالية مع شركات الأدوية لمؤسساتهم، في حين أن المنظمات والجمعيات هي نفسها المسؤولة عن وضع وتنفيذ خطط لإدارة وتفادي النزاعات المحتملة. وبشكل عام، كلما كان عمل الطبيب النفسي أو نشاط المنظمة مرتبطاً بمصلحة المالية (على سبيل المثال، البحث على تركيبة مرخصة للشركة حيث الطبيب النفسي يعمل استشارياً أو حيث تملك المنظمة براءة الاختراع)، كلما كانت الحاجة أقوى لإدارة نشوب الصراعات محتملة. ويمكن لمقاربات الإدارة أن تتضمن تجنب العلاقات مع الشركات المصنعة خلال إجراء دراسة بحثية، وإنشاء مناطق عازلة بين الجهات المسؤولة عن الشؤون المالية للمؤسسة والقائمين على البحث، والمراجعة الخارجية لنتائج البحوث لضمان صلاحيتها.

التوصيات

يجب عدم انخراط الأطباء النفسيين الذين تربطهم علاقة مادية أكثر من الحد الأدنى (باستثناء المنح أو عقود الدعم للبحث ذاته) مع شركة مصنعة ما في أبحاث تتناول أدوية لتلك الشركة. وفي الحالات غير الاعتيادية حيث يجوز الاستثناء، يجب على الباحث التابع لمؤسسة ما طلب مراجعة من لجنة تضارب المصالح فيها لتجري تقييمًا للوضع. وينبغي على الباحث الذي لا ينتمي لأي مؤسسة تحديد لجنة تضارب في المصالح من شأنها أن تقوم بمراجعة الحالة.

وينبغي على جمعيات الصحة النفسية التي تجري البحوث تشكيل لجنة تضارب المصالح المؤسسية لمراجعة الدراسات المحتملة حيث قد يطرأ علاقة تضارب بين المؤسسة والشركة. ويجب توكيل اللجنة بالسلطة لوضع وتنفيذ استراتيجيات إدارية مناسبة لحماية سلامة البحوث من الضغوطات المؤسسية. كما من الواجب للمنظمات تطوير السياسات التي تتطلب الكشف عن علاقات الباحثين المالية مع الشركة المصنعة. بالإضافة إلى إنشاء لجنة تضارب المصالح الفردية (ويمكن أن تكون اللجنة ذاتها التي تراجع تضارب المصالح المؤسسية) لمراجعة وإدارة علاقات الباحثين المالية.

وينبغي على جمعيات الطب النفسي التي تجري البحوث اتباع التوصيات الصادرة عن منظمات الرعاية الصحية. بالإضافة إلى ذلك، فإن الجمعيات التي تضع مبادئ توجيهية حول الممارسة، ووثائق أخرى مشابهة، مسؤولية تطبيق هذه المناهج في العلاقات مع أعضاء في الشركة المصنعة والاستشاريين الذين يعملون في لجان تطوير هذه الموارد.

الكشف عن العلاقات البحثية بين المؤسسة-الباحث والشركة المصنعة

قد يجد المشاركون في البحوث علاقة بين مؤسسة أو باحث بالشركة المصنعة للأدوية ذات تأثير مباشر على قرارهم بالمشاركة في دراسة بحثية. وتشير الدراسات إلى أن المشاركين في البحث يرغبون بالحصول على هذه المعلومات خاصة عن الباحثين. وفي بعض الحالات على الأقل، فإن هذه المعلومات ستؤثر على قرار مشاركتهم. لا بل إن الشفافية هذه تؤدي دوراً هاماً في الحفاظ على ثقة العامة بسير البحوث.

التوصيات

ينبغي على الأطباء النفسيين العاملين في مجال البحوث الكشف بالتأكيد الإيجابي عن وجود وطبيعة علاقاتهم مع الشركة المصنعة لمشاركين محتملين في البحث.

وينبغي على منظمات الرعاية الصحية العاملة في مجال الطب النفسي وعلى جمعيات الطب النفسي وضع سياسات للباحثين للكشف عن وجود وطبيعة العلاقات المؤسسية بين الباحث و الشركة المصنعة لمشاركين محتملين. وإن الموافقة المستنيرة الخطية وسيلة مفيدة لهذه الكشوف.

عقود تمويل البحوث مع الشركة المصنعة

كما أشرنا أعلاه، فإن شركات تصنيع المستحضرات الصيدلانية توفر نسبة كبيرة من التمويل للأبحاث السريرية في أجزاء كثيرة من العالم اليوم. وعادة ما يكون هذا التمويل على شكل عقود مع المنظمات الطبية حيث سيجري البحث، ولكن قد تقوم الشركة المصنعة بدخول في عقد مباشرة مع الأطباء. وأحياناً تفرض أحكام تلك العقود قيوداً على قدرة الباحثين في نشر البيانات التي قاموا بجمعها وتتيح للشركات التحكم بعرض النتائج. وقد أدى تقييد عرض نتائج سلبية إلى تشوهات كبيرة في الأدبيات الطبية، ما بدوره أدى إلى خطر في اختياره علاجات أقل-من-مثلى للمرضى.

التوصيات

ننصح بتجنب دخول الأطباء النفسيين في عقود بحث مع الشركة المصنعة تحتوي على أحكام تسمح للشركة بتقييد نشر نتائج البحوث أو إعطاء الشركة الحق في التحكم بكيفية عرض تلك النتائج. وينبغي لمنظمات الرعاية الصحية العاملة في مجال الطب النفسي وجمعيات الطب النفسي وضع السياسات المؤسسية التي تحول دون المشاركة في مثل هذه البحوث.

التعليم

غالباً ما يشارك الأطباء والمنظمات الطبية والجمعيات المهنية في تعليم طلاب الطب والتمريض، وغيرها من البرامج الصحية

المهنية، وتدريب الأطباء المقيمين وغيرهم من الموظفين، وتوفير التعليم المستمر للأطباء والمرضى ومهنيين آخرين. يمكن لشركات الأدوية توفير الدعم الجامعي والدراسات العليا والتعليم الطبي والصحة المهنية الأخرى، وغالباً ما تكون مساهمة بشكل واسع في دعم برامج التعليم المستمر للأطباء. ويثير هذا الانخراط مخاوف بشأن موضوعية المعلومات المقدمة مع تمويل الشركة المصنّعة، والتي قد تكون مصممة لتسليط الضوء على منتجات مواتية للممول. وقد تبين أن التعرض لبرامج التعليم المستمر التي تمولها شركة مصنّعة له تأثير مباشر على ممارسات الوصف الدوائي للمتدربين والأطباء الممارسين.

العروض التعليمية التي تسيطر عليها الشركة المصنّعة

قد يكون لشركات الأدوية تحكماً مباشراً على العروض المقدمة للجمهور الطبي عند إجراء تلك العروض من قبل موظفيها أو عند توفير المحتوى والتمويل لتقديم عرض من قبل أشخاص من غير موظفي الشركة. ونظراً لمصالح الشركات المصنّعة للأدوية في بيع منتجاتها، فمن غير المرجح أن تفي هذه العروض بالمعايير الطبية وتوفير معلومات موضوعية وصحيحة.

التوصيات

ننصح بوجوب تجنب الأطباء النفسيين المشاركة، كمتحدثين أو مشاركين، في العروض التعليمية التي لا يملك المتحدث الحرية المباشرة في تحديد محتوى مشاركته. وينبغي لمنظمات الرعاية الصحية العاملة في مجال الطب النفسي وجمعيات الطب النفسي وضع سياسات تعليمية في العروض التي لا يملك المتحدث سلطة مباشرة على محتوى عرضه التقديمي التي تقام في أماكن عملها، أو في اجتماعاتها، أو تحت رعايتها.

العروض التعليمية الممولة من الشركات المصنّعة للأدوية

قد تقوم شركات الأدوية بتقديم التمويل للأطباء، والمنظمات الطبية، والجمعيات المهنية لانتاج برامج تثقيفية حول مواضيع معينة تشمل مشاركة متحدثين محددتين، وتستهدف جمهوراً محدداً. إن قبول هذه الشروط يمثل خطراً كبيراً بالأتمثل هذه العروض للمعايير المقبولة عموماً للموضوعية.

التوصيات

على الأطباء النفسيين عدم قبول التمويل من الشركات المصنّعة للأدوية لتقديم العروض التعليمية ما لم يكن لهم القدرة على اختيار الموضوع والمحتوى. وينبغي لمنظمات الرعاية الصحية العاملة في مجال الطب النفسي وجمعيات الطب النفسي وضع السياسات التي تمنع تلقي تمويل من الشركات المصنّعة في تقديم برامج تعليمية محددة الموضوع أو المتحدثين أو الجمهور المستهدف. وأن يكون التمويل لقطاع التعليم على شكل منح غير مشروطة، مع النص الواضح بأن تملك المنظمة أو الجمعية السيطرة الكاملة على الموضوعات، والمتحدثين، والجمهور. وتوفير التمويل لهذه البرامج للمنظمة أو الجمعية عن طريق أقسامها الإدارية، لا مباشرة إلى أي من موظفيها. ويجب عدم توزيع المواد الصيدلانية في العروض التعليمية.

التثقيف حول العلاقة مع الشركات المصنّعة للأدوية

على الأطباء أن يكون على بينة من الجوانب الإيجابية والسلبية للعلاقات مع الشركة المصنّعة، ويمكن للمنظمات والجمعيات المهنية الطبية أن تلعب دوراً هاماً في تثقيف المتدربين والأطباء الموظفين حول هذه القضايا. ويمكن لهذا النوع من التثقيف للمتدربين والأطباء بتحديد سلوكهم مع الشركة المصنّعة بطريقة واعية.

توصية

على الأطباء النفسيين أن يسعوا للمشاركة في برامج تثقيفية حول كيفية تجنب أو إدارة المشاكل التي يمكن أن تنشأ من العلاقات مع الشركات المصنّعة، وعلى منظمات الرعاية الصحية النفسية وجمعيات الطب النفسي وضع برامج مماثلة تشدد على طبيعة البيانات والآثار الإيجابية والسلبية للعلاقات مع تلك الشركات.

قضايا محددة للجمعيات النفسية

بالإضافة إلى التوصيات الواردة أعلاه، إن الدور المتميز للجمعيات المهنية في صياغة المعايير -- بما في ذلك المعايير الأخلاقية -- وتوفير التعليم للأفراد يطرح قضايا إضافية يجدر النظر فيها.

التوصيات

على جمعيات الطب النفسي أن تسعى لتقليل الاعتماد على دعم الشركة المصنّعة لأنشطتها. وينبغي الكشف العلني عن كل دعم تقوم به تلك الشركات، كما على المسؤولين في الجمعيات الكشف عن علاقاتهم مع تلك الشركات مرة في السنة على الأقل. ويجب للجانب تضارب المصالح في المؤسسات وضع استراتيجيات لإدارة أو فضّ النزاعات التي قد تنشأ عن علاقات تنظيمية أو فردية مع الشركات المصنّعة. وعلى جمعيات الطب النفسي ألا تشارك في نشاطات التسويق نيابة عن شركات الأدوية، بما في ذلك تأييد للمنتجات التجارية. نهاية، تحمل جمعيات الطب النفسي مسؤولية وضع مبادئ توجيهية تحدد علاقات أعضائها بالشركات المصنّعة للأدوية.

عند تنظيم ندوات أو مؤتمرات وطنية أو دولية، يمكن للجمعيات النفسية قبول الدعم من شركات الأدوية، ولكن ينبغي بذل جهود معقولة لالتماس الرعاية من مصادر متعددة. ويجب الكشف عن كل الدعم التجاري إلى المشاركين. في الإطار ذاته، ينبغي على جمعيات الطب

النفسى تحديد الموضوعات والمحتوى والعروض في اجتماعاتها بعيداً عن نفوذ شركات الأدوية أو غيرها، والتأكد من أنها تتوافق مع مبادئ توجيهية ملائمة لمواصلة التعليم الطبي. كما

يجب عقد ندوات فضائية متطابقة مع معايير وعروض البرنامج الرسمي. على جمعيات الطب النفسى وضع قيود على العروض والعارضين لضمان نبرة وتوجه منطقة

العرض بطريقة مهنية. وعلى منظمات رعاية الصحة النفسية وضع آلية تطوير وتطبيق للمبادئ التوجيهية تنظم العلاقة مع الشركات الدوائية تتماشى مع التوصيات التي ذكرناها أعلاه.

نشاطات مجلس الاطباء النفسيين المبتدئين بالجمعية العالمية للطب النفسى: خطة العمل جارية

A. FIORILLO, P. BRAMBHATT, H. ELKHOLY, Z. LATTOVA, F. PICON
Area Coordinators, WPA Early Career Psychiatrists Council

وستتواصل جهود ترجمة شرائح برنامج الجمعية حول الاكتئاب والأمراض البدنية، لا سيما في منطقة آسيا / استراليا، وسيساهم المجلس في القسم الخاص بالثقافة العام في موقع الجمعية الإلكتروني.

وسيعقد اللقاء الأول مع أعضاء المجلس في 20 سبتمبر في بوينس آيرس، خلال المؤتمر العالمي الخامس عشر للطب النفسى.

التحديات الجديدة والحلول الجديدة أمام الأطباء النفسيين المبتدئين». بالإضافة إلى ذلك، تم تنظيم ندوات علمية ومؤتمرات دولية من قبل أعضاء في المجلس في فيلنيوس، ليتوانيا (المنسق: م. بنديكس، السويد)، ريكيني، إيطاليا (المنسق: أ. فيوريلو، إيطاليا)، القاهرة، مصر (المنسق: ح. الخولي، مصر) وسان بطرسبرغ، روسيا (المنسق: ي. كوشينكوف، روسيا). وكانت ورشة العمل الخاصة التي نظمت في القاهرة، بالتعاون مع فريق الأطباء النفسيين المبتدئين في جمعية الطب النفسى المصرية، خلال لقاء يناير 2011 الإقليمي للجمعية العالمية للطب النفسى، ناجحة بشكل خاص من حيث المشاركة والبرنامج.

من بين النشاطات التي حددها المجلس لعام 2011 دراسة استطلاعية عن اختيار المهنة بعد تدريب في مجال الطب النفسى، أجريت في بلدان أوروبا ومنطقة I وتم تنسيقها من قبل ب. ريس (سويسرا)، وك. أولكي (المملكة المتحدة)، وم. بنديكس (السويد) وب. بير (استونيا): ودراسة حول وصمة الأطباء النفسيين للأشخاص الذين يعانون اضطرابات نفسية، التي أنتجها فريق آسيا / استراليا المشترك، ودراسات حول التدريب في جميع أنحاء العالم واختيار الطب النفسى مهنة، والتي تم التنسيق فيها مع فريق أمريكا و أفريقيا / والشرق الأوسط، بالترتيب.

بدأ مجلس مشورة الأطباء النفسيين المبتدئين، والذي قد تم تسمية أعضائه من جمعيات أعضاء في الجمعية العالمية للطب النفسى وفقاً لخطة العمل 2008-2011 (1، 2)، بدأ نشاطاته مع نهاية عام 2009 (3). وفي غضون سنة واحدة، قام المجلس بعدة نشاطات نذكرها في الفقرات أدناه.

تمت ترجمة الشرائح الثلاثة لبرنامج الجمعية العالمية للطب النفسى حول الاكتئاب والأمراض البدنية في عدة لغات وتكييفها وفقاً للشروط المحلية المختلفة. وتمت بوجه خاص ترجمة الشرائح حول الاكتئاب ومرض السكري إلى 14 لغة (الأزرية، والبوسنية، والكرواتية، والتشيكية، والاستونية، والفرنسية، الألمانية، الإندونيسية، الإيطالية، البرتغالية، الرومانية، الروسية، والاسبانية، والسويدية). وتتوفر هذه الشرائح الآن على موقع الجمعية العالمية للطب النفسى (ww.wpanet.org).

كما تم الانتهاء من الاستطلاع حول التدريب وممارسات العلاج النفسى في أوروبا. وتشير النتائج إلى أن التدريب في مجال العلاج النفسى، وعلى الرغم من إلزاميته في البلدان الأوروبية كلها تقريباً، يتم بطرق مختلفة جداً في الأنحاء المختلفة من أوروبا. ويختلف محتوى التدريب (مثلاً، التقنيات التي يتم تدريسها) وهيكلية (مثل، الإشراف، وعدد المرضى التي يتم علاجهم، الخ) اختلافاً كبيراً على أي حال، يبدو أن الأطباء النفسيين المبتدئين واثقين من مهاراتهم العلاجية في علاج المرضى. وسيتم عرض نتائج هذه الدراسة في مؤتمر الجمعية في اسطنبول في يونيو 2011.

وقد وضع المجلس بالتعاون مع إدارة الجمعية قسماً خاصاً به على الموقع الإلكتروني للجمعية، وسوف يتضمن معلومات حول نشاطات المجلس، فضلاً عن مواد أخرى (الدراسات، والوثائق، وإعلانات أو منشورات اللقاءات والتقارير حول التجارب الشخصية المهنية)، والتي قد تكون ذات فائدة للأطباء النفسيين المبتدئين في جميع أنحاء العالم. وقد نظم المجلس ندوة عادية للمؤتمر العالمي الخامس عشر للطب النفسى الذي سيعقد في بوينس آيرس، الأرجنتين، في سبتمبر 2011، حول « دور الجمعية العالمية للطب النفسى في

المراجع

1. Maj M. The WPA Action Plan 2008-2011. World Psychiatry 2008;7:129-30.
2. Maj M. The WPA Action Plan is in progress. World Psychiatry 2009;8:65-6.
3. Fiorillo A, Lattova Z, Brambhath P et al. The Action Plan 2010 of the WPA Early Career Psychiatrists Council. World Psychiatry 2010;9:63-4.

المؤتمر العالمي الخامس عشر للطب النفسى والنشاطات الحديثة للجمعية العالمية للطب النفسى

للجمعية العالمية للطب النفسى، و 14 ندوة وورشة عمل نظمتها مكاتب الجمعية العالمية للطب النفسى، و 8 دورات خاصة، و 28 جلسة تواصل شفهي، و 5 جلسات نقاش لنتائج أبحاث، بالإضافة إلى مسار باللغة الإسبانية / البرتغالية وفاعليات متميزة. وحتى تاريخ 31 مارس كان قد تم تسديد رسوم مشاركة حوالي 4500 مشارك، ومن المتوقع حضور أكثر من 10000 مشارك. اللغة الرسمية للمؤتمر هي اللغة الإنجليزية، وستتوفر ترجمة فورية إلى اللغتين الإسبانية والبرتغالية للمحاضرات

أصبح البرنامج العلمي الإلكتروني الكامل للمؤتمر العالمي الخامس عشر للطب النفسى الذي سيعقد في بوينس آيرس في الأرجنتين من 18 إلى 22 سبتمبر 2011، متوفراً الآن على موقع المؤتمر (www.wpa-argentina2011.com.ar).

وتتشرف الجمعية بالمستوى العالي لهذا البرنامج الذي يضم 24 محاضراً رئيسياً و 15 ندوة أساسية، و 111 ندوة وورشة عمل عادية (تم اختيارها من بين أكثر من 500 طلب)، و 58 ندوة وورشة عمل تنظمها الأقسام العلمية

- 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;10:132-7.
7. 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.
 8. Sartorius N, Gaebel W, Cleveland HR et al. WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. *World Psychiatry* 2010;9:131-44.
 9. 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.
 10. 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.
 11. 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.
 12. Tasman A. Update on WPA Education Programs, 2009. *World Psychiatry* 2009;8:190-1.
 13. Herrman H. WPA Project on Partnerships for Best Practices in Working with Service Users and Carers. *World Psychiatry* 2010;9: 127-8.
 14. Patel V, Maj M, Flisher AJ et al. Reducing the treatment gap for mental disorders: a WPA survey. *World Psychiatry* 2010;9:169-76.
 15. Maj M. The WPA Action Plan 2008-2011. *World Psychiatry* 2008;7:129-30.
 16. Maj M. The WPA Action Plan is in progress. *World Psychiatry* 2009;8:65-6.
 17. Alhasnawi S, 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.
 18. Hong J, Knapp M, McGuire A. Incomerelated inequalities in the prevalence of depression and suicidal behavior: a 10-year trend following economic crisis. *World Psychiatry* 2011;10:40-4.

لدى المرضى الذين يعانون من مرض نفسي حاد (10). وكان الجزء الأول قد نشر في عدد فبراير 2011 من المجلة (11)، وهو متوفر على موقع الجمعية. كما يحتوي الموقع أيضا ثلاث مجموعات من شرائح العرض حول الاكتئاب والأمراض الجسدية، وهي متاحة الآن في 17 لغة مختلفة.

وتتوفر المزيد من منشورات الجمعية على الموقع الإلكتروني وتشمل نموذج للتعليم الجامعي والدراسات العليا النفسية (12)، وتوصيات حول الممارسات الفضلى في العمل مع المستفيدين من الخدمات وموفري الرعاية للأسرة (13)، والبرنامج التعليمي على الاكتئاب، وتقرير بشأن استطلاع ردم الهوية بين علاج الاضطرابات النفسية (14)، وتقارير عن مشاريع بحثية وفرص زمالة للأطباء النفسيين الجدد والتي تدعمها الجمعية العالمية للطب النفسي (راجع 15، 16).

وتنتج الجمعية العالمية للطب النفسي منشورات صحفية بشكل دوري حول مواضيع متعلقة بالصحة النفسية. وقد نال عدد كبير منها تغطية إعلامية واسعة، أهمها مقالات ركزت على دراستين للجمعية هما تقرير الاستطلاع حول الصحة النفسية في العراق (17)، والتي وردت في صحيفة هيرالد تريبيون الدولية، ونيويورك تايمز وواشنطن بوست، وحول دراسة علاقة التفاوت في الدخل بمعدلات انتشار الاكتئاب والسلوك الانتحاري (18)، والتي تناولها مقال في صحيفة USA Today.

المراجع

1. Maj M. WPA-WHO collaborative activities 2009-2011. *World Psychiatry* 2009;8:129-30.
2. 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.
3. 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.
4. van Ommeren M, Jones L, Mears J. Orienting psychiatrists to working in emergencies: a WPA-WHO workshop. *World Psychiatry* 2010;9:121-2.
5. Ravenscroft K. My experience in Haiti: a brief report. *World Psychiatry* 2010;9:191-2.
- 6.

والندوات الرئيسية ودورات استثنائية ودورات عادية محددة، وندوات مناطقية مختلفة. وقد تم تنظيم برنامج مشوق من الجولات للمشاركين في المؤتمر ومرافقيهم. وتقوم الجمعية العالمية للطب النفسي بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية WHO في عدد كبير من النشاطات، بما في ذلك تطوير الفصل المتعلق بالاضطرابات النفسية والسلوكية في دليل ICD - 11 (راجع 1). ويرأس و. غايبل، رئيس قسم مرض الفصام في الجمعية العالمية للطب النفسي، فريق مراجعة الاضطرابات الذهانية في دليل ICD 11 -؛ ويرأس م. ماي، رئيس الجمعية العالمية للطب النفسي، الفريق العامل على اضطرابات المزاج والقلق؛ ويرأس ب. تايرير، المسؤول عن قسم اضطرابات الشخصية في الجمعية العالمية للطب النفسي فريق العمل على اضطراب الشخصية؛ ويرأس ل. كورولا المسؤول عن قسم الطب النفسي في الاعاقة الفكرية في الجمعية العالمية للطب النفسي، الفريق العامل المعني بالطب النفسي للإعاقة الفكرية. يشغل رئيس الجمعية العالمية للطب النفسي منصب عضو في مجلس المشورة الدولي في مراجعة دليل ICD 11 -، الذي يظهر أول تقرير عنه في هذا العدد من المجلة العالمية للطب النفسي (2)، ويتعرض هذا العدد أيضاً لنتائج الاستطلاع العالمي للأطباء النفسيين من تصنيفات الاضطرابات النفسية الذي قامت به منظمة الصحة العالمية والجمعية العالمية للطب النفسي - (3).

تساهم الجمعية العالمية للطب النفسي بنشاط في الجهود الدولية للتخفيف من الآثار النفسية للكوارث الطبيعية الكبرى. وتجري سلسلة من ورش العمل لتدريب المدربين في عدة مناطق (راجع 4). وقد تعاونت الجمعية العالمية للطب النفسي مع منظمة الصحة العالمية في توظيف الأطباء النفسيين المدربين للعمل في هايتي (5) وتعاون الآن مع الجمعية اليابانية للطب النفسي والاعصاب في التعامل مع الآثار النفسية للعنصر النووي في الكارثة التي ضربت اليابان. وننشر في هذا العدد من الطب النفسي العالمي المقالة الرابعة للمبادئ التوجيهية التي تنتجها الجمعية العالمية للطب النفسي، والتي تتناول حماية وتعزيز الصحة النفسية لدى أطفال الأشخاص الذين يعانون اضطرابات نفسية حادة (6). وقد تم نشر ثلاث مقالات توجيهية في الأعداد السابقة من المجلة (7-9)، وتتوفر في عدة لغات على موقع الجمعية العالمية للطب النفسي (www.wpanet.org).

كما ينشر هذا العدد من المجلة الجزء الثاني من النموذج الدراسي الصادر عن الجمعية العالمية للطب النفسي حول المرض الجسدي

المجلة العالمية للطب النفسي

الناطقة باسم الجمعية العالمية للطب النفسي



