

المجلة العالمية للطب النفسي

الناطقة باسم الجمعية العالمية للطب النفسي

يونيو ٢٠١٢



السنة العاشرة - العدد الرابع

محتويات العدد

٤٢	ماذا نعني بالصحة وما هي الإيجابية؟ حلول التصنيف الدولي للأداء، والإعاقة، والصحة M. LINDEN	٤	المقالة الافتتاحية الذات والفصام: بعض القضايا المفتوحة Mario Maj
٤٣	الرفاه الشخصي الإيجابي P. BECH	٦	منظور المفهوم المتكامل (المفهوم الجشطلتي) للفصام J. PARNAS
٤٤	مشاكل في توصيفات الصحة النفسية الإيجابية H. KARLSSON	٩	الاستجابة للغفل: العلم والأخلاق وضعف المريض F. BENEDETTI
٤٥	الصحة النفسية الإيجابية: ملاحظات تقتضي الحذر D.J. STEIN		مقالات خاصة التنبؤ بحدة الإعاقة الوظيفية لدى مرضى الفصام: الاعتلال المعرفي والقدرة الوظيفية والأعراض والوضع الصحي P.D. HARVEY, M. STRASSNIG
٤٨	تقرير بحثي طبيعة التجارب الهلوسية: الاختلاف بين العينة السريرية وغير السريرية G. STANGHELLINI, Á.I. LANGER, A. AMBROSINI, A.J. CANGAS	١١	تصنيف اضطرابات الأكل: مراجعة البراهين والمقترحات لدليل ICD-11 R. UHER, M. RUTTER
٥٢	مآل ومعدلات تداخل الصحة النفسية الوقائية المدرسية على الأطفال المتأثرين بالحرب في سريلانكا : تجربه عشوائية مجمعه W.A. TOL, I.H. KOMPROE, M.J.D. JORDANS, A.VALLIPURAM, H. SIPSMA ET AL	١٨	منتدى الصحة النفسية الإيجابية: نماذج وتداعيات سريرية الصحة النفسية الإيجابية: هل من تعريف عابر للثقافات؟ G.E. VAILLANT
٦١	ورقة حول سياسة الصحة النفسية دعم الأقران فيما بين ذوي الأمراض النفسية الحادة: مراجعة الأدلة والتجارب L. DAVIDSON, C. BELLAMY, K. GUY, R. MILLER	٣١	تعليقات الصحة النفسية الإيجابية: أجندة أبحاث A. CARR
٦٧	دروس مستفادة من أجل تطوير رعاية الصحة النفسية في منطقة أستراليا وآسيا وجنوب المحيط الهادئ P. MCGEORGE	٣٨	منظور نظرية تقرير الذات في الصحة النفسية الإيجابية عبر الثقافات K.M. SHELDON
٧١	مراسلات أخبار الجمعية العالمية للطب النفسي مساهمات المجلة العالمية للطب النفسي في تطوير فصل الاضطرابات النفسية في دليل ICD-11	٤٠	الدور السريري للرفاه النفسي G.A. FAVA
٧٤		٤١	نمو الشخصية السليمة ورفاهها C.R. CLONINGER

الجمعية العالمية للطب النفسي (WPA)

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

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

www.wpanet.org

الهيئة الإدارية للجمعية العالمية للطب النفسي

الرئيس: M. Maj (Italy)

الرئيس المنتخب: P. Ruiz (USA)

السكرتير العام: L. Küey (Turkey)

سكرتير الشؤون المالية: T. Akiyama (Japan)

سكرتير شؤون الاجتماعات العلمية: T. Okasha (Egypt)

سكرتير شؤون التعليم: A. Tasman (USA)

سكرتير شؤون المطبوعات: H. Herrman (Australia)

سكرتير شؤون الأقسام العلمية: M. Jorge (Brazil)

سكرتارية الجمعية العالمية للطب النفسي

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

1225 Chêne-Bourg, Geneva, Switzerland.

Phone: +41223055736; Fax: +41223055735;

E-mail: wpasecretariat@wpanet.org.

الناشر للمجلة الأم:

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

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

رئيس مجلس الإدارة عبد الغني الأنصاري

المجلة العالمية للطب النفسي

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

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

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

1. Bathe KJ, Wilson EL. Solution methods for eigenvalue problems in structural mechanics. Int J Num Math Engng 1973;6:213-26.
2. McRae TW. The impact of computers on accounting. London: Wiley, 1964.
3. Fraeijs de Veubeke B. Displacement and equilibrium models in the finite element method. In: Zienkiewicz OC, Hollister GS (eds). Stress analysis. London: Wiley, 1965:145-97.

يجب أن ترسل جميع الإحالات الى مكتب رئيس التحرير.

رئيس التحرير:

M. Maj (Italy)

مساعد رئيس التحرير:

H. Herrman (Australia)

أعضاء هيئة التحرير:

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

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

هيئة التحرير الاستشارية:

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

مكتب رئيس التحرير:

Department of Psychiatry, University of Naples SUN, Largo Madonna delle Grazie, 80138 Naples, Italy. Phone: +390815666502; Fax: +390815666523; E-mail: majmario@tin.it.

رئيس مجلس الإدارة:

Vincenzo Coluccia (Italy)

المدير المسؤول:

Emile Blomme (Italy)

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

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

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

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

المجلة العالمية للطب النفسي

هيئة التحرير باللغة العربية

رئيس التحرير:

أحمد عكاشه

أعضاء هيئة تحرير:

المملكة العربية السعودية

طارق الحبيب

المملكة الأردنية الهاشمية

وليد سرحان

المملكة المغربية

دريس موسى

مملكة البحرين

شارلوت كامل

إمارة دولة الكويت

صلاح عيد

الإمارات العربية المتحدة

طارق درويش

طلعت مطر

دولة فلسطين

بسام الإشهب

جمهورية مصر العربية

طارق عكاشه

احمد عبد اللطيف

الجمهورية اللبنانية

ايلى كرم

الجمهورية التونسية

جمال التركى

الجمهورية الليبية

على الرويعى

الجمهورية العراقية

قاسم العوادي

جمهورية السودان

عبد الله عبد الرحمن

الجمهورية العربية السورية

بيار شينيارا

الجمهورية الجزائرية

فريد كاشا

تقدير

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

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

MARIO MAJ

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

«مستوى الذات باعتباره بناء سردي» (١٨) المشار إليه في المراجع النفسية والاجتماعية المذكورة أعلاه. ومع ذلك، فإن مقارنة بارناس تركز بشكل رئيسي على ما يحدث قبل ظهور مرض الفصام، في حين أن المقاربات النفسية والاجتماعية تجذب الانتباه إلى ما يحدث بعد ذلك. ولا شك في أن هناك حاجة إلى دراسات متابعة لاستكشاف المسار المرضي مع مرور الوقت والتجربة الذاتية التي وصفها بارناس (والتأكد بشكل خاص من ثباتها عند هدأت الذهان).

ثانياً، إن إمكانية تعميم مفهوم الذات الذي أقره تقليد الظواهر - «ذاتي الحكم، حرّ ومسيطر على نفسه» (١٩) - خارج السياقات الثقافية الغربية أمر غير أكيد. وتشير بعض التعليقات إلى أن تطوير الذات الفردية يتم حتماً ضمن أنظمة المعنى الثقافي («الذات الجماعية») وأنه في المجتمعات الأخرى قد يكون نمط اضطراب الذات في الفصام مختلفاً عن ذلك الذي تم وصفه في الثقافات الغربية (١٩). يشار إلى أن الدراسات العابرة ثقافياً حول هذه القضية غير متوفرة حالياً.

ثالثاً، طرحت تساؤلات حول مفهوم الذات كأساس ثابت في إطار علم النفس الحواري (مثلاً، ٢٠)، والتي يفيد بأن تجربة الذات تنبثق عن حوار «أوجه الذات» المتعددة، وأن اعتلال تلك التجربة في الفصام ينجم عن صعوبة في مواصلة هذا الحوار عند التفاعل مع الأشخاص (مثلاً، ٢١). من المحتمل أن تشترك مستويات مختلفة من التجربة النفسية في هذه الحالة، حيث تكون «الذات الحوارية» أقرب إلى «الذات السردية» المذكورة أعلاه - وهي «مفتوحة البنية، وبالتالي فهي قيد المراجعة المستمرة» (١٨) بدلا من كونها الشعور الأساسي بالفردية الذي وصفها بارناس. ومع ذلك، فإن ديناميكيات التفاعل الشخصي التي تفتقرها المقاربة الحوارية، حيث التواصل الشخصي الميم يزيد من تفكك بنية الذات الضعيفة (مثلاً، ٢٢)، قد تكون متصلة أيضاً بمستوى التجربة الذاتية التي أشار إليها بارناس (مثلاً، ٢٣).

بالإضافة إلى هذه المسائل المفاهيمية، يتطرق نموذج بارناس إلى بعض الشواغل العملية، والتي أيضاً يمكن معالجتها في بحوث مستقبلية. أولاً، في حين أننا نقترح وجود بنية أساسية للفصام ونحاول التحقق من صحتها، يجب أن نكون على بينة من المخاطر الكامنة في محاولة إعادة إحياء «جو» تشخيصي للاضطراب، قد يكون على درجة عالية من الموثوقية في أيدي خبراء متمرسين، ولكن متقلب بشكل خطير في الممارسة السريرية العادية. إن القلق في هذا المجال يصبح أكثر جدية إذا كانت المقاربة المعتمدة ستم في فترة التشخيص المبكر الدقيقة للذهان. تم تطوير أدوات لتقييم منهجي لاضطرابات التجربة الذاتية، وقد أظهرت الثبات بين المقيمين موثوقية مرضية في إطار الدراسة البحثية (مثلاً، ٢٤، ٢٥). على الرغم من ذلك، تبقى الحاجة إلى تحديد جدوى هذه التقديرات ومصادقتها حين ننقلها إلى الحالات الطبية العادية (كذلك يمكن تحسين مستوى كفاءة الأطباء في علم النفس المرضي من أجل مواكبة هذا التحدي).

يفتقر تكوين الفصام، كما هو مبين في دليل DSM-IV ومعايير التشخيص في دليل DSM-V، إلى نواة نموذجية وسريرية مميزة. وفي حين ترد مجموعة متنوعة من الأعراض والعلامات، إلا أن ما يربط بين هذه الجوانب السريرية المختلفة بعضها ببعض لا يزال غير واضح. وسنطرح لاحقاً (١) ما إذا كان هناك فعلاً بنية محددة في متلازمة الفصام، لا ينجح النهج التنفيدي في فهمها، أو أن البنية التي يفترضها التقليد النفسي هي مجرد وهم، يكشف النهج التشغيلي حقيقته.

تعتبر مقالة جوزيف بارناس التي تظهر في هذا العدد من المجلة (٢) عن وجهة نظر مفادها أن جوهر علم النفس المرضي في الفصام، والذي يحدد البنية المرضية في هذه المتلازمة، هو إجراء تغيير للمعنى الأساسي، وهذا انعكاس لمرحلة ما قبل الذات. هذا «المستوى الأساسي من الوعي بالذات»، والممنوح للدماغ من خلال مصدر مستمر للمداخلات المولدة داخلياً (٣)، عادة ما يعزى إليه تجربة ذاتية من الوكالة والتماسك والوحدة والهوية الزمنية وترسيم الحدود (٤)، ويتلازم مع شعور سابق يعكس الانغماس في العالم (٢٥). يولد «تغيير السمات» في هذه الحالة مظاهر سريرية مختلفة لمرض الفصام. قد يظهر التمييز القائم بين الأعراض الإيجابية والسلبية وغير المنظمة في هذا الإطار سطحي ومضلل: على سبيل المثال، تعتبر أعراض المرتبة الأولى الخاصة بشنايدر، التي تعتبر عادة بأنها «إيجابية» (أي التي تشمل تجارب عادة ما تكون غائبة)، قد تحتاج إلى إعادة صياغة مفاهيم لكي تعكس «غياب شيء موجود عادة - الشعور بالملكية أو السيطرة المتعمدة» (٥).

ترتكز هذه المقاربة على تقليد الظواهر (٦٧)، ولكن بما يتفق مع الوصف الكلاسيكي (٨-١٠)، وتصورات مفاهيمية عدة للتحليل النفسي (مثلاً، ١٢، ١٣) من مرض الفصام، تزول في تعريف دليل ICD-10 للاضطراب (يشمل الاضطراب على معظم الوظائف الأساسية التي تجعل الشخص العادي يشعر بالوحدانية والتفرد والتوجيه الذاتي)، وكذلك في نصوص DSM-III و DSM-III-R (الشعور بالذات الذي يمد الشخص الطبيعي بالشعور بالوحدانية والتفرد والتوجيه الذاتي يكون مضطرباً في مرض الفصام)، في حين لا يوجد أي أثر لذلك في أي من دليل DSM-IV أو مقترح دليل DSM-V.

على الرغم من تفضيل هذا النموذج فإنه يثير العديد من القضايا المفاهيمية التي قد تكون محور مزيد من التفكير والبحث. وتتعلق هذه القضايا في المقام الأول بمفاهيم متعددة عن الذات - ما يصل إلى واحد وعشرين مفهوماً - بحسب ما يشير إليه سترأوسون (١٣) - ويتم استخدامها في المراجع. أولاً، نجد تناقضاً (مثلاً، ١٤) بين «سمة» الاضطراب النفسي التي وصفها بارناس حيث تظهر قبل بدء الذهان (٢، ٤)، واضطراب الشعور بالذات التي تصورها بعض المقاربات النفسية الاجتماعية (على سبيل المثال ٥، ١٦) والتي «تنتج عن» المرض، الذي يعانيه الشخص بشكل ناشط، والتي من الممكن الشفاء منها (١٧). يبدو واضحاً من المستوى السابق للتجربة الذاتية التي يحددها بارناس أنها أساسية أكثر من

- Leipzig: Deuticke, 1911.
10. Berze J. Die primäre Insuffizienz der psychischen Aktivität: Ihr Wesen, ihre Erscheinungen und ihre Bedeutung als Grundstörungen der Dementia Praecox und der hypophrenen überhaupt. Leipzig: Deuticke, 1914.
 11. Hartmann H. Contributions to the metapsychology of schizophrenia. In: The psychoanalytic study of the child, vol. 8. New York: International Universities Press, 1953:177-98.
 12. Kohut H. The restoration of the self. New York: International Universities Press, 1977.
 13. Strawson G. The self and the SESMET. In: Gallagher S, Shear J (eds). Models of the self. Thoverton: Imprint Academic, 1999:483- 518.
 14. Lysaker PH, Lysaker JT. Schizophrenia and alterations in self-experience: a comparison of 6 perspectives. Schizophr Bull 2010;36:331- 40.
 15. Davidson L. Living outside mental illness: qualitative studies of recovery in schizophrenia. New York: New York University Press, 2003.
 16. Estroff SE. Self, identity and subjective experiences of schizophrenia: in search of the subject. Schizophr Bull 1989;15:189-96.
 17. Strauss JS. Subjective experiences of schizophrenia: toward a new dynamic psychiatry – II. Schizophr Bull 1989;15:179-87.
 18. Zahavi D. Phenomenology of self. In: Kircher T, David AS (eds). The self in neuroscience and psychiatry. Cambridge: Cambridge University Press, 2003:56-75.
 19. Fabrega H, Jr. The self and schizophrenia: a cultural perspective. Schizophr Bull 1989;15:277-90.
 20. Hermans HJM, Dimaggio G. The dialogical self in psychotherapy. London: Brunner Routledge, 2004.
 21. Lysaker PH, Lysaker JT. Narrative structure in psychosis: schizophrenia and disruptions in the dialogical self. Theory Psychol 2002; 12:207-20.
 22. Lysaker PH, Lysaker JT, Davis LW et al. Enactment in schizophrenia: capacity for dialogue and the experience of the inability to commit to action. Psychiatry 2006;69:81-93.
 23. Stanghellini G. Disembodied spirits and deanimated bodies. Oxford: Oxford University Press, 2004.
 24. Scharfetter C. The self-experience of schizophrenics. Empirical studies of the ego/self in schizophrenia, borderline disorders and depression, 2nd ed. Zürich: University of Zürich, 1996.
 25. Parnas J, Raballo A, Handest P et al. Self-experience in the early phases of schizophrenia: 5-year follow-up of the Copenhagen Prodromal Study. World Psychiatry 2011;10:200-4.
 26. Peralta V, Cuesta MJ. Diagnostic significance of Schneider's first-rank symptoms in schizophrenia. Comparative study between schizophrenic and non-schizophrenic psychotic disorders. Br J Psychiatry 1999;174:243-8.
 27. Parnas J, Handest P, Saebye D et al. Anomalies of subjective experience in schizophrenia and psychotic bipolar illness. Acta Psychiatr Scand 2003;108:126-33.
 28. Bion WR. Second thoughts. New York: Jason Aronson, 1967.

ثانياً، تتطلب خاصية تشخيص مرض الفصام في اضطراب الذات الذي تم وصفه برهاناً داعماً. وقد تم تسجيل أعراض شنايدر في المرتبة الأولى، والتي هي أعراض نموذجية منطقية عن تجربة الذات المضطربة، على نطاق واسع أيضاً خارج طيف الفصام (مثلاً، ٢٦). تشمل إحدى التغييرات المقترحة في معايير دليل DSM-5 لتشخيص الفصام الحد من التركيز على هذه الأعراض حيث أنه «لم يتم رصد أي خاصية فريدة لتشخيص هذه الأعراض المميزة مقارنة مع خاصيات أخرى» (www.dsm5.org). وقد تمكن بارناس وآخرون (٢٧) ضمن الإطار البحثي من توثيق قدرة تمييز الشذوذ في الوعي النفسي بشكل كبير بين المرضى الذين يعانون الفصام ومرضى الذهان الثنائي القطب، لكن النتائج بحاجة إلى إعادة نسخ، كما يجب اختبار قابلية التعميم في سياقات سريرية عادية. ثالثاً، والشاغل الأهم، هو التدخلات العلاجية. هل يتمتع اضطراب الذات الجوهري المفترض بمناعة ضد العلاجات المتوفرة حالياً؟ هل الاضطرابات الأساسية للتجربة النفسية (على عكس الأوهام المنظمة) هي الهدف الحقيقي من العلاج المضاد للذهان، أم أننا نتعامل مع عجز غير قابل للعلاج (١٤)؟ هل يمكن تحسين تقنيات السلوك المعرفي في ضوء نموذج اضطراب الذات، أم أن مستوى عملها ليس «عميقاً» بما فيه الكفاية ليكون لها تأثير على جوهر المرض النفسي المفترض؟ هل يجب تطوير مقاربات علاج نفسي أخرى أو إحياءها، بما فيها مقاربات العلاجات النفسية الديناميكية (مثلاً، ١٢، ٢٨)؟ هل إن اضطراب التجربة الذاتية متعلق بعجز عصبي معرفي، وهل من دور للعلاج المعرفي؟ كل هذه الأسئلة تحتاج إلى مطالعة واستكشاف على المستوى البحثي. وإلا قد يطرأ خطر تعزيز تشاؤم علاجي جديد، في حين يسود اتجاه نحو الدفاع عن التعافي في علاجات الصحة النفسية. أعتقد أن تأثير نهج بارناس سيكون مشوقاً جداً وسوف يعتمد بصورة حاسمة على قدرة الإقناع التي ستتلقى بها معالجة القضايا المذكورة أعلاه.

مراجع

1. Maj M. Critique of the DSM-IV operational diagnostic criteria for schizophrenia. Br J Psychiatry 1998;172:458-60.
2. Parnas J. The core Gestalt of schizophrenia. World Psychiatry 2012; 11:67-9.
3. Kircher T, David AS. Self-consciousness: an integrative approach from philosophy, psychopathology and the neurosciences. In: Kircher T, David AS (eds). The self in neuroscience and psychiatry. Cambridge: Cambridge University Press, 2003:445-73.
4. Parnas J. Self and schizophrenia: a phenomenological perspective. In: Kircher T, David AS (eds). The self in neuroscience and psychiatry. Cambridge: Cambridge University Press, 2003:217-41.
5. Sass LA, Parnas J. Schizophrenia, consciousness, and the self. Schizophr Bull 2003;29:427-44.
6. Minkowski E. La schizophrénie. Psychopathologie des schizoïdes et des schizophrénés. Paris: Payot, 1927.
7. Blankenburg W. Der Verlust der Natürlichen Selbstverständlichkeit. Ein Beitrag zur Psychopathologie symptomarmer Schizophrenien. Stuttgart: Enke, 1971.
8. Kraepelin E. Psychiatrie, 4th ed. Leipzig: Barth, 1896.
9. Bleuler E. Dementia Praecox oder gruppe der Schizophrenien. In: Aschaffenburg G (ed). Handbuch der Psychiatrie. Spezieller Teil, 4. Abteilung, 1. Hälfte.

المفهوم المتكامل (المفهوم الجشطلتي) للفصام

JOSEF PARNAS

Psychiatric Center Hvidovre and Center for Subjectivity Research, University of Copenhagen, Njalsgade 142, 2300 Copenhagen S, Denmark

خاص، تركزت على الشذوذ في التجربة والعقيدة والتعبير، أي أنها شذوذ في الوعي.

تبلور مفهوم الفصام تاريخياً كإنجاز نهائي في التوصيفات المتتالية للظواهر النفسية (٢). ويمكن اعتبار هذه الأوصاف إذا نظرنا إليها اليوم، بأنها بحث دائم عن نمط ظاهري أو نموذجي أو بنيوي متميز يستشف هذا البحث بوضوح في نص شهير للطبيب النفسي الهولندي رومكي، حيث يشير إلى أن بعض الهلاوس والضلالات هي علامات تشخيصية لمرض الفصام، ولكن بشرط أن تحمل سمة فصام مميز: لغو في الكلام، وهو ما أشار إليه رومكي نفسه واصفاً إياه بأنه «سخافة علمية»، غير أن هذه «السخافة أمر يألفه كل طبيب متمرس» (٨).

يشير مفهوم البنية إلى وحدة بارزة أو منظومة متكاملة من ملامح ظاهرة متنوعة، ويستند إلى تفاعلات جزء من كليّة كاملة متبادلة. في هذا الإطار، لا يمكن اعتبار الأعراض والعلامات النفسية ملامح مستقلة عن بعضها، أو وحدات أصبحت متفرد (أي، تم تحديدها بـ هذه أو تلك الأعراض المحددة) «في حد ذاتها»، بمعزل عن سياقها التجريبي. من هنا لا يمكن القول بأن ابتساماً ما ليست محددة سلفاً وغير لائقة أو سخيفة. فسخافة ابتساماً ما تظهر فقط في تدفق التعبير والتواصل. وذلك على النقيض من الطب الجسدي، حيث تملك الأعراض والعلامات وظيفة واضحة ارشادية أو «تعميمية» (على سبيل المثال، السعال المزمن - > اشتباه بداء في الرئة)، تتفرد الظواهر النفسية من خلال معناها أو «التقصيدية» التي تتحلّى بها (على سبيل المثال، تتغير أهمية «تجنب الآخرين» حين تنشأ بسبب سلوك ارتياحي أو الشعور السوداوي بالمرجعية النفسية أو الخوف من الوصول الخارجي إلى التفكير الشخصي، بالترتيب).

لم يكن تحديد تشخيص مرض الفصام في الطب النفسي السابق للمرحلة الاجرائية مبنياً على مقطع عرضي أو لحظي، أو بمعنى مجازي: «ثنائي الأبعاد» وذلك كخلاصه لأعراض أو علامات مستقل بعضها عن الآخر («أعراض الفرز»)، لكنه كان مرتبطاً بالاعتراف بوجود بنية تضيف على التشخيص بعداً «عميقاً»، بمعنى أن هناك تداخل سياقي بين الملامح وصفاتها والنواحي التنموية والزمنية فيها.

تنتمي اثنتان من الملامح السريرية المترابطة إلى مفهوم الفصام: (أ) مفهوم تنموي: أي أن الفصام عادة لا ينشأ فجأة، من العدم، ولكن عادة ما يسبقه مسار سابق للمرض، (ب) ينتمي الفصام الى طيف من الظروف، تتفاوت شدته وصفاته النوعية، ويتشارك مع ذلك في نقاط مشتركة من السمات-المظهرية. لا تشكل هاتان الناحيتان من المرض حقائق سريرية إضافية ملزمة، لكنها مؤسسة لمفاهيم مرض الفصام وتشمل بعداً لسمات أساسية.

تدعو المناقشة التي جرت مؤخراً في مجلة الطب النفسي العالمية حول المعايير النموذجية مقارنة مع المعايير التشغيلية (١) إلى إعادة تقييم النماذج الأولية لتجلي الظواهر السريرية لمرض الفصام، لا سيما بعد التطورات الأخيرة في علم النفس المرضي للظواهر (الفينومينولوجي) (٢).

وعلى الرغم من الدراسات المكثفة التي تناولت مرض الفصام لأكثر من مئة عام، وتراكم عدد هائل من البيانات التجريبية، لا نملك سوى فهم جزئي بسيط للإطار التشخيصي (٣) والآلية المرضية (٤،٥). تحفز هذه المقاومة المعرفية مجموعة متنوعة من الردود: على سبيل المثال، يلجأ البعض إلى الالتفاف حول مشاكل النمط الظاهري ذات الصلة من خلال دراسة المتغيرات الوكيلة سهلة التحديد؛ محاولة تحويل الفصام إلى مرض عصبي معرفي كالخرف؛ تقديم مقترحات تبسيط إضافية لتنوع المرض النفسي (مثلاً، مفهوم «الذهان الوجداني»): أو القضاء على مفهوم الفصام تماماً.

يبدو من غير المحتمل أن تؤدي إستراتيجية الهروب من تحديد نمط ظاهري صعباً لإخفاء المشاكل المعرفية المرتبطة بالنمط، إلى التنوير العلمي في نهاية المطاف. وتكمن إحدى الردود الإضافية والمناسبة زمنياً في إعادة النظر في الطبيعة السريرية لمرض الفصام، وإبراز تميزها والصعوبات النظرية في بيانات تصنيفها المرضي الحالية. ولعل الصعوبات المعرفية تتعلق بعدم وجود تميز للظواهر المرضية في الفصام في تجسيدها الإجرائي.

القيود المعرفية

تتعلق القضايا المعرفية المطروحة بـ «مشكلة التوصيف» في الطب النفسي، والتي تعد نسخة خاصة من مسألة العقل والجسم. وهنا نطرح مسألة كيفية معالجة ظواهر الوعي: على سبيل المثال، ما هي الفروق ذات الصلة والملائمة في هذه الحالة، وما هي طبيعة «الغرض النفسي» (الأعراض والعلامات)، وما الذي يميز منظورات الشخص الأول والثاني والثالث، وما هو نوع المنهجية التي نحتاج إليها في معالجة العوالم الهائلة لهذه الظواهر النفسية (٦).

منذ نشوء المدرستين السلوكية والإجرائية، اختلف موضوع الوعي من الخطاب الأكاديمي، ليعاد استنباطه في العقدين الماضيين في فلسفة العلوم العقلية والمعرفية والعصبية. أمّا اليوم، فيحتل الوعي (الذاتية) طليعة النقاش العلمي، ويشكل أهم التحديات المطروحة حالياً (٧). حتى وإن أفلتت هذه التطورات إلى حد كبير من السياق العام في الطب النفسي، غير أن مفاهيم الأمراض النفسية بشكل عام، ومرض الفصام بشكل

البنية الأساسية والتأسيسية الذاتية غير مستقرة أو فاشلة في مرض الفصام، وتشكل مركز ضعفها الأساسي (٢،١٠). في كثير من الأحيان يؤدي ذلك إلى تجارب مقلقة ومبعدة، وعادة ما تكون قد حدثت بالفعل في مرحلة الطفولة أو المراهقة المبكرة. يمثل هذا التغيير الهيكلي الامتداد المرضي لاضطرابات طيف الفصام: يحدث في مرض الفصام، والاضطرابات الفصامية (١١-١٥) وفي مرحلة ما قبل ظهور الضعف (١٦،١٧).

يشعر المريض بالوهن ويفتقر إلى الهوية الأساسية، ويشعر عميق (لا يوصف في كثير من الأحيان) بأنه مختلف عن الآخرين، وبالابتعاد عن العالم الاجتماعي. ويتضاءل الشعور بالوجود كمادة متجسدة ذاتية الحضور وحاضرة في نظر العالم، وتبرز تشوهات في منظور الشخص الأول وإخفاء الهوية أو نقص بشعور «الامتلاك» في مجال الوعي («أفكار غريبة وليس لها أي احترام لكياني»)، والحس المكاني بمعنى التجربة (على سبيل المثال، تختبر الأفكار كأعراض ممتدة مكانيًا) وعدم الشعور بخصوصية العالم الداخلي. ثمة نقص كبير في التناغم والانغماس في العالم والحيرة الطاغية أي عدم كفاية سابقة للحوار مع الذات للمعنى البديهي («لم العشب أخضر؟»)، وفرط الحوار مع الذات («أعيش فقط في رأسي»، «أراقب نفسي دائماً»). وتعتبر العزلة الاجتماعية والشعور بالوحدة تزيد النزعة الذاتية المتطرفة الناشئة «من الداخل»، بدلا من أن تعمل فقط كوسيلة للدفاع النفسي أو كنتيجة حرمانية بسيطة للمرض.

يترجم هذا الاضطراب الأساسي في كثير من الأحيان إلى أنماط وجودية متغيرة وغريبة، على سبيل المثال النزعة الذاتية المتطرفة للعظمة، والمواقف والتصرفات الغريبة، «والازدواجية في المواقف»، والسلوكيات مفرطة الذات، أو إلى البحث عن معنى وجودي أو بعدي جديد (على سبيل المثال، الانضمام إلى جماعات سياسية طائفية أو دينية).

تكمن على مستوى البنية الأساسية أهمية كبرى في الشعور بمواجهة حالة تميزت بذاتية متغيرة جوهريا قد تعبر عن نفسها عبر كافة المجالات النفسية: العواطف والتعبير والدوافع والمزاج والإدراك والاستعداد والعمل. وتستشف البنية الأساسية للمرض من خلال صورة متعددة الأشكال في كيفية مواجهة المرضى أنفسهم والآخرين والعالم وليس فقط فيما يعيشونه. تمتلك البنية الأساسية مكانة اشتقاقية، مما يجعل الصورة السريرية أقل غموضا لا سيما وأن أعراضها تتمتع ببعض التماسك (المتزامن) الجامودي والتنموي. تبدو هذه الأوهام والظواهر السلبية والهلاوس في المراحل النفسية غالبا على شكل إيضاحات موضوعية للمزيد من المميزات الأساسية للبنية المتغيرة لتجربة النفس في العالم (١٨).

الخلاصات

واحدة من النتائج غير المتوقعة لإعادة التشكيل الاجرائي للنظام التشخيصي هي تراجع الكفاءة النفسية المرضية والمعرفية (١٩)، يرافقها تجسيد للفئات التشخيصية والانفجار المرتبط بظاهرة الاعتلال المشترك. خضع الفصام إلى إعادة تشكيل ليندرج تحت الذهان والأوهام والهلاوس المزمنة، الخالية من الملامح العاطفية. أصبحت تشخيصات الاضطرابات الفصامية والفصام غير المنظم (الأوسع، الفصام غير الارتبائي) حالات سريرية نادرة، تتيح مساحة لمجموعة من التشخيصات البديلة (عادة تلك المستمدة من قائمة محددة) كاضطراب الشخصية الحدية والرهاب الاجتماعي واضطراب الوسواس القهري، واضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، إلى ما هناك (٢٠).

تأسست صياغة مفهوم الفصام وتطويره على الاعتراف بتميزه الظاهري والنمطي، ونموذج «طبيعته» أو البنية الظاهرية الأساسية. لا تتبدل الخصائص الأساسية مع الوقت (أعراض ذهانية)، ولكنها ملامح سمات، تعكس هيكلها الظاهري. بمعنى آخر: ترتبط صلاحية مفهوم طيف الفصام بالمظاهر السريرية للبنية الأساسية. وقد جرت محاولات كثيرة لفهم هذه البنية الأساسية ووصفها من خلال سرد قائمة من الأعراض والعلامات. ويميز بلولر وآخرون بين الأعراض الأساسية، الخاصة بالبنية الأساسية والمحددة لطيف الفصام (اضطراب الشخصية شبه الفصامية، الفصام الكامن والاضطرابات الفصامية) وظاهرة الحالة التكميلية، وفهرسة النوبة الذهانية (هلاوس وضلالات وملامح جامودية بارزة). وقد وصفت الأولى على مستوى التعبير والسلوك، بشكل أساسي بأنها «علامات»، الانسحاب، عدم إمكانية الوصول، ووجدانية غير كافية أو غريبة، وتغيرات في التعابير العاطفية والتأثرية، اضطراب كامل للفكر، والازدواجية، والتغيرات في البنية الشخصية، واضطرابات في الإدراة، والتصرف والسلوك (٢).

تتداخل الكثير من الملامح عند النظر عن كثب. والأهم من ذلك أن التعبير الأغلب لعلامة الشخصية («الموضوعية») يرتبط عادة بالشواذ في التجربة (الأعراض). لذا فبدلاً من أن تشغل كعلامات مستقبلية متبادلة قائمة بذاتها، تعتبر «الملامح الأساسية» هي الملامح الكلية الكبرى، المؤلف من الشواذ في التجربة والتعبير، ولها قيمة تشخيصية تتجلى في الإطار العام وفي أشد الحالات في المساحات الشخصية والرموز التواصلية. نرى هنا تبادلاً بين الجزء والكل في البنية الأساسية: تدخل الملامح الفردية إلى البنية الأساسية جذوراً سريرية ملموسة حيث أن الكل في البنية الأساسية يبعث القيمة التشخيصية للملامح الفردية.

الاضطراب الاشتقاقي: تغير في البنية الذاتية

كان هناك الكثير من التعيينات، التي عادة ما تكون مجازية، في البنية الأساسية الكامنة، على سبيل المثال «إنقسام الوعي»، و«الخلاف»، و«الترنح النفسي الداخلي»، و«الذاتوية»، و«فقدان الاتصال الحيوي بالواقع»، و«الأزمة العالمية في الحس السليم»، و«خلل القياس المعرفي»، وما إلى ذلك. لا يشكل الخلل في الوحدات النفسية أو المحتوى غير الثابت للمرض النفسي مرجعاً عاماً لهذه التسميات، وإنما هو تغيير في سمة الهيكل الجوهري للوعي (الذاتية، النفسية). ترد صياغته في دليل ICD-8 «الاضطراب الأساسي في الشخصية [أي النفس]، [الذي] يشمل وظائفها الأساسية، تلك التي تعطي الشخص العادي مشاعره الفردية والوحدانية والتوجه الذاتي» (الإضافات بين القوسين المعقوفين من إضافتي). أن المفهوم الفينومولوجي (الظاهري) التجريبي للذات يدل على أننا نعيش وعينا من منظور الشخص الأول (First Person) باعتبار الذات كياناً مستقلاً حالياً، واحداً، مستمراً زمنياً، متجسداً، ومحدداً، يكون هو موضوع تجاربه. ويترافق الشعور المستقر من هذه الذاتية والهوية دائماً مع انغماس تلقائي غير متجل في الحوار مع الذات، في العالم (الاجتماعي) المشترك. وعادة ما نعى العالم بطريقة خفية وكأنه حقيقي، مسلم به وله خلفية لكافة التجارب والمعاني (٩).

تؤكد الدراسات التجريبية الحديثة للملاحظات الكلاسيكية بأن هذه

- handbook of the self. New York: Oxford University Press, 2011:521-46.
10. Raballo A, Parnas J. The silent side of the spectrum: schizotypy and the schizotaxic self. *Schizophr Bull* 2011;37:1017-26.
 11. Parnas J, Handest P, Jansson L et al. Anomalous subjective experience among first-admitted schizophrenia spectrum patients: empirical investigation. *Psychopathology* 2005;38:259-67.
 12. Parnas J, Raballo A, Handest P et al. Self-experience in the early phases of schizophrenia: 5-year follow-up of the Copenhagen Prodromal Study. *World Psychiatry* 2011;10:200-4.
 13. Raballo A, Parnas J. Examination of anomalous self-experience: initial study of the structure of self-disorders in schizophrenia spectrum. *J NervMent Dis* (in press).
 14. Raballo A, Saebye D, Parnas J. Looking at the schizophrenia spectrum through the prism of self-disorders: an empirical study. *Schizophr Bull* 2009;37:344-51.
 15. Haug E, Lien L, Raballo A et al. Selective aggregation of self-disorders in first-treatment DSM-IV schizophrenia spectrum disorders. *J NervMent Dis* (in press).
 16. Nelson B, Thompson A, Yung AR. Basic self-disturbance predicts psychosis onset in the ultra high risk for psychosis "prodromal" population. *Schizophr Bull* (in press).
 17. Nelson B, Thompson A, Yung AR. Not all first episode psychosis is the same: preliminary evidence of greater basic self-disturbance in schizophrenia spectrum cases. *Early Intervention in Psychiatry* (in press).
 18. Henriksen MG, Parnas J. Clinical manifestations of self-disorders and the Gestalt of schizophrenia. *Schizophr Bull* (in press).
 19. Andreasen NC. DSM and the death of phenomenology in America: an example of unintended consequences. *Schizophr Bull* 2007;33: 108-12.
 20. Parnas J. The DSM-IV and the founding prototype of schizophrenia: Are we regressing to a pre-Kraepelinian nosology? In Kendler KS, Parnas J (eds). *Philosophy and psychiatry II*. Oxford: Oxford University Press, 2012:237-59.

ما من طريق قدماً سوى من خلال إعادة إحياء التعليم المرضي النفسي ووضعه على سلم الأولويات، بما في ذلك التقييمات المشتركة مع الأقران ترافقها دراسات ومناقشات في مجال النظريات والأمراض النفسية. إن التحقيق المحدد لملاحم سمات الفصام هو احتياج ملح اليوم للوصول إلى تقدم ذات قيمة في البحث المرضي والعلاجي ولتحقيق تحسينات في الممارسة السريرية، والتي تشمل تشخيصات وتدخلات مبكرة. إن توسيع البحث في الأمراض النفسية شرط ضروري للتوصل إلى توافق مثمر بين الإمكانيات العلمية والتكنولوجية التي يتيحها علم الأعصاب الأساسي المتقدم.

مراجع

1. Westen D. Prototype diagnosis of psychiatric syndromes. *World Psychiatry* 2012;11:16-21.
2. Parnas J. A disappearing heritage: the clinical core of schizophrenia. *Schizophr Bull* 2011;37:1121-30.
3. Jansson LB, Parnas J. Competing definitions of schizophrenia: what can be learned from polydiagnostic studies? *Schizophr Bull* 2007; 33:1178-200.
4. Tandon R, Keshavan MS, Nasrallah HA. Schizophrenia, "just the facts" what we know in 2008. 2. Epidemiology and etiology. *Schizophr Res* 2008;102:1-18.
5. Kendler KS. The dappled nature of causes of psychiatric illness: replacing the organic-functional/hardware-software dichotomy with empirically based pluralism. *Mol Psychiatry* (in press).
6. Parnas J, Sass LA. Varieties of phenomenology: on description, understanding, and explanation in psychiatry. In: Kendler K, Parnas J (eds). *Philosophical issues in psychiatry: explanation, phenomenology, and nosology*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2008; 239-77.
7. Chalmers DJ. *The character of consciousness*. Oxford: Oxford University Press, 2010.
8. Rümke HC. Der klinische Differenzierung innerhalb der Gruppe der Schizophrenien. *Nervenarzt* 1958;29:40-53.
9. Parnas J, Sass LA. The structure of self-consciousness in schizophrenia. In: Gallagher S (ed). *The Oxford*

الاستجابة للغفل: العلم والأخلاق وضعف المريض

FABRIZIO BENEDETTI

Department of Neuroscience, University of Turin Medical School and National Institute of Neuroscience, Corso Raffaello 30, 10125 Turin, Italy

شهدت السنوات القليلة الماضية ارتفاع معرفتنا بآليات استجابة المرضى للغفل. ومن خلال المقاربة العصبية الدوائية والمقاربة العصبية التصويرية، تمكن الباحثون من دراسة طبيعة ظاهرة الغفل في مجموعة من الحالات الطبية المختلفة والتي تبدأ من الألم مروراً بالاضطرابات الحركية وأمراض جهاز المناعة ووصولاً إلى القلق والاكتئاب (١-٣).

تشكل استجابة الغفل موضوعاً مشوقاً لما تحوي من أحداث نفسية معقدة كالتوقعات والمعتقدات والثقة والأمل. إن الفعل العقلي البسيط الذي يمارسه الشخص عند وضع ثقته في الطبيب والإيمان بالعلاج تثير تسلسلاً معقداً من الأحداث البيولوجية والكيميائية، وفي المقابل قد تغير طريقة النظر إلى عارض أو مسار مرض ما. لا شك في أن العوامل الأهم التي تثير التوقعات والمعتقدات تتمثل في الاقتراحات الشفهية، إن النيوروبيولوجي (العصبية الحيوية) لاستجابة علاج الغفل (Placebo) يمكن صياغتها بمفهوم نيوروبيولوجيا الإيحاء أو التوقع (١).

ما تعلمناه خلال الأعوام الماضية هو أن التوقعات الشفهية المدخلة قد تشغل ناقلات عصبية مختلفة (٤-٧). مثلاً، تتشارك في الألم الأفيونيات، والمواد المخدرة، والدوبامين والكوليستوكينين في ظروف مختلفة، ويمكنها أن تعدل الإحساس بالألم في اتجاهات مختلفة. تؤدي الاقتراحات الشفهية الإيجابية إلى التوقعات الإيجابية التي، بدورها، تفعل نظام الأفيون أو القنب (استجابة الغفل المسكن). وفي المقابل، تؤدي الاقتراحات الشفهية السلبية إلى التوقعات السلبية التي تنشط الكوليستوكينين وتعطل الدوبامين (فرط التألم في الآثار السيئة للعلاج الوهمي). من المحتمل أن تقع هذه الأحداث البيولوجية والكيميائية، على الأقل جزئياً، في شبكة تحويل الألم التي تشتمل على المنطقة القشرية وتحت القشرية، على سبيل المثال قشرة الفص الجبهي الظهراني الجانبي، والقشرة الحزامية الأمامية والمادة السنجابية حول المسال، وكذلك في دائرة المكافأة، ولا سيما النواة المائلة (٨).

استناداً إلى هذه المقاربات الجديدة، من الواضح أن استجابة الغفل تشكل نموذجاً ممتازاً لفهم التفاعل بين العقل والجسم، حيث يمكن للنشاط العقلي المعقد تغيير وظائف الأعضاء الجسمية. وتقع أبحاث الطب النفسي وعلم النفس، اللذان يبحثان في الأحداث النفسية، في صميم هذا الإطار لا سيما وأنهما يستخدمان كلمات واقتراحات شفهية للتأثير في مسار المرض. فالطب النفسي مثلاً يعتمد على ما لا يقل عن اثنتين من الأدوات العلاجية: التواصل الشفهي والأدوية. تشير البحوث الأخيرة حول الغفل إلى أن التواصل الشفهي والعقاقير قد تستخدم نفس الآليات العلاجية، وتعتمد على المسارات الحيوية الكيميائية ذاتها (٩). يربط المورفين مستقبلات ميو الأفيونية، ولكن الاقتراحات اللفظية للحد من الألم قد تنشط تلك المستقبلات. وأيضاً، يربط القنب مستقبلات القنب، ولكن اقتراحات انخفاض الألم قد تعمل على المستقبلات ذاتها. وأيضاً، تربط عوامل مكافأة داء باركنسون مستقبلات الدوبامين، ولكن الاقتراحات الشفهية لتحسين

الحركة تنشط مستقبلات الدوبامين نفسها في مناطق الدماغ ذاتها. لذلك، فإن المفهوم بالغ الأهمية هنا هو أنه، عندما يتم وصف الدواء يمكن تنشيط المسار الاستقبالي نفسه بطريقتين مختلفتين: من خلال الدواء ذاته ومن خلال التوقعات بمفعول الدواء.

الاقتراحات الشفهية ليست هي الوسيلة الوحيدة لتحفيز التوقعات. يمثل الإعداد العلاجي الكامل (العاملين في مجال الصحة، والأدوات الطبية، وبيئة المستشفى) ما يمكن أن يسمى بطقوس الفعل العلاجي. تعد المخدرات أقل فاعلية من دون الطقوس العلاجية. فالإدارة الخفية للأدوية، حيث يتم إعطاء عامل دوائي من دون علم المريض، يحقق فاعلية أقل مقارنة مع وصف الدواء المفتوح على مرأى ومسمع من المريض (١٠-١٢). ففي الحالة الخفية، لا يكون للمريض توقعات بالتحسن، يكون تأثير الدواء الشامل منخفضاً. بمعنى آخر، فإن توقعات المريض ومعتقداته تضاف على تأثير العقاقير الدوائية الديناميكية.

تساهم هذه المعرفة العلمية الجديدة في تحسين فهمنا لكيفية عمل الدماغ ونوع الاستراتيجيات التي تستخدمها خلال التفاعلات الاجتماعية. وقد يثير اللقاء الاجتماعي الخاص مع الطبيب (الشافي) عدداً من الآليات في دماغ المريض مما يمكن أن يكون بذاته خطوة علاجية. تعد الطقوس العلاجية ذات أهمية حاسمة في هذا الإطار. قد يكون لفعل أداء العلاج آثار بيولوجية وعلاجية، وهو نوع من الآلية التطورية التي من المرجح أنها تطورت من الاستمالة الاجتماعية كسلوك القرود والسلوك الغيري لدى البشر الأوائل (١٣). فالفرد الذي يثق بأحد أفراد المجتمع الذي ينتمي إليه، سواء الشافي «الشامان» أو الطبيب، لديه بالتأكيد ميزة عن أولئك الذين يفتقرون إلى هذا الاستعداد النفسي. يمكن لهذا التفاعل الاجتماعي بامتياز في بعض الظروف أن يكون بنفس قوة العامل الصيدلاني.

إن وجود ميزة الثقة والإيمان الخاصة بالبشر تثير عدداً من المشاكل والهموم الأخلاقية لمهنة الطب، وبصورة عامة، لمجتمعنا. على الرغم من أن القضايا الأخلاقية المتعلقة باستجابة المريض للغفل معروفة وقد خضعت لنقاش طويل (14,15)، فإن الإيضاحات الأخيرة في علم الأعصاب حول استجابة الغفل عززت بعض المخاوف الأخلاقية. مما يظهر اليوم من وجهة نظر علمية صرف هو أن طقوس الفعل العلاجي يمكن أن تغير دماغ المريض، وبالتالي أي شخص ينفذ الطقوس العلاجية يمكن أن يؤثر في وظائف دماغ المريض والحصول على آثار إيجابية. إذا كانت حقنة مملوءة بالماء المقطر يعطيها طبيب تتسبب في توقعات بفائدة، ويمكن الحصول على التوقعات ذاتها بواسطة طلاس وطقوس غريبة يقوم بها الدجالون والشامان.

تظهر العلاقة الوثيقة بين الممارسات الشفائية الغريبة الرائجة والتطورات الحديثة في مجال البحوث الحيوية حول الغفل، من خلال تزايد الاتجاه نحو الإشارة إلى آثار الغفل على أنها ظواهر بيولوجية فعلية يجب أن يتم تحفيزها وتعزيزها من خلال مجموعة متنوعة من

شكر وتقدير

لقي هذا العمل دعم إدارة المنح المقدمة من منطقة بيمونتي (تورينو، إيطاليا)، ومؤسسة فولكس واجن (هانوفر الألمانية).

مراجع

1. Benedetti F. Placebo effects: understanding the mechanisms in health and disease. Oxford: Oxford University Press, 2008.
2. Benedetti F, Carlino E, Pollo A. How placebos change the patient's brain. *NeuropsychopharmacolRev* 2011;36:339-54.
3. Finniss DG, Kaptchuk TJ, Miller F et al. Biological, clinical, and ethical advances of placebo effects. *Lancet* 2010;375:686-95.
4. Eippert F, Bingel U, Schoell ED et al. Activation of the opioidergic descending pain control system underlies placebo analgesia. *Neuron* 2009;63:533-43.
5. Benedetti F, Amanzio M, Rosato R et al. Non-opioid placebo analgesia is mediated by CB1 cannabinoid receptors. *Nature Med* 2011;17:1228-30.
6. Benedetti F, Amanzio M, Thoen W. Disruption of opioid-induced placebo responses by activation of cholecystokinin type-2 receptors. *Psychopharmacology* 2011;213:791-7.
7. Scott DJ, Stohler CS, Egnatuk CM et al. Placebo and nocebo effects are defined by opposite opioid and dopaminergic responses. *Arch Gen Psychiatry* 2008;65:220-31.
8. Tracey I. Getting the pain you expect: mechanisms of placebo, nocebo and reappraisal effects in humans. *Nature Med* 2010;16:1277-83.
9. Benedetti F. Mechanisms of placebo and placebo-related effects across diseases and treatments. *Annu Rev PharmacolToxicol* 2008; 48:33-60.
10. Colloca L, Lopiano L, Lanotte M et al. Overt versus covert treatment for pain, anxiety and Parkinson's disease. *Lancet Neurol* 2004;3:679- 84.
11. Benedetti F, Carlino E, Pollo A. Hidden administration of drugs. *ClinPharmacolTher* 2011;90:651-61.
12. Bingel U, Wanigasekera V, Wiech K et al. The effect of treatment 72 *World Psychiatry* 11:2 - June 2012 expectation on drug efficacy: imaging the analgesic benefit of the opioidremifentanil. *Science Transl Med* 2011;3:70-14.
13. Benedetti F. The patient's brain: the neuroscience behind the doctorpatient relationship. Oxford: Oxford University Press, 2010.
14. Miller FG, Colloca L. The legitimacy of placebo treatments in clinical practice: evidence and ethics. *Am J Bioeth* 2009;9:39-47.
15. Miller FG, Colloca L. The placebo phenomenon and medical ethics: rethinking the relationship between informed consent and riskbenefit assessment. *Theor Med Bioeth* 2011;32:229-43.

الإجراءات الغريبة غير التقليدية. في الآونة الأخيرة جداً، وبعد البرهان التجريبي بأن الأفيونيات الذاتية والمواد المخدرة يمكن تفعيلها بواسطة الغفل (١،٥)، تدفقت إلي شخصيا الطلبات والمقترحات لإجراءات غريبة جديدة، وتركيبات، ومشعوذون وتمائم لتحسين التوقعات والمعتقدات والثقة والأمل.

قد نجد الكثير من المواقع على شبكة الإنترنت التي اتخذت من الآثار البيولوجية للغفل نوع من المبرر للطقوس العلاجية الغريبة. يدعي العديد من المعالجين أنه ما من فرق بين حبوب السكر وتعويدة إذا كان أحد يريد أن يخدع المريض ليعرف ما إذا كان له / لها رد ايجابي. يعتبر الخداع في صلب إجراء دواء الغفل، وبالفعل، ما من فرق إذا كان هذا الخداع يأتي من طبيب أو دجال أو شامان. من هذا المنظور، يرى الكثير من المحللين، أن أي إجراء يزيد من مبررات التوقعات والمعتقدات، أياً كان مصدره.

وفقاً لهذه المعطيات المقلقة، على أي معالج أن يسعى جاهداً لشرح وتوضيح هدف الطقوس التي يعتمدها، كالتحفيز الكيميائي في دماغ المريض، والذي قد تتعدد الفوائد المرجوة منه. إن هذا المفهوم يلقي دعم العلوم الحديثة لدواء الغفل، وهو بذاته يساهم في تحسين التوقعات مع الآثار البيولوجية.

ثمة ثلاثة حلول ممكنة لمنع هذه الممارسة المزعجة والمقلقة. أولاً، يمكننا أن نوقف الأبحاث حول الغفل بسبب العواقب المحتملة. حين يدرس أخصائي الأعصاب بيولوجيا الأعصاب في الغفل، فهو يريد أن يكشف آليات الدماغ في سمات الضعف لدى الشخص والتي تمثل في حد ذاتها أساس التفاعلات الاجتماعية والبشرية (١٣). من هنا، يطرأ خطر أن يتم استغلال العلوم بطريقة خاطئة، حيث يمكن أن يتحول التقدم في مجال العلوم العصبية الحيوية إلى تراجع في مجال الطب إلى العصور الماضية، حيث كانت الغرابة في العلاجات هي القاعدة. ثانياً، قد نقبل بإمكانية تعزيز التوقعات من خلال أي وسيلة متاحة وبواسطة أي شخص من خلال ممارسات غريبة، وهي وجهة نظر في غاية الخطورة. ثالثاً، إذا كنا لا نريد تبني هذه المقاربات المتطرفة، يجب علينا تطوير وسائل جديدة للتوصل إلى نتائج الأبحاث حول دواء الغفل. بالطبع ليست مهمة سهلة، لا سيما وأن التقدم العلمي سيسير عكس المخاوف الأخلاقية وسنرى ذلك أكثر وأكثر في بيولوجيا الضعف لدى البشر.

أعتقد أن الطب النفسي وعلم النفس تخصصان يتعلقان بشكل أكبر عن غيرهما بالقضايا الأخلاقية، وذلك لأن الاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب والقلق والألم جسدي الشكل ظروف تدفع بالناس في كثير من الأحيان إلى اللجوء إلى ممارسات غريبة ومعالجين عديمي الضمير. لذلك، فإن علم الأعصاب الحيوي الجديد والغفل يواجهان معضلة أخلاقية لما يجب القيام به. إن دراسة بيولوجية النواقص والجوانب الضعيفة لدى الشخص، لا سيما المرضى، قد تكشف آليات جديدة لكيفية عمل الدماغ، ولكن قد يكون لها أيضاً أثر سلبي عميق على مجتمعنا، وتحتاج إلى تواصل واضح بين العلم والأخلاق ووسائل الإعلام.

إن بعض من أهم الأسئلة التي سنحتاج إلى الإجابة عنها هي: ما هو الحد الأخلاقي لزيادة التوقعات؟ هل يجب أن نقبل بالوسائل المتاحة في رفع هذه التوقعات، سواء كانت حبة سكر أو تعويذة؟ ماذا عن المريض الذي يتق بالتعويذات ولكن ليس بالحبوب أو الحقن؟ هل من المقبول استخدام تعويذة لتنشيط المواد الكيميائية في دماغ هذا المريض؟ إن هذه الأسئلة تنذر بمستقبل مقلق للطب.

التنبؤ بحدّة الإعاقة الوظيفية لدى مرضى الفصام: الاعتلال المعرفي والقدرة الوظيفية والأعراض والوضع الصحي

DREW WESTEN

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

ينتشر العجز في الفصام وهو عصي على علاجات الدواء الحالية. تسبب عدم القدرة على العمل في ظروف الحياة اليومية تكاليف غير مباشرة ضخمة تنتج عن الفصام، وقد تصل إلى ثلاثة أضعاف تكاليف العلاج المباشر للأعراض الذهانية. لذلك فإن علاج العجز حاجة ملحة ولا بد من عزل أسبابه واستهدافها من أجل معالجته بطريقة فعالة. ويبدو في هذا الإطار أن ثمة أسباب متعددة تنحصر نسبة تداخلها. في هذه المقالة، نستعرض الأدلة المتعلقة بتنبؤ العجز اليومي في الفصام. نقترح أن الإدراك، والاعتلال في القدرات الوظيفية، وبعض الأعراض السريرية، بالإضافة إلى عوامل بيئية ومجتمعية مختلفة تكمن خلف هذا العجز. كما نقترح أن متغيرات الوضع الصحي، والتي تم الاعتراف مؤخراً بانتشارها الواسع في الأمراض النفسية الشديدة، قد تؤدي دوراً أيضاً في العجز على نحو مستقل من هذه الأسباب الواضحة والمحددة. نقترح أيضاً ضرورة النظر في الوضع الصحي عند التنبؤ الشامل للأداء في العالم الحقيقي، وأنه ثمة حاجة إلى التدخلات الرامية إلى الحد من العجز في الحالة الصحية، بالإضافة إلى تعزيز مستوى الإدراك، والتدريب على المهارات، والدعوة العامة لتحسين الخدمات.

الكلمات الرئيسية: الفصام، العجز، الإدراك، القدرة الوظيفية، التحفيز الداخلي، العوامل البيئية، الحالة الصحية

(World Psychiatry 2012; 11:73–79)

المذكورة أعلاه، لمعرفة ما إذا كانت معالجتها الصحيحة قد تساهم في خفض وقوع العجز اليومي في الفصام.

العوامل التي تؤثر في الأداء الوظيفي اليومي في الفصام

على الرغم من الطبيعة الواضحة للأعراض الذهانية في مرض الفصام وغيره من الأمراض النفسية الحادة، لعل أكثر المشاكل كلفة من تلك التي ترافق الفصام هي ضعف الأداء الوظيفي اليومي. تؤدي هذه الاعتلالات إلى تكلفة إجمالية أكبر بكثير من تلك الخاصة بعلاج الدماغ بالأدوية والعلاج النفسي. يشمل الاعتلال اليومي في الفصام المجالات الرئيسية الوظيفية في الاستقلالية في الإقامة، والأنشطة الإنتاجية، والأداء الاجتماعي (١١). يشجع تحقيق إنجازات نموذجية بنسبة أقل مما هو الحال لدى الأشخاص الأصحاء، وتجريب الكثير من المهارات الوظيفية (على سبيل المثال، الاجتماعي، المهني، العيش المستقل) على مستويات أدنى.

الضعف الوظيفي في الحياة اليومية ظاهرة معقدة، فالكثير من العوامل تسهم بقدر متكافئ في النتائج. تشمل هذه العوامل القدرة على أداء المهارات الوظيفية، والاندفاع لأداء المهارات، والاعتراف بالحالات التي قد يكون فيها أداء المهارات ناجحاً، وكذلك العوامل التي تتداخل مع القدرة، والتحفيز، والاعتراف اللازم بالحالة لتحسين مهارات الأداء. وتشمل هذه العوامل المتداخلة الأعراض، والحالة الصحية، والأنار الجانبية للدواء. وما إلى ذلك، هناك عوامل بيئية تؤثر بشكل مباشر وغير مباشر على الأداء في العالم الحقيقي. تشمل التأثيرات المباشرة غياب فرص تحقيق أهداف وظيفية (مثلاً، العيش في حي حيث لا أحد يتكلم لغتك؛ معدلات البطالة المرتفعة) أو قيود قانونية (على سبيل المثال، الهجرة). وتشمل التأثيرات البيئية غير المباشرة عوائق، مثل العلاقات التابعة بين تعويضات العجز والتأمين الصحي، والتي تجبر الناس على اختيار بين محاولة العمل، وتلقي العلاج.

وتوضح الصورة ١ نموذج تعاقبي للعجز (Cascade) في النشاط اليومي. تشمل التأثيرات المباشرة للقدرات الوظيفية، والإدراك الاجتماعي،

يعد الفصام أحد أكثر الأمراض إعاجازاً (١)، حيث يعاني مرضاه من العجز في عدد من المجالات الوظيفية اليومية (٢). إن معظم هذه الاعتلالات متجانسه عبر مختلف البلدان والثقافات وتبدو القدرات الفنية ضعيفة بمستوى متكافئ لدى المرضى الذين يتشاركون الديموغرافيا ذاتها بين البلدان الغربية والدول النامية (٣،٤).

تصاب نواح مختلفة من القدرة على أداء المهارات المعرفية والفنية بالاعتلال في الفصام، بما في ذلك الوظائف الإدراكية التي تحدد من خلال الاختبارات النفسية والعصبية (٥) والتقييمات التي تستهدف المهارات الوظيفية (٦). كما تؤثر مجموعة مختلفة من التأثيرات البيئية والثقافية على سير الحياة اليومية، إيجاباً وسلباً. وتشمل هذه التأثيرات التعويض عن العجز، والفرص، والدعم السكني، ومختلف عناصر الاتجاهات ووصمة العار (٧،٨).

وتؤثر أعراض المرض، بما في ذلك الاكتئاب، والأعراض السلبية، والذهان، والتوعية من المرض، أيضاً على الأداء الوظيفي (٩). لكن هذه التأثيرات لا تبدو وكأنها تؤثر في الأداء الوظيفي من خلال نوع من التأثيرات على متغيرات القدرة، بل كأنها تؤثر مباشرة على الأداء الوظيفي بطريقة لا تقلل من القدرات التي تكمن خلف هذا الأداء. أخيراً، هناك مجموعة كبيرة من العوامل التي تؤثر على الأداء في الحياة اليومية للأشخاص الأصحاء والتي حصلت على القليل من الاهتمام في البحوث على الرغم من أنها هي السائدة إلى حد كبير بين الناس الذين يعانون مرضاً نفسياً حاداً. تشمل هذه العوامل الاضطرابات الأيضية، وأمراض القلب، وأمراض الرئة، والعراقل الوظيفية اليومية. وفي حين تم توثيق هذه الحالات في الفصام (١٠)، قليلة كانت المحاولات التي تحدد مدى تأثير هذه العوامل على الأداء الوظيفي في الحياة اليومية، وموقع تأثيرها.

نستعرض في هذه المقالة الأدلة التي تسمح بتحديد الحجم الكمي لتأثير العوامل المختلفة للأداء الوظيفي في العالم الحقيقي لدى مرضى الفصام. نستند في مراجعتنا على الكتابات التي تنظر في الترابط بين مختلف العوامل التنبؤية والنتائج اليومية المحتملة. وعلاوة على ذلك، فإننا نقترح مجالات بحثية أخرى من شأنها أن تزيد من فهمنا لتباين العجز في الأداء الوظيفي في النشاط اليومي. كما نتطرق إلى العوامل

غير المعرفة، بما في ذلك العجز في الإدراك الاجتماعي (١٤) وسلبه الأعراس (١٥).

قد يبدو إنجاز الاستقلالية في الوظيفة السكنية أكثر ارتباطاً بالإطار الإدراكي الشامل (١١). فالكثير من مرضى الفصام لا يسعون لإيجاد عمل، وكننتيجة لذلك يمكن خفض مستوى ارتباط القدرات المعرفية وشغور وظيفة ما بها حالياً. مع ذلك، حين يسعى المرضى في برامج منظمة لإيجاد عمل، تتنبأ مستويات الخط القاعدي المرتفعة واختبار المنافع المعرفية الناتجة عن التدخلات العلاجية على حد سواء بنجاح مهني (١٧،١٦). وبالتالي، فإن الطبيعة التنبؤية لعجز الإدراك في إطار الوظيفة المهنية يتطلب رغبة من جانب المرضى للسعي لإيجاد الوظيفة والحفاظ عليها.

القدرة الوظيفية

يشير هذا المفهوم المتنامية سرعة تطوره إلى المهارات التي تمكن وراء النجاح الوظيفي. وتشمل هذه المهارات القدرة على الأداء في مجالات الوظيفة السكنية، والعمل، والمهارات الاجتماعية (١٨). يمكن قياس هذه القدرات من خلال الاختبارات التي تدار بطريقة مشابهة لتقييم بطاريات علم النفس العصبي المنظم والكمي الذي لا يعتمد على الإفادة الذاتية أو الفرصة البيئية أو الدوافع الشخصية لتحقيق الإنجازات الوظيفية. بالتالي، من الممكن قياس قدرة الفرد على أداء المهارات اللازمة للعمل أو العيش مستقلاً بشكل صحيح، حتى وإن كان معدل البطالة مرتفعاً ولم يكن الفرد يملك الموارد المالية اللازمة لتحمل تكاليف السكن. وجدت دراسات عديدة أن مؤشرات ارتباط القدرة الوظيفية بالأداء الوظيفي في العالم الحقيقي لا تقل نسبتها عن نسبة ارتباط الأداء الإدراكي بها (٩). لا بل إن الارتباط بين الأداء القائم على تقييم علم النفس العصبي ونتائج تقييمات القدرة الوظيفية مرتفعة جداً، ويصل متوسطها إلى نحو $r=0.6$ أو أكثر (وهي متسقة بشكل ملحوظ عبر الدراسات) (١٣). طرح بعض الباحثون فرضية أن العجز الإدراكي قد يرخي بتأثيره على الأداء الوظيفي اليومي من خلال ارتباطه بالقدرات الوظيفية (١٩). وبالتالي، قد يقلل العجز المعرفي من قدرة أداء الأعمال الوظيفية اليومية الحرجة، مما يقلل من فرص الأداء الوظيفي اليومي الناجح.

وجدت بعض الدراسات أن الأداء الإدراكي يمارس تأثيراً ضئيلاً على الأداء الوظيفي في العالم الحقيقي حين أخذ في الحسبان تأثير القدرات الوظيفية (٩،١٩). ومع ذلك، فحين ننظر إلى الارتباط الكبير بين الأداء العصبي النفسي وتدابير القدرات الوظيفية، نرى أن بعض الدراسات توصلت إلى نتيجة عكسية: يتحمل الأداء العصبي النفسي مسؤولية كل تباين في النتائج اليومية بينما لا علاقة للقدرات الوظيفية بذلك (٢٠). من المحتمل أن تكون تلك النتائج اصطناعية إذ أظهرت المزيد من الدراسات أن القدرات الوظيفية هي الأقرب إلى الوظيفة اليومية بدلاً من تأكيد العكس.

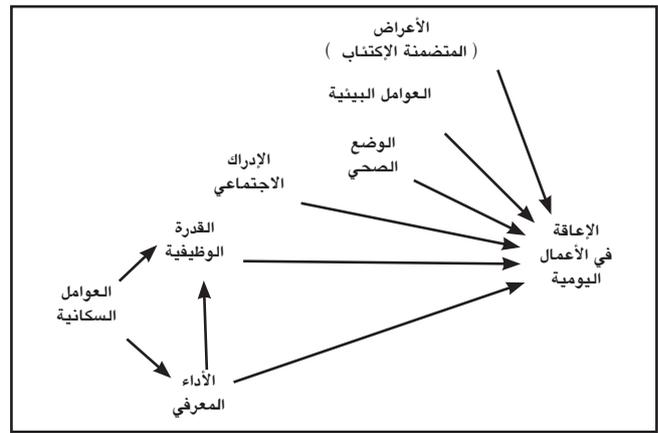
أجريت مؤخراً دراسة منهجية واسعة النطاق (٦) تهدف إلى تحديد تدابير القدرات الوظيفية المتزامنة والمرتبطة ارتباطاً وثيقاً بكل من الأداء المعرفي والأداء الوظيفي في الحياة اليومية. تشير نتائج هذه الدراسة إلى أن عدة قدرات وظيفية مختلفة مرتبطة ارتباطاً قوياً بالأداء العصبي النفسي وهي متعلقة بالأداء اليومي، وأن شكلها الطويل والقصير له خصائص اختبارات القياسات النفسية المناسبة كما يرد في الارتباطات مع الأداء العصبي النفسي. تقترح دراسات أخرى أن تدابير القدرة الوظيفية

والأعراض، والعوامل البيئية، والحالة الصحية. تناولت الأبحاث بعض هذه المتغيرات أكثر من غيرها بتفصيل أكبر، بينما لم يشكل بعضها موضوع بحثي منهجي يشمل متغيرات متعددة ويتناول كل أو بعض المتنبئات المحتملة. إن تأثير بعض العوامل على النتيجة الوظيفية، مثل الأداء في الاختبارات العصبية المعرفية، تكون أقوى بكثير عندما ينظر إلى عوامل وسيطة محتملة، كالقدرة الوظيفية، التي لا يتم التطرق إليها عادة. وبالمثل، تؤثر العديد من ملامح الفصام على الحياة اليومية من دون التأثير على مسببات الأداء: الإدراك، والقدرة الوظيفية، والإدراك الاجتماعي.

وبالتالي، فإن النموذج الذي نقدمه ليس نتيجة للتحليل التلوي، بل هو ملخص نظرية التأثير المحتملة المتعددة على الإعاقة الوظيفية اليومية التي تم تحديدها من خلال البحوث والدراسات حول مرضى الفصام.

الأداء المعرفي

شهد العقدان الماضيان طفرة في الاهتمام بالعجز الإدراكي وتأثيره على الأداء الوظيفي اليومي.



الصورة ١ متنبئات العجز اليومي لدى مرضى الفصام

ورد الكثير من المراجعات التفصيلية في هذه المنشورات، لذا سنذكر تلخيصاً للنتائج الفعلية لهذه المراجعات بدلاً من التطرق إليها من جديد. تكتسي الكثير من هذه النتائج أهمية كبرى. وتشمل حجم الارتباط بين العجز المعرفي والعجز الوظيفي اليومي، وخصوصية هذه العلاقة عبر مختلف مجالات القدرة المعرفية، والجوانب المحددة في الأداء الوظيفي اليومي الأقل ارتباطاً بالعجز الإدراكي.

وقد اتسقت النتائج بشكل عام عبر الدراسات المختلفة. فكانت ارتباطات الفرد في مجالات القدرة المعرفية (على سبيل المثال: التعلم، الانتباه، والأداء التنفيذي) تتراوح ما بين صغيره إلى متوسطه مع المؤشرات العالمية للعمل اليومي (١٢). كذلك تعبر العلامات المركبة عن ارتباط من معتدل إلى كبير في الأداء اليومي (٥،١٢). فعندما يتم تقييم الأداء اليومي من قبل الطبيب المراقب، فإن الارتباطات في الإدراك تكون أعلى مما كانت عليه لدى المرضى ذوي التقرير الذاتي في الأداء (١٣).

هناك القليل من الأدلة تشير أن هناك عجز معرفي محدد ينبأ بعجز وظيفي محدد ربما لأن كلمة «محدد» في العجز المعرفي تقاس بالاختبارات النفسية العصبية والتي هي نفسها متعددة العوامل إلى حد بعيد. وهناك أدلة أكثر تناسقاً تشير إلى أن هناك بعض المجالات الوظيفية، ذات النتائج الاجتماعي على وجه الخصوص تنبئ بقوة عن عاهات أخرى

المجالات الفنية الأخرى مثل العمالة، والتي تتطلب قدرات اجتماعية تمكن الفرد من الحصول على وظائف متعددة والحفاظ عليها.

الأعراض المتضمنة الاكتئاب

وجدت بعض الدراسات أن الأعراض الذهانية في مرض الفصام ترتبط بشكل بسيط بالأداء في الحياة اليومية كما يظهر في التحليل المقطعي (٥). وفي حين يبدو ذلك غير بديهي، يمكن للمرضى الوصول إلى هداه مستمرة لأعراضهم الذهانية، وأن يظهروا من جانب آخر عجزاً كبيراً واضحاً في مجالات وظيفية متعددة. كما قد يظهر المرضى الذين يعانون ذهناً مستمراً قدرة على الاستقلالية السكنية. وقد تنتج هذه الحالة جزئياً عن نتائج متناقضة تفيد بأن العجز المعرفي ليس مرتبطاً ارتباطاً وثيقاً بالوجود الحالي للذهان، وهي نتيجة يتم تكرارها الآن في تقييم أداء القدرات الوظيفية (٩، ١٩). بطبيعة الحال، يشكل الذهان الشديد عائقاً كبيراً أمام الأداء الوظيفي وذلك من خلال تأثيراته على التنظيم والحكم. ومع ذلك، تبقى هذه العلاقة المتغيرة بين الذهان والنتيجة كأساس للحد الأدنى في الترابط المقطعي.

تؤثر أعراض أخرى للفصام على الأداء الوظيفي اليومي. تؤثر الأعراض السلبية، على سبيل المثال، على عدد من العناصر في الأداء الوظيفي اليومي؛ ويشكل التخاذل الاجتماعي وأثره على الأداء الاجتماعي مثلاً على ذلك. التخاذل الاجتماعي هو أحد أعراض العجز الكلاسيكية، حيث لا يشعر الفرد الذي يتجلى لديه هذا العرض بالاهتمام بالتواصل الاجتماعي أو يعتمد تجنبه. وقد يرتبط هذا الشكل من أشكال التخاذل الاجتماعي بانعدام التلذذ anhedonia وغيرها من مستويات الدعم الاجتماعي المنخفضة التي يتم الحصول عليها من خلال التفاعلات (٢٦). وقد تبين أن التخاذل الاجتماعي يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالنتائج الاجتماعية أكثر من ارتباطه بالأداء العصبي النفسي أو المهارات الاجتماعية التي تقاس بالتقييم المنظم (١٥). تشكل هذه النتيجة مصدر اهتمام كبير لا سيما بسبب التداعيات الناتجة عن تداخلها. قد لا يأتي التدريب على المهارات الاجتماعية، ولو أنه شائع ويتم اعتماده في الكثير من الحالات، إلى أي تحسن ويكون غير مجدٍ مع الفرد الذي يعتبر انعدام الحافز على الانخراط في النشاطات الاجتماعية لديه السبب الأصلي في عجز الأداء الاجتماعي. جرى نقاش مستفيض حول العلاقة بين الأعراض السلبية والعجز المعرفي (٢٧). لكننا بدلاً من تقديم تفاصيل النقاش، سنكتفي بالقول إن الكثير من الدراسات أظهرت أنه يمكن قياس آثار العجز المعرفي والأعراض السلبية على الأداء في العالم الحقيقي قياساً كمياً منفرداً، وأن هناك بعض التداخل بين الأعراض السلبية والإدراك، لكن هذا التداخل يبقى محدوداً مقارنة مع الترابط الكبير القائم بين هذه المجالات والنتائج اليومية.

تناولت الأبحاث النفسية الاكتئاب بشكل جزئي في مرض الفصام، ولم تفه حقه في تحديد مدى انتشاره أو تأثيره على الاعتلال أو الوفاة في المرض. و من الواضح أن الكثير من مرضى الفصام يعانون أعراض اكتئابية، وقد يستوفون معايير الاكتئاب الحاد إلى جانب الفصام. في الإطار ذاته، فقد تبين أن أعراض المزاج، حتى المعتدلة منها، تمارس تأثيراً سلبياً على سير الحياة اليومية (٢٨). على عكس الانطباع السريري المشترك، لا يطرأ التأثير الضار نتيجة التأثير السلبي للاكتئاب على الأداء العصبي النفسي والقدرة الوظيفية. بل يبدو تأثيره مباشر أكثر، وقد أظهرت ثلاث دراسات (٩، ١٩، ٢٩) شملت عينات مختلفة من المرضى،

لها خصائص اختبارات القياسات النفسية (موثوقية الاختبار وإعادة الاختبار، التباينات، وتأثيرات الممارسة) والتي تتشابه إلى حد كبير مع تلك التي ظهرت في الاختبارات العصبية النفسية (٢١).

أظهرت مجموعة من بيانات تأكيد الموثوقية الهامة في تدابير القدرة الوظيفية (لا سيما تلك المتعلقة بالجمهور العالمي) أن تدابير القدرة الوظيفية تتشابه عبر الدراسات المجرى في بلدان مختلفة. وتشير إحدى التعليقات التي طرحت مسبقاً والتي تدعم وظيفة الأداء العصبي النفسي كسمة أساسية في الفصام، إلى التشابه في الأداء عبر مسار المرض وذلك في البلدان والثقافات المختلفة. وقد تم إنتاج بيانات مماثلة لتقييم القدرات الوظيفية. على سبيل المثال، تبين أن المرضى في السويد وفي نيويورك متشابهون إلى حد كبير في تقييم أداء القدرات الوظيفية، مقارنة مع تقييم الأداء العصبي النفسي (٣). وقد ظهر هذا التشابه على الرغم من الاختلافات الثقافية الملحوظة في الدعم الاجتماعي لمرضى الفصام، حيث كانت أرجحية أن يعيش شخص مصاب بالفصام مستقلاً في السويد ثلاث مرات أكثر من شخص مصاب بالفصام في نيويورك بسبب عامل الدعم الاجتماعي المحلي.

بيّنت دراسة أجريت في الصين (٤)، أن تدابير القدرات الوظيفية حساسة جداً لمرض الفصام مقارنة بالأشخاص الأصحاء، وذلك في بحث شمل عينة تعليمية واسعة امتد من ١ إلى ٢٠ سنة. وبرز تأثير كبير لعامل التعليم لم يتفاعل مع المرض، ما يدل على أن حياة الناس الأكثر علماً هي أكثر تعقيداً وتتطلب المزيد من المهارات الوظيفية. مع ذلك فقد وجدت الدراسة أن الأشخاص الحاصلين على شهادة جامعية والذين تم تشخيصهم بالفصام، كان أدائهم شبيه بالأشخاص الأصحاء الذين لم يتخطوا الدراسة المتوسطة، مما يشير إلى حد وسطي كبير مرتبط بالأمراض النفسية الحادة مقارنة مع الأشخاص الأصحاء. أما تأثير الحجم لهذا الاختلاف، فكان شبيهاً بدراسات سابقة أجريت في الولايات المتحدة.

الإدراك الاجتماعي

كما ذكرنا أعلاه، قد يكون الإدراك الاجتماعي مرتبطاً ارتباطاً وثيقاً بالنتائج الاجتماعية في العالم الحقيقي أكثر من ارتباطه بالأداء العصبي النفسي (٢٢). ويشير الإدراك الاجتماعي بشكل عام إلى مجالات من القدرة المعرفية، ويرتبط مباشرة بالمهارات المطلوبة في الوظائف الاجتماعية، مثل الإدراك والتفاعل بين الأفراد. تشمل مجالات الإدراك الاجتماعي الإدراك العاطفي، في كل من النماذج البصرية والسمعية، الاستدلال من انطباعات الآخر عن الذات، الحكم على النوايا، ومجالات أخرى ذات الصلة (٢٣). تقترح عدة دراسات (٢٤، ٢٥)، من بينها دراسة تحليل تلوي حديثه (١٤) أن للإدراك الاجتماعي علاقات ترابط ثابتة مع الأداء الاجتماعي، بما في ذلك المحطات الاجتماعية الكبرى مثل الزواج أو العلاقات المستقرة الشبيهة والوظائف الاجتماعية الأخرى مثل تطوير علاقات ودية والحفاظ عليها. تشير إحدى المسائل المرتبطة بالإدراك الاجتماعي إلى أن توصيف الإدراك وقياسه ليس بالتقدم ذاته الذي يتميز به الأداء العصبي النفسي أو القدرة الوظيفية. تنحصر المعرفة البحثية حول خصائص اختبارات القياسات النفسية في هذه التدابير، وقد تم تعديل العديد منها من قبل مجموعات البحث الفردية، مما يؤدي إلى خفض القدرة على المقارنة عبر الدراسات المتصلة والتوصل إلى مناهج تقييم نفسية عصبية موحدة. من ناحية أخرى، قليلة هي الأبحاث التي تناولت مساهمة الإدراك الاجتماعي في

أن شدة الاكتئاب ترتبط بالحد الأدنى من الأداء في تدابير القدرة، بينما ترتبط باعتدال مع الاعتلال في الأداء اليومي. وقد وجدنا في مجموعة من الدراسات الأخيرة الاكتئاب كمؤشر تنبؤ أقوى للعجز في الأداء اليومي، وله وقع أكبر (حتى وإن لم يكن ملحوظاً) على النتائج اليومية للأداء العصبي النفسي أو القدرة الوظيفية (٢٩). من هنا، يعتبر الاكتئاب أحد الأعراض الهامة في تحديد أسباب العجز في مرض الفصام.

انعدام التلذذ

لأكثر من ١٠٠ عامًا، اعتمد الكثير من الباحثين من بينهم كرابلين وبلولر على مفهوم انعدام التلذذ كسمة أساسية في مرض الفصام. وقد حققت التطورات الحديثة في دراسة الأعراض السلبية إنجازات واسعة في فهم الطبيعة المعقدة للتغيرات في القدرة على التلذذ لدى مرضى الفصام (٣٠).

لعل الكثير من الأعمال اليومية تتم بسبب عواقبها الجوهرية المعززة. وقد اقترحت الأبحاث الحديثة أن أنواعاً مختلفة من انعدام التلذذ قد تدخل في الفصام والاكتئاب الحاد. ففي حالة الاكتئاب الحاد، يبدو انخفاض القدرة على الشعور بالتلذذ بعد المشاركة في أعمال ممتعة (انعدام التلذذ الكامل) هو الظاهرة الشكلية. أما في الفصام، فتظهر قدرة على اختبار التلذذ (٢٦)، في حين أن اعتلال القدرة على توقع النتائج الممتعة (انعدام التلذذ الاستباقي) هو المهيمن. يصعب تذكر النتائج الإيجابية في سلوك مسبق في حالات انعدام التلذذ الاستباقي، وينخفض بالتالي الحافز لتكرار هذه الأعمال. يذكر أن الأبحاث التي تناولت الاكتئاب وانعدام التلذذ في الناس المصابين بالفصام قليلة، وتدل على وجود زيادة تكرار انعدام التلذذ الكامل لدى مرضى الفصام الذين يعانون أعراضاً اكتئابية. وبالتالي، فإن مرضى الفصام الذين يعانون الاكتئاب قد يكون لديهم نقص نوعي في الشعور بالمتعة مقارنة بالأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب الحاد (٣١). كما قد يصعب على الأشخاص الذين يعانون عجزاً معرفياً مستمراً، كالعجز الظاهر في مرض الفصام، استعادة ذكريات التجارب الإيجابية السابقة إرادياً، مما يؤدي إلى زيادة في عدم القدرة على توقع نتائج ممتعة من كل عمل.

تفيد الأبحاث الأخيرة بأن الأشخاص الذين يظهرون انخفاضاً في مستويات الدوافع الذاتية الحالية في الاستبيان يحصلون على فائدة أقل من العلاجات النشطة التي تهدف إلى تعزيز الإدراك من الأفراد الأكثر تحفيزاً (٣٢،٣٣). قد يؤدي مستوى الاندفاع المنخفض لبذل جهد، خلال حضور الجلسات، إلى مشاركة محدودة في هذه المهمة، مما قد يؤدي إلى تنشيط أقل للدماغ ويحسر منافع العلاج المعرفي. قد يبدو علاج انعدام التلذذ والتخفيضات ذات الصلة في الاندفاع هدفاً حاسماً لتحسين أداء الأشخاص الذين يعانون الفصام.

العوامل البيئية

ترتبط العوامل البيئية بشكل واضح بالأداء الوظيفي اليومي. وعادة ما يملك المصابون بالفصام مزايا جوهرية أقل من العامة، ويؤدي مرضهم إلى انخفاضات إضافية في الفرص. يواجه الأفراد المصابون بإعاقة دائمة صعوبات مادية وقد لا يملكون الموارد الكافية للعيش في شقة مستقلة، وقد يؤدي ذلك بالإضافة إلى الموارد العائلية الأكثر تواضعاً، إلى عدد من العواقب الوخيمة. كما تترك الموارد المالية المحدودة أعراضاً محتملة ضائرة أخرى. فارتداء زي غير مناسب قد يشكل عائقاً في سعي المريض لإيجاد وظيفة، ويلعب

الفقر دوره في خفض الإمكانات الغذائية والاختيارات الغذائية التي تؤدي من ناحيتها أيضاً إلى نتائج سلبية على الصحة. ويزيد العيش في الأحياء الفقيرة أيضاً من خطر الوقوع ضحية للجريمة، سواء كانت جرائم ملكية أو اعتداءات جسدية، وتتفاوت نسبة الأشخاص المصابين بالفصام الذين يقعون ضحية لجريمة عنف. كما يواجه هؤلاء تحديات لوجستية إضافية في الحصول على وظيفة.

بالإضافة إلى تداخل عوامل بيئية أخرى، حيث ترتبط الإعاقة والضمان الاجتماعي بشكل جوهري بالعديد من المرضى في أمريكا. في هذه الحالة قد يؤدي السعي لإيجاد وظيفة إلى تعليق ميزات الضمان، وقد يواجه الأفراد الذين يودون التعافي وإيجاد وظيفة خطر توقيف علاجهم الدوائي لهذا الداء. في هذا السياق، أظهر عدد من الدراسات أن تعويض الإعاقة هي المؤشر الأفضل لعدم إيجاد وظيفة بسبب الفصام، ليس لأن التعويض الشهري بقيمة 400 دولار لا يكفي، بل أيضاً لأن الرابط بين التعويض والضمان أساسي، مما يجعل السعي لإيجاد وظيفة تخلو من ميزات الضمان الصحي غير وارد (7،8).

يشار إلى أن الظروف الاقتصادية الصعبة تؤثر على المصابين بالفصام بطريقة متفاوتة وتقطع خدمات الدعم عنهم لأن الأفراد الأكثر أهلية منهم قد ينافسهم على نفس الوظائف أو المساكن حين ينكمش الاقتصاد.

الوضع الصحي

يعاني مرضى الفصام نسب أعلى من البدانة والحالات المرضية المصاحبة (أمراض القلب والشرايين، داء السكري، ضغط الدم المرتفع) مقارنة مع عينات العامة من الناس (٣٤،٣٥). وقد تبين أن التأثير الحالي الهائل للبيئة التي تؤدي إلى البدانة يختلف بشكل كبير بين مرضى الفصام. وقد أشارت الكثير من الدراسات إلى التفاعل الناتج عن نمط الحياة غير المتكيف، بما في ذلك الخيارات الغذائية السيئة والسلوك غير النشط وعدم ممارسة النشاط البدني ومعدلات التدخين المرتفعة، مع العلاج الدوائي المضاد للذهان مما يسبب في المرض والوفاة أكثر بكثير مقارنة مع العامة (٣٦).

ويزيد النقص في الفحص الطبي اللازم والمراقبة والتدخل في البدانة والأمراض الأيضية المصاحبة التي تمتد في نظام توفير الرعاية الصحية من وطأة الفصام في تقصير حياة المرء (٣٧). وقد أدت هذه النواقص إلى حالة غير مبررة حيث أنه بالرغم من تحسن النتائج المتعلقة بالعلاج خلال العقود الماضية فيما يخص الأعراض النفسية ونوعية الحياة، تبقى هوة الوفيات بين مرضى الفصام هي ذاتها، لا بل قد تتسع أكثر (٣٨،٣٩).

لم يلق تأثير البدانة والأمراض المصاحبة على الإعاقة اليومية في الفصام الكثير من الاهتمام ولم يحدد حجمها الكمي كما في الأعراض والقدرة المعرفية والوظيفية. ويرتبط حجم البدانة في العامة الأصحاء مباشرة بدرجة من الاعتلال في أداء النشاطات اليومية (والتي يمكن وصفها بأنها سلسلة متصلة بين القيود البسيطة والإعاقة التامة في أداء النشاط البدني في مجالات الحياة المختلفة)، حيث تكون درجات السمنة مرتفعة وتختلف آثارها السلبية الواسعة وتتفاوت (٤٠).

يظهر العجز في الحركة، والمرونة والتنسيق الحركي وآلية عمل العضلات والقوة والمشي في البدانة صعوبات أكبر في أنشطة الحياة اليومية (ADLs) كما في مجالات متنوعة مثل الاستحمام وارتداء

البدني أداء الحياة اليومية في مجالات حيث الضعف الأساسي للفصام يؤدي دوره. لذا فإن التأثيرات المترابطة للاعتلال الوظيفي اليومي تشمل نقصاً في الإدراك والقدرة الوظيفية ووجود أعراض محددة وضعف جسدي متعدد يطرأ حديثاً ويرتبط بالشواذ في الوضع الصحي.

الخلاصات

ينتج العجز في الفصام عن عدد من التأثيرات المتسلسلة المختلفة التي تشمل متغيرات القدرة مثل الإدراك والقدرة المعرفية التي خضعت للكثير من الأبحاث المفصلة مؤخراً، بالإضافة إلى أعراض سريرية محددة. إن هذه المتغيرات قد جرى تحديدها كمياً في عدد من الدراسات والمراجعات مما يصل بنا إلى استخلاص أنها مسئولة عن حوالي نصف المتغيرات القياسية في الوظيفة اليومية. تؤثر العوامل البيئية في الأداء الوظيفي في العالم الحقيقي إلى درجة عالية، وهو ما تبينه الدراسات التي تتناول العلاقة بين التعويض المرضي والراتب المهني والسكني.

نقترح بأن هناك تأثيرات إضافية: الترابط مع الوضع الصحي الضعيف قد يشكل مؤشراً أيضاً. ينشط هذا التأثير على مستويات مختلفة. إذ ثمة اعتلالات مباشرة مرتبطة بالوزن والحركة والمرونة. أضف إلى ذلك أن الاعتلالات البدنية الكامنة تؤدي مباشرة إلى اعتلالات في الوظيفة اليومية يحتمل أن تحصل من خلال تغيرات في القدرات الإدراكية. هذا وتشهد الوصمة، كعامل له تأثير قوي على نتائج عدد من الأمراض النفسية في كل حال، تضخماً حين يدخل عامل البدانة في المعادلة.

يبدو تأثير الوضع الصحي على نتائج الفصام واضحاً لكنه لم يخضع لدراسة مفصلة كما حصلت محددات أخرى. نرى إن الأبحاث المستقبلية الهادفة إلى الوقاية من الأعراض الأيضية وعلاجها يجب بأن تحدد الكم الفعلي لتأثير المتغيرات على النتائج اليومية في مجالات الأداء الوظيفي الهام.

مراجع

1. Murray CJL, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contributions of risk factors: global burden of disease study. *Lancet* 1997;349:1436-42.
2. Harvey PD, Raykov T, Twamley EM et al. Validating the measurement of real-world functional outcome: Phase I results of the VALERO study. *Am J Psychiatry* (in press).
3. Harvey PD, Helldin L, Bowie CR et al. Performance-based measurement of functional disability in schizophrenia: a cross-national study in the United States and Sweden. *Am J Psychiatry* 2009;166: 821-7.
4. McIntosh BJ, Zhang XY, Kosten T et al. Performance based assessment of functional skills in severe mental illness: results of a largescale study in China. *J Psychiatr Res* 2011;45:1089-94.
5. Green MF, Kern RS, Braff DL et al. Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the "right stuff"? *Schizophr Bull* 2000;26:119-36.
6. Green MF, Schooler NR, Kern RD et al. Evaluation of

الملايس، والمشي بضعة أمتار، وتسلق السلالم، والقيام بالأعمال المنزلية، والتسوق، واستخدام وسائل النقل العام، وأداء أي نوع من الأنشطة القوية (٤١). لا تنتج هذه العاهات عن الحجم البدني والاعتلالات المتصلة بالحركة، لكن يمكن أن تكون أيضاً نتيجة خلل وظيفي في القاعدة الأساسية (مثلاً، مستوى منخفض من الحركة، والمرونة، والمثابرة) أو يمكن أيضاً أن تتوافق مع الحالات الطبية التي تسببها البدانة أو تؤدي إلى تفاقمها. من منظور الآلية الطبية، قد يؤدي تصلب الشرايين، والتلف العضوي الناتج عن ارتفاع ضغط الدم أو فرط السكر في الدم إلى انخفاض الإدراك، والحركة، والقدرة على المشي (٤٠). وتشمل الأمثلة في هذا المجال السكتة الدماغية وأمراض القلب، والخرف الوعائي، وسوء التئام الجروح، والعرج وحالات أخرى.

قد يعاني مرضى الفصام البدنيين اعتلالاً نوعياً مماثلاً في الأداء الجسدي والإعاقة الناتجة مقارنة مع الأشخاص الذين لا يعانون مرضاً نفسياً. ونجد البراهين الداعمة غير المباشرة في الملاحظات حول اعتلالات نوعية الحياة التي يفيد عنها مرضى الفصام البدنيين والتي تركز على صعوبات جسدية أكثر منها نفسية مما يطرح القيود البدنية التي أتينا على ذكرها (٤٢،٤٣). حين تجتمع هذه الاعتلالات مع الاعتلالات المرتبطة بالمرض النفسي الحاد، قد تكون تأثيراتها إضافية أو تفاعلية.

اللياقة البدنية

تقل اللياقة البدنية لدى مرضى الفصام في أمريكا مقارنة مع نظرائهم الأصحاء نفسياً. وتعاني قدرتهم الوظيفية الجسدية، أو القدرة على القيام بنشاط بدني، اعتلالاً واضحاً (٤٤،٤٥). وتشمل الأسباب ضعف في القلب والنظام العضلي الحركي والتحمل والسرعة وربما أيضاً المرونة. ويبرز مرض الرئة كنتيجة محتملة للإدمان على التبغ في حين يعاني الشخص من قصر النفس بعد عتبة نشاط محددة. حينها يكون لمستويات داء الرئة المنخفضة أثر سلبي على النشاط البدني المجهد بطريقة معتدلة، فيتحول هذا الأخير إلى أمر صعب ممارسته بشكل دائم (٤٦). في الوقت ذاته، قد يستحيل إكمال النشاطات اللاهوائية، تلك التي تحتاج إلى جهد بدني ضخم، ولذلك تداعيات وظيفية متعددة (٤٧). وفي إطار الاعتلالات التي تزداد حدتها في النشاطات اليومية، قد يختار المرضى على سبيل المثال عدم الذهاب إلى محل البقال أو الالتزام بمواعيدهم أو المشاركة في نشاطات مهنية أو ممارسات رياضية أو التفاعل مع الأقران أو التفاعل مع المجتمع، لأن كل هذه النشاطات تتطلب جهداً بدنياً عالياً أو غير ممكن.

حين يتم إضافة نقص النشاط البدني إلى السلوك غير النشط ويتم جمعها مع الآثار الضائرة للعلاجات المختلفة فإن ذلك ينتج حلقة مفرغة من تدهور في الكفاءة الذاتية، والسمنة، والعجز. إن تحسين اللياقة البدنية يزيد لدى الأشخاص الأصحاء عقلياً القدرة على الانخراط في النشاطات اليومية والمهنية والاجتماعية المفيدة، ويقلل من العجز الجسدي (٤٨). نفترض أن مسح الخفض في الإعاقة الجسدية والتحسينات في أنشطة الحياة اليومية ADL واقعه شبيه بتلك الخاصة بمرضى الفصام. لان المتغيرات السريرية المذكورة أعلاه؛ مثلاً، كالأداء الإدراكي أو الاندفاع أو الأعراض السلبية قد تتدخل مع فاعليه التدخلات الرامية إلى تحسين اللياقة البدنية في الفصام، تفرض الحاجة إلى برامج خاصة. إن هذا الضعف البدني قد يزيد من العجز الوظيفي والذي يمكنه أن يطرأ نتيجة نقص إدراكي أو جسدي أو نقص في القدرة الوظيفية. كما يخفض الضعف

- Psychiatry 2010;167: 1116-24.
20. Heinrichs RW, Ammari N, Miles AA et al. Cognitive performance and functional competence as predictors of community independence in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2010;36:381-7.
 21. Leifker FR, Patterson TL, Bowie CR et al. Psychometric properties of performance-based measurements of functional capacity. *Schizophr Res* 2010;119:246-52.
 22. Harvey PD, Penn DL. Social cognition: the key factor predicting social outcome in people with schizophrenia? *Psychiatry* 2010; 7:41-4.
 23. Penn DL, Sanna LJ, Roberts DL. Social cognition in schizophrenia: an overview. *Schizophr Bull* 2008;34:408-11.
 24. Couture SM, Penn DL, Roberts DL. The functional significance of social cognition in schizophrenia: a review. *Schizophr Bull* 2006; 32:S44-SS63.
 25. Green MF, Leitman DI. Social cognition in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2008;34:670-2.
 26. Gard DE, Kring AM, Gard MG et al. Anhedonia in schizophrenia: distinctions between anticipatory and consummatory pleasure. *Schizophr Res* 2007;93:253-60.
 27. Harvey PD, Koren D, Reichenberg A et al. Negative symptoms and cognitive deficits: what is the nature of their relationship? *Schizophr Bull* 2006;32:250-8.
 28. Reickmann N, Reichenberg A, Bowie CR et al. Depressed mood and its functional correlates in institutionalized schizophrenia patients. *Schizophr Res* 2005;77:179-87.
 29. Sabbag S, Twamley EW, Vella L et al. Predictors of the accuracy of self assessment of everyday functioning in people with schizophrenia. Submitted for publication.
 30. Horan WP, Kring AM, Gur RE et al. Development and psychometric validation of the Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms (CAINS). *Schizophr Res* 2011;132:140-5.
 31. Kollias CT, Kontaxakis VP, Havaki-Kontaxaki BJ et al. Association of physical and social anhedonia with depression in the acute phase of schizophrenia. *Psychopathology* 2008;41:365-70.
 32. Medalia A, Revheim N, Casey M. Remediation of memory disorders in schizophrenia. *Psychol Med* 2000;30:1451-9.
 33. Choi J, Mogami T, Medalia T. Intrinsic Motivation Inventory: an adapted measure for schizophrenia research. *Schizophr Bull* 2010; 36:966-76.
 34. 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.
 35. Hennekens CH, Hennekens AR, Hollar D et al. Schizophrenia and increased risks of cardiovascular functionally meaningful measures for clinical trials of cognition enhancement in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2011;168:400-7.
 7. Rosenheck R, Leslie D, Keefe R et al. Barriers to employment for people with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2006;163:411-7.
 8. Rosenheck RA, Frisman LK, Sindelar J. Disability compensation and work: a comparison of veterans with psychiatric and nonpsychiatric impairments. *Psychiatr Serv* 1995;46:359-65.
 9. Bowie CR, Leung WW, Reichenberg A et al. Predicting schizophrenia patients' real world behavior with specific neuropsychological and functional capacity measures. *Biol Psychiatry* 2008;63:505-11.
 10. Newcomer JW. Second-generation (atypical) antipsychotics and metabolic effects: a comprehensive literature review. *CNS Drugs* 2005;19(Suppl. 1):1-93.
 11. Leung WW, Bowie CR, Harvey PD. Functional implications of neuropsychological normality and symptom remission in older outpatients diagnosed with schizophrenia: a cross-sectional study. *J Int Neuropsychol Soc* 2008;14:479-88.
 12. McClure MM, Bowie CR, Patterson TL et al. Correlations of functional capacity and neuropsychological performance in older patients with schizophrenia: evidence for specificity of relationships? *Schizophr Res* 2007;89:330-8.
 13. Leifker FR, Patterson TL, Heaton RK et al. Validating measures of real-world outcome: the results of the VALERO Expert Survey and RAND Panel. *Schizophr Bull* 2011;37:334-43.
 14. Fett AK, Viechtbauer W, Dominguez MD et al. The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: a meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev* 2011;35:573-88.
 15. Leifker FR, Bowie CR, Harvey PD. The determinants of everyday outcomes in schizophrenia: influences of cognitive impairment, clinical symptoms, and functional capacity. *Schizophr Res* 2009; 115:82-7.
 16. McGurk SR, Twamley EW, Sitzer DI et al. A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2007; 164:1791- 802.
 17. McGurk SR, Mueser KT, Pascaris A. Cognitive training and supported employment for persons with severe mental illness: one-year results from a randomized controlled trial. *Schizophr Bull* 2005;31:898-909.
 18. Harvey PD, Velligan DI, Bellack AS. Performance-based measures of functional skills: usefulness in clinical treatment studies. *Schizophr Bull* 2007;33:1138-48.
 19. Bowie CR, Depp C, McGrath JA et al. Prediction of real world functional disability in chronic mental disorders: a comparison of schizophrenia and bipolar disorder. *Am J*

42. Strassnig M, Brar JS, Ganguli R. Body mass index and quality of life in community-dwelling patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2003;62:73-6.
43. Kolotkin R, Corey-Lisle PK, Crosby RD et al. Impact of obesity on health-related quality of life in schizophrenia and bipolar disorder. *Obesity* 2008;16:749-54.
44. Strassnig M, Brar JS, Ganguli R. Low cardiorespiratory fitness and physical functional capacity in obese patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2011;126:103-9.
45. Vankampfort D, Probst M, Scheewe T et al. Lack of physical activity during leisure time contributes to an impaired health related quality of life in patients with early schizophrenia. *Schizophr Res* 2011;129:122-7.
46. Parameswaran K, Todd DC, Soth M. Altered respiratory physiology in obesity. *Can Respir J* 2006;13:203-10.
47. Fleg JL, Piña IL, Balady G et al. Assessment of functional capacity in clinical and research applications: an advisory from the Committee on Exercise, Rehabilitation, and Prevention, Council on Clinical Cardiology, American Heart Association. *Circulation* 2000;102: 1591-7.
48. Fentem PH. ABC of sports medicine. Benefits of exercise in health and disease. *BMJ* 1994;308:1291-5.
36. Newcomer JW, Hennekens CH. Severe mental illness and risk of cardiovascular disease. *JAMA* 2007;298:1794-6.
37. 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.
38. Hoang U, Stewart R, Goldacre MJ. Mortality after hospital discharge for people with schizophrenia or bipolar disorder: retrospective study of linked English hospital episode statistics, 1999-2006. *BMJ* (in press).
39. Capasso RM, Lineberry TW, Bostwick JM et al. Mortality in schizophrenia and schizoaffective disorder: an Olmsted County, Minnesota cohort: 1950-2005. *Schizophr Res* 2008;98:287-94.
40. Alley DE, Chang VW. The changing relationship of obesity and disability, 1988-2004. *JAMA* 2007;29:2020-7.
41. Jain NB, Al Adawi S, Dorvlo AS et al. Association between body mass index and functional independence measure in patients with deconditioning. *Am J Phys Med Rehabil* 2008;87:21-5.

تصنيف اضطرابات الأكل: مراجعة البراهين والمقترحات لدليل ICD-11

RUDOLF UHER^{1,2}, MICHAEL RUTTER¹¹Social, Genetic and Developmental Psychiatry Centre, Institute of Psychiatry, King's College London, UK;²Department of Psychiatry, Dalhousie University, Halifax, NS, Canada

يفشل التصنيف الحالي لاضطرابات الأكل في تحديد معظم المظاهر السريرية؛ فهو يتجاهل استمراريتهما بين الطفولة والمراهقة والبلوغ، ويتطلب تغييرات متكررة في التشخيص لاستيعاب المسار الطبيعي لهذه الاضطرابات. إن هذا التصنيف منفصل عن الممارسة السريرية، وقد وجد الباحثون في التجارب السريرية أنفسهم مضطربين إلى إدخال تعديلات غير منتظمة. يتطلب تصنيف اضطرابات التغذية والأكل في دليل ICD-11 تغييرات جوهرية لإصلاح أوجه القصور. نستعرض في هذه المقالة براهين الاختلافات التطورية والاختلافات العابرة ثقافياً والاستمرارية، والمسار والسمات المميزة لاضطرابات التغذية والأكل. ونقدم التوصيات التالية: (أ) ينبغي دمج اضطرابات التغذية والأكل في مجموعة واحدة تنطبق فئاتها على كافة الفئات العمرية؛ (ب) ينبغي توسيع نطاق فئة مرض فقدان الشهية العصبي من خلال إسقاط شرط انقطاع الحيض، وتوسيع معيار الوزن ليتضمن أي خسارة كبيرة في الوزن، وإضافة الظواهر التطورية والثقافية المتصلة إلى نطاق المعيار المعرفي؛ (ج) على مؤشر الحدّة «مع انخفاض وزن الجسم بشكل خطير» التمييز بين الحالات الشديدة من مرض فقدان الشهية العصبي التي تحمل أخطر تكهن (د) يجب توسيع نطاق الشره المرضي العصبي لتشمل نوبات الشره الذاتي؛ (هـ) ينبغي أن تدرج نوبات الشره الذاتي كفتة بذاتها كما هو محدد في نوبات الشره الذاتي الشخصية أو الموضوعية في غياب سلوك تعويضي منتظم (و) يجب على اضطرابات الأكل المجمع أن تصنف ضمن مواضيع محددة متسلسلة أو متزامنة واستيفاء المعايير لكل من فقدان الشهية والشره المرضي العصبي، (ز) يجب على اضطراب الأكل الانطوائي / المقيد أن يشمل مقدار الاستهلاك الغذائي في الأطفال أو البالغين الذي لا يرافقه مرض نفسي ناتج عن وزن الجسم أو شكله؛ (ح) وينبغي تطبيق معيار زمني موحد لا يقل عن أربعة أسابيع.

الكلمات الرئيسية: اضطراب التغذية، اضطراب الأكل، التصنيف، الاستقرار التشخيصي، الطب النفسي العابر ثقافياً، علم النفس المرضي التطوري

(World Psychiatry 2012;11:80-92)

أثناء العالم. لذا فإن الميزة الأساسية لفئات التصنيف في هذا الدليل هي المنفعة السريرية، تكتسي البراهين السريرية والبحثية المرضية أهمية أكبر مقارنة مع البيانات من الأبحاث الأولية في مسببات المرض (1). يركز الاهتمام على الصلاحية العالمية العابرة للثقافات وحاجات الأخصائيين الصحيين في البلدان متوسطة أو محدودة الدخل (1).

لقد تم اقتراح عدد من الاتجاهات المفاهيمية في دليل ICD-11 (2). أولاً، تم اقتراح جمع الاضطرابات التي تبدأ خلال الطفولة والمراهقة وإبعادها لتحديد البراهين المتزايدة حول الاستمرارية بين المرض النفسي في الطفولة والمراهقة والبلوغ. من ثم يجب تنظيم المجموعات من خلال مقارنة المرض النفسي والمسار الحياتي لتحديد المظاهر للاضطرابات ذاتها في الطفولة والمراهقة والبلوغ.

ثانياً، تم الاتفاق على أن دليلي ICD-10 و DSM-IV يحويان مجموعات واسعة ومكثفة من التشخيصات المفرطة التحديد، مما يؤدي إلى معدلات اصطناعية عالية للمرض المصاحب والاستخدام المتكرر للفئات غير الكافية «لم يحدد غير ذلك» أو «آخر» (2). تشير بعض الاقتراحات إلى ضرورة الحصول على براهين ليس فقط لتغيير أو إضافة فئات تشخيصية بل أيضاً للحفاظ على تلك القائمة بالفعل. ويجب خفض استخدام المفرط لفئة «لم يحدد غير ذلك» من خلال مراجعة الحدود الموضوعية لكل اضطراب لتشمل ظهورها الأبرز سريرياً.

ثالثاً، بهدف الاستفادة من الاستخدام السريري بشكل أفضل، يعتمد دليل ICD مقارنة النموذج الأولي التي تبرز فيه مظاهر الفئة التشخيصية التي يرد وصفها بأسلوب سردي، وهو ما يستسيغ الأخصائيون في مجال الصحة عند الممارسة الطبية (3,4). يتفادى دليل ICD استخدام ما يدل على العدد الفعلي والتواتر والمدة الزمنية لتعديل العتبة التشخيصية. وبما أن أغلب معايير المدة في الكثير من الاضطرابات لا تستند على برهان

إن التصنيف لاضطرابات التغذية والأكل الوارد في دليل ICD-10 و DSM-IV غير مجد. وتبين أربعة وقائع النقص في النظام القائم. أولاً إن أغلبية المرضى الذين يظهرون اضطراب أكل متعلق بمرض نفسي لا يستوفون معايير اضطراب محدد ويتم تصنيفهم تحت فئة «آخر» أو «لم يحدد غير ذلك». ثانياً، إن معظم الأفراد الذين يعانون اضطراب أكل يخضعون بعده لعدد من التشخيصات بدلاً من أن يتم تشخيصهم مرة واحدة تحدد فيها مشاكلهم في مراحل تطورية مختلفة. ثالثاً، شرع عدد من التجارب السريرية إلى تغيير المعايير التشخيصية التي قد تعكس الممارسة السريرية بشكل أفضل، لكنها لم تحدد التصنيف كوسيلة تواصل بين الأطباء السريريين والباحثين. رابعاً، على الرغم من أن اضطرابات التغذية في الأطفال تحدد في التاريخ الطبي للمراهقين والبالغين الذين يعانون اضطرابات طعام، فإن القليل من الأبحاث حول الاستمرارية التطورية بين اضطرابات الطفولة والمراهقة والبلوغ التي تتناول سلوك الأكل غير السليم. طرح عدد من المسائل حول الاعتمادية التطورية والثقافية لاضطرابات التغذية والأكل وتم وضعها ضمن أطر مفاهيم محددة.

نظراً لهذه المشاكل، من غير المفاجئ أن تدرس منظمة الصحة العالمية ومنظمة الطب النفسي الأمريكية وضع تغييرات كبيرة على التصنيف. وقد تم تقديم عدد من مقترحات التغيير. أما هدف هذه المقالة، فهو تلخيص المسائل التصنيفية في اضطرابات الأكل والتغذية، ومراجعة نواحي البراهين، ووضع مقترحات للتعديلات في تطوير دليل ICD-11.

التصنيف العالمي للمرض

يكمّن الهدف الرئيسي لدليل التصنيف العالمي للمرض ICD في تسهيل عمل الأخصائيين الصحيين في مختلف المجالات السريرية في

الإطار التطوري

تعتبر العلاقة بين اضطرابات التغذية والأكل مسألة ذات أهمية كبرى. فمشاكل التغذية والأكل الاختباري في الطفولة ترد في التاريخ الطبي للمرضى الذين يعانون اضطرابات أكل منذ الإفاضة الأولى عن الحالة (٢٣)، لكن قليلة هي الأبحاث حول استمرارية اضطرابات التغذية والأكل. تشير الأبحاث المتوفرة إلى درجة استمرارية مشاكل الأكل من الطفولة وإلى البلوغ (٢٤-٢٦). وتشير دراسة استشرافية واسعة إلى أن مشاكل التغذية لدى الرضع وقلة الأكل في الطفولة تنبئ بفقدان الشهية العصبي في البلوغ وتصل نسبة الأرجحية إلى ٢,٦ و ٢,٧ بالترتيب (٢٦). بالنسبة للشهر العصبي، ينحصر الدليل في دراسة استرجاعية تظهر أن تاريخاً بفرط الأكل والأكل السريع في الطفولة أكثر شيوع بين النساء اللواتي يعانين الشهر العصبي مقارنة مع أخواتهن غير المرضيات به (٢٥). لكن لم تجر أي متابعة طويلة الأمد للأفراد الذين تم تشخيصهم باضطرابات التغذية والأكل في الطفولة. في الوقت ذاته، يشير الاتجاه السريري العام إلى أن الحدود بين اضطرابات التغذية في الطفولة واضطرابات الأكل أمر يطرح مشكلة بذاتها. فمن ناحية، يظهر لدى الشباب والأولاد الأصغر سناً أعراض تشبه اضطرابات التغذية في «البلوغ» (٢٧). ومن ناحية أخرى، يظهر الكثير من البالغين نقصاً في الوزن، ويكون نقص التغذية المقيد أو الاختياري بعيد عن أي ميزات نقص في الوزن أو الشكل النموذجي المرتبط بالأمراض النفسية، وقد يجوز وصفه بطريقة أفضل من خلال معايير اضطرابات التغذية. (٢٨-٣١).

أشارت بعض المصادر إلى أن أوجه التشابه بين مظاهر الأمراض النفسية المرتبطة بالتغذية في الطفولة والبلوغ لعلها قد أخفيت نتيجة اعتماد المعايير الموجودة بطريقة مشددة من دون الأخذ في الاعتبار بالمرحل التطورية (٢٨، ٣٢-٣٤). ويتجلى بشكل أوضح في الإدراك الشخصي الذي يتعلق بالصورة التي يراها المريض عن وزنه وشكله. يشير أحد التعليقات إلى أن الأطفال وبعض المراهقين قد لا يكون بإمكانهم صياغة هذه المخاوف أو التكلم عنها نتيجة عدم نمو القدرة على التفكير التجريدي (٢٨، ٣٢-٣٣). وتشير أحد الاقتراحات إلى أن مؤشرات السلوك لهذه المخاوف يجب أن يتم قبولها كأساس في التشخيص، إما إذا تمت مراقبتها سريرياً أو أفاد عنها أحد أولياء الأمر أو الاساتذة أو أحد البالغين (٣٢، ٣٥، ٣٦). مثلاً، عند ملاحظة طفل/ة يتحقق دوماً من وزنه وشكله أو يعبر عن تلك النواحي في رسوماته فإن ذلك يمكن اعتباره مؤشراً عن مشاغل بالوزن والشكل في الإطار النفسي المرضي لسوك التغذية. في حاله فقدان الشهية العصبي، أشارت بعض الاقتراحات إلى أن النمط الفرعي من النهام والتطهير المقيد عادة ما يمثل مراحل تطورية للاضطراب ذاته، فإن الأطفال والمراهقين الصغار الذين يظهرون نمط مقيد وسلوكيات نهام وتطهير تتطور حالتهم بنسبة بين البالغين في مراحل لاحقة (٣٢، ٣٥، ٣٧).

يشير ملخص البراهين إلى أن التصنيف الموحد المطبق عبر المجموعات العمرية المختلفة والذي يحدد المظاهر التطورية سيكون أكثر دقة في توصيف مسار الاضطرابات ويعكس الاستمرارية بين الطفولة والمراهقة والبلوغ مقارنة مع النظام المعتمد حالياً.

وصعب حفظها وتطبيقها، تم اقتراح وضع معيار فترة موحده من أربعة أسابيع، تستثنى منه الاضطرابات التي تحتاج إلى اهتمام سريري عاجل (مثلاً، الهوس والجمود العضلي) أو يظهر من خلال عوامل مختصرة نسبياً (مثلاً، الاضطراب الانفجاري المتقطع).

رابعاً، يقترح إضافة الفئات التي تملك بعض الدليل على المنفعة السريرية، ولا تملك من الدليل ما يكفي لتحديد صلاحية معايير محددة، في صلب دليل ICD، والإشارة إليها على أنها فئات تحتاج إلى المزيد من الاختبار.

خامساً، بهدف إيجاد الدليل على أن معظم الاضطرابات النفسية متعددة الجوانب، يقترح إزالة التمييز بين الأشكال العضوية والوظائفية في الاضطرابات.

الدليل السريري والمعايير التشخيصية

يكن السبب الأهم في تغيير معايير التشخيص الحالية في أنها قد تبطل صلاحية الدليل القائم. لذا من المهم تقييم الدليل السريري ذات الصلة وعلاقته بالتصنيف. لقد قمنا بمراجعة عدد من التجارب السريرية الأخيرة عن علاجات اضطرابات الأكل التي نشرت في ستة مجلات خاصة بالأطفال والطب النفسي البارزة (Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Journal of Child Psychology and Psychiatry, American Journal of Psychiatry, Archives of General Psychiatry, British Journal of Psychiatry and Psychological Medicine) ما بين يناير 2000 ومايو 2011.

وقد وجدنا ١٨ تجربة سريرية (جدول ١). اختبرت سبع تجارب علاجات لفقدان الشهية العصبي. منها، استخدمت ثلاث تجارب (نشرت بين عام ٢٠٠٠ و ٢٠٠٣) معايير «صارمة» من دليل DSM-IV أو ICD-10. فيما استخدمت أربع تجارب أخيرة (نشرت بين عامي ٢٠٠٥ و ٢٠١٠) معايير أكثر شمولاً، متهاونة في معايير الوزن و/أو معيار انقطاع الطمث.

اختبرت أحد عشر تجربة علاجات الشهر والحالات المتصلة. ثلاث منها (نشرت بين عامي ٢٠٠٠ و ٢٠٠٣) معايير «صارمة» من دليل DSM-IV أو DSMIII-R. فيما استخدمت ثمان تجارب (نشرت بين عامي ٢٠٠١ و ٢٠٠٩) معايير أكثر شمولاً منها اضطرابات الأكل من النوع الشهي والتي لم تحدد في غير ذلك أو اضطرابات الأكل كلها باستثناء نقص الوزن والشهر المرضي العصبي.

نختم القول بأن المنشورات حول التجارب السريرية تعاني نقصاً في نظام التشخيص الحالي من خلال توسيع معايير التشخيص في محاولة لنقل واقع الحال في الطب السريري. لم تستخدم أي من التجارب السريرية التي نشرت خلال السنوات السبع الماضية معايير دليل DSM-IV و ICD-10 كما هي محددة. أمّا النتيجة، فهي أن معايير الإضمام تختلف بين التجارب والتصنيف وقد خسرت هدفها في تحديد المجموعة ذاتها من المرضى عبر الدراسات البحثية والإطار السريري. نستخلص أن التغييرات في التصنيف لن تبطل صلاحية الدليل ذات المنفعة لأن البراهين الأخيرة مستندة على معايير التشخيص المعدلة.

الجدول ١ معايير التشخيص الاشمالية في التجارب السريرية الأخيرة حول اضطرابات الأكل

المؤلف	السنة	العلاج	اساس المقارنه	عدد	الفئة العمرية	المجموعة المستهدفة	معايير التشخيص الاشمالية
فقدان الشهية العصبي والحالات المتصلة							
لوك وآخرون (٥)	٢٠١٠	العلاج العائلي	العلاج الفردي	١٢١	المراهقين	فقدان الشهية العصبي	دليل DSM-IV باستثناء شرط انقطاع الطمث فقدان الشهية العصبي أو عتبة فقدان الشهية العصبي ارتفاع بسيط في الوزن ومعايير انقطاع الطمث معايير وزن صارمة أو متراخية
لوك وآخرون (٦)	٢٠٠٧	العلاج العائلي		٢٠	المراهقين	فقدان الشهية العصبي	
لوك وآخرون (٧)	٢٠٠٥	العلاج العائلي	العلاج العائلي (طويل)	٨٦	المراهقين	فقدان الشهية العصبي	
ماكنتوش وآخرون (٨)	٢٠٠٥	الادراكي CBT /	الادارة السريرية	٥٦	البالغين	فقدان الشهية العصبي	
بايك وآخرون (٩)	٢٠٠٣	CBT	الاستشارة الغذائية	٣٣	البالغين	فقدان الشهية العصبي	
دير وآخرون (١٠)	٢٠٠١	والتحليل الادراكي،	الادارة السريرية	٨٤	البالغين	فقدان الشهية العصبي	
أيلر وآخرون (١١)	٢٠٠٠	العلاج العائلي العائلات	العلاج العائلي	٤٠	المراهقين	اضطراب الأكل	
فايربرن وآخرون (١٢)	٢٠٠٩	CBT	لائحة الانتظار		البالغين	فقدان الشهية العصبي	أي اضطراب أكل ED مع BMI > 17.5 فقدان الشهية العصبي
شميت وآخرون (١٣)	٢٠٠٨	على CBT الكمبيوتر	لائحة الانتظار	٩٦	البالغين	الشه العصبي	أو EDNOS الشه العصبي أو
شميت وآخرون (١٤)	٢٠٠٧	العلاج العائلي	CBT	٨٥	المراهقين	الشه العصبي	EDNOS من نوع
لو غرانج وآخرون (١٥)	٢٠٠٧	العلاج العائلي	العلاج الداعم		المراهقين	الشه العصبي	الشه العصبي أو شه عصبي جزئي " متلازمة كاملة أو تحت العتبة
بانازياك وآخرون (16)	٢٠٠٥	مساعدة ذاتية ارشادية	لائحة الانتظار	١٠٩	البالغين	الشه العصبي	تطهير شخصي بوتيرة مرة في الاسبوع
والش وآخرون (١٧)	٢٠٠٤	فلوكسيتين	المساعدة الذاتية	٩١	البالغين	الشه العصبي	DSM-IV الشه العصبي أو
كارتر وآخرون (١٨)	٢٠٠٣	ذاتي CBT	لائحة الانتظار	٨٥	البالغين	الشه العصبي	
بالمر وآخرون (١٩)	٢٠٠٢	ذاتي CBT	لائحة الانتظار	١٢١	البالغين	اضطرابات الشه	شهر عصبي جزئي أو اضطراب التطهير
هسو وآخرون (٢٠)	٢٠٠١	العلاج الادراكي	الاستشارة الغذائية	١٠٠	البالغين	الشه العصبي	DSM-III-R نوبة نهام وتطهير في الاسبوع
سايفر وآخرون (٢١)	٢٠٠١	علاج السلوك الجدلي	لائحة الانتظار	٣١	البالغين	الشه العصبي	
آغراس وآخرون (٢٢)	٢٠٠٠	CBT	العلاج التفاعلي بين الأشخاص	٢٢٠	البالغين	الشه العصبي	DSM-III-R

CBT العلاج السلوكي الادراكي - BMI مؤثر كتلة الجسم - ED اضطراب الأكل - EDNOS اضطراب الأكل غير المحدد فيما عدا ذلك

ثقافياً الذي يليه استخدام مسهلات محلية الصنع في جزر المحيط الهادئ أمراً طبيعياً ويجب ألا يعتبر حالة طبية، لكن إذا تم استخدام المسهلات المصنوعة من الأعشاب المحلية ذاتها ضمن إطار مرضي نفسي نموذجي وفي خارج إطارها الثقافي تصبح عارض اضطراب أكل (٣٩، ٥٥). قد يعتمد اندفاع التحلي بنحافة الجسم على إطار اجتماعي اقتصادي أيضاً. فمثلاً في المجتمعات التي تشهد انتقالاً اجتماعياً اقتصادياً، تعتبر النحافة أمراً قيماً قد يساعد في الحصول على وظيفة ويضمن نجاحاً مهنيًا (٤٢، ٥٦، ٥٧). قليل من البراهين تشير إلى أن المتغيرات الثقافية في المظهر لها أثر على ردة الفعل في توقعات سير المرض على المدى الطويل. في الولايات المتحدة يبدي مرضى الشره العصبي الذين ينتمون إلى أقليات عرقية ردة فعل مشابهة للعلاجات النفسية كالأمركيين الأوروبيين (٥٨).

كما يرتبط النهام والتطهير بشكل متساو بين البلدان والأعراق المختلفة، لكن التفاصيل حول مظاهره تختلف باختلاف الثقافات. فالنساء من العرق الأسود قد يبدن أكثر وزناً، ولديهن مخاوف أقل من زيادة الوزن أو شكل جسدهن والأكل، ويظهر لديهن تاريخ أقل تواتراً من الشره العصبي، إلا أنهن يظهرن مستويات متشابهة من اعراض الاكتئاب والاعتلال مقارنة مع النساء من العرق الأبيض الذين يعانون التشخيص ذاته (٥٩). بشكل عام إن الربط بين النهام والتطهير والبدانة وعدم الاقتناع بالوزن أو الشكل والمرض النفسي العام يتشابه بين المجموعات العرقية المختلفة (٦٠، ٦١). في حين أنه ما من حاجة إلى تعديل أي معايير تشخيصية، إلا أن المستويات المنخفضة للعلاج بين النساء من العرق الأسود اللواتي يعانين اضطراب النهام والتطهير تشير إلى ضرورة توشي درجة حذر أعلى بين الأطباء السريريين لاضطرابات الأكل في المجموعات العرقية غير الأوروبية (٥٩).

عدم ثبات الفترة الزمنية والتحويلات التشخيصية

وجدت الدراسات الطولية المتابعة لفقدان الشهية والشره العصبي أن نسبة لا بأس بها من المواضيع تغير الوضع التشخيصي إلى اضطراب أكل مختلف (٦٢-٦٧). وبرزت التحويلات التشخيصية بشكل أكثر شيوعاً في سنوات المرض الأولى وتتبع سلسلة انتقالات متوقعة. والشائع انه أحياناً ما يتغير فقدان الشهية العصبي إلى شره في الأكل أو استعمال المسهلات. (٦٨-٧٢). أما الانتقال بشكل معاكس، فيبقى أقل شيوعاً. وفي حين يتطور لدى ثلث الأفراد الذين تم تشخيصهم في البدء بفقدان الشهية العصبي حالة من الشره العصبي خلال خمس سنوات من المعالجة، فإن ١٠-١٥٪ فقط من أولئك الذين يتم تشخيصهم بالشره العصبي يتطور لديهم فقدان الشهية العصبي (٦٨، ٧٠، ٧٢). ويتطور لدى نسبة كبيرة من الأفراد الذين يعانون تشخيصاً أولياً بالشره العصبي حالة من النهام والتطهير أو اضطراب أكل لم يحدد غير ذلك EDNOS (65، 68). كما ثمة تحولات متعددة بين الفئات المحددة من اضطراب الأكل وحالات EDNOS، حيث تظهر تلك الأخيرة حالة متوسطة في الطريق إلى الشفاء (٦٨، ٧٣، ٧٤).

قد تمتد أيضاً التشخيصات إلى العلاقة بين اضطرابات التغذية في الطفولة واضطرابات الأكل في المراهقة والبلوغ. كما نجد اضطراب الأكل المقيد وفرط الحركة أيضاً لدى الأطفال والمراهقين الذين ينكرون أي دافع لهذا السلوك من خلال الخوف من زيادة الوزن، ولكن يظهرن لاحقاً رهابة من الوزن ويتم تشخيصهم باضطراب أكل (٢٨، ٣٣، ٣٥).

يؤدي الأكل دوراً هاماً في مختلف الثقافات. فعادات الأكل المقبولة تختلف كثيراً وتتنوع بتنوع الديانات والأعراق، وقد وضعت مفاهيم اضطرابات الأكل كمتلازمات محددة ثقافياً (٣٨). في هذا الاطار، من الملحوظ أن معظم الأبحاث التي تم نشرها تعتمد على مجموعات سكان من أمريكا الشمالية وأوروبا. في العقد الأخير، أشارت تقارير إلى أن اضطرابات الأكل والحالات المتصلة من مختلف البلدان، ومن بينها بلدان ذوي الدخل المحدود والبلدان التي تعيش انتقالاً اجتماعياً وثقافياً (٣٩-٤١)، قد تراكمت مما قد يشير إلى تصنيف حساس للمتغيرات المحلية (٤٢).

يحدث فقدان الشهية العصبي في كافة الثقافات، لكن نسبة وقوعه تبقى أعلى بين الأفراد المتأثرين بالثقافة والقيم الغربية وهؤلاء الذين يعيشون ضمن تأثيراتها (٤٠، ٤١، ٤٣). مثلاً، وجد أن في منطقة البحر الكاريبي بجزيرة كوراساو، كافة حالات فقدان الشهية العصبي هن نساء من أعراق مختلفة أمضين وقتاً في الولايات المتحدة أو هولندا؛ ولم تبرز حالات من فقدان الشهية العصبي بين أكثرية الشابات من العرق الأسود واللواتي لم تغادرن الجزيرة (٤٠، ٤٤). إن حصول فقدان الشهية العصبي نسبياً نادر بين النساء من العرق الأسود في إفريقيا، والكاريبي والولايات المتحدة الأمريكية (٤٥، ٤٧). في جمهورية التشيك، ارتفعت حالات فقدان الشهية العصبي بحدة بعد سقوط الستار الحديدي، وقد أُشير إلى ارتباط ذلك بالتعرض للإعلام والقيم الغربية (٤١).

بالإضافة إلى تأثيرها على الانتشار، فإن الثقافة تشد شكل المظاهر التي تتجلى فيها حالات فقدان الشهية العصبي. مثلاً في جنوب شرق آسيا، يشير عدد كبير من مرضى فقدان الشهية العصبي إلى عدم ارتياح جسماني وعوامل أخرى كسبب يحدّمهم من الأكل (٢٨، ٤٨). لكن تم أيضاً تسجيل مظاهر نموذجية حيث يشكل الوزن والشكل شغلاً شاغلاً بالإضافة إلى خوف من زيادة الوزن في معظم الثقافات غير الغربية (٢٨، ٤٨-٥٠). وبلغت معدلات متلازمة فقدان الشره العصبي الكاملة في جنوب شرق آسيا متوسطاً ما بين البلدان الغربية والأفريقية (٥٠).

يشير الدليل إلى أن المرضى الذين أظهروا في البدء أسباباً أخرى عادة ما يطورون خوفاً شديداً من زيادة الوزن (٥١) وأن نسبة المرضى الذي يشيرون إلى خوف من زيادة الوزن تزداد مع تعرضهم لقيم الثقافة الغربية (٥٢). ذلك يقترح أن رهابة الوزن وفقدان الشهية بغير رهابة الوزن يعتمد على الإطار العام عند تجلي مظاهر الاضطراب ذاته. لذا، يوصى بعدم التعلق في أن يظهر الفرد خوفاً من الوزن لتشخيصه بفقدان الشهية العصبي، شرط أن تبرز سلوكيات محافظة على وزن ناقص أو تظهر أمراض نفسية تشير إلى اضطراب أكل.

يرتبط مفهوم الشره العصبي بشكل وثيق بالثقافة الغربية (٣٨). ويشيع الاضطراب بين الأفراد المعرضين للثقافة الغربية والذين تربوا تحت تأثيرها (٣٨، ٤١، ٤٣). على الرغم من أن كافة الأعراض المكونة للشره العصبي تحدث في البلدان غير الغربية من ذوي الدخل المحدود، إلا أن المتلازمة تظهر بانتشار أقل في تلك البلدان مقارنة بدول شمال أمريكا وغرب أوروبا (٤٣، ٤٩، ٥٠، ٥٣). إن حدوث الشره العصبي يزداد بموازاة التعرض للإعلام الغربي وقيمه ويتربط مع درجة من التغير في الثقافة (٤١، ٤٣، ٥٢، ٥٤). لذا فإن مظهر الشره العصبي وانفصاله عن الحال الطبيعي أمر يجب الحذر منه في الاطار الثقافي. مثلاً، يعتبر الأكل المعاقب

إطار الاضطرابات النفسية (مثلاً، الذاتوية والاعاقة في التعلم) والحالات البدنية (النقص في الحديد، والحمل). يقترح هنا وجوب إعطاء تشخيص باضطراب القطا واضطراب ارتجاع الطعام استناداً على السلوك وبغض النظر عن العمر (٧٦).

اضطراب الأكل التجنبي والمقيد ARFID

تم اقتراح اضطراب الأكل التجنبي والمقيد ARFID ليحل محل الفئة غير المحددة من اضطراب التغذية في الطفولة أو مراحلها الأولى، بالإضافة إلى أن تشمل بوضوح حالات من المراهقة والبلوغ تظهر مع كميات غير كافية من الأكل محفزة نفسياً لأسباب تتعلق بالخصائص البدنية أو النتائج المقلقة من أكل أنواع محددة من الطعام غير تأثيرها على الوزن والشكل الجسماني (76).

يتداخل اضطراب الأكل التجنبي والمقيد ARFID مع فقدان الشهية العصبي من حيث الكمية المحددة من الطعام ونقص الوزن الناتج، لكنه يختلف في المرض النفسي والدوافع. وتشمل هذه الأخيرة أنواع اجتنابية من الطعام وأكل ألوان محددة أو القوام أو حصر تناول الغذاء بكمية صغيرة من أنواع الأكل «الآمن» لما يترتب عن غير ذلك من نتائج صحية. لا يرتبط اضطراب الأكل التجنبي والمقيد ARFID عادة باضطرابات كبيرة لصورة الجسد.

وبما أن المتغيرات الطبيعية واسعة بين عادات الأكل بين الأطفال والبالغين، فإن التمييز بين الحالة الطبيعية وتلك غير الصحية أمر غاية في الأهمية. وكقاعدة عامة، يجب تشخيص هذا الاضطراب فقط حين يكون الأكل التجنبي والمقيد سبباً في الغذاء غير المتكافئ الذي قد يتم ربطه بتأخر النمو لدى الأطفال، والوهن وفقر الدم ونتائج طبية أخرى في أي من الفئات العمرية، أو النمو غير المتكافئ للجنين لدى المرأة الحامل. إن الممارسات الغذائية التي تعتمد عليها مجموعات واسعة من الناس، كالأكل النباتي أو الصوم الديني، لا تشكل أساساً للتشخيص في اضطراب الأكل التجنبي والمقيد ARFID.

تتطابق فئة اضطراب الأكل التجنبي والمقيد ARFID المقترحة في هذا السياق مع الاتجاه العام لاضطرابات التغذية والأكل وشمول كافة الفئات العمرية في تصنيفات التشخيص. كما تقدم نفسها كفئة ملائمة لبعض الحالات التي تلقت سابقاً تشخيصاً بـ «لم يحدد غير ذلك EDNOS» وبما أن اضطراب الأكل التجنبي والمقيد ARFID مفهوم جديد نقترح أن يضاف إلى دليل ICD-11 كفئة تتطلب المزيد من الاختبار. وبشكل خاص نوصي بإيلاء المزيد من الأبحاث والدراسة لتحديد الحدود بين هذا الاضطراب وبين فقدان الشهية العصبي ومنها مظاهر الرهاب المحددة ثقافياً غير رهاب البدانة، وبين اضطراب ARFID ورهابات محددة. كما نأمل بأن يشكل إضافة اضطراب ARFID حافزاً للأبحاث حول استمرارية مظاهر اضطرابات الأكل والتغذية بين الطفولة والبلوغ.

اضطراب القطا

يوصف القطا على انه اشتهاً أكل مواد غير غذائية لا تؤكل، كالتراب أو الطباشير أو الحديد أو الأغراض البلاستيكية، الشعر أو البراز. يشمل دليل DSM-IV و ICD-10 اضطراب القطا من بين الاضطرابات التي تبدأ في الطفولة والمراهقة، بينما تكون مظاهره مرموز لها في مكان آخر (مثلاً

الأهم هو أن أقلية قليلة من الحالات تظهر تحولات متكررة من التشخيص. فمثلاً، نصف الذين ينتقلون من حالة أولية من فقدان الشهية العصبي إلى الشره العصبي يختبرون «معاودة» فقدان الشهية العصبي خلال بضع سنوات (٧٠). يشكل التحول التشخيصي في اضطرابات الأكل على المدى الطويل، حيث يتغير الوضع التشخيصي مرة أو أكثر لدى معظم المرضى الذين يستمر لديهم المرض بضع سنوات (٦٨، ٧٠، ٧٢). من ناحية أخرى، يتم ربط الاكتئاب المرافق للمرض وادمان الكحول بعدم الاستقرار التشخيصي في اضطرابات الأكل (٦٨). إذا نظرنا إلى معدلات التحول هذه، نرى من الواضح أن التشخيصات المتتالية تشكل مراحل للاضطراب ذاته بدلاً من كونها اضطرابات منفصلة.

من المحتمل أن تكون الأمراض الظاهرة المصاحبة والمتتالية في اضطرابات الأكل المختلفة هي اصطناع في تطبيق النظام الشامل لفئات التشخيص المحددة حيث تتداخل الأمراض النفسية بعضها البعض. ففي دليل DSM-IV و ICD-10 تعتبر فئات اضطراب الأكل المتباينة حصرية، لذا لا يمكن تشخيصها في الوقت ذاته. إلا أنه لا يمكن الحصر في التشخيصات المتسلسلة، ولا يأخذ أي من الدليلين المسار الطولاني في المرض النفسي بعين الاعتبار. لا شك في أن هذا الواقع غير مجدٍ. فمن ناحية، يخلق انطباع نمط بالغ التعقيد للمرض المصاحب المتسلسل، ومن ناحية أخرى، توفته معلومات تشخيص مستقبلية هامة. مثلاً، بين البعض أن المرضى الذين يعانون الشره العصبي، فإن تاريخاً من فقدان الشهية يرتبط بفرصة أقل من الشفاء وخطر أكبر في التحول إلى فقدان الشهية العصبي (٧٥). وقد اقترح البعض أن الشره العصبي يجب أن يحدد كنمط فرعي وفقاً لتاريخ فقدان الشهية العصبي (٧٥). وقد تتطلب أحد الحلول الجذرية لمشكلة الأمراض المصاحبة المتسلسلة غير المنتظمة قيوداً على تغييرات مختلفة لفئات التشخيص (مثلاً، قد يستمر تشخيص فقدان الشهية العصبي لبضع سنوات بعد استقرار الوزن الطبيعي) أو وضع فئة اضطراب أكل شاملة تجمع بين حالات تتطابق مع المعايير المتسلسلة لفقدان الشهية والشره العصبي وتظهر ميلاً نحو مظاهر التغيير المتكررة.

اضطرابات التغذية

تصنف اضطرابات التغذية في الطفولة ومراحلها الأولى واضطرابات الأكل في المراهقة والبلوغ في أقسام مختلفة من دليل ICD-10 و DSM-IV. تشمل اضطرابات التغذية في الطفولة ومراحلها الأولى رفض الطعام والأكل الاختياري (الابتداعي)، وارتجاع الطعام مع أو من دون المضغ، أو أكل أشياء لا تؤكل (اضطراب القطا). يشكو هذا التصنيف من مشاكل كبيرة لا سيما وأنه يشمل شروط غير متجانسة وحدود غير واضحة لاضطرابات الأكل وشروط أقل شيوفاً وأكثر تحديداً تطراً لدى الأطفال والبالغين (٧٦، ٧٧).

تم اقتراح تصنيفات بديلة لاضطرابات التغذية، لمحاولة تحديد مفاهيم الفئة غير المتجانسة هذه ضمن من أربع إلى ست فئات محددة (٧٨-٨٠) و/أو التشديد على الإطار الترابطي بين التغذية وموفر الرعاية الأولية (٨٠، ٨١). تكمن المشاكل في أن الأنماط الفرعية المحددة تترك عدداً من المظاهر السريرية غير المصنفة ويحتاج بعضها إلى تخصيص مسببات خاصة بالاضطرابات تكون متعددة الأوجه. نتيجة لذلك، أياً من تلك المقترحات لم يتم قبوله. تتضح الصورة في اضطرابات القطا وارتجاع الطعام، وهما متلازمتان مختلفتان نسبياً. لكن كل منهما عادة يظهر لدى البالغين وفي

في الاضطرابات التي لم تحدد غير ذلك (EDNOS). وبما أن اضطراب القطا يظهر أولاً في البلوغ في الكثير من الحالات، نقترح أنه ما من شرط عمري عند تحديد هذا التشخيص (76). يتطلب الاضطراب فقط تشخيصاً إذا كان حاداً ويؤدي إلى نتائج ضائرة (مثلاً، التسمم من المعادن أو التهاب طفيلي)، ولا يحدث بشكل حصري خلال الأحداث المرفوضة اجتماعياً (مثلاً العادات الدينية) أو الممارسات المقبولة ثقافياً (مثلاً أكل الطين في نيجيريا) ولا يتم شرحه بشكل كامل من خلال اضطراب نفسي آخر (مثلاً، الذهان أو اضطراب الوسواس القهري). كما يحصل أكل المواد غير الغذائية في حالات الحمل ويجب أن تشخص النساء الحوامل باضطراب القطا إلا إذا كانت تتخطى الحالة الطبيعية أو تسبب مخاوف حول الصحة.

اضطراب ارتجاع الطعام

يصف اضطراب ارتجاع الطعام عملية بلع الأكل واسترجاعه من المريء ثم مضغه مجدداً أو بزقه. وقد شمل دليل ICD-10 وDSM-IV عليه تحت اسم اضطراب استرجاع الأكل. وبما أن اضطراب استرجاع الأكل شائع لوصف عملية نفسية تشمل أفكار متكررة، نقترح تغيير الاسم إلى «اضطراب ارتجاع الطعام» لتفادي الارتباك. تم تصنيف اضطراب ارتجاع الطعام سابقاً في قسم الاضطرابات التي تبدأ بشكل خاص في الطفولة، إلا أنه كثيراً ما يسترعى الانتباه في البلوغ. لذا يجب تشخيصه من دون وضع قيود عمرية (٧٦).

اضطرابات الأكل التي لم تحدد غير ذلك EDNOS

تطور مجال اضطرابات الأكل حول مفاهيم فقدان الشهية العصبي والشهية العصبي. لكن معايير دليل DSM-IV تطبق لدى المرضى الذين يطلبون الرعاية لاضطرابات الأكل، التي يعد أكثرها شيوعاً اضطرابات الأكل التي لم تحدد غير ذلك EDNOS. وفي حين تعتبر نسبة المرضى المشخصون بـEDNOS مستقرة عبر الأعداد والفئات العمرية المختلفة، فإن نسبة ٦٠٪ من المرضى الأطفال والمراهقين والبالغين يخضعون لعلاج اضطرابات الأكل المصنفة باضطرابات EDNOS (٨٢-٨٤). في دليل ICD-10 تنفصل هذه الاضطرابات بين فقدان الشهية العصبي اللا نموذجي والشهية العصبي اللا نموذجي واضطرابات الأكل الأخرى، واضطراب أكل لم يحدد غير ذلك. لكن ذلك لا يحسن واقع الأمر، فالتشخيصات بفقدان الشهية اللا نموذجي والشهية اللا نموذجي لا تتمتع بموثوقية يمكن الاعتماد عليها بينما لا يزال ٤٠٪ من المرضى يحصلون على تشخيص اضطراب «آخر» أو «غير محدد» (٨٢). كما يحصل ارتباك في معنى «فقدان الشهية العصبي اللا نموذجي». ففي دليل ICD-10 يتم تعريف فقدان الشهية العصبي اللا نموذجي كحالة تشبه فقدان الشهية العصبي لكن لا تستوفي المعايير التشخيصية كلها (مثلاً، انقطاع للطمث أو درجة كافية من خسارة الوزن). ويرد في المنشورات حول هذا الموضوع مصطلح «فقدان الشهية العصبي اللا نموذجي» بشكل حصري أكثر لوصف اضطراب الأكل الذي يرافقه انخفاض كبير بالوزن في ظل غياب مخاوف من شكل الجسد أو وزنه (٨٥، ٨٦). لهذه الأسباب، نستخلص أن دليل ICD-10 لا يتمتع بالفائدة ذاتها كدليل DSM-IV.

يكن سبب المشاكل الحالية في المعايير المحددة لاضطرابات الأكل، فقدان الشهية والشهية العصبي، التي تعد ضيقة جداً وجامدة. بالفعل فإن

توصيفات اضطرابات الأكل شاذة بعض الشيء إذ أنها تتطلب استيفاء كافة المعايير بدلاً من حد أدنى من قائمة طويلة من الأعراض. فمثلاً، يتطلب تصنيف نوبة اكتئابية وجود خمسة أعراض من أصل تسعة، إلا أن تشخيص فقدان الشهية يتطلب استيفاء أربعة من أربعة أعراض (الوزن الناقص، الخوف من زيادة الوزن، صورة الجسد، الانزعاج وانقطاع الطمث). إن هذه الشروط القاسية تعني أنه مع غياب أي من الأعراض يتم تشخيص المريض باضطراب لم يحدد غير ذلك EDNOS حتى وإن كانت المظاهر التي تتجلى تشبه تلك الظاهرة في فقدان الشهية العصبي النموذجي. تتألف نسبة كبيرة من اضطرابات EDNOS من حالات دون العتبة. وتشمل الأنواع الشائعة منها فقدان الشهية العصبي من دون انقطاع الطمث، وفقدان الشهية من دون خوف زيادة الوزن، وفقدان الشهية العصبي الذي لا يستوفي معيار خسارة الوزن، والشهية العصبي الذي يتخلله تطهير غير موضوعي (أي الذي لا يشمل كميات من الطعام تكون أكبر بكثير مما يتناوله معظم الناس)، والشهية من دون التطهير (اضطراب النهام)، والشهية من دون النهام (اضطراب تطهير الأكل) والشهية العصبي والسلوكيات التعويضية التي تحدث في أقل من مرتين في أسبوع إلى ثلاثة أشهر (29، 84). مثلاً، ففي اضطرابات الأكل في العيادة الخاصة، تشكل حالات فقدان الشهية والشهية العصبي دون العتبة حوالي 83% من الاضطرابات التي لم تحدد غير ذلك EDNOS (84).

إن تشخيص معظم المرضى باضطرابات لم تحدد غير ذلك لا يقدم أي مساعدة وذلك لعدة أسباب. أولاً، تشكل مجموعة المرضى المحدد تشخيصهم باضطرابات لم تحدد غير ذلك EDNOS مجموعة متغايرة الخواص بشكل كبير، حيث تختلف مظاهر المرض وتوقعات سير المرض والقبول الجسدي ونتائج العلاج (37، 84). ثانياً، إن معظم حالات الاضطراب الذي لم يحدد غير ذلك تشكل مرحلة اضطراب أكل لدى الأفراد الذين يستوفون معايير فقدان الشهية أو الشهية العصبي في أوقات أخرى (29، 73). ثالثاً، إن الطابع المتبقي لهذه الفئة يعكس ضمناً أنه اضطراب أقل حدة. يتعارض هذا الأمر مع ما تم تبيانه من حدة وصفات مضعفة وتوقعات بسير المرض غير متفائلة والتي تشمل الوفاة باضطراب لم يحدد غير ذلك (87، 88). أخيراً فإن هذه الاضطرابات (EDNOS) لا تداعيات محددة لها في اختيار العلاج أو توفير الرعاية. وقد حصلت الكثير من المحاولات لتقديم علاج "تحول التشخيص" يكون فعالاً لمعظم اضطرابات الأكل إلا أن البراهين التي تم نشرها في هذا العلاج تستثني اضطرابات الأكل التي يرافقها وزن ناقص وبالتالي تتلاءم مع فئة أوسع من الشهية العصبي (12). تم اعتماد مقارنة مماثلة في تجارب سريرية أخيرة حول الشهية العصبي، وقد شملت اضطرابات لم تحدد غير ذلك شبيهة بالشهية (15-13). نستخلص من ذلك أن الاستخدام المستمر والشائع لهذا التصنيف غير مفيد لا بل قد يكون مضرًا. قدمت بعض المقترحات حلولاً لخفض الاعتماد على هذا التصنيف. وشمل معظمها توسيع المعايير التشخيصية لفقدان الشهية والشهية العصبي لكي تتضمن نسب حالات تشخص حالياً باضطرابات EDNOS. وتشمل هذه المقترحات: تخفيض متطلبات انقطاع الطمث، وتوسيع معيار الوزن الناقص ومتطلبات الخوف من زيادة الوزن. وتشمل مقترحات توسيع معايير الشهية العصبي خفض تواتر متطلبات النهام والسلوك التعويضي، وخفض «موضوعية» النهام (معياري وجوب أن يتضمن النهام أكل كميات كبيرة جداً من الطعام). وقد وجدت الدراسات الأولية لدى المراهقين والبالغين أن حذف معيار موضوعية النهام له التأثير الأكبر في خفض استخدام الفئة المتبقية (٢٩، ٨٤). ووفقاً لدرجة الاتساع، فإن الفئات

(مؤشر كتلة الجسم $BMI < 17.5$ أو وزن أقل من ٨٥٪ وفقاً للطول، والعمر والجنس)، صورة الجسد المضطربة وانقطاع الطمث. أما المعيار الرابع، فيختلف بين التصنيفين: ففي دليل ICD-10، يعد الوزن المنخفض المحدد ذاتياً من خلال التقييد الغذائي و/أو سلوك التطهير شرطاً؛ أما في DSM-IV، فيعد الخوف الشديد من زيادة الوزن أو البدانة شرطاً. في DSM-IV، ينقسم فقدان الشهية العصبي أكثر باتجاه نمط فرعي من النهام والتطهير.

لاقت هذه التصنيفات انتقادات لعدة أسباب. أولاً، إن اشتراط وجود المعايير الأربعة يستتني نسبة كبرى من المظاهر السريرية التي تتوافق مع نموذج فقدان الشهية العصبي. بينما لاقي اشتراط انقطاع الطمث ووزن منخفض حتى العتبة، ورهاب البدانة انتقادات على الأساس ذاته. ثانياً، إن هذه المعايير لا تراعي المتغيرات الثقافية؛ فالخوف من زيادة الوزن قد سجل في مجموعات أصغر غير منتمية إلى الثقافة الغربية. ثالثاً، قدم البعض تعليقات بأن معايير التوسيع تستتني فرط الحركة، وهو أحد الملامح الظاهرة في تجليات فقدان الشهية العصبي (٩٦). وتظهر مشاكل معايير التشخيص في حقيقة أن معظم التجارب السريرية استخدمت معايير إضمام أوسع، لا سيما توسيع معايير الوزن وانقطاع الطمث (جدول ١). سنقوم أولاً بمراجعة أسباب الإبقاء أو إلغاء معيار ما وننتقل إلى المفهوم التشخيصي والمقترحات المقدمة للمراجعة.

يعرّف انقطاع الطمث بأنه انقطاع النزيف الشهري لثلاثة أشهر متتالية، وهو أحد الملامح الشائعة في فقدان الشهية العصبي التي ترتبط بشكل وثيق مع الوزن الناقص والتمارين المفرط والكثير من تداعيات توقعات سير المرض في الكثافة المعدنية للعظام ونتائج الخصوبة. لكن العديد من الوقائع تجعل من انقطاع الطمث مشكلة في اعتباره معياراً تشخيصياً. أولاً، لا يطبق على الفتيات قبل بدء العادة الشهرية أو على النساء بعد توقفها أو النساء اللواتي يتعاطين أدوية هرمونية والرجال. وقد اقترح دليل ICD-10 معادلة للذكور في الاضطراب الهرموني تتجلى في «خسارة الاهتمام الجنسي والعجز الجنسي»، وهو نادراً ما يتم تقييمه أو تناوله الأبحاث، وما لا تتضح مساهمته التشخيصية. ثانياً، إن أقلية كبيرة من النساء (٥ إلى ٢٥٪ في العينات السريرية) اللواتي كُننا ليستوفين معايير فقدان الشهية العصبي ويتطلبن رعاية سريرية تحصل لديهن العادة الشهرية وهن بالتالي يصنفن ضمن اضطرابات لم تحدد غير ذلك EDNOS. ثالثاً، إن شرط انقطاع الطمث ثلاثة أشهر متتالية يتداخل مع التشخيص الدقيق والعلاج الزمني الملائم. ثمة اتفاق عام بأن انقطاع الطمث يجب ألا يكون أحد شروط التشخيص باضطراب فقدان الشهية العصبي، لكن يجب تسجيله لا سيما وأنه قد يكون مؤشراً على حدة الاضطراب ويساعد في التمييز بين النحافة الصحيحة واضطراب فقدان الشهية العصبي (101).

يعد معيار الوزن المنخفض كأحد ملامح فقدان الشهية العصبي، غير أن ميزاته المحددة سبق أن تمت مناقشتها. ولا يستوفي عدد ملحوظ من النساء اللواتي يتوافقن مع نموذج فقدان الشهية العصبي بشكل ضيق مع معيار الوزن ومؤشر كتلة الجسم $BMI < 17.5$ (أو وزن أقل من ٨٥٪ من المتوقع نسبة للعمر أو الطول) ويتم تصنيفهن تحت اضطرابات EDNOS. وفقاً لتكوين الجسد، فإن العتبة المحددة أعلاه للوزن الناقص قد تعتبر عالية جداً أو منخفضة جداً في حالات فردية. لذا فقد اقترح البعض توسيع هذه العتبة و/أو تركها للحكم السريري (www.dsm5.org). ويتمتع هذا الاقتراح بأفضلية أنه يخفض استخدام فئة اضطرابات EDNOS التي لا تساعد، لكنه يخاطر في خسارة الموضوعية في التشخيص وفقدان معلومات هامة.

الملحقة يمكنها خفض استخدام تصنيف الاضطرابات التي لم تحدد غير ذلك بشكل معتدل (٦٨، ٨٩) أو حتى إلغائها (٩٠).

أما المجموعة الأخرى من المقترحات، فتشمل اعتماد فئات تشخيصية أكثر تفصيلاً. ونجد فيها دعماً أكبر لتقديم اضطراب النهام (٩١، ٩٢). وتضمن فئات إضافية مقترحة كاضطراب التطهير (٩٣) ومتلازمة الأكل ليلاً (٩٤). فيما تضم إحدى الفئات المختلطة المقترحة من حالات اضطراب الأكل التي تتميز بخصائص كل من فقدان الشهية والشهية العصبي لتحديد الحالات التي لا تتوافق بسهولة مع اضطراب أكل واحد (٩٥). أخيراً تم تقديم مقترح يضم توسيع المتطلبات الصارمة التي تحدد الأعراض الشرطية لإعطاء تشخيص وتقتصر قائمة من الأعراض التي يجب أن تتوفر أحدها أو كلها لاستيفاء معيار التشخيص (٩٦).

في حين أن المقترحات أعلاه تبدو أنها تراعي حساسية المعايير ويظهر كل منها بأنه سيحد من الحاجة إلى التشخيص باضطرابات لم يحدد غيرها EDNOS، إلا أنه من الصعب أن نقدر تأثيرها على النواحي المجمع من المقترحات المختلفة. ثمة بعض المشاكل أيضاً في اعتماد المقترحات بشكل كلي. فمثلاً، يشكل نظام التصنيف البديل الذي اقترحه هيببراند وبوليك (٩٦) انطلاقة قوية نظرياً من التصنيف القائم، من خلال إلغاء ضرورة ظهور كافة الأعراض، لكنه يركز فقط على فقدان الشهية العصبي ويشمل أعراضاً غير محددة نسبياً كالانفعالية والمزاج الاكتئابي في توجيه التشخيص، مما يثير مخاوف حول قدرته على التمييز بين الاضطرابات من مجموعات أخرى. نفضل مجموعة تقديم اضطراب النهام كفئة إضافية محددة وتوسيع ملحوظ لمعايير التشخيص، وفقاً لما اقترحه والش وسيسكو (٩٧)، وهو ما برهن على فاعلية في إلغاء استخدام فئة الاضطرابات التي لم تحدد غير ذلك (٩٠) ويتناسق مع الاتجاهات الأخيرة في منشورات التجارب السريرية (جدول ١).

من غير الواضح ما إذا كانت أهمية اضطراب التطهير أو متلازمة الأكل ليلاً ستستمر حين يتم توسيع معايير فقدان الشهية العصبي والشهية العصبي واضطراب النهام. أما الدليل المتوفر الآن، فيشير إلى أن معظم الأفراد الذين يعانون اضطراب التطهير يعانون نهاماً شخصياً لذا فإن إزالة شرط استهلاك كميات ضخمة من الطعام خلال النهام قد يكون كافياً لتصنيف معظم الأفراد ضمن الشهية العصبي والذي لا يختلف عن اضطراب التطهير فيما يخص الاعتلال والاستجابة للعلاج (١٢، ٩٨). يمكن وضع معظم حالات متلازمة الأكل ليلاً ضمن فئة واسعة من اضطراب النهام. يبقى مسألة الحالات التي تتغير مظاهرها بشكل متواتر وتستوفي معايير تعاقبية لاضطرابات أكل مختلفة. وفقاً لمقترحات فايربرن (٩٥)، ندعم استخدام فئة مختلطة. لكن ولتفادي التكرار عند التطبيق إلى جانب فئات محددة، نقترح الاحتفاظ بهذه الفئة للاستخدام في الحالات الحادة التي تستوفي معايير فقدان الشهية والشهية العصبي إما بشكل متزامن أو تعاقبي. يمكننا تعريف هذه الفئة بمصطلح «الفئة الجامعة» الأكثر ملاءمة بدلاً من «المختلطة».

فقدان الشهية العصبي

فقدان الشهية العصبي هو اضطراب أكل نموذجي تم تحديده وصفه في القرن التاسع عشر (٩٩، ١٠٠). يرد توصيف لهذا الاضطراب في دليل ICD-10 و DSM-IV، وهو محدد ضمن أربعة معايير، تستخدم كلها في التشخيص. وتعد ثلاث منها أساسية في النظامين: وزن منخفض

وقد ظهر الوزن الناقص بشكل متكرر كمؤشر قوي لتوقعات ضعيفة بسير المرض والوفاة (102 – 105) ويستخدم بشكل روتيني كمؤشر لعلاج المرضى الداخليين. نقترح توسيع معيار الوزن الناقص في تعريف المنظمة العالمية للصحة للوزن الناقص ($BMI < 18.5$) وإتاحة المجال للحكم السريري، وتسجيل تاريخ من الوزن الناقص الحاد (مثلاً $BMI < 14.0$) كشرط حول شدة الحالة (مع وزن منخفض لدرجة خطرة). يعدّ الوزن المنخفض عارض لفقدان الشهية العصبي فقط في حال كان نتيجة سلوك غذائي فردي لا نتيجة عوامل أخرى كالحالة الطبية أو عدم توافر الطعام.

في حين يشترط دليل DSM-IV الخوف المमित في زيادة الوزن لتشخيص فقدان الشهية العصبي، يشمل دليل ICD-10 خوفاً من البدانة تحت معيار تشوه صورة الجسد. ولعل المناقشة الطبية قد تناولت هذا المعيار أكثر من غيره. فشرط الخوف من البدانة يطرح جدلية من وجهة النظر التطورية والثقافية. من الناحية التطورية، نادراً ما تتم الإشارة إلى الخوف من زيادة الوزن بين الأطفال وقد يحتاج إلى قدرة على التحليل التجريدي الذي يظهر فقط خلال المراهقة (٣٢). وقليلاً ما تشير النساء، عبر الثقافات المختلفة، واللواتي كان ليمت تشخيصهن بفقدان الشهية العصبي النموذجي، في الثقافات غير الغربية، إلى خوف من البدانة كسبب لتجويج الذات (٤٨، ١٠٦). حتى في البلدان الغربية، فإن قلة قليلة من المرضى تشير إلى خوف من زيادة الوزن ويتم تصنيفها تحت اضطراب EDNOS (106-108). وقد تمت أيضاً الإشارة إلى أن رهاب البدانة عادة ما يظهر خلال استعادة الوزن الطبيعي لدى المرضى الذين كانوا سبق أن نفوا الشعور بالخوف من زيادة الوزن (51). أما الاعتمادية على التطور والثقافة ومراحل المرض، فتتعارض مع فائدة رهاب الوزن كمعيار تشخيصي. لكن بعض التعليقات أشارت إلى أن الخوف من زيادة الوزن جزء من المرض النفسي في فقدان الشهية العصبي (109). نقترح هنا توسيع هذا المعيار ليشمل الانشغال بالوزن والشكل، والانشغال بالطعام والغذاء والسلوكيات المستمرة التي يراد منها خفض استهلاك الطاقة أو زيادة اتساع الطاقة. يعد اضطراب صورة الجسد ناحية واضحة في فقدان الشهية العصبي وهو شرط في كلا الدليلين ICD-10 و DSM-IV. وتتضمن وجهة نظر الفرد لجسده أو أجزاء منه كأنها أكبر من الحقيقة ونقص في تحديد خطر نقص الوزن. عادة ما يسبق اضطراب صورة الجسد أعراض أخرى وتكتسي استمراريته عند استعادة الوزن الطبيعي أهمية في توقعات سير المرض. قدمت توصيات محدودة في إعادة صياغة هذا المعيار لدليل DSM-5 ووافق على الاحتفاظ بهذا المعيار كما هو. فحالات الأكل المقيد التي لا تتعلق بصورة الجسد المتعلقة بمرض نفسي قد تجد تصنيفاً أفضل كاضطراب الأكل التجنبي والمقيد ARFID.

من ناحية أخرى يشكل فرط النشاط أحد الملامح التي تظهر في حالات مختلفة من فقدان الشهية العصبي وهي مؤشر فاصل من أسباب أخرى لتجويج الذات. لا يرد فرط النشاط بين المعايير الواردة في دليل ICD-10 أو DSM-IV. وقد تمت التوصية بإضافته كأحد المؤشرات السلوكية في فقدان الشهية العصبي (٩٦). لكن وبما أن فرط النشاط متواجد أينما كان وفي كافة الحالات التي كانت لتصنف بأنها فقدان الشهية العصبي وقد يعتمد تجليه على مرحلة المرض، نقترح إضافته كمعيار داعم، وقد يساعد في التمييز بين فقدان الشهية العصبي والحالات الطبيعية في الوزن الناقص الحدي.

يشمل دليل DSM-IV تصنيف فقدان الشهية العصبي إلى النمطين الفرعيين؛ النهام والتطهير وفقاً لوجود سلوك النهام والتطهير. وقد تم

توجيه انتقادات لهذين النمطين الذين عادة ما يظهران في المراحل التطورية للمرض ذاته وبالتالي لا يتنبأان بالنتيجة بشكل متناسق (٦٩). في حين أن الأطفال والمراهقين الصغار عادة ما يبديون أعراض مقيدة من سلوك النهام والتطهير الذي يتطور لدى الأغلبية في مراحل لاحقة. تبين أن سلوك التطهير يتنبأ بنتائج قليلة في بعض الدراسات لكن ليس في جميعها (٦٩، ١٠٥، ١١٠). يتميز اضطراب النهام والتطهير في فقدان الشهية العصبي بمعدل أعلى من التحول التشخيصي مع الشره العصبي (٦٨، ٧٠). وبهدف تفادي التغيرات المتكررة في التشخيص، نقترح تصنيف اضطراب النهام والتطهير في فقدان الشهية العصبي على أنها اضطراب جامع. إن الفئة المقترحة من «اضطراب الأكل الجامع» تتضمن حالات تم تصنيفها كفقدان الشهية العصبي ونمط النهام والتطهير بالإضافة إلى حالات تظهر أعراض قهمية وشره سريرية تعاقبية مهمة.

الشره العصبي

ورد التوصيف للشره العصبي للمرة الأولى عام ١٩٧٩ كمتغير من فقدان الشهية العصبي (١١١)، وبعدها بقليل تم القبول به كتشخيص منفصل. في دليل ICD-10 و DSM-IV، يتم تعريف الشره العصبي من خلال معايير ثلاثة: النهام المتكرر، السلوك التعويضي المتكرر، الانشغال بالوزن أو الشكل، وكلها شروط يجب أن تتوافر عند التشخيص. بشكل عام، يعتبر الشره العصبي فئة صالحه (١١٢) للاستخدام في الممارسة (١١٣)، ويتميز علاجه بقاعدة واسعة من الدليل (١١٤). غير أن النواحي المختلفة من معيار النهام لاقت انتقادات لجعل التشخيص أكثر تقييداً والتسبب بتصنيف نسبة ضخمة من المرضى الذين يعانون مشاكل تشبه الشره ضمن اضطرابات لم تحدد غير ذلك EDNOS. إن الحاجة إلى فئة تصنيف أوسع تتبادر في منشورات التجربة السريرية حيث تستخدم ثمان من أصل أحد عشر تجربة سريرية معايير واسعة (جدول 1). أما الناحيتان من التوصيف الذي تم توسيعهما في هذه التجارب وجرت مناقشتها في المنشورات، فهو كمية الأكل الذي يتم استهلاكها في نوبات النهام ووتيرة سلوك النهام والتطهير.

ننظر أولاً إلى كمية الطعام التي يتم تناولها. يحدد كل من دليل ICD-10 و DSM-IV النهام فقط عند استهلاك كمية كبيرة غير اعتيادية من الطعام دفعة واحدة، وفقدان السيطرة على الأكل (على سبيل المثال، يشعر الفرد انه غير قادر على التوقف عن الأكل أو الحد من كمية أو نوع من الطعام). ومع ذلك، فقد أشارت بعض التقارير إلى أن العديد من المرضى يتناولون كميات من المواد الغذائية التي قد تظهر لأي شخص آخر بأنها كميات عادية، ولكنها بالنسبة لهم كبيرة جداً (١١٥، ١١٦). وصفت نوبات الأكل التي يصاحبها فقدان للسيطرة الذاتية والتي لا تنطوي على تناول كمية كبيرة غير اعتيادية من المواد الغذائية بالنهام «الشخصي» (١١٧). وقارن عدد من الدراسات المرضى الذين يعانون من النهام «الشخصي» و «الموضوعي» ووجدت إما قليلاً أو أياً من الاختلافات السريرية بينهما (١١٦، ١١٨، ١٢١).

وفي حين قد ترتبط نوبات النهام الموضوعية مع ارتفاع مؤشر كتلة الجسم (١١٦، ١١٩)، والاندفاع (١١٨)، فإن نوبات النهام الشخصية والموضوعية تبين وجود نمط مماثل من الاعتلال المشترك للأمراض النفسية (١١٦، ١١٨، ١٢٢)، وهي مرتبطة بمستويات مماثلة من طلب الرعاية (١١٦، ١١٩) وتتميز باستجابة مماثلة للعلاج (١٢، ١٢٠). تشير

اضطراب النهام

يتميز اضطراب النهام بمعاودة النهام من دون سلوكيات تعويضية، وقد برز تعريفه للمرة الأولى عام ١٩٥٩، لكن الأبحاث والطب السريري لم يتناولوه بشكل جدي إلا خلال العقدين الماضيين. لم يكن دليل ICD-10 يشمل هذا الاضطراب لكنه ورد في قائمة التشخيصات الأولية التي تحتاج إلى المزيد من الأبحاث في DSM-IV. منذ ذلك، تراكمت الأبحاث حوله، وتحول اضطراب النهام لفئة صالحة وذات منفعة (٩١، ٩٢). يرتبط اضطراب النهام بشدة مع البدانة حيث يعاني ثلثي المرضى من البدانة. وعادة ما يترافق اضطراب النهام مع اضطرابات نفسية، لا سيما القلق والاكتئاب (١٢٨)، لكنه يتميز عنها وهو ليس مجرد المؤشر العام للمرض النفسي (١٢٩). إن التمييز بين اضطراب النهام والشرة العصبي غير واضح وفي الكثير من الحالات قد تظهر الفئتان مراحل مختلفة من الاضطراب ذاته (٦٥، ٦٨). لكن مرضى اضطراب النهام عادة أكبر سناً بشكل عام من مرضى الشرة العصبي، ويملك ثلثيهم تاريخاً باعتماد سلوكيات تعويضية غير ملائمة، مما يشير إلى تشخيص سابق بالشرة العصبي (١٣٠). وعلى الرغم من أن مخاوف الوزن والشكل غير مشترطة في تشخيص اضطراب النهام، إلا أنها وجه شائع من مظاهره (١٣١، ١٣٢).

كما في الشرة العصبي، تناولت النقاشات معايير تشخيص محددة لاضطراب النهام. وفي حين يتطلب دليل DSM-IV أن تشمل نوبات النهام كميات أكل تكون حتماً أكبر مما يتناوله معظم الأفراد في حالات مماثلة، وأن يختبر الفرد فقدان السيطرة على الأكل (مثلاً، الشعور بعدم القدرة على التوقف عن الأكل أو الحد من كمية الأكل أو نوعه). لكن، وكما في حالات النهام في الشرة العصبي، فقد تمت الإشارة إلى أن فقدان السيطرة هي الوجه الأساسي في النهام (١٣٣). وعلى الرغم من أن كميات الأكل عادة تكون كبيرة، فإنها مؤشر أقل منفعة تصنيفية لان النهام الذي يشمل كميات أكل موضوعياً كبيرة بشكل غير اعتيادي وتعتبر كبيرة للشخص ترتبط بمرض نفسي واعتلال مشابه (١٣٣). بالإضافة إلى ذلك، فإن النهام عادة ما يتميز بالأكل وحيداً لدواعي الإحراج، وأكل أنواع أخرى من الأكل، والشعور بالذنب والتقزز. يشترط دليل DSM-IV ارتباط النهام بالانزعاج، وعادة ما تجد صحة هذا المعيار الإضافي دليلاً يدعمها (١٣٤). يشار إلى أن مدة النهام تختلف. ففي حين تستمر معظم نوبات النهام أقل من ساعتين، إلا أن بعد الحالات تستمر أياماً. كما اشترط دليل DSM-IV وجود النهام في يومين على الأقل في الأسبوع على مدى ستة أشهر. لكن قليل من الأدلة تدعم هذه الوتيرة والمدة الطويلة بشكل غير طبيعى التي يحددها الدليل. بما أن اضطراب النهام عادة ما يرتبط بزيادة سريعة للوزن، فإن انتظار ستة أشهر قبل تحديد التشخيص قد يكون مؤذياً. فقد تبرهن أن توسيع معيار الوتيرة ليكون مرة في الأسبوع قد يؤدي إلى زيادة بسيطة في معدل اضطراب النهام (١٣٥).

أخيراً، تقتضي الإشارة إلى أنه ثمة توافق عام بأن اضطراب النهام صالح وله منفعة تشخيصية، ويقترح إضافته إلى دليل ICD-11. كما يقترح توسيع معايير التشخيص في اضطراب النهام لتشمل النهام الذي لا يشمل استهلاك كميات كبيرة بشكل غير طبيعى طالما وجود ثمة فقدان ملحوظ للسيطرة على الأكل، وأن النهام متميز عن أنماط الأكل الطبيعية وأنه يتسبب في الانزعاج (٩٧، ١١٦). ما من دليل واضح لاستبدال معيار المدة الموحد. لذا فإن تشخيص اضطراب النهام قد يكون ملائماً في حال حدث النهام بانتظام لمدة أربعة أسابيع على الأقل. في الحالات الأقل حدة،

المنشورات إلى أن التجربة الشخصية من فقدان السيطرة على الأكل هي السمة الأساسية المميزة للنهام المرتبط بالأمراض النفسية ونوعية الحياة، بغض النظر عن كمية الطعام التي يتم تناولها، في كل من البالغين (١٢٢)، (١٢٣) والأطفال (١٢٤). لذلك، فقد اقترح أنه ينبغي إزالة شرط استهلاك كمية كبيرة من المواد الغذائية على نحو غير عادي (١١٦، ١١٩). إن إسقاط هذا الشرط هو التعديل الوحيد الذي يقلل بشدة استخدام تصنيف الاضطرابات التي لم تحدد غير ذلك EDNOS ويسمح بتصنيف معظم المظاهر الشبيهة باضطراب الشرة المرضي بأنها شره مرضي عصبي (٢٩، ٨٤، ٩٠).

من ناحية أخرى، تعتبر معايير التشخيص التي تتناول وتيرة النهام والتطهير التي يشترطها التشخيص جانباً مثيراً أيضاً للجدل. فهذا المعيار يتناول كل من الدليلين بشكل مختلف، وفي حين يفرض دليل ICD-10 أن يكون سلوك النهام والتطهير والسلوك التعويضي متكرراً، فإن دليل DSM-IV يشترط مستوى أدنى من التكرار لنوبتي نهام وتطهير في الأسبوع على مدى ثلاثة أشهر. وعلى الرغم من التوافق العام على أن التشخيص يجب ألا يطبق في حالات لا تتكرر فيها نوبات النهام، إلا أنه ما من دليل يشجع اعتماد عدد محدد من التكرار، لا بل يقترح معظم الباحثين والاطباء السريريين إزالة هذا المعيار أو تخفيضه (١٢٥).

بما أن ما من اختلافات تذكر بين الأفراد الذين يختبرون نوبتي نهام أو أكثر مقارنة بالذين يعانون نوبة واحدة في الأسبوع (١٢٦)، فإن خفض أو توسيع معيار الوتيرة يبدو ضرورياً. وعلى الرغم من أن خفض متطلبات الوتيرة إلى مرة في الأسبوع وحده له تأثير بسيط نسبياً، إلا أنه وبالتزامن مع النهام الشخصي يؤدي إلى خفض هائل لاستخدام فئة EDNOS (29، 90).

بالنسبة إلى معيار الخوف من البدانة (ICD-10) أو تأثير غير مبرر للوزن والشكل على التقويم الذاتي (DSM-IV)، فهو مناسب لدى معظم البالغين في الثقافة الغربية، لكنه قد يطرح مشكلة لدى الأطفال في الثقافات غير الغربية (٢٨، ٣٢). يقترح أن يتم اعتماد هذا المعيار بمرونة، وإضافة مظاهر المرحلة التطورية والمظاهر الخاصة بالثقافة، واعتبار العوامل السلوكية المساوية على أنها مؤشرات لاضطراب الأكل النفسي المحدد (٣٢، ٤٢).

يرد تصنيف الشرة العصبي في دليل DSM-IV إلى أنماط فرعية من التطهير وعدم التطهير. ويتم تعريف نمط عدم التطهير من خلال السلوك التعويضي الذي ينحصر في الصوم وممارسة الرياضة ويمثل قلة قليلة من المرضى الذي يعانون الشرة العصبي. ففي الممارسة الطبية، نرى أن نمط الشرة العصبي قلما يتم استخدامه (١١٣) ويغيب أي دليل داعم لصحة أو فائدة هذا الأخير (١٢٧). من حيث حدة الشرة العصبي غير التطهيري، فهو يبدو كحاله وسطية بين الشرة العصبي التطهيري واضطراب النهام (١٢٧). اقترح في هذا الإطار إما التخلي عن النمط الفرعي أو إزالة السلوكيات غير التطهيرية من قائمة السلوكيات التعويضية غير الملائمة التي تحدد الشرة العصبي (١٢٧). إن اعتماد هذا الاقتراح يعني أن الحالات التي كانت في السابق تصنف بأنها شره غير تطهيري سيتم تشخيصها بأنها اضطراب نهام. لكن اقتراحاً آخر تناول تاريخ فقدان الشهية العصبي في تحديد النمط الفرعي للشرة العصبي، وهو ما يتحلى بصلاحيته تنبؤية أكبر (٧٥). نعتقد أن هذا الاقتراح يمكن أن يتم تطبيقه أيضاً كجزء من اضطراب الأكل الجامع. وفي ظل غياب الدليل في كلا الحالتين، نفضل الاحتفاظ بسلوكيات عدم التطهير التعويضية في توصيف الشرة العصبي.

قد نحتاج إلى مدة أطول لتحديد تداعياته سريريًا.

«لم يحدد غير ذلك» غير المفيدة، وتحفز الأبحاث حول استمرارية مظاهر الاضطرابات بين الطفولة والبلوغ ونجاح العلاجات في مجموعات المرضى الذين يشكلون أكثرية واسعة من المصابين بمرض نفسي متعلق بالأكل في إطار سريري روتيني.

اضطرابات الأكل والتغذية الناتجة عن حالات أخرى سببها معروف

شكر وتقدير

تستمد هذه المقالة معلوماتها من نشاطات مجموعة العمل حول تصنيفات الاضطرابات النفسية والسلوكية في الطفولة والمراهقة، وتتوجه إلى المجموعة الاستشارية الدولية لمراجعة الاضطرابات النفسية والسلوكية في دليل ICD-10. السيد م. راتر هورئيس المجموعة. السيد ر. أوهرير يعمل مع المجموعة كمستشار. تعكس هذه المقالة عمل المؤلفين وآراءهما، وهما يتحملن المسؤولية كاملة لمحتواها. يتقدم المؤلفان بالشكر إلى أ. شميت، أ. كامل وب. ت. والش لملاحظاتهم على النسخات الأولى من المقالة.

مراجع

1. 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. Table 2 Recommendations for the classification of feeding and eating disorders in ICD-11
1. Merge feeding and eating disorders into a single grouping with diagnostic categories available for all age groups.
2. Broaden the category of anorexia nervosa through dropping the requirement for amenorrhoea; extending the weight criterion to include any significant underweight; and extending the cognitive criterion to include developmentally and culturally relevant cognitions and behavioural equivalents of fear of fatness, preoccupations with body weight and shape or food and eating.
3. Introduce a severity qualifier “with a dangerously low body weight” to distinguish the most severe cases that carry the riskiest prognosis within the broad category of anorexia nervosa.
4. Broaden the category of bulimia nervosa to include subjective binge eating.
5. Include the category of binge eating disorder, defined by either subjective or objective binge eating in the absence of regular compensatory behaviour.
6. Include a category of combined eating disorder to classify subjects who concurrently or sequentially fulfil the criteria for both anorexia nervosa and bulimia nervosa.
7. Introduce a category of avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID) to classify restricted food intake that is not accompanied by body weight and shape related psychopathology.
8. Introduce a uniform minimal duration criterion of four weeks. 90 World Psychiatry 11:2 - June 2012
2. Rutter M. Child psychiatric diagnosis and classification: concepts, findings, challenges and potential. J Child Psychol Psychiatry 2011; 52:647-60.
3. Reed M, Mendonca CJ, Esparza P et al. The WPA-WHO Global Survey of Psychiatrists' Attitudes Towards Mental Disorders Classification. World Psychiatry 2011;10:118-31.
4. Maj M. Psychiatric diagnosis: pros and cons of prototypes vs. operational criteria. World Psychiatry 2011;10:81-2.
5. Lock J, Le GD, Agras WS et al. Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. Arch Gen Psychiatry 2010; 67:1025-32. . Loeb KL, Walsh BT, Lock J et al. Open trial of family-based treatment for full and partial anorexia nervosa in adolescence: evidence

بالإضافة إلى اضطرابات التغذية والأكل التي ذكرناها أعلاه، يجب على دليل ICD-11 تحديد مراجع حول اضطرابات تصنف في مكان آخر لكن قد تظهر في البدء على شكل اضطراب أكل. على سبيل المثال متلازمة برايدر ويلي، التي يتسبب فيها حذف نسخة وراثية عن منطقة في الكروموزوم ١٥، ويتم تصنيفها بشكل أولي تحت الفصل XVII في دليل ICD-10 (التشوهات الخلقية، التشوهات والشذوذ الكروموزومية). عادة ما تمثل هذه المتلازمة شهية لا تنكفي وفرط في الأكل ونهام وأكل مواد لا تؤكل، لكنها أيضاً تشمل على إعاقة ذهنية.

خلاصات

لقد قدمنا مراجعة حول البراهين المتصلة بتصنيف اضطرابات الأكل والتغذية وبتشديد خاص على المنفعة السريرية، والاستجابة للعلاج والتوقعات بسير المرض والإطار التنموي والثقافي. استناداً إلى هذه البراهين نقدم توصيات متناسقة مع الاتجاه العام لتطوير دليل ICD-11. يشمل الجدول ٢ على التوصيات الرئيسية.

جدول ٢ توصيات حول تصنيف اضطرابات الأكل والتغذية في دليل ICD-11

١. دمج اضطرابات التغذية والأكل إلى مجموعة واحدة تشمل فئات التشخيص فيها كافة الفئات العمرية.
٢. توسيع فئة فقدان الشهية العصبي من خلال إلغاء شرط انقطاع الطمث؛ وتوسيع معيار الوزن ليشمل وزناً ناقصاً ملحوظاً؛ وتوسيع معيار الإدراك ليشمل معارف تطوريه وثقافية تساوي الخوف من البدانة، والانشغال بالوزن والشكل أو الأكل وتناول الطعام.
٣. تقدير مؤشر حدة “مع وزن ناقص خطير” للتمييز بين الحالات الشديدة التي تحمل أخطر التوقعات بسير المرض ضمن الفئة الأوسع من فقدان الشهية المرضي.
٤. توسيع فئة الشره العصبي لتشمل النهام الشخصي.
٥. إضافة فئة اضطراب النهام، التي تعرف إما من خلال النهام الشخصي أو الموضوعي في غياب سلوك تعويضي منتظم.
٦. إضافة فئة تجمع بين اضطراب الأكل لتصنيف الأفراد الذين يستوفون معايير فقدان الشهية أو الشره العصبي بشكل متزامن أو تعاقبي.
٧. تقديم فئة من اضطراب الأكل التجنبي والمقيد ARFID لتصنيف استهلاك الأكل الذي لا يترافق مع مرض نفسي يتعلق بالوزن أو الشكل الجسدي.
٨. تقديم معيار زمني موحد من أربعة أسابيع كحد أدنى.

نأمل أن التغييرات المقترحة ستحسن بشكل كبير المنفعة السريرية لتصنيف اضطرابات الأكل والتغذية، وتزيل الحاجة إلى استخدام تشخيصات

26. Nicholls DE, Viner RM. Childhood risk factors for lifetime anorexia nervosa by age 30 years in a national birth cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009;48:791-9.
27. Nicholls DE. Childhood eating disorders: British national surveillance study. *Br J Psychiatry* 2011;198:295-301.
28. Becker AE, Eddy KT, Perloe A. Clarifying criteria for cognitive signs and symptoms for eating disorders in DSM-V. *Int J Eat Disord* 2009;42:611-9.
29. Fairburn CG, Cooper Z, Bohn K et al. The severity and status of eating disorder NOS: implications for DSM-V. *Behav Res Ther* 2007;45:1705-15.
30. Lee S, Ho TP, Hsu LK. Fat phobic and non-fat phobic anorexia nervosa: a comparative study of 70 Chinese patients in Hong Kong. *Psychol Med* 1993;23:999-1017.
31. Vandereycken W. Media hype, diagnostic fad or genuine disorder? Professionals' opinions about night eating syndrome, orthorexia, muscle dysmorphia, and emetophobia. *Eat Disord* 2011;19:145-55.
32. Bravender T, Bryant-Waugh R, Herzog D et al. Classification of child and adolescent eating disturbances. Workgroup for Classification of Eating Disorders in Children and Adolescents (WCEDCA). *Int J Eat Disord* 2007;40(Suppl.):S117-22.
33. Bravender T, Bryant-Waugh R, Herzog D et al. Classification of eating disturbance in children and adolescents: proposed changes for the DSM-V. *Eur Eat Disord Rev* 2010;18:79-89.
34. Loeb KL, Le Grange D, Hildebrandt T et al. Eating disorders in youth: diagnostic variability and predictive validity. *Int J Eat Disord* 2011;44:692-702.
35. Knoll S, Bulik CM, Hebebrand J. Do the currently proposed DSM- 5 criteria for anorexia nervosa adequately consider developmental aspects in children and adolescents? *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2011;20:95-101.
36. Nicholls D, Arcelus J. Making eating disorders classification work in ICD-11. *Eur Eat Disord Rev* 2010;18:247-50.
37. Peebles R, Hardy KK, Wilson JL et al. Are diagnostic criteria for eating disorders markers of medical severity? *Pediatrics* 2010; 125:e1193-201.
38. Keel PK, Klump KL. Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology. *Psychol Bull* 2003;129:747-69.
39. Becker AE, Burwell RA, Navara K et al. Binge eating and binge eating disorder in a small-scale, indigenous society: the view from Fiji. *Int J Eat Disord* 2003;34:423-31.
40. Hoek HW, van Harten PN, Hermans KM et al. The incidence of anorexia nervosa on Curacao. *Am J Psychiatry* 2005;162:748-52.
41. Pavlova B, Uher R, Dragomirecka E et al. Trends in hospital admissions for eating disorders in a country undergoing a socio-cultural transition, the Czech Republic 1981-2005. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010;45:541-50.
42. Becker AE. Culture and eating disorders classification. *Int J Eat Disord* 2007;40(Suppl.):S111-6.
43. Eddy KT, Hennessey M, Thompson-Brenner H. Eating pathology in East African women: the role of media exposure and globalization. *J Nerv Ment Dis* 2007;195:196-202.
44. Katzman MA, Hermans KM, Van HD et al. Not your "typical island woman": anorexia nervosa is reported only in subcultures in Curacao. *Cult Med Psychiatry* 2004;28:463-92.
45. Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa 91 and other eating disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2006;19:389-94.
46. Njenga FG, Kangethe RN. Anorexia nervosa in Kenya. *East Afr Med J* 2004;81:188-93.
47. Striegel-Moore RH, Dohm FA, Kraemer HC et al. Eating disorders in white and black women. *Am J Psychiatry* 2003;160:1326-31.
48. Lee S, Lee AM, Ngai E et al. Rationales for food refusal in Chinese patients with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2001;29:224-9.
- of successful dissemination. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46:792-800.
7. Lock J, Agras WS, Bryson S et al. A comparison of short- and longterm family therapy for adolescent anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005;44:632-9.
8. McIntosh VV, Jordan J, Carter FA et al. Three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *Am J Psychiatry* 2005;162:741-7.
9. Pike KM, Walsh BT, Vitousek K et al. Cognitive behavior therapy in the posthospitalization treatment of anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 2003;160:2046-9.
10. Dare C, Eisler I, Russell G et al. Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: randomised controlled trial of out-patient treatments. *Br J Psychiatry* 2001;178:216-21.
11. Eisler I, Dare C, Hodes M et al. Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. *J Child Psychol Psychiatry* 2000;41:727-36.
12. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA et al. Transdiagnostic cognitivebehavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *Am J Psychiatry* 2009;166:311-9.
13. Schmidt U, Andiappan M, Grover M et al. Randomised controlled trial of CD-ROM-based cognitive-behavioural self-care for bulimia nervosa. *Br J Psychiatry* 2008;193:493-500.
14. Schmidt U, Lee S, Beecham J et al. A randomized controlled trial of family therapy and cognitive behavior therapy guided self-care for adolescents with bulimia nervosa and related disorders. *Am J Psychiatry* 2007;164:591-8.
15. Le Grange D, Crosby RD, Rathouz PJ et al. A randomized controlled comparison of family-based treatment and supportive psychotherapy for adolescent bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:1049-56.
16. Banasiak SJ, Paxton SJ, Hay P. Guided self-help for bulimia nervosa in primary care: a randomized controlled trial. *Psychol Med* 2005;35:1283-94.
17. Walsh BT, Fairburn CG, Mickley D et al. Treatment of bulimia nervosa in a primary care setting. *Am J Psychiatry* 2004;161:556-61.
18. Carter FA, Jordan J, McIntosh VV et al. The long-term efficacy of three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *Int J Eat Disord* 2011;44:647-54.
19. Palmer RL, Birchall H, McGrain L et al. Self-help for bulimic disorders: a randomised controlled trial comparing minimal guidance with face-to-face or telephone guidance. *Br J Psychiatry* 2002;181: 230-5.
20. Hsu LK, Rand W, Sullivan S et al. Cognitive therapy, nutritional therapy and their combination in the treatment of bulimia nervosa. *Psychol Med* 2001;31:871-9.
21. Safer DL, Robinson AH, Jo B. Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder: comparing dialectical behavior therapy adapted for binge eating to an active comparison group therapy. *Behav Ther* 2010;41:106-20.
22. Agras WS, Walsh T, Fairburn CG et al. A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:459-66.
23. Binswanger L. The case of Ellen West. In: May R, Angel E, Ellenberger H (eds). *Existence: a new dimension in psychiatry and psychology*. New York: Basic Books, 1958:237-364.
24. Kotler LA, Cohen P, Davies M et al. Longitudinal relationships between childhood, adolescent, and adult eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:1434-40.
25. Micali N, Holliday J, Karwautz A et al. Childhood eating and weight in eating disorders: a multi-centre European study of affected women and their unaffected sisters. *Psychother Psychosom* 2007;76:234-41.

70. Eddy KT, Dorer DJ, Franko DL et al. Diagnostic crossover in anorexia nervosa and bulimia nervosa: implications for DSM-V. *Am J Psychiatry* 2008;165:245-50.
71. Tozzi F, Thornton LM, Klump KL et al. Symptom fluctuation in eating disorders: correlates of diagnostic crossover. *Am J Psychiatry* 2005;162:732-40.
72. Milos G, Spindler A, Schnyder U et al. Instability of eating disorder diagnoses: prospective study. *Br J Psychiatry* 2005;187:573-8.
73. Agras WS, Crow S, Mitchell JE et al. A 4-year prospective study of eating disorder NOS compared with full eating disorder syndromes. *Int J Eat Disord* 2009;42:565-70.
74. Grilo CM, Pagano ME, Skodol AE et al. Natural course of bulimia nervosa and of eating disorder not otherwise specified: 5-year prospective study of remissions, relapses, and the effects of personality disorder psychopathology. *J Clin Psychiatry* 2007;68:738-46.
75. Eddy KT, Dorer DJ, Franko DL et al. Should bulimia nervosa be subtyped by history of anorexia nervosa? A longitudinal validation. *Int J Eat Disord* 2007;40(Suppl.):S67-71.
76. Bryant-Waugh R, Markham L, Kreipe RE et al. Feeding and eating disorders in childhood. *Int J Eat Disord* 2010;43:98-111.
77. Nicholls D, Bryant-Waugh R. Eating disorders of infancy and childhood: definition, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2009;18:17-30.
78. Crist W, Napier-Phillips A. Mealtime behaviors of young children: a comparison of normative and clinical data. *J Dev Behav Pediatr* 2001;22:279-86.
79. Burklow KA, Phelps AN, Schultz JR et al. Classifying complex pediatric feeding disorders. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1998;27:143-7.
80. Chatoor I. Feeding disorders in infants and toddlers: diagnosis and treatment. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2002;11:163-83.
81. Davies WH, Satter E, Berlin KS et al. Reconceptualizing feeding and feeding disorders in interpersonal context: the case for a relational disorder. *J Fam Psychol* 2006;20:409-17.
82. Nicholls D, Chater R, Lask B. Children into DSM don't go: a comparison of classification systems for eating disorders in childhood and early adolescence. *Int J Eat Disord* 2000;28:317-24.
83. Fairburn CG, Bohn K. Eating disorder NOS (EDNOS): an example of the troublesome "not otherwise specified" (NOS) category in DSM-IV. *Behav Res Ther* 2005;43:691-701.
84. Eddy KT, Celio DA, Hoste RR et al. Eating disorder not otherwise specified in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47:156-64.
85. Strober M, Freeman R, Morrell W. Atypical anorexia nervosa: separation from typical cases in course and outcome in a long-term prospective study. *Int J Eat Disord* 1999;25:135-42.
86. Dalle GR, Calugi S, Marchesini G. Underweight eating disorder without over-evaluation of shape and weight: atypical anorexia nervosa? *Int J Eat Disord* 2008;41:705-12.
87. Crow SJ, Peterson CB, Swanson SA et al. Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *Am J Psychiatry* 2009; 166:1342-46.
88. Schmidt U, Lee S, Perkins S et al. Do adolescents with eating disorder not otherwise specified or full-syndrome bulimia nervosa differ in clinical severity, comorbidity, risk factors, treatment outcome or cost? *Int J Eat Disord* 2008;41:498-504.
89. Keel PK, Brown TA, Holm-Denoma J et al. Comparison of DSM-IV versus proposed DSM-5 diagnostic criteria for eating disorders: reduction of eating disorder not otherwise specified and validity. *Int J Eat Disord* 2011;44:553-60.
90. Sysko R, Walsh BT. Does the broad categories for the
49. Al-Adawi S, Dorvlo AS, Burke DT et al. Presence and severity of anorexia and bulimia among male and female Omani and non- Omani adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41: 1124-30.
50. Tsai G. Eating disorders in the Far East. *Eat Weight Disord* 2000;5: 183-97.
51. Soomro GM, Crisp AH, Lynch D et al. Anorexia nervosa in 'nonwhite' populations. *Br J Psychiatry* 1995;167:385-9.
52. Lee S, Ng KL, Kwok K et al. The changing profile of eating disorders at a tertiary psychiatric clinic in Hong Kong (1987-2007). *Int J Eat Disord* 2010;43:307-14.
53. Bhugra D, Mastrogianni A, Maharajh H et al. Prevalence of bulimic behaviours and eating attitudes in schoolgirls from Trinidad and Barbados. *Transcult Psychiatry* 2003;40:409-28.
54. Becker AE, Burwell RA, Gilman SE et al. Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. *Br J Psychiatry* 2002;180:509-14.
55. Thomas JJ, Crosby RD, Wonderlich SA et al. A latent profile analysis of the typology of bulimic symptoms in an indigenous Pacific population: evidence of cross-cultural variation in phenomenology. *Psychol Med* 2011;41:195-206.
56. Anderson-Fye EP. A "coca-cola" shape: cultural change, body image, and eating disorders in San Andres, Belize. *Cult Med Psychiatry* 2004;28:561-95.
57. Pavlova B, Uher R, Papezova H. It would not have happened to me at home: qualitative exploration of sojourns abroad and eating disorders in young Czech women. *Eur Eat Disord Rev* 2008;16:207-14.
58. Chui W, Safer DL, Bryson SW et al. A comparison of ethnic groups in the treatment of bulimia nervosa. *Eat Behav* 2007;8:485-91.
59. Pike KM, Dohm FA, Striegel-Moore RH et al. A comparison of black and white women with binge eating disorder. *Am J Psychiatry* 2001;158:1455-60.
60. Fitzgibbon ML, Spring B, Avellone ME et al. Correlates of binge eating in Hispanic, black, and white women. *Int J Eat Disord* 1998; 24:43-52.
61. Franko DL, Becker AE, Thomas JJ et al. Cross-ethnic differences in eating disorder symptoms and related distress. *Int J Eat Disord* 2007;40:156-64.
62. Bulik CM, Sullivan PF, Fear J et al. Predictors of the development of bulimia nervosa in women with anorexia nervosa. *J Nerv Ment Dis* 1997;185:704-7.
63. Eckert ED, Halmi KA, Marchi P et al. Ten-year follow-up of anorexia nervosa: clinical course and outcome. *Psychol Med* 1995; 25:143-56.
64. Fichter MM, Quadflieg N, Hedlund S. Twelve-year course and outcome predictors of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2006;39:87- 100.
65. Fichter MM, Quadflieg N, Hedlund S. Long-term course of binge eating disorder and bulimia nervosa: relevance for nosology and diagnostic criteria. *Int J Eat Disord* 2008;41:577-86.
66. Herpertz-Dahlmann B, Muller B, Herpertz S et al. Prospective 10-year follow-up in adolescent anorexia nervosa – course, outcome, psychiatric comorbidity, and psychosocial adaptation. *J Child Psychol Psychiatry* 2001;42:603-12.
67. Strober M, Freeman R, Morrell W. The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *Int J Eat Disord* 1997;22:339-60.
68. Castellini G, Lo SC, Mannucci E et al. Diagnostic crossover and outcome predictors in eating disorders according to DSM-IV and DSM-V proposed criteria: a 6-year follow-up study. *Psychosom Med* 2011;73:270-9.
69. Eddy KT, Keel PK, Dorer DJ et al. Longitudinal comparison of anorexia nervosa subtypes. *Int J Eat Disord* 2002;31:191-201.

- diagnostic criteria in routine clinical practice? Implications for enhancing clinical utility in DSM-5. *Psychiatry Res* 2010;178:511-7.
114. Hay PP, Bacaltchuk J, Stefano S et al. Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; CD000562.
 115. Rossiter EM, Agras WS. An empirical test of the DSM-III-R definition of binge. *Int J Eat Disord* 1990;9:513-8.
 116. Wolfe BE, Baker CW, Smith AT et al. Validity and utility of the current definition of binge eating. *Int J Eat Disord* 2009;42:674-86.
 117. Fairburn CG. The definition of bulimia nervosa: guidelines for clinicians and research workers. *Ann Behav Med* 1987;9:3-7.
 118. Keel PK, Mayer SA, Harnden-Fischer JH. Importance of size in defining binge eating episodes in bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 2001;29:294-301.
 119. Mond JM, Latner JD, Hay PH et al. Objective and subjective bulimic episodes in the classification of bulimic-type eating disorders: another nail in the coffin of a problematic distinction. *Behav Res Ther* 2010;48:661-9.
 120. Niego SH, Pratt EM, Agras WS. Subjective or objective binge: is the distinction valid? *Int J Eat Disord* 1997;22:291-8.
 121. Pratt EM, Niego SH, Agras WS. Does the size of a binge matter? *Int J Eat Disord* 1998;24:307-12.
 122. Latner JD, Hildebrandt T, Rosewall JK et al. Loss of control over eating reflects eating disturbances and general psychopathology. *Behav Res Ther* 2007;45:2203-11.
 123. Jenkins PE, Conley CS, Rienecke HR et al. Perception of control during episodes of eating: relationships with quality of life and eating psychopathology. *Int J Eat Disord* 2012;45:115-9.
 124. Shomaker LB, Tanofsky-Kraff M, Elliott C et al. Salience of loss of control for pediatric binge episodes: does size really matter? *Int J Eat Disord* 2010;43:707-16.
 125. Wilson GT, Sysko R. Frequency of binge eating episodes in bulimia nervosa and binge eating disorder: diagnostic considerations. *Int J Eat Disord* 2009;42:603-10.
 126. Rockert W, Kaplan AS, Olmsted MP. Eating disorder not otherwise specified: the view from a tertiary care treatment center. *Int J Eat Disord* 2007;40(Suppl.):S99-103.
 127. Van Hoeken D, Veling W, Sinke S et al. The validity and utility of subtyping bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 2009;42:595-602.
 128. Grilo CM, White MA, Masheb RM. DSM-IV psychiatric disorder comorbidity and its correlates in binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2009;42:228-34.
 129. Hilbert A, Pike KM, Wilfley DE et al. Clarifying boundaries of binge eating disorder and psychiatric comorbidity: a latent structure analysis. *Behav Res Ther* 2011;49:202-11.
 130. Mond JM, Peterson CB, Hay PJ. Prior use of extreme weight-control behaviors in a community sample of women with binge eating disorder or subthreshold binge eating disorder: a descriptive study. *Int J Eat Disord* 2010;43:440-6.
 131. Ahrberg M, Trojca D, Nasrawi N et al. Body image disturbance in binge eating disorder: a review. *Eur Eat Disord Rev* (in press).
 132. Goldschmidt AB, Hilbert A, Manwaring JL et al. The significance of overvaluation of shape and weight in binge eating disorder. *Behav Res Ther* 2010;48:187-93.
 133. Telch CF, Pratt EM, Niego SH. Obese women with binge eating disorder define the term binge. *Int J Eat Disord* 1998;24:313-7.
 134. Grilo CM, White MA. A controlled evaluation of the distress criterion for binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol* 2011; 79:509-14.
 135. Hudson JI, Coit CE, Lalonde JK et al. By how much will the proposed new DSM-5 criteria increase the prevalence of binge eating disorder? *Int J Eat Disord* 2012;45:139-41.
 - diagnosis of eating disorders (BCD-ED) scheme reduce the frequency of eating disorder not otherwise specified? *Int J Eat Disord* 2010;44:625-9. *92 World Psychiatry* 11:2 - June 2012
 91. Striegel-Moore RH, Franko DL. Should binge eating disorder be included in the DSM-V? A critical review of the state of the evidence. *Annu Rev Clin Psychol* 2008;4:305-24.
 92. Wonderlich SA, Gordon KH, Mitchell JE et al. The validity and clinical utility of binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2009;42: 687-705.
 93. Keel PK, Haedt A, Edler C. Purging disorder: an ominous variant of bulimia nervosa? *Int J Eat Disord* 2005;38:191-9.
 94. Striegel-Moore RH, Franko DL, May A et al. Should night eating syndrome be included in the DSM? *Int J Eat Disord* 2006;39: 544-9.
 95. Fairburn CG, Cooper Z. Eating disorders, DSM-5 and clinical reality. *Br J Psychiatry* 2011;198:8-10.
 96. Hebebrand J, Bulik CM. Critical appraisal of the provisional DSM-5 criteria for anorexia nervosa and an alternative proposal. *Int J Eat Disord* 2011;44:665-78.
 97. Walsh BT, Sysko R. Broad categories for the diagnosis of eating disorders (BCD-ED): an alternative system for classification. *Int J Eat Disord* 2009;42:754-64.
 98. Keel PK. Purging disorder: subthreshold variant or full-threshold eating disorder? *Int J Eat Disord* 2007;40(Suppl):S89-S94.
 99. Gull WW. Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica). *Transactions of the Clinical Society of London* 1874;7:22-8.
 100. Lasague C. On hysterical anorexia. *Medical Times and Gazette* 1873;2:265-266.
 101. Attia E, Roberto CA. Should amenorrhea be a diagnostic criterion for anorexia nervosa? *Int J Eat Disord* 2009;42:581-9.
 102. Button EJ, Chadalavada B, Palmer RL. Mortality and predictors of death in a cohort of patients presenting to an eating disorders service. *Int J Eat Disord* 2010;43:387-92.
 103. Hebebrand J, Himmelmann GW, Herzog W et al. Prediction of low body weight at long-term follow-up in acute anorexia nervosa by low body weight at referral. *Am J Psychiatry* 1997;154:566-9.
 104. Rosling AM, Sparen P, Norring C et al. Mortality of eating disorders: a follow-up study of treatment in a specialist unit 1974-2000. *Int J Eat Disord* 2011;44:304-10.
 105. Salbach-Andrae H, Schneider N, Seifert K et al. Short-term outcome of anorexia nervosa in adolescents after inpatient treatment: a prospective study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2009;18:701-4.
 106. Becker AE, Thomas JJ, Pike KM. Should non-fat-phobic anorexia nervosa be included in DSM-V? *Int J Eat Disord* 2009;42:620-35.
 107. Ramacciotti CE, Dell'Osso L, Paoli RA et al. Characteristics of eating disorder patients without a drive for thinness. *Int J Eat Disord* 2002;32:206-12.
 108. Abbate-Daga G, Piero A, Gramaglia C et al. An attempt to understand the paradox of anorexia nervosa without drive for thinness. *Psychiatry Res* 2007;149:215-21.
 109. Habermas T. In defense of weight phobia as the central organizing motive in anorexia nervosa: historical and cultural arguments for a culture-sensitive psychological conception. *Int J Eat Disord* 1996; 19:317-34.
 110. Peat C, Mitchell JE, Hoek HW et al. Validity and utility of subtyping anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2009;42:590-4.
 111. Russell G. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979;9:429-48.
 112. Keel PK, Mitchell JE, Miller KB et al. Predictive validity of bulimia nervosa as a diagnostic category. *Am J Psychiatry* 2000;157:136-8.
 113. Thomas JJ, Delinsky SS, St. Germain SA et al. How do eating disorder specialist clinicians apply DSM-IV

الصحة النفسية الايجابية: هل من تعريف عابر للثقافات؟

RUDOLF UHER^{1,2}, MICHAEL RUTTER¹

¹Social, Genetic and Developmental Psychiatry Centre, Institute of Psychiatry, King's College London, UK;
²Department of Psychiatry, Dalhousie University, Halifax, NS, Canada

نراجع سبعة نماذج حول مفاهيم الصحة النفسية الايجابية: الصحة النفسية كأفضل من عادية، التي تسجل أعلى من ٨٠ في (GAF) في دليل DSM-IV؛ الصحة النفسية من خلال وجود عدد من نقاط القوة البشرية بدلاً من غياب الضعف؛ مفهوم الصحة النفسية كضج: الصحة النفسية و كطفان للمشاعر الإيجابية؛ والصحة النفسية كذكاء اجتماعي عاطفي عالي؛ والصحة النفسية كرفاه شخصي؛ والصحة النفسية كمرونة. نقترح عوامل حافظة في دراسة الصحة النفسية، ومنها الحاجة إلى تحديد الصحة النفسية من حيث الحساسية والشمول الثقافي، والحاجة إلى الدليل ومعايير الموثوقية الطولية للصحة النفسية.

الكلمات الرئيسية: الصحة النفسية الايجابية، النضج، المرونة، آليات المجازة، الرفاه الشخصي، الذكاء العاطفي، المشاعر الايجابية

(World Psychiatry 2012;11:93-99)

ما تتغلب البيولوجيا على الانتروبولوجيا. فالأنتروبولوجيا الثقافية تعلمنا أن كل أشكال السلوك تقريباً صحيحة وسليمة في بعض الثقافات، لكن ذلك لا يعني أن السلوك المحمول نفسياً صحي. حتى مؤخراً، لم تعترف البرتغال بأن الادمان على الكحول مرض، لكن ذلك لم يساهم في خفض نسبة الوفيات جراء الادمان على الكحول في لشبونة. تكمن الطريقة الفضلى في توسيع فهمنا لما يكون الصحة النفسية في دراسة المجموعات السليمة نفسياً من عدة جوانب، في ثقافات مختلفة ولفترة طويلة.

ستركز هذه الدراسة على سبعة نماذج تجريبية مختلفة من الصحة النفسية. أولاً، يمكن فهم الصحة النفسية على أنها فوق المعدل كما يرد في المقياس العام للداء والعجز (GAF)، بمعدل أعلى من ٨٠. ثانياً يمكن النظر إليها بأنها مجموعة نقاط قوة بشرية بدلاً من غياب الضعف. ثالثاً، يمكن فهمها من ناحية النضج. رابعاً، قد تعتبر طغياناً للمشاعر الإيجابية. خامساً يمكن فهمها على أنها نكاء اجتماعي عاطفي عالي. سادساً، قد ينظر إليها من حيث الرفاه الشخصي. سابعاً، من حيث المرونة. نقترح عوامل حافظة في دراسة الصحة النفسية، ومنها الحاجة إلى تحديد الصحة النفسية من حيث الحساسية والشمول الثقافي، والحاجة إلى الدليل ومعايير الموثوقية الطولية للصحة النفسية.

لكي نتفادى الارتباك حول السمات المميزة للصحة النفسية، من المفيد اعتماد مثل بطل السباقات العشرة. ما الصفات التي يتحلى بها «بطل السباقات»؟ يتميز بطل السباقات العشرة بقوة عضلات وسرعة وقدرة على التحمل

لذا فإن ملاحظات على هذه الدراسة ستكون لها أهمية خاصة.

أما التحذير الثاني، فهو الانتباه إلى أن «المعدل» غير صحي. عادة ما تمزج استطلاعات الرأي بين السليم صحياً مع العدد الطاعي من المرض النفسي. في حالات عدد كرات الدم الحمراء، أو وظيفة الغدة الدرقية، يمثل وسط المنحنى الناس الأصحاء. في حالات صحة النظر، تمثل النهاية الأعلى من المنحنى فقط النسبة السليمة؛ وفي كافة حالات الكولسترول والبيبيروبين تشكل النهاية الأدنى من المنحنى نسبة الأصحاء.

ويكمن التحذير الثالث في توضيح ما إذا كنا نناقش سمة أو حالة صحية. وهنا تبرز أهمية خاصة للدراسات الطولية. فلاعب كرة قدم عالمي اضطر إلى التوقف عن ممارسة الرياضة بسبب كاحل ملتو (حالة) على الأرجح يتمتع بصحة أفضل من شخص يعاني داء السكر النوع ١ (سمة) وصل معدل السكر في جسمه وقتياً إلى مستوى طبيعى.

أخيراً، يجب وضع الحالة النفسية ضمن إطار محدد. فسمة الخلايا المنجلية في باريس غير صحية لكنها العكس في افريقيا حيث تنتشر الملاريا. في أربعينيات القرن الماضي، صنعت الشخصيات البارزة الارتبابية غواصات سيئة لكن راصدات الطائرات تميزت بصناعة ممتازة. إن الدقة والتنافسية قد تبدوان أمراً صحياً في بعض المجتمعات، بينما تعتبر عكس ذلك في مجتمعات أخرى. كما أنه إذا كنا سنقول إن الصحة النفسية «جيدة»، فعلى من تعود بالنفع؟ الذات أم المجتمع؟ لك، «انسجام» أو الابتكار؟ عند تحديد التوصيف للصحة النفسية، عادة

ركزت أهم الدراسات الوبائية خلال نصف القرن الماضي على المريض نفسياً لا على السليم نفسياً. فالمرض النفسي حالة يمكن وصفها بموثوقية، وتبقى حدودها نسبياً واضحة. حتى وقت ليس ببعيد، اقتربت دراسة ستيرلنغ كاونتري التي قام بها لايتون (١) من إعطاء توصيف اجرائي للصحة النفسية الايجابية. بالإضافة إلى ذلك فقد علل البعض أن مستوى أكثر من وسطي في الصحة النفسية أو البدني لا يدخل ضمن إطار الطب بل العلم.

في مطلع القرن الماضي، بدأ المتمرنون بدراسة فسيولوجيا المرتفعات وتحديد القياسات الإيجابية للصحة البدنية للرياضيين والطيارين ورواد الفضاء. وفي عام ١٩٢٩-١٩٣٠، في جامعة بيركلي في كاليفورنيا، أسس هـ. جونز و ن. بايلي و ج. ماكفارلن مركز للتنمية البشرية (٢، ٣). وقد أنشئ المركز في البدء لدراسة نمو الطفل السليم، وراح يوفر التأثير الابداعي على مثال نموذج إ. إيريكسون لنمو البالغين الصحي. وفي أواخر ثلاثينيات القرن الماضي، بدأ أ. بوك، متمرن تدريب على فسيولوجيا المرتفعات يولي الصحة البدنية الايجابية اهتماماً كبيراً، بدراسة النمو لدى البالغين في جامعة هارفارد (٤، ٥). وقد تم تصميم هذه الدراسة لتكون بحثاً متعدد التخصصات للصحة النفسية والجسدية. تماماً كالياقة البدنية، تتميز الصحة النفسية الايجابية بأهمية كبيرة لا يمكن تجاهلها، لكن توصيفها ليس بالعملية السهلة. فالكثير من التحذيرات ضروري في هذا الإطار. أولاً، عند تعريف الصحة النفسية يجب الانتباه للاختلافات بين الثقافات. فجهودى الذاتية في تعريف الصحة النفسية قد تبدو محدودة لبعض الدول الأخرى.

ورشاقة وروحاً تنافسية، على الرغم من أن تركيبة اجتماع هذه الصفات قد تختلف. فبين أبطال السباقات العشرة لا يختلف التوصيف العام بين بلد وآخر أو بين قرن وآخر. إن طغيان ناحية ما لدى البطل، أو في الصحة النفسية، قد يختلف من ثقافة إلى أخرى، لكن كافة الجوانب المكونة لها أهميتها.

الصحة النفسية فوق العادية، المشار إليها بمعدل يتخطى ٨٠ على مقياس GAF

بعد الحرب العالمية الثانية، بدأت أعمال هامة حول الصحة النفسية في الظهور (٧-٩). وعلى الرغم من أن كافة الدراسات ركزت على المجموعة السليمة من السكان، إلا أنها سلطت الضوء على الصحة النفسية اللا مرضية بدلاً من فوق المعدل. إلى جانب ذلك، فإن الكثير من أطباء النفس في فترة ما بعد الحرب استمروا في الاعتماد على نظريات س. فرويد حول رفض الصحة النفسية واعتبارها «وهم مثالي».

في العام ١٩٥٨، أدى تقرير قدمته م. جاهودا إلى المفوضية الأمريكية المشتركة حول الأمراض والصحة النفسية (١٠) إلى إحداث موجة ضخمة من التغيير حول وجود الصحة النفسية. فقد أشارت إلى أن الصحة النفسية تشمل الاستقلالية (الاتصال بالهوية الذاتية والمشاعر الخاصة): الاستثمار في الحياة (تحديد مكانة ذاتية التوجه للمستقبل): حل المشاكل الفعال (المقاربة الدقيقة للواقع، مرونة في تحمل الضغوطات، اتقان التعامل مع البيئة المحيطة): والقدرة على الحب والعمل والبهو. لكن حين تم نشر هذه المعايير، لم يكن بعد قد توفر الدليل ليؤكد التوصيفات التي تقدمت بها واعتبارها أكثر من تعريفات مبتذلة.

بعدها نشرت دراسات ر. غرينكر عام ١٩٦٢ حول «الأصحاء نفسياً» وكانت الدراسة التجريبية الأولى حول الصحة النفسية الايجابية (١١). شملت مجموعة غرينكر من للأصحاء نفسياً عينات في مجال التربية البدنية اختيروا لصحتهم لكن الدراسة التي تناولتهم كانت موجزة. واعتمدت دراسة طولانية عملية الحذف، حيث شملت ١٣٠ طياراً طائرات نفاثة صحياً سبق أن تم اختيارهم للصحة النفسية، من بينهم رواد الفضاء السبعة الأمريكيين الأصليين (١٢). لم يتمتع رواد الفضاء فقط بسجلات عمل مثالية، لكنهم كانوا أيضاً كفوئين في الناحية العاطفية.

وعلى الرغم من أنهم كانوا طيارين مغامرين، إلا أنهم لم يختبروا إلا قليلاً من الحوادث خلال سنوات ممارستهم. كان باستطاعتهم أن يكونوا في علاقة اعتمادية كما في عزلة قصوى. وعلى الرغم من أن كلاً من رواد الفضاء كان يختلف عن الآخر إلا أنهم حققوا نتائج متميزة في «السباقات العشرة» النفسية.

تلت ذلك دراسة ذات تأثير أكبر حول الصحة النفسية قدمها عالم النفس م. لوبورسكي بعنوان مشروع مينينغر للعلاج النفسي. قام لوبورسكي بوضع مقياس للمرض يتراوح بين ٠ و ١٠٠ (١٣). استناداً إلى السلوك بدلاً من الاختبارات الخطية. يعكس معدل من ٨٠ أو أعلى للصحة النفسية الايجابية؛ بينما تدل نتيجة بين ٩٥-١٠٠ «حالة مثالية من الاندماج والمرونة في التعامل مع الضغوطات، والسعادة والفاعلية الاجتماعية». تم تعديل مقياس لوبورسكي من قبل اثنين من مهندسي دليل DSM-III وتحول إلى ما يعرف اليوم بمحور Axis V (14). وقد أكد الباحثون في المقارنات العابرة للثقافات الفائدة من قياسات لوبورسكي كمقياس عالمي للصحة النفسية (15).

الصحة النفسية كنقاط قوة بشرية مختلفة

أدت مقارنة علماء النفس للصحة النفسية بطريقة مختلفة عن الطب النفسي إلى نموذج ثانٍ، قَدَمَ الأسس الداعمة لحركة علم النفس الايجابي (١٦). ينظر علماء النفس كالأطباء النفسيين إلى الخط المتسلسل (السمات) بدلاً من الفئات، في حين أنك في الطب إما تواجه مرضاً أم لا. يشيع في علم النفس التدخل لتحسين الذكاء المتلائم أو المهارات الاجتماعية، بينما يعد التدخل في وظيفة الغدة الدرقية الملائمة أو الهيماتوكريت أو المزاج الطبيعي في مجال الطب سبباً لإثارة المتاعب. فالفرد الذي يختبر صحة جيدة، كل التدخلات النفسية الدوائية، مع الوقت، ستسبب في تدهور أداء الدماغ. لذا، فإن الهدف الطبي يكمن في استخدام الدواء للقضاء على المرض بينما يلجأ علماء النفس من خلاله إلى تحفيز الصحة النفسية الايجابية ضمن نموذج تثقيفي.

منذ عام ١٩٢٥، كان الطبيب النفسي أ.ز. ماير قد حذر من ضرورة التوقف عن «التحذير الأخلاقي» من الصحة النفسية المثالية. واعتبر أن الصحة النفسية يجب دراستها من خلال «دراسة واعية غير منحازة» و«تجارب بناءة»

(١٧). نتيجة لذلك، أشار عالم النفس م. سيليجمن إلى أن علم النفس الايجابي سيستخدم تجارب مبنية على البراهين في دراسة الصحة النفسية الايجابية وإضافة الانجازات التجريبية إلى علم النفس الادراكي (١٨).

منذ أواخر القرن التاسع عشر، شكك الكثير من علماء الاجتماع في الادراك التفاؤلي، لا سيما التفاؤل الديني، على أنه وهم «أمريكي» غير تلاؤمي يتدخل مع الفهم الدقيق للواقع. وقد وجد كل من نيتشيه وفرويد وماركس وداروين التفاؤل دليلاً على سذاجة ثقافية مراهقة، لا كدليل على الصحة النفسية الناضجة. لكن المعالجين في مجال الادراك برهنوا حينها أن الادراك التفاؤلي لا يغير السلوك فحسب، لكنه يحدث تغييراً أيضاً في أداء الدماغ (١٩). إذا كان التفاؤل هو المعرفة الطاغية لدى الاكتئاب، فإن التفاؤل يبدو الإدراك الطاغية لدى الشخص السليم صحياً. من ناحية، تعتمد أهمية التفاؤل في الصحة النفسية الايجابية على أسلوب ادراكي للخصائص الذي يؤكد أن الأشياء الجيدة التي تحصل مع الفرد هي من «ذنبه» وستبقى إلى الأبد وهي المسيطرة، بينما ينحصر وقوع الأشياء السلبية، وهي ليست من ذنبه ومن غير المحتمل أن تحصل مجدداً (٢٠).

حدد عالمي النفس ك. بيترسون وم. سيليجمن أربع مكونات للصحة النفسية الايجابية: المواهب، والخواص الممكنة، ونقاط القوة، والنتائج. وفي حين أن المواهب ميزة فطرية، فإن الوراثة قلما تتأثر بالتدخل (مثلاً، معدل الذكاء) (٢١). وتعكس الخواص الممكنة ظروف اجتماعية حميدة، وتدخلات، وحظ بيئي جيد (مثلاً، عائلة صلبة، نظام تعليم مدرسي جيد، العيش في نظام سياسي يتيح التعبير عن الرأي). أما نقاط القوة، فهي سمات الشخصية (الطيبة والتسامح والعشوية والصدق) التي تعكس صحة نفسية سهلة التغيير. بينما تعكس النتائج المتغيرات الاعتمادية (مثلاً، العلاقات الاجتماعية المتحسنة والرفاه الشخصي) التي يمكن استخدامها كدليل على أن الجهود التي يبذلها الاطباء السريريون لتحسين نقاط القوة تتمتع بفاعلية مبيّنة.

أما تحديد نقاط القوة التي ترتبط ارتباطاً وثيقاً مع الصحة النفسية فهو أمر يحمل الكثير من الجدل. فالحكمة والطيبة والقدرة على الحب وتقبل حب الآخر هي كلها نقاط قوة يعارضها القليلون. لكن هل يجب اعتبار الشجاعة نقطة قوة؟ ولم تم استثناء الذكاء والدقة في الصوت

الموسيقي وحدته؟ أضف إلى ذلك، ثمة جدل واسع بين العاملين في مجال الصحة النفسية حول ما إذا كانت الصحة النفسية الايجابية عملية يجب على برامج الضمان أن تشملها. مع مرور الوقت سيتحتم على المجتمع أن يقرر من عليه أن يسد كلفة الصحة النفسية الايجابية: الأفراد أو النظام التربوي أو أطراف ثالثة أو الهيئات الدينية أم كل تلك الفئات؟

الصحة النفسية من حيث النضج النفسي

على عكس أعضاء الجسد التي تطورت لتستقر أو تتدهور صحتها بعد سن الرشد، يستمر الدماغ البشري بالتطور في الرشد. فمثلاً تؤدي رثنا وكليتا صبي في العاشرة من العمر أداءً مثالياً مقارنة مع رجل في الستين من العمر، لكن الأمر ذاته لا ينطبق على الجهاز العصبي المركزي. إلى درجة ما، تعكس الصحة النفسية لدى البالغ عملية متواصلة من النضج المتزايد وتكون الميالين التقدمي في الدماغ خلال ستة عقود (٢٢، ٢٣). تكشف الدراسات الاستشرافية في هذا الإطار أن الأفراد في العقد السابع من العمر يظهرون نسبة اكتئاب وتغير عاطفي أقل مقارنة مع ما يشعرون به في الثلاثين من العمر (٥، ٢٤).

لقد استبق إيريكنسن عام ١٩٥٠ بشكل من الأشكال ما تقدمت به جاهودا وغرينكر حيث قدم النموذج الأول من النمو الحياتي لدى البالغين (٢٥). فكافة النماذج السابقة كانت قد رصدت تدهوراً بعد سن ٤٥-٥٠ عاماً. بالمقابل، نظر إيريكنسن إلى كل من المراحل الثمانية من النمو البشري على أنها «معيان» جديد للصحة النفسية». بالتالي، قدم ج. لوفينغر نموذجاً عن نمو الذات لدى البالغين (٢٦) وبنى ب. كولبرغ نموذجاً للنمو الأخلاقي لدى البالغين (٢٧). إن ما يكمن خلف كل هذه النماذج هو الافتراض بأن مستوى أكبر من النضج يعكس صحة نفسية أفضل. قد يعتبر توصيف الصحة النفسية الذي تقدم به و. مينينغر من حيث النضج (٢٨) أفضل التوصيفات، حيث يشمل الحب وغياب الأنماط المسبقة لحل المشاكل، والقبول الواقعي للحتمية المفروضة على الزمان والمكان في هذا العالم، والتوقعات والأهداف الملائمة، والقدرة على التحلي بالأمل. في هذا النموذج، لا يعتبر النضج مضاداً للترجسية فحسب، بل هو متناسق مع نماذج أخرى للصحة النفسية. لدعم نموذج

النضج في الصحة النفسية، يصبح تقييم السلوك والحالات العاطفية على مر حياة الفرد الخاضع للدراسة ضرورياً. وعلى الرغم من أن الدراسات الطولانية أثمرت مؤخراً، فإنها توضح ارتباط الصحة النفسية بالنضج الدماغي المتزايد (٥، ٢٤، ٢٩، ٣٠، ٣١). ويهدف إيضاح الارتباط بين الصحة النفسية ونضج الدماغ، فإن الأفراد الذين يعانون إصابة في الدماغ أو اكتئاب حاد أو تصلب الشرايين أو الزهايمر أو إدمان الكحول أو الفصام يجب استثناءهم جميعاً من الدراسة. افترض إيريكنسن أن النضج، الذي يتحقق من خلال تطور النمو لدى البالغين من خلال تجارب الحياة، ينتج «قطراً اجتماعياً متسعاً». ويتحقق النضج لدى البالغين في نموذج إيريكسن مع مرور الوقت من خلال إتقان مهام أربعة تعاقبية هي «الهوية» و«الحميمية» و«رعاية الجيل الجديد» و«التكامل». وبناءً على بيانات تجريبية من دراسة جامعة هارفارد حول النمو لدى البالغين، أضاف فيالانت مهمتين إضافيتين: «تعزيز الخيار المهني» قبل رعاية الجيل الجديد و«أوصياء المعرفة» قبل التكامل (٣٢). وللمفاجأة، فإن إتقان هذه المهام يبدو نسبياً مستقلاً عن التربية أو الجنس أو الفئة الاجتماعية أو ربما أيضاً الثقافة. إن العمل الذي يتيح إتقان أي مهمة يختلف بشكل كبير، لكن نضج مراحل الحياة يرتبط بشكل كبير بالصحة النفسية.

ليست الهوية مجرد نتيجة لحبّ الأنا، والهروب من البيت أو الزواج للخروج من عائلة متفككة. ثمة فرق كبير جداً بين الفعل الأساسي للهروب من البيت ومهمة النمو التي تفترض معرفة القيم العائلية الخاصة بالفرد وانتهاءها والقيم الذاتية وأين تبدأ. إن الفصل هذا يأتي من القدرة على التمييز واستمداج أهمية الأصدقاء في المراهقة والمرشدين من غير أفراد العائلة كما من النضج البيولوجي البسيط. فمثلاً، تصبح لكنتنا ثابتة عند بلوغ سن ١٦ عاماً وتنعكس تلك الخاصية عن مجموعة الأقران من المراهقين بدلاً من لكنة أهلنا.

تالياً، يجب على البالغين الشباب تطوير الحميمية، التي تسمح بالارتباط المتبادل، لا الاناني، مع الشريك. فالعيش مع شخص واحد فقط في علاقة اعتمادية متبادلة وملتزمة قد تبدو غير مرغوبة أو ممكنة في عمر صغير من الرشد. لكن عند الوصول إليها، فإن القدرة على الحميمية قد تبدو سهلة ولا تقتضي بذل مجهود كبير، ومرغوبة كركوب الدراجة. أحياناً قد تكون العلاقة مع شخص من الجنس ذاته؛ قد تكون

أيضاً جنسية بحتة؛ وأحياناً أخرى، كما في الأطار الديني، قد تكون اعتمادية مع المجتمع. ويعتبر تعزيز الخيار المهني مهمة يتم إتقانها مع أو بعد إتقان الحميمية. ويتيح إتقان هذه المهمة لدى البالغ القدرة على اعتبار المهنة أمر قيّم تماماً كاللهم الذي كان يستهويه. وثمة أربعة معايير تنموية تحول «الوظيفة» إلى «مهنة»: الاكتفاء والتعويض (أي أنها تعود بالفائدة على الآخرين، وليست مجرد هواية)، والكفاءة والالتزام. أما الفشل في تعزيز الخيار المهني فهو عرض واصل لاضطراب حاد في الشخصية.

يتضمن إتقان المهمة الرابعة: رعاية الجيل الجديد، البرهان على قدرة واضحة للاهتمام بالجيل التالي وإرشاده. تكشف الأبحاث القائمة أن حاجتنا إلى الإنجاز بين سن ٣٥ و٥٥ عاماً أحياناً تتراجع بينما ترتفع حاجتنا للمجتمع والشعور بالانتماء له. ووفقاً للفرص التي يتيحها المجتمع، يمكن أن تعني رعاية الجيل الجديد العمل كمستشار أو مرشد أو مدرب للراشدين اليافعين في المجتمع الأوسع. وتتحقق رعاية الجيل الجديد من خلال نسبة أعلى بقليل من نصف السكان وهي مؤشر قوي للصحة النفسية الايجابية التي تقاس بطرق أخرى (٣١، ٣٢).

تعد مهمة «أوصياء المعرفة» المهمة الحياتية ما قبل الأخيرة. وتقتضي هذه المهمة، كجزء من أداء دور الجد أو الجدة، وتشمل نقل العادات من الأجداد إلى الجيل الجديد. إن تركيز الوصي يكون من خلال التواصل والحفاظ على المنتج الجماعي للبشرية. فرعاية الجيل الجديد وفضيلته تحتاج إلى الاهتمام بشخص لا آخر. بالمقابل، فإن مهمة وصي المعرفة وفضيلتها كالحكمة والانصاف ليست اختيارية؛ فالانصاف عكس الرعاية يعني ألا تنحاز لأحد.

أما المهمة الحياتية الأخيرة فهي التكامل، وتعني إنجاز حس بالسلام والوحدة حيال الحياة الشخصية والعالم أجمع، وقبول الدورة الحياتية كشيء يجب أن يحدث، كحاجة، لا بديل عنها. في دراستنا الاستشرافية، اتبع نمو الراشدين الصحي نمط رجال المدينة والنساء الموهوبات كمتخرجات جامعات (٥، ٣٢). غير أن لذلك حاجة ماسة إلى اثبات صحته عبر الثقافات.

الصحة النفسية كعواطف إيجابية

تناول أطباء النفس في القرن التاسع عشر مفاهيم ك «الجنون المعني» و«الطابع الجيد»

واعتبرت الصحة النفسية ذات صلة بالأخلاق والدين. خلال القرن العشرين، أدت نهضة الأنتروبولوجيا الثقافية والتحليل النفسي والسلوكيات والبيولوجيا الذرية والعلمانية بشكل عام علماء النفس إلى الشك بوجود علاقة بين الأخلاق (لا سيما التي يمثلها الدين) والصحة. لكن التقدم الذي طال مفهوم الأحياء والعواطف الإيجابية فرض على الطب النفسي اتخاذها بجدية (٣٣، ٣٤). وفي خلال العقد الماضي، اعتبرت العواطف الإيجابية، والتي كانت قد ارتبطت سابقاً بالأغاني الشعبية والاستشارة الرعوية والديانة، ذات قدرة على التطبيق العلمي.

منذ خمسين عاماً، كان طلاب الطب يتعلمون بشكل أساسي حول العواطف الوطائية كالشهوة والجوع والخوف والغضب. وهذه العواطف أيضاً شائعة لدى التماسيح والهرر. كما اعتبرت العواطف المؤيدة للمجتمع كالشفقة والتعاطف والحب الأبوي هي سلوكيات مكتسبة لذا فهي موجودة في القشرة الحديثة في الدماغ، وقد وردت في مناهج التربية المدرسية لا الطبية. وفي ستينيات القرن الماضي، حوّل ب. مكليين (٣٥) وهـ. هارلو (٣٦) وج. بولبي (٣٧) الانتباه إلى الحب كشعور بالتعلق بدلاً من الحب كعمل جنسي، وخلقوا بذلك قاعدة للعلم العصبي لتوفير مواد علمية للأفكار المبتدلة التي قدمتها جاهودا ومازلو وسان بول من خلال «الفضائل الثيولوجية» كالإيمان والتعاطف والأمل والحب. أشار عالم الأعصاب الحيوي ب. مكليين إلى أن البناء الحوفي يطغى على قدرتنا الثديية، ليس فقط للتذكر (الأدراك) بل أيضاً للبهو (المتعة) لنصرخ عند الانفصال (الأمل / الثقة) أو أن نهتم بمن نحب.

فيما عدا الذاكرة الابتدائية، تعبر الزواحف عن أي من هذه الصفات. إذا أُزيلت قشرة الدماغ لدى القداد لن يتمكن من السير في متاهة لكنه سيبقى يؤدي مهام الأمومة بشكل كفاء. وإذا ألحق ضرراً بالجهاز الحوفي، ستمكن القداد من الخروج من متاهة إلا أنها لن تتمكن من الاعتناء بصغارها. تبدو في الإطار منافع فكر داروين واضحة.

لم تتناول دراسات التصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي fMRI حتى العقدين الأخيرين علم الأعصاب الحيوي للعواطف الإيجابية. وقد أشارت العديد من الدراسات في التجارب البشرية الممتعة (كثدوق الشوكولاته، والفوز بالمال، والتأمل في وجوه جميلة،

والاستمتاع بالموسيقى والانتشاء برعشة الجماع) إلى المناطق الحوفية في الدماغ، لا سيما في منطقة القشرة المخية الجبهية الحجاجية والقشرة الحزامية الأمامية والجزيرة. إن هذه البنية المختلفة المتداخلة عن كذب، منظمة لمساعدتنا على السعي والاعتراف بما ينضوي ضمن حب الثدييات والروحانية البشرية. وفي خلال العشرين سنة الماضية قام أخصائيو في علم الاعصاب، أمثال ج. ألين (٣٨) وج. ريزولاتي (٣٩)، بتحديد الخلايا المغزلية والخلايا المرآة التي تكمن في الشبكة التحتية من النشاط العقلي البشري المؤيد للمجتمع. تمكث عصبيات المرآة داخل الجزيرة والقشرة الحزامية الأمامية وتعمل كوسيلة للشفقة وتجربة «الشعور» بمشاعر الآخر. وتظهر صورة fMRI لخلايا المرآة المؤيدة للمجتمع في القشرة الحزامية الأمامية والجزيرة أعلى مستوى حركة لدى الأفراد الذين يملكون أعلى مستويات الوعي والتعاطف الاجتماعي، وقد أكدت الاختبارات الخطية ذلك (٤٠).

تتضمن ثمانية مشاعر ايجابية (الحب والأمل والفرح والمغفرة والرحمة والإيمان والرغبة والامتنان) المشاعر «الأخلاقية» الإيجابية المهمة المدرجة في هذا النموذج. وتتميز المشاعر الإيجابية المختارة بأهميه كبرى، فكلها تشترك في التواصل الإنساني، وما من صفة بينها تتمحور حول «الأنا»، بل هي موجهة نحو المستقبل، وتظهر كأنما هي القاسم المشترك بين الديانات الكبرى في العالم (٤١). هذا وقد حذفت من القائمة خمس صفات حالية أخرى موجهة نحو المشاعر الإيجابية (الإثارة، والاهتمام، والقناعة، وروح النكتة، والشعور بالسيادة)، ذلك أنه يمكن أن نشعر بهذه الخمسة الأخيرة حتى وإن كنا وحدنا على جزيرة جرداء. تركز المشاعر السلبية حول «الأنا»، وذلك له أهمية كبرى في بقاء الفرد على قيد الحياة. تملكنا مشاعر الانتقام والمغفرة بشدة على حد سواء، ولكن النتائج طويلة الأمد على الصحة النفسية لكل من هاتين العاطفتين مختلفة جداً. فالمشاعر السلبية لها أهمية كبرى من أجل البقاء في الوقت الحاضر. وتسجل تجارب قام بها علماء الأعصاب مثل ج. بانسكي (٤٢) وعلماء النفس مثل ب. فريديكسن (٣٣) وس. لوبورميسكي (٤٣) أنه على الرغم من أن المشاعر السلبية تضيق الانتباه فتغيب عنها التجربة الشاملة ويتم التركيز على التفاصيل، فإن العواطف الإيجابية، خاصة الفرح، تجعل من الفكر نمطاً أكثر مرونة وابتكاراً وتكاملاً وكفاءة.

تركز العواطف الإيجابية على المستقبل، وتزيد من تقبلنا للغرباء، وتوسع بوصلتنا الأخلاقية، وتعزز قدرتنا على الإبداع (٣٤).

يتميز تأثير المشاعر الإيجابية على الجهاز العصبي المستقل بالكثير من القواسم المشتركة مع الاستجابة للاسترخاء والتأمل. أما المشاعر السلبية، عبر نظامنا العصبي الودي، تحدث استثارة الأيض الغذائي وأمراض القلب. تخفض المشاعر الإيجابية، عبر نظامنا العصبي السمبتاوي، من عملية الأيض الغذائي القاعدي، وضغط الدم ومعدل ضربات القلب ومعدل التنفس وانكماش العضلات. وتشير دراسات الرنين المغناطيسي الوظيفي لليوغا الكونداليني أن التأمل يزيد من نشاط الحصين واللوزة اليمنى، ما يؤدي بدوره إلى التحفيز السمبتاوي، والإحساس العميق بالسلام الداخلي (٤٤).

الصحة النفسية كذكاء اجتماعي عاطفي

يعكس الذكاء الاجتماعي العاطفي العالي مستوى أعلى من متوسط في مجال الصحة النفسية تماماً كما يعكس معدل الذكاء المرتفع كفاءة فكرية أعلى من المتوسط. ويقع الذكاء العاطفي في صلب الصحة النفسية الإيجابية. في كتاب «الأخلاق لنيقوماخوس» يورد أرسطو تعريفاً للذكاء الاجتماعي العاطفي على النحو التالي: «يمكن لأي شخص أن يغضب، وهذا أمر سهل. ولكن أن يكون غاضباً من الشخص المناسب، إلى المستوى الملائم، في الوقت الملائم، وللغرض الملائم، وبالطريقة الصحيحة، ليس أمراً سهلاً.» ومع ذلك، حتى نصف قرن مضى، رفضت الكتب الأساسية عن الذكاء مفهوم الذكاء الاجتماعي كما وضعه أرسطو لأنه «عديم الفائدة». بالفعل، ففي سبعينيات القرن الماضي اكتست نظرية «العلاقة بالموضوع» للمرة الأولى أهمية أكبر بالنسبة لأطباء النفس مقارنة مع نموذج «الغريزة».

يمكن تعريف الذكاء الاجتماعي العاطفي وفق المعايير التالية (٤٥): الإدراك الواعي الدقيق ومراقبة العواطف الذاتية؛ وتعديل عواطفنا لكي نعبر عما هو مناسب؛ تحديد مشاعر الآخرين والاستجابة لها بدقة؛ المهارة في التفاوض في العلاقات القريبة مع الآخرين؛ القدرة على تركيز المشاعر (الاندفاع) نحو الهدف المرغوب.

خلال الخمسة وعشرين عاماً الماضية، جرت خطوات لتطبيق فهمنا للعلاقة بين الذكاء الاجتماعي العاطفي والصحة النفسية الإيجابية.

قضت الخطوة الأولى في أن أدت كل من صورة fMRI والتجارب العصبية الجسدية إلى تقدم في فهمنا للتكامل بين القشرة الصدغية prefrontal والجهاز الحوفي (٤٦، ٤٧).

أما الخطوة الثانية فقدمًا، فكانت التقدم البطني ولكن الثابت الذي أنجز على الجانب المفهومي وقياس «الذكاء العاطفي». وقد شهد العقد الماضي تقدماً كبيراً من حيث إجراءات الذكاء العاطفي (٤٨).

وثمة اليوم الكثير من التمارين التي تتناول العلاقات بين الأزواج والاعمال التنفيذية والدبلوماسيين لكي يصبحوا أكثر فاعلية في حل النزاعات والتفاوض. كما بذلت جهود متزايدة خلال العقود الماضية لتعليم تلاميذ المدارس كفاءات عاطفية واجتماعية أساسية، توصف أحياناً بـ«التربية العاطفية» (٤٥).

الصحة النفسية كرفاه شخصي

قبل أن يبدأ الفلاسفة في طرح معايير الصحة النفسية وتحليلها، تناولوا معايير السعادة و«الحياة الجيدة». لكن، إذا اعتبر الفلاسفة بعد مئات السنين السعادة على أنها الخير الأسمى، فإن علماء النفس والأطباء النفسيين لم يتحلوا بمستوى التفاؤل ذاته.

إن السعادة التي تكون نتيجة الفرح أو الحب غير الأناني (الدين)، أو من خلال القدرة على التحكم في الذات والفاعلية الذاتية أو من خلال اللهو و«الانسياب» (جهود حثيثة للمشاركة)، تعكس جودة الصحة. وتعتبر السعادة التي تنتج عن الانضباط أو التركيز الروحي أو روح الفكاهة الناضجة أو التركيز النرجسي المنشرح على الحياء والامتناع و«الشفقة»، نعمة.

ووفقاً لسيلينغمن، فإن السعادة تعتمد على تحقيق الالتزام والمعنى والمشاعر الإيجابية والعلاقات الإيجابية (١٨).

من ناحية أخرى، يمكن للسعادة الشخصية أن تؤدي إلى سوء تكيف وتختلف أوجه التكيف فيها. يمكن للبحث عن السعادة أن يعكس أنانية أو نرجسية أو سطحية أو حتى بعض السخافة. يمكن للنهج التلذذي أن يظهر بسهولة ويختفي بسرعة. تتجلى السعادة الوهمية في بنية الطابع الشخصي وترتبط بالاضطرابات ثنائي القطب أو الاضطرابات التفارقية مع تأليه «الذات» نجدها في علم النفس في الولايات المتحدة. قد تشير الأمثلة حول «السعادة» غير المتكيفة إلى أي من الحاجات البدائية الكافية كالأكل وادمان

المخدرات ونوبات الغضب وتعدد الشركاء الجنسيين والانتقام. إن عدم الوضوح في معنى السعادة يبرر في هذه الدراسة استخدام مصطلح «الرفاه الشخصي» بدلاً من السعادة.

لطالما كان العالم مشككاً للانفعال الأمريكي بالسعادة. ولم يشر باحثون مثل م. سيلينغمن وإ. دينر (٤٩، ٥٠) إلا حتى بضع سنوات إلى أن الوظيفة الأولية للرفاه الشخصي هي تيسير الرعاية الذاتية، وتحويلها إلى مصاد لانعدام الحيل المكتسبه. مجدداً، فإن القدرة على التحكم بالمرود والتعليم والوزن والتدخين وشرب الكحول والمرض، يمكن للناس الذين يتمتعون برفاه أعلى العيش مدة أطول (٥١).

لكن الجهود التي بذلت في قياس الرفاه الشخصي اختلفت ولم تشترك في معيار قياسي واحد. فقد لجأ بعض الباحثين إلى الرفاه الشخصي كهدف شامل بسيط للحياة؛ بينما رأى باحثون في تقييم مجالات محددة كالوظيفة أو الزواج معياراً كافياً. يبقى السؤال: «كيف تشعر حيال حياتك بشكل عام؟» والذي تتم الاجابة عنه وفقاً لمقياس من سبعة نقاط تتراوح بين «مسرور» إلى «السوء» كمعياراً ذات فائدة جيدة.

بما أن المتغيرات البيئية المتبدلة بسرعة تتداخل آثارها، يبرز الاجماع حول هذه المناهج التجريبية الطبيعية كأكثر المعايير صحة وسبيلاً لتقييم الرفاه الشخصي. يتم الاتصال بالأفراد المشاركين في البحث عبر مناهج اختيار العينات هذا، من خلال رنان وبأوقات عشوائية خلال اليوم لأيام أو أسابيع، وفي كل إطار زمني يطلب منهم تقييم الرفاه الشخصي الخاص بهم (٥٢). وبهدف استثارة تقرير الذات من الأفراد وتحديد تجاربهم، برهنت إجراءات التواتر الفسيولوجية (مثلاً، إجراءات استجابة البشرة الجلدية وكورتيزول اللعاب وتصوير تعابير الوجه من خلال كاميرا خفية) فاعلية كبيرة.

الصحة النفسية كمرونة

هناك ثلاث فئات واسعة من آليات التكيف التي يستخدمها البشر للتغلب على المواقف العصبية. الأليتان الأوليتان اللذان تتمان بوعي هم: البحث عن الدعم الاجتماعي، والاستراتيجيات المعرفية التي نستخدمها عمداً لإتقان السيطرة على الإجهاد. يكمن النمط الثالث من المواجهة في آليات غير طوعية تشوه تصورنا للواقع الداخلي والخارجي من أجل الحد

من الضيق الذاتي، والقلق والاكتئاب.

يتم تحديد الآليات غير الطوعية النفسية هذه عبر مقياس الوظيفة الدفاعية الواردة في دليل DSM-IV بأنها دفاعات. إذ يمكنها إلغاء العفوية (مثلاً، عبر تشكيل رد فعل)، أو بشكل واع (مثلاً، من خلال إساءة التصرف) أو الحاجة إلى أشخاص آخرين (مثلاً، من قبل الوهم الفصامي) أو الواقع (مثلاً، من خلال إنكار نهائي). ويمكنها إلغاء اعترافنا الواعي بهذا الموضوع (مثلاً، من خلال الإسقاط)، أو الوعي بوجود خطر من معتدٍ (مثلاً، من خلال التحول ضد النفس)، أو إلغاء فكرة (مثلاً، عبر الكبح)، أو التأثير المرتبط بفكرة (مثلاً، عزل التأثير/استذهان).

تشمل أشد الفئات المرضية من آليات التكيف إنكار وتشويه الواقع الخارجي. وتعد الدفاعات الأكثر شيوعاً في الحياة اليومية قلة النضج وعدم القدرة على التكيف الموجود في المراهقين والبالغين الذين يعانون من اضطرابات في الشخصية: الإسقاط، والعدوان السلبي، وسوء التصرف والوهم الفصامي. تشمل الطبقة الثالثة من الدفاعات، التي ترتبط في كثير من الأحيان باضطرابات القلق والاضطراب النفسي في الحياة اليومية، الكبح، والاستذهان، وتشكيل رد الفعل، والضياح (مثلاً، توجيه التأثير إلى غرض أكثر حيادية).

تميز الفئة الرابعة من آليات التعامل غير الطوعي الصحة النفسية (٥٣). لا تزال «المقاومات الناضجة» تشوه المشاعر والوجدان والعلاقات والواقع وتغيّرها، لكنها تنجز هذه التعديلات برشاقة ومرونة. إن معاملة الغير كما نحب أن نعامل (الغيرية)، وتملك الأعصاب (الكبح)، والوعي بألم في المستقبل (التوقع)، والقدرة على عدم اتخاذ الأمور بجدية كبرى (روح النكتة)، وتقبل أمور الحياة (التسامي) هي الاشياء التي تتألف منها الصحة النفسية الإيجابية. ولكن للأسف، لا يمكن أن تتحقق هذه السلوكيات بفعل بسيط من الإرادة الواعية. وهكذا، فإن الناظر يرى هذه الدفاعات التكيفية على انها فضائل، تماماً كما يعتبر الناظر الحكم المسبق على الإسقاط ونوبات الغضب وسوء التصرف بأنها خطايا. في النهاية، تماماً كغيرها من جوانب الصحة النفسية، يتطلب تحديد موثوقية آليات تكيف الصحة غير الطوعية دراسة طولانية. وقد بينت دراسات من معهد بيركلي للتنمية البشرية (٥٤) ودراسة من جامعة هارفارد لتنمية الكبار (٥٥) على حد سواء، أهمية الدفاعات الناضجة للصحة

كما يحتاج الطب النفسي إلى فهم كيف يتحول، على المحور الخامس، مجموع من ٧٥ إلى ٩٠، يحتاج الطب النفسي إلى فهم أفضل السبل لتسهيل تحويل أساليب المواجهة الأقل نضجاً إلى أساليب أكثر نضجاً. التقدم جارٍ في استخدام دراسات الرنين المغناطيسي الوظيفي fMRI لإظهار عملية إطلاق الدماغ لهذه الآليات (٤٦، ٤٧)، وكيفية استخدام المناهج التجريبية لتوضيح النضج في الدفاعات خلال العلاج النفسي (٥٦).

الخلاصات

اقترحت هذه الدراسة سبعة نماذج متميزة من الناحية المفاهيمية للصحة النفسية الإيجابية. كما هو مبين في الجدول رقم ١، توفر دراسة النمو لدى البالغين في جامعة هارفارد توضيحاً تجريبياً للترابط بين خمسة من هذه النماذج المختلفة في دراسة استطلاعية حول الرجال غير الجانحين المقيمين في المدن (٥٥). لم يكن كل نموذج من النماذج الخمسة (تم قياسه من خلال مؤشرات مستقلة) مرتبطاً بشكل كبير مع الأربعة الأخرى، ولكن كل منها تنبأ بالصحة النفسية الشاملة الموضوعية التي تم تقييمها بعد ١٥ عاماً. هذا ولم تتنبأ الطبقة الاجتماعية

الأهلية أو بيئة الطفولة الدافئة بشكل جيد بأي من النماذج الخمسة. يثير مفهوم الصحة النفسية مسألة التداخلات العلاجية في إطار التوصل إليها. أي من جوانب الصحة النفسية هي الثابتة وأي منها هي القابلة للتغيير؟ كما ورد أعلاه، يمكن للمواد الكيميائية تخفيف المرض النفسي، ولكنها لا تحسن وظيفة الدماغ الصحيحة. يمكننا تعزيز الصحة النفسية فقط من خلال التربية المعرفية والسلوكية والنفسية.

وفي النهاية، تتطلب دراسة الصحة النفسية الايجابية بعض الضمانات. أولاً، لا بد من تعريف الصحة النفسية على نطاق واسع من خلال مصطلحات تراعي الاختلاف الثقافي وتكون شاملة. ثانياً، يجب دعم المعايير في مجال الصحة النفسية من خلال البراهين التجريبية، والتحقق من صحتها بدراسة طولانية. أخيراً، على الرغم من أن الصحة النفسية هي إحدى القيم الإنسانية الهامة، لا ينبغي أن تعتبر في نهاية المطاف بحد ذاتها الخير الأسمى. علينا المضي قدماً وبذل الجهود من أجل تحقيق الصحة النفسية الإيجابية والحفاظ على الاحترام الواجب لاستقلالية الفرد.

تقدير

الجدول ١ الترابط العابر بين نماذج الصحة النفسية في منتصف العمر وقيمتها التنبؤية واستقلاليتها عن الطبقة الاجتماعية الأهلية والبيئية في الطفولة: بيانات من دراسة جامعة هارفرد حول النمو لدى البالغين (٥٥)

أ	ب	ت	ث	ج
النموذج ١: المقياس العام للأداء والعجز (GAF) في عمر 50 عاماً	-			
النموذج ب: النضج	٥٩.			
النموذج ت: الذكاء الاجتماعي	٣٨.	٤٤.		
النموذج ث: الرفاه الشخصي	٤٠.	٤٠.		
النموذج ج: المرونة النفسية	٧٦.	٣٩.	٣١.	
الشاملة الموضوعية في ٦٥ عاماً	٤٥.	٣٣.	٥٦.	٤٥.
الطبقة الاجتماعية الأهلية	٠٦.	٤٠.	١٣.	٠٧.
بيئة دافئة في الطفولة	٠٥.	٠٤.	٠٧.	٠٣.

كافة الترابطات 25. > تملك قيمة عند $p < 0.001$

لاقت هذه الدراسة دعم منحة البحث MH42248 من المركز الوطني للصحة النفسية.

مراجع

1. Leighton AH. My name is Legion: the Stirling County Study, Vol. 1. New York: Basic Books, 1959.
2. Clausen J. American lives. New York: Free Press, 1993.
3. Jones CJ, Meredith W. Developmental paths of psychological health from early adolescence to later adulthood. Psychol Aging 2000;15:351-60.
4. Vaillant GE. Adaptation to life. Boston: Little Brown, 1977.
5. Vaillant GE. Aging well. New York: Little Brown, 2002.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental Disorders, 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
7. Srole L, Langer TS, Michael ST et al. Mental health in the metropolis. New York: Mc- Graw Hill, 1962.
8. Leighton DC, Harding JS, Macklin D et al. The character of danger, vol. 3. The Stirling County Study. New York: Basic Books, 1963.
9. Offer D, Sabshin M. Normality: theoretical and clinical concepts of mental health. New York: Basic Books, 1966.
10. Jahoda M. Current concepts of positive mental health. New York: Basic Books, 1958.
11. Grinker RR Sr., Grinker RR Jr., Timberlake J. A study of mentally healthy young males (homoclitcs). Arch Gen Psychiatry 1962;6:405-53.
12. Korchin SJ, Ruff GE. Personality characteristics of the Mercury astronauts. In: Grosser GH, Wechsler H, Greenblatt M (eds). The threat of impending disaster. Cambridge: MIT Press, 1964.
13. Luborsky L. Clinicians' judgment of mental health: a proposed scale. Arch Gen Psychiatry 1962;7:407-17.
14. Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL et al. The Global Assessment Scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. Arch Gen Psychiatry 1976;33: 766-71.
15. Armelius BA, Gerin P, Luborsky L et al. Clinician's judgment of mental health: an international validation of HSRs. Psychother

- on the vagus nerve. *Brain, Behavior, and Immunity* 2010;24:1223-8.
45. Goleman D. *Emotional intelligence*. New York: Bantam Books, 1995.
 46. Etkin A, Egner T, Peraza DM et al. Resolving emotional conflict: a role for the rostral anterior cingulate cortex in modulating activity in the amygdala. *Neuron* 2006;51: 871-82.
 47. Westen D, Blagou PS, Harenski K et al. Neural bases of motivated reasoning: an fMRI study of emotional constraints on partisan political judgments in the 2004 U.S. Presidential Election. *J Cogn Neurosci* 2006;18:1947-58.
 48. Mayer JD, Salovey P, Caruso D. *Emotional Intelligence Test (MSCEIT)*. Toronto: Multi-Health Systems, 2002.
 49. Diener E, Suh EM, Lucas RE et al. Subjective well-being: three decades of progress. *Psychol Bull* 1999;125:276-302.
 50. Diener E. Subjective well-being. *Am Psychol* 2000;55:34-43.
 51. Diener E, Chan MY. Happy people live longer: subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being* 2011;3:1-43.
 52. Csikszentmihalyi M. *Flow: the psychology of optimal experience*. New York: Harper Row, 1990.
 53. Vaillant GE. Adaptive mental mechanisms: their role in a positive psychology. *Am Psychol* 2000;55:89-98.
 54. Haan N. *Coping and defending*. San Diego: Academic Press, 1977.
 55. Vaillant GE, Schnurr P. What is a case? A 45-year study of psychiatric impairment within a college sample selected for mental health. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:313-27.
 56. Perry JA, Beck SM, Constantinides P et al. Studying change in defensive functioning in psychotherapy, using defense mechanism rating scales: four hypotheses, four cases. In: Levy RA, Ablon JS (eds). *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy*. Totowa: Humana Press, 2008:121-53.
 30. Friedman HS, Martin LR. *The Longevity Project*. New York: Hudson Street Press, 2011.
 31. Vaillant GE, Milofsky ES. Natural history of male psychological health: IX. Empirical evidence for Erikson's model of the life cycle. *Am J Psychiatry* 1980;137:1348-59.
 32. Vaillant GE. *The wisdom of the Ego*. Cambridge: Harvard University Press, 1995.
 33. Fredrickson BL. The role of positive emotions in positive psychology: the broaden-and-build theory of positive emotions. *Am Psychol* 2001;56:218-26.
 34. Vaillant GE. *Spiritual evolution: a scientific defense of faith*. New York: Doubleday Broadway, 2008.
 35. MacLean PP. *The triune brain in evolution*. New York: Plenum, 1990.
 36. Harlow H. The nature of love. *Am Psychol* 1958;13:673-85.
 37. Bowlby J. *The making and breaking of affectional bonds*. London: Tavistock, 1979.
 38. Allman JM, Watson KK, Tetreault NA et al. Intuition and autism: a possible role for Von Economo neurons. *Trends in Cognitive Science* 2005;9:367-73.
 39. Rizzolatti G. The mirror neuron system and its function in humans. *Anat Embryol* 2005; 210:419-21.
 40. Kaplan JT, Iacoboni M. Getting a grip on the other's mind: mirror neurons, intention, understanding and cognitive empathy. *Social Neuroscience* 2006;1:175-83.
 41. Armstrong K. *The great transformation*. New York: Knopf, 2006.
 42. Panksepp J. *Affective neuroscience. The foundations of human and animal emotion*. New York: Oxford University Press, 1998.
 43. Lyubomirsky S, King L, Diener E. The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success? *Psychol Bull* 2005;131:803-55.
 44. Thayer JF, Sternberg EM. Neural aspects of immunomodulation: focus Res 1991;1:31-8.
 16. Seligman MEP, Csikszentmihalyi M. Positive psychology. *Am Psychol* 2000;55:5-14.
 17. Lief A (ed). *The commonsense psychiatry of Dr. Adolf Meyer*. New York: McGraw-Hill, 1948.
 18. Seligman MEP. *Flourish*. New York: Free Press, 2011.
 19. Baxter LR, Schwartz JM, Bergman KS et al. Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:681-9.
 20. Peterson C, Seligman MEP. Causal explanations as a risk factor for depression: theory and evidence. *Psychol Rev* 1984;91:347-74.
 21. Peterson C, Seligman MEP. *Character strengths and virtues*. New York: Oxford University Press, 2004.
 22. Yakovlev PI, Lecours AR. The myelogenetic cycles of regional maturation of the brain. In: Minkowski A (ed). *Regional development of the brain in early life*. Oxford: Blackwell, 1967.
 23. Benes FM, Turtle M, Khan Y et al. Myelination of a key relay in the hippocampal formation occurs in the human brain during childhood, adolescence and adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:477-84.
 24. Carstensen LL. Evidence for life-span theory of socio-emotional selectivity. *Current Directions in Psychological Science* 1995;4: 151-6.
 25. Erikson E. *Childhood and society*. New York: Norton, 1950.
 26. Loevinger J. *Ego development*. San Francisco: Jossey-Bass, 1976.
 27. Kohlberg L. *Essays on moral development, Vol. 2: The nature and validity of moral stages*. San Francisco: Harper Row, 1984.
 28. Menninger WC. *A psychiatrist for a troubled world: selected papers of William C. Menninger, M.D.* New York: Viking Press, 1967.
 29. White RW. *Lives in progress*, 3rd ed. New York: Holt Rinehart & Winston, 1975.

الصحة النفسية الايجابية: أجندة أبحاث

ALAN CARR

School of Psychology, University College Dublin,
Belfield, Dublin 4, Ireland

يقدم فايان من خلال مراجعة للنماذج السبعة تحديد لمفاهيم الصحة النفسية الايجابية. ويقترح بأن الطريقة الفضلى لفهم الصحة النفسية تكمن في إجراء دراسات طولانية لعينات متعددة من السكان في إطارات ثقافية متنوعة وباستخدام أدوات تساعد على تقييم المفاهيم المتعددة.

أوافق فايان في أن ثمة حاجة للعمل النظري والتجريبي لوضع تصور أكثر فائدة للصحة النفسية الايجابية. من الجانب النظري، ثمة حاجة إلى توضيح وإدماج البنية الحالية المتداخلة والتمتازة في إطار نطاق شامل أوسع. من الجانب العملي، ثمة حاجة إلى تطوير وصقل أدوات قياس الصحة النفسية الايجابية على مستويات متعددة، بما في ذلك التقرير الذاتي، وتقييم السلوك، واستجابة الأداء النفسي البدني، والأداء العصبي البيولوجي. ثمة حاجة أيضا إلى ربط البحوث في مجال الصحة النفسية الايجابية بعلم النفس في الأداء الطبيعي وغير الطبيعي خلال الدورة الحياتية. كما من المفيد بشكل خاص تحديد الروابط بين الصحة النفسية الايجابية والذكاء، والمزاج، وسمات الشخصية، والتحكم الذاتي والتعلق من خلال بحوث في علم الوراثة والبيولوجية والتنامية. يجب التمييز بين الصحة النفسية الايجابية و الذكاء كما هو محدد في اختبارات القياسات النفسية، وغيرها من أشكال الذكاء كما في نماذج مثل نموذج جاردنر لأشكال الذكاء المتعددة (١). من الواضح أن معدل الذكاء المرتفع والصحة النفسية الايجابية ليسا مترادفين. مع ذلك، فإن الصحة النفسية والذكاء (كما هو محدد في اختبارات الذكاء) معنيان على حد سواء بحل المشاكل بفاعلية والتكيف مع البيئة المحيطة. وتعلق أحد أهم الأسئلة البحثية بطبيعة الذكاء ومدى التداخل بين الذكاء المحدد في اختبارات القياسات النفسية والصحة النفسية الايجابية خلال الدورة الحياتية. ويشير فايان إلى أن الصحة النفسية

التعلق إمكانية تحديد أنماط التعلق الآمن وغير الآمن عبر مراحل العمر. حيث ترتبط أنماط التعلق الآمن بقدرة أفضل على التكيف النفسي (٦). ويتطور لدى الأفراد الذين يظهر لديهم نمط الارتباط الآمن، نتيجة للتربية الأبوية الحساسة في أول حياتهم، نماذج معالجة داخلية للذات وللاخرين تنطوي على توقع أن الآخرين سوف يكونوا متواجدين لتوفير الدعم في احتياجات التعلق. إن هذا الاستعداد للثقة قد يكون أحد المكونات الرئيسية للصحة النفسية الايجابية، ومجال يحتاج إلى المزيد من البحث.

إن التكامل بين النماذج الحالية للصحة النفسية الايجابية التي تتناولها دراسة فايان في إطار شامل، والأبحاث التي تربط هذا النموذج التكاملي بالذكاء والمزاج والصفات الشخصية والتنظيم الذاتي والتعلق سيجعل فهمنا للصحة النفسية الايجابية ضمن المعرفة الحالية حول التطور الطبيعي للحياة عملائياً، ويوفر قاعدة علمية لتطوير برامج التدخل لتعزيز الصحة النفسية الايجابية.

مراجع

1. Gardner H. Frames of mind: theory of multiple intelligences. New York: Basic Books, 2004.
2. Killen M, Smetana J. Handbook of moral development. London: Psychology Press, 2006.
3. Myers D, Eid M, Larsen R. Religion and human flourishing. In: Eid E, Larsen R (eds). The science of subjective well-being. New York: Guilford, 2008:323-46.
4. Bates J, Schermerhorn A, Goonight J. Temperament and personality through the lifespan. In: Lamb M, Freund A (eds). The handbook of lifespan development. Vol. 2. Social and emotional development. New York: Wiley, 2010:208-53.
5. Forgas J, Baumeister R, Tice D. Psychology of self-regulation: cognitive, affective, and motivational processes. New York: Psychology Press, 2009.
6. Cassidy J, Shaver P. Handbook of attachment, 2nd ed. New York: Guilford, 2008.

الايجابية قد تمت مساواتها مع الذكاء الاجتماعي والعاطفي. بينما تشير أحد التعليقات إلى أن الذكاء الوجودي أو الروحي، أو أي مرحلة متقدمة من التطور الأخلاقي (٢)، قد يكون محوريا في مجال الصحة النفسية الايجابية. نظرا للترابط القائم بين الممارسات الدينية والرفاه (٣). يبقى أن العلاقات بين الصحة النفسية الايجابية وغيرها من أشكال الذكاء: مثل الموسيقى، والحركة والتناغم مع الطبيعة، هي علاقة غير واضحة. إن هذه التعليقات وغيرها، قد تهدف إلى تشكيل بنيه الموهبة والإبداع. فقد يكون بعض الأفراد موهوبين بشكل استثنائي أو يتمتعون بروح خلاقية في طريقة معالجة القضايا التي تتعلق بصحتهم النفسية الايجابية.

تشمل نظريات المزاج والشخصية ضمناً مفهوم الصحة النفسية الايجابية والتي تطول نوعاً معين من الشخصيات. على سبيل المثال، يمكن اعتبار الرضع الذين يتمتعون بمزاج سهل أنهم يتمتعون بصحة نفسية أفضل من ذوي المزاجات الصعبة أو المزاجات الحادة سلوكياً. من خلال نظريات السمات الشخصية: مثال نظرية العوامل الخمسة في الشخصية، يمكن اعتبار الأفراد ذوي المستويات العالية من الاستقرار العاطفي، والانبساط، والانسجام، والوعي والانفتاح على التجارب بصحة نفسية أفضل من غيرهم. ويلمخ فايان الى هذا النوع من المقاربات في الجزء الذي يخصصه للصحة النفسية كنقاط قوة بشرية متعددة. مع ذلك، أود أن أؤكد على أهمية ربط البحوث في مجال الصحة النفسية الايجابية بالمعرفة الواسعة القائمة حول سمات المزاج والشخصية (٤).

تسلط مجموعة كبيرة من المنشورات حول التنظيم الذاتي الضوء على العوامل ذات الصلة بالقدرة على الاستمرار المنفذ في العمل وتحمل الضغط (٥). قد تكون هذه القدرة جانباً من جوانب الصحة النفسية الايجابية، وترتبط على الأرجح بآليات الدفاع التكيفية التي تمت مناقشتها في الجزء الذي تناول فيه فيان المرونة. لذا يجب على الدراسات المستقبلية التركيز على التنظيم الذاتي والصحة النفسية الايجابية.

من جانب آخر، أظهرت الدراسات حول

منظور نظرية تقرير الذات في الصحة النفسية الايجابية عبر الثقافات

KENNON M. SHELDON

Department of Psychology, University of Missouri,
Columbia, MO 65211, USA

يقدم فايان لمحة تاريخية وحالة عامة ومهمة عن مفهوم «الصحة النفسية الايجابية»، ويحدد الخطوط العريضة للمفاهيم السبعة المختلفة لمحاسن هذه الحالة. ومن المثير للاهتمام، على الرغم من أن عنوان المقالة يثير تساؤل ما إذا كان هناك تعريف عابر للثقافات خاص بالصحة النفسية الايجابية، فإن فايان لا يمض وقتاً طويلاً في معالجة مسألة الاختلافات الثقافية. فهل تغطي الثقافات الأخرى بشكل موثوق النماذج السبعة؟ الجواب غير واضح.

يعرض فايان استعارة تتعلق بأبطال السباقات العشرية أقتبس منها «كل عدائي السباقات العشرية يتشاركون في الخصائص الايجابية للقوة العضلية والسرعة والتحمل، والرشاقة والروح التنافسية، لكن تركيبها قد تختلف». يشير ذلك إلى إمكانية وصف مجال الصحة النفسية الايجابية بشكل أساسي مشترك بين الثقافات، على الرغم من أن مستويات أو مزيج هذه الصفات قد يختلف بين ثقافة وأخرى (أي أن صفة القوة أو السرعة قد تكون أكثر في ثقافة ما وأقل في أخرى). مع ذلك، لا يتكهن فايان حول تأثير الأنواع الثقافية على المفاهيم السبعة في الصحة النفسية الايجابية التي يسردها.

من أجل إلقاء المزيد من الضوء على هذه القضايا، سنناقش بشكل وجيز نظرية تقرير الذات، كنظرية للصحة التحفيزية التي وجدت دعماً تجريبياً واسع النطاق على مدى العقود الأربعة الماضية، ونعتقد أنها قد تشكل نموذجاً ثامناً (وربما النموذج الأكثر أهمية) في الصحة النفسية (1-3). قد لا يألف بعض قراء المجلة هذه النظرية، والتي تنسجم مع المجموعة الأشمل من «علم النفس الايجابي». تعد إحدى ميزات هذه النظرية بأنها لا تنحصر في الايجابية فقط، ولكن أيضاً تناضل من أجل الحصول على الايجابية في سياق تطراً عليه ظروف سلبية وقيود محتملة. كما تتقدم النظرية بادعاءات حول طبيعة الدوافع الايجابية في مختلف الثقافات، والتي تأكدت بشكل جيد تجريبياً. تفترض نظرية تقرير الذات فرداً ناشطاً في

الأصل، يجد الدوافع الفطرية ويتبعها، ويتعلم وينمو ويزدهر خلال العملية. وتظهر الدوافع الذاتية تلقائياً، طالما أن البيئات تقدم الدعم لها (للأسف، قد تفوّضها «السيطرة» على البيئة). كما تقترح النظرية أن جميع البشر لديهم ٣ حاجات نفسية أساسية، أو حاجات تجارية، يدعم استحصالها الدافع والنمو والصحة الداخلية تماماً كما يساهم الحصول على الاحتياجات المادية الأساسية في دعم نمو وصحة النباتات (٤). أما الاحتياجات الثلاث فهي: الذاتية (الحاجة إلى تنظيم الذات: السيطرة على الأفعال الفردية ومطابقة هوية الذات بسلوك الفرد): الكفاءة (الحاجة إلى الانجاز: التقدم نحو مزيد من الإتقان والمهارة). والترابط (الحاجة إلى الشعور بالارتباط النفسي مع آخرين مهمين؛ دعم الآخرين والحصول على دعمهم).

تتوافق هذه الاحتياجات الثلاثة مع نظرية «الحب والعمل» الخاصة بفرويد، حيث يجب أن يكون العمل هادفاً وقد تم اختياره بشكل مستقل. كما تجد هذه الاحتياجات في توصيف جاهودا للصحة النفسية، الذي تتناوله دراسة فايان والتي تفيد بأن الصحة النفسية تشمل «الذاتية» (أي الاتصال مع الهوية والمشاعر الذاتية)، والاستثمار في الحياة (أي تحقيق الذات والتوجه نحو المستقبل)؛ والفاعلية في حل المشاكل (أي التصور الدقيق للواقع، والمرونة أمام الضغوطات، والتمكن من البيئة المحيطة). والقدرة على الحب والعمل واللعب». تقترح نظرية تقرير الذات أن الاستثمار في الحياة والتوجه نحو المستقبل يظهران تلقائياً عند استيفاء الاحتياجات الثلاثة الأخرى.

وفقاً لنظرية تقرير الذات، تطورت الحاجات الثلاثة هذه لأن البشر الذين سعوا لهذه السلع النفسية، والذين وجدوا قوة نفسية عند الحصول عليها، تميزوا بأفضلية انتقائية مقارنة مع البشر الذين لم يسعوا لها. يدعم عدد كبير من المنشورات البحثية اليوم هذه العناصر الثلاثة والتي لها ميزة حاسمة في الصحة والرفاهية، غير أننا لن نتطرق إليها هنا. لكن سنورد مثلاً واحداً فقط: اختبرت مقالة نشرت عام ٢٠٠١ عشر احتياجات نفسية مرشحة لتحديد ما إذا كان وجودها النسبي (أو غيابها)

فيما يصفه الأفراد «أكثر الأحداث إرضاءً» (٥). ظهرت الذاتية والكفاءة والترابط كأبرز الصفات في هذه الدراسة؛ أما متعة التلذذ، والنجاح من الناحية المالية، والشعبية / المكانة الاجتماعية، والسلامة / الأمن، وحتى الصحة البدنية وتحقيق الذات، فلم تجد أساساً داعماً كإحدى الحاجات الأساسية بحسب معايير الدراسة.

فيما خص مسألة الاختلاف بين الثقافات، فإن الاقتراح الذي يشير إلى أن الحاجات هذه هي حاجات أساسية متطورة من جوهر الطبيعة البشرية يفترض أنها ذات أهمية عالمية عابرة للثقافات. تدعم المنشورات البحثية هذا الافتراض بوضوح: وجد شيلدون وآخرون (٦) أن هذه الحاجات الثلاث تتنبأ بمشاعر إيجابية ورضا عن الحياة في حوالي ٢٠ ثقافة مختلفة، منها ثقافات أفريقية وآسيوية وأوروبية ولاتينية، واسترالية. تتنبأ هذه المقاربة التجريبية، كدليل على حالة الحاجة التي يشعر بها الفرد كأنها حاجة حقيقية، للعاطفة الايجابية والرفاه الموضوعي (اثان من المفاهيم السبعة للصحة النفسية الايجابية التي ذكرها فايان).

في نظرية تقرير الذات، تعد العاطفة الايجابية والرفاه الشخصي مجرد نتيجة لاكتفاء الحاجة، بدلاً من اعتبارها كمؤشرات عن الصحة النفسية ذاتها. وقد تدعي نظرية تقرير الذات بأن كافة أشكال الصحة النفسية تجد أساساتها الداعمة في الحاجة إلى الاكتفاء النفسي.

فكيف، إذن، تختلف الثقافات في الصحة النفسية؟ وفقاً لنظرية تقرير الذات، تختلف الثقافات في المقدار الذي تؤيد فيه تلبية احتياجات الشعوب الأساسية، وبالتالي تكون بعض الثقافات مزدهرة (بمعدل متوسط) أكثر من غيرها. مثلاً، نجد أن الحاجة إلى الذاتية عادة ما يقل دعمها في المجتمعات الآسيوية، كما يتضح من انخفاض درجات الحاجة إلى الذاتية في تلك الثقافات، والتي تحمل مسؤولية جزئية في انخفاض مستويات العاطفة الايجابية والرفاه الموضوعي في تلك الثقافات. بالعودة إلى استعارة السباقات العشرية، ثمة بعض المكونات التجارية الرئيسية للصحة النفسية. يظهر الأشخاص الأصحاء نفسياً في

الدور السريري للرفاه النفسي

كل المجتمعات كميات كبيرة من هذه المكونات. غير أن المجتمعات تتفاوت في دقة المزيج الذي يتم توفيره من هذه المكونات والدعم الذي تقدمه. ففي دراسة شيلدون وآخرون (٦) عام ٢٠٠١، أظهر سكان كوريا الجنوبية الحاجة إلى اكتفاء الارتباط أكثر من اكتفاء الكفاءة في «أكثر الأحداث إرضاءً»، في حين أن الأمر هو العكس في الولايات المتحدة. مع ذلك، تعتبر الكفاءة والارتباط على حد سواء مؤشرا تنبؤ للعاطفة الإيجابية إلى الحد ذاته في الثقافتين. باختصار، تحاول نظرية تقرير الذات تحديد «المغذيات النفسية» الضرورية لكافة أشكال الصحة النفسية في كل الثقافات. ويمكن للاختلافات الفردية والثقافية في الحاجة إلى الاكتفاء أن توضح الاختلافات الفردية والثقافية في أنواع مختلفة من الصحة النفسية الإيجابية (٧).

- ### مراجع
1. Deci EL, Ryan RM. Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. New York: Plenum, 1985.
 2. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the role of basic psychological needs in personality and the organization of behavior. In: John O, Roberts R, Pervin LA (eds). Handbook of personality: theory and research. New York: Guilford, 2008: 654-78.
 3. Sheldon KM. Optimal human being: an integrated multi-level perspective. New Jersey: Erlbaum, 2004.
 4. Ryan RM. Psychological needs and the facilitation of integrative processes. J Pers 1995;63:397-427.
 5. Sheldon KM, Elliot AJ, Kim Y et al. What's satisfying about satisfying events? Comparing ten candidate psychological needs. J Pers Soc Psychol 2001;80:325-39.
 6. Sheldon KM, Cheng C, Hilpert J. Understanding well-being and optimal functioning: applying the Multilevel Personality in Context (MPIC) model. Psychol Inq 2011;22:1-16.
 7. Sheldon KM. Integrating behavioral-motive and experiential-requirement perspectives on psychological needs: a two process perspective. Psychol Rev (in press).

GIOVANNI A. FAVA

Department of Psychology, University of Bologna, Viale Bertoni Pichat 5, 40127 Bologna, Italy

ارتكزت أبحاث الصحة النفسية تاريخياً على الاعتلال النفسي بشكل كبير حتى إن الصحة كمصطلح تساوت مع غياب المرض بدلاً من وجود رفاه صحي. في هذا الإطار تشير ريف وسينغر (١) في إحدى دراساتهم إلى أن غياب الرفاه يخلق حالات ضعف لأعراض ضائرة مستقبلية وأن مسار التعافي لا يكمن حصراً في التخفيف من السلبية، بل أيضاً في خلق حالة إيجابية. يعد إخراج الفرد من الأداء السلبي أحد أشكال النجاح في هذا الإطار، لكن تيسير التقدم باتجاه استعادة الأداء الإيجابي أمر مختلف كل الاختلاف.

يشير جورج فايان بشكل محق إلى المساهمات النسبية والحساسية الثقافية للنماذج المختلفة للصحة النفسية الإيجابية. غير أن مفهوم الصحة النفسية يرتبط بشكل لا يحمل الجدل بالرفاه النفسي. ويقدم نموذج ك. ريف (٢) تكاملاً بين وجهات نظر متباينة. يشمل هذا الأخير ستة أبعاد نفسية متداخلة: التقييم الإيجابي للذات، شعور بالنمو والتطور المتواصل، الاعتقاد بأن الحياة لها هدف وقيمة، إقامة علاقات نوعية مع الآخرين، القدرة على إدارة حياة الفرد بفاعلية، شعور بتقرير الذات. وقد لعب عدد من الدراسات السريرية دوراً داعماً كبيراً لهذا النموذج. فقد كشف التقييم النفسي باستخدام مقاييس الرفاه النفسي (٢) أن هذه الأبعاد عادة ما تكون معتلة في المرضى الذين يعانون من اضطرابات المزاج والقلق والذين يتعافون بالعلاج الدوائي أو العلاج النفسي المعياري (٣).

لقد تبين أن النقص في الرفاه النفسي هو أحد عوامل الخطرة في الاكتئاب (٤). وقد تم تطوير استراتيجيات علاج نفسي محددة لزيادة الرفاه النفسي والمرونة، ويستند هذا العلاج (WBT)، إلى نموذج ريف المفاهيمي (٢). واختباره في عدد من التجارب العشوائية (٣). أما نتائج ممارسة WBT، بالإضافة إلى معيار العلاج السلوكي الإدراكي (CBT)، لمرضى الاكتئاب المعاد الذين استجابوا للعلاج بالعقاقير، فقد أشارت إلى معدل انتكاس

أقل بكثير في متابعة ٦ سنوات بالمقارنة مع التدبير العلاجي السريري (CM) (٥). كذلك، فإن المجموعة المتسلسلة من علاج CBT وعلاج WBT تحدث درجة أعلى من الهدأة، كما هو موضح على مقياسي الشدة والرفاه، مقارنة مع علاج CBT وحده في اضطراب القلق العام، المميز بخصائص ملازمة في متابعة سنتين (٦).

كشفت دراسة عشوائية مضبوطة أخيرة حول دوروية المزاج (٧) عن منظور إضافي في هذا الإطار. تم تعيين اثنين وستين مريضاً عشوائياً يعانون من اضطراب دوروية المزاج وفق معايير دليل DSM-IV إلى عينات علاجية من WBT / CBT أو CM. في مرحلة ما بعد العلاج، برزت اختلافات كبيرة في جميع نتائج القياسات، مع مزيد من التحسينات بعد العلاج في المجموعة WBT / CBT بالمقارنة مع مجموعة علاج CM. هذا وتمت المحافظة على المكاسب العلاجية بعد سنة أو سنتين من المتابعة. تشير النتائج ضمناً إلى أن المجموعة التعااقبية من علاج CBT وWBT، والتي تهدف لمعالجة تناقضات التقلبات المزاجية والقلق المرضي المرافق، تحقق فوائد كبيرة ومستمرة في الاضطراب الدوروي. تشير هذه الدراسة إلى أن التوازن بين الأبعاد النفسية المختلفة هو ما يهم أكثر من أي شيء آخر.

تركز دراسة ريف وسينغر (١) على مقارنة أرسطو الساعية لتحقيق «ما هو بسيط»، وتجنب الغلو والتطرف. قد يكون السعي لتحقيق الرفاه بسبب حباً كبيراً للذات والفردية بحيث لا يترك أي مجال للتواصل مع الآخر أو الخير الاجتماعي؛ أو يمكنه أن يكون مركزاً على المسؤوليات والواجبات غير الذاتية التي لا يتم التعرف من خلالها على المواهب والقدرات الشخصية ولا يتم تطويرها وتنميتها. من هنا، تقدم دراسة ريف وسينغر (١) تقييماً لمفهوم التوازن، على حد سواء كدليل نظري وتجريبي يجب على الباحثين في مجال الرفاه تقديره.

يشير تطبيق نموذج ريف (٢)، سواء من حيث التقييم أو العلاج، إلى أن التوازن الأمثل للرفاه يختلف من شخص لآخر؛ ليس هناك طريقة واحدة ليكون المرء بصحة نفسية جيدة (إن تختلف تركيبة نقاط القوة والضعف لدى كل

- depression: a ten year cohort study. J Affect Disord 2010;122:213-7.
5. Fava GA, Ruini C, Rafanelli C et al. Six year outcome of cognitive behavior therapy for prevention of recurrent depression. Am J Psychiatry 2004;161:1872-6.
 6. Fava GA, Ruini C, Rafanelli C et al. Wellbeing therapy of generalized anxiety disorder. Psychother Psychosom 2005;74:26-30.
 7. Fava GA, Rafanelli C, Tomba E et al. The sequential combination of cognitive behavioral treatment and Well-being Therapy in cyclothymic disorder. Psychother Psychosom 2011;80:136-43.
 8. Engel GL. A unified concept of health and disease. Perspect Biol Med 1960;3:459-83.
 9. Fava GA, Sonino N, Wise TN (eds). The psychosomatic assessment. New strategies for improving clinical practice. Basel: Karger, 2012.

WBT في التقييم السريري والخطط العلاجية (٩).

مراجع

1. Ryff CD, Singer BH. Know thyself and become what you are: a eudaimonic approach to psychological well-being. J Happiness Stud 2008;9:13-39.
2. Ryff CD. Challenges and opportunities at the interface of aging, personality and wellbeing. In: John OP, Robins RW, Pervin LA (eds). Handbook of personality: theory and research. New York: Guilford, 2008:399- 418.
3. Fava GA, Tomba E. Increasing psychological well-being and resilience by psychotherapeutic methods. J Personality 2009; 77:1903-34.
4. Wood AM, Joseph S. The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as a risk factor for

منا ونستعين بما هو متاح). لذا فإن الدعايات بين الثقافات الناتجة عن هذا النموذج كثيرة، وينبغي أن تضاف إلى إطار العمل الذي وضعه فايان. علاوة على ذلك، تؤكد دراسة ريف (٢) على ضرورة الجمع بين مميزات الشخصية مع المتغيرات السياقية (العمل، والحياة العائلية، والروابط الاجتماعية، والظروف الاجتماعية والاقتصادية). تكمن الفكرة الأساسية في هذا المجال بأن الشخصية، والرفاه الذاتي والأسى تجتمع معا بطرق مختلفة بين الأشخاص المختلفين.

قدم ج. إنجل (٨) تعريفاً للعوامل المسببة بأنها «العوامل التي إما تضع عبنا على الأنظمة المعنية بالتنمية أو النمو أو التكيف، أو تحد من قدرتها». ينبغي للصحة النفسية الإيجابية أن تستهدف معالجة هذه العوامل المسببة، وينبغي إدراج استراتيجيات تحسين تقييم الرفاه والسعي لتحقيق الرفاه مثل علاج

نمو الشخصية السليمة ورفاها

في هذا المجال (٤ - ٦).

ومع ذلك، فإن الطبيعة الديناميكية للعمليات التي تعزز الرفاه تشمل ضمناً دوراً حاسماً لتجاوز الذات في نمو الصحة من خلال النضج والنزاهة والحكمة والمرونة والإبداع. يمكن ربط مفهوم إريكسن وفايان حول النضج الحلزوني بشكل منهجي بتطوير ثلاث صفات في الشخصية وهي التوجيه الذاتي، والتعاون وتجاوز الذات (١). يقترح دليل DSM-5، كما فايان، توصيفاً عاماً للشخصيات السليمة نفسياً فيما يتعلق بتوجيه الذات والتعاون. لكن الدليل يتخاضى عن صفة تجاوز الذات، مع أن سمات الخلق الثلاثة تتمتع بأهمية في التنبؤ بالمكونات البدنية والنفسية والاجتماعية للصحة والسعادة (٣).

وتشكل نظرة تجاوز الذات في التكامل أمراً أساسياً لتنمية الشخصية السليمة، حتى ولو تم تخفيض قيمتها في الثقافات المادية. على سبيل المثال، ذكر عالم النفس الإنساني ج. ألبورت: "إن الدافع الوجودي البدائي للنمو، وتحقيق ما له معنى، والبحث عن التكامل، أمور فطرية. إنها حقيقة كبرى - حقيقة أكثر وضوحاً في طبيعة الإنسان من نزعتة للانصياع للضغوط

مختلفة (أي، نهايات متعددة). بينما قد تؤدي مجموعات مختلفة من سمات الشخصية إلى النتائج الصحية نفسها (أي تساوي النهايات) (٢). نتيجة لذلك، يمكن القول أن النماذج الخطية المرحلية للتنمية كذلك التي وضعها إريكسن، وبياجيه، وكولبرج ليست كافية.

ترك الديناميكيات المرجعية للرفاه آثاراً واعدة لرعاية الصحة النفسية لأن ذلك يعني أن هناك مسارات متعددة للوصول إلى الرفاه والتي يمكن استيعابها من خلال نقاط قوة وضعف فريدة من نوعها في كل شخص. في الوقت نفسه، إن هذه الديناميكيات المعقدة تمثل تحدياً شديداً في الحصول على موثوقية القياسات المختلفة لمكونات الرفاه. وترتبط قياسات كل من المفاهيم السبعة الخاصة بالرفاه التي وصفها فايان باعتدال مع اختبار المزاج والخلق (TCI) ومستوى النضج (أي، التوجيه الذاتي وروح التعاون)، وانخفاض تجنب الأذى (٣).

للأسف، فإن قلة الوضوح تكتنف المتغيرة المتبقية فيما خص محتوى أو بنية أو وظيفة أبعاد الشخصية الأخرى مثل تجاوز الذات والمثابرة، على الرغم من التقدم الذي تم إحرازه

C. ROBERT CLONINGER

Center for Well-Being, Washington University
School of Medicine, 660 South Euclid Avenue, St. Louis, MO 63110, USA

يصف جورج فايان سبعة مفاهيم للصحة النفسية الإيجابية: الأداء الفعال، وقوة الشخصية، والنضج، والتوازن العاطفي الإيجابي، والذكاء الاجتماعي والعاطفي، والرضا عن الحياة (السعادة الحقيقية)، والمرونة. تتميز هذه التصنيفات بإسهامات بارزة في الأبحاث الوبائية للصحة النفسية، فضلاً عن ارتباطاتها بالتحليل النفسي وعلم النفس الإيجابي. ويشير فايان إلى أن هذه المفاهيم السبعة القيمة للرفاهية تتداخل على نطاق واسع.

وتشير الارتباطات بين القياسات التجريبية لهذه التركيبات التي لاحظها فايان إلى أن التفاعلات بين العمليات المتميزة والمتعددة تؤثر على تطور الرفاه كنظام تكيف معقد (١، ٢). يجب على تنمية الرفاه أن تشمل هذا النظام المعقد للتكيف وذلك لأن سمات الشخصية نفسها يمكن أن تؤدي إلى نتائج صحية

المحيطة“ (٧). معترفاً بالحاجة إلى إيجاد توازن ديناميكي بين الذاتية والتماصك، وصف ألبورت خصائص النضج النفسي كمجموعة من وظائف تكيف سبعة هي: (أ) التمدد الذاتي (مشاركة حقيقية ودائمة في أنشطة الحياة الهامة، مثل العمل أو الحياة الأسرية أو خدمة المجتمع)؛ (ب) اعتمادية في العلاقة الدافئة مع الآخرين، مثل التعاطف والتسامح والثقة والصدق؛ (ج) قبول الذات أو الأمن العاطفي (القدرة على تنظيم الحالات العاطفية والتعايش معها)؛ (د) التصور الواقعي والتقييم (رؤية العالم كما هو، وعدم اتخاذ موقف دفاعي أو تشويهي بما يتوافق مع رغبات الفرد)؛ (هـ) التركيز على المشاكل (حل المشاكل بطريقة محترفة)؛ (و) النظرة الموضوعية للذات (الوعي بالذات الذي يتيح للشخص أن يعرف نفسه بفهم وبروح دعابة)؛ (ز) فلسفة موحدة للحياة، بما يتيح استيعاب أهداف المرء وقيمه وتكاملها (٧). وفقاً لألبورت، فإن الشخص السليم يسعى باستمرار نحو توحيد الشخصية من خلال إنجاز التكامل للجوانب المختلفة في الحياة.

وضعت ك. ريف قياسات موثوقة لمكونات الصحة النفسية مستوحاة من الدراسات التي تناولت النضج النفسي كدراسة ألبورت وعلماء النفس الإنساني الآخرين (٨). وقد برهنت قياسات ريف عن فائدة في التمييز بين ارتباطات الرفاه والسوء في علم النفس الحيوي (٩). تشير النتائج التجريبية التي توصلت إليها الباحثة إلى أن عدم وجود أعراض لاضطرابات نفسية لا يضمن وجود للمشاعر الإيجابية، كالرضا عن الحياة أو غيرها من مؤشرات الرفاه. لسوء الحظ، اقترح ريف لا يقدم مقياساً كافياً حول تجاوز الذات أو اعتناق فلسفة حياة موحدة. وقد أوضحت القياسات التي اعتمدها بشكل غير معمق ارتفاع مستوى التوجه الذاتي وروح التعاون العالية وانخفاض تجنب الضرر. وتربط قياسات ريف الخاصة بالنمو الشخصي بشكل إيجابي مع تجاوز الذات ولكن بشكل بسيط فقط (١٠). لكن حتماً، يتطلب النموذج المناسب للرفاه التوصل إلى فهم أفضل لدور تجاوز الذات (٥). وعلى عكس الدفاعية والسيطرة المجهد، يتجلى من نظرة في الوحدة التي تميز الفرد في أداء الأنشطة مثل مرونة الأداء الرياضي، والارتجال في التأليف الموسيقي، والثقة في إدراك الدعم الاجتماعي، والسخاء في التبرعات الخيرية، والتي تقوم كلها بتنشيط الأجزاء الحديثة للدماغ لا سيما أقطاب الفص الجبهي (١١).

4. Cloninger CR, Zohar AH, Hirschmann S et al. The psychological costs and benefits of being highly persistent: personality profiles distinguish mood and anxiety disorders. J Affect Disord (in press).
5. Josefsson K, Cloninger CR, Hintsanen M et al. Associations of personality profiles with various aspects of well-being: a populationbased study. J Affect Disord 2011;133:265- 73.
6. Cloninger CR. The science of well-being: an integrated approach to mental health and its disorders. World Psychiatry 2006;5:71-6.
7. Allport GW. Patterns and growth in personality. New York: Holt, Rinehart, & Winston, 1961.
8. Ryff CD, Keyes CL. The structure of psychological well-being revisited. J Pers Soc Psychol 1995;69:719-27.
9. Ryff CD, Dienberg Love G, Urry HL et al. Psychological well-being and ill-being: do they have distinct or mirrored biological correlates? Psychother Psychosom 2006; 75:85-95.
10. Rozsa S, Cloninger CR. Personality and well-being. In preparation.
11. Cloninger CR. The evolution of human brain functions: the functional structure of human consciousness. Aust N Z J Psychiatry 2009; 43:994-1006.

وينتج تنشيط القشرة قبل الجبهية الأمامية مشاعر الارتياح حتى عندما توقع الشدائد أو عندما تقدم التضحيات الشخصية ذات مغزى. باختصار، إن مفاهيم فايان قد تساعد على توضيح المعنى والوظيفة لمكونات الرفاه. ثمة حاجة إلى المزيد من الأبحاث لتطوير القياسات التجريبية التي تساعد على التمييز الموثوق بين الآليات المختلفة التي تعزز الصحة الشخصية والنمو والرفاه لدى الفرد. نحتاج إلى فهم الدور الأساسي لتجاوز الذات إلى جانب أبعاد أخرى للشخصية في نمو الصحة والسعادة (٣، ٤). إن النقص الأكبر في التصنيفات القائمة حول الاضطرابات النفسية هو أنها تجسد قليلاً أو أي فهم للرفاه من وجهة النظر العلمية. أحيى جورج فايان والإدارة في مجلة الطب النفسي العالمية لدورهم في تحفيز هذه المناقشة القيمة حول الرفاه.

مراجع

1. Cloninger CR. Feeling good: the science of well-being. New York: Oxford University Press, 2004.
2. Cloninger CR, Cloninger KM. Person-centered therapeutics. International Journal of Person-centered Medicine 2011;1:43-52.
3. Cloninger CR, Zohar AH. Personality and the perception of health and happiness. J Affect Disord 2011;128:24-32.

ماذا نعني بالصحة وما هي الإيجابية؟ حلول التصنيف الدولي للأداء، والإعاقة، والصحة

كذلك إلى أن الصحة الإيجابية أمر مختلف عن الصحة، أي صحة الأشخاص العاديين. إذا كان هذا هو بيت القصيد، فإن السؤال هو: من يهتم بالنواحي المنطرفة للصحة، وهل يمكن أن نطلق على هذا الوضع مصطلح صحة على الإطلاق؟ هل إن القلب الذي يعاني تشوهاً لدى رياضي ما سليم صحياً أم أنه معتل، لأنه قد قتل الشخص على الرغم من حقيقة أنه يساعد مؤقتاً على تحقيق مراتب عالية في عالم الرياضة؟ ألا يطلق على حالة السعادة والرفاهية الدائمة مصطلح فرط المزاج؟ إذن، فما هو المعيار لاستخدام مصطلح «صحي»؟ نحن بحاجة إلى وضع قواعد محددة وفايان مصيب في القول بأنه لا يمكن أن نأخذ تلك القواعد بمجموع الدرجات أو الانجازات.

MICHAEL LINDEN

Charité University Medicine, Berlin and Rehabilitation Centre Seehof of German Federal Pension Agency, Teltow/Berlin, Germany

حين نتحدث عن الصحة الإيجابية يجب توضيح المفاهيم والتوصيفات المتعلقة بها. يعطي فايان طيفاً من الإجابات، لكنه في الوقت ذاته يثير عدداً أكبر من الأسئلة التي تحتاج إلى نقاش مفصل. أما السؤال الأول الذي يحتاج إلى توضيح، فهو معنى «الصحة». إضافة إلى ما ناقشه فايان، إن التوصيف الذي يحتاج إليه هو ما معنى «الإيجابية»، وما إذا كانت «الإيجابية» مترادفاً «للصحة».

يشير فايان إلى أشخاص استثنائيين مثل رواد الفضاء أو أبطال السباق العشري. ويشير

- International 1996;11:11-8.
3. Cantor N, Kihlstrom J.F. Personality and social intelligence. Englewood: Prentice Hall, 1987.
 4. Endicott J, Nee J. Endicott Work Productivity Scale (EWPS): a new measure to assess treatment effects. Psychopharmacol Bull 1997;33:13-6.
 5. Trompenaars FJ, Masthoff ED, Van Heck GL et al. Relationship between social functioning and quality of life in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. Int J Soc Psychiatry 2007;53:36-47.
 6. Hellhammer D, Hellhammer J. Stress: the brain-body connection. Basel: Karger, 2008.
 7. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: World Health Organization, 2001.
 8. Linden M, Baron S, Muschalla B. Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen (Mini-ICF-APP). Göttingen: Huber, 2009.
 9. Baron S, Linden M. The role of the "International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF" in the classification of mental disorders. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2008;255:81-5.
 10. Linden M, Baron S, Muschalla B. Capacity according to ICF in relation to work related attitudes and performance in psychosomatic patients. Psychopathology 2010;43: 262-7.

مرادفاً للصحة».

هل من طريقة للإجابة على الأسئلة المفتوحة والتوصل إلى "تشخيص تمييزي" للصحة؟ يمكن للتصنيف الدولي للأداء، والإعاقة، والصحة ICF الذي وضعته منظمة الصحة الدولية (٧)، أن يخدم كإطار مرجعي لتصنيف الصحة، كما أن دليل ICD مرجع للأمراض. يحدد دليل ICF «الصحة الوظيفية» من خلال التمييز بين الأداء والقدرة والبيئة والشخص والمشاركة. يتم تقييم القدرة وفقاً للعوامل السياقية، وهو ما يحل مشكلة القواعد (٨). يطبق الأمر ذاته على اختبارات الذكاء، حيث يتم تقييم الذكاء على أساس، مثلاً، العمر والمستوى العلمي. يشمل تصنيف ICF الوظائف الجسمانية والنفسية، ويتضمن لائحة بالنشاطات والعوامل السياقية، بالإضافة إلى تقييمها. يوفر التصنيف إطار عمل يمكننا من خلاله إضافة كل المفاهيم المختلفة التي ناقشها فايان، مما يعني أنه ليس علينا البحث عن «تعريف» محدد للصحة، إذ أن حالات «الصحة» كثيرة، تتحول إلى موضوع يثير اهتمام المعالجين عند الحاجة، أو عند لحاق أي خطر أو اعتلال بالفرد في أي وقت كان (٨-١٠).

مراجع

1. Linden M, Weig W (eds). Salutotherapie. Köln: Deutscher Ärzteverlag, 2009.
2. Antonovsky A. The salutogenetic model as a theory to guide health promotion. Health Promotion

الرفاه الشخصي الإيجابي

قياس الإجابة على مقياس داء «ثنائي القطب» حيث يتخلل فئات الأجوبة مصطلحات مثل «ضعيفة»، «لا ضعيفة ولا جيدة»، و «جيدة» (١). برهن مقياس WHOQOL عن فائدة كبرى في الكثير من الدراسات العابرة ثقافياً (١).

في سبعينيات القرن الماضي، وافق الفهرس الطبي على مقاييس نوعية الحياة ذاتية التحديد كنتيجة للدراسات السريرية. وكان مقياس علم النفس العام للرفاه (٢) أكثر المقاييس استخداماً في ثمانينيات وتسعينيات القرن الماضي، بالإضافة إلى الاستمارة القصيرة المؤلفة من ٣٦ بنداً والتي تستخدم في المسح الصحي (SF-٣٦) (٣). حددت التحليلات النفسية الجسدية لهذه المقاييس عوامل الصحة البدنية مقارنة مع الصحة النفسية. بعدها وضع فهرس الرفاه الصادر عن منظمة الصحة

أما المسألة الثانية التي تحتاج إلى توضيح، فهي العلاقة بين الصحة والمرض. يرى فايان أن «المرض النفسي هو حالة يمكن تعريفها بشكل موثوق»، ثم يقارن المرض النفسي مع «الصحة النفسية الإيجابية». على عكس وجهة النظر التقليدية التي تفيد بأن «الصحة» و«المرض» هما نهايتان لسلسلة متصلة لها بُعد واحد، يقترح فايان مفهوماً ثنائياً الأبعاد، وذلك حين يتناول مثال عن لاعب كرة قدم عالمي عانى كسراً في الكاحل، والذي هو مريض وسليم الصحة في آن واحد. يتيح افتراض أن الصحة والمرض هما بعدان مستقلان الفرصة لدراسة التفاعل بينهما، لا لقياس المرض أو الصحة بالتحديد فحسب، بل أيضاً لمعالجتهما. ونجد في علاج الأمراض المزمنة، مثل احتشاء عضلة القلب، أو السرطان، أو القلق، أن المشكلة في كثير من الحالات، لا تكمن في المرض بذاته بل في تدهور الوضع الصحي نتيجة له. وقد أشرنا إلى تعريف ذلك بـ «متلازمة الداء الطفيلي» "cuckoo's-egg-syndrome".

بهدف الحصول على حديقة جميلة، لا يكفي أن نزيل الأعشاب الضارة (معالجة المرض) بل علينا أن نزرع وروداً (تحسين الصحة). تكثر التداخلات التي جرى تقييمها بشكل دقيق في تحسين الصحة، ويمكن تلخيصها بمصطلح "salutotherapy".

يشمل السؤال الثالث توضيح الأبعاد التي تنضوي تحت مصطلح «الصحة». ويشير فايان إلى سبعة مجالات في الأبحاث النفسية، إلا أن مزيداً من المفاهيم ذات الصلة، كالخلق والذكاء المعرفي (لا الذكاء العاطفي فحسب)، نشاطات الحياة اليومية، والقدرة على العمل والتكيف والكفاءة الاجتماعية والكفاءة الذاتية والتأقلم وإدراك هدف الحياة، والحكمة النفسية ونوعية الحياة وحس التناسق (٢-٥). ثمة أيضاً أبعاد أخرى هامة في وصف الصحة النفسية والتي تدعمها مجموعة كبيرة من الأبحاث. يبقى سؤال واحد وهو: لماذا تمت مناقشة البنية النفسية فقط؟ أليس من أبعاد بيولوجية أو جسمية للصحة النفسية؟ (٦).

باختصار، إن الخلاصة هي أن المشاكل في الصحة هي ذاتها في المرض. وما من توصيف عام للمرض أو الصحة يمكنه أن يشمل كافة النواحي القائمة. إن الأمراض تنتشر بأعداد لا تحصى، وتختلف توصيفاتها ومعاييرها، لذا فإن أشكال الصحة أيضاً تختلف. إن التصميم الذي يعتمد فايان في دراسته يسير في هذا الاتجاه، فهو يناقش المرونة والرفاه، إلخ، لا الصحة، وكلها هامة ومفيدة إلا أنها «ليست

العالمية (WHO-5) وذلك لغرض قياس الصحة النفسية الإيجابية (٤). يتضمن مقياس WHO-5 خمسة بنود: أ) الشعور بالبهجة وحالة معنوية جيدة، ب) الشعور بالهدوء والراحة، ج) الشعور بالنشاط والقوة، د) الشعور بالنضارة والراحة عند الاستيقاظ من النوم، وه) الشعور بالاهتمام بالنشاطات اليومية. من ناحية أخرى، تختلف فئات أجوبة الباحث ليكرت، والتي تنظر في الأسبوعين الأخيرين، بين إجابات «كل الوقت» إلى «أبداً». كما في مقياس SF-36، تتراوح درجات المجموع الشامل في مقياس WHO-5 من ٠ إلى ١٠٠، حيث أن النسبة العالية من المجموع تدل على مستوى أعلى من الرفاه. ويعتبر انخفاض الرفاه الإيجابي على مقياس WHO-5 مؤشراً دقيقاً لمشاكل الصحة النفسية (٥)، بينما يعد الهدف من العلاج في التجارب السريرية هو نقل المجموع إلى المعدل الموجود في عموم السكان، أي حوالي ٧٠ (٦).

غالباً ما تعتبر نوعية الحياة المتعلقة بالرفاه النفسي الذاتي أو تلك المتعلقة بالصحة مسألة فردية، شخصية أو خاصة بالفرد، مما يشير إلى أن التعريف العابر للثقافات أمر صعب الوصول إليه. كما ذكر سابقاً (٧)، قد يعتبر الرفاه الشخصي في المقام الأول ذاتي التركيز، أو لغة خاصة يتواصل فيها الفرد مع ذاته منذ اللحظة التي يستيقظ فيها، فبداً بالتفكير وتنظيم يومه، وتكون له الشهية العاطفية لبدء اليوم. ومع ذلك، فقد أشارت دراسات من جميع أنحاء العالم إلى أن مقياس WHO-5 كأنما يشمل المفاهيم الأساسية للرفاه في الحياة، ويتيح ترجمة هذه اللغة الخاصة إلى لغة تواصل بسيطة (٦، ٧).

في الجدول ١ من هذه الدراسة يبرهن فايان أن الرفاه الشخصي بالفعل يتنبأ بالصحة النفسية الموضوعية وفقاً لأعلى معامل ارتباط حين تتم مقارنته بنماذج الصحة الإيجابية الأخرى على فترة ١٥ عاماً. كما كانت الصحة التنبؤية لمقياس WHO-5 في تحليل للبقاء ٦ سنوات لدى مرضى القلب أيضاً عالية (٨). ويشير فايان إلى أن «الكيميائيات يمكن أن تخفف من وطأة المرض النفسي لكنها لا تحسن صحة الوظيفة الدماغية». تم إدخال المثلث الدوائي للقياس النفسي في بعض التجارب عن مضادات الاكتئاب (٦، ٧، ٩). وتكون نتائج الكيميائيات الدوائية للقياس النفسي أيضاً مثلية. لا يراد من مضادات الاكتئاب معالجة انخفاض نوعية الحياة بشكل مباشر، بل علاج المرض الاكتئابي (أ) والحد من الأعراض الجانبية قدر الامكان (ب). حين يتم تقييم التوازن بين (أ) و(ب) من خلال المرضى ذاتهم على مقياس الرفاه الشخصي كمقياس WHO-5 (ج)، حيث إن الهدف هو

رفع المجموع إلى ما يتم تقييمه في العامة من الناس (٦). لا تقوم مضادات الاكتئاب، بحسب ما يقول فايان، بتحسين الصحة النفسية إلى أعلى من ذلك المستوى. منذ أربعين عاماً، علمني الطبيب النفسي الدوائي ل. هولستر (٦) أنك حين تعالج رجلاً في ٣٥ من العمر عانى من نوبة اكتئاب حادة بواسطة مضادات الاكتئاب، يمكن نقل مجموع الاكتئاب الخاص به إلى مستوى الهدأة خلال ستة أسابيع، على أمل، أنه في علاج الوقاية من استمرار المعودة، نخرجه من نوبة الاكتئاب. من ناحية أخرى، لا يمكننا بعدها تحويل المريض إلى عازف كمان عظيم إذا لم يكن عازف كما قبل العلاج.

ضمن مجال الطب السريري، نقوم كأطباء نفسيين بأفضل ما بوسعنا لإعادة وظائف الدماغ إلى طبيعتها لدى المرضى الذين يعانون اضطرابات نفسية، واعتماد الرفاه كهدف أساسي للعلاج ضمن المثلث الدوائي للقياس النفسي.

مراجع

1. Skevington SM, Lofy M, O'Connell KA et al. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res* 2004;13:299-310.
2. Bech P. Rating scales for psychopathology, health status and quality of life. A compendium on documentation in accordance with the DSM-III-R and WHO systems. Berlin: Springer, 1993.
3. McHorney CA, Ware JE, Jr, Raczek AE. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Med Care* 1993;31:247-63.
4. Bech P, Olsen LR, Kjoller M et al. Measuring well-being rather than the absence of distress symptoms: a comparison of the SF-36 Mental Health subscale and the WHO Five Well-Being Scale. *Int J Methods Psychiatr Res* 2003;12:85-91.
5. Henkel V, Mergl R, Kohlen R et al. Identifying depression in primary care: a comparison of different methods in a prospective cohort study. *BMJ* 2003;326:200-1.
6. Bech P. *Clinical psychometrics*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2012.
7. Bech P. Applied psychometrics in clinical psychiatry: the pharmacopsychometric triangle. *Acta Psychiatr Scand* 2009;120:400-9.
8. Birket-Smith M, Hansen BH, Hanash JA et al. Mental disorders and general well-being in cardiology outpatients – 6-year survival. *J Psychosom Res* 2009;67:5-10.
9. Bech P, Fava M, Trivedi MH et al. Outcomes on the pharmacopsychometric triangle in bupropion-SR vs. buspirone augmentation of citalopram in the STAR*D trial. *Acta Psychiatr Scand* 2012;125:342-8.

مشاكل في توصيفات الصحة النفسية الإيجابية

الطب النفسي الحديث هي الضبابية ذاتها التي تخيم على الحدود التشخيصية. وكمثال على ذلك، أظهرنا مؤخراً أن تغيير عتبة سؤال واحد فقط في مقابلة التشخيص أدى إلى تغييرات كبيرة في معدلات انتشار نوبات الاكتئاب الحاد (١). أسفر استخدام عتبة «المزاج المكتئب كل اليوم» انتشار بنسبة ٤,٧٪، في حين أن استخدام عتبات «مزاج مكتئب معظم اليوم» أو «على الأقل نصف يوم»، أظهر انتشاراً بنسبة ٩,٢٪، ٩,٩٪، ١١,٩٪، بالترتيب. تنطبق هذه المشكلة ذاتها على الحدود غير الواضحة بالطبع أيضاً في مسألة الصحة النفسية الإيجابية.

تمثل صعوبة تحديد الصحة النفسية الإيجابية وجهاً من أوجه القصور الواضح

HASSE KARLSSON

University of Turku, Finland

أود أن أهنئ جورج فايان على عرضه المتوازن ومناقشته التفصيلية للنماذج السبعة الرئيسية للصحة النفسية الإيجابية. على الرغم من أن دراسته تستحق الكثير من التقدير، فإنه يثير أيضاً تساؤلات عدة. لكن ونظراً لمحدودية المساحة في هذا التعليق، سوف أركز فقط على اثنتين منها.

أولاً، أنا لا أتفق مع ما يتقدم به فايان بأن حدود المرض النفسي واضحة نسبياً. وأعتقد أن واحدة من المشاكل الرئيسية في مجال

في الكثير من التوصيفات. حيث تعتبر هذه التوصيفات أن الأداء الأعلى من المستوى الطبيعي، ووجود نقاط قوة لدى المرء، والمشاعر الإيجابية والرفاه الشخصي كمعايير. مع ذلك، إذا كانت الفكرة الأساسية هي أن الصحة النفسية الإيجابية هي أكثر من مجرد غياب المرض النفسي، فإن ذلك يطرح إشكالية في القول إن هذه الميزات هي أساس الصحة النفسية الإيجابية، وذلك أن غيابها له ارتباط وثيق بالمرض النفسي.

يبدو من منظور دول الشمال، مفهوم "الروحانية" بالأخص، على اعتباره أحد مكونات الصحة النفسية الإيجابية غريباً. حتماً قد تعدد بلدان شمال أوروبا أكثر علمانية من معظم دول العالم. وبالنسبة لباحث فنلندي مثلي، فإن استخدام كلمات مثل «الآيمان» و«الروحانية» في سياق الصحة النفسية الإيجابية يبدو غريباً جداً. لقد تغير تعريف الروحانية على مر السنين (٢). إذا كان مصطلح «الروحانية» يعني هنا التدين، أعتقد أنه من الخطأ ربط الصحة النفسية الإيجابية بأي نوع من الأيديولوجيا. يمكن أن يعني ذلك أن الناس الذين لا يظهرون نزعات دينية، لا يمكن أن يتمتعوا بصحة نفسية سليمة كما يفعل الأشخاص «الروحانيون». لا أعتقد أن ثمة دراسات تبين أن الملحد يتمتع بصحة نفسية أضعف مقارنة بالأشخاص «الروحانيين».

من ناحية أخرى، إذا تم اعتماد توصيف أوسع للروحانية، هناك بالفعل بعض الدراسات

التي تبين ترافق الروحانية مع الصحة النفسية. لكن المشكلة تكمن هنا في أن القياسات الحديثة للـ«روحانية» تقيس أشياء مثل الشعور بالقيمة ومعنى الحياة، والترابط الاجتماعي، والتفاؤل والوئام والسكينة والرفاه العام (٢، ٣). والتكرار في المعنى هنا واضح، فالمرضى الذين يعانون من الأمراض النفسية عادة لا يحملون عند المرض هذه الميزات. وبالتالي، فإنه ليس من المستغرب أن ترتبط هذه القياسات بشكل إيجابي بالصحة النفسية.

أما بالنسبة للتوصيفات الخاصة بالنضج والذكاء الاجتماعي العاطفي، فأعتقد أنها لا تطرح مشكلة كبيرة لكن المسألة هنا أنها تنحصر في المجال النفسي. إذا افترضنا أن بعض الخصائص مثل القدرة على الحب، والتخلي بالأخلاق، والتحديث وحل النزاعات، والتفاوض، هي بعض السمات الأساسية للصحة النفسية الإيجابية، ينبغي لنا أن نشمل في توصيفها الدليل على أن هذه القدرات مطبقة في الواقع. لذا سيكون علينا تعريف الصحة النفسية الإيجابية من حيث الأفعال التي تتخذ تجاه مجتمع هو أكثر عدلاً وأقل تنافسية واستغلالية من معظم المجتمعات الحالية.

إن النقطة الأخيرة التي أود التطرق إليها هي أن الصحة الجسدية تعرف أساساً من الناحية البيولوجية. إذا كانت جذور الفكر البشري في الدماغ، أليس من المفترض أن يعتمد التوصيف الأساسي للصحة النفسية الإيجابية على الأداء الأمثل للدماغ؟ ثمة بعض الأفكار عن ذلك في مقالة فايان حين يصف نماذج العواطف

الإيجابية والذكاء الاجتماعي العاطفي. وعلى الرغم من أنني واثق بأن الطب العصبي الحيوي سيساهم في المستقبل بشكل هائل في هذا النقاش، لا أعتقد أننا ذات يوم سنصل إلى وصف عصبي حيوي واضح يحدد الوظيفة المثلى للدماغ كأساس للصحة النفسية الإيجابية. أعتقد أن السبب الرئيسي لذلك هو أن الأشكال «النفسية» تبين خصائص ناشئة تتعلق بوظائف الدماغ (٤). يمكن السبب الآخر في أن التوصيفات تعتمد ويجب أن تعتمد إلى درجة ما على السياق. إن الصحة النفسية الإيجابية ليست خاصية محصورة بفرد و بأخر، لكنها متأثرة بشكل كبير بالمظاهر الاجتماعية (٥).

مراجع

1. Karlsson L, Marttunen M, Karlsson H et al. Minor change in diagnostic threshold leads into major alteration in the prevalence estimation of depression. J Affect Disord 2010;122:96-101.
2. Koenig HG. Concerns about measuring "spirituality" in research. J Nerv Ment Dis 2008;196:349-55.
3. Salander P. Who needs the concept of "spirituality"? Psycho-oncology 2006;15:647-9.
4. Karlsson H, Kamppinen M. Biological psychiatry and reductionism. Empirical findings and philosophy. Br J Psychiatry 1995; 167:434-8.
5. Van Lente E, Barry MM, Molcho M et al. Measuring population mental health and social well-being. Int J Public Health (in press).

الصحة النفسية الإيجابية : ملاحظات تقتضي الحذر

للصحة النفسية الإيجابية.

في حين أن فايان يقدم خدمة من خلال تحديد نماذج المفاهيم الخاصة بالصحة النفسية، إلا أن تعدد هذه النماذج يشدد على أن بنيتها مثيرة للجدل. ففي حين أن هناك بعض الاتفاق حول حدود الاضطرابات الجسدية النموذجية، فهذا التوافق يتراجع وتيرته حيال مفاهيم اللياقة البدنية. على الرغم من كل شيء، تعتمد توصيفات اللياقة الجسدية كثيراً على الفرد المعني، لا على النشاط بذاته الذي نقوم بتحديد اللياقة بعده (١). على خط مواز، فإذا كان التوافق حول حدود الاضطرابات النفسية

النموذجية قائماً (٢)، فإن التوافق حول تلك الخاصة بالصحة النفسية أقل. نظراً لأهمية المحتملة للصحة النفسية الإيجابية، كيف يمكننا تطوير التوافق؟ يشير فايان إلى مصطلحات تراعي الإطار الثقافي وتكون شاملة. إن هذا الهدف لا يبدو ممكناً فالثقافات يمكن أن تكون خاطئة كلياً حيال البنية العلمية. وتكمن إحدى المقاربات الأخرى في الاعتماد على نظرية تطويرية، كما حصل في مقاربات الاضطرابات (٣). لكن نظراً للمرونة الواضحة للطبيعة البشرية، فإن النظرية التطورية قد تشدد على تلك المرونة بدلاً من

DAN J. STEIN

Department of Psychiatry and Mental Health,
University of Cape Town, South Africa

يعد مفهوم الصحة النفسية الإيجابية من دون أي شك "أهم من أن يتم تجاهله". في الوقت ذاته، وكما يؤكد فايان في دراسته المعمقة والمثيرة للجدل، "إن دراسة الصحة النفسية الإيجابية تتطلب عوامل حافظة". هنا أشدد على نقطتين: تبقى الصحة النفسية الإيجابية بنية غير واضحة وتحتمل النقاش، وأن ثمة قليل من البيانات الحالية حول التداخلات السريرية

التركيز على الخصائص العالمية الثابتة في الصحة النفسية. وفي إطار متصل، وعلى عكس ما يقول فايان، فإن النظرية التطورية تشدد بأن المشاعر السلبية قد تكون ذات فائدة، بينما قد تكون المشاعر الإيجابية سيئة التكيف (٤).

وفي حال الاضطراب، عند الحالات النموذجية (مثلاً، التهاب الحاد)، قد نجد توافقاً عالمياً هائلاً بأن هذه الحالة مؤذية، وأن الفرد ليس مسؤولاً عن الإصابة بهذا المرض وأن التدخل الطبي واجب. لكن، حين تكون الحالة غير نموذجية (مثلاً، استهلاك حاد للكحول)، قد نجد اختلافاً هائلاً بين زمن وآخر ومكان وآخر حول ما إذا كانت الحالة مضرّة وإذا كان الأفراد مسؤولين وإذا كانت الحالة تستحق التدخل الطبي (٥). يمكن اتخاذ قرار عقلائي على أساس التعليلات المساندة والمعارضة لتصنيف فنوي لحالة غير نموذجية كاضطراب طبي. وأيضاً، قد يكون هناك إجماع هائل في الصحة النفسية الإيجابية حول مكونات نموذجية (مثل، المرونة أمام التوتر) (٦)، وقد يطال الجدل حول المكونات غير النموذجية (مثلاً، الاندماج الوظيفي). في الكثير من المناطق، تشكل المستويات العالية من البطالة والعوامل الاجتماعية الأخرى حاجزاً أمام تحويل «الوظيفة» إلى «مهنة». كما في حالات تصنيف الشروط الخاصة بالاضطرابات النفسية، فإن قراراً عقلائياً يمكن اتخاذه على أساس التقييم الخاص بالوقائع والقيم ذات العلاقة (٥).

فيما خص التداخلات في الصحة النفسية الإيجابية، يمكننا الإجماع بسهولة على أن الجراح التجميلي الذي يساعد في معالجة الأطفال المشوهين هو طبيب. يمكننا أيضاً القول إن جراحاً مستعداً لجعل فرد ما يصبح أشبه من حيث الشكل بنجم الأفلام المفضل لدى هذا الفرد ليس طبيباً، بل أحمق (٧). كما يمكننا الجدل حول ما إذا كانت الجراحة التجميلية الهادفة لتحسين الشكل بشكل خاص لبعض الأفراد عمل طبي أم حماقة.

على نحو مشابه، ففي حالات الصحة النفسية الإيجابية، قد يجد الأطباء السريريون في الصحة النفسية اهتماماً أكبر في نواح أساسية (مثلاً، المرونة بعد الصدمة). قد يكون الحصول على إجماع في القول إن الأطباء السريريين الذين يساعدون الأفراد من خلال القول «تواصل مع طاقات الكون» هم حمقى لا

أطباء أكثر صعوبة. أيضاً وأيضاً، يمكننا الجدل حول اعتبار تداخلات الصحة النفسية الخاصة الهادفة إلى تحسين ذهن طباً أم حماقة.

يشمل هذا الجدل في إحدى نواحيه صحّة الأهداف ذات الصلة (مثلاً، الجراحة التي تهدف إلى جعل فرد أشبه في الشكل بنجمه السينمائي المفضل مسألة صحية)، ويتناول أيضاً بفاعلية نسبة التكلفة (مثلاً، قد يكون المجتمع قادراً على تحمل تكاليف الجراحة التجميلية في التشوّهات الكبرى، لكن لا في حالات التجميل التحسيني). من جانب آخر، يمكن للمجتمعات أن تقرر التركيز على معالجة المرضى الذين يعانون اضطرابات نفسية حادة، بدلاً من تمويل التداخلات السريرية لتحسين المرونة.

تجدد الإشارة إلى أن الكثير من التداخلات التي من المحتمل أن تساعد الفرد على التفتح نفسياً ومنها التربية والمشاركة في الفنون، إلخ. بالفعل، فإن عدد المنشورات في مجال العمل المفاهيمي حول معنى الحياة (٨)، والأبحاث التجريبية حول الرفاه والسعادة (٩-١١) في تزايد. مع ذلك فإن النقطة الجدلية حول ما إذا كانت التداخلات لتحسين الصحة النفسية الإيجابية تقع كضرورة في إطار عمل الأطباء السريريين في الصحة النفسية.

من جهة أخرى، نحتاج إلى دراسات تجريبية حول الفاعلية غير المكلفة التداخلية ليكون ثمة إعلام واضح للمريض. يناقش فايان أن التداخلات النفسية الدوائية في الأفراد الأصحاء سلبية. هذا ويستخدم عدد كبير من العامة من الناس عوامل ذهانية لأهداف تحسينية (١٢). لكن ما من سبب سابق لاستخلاص بأن هذه العوامل مؤذية دوماً، فمع بعض المتغيرات الجينية، قد تكون استجابة الأفراد غير متجانسة (١٣).

يرى فايان أنه يمكننا تحسين الصحة النفسية من خلال الوسائل المعرفية والسلوكية والنفسية الديناميكية. لكن ثمة بيانات تجريبية كثيرة حول فاعلية التداخلات في الصحة النفسية الإيجابية والفاعلية غير المكلفة في هذا الإطار إن التغذية الجيدة وممارسة الرياضة قد تكون من أكثر التداخلات في الصحة النفسية الإيجابية التي لها فاعلية عالية غير مكلفة (١٤). والأكيد هو أننا بحاجة إلى أبحاث إضافية في هذا المجال. باختصار إن النقاش حول الصحة العامة يشير لا إلى الاضطرابات النفسية وإنما إلى الصحة النفسية. وقد يتجلى

ذلك بأوضح صوره في شعار منظمة الصحة العالمية « الصحة النفسية جزء لا يتجزأ من الصحة العامة ». إن هذا الافتراض قد يتيح عدداً من المنافع. يعد علم الصحة النفسية الإيجابية مجالاً هاماً يحتاج إلى الأبحاث. في الوقت ذاته، علينا الحذر. ففي حين يلتزم الإجماع على الحاجة إلى علاج بعض الاضطرابات الجسدية والنفسية النموذجية المرهقة، يتضاءل هذا الإجماع حول مكونات الصحة النفسية الإيجابية وأي من التدخلات السريرية أفضل وأقل تكلفة نسبة لفاعليته. قد تساعدنا البيانات التجريبية لدى توفرها في إلقاء المزيد من الضوء على هذه الأسئلة الأساسية.

مراجع

1. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for healthrelated research. Public Health Rep 1985;100:126-31.
2. Stein DJ, Phillips KA, Bolton D, et al. What is a mental/psychiatric disorder? From DSM-IV to DSM-V. Psychol Med 2010;40:1759-65.
3. Wakefield JC. Disorder as harmful dysfunction: a conceptual critique of DSM-III-R's definition of mental disorder. Psychol Rev 1992;99:232-47.
4. Nesse RM. Natural selection and the elusiveness of happiness. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci 2004;359:1333-47.
5. Stein DJ. Philosophy of psychopharmacology. Cambridge: Cambridge University Press, 2008.
6. Stein DJ. The psychobiology of resilience. CNS Spectr 2009;14(Suppl. 3):41-7.
7. Parens E. Is better always good? The enhancement project. In: Parens E (ed). Enhancing human traits: ethical and social implications. Washington: Georgetown University, 1998:1-28.
8. Metz T. New developments in the meaning of life. Philosophy Compass 2007;2:196-217.
9. Kahneman D. Well-being: the foundations of hedonic psychology. New York: Russell Sage Foundation, 2003.
10. Cloninger C. The science of well-being: an integrated approach to

- Biol Med 1998;41:200-11.
14. Stein DJ, Collins M, Daniels W et al. Mind and muscle: the cognitive-affective neuroscience of exercise. CNS Spectr 2007;12: 19-22.
12. Greely H, Sahakian B, Harris J et al. Towards responsible use of cognitive-enhancing drugs by the healthy. Nature 2008; 456:702-5.
13. Stein DJ. Philosophy of psychopharmacology. Perspect mental health and its disorders. World Psychiatry 2006;5:71-6.
11. Haidt J. The happiness hypothesis: finding modern truth in ancient wisdom. New York: Basic Books, 2006.

طبيعة التجارب الهلوسية: الاختلاف بين العينة السريرية وغير السريرية

GIOVANNI STANGHELLINI¹, ÁLVARO I. LANGER², ALESSANDRA AMBROSINI¹, ADOLFO J. CANGAS²

¹Department of Biomedical Science, G. d'Annunzio University, Chieti, Italy;

²Department of Clinical Psychology, University of Almeria, Spain

في هذه الدراسة، طلبنا من مشاركين في عيّنتي (عيّنة سريرية، تتكون من مرضى الفصام، وأخرى غير سريرية، شملت طلاب جامعات) لاستكمال المقياس المنقح للهلوس (RHS) كاستبيان ذاتي. عندما أجاب المشاركون بنعم على أحد الأسئلة، طلب منهم توفير وصف أكثر تفصيلاً (أمثلة من تجاربهم الخاصة) تتعلق بالبند المطروح. وجدنا أن الوصف الذي قدمه أفراد العيّنتين اختلف كل الاختلاف. نقترح أنه ليس من المستحسن البحث في وجود الهلوس في عيّنة غير سريرية باستخدام بروتوكولات البحوث المبنية على إجابات بـ نعم أو لا في استبيانات شبيهة بـ RHS. لا يمكن أن يتم تقييم تجارب للهلوس أو التجارب الشبيهة بالهلوس بشكل موثوق وصحيح بدون توصيف دقيق للنوعية الظاهرية للتجربة.

الكلمات الرئيسية: النموذج الاستمراري، الهلوس، التجارب الشبيهة بالهلوس، علم الظواهر، التحليل الكمي، الفصام
(World Psychiatry 2012;11:110-113)

الظاهري الاستمراري الأكبر (ليس بالضرورة في الإطار السريري) (٩): ج) قد يعد الأفراد الذين يظهرون نمطاً ظاهرياً ذهانياً غير سريري مجموعة دراسية سريرية للذهان (٩).

على الرغم من الدليل التجريبي الواضح بأن نسبة كبرى من العامة الأصحاء تختبر تجارب شبيهة بالذهان، فإن أياً من الدراسات لم تتناول ما إذا كانت التجارب التي تفيد عنها عيّنة غير سريرية هي بالفعل شبيهة إلى تجارب العينات السريرية. بمعنى آخر، إذا كانت إجابات العيّنتين بنعم لأي من الأسئلة في الاستبيان، ليس واضحاً ما إذا كانت تشير إلى التجربة ذاتها (أو شبيهة).

في هذه الدراسة سألنا الأفراد الذين أجابوا بنعم على أسئلة في الاستبيان لإسداء تعليق أوسع ووصف التجربة الذاتية المتعلقة بتلك الأسئلة بهدف توصيف طبيعة تلك التجارب. كان هدفنا يكمن في تقييم السبل التي يعتمدها الأفراد من العينات غير السريرية والسريرية لفهم أسئلة الاستبيان ومقارنة العيّنتين بحثاً عن أوجه التشابه والاختلاف.

جدول ١ أسئلة من استبيان الهلوس المراجع RHS

١. تبدو أفكارك حقيقية كأنها أحداث فعلية
٢. لا يهم إلى أي مدى أحاول التركيز على عملي، تتسلل أفكار أخرى إلى ذهني
٣. اختبرت تجربة سماع صوت أحد من ثمة اكتشف أن ما من أحد يتكلم
٤. عادة ما تكون الأصوات التي أسمعها في أحلام اليقظة واضحة ومميزة
٥. يبدو الأشخاص في أحلام اليقظة واقعيين إلى حد كبير حتى أنني أظنهم كذلك
٦. في أحلام اليقظة أسمع صوت لحن واضح كما لو كنت أصغي إليه بالفعل
٧. أسمع أصواتاً تردد أفكارك عالياً
٨. أعاني صعوبة وأسمع أصواتاً في رأسي
٩. رأيت وجه شخص أمامي ولم يكن من أحد بالفعل هناك
١٠. حين أنظر إلى الأشياء تبدو لي غريبة
١١. أرى ظلالاً وأشكالاً حين لا يكون هناك شيء أبداً
١٢. حين أنظر إلى الأشياء، تبدو غير واقعية
١٣. حين أنظر إلى نفسي في المرآة أبدو مختلفاً

بدأت الفكرة القائلة بأن الأفراد الذين يبدو أصحابها يمكن أن يعانون أعراض ذهانية كالاهام والهلوس «تحويل إلى العقيدة السائدة» (١). وتشمل هذه العقيدة الافتراض بأن التجارب التي تفيد عنها عيّنة غير سريرية تتداخل، أو على الأقل تظهر بعض التشابه مع تلك التي يشار إليها في عينات سريرية (أي، «التجارب الشبيهة بالذهان» تقع على مسار استمراري بين العامة والأفراد السريريين) (٢). في عام ١٩٨١، نشر لوناى وسلايد (٣) استبيان لوناى وسلايد الهلوس LSHS. المؤلف من ١٢ بنداً فردياً يهدف إلى تقييم انتشار تجارب المرض الإدراكي والأشكال دون السريرية المتعلقة بالهلوس. أطلق هذا المقياس العنان للتقليد في العديد من الدراسات على مدى ٣٠ عاماً حول الهلوس في عيّنة غير سريرية. منذ ذلك، قد تم تطوير عدة نسخ معدلة من LSHS (٤-٦). وقد قام موريسون وآخرون (٥)، وبهدف تقييم الهلوس البصرية بالتفصيل، بتعديل الاستبيان مستثنين منه ثلاثة أسئلة أصلية ومضيفين أربعة جديدة. عرف ذلك الاصدار باسم المقياس المنقح للهلوس RHS (الجدول ١) وصار استخدامه في العيّنة السريرية وغير السريرية (٧، ٨).

على الرغم من أن استبيان LSHS واستبيانات أخرى تم تنظيمها بطريقة لقياس الاستعداد المسبق لتجارب الهلوس (٣) (أي، نمط الضعف الظاهري لا نمط المرض الظاهري)، فإن الدراسات التالية لتلك الاستبيانات استخدمت النتائج التي ظهرت خلالها في العيّنة غير السريرية كواحدة من التعليلات الأساسية التي تشير إلى أن الهلوس، أي عنصراً هاماً من النمط الظاهري المفترض للذهان، هي ظواهر مشتركة نسبياً في العامة من السكان. ويعد الاقتباس التالي مثالاً واضحاً وعالي التأثير في هذا الاتجاه (٩): «عملت دراسات على تقييم تجارب الهلوس في عيّنة طلاب الجامعات باستخدام الاستبيانات. وقد توصلت إلى نتائج متسقة وأظهرت أن نسبة كبيرة من الأفراد يختبرون تجربة الهلوس في مرحلة من مراحل حياتهم».

بعد تحديد وجود الهلوس في عيّنة غير سريرية، بدأت الدراسات بالتعمق في العلاقة بين التجارب تلك والمتغيرات النفسية أو المرضية النفسية أو المجالات المحددة كالقلق والاكتئاب والضغط (١٠)، والمشاعر (١١)، والشخصية (١٢)، والإدراك البعدي (١٣). واستناداً على تحليل تلك النتائج، تم التوصل إلى افتراضات نظرية هامة: أ) تظهر الأعراض ذاتها لدى مرضى اضطرابات الذاكرة كما في العامة غير السريرية من الناس (٢): ب) التوصيف السريري للذهان قد يشمل على أقلية قليلة من النمط

ترد أوصاف النماذج التي أعطيت للأفراد الذين تمت مقابلتهم في الجدول ٢ و ٣. اختلفت أنواع الأوصاف التي قدمتها المجموعتان بشكل ملحوظ. مثلاً وصفت العينة غير السريرية في السؤال ٣، ٤، ٨، ٩، ١٢ (جدول ١)، الهلاوس التوهمية والنعاسية (مثلاً، «أكون نصف نائماً، لست نائماً بالكامل أو مستيقظاً تماماً، وأسمع أشخاصاً يرددون اسمي»)، الأحلام والتجارب الشبيهة بالأحلام (مثلاً، «في أحلام اليقظة أستطيع أن أرى وجه والدي»)، و الهلاوس الاسمية (مثلاً، حين أكون في المنزل أدرس أسمع صوت أمي تناديني. هي تقيم معي وتناديني غالباً، وذلك يجعلني أعتقد أنها تناديني بينما لا تفعل»). من جهة أخرى، وإجابة على الأسئلة ذاتها، وصفت العينة السريرية الهلاوس السمعية (مثلاً، «أسمع صوتاً يطلب مني أن أفعل شيئاً أو يخبرني شيئاً عن أحد ما»)، التجارب المركزية (مثلاً، «مشاهدة التلفاز والتفكير بأنه يكلمني»)، و الهلاوس البصرية (مثلاً، «أرى أمي أو شقيقي [ظهور]، ويظهران لي ألهم»؛ أو أشاروا إلى الردود العرضية المقدمه (مثلاً، «سماع أغنية لـ أنا بيلين، ومشاهدة مرور الوقت، «بوابة الكالا. أنا من مدريد وهو أمر يؤثر في حتى البكاء، لأنه يعيد إلي ذكريات جيدة كأيام المدرسة»).

في البند الأول في نظام RHS («تبدو أفكارى واقعية كأحداث فعلية في حياتي»)، تصف العينة غير السريرية التجارب كما لو أنها تفكير سحري (مثلاً، «أحياناً أتخيل وضعاً ما أريده أن يحدث معي ويتم ذلك»)، بينما وصفت العينة السريرية تجارب ذاتوية التفكير (مثلاً، «اعتقدت أن شقيقي ميتاً في حين أنه كان حياً»). في البند الثاني في RHS («مهما حاولت التركيز في عملي، لا تنفك أفكار أخرى تتسلل إلى تفكيري»)، وصفت العينة غير السريرية لحظات تداخل أفكار مختلفة (مثلاً، حين أحاول دراسة المواد العلمية، تراودني باستمرار أفكار عن خلاف مع الشريك»)، بينما وصفت العينة السريرية ظاهرة الوسواس القهري (مثلاً، «أحياناً أهاجم أشخاصاً بينما أنا لست شخصاً سيئاً ولم أقم بما يؤذي أي أحد»).

في البند العاشر («حين أنظر إلى الأشياء تبدو لي غريبة»)، وصفت

تم اختيار عينة سريرية وأخرى غير سريرية، عشوائياً. تألفت العينة السريرية من ٢٣ مريضاً تم تشخيصهم بالفصام كما يرد توصيفه في دليل DSM-IV-TR، من مستشفيات الرعاية اليومية التابعة لخدمة الرعاية الصحية الوطنية في محافظة ألميريا (إسبانيا). تراوحت أعمارهم بين ٢١ إلى ٦٣ عاماً؛ توزعوا بين رجال ٧٣٪ ونساء ٢٧٪. كل المرضى كانوا إسباني الأصل وعاطلين عن العمل، لم يكن بينهم مهاجرون. كانوا جميعاً يتلقون علاجاً بدواء مضاد للذهان و/أو مضاد للاكتئاب عند التقييم. شملت العينة غير السريرية ٦٠ طالباً جامعياً من جنوب إسبانيا (الأندلس). وتراوحت أعمارهم من ١٧ إلى ٢٩ عاماً؛ ٤٨٪ من الرجال و ٥٢٪ من النساء.

استكمل المشاركون كلهم استبيان RHS ذاتياً. حين أجابوا على سؤال بـ نعم، طلب منهم توفير وصف مفصل، مثلاً التعليق أو إعطاء أمثلة عن تجارب خاصة بهم. وقد قام المحاورين بنسخ المقابلات عن الإجابات خطأً.

وقد قام كل باحث، بعد أن تمت تعمية العينتين التي انتمى إليها كل فرد، بقراءة الوصف بشكل مستقل (سطراً بسطر متحققين من البيانات)، سعياً لتحديد المفاهيم والرموز. ثم تم جمع الأوصاف وفقاً للمظاهر التطابقية (مثلاً، الأحلام والتجارب الشبيهة بالحلم)، أو التطابق في سياق التجربة (مثلاً، الحالات الـ نعاسية / تنويمية). وقد تم تحديد الفئات الأخيرة من خلال مقارنة ومناقشة الترميز الذي وضعه كل باحث. وقد تمت تسمية الفئات من خلال أدوات شاملة للتقييم النفسي المرضي (نظام AMPD) (١٤). تم تصنيف هذه الأوصاف التي لم يتم شملها في نظام AMPD وفقاً لفئات المرض النفسي بحسب دليل معياري أو وصفي للمرض النفسي (١٥).

تمت الموافقة على بروتوكول الدراسة من قبل لجنة الأخلاق في مستشفى ألميريا ومستشفى بونينيتي.

الجدول ٢ أوصاف نموذجية حول تجارب توفرها العينة السريرية

بنود RHS	الفئات	الأوصاف
١	التفكير التماسي	اعتقدت أن شقيقي ميتاً في حين أنه كان حياً
١، ٣، ٨، ١٠، ١١	تجارب مركزية	مشاهدة التلفاز والتفكير بأنه يكلمني
٣، ٧، ٨	هلاوس سمعية وشفهية	أسمع صوتاً يطلب مني أن أفعل شيئاً أو يخبرني شيئاً عن أحد ما
٣، ٤، ٥، ٩	هلاوس بصرية	أرى أمي أو شقيقي [ظهور]، ويظهران لي ألهم
٦	تخيلات حية	عادة ما على أن أتخيل الأغنية في ذهني وأسمعها مع كل الأدوات الموسيقية وبكل أجزائها
٢، ١٢	الوسواس القهري	أحياناً أهاجم أشخاصاً بينما أنا لست شخصاً سيئاً ولم أقم بما يؤذي أي أحد
١٠، ١٣	تجرد من الواقع - تجرد من الذات	حين أنظر إلى الناس، يبدو أحياناً غرباء، كأنهم غير حقيقيين، كما الأغراض في المنزل
٤، ٩، ١١، ١٢	استجابات التماسية	سماع أغنية لـ أنا بيلين، ومشاهدة مرور الوقت، «بوابة الكالا. أنا من مدريد وهو أمر يؤثر في حتى البكاء، لأنه يعيد إلي ذكريات جيدة كأيام المدرسة
٢، ٣، ٥، ٧، ١٣	الفئة الباقية	محاولة التخاطب مع الفكرة، ظناً بأنها تقول شيئاً. في تلك اللحظة شعرت كأنني ذات سلطان وأن الآخرين يمكنهم سماعي [انتقال الأفكار] تخيلت أن امرأة أخرى هي أنا (أن امرأة أخرى تسكن في جسدي) [تجربة سلبية]

RHS : المقياس المنقح للهلاوس

الجدول ٣ أوصاف نموذجية عن تجارب قدمتها العينة غير السريرية

بنود RHS	الفئات	الأوصاف
١، ٤، ٥، ٨، ٩	الأحلام والتجارب الشبيهة بالحلم	في أحلام اليقظة أستطيع أن أرى وجه والدي
٣، ٤، ٨، ٩	هلاوس نعاسية وتنويمية	أكون نصف نائماً، لست نائماً بالكامل أو مستيقظاً تماماً، وأسمع أشخاصاً يرددون اسمي
٣، ٤، ٧، ٨، ٩، ١٢	هلاوس مزيفة	حين أكون في المنزل أدرس أسمع صوت أمي تناديني. هي تقيم معي وتناديني غالباً، وذلك يجعلني أعتقد أنها تناديني بينما لا تفعل
٤، ٥، ٦	تخيلات حيّة	حين أحب أغنية، أستطيع الاستماع إليها من دون سماعها بالفعل
١	تفكير سحري	أحياناً أتخيل وضعاً ما أريده أن يحدث معي ويتم ذلك
٢	تداخل الأفكار	حين أحاول دراسة المواد العلمية، تراودني باستمرار أفكار عن خلاف مع الشريك
٢	الإلهاء	بعد أن أراقب بعض الوجوه لفترة طويلة أراها مختلفة. أي أنني أراها بطريقة تختلف عما رأيته سابقاً
١٠، ١٢	عملية الانتباه/التفكير	أياماً، أجد نفسي أمك طاقة أكبر، وأبدو أجمل لأنني لا أرى التجاعيد حول عيني، بينما أقول أيام أخرى «اليوم لن أخرج حتى من بيتي».
١٣	تقلبات المزاج	حين أكون مستيقظاً في سريري في المنزل، أرى ظلالاً على الجدار وثم أكتشف أنه الضوء من الشارع يتسلل من نافذتي
١٣	تخيلات عاطفية	عندما أكون في حالة عصبية شديدة، يبدو أحياناً الناس وما يفعلون، بلا معنى، ويبدو الأمر كما لو كانت «مزحة» [التجرد عن الواقع]
١١	الفئة الباقية	عندما أعاني حمى طفيفة، أسمع أصواتاً. حين كنت طفلاً حدث هذا لي في كثير من الأحيان [هلاوس عضوية]
٨، ١٢		

RHS : المقياس المنقح للهلاوس

وثيقاً بهوية الشخص، مع بعض الشذوذ الدائم في شعورهم بالذات ووجود سمات تحول في العلاقة الذاتية مع العالم (١٦-١٨)، بينما في المجموعة غير السريرية كانت تتعلق بحالة ظرفية (مثلاً، حالة من الحداد)، أو تم الإبلاغ عنها كظاهرة واحدة أو معزولة.

كما ورد في دراسة لـ كيندلر مؤخرًا (١٩)، ينبغي ألا يقتصر تقييم المرض النفسي على تحديد وجود أو عدم وجود أعراض معينة، ولا ينبغي أن يركز فقط على الأعراض السطحية التي تم اختبارها لموثوقيتها. بل يجب أن يبحث عن ظواهر أعمق قد تنشأ فقط من تحليل الظواهر الدقيق. تشير نتائج هذه الدراسة إلى أنه ليس من المستحسن في تحليل الهلاوس ودراساتها، وخصوصاً في العينات غير السريرية، استخدام بروتوكولات الأبحاث التي تستند فقط على إجابات بنعم أو لا في الاستبيانات المعتمدة. هذا لا ينفي أهمية الدراسات حول الهلاوس في الأشخاص غير الذهانيين أو يفترض غياب الهلاوس في العامة من السكان، بل يشير إلى تحدي المنهجية المتبعة حتى الآن لتقييم هذه الظاهرة. تركز هذه الدراسة على أهمية نوعية هذه التجارب وطبيعتها، وما يجعلها مماثلة أو مختلفة اختلافاً جذرياً عن تلك التي في الأشخاص المصابين بالفصام.

إننا بحاجة إلى توصيف معمق ودقيق لنوعية الظواهر النوعية الخاصة بالتجارب الحسية غير الطبيعية، بما في ذلك الهلاوس. يتيح هذا التوصيف تجنب الأخطاء التشخيصية، على سبيل المثال، التشخيص المفرط لمرض الفصام، فضلاً عن تطوير نماذج لا يمكن الاعتماد عليها لمسببات الهلاوس المبنية على تقييم غير دقيق للخبرات الحسية غير العادية في العامة من الناس. بدون مثل هذا الجهد للتوصيف الظاهري للتجارب العادية وغير العادية، أي محاولة لإجراء مقارنة مهددة بإعطاء نتائج غير مفيدة وخلاصات لا قيمة لها (٢٠).

يمكن اعتبار شمول الدراسة على عينة غير سريرية من الطلاب فقط إحدى النواحي السلبية التي تشوبها، ولا يمكن اعتبارها بذلك شاملة

العينة غير السريرية تجارب متعلقة بعملية التركيز/التفكير (مثلاً، «بعد أن أراقب بعض الوجوه لفترة طويلة أراها مختلفة. أي أنني أراها بطريقة تختلف عما رأيته سابقاً»)، بينما وصفت العينة السريرية تجارب مجردة من الواقع (مثلاً، «حين أنظر إلى الناس، يبدو أحياناً غرباء، كأنهم غير حقيقيين، كما الأغراض في المنزل»).

في البند الحادي عشر («أرى ظلالاً وأشكالاً بينما لا يكون هناك أي شيء»)، وصفت العينة غير السريرية الأوهام العاطفية (مثلاً، «حين أكون مستيقظاً في سريري في المنزل، أرى ظلالاً على الجدار ومن ثم أكتشف أنه الضوء من الشارع يتسلل من نافذتي»)، بينما وصفت العينة السريرية تجارب مركزية (مثلاً، «أكتشف أنها كانت هناك من أجلي»).

إجابة على البند السادس («يمكنني أن أسمع صوت لحن في أحلام اليقظة بوضوح كأنني أستمع إليه بالفعل»)، قدم المجموعتان وصفاً متداخلاً لتجارب تتعلق بالمخيلة الحيّة (مثلاً، في العينة غير السريرية، «حين أحب أغنية، أستطيع الاستماع إليها من دون سماعها بالفعل»، وفي العينة السريرية، «عادة ما على سوى أن أتخيل الأغنية في ذهني وأسمعها مع كل الأدوات الموسيقية وكل أجزاءها»).

المناقشة

توضح نتائجنا بأن الناس مع الفصام وطلاب الجامعات الأصحاء وفقاً لبنود RHS يقدمون أوصافاً مختلفة جداً لتجاربهم. ما يختلف هو طبيعة الشخصية في هذه التجارب. لا يمكن تقييم تجارب الهلاوس أو تلك الشبيهة بالهلاوس بشكل موثوق وصحيح فقط باعتبارها مسألة متكررة أو شديدة. بل يتطلب تقييمهم توصيفاً دقيقاً لنوعية ظاهرية لهذه التجربة. أما الاختلاف الأهم بين العيّنتين، فكان أن هذه التجارب ارتبطت لدى مرضى الفصام ارتباطاً

- to hallucinations. *Pers Individ Differ* 2006;40:487-96.
9. Johns LC, van Os J. The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clin Psychol Rev* 2001;21:1125-41.
 10. Paulik G, Badcock JC, Maybery MT. The multifactorial structure of the predisposition to hallucinate and associations with anxiety depression and stress. *Pers Individ Differ* 2006;41:1067-76.
 11. Allen P, Freeman D, MacGuire P et al. The prediction of hallucinatory predisposition in non-clinical individuals: examining the contribution of emotion and reasoning. *Br J Clin Psychol* 2005;44:127-32.
 12. Larøi F, DeFruyt F, van Os J et al. Associations between hallucinations and personality structure in a non-clinical sample: comparison between young and elderly samples. *Pers Individ Diff* 2005;39:189-200.
 13. Stirling J, Barkus E, Lewis S. Hallucination proneness, schizotypy and meta-cognition. *Behav Res Ther* 2007;45:1401-8.
 14. Guy W, Ban TA. *The AMDP System: a manual for the assessment and documentation of psychopathology*. Berlin: Springer-Verlag, 1982.
 15. Oyeboode F. *Sims' symptoms in the mind. An introduction to descriptive psychopathology*. Edinburgh: Saunders Elsevier, 2008.
 16. Straus E. Aesthesiology and hallucinations. In: May R, Angel E, Ellenberger HF (eds). *Existence: a new dimension in psychiatry and psychology*. New York: Basic Books, 1958:139-69.
 17. Sass LA, Parnas J. Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophr Bull* 2003;29:427-44.
 18. Stanghellini G. *Psicopatologia del senso comune*. Milano: Cortina, 2008.
 19. Kendler KS. Introduction: Why does psychiatry need philosophy. In: Kendler KS, Parnas J (eds). *Philosophical issues in psychiatry: explanation, phenomenology, and nosology*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2008:1-16.
 20. Daalamn K, Boks MPM, Diederer KJM et al. The same or different? A phenomenological comparison of auditory verbal hallucinations in healthy and psychotic individuals. *J Clin Psychiatry* 2011;72:320-5.

للمجتمع. بالإضافة إلى ذلك، يجب فهم التفاصيل التي قدمها المشاركون في سياق الثقافة الإسبانية. قد يكون من المفيد في المستقبل مقارنة هذه النتائج مع تلك التي تظهر في عينات من الثقافات الأخرى، وكذلك في عينات سريرية (مثلاً، مرضى الهوس الاكتئابي) وغير السريرية (مثلاً، البالغين من السكان).

شكر وتقدير

لاقت الدراسة دعم وزارة التربية والعلوم الإسبانية (منحة رقم ٠٢٨١٠ FPU/AP٢٠٠٧-؛٠٢٣٤٢/PSIC-SEJ٢٠٠٦)

مراجع

1. David AS. Why we need more debate on whether psychotic symptoms lie on a continuum with normality. *Psychol Med* 2010;40: 1935-42.
2. van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I et al. A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychol Med* 2009;39:179-95.
3. Launay G, Slade PD. The measurement of hallucinatory predisposition in male and female prisoners. *Pers Individ Differ* 1981;2:221-34.
4. Bentall RP, Slade PD. Reliability of a scale measuring disposition towards hallucinations: a brief report. *Pers Individ Differ* 1985;6: 527-9.
5. Morrison AP, Wells A, Nothard S. Cognitive factors in predisposition to auditory and visual hallucinations. *Br J Clin Psychol* 2000;39:67-78.
6. Larøi F, Marczewski P, van der Linden M. Further evidence of the multi-dimensionality of hallucinatory predisposition: factor structure of a modified version of the Launay-Slade Hallucination Scale in a normal sample. *Eur Psychiatry* 2004;19:15-20.
7. Langer AI, Cangas AJ, Serper M. Analysis of the multidimensionality of hallucination-like experiences in clinical and nonclinical Spanish samples and their relation to clinical symptoms: implications for the model of continuity. *Int J Psychol* 2011;46:46-54.
8. Cangas AJ, Errasti JM, García JM et al. Metacognitive factors and alterations of attention related to predisposition

مآل ومعدلات تداخل الصحة النفسية الوقائية المدرسية على الأطفال المتأثرين بالحرب في سريلانكا : تجريره عشوائية مجمعه

WIETSE A. TOL^{1,2}, IVAN H. KOMPROE^{2,3}, MARK J.D. JORDANS², ANAVARATHAN VALLIPURAM⁴, HEATHER SIPSMA¹, SAMBASIVAMOORTHY SIVAYOKAN⁴, ROBERT D. MACY⁵, JOOP T. DE JONG⁶

¹Global Health Initiative, MacMillan Center, Yale University, New Haven, CT, USA;

²Department of Research and Development, HealthNet TPO, Amsterdam, the Netherlands; London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, UK;

³Utrecht University, Faculty for Behavioral and Social Sciences, Utrecht, the Netherlands;

⁴Shanthiham and University of Jaffna Teaching Hospital, Jaffna, Sri Lanka;

⁵Centre for Trauma Psychology and Harvard School of Medicine, Boston, MA, USA;

⁶Amsterdam Institute for Social Science Research, University of Amsterdam, the Netherlands; Boston University School of Medicine, Boston, MA, USA; Rhodes University, Grahamstown, South Africa

تهدف هذه الدراسة إلى مراجعة النتائج والعوامل المعدلة والعوامل الوسيطة في تدخل نفسي وقائي لدى طلاب مدرسة نفذه مهنيين غير أخصائيين على أفراد متضررين من الحرب في شمال سريلانكا. تم اعتماد عينة عشوائية. وبعد فحص ١٣٧٠ تلميذاً تم اختيارهم عشوائياً من مدارس مختلفة، وقع الاختيار على ٣٩٩ طفلاً ليشتركوا إما في العينة (عدد=١٩٩) أو في قائمة الانتظار المضبوطة (عدد=٢٠٠). تألف التدخل من ١٥ جلسة تمت ادارتها بشرياً وامتدت على ٥ أسابيع شملت على التقنيات السلوكية المعرفية وعناصر التعبير الإبداعي. أجري تقييم قبل التدخل، بعده بأسبوع واحد، وبعده بثلاثة أشهر. وتضمنت النتائج الأولية اضطراب الكرب التالي للصدمة PTSD، والإعراض الاكتئابية والقلق. لم يتم تحديد آثار أساسية على النتائج الأولية. لوحظ أثر رئيسي لصالح التدخل في مشاكل السلوك. برز هذا التأثير أقوى لدى الأطفال الصغار. كما وجدنا منافع للتدخل في بعض المجموعات الثانوية المحددة. وظهرت آثار أقوى لدى الصبيان في اضطراب PTSD وأعراض القلق، ولدى الأطفال الصغار في السلوك المنسجم اجتماعياً. بالإضافة إلى ذلك وجدنا أثراً أقوى للتدخل لدى الأطفال الذين يعانون اضطراب PTSD والقلق والاعتلال الوظيفي ويختبرون مستويات منخفضة من الضغوط القائمة المتعلقة بالحرب. أظهرت الفتيات في التدخل انخفاضاً صغيراً في أعراض PTSD من الفتيات اللواتي وضع اسمهن على قائمة الانتظار. نستخلص أن التدخلات النفسية الاجتماعية الوقائية على تلاميذ المدارس في مناطق دقيقة، تتميز بضغوط تتعلق بحرب قائمة قد تؤثر بالإيجاب على مؤشرات الرفاه النفسي وبعض الأعراض التي تتعلق باضطراب الكرب التالي للصدمة، لدى بعض الأطفال. لكن، من ناحية أخرى، قد تقوض هذه التدخلات التعافي الطبيعي لدى بعض الأطفال. وإننا بحاجة إلى المزيد من الأبحاث لدراسة تأثير نوع الجنس والعمر والتجارب المتعلقة بالحرب القائمة في تأثيرات التدخل المتفاوتة.

الكلمات الرئيسية: النزاع المسلح، العنف السياسي، اضطراب الكرب التالي للصدمة، القلق، الاكتئاب، التدخل المدرسي، الوقاية، سريلانكا

(World Psychiatry ١١:١١٤-١٢٠:٢٠١٢-١٢٢)

استعرضت دراسة أخيرة قاعدة الأدلة في دعم الصحة النفسية وتدخلات الدعم النفسي الاجتماعي لدى الأطفال في الحالات الإنسانية (١١). توصلت الدراسة إلى تحليلين تلويين منفصلين، وركزت على النتائج الأكثر استخداماً والتي تم قياسها عبر الدراسات: اضطراب الكرب التالي للصدمة PTSD وأعراض الاستيعاب الذاتي. ركز أول تحليل تلوي على أربع دراسات عشوائية مضبوطة لتقييم نتائج التدخلات المدرسية في الأطفال والمراهقين المتأثرين بالحرب في البوسنة والهرسك (١٢)، واندونيسيا (١٣،١٤)، ونيبال (١٥)، والأراضي الفلسطينية (١٦)، فضلاً عن الأطفال المتضررين من تسونامي ٢٠٠٤ في سريلانكا (١٧). لم يجد التحليل التلوي هذا التأثير الكلي لأعراض اضطراب PTSD، وأثر عدم التجانس الإحصائي العالي جداً لتأثيرات التدخل في اضطرابات PTSD عبر الدراسات.

أظهر التحليل التلوي، الذي اشتمل على دراسات من التحليل التلوي الأول، والعلاج النفسي الجماعي للعلاقات بين الأشخاص واللعب الخلاق مع المراهقين الذين يعانون من آثار النزاع المسلح في شمال أوغندا (١٨)، والتدخل النفسي والاجتماعي مع أمهات الأطفال الصغار المتأثرين بالنزاع المسلح في البوسنة والهرسك (١٩): أظهر منافع كبيرة في التدخل في علاج أعراض الاستيعاب الذاتي. نظراً لارتفاع معدل انتشار

كان للحرب الأهلية في سريلانكا، التي انتهت في عام ٢٠٠٩ حين أعلنت قوات الأمن الحكومية الانتصار على نمور تحرير تاميل إيلاام، تأثيراً واسعاً على الصحة النفسية للسكان (١٠،٢). سجل عدد من الدراسات الوبائية ارتفاع معدل انتشار الاضطرابات النفسية بين الأطفال في سريلانكا. وجدت دراستان في شمال شرق البلاد معدلات انتشار بنسبة ٢٥٪ و ٣٠٪ من اضطراب الكرب التالي للصدمة (PTSD)، و ٢٠٪ حالة من الاكتئاب الحاد (٣،٤). هذا ولاحظ الباحثون زيادة المعاناة النفسية بين السكان بشكل عام، والتأثيرات الضارة للصراع الطويل على الفئات الاجتماعية، بما في ذلك أداء الأسرة والمجتمع المحلي في شمال وشرق سريلانكا (٥،٦).

على الرغم من الدليل على الصحة النفسية والمشاكل النفسية الاجتماعية المعززة، تبقى موارد رعاية الصحة النفسية في سريلانكا نادرة ومركزية، كما هو شائع في البلدان ذات الدخل المتوسط والمحدود (LMIC) (٧). ونظراً لهذا الاختلاف الموجود في الخدمات الصحية، ثمة حاجة إلى تدخلات يمكن الوصول إليها بسهولة يمكنها أن تنتشر بسرعة وتشمل مجموعات أكبر من الأطفال. تحقيقاً لهذه الغاية، لاقت التدخلات المدرسية التي ينفذها الموظفون غير المتخصصين المدربين دعماً كبيراً (٨-١٠).

المناهج

الإطار العام والمشاركون

جمعنا البيانات من تيليبالي وأودوفيل في مقاطعة جافنا، شمال سريلانكا، بين سبتمبر ٢٠٠٧ ومارس ٢٠٠٨. في أغسطس ٢٠٠٦، تم التخلي عن اتفاق سلام كان سارياً منذ ٢٠٠٢، تلاه قطع الطريق البري الوحيد إلى شبه جزيرة جافنا. وتميزت الفترة اللاحقة بكميات غذائية ومواد أساسية محدودة، وحظر تجول وحواجز اسمنتية واختفاء أفراد وقتل بخارج المحاكم واشتباكات بين الجيش ونمور التحرير. واستناداً إلى تجارب مراحل سابقة من النزاع المسلح الشديد في المنطقة، توقعنا أن تكون حماية المشاركين والعاملين واستمرار المدارس أمراً مضموناً في تلك المنطقة.

اعتمدنا عينة عشوائية في التجربة بدلاً من تجربة عشوائية فردية لتفادي التلوث في التدخل بين المدارس. استخدمنا إجراءً عشوائياً مؤلفاً من خطوتين. أولاً خصصنا بشكل عشوائي، ضمن أقسام المقاطعة، كل قسم إما لمجموعة التدخل أو وضعناهم على قائمة الانتظار (صورة ١). ثانياً، اخترنا بشكل عشوائي مدارس لضمها إلى الدراسة. تأهلت كل المدارس على القائمة التي وفرتها الحكومة للدراسة.

في المدارس التي تم اختيارها عشوائياً، قمنا بمقابلة الأطفال من الصف الرابع حتى السابع (٩-١٢ عاماً) لتحديد استيفاء معايير الإضمام من خلال استبيان الإجهاد النفسي الاجتماعي لدى الأطفال CPDS، الذي يعد أداة مسح تم تأكيد موثوقيتها البنوية العابرة للثقافات والتي تم تطويرها لدى الأطفال المتأثرين بالنزاع المسلح (٢٨، ٢٩). وفقاً للأهداف الوقائية الثانوية للتدخل (أي، استهداف الأعراض النفسية والاجتماعية للإجهاد والاضطرابات النفسية المشتركة والعوامل الوقائية المقوية)، يستهدف المسح المؤلف من ٧ بنود التقييم التالي لدى التلاميذ والأساتذة: (أ) وجود عوامل خطر (أي، الإفادة عن التعرض لأحداث تتعلق بالحرب، والإجهاد خلال التعرض لحدث كهذا، والأعراض النفسية الحالية، والأداء المدرسي المتأثر به؛ ب) غياب العوامل الوقائية (أي، الإفادة عن نقص الدعم الاجتماعي والقدرة على التكيف). لم يتم استثناء أي من الأطفال بعد موافقتهم بمعايير الإضمام، وقد تم توفير استشارة اجتماعية فردية لمجموعة صغيرة من الأطفال أفادت عن مشاكل نفسية حادة بالإضافة إلى ضمهم للدراسة (عدد=١٩، ٨، ٤٪).

استندنا في اختيارنا على ١٢ مدرسة لكل حالة من حالات الدراسة وفقاً لحسابات سابقة. حسبنا حجم التأثير ١،١٠ لاضطراب PTSD و٠،٧٨ للأعراض الاكتئابية في دراسات نتائج التدخل المبكر التي اعتمدت الأدوات ذاتها (٣١، ٣٠). وفي عملية رصد التغييرات في حجم التأثير ذاته كانت β مساوية لـ ٠،٠٢ (٢ جانبية) و α تساوي ٠،٩٥، حسبنا أننا بحاجة إلى حد أدنى من ١٨ إلى ٣٥ طفلاً (في اضطراب PTSD) وأعراض الاكتئاب بالترتيب). وفي تحديد الترابط بين العينتين، قمنا بضرب ٣٥ بـ $1 + (m-1)r$ حيث $m=30$ (معدل حجم العينة) $r=0.1$ (ترابط بين العينات) وقوة ٩٥٪، مما أدى إلى حجم عينة ملائم من ١٣٧. للتعويض عن الاستنزاف، عملنا على زيادة عدد العينة للوصول إلى حوال ١٨٠ طفلاً لكل حالة من الدراسة. ووضعنا تقديرات بأن على الأقل مجموعة واحدة من ١٥ طفلاً لكل مدرسة سيستوفي معايير الإضمام بعد المسح، لذا قررنا تحديد ١٢ مدرسة لكل حالة في الدراسة.

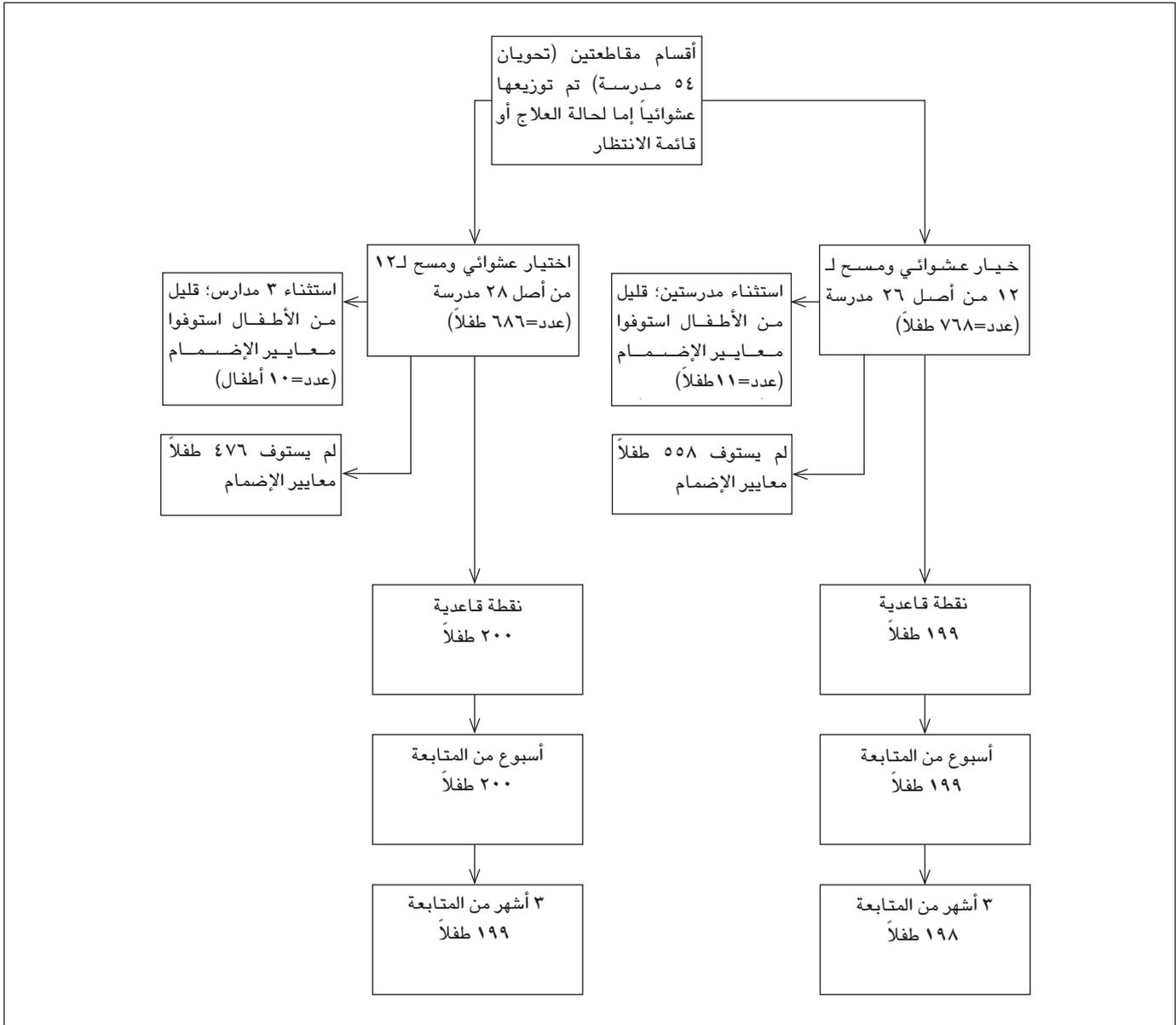
مشاكل الصحة النفسية في أماكن النزاع المسلح وازدياد شعبية التدخلات لدى الأطفال المتأثرين بفعل الحرب في البلدان ذات الدخل المتوسط والمحدود LMIC، ثمة حاجة إلى المزيد من الدراسات الواضحة والدقيقة لتقييم نتائج التدخلات.

تهدف هذه الدراسة إلى تقييم نتائج التدخل المدرسي الوقائي الثانوي للأطفال المتأثرين بفعل الحرب الدائرة في شمال سريلانكا. لقد افترضنا أن التدخل من شأنه أن يؤدي إلى تحسين صحة الطفل النفسية. بالإضافة إلى ذلك، ركزنا على العوامل المعدلة والعوامل الوسيطة في التدخل. بما أن التدخلات المدرسية في الأطفال المتأثرين بفعل الحرب حددت آثار مختلفة، تشكل مراجعة العوامل الوسيطة للمشرفين إستراتيجية هامة لتحديد الأفراد والظروف التي يمكن وفقاً لها أن يوتي التدخل بفاعلية أكبر. تهدف دراسة العوامل الوسيطة في تحديد السبب خلف تأثير التدخلات وكيفية إتيانها بنتائج جيدة (٢٠، ٢١).

بيّنت دراسات سابقة تأثير نوع الجنس والعمر على تعديل آثار التدخلات المدرسية في الأطفال المتأثرين بالنزاع المسلح. في اندونيسيا، برهن التدخل على فاعليته في اضطراب PTSD والاعتلال الوظيفي فقط لدى الفتيات، في حين أن فاعليته حافظت على الأمل في النجاح في كل من البنين والبنات (١٣، ١٤). في نيبال، لم يتم العثور على آثار رئيسية، ولكن ظهرت تأثيرات التدخل على الفتيان في الصعوبات النفسية العامة والعدوان، وبالنسبة للفتيات في السلوك الاجتماعي السليم. كما ظهر أن للعمر وقعه، حيث أن الأطفال الأكبر سناً الذين خضعوا للتدخل، أظهروا تحسناً أكبر فيما خص الشعور بالأمل. كما تم تحديد تأثير للعمر ونوع الجنس في الأراضي الفلسطينية، حيث أظهر تدخل مدرسي آثار العلاج على النتائج العاطفية والسلوكية في الأطفال تلاميذ المدرسة، وخاصة البنين. وقد برزت تأثيرات التدخل في الأطفال الأكبر سناً في الفتيات في سن المراهقة فقط (١٦).

من جانب آخر، تمت مناقشة أهمية التعرض للعنف في الماضي وارتباطه بالتجربة الحالية والاضغوطات المتعلقة بالحرب في مجال الصحة النفسية، ولكن لم يتم تقييمها في دراسات الأطفال (٢٢-٢٤). أظهرت دراسات عدة أن التجربة الحالية من «الاضغوطات اليومية» المرتبطة بالحرب (أي، عدم الحصول على الحاجات الأساسية، والعنف المنزلي، وعنف الأحياء، وتعاطي المخدرات) توسطت جزئياً ارتباط التعرض لأحداث العنف (مشاهدة / معاناة القتل والتفجيرات والعنف الجنسي والوقوع وسط تبادل النار، الخ) وإعراض اضطراب PTSD (٢٦، ٢٥). ونظراً لأن دور الوساطة هذا تم تحديده في استقصاء تقاطعي، توقعنا بأن يكون التدخل أقل فاعلية في الحد من الشكاوى النفسية بين من يعانون من مستويات عالية من الضغوطات اليومية جراء استمرار الحرب (أي علاقة تعديل مع دراسة التقييم).

ختاماً، يركز اهتمامنا على سلوك التكيف كعامل وسيط محتمل لتأثيرات التدخل. أكدت الأبحاث السابقة في الأطفال المتأثرين بالحرب علاقة بين السلوك التكيفي والأعراض النفسية، مع أنه يبقى من غير الواضح أي من أساليب التكيف (مثلاً، التركيز على العواطف مقارنة بالتركيز على المشكلة) هي وقائية أكثر في إطار مماثل (٢٧). هدف التدخل وتقييمه (أدناه) بشكل خاص إلى تحسين سلوك التكيف. توقعنا أن التدخل سيزيد من عدد وسائل التكيف التي يستخدمها الأطفال، بالإضافة إلى اكتفائهم بتلك الوسائل، وأن تلك الزيادات تكون بدورها مرتبطة بانخفاض في الأعراض النفسية.



الصورة ١ رسم بياني للمشاركين (PAGE54/76)

في الأسبوع ١ (جلسات ١-٣): الاستقرار، الإدراك والتقدير الذاتي في الأسبوع ٢ (جلسات ٤-٦): سرد الصدمة في الأسبوع ٣ (جلسات ٧-٩): تحديد الموارد ومهارات التكيف في الأسبوع ٤ (جلسات ١٠-١٢): وإعادة التواصل مع الإطار الاجتماعي والتخطيط للمستقبل في الأسبوع ٥ (جلسات ١٣-١٥).

وتنقسم كل جلسة إلى أربعة أجزاء، تبدأ وتنتهي بحركة منظمة وأغاني ورقص مع استخدام "المظلة" (أي قماش ملون دائري كبير). ويستند الجزء الثاني على "النشاط المركزي" الذي يركز على الموضوع الرئيسي للأسبوع (مثلاً، ممارسة مسرحية لتحديد الدعم الاجتماعي في البيئة، أو الرسم المستوحى من الأحداث المؤلمة)، ويتألف الجزء الثالث من لعبة تعاونية (أي، لعبة يشارك فيها جميع الأطفال من أجل تعزيز تماسك المجموعة).

كان التدخل جزءاً من برنامج أكبر للصحة النفسية العامة للأطفال المتأثرين بالحرب، بما في ذلك نهج الوقاية الأولية والتعليم العالي.

التدخل

تألف التدخل النفسي من ١٥ جلسة امتدت على ٥ أسابيع من التدخل المدرسي الذي تم تطبيقه من قبل عاملين مدربين غير أخصائيين محليين ومشرفين في تنفيذ التدخل لمدة سنة من الدراسة. كان للمتدخلين على الأقل شهادة مدرسة ثانوية وتم اختيارهم وفقاً لرغبتهم في المشاركة وقدرتهم على العمل مع الأطفال كما هو موضح في لعب الأدوار والمقابلات. ارتكز التدخل البشري على تقنيات السلوك المعرفي (التربية النفسية، وتعزيز التكيف، والتعرض المراقب لإحداث صدمة ماضية من خلال الرسم) وعناصر التعبير الإبداعي (ألعاب تعاون وحركة منظمة وموسيقى ودراما ورقص) مع مجموعات من حوالي ١٥ طفلاً، هدفت إلى خفض أعراض الاضطرابات النفسية المشتركة وتعزيز العوامل الوقائية (٣٢). تبع التدخل بنية محددة بين الجلسات، من خلال: المعلومات والأمانة والضبط

شعروا بضعف في هذه الأنشطة وفقاً لأربع نقاط (نطاق ٠-٣٠، الموثوقية الداخلية ٠,٨٠).

العوامل المُعدِّلة والعوامل الوسيطة

تم تقييم نوع الجنس والعمر (بالسنوات)، كجزء من قسم التركيبة السكانية للاستبيان. وتم تقييم التعرض للعنف والضغوطات اليومية مع مقياس تصنيف محلي. بعد تحديد المحن الكبرى المتعلقة بالحرب بمساعدة ٢٠ موظف إغاثة محلي، اخترنا الأحداث المتعلقة بالحرب الأكثر وروداً والتي قد يتعرض لها الأطفال. أدى ذلك إلى مقياس ثنائي التفرع (نعم / لا) من ١٠ بنود تعكس التعرض السابق للحرب (نطاق ٠-١٠، مثلاً، ورؤية التفجيرات، ورؤية جرائم القتل، واختبار التعذيب أو رؤيته، والعنف الجنسي) و ١١ بنوداً يقيم الضغوطات اليومية جراء التعرض الحالي للحرب (نطاق ٠-١١، مثلاً، الاحتياجات الأساسية غير المستوفاة، والعنف المنزلي، وإدمان الكحول والانفصال عن أفراد الأسرة، والتشريد).

جرى تقييم مرجع التكيف والرضا من خلال نظام Kidcope الخاص بالأطفال (إصدار للأطفال الأصغر سناً ٧-٢ عاماً) (٤٠). يحتوي نظام Kidcope على ١٥ سؤالاً يتعلق ب ١٠ استراتيجيات للتكيف، وقد تم تقييمها وفقاً لمشكلة مدرسية مفترضة (الدراسة بجديه والحصول على علامات سيئة) من خلال السؤال أي من استراتيجيات المواجهة قد استخدمت (البنود ثنائية التفرع: نعم / لا) وكيف صوّت عليها الأطفال عن ارتياحهم لاستخدام طرق التكيف على مقياس من ٣ نقط (١٠ أبدأ، ٢٠ قليلاً، ٣ كثيراً؛ نطاق ٠-٣٠؛ الموثوقية الداخلية لمرجع التكيف ٠,٧٧).

الإجراءات والناحية الأخلاقية

أجرت مجموعة من المقيمين غير المسؤولين في توصيل الرعاية المقابلات مستخدمين الأدوات المذكورة في بيئة خاصة في المدارس. وقد تم تدريب هؤلاء المساعدين على فترة ٣ أسابيع في إدارة مقياس ومعايير التقييم بكفاءة.

لم يكن المقيمون على علم بأي من المدارس خضع تلاميذها للتدخل. قبل البدء في نشاطات البحث، ناقشنا استراتيجيتنا مع القيادات المحلية، والمدارس، وأولياء الأمر في اجتماعات شملت المجتمع المحلي. تم تزويد جميع الأطفال وأولياء الأمر بموافقة خطية بعد أن شرح لهم هدف ووقائع الأنشطة البحثية. وتم منح الموافقة الأخلاقية رسمياً من قبل المجلس الدولي للمراجعة الأخلاقية في جامعة VU واللجنة الأخلاقية في منطقة جافنا.

الإحصاءات

بهدف مقارنة ظروف الدراسة والمؤشرات الديمغرافية ومؤشرات الصحة النفسية في نقطة القاعدة قمنا بمقارنة X² مع تصحيح الاستمرارية أو اختبار فيشر المحدد للتواتر واختبارات t-tests للعينات المستقلة للقياسات المستمرة.

تمت مراجعة التغيرات الطولية للنتائج من خلال نمذجة منحني النمو الكامنة (LGCM) في إطار معادلة النمذجة الهيكلية (٤١). واستخدمت نماذج النمو الشرطي لتحديد مدى التأثير الأساسي للتدخل ونمذجة تأثير العوامل المُعدِّلة وضبط الآثار الرئيسية وفقاً لذلك. تم ضبط النماذج لتحديد العينات على مستوى كل مدرسة. أجريت نمذجة LGCM في خطوتين.

تم اختيار جميع النتائج الموحدة استناداً إلى دراسة لنوعية الأولوية، شملت مقابلة المشاركين المستنيرين الأساسيين، و ٢٠ مناقشة ضمن مجموعات التركيز، و ٢٣ مقابلة شبه منظمة فردية مع الأطفال وأفراد الأسرة بحسب وجود شكاوى حول الصحة النفسية (٣٣). استخدمت أيضاً بيانات نوعية لبناء قياسات جديدة. وقد ترجمت مقياس ومعايير التقييم الموحدة لتأمين باستخدام نموذج رصد الترجمة، الذي يوفر طريقة منظمة لإعداد وثائق البحوث عبر الثقافات (٣٤).

النتائج الأولية

تم تقييم أعراض اضطراب الكرب التالي للصدمة PTSD من خلال مقياس أعراض اضطراب PTSD لدى الأطفال (CPSS)، وهو مقياس من ١٧ بنوداً يقيس أعراض اضطراب PTSD وفقاً لدليل DSM-IV مع نطاق استجابة من ٤ نقاط (نطاق ٠-٥١). (٣٥). بلغ الاعتماد الداخلي (كرونباخ ألفا) في العينة ٠,٨٤. تمت مراجعة أعراض الاكتئاب من خلال مقياس تقييم الاكتئاب الذاتي المؤلف من ١٨ بنوداً (DSRS)، الذي يستخدم مقياس استجابة من ٣ نقاط (نطاق ٠-٣٦) (٣٦). بلغت الموثوقية الداخلية في عينتنا ٠,٦٥. قمنا بتقييم أعراض القلق مع نسخة من ٥ بنود من مقياس اضطرابات العاطفة المرتبطة بالقلق (SCARED) - مقياس استجابة من ٣ نقاط، نطاق (١٠-٠) (٣٧). بلغت الموثوقية الداخلية في عينتنا ٠,٥٢.

النتائج الثانوية

استخدمنا نسخة ذاتية الاستبيان لنقاط القوة والصعوبات مؤلفه من ٢٥ بنوداً لقياس نتيجة الصحة النفسية الشاملة، الذي كان متاحاً في لغة تاميل وتم التحقق من صحته في منطقة جافنا (٣٨). وبحسب ما اقترح المطورون، تم تلخيص المقياس الفرعية الأربعة التي تشير إلى صعوبات نفسية وفقاً لمجموعة درجة الصعوبات الكلية (المدى ٠-٤٠، الموثوقية الداخلية ٠,٧٨)، وساهم بند خامس في تقييم السلوك الاجتماعي السليم (نطاق ٠-١٠، والموثوقية الداخلية ٠,٦٠).

قمنا من خلال المقابلات النوعية في الدراسة الأولية، بسرد الشكاوى النفسية للمشاركين وتصنيفها، وحددنا مجموعتين من الأعراض لا تغطيها مقياس ومعايير التقييم الموحدة: الشكاوى الخارقة للطبيعة (تأثير الأرواح الشريرة أو الشعوذة أو الشياطين)، المشاكل السلوكية التالية للحرب (استخدام العنف كوسيلة لحل النزاعات، وتقليد جنود / المتمردين). من خلال اختيار الشكاوى الأكثر شيوعاً، وضعنا مقياس من ٦ و ٨ بنود، وحددنا تصميم الإجابة وفق ٤ نقاط (نطاق ٠-١٨ و ٠-٢٤، الموثوقية الداخلية ٠,٥٨ و ٠,٦١ بالترتيب).

كما وضعنا مقياساً لتقييم الاعتلال الوظيفي (٣٩). بعد المراقبة الوجيزة للمشاركين، وجمع اليوميات الخاصة بهم، ومتابعة مجموعات التركيز التي شملت الأطفال، تم اختيار ١٠ نشاطات من الحياة اليومية الفردية للأطفال (مثلاً، النظافة والنوم)، كما النشاطات الأسرية (مثلاً، القيام بالأعمال المنزلية)، والنشاطات مع الأقران (مثلاً، للهو)، في المدرسة (مثلاً، المشاركة، والواجبات المنزلية)، والمجتمع (مثلاً، مساعدة كبار السن)، وتلك الدينية (مثلاً، ممارسة دينية في المنزل). وقد سئل الأطفال إذا

في خطوة أولى، قمنا بنمذجة منحنيات النمو، وذلك باستخدام إطار زمني من الأسبوع ١ و ٦ و ١٨، وحددنا تقديرات تأثير التدخل على التغيير مع مرور الوقت. في الخطوة الثانية، أضفنا العوامل المعدلة وتأثيرتها الرئيسية لاستكشاف المتغيرات المحتملة في تأثيرات التدخل.

وبما ان اثنين من المشاركين لم تتوفر بيانات حول نتائجهما في التقييم الثالث (فقدوا في المتابعة عند الأسبوع ١٨)، أجرينا تحليل حالة كاملة، باستثناء المشاركين الاثنين الذين كانت بياناتهما ناقصة.

النتائج

الخصائص عند القيمة القاعدية

قمنا بمقارنة الخصائص الديموغرافية (نوع الجنس، الدين، ونوع المنزل، ومهنة ولي الأمر، وحجم الأسرة) والتعرض للعنف والضغوطات المستمرة المتعلقة بالحرب، ومجموع النتائج ولم نجد اختلافات ذات دلالة إحصائية بين ظروف الدراسة (الجدول ١). تألفت العينة من عدد أكبر من البنين (٦١،٤٪)، بأغلبية من الهندوس (٨١،٠٪)، وتراوحت أعمار الأطفال بين ٩ و ١٢ سنة (متوسط ١١،٠٣ ± ١،٠٥).

تعرض الأطفال إلى متوسط نوعين من الأحداث المتعلقة بالحرب. وكانت الأنواع الأكثر شيوعاً: رؤية جثث قتلى (٥١،٩٪)، رؤية وفاة أفراد الأسرة (٣٥،٣٪)، وجمع شتاتهم بطريقة مهينة (٣٢،٦٪). بالإضافة إلى ذلك، أفاد الأطفال متوسط أربعة أنواع من الضغوطات اليومية القائمة، أكثر شيوعاً: التشرذم (٧٣،٩٪)؛ التأثر بالفقر (٦٧،٩٪)، صعوبة في تلبية الحاجات الأساسية (٦٢،٧٪)، والمشاجرات في الحي (٦٢،٧٪). تراوحت معاملات ارتباط النتائج (ICC) داخل العينة بين -٠،٣٤ و ٠،١٧٤.

تغيرات في النتائج والعوامل المعدلة والوسيط

أولاً، قمنا بتقييم متوسط التغييرات الخام (أي من دون التصحيح في متغيرات العينة) كتحليل استكشافي للتغيرات في النتائج (الجدول ٢).

وأظهرت هذه التحليلات تحسناً إحصائياً أكبر بكثير بالنسبة للبنين في حالة التدخل حول القلق وضعف الأداء (أحجام تأثير ٢٧ إلى ٢٩). أما بالنسبة للفتيات، فوجدنا تأثيراً سلبياً غير مقصود، حيث أظهرت الفتيات في قائمة الانتظار تحسناً أكبر في أعراض اضطراب الكرب التالي للصدمة PTSD مقارنة مع الفتيات في حالة التدخل (حجم تأثير ٣٧).

قمنا ثانياً بتقييم مسارات طولانية من التغييرات على مقياس النتائج وتأثير متغيرات العوامل الوسيطة، اعتمدنا مقياس LGCM، وقمنا بتصحيح تجميع الاختلاف في المدارس. نظرنا فيما إذا كانت حالة الدراسة قد توقعت مسارات نمو مختلفة، وإذا كان نوع الجنس والعمر والتعرض الماضي للعنف، والتجربة الحالية من الضغوطات ذات الصلة بالحرب قامت بتهدئة تأثير التدخل مع مرور الوقت (الجدول ٣). لم يتم العثور على علاقة ذات دلالة إحصائية بين حالة الدراسة والتقديرية الطارئة في النتائج، ما يؤكد على المقارنة بين ظروف الدراسة في الأساس. لم تختلف المسارات الطولانية اختلافاً كبيراً بين ظروف الدراسة في النتائج الأولية (اضطراب الكرب التالي للصدمة PTSD والقلق والاكتئاب)، لكننا وجدنا مسارات مختلفة إلى حد كبير لقياس النتيجة الثانوية. وأظهر المشاركون في حالة التدخل المزيد من التحسن (انخفاض) في مشاكل السلوك مع مرور الوقت مقارنة مع المشاركين في حالة قائمة الانتظار (تقديرات منحدر ١٣٢، -٠،٠٠٣، P = ٠،٠٠٣). كما برز أيضاً تفاعل كبير في حالة الدراسة والعمر ومشاكل السلوك، حيث أن الأطفال الأصغر سناً أظهروا تحسناً أكبر من الأطفال الأكبر سناً في حالة التدخل (P = ٠،٠١٩). بالإضافة إلى ذلك، وجدنا عدداً من تأثيرات التدخل لمجموعات فرعية محددة. وقد ظهر نوع الجنس كعامل تهدئة كبير في اضطراب PTSD (تقديرات منحدر -١،١٦٩؛ P = ٠،٠٠٩)، وأعراض القلق (تقديرات منحدر ٣٠٨، -٠،٠٣٢، P = ٠،٠٣٢)، حيث أظهر الفتيان في حالة التدخل المزيد من التحسن مع مرور الوقت مقارنة مع أولئك في قائمة الانتظار المضبوطة. أيضاً، وإحصائياً وقد تم تحديد تفاعل كبير مع التقدم في السن في السلوك الاجتماعي الإيجابي (تقديرات منحدر ١١٢، ٠،٠٣٢، P = ٠،٠٣٢). وارتبطت الزيادة في السن بفوائد تدخل أقل، أي أن التدخل كان له فاعلية في زيادة السلوك الاجتماعي الإيجابي في الأطفال الأصغر سناً فقط.

جدول ١ مقارنة القيمة القاعدية من النتائج المسجلة حول التعرض والنتائج

p	t(df=397)	عينة قائمة الانتظار (عدد=٢٠٠)	عينة العلاج (عدد=١٩٩)		
.006	.888	.141	.888	1.93±1.34	1.91±1.45
.174	.576	-.559		4.05±1.94	4.16±1.98
.050	.634	-.476		6.27±1.44	6.34±1.44
.002	.455	-.748		15.03±8.89	15.70±9.12
.000	.698	-.388		8.39±4.54	8.56±4.37
-.005	.571	.566		3.29±2.13	3.17±2.16
.008	.302	1.034		2.21±2.59	1.97±1.92
-.029	.969	.039		2.00±2.84	1.99±2.23
.005	.411	.823		10.74±5.57	10.29±5.44
.021	.451	-.755		8.21±1.82	8.34±1.72
-.032	.935	.082		7.89±3.07	7.87±2.88
-.034	.937	.079		18.29±8.11	18.23±7.44
.003	.351	.933		3.64±4.47	3.23±4.37

ICC معامل الارتباط في العينات؛ PTSD اضطراب الكرب التالي للصدمة؛ SDQ استبيان نقاط القوة والصعوبة

البحث في الدور المحتمل لسلوك التكيف.

المناقشة

يسير هذا التقييم للتدخل الوقائي الثانوي مع أطفال المدارس في سريلانكا في مسار الأدلة الناشئة في مجال الصحة النفسية وتدخلات الدعم النفسي والاجتماعي في المناطق المتضررة من النزاع المسلح. وقد برزت كما في تدخلات مدرسية سابقة للأطفال المتضررين من الحرب، اختلافات بعد التدخل. وجدنا تأثيراً رئيسياً على مقاييس معدة محلياً على مسار المشاكل حيث برزت منافع أقوى للتدخل لدى الأطفال الأصغر سناً. وقد شكلت مشاكل السلوك، بما في ذلك مثلاً الاتجاه لاستخدام العنف كوسيلة لحل النزاع وتقليد الجنود وعدم احترام كبار السن، فئة مهمة من الشكاوى النفسية المتعلقة بالحرب كما بين الأطفال، والآباء، والمعلمين في هذه الدراسة النوعية. علاوة على ذلك، تم تحديد تأثيرات التدخل لدى الأطفال الذين اختبروا انخفاضاً في مستويات الاجتهاد اليومي الناتج عن الحرب الحالية (اضطراب الكرب التالي للصدمة PTSD، القلق، الاعتلال الوظيفي)، الفتيان (اضطراب PTSD وشكاوى القلق)، والأطفال الصغار

قمنا بمراجعة التعرض الماضي للعنف والضغوطات اليومية الحالية للحرب (الجدول ٣). وبما أن أياً من التحليلات السابقة لم تظهر مسارات تغيير ذات قيمة إحصائية في أعراض الاكتئاب، والشكاوى من أحداث خارجة عن الطبيعة، وأعراض نفسية عامة، لم نراجع هذه المجموعة من نتائج هذه التحليلات. حددنا دوراً مهماً في التهدئة والتخفيف من الضغوطات اليومية جراء الحرب القائمة. كان لهذه التجربة تأثيرات علاجية مُعدّلة حيث أن الأطفال في حالة التدخل مع مستويات منخفضة من الضغوطات أظهروا مستوى أكبر من التحسينات في اضطراب PTSD (تقدير ٢٤٤،، $P = ٠,٠٢٤$)، والقلق (تقدير ٠١٦،، $P = ٠,٠٣٩$)، والاعتلال الوظيفي (تقدير ٠١٧،، $P = ٠,٠١٦$) مقارنة مع الأطفال في حالة قائمة الانتظار. وقد تم قبول مطابقة النموذج لـ LGCM لمعظم النماذج، وقد تراوحت بين ٠,٨٧ إلى ١,٠٠ على مؤشر المطابقة المقارن.

ختاماً، درسنا سلوك التكيف كعامل وسيط محتمل لتأثيرات التدخل. لم ينجح تحليل التغيرات الخام وتلك الخاصة بـ LGCM في إظهار الاختلافات بين ظروف الدراسة فيما يتعلق بمسارات التكيف واكتفاء التكيف. بما أن الترابط الكبير بين التدخل والعلاقة المحتملة بعامل وسيط هي شرط مسبق لدور الوساطة (وأن هذا الشرط لم يتحقق)، لم نتعمق في

جدول ٢ متوسط تغير الاختلافات في نتائج البنين والبنات (القيمة القاعدية حتى ٣ أشهر من المتابعة)

البنات				البنين				النتائج
العلاج مقارنة مع قائمة الانتظار		عينة قائمة الانتظار (عدد=78)	عينة العلاج (عدد=٧٦)	العلاج مقارنة مع قائمة الانتظار		عينة قائمة الانتظار (عدد=١٢٥)	عينة العلاج (عدد=١٢٢)	
p	t(df=152)	متوسط ± SD	متوسط ± SD	p	t(df=243)	متوسط ± SD	متوسط ± SD	
024 ^b	-2.274	7.88±8.49	4.83±8.17	997.	004.-	5.49±7.75	5.49±8.15	أعراض PTSD
343.	951.-	2.03±4.02	1.42±3.86	974.	033.	1.62±4.48	1.64±4.80	أعراض اكتئابية
506.	667.-	1.55±2.43	1.29±2.44	038 ^a .	2.090	1.07±2.21	1.70±2.46	أعراض قلق
727.	350.	3.06±5.59	3.37±5.18	072.	1.809	2.07±5.55	3.35±5.55	مجموع الصعوبات
323	895.	0.77±1.97	1.09±2.49	097.	1.667	0.43±1.75	1.11±2.53	شكاوى من أحداث خارجة عن الطبيعة
465.	733.	0.27±2.83	0.55±1.85	271.	1.103	0.60±2.21	0.94±2.55	مشاكل سلوكية
437.	780.-	-0.09±1.87	-0.30±1.49	947.	067.-	0.12±1.91	0.11±2.11	سلوك اجتماعي إيجابي
607.	515.	1.60±5.33	2.00±4.15	24 ^a .	2.276	0.94±3.89	2.13±4.27	اعتلال وظيفي

PTSD - اضطراب الكرب التالي للصدمة: أحجام التأثير ٢٧. إلى ٢٩. حجم التأثير ٣٧.

جدول ٣ تقديرات نموذجية للتغير الطولاني في النتائج، حيث نوع الجنس والعمل عاملاً تهدياً

النتائج		اعتراض a		منحني: التأثير الأساسي b		منحني: التفاعل مع نوع الجنس c		منحني: التفاعل مع العمر d		منحني: التفاعل مع التعرض السابق للعنف e		منحني: التفاعل مع الضغوطات الحالية	
تقدير	SE	تقدير	SE	تقدير	SE	تقدير	SE	تقدير	SE	تقدير	SE	تقدير	SE
PTSD أعراض	306.-	879.	281.	332.	-1.169	**444.	152.	261.	293.-	001.	134.	244.	**108.
أعراض اكتئابية	385.-	454.	115.	112.	206.-	242.	134.	152.	134.				
أعراض قلق	075.-	188.	037.-	065.	308.-	**144.	035.	062.	035.	048.-	050.	066.	**032.
مجموع الصعوبات	037.	516.	198.-	280.	409.-	225.	102.-	184.	102.-				
شكاوى من أحداث خارجة عن الطبيعة	149.	280.	121.-	*064.	116.-	101.	022.-	071.	022.-				
مشاكل سلوكية	080.	209.	132.-	***045.	089.-	100.	112.	100.	112.	**048.	076.	015.	043.
سلوك اجتماعي إيجابي	030.-	166.	016.	052.	101.-	095.	107.-	020.	107.-	**050.	032.	035.-	020.
اعتلال وظيفي	427.-	482.	036.-	143.	346.-	178.	102.	109.	102.	000.	111.	167.	**069.

PTSD - اضطراب الكرب التالي للصدمة: متوسط مجموع القيمة القاعدية المصحح للجمع: التغيير في النتائج عن الأسبوع ٦ و ١٨: يشير التقدير السلبي إلى تراجع في النتيجة لدى البنين: يشير التقدير السلبي إلى تراجع في نتيجة السن الأكبر بسنة: x ذات قيمة إحصائية عند $a < ٠,٠٦$ ؛ xx ذات قيمة إحصائية عند $a < ٠,٠٥$ ؛ xxx ذات قيمة إحصائية عند $a < ٠,٠١$

(السلوك الاجتماعي السليم). ومع ذلك، حددنا لها تأثيراً ضاراً غير مقصود في التدخل لدى الفتيات في أعراض PTSD.

قبل أن نناقش هذه النتائج بمزيد من التفصيل، نشير إلى عدد من أوجه القصور في منهجية الدراسة التطبيقية. أولاً، على الرغم من أننا لم نكشف عن حالة دراسة الاختيار المضبوطة للمقيمين وقمنا باختيار مساعدين من خارج نشاطات التدخل، لم نكن قادرين على ضبط إمكانية الكشف عن حالة دراسة من قبل الأطفال المشاركين فيها. ثانياً، على الرغم من أننا لم نشمل إجراء موثقاً محلياً (استبيان نقاط قوة الصعوبات)، بقيت النتائج الأولية لاضطراب الكرب التالي للصدمة PTSD والاكنتاب والقلق ذات معيار صحة محلياً غير واضح. ثالثاً، كانت الموثوقية الداخلية لبعض النتائج أقل قليلاً من المقبول (لا سيما أعراض القلق). على الرغم من هذه القيود، فإن لهذه الدراسة قيمة إضافية على المنشورات بصفتها دراسة نتائج تدخل صارم تتوافق مع المبادئ التوجيهية القرينة CONSORT، ضمن إطار تجربة واقعية (٤٢).

على الرغم من رصد بعض التأثيرات الواعدة، فإن التحسن الأفضل مع مرور الوقت في أعراض اضطراب PTSD لدى الفتيات في حالة قائمة الانتظار مقارنة مع الفتيات في حالة التدخل، يعد نتيجة هامة غير متوقعة للدراسة. نشير إلى التداخل في تأثيرات عامل نوع الجنس كعامل تهدئة في تفسير هذه النتيجة، كما إلى الضغوطات اليومية الناتجة عن الحرب. كل من المتغيرتين ساهمتا في تهدئة العلاقات بين حالة الدراسة والتغيرات في اضطرابات PTSD والقلق. من الممكن أن تكون تجربة الضغوطات الناتجة عن الحرب مختلفة بالنسبة للفتيات والفتيات، وأن هذه الاختلافات هي التي توجه التأثيرات المتباينة للتدخل. بالإضافة إلى ذلك، من الممكن أن تكون جوانب محددة من مكونات العمل في التدخل (مثلاً، تعزيز أساليب التكيف أو استراتيجيات دعم اجتماعي محددة) قد ساهمت في التأثيرات التفاضلية للفتيات والفتيات. في هذه الحالة، يكون الافتراض متسقاً مع النتائج التي توصلت إليها التدخلات النفسية السابقة مع الأطفال والمراهقين المتأثري بالحرب، حيث عادة ما يلاحظ تأثير نوع الجنس (١٣-١٥، ١٨). في هذا التدخل، قد يكون من المهم النظر في التنفيذ مع مجموعات منفصلة وفقاً لنوع الجنس.

تسلط النتائج التي توصلنا إليها الضوء على ماهية التدخلات المناسبة لعلاج تأثيرات الحرب على الصحة النفسية للأطفال. من ناحية، واستناداً إلى عدم وجود تأثيرات رئيسية محددة للتدخل في النتائج الأولية في هذه الدراسة، يمكن القول إن تدخلات العلاج النفسي السريري خيار أكثر ملائمة للتدخل مقارنة مع التدخلات المدرسية. مثلاً، وجدت دراسات في البلدان ذات الدخل المرتفع دعماً للعلاج السلوكي المعرفي وإعادة معالجة حركة العين والمعالجة بنزع الحساسية في حالات الصدمة (٤٣). ومع ذلك، فإننا ندعم أهمية تدخلات الوقاية الأولية والثانوية مع الأطفال المتأثرين بالنزاعات المسلحة وذلك لسببين. أولاً، قد تكون لهذه التدخلات فوائد على النتائج في حالات أخرى غير اضطرابات PTSD، والتي تكتسي أهمية كبرى - ولو أنها لم تخضع لأبحاث كافية - حيث أنها تؤثر على الصحة النفسية للأطفال جراء الحرب (٣٣).

على سبيل المثال، أظهرت هذه الدراسة تحسينات في مشاكل السلوك، والقلق، والسلوك الاجتماعي الإيجابي، والاعتلال الوظيفي، كما أظهرت الدراسات السابقة بالإضافة إلى تحسن في الأمل، والدعم الاجتماعي، وخفض مستوى العدوان، والصعوبات النفسية العامة (١٣-١٥). ثانياً، على الرغم من التأثيرات البارزة لمثل هذه التدخلات كانت حتى الآن أصغر

في الحجم بالمقارنة مع تأثير التدخلات السريرية الفردية وقد اقتصر على فئات محددة من السكان، فإن هذه التدخلات تملك القدرة على الوصول إلى مجموعات أكبر من السكان ضمن موارد محدودة وقدرة وصول أكبر، لذا فقد تكون تأثيراتها على رفاه السكان في التدخلات السريرية الأوسع متشابهة الآثار (٤٤). من ناحية أخرى، فإن النتائج التي توصلنا إليها تشير بوضوح إلى ضرورة بذل جهود أكثر حذراً في تحديد مسارات تعديل محددة من عوامل الخطر والحماية للأطفال المتأثرين بالنزاع المسلح (٤٥، ٤٦)، من أجل الحيلولة دون تقويض التعافي الطبيعي (١٤، ٤٧). هذا وأشارت جهود أخيرة هادفة إلى الأهمية الكبرى لهذا البحث في إطار تحديد أولوية البحوث الداعمة للصحة النفسية والدعم النفسي والاجتماعي في بيئات الإغاثة الإنسانية (٤٨، ٤٩).

تبين هذه الدراسة أوجه القصور المحتملة للاتجاه الحالي في LMIC لتحويل مهام تدخلات الصحة النفسية في المجتمع وتكاملها القائم على الضبط. ويمكن أن نتوقع حين تتحول التدخلات من الإطار السريري إلى المجتمعي، ومن تنفيذها من قبل أخصائيين إلى محترفين غير أخصائيين، سنجد أن تأثيرات التدخل رهن تهدئة أكبر نتيجة العوامل الظرفية (مثلاً، الفقر والتعرض للعنف والتهميش الاجتماعي). تشير هذه الدراسة إلى ضرورة تقييم تدخلات الصحة النفسية لاستكشاف ليس فقط معرفة ما إذا كانت هذه التدخلات فعالة ولكن أيضاً كيف قد تكون فعالة، من أجل وضع التدخل المناسب مع السياق والفئات السكانية.

سبق أن أشير إلى أن دور الطبيب السريري في LMIC، لا سيما مع شح الأخصائيين النفسيين في هذا المجال، يجب أن يكون كذلك الخاص بموفر الرعاية الصحية العامة وإدارة الجهود في رفع خدمات الصحة النفسية وتوسيع إطار شمولية الرعاية الصحية (٥٠). تظهر هذه الدراسة كما غيرها أن الأطباء السريريين قد يتمكنوا في المناطق المتأثرة بالعنف الإشراف بنجاح على تغيير المهام للعاملين المدربين في مجال الصحة لتعزيز الصحة النفسية (مثلاً، رفع قدرة التكيف والدعم الاجتماعي والأمل) وخفض الإجهاد والاعتلال. لكن في الحالات التي تكون الضغوطات اليومية متواصلة، على الأطباء أن يتوخوا الحذر من العوامل السياقية المعدلة للجهود الوقائية وعلاج أعراض اضطرابات PTSD التي قد تحتاج إلى مقارنة أكثر تخصصاً أو وسيلة علاجية مختلفة (مثلاً، مقارنة فردية أو عائلية).

شكر وتقدير

نود أن نتقدم بالشكر إلى مؤسسة PLAN Netherlands لتمويل هذه الدراسة. لم يكن للجهة الداعمة أي دور في تصميم الدراسة أو إجرائها؛ أو جمع البيانات وإدارتها وتحليلها وترجمتها، وإعداد النص أو مراجعته أو الموافقة عليه.

مراجع

1. Somasundaram D. Scarred minds: the psychological impacts of war on Sri Lankan Tamils. New Delhi: Sage Publications, 1998.
2. Somasundaram D, Jamunanantha CS. Psychosocial consequences of war: Northern Sri Lankan experience. In: de Jong JTVM (ed). Trauma, war, and violence: public mental health in socio-cultural context. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2002: 205-58.

19. Dybdahl R. Children and mothers in war: an outcome study of a psychosocial intervention program. *Child Dev* 2001;72:1214-30.
20. Kraemer HC, Wilson T, Fairburn CG et al. Mediators and moderators of treatment effects in clinical trials. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:877-83.
21. Kazdin AE. Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annu Rev Clin Psychol* 2007;3:1-27.
22. Miller KE, Rasmussen A. War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. *Soc Sci Med* 2010;70:7-16.
23. Neuner F. Assisting war-torn populations: should we prioritize reducing daily stressors to improve mental health? Comment on Miller and Rasmussen (2010). *Soc Sci Med* 2010;71:1381-4.
24. Miller KE, Rasmussen A. Mental health and armed conflict: the importance of distinguishing between war exposure and other sources of adversity: a response to Neuner. *Soc Sci Med* 2010;71: 1385-9.
25. Fernando G, Miller KE, Berger DE. Growing pains: the impact of 122 World Psychiatry 11:2 - June 2012 disaster-related and daily stressors on the psychological and psychosocial functioning of youth in Sri Lanka. *Child Dev* 2010;81: 1192-210.
26. Rasmussen A, Nguyen L, Wilkinson J et al. Rates and impact of trauma and current stressors among Darfuri refugees in eastern Chad. *Am J Orthopsychiatry* 2010;80:227-36.
27. Punamaki RL. Resiliency in conditions of war and military violence: preconditions and developmental processes. In: Garalda ME, Flament M (eds). *Working with children and adolescents: an evidence-based approach to risk and resilience*. Lanham: Jason Aronson, 2006:129-78.
28. Jordans MJD, Komproe IH, Tol WA et al. Screening for psychosocial distress amongst war-affected children: cross-cultural construct validity of the CPDS. *J Child Psychol Psychiatry* 2009;50:514-23.
29. Jordans MJD, Komproe IH, Ventevogel P et al. Development and validation of the Child Psychosocial Distress Screener in Burundi. *Am J Orthopsychiatry* 2008;78:290-9.
30. Cohen JA, Deblinger E, Mannarino AP et al. A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43:393-402.
31. Layne CM, Pynoos RS, Saltzman WR et al. Trauma/grief-focused group psychotherapy: school-based postwar intervention with traumatized Bosnian adolescents. *Group Dynamics: Theory, Research and Practice* 2001;5:277-90.
32. Macy RD, Johnson Macy D, Gross SI et al. Healing in familiar settings: support for children and youth in the classroom and community. *New Directions in Youth Development* 2003;98:51-79.
33. Tol WA, Reis R, Susanty D et al. Communal violence and child psychosocial wellbeing: qualitative findings from Poso, Indonesia. *Transcult Psychiatry* 2010;47:112-35.
34. van Ommeren M, Sharma B, Thapa SB et al. Preparing instruments for transcultural research: use of the Translation Monitoring Form with Nepali-speaking
3. Catani C, Jacob N, Schauer E et al. Family violence, war, and natural disasters: a study of the effect of extreme stress on children's mental health in Sri Lanka. *BMC Psychiatry* 2008;8:33-4.
4. Elbert T, Schauer M, Schauer E et al. Trauma-related impairment in children: a survey in Sri Lankan provinces affected by armed conflict. *Child Abuse & Neglect* 2009;33:238-46.
5. Somasundaram D. Collective trauma in northern Sri Lanka: a qualitative psychosocial-ecological study. *Int J Ment Health Syst* 2007;1:5.
6. Catani C, Schauer E, Neuner F. Beyond individual war trauma: domestic violence against children in Sri Lanka and Afghanistan. *J Marital Fam Ther* 2008;34:165-76.
7. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M et al. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet* 2007;370:878- 89.
8. Panter-Brick C, Eggerman M, Gonzalez V et al. Violence, suffering, and mental health in Afghanistan: a school-based survey. *Lancet* 2009;374:807-16.
9. Stein BD, Jaycox LH, Kataoka SH et al. A mental health intervention for schoolchildren exposed to violence: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003;290:603-11.
10. Kavanagh J, Oliver S, Caird J et al (eds). *Inequalities and the mental health of young people: a systematic review of secondary school-based cognitive behavioural intervention*. London: EPPI Centre, University of London, 2009.
11. Tol WA, Barbui C, Galappatti A et al. Mental health and psychosocial support in humanitarian settings: linking practice and research. *Lancet* 2011;378:1581-91.
12. Layne CM, Saltzman WR, Poppleton L et al. Effectiveness of a school-based group psychotherapy program for war-exposed adolescents: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008;47:1048-62.
13. Tol WA, Komproe IH, Susanty D et al. School-based mental health intervention for children affected by political violence in Indonesia: a cluster randomized trial. *JAMA* 2008;300:655-62.
14. Tol WA, Komproe IH, Jordans MJ et al. Mediators and moderators of a psychosocial intervention for children affected by political violence. *J Consult Clin Psychol* 2010;78:818-28.
15. Jordans MJ, Komproe IH, Tol WA et al. Evaluation of a classroom-based psychosocial intervention in conflict-affected Nepal: a cluster randomized controlled trial. *J Child Psychol Psychiatry* 2010; 51:818-26.
16. Khamis V, Macy R, Coignez V. The impact of the Classroom/Community/ Camp-based Intervention (CBI) Program on Palestinian children. Save the Children, USA, 2004.
17. Berger R, Gelkopf M. School-based intervention for the treatment of Tsunami-related distress in children: a quasi-randomized controlled trial. *Psychother Psychosom* 2009;78:364-71.
18. Bolton P, Bass J, Betancourt T et al. Interventions for depression symptoms among adolescent survivors of war and displacement in northern Uganda: a randomized controlled trial. *JAMA* 2007; 298:519-27.

43. Silverman WK, Ortiz CD, Viswesvaran C et al. Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2008;37:156-83.
44. Patel V, Flisher AJ, Nikapota A et al. Promoting child and adolescent mental health in low and middle income countries. *J Child Psychol Psychiatry* 2008;49:313-34.
45. Betancourt TS, Brennan RT, Rubin-Smith J et al. Sierra Leone's former child soldiers: a longitudinal study of risk, protective factors, and mental health. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010; 49:606-15.
46. Panter-Brick C, Goodman A, Tol WA et al. Mental health and childhood adversities: a longitudinal study in Kabul, Afghanistan. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011;50:349-63.
47. Tol WA, Jordans MJD, Reis R et al. Ecological resilience: working with child-related psychosocial resources in war-affected communities. In: Brom D, Pat-Horenczyk R, Ford J (eds). *Treating traumatized children: risk, resilience, and recovery*. London: Routledge, 2009:164-82.
48. Tol WA, Patel V, Tomlinson M et al. Research priorities for mental health and psychosocial support in humanitarian settings. *PLoS Med* 2011;8:e1001096.
49. Tol WA, Patel V, Tomlinson M et al. Relevance or excellence? Setting research priorities for mental health and psychosocial support in humanitarian settings. *Harv Rev Psychiatry* 2012;20:25-36.
50. Patel V. The future of psychiatry in low- and middle-income countries. *Psychol Med* 2009;39:1759-62.
- Bhutanese refugees. *Transcult Psychiatry* 1999;36:285-301.
35. Foa EB, Johnson KM, Feeny NC et al. The Child PTSD Symptom Scale: a preliminary examination of its psychometric properties. *J Clin Child Psychol* 2001;30:376-84.
36. Birleson P. The validity of depressive disorder in childhood and the development of a self-rating scale - a research report. *J Child Psychol Psychiatry All Discipl* 1981;22:73-88.
37. Birmaher B, Brent DA, Chiappetta L et al. Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): a replication study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:1230-6.
38. Lukumar P, Wijewardana K, Hermansson J et al. Validity and reliability of Tamil version of Strengths and Difficulties Questionnaire self-report. *Ceylon Med J* 2008;53:48-52.
39. Tol WA, Komproe IH, Jordans MJD et al. Developing a function impairment measure for children affected by political violence: a mixed methods approach in Indonesia. *Int J Qual Health Care* 2011;23:5-83.
40. Spirito A, Stark LJ, Williams C. Development of a brief coping checklist for use with pediatric populations. *J Pediatr Psychol* 1988;13:555-74.
41. Duncan TE, Duncan SC. An introduction to latent growth curve modeling. *Behav Ther* 2004;35:333-63.
42. Thorpe KE, Zwarenstein M, Oxman OD et al. A pragmatic explanatory continuum indicator summary (PRECIS): a tool to help trial designers. *J Clin Epidemiol* 2009;62:464-75.

دعم الأقران فيما بين ذوي الأمراض النفسية الحادة: مراجعة الأدلة والتجارب

LARRY DAVIDSON, CHYRELL BELLAMY, KIMBERLY GUY, REBECCA MILLER

Program for Recovery and Community Health, Yale University School of Medicine, 319 Peck Street, Building 1, New Haven, CT 06513, USA

يعد دعم الأقران خطوة تقدمية في مجال الصحة النفسية وقد تم اعتماده في تسعينيات القرن الماضي كجزء من الخدمات النفسية في حركة المستخدم. ويعود أصل هذه المقاربة إلى حقبة العلاج الأخلاقي الذي دشنته بوسان وبينيل في فرنسا في أواخر القرن الثامن عشر وقد برز مجدداً عدة مرات خلال تاريخ الطب النفسي. وفي شكله الأخير، توسع دعم الأقران بسرعة كبيرة في عدد من البلدان ونتيجة لذلك تحول إلى نقطة تركيز الكثير من الأبحاث. وحتى الآن ثمة دليل بأن دعم الأقران بين الموظفين يشكل إحدى خدمات الصحة النفسية التقليدية التي يمكن أن تكون فعالة في إشراك الناس في الرعاية وخفض استخدام غرفة الطوارئ والمستشفيات وخفض استهلاك المواد بين الناس الذين يعانون اضطرابات إدمان مترامنة. عند تقديم دعم الأقران الذي يتضمن كشف ذاتي إيجابي وتمثيل أدوار وإحاطة طرفيه، تبين أن دعم العاملين الأقران ساهم في رفع الشعور بالأمل والسيطرة والقدرة على إحداث تغيير لدى المشاركين؛ ورفع رعايتهم الذاتية والحس بالانتماء المجتمعي والاكتفاء في كافة مجالات الحياة؛ وخفض مستوى الاكتئاب والذهان لديهم.

الكلمات الرئيسية: دعم الأقران، الكشف الذاتي، تمثيل الأدوار، التعاطف، التعافي
(World Psychiatry 2012;11:123-128)

الأقران تقريبا بقوة وفي جميع أنحاء العالم، حيث ارتفع عدد الموظفين من المرضى الذين يتم التعاقد معهم لتوفير دعم الأقران بشكل غير مسبق. تشير التقديرات إلى أن عدد موظفي دعم الأقران في الوقت الراهن يتخطى العشرة آلاف في الولايات المتحدة وحدها (٦)، ويستمر هذا العدد في الارتفاع بمعدل مذهل على الرغم من الركود العالمي وارتفاع معدلات البطالة. لذا من الملائم الآن أخذ خطوة إلى الخلف ومراجعة هذه الإستراتيجية التي أصبحت تملك قوة هائلة في مجال السياسة المعاصرة للصحة النفسية والممارسة، ولا سيما في سياق الممارسة المجتمعية. ستقوم هذه الورقة بذلك من خلال، أولاً، مراجعة قاعدة الأدلة الموجودة، وثانياً، من خلال وصف بعض المخاوف التي ظهرت مع زيادة التعاقد مع الأقران، جنباً إلى جنب مع بعض الاستراتيجيات التي برهنت عن منفعتها في مواجهة هذه المخاوف وتخفيفها.

الأدلة

«نعم، من الجيد أن نعرف ... الأمر أشبه بوجود شخص ما يمكنك الوثوق به، تشعر وكأنك في قارب واحد ... كانت تعاني الاكتئاب، بلا مأوى، وتعاني الإدمان على المخدرات. هكذا كانت حالتي. ولم يمر وقت طويل على ما مررت به.

الآن أصبحت تملك سيارة، وتعيش في شقة وحدها، أنا الآن أسعى إلى تلك الأشياء، إنها شخص، ... شخص يعرف حقاً ما أمر به» - شخص مصاب بمرض نفسي شديد يصف تجربته مع مزود رعاية دعم الأقران. يمكن وضع الكثير من البحوث التي أجريت على دعم الأقران ضمن تصور من ثلاث فئات تقع على خط أفقي متصل (٧، ٨). شملت المرحلة الأولى من البحوث ودراسات الجدوى الاقتصادية المعنية، والذي كان الهدف الرئيسي فيها هو إثبات أنه بالفعل يمكن تدريب أشخاص لديهم تاريخ من الأمراض النفسية الحادة وتوظيفهم كعاملين في مجال الصحة النفسية. نظراً إلى وصمة العار والتمييز ضد الأشخاص المصابين بأمراض نفسية حادة، كان من الضروري أولاً توضيح أن مثل هؤلاء الناس يمكنهم أداء

في رسالة وجهها لفيليب بينيل عام ١٧٩٣ كتب جان باتيست بوسان «يجب قدر الإمكان اختيار جميع الموظفين من المرضى النفسيين. فهم على أي حال مهينون بشكل أفضل لهذا العمل ومتطلباته لأنهم عادة أكثر لطفاً وصدقاً وإنسانية» (١).

يعد دعم الأقران بين الأشخاص المصابين بأمراض نفسية حادة إلى حد كبير ظاهرة حديثة، وقد نشرت الدراسة الأولى حول هذه المقاربة «الجديدة» من الخدمات عام ١٩٩١ (٢) ونسبت إلى حركة خدمة المستفيد من الصحة النفسية التي بدأت في سبعينيات القرن الماضي (٣). كما يشير الاقتباس اعلاه، فإن فكرة أن الأشخاص في مرحلة التعافي قد يكونون مهينين بشكل خاص لمساعدة الآخرين الذين يعانون من مرض نفسي حاد، تعود إلى تاريخ بعيد وطويل، وإن كان غير معروف.

عند كتابة تلك الرسالة، كان بوسان يعمل كحاكم (أي مشرف) في مستشفى بيسيتير في باريس، الذي كان سبق أن دخلها كمرضى. تم تعيين بينيل لمنصب رئيس الأطباء، وقد طلب من بوسان إخباره كيف كانت تتم إدارة المستشفى قبل وصوله.

كما ورد اعلاه، تعد إحدى استراتيجيات بوسان الأساسية في إدارة توظيف الكثير من الموظفين في المستشفى هو اختيار مرضى سابقين. وقد وجد بينيل أن هؤلاء الذين عينهم بوسان، بالإضافة إلى كونهم «أكثر لطفاً وصدقاً وإنسانية»، فهم «ينفرون من القسوة الناشطة» (التي كانت تعتمد كاستراتيجية شائعة في إدارة المصحات حينها)، و «تحلوا باللطف» (٤) تجاه المرضى الذين يهتمون برعايتهم. وتمكن بينيل وبوسان إلى حد كبير من خلال توظيف هؤلاء الموظفين، من التخلص من الأغلال وسوء المعاملة، وتأسيس ما أصبح منذ ذلك الحين يعرف بحقبة «العلاج الأخلاقي» (٥).

يعود تقدير قيمة دعم الأقران بين الأشخاص المصابين بأمراض نفسية حادة إلى قرون مضت، وقد ظهرت الممارسة بشكل دوري وتركت تأثيراً جيداً على مدى تاريخ الطب النفسي. على سبيل المثال، فقد استخدم هاري ستاك سوليفان استراتيجية مماثلة من التعاقد مع المرضى الذين كانوا قد تعافوا من نوبات ذهانية للعمل في قسم للمرضى الداخليين في الولايات المتحدة في عشرينيات القرن الماضي. على مدى السنوات العشرين الماضية، برزت هذه الممارسة من دعم

الثانية هي توسيع وظيفة المثال الأعلى لتشمل الرعاية الذاتية للمرض واستكشاف سبل جديدة لاستخدام المعرفة التجريبية، أو «نكاه أبناء الشوارع»، في التفاوض في أمور الحياة اليومية، ليس فقط مع المرض ولكن أيضاً مع محدودية الدخل أو انعدامه، والسكن غير الثابت، والتغلب على وصمة العار والتمييز، والصدمة النفسية الأخرى، كل ذلك إلى جانب محاولة التفاوض في متاهة أنظمة الخدمة الاجتماعية والخدمات الإنسانية (٢٣، ٢٦).

تركز المساهمة الثالثة من دعم الأقران على طبيعة العلاقة بين موفر الرعاية من الأقران، والمتلقي، والتي يعتقد أنها أساسية للمكونين الأولين ليكونا ذات فاعليه. وتتميز هذه العلاقة بعامل الثقة والقبول والتفاهم، واستخدام التعاطف، في هذه الحالة يتم ربط التعاطف مع «الاعتبار المشروط» - والذي يعرف فيما عدا ذلك بقدرة موفر الرعاية من الأقران على «قراءة» المريض، إذ أنه كان في حالته في يوم من الأيام. ويمكن استخدام قدرته على التعاطف بشكل مباشر وفوري مع المريض بطريقة خاصة لأنه قد يكون له مستوى أعلى من التوقعات، ويمكنه طلب المزيد منه، لا سيما وأنه مدرك لإمكانية التعافي، ولكن أيضاً أن ذلك يحتاج إلى العمل الشاق (مثلاً، «أنا أعرف كم تشعر الآن باليأس، لكنني أعرف أيضاً أنك قادر على تحقيق حياة أفضل») (٢٦-٢٧). قد تؤدي هذه التوقعات في بعض الأحيان إلى الصراع، ولكن أيضاً قد تؤدي إلى تشجيع المريض وإلهامه (٢٦-٢٩).

وفي حين تعد هذه المساهمة الثالثة للبحث الخاص بالأقران - والتي تركز على الصفات الفريدة المحتملة التي قد تتميز بها خدمات الأقران البديلة - في أوائل مراحل انطلاقها، تشير دراستان أخيرتان إلى الكثير من المنافع التي تكمن في هذه المقاربة. على سبيل المثال، أنجز فريق البحث في إحدى دراساتنا، بتمويل من المعهد الوطني للصحة النفسية، والتي تناولت الرعاية المكيفة وفق الاستجابة الثقافية والتي تركز على المريض في حالات الذهان بين الراشدين من أصل أفريقي و/أو إسباني، حيث أدى الموظفون من الأقران دوران تم تطويرهما بشكل خاص للدراسة. فقمنا من خلال هذه الممارسة القائمة على الأدلة من إدارة المرض والتعافي (IMR)، كحالة مقارنة (٣٠)، بتدريب الموظفين الأقران لتقديم واحدة من مجموعتين من التدخلات. تضمنت المجموعة الأولى التصرف كمدافع عن المريض لتسهيل استراتيجية الرعاية المرتكزة على المريض، وذلك لإشراكه بصورة أكثر نشاطاً في توجيه العلاج وعملية التعافي الخاصة به. وشملت المجموعة الثانية التصرف ك«سيط اجتماعي» لدعم المشاركين في متابعة الأنشطة المجتمعية والأدوار التي حددت في خطة الرعاية الصحية الخاصة بهم. تم اختيار ٢٩٠ راشداً يعانون من مرض نفسي حاد عشوائياً إلى واحد من الحالات الثلاثة التي تقوم على بعضها البعض بطريقة متدرجة: أ) الرعاية المعتادة بالإضافة إلى الدعوة إلى المشاركة في إدارة المرض والتعافي (IMR)؛ ب) الرعاية المعتادة بالإضافة إلى إدارة المرض والتعافي (IMR)، بالإضافة إلى العلاج المرتكز على المريض (PCP) بمساعدة الأقران؛ ج) الرعاية المعتادة بالإضافة إلى إدارة المرض والتعافي (IMR) والعلاج المرتكز على المريض (PCP) مع برنامج الوسيط الاجتماعي الذي يديره الأقران.

وجدنا في هذه الدراسة منافع لكل من أشكال دعم الأقران بالمقارنة مع الرعاية المعتادة بالإضافة إلى إدارة المرض والتعافي (IMR). على وجه الخصوص، أدت إضافة موظف من الأقران لتيسير عملية التخطيط المرتكزة على الشخص إلى رفع الدرجة التي شعر بها المشاركون أن

المهام المعنية. في هذه المرحلة الأولية، حددت أدوار للموظفين الأقران في المقام الأول في مساعدة الموظفين التقليديين ودعمهم ومساعدة المسؤول عن القضية أو مساعديه؛ وهي أدوار تتطلب مهارات أو كفاءات محددة وقليلة. أظهرت أربع تجارب عشوائية مضبوطة أجريت خلال تسعينيات القرن الماضي باستمرار قدرة الموظفين الأقران على أداء هذه الأدوار على نحو كاف، وتحقيق نتائج، على الأقل، على قدم المساواة مع تلك التي يأتي بها الموظفون العاديون (٩-١٢)، وهذا وأظهرت دراستان نتائج أفضل قليلاً لأولئك الذين يتلقون دعم الأقران بالإضافة إلى العناية العادية، بالمقارنة مع الذين تلقوا الرعاية العادية فقط (٩، ١١).

شملت المرحلة الثانية من البحوث دراسات مقارنة بين الموظفين الأقران والموظفين غير الأقران، يعملون كلهم في وظائف تقليدية كمسؤولين عن الحالات وموظفي إعادة التأهيل وعاملين في مجال التوعية. وقد وجدت معظم الدراسات في مراجعة الخدمات التقليدية التي يقدمها الأقران، أن الموظفين الأقران يعملون بمستوى على الأقل جيد كما يفعل الموظفون غير الأقران، وتمت مقارنة النتائج (١٣، ١٦). وبدأ العديد من الدراسات في هذه المرحلة الثانية من البحث بتحديد الاختلافات الثابتة بين هاتين الحالتين، ولكن، مع الخدمات التي يقدمها الأقران التي تؤدي إلى نتائج أعلى فيما خص إشراك «من يصعب الوصول إليهم» من العملاء، وانخفاض معدلات دخول المستشفى وعدد أيام الدخول كمرضى داخليين، وتراجع تعاطي المخدرات بين الأشخاص ذوي المرض المتزامن مع اضطرابات تعاطي المخدرات (١٧-٢٠). دفعت هذه النتائج الواعدة بالباحثين في هذا المجال إلى التركيز على حاجة الجيل الجديد من الأبحاث لتحديد السبل التي تمكن الموظفين الأقران من أداء دورهم بشكل مختلف عن الموظفين غير الأقران وتقييمها، وذلك استناداً إلى التجارب المباشرة من الإعاقة ووصمة العار والتعافي، وعماً إذا كان يمكن إنشاء أدوار جديدة في نظام الصحة النفسية التي يمكن أن تستخدم فيها هذه التجارب الحياتية بفاعلية أكبر لتعزيز تعافي الآخرين (٢١، ٨-٢٤).

بعبارة أخرى، توقفت هذه الدراسات في المرحلة الثانية من البحث حول تقييم أداء الأقران في تقديم الخدمات التقليدية ضمن الاضطلاع بالأدوار التقليدية، عن البحث فيما إذا كان يمكن أن يؤدي الأقران وظائف جديدة بأدوار جديدة فريدة من نوعها لأنها منبثقة عنهم وعن تجاربهم الخاصة من المرض والتعافي والخدمة - وهي تجارب لا يدركها الموظفون غير الأقران.

احتاجت الأبحاث الوصول إلى الجيل الثالث من الدراسات حتى بدأنا في الحصول على إجابات على الأسئلة التالية: أ) هل تختلف التدخلات المقدمة من قبل الزملاء بشكل كبير عن التدخلات ذاتها التي قدمها الموظفون غير الأقران؟ ب) هل هناك أي تدخلات لا يمكن توفيرها من قبل الأشخاص الذين لم يختبروا تجربة المرض النفسي مباشرة، وبالتالي يتحول دعم الأقران إلى شكلاً فريداً من أنواع الخدمات الصحية؟ ج) إذا كان الأمر كذلك، ما هي المكونات النشطة في دعم الأقران، وما هي النتائج التي يمكن أن تنتجها؟

حتى الآن، تشير المنشورات إلى ثلاث مساهمات أساسية لدعم الأقران من شأنها أن تبدو فريدة، أو على الأقل مناسبة تماماً للموظفين الأقران. المساهمة الأولى هي ترسيخ الشعور بالأمل من خلال الإيجابية في الكشف عن التجربة الذاتية، مما يبرهن لمتلقي الخدمة أنه من الممكن أن ينتقل من حالة يسيطر عليها المرض إلى كسب بعض السيطرة على المرض، ومن كونه ضحية لكونه المنتصر في رحلة حياته الخاصة (٢٥، ٢٣). المساهمة

رعايتهم كانت استجابية وشاملة لمسائل غير علاجية (مثل السكن والعمل)، وزادت من إحساسهم بالسيطرة والقدرة لإحداث تغييرات في حياتهم. كما رفع برنامج الوسيط الاجتماعي الذي يديره الأقران شعورهم بالأمل ودرجة المشاركة في إدارة مرضهم، ودرجة الرضا عن الحياة الأسرية، والمشاعر الإيجابية حول أنفسهم وحياتهم، والدعم الاجتماعي، والشعور بالانتماء للمجتمع. أخيراً، فقد ساهم برنامج الاندماج في المجتمع الذي يديره الأقران في خفض مستوى الأعراض الذهانية للمشاركين، بينما زاد حجم الضائقة التي عاشوها نتيجة لهذه الأعراض. وقد أشارت البيانات النوعية إلى أن هذه الزيادة في مستويات الضيق ربما كانت نتيجة تشجيع المشاركين على بذل المزيد من الجهد في حياتهم وتحويل النظرة إلى الأعراض المرضية المتبقية إلى أنها حواجز تحول دون متابعة الأنشطة التي يهتمون بها، في حين أن هذه الأعراض ذاتها، وإن كان أكثر طغياناً في الماضي، لم يكونوا ينظرون إليها بأنها حواجز تحول دون عيشهم حياة كاملة (٣١).

ذكرت الدراسة الثانية التي بينت على النتائج السابقة، المذكورة أعلاه، أن دعم الأقران قد يكون مفيداً في خفض معدلات دخول المستشفيات وقضاء أيام في المستشفى لدى الأشخاص الذين يكشف تاريخهم الطبي عن دخول متكرر للمستشفيات.

لهذه الدراسة، قمنا بتدريب الموظفين الأقران وتوظيفهم ليكونوا بمثابة «موجهي تعافي» (الاسم الذي اختاروه لأنفسهم)، وهو دور أوسع يشمل مداخلات بين كل من برنامج PCP والوسيط الاجتماعي للدراسة السابقة. أشارت ملاحظات كل من المشاركين والموظفين الأقران في الدراسة السابقة إلى تفضيل قوي لكل من وظائف تكامل الدعم والإشراك بالمجتمع التي يؤديها شخص واحد على نحو مستمر، بدلاً من الطلب من المشاركين تطوير شعورهم بالثقة في شخصين مختلفين. نتيجة لهذه الملاحظات، وضعنا نموذجاً لتوجيه التعافي يجمع هذه الوظائف وأخرى متصلة في دور موفر رعاية واحد من الأقران، والذي والأهم من أي شيء يكون مدبراً على كيفية استخدام تجربته الحياتية في مساعدة المشاركين. وبالإضافة إلى الاستخدامات الإيجابية للكشف عن التجربة الذاتية، جرى تدريب الأقران العاملين على تطوير علاقات تعاطف، وذلك باستخدام الاعتبار المشروط، ودور المثل الأعلى في الرعاية الذاتية.

تم في هذه الدراسة توزيع المشاركين عشوائياً إما لمجموعة الرعاية العادية أو الرعاية العادية مع موجه تعافي من الأقران. لكي يتأهل المرضى للانضمام إلى الدراسة كان يجب أن يكونوا قد اختبروا حالتهم دخول مستشفى أو أكثر خلال فترة ١٨ شهراً قبل قبولهم في الدراسة، ويعانون من تاريخ موثق من المرض النفسي الحاد. تم جمع البيانات عند القيمة القاعدية (خلال مؤشر دخول المستشفى) ومجدداً بعد ٣ و ٩ أشهر من بعد الخروج من المستشفى. كانت النتائج الرئيسية لعدد دخول المستشفى ولعدد الأيام التي أمضاها المشاركون في المستشفى خلال فترة الدراسة التي استمرت ٩ أشهر والتي تم قياسها من خلال السجلات الطبية وقواعد البيانات الإدارية والتقرير الذاتي.

استخدمنا وجود نية للمعالجة والتحليل وشملت الدراسة ٧٤ مشاركا. استخدم التحليل الإحصائي الأولي تحليلاً أحادي المتغير لتقييم الاختلافات بين حالات قبول المرضى الداخليين، والعدد الإجمالي للأيام في المستشفى، في نهاية الشهر التاسع من المشاركة، والضبط على مستويات خط الأساس قبل ١٨ شهراً (٢). اعتبر مربع إيتا الجزئي (η^2) أداة تقدير لحجم التأثير بين الحالتين. بالنسبة لتحليل النتائج الأولية، اختبرنا ما

إذا كانت إعادة دخول المستشفى (المرات وعدد الأيام) قد عكست تغييرات ذات دلالة إحصائية عند نهاية الدراسة بين الحالتين (موجهي التعافي أو السيطرة) على أنها المتغيرة المستقلة بين - الأفراد. على عكس النماذج الخطية المعممة، تنظر النماذج الخطية المختلطة - التي تستخدم عادة في البحوث المجتمعية - في التباين بين الأفراد، وعلى نفس مستويات تقدير الترابط مع عوامل رئيسية أخرى، وهي قادرة على استيفاء القيم في الأعداد المتفاوتة من القياسات المتكررة. وضعنا معيار الأهمية عند $P \leq 0.05$ ، وفي حالة دخول المستشفى، استخدمنا اختباراً واحداً تمت متابعته على أساس الفرضية التي طرحناها وهي أن وجود موجه للتعافي يترافق مع عدد مرات أقل من دخول المستشفى.

برزت نتائج رئيسية ذات دلالة إحصائية لعدد دخول المستشفى وعدد الأيام التي تم قضاؤها في المستشفى، حيث أظهر المشاركون الذين لا قوا رعاية من موجه التعافي حالاً أفضل بكثير من أولئك الذين لم يلقوا تلك الرعاية في كل من حالات دخول المستشفى (1.35 ± 0.89 ، مقابل 1.53 ± 1.05 حالة، $F = 3.07$ ، مدافع = ١، $P < 0.042$ ، متابعة واحدة) وعدد أيام مستشفى (17.31 ± 10.1 يوماً مقابل 19.1 ± 21.6 أيام، $F = 3.63$ ، مدافع = ١، $P < 0.03$ ، متابعة واحدة). وبالإضافة إلى ذلك، قمنا بتحليل مجموعة من القياسات لمعرفة ما إذا كانت تشكل نوعاً من المتغيرات المتداخلة التي قد تعكس آليات علاجية لدعم الأقران، وقد دعمت هذه النتائج الفرضية العامة بأن تعيين موجه تعافي كان له أيضاً تأثير مفيد. تتوافق انخفاضات مستويات الايمان بين الأشخاص الذين لا قوا مساعدة موجه تعافي مع الدراسات السابقة. غير أن النتائج الجديدة، شملت أيضاً انخفاضاً في الاكتئاب وزيادة مستوى الأمل والرعاية الذاتية والشعور بالصحة (٣٢) - وكل هذه مجالات مهمة في التعافي وتناسب مع النموذج المذكور أعلاه لدعم الأقران (٣٣-٣٥).

نسعى حالياً إلى الخطوة التالية في هذا الإطار البحثي، ونجري تجربة عشوائية مضبوطة تتحكم بوتيرة وحدة الاتصال، وتقارن فاعليه موجهي التعافي من الأقران في إدارة الحالات القرينة، من جهة، وموجهي التعافي من غير الأقران، من جهة أخرى، في محاولة لاستخلاص أهم العناصر في دعم الأقران (مثلاً، السؤال الثالث من الأسئلة الثلاثة الواردة أعلاه). وفي حين أن الكثير من العمل لا يزال أمامنا لفهم طبيعة دعم الأقران وفاعليته، فإن الكثير من العمل سبق وأن تم بالفعل، وثمة الكثير الذي يتم العمل عليه حالياً لجلب هذه الممارسة التي ارتكزت عليها العلاجات الأخلاقية في القرن الثامن عشر إلى سياقها المناسب في القرن الواحد والعشرين من الرعاية المجتمعية.

التجربة

بما أن توظيف الأقران يحفز ويحتاج إلى الكثير من التغيير في ثقافة الصحة النفسية التقليدية، فإن الكثير أيضاً قد نشر حول التحديات التي تعترض طريق التطبيق، والاستراتيجيات لتخطي تلك التحديات كما حول النتائج. نراجع كل من التحديات والاستراتيجيات المعتمدة أدناه، ونستشف من تجربة عشرين عاماً في توظيف الأقران وتدريبهم ونشرهم والاحتفاظ بهم ومن تجارب العاملين الآخرين في المجال (٢٧، ٣٦-٤٤). نبدأ من خمسة أسئلة عادة ما يسألها العاملون والإداريون في إطار الصحة النفسية، وتتبعها بإجابة بسيطة. ثم نقدم مجموعة من التوصيات وآليات التطبيق.

أليس العاملون الأقران «أضعف» من أن يتحملوا عبء وظيفة مجهدة؟

من إكمال تلك المهام، يمكن تدريبهم حول كيفية إدارة التفاصيل الإدارية الخاصة بعملهم، حين تقتضي الحاجة، وتوفير الدعم لهم ليتمكنوا من أداء العمل. وكمثال واحد، تعد استراتيجيات تسجيل الكلام ونسخ الملاحظات لدى الأشخاص الذين يعانون اعتلالات معرفية أو لغوية أمراً مفيداً في تلبية متطلبات التوثيق في الاجتماعات.

ألن يقوم الأقران بانتهاك سرية المريض أو بقول أشياء «خاطئة»؟

يتوقع من الموظفين الأقران، كما هي الحال مع كافة الموظفين، احترام السياسات والقوانين الخاصة بالسرية والخصوصية. وإن التدريب والإشراف مصممان بطريقة تدعم هذا الأمر. الموظفون الأقران هم موظفون عليهم القدر ذاته من المسؤولية كأى موظف آخر لحفظ المعلومات السرية الخاصة بالمريض. ما من سبب للاعتقاد بأن هذا الأمر سيكون صعباً على أي من الموظفين الأقران. ونظراً لحساسية الموظفين الأقران حيال قضايا الخصوصية، واستناداً إلى تجاربهم الخاصة كمستخدم خدمة، فمن المرجح أنهم سيكونون أكثر حرصاً على سرية مرضاهم، إلى درجة قد تكون أكثر من الموظفين غير الأقران. كما أنه ما من داع للاعتقاد أن الموظفين الأقران الذين خضعوا للتدريب والإشراف أن يكونوا أكثر عرضة من الموظفين الآخرين لقول أشياء «خاطئة». إذا كانت الأشياء «الخاطئة» تشمل العلاج المهين أو المسيء للاحترام، فإن الموظفين الأقران على الأرجح هم أقل عرضة للانخراط في هذا النوع من السلوك، كما أشار بوسان في أوائل المشاهدات.

ألن يجعل الموظفون الأقران عملي أكثر صعوبة بدلاً من تيسيره؟

يوفر دعم الأقران إضافة هامة ومفيدة لخدمات الصحة النفسية القائمة. ويمكن أن يبرهن الموظفون الأقران عن فاعليته في إشراك الناس في الرعاية والعمل كوسيط بينهم وبين الموظفين الآخرين. يستطيع الموظفون الأقران المدربين جيداً وتحت الإشراف من تخفيف الحمل عن عاملين آخرين وإغناء حياة المرضى من خلال السماح للموظفين الآخرين بالتركيز على أدوارهم المحددة.

استراتيجيات فعالة في تطبيق خدمات الأقران

وجدنا أن الاستراتيجيات التالية تتمتع بفاعليته في توفير دعم الأقران في بيئة الصحة النفسية التقليدية:

تحديد مهام عمل وتوصيف دور واضح، يدعمه اصحاب القرار الأساسيين (بمن فيهم الإداريين والمشرفين والموظفين الزملاء المحتملين في البرنامج)، يتطلب كفاءات ذات علاقة وسياسة واضحة لتقييم الكفاءات والأداء.

إشراك الموظفين غير الأقران والمسؤولين الإداريين كما الأشخاص في قسم الانعاش، إلى جانب المسؤولين الإداريين في وقت مبكر وخلال عملية خلق مناصب للأقران، ومنها تحديد مهام العمل واتخاذ قرارات التوظيف. تحديد المساهمات الفريدة للأقران في البرامج وتقييمها والإطار العام حيث سيعملون. مثلاً، لتحقيق منافع مثلى في توظيف الأقران كجزء من طاقم إدارة الحالة. يجب على الموظفين الأقران أن يخضعوا للتدريب وإلا لا يمكن أن نتوقع منهم أداء مهام إدارة الحالة التقليدي بشكل جيد.

لا. إن العمل في الصحة النفسية مجهد للجميع، ليس فقط للعاملين الأقران. نتيجة لذلك فإن الرعاية الذاتية مجال هام من التركيز لكافة العاملين في الصحة النفسية، وليس فقط للأقران. صحيح أن الأقران يطلب منهم حمل عبء إضافي في الكشف عن تجاربهم الشخصية الأكثر خصوصية ووضع تلك التجارب للاستخدام الجيد ومساعدة الآخرين كما تحمل التدقيق الإضافي في تمثيل كافة الأقران (أي، أنهم إذا لم يؤدوا عملاً جيداً، قد يؤثر ذلك على تقييم المؤسسة لخدمة الأقران). إن إدارة هذه الآليات أمر هام في المراقبة. وفيما خص عبارة «أضعف»، إن معظم الأشخاص الذين يسيرون في طريق التعافي يجب أن يكونوا قد أظهروا مستوى من المثابرة والمرونة في وجه الضعف، وفي محاربة المرض. فالتعافي مع كل شيء أمر صعب ومجهد وهو عمل متواصل.

على الرغم من الجهود الهائلة للأقران في مساعدة المشاركين في تخطي النواحي المعيقة للمرض، فإن الكثير من الإدارات لا تزال تشعر بالقلق حيال انتكاسات ممكنة أو حالات معاودة وقد نظرت في عدد من مؤشرات الاستقرار في عملية التوظيف. وقد اتخذت هذه الجهود أشكالاً مختلفة، كتحديد مدة سنة على الأقل منذ آخر دخول للمستشفى أو سنتين على الأقل منذ الاطمئنان على المواد. بالإضافة إلى نقص الوثوقية فيما خص القيمة التنبؤية، فإن تأسيس هذه الشروط في توظيف الأقران قد يشكل تمييزاً ضد الكثير من التشريعات الحقوقية في عدد من البلدان. طالما أن الشخص قادر على أداء الوظائف الأساسية لعمله، فإن النظر في تاريخه النفسي من خلال اعتماد معايير عشوائية للأداء ما عاد ممارسة مقبولة. تعد هذه إحدى التغييرات الكبيرة التي تطرأ حين يتحول الممارسون في المجال عن النظر إلى الفرد المصاب بمرض نفسي كونه مريض إلى كونه موظف.

ألا يختبر الموظفون الأقران انتكاسات؟

يحتاج كافة الموظفين من بينهم الأقران إلى أيام عطلة لمرض يصابون به. ويطلب الكثير من الموظفين الذين لم يتم تحديدهم كأقران إجازة جراء مسائل تتعلق بالصحة النفسية. يجب اعتماد التوقعات ذاتها من المرض والتساهل مع المرض لكافة الموظفين ومن بينهم الأقران. حتى وإن كانوا يعانون حالة سيئة أو لا يشعرون بخير، يمكن للأقران أن يؤدوا دور المثل الأعلى في إظهار تصميمهم ومرونتهم ومثابرتهم في العودة إلى العمل بعد فترة صعبة. بالإضافة إلى ذلك فإن الإجهاد من العمل قد يشكل أمراً أقل سوءاً من الإجهاد الذي يعانيه الفرد جراء فترات طويلة من البطالة والفقر والانعزال.

هل يمكن للأقران التعامل مع المتطلبات الإدارية للوظيفة؟

قد يكون بعض الأشخاص لم يعملوا لفترات طويلة قبل الانضمام إلى العاملين الأقران، وربما قد أتاحت لآخرين فرص عمل محدودة، لكن الكثير من الأقران يتمتعون بالكفاءة ذاتها إن لم تكن كفاءة أكبر في الاضطلاع بالمهام الإدارية مقارنة مع الموظفين الآخرين. أما بالنسبة لمن يعانون

مراجع

1. Weiner DB. The apprenticeship of Philippe Pinel: a new document, "Observations of Citizen Pussin on the Insane". Am J Psychiatry 1979;36:1128-34.
2. Sherman PS, Porter R. Mental health consumers as case management aides. Hosp Commun Psychiatry 1991;42:494-8.
3. Department of Health and Human Services. Achieving the promise: transforming mental health care in America. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2003.
4. Pinel P. A treatise on insanity. Sheffield: Todd, 1806.
5. Davidson L, Raakfeldt J, Strauss JS. The roots of the recovery movement in psychiatry: lessons learned. London: Wiley-Blackwell, 2010.
6. Goldstrom I, Campbell J, Rogers J et al. National estimates for mental health mutual support groups, self-help organizations, and consumer- operated services. Adm Policy Ment Health & Ment Health Serv Res 2005;33:92-103. 128 World Psychiatry 11:2 - June 2012
7. Davidson L, Chinman M, Kloos B et al. Peer support among individuals with severe mental illness: a review of the evidence. Clin Psychol Sci Pract 1999;6:165-87.
8. Davidson L, Chinman M, Sells D et al. Peer support among adults with serious mental illness: a report from the field. Schizophr Bull 2006;32:443-50.
9. Clarke GN, Herincks HA, Kinney RF et al. Psychiatric hospitalizations, arrests, emergency room visits, and homelessness of clients with serious and persistent mental illness: findings from a randomized trial of two ACT programs vs. usual care. Ment Health Serv Res 2000;2:155-64.
10. Davidson L, Shahar G, Stayner DA et al. Supported socialization for people with psychiatric disabilities: lessons from a randomized controlled trial. J Commun Psychol 2004;32:453-77.
11. O'Donnell M, Parker G, Proberts M et al. A study of client-focused case management and consumer advocacy: the Community and Consumer Service Project. Aust N Z J Psychiatry 1999;33:684-93.
12. Solomon P, Draine J. The efficacy of a consumer case management team: two-year outcomes of a randomized trial. J Ment Health Adm 1995;22:135-46.
13. Felton CJ, Stastny P, Shern D et al. Consumers as peer specialists on intensive case management teams: impact on client outcomes. Psychiatr Serv 1995;46:1037-44.
14. Chinman M, Rosenheck R, Lam J et al. Comparing consumer and non-consumer provided case management services for homeless persons with serious mental illness. J Nerv Ment Dis 2000;188:446-53.
15. Landers GM, Zhou M. An analysis of relationships among peer support, psychiatric hospitalization, and crisis stabilization. Commun Ment Health 2011;47:106-12.
16. Sells D, Davidson L, Jewell C et al. The treatment relationship in peer-based and regular case management services for clients with severe mental illness. Psychiatr Serv 2006;57:1179-84.
17. Rowe M, Bellamy C, Baranoski M et al. Reducing alcohol use, drug use, and criminality among persons with severe mental illness: outcomes of a Group- and Peer-Based Intervention. Psychiatr Serv 2007;58:955-61.

بمعنى آخر، من المهم أن يتم توكيل الأقران بأعمال حيث يمكنهم استخدام المهارات التي اكتسبوها في تجربتهم الحياتية والتدريب، بدلاً من توكيلهم في مهام يكون الموظفون العاديون ببساطة غير قادرين لأدائها بسبب انشغالهم (مثلاً التغطية لشخص آخر أو توصيل أحد).

البدء بتوظيف موظفين اثنين من الأقران على الأقل في أي برنامج أو طاقم أو وحدة عمل لتسهيل انتقالهم إلى الدور الجديد وإعطائهم فرصة لمشاركة تجارب العمل وتوفير الدعم المتبادل.

تحديد مسؤول إداري كبير لاتخاذ دور «بطل» الموظفين الأقران يمكنه معالجة المسائل التي تطرأ على مستوى المنهجية، لا المستوى الفردي، ويجعل من تطوير خدمات الأقران أولوية في المؤسسة.

توفير التدريب للموظفين الأقران يغطي مهارات محددة ومهام تتطلبها أدوارهم، مثلاً استخدام قصة التعافي بما فيه خير الأشخاص الذين يعملون معهم، ومهارات الإصغاء الفعال، وإنشاء علاقات إيجابية، وتحديد الأهداف والإعدادات، وما يجب عمله في ظرف جديد، وكيفية التوثيق بالإضافة إلى تدريب على الأخلاق والسرية واحترام الحدود والرعاية الذاتية وسبل حل النزاع في مكان العمل، كما كيفية التحدث علناً حول مسائل السلطة والتراتبية ضمن المؤسسة.

تحديد الإشراف على مهارات العمل والأداء والدعم، الخاصة بالموظفين الأقران، بدلاً من وضعهم السريري الخاص، وتأسيس توقعات خاصة بالأقران تتساوى مع توقعات المؤسسة من الموظفين الآخرين.

توفير التدريب والتربية للموظفين غير الأقران يغطي الإعاقة ذات الصلة وأي سياسة ضد التمييز وتداعياتها في التوظيف وتوفير إقامة معقولة وتوقعات للموظفين الأقران والأخلاقيات والحدود وتبني شخص - اعتماد لغة للتخاطب والتصرف المحترم تجاه كافة العاملين، وسبل حل النزاع في مكان العمل، بما في ذلك كيفية التحدث علناً حول مسائل السلطة والتراتبية ضمن المؤسسة.

نشر قصص النجاح التي تبعث الأمل والاستمرارية في كافة الأجزاء.

الخلاصات

كما أشرنا إليه في قائمة الاستراتيجيات أعلاه، فإن اعتماد خدمات دعم الأقران في مجال الصحة النفسية ليس بالأمر السهل ويجلب الكثير من ثقافة التغيير إلى المؤسسات المعنية. إن إحداث هذا التغيير كان ولا يزال إحدى القوى الدافعة لنشر دعم الأقران منذ البداية، كما رأينا في حالة بينيل والعلاج الأخلاقي. وفي حين أن الحاجة إلى تغيير كهذا غير واضحة تماماً الآن، حيث أن الأشخاص الذين يعانون مرضاً نفسياً حاداً ما عادوا مقيدون بقيود أو يخضعون لمعاملة قاسية وإساءة في معظم المجتمعات، تبقى الحاجة الماسة إلى إعادة الحقوق الإنسانية الأساسية لهؤلاء الأشخاص ودمجهم كمواطنين فاعلين في مجتمعاتهم. قد تكون أشكال الحرمان والتمييز تختلف اليوم عما كانت، لكنها تحتاج إلى التغيير بالنظام ذاته كما تم من خلال العلاج الأخلاقي.

يعد التحول من متلقي للخدمة العلاجية إلى موفرها من خلال دعم الأقران أحد الأشكال الملموسة لهذا النظام وتساوم في إحداث التغييرات المطلوبة في عدد من السبل بدلاً من اللجوء ببساطة إلى تحسين النتائج الفردية كما هو مبين في تجارب البحث المضبوطة.

- peerbased culturally responsive person-centered care for psychosis for African Americans and Latinos. *Clinical Trials* 2010;7:368-79.
32. Sledge WH, Lawless M, Sells D et al. Effectiveness of peer support in reducing readmissions among people with multiple psychiatric hospitalizations. *Psychiatr Serv* 2011;62:541-4.
 33. Bellack AS. Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: concordance, contrasts, and implications. *Schizophr Bull* 2006;32:432-42.
 34. Davidson L, O'Connell M, Tondora J et al. Recovery in serious mental illness: a new wine or just a new bottle? *Prof Psychol Res Pr* 2005;36:480-7.
 35. Davidson L, Roe D. Recovery from versus recovery in serious mental illness: one strategy for lessening confusion plaguing recovery. *J Ment Health* 2007;16:1-12.
 36. Besio SW, Mahler J. Benefits and challenges of using consumer staff in supported housing services. *Hosp Commun Psychiatry* 1993; 44:490-1.
 37. Carlson LS, Rapp CA, McDiarmid D. Hiring consumer-providers: barriers and alternative solutions. *Commun Ment Health J* 2001;37: 199-213.
 38. Chinman M, Hamilton A, Butler B et al. Mental health consumer providers: a guide for clinical staff. Santa Monica: Rand Corporation, 2008.
 39. Chinman M, Young AS, Hassell J et al. Toward the implementation of mental health consumer provider services. *J Behav Health Serv Res* 2006;33:176-95.
 40. Daniels A, Grant E, Filson B et al (eds). Pillars of peer support: transforming mental health systems of care through peer support services. Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2010.
 41. Gates LB, Akabas H. Developing strategies to integrate peer providers into the staff of mental health agencies. *Adm Policy Ment Health & Ment Health Serv Res* 2007;34:292-306.
 42. Hebert M, Rosenheck R, Drebing C et al. Integrating peer support initiatives in a large health care organization. *Psychol Serv* 2008; 5:216-27.
 43. Simpson EL, House AO. Involving service users in the delivery and evaluation of mental health services: systematic review. *BMJ* 2002; 325:1265-70.
 44. Townsend W, Griffin G. Consumers in the mental health workforce: a handbook for providers. Rockville: National Council for Community Behavioral Health Care, 2006.
 18. Solomon P, Draine J, Delaney M. The working alliance and consumer case management. *J Ment Health Admin* 1995;22:126-34.
 19. Wexler B, Davidson L, Styron T et al. Severe and persistent mental illness. In: Jacobs S, Griffith EEH (eds). 40 years of academic public psychiatry. London: Wiley, 2008:1-20.
 20. Davidson L, Stayner DA, Chinman MJ et al. Preventing relapse and readmission in psychosis: using patients' subjective experience in designing clinical interventions. In: Martindale B (ed). Outcome studies in psychological treatments of psychotic conditions. London: Gaskell, 2000:134-56.
 21. Davidson L, Tondora JS, Staeheli MR et al. Recovery guides: an emerging model of community-based care for adults with psychiatric disabilities. In: Lightburn A, Sessions P (eds). Community based clinical practice. London: Oxford University Press, 2006:476-501.
 22. Salzer M, Shear SL. Identifying consumer-provider benefits in evaluations of consumer-delivered services. *Psychiatr Rehabil J* 2002;25: 281-6.
 23. Solomon P. Peer support/peer provided services: underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatr Rehabil J* 2004; 27:392-401.
 24. Solomon P, Draine J. The state of knowledge of the effectiveness of consumer provided services. *Psychiatr Rehabil J* 2001;25:20-7.
 25. Davidson L. Living outside mental illness: qualitative studies of recovery in schizophrenia. New York: New York University Press, 2003.
 26. Mead S, Hilton D, Curtis L. Peer support: a theoretical perspective. *Psychiatr Rehabil J* 2001;25:134-41.
 27. Davidson L, Weingarten R, Steiner J et al. Integrating prosumers into clinical settings. In: Mowbray CT, Moxley DP, Jasper CA et al (eds). Consumers as providers in psychiatric rehabilitation. Columbia: International Association for Psychosocial Rehabilitation Services, 1997:437-55.
 28. Mowbray CT, Moxley DP, Thrasher S et al. Consumers as community support providers: issues created by role innovation. *Commun Ment Health J* 1996;32:47-67.
 29. Sells D, Black R, Davidson L et al. Beyond generic support: incidence and impact of invalidation in peer services for clients with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2008;59:1322-7.
 30. Mueser KT, Corrigan PW, Hilton DW et al. Illness management and recovery: a review of the research. *Psychiatr Serv* 2002;53:1271-84.
 31. Tondora J, O'Connell M, Dinzeo T et al. A clinical trial of

دروس مستفادة من اجل تطوير رعاية الصحة النفسية في منطقة أستراليا وآسيا وجنوب المحيط الهادئ

PETER McGEORGE

Urban Mental Health and Well-being Research Institute, St. Vincent's Hospital, Sydney, Australia

تلخص هذه الدراسة نتائج مجموعة عمل الجمعية العالمية للطب النفسي حول الخطوات والعقبات والأخطاء التي يجب تفاديها في رعاية الصحة النفسية. نقدم نظرة شاملة لخدمات الصحة النفسية في المنطقة؛ وناقش السياسات والخطط والبرامج؛ والتقدم البياني باتجاه خدمات مجتمعية والتفاصيل والدروس المستفادة منها.

الكلمات الرئيسية: رعاية الصحة النفسية المجتمعية، منطقة أستراليا-آسيا، منطقة جنوب المحيط الهادئ، خدمات الصحة النفسية، الدروس المستفادة (World Psychiatry 2012;11:129-132)

تقدم كل من أستراليا ونيوزيلندا عدداً من خدمات الرعاية النفسية المحلية والإقليمية، العامة والخاصة، حتى وإن كان النظام الخاص من الخدمات في نيوزيلندا متوازناً بالمقارنة مع أستراليا. تقدم هذه الخدمات الرعاية الصحية النفسية للأطفال والمراهقين والبالغين وكبار السن. في حين لا يزال هناك فجوة كبيرة في توفير الخدمات بشكل متساو بين المناطق، وفي حين أنه لم يتم بعد دمج الكثير من الخدمات بشكل كاف (٩)، إذا نظرنا إلى البلد ككل، فقد تم إنشاء مجموعة شاملة من خدمات المستشفيات والخدمات المجتمعية (الجدول ١).

من المهم أن نلاحظ أنه في كل من أستراليا ونيوزيلندا، وخصوصاً في هذه الأخيرة، اختلفت معظم الخدمات المدرجة في الجدول من حيث التخصص وموفري الخدمات والفئات المستهدفة. وقد وضعت خدمة المجتمع المتخصصة، التي تم دعمها في بعض الحالات من خلال البرامج السكنية، لتوفير الرعاية للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات وظروف محددة، بما في ذلك حالات خاصة بالطب النفسي الشرعي، والصحة النفسية لدى الأمهات، ودعم الأقران، وحالات الذهان المبكر، والصحة النفسية للسكان الأصليين (وخصوصاً في نيوزيلندا، مع إنشاء خدمات الصحة النفسية لماوري وجزيرة المحيط الهادئ)، والتشرد، واضطرابات الأكل، والإدمان (وتشمل الكحول والمخدرات، ومشاكل الميسر والإدمان على الانترنت)، واضطراب الكرب التالي للصدمة (وتشمل الإساءة الجنسية والعنف العائلي) والاضطرابات العاطفية واضطرابات القلق.

الجدول ١ نطاق خدمات الصحة النفسية المتوفرة في أستراليا-آسيا ومنطقة جنوب المحيط الهادئ

دول المحيط الهادئ	نيوزيلندا	أستراليا	الخدمة
+	±	+	الرعاية الصحية الأولية
±	+	+	عيادات المرضى الخارجيين/النقالة
-	+	+	فرق الصحة النفسية المجتمعية
±	+	+	رعاية المرضى الداخليين المؤقتة
-	+	+	رعاية سكنية طويلة المدى في المجتمع
±	+	+	إعادة التأهيل والعمل والمهنة
+ موجود ± متغير - غائب			

تعد هذه الدراسة واحدة من مجموعة دراسات تصف تطور رعاية الصحة النفسية المجتمعية في مناطق من أنحاء العالم (راجع ١-٣). في تطبيق لخطة عمل الجمعية العالمية للطب النفسي ٢٠٠٨-٢٠١١ (٤،٥)، تم إنشاء مجموعة عمل لوضع الإرشادات الخاصة بالجمعية والخطوات والعقبات والأخطاء التي يجب تفاديها في ممارسة رعاية الصحة النفسية المجتمعية. وقد سبق أن نشرت أهداف مجموعة العمل هذه ومناهجها ونتائجها الرئيسية (٦). تركز الورقة على هذه المسائل في منطقة أستراليا-آسيا ومنطقة جنوب المحيط الهادئ.

تتضمن منطقة أستراليا-آسيا أستراليا ونيوزيلندا. وفي حين تقع بعض المناطق بين البلدين التي تعاني الفقر، إلا أنهما من بلدان ذوي الدخل العالي. بلغت الكثافة السكانية في أستراليا في يونيو ٢٠٠٩ /٢١،٨٧٤،٠٠٠ نسمة، وكان السكان الأصليون يشكلون ٢،٥٪ من الكثافة العامة. وقدرت كثافة السكان في نيوزيلندا في يونيو ٢٠٠٩ بـ ٤،٢٧ مليون نسمة، بينما بلغت نسبة السكان الأصليين فيها (الماوريين) ١،٥٪. تعد جزر المحيط الهادئ من الدول ذوي الدخل المحدود، وتجمع بشكل عام ضمن مايكرونزيا وملانزيا وبولينزيا. تشهد هذه المناطق تزايداً سريعاً في الكثافة السكانية. وتقدر حالياً بـ ٣٢ مليون، حيث تضم ميلانزيا الكثافة الأكبر، حوالي ٧ مليون نسمة، وتبلغ الكثافة السكانية في بولينزيا ١،٢ مليون.

وفقاً للإحصاءات الوبائية الأخيرة، فإن معدل انتشار الاضطرابات النفسية مدى الحياة في أستراليا بلغ ٤٥٪ (٧) و٤٦،٦٪ في نيوزيلندا (٨)، وحوالي ٢٠٪ في كلا البلدين خلال السنة الماضية. ما من بيانات متوفرة للمقارنة في دول المحيط الهادئ.

خدمات الصحة النفسية في المنطقة

تطورت خدمات الصحة النفسية في أستراليا ونيوزيلندا وفقاً لنماذج مماثلة في تقديم الخدمات. ومع ذلك، فإن بعض الولايات الأسترالية، مثل فيكتوريا، تتمتع بنسبة أكبر من القواسم المشتركة مع النماذج المعتمدة في نيوزيلندا مقارنة مع غيرها. أما مناطق المحيط الهادئ، على سبيل المقارنة، فلا تزال في مرحلة بدائية من تطوير الخدمات الصحية، وقد بدأت مؤخراً بوضع آليات المعالجة الملائمة لتوفير الرعاية النفسية لسكانها.

بينما قامت نيوزيلندا بتطوير استراتيجية وطنية للصحة النفسية بعنوان «التطلع قدماً» عام ١٩٩٢. وشكلت مع المراجعة عام ١٩٩٦، «الاتجاه قدماً» أساس خطة الصحة النفسية الوطنية. وقد أطلقت الخطة الثانية عام ٢٠٠٥ (١٢).

وضعت مفوضية الصحة النفسية (التي تأسست عام ١٩٩٦ لضمان تنفيذ الخطة الوطنية للصحة النفسية والعمل كهيئة مستقلة لمستخدمي الخدمات وعائلاتهم) المخطط الوطني لتمويل خدمات الصحة النفسية (١٣). وقد اعتمد المخطط على مقاربة التعافي، ووفر إطاراً عملياً لتطوير الخدمة. ومنذ عام ٢٠٠٩، تم تنفيذ ٨٠٪ من المخطط وتحقق ١٥٤٪ ارتفاع في تمويل خدمات الصحة النفسية والادمان.

كان لنيوزيلندا مجموعة من المعايير الوطنية للصحة النفسية التي تم دمجها الآن مع المعايير الوطنية للصحة والإعاقة (١٤). وتتضمن وثائق أساسية تؤثر على تطوير هذه الخدمات تلك المتعلقة بالرعاية الأولية في الصحة النفسية، وتطوير مجموعة العمل، واستراتيجية الصحة النفسية الخاصة بالماوري (١٥) واستراتيجية أنظمة المعلومات الوطنية (١٦).

ويتيح عدد من البرامج في كلا البلدين تعزيز الصحة النفسية ومكافحة التمييز ونزع الوصمة والوقاية والعلاج النفسي والرعاية النفسية الأولية والتعافي ودمج الخدمات. على الرغم من ذلك، فإن الكثير من الأهداف لم تتحقق بعد.

من جانب آخر، نجد أن دول المحيط الهادئ تملك سياسات للصحة النفسية و/أو (كجزر سالومون وساموا وغينيا الجديدة وغوام وكيريباتي)، وأن القليل منها تمت تلبية موارده وتنظيمها بما يضمن تنفيذه. لكن هذا الوضع يتغير مع تأسيس شبكة الصحة النفسية لجزر المحيط الهادئ (PIMHnet)، وهي مبادرة قام بها المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية في جنيف. تضم الشبكة حالياً 18 دولة.

تم إنجاز تقدم كبير من قبل الدول الأعضاء في شبكة PIMHnet في تحديد الحاجات والموارد الضرورية للرعاية النفسية، كما في تطوير الخطط لمعالجتها. تركز رؤيا الشبكة على أن يتمتع "سكان جزر المحيط الهادئ بأعلى معايير الصحة النفسية والرفاه من خلال الخدمات والرعاية النفسية الفعالة والملائمة والجيدة". أما رسالتها فهي "تيسير النشاطات والدعم التعاوني والمنسق بين الدول الأعضاء للمساهمة في استدامة القدرة الوطنية والإقليمية في رعاية الصحة النفسية".

تملك اليوم ١٢ دولة خطة للموارد البشرية في الصحة النفسية، وذلك لتيسير تطوير الموارد البشرية بطرق تتلاءم مع احتياجات كل دولة. كما تملك ١٤ دولة مشروعاً نهائياً لسياسة الصحة النفسية. يشار إلى أن سياسات تطوير الصحة النفسية توفر أساساً قوياً للالتزام الحكومة بحماية حقوق الأشخاص ذوي الأمراض النفسية، ووضع بنية لتشريعات جديدة ومحسنة خاصة بالصحة النفسية متى اقتضى الأمر.

التقدم في اتجاه خدمات موجهة نحو المجتمع

لطالما احتلت الأمراض النفسية الخطيرة أولوية في تطوير خدمات الرعاية النفسية المجتمعية في كل من أستراليا ونيوزيلندا. وفي الوقت ذاته، تجد علاجات الاضطرابات الأكثر انتشاراً تركيزاً متزايداً من خلال مبادرات الرعاية الأولية بالصحة النفسية والتي تأسست خلال الأعوام الخمسة الماضية. ويرى الكثيرون حاجة إلى مزيد من الأبحاث حول الخدمات. لكن في كلا البلدين يتم تسجيل تقارير محدثة حول التطور

توفر جهات كثيرة، تشمل أطباء الرعاية الصحية الأولية والمنظمات غير الحكومية والموظفين الأقران، خدمات للأشخاص الذين يفترض أنهم بحاجة إلى رعاية أخصائيين.

وفي حين أن الكثير من المناطق الريفية تملك خدمات وتقوم بالتوظيف بشكل يشبه البلدان ذوي الدخل المحدود والمتوسط، فإن معظم المناطق المدنية المتوسطة والكثيرة تملك مجموعة من الأخصائيين النفسيين غير السريريين يعملون في مؤسسات ويقومون بتطوير فئات مهنية جديدة ليتم توظيف عاملين فيها. يتم عادة توفير الدعم في المناطق الريفية من خلال مؤسسات خدمة مدنية أو أخصائيين زائرين.

على نحو معاكس، وكما يشير الجدول ١، فإن خدمات الصحة النفسية في دول المحيط الهادئ هي بالفعل متخلفة. ويتم توفيرها بشكل رئيسي من خلال عيادات الصحة الأولية في البلدة على أساس مجتمعي، وهي تتصل عادة بعيادات اقليمية أو مستشفيات وطنية. في الدول ذات الكثافة السكانية العالية، تتوفر وحدات للمرضى الداخليين، لكن عادة ما لا تكون الرعاية التي توفرها متخصصة في الاضطرابات المختلفة. لا بل قد لا يتم استخدام بعض وحدات المرضى الداخليين جراء المخاوف حول أمن و/أو عدم كفاية العاملين فيها. نتيجة لذلك، يتم توقيف بعض الأشخاص ذوي الأمراض النفسية الخطيرة في عهدة الشرطة، ولا يتم توفير العلاج الملائم لهم (١٠).

يتم توظيف الأطباء النفسيين السريريين في بعض الدول لكن يبقى عددهم جد منخفض بما يلبي حاجة المرضى. لذا تعتمد دول المحيط الهادئ على الأخصائيين الصحيين المدربين (عادة الممرضين)، والمنظمات غير الحكومية وعاملين آخرين كالمشافين التقليديين الذين يلتزمون بالمساعدة في توفير الرعاية في الصحة النفسية وحالات الادمان. ثمة بعض الأطباء النفسيين المقيمين هناك بشكل دائم، على أن الوضع تحسن قليلاً من خلال توظيف أطباء زائرين من أستراليا ونيوزيلندا وفي بعض الحالات من أمريكا.

السياسات والخطط والبرامج

في كل من أستراليا ونيوزيلندا يتم اعتماد الخدمات المجتمعية في سياسة الحكومة في التعافي. بالمقابل من غير الممكن تحديد السياسة العامة في دول المحيط الهادئ. وتختلف السياسة والتخطيط والبرامج التطويرية في تلك البلدان بطرق مختلفة.

تملك أستراليا ونيوزيلندا خطاً للصحة النفسية الوطنية. ففي أستراليا كل من الولايات والإدارات تملك خططها الخاصة والتي تضم عناصر من الخطة الوطنية ومجالات من تطوير الخدمات الخاصة لكل منها صلاحياتها.

وضعت أستراليا الخطة الأولى للصحة النفسية في البلاد عام ١٩٩٢. وقد شجعت من خلالها الدمج بين خدمات المرضى الداخليين والخدمة المجتمعية في برنامج للصحة النفسية المتماصة. وقد اعتمدت الخطة الوطنية الثانية والثالثة للصحة النفسية الاتجاه ذاته، لكن تم توسيع التركيز على الإصلاح ليشمل نشاطات إضافية مثل التعزيز والوقاية لتكتمل تطوير نظام خدمات الصحة النفسية المتخصصة (١١).

كما وضعت أستراليا مجموعة من المعايير الوطنية للصحة النفسية ومعايير الممارسة الوطنية لمجموعات العمل في هذا المجال. تشمل تقارير أساسية أخرى احصاءات الصحة النفسية الوطنية والرفاه (٧).

في خدمات التطوير المجتمعية؛ الحكومة الفيدرالية في أستراليا (١١)، ومفوضية وزارة الصحة في نيوزيلندا (١٧). كما تقوم مجموعة كبيرة من الأبحاث لا سيما في أستراليا بتقييم البرامج حول الأشخاص الذين يعانون حالات مختلفة.

وفي حين كانت نسبة الانفاق الحكومي والخاص على خدمات الصحة النفسية المجتمعية في بدء الاستراتيجية التي وضعتها أستراليا ٢٩٪ فقد وصلت إلى ٥١٪ عام ٢٠٠٥. أما في نيوزيلندا فقد وصلت النسبة إلى ٦٩٪ عام ٢٠٠٧.

على الرغم من التقدم الكبير الذي أنجز حتى الآن، فإن عقبات كبرى تعترض الطريق، كصعوبة الوصول إلى الخدمات العامة (لا سيما في المناطق المدنية والريفية المزدهمة) بالإضافة إلى انقطاع استمرارية الرعاية التي يلغاها مستخدمو الرعاية وعائلاتهم (١٨، ١٩). يعود ذلك إلى المشاكل المتزايدة لمعايرة الخمر والادمان على المخدرات وتجليها كمرض مرافق للاضطرابات النفسية، ونقص الموارد في توفير الخدمات وعدم القدرة على توفير تدريب كاف ومنسق بطريقة ملائمة للعاملين في مجال الصحة النفسية، وعدم كفاية الانتباه المولى لدمج الفلسفات والنماذج الرعاية في القطاع.

تعلو الأصوات المنتقدة في أستراليا تجاه السلطات المعنية في مجال الصحة والتي أولت تمويل المستشفيات أولوية خاصة من خلال أقسام الطوارئ والعناية العاجلة المؤقتة ووحدات إعادة تأهيل المرضى الداخليين (٢٠). وقد أثبتت مخاوف مشابهة تتعلق بالدخول والدمج حيال الخدمات في نيوزيلندا. غير أن حكومة هذه الأخيرة عبرت عن نيتها في استكمال تطوير الرعاية المجتمعية من خلال خطط لنقل التركيز عن بعض الخدمات الصحية الثانية إلى الرعاية الصحية الأولية.

من الصعب تقدير نسبة خدمات الصحة النفسية المجتمعية في دول المحيط الهادئ وهذا له معنى للتساؤل كيف سيكون على أي حال لا سيما إذا نظرنا إلى حجم التحديات التي تعترض القدرة على التطوير. لا تزال القدرة على تمييز المرض النفسي بوضوح ضعيفة خاصة وأن الموارد المخصصة لهذا الهدف أقل ما يقال بها أنها هزيلة. أضف إلى ذلك، فإن مبادرات رعاية الصحة النفسية لا تجذب عادة منح من الهيئات الواهبة، لا سيما وأن الالتزام فيها هو التزام طويل الأمد.

تلقي الخدمات المجتمعية في أستراليا ونيوزيلندا دعم خدمات المرضى الداخليين المؤقتين من خلال المستشفيات العامة والخاصة (بينما تكون هذه الأخيرة معدومة في نيوزيلندا). ويتم توفير الرعاية للأشخاص الذين يعانون اضطرابات طويلة الأمد بشكل رئيسي من خلال مجموعات العمل المجتمعية العامة والمنظمات غير الحكومية. كما يقدم القطاع الخاص خدمات إعادة تأهيل المرضى الداخليين وخدمات شرعية في كلا البلدين. ويجري حالياً التركيز المتزايد والمنظم حول الانتشار العالي لبعض الاضطرابات خلال العقدين المنصرمين، حيث يتم تركيز الاهتمام والتمويل لتوصيل الخدمات من خلال الرعاية الصحية الأولية. هذا ويتم توفير خدمات إضافية لعلاج الأشخاص الذين يعانون اضطرابات معتدلة إلى متوسطة من خلال برامج إلكترونية، يتم عادة تمويلها من هيئات حكومية.

يتم توفير مجموعة كبيرة من البرامج المتخصصة كتلك حول الزهان المبكر والصحة النفسية لدى الأمهات ودعم الأقران وخدمات الادمان على الكحول والمخدرات من خلال الوكالات المجتمعية، ومنها مؤسسات عامة وخاصة معنية ومنظمات غير حكومية.

في دول المحيط الهادئ يتم توفير معظم خدمات الصحة النفسية من قبل ممارسين طبيين وممرضين مدربين. لكن الكثير من هذه الدول لا تقدم تدريباً في الصحة النفسية/الادمان وثمة وصمة كبيرة حول الأمراض النفسية (١٠). ثمة أيضاً وصول مقيد نسبياً إلى الأدوية وهو نتيجة التكلفة ومحدودية المنشآت المختبرية والتشخيص الضعيف.

دعمت شبكة PIMHnet بناء بنية تحتية ضمن كل دولة، وهو ما قد يخفف من الحاجة إلى الاعتماد على إجراءات خارجية كزيارة الأطباء السريريين. ويشمل ذلك تطوير مبادرات تدريب محلية لعاملين الصحة الأولية (بما في ذلك تصميم أدوات التقييم وتكييفها للاستخدام المحلي)، وتوفير خدمات توجيه ودعم بين البلدان من خلال أدوات تكنولوجيا مثل tele-health.

وخلصت مراجعة أخيرة حول شبكة PIMHnet أن "مشروعاً ناجحاً جداً قد تم تنفيذه كما تم تنفيذ التدخلات حتى الآن بشكل جيد، وقد تم قياسها في هذه المرحلة الأولية المبكرة من خلال النتائج المحرزة إن الانجازات التي تحققت حتى الآن هامة نظراً للفترة القصيرة من اعتماد هذا المشروع وعدد البلدان التي تستفيد الآن" (٢١).

الدروس المستفادة

تشمل التحديات في دول المحيط الهادئ مسائل التربية حول الاعتراف بالمرض النفسي وتغيير وجهة النظر تجاه المرضى من الناحية الإدارية. أما إذا ذهبنا إلى أبعد من ذلك، فإن مسائل أكثر أهمية تتعلق بتوفير الموارد الخاصة بخدمات الصحة النفسية وإعطائها الأولوية تؤثر على وضع السياسة وخطط التنمية.

الدروس المستفادة حتى الآن تركز على:

- السياسات والخطط الوطنية التي تعالج الحاجة إلى رعاية جدية للصحة النفسية المستندة إلى نماذج مجتمعية.
- الجهود التوعوية لزيادة وتحديد المعرفة المحلية بالمرض النفسي وما يمكن فعله لمساعدة أفراد العائلة الذين تطور لديهم مرض مماثل.
- الفرص التوعوية لأخصائيي الصحة النفسية في كسب المعرفة ورفع مستوى معرفتهم وممارستهم في تحديد وعلاج المرض النفسي.
- إتاحة المجال لزيارة الأخصائيين النفسيين وتوفير الاستشارة ودعم الارتباط للأخصائيين المدربين.
- إيلاء الأهمية وإشراك مدخلات الشافين التقليديين وأفراد العائلة.
- تشجيع تطوير أنظمة مسارات وإحالات رعاية الصحة النفسية. يجب بناء هذه المبادرات على أساس تعاوني وبحسب هيكلية من أسفل إلى أعلى وإشراك الناس المحليين متى اقتضى الأمر. وإن لم تعتمد دول المحيط الهادئ ذلك لن تتمكن من نيل فرصة لتطوير خدمات الصحة النفسية الملائمة لثقافة المستخدم وحاجاته وطموحاته. تعد هذه المقاربة أساسية في ضمان أن تتحقق رؤيا PIMHnet. في أستراليا ونيوزيلندا تتعلق الدروس المستفادة من الاعتراف بأن تطوير الخدمات المجتمعية يعد طويل الأمد ويتطلب:
- مقارنة تطبيق بالاستدامة لعقود لكي تنجح
- دعم سياسي من الجانبين لسياسات الإطار والالتزامات بالتمويل الكافي لتغطية عملية التحويل.
- تخطيط يتوافق مع تنفيذ محدد التكلفة والموارد والجدول والإدارة

8. Oakley-Browne MA, Wells JE, Scott KM. Te Rau Hinengaro: the New Zealand mental health survey. Wellington: Ministry of Health of New Zealand, 2006.
9. Australian Institute of Health and Welfare. Mental health services in Australia 2006-07. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, 2009.
10. Hughes FA, Finlayson MP, Firkin PF et al. Situational analysis of mental health needs and resources in Pacific Island countries. Geneva: World Health Organization, 2005.
11. Department of Health and Aging of Australia. National mental health report 2007: summary of twelve years of reform in Australia's mental health services under the National Mental Health Strategy 1993-2005. Canberra: Commonwealth of Australia, 2007.
12. Ministry of Health of New Zealand. Te Tahuu - Improving mental health 2005-2015. The second New Zealand mental health and addiction plan. Wellington: Ministry of Health of New Zealand, 2005.
- Σ 13. Mental Health Commission. Blueprint for mental health services in New Zealand. Wellington: Mental Health Commission, 1998.
14. Ministry of Health of New Zealand. Health and disability service standards. Wellington: Ministry of Health of New Zealand, 2008.
15. Ministry of Health of New Zealand. Te Puawaiwhero: the second Maori mental health and addiction national strategic framework 2008-2015. Wellington: Ministry of Health of New Zealand, 2008.
16. Ministry of Health of New Zealand. National mental health information strategy 2005-2010. Wellington: Ministry of Health of New Zealand, 2005.
17. Mental Health Commission. Report on progress 2004/2005. Wellington: New Zealand, 2006.
18. Mental Health Council of Australia. Not for service: experiences of injustice and despair in mental health care in Australia. Canberra: Mental Health Council of Australia, 2005.
19. Desjarlais R, Eisenberg L, Good B et al. World mental health: problems and priorities in low-income countries. New York: Oxford University Press, 1995.
20. Rosen A, Gurr R, Fanning P. The future of community-centred health services in Australia: lessons from the mental health sector. Aust Health Rev 2010;34:106-15.
21. Heywood DA. Review of New Zealand's development assistance to the World Health Organization (WHO) Pacific Islands Mental Health Network (PIMHnet) 2005-2008. Geneva: World Health Organization, 2009.

الحسنة من خلال تحديد الأموال والأدوار الخاصة بهيئة أو أفراد محددين.

- عملية إشراف مستمرة للاستشارة الشفافة.
- أبطال يمكنهم الاضطلاع بدور القيادة والإيحاء ودفن العملية نحو الأمام.
- إشراك مستخدمي الخدمة وعائلاتهم وموفري رعاية آخرين.
- الخبرات والالتزام الخاص بنماذج الرعاية التعاونية.
- فهم المجتمع والآليات الضرورية لحشد دعم المجتمع.
- تحالفات واسعة تشمل المستهلك وأفراد العائلة والمنظمات غير الحكومية والأطباء السريريين والإداريين في توجيه ودعم الآليات التعاونية التي تشمل حاجات المستخدمين وعائلاتهم وتضمن كونها ذات أهمية مطلقة.
- خبرات مالية وإدارة حكيمة.
- حماية الأموال المخصصة لتطوير الصحة النفسية (ring-fencing).
- استراتيجيات حلول مبتكرة وخبرات ونوعية ملائمة وعدد ملائم من العاملين.
- مسارات رعاية محدده بوضوح والتزام أصحاب القرار بها.
- التركيز على توفير الممارسة الفضلى والحفاظ على القدرة في إدارة الحوادث الخطرة ومخاطر أخرى لتنفيذ المشروع.

مراجع

1. Hanlon C, Wondimageon D, Alem A. Lessons learned in developing community mental health care in Africa. World Psychiatry 2010;9: 185-9.
2. Semrau M, Barley EA, Law A et al. Lessons learned in developing community mental health care in Europe. World Psychiatry 2011; 10:217-25.
3. Drake RE, Latimer E. Lessons learned in developing community mental health care in North America. World Psychiatry 2012;11:47-51.
4. Maj M. The WPA Action Plan 2008-2011. World Psychiatry 2008;7: 129-30.
5. Maj M. Report on the implementation of the WPA Action Plan 2008-2011. World Psychiatry 2011;10:161-4.
6. 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.
7. Australian Bureau of Statistics. National survey of mental health and wellbeing. Canberra: Australian Bureau of Statistics, 2007.

تداعيات الصحة النفسية في كارثة فوكوشيما النووية عام 2011: هل إن أحفاد السكان الذين عايشوا سقوط القنبلة النووية في هيروشيما وناغازاكي أكثر عرضة؟

أو النوع الجنسي أو الوضع العائلي أو المسافة عن فوكوشيما. قد تشير هذه النتائج إلى وجود مجموعة فرعية بين السكان اليابانيين الذين يظهرون ضعفاً محدداً لاضطراب PTSD والخوف من التعرض للأشعة. وعلى الرغم من أن حجم العينة كان صغيراً وتصميمها تقاطعي، فإن الدراسة قد تكون ذات أهمية لأنها المرة الأولى التي يقع فيها كارثة نووية في بلد تعرض مسبقاً للإشعاعات النووية. قد تدفع هذه الدراسة باتجاه دراسات طولانية مستقبلية تركز على الآثار طويلة الأمد لعراقيل علم النفس والطب النفسي في الكارثة النووية (1، 3-5).

Menachem Ben-Ezra1, Yuval Palgi2, Yechiel Soffer3, Amit Shrira4,5
1School of Social Work, Ariel University Center of Samaria, Ariel; 2Department of Gerontology, Faculty of Social Welfare and Health Sciences, University of Haifa; 3Department of Public Health, Ben-Gurion University of the Negev, BeerSheba; 4Department of Psychology, Tel Aviv University; 5Israel Gerontological Data Center, Paul Baerwald School of Social Work and Social Welfare, Hebrew University of Jerusalem, Israel

مراجع

1. Bromet EG. Lessons learned from radiation disasters. *World Psychiatry* 2011;10:83-4.
2. Weissmann G. Fukushima Daiichi and Icarus: the human factor in a meltdown. *FASEB J* 2011;25:1777-80.
3. Anspaugh LR, Catlin RG, Goldman R. The global impact of the Chernobyl reactor accident. *Science* 1988;242:1513-9.
4. 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.
5. Baum A, Gatchel RJ, Schaeffer MA. Emotional, behavioral, and physiological effects of chronic stress at Three Mile Island. *J Consult Clin Psychol* 1983;51:565-72.
6. McCartney M. Nuclear panic overshadows Japan's real plight. *BMJ* 2011;342:686.
7. Weiss DS, Marmar CR. The Impact of Event Scale – Revised. In: Wilson JP, Keane TM (eds). *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford, 1997:399-411.
8. Ben-Ezra M, Soffer CY. Hospital personnel reactions to Haiti's earthquake: a preliminary matching study. *J Clin Psychiatry* 2010;71:1700-1.

في ١١ مارس ٢٠١١ ضرب اليابان زلزال بقوة ٩.٠ Mw. كانت النتائج وخيمة بالفعل، فقد قتل 15000 شخص نتيجة الهزة والتسونامي الذي تلاها (1). في أعقاب الكارثة حدث انهيار نووي على مستوى 7 في فوكوشيما لا يشبه له سوى كارثة تشيرنوبيل (1، 2). تندر المنشورات حول ردود الفعل السلوكية بعد الكارثة النووية (3-5)، لا سيما في معالجة القلق. وفي حالة اليابان، أثارت الكارثة النووية ذكريات عن الحرب العالمية الثانية والقنبلتين النوويتين، وبذلك تكون قد استنهضت مخاوف تاريخية في نفوس اليابانيين (6). هدفنا هنا هو مراجعة الاختلافات بين الأشخاص الذين كان أجدادهم يعيشون في منطقة هيروشيما وناغازاكي الكبرى خلال سقوط القنبلتين الذريتين وأولئك الذين لم يكونوا من سكان المدينتين.

تم جمع عينة ملاءمة من ١٤٠ ياباني خلال أسبوع ٢٤ أبريل ٢٠١١. تم مسح المشاركين ومقابلتهم من قبل شخص ياباني لتحديد تاريخ الاضطرابات الجسدية أو النفسية والادمان. تم استثناء ستة مشاركين من الإحصاء لإيجابية التاريخ في الحالات المذكورة، بينما كان ١٢ مشارك إضافي عدداً ناقصاً من البيانات، مما أدى في النهاية إلى عينة من ١٢٢ مشاركاً.

قام المشاركون (متوسط العمر 28.7±9.0 سنة، 64.2% امرأة، 29.1% متزوجات) بتعبئة استبيان قصير يجمع بيانات ديمغرافية وي طرح السؤال التالي: "هل تعرض أجدادك إلى آثار القنبلة الذرية في هيروشيما أو ناغازاكي؟" إذا كانت الإجابة "نعم" يتابع مجري المقابلة للسؤال عما إذا كان الأجداد يعيشون عام ١٩٤٥ في منطقة هيروشيما الكبرى أو ناغازاكي حين سقطت القنبلة عليها. قمنا بتوزيع العينة إلى مجموعتين: أحفاد الأشخاص الذين كانوا يقيمون في منطقة هيروشيما وناغازاكي الكبرى خلال الحرب العالمية الثانية (عدد=٣٤) ومجموعة مقارنة (عدد=٨٨). حصل كل مشارك على استبيانات ذاتية منها اسئلة حول مخاوف من التعرض للأشعة، والتي يتم قياسها وفق مقياس ليكرت من أربع درجات يتراوح بين ١ (أبداً) إلى ٤ (كثيراً).

تم تقييم اضطراب الكرب التالي للصدمة PTSD من خلال مقياس تأثير الحدث المؤلف من 22 بنداً IESR (7). تم تحديد مقياسه من 0 (أبداً) إلى 4 (بشدة) ويمثل مستوى الكرب الذي شعر به المشاركون بعد أسبوع من كارثة فوكوشيما. تم استخدام هذا المقياس من قبل وقد تأكدت ملاءمته للكوارث الكبرى مثل الزلزال الذي ضرب هايتي عام 2010 (8). أظهر أحفاد اليابانيين الذين كانوا يقيمون في هيروشيما وناغازاكي مستوى أكبر من الخوف من التعرض للأشعة (متوسط 3.0±0.9 مقابل 2.7±0.8؛ p=0.035؛ t=2.131) ومستويات أعلى من أعراض اضطراب PTSD (متوسط 32.8±21 مقابل 23.0±15.4؛ t=2.755؛ p=0.007). لم يكن من اختلافات كبرى بين المجموعتين من ناحية العمر

نسبة الجرائم التي تنسب إلى الأمراض النفسية بين سكان هولندا

وتشير نتائجنا إلى تعارض مع ارتباطات الصحة للسكان سابقة بلغت 5.2% للجرائم العنيفة و15.7% للحرائق (1)، وقد تركز بحثنا على الجرائم المرتبطة حصراً ومباشرة بالمرض النفسي. وبما أن ثمة الكثير من العوامل المتداخلة في العلاقة بين الجريمة والاضطرابات النفسية، (2)، نرى أن ما توصلنا إليه هو الانعكاس الأكثر دقة لنسبة الجرائم التي تعزى للاضطرابات النفسية.

David J. Vinkers¹, Edwin de Beurs¹, Marko Barendregt¹, Thomas Rinne¹, Hans W. Hoek²⁻⁴
1Netherlands Institute for Forensic Psychiatry and Psychology, Rotterdam, The Netherlands;
2Parnassia Bavo Psychiatric Institute, The Hague, The Netherlands;
3Groningen University Medical Centre, Department of Psychiatry, Groningen, The Netherlands;
4Columbia University, Mailman School of Public Health, Department of Epidemiology, New York, NY, USA

مراجع

1. Fazel S, Grann M. The population impact of severe mental illness on violent crime. *Am J Psychiatry* 2006;163:1397-403.
2. Arboleda-Florez J, Holley H, Crisanti A. Understanding causal paths between mental illness and violence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33:S38-46.
3. Fazel S, Långström N, Hjern A et al. Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *JAMA* 2009;301:2016-23.
4. Vinkers DJ, de Beurs E, Barendregt M et al. Pre-trial psychiatric evaluations and ethnicity in the Netherlands. *Int J Law Psychiatry* 2010;33:192-6.
5. Brennan PA, Mednick SA, Hodgins S. Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:494-500.

تقدر نسبة الجرائم التي تعزى إلى الاضطرابات النفسية في العامة (ارتباطه بالصحة السكانية، PAR) بنسبة 5.2% للجرائم العنيفة و15.7% للتسبب بالحرائق (1). لكن قلة من الجرائم التي يرتكبها متهمون مصابون بمرض نفسي ترتبط مباشرة بالمرض النفسي الكامن (2). تتداخل العلاقة بين الجرائم والاضطرابات النفسية مع الوضع الاجتماعي والاقتصادي ودخول مسبق للمستشفى ووجود متزامن للادمان على المخدرات واضطرابات الشخصية (3). لقد أتاحت لنا فرصة مميزة في دراسة PAR للجريمة المرتبطة كلياً بالمرض النفسي، حيث إن المحاسبية للجرائم المذكورة يتم تقييمها بشكل دوري في تقارير المتهمين السابقة للمحاكمة في هولندا (4). يكون الاضطراب النفسي الحاد، التي تكون عادة طبيعته ذهانية، حالة ضرورية لإيجاد «غير مذنب» وتبرئة المذنب من الجرم. حصلنا على مجموع عدد الجرائم والمتهمين بين عام 2000 و2006 من خلال الهيئة الوطنية الهولندية. تم جمع جرائم PAR التي أعزيت بالكامل إلى اضطرابات نفسية كجزء من الأشخاص الذين حكم عليهم «بغير مذنب» من مجموع المتهمين.

من التقارير النفسية الـ 21,130 السابقة للمحاكمة في هولندا والتي رفعت بين 1 يناير 2000 إلى 31 ديسمبر 2006 (1.5% من مجموعة المتهمين البالغ عددهم 1,403,107)، اعتبر 1,002 متهماً غير مذنب، وقد بلغت نسبة جرائم PAR لكافة الجرائم 0.07%. وبلغت نسبة جرائم الحرائق PAR (0.57%)، والاعتصاب وجرائم جنسية أخرى (0.24%) والجرائم العنيفة (0.16%) كانت أعلى، بينما كانت جرائم السرقة (0.02%)، والجرائم المتعلقة بالمخدرات (0.002%) والاحتيايل/الخداع (0.001%) اقل. من بين المتهمين «غير المذنبين»، 894 (89.2%) منهم عانوا اضطراباً ذهانياً، و51 شخصاً (5.1%) اضطراباً عاطفياً، و38 شخصاً (3.8%) متلازمة نفسية-عضوية و27 شخصاً (2.7%) كان لديهم مستوى ذكاء أقل من 71. بالمقارنة مع دراسات أخرى، بلغ الانتشار العام للاضطرابات الذهانية 12.5% (2.5%).
ختاماً، وجدنا أن جرائم PAR المرتبطة مباشرة بالاضطرابات النفسية كانت محدودة جداً (0.07%) ولو أن الارتباط لم يكن معدوماً.

هل من اختلافات بين مناهج التدرج النظرية والعملية؟ نظرة لمتدربين أوروبيين.

على أهمية وضع آليات ضبط النوعية لتناسب مع كافة برامج التدريب الوطنية كإحدى الخطوات الأساسية في تحسين التدريب النفسي ورفع مستوى تناسقه في أوروبا.

Martina Rojnic Kuzman¹, Domenico Giacco²,
Meinou Simmons³, Philippe Wuyts⁴,
Nikolaus Bausch-Becker⁵, Guillaume Favre⁶,
Alexander Nawka⁷

¹Department of Psychiatry, Zagreb University Hospital

Centre, Zagreb, Croatia; ²Department of Psychiatry,
University of Naples SUN, Naples, Italy;

³Brookside Family Consultation Clinic, Cambridge, UK;

⁴University Psychiatric Centre KU Leuven, Campus
Kortenberg, Belgium; ⁵Department of Psychiatry,

Justus-Liebig-University, Giessen, Germany;

⁶Child and Adolescent Psychiatry Service, University

of Geneva Hospitals, Geneva, Switzerland; ⁷Department
of Psychiatry, 1st Faculty of Medicine,

Charles University, Prague, Czech Republic

مراجع

1. UEMS Section for Psychiatry. Charter on training of medical specialists in the EU: requirements for the specialty of psychiatry. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 1997;247(Suppl. 6):S45-7.
2. Lotz-Rambaldi W, Schafer I, ten Doesschate R et al. Specialist training in psychiatry in Europe – Results of the UEMS-survey. Eur Psychiatry 2008;23:157-68.
3. Oakley C, Malik A. Psychiatric training in Europe. Psychiatrist 2010;34:447-50.
4. Nawka A, Kuzman MR, Giacco D et al. Mental health reforms in Europe: challenges of postgraduate psychiatric training in Europe: a trainee perspective. Psychiatr Serv 2010;61:862-4.
5. Strachan JG. Training in Europe in perspective. Int Psychiatry 2007;4:33-4.
6. Fiorillo A, Luciano M, Giacco D et al. Training and practice of psychotherapy in Europe: results of a survey. World Psychiatry 2011;10:238.

على الرغم من كافة التوجيهات التي وضعتها الاتحاد الأوروبي للتخصصات الطبية (١) والاصلاحات التي لحقت بالمنهج النظري، تشير منشورات أخيرة إلى أهمية الاختلاف في مضمون ونوعية المناهج في أنحاء أوروبا (٢-٦). يعد انسجام التدرج للمتدربين في مجال الطب النفسي وتحسينه في أنحاء أوروبا هدفاً ذات أهمية كبرى لاتحاد المتدربين في الطب النفسي الأوروبي EFPT، وهي منظمة غير حكومية تمثل النقابات الوطنية للمتدرجين في أكثر من 30 دولة. أجرى اتحاد EFPT احصاءً بين المتدرجين النفسيين الأوروبيين لتقييم المشاكل في تطبيق مناهج التدرج ونوعية آلية الضبط المتوفرة في التدرج في البلدان الأوروبية. قام ممثلون عن 29 دولة عضو في الاتحاد بالمشاركة في احصاء خاص بالبلدان. طلب منهم تحديد مستوى الاختلافات في المنهج النفسي النظري والعملية في بلدانهم وفقاً لوجود اختلاف كبير أو بعض الاختلاف أو غيابه. كما طلب منهم شرح فهمهم لتلك الاختلافات في أسئلة مفتوحة.

أشار الممثلون في 13 بلداً (45%) إلى بعض الاختلافات بين المناهج النظرية والممارسة وفي تسعة بلدان (31%) برزت اختلافات كبرى. أشار ممثلون في سبعة بلدان فقط (24%) إلى انعدام الاختلاف وأن المناهج تتوافق مع شروط التدرج في الممارسة. أما التعيينات الأكثر جدلاً فكانت الطب النفسي، (عدد=13) والأبحاث (عدد=12) والادمان (عدد=5).

أعطى عدد من الأسباب قدمها المتدرجون حول هذه الاختلافات. أما الأسباب الأكثر وروداً فكانت عدم كفاية وقت النشاطات التعليمية (عدد=١١) وعدم كفاية المكافآت للمدربين (عدد=٩) وعدم كفاية إجراءات ضبط النوعية (عدد=٩) ونقص عام في المشرفين (عدد=٧).

وفي ٦ من أصل ٢٩ بلداً (٢١%) لم يتم اعتماد أي تدقيق في برامج تدرج الطب النفسي. في أحد البلدان لم تتوفر البيانات. وفي البلدان الـ ٢٢ الأخرى، تألفت آليات ضبط النوعية بمراجعات استبيانات التعيين وظروف عمل المدربين/المشرفين. تستهدف تلك الاستبيانات المتدرجين والمشرفين وموفري التدريب (مدراء أقسام أو مستشفيات).

في البلدان التي أشير إلى عدم وجود اختلافات بين المناهج برز في اعتماد هذه الأخيرة تدقيقات منتظمة لبرامج التدرج بشكل متكرر (٦) من أصل ٧ بلدان، مقارنة مع ٨ من أصل ٢٢ حيث الاختلافات كانت موجودة).

تتوافق هذه النتائج مع استبيانات سابقة (٢-٤) تشير إلى عدد من المشاكل التي تؤثر على التنفيذ الصحيح لمناهج التدرج القائمة. كما تشدد

مساهمات المجلة العالمية للطب النفسي في تطوير فصل الاضطرابات النفسية

في دليل ICD-11

- 2011;10:34-5.
15. Kapur S. Looking for a “biological test” to diagnose “schizophrenia”: are we chasing red herrings? *World Psychiatry* 2011;10:32.
16. Keshavan MS, Brady R. Biomarkers in schizophrenia: we need to rebuild the Titanic. *World Psychiatry* 2011;10:35-6.
17. Maj M. Psychiatric diagnosis: pros and cons of prototypes vs. operational criteria. *World Psychiatry* 2011;10:81-2.
18. Widiger TA. Personality and psychopathology. *World Psychiatry* 2011;10:103-6.
19. Millon T. Further thoughts on the relation of personality and psychopathology. *World Psychiatry* 2011;10:107-8.
20. Links PS. Personality and psychopathology: the dangers of premature closure. *World Psychiatry* 2011;10:109-10.
21. Torgersen S. Personality may be psychopathology, and vice versa. *World Psychiatry* 2011;10:112-3.
22. Strakowski SM, Fleck DE, Maj M. Broadening the diagnosis of bipolar disorder: benefits vs. risks. *World Psychiatry* 2011;10: 181-6.
23. Zimmerman M. Broadening the concept of bipolar disorder: what should be done in the face of uncertainty? *World Psychiatry* 2011;10:188-9.
24. Frank E. Bipolar spectrum: has its time come? *World Psychiatry* 2011;10:193-4.
25. Carlson GA. Broadening bipolar disorder – by design or by accident? *World Psychiatry* 2011;10:195-6.
26. Goldberg D. The heterogeneity of “major depression”. *World Psychiatry* 2011;10:226-8.
27. Maj M. Bereavement-related depression in the DSM-5 and ICD-11. *World Psychiatry* 2012;11:1-2.
28. Wakefield JC, First MB. Validity of the bereavement exclusion to major depression: does the empirical evidence support the proposal to eliminate the exclusion in DSM-5? *World Psychiatry* 2012;11:3-10.
29. Westen D. Prototype diagnosis of psychiatric syndromes. *World Psychiatry* 2012;11: 16-21.
30. Uher R, Rutter M. Classification of feeding and eating disorders: review of evidence and proposals for ICD-11. *World Psychiatry* 2012;11:80-92.
- مراجع
1. Reed GM, Mendonça Correia J, Esparza P et al. The WPA-WHO Global Survey of Psychiatrists’ Attitudes Towards Mental Disorders Classification. *World Psychiatry* 2011;10:118-31.
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. Salvador-Carulla L, Reed GM, Vaez-Azizi LM et al. Intellectual developmental disorders: towards a new name, definition and framework for “mental retardation/intellectual disability” in ICD-11. *World Psychiatry* 2011;10:175-80.
4. Keefe RSE. Should cognitive impairment be included in the diagnostic criteria for schizophrenia? *World Psychiatry* 2008;7: 22-8.
5. Krueger RF, Bezdjian S. Enhancing research and treatment of mental disorders with dimensional concepts: toward DSMV and ICD-11. *World Psychiatry* 2009;8:3-6.
6. Üstun B, Kennedy C. What is “functional impairment”? Disentangling disability from clinical significance. *World Psychiatry* 2009;8:82-5.
7. Alarcon RD. Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: review and projections. *World Psychiatry* 2009;8:131-9.
8. Angst J, Meyer TD, Adolfsson R et al. Hypomania: a transcultural perspective. *World Psychiatry* 2010;9:41-9.
9. Tyrer P, Mulder R, Crawford M et al. Personality disorder: a new global perspective. *World Psychiatry* 2010;9:56-60.
10. Aboujaoude E. Problematic Internet use: an overview. *World Psychiatry* 2010;9:85-90.
11. Drevets WC. Translating progress in depression research to the clinic: one step at a time on a very long road. *World Psychiatry* 2010;9:162-3.
12. Mann JJ. Clinical pleomorphism of major depression as a challenge to the study of its pathophysiology. *World Psychiatry* 2010;9:167-8.
13. Casey P, Bailey S. Adjustment disorders: the state of the art. *World Psychiatry* 2011;10:11-8.
14. Owen MJ. Is there a schizophrenia to diagnose? *World Psychiatry*
- تدعم المجلة العالمية للطب النفسي منظمة الصحة العالمية في عملية تطوير فصل الاضطرابات النفسية في الإصدار ١١ من التصنيف العالمي للأمراض (ICD). رئيس المجلة السابق ماريو ماج هو أحد أعضاء المجلس الاستشاري الدولي لمراجعة دليل ICD-10 ورئيس مجموعة العمل على اضطرابات المزاج والقلق. تم تعيين عدد من المسؤولين أو الأخصائيين في المجلة كمسؤولين أو أعضاء في مجموعات عمل الدليل. ومن بينهم و. غابيل (مجموعة العمل حول الاضطرابات الذهانية)، ب. تايرير (مجموعة العمل حول اضطرابات الشخصية)، ل. سلفادور-كارولا (مجموعة العمل حول الإعاقة الفكرية)، أ. جوريجي (مجموعة العمل حول الإجهاد الجسدي والاضطرابات الانفصالية)، و. د. شتاين (مجموعة العمل حول اضطرابات الوسواس القهري، والاضطرابات ذات الصلة).
- شارك أعضاء مجتمعات المجلة في احصاء المجلة العالمية للطب النفسي/منظمة الصحة العالمية المشترك حول مواقف الأطباء النفسيين حول تصنيف الاضطرابات النفسية (١)، والتي تؤثر نتائجها بشكل كبير على عملية المراجعة. وقد تم إشراك عدد كبير من هؤلاء في تجارب ميدانية خاصة بالدليل ICD-11 كما سيتم إشراك آخرين من بينهم أيضاً وفي عدد من الترجمات/التكيفات لأنظمة التشخيص الواردة فيه. تسهم المجلة العالمية للطب النفسي بشكل حثيث في عملية رفع مستوى التوافق بين دليل ICD-11 و DSM-5.
- تعد المجلة إحدى القنوات الرئيسية التي من خلالها يتابع المجتمع الدولي للطب النفسي عملية تطوير دليل ICD-11. وقد سبق أن نشرت المجلة مقالة خاصة حول المجلس الاستشاري الدولي تلخص فلسفة العملية كاملة (٢)، كما التقرير الأول لمجموعة العمل حول الإعاقة الفكرية (٣)، والكثير من الأوراق ذات الصلة بتطوير الدليل (٤-٣٠). وسيتم جمع عدد من الأوراق الصادرة عن مجموعة العمل حول اضطرابات المزاج والقلق في عدد إضافي من المجلة. ومن المقرر نشر أعداد إضافية. تتوفر المقالات أعلاه على موقع المجلة الإلكتروني (www.wpanet.org).

المجلة العالمية للطب النفسي

الناطقة باسم الجمعية العالمية للطب النفسي



