المجلة العالمية للطب النفسي

الناطقة باسم الجمعية العالمية للطب النفسي

السنة التاسعة العدد الثالث — أكتوبر ٢٠١٠

محتويات العدد

المقال الافتتاحي

عامل التأثير الجديد للمجلة العالمية للطب النفسي 4
M. MAJ

مقالة خاصه

دليل الجمعية العالمية للطب النفسي (WPA) بشأن كيفية مكافحة وصمة الطب النفسي والأطباء النفسيين 6
N. SARTORIUS, W. GAEBEL, H.-R. CLEVELAND, H. STUART, T. AKIYAMA ET AL

المرونة والقدرة على التأقلم في حالات الضغط النفسي الشديد: منظور متعدد المستويات 18
D. CICCHETTI

المنتدى: فسيولوجيا الاكتئاب: هل لدينا أي دليل متواتر يهم الأطباء المعالجين

فسيولوجيا الاكتئاب: هل لدينا أي دليل متواتر يهم الأطباء المعالجين؟ 29
G. HASLER

تعليقات

ترجمة التقدم في أبحاث الاكتئاب إلى العيادات: خطوة واحدة في كل مرة على طريق طويل إلى حد بعيد 36
W.C. DREVETS

البحث البيولوجي في الاكتئاب: تعليق الطبيب المعالج 37
J. ANGST

الطب النفسي البيولوجي: ما يزال يمضي قدما في طريق مسدود 38
H.M. VAN PRAAG

السعي المستمر وراء ما هو مهم 40
G. PARKER

الإجابة بنعم أو لا 41
R.H. BELMAKER

تعدد الأشكال الإكلينيكية للاكتئاب كحافز لدراسة فسيولوجيا الاكتئاب 41
J.J. MANN

تقرير بحثي

الحد من الفجوة العلاجية للاضطرابات النفسية: تقرير مسح أجرته الجمعية العالمية للطب النفسي 43
V. PATEL, M. MAJ, A.J. FLISHER, M.J. DE SILVA, M. KOSCHORKE ET AL

أنماط علاج الاكتئاب بين المحاربات القدامى اللاتي يعانين من أمراض قلبية وعائية أو داء السكر 51
U. SAMBAMOORTHI, C. SHEN, P. FINDLEY, S. FRAYNE, R. BANERJEA

تقرير مختصر

استخدام النسخة العاشرة من التصنيف الدولي للأمراض في خدمات العلاج النفسي ICD-10 والمشكلات المتعلقة بالصحة في مستشفيات الدنمارك في الفترة ما بين 2001-2007 57
P. MUNK-JØRGENSEN, M. NAJARRAQ LUND, A. BERTELSEN

ورقة سياسة الصحة العقلية

الدروس المستفادة من تطوير العناية بالصحة العقلية المجتمعية في أفريقيا 59
C. HANLON, D. WONDIMAGEGN, A. ALEM

أخبار الجمعية العالمية للطب النفسي

تنفيذ خطة عمل الجمعية العالمية للطب النفسي 2008-2011 64

تجربتي في هايتي: تقرير مختصر 65
K. RAVENSCROFT

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 حاليا من ١٣٤ جمعية على اتساع ١١٢ دولة مختلفة وهم يمثلون أكثر من ٢٠٠,٠٠٠ طبيب نفسي.
تنظم الجمعية العالمية للطب النفسي المؤتمر العالمي للطب النفسي مرة كل ثلاث سنوات. كذلك تنظم ايضا 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 النفسى. لقد انتجت الجمعية عدة برامج تعليمية وسلسلة كتب. لقد طورت الجمعية الهاديات العريضة لأداب مهنة ممارسة الطب النفسى بمافيها 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 الإجتماعات 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 الأدارة عبد الغني الأنصاري

المجلة العالمية للطب النفسى

المجلة العالمية للطب النفسي هي الناطقة الرسمية للجمعية العالمية للطب النفسي. تنشر في ثلاثة اصدارات في السنة وترسل مجانا لاطباء النفس الذين تقدموا بأسمائهم وعناوينهم من أعضاء الجمعيات الوطنية للطب النفسى والشعب العلمية للجمعية العالمية للطب النفسى.
ترحب المجلة العالمية للطب النفسى 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 الإستشارية:
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 مجانا 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 التحرير:

جمهورية مصر العربية

طارق عكاشه

احمد عبد اللطيف

الجمهورية اللبنانية

ايلي كرم

الجمهورية التونسية

جمال التركى

الجماهرية الليبية

على الرويعى

الجمهورية العراقية

قاسم العوادي

جمهورية السودان

عبد الله عبد الرحمن

الجمهورية العربية السورية

بيار شينيارا

الجمهورية الجزائرية

فريد كاشا

المملكه العربية السعودية

طارق الحبيب

المملكه الأردنيه الهاشمية

وليد سرحان

المملكه المغربية

دريس موسوى

مملكة البحرين

شارلوت كامل

إمارة دولة الكويت

صلاح عيد

الإ مارات العربية المتحدة

طارق درويش

طلعت مطر

دولة فلسطين

بسام الإشهب

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 أهمال أو تقصير أو خلافه أو كنتيجة لأستخدام 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.

المقالة الافتتاحية

عامل التأثير الجديد للمجلة العالمية للطب النفسي

Mario Maj
رئيس الجمعية العالمية للطب النفسي

حصلت مجلة World Psychiatry مؤخرا على عامل التأثير الجديد لها وهو 4,375. وأصبحت الآن ضمن المراكز العشرة الأوائل لمجلات الطب النفسي العام وضمن العشرين الأوائل لمجلات الطب النفسي الإكلينيكي والطب النفسي البيولوجي وعلم النفس الدوائي.

وتصدر المجلة حاليا بخمسة لغات: الإنجليزية والأسبانية والصينية والروسية والفرنسية، كما تتم أيضا ترجمة المقالات أو الملخصات للغات أخرى مثل اليابانية والبولندية والرومانية ونشرها على الموقع الإلكتروني للجمعية العالمية للطب النفسي أو للجمعيات الأعضاء في الجمعية أو كليهما. ويمكن تنزيل جميع أعداد المجلة مجانا من على الأرشيف الإلكتروني PubMed Central من خلال الرابط التالي: (www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/journals/297) وكذلك من على موقع الجمعية العالمية للطب النفسي الإلكتروني (www.wpanet.org). وتصل النسخة المطبوعة من المجلة لأكثر من 33 ألف طبيب نفسي في 121 دولة، والتي تعد بالنسبة للعديد منهم بمثابة المجلة النفسية العالمية الوحيدة التي يمكن الحصول عليها.

ولا تحتوي هذه المجلة على أية إعلانات، وذلك تنفيذا لأحد قرارات اللجنة التنفيذية للجمعية العالمية للطب النفسي الصادر عام 2001.

إن ثمة هدفين رئيسيين وراء إصدار مجلة World psychiatry يجعلها مختلفة عن معظم المجلات النفسية العالمية الأخرى – وربما جميعها. ويتمثل الهدف الأول في الوصول لأكبر عدد ممكن من الأطباء النفسيين في مختلف دول العالم لنشر المعلومات حول أحدث التطورات الإكلينيكية والخدمية والبحثية الملحوظة بلغة يمكن للغالبية العظمى منهم استيعابها وفهمها جيدا. ويعد الارتباط بالممارسة الإكلينيكية اليومية للأطباء النفسيين العاديين ومدى الاستفادة منها لتعزيز تطورهم المهني هما العاملين الرئيسيين الذي يتم على أساسهما تقييم أية مقالة يتم تقديمها لمجلة *World psychiatry*. وعلاوة على ذلك، يجب أيضا أن يكون أسلوب المقالة بسيطا وواضحا.

ويتمثل الهدف الثاني في منح الأطباء النفسيين من كافة المناطق حول العالم مساحة للتعبير وتشجيعهم على تقديم أبحاثهم وتعليقاتهم وتقاريرهم عن وسائل علاجية مبتكرة. ومن ضمن المقالات التي تم نشرها في مجلة World Psychiatry في العامين الأخيرين، بلغت نسبة المقالات التي كتبها شخص واحد على الأقل من الدول ذات الدخل المنخفض أو المتوسط 21% من بينها 7 مقالات كتبها شخص واحد على الأقل من أفريقيا.

هل نحن في حاجة لمجلة مثل مجلة *World Psychiatry*؟ هل ثمة مشاكل حاليا فيما يتعلق بتوصيل المعلومات عن التطورات الإكلينيكية والخدمية والبحثية الى الأطباء النفسيين حول العالم وكذلك فيما يتعلق بتقديم الأطباء النفسيين من الدول غير الغربية مقالات لنشرها في المجلات النفسية العالمية وأيضا بالنسبة لوجود مرجع سريري لجزء من البحث العلمي الذي يتم نشره في المجلات النفسية؟ أعتقد أنه يمكن الإجابة على كل سؤال من تلك الأسئلة بالإيجاب.

لقد أصبحت إمكانية حصول الطبيب النفسي العادي على المجلات النفسية العالمية أمرا يزداد صعوبة باستمرار. ولا يرجع السبب لذلك لأسباب مادية فحسب، (الأغلبية العظمى من الأطباء النفسيين في العالم لا يستطيعون تحمل تكاليف الاشتراك الشخصي حتى في مجلة نفسية عالمية واحدة وتعمل العديد من المراكز الأكاديمية حاليا على تقليل عدد المجلات التي تشترك فيها)، ولكن أيضا إلى الصعوبة الموضوعية في فهم اللغة والمفاهيم والتفاصيل الفنية للعديد من المقالات إلى جانب ضعف الحافز تجاه قراءة أبحاث ليس لها مرجع سريري واضح. وتزداد الفجوة التقليدية بين دائرة الباحثين الصغيرة والعدد الهائل من الممارسين النفسيين اتساعا أكثر وأكثر.

ولقد سجلت الأبحاث مرارا وتكرارا بأنه لم يستطع سوى عدد قليل جدا من الأطباء النفسيين من الدول غير الغربية تقديم مقالات لنشرها في المجلات النفسية العالمية. وبالإضافة إلى المشاكل المتعلقة باللغة والتقاليد المرتبطة بالأبحاث، فإن الحقيقة هي أن البحث في علم النفس أصبح عملا مكلفا ومعقدا بشكل متزايد حينا بعد آخر. وتتضمن محتويات المجلات العلمية الرئيسية الخاصة بنا بشكل متزايد أبحاثا متطورة عن التصوير العصبي أو البيولوجيا الوراثية أو الجزيئية والتي يتم إجرائها في أقسام أكاديمية لديها موارد جيدة بعدد محدود من الدول الغربية. وتزداد الفجوة التقليدية بين الدول النامية والدول المتقدمة فيما يتعلق بالأبحاث النفسية أكثر وأكثر.

وربما تعد أيضا الفجوة بين الأمور التي يتناولها جزء من أي بحث نفسي يتم نشره والأمور الأخرى التي يعتبرها الأطباء المعالجين مرتبطة بممارساتهم الإكلينيكية اليومية في تزايد مستمر. ويعد البحث البيولوجي في علم النفس هاما بالنسبة لتقدم المعرفة وتطور وسائل علاجية جديدة. ومع ذلك، من المحتمل أننا كنا متحررين أكثر من اللازم في العقود الأخيرة الماضية فيما يتعلق بقبول الأبحاث البيولوجية لنشرها في المجلات النفسية العالمية.

وقد يمكننا إدراك ذلك الأمر عند النظر إلى بعض الأبحاث التي تم نشرها منذ 10 أو 15 عاما؛ فالرسالة التي كانت تنقلها تعد الآن قديمة تماما. ولا يرجع السبب لذلك إلى حد كبير إلى تطور تقنيات جديدة في الوقت الحالي، ولكنه يرجع إلى أن النتائج نفسها (في أغلب الأحيان، فرق صغير ولكنه هام من الناحية الإحصائية بين عينة من المرضى تم تشخيص حالتهم على أنهم يعانون من مرض نفسي وعينة أخرى

كمجموعة ضابطة من الأفراد الأصحاء، فيما يتعلق بالقيم المتوسطة لمتغير بيولوجي واحد أو عدة متغيرات بيولوجية) لم تكن تستند إلى مراجع علمية أو إكلينيكية فعلية.

ومن خلال معرفة الهدفين السابق ذكرهما، فإنه من المفهوم أن محتويات كل نسخة من مجلة World psychiatry والصفة الغالبة العامة لها تعد مختلفة عن تلك الخاصة بالمجلات النفسية العالمية الأخرى. ومن ضمن أهم المحتويات هي المنتديات التي يفضلها قراء المجلة على نحو خاص والتي تجتذب دائما العديد من الاقتباسات في المؤلفات العالمية. ومن ضمن أكثر المنتديات نجاحا التي قمنا بنشرها في الأعوام القليلة الماضية هي المنتديات التي تتناول مفهوم الاضطراب النفسي (1) والتي تتناول تعارض المصالح في مجال الطب النفسي (2) إلى جانب الخطوات والتحديات والدروس المستفادة فيما يتعلق بالارتقاء بمستوى رعاية الصحة النفسية المجتمعية (3) بالإضافة إلى دور القصور الوظيفي في تشخيص الاضطرابات النفسية (4) والدروس المستفادة من التجارب الواقعية لأدوية الأمراض النفسية (5) والتدخل المبكر لعلاج مرض الذهان (6). ولقد تضمن كل منتدى من هذه المنتديات مشاركين من كافة أنحاء العالم. ومن ضمن المحتويات الخاصة الأخرى هي الأبحاث الخاصة بسياسة الصحة النفسية التي تقدم معلومات عن الخبرات الإبداعية في مجال رعاية الصحة النفسية من مختلف المناطق (7، 8) أو تناول موضوعات مثل هجرة الكفاءات من الأطباء النفسيين أو ما يسمى "بهجرة العقول" (9) أو الاحتراق النفسي لدى الأطباء النفسيين (10) والتي نادرا ما يتم تناولها في المجلات النفسية العالمية.

ومن ضمن التقارير البحثية، نعطي أولوية للدراسات الدولية والوطنية متعددة المراكز من خلال تقديم بيانات عن وبائيات الاضطرابات النفسية في مختلف الدول أو اختبار الوسائل العلاجية المبتكرة المرتبطة بتقديم خدمة رعاية الصحة النفسية أو التدخلات النفسية الاجتماعية. وفي الأعوام القليلة الماضية، قدمنا على سبيل المثال تقريرين من التقارير الرئيسية عن مبادرة المسح العالمي للصحة النفسية (11، 12)؛ وهي أول دراسة عن انتشار الاضطرابات النفسية في العراق والأمور المتعلقة بها (13)، والتي جذبت انتباه العديد من الصحف مثل صحيفة هيرالد تريبيون Herald Tribune العالمية وصحيفة واشنطن بوست Washington Post وصحيفة نيويورك تايمز New York Times؛ إلى جانب أول تجربة متحكم بها لتدخل داخل قاعة الدرس للأطفال والمراهقين الذين تعرضوا لخبرات الحرب في الشرق الأوسط (14).

ويتم تقديم جميع مقالاتنا الاستعراضية من مصادر خارجية وتتناول موضوعات تحظى باهتمام كبير من قبل الأطباء النفسيين في مختلف أنحاء العالم. ومن أكثر المقالات التي أعجب بها القراء في الأعوام القليلة الماضية المقالات التي تتناول الحزن والأسى على فراق عزيز (15) والتي تتناول العوامل الثقافية في التشخيص النفسي (16) والوصمة الذاتية لدى الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية خطيرة (17) بالإضافة إلى النتائج الثانوية للسلوكيات العصبية المتعلقة بإصابات الدماغ الرضية (18) وتشخيص وعلاج اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه لدى الكبار (19).

وقد كان المنتدى الذي تم نشره في أحد الأعداد الأخيرة لمجلة World Psychiatry يحمل عنوان "هل الأطباء النفسيين مهددون بالانقراض؟" (20). ففي واقع الأمر، تم إلصاق وصمة بنا وبمهنتنا في العديد من دول العالم. ويرجع ذلك بالتأكيد إلى الصعوبة التي نواجهها في توصيل الصورة الجديدة للطب النفسي: وهي صورة لفرع متكامل من فروع المعرفة والذي يتعامل مع مجموعة واسعة النطاق من الاضطرابات بما في ذلك الاضطرابات الشائعة الحدوث بشكل كبير للأفراد وذلك باستخدام التدخلات التي تتمتع على الأقل بنفس فاعلية التدخلات المتاحة في معظم فروع الطب الأخرى. وعلى الرغم من ذلك، ليس من العدل أن نذكر أن الطب النفسي لا يواجه سوى مشكلة تحديد صورته الجديد بشكل أكثر نجاحا فحسب، حيث يجب أن نقر بأن مهنتنا تواجه هي أيضا مشكلة في العديد من السياقات في عدة دول فيما يتعلق بملائمة هذه الصورة الجديدة بالنسبة لحقيقة الممارسة الإكلينيكية والبحث والتدريب.

ونأمل في أن يساهم نشر مجلة World Psychiatry في تحديث صورة الطب النفسي وحقيقته في أكبر عدد ممكن من الدول في العالم.

المراجع

1. Wakefield JC. The concept of mental disorder: diagnostic implications of the harmful dysfunction analysis. World Psychiatry 2007;6:149-56.
2. Fava GA. Financial conflicts of interest in psychiatry. World Psychiatry 2007;6:19-24.
3. Thornicroft G, Tansella M, Law A. Steps, challenges and lessons in developing community mental health care. World Psychiatry 2008;7:87-92.
4. Üstün B, Kennedy C. What is "functional impairment"? Disentangling disability from clinical significance. World Psychiatry 2009;8: 82-5.
5. Fleischhacker WW, Goodwin GN. Effectiveness as an outcome measure for treatment trials in psychiatry. World Psychiatry 2009;8: 23-7.
6. McGorry PD, Killackey E, Yung A. Early intervention in psychosis: concepts, evidence, and future directions. World Psychiatry 2008;7:148-56.
7. Alem A, Jacobsson L, Hanlon C. Community-based mental health care in Africa: mental health workers' views. World Psychiatry 2008;7:54-7.
8. Ng C, Herrman H, Chiu E et al. Community mental health care in the Asia-Pacific region: using current best-practice models to informfuture policy. World Psychiatry 2009;8:49-55.
9. Gureje O, Hollins S, Botbol M et al. Report of the WPA Task Force on Brain Drain. World Psychiatry 2009;8:115-8.
10. Kumar S. Burnout in psychiatrists. World Psychiatry 2007;6:186-9.
11. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distribution of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. World Psychiatry 2007;6:168-76.
12. Wang PS, Angermeyer M, Borges G et al. Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. World Psychiatry 2007;6:177-85.
13. Alhasnawi S, Sadik S, Rasheed M et al. The prevalence and correlates of DSM-IV disorders in the Iraq Mental Health Survey (IMHS).World Psychiatry 2009;8:97-109.
14. Karam EG, Fayyad J, Nasser Karam A et al. Effectiveness and specificity of a classroom-based group intervention in children and adolescents exposed to war in Lebanon. World Psychiatry 2008;7:103-9.
15. Zisook S, Shear K. Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. World Psychiatry 2009;8:67-74.
16. Alarcon RD. Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: review and projections. World Psychiatry 2009;8:131-9.
17. Corrigan PW, Larson JE , Rusch N. Self-stigma and the ''why try''effect: impact on life goals and evidence-based practices. World Psychiatry 2009;8:75-81.
18. McAllister TW. Neurobehavioural sequelae of traumatic brain injury: evaluation and management. World Psychiatry 2008;7:3-10.
19. Faraone SV, Anthsel KM. Diagnosing and treating attention-deficit/ hyperactivity disorder in adults. World Psychiatry 2008;7:131-6.
20. Katschnig H. Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession. World Psychiatry 2010;9:21-8

دليل الجمعية العالمية للطب النفسي (WPA) بشأن كيفية مكافحة وصمة الطب النفسي والأطباء النفسيين

Norman Sartorius[1], Wolfgang Gaebel[2], Helen-Rose Cleveland[2], Heather Stuart[3], Tsuyoshi Akiyama[4], Julio Arboleda-Flórez[3], Anja E. Baumann[5], Oye Gureje[6], Miguel R. Jorge[7], Mariannе Kastrup[8], Yuriko Suzuki[9], Allan Tasman[10]

1Association for the Improvement of Mental Health Programmes, Geneva, Switzerland; 2Department of Psychiatry and Psychotherapy, Heinrich-Heine-University Düsseldorf, Germany; 3Queen's University, Kingston, Canada; 4Department of Psychiatry, Kanto Medical Center, University of Tokyo, Japan; 5World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark; 6Department of Psychiatry, University College Hospital, Ibadan, Nigeria; 7Federal University of Sao Paulo, Brazil; 8Center for Transcultural Psychiatry, Psychiatric Clinic, Rigshospitalet, Copenhagen, Denmark; 9National Institute of Mental Health, Department of Adult Mental Health, Tokyo, Japan; 10Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, University of Louisville, KY, USA

في عام 2009، أنشأ رئيس الجمعية العالمية للطب النفسي فريق عمل منوط به فحص الأدلة المتاحة عن وصمة الطب النفسي والأطباء النفسيين وعمل توصيات حول ما يمكن القيام به من قبل الجمعيات الوطنية للطب النفسي والأطباء النفسيين المهنيين لخفض أو منع الوصمة ومنع نتائجها الشائنة. ويعرض هذا البحث موجزا للنتائج التي توصل إليها فريق العمل وكذلك التوصيات، وقد استعرض فريق العمل المؤلفات المتعلقة بصورة الطب النفسي والأطباء النفسيين في وسائل الإعلام وآراء عامة الجمهور حول الطب النفسي والأطباء النفسيين، وأيضا آراء طلاب الطب ومتخصصي الرعاية الصحية غير الأطباء النفسيين وأيضا الأشخاص الذين يعانون من أمراض نفسية وأسرهم، كما استعرض الأدلة حول التدخلات التي تعهدت بمكافحة الوصمة والتمييز الذي ترتب عليها، كما قدم سلسلة من التوصيات للجمعيات الوطنية للطب النفسي والأطباء النفسيين. ولقد ركز فريق العمل على صياغة أفضل الممارسات في الطب النفسي وتطبيقها في مجال الخدمات الصحية وعلى تنقيح المناهج الدراسية لتدريب العاملين في مجال الصحة، وأوصى أيضا بأن الجمعيات الوطنية للطب النفسي عليها إقامة صلات مع غيرها من الجمعيات المهنية ومنظمات المرضى وذويهم ومع وسائل الإعلام لمعالجة مشكلات وصمة الطب النفسي على نطاق واسع، وأبرز فريق العمل أيضا الدور الذي يمكن أن يؤديه الأطباء النفسيين في منع وصمة الطب النفسي، وأكد على الحاجة إلى وجود علاقة احترام مع المرضى ودقة الالتزام بالمعايير الأخلاقية في ممارسة الطب النفسي بالإضافة إلى الحفاظ على الكفاءة المهنية.

الكلمات الرئيسية: *الوصمة، الطب النفسي، الأطباء النفسيين، عامة الجمهور، وسائل الإعلام ، طلاب الطب، المرضى وذويهم، القواعد الأخلاقية*

(مجلة الجمعية العالمية للطب النفسي سبتمبر 2010 ؛ 131: 144)

إن من ضمن الأهداف المتضمنة في خطة العمل الخاصة بالجمعية العالمية للطب النفسي في الفترة من 2008 –2011، والتي اعتمدتها الجمعية العمومية للجمعية العالمية للطب النفسي هي تحسين صورة الطب النفسي والأطباء النفسيين في أعين متخصصي الرعاية الصحية، وعامة الجمهور وصناع القرارات المرتبطة بالصحة وطلاب المهن الصحية (1، 2). وسعيا لتحقيق هذا الهدف، قام رئيس الجمعية العالمية للطب النفسي بإنشاء فريق عمل وعهد إليه بوضع توجيهات بشأن كيفية مكافحة وصمة الطب النفسي والأطباء النفسيين.

ويقدم هذا البحث استعراضا للمعلومات الحالية في هذا المجال وعرض سلسلة من التوصيات حول ما يمكن عمله للتصدي للمشكلة.

الطرق المستخدمة لمراجعة الأدلة المنشورة

أجرى فريق العمل مراجعة للأبحاث المنشورة لتحديد المطبوعات التي تتناول صورة كل من الطب النفسي والأطباء النفسيين ومؤسسات الصحة النفسية والعلاج النفسي. ولقد تم تطبيق خوارزمية البحث الذي تم اختيارها على قاعدة بيانات Social SciSearch/ مؤشر الاستشهادات المرجعية في العلوم الاجتماعية وقاعدة بيانات PsychINFO وقاعدة بيانات Embase وسوميد (البحث المشترك من خلال محرك البحث البيني الخاص بالمعهد الألماني للتوثيق الطبي والمعلومات DIMDI – العنوان فقط) وقاعدة بيانات Medline (عناوين وملخصات).

ويهدف الاستعراض إلى توفير سردا شاملا للمفاهيم النمطية عن الطب النفسي والأطباء النفسيين. وعلى الرغم من ذلك، ثمة العديد من المواضيع التي تتعلق بالمواقف تجاه الطب النفسي والأطباء النفسيين (مثل السلوك الساعي إلى المساعدة، الالتزام) والتي لا يمكن إدراجها تماما، ومن ثم لن يتم ذكرها إلا إذا كانت تبدو ذات صلة بالموضوع.

ولقد تم إجراء البحث في يوليو 2009، ولم يكن يقتصر على سنة معينة أو على تحديد المقالات المنشورة باللغة الإنجليزية والألمانية، كما أسهم أعضاء فريق العمل بوضع اقتراحات حول مقالات أخرى منشورة بلغات أخرى كانوا على علم بها. ولقد أسفر البحث الأول عن 8217 مقالة، تبقى منها 7296 مقالة بعد استبعاد النسخ المكررة.

وبعد فرز العناوين والملخصات أمكن تحديد 398 بحثا يحتمل أن يكون ذا صلة بالموضوع، وبعد استعراض مزيد من المراجع المنشورة، تم إضافة المزيد منها، وتم بحث مجموعة من 503 دراسة من الدراسات التي يحتمل أن تكون ذات صلة بالموضوع بالتفصيل حيث تشكل الأساس لهذا الاستعراض.

نتائج استعراض المعلومات

لقد قمنا بتعريف الوصمة على نطاق واسع، لتشمل الصور النمطية السلبية والمعتقدات الضارة لدى الناس، فضلا عن الممارسات التمييزية أو غير المنصفة التي يمكن أن تنتج عن ذلك. وعلاوة على ذلك، لقد أدركنا أن الوصمة والتمييز قد تحدث على مستوى الفرد، من خلال التفاعلات بين الأفراد، وكذلك على مستوى الهياكل الاجتماعية بسبب السياسات غير العادلة، والممارسات والقوانين (3). وسنتناول أولا وصمة الطب النفسي (والعلاجات النفسية)، ثم وصمة الأطباء النفسيين.

وصمة الطب النفسي

الرأي العام

لقد كان الرأي العام تجاه المصحات النفسية سلبيا دائما خلال العقود الماضية. ولقد كانت "مستشفى الأمراض النفسية" تصور عادة على أنها مؤسسة كبيرة بها غرف احتجازية (4)، وأبواب مغلقة وعادة ما تقع في الضواحي بعيدا عن المجتمع (5، 6). ويعتقد 25 % من المشاركين في دراسة استقصائية ممثله للمجتمع الألماني (4) أن المرضى لا يتم السماح لهم بالخروج، ويعتقد 50 % أن الأصفاد ما تزال قيد الاستخدام.

ويمكن ملاحظة بعض التغييرات الإيجابية في السبعينيات مع تطور الرعاية الصحية النفسية المجتمعية (7). ومع ذلك، قوبلت الرعاية المجتمعية بمقاومة من سكان المجتمعات المحلية، والتي يشار إليها بظاهرة معارضة السكان (NIMBY). فعلى سبيل المثال، في حين رفض 81 % من الأمريكيين، في إحدى الدراسات، فكرة أن "أفضل طريقة للتعامل مع المرضى النفسيين هي إبقائهم خلف الأبواب المغلقة، رحب فقط عدد أقل (31 %) بوجود مركز للصحة النفسية للمرضى الخارجيين في الجوار (8). وشملت أسباب هذه المقاومة المخاوف من انخفاض قيمة العقار وسلامة الأطفال والسلامة الشخصية (9–12).

ولقد تم التوصل إلى أن الآراء العامة حول العلاج النفسي تعد متفاوتة ومتنوعة. ففي حين كشفت بعض الدراسات أن المشاركين في البحث يعتبرون العلاج النفسي مفيدا (13–15)، أعرب المشاركون، في دراسات أخرى، عن قلقهم إزاء نوعية وفاعلية العلاج النفسي (16–18). وفي بعض الأبحاث الأخرى اعتبر المشاركون أن العلاج النفسي ضار (19–21).

وعند الاختيار بين مجموعة من وسائل العلاج النفسي، عادة ما كان الاختيار المفضل هو العلاج النفسي على حساب العلاج الدوائي (6، 20، 22–33). ومع ذلك، يبدو أن صياغة الأسئلة كان لها تأثيرا على النتائج. وعند الاختيار الإجباري لإحدى وسائل العلاج المختلفة، يبدو أن الأفضلية تعود للعلاج النفسي، ولكن إذا تم تقييم قبول نوع معين من العلاج، تكتشف الدراسات عادة ارتفاع معدلات القبول للعلاج النفسي والدوائي على حد سواء (34–37).

وتميل عامة الناس إلى المبالغة في تقدير فاعلية العلاج النفسي، حيث يوصون به كعلاج وحيد حتى بالنسبة لاضطراب مثل الفصام حيث تشير الأدلة العلمية لأهمية العلاج الدوائي (22، 38). وعلى النقيض من ذلك، ينظر إلى الآثار السلبية لأدوية الأمراض النفسية على أنها خطيرة، في حين أن الآثار الإيجابية يقلل من شأنها (31، 39، 40). وفي بعض الحالات، على الرغم من الاتفاق على فاعلية العلاج الدوائي، إلا أن أغلبية المشاركين لن يكونوا على استعداد للعلاج بأدوية الأمراض النفسية (41).

ولقد اكتشف أن ثمة خمس أفكار خاطئة عن أدوية الأمراض النفسية منتشرة بين عامة الناس؛ وهى أن تلك الأدوية ينظر إليها على أنها تسبب الإدمان (30، 31، 39، 42–44)، وأنها تعد "تهدئة بدون علاج" (30، 38، 39، 44–46)، وأنها "غزو للهوية" (39)، ومجرد تخدير للمرضى (40)، وغير فعالة في منع الانتكاس (30). وتوجد أيضا هذه المفاهيم الخاطئة في أفريقيا، حيث يتم الوثوق بالمعالجين التقليديين أكثر من الأطباء الغربيين المدربين (47، 48). وفي أغلب الأحيان، لوحظت مواقف سلبية حول العلاج بالصدمة الكهربائية (ECT). ففي دراسة لسكان أستراليا، على سبيل المثال، وجد أن 7 % فقط ينظر للعلاج بالصدمة الكهربائية على أنه مفيد، بينما ينظر 70% إليه على أنه ضار (22).

طلاب الطب

جاءت النتائج بين طلاب الطب متفاوتة، ومتناقضة أحيانا. فبينما كان الوضع العام للطب النفسي كتخصص منخفض المكانة، أفادت بعض الدراسات أن ثمة تغييرات إيجابية في المواقف، سواء على مرور الزمن (49، 50) أو بعد الانتهاء من التدريب النفسي خلال الدراسة في كلية الطب (51–71)، على الرغم من أن ذلك التحسن في المواقف يبدو تحسنا عابرا (72–75). وفي دراسات أخرى، لم يلاحظ حدوث تحسن في المواقف (76–83). وعلى الرغم من المواقف الإيجابية، فإن نسبة طلاب الطب التي تشير إلى أنهم سوف يختارون الطب النفسي كمهنة تعد غالبا نسبة منخفضة (84–91).

ومن بين الأسباب الرئيسية المذكورة لعدم اختيار الطب النفسي كمهنة هي التصور بأنه في مكانة متدنية وأيضا قلة الاحترام الموجه له بين التخصصات الطبية الأخرى (49، 87، 92–111). وفي استقصاء أجري مؤخرا لطلاب الطب بالولايات

المتحدة بخصوص التخصصات الطبية التي يحجم عنها الأطباء لأنها لا تلقى التقدير اللازم، جاء الطب النفسي في المرتبة الثالثة (39%) بعد طب الأسرة والطب الباطني العام (112).

ومما يبدو أن الانجذاب للطب النفسي كان يعتمد أساسا على أنه مثير للاهتمام والتحدي الفكري (77، 101، 110)، ويوفر المهنة التي تحقق الرضا الوظيفي و فتح آفاق جيدة (101، 113، 114). ولكن عادة لا ينظر طلاب الطب إلى الطب النفسي على أنه اختيار مهني مثير للتحدي (الفكري) (101، 115–117) ولكن ينظرون إليه كمهنة تحقق رضا وظيفي منخفض وإنجاز محدود (109). ومع ذلك، تم تصنيف الطب النفسي، في دراسات أخرى، على أنه التخصص الأكثر جاذبية فيما يتعلق بالتحدي الفكري (92، 118، 119).

ومن الجوانب المؤثرة أيضا كان تأثير أسر الطلاب على مواقفهم وقراراتهم بهدف اتخاذ الطب النفسي كمهنة. وتعد الصور النمطية المتخذة عن الطب النفسي مثل أنه "وقت ضائع" منتشرة على نطاق واسع بين أسر طلاب الطب (94، 120)، على الرغم من أن الطلاب لا يشعرون بالضرورة أن أسرهم تحاول أن تثنيهم عن اتخاذه كمهنة (100، 104). ومع ذلك، يعكس هذا الموقف صورة الطب النفسي على أنه ليس "طب حقيقي" (109). وتلعب أيضا الجوانب المالية، مثل الأجور المنخفضة (49، 87، 92، 99، 106، 107، 109، 116، 121، 124) وانعدام التمويل الحكومي (103، 125–129) دورا في تشكيل صورة الطب النفسي كتخصص. وتؤثر هذه العوائق المالية على مواقف طلاب الطب في كل من التخصصات الإكلينيكية و البحثية.

ويتصور أيضا طلاب الطب أن الطب النفسي يفتقر إلى الأساس العلمي المتين الموثوق به (92، 97، 101، 109، 117، 119، 130–135). ويستند هذا الموقف جزئيا إلى بعض الأسباب وراء عدم التحاق طلاب الطب بتخصص الطب النفسي، والتي من بينها عدم التيقن بشأن تصنيف وتشخيص الأمراض النفسية (109، 136، 137). ولقد لاقى تصنيف الاضطرابات النفسية في الفئات الخاصة بالدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات النفسية (DSM) والتصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشكلات المتعلقة بالصحة (ICD) انتقادا لأن غالبية هذه الفئات التشخيصية لم يتم التحقق من صحتها من خلال المعايير البيولوجية (138–141)، مما أدى إلى تعزيز الصورة المتخذة عن الطب النفسي على أنه ليس "طب حقيقي". ويشتمل أحد جوانب هذه المناقشة على تساؤل عما إذا كانت الأبحاث التي استخدمت تشخيصات لم يتم التحقق من صحتها كمعايير يمكن إدراجها في الأبحاث هي أيضا أبحاث "غير صالحة" (142).

ولقد كانت النتائج فيما يتعلق برأي طلاب الطب في العلاج النفسي ونتائجه متفاوتة. فكثيرا ما كان طلاب الطب يعتبرون العلاجات النفسية غير فعالة (115، 143) ويعتبرون الطب النفسي "بطيء جدا في التقدم" (133).

ولقد كان طلاب الطب غالبا متشككين بشكل أقل من عامة الجمهور إزاء أدوية الأمراض النفسية (144– 145). ومع ذلك، تعرضت أدوية الأمراض النفسية لانتقادات بسبب عدم استهدافها للسبب الفعلي للمرض (146). وفي بعض الحالات، كان تصنيف العلاج النفسي أكثر إيجابية (147).

ولقد كانت مواقف طلاب الطب أيضا متفاوتة تجاه العلاج بالصدمة الكهربائية (ECT). ولقد نظر إليه معظم المشتركين كشكل من أشكال العقاب (148، 149)، ولكنه يمكن اللجوء إليه فقط كحل أخير (150). وفي المقابل، لم يتفق أغلبية طلاب الطب في دراسة نيجيرية مع فكرة العلاج بالصدمة الكهربائية ويرون أنه يساء استخدامه كعقاب (151). وأفاد الطلاب بالمملكة المتحدة بعدم وجود أية مخاوف من إساءة استخدام العلاج بالصدمة الكهربائية عن طريق الأطباء النفسيين، خلافا لحوالي 30 % من نظرائهم في العراق ومصر (152). ويمكن أن تعزى المواقف السلبية تجاه العلاج بالصدمة الكهربائية إلى وسائل الإعلام ومشاهد الأفلام (148، 153)، في حين أن الطلاب بالمملكة المتحدة كانوا الأكثر ملاحظة لحالات فعلية تم علاجها عن طريق العلاج بالصدمة الكهربائية (152، 154).

متخصصو الرعاية الصحية

تم بحث مواقف أطباء الأسرة تجاه الطب النفسي في بعض الدراسات. ووجد سببان وأمكن تحديدهما لعدم الإحالة للطب النفسي (155) وهما: المخاوف بشأن فاعلية العلاج النفسي والوصمة للمريض. وكثيرا ما كانت تعتبر الأدوية النفسية ضرورية، ولكن تم التوصية أيضا بالعلاج النفسي والمناهج المشتركة في العلاج. (156، 157).

ولم تتم دراسة صورة الطب النفسي من منظور الأطباء النفسيين على نطاق واسع. ولقد أظهرت إحدى الدراسات لتقييم مدى الشعور بالرضا عن التخصص بين عينة من الأطباء النفسيين وأطباء الأطفال أن الرضا عن التخصص سجل تقديرا مرتفعا بين الأطباء النفسيين (158)، ودون أي اختلاف في الرضا مقارنة بأطباء الأطفال. ومن خلال قيام لامبرت وآخرين (136) بتقييم الأسباب التي دفعت الأطباء النفسيين إلى ترك هذا التخصص بعد اختيارهم له في البداية، قرر أن الأسباب الرئيسية التي ذكرها الأطباء النفسيين اشتملت على الصورة العامة السيئة لهذا التخصص وقلة الاحترام الموجه له بين الأطباء الآخرين إلى جانب نقص الموارد المالية. وفي دراسة بريطانية، لم يذكر سوى 71% فقط من الأطباء النفسيين استعدادهم بشكل عام للعلاج بالأدوية المضادة للذهان إذا كانوا هم أنفسهم يعانون من اضطراب فصامي (159).

ولقد تبين أن طلاب التمريض من الجنسين لهم مواقف إيجابية تجاه الطب النفسي (160–166). وينطبق ذلك أيضا على طلاب الصيدلة (167).

ولقد كانت مواقف متخصصي الرعاية الصحية من العلاجات النفسية المحددة متطابقة مع الرأي العام ومع طلاب الطب. ومن ثم كثيرا ما كان ينظر إلى الأدوية المخزنة على إنها إلزامية وتمس باستقلالية المريض (168، 169)، وكان العلاج النفسي يفضل على العلاج بمضادات الاكتئاب (170)، وكانت أدوية الأمراض النفسية تعد في كثير من الأحيان مقبولة فقط كحل أخير (171). ومع ذلك، كان للأخصائيين الاجتماعيين موقفا إيجابيا إزاء أدوية الأمراض النفسية (172، 173)،

كما أفاد 35 % فقط من متخصصي الصحة النفسية من غير الأطباء أنهم من الممكن أن يفكروا في العلاج بالأدوية المضادة للذهان إذا كانوا هم أنفسهم يعانون من اضطراب فصامي، في حين أن 85% منهم سوف يوصون بها لأقاربهم (159). ولقد أوصت ممرضات الصحة النفسية باستخدام العلاج بالصدمة الكهربائية فقط في حالات الاكتئاب الشديدة (174). ولقد أثارت أساليب العلاج الإلزامي مشاعر قوية بين الممرضات (175، 176).

المرضى وذويهم

يعد السبب الذي كثيرا ما يذكره المرضى الذين رفضوا التحويل إلى الطبيب النفسي هو الخوف من وصمة المرض النفسي إلى جانب التوقعات السلبية إزاء العلاج ونوعيته (177). ويتوقع المرضى عادة أن العلاج سيكون مفيدا (178، 179)، ولقد كان معظم مرضى العيادات الخارجية في مراكز الصحة النفسية المجتمعية راضيين عن العلاجات التي تلقوها (180، 181). ومع ذلك، غالبا ما يشير المرضى إلى أن ثمة توقعات بأن العلاجات مثل العلاج بالصدمة الكهربائية ستكون مؤلمة وأن الأدوية يمكن أن تعطى للمرضى بدون موافقتهم (26، 182).

وفيما يتعلق بنماذج معينة للعلاج النفسي، يترسخ في ذهن المرضى وذويهم – وأيضا العامة – نفس الأفكار النمطية عن أدوية الأمراض النفسية. ونتيجة لذلك، غالبا ما ترفض هذه الأدوية للاعتقاد بأنها تسبب الإدمان (32, 183–185)، وأنها لا تستهدف الأسباب الفعلية للمرض (32)، وأنها تسبب تغييرات في الشخصية (179، 186) وكبت المشاعر العادية (184). وتبين بعض الدراسات تفضيل واضح للعلاج النفسي على العلاج الدوائي (19، 26، 187، 188)، ولا يتوقع المرضى في أغلب الأحيان استخدام أدوية الأمراض النفسية عند بداية العلاج (178، 179، 189). وكثيرا ما كان ينظر للعلاج النفسي على أنه أما بطيء المفعول أو غير فعال تماما (190). ومع ذلك، مقارنة بالرأي العام، تبين أن للمرضى النفسيين وذويهم مواقف إيجابية أكثر قليلا تجاه أدوية الأمراض النفسية (191–195)، وأظهرت بعض الدراسات الارتياح بشكل كبير لهذا النوع من العلاج (196–198). ولقد أظهر المرضى النفسيين ممن سبق علاجهم بالمستشفيات مواقف أكثر إيجابية تجاه العلاج النفسي (199–201)

وفي حين ينظر كثيرا من المرضى إلى العلاج بالصدمة الكهربائية كأسلوب فعال للعلاج (202، 203)، فإن معظم المرضى يتوقعون منه آثار جانبية خطيرة (204، 205)، مما يدفعهم في أغلب الأحيان إلى اعتباره الملاذ الأخير في العلاج. ومع ذلك، كان الوضع مختلفا بالنسبة للمرضى الذين قد خضعوا بالفعل للعلاج بالصدمة الكهربائية (208–206). وبالمثل، في حين أفاد معظم المرضى أنهم لم يفضلوا العلاج الإلزامي لأنه يحد من استقلالهم، قيم معظمهم تلك التجربة الفعلية مع العلاج الإلزامي كتجربة مفيدة (197, 209–218).

وسائل الإعلام

يتم في الغالب تصوير الطب النفسي بصورة سلبية في وسائل الإعلام الإخبارية والترفيهية. وفي تعليقات وسائل الإعلام، تم تصوير الطب النفسي على إنه "تخصص دون ثقافة أو أساليب علمية أو تقنيات علاج فعال" (219). وغالبا ما تنقل الصحف والأفلام صورة سلبية عن مستشفيات الأمراض النفسية (220، 221). ولقد تم تعميم هذه الصور بسرعة وأسهمت في الصورة السلبية عن الطب النفسي (222، 223). ونادرا ما يتم تصوير مراكز الصحة النفسية المجتمعية الحديثة في وسائل الإعلام (224). وغالبا أيضا ما يتم تصوير العلاج النفسي بطريقة سلبية، مع إعطاء صورة للصدمات الكهربائية على إنها عقابية وغير فعالة (225)، وأن الاحتجاز القسري أو العلاج بالتحليل النفسي هو السائد (224، 226، 227). وتعبر "أساطير هوليوود عن الطب النفسي" (228) عن فكرة أن العلاج الناجح لا يعتمد على الدواء أو التحسن التدريجي، ولكن يعتمد على جلسة تطهيرية واحدة. ولقد كانت التقارير الصحفية بشأن أدوية الأمراض النفسية أكثر نقدا إلى حد كبير من التقارير المتعلقة بأدوية القلب، وفى كثير من الأحيان يتم التركيز على الآثار الجانبية السلبية للعلاج مع حذف المعلومات المتعلقة بالآثار المفيدة (229، 230). وكثيرا ما تكون التقارير عن العلاج بالصدمة الكهربائية سلبية ومنحازة (231). ولقد انتقدت عدة صحف مرارا وتكرارا العلاقة بين الطب النفسي والصناعة (232).

وصمة الأطباء النفسيين

الرأي العام

تعد الصورة العامة للأطباء النفسيين صورة سلبية إلى حد كبير وتستند إلى معلومات غير كافية حول تدريبهم وخبراتهم وأهدافهم. وعلى سبيل المثال، فإنه غير معروف على نطاق واسع أن الأطباء النفسيين هم أطباء مؤهلين، وأنه يتم التقليل من شأن مدة تدريبهم (6، 182، 233–235). ويعزى هذا لتدني مركزهم بين الأطباء (236) والأكاديميين (235) ومتخصصي الصحة النفسية (237). ولقد أفادت دراسات عديدة بوجود تفريق غير كاف بين مختلف تخصصات الصحة النفسية، لا سيما بين الأطباء النفسيين والأخصائيين النفسيين (233، 237، 238). وأفادت دراستان فقط أن المشاركين في البحث كانوا قادرين على التفريق بين التخصصات (6، 235). ويعد الأطباء النفسيين متهمون أيضا بالاعتماد بشكل أكثر من اللازم على الأدوية (239). وفي حالة وجود مشكلة من مشاكل الصحة النفسية، غالبا ما يوصى بتلقي المساعدة من أحد المقربين (25,27,34) أو طبيب الأسرة (241–242) بدلاً من تلقي العلاج من قبل أحد الأطباء النفسيين. ومع ذلك، تؤيد أقلية صغيرة فقط من عامة الناس الصورة النمطية بأن "الأطباء النفسيين عديمو الفائدة" (22، 236، 237، 243). إن ثمة تنافس بين القوالب النمطية الخاصة بالأدوار المهنية للأطباء النفسيين (244، 245). ومن ناحية أخرى، غالبا ما يعتبرون "عوامل للقمع" هدفهم ضمان السلوك الممتثل (244) والذين يمكنهم "أن يفهموا عقول الناس" (18). وثمة تلميح أحيانا بأن الأطباء النفسيين لا يريدون حقا أن يفهموا مرضاهم و إنهم عدائيين تجاههم (6,107). ومن ناحية أخرى، ينظر أحيانا إلى الأطباء النفسيين على أنهم وسطاء أو عرافين أو منقذين، مع توقعات مبالغ فيها حول قدرتهم على نجاح العلاج والشفاء (244). ومن ضمن المفاهيم الخاطئة الأخرى حول الأطباء النفسيين ما يتعلق بدورهم في المحاكم كخبراء يدلون بشهاداتهم حول الصحة النفسية للمدعى

عليهم. و كثيرا ما يساء فهم تفسيراتهم لسلوك المدعي عليه وتوصف تفسيراتهم بأنها "تؤدي إلى إيجاد ثغرات للمجرمين" (246، 247). وفي هذا السياق، أعرب المشتركون أيضا عن انخفاض ثقتهم في قدرة الأطباء النفسيين على الكشف عن الجنون القانوني. وبالمثل، تم التلميح إلى أن شهادة الأطباء النفسيين الشرعيين لا تستند إلى الخبرة المهنية ولكن تتم بدافع المصلحة المالية (219، 248، 249). ومع ذلك، رفض أغلبية المحامين والقضاة تلك الصورة النمطية عن الكفاءة المنخفضة (250).

ويمكن اكتشاف ثلاث صور نمطية أخرى تصف الأطباء النفسيين في المؤلفات المختلفة، والتي تشير إلى الجنون والغرابة والسوء. ويمكن القول أن أكثرها شيوعا كانت عن الطبيب النفسي الذي يعاني من مشاكل في الصحة النفسية (18، 233، 239، 251). ومع ذلك، لم نجد دراسة واحدة تقدم أدلة تجريبية مباشرة على أن عامة الناس يؤيدون فعلا هذه الفكرة الشائعة. وفي مسح سكاني (236)، وصفت الأغلبية الأطباء النفسانيين بأنهم مفيدون وجديرون بالثقة، إلا أقلية وصفوهم بالمراوغين أو عديمي الشفافية. ولكن عندما أعطيت الفرصة للاختيار بين مختلف المتخصصين في مجال الصحة النفسية، أفاد المشاركون في دراسة استقصائية في أستراليا بأنهم يشعرون براحة أقل عند التحدث مع الأطباء النفسيين وتم تصنيفهم بأنهم الأكثر غرابة (237). وأخيرا، ينظر إلى الأطباء النفسيين على أنهم خطرين ومتلاعبين (107، 252)، ويستغلون مرضاهم ويسيئوا استعمال سلطتهم (51)، حتى إلى درجة محاولة الحصول على خدمات جنسية.

طلاب الطب ومتخصصو الرعاية الصحية

يذكر طلاب الطب كثيرا سماع التصريحات السلبية والتي تستخف بقيمة الأطباء النفسيين من المعلمين في المعاهد الطبية وأثناء فترة الامتياز (120,112). وتعتمد على فكرة أن "الأطباء النفسيين يجب أن يكونوا مجانين لأنهم قادرين على التعامل مع الناس المجانين" (244) أو "العمل مع الأشخاص المجانين يودي بك إلى الجنون" (120) ويدرك طلاب الطب في بعض الأحيان أن الأطباء النفسيين غير مستقرين عاطفيا أو عصابيين أكثر من سائر التخصصات الطبية الأخرى (253,97,94,65). ويرى طلاب الطب أن الأطباء النفسيين غرباء وغامضون ومشتتو التفكير ومعقدون ويصعب فهمهم (254,253,94,79).

وعادة ما توصف مكانة الأطباء النفسيين بالمنخفضة في المجتمع الطبي. ويشير بعض المؤلفين إلى "عدم احترام الأطباء النفسيين في المجتمع الطبي" (120) الذي يتبنى الصورة النمطية للأطباء النفسيين على أنهم شخصيات " مترددة وخاملة وعديم الفائدة وغير مفهومة" (244).

وينعكس هذا التصور عن أن الأطباء النفسيين "أطباء ليسوا حقيقيون" أيضا في طبيعة خطابات الإحالة من أطباء الأسرة للأطباء النفسيين والتي نادراً ما تحتوي على معلومات حول الأعراض الجسدية (255). ومع ذلك، يقر الأطباء أن الأطباء النفسيين يمكنهم مساعدة الأشخاص المصابون باضطرابات نفسية لامتلاكهم الخبرة في هذا المجال (256). وذكر الأطباء أيضا أنهم يقدروا الأطباء النفسيين الاستشاريين وقد يرغبوا في أخذ المشورة منهم (257–259)، برغم من رفضهم الخضوع علاجيا لهم على المدى الطويل (261,250). وبرغم من هذه الاتجاهات الإيجابية إلا أن 35 % من الأطباء غير النفسيين ينظروا للأطباء النفسيين على أنهم أقل استقرارا عاطفياً من الأطباء الآخرين، ونسبة 51 % تراهم عصابيون (256). وفي حين أن الأطباء النفسيين قدروا أنفسهم بالأكثر استبطانا والأقل تحكما، والأكثر ثقافة ونضجا مقارنة بزملائهم الأطباء وعارض 77% منهم فكرة أنهم عصابيون. ومع ذلك يعي الأطباء النفسيين تماما بصورتهم السلبية (262,256,246).

ويبدو أن الأطباء النفسيين يلقون قبولا جيدا من جانب سائر الأطباء الآخرين العاملين في مجال الصحة النفسية (264,263). ولقد خضع الأطباء النفسيين لتقييم علماء النفس والممرضات والأخصائيون الاجتماعيون ويتضح من هذا التقييم مساواتهم مع التخصصات المهنية الأخرى في القدرة لكنهم أقل دفئا (265).

المرضى وذويهم

وتعتبر اتجاهات المرضى وأقاربهم متناقضة. ويتزايد رضاهم عن أداء الأطباء النفسيين (198,196) وصارت اتجاهاتهم أكثر ايجابية خلال فترة العلاج في المستشفيات (161). وكثيرا ما يعربوا عن قلقهم إزاء الفرص المتاحة وما يصاحبها من ضيق الوقت بالنسبة للمحادثات المركزة المرتبطة بها والمتواجدة داخل مراكز الرعاية النفسية (196, 266–269). وقد وصف بعض المرضى الأطباء النفسيين بالمسيطرين (267) وبعض أقارب المرضى وصفوهم بالمتعجرفين (268). ووجد ستريهلوو وبيسيور ستريهلوو (270) أن قلة الاطلاع على خبرات الأطباء النفسيين والمواقف السلبية أدت بالآباء الذين لديهم أولاد مصابين بمشاكل في الصحة النفسية إلى أن يلجئوا للأطباء النفسيين فقط كحل أخير.

وسائل الإعلام

ويمكن أيضا العثور على العديد من الصور النمطية السائدة عن الأطباء النفسيين لدى عامة الجمهور والصور التي يقدمها الإعلام عن الأطباء النفسيين. فعلى سبيل المثال، يصور الإعلام الأطباء النفسيين كغير متعاونين وعاجزين عن توفير العلاج الفعال (224,128)، وغير قادرين على تعليل سلوك المرضى أو التنبؤ به (271). وبالإضافة إلى الاستخدام المُتكرر للمصطلحات الطبية والمهنية للأطباء النفسيين (107). وكان من المعتاد عليه في منتصف القرن الماضي تصوير الطبيب النفسي بالخبيث والمسيطر(272) وأنه إنسان مُضطَهد (227). وتطورت هذه الصورة في السنوات التي تلت ذلك وظهرت أنواع مختلفة من الأطباء النفسيين. فعلى سبيل المثال، ميز شنايدر (273) بين الدكتور ديبي والدكتور الرائع والدكتور الشرير، و قدم الصور النمطية للطبيب النفسي المجنون والطبيب النفسي المعالج الممتاز والطبيب النفسي المستغل والذي ينتهك الحدود. وقد اقترح تصنيفات مماثلة على أساس تحليل الأفلام (226). وعادة ما تتضمن السمات الإيجابية للأطباء النفسيين

وأنهم على اتصال دائم بمرضاهم (228). وأشار المقال النقدي الذي حلل الأفلام الأمريكية (274) والمنقسمة إلى نصفين الأول منها يصور الأطباء النفسانيون على أنهم متعاونين ومحبوبين والنصف الآخر يصورهم على أنهم شرسين ومنتهكي الحدود.

التدخلات لمكافحة وصمة الطب النفسي والأطباء النفسيين

كشف مقالنا النقدي المتعلق بوصمة الطب النفسي والأطباء النفسيين عن ندرة البحوث المتعلقة بتطوير وتقييم التدخلات المناسبة لمكافحة الوصمة. وسنعرض نتائج هذه الدراسات القليلة الخاصة بالوصمة تجاه الطب النفسي وتجاه الأطباء النفسيين كل على حدة.

التدخلات لمكافحة وصمة الطب النفسي

وبالنسبة لوصمة تلقي العلاج النفسي أشارت بعض الأدلة إلى تحسن معرفة الناس بالاضطرابات النفسية أثناء "دورة الإسعافات الأولية في الصحة النفسية" والمتوافقة بشكل عام مع العلاجات الموصى بها (275). وتشير بعض الأدلة أيضا إلى أنه يمكن تحسين الاتجاهات تجاه مراكز العلاج النفسي عبر توفير معلومات عن الاضطرابات النفسية وطرق علاجها وكذلك الاتصال بالأشخاص الذين يعانون من هذه الاضطرابات (276). ووجد بتاجاليا وآخرون (277) أن محاضرات الصحة النفسية والتي يُلقيها الطبيب النفساني على طلاب المدارس الثانوية لا تحسن فقط من معرفتهم بالصحة النفسية، بل أيضا تحسن الاتجاهات التي تسعى لمساعدة وتقدير الأطباء النفسيين بحكم ما حصلوا عليه من تدريب.

وتغيير الصورة التي تقدمها وسائل الإعلام عن الطب النفسي لشرط أساسي لتغيير الرأي العام، ولا سيما بنشر توقعات واقعية حول طرق العلاج ونجاحها (239,234). ويقترح ستيوارت (278) الحضور الإعلامي للأطباء النفسيين وكذلك المرضى لتقديم صورة أكثر دقة عن العلاجات النفسية ومُتلقيها .

وربما يزيد التدريب الإعلامي للأطباء النفسيين والعاملين بمجال الصحة النفسية من مصداقية وقبول رسالتهم. ووصف كوتتر وبرزين (279) التدخلات المحددة التي تهدف لتحسين العلاقة بين الأطباء النفسيين ووسائل الإعلام، عبر وضع برنامج تدريبي خاص بالإعلام بناء على فكرة أن الشعور بعدم الأمان في المقابلات الإعلامية الحوارية يمكن أن يأتي عبر الغطرسة. وأعطيت معلومات عن وسائل الإعلام و دورها في حلقات العمل مع ست مجموعات من الأطباء النفسيين المقيمين وتم التدريب على ممارسة مهارات التواصل وتقديم العرض عن طريق تمثيل الأدوار. وبالرغم من عدم رصد تقييم رسمي لهذه التجربة إلا أن المؤلفين أشاروا إلى نتائج إيجابية عن التدريب.

وتهدف معظم التدخلات إلى تعديل اتجاهات طلاب الطب تجاه الطب النفسي والمُنصبة على إجراء تغييرات في طرق التدريس والمناهج الدراسية بكلية الطب. وعجزت الدراسات عن وضع مقارنة لنماذج التدريس المختلفة (مثل التدريس التقليدي مقابل التدريس على أساس المشكلة) التي ربما تشير إلى تفضيل أسلوب واحد على الآخر (72,67,55). ووفقا لدراسة سينغ وآخرين (67) الذين أقروا أن اكتساب المعرفة وإدراك الإمكانيات العلاجية لتدخلات العلاج النفسي والاتصال المباشر بالمريض يمكن أن يحسن من الاتجاهات ويعزز الجاذبية للطب النفسي كخيار وظيفي. ووصف كودين وتشيشولم (280) نهج واحد محدد يهدف إلى تصحيح التصورات الخاطئة بأن العلاج النفسي غير فعال. ويتمثل هذا النهج في حلقة دراسية مشتركة في الطب النفسي تظهر فيها بوادر التحسن على أشخاص مصابين بالفصام ويلقي الحلقة الأطباء الأخصائيون النفسيون ومرضى الفصام مما يؤدي إلى تحسين صورة العلاج من الأمراض النفسية. ويناقش لامبرت وآخرون (136) أن التصدي للصورة السلبية عن الطب النفسي ينبغي أن تبدأ من كلية الطب وتستمر مع تدريب صغار الأطباء بهدف إبقاء الأطباء في تخصصهم بالطب النفسي. ويوصى بالنسبة لطلاب الطب المهتمين بالطب النفسي لتفادي سوء الاختيار أن تتوفر لديهم الفرصة لكسب مزيد من الخبرة في التدريب على العلاج النفسي قبل الالتحاق بالطب النفسي كوظيفة في المستقبل.

التدخلات لمكافحة وصمة الأطباء النفسيين

لم نتمكن من تحديد أي دراسات تصف التدخلات وخاصة التي تستهدف الوصمة والتمييز تجاه الأطباء النفسيين. ومع ذلك، كانت هناك عدة توصيات بشأن كيفية تغيير صورتهم السلبية والتي ركز أغلبها على تطوير علاقة ايجابية مع وسائل الإعلام. ويشمل ذلك المشاركة الفعالة للأطباء النفسيين في تدفق المعلومات (233) وتوفير الخبراء الذين يمتلكون المعرفة المتعلقة بقضايا الصحة النفسية (281) وحالات الطب الشرعي (282).

ووضعت رابطة كوبيبك للطب النفسي توصيات بشأن كيفية تحسين صورة الأطباء النفسيين عبر الاستعانة بشركة الاتصالات. وتشمل استراتيجياتها ظهور الأطباء النفسيين بصورة أكبر في وسائل الإعلام والاستجابة للاحتياجات العامة والأحداث الهامة وزيادة رؤية الأطباء النفسيين في المجتمع (283). وتقول رابطة كوبيبك للطب النفسي أن الأطباء النفسيين أيضا يجب أن يردوا علنا على الانتقادات الموجهة لمهنتهم. ويقترح فيليكس (284) وديفيدسون (285) أيضا ظهور أكثر للأطباء النفسيين مع توجيه المجتمع على نحو جيد واقترحا العمل التطوعي كنهج أفضل يهتم بالحصول على الاعترافات أو التقدير المجتمعي العام للأطباء النفسيين.

وأشارت الرابطة في ظل سعيها لإزالة الوصمة داخل مهنة الطب النفسي إلى أنه يفضل معالجة الوصمة في تعليم الطب النفسي (120) عبر تقديم وإعطاء صورة أكثر دقة عن الطب النفسي كتخصص وعرض نماذج ايجابية عن هذا المجال لطلبه الطب (286,176,94). ويوصى بعمل تشاور وعلاقة اتصال طبي مباشر مع الطبيب النفساني (287) لبناء علاقة أكثر ايجابية مع الأطباء النفسيين المدربين. وفي هذا الصدد، من المهم أن يبقى الطبيب النفسي "طبيب أولا

وأخصائي نفسي ثانيا" بالإضافة لمعرفته الطبية السليمة (288,176). ويقترح كلا من سبيسل وكوردينج (289) توفير وسائل الاتصال وخدمة التشاور الطبي بين أطباء الأسرة والأطباء النفسيين للحد من التأخير في الإحالات. وعلاوة على ذلك اقترحوا عمل حلقات دراسية لأطباء الأسرة موجهة نحو الممارسة الإكلينيكية بهدف إطلاعهم على الأمراض النفسية وأيضا عن الخدمات الطبية النفسية المتاحة وكذلك استمرار العملية التعليمية في إطار خدمة الاتصال والتشاور الطبي مع الأطباء النفسيين.

التوصيات

استعرضنا الأبحاث المنشورة عن وصمة الطب النفسي والأطباء النفسيين ولم نجد سوى عدد قليل جداً من المقالات الخاصة بالأبحاث المتعلقة بتقييم وتطوير التدخلات التي تهدف إلى الحد من هذه الوصمة. وأشارت النتائج الرئيسية إلى أهمية التعاون الوثيق مع وسائل الإعلام. وفي هذا الصدد، يتضح أن تحسين العلاقة بالمجتمع والرأي العام وإدراج الأطباء النفسيين في وسائل الإعلام كخبراء في القضايا النفسية وكذلك تنظيم حلقات عمل للأطباء النفسيين حول كيفية التعامل مع وسائل الإعلام أثبتت فاعليتها في الحد من وصمة الطب النفسي والأطباء النفسيين. وعلاوة على ذلك، تلعب وسائل الإعلام دوراً هاما في توفير المعلومات وتصحيح المفاهيم الخاطئة حول العلاجات النفسية ومراكز العلاج النفسي ومهنة الأطباء النفسيين.

وتتعلق النتيجة الثانية الرئيسية بتحسين صورة الطب النفسي والأطباء النفسيين من خلال الجمع بين المعلومات والاحتكاك والاتصال مع الأشخاص المصابين بأمراض نفسية. وفيما يتعلق باتجاهات طلاب الطب ومعالجة الوصمة والمفاهيم الخاطئة عن الطب النفسي لابد من توافر مناهج محددة أثناء التدريب الطبي وأيضا تحسين أساليب تدريس الطب النفسي.

وتوصي الجمعية العالمية للطب النفسي بالإجراءات التالية لمكافحة وصمة الطب النفسي والأطباء النفسيين بناء على خبرتها بالطب النفسي من واقع برنامجها العالمي لخفض الوصمة والتمييز تجاه مرض الفصام (290–293).

توصيات للجمعيات الوطنية للطب النفسي

ينبغي على المنظمات الوطنية للطب النفسي تحديد أفضل الممارسات في الطب النفسي وتطبيقها بنشاط على نظام الرعاية الصحية النفسية. وبالإضافة إلى نشر مبادئ توجيهية مناسبة حول أفضل الممارسات في الطب النفسي، ينبغي على منظمات الطب النفسي إيجاد السبل المناسبة لإدخال هذه المبادئ في المناهج الطبية الدراسية، وجعل التدريب العملي على استخدامها جزءا أساسيا من الدراسات العليا في الطب النفسي. كما ينبغي الإعلان عن صدور هذه المبادئ التوجيهية وتطبيقها. ينبغي أن تكفل منظمات الطب النفسي اتخاذ إجراءات سريعة في حالات انتهاكات حقوق الإنسان في الممارسة العملية النفسية أو في البحوث المتصلة بالطب النفسي، ووضع تقارير واضحة عن أثر هذه الإجراءات. وينبغي على منظمات الطب النفسي أن تركز على تطوير تقنيات تسهل مراقبة الجودة لممارسة الطب النفسي، وعلى استخدام هذه التقنيات على نطاق واسع. كما ينبغي عليها، في إطار اتصالها مع الحكومات، تقديم تقارير منتظمة عن الإنجازات العلمية، والنجاحات المحرزة في مجال تقديم الرعاية للأشخاص المصابين باضطرابات نفسية. وينبغي عليها العمل على الوصول إلى الشفافية التامة في علاقتها بمجالات الصحة ذات الصلة.

يتعين على المنظمات الوطنية للطب النفسي، بالتعاون مع المؤسسات الأكاديمية ذات الصلة، مراجعة المناهج الدراسية لطلاب الجامعات والتدريب الطبي لطلاب الدراسات العليا.

هناك أدلة من عدد من البلدان أظهر بها طلبة كلية الطب ازدرائهم للطب النفسي، وانخفاض عدد الطلبة الذين يتخصصون في الطب النفسي بعد التخرج. وكما أظهر استعراضنا للدراسات السابقة، يرجع هذه الازدراء جزئيا إلى تأثير الأساتذة في التخصصات الطبية الأخرى الذين يزدرون الطب النفسي، ومن ناحية أخرى إلى الطريقة التي يقدم ويدرس بها الطب النفسي لطلبة كليات الطب في معظم البلدان. وثمة طرق تدريس متعددة يمكن أن تجعل من تخصص الطب النفسي أكثر جاذبية، ولكنها لا تستخدم على نطاق واسع. وتتضمن هذه الطرق التعليم المكثف للمهارات (المهارات التي يمكن استخدامها في التعامل مع المرض النفسي، بالإضافة إلى الممارسة الطبية عموما)، والتواصل مع الأفراد الذين عولجوا من المرض النفسي وتعافوا، مشاركة أفراد عائلات المرضى كمدربين أو معلمين للنواحي الروتينية للتعامل مع المرض النفسي والإعاقة في المجتمع، وتعريفهم ببرامج الرعاية المجتمعية الناجحة في علاج المرض النفسي، والاستعانة بالمدارس الصيفية وبرامج التبادل الثقافي، لزيادة جاذبية الطب النفسي، وتحقيق تكامل أفضل بين تدريس الطب النفسي مع طب الأعصاب والعلوم السلوكية. وتعد مهارات العرض والاتصال، للتعامل مع وسائل الإعلام والمكاتب الحكومية، ذا أهمية كبيرة في تطوير خدمات الصحة النفسية، بالإضافة إلى تغيير صورة الطب النفسي. وفى الوقت الحاضر، لا تدرس هذه المهارات إلا نادرا. ويجب أن يتضمن تدريب طلبة الدراسات العليا تدريس نشأة النظرة إلى المرض النفسي على أنه وصمة عار وطرق مكافحة هذه النظرة.

يجب على الجمعيات الوطنية للطب النفسي توطيد أواصر الصلة والتعاون مع الجمعيات المتخصصة الأخرى، وجمعيات المرضى وذويهم، والمنظمات الأخرى التي يمكن أن تشارك في توفير الرعاية الصحية النفسية وإعادة تأهيل المرضى النفسيين. تعتمد صورة الطب النفسي والأطباء النفسيين إلى حد كبير، على رأي غيرهم من الأخصائيين الطبيين، وعلى صورة هذا المجال لدى من يتلقون خدمات الطب النفسي. وغالباً ما تكون صلة جمعيات الطب النفسي بالجمعيات المتخصصة الأخرى ومنظمات المرضى وذويهم ضعيفة، مما يؤدي غالبا إلى قيام علاقة عدائية بين الجمعيات النفسية وهذه الأطراف. إن القيام بمشاريع مشتركة (مثلاً الأبحاث

الخاصة عن تزامن الاضطرابات النفسية والبدنية) والتعاون مع منظمات المرضى وذويهم في وضع مبادئ توجيهية ومعايير للممارسات الطبية، قد يقلل من الفجوة الموجودة حاليا، ويسهم في تحسين صورة الطب النفسي. علاوة على ذلك، يمكن أن يسهم التعاون مع منظمات المرضى وذويهم في الجهود الرامية إلى جعل الخدمات النفسية أكثر كفاءة وجاذبية للمترددين. وقد تقلل خبرة بعض البلدان في هذا الصدد (على سبيل المثال، الاختيار المشترك للمسئول يمكن أن يساعد على حل المشاكل التي تظهر في خدمات الصحة النفسية والأخذ بعقد اجتماعات منتظمة لممثلي منظمات المرضى وذويهم وقيادات برامج الصحة النفسية) من الصراعات وتوفر فرصاً للاتصال والتعاون.

كما يمكن للتعاون مع المدارس و نقابات المعلمين وبعض المنظمات مثل نادي الروتارى المساعدة في الحد من وصمة الطب النفسي.

ينبغي على الجمعيات الوطنية للطب النفسي أن تسعى إلى إقامة علاقات عمل سليمة مع وسائل الإعلام والحفاظ عليها. يوما بعد يوم تتزايد أهمية الدور الذي تلعبه وسائل الإعلام في تشكيل مواقف الرأي العام. وغالبا ما تقدم وسائل الإعلام معلومات ناقصة أو عتيقة عن ممارسة الطب النفسي. وينبغي للجمعيات الوطنية للطب النفسي أن تدرس طرق مختلفة لتوفير معلومات حديثة وتطوير علاقات العمل مع ممثلي وسائل الإعلام، بما في ذلك حلقات العمل، والنشرات الإعلامية المنتظمة، والنشرات الصحفية، ومشاركة ممثلي وسائل الإعلام في التخطيط للخدمات وأي طرق أخرى مناسبة لظروف البلد.

توصيات لقيادات الخدمات النفسية والأطباء النفسيين

يجب أن يدرك الأطباء النفسيين أن سلوكهم يمكن أن يسهم في لصق الوصمة بالطب النفسي كتخصص، وبهم كممثلين له.

يشكل سلوك الأطباء النفسيين في تلك الممارسة الإكلينيكية أهمية حاسمة لتكوين صورة الطب النفسي والأطباء النفسيين. ومن بين عناصر الممارسة الإكلينيكية التي تحتاج إلى اهتمام خاص: أ) إقامة علاقة تنطوي على الاحترام مع المرضى وأقاربهم ؛ ب) متابعة التقدم في بحوث وممارسات الطب النفسي وتطبيقاتها في الممارسة الإكلينيكية؛ ج) التقيد الصارم بالمبادئ الأخلاقية في توفير الرعاية وتنظيم الخدمات ؛ د) التعاون مع سائر الأخصائيين الطبيين والعاملين في مجالات الصحة، فضلا عن سائر المختصين المشاركين في مجال الرعاية للمصابين باضطرابات نفسية.

شكر وتقدير

يود المؤلفين أن يتقدموا بجزيل الشكر للسيدة م. ماريكويكا، والسيدة ك. سامجيسكي، والسيدة ب .شلامان لما قدموه من المساهمات في البحث ومساعداتهم المفيدة.

المراجع

1. Maj M. The WPA Action Plan 2008-2011. World Psychiatry 2008;7:129-30.
2. Maj M. The WPA Action Plan is in progress. World Psychiatry 2009;8:65-6.
3. Stuart H. Fighting the stigma caused by mental disorders: past 138 World Psychiatry 9:3 - October 2010 perspectives, present activities, and future directions. World Psychiatry 2008;7:185-8.
4. Angermeyer MC. Public image of psychiatry. Results of a representative poll in the new federal states of Germany. Psychiatrische Praxis 2000;27:327-9.
5. Gibson R. The psychiatric hospital and reduction of stigma. In:Fink PJ, Tasman A (eds). Stigma and mental illness. Washington:American Psychiatric Press, 1992:185-8.
6. Redlich FC. What the citizen knows about psychiatry. Ment Hyg 1950;34:64-79.
7. Weinstein RM. Attitudes toward psychiatric treatment among hospitalized patients: a review of quantitative research. Soc Sci Med 1981;15:301-14.
8. Borinstein AB. Public attitudes toward persons with mental illness.Health Affairs 1992;11:186-96.
9. Arens DA. What do the neighbors think now? Community residences on Long Island in New York. Commun Ment Health J 1993;29:235-45.
10. Dear M. Understanding and overcoming the NIMBY syndrome.Journal of the American Planning Association 1992;58:288-300.
11. Lauber C, Nordt C, Haker H et al. Community psychiatry: results of a public opinion survey. Int J Soc Psychiatry 2006;52:234-42.
12. Takahashi LM. Information and attitudes toward mental health care facilities: implications for addressing the NIMBY syndrome. Journal of Planning Education and Research 1997;17:119-30.
13. Kobau R, Dilorio C, Chapman D et al. Attitudes about mental illness and its treatment: validation of a generic scale for public health surveillance of mental illness associated stigma. Commun Ment Health J 2010;46:164-76.
14. Flaskerud JH, Kviz FJ. Rural attitudes toward and knowledge of mental illness and treatment resources. Hosp Commun Psychiatry 1983;34:229-33.
15. Yang LH, Phelan JC, Link BG. Stigma and beliefs of efficacy towards traditional Chinese medicine and Western psychiatric treatment among Chinese-Americans. Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology 2008;14:10-8.
16. Hamre P, Dahl AA, Malt UF. Public attitudes to the quality of psychiatric treatment, psychiatric patients, and prevalence of mental disorders. Nordic Journal of Psychiatry 1994;48:275-81.
17. Schnittker J. Misgivings of medicine?: African Americans' skepticism of psychiatric medication. J Health Soc Behav 2003;44:506-24.
18. Thornicroft G, Rose D, Mehta N. Discrimination against people with mental illness: what can psychiatrists do? Advances in Psychiatric Treatment 2010;16:53-9.
19. Britten N. Psychiatry, stigma, and resistance. Psychiatrists need to concentrate on understanding, not simply compliance. BMJ 1998; 317:963-4.
20. Lauber C, Nordt C, Falcato L et al. Lay recommendations on how to treat mental disorders. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2001;36:553-6.
21. De Toledo Piza Peluso È, Luis Blay S. Public beliefs about the treatment of schizophrenia and depression in Brazil. Int J Soc Psychiatry 2009;55:16-27.
22. Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF. Mental health literacy as a function of remoteness of residence: an Australian national study. BMC Public Health 2009;9:1-20.
23. Angermeyer MC, Breier P, Dietrich S et al. Public attitudes toward psychiatric treatment. An international comparison. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2005;40:855-64.
24. Angermeyer MC, Matschinger H. Public attitude towards psychiatric treatment. Acta Psychiatr Scand 1996;94:326-36.
25. Angermeyer MC, Matschinger H, Riedel-Heller SG. Whom to ask for help in case of a mental disorder? Preferences of the lay public. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1999;34:202-10.
26. Noble LM, Douglas BC, Newman SP. What do patients expect of psychiatric services? A systematic and critical review of empirical studies. Soc Sci Med 2001;52:985-98.
27. Angermeyer MC, Holzinger A, Matschinger H. Mental health literacy and attitude towards people with mental illness: a trend analysis based on population surveys in the eastern part of Germany. Eur Psychiatry 2009;24:225-32.
28. Dahlberg KM, Waern M, Runeson B. Mental health literacy and attitudes in a Swedish community sample – investigating the role of personal experience of mental health care. BMC Public Health, 2008;8:1-10.
29. Lasoski MC. Attitudes of the elderly toward mental health treatment strategies. Dissertation Abstracts International 1984;44:2248b.
30. Hugo CJ, Boshoff DEL, Traut A et al. Community attitudes toward and knowledge of mental illness in South Africa. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2003;38:715-9.
31. Ozmen E, Ogel K, Aker T et al. Public opinions and beliefs about the treatment of depression in urban Turkey. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2005;40;869-76.
32. Lazaratou H, Anagnostopoulos DC, Alevizos EV et al. Parental attitudes and opinions on the use of psychotropic medication in mental disorders of childhood. Ann Gen Psychiatry 2007,6:1-7.
33. Zoellner LA, Feeny NC, Cochran B et al. Treatment choice for PTSD. Behav Res Ther 2003;41:879-86.
34. Stones CR. Attitudes toward psychology, psychiatry and mental illness in the Central Eastern Cape of South Africa. South Afr J Psychol 1996;26:221-5.
35. Wagner AW, Bystritsky A, Russo JE et al. Beliefs about psychotropic medication and psychotherapy among primary care patients with anxiety disorders. Depress Anxiety 2005;21:99-105.

69. Wilkinson DG, Greer S, Toone BK. Medical students' attitudes to psychiatry. Psychol Med 1983;13:185-92.
70. Wilkinson DG, Toone BK, Greer S. Medical students' attitudes to psychiatry at the end of the clinical curriculum. Psychol Med 1983;13:655-8.
71. Reddy JP, Tan SM, Azmi MT et al. The effect of a clinical posting in psychiatry on the attitudes of medical students towards psychiatry and mental illness in a Malaysian medical school. Ann Acad Med Singapore 2005;34:505-10.
72. Baxter H, Singh SP, Standen P et al. The attitudes of 'tomorrow's doctors' towards mental illness and psychiatry: changes during the final undergraduate year. Med Educ 2001;35:381-3.
73. Burra P, Kalin R, Leichner P et al. The ATP 30 – a scale for measuring medical students' attitudes to psychiatry. Med Educ 1982;16:31-8.
74. Sivakumar K, Wilkinson G, Toone BK et al. Attitudes to psychiatry in doctors at the end of their first post-graduate year: two-year follow-up of a cohort of medical students. Psychol Med 1986;16: 457-60.
75. Araya RI, Jadresic E, Wilkinson G. Medical students' attitudes to psychiatry in Chile. Med Educ 1992;26:153-6.
76. Agbayewa MO, Leichner PP. Effects of a psychiatric rotation on psychiatric knowledge and attitudes towards psychiatry in rotating interns. Can J Psychiatry 1985;30:602-4.
77. Fischel T, Manna H, Krivoy A et al. Does a clerkship in psychiatry contribute to changing medical students' attitudes towards psychiatry? Acad Psychiatry 2008;32:147-50.
78. Galletly CA, Schrader GD, Chestemtan HM et al. Medical student attitudes to psychiatry: lack of effect of psychiatric hospital experience. Med Educ 1995;29:449-51.
79. Guttmann F, Rosca-Rebaudengo P, Davis H. Changes in attitudes of medical students towards psychiatry: an evaluation of a clerkship in psychiatry. Isr J Psychiatry Relat Sci 1996;33:158-66.
80. Kuhnigk O, Strebel B, Schilauske J et al. Attitudes of medical students towards psychiatry: effects of training, courses in psychiatry, psychiatric experience and gender. Adv Health Sci Educ Theory Pract 2007;12:87-101.
81. Muga F, Hagali M. What do final year medical students at the University of Papua New Guinea think of psychiatry. PNG Med J 2006;49:126-36.
82. Tharyan P, John T, Tharyan A et al. Attitudes of 'tomorrow's doctors' towards psychiatry and mental illness. National Medical Journal of India 2001;14:355-9.
83. Bobo WV, Nevin R, Greene E et al. The effect of psychiatric thirdyear rotation setting on academic performance, student attitudes, and specialty choice. Acad Psychiatry 2009;33:105-11.
84. Alexander DA, Eagles JM. Changes in attitudes towards psychiatry among medical students: correlation of attitude shift with academic performance. Med Educ 1990;24:45260.
85. Maidment R, Livingston G, Katona C et al. Change in attitudes to psychiatry and intention to pursue psychiatry as a career in newly qualified doctors: a follow-up of two cohorts of medical students.Med Teach 2004;26:565-9.
86. Ndetei DM, Khasakhala L, Ongecha-Owuor F et al. Attitudes toward psychiatry: a survey of medical students at the University of Nairobi, Kenya. Acad Psychiatry 2008;32:154-9.
87. Niaz U, Hassan S, Hussain H et al. Attitudes towards psychiatry in pre-clinical and post-clinical clerkships in different medical colleges of Karachi. Pak J Med Sci 2003;19:253-63.
88. Niedermier JA, Bornstein R, Brandemihl A. The junior medical student psychiatry clerkship: curriculum, attitudes, and test performance. Acad Psychiatry 2006;30:136-43.
89. Rao NR, Meinzer AE, Manley M et al. International medical students' career choice, attitudes toward psychiatry, and emigration to the United States: examples from India and Zimbabwe. Acad Psychiatry 1998;22:117-26.
90. O'Flaherty AF. Students' attitudes to psychiatry. Irish Med J 1977; 70:162-3.
91. Soufi HE, Raoof AM. Attitude of medical students towards psychiatry. Med Educ 1991;26:38-41.
92. Abramowitz MZ, Bentov-Gofrit D. The attitudes of Israeli medical students toward residency in psychiatry. Acad Psychiatry 2005;29:92-5.
93. Berman I, Merson A, Berman SM et al. Psychiatrists' attitudes toward psychiatry. Acad Med 1996;71:110-1.
94. Buchanan A, Bhugra D. Attitude of the medical profession to psychiatry. Acta Psychiatr Scand 1992;85:1-5.
95. Compton MT, Frank E, Elon L et al. Changes in U.S. medical students' specialty interests over the course of medical school. J Gen Intern Med 2008;23:1095-100.
96. Eagle PF, Marcos LR. Factors in medical students' choice of psychiatry. Am J Psychiatry 1980;137:423-7. 140 World Psychiatry 9:3 - October 2010
97. Furnham AF. Medical students' beliefs about nine different specialties. Br Med J (Clin Res Ed) 1986;293:1607-10.
98. Gat I, Abramowitz MZ, Bentov-Gofrit D et al. Changes in the attitudes of Israeli students at the Hebrew University Medical School toward residency in psychiatry: a cohort study. Isr J Psychiatry Relat Sci 2007;44:194-203.
99. Koh KB. Medical students' attitudes toward psychiatry in a Korean medical college. Yonsei Medical Journal 1990;31:60-4.
100. Laugharne R, Appiah-Poku J, Laugharne J et al. Attitudes toward psychiatry among
36. Givens JL, Katz IR, Bellamy S et al. Stigma and the acceptability of depression treatments among African Americans and Whites. J Gen Intern Med 2007;22:1292-7.
37. Ineland L, Jacobssson L, Renberg ES et al. Attitudes towards mental disorders and psychiatric treatment – changes over time in a Swedish population. Nordic Journal of Psychiatry 2008;62:192-7.
38. Jorm AF. Mental health literacy: public knowledge and beliefs about mental disorders. Br J Psychiatry 2000;177:396-401.
39. Benkert O, Graf-Morgenstern M, Hillert A et al. Public opinion on psychotropic drugs: an analysis of the factors influencing acceptance or rejection. J Nerv Ment Dis 1997;185:151-8.
40. De Las Cuevas C, Sanz EJ. Attitudes toward psychiatric drug treatment: the experience of being treated. Eur J Clin Pharmacol 2007;63:1063-7.
41. Croghan TW, Tomlin M, Pescosolido BA et al. American attitudes toward and willingness to use psychiatric medications. J Nerv Ment Dis 2003;191:166-74.
42. Hegerl U, Althaus D, Stefanek J. Public attitudes towards treatment of depression: effects of an information campaign. Pharmacopsychiatry 2003;36:288-91.
43. Kessing LV, Hansen HV, Demyttenaere K et al. Depressive and bipolar disorders: patients' attitudes and beliefs towards depression and antidepressants. Psychol Med 2005;35:1205-13.
44. Angermeyer MC, Held T, Görtler D. Pro and contra: psychotherapy and psychopharmacotherapy attitude of the public. Psychother Psychosom Med Psychol 1993;43:286-92.
45. Pescosolido BA, Perry BL, Martin JK et al. Stigmatizing attitudes and beliefs about treatment and psychiatric medications for children with mental illness. Psychiatr Serv 2007;58:613-8.
46. Angermeyer MC, Matschinger H. Have there been any changes in the public's attitudes towards psychiatric treatment? Results from representative population surveys in Germany in the years 1990 and 2001. Acta Psychiatr Scand 2005;111:68-73.
47. Akighir A. Traditional and modern psychiatry: a survey of opinions and beliefs amongst people in plateau state, Nigeria. Int J Soc Psychiatry 1982;28:203-9.
48. Alem A, Jacobsson L, Hanlon C. Community-based mental health care in Africa: mental health workers' views. World Psychiatry 2008;7:54-7.139
49. Balon R, Gregory R, Franchini MD et al. Medical students' attitudes and views of psychiatry: 15 years later. Acad Psychiatry 1999;23:30-6.
50. Caldera T, Kullgren G. Attitudes to psychiatry among Swedish and Nicaraguan medical students: a cross-cultural study. Nordic Journal of Psychiatry 1994;48:271-4.
51. Bulbena A, Pailhez G, Coll J et al. Changes in the attitudes towards psychiatry among Spanish medical students during training in psychiatry. Eur J Psychiatry 2005;19:79-87.
52. Creed F, Goldberg D. Students' attitudes towards psychiatry. Med Educ 2009;21:227-34.
53. Lau AY, Offord DR. A study of student attitudes toward a psychiatric clerkship. J Ass Am Med Coll 1976;51:919-28.
54. Maxmen JS. Student attitude changes during "psychiatric medicine" clerkships. Gen Hosp Psychiatry 1979;1:98-103.
55. McParland M, Noble LM, Livingston G et al. The effect of a psychiatric attachment on students' attitudes to and intention to pursue psychiatry as a career. Med Educ 2003;37:44754.
56. McParland M, Noble LM, Livingston G. The effectiveness of problem-based learning compared to traditional teaching in undergraduate psychology. Med Educ 2004;38:859-67.
57. Balon R. Does a clerkship in psychiatry affect medical students' attitudes toward psychiatry? Acad Psychiatry 2008;32:73-5.
58. Brook P, Ingleby D, Wakeford R. Students' attitudes to psychiatry: a study of first- and final-year clinical students' attitudes in six medical schools. J Psychiatr Educ 1986;10:15169.
59. Shelley RK, Webb MG. Does clinical clerkship alter students' attitudes to a career choice of psychiatry? Med Educ 1986;20:330-4.
60. Augoustinos M, Schrader G, Chynoweth R et al. Medical students' attitudes towards psychiatry: a conceptual shift. Psychol Med 1985;15:671-8.
61. Burch EA, Smeltzer DJ, Chestnut EC. Tutorial teaching of psychiatry – effects on test-scores, attitudes, and career choices of medical students. J Psychiatr Educ 1984;8:127-35.
62. Chung MC, Prasher VP. Differences in attitudes among medical students towards psychiatry in one English university. Psychol Rep 1995;77:843-7.
63. Das MP, Chandrasena RD. Medical students' attitude towards psychiatry. Can J Psychiatry 1988;33:783-7.
64. Holm-Petersen C, Vinge S, Hansen J et al. The impact of contact with psychiatry on senior medical students' attitudes toward psychiatry. Acta Psychiatr Scand 2007;33:308-11.
65. Moos RH, Yalom ID. Medical students' attitudes toward psychiatry and psychiatrists. Ment Hyg 1966;50:246-56.
66. Oldham JM, Sacks MH, Nininger JE et al. Medical students' learning as primary therapists or as participant/observers in a psychiatric clerkship. Am J Psychiatry 1983;140:1615-8.
67. Singh SP, Baxter H, Standen P et al. Changing the attitudes of 'tomorrow's doctors' towards mental illness and psychiatry: a comparison of two teaching methods. Med Educ 1998;32:115-20.
68. Sloan D, Browne S, Meagher D et al. Attitudes toward psychiatry among Irish final year medical students. Eur Psychiatry 1996;11:407-11.

135. Maric´ NP, Stojiljkovic´ DJ, Milekic´ B et al. How medical students in their pre-clinical year perceive psychiatry as a career: the study from Belgrade. Psychiatr Danub 2009;21:206-12.
136. Lambert TW, Turner G, Fazel S et al. Reasons why some UK medical graduates who initially choose psychiatry do not pursue it as a long-term career. Psychol Med 2006;36:679-84.
137. West ND, Walsh MA. Psychiatry's image today: results of an attitudinal survey. Am J Psychiatry 1975;132:1318-9.
138. Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. Am J Psychiatry 2003;160:4-12.
139. van Os J. 'Salience syndrome' replaces 'schizophrenia' in DSM-V and ICD-11: psychiatry's evidence-based entry into the 21st century? Acta Psychiatr Scand 2009;120:363-72.
140. Summerfield D. Depression: epidemic or pseudo-epidemic? J Roy Soc Med 2006;99:161-2.
141. Alarcon RD. Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: review and projections. World Psychiatry 2009;8:131-9.
142. Katschnig H. Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession. World Psychiatry 2010;9:21-8.
143. Nielsen AC III, Eaton JS Jr. Medical students' attitudes about psychiatry. Implications for psychiatric recruitment. Arch Gen Psychiatry 1981;38:1144-54.
144. Angermeyer MC, Matschinger H, Sandmann J et al. Die Einstellung von Medizinstudenten zur Behandlung mit Psychopharmaka., Teil 1: Vergleich zwischen Medizinstudenten und Allgemeinbevölkerung. Psychiatr Prax 1994;21:58-63.
145. Hillert A, Sandmann J, Angermeyer MC et al. Attitude of medical students to treatment with psychotropic drugs. 2: Change in attitude in the course of medical education. Psychiatr Prax 1994; 141 21:64-9.
146. Linden M, Becker S. Attitudes and beliefs of medical and psychology students with regard to treatment with psycholtropic drugs. Fortschr Neurol Psychiatr 1984;52:362-9.
147. Strebel B, Kuhnigk O, Jüptner M et al. Attitudes of medical students toward psychotherapy as a function of the academic semester, gender and prior experience with psychiatry and psychotherapy. Psychother Psychosom Med Psychol 2003;54:184.
148. Walter G, McDonald A, Rey JM et al. Medical student knowledge and attitudes regarding ECT prior to and after viewing ECT scenes from movies. J ECT 2002;18:43-6.
149. Clothier JL, Freeman T, Snow L. Medical student attitudes and knowledge about ECT. J ECT 2001;17:99-101.
150. Gazdag G, Kocsis-Ficzere N, Tolna J. Hungarian medical students' knowledge about and attitudes toward electroconvulsive therapy. J ECT 2005;21:96-9.
151. James BO, Omoaregba JO, Olotu OS. Nigerian medical students attitudes to unmodified electroconvulsive therapy. J ECT 2009; 25:186-9.
152. Abbas M, Mashrai N, Mohanna M. Knowledge of and attitudes toward electroconvulsive therapy of medical students in the United Kingdom, Egypt, and Iraq: a transcultural perspective. J ECT 2007;23:260-4.
153. Gazdag G, Sebestyén G, Ungvari GS et al. Impact on psychiatric interns of watching live electroconvulsive treatment. Acad Psychiatry 2009;33:152-6.
154. Kinnair D, Dawson S, Perera R. Electroconvulsive therapy: medical students' attitudes and knowledge. The Psychiatrist 2010;34: 54-7.
155. Link B, Levav I, Cohen A. The primary medical care practitioner's attitudes toward psychiatry. An Israeli study. Soc Sci Med 1982;16:1413-20.
156. Meise U, Günther V. Einstellungen von Ärzten zur Psychiatrie. Neuropsychiatrie 1995;Bd.9:157-62.
157. Pro JD, Fortin D. Physicians and psychiatry: physicians' attitudes toward psychiatry. J Kans Med Soc 1973;74:367-8.
158. Blumberg P, Flaherty JA. Faculty perceptions of their own speciality. J Med Educ 1982;57:338-9.
159. Rettenbacher MA, Burns T, Kemmler G et al. Schizophrenia: attitudes of patients and professional carers towards the illness and antipsychotic medication. Pharmacopsychiatry 2004;37:103-9.
160. Spießl H, Riederer C, Fichtner KH. Attitudes towards psychiatry – Changing attitudes by working on psychiatric wards. Krankenhauspsychiatrie 2005;16:13-7.
161. Toomey LC, Reznikoff M, Brady JP et al. Attitudes of nursing students toward psychiatric treatment and hospitals. Ment Hyg 1961;45:589-602.
162. Harding AV. Nurses' attitudes to psychiatric treatment. Australasian Nurses Journal 1980;9:28-30.
163. Clarke L. The effects of training and social orientation on attitudes towards psychiatric treatments. J Adv Nurs 1989;14:485-93.
164. Bergman S. Nursing attitudes to psychiatry and geriatrics as preferred work areas with deviant groups. Isr Ann Psychiatry Rel Disc 1974;12:156-60.
165. Reznikoff M. Attitudes of psychiatric nurses and aides toward psychiatric treatment and hospitals. Ment Hyg 1963;47:360-4.
166. Wood JH, Chambers M, White SJ. Nurses' knowledge of and attitude to electroconvulsive therapy. J ECT 2007;23:251-4.
167. Einat H, George A. Positive attitude change toward psychiatry in pharmacy students following an active learning psychopharmacology course. Acad Psychiatry 2008;32:515-7.
168. Patel MX, De Zoysa N, Baker D et al. Antipsychotic depot medication and attitudes final-year medical students in Kumasi, Ghana. Acad Psychiatry 2009;33:71-5.
101. Malhi GS, Parker GB, Parker K et al. Shrinking away from psychiatry? A survey of Australian medical students' interest in psychiatry. Aust N Zeal J Psychiatry 2002;36:41623.
102. Monro AB. The status of psychiatry in the National Health Service. Am J Psychiatry 1969;125:1223-6.
103. Neff JA, McFall SL, Cleaveland TD. Psychiatry and medicine in the US: interpreting trends in medical specialty choice. Sociol Health Illn 1987;9:45-61.
104. Pailhez G, Bulbena A, Coll J et al. Attitudes and views on psychiatry: a comparison between Spanish and U.S. medical students. Acad Psychiatry 2005;29:82-91.
105. Rosoff SM, Leone MC. The public prestige of medical specialties: overviews and undercurrents. Soc Sci Med 1991;32:321-6.
106. Singer P, Dornbush RL, Brownstein EJ et al. Undergraduate psychiatric education and attitudes of medical students towards psychiatry. Compr Psychiatry 1986;27:14-20.
107. von Sydow K. Das Image von Psychologen, Psychotherapeuten und Psychiatern in der Öffentlichkeit. Psychotherapeut 2007; 52:322-33.
108. Yager J, Lamotte K, Nielsen A III et al. Medical students' evaluation of psychiatry: a cross-country comparison. Am J Psychiatry 1982;139:1003-9.
109. Wigney T, Parker G. Factors encouraging medical students to a career in psychiatry: qualitative analysis. Aust N Zeal J Psychiatry 2008;42:520-5.
110. Lee EK, Kaltreider N, Crouch J. Pilot study of current factors influencing the choice of psychiatry as a specialty. Am J Psychiatry 1995;152:1066-9.
111. Creed F, Goldberg D. Doctors' interest in psychiatry as a career. Med Educ 1987;21:235-43.
112. Holmes D, Tmuuliel-Berhalter LM, Zayas LE et al. "Bashing" of medical specialities: student's experiences and recommendation. Fam Med 2008;40:400-6.
113. Ghadirian AM, Engelsmann F. Medical students' interest in and attitudes toward psychiatry. J Med Educ 1981;56:361-2.
114. Samuel-Lajeunesse B, Ichou P. French medical students' opinion of psychiatry. Am J Psychiatry 1985;142:1462-6.
115. Calvert SH, Sharpe M, Power M et al. Does undergraduate education have an effect on Edinburgh medical students' attitudes to psychiatry and psychiatric patients? J Nerv Ment Dis 1999;187: 757-61.
116. Feifel D, Moutier CY, Swerdlow NR. Attitudes toward psychiatry as a prospective career among students entering medical school. Am J Psychiatry 1999;156:1397-402.
117. Malhi GS, Parker GB, Parker K et al. Attitudes toward psychiatry among students entering medical school. Acta Psychiatr Scand 2003;107:424-9.
118. Maidment R, Livingston G, Katona M et al. Carry on shrinking Career intentions and attitudes to psychiatry of prospective medical students. Psychiatr Bull 2003;27:30-2.
119. Yellowlees P, Vizard T, Eden J. Australian medical students' attitudes towards specialties and specialists. Med J Australia 1990; 152:587-8, 591-2.
120. Cutler JL, Harding KJ, Mozian SA et al. Discrediting the notion "working with 'crazies' will make you 'crazy'": addressing stigma and enhancing empathy in medical student education. Adv Health Sci Educ Theory Pract 2009;14:487-502.
121. Cutler JL, Alspector SL, Harding KJ et al. Medical students' perceptions of psychiatry as a career choice. Acad Psychiatry 2006; 30:144-9.
122. Garfinkel PE, Dorian BJ. Psychiatry in the new millennium. Can J Psychiatry 2000;45:40-7.
123. Martin VL, Bennett DS, Pitale M. Medical students' interest in child psychiatry: a clerkship intervention. Acad Psychiatry 2007; 31:225-7.
124. Syed EU, Siddiqi MN, Dogar I et al. Attitudes of Pakistani medical students towards psychiatry as a prospective career: a survey. Acad Psychiatry 2008;32:160-4.
125. Byrne P. Challenging healthcare discrimination. Advances in Psychiatric Treatment 2010;16:60-2.
126. Stoudemire A. Quo vadis, psychiatry? Problems and potential for the future of medical student education in psychiatry. Psychosomatics 2000;41:204-9.
127. Wigney T, Parker G. Medical student observations on a career in psychiatry. Aust N Zeal J Psychiatry 2007;41:726-31.
128. Arboleda-Flórez J. Considerations on the stigma of mental illness. Can J Psychiatry 2003;48:645-50.
129. Arboleda-Flórez J. Mental illness and human rights. Curr Opin Psychiatry 2008;21:47984.
130. Strebel B, Obladen M, Lehmann E et al. Attitude of medical students to psychiatry. A study with the German translated, expanded version of the ATP-30. Nervenarzt 2000;71:205-12.
131. Akinyinka OO, Ohaeri JU, Asuzu MC. Beliefs and attitudes of clinical year students concerning medical specialties: an Ibadan medical school study. Afr J Med Sci 1992;21:89 99.
132. Al-Adawi S, Dorvlo AS, Bhaya C et al. Withering before the sowing? A survey of Oman's 'tomorrow's doctors' interest in Psychiatry. Educ Health (Abingdon) 2008;21:117.
133. Brockington I, Mumford D. Recruitment into psychiatry. Br J Psychiatry 2002;180:307-12.
134. Herran A, Carrera M, Andres A et al. Attitudes toward psychiatry among medical students – factors associated to selection of psychiatry as a career. Eur Neuropsychopharmacol 2006;16:563.

therapy among psychiatric patients: a crosssectional survey from teaching hospitals in Karachi, Pakistan. BMC Psychiatry 2007:7:27.
203. Salize HJ, Dressing H. Coercion, involuntary treatment and quality of mental health care: is there any link? Curr Opin Psychiatry 2005;18:576-84.
204. Hillard JR, Folger R. Patients‘ attitudes and attributions to electroconvulsive shock therapy. J Clin Psychol 1977;33:855-61.
205. Spencer J. Psychiatry and convulsant therapy. Med J Australia 1977;1:844-7.
206. Goodman JA, Krahn LE, Smith GE et al. Patient satisfaction with electroconvulsive therapy. Mayo Clin Proc 1999;74:967-71.
207. Pettinati HM, Tamburello TA, Ruetsch CR et al. Patient attitudes toward electroconvulsive therapy. Psychopharmacol Bull 1994; 30:471-5.
208. Kerr RA, McGrath JJ, O'Kearney RT et al. ECT: misconceptions and attitudes. Aust N Zeal J Psychiatry 1982;16:43-9.
209. Lauber C, Rössler W. Involuntary admission and the attitude of the general population, and mental health professionals. Psychiatr Prax 2007;34:181-5.
210. Kaltiala-Heino R. Involuntary psychiatric treatment: a range of patients' attitudes. Nordic Journal of Psychiatry 1996;50:27-34.
211. Lauber C, Falcato L, Rössler W. Attitudes to compulsory admission in psychiatry. Lancet 2000;355:2080.
212. Kane JM, Quitkin F, Rifkin A et al. Attitudinal changes of involuntarily committed patients following treatment. Arch Gen Psychiatry 1983;40:374-7.
213. Lauber C, Nordt C, Falcato L et al. Public attitude to compulsory admission of mentally ill people. Acta Psychiatr Scand 2002;105:385-9.
214. Lucksted A, Coursey RD. Consumer perceptions of pressure and force in psychiatric treatments. Psychiatr Serv 1995;46:146-52.
215. Morgan SL. Determinants of family treatment choice and satisfaction in psychiatric emergencies. Am J Orthopsychiatry 1990; 60:96-107.
216. Schwartz HI, Vingiano W, Perez CB. Autonomy and the right to refuse treatment: patients' attitudes after involuntary medication. Hosp Commun Psychiatry 1988;39:1049-54.
217. Virit O, Ayar D, Savas HA et al. Patients' and their relatives' attitudes toward electroconvulsive therapy in bipolar disorder. J ECT 2007;23:255-9.
218. Pugh RL, Ackerman BJ, McColgan EB et al. Attitudes of adolescents toward adolescent psychiatric treatment. Journal of Child and Family Studies 1994;3:351-63.
219. Sharf BF. Send in the clowns: the image of psychiatry during the Hinckley trial. Journal of Communication 1986;36:80-93.
220. Rottleb U, Steinberg H, Angermeyer MC. The image of psychiatry in the "Leipziger Volkszeitung" – historical longitudinal study. Psychiatr Prax 2007;34:269-75.
221. Maio G. Zum Bild der Psychiatrie im Film und dessen ethische Implikationen. In: Gaebel W, Möller H-J, Rössler W (eds). Stigma - Diskriminierung - Bewältigung, Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. Stuttgart: Kohlhammer, 2005: 99-121.
222. Steger F. From the person to an isolated case: Frank Schmökel in the discourses of power and stigmatization. Psychiatr Prax 2003;30:389-94.
223. Pupato K. Psychiatrie in den Medien. In: Gaebel W, Möller H-J, Rössler W (eds). Stigma - Diskriminierung - Bewältigung, Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. Stuttgart: Kohlhammer, 2005:83-99.
224. Walter G. The psychiatrist in American cartoons, 1941-1990. Acta Psychiatr Scand 1992;85:167-72.
225. McDonald A, Walter G. Hollywood and ECT. Int Rev Psychiatry 2009;21:200-6.
226. Gabbard GO, Gabbard K. Cinematic stereotypes contributing to the stigmatization of psychiatrists. In: Fink PJ, Tasman A (eds). Stigma and mental illness. Washington: American Psychiatric Press, 1992:113-26.
227. Gabbard GO, Gabbard K. Psychiatry and the cinema, 2nd ed. Washington: American Psychiatric Press, 1999.
228. Butler JR, Hyler SE. Hollywood portrayals of child and adolescent mental health treatment: implications for clinical practice. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2005;14:509-22.
229. Hillert A, Sandmann J, Ehmig SC et al. Psychopharmacological drugs as represented in the press: results of a systematic analysis of newspapers and popular magazines. Pharmacopsychiatry 1996; 29:67-71.
230. Hoffmann-Richter U, Wick F, Alder B et al. Neuroleptics in the newspaper. A mass media analysis. Psychiatr Prax 1999;26:175- 80.
231. Hoffmann-Richter U, Alder B, Finzen A. Electroconvulsive therapy and defibrillation in the paper. An analysis of the media. Nervenarzt 1998;69:622-8.
232. Hoffmann-Richter U. Psychiatry in print media. Information acquired through reading of the daily papers. Psychiatr Prax 2000; 27:354-6.
233. Cuenca O. Mass media and psychiatry. Curr Opin Psychiatry 2001;14:527-8.
234. Williams A, Cheyne A, Macdonald S. The public's knowledge of psychiatrists: questionnaire survey. Psychiatr Bull 2001;25:429- 32.
235. Thumin FJ, Zebelman M. Psychology versus psychiatry: a study of public image. Am Psychol 1967;22:282-6.
236. Laux G. Common attitudes toward the psychiatrist and psychotherapist. Nervenarzt 1977;48:331-4.
237. Sharpley CE. Public perceptions of four mental health professions: a survey of knowledge and attitudes to psychologists, psychiatrists, social workers and counsellors. Aust Psychol 1986; 21:57-67.
of community psychiatric nurses. J Psychiatr Ment Health Nurs 2005;12:237-44.
169. Patel MX, Yeung FK, Haddad PM et al. Psychiatric nurses' attitudes to antipsychotic depots in Hong Kong and comparison with London. J Psychiatr Ment Health Nurs 2008;15:758-66.
170. Mbatia J, Shah A, Jenkins R. Knowledge, attitudes and practice pertaining to depression among primary health care workers in Tanzania. Int J Ment Health Syst 2009;3:5.
171. Bentley KJ, Farmer RL, Phillips ME. Student knowledge of and attitudes toward psychotropic drugs. Journal of Social Work Education 19911;27:279-89.
172. Berg WE, Wallace M. Effect of treatment setting on social workers' knowledge of psychotropic drugs. Health Soc Work 1987; 12:144-52.
173. Moses T, Kirk SA. Social workers' attitudes about psychotropic drug treatment with youths. Soc Work 2006;51:211-22.
174. Gass JP. The knowledge and attitudes of mental health nurses to electro-convulsive therapy. J Adv Nurs 1998;27:83-90.
175. Bowers L, Alexander J, Simpson A et al. Cultures of psychiatry and the professional socialization process: the case of containment methods for disturbed patients. Nurse Educ Today 2004; 24:435-42.
176. Waggoner RW, Waggoner RW Jr. Psychiatry's image, issues, and responsibility. Psychiatric Hospital 1983;14:34-8.
177. Ben-Noun L. Characterization of patients refusing professional psychiatric treatment in a primary care clinic. Isr J Psychiatry Relat Sci 1996;33:167-74.
178. Richardson LA. Seeking and obtaining mental health services: what do parents expect? Arch Psychiatr Nurs 2001;15:223-31.
179. Thorens G, Gex-Fabry M, Zullino DF et al. Attitudes toward psychopharmacology among hospitalized patients from diverse ethno-cultural backgrounds. BMC Psychiatry 2008;8:55.
180. Balch P, Ireland JF, McWilliams SA et al. Client evaluation of community mental health services: relation to demographic and treatment variables. Am J Commun Psychol 1977;5:243-7.
181. Leaf PJ, Bruce ML, Tischler GL et al. The relationship between demographic factors and attitudes toward mental health services. J Commun Psychol 1987;15:275-84.
182. Skuse DH. Attitudes to the psychiatric outpatient clinic. BMJ 1975;3:469-71.
183. Chakraborty K, Avasthi A, Kumar S et al. Attitudes and beliefs of patients of first episode depression towards antidepressants and their adherence to treatment. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2009;44:482-8.
184. Givens JL, Datto CJ, Ruckdeschel K et al. Older patients' aversion to antidepressants. A qualitative study. J Gen Intern Med 2006;21:146-51.
185. Kessing LV, Hansen HV, Bech P. Attitudes and beliefs among patients treated with mood stabilizers. Clin Pract Epidemol Ment Health 2006;2:8.
186. Williams RA, Hollis HM, Benott K. Attitudes toward psychiatric medications among incarcerated female adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1998;37:1301-7.
187. McIntyre K, Farrell M, David A. In-patient psychiatric care: the patient's view. Br J Med Psychol 1989;62:249-55.
188. Stevens J, Wang W, Fan L et al. Parental attitudes toward children's use of antidepressants and psychotherapy. J Child Adolesc Psychopharmacol 2009;19:289-96.
189. Blenkiron P. Referral to a psychiatric clinic: what do patients expect? Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv 1998;11:188-92.
190. Ingham J. The public image of psychiatry. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1985;20:107-8.
191. Baumann M, Bonnetain F, Briancon S et al. Quality of life and attitudes towards psychotropics and dependency: consumers vs. non-consumers aged 50 and over. J Clin Pharm Ther 2004;29: 405-15.
192. Holzinger A, Löffler W, Matschinger H et al. Attitudes towards psychotropic drugs: schizophrenic patients vs. general public. Psychopharmakotherapie 2001;8:76-80.
193. van Dongen CJ. Is the treatment worse than the cure? Attitudes toward medications among persons with severe mental illness. J 142 World Psychiatry 9:3 - October 2010
Psychosoc Nurs Ment Health Serv 1997;35:21-5.
194. Wacker HR. Attitude of ambulatory psychiatric patients to psychopharmacologic treatment. Schweiz Arch Neurol Psychiatr 1991;142:77-88.
195. Irani F, Dankert M, Siegel SJ. Patient and family attitudes toward schizophrenia treatment. Curr Psychiatry Rep 2004;6:283-8.
196. La Roche C, Ernst K. The attitude of 200 hospitalized psychiatric patients and their doctors toward treatment. Arch Psychiatr Nervenkr 1975;220:107-16.
197. Adams NH, Hafner RJ. Attitudes of psychiatric patients and their relatives to involuntary treatment. Aust N Zeal J Psychiatry 1991; 25:231-7.
198. Mezey AG, Syed IA. Psychiatric illness and attitudes to psychiatry among general hospital outpatients. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1975;10:133-8.
199. Gynther MD, Reznikoff M, Fishman M. Attitudes of psychiatric patients toward treatment, psychiatrists and mental hospitals. J Nerv Ment Dis 1963;136:68-71.
200. Yoash-Gantz RE, Gantz FE. Patient attitudes toward partial hospitalization and subsequent treatment outcome. Int J Partial Hosp 1987;4:145-55.
201. Isacson D, Bingefors K. Attitudes towards drugs – a survey in the general population. Pharm World Sci 2002;24:104-10.
202. Arshad M, Arham AZ, Arif M et al. Awareness and perceptions of electroconvulsive

disciplinary ratings of psychologists, social workers, and psychiatrists. Am J Orthopsychiatry 1993;63:45-54.
266. Brink C. "Keine Angst vor Psychiatern". Psychiatry, critics of psychiatry and the public in the Federal Republic of Germany 1960-1980. Med Ges Gesch 2006;26:341-60.
267. Ryan CS, Robinson DR, Hausmann LR. Stereotyping among providers and consumers of public mental health services. The role of perceived group variability. Ther Behav Modif 2001;25: 406-42.
268. Jungbauer J, Wittmund B, Angermeyer MC. Caregivers' views of the treating psychiatrists: coping resource or additional burden? Psychiatr Prax 2002;29:279-84.
269. Morgan G. Why people are often reluctant to see a psychiatrist. Psychiatr Bull 2006;30:346-7.
270. Strehlow U, Piesiur-Strehlow B. On the image of child psychiatry amongst the people and the parents concerned. Acta Paedopsychiatrica 1989;52:89-100.
271. Myers JM. The image of the psychiatrist. Am J Psychiatry 1964; 121:323-8.
272. Redlich FC. The psychiatrist in caricature: an analysis of unconscious attitudes toward psychiatry. Am J Orthopsychiatry 1950; 20:560-71.
273. Schneider I. The theory and practice of movie psychiatry. Am J Psychiatry 1987;144:996-1002.
274. Gharaibeh NM. The psychiatrist's image in commercially available American movies. Acta Psychiatr Scand 2005;114:316-9.
275. Kitchener BA, Jorm AF. Mental health first aid training in a workplace setting: a randomized controlled trial. BMC Psychiatry 2004:15:23.
276. Wolff G, Pathare S, Craig T et al. Public education for community care. A new approach. Br J Psychiatry 1996;168:441-7.
277. Battaglia J, Coverdale JH, Bushong CP. Evaluation of a mental illness awareness week program in public schools. Am J Psychiatry 1990;147:324-9.
278. Stuart H. Media portrayal of mental illness and its treatments: what effect does it have on people with mental illness? CNS Drugs 2006;20:99-106.
279. Kutner L, Beresin EV. Media training for psychiatry residents. Acad Psychiatry 1999;23:227-32.
280. Coodin S, Chisholm F. Teaching in a new key: effects of a cotaught seminar on medical students' attitudes toward schizophrenia. Psychiatr Rehabil J 2001;24:299-302.
281. Persaud R. Psychiatrists suffer from stigma, too. Psychiatr Bull 2000;24:284-5.
282. Stotland NL. Psychiatry, the law, and public affairs. J Am Acad Psychiatry Law 1998;26:281-7.
283. Lamontagne Y. The public image of psychiatrists. Can J Psychiatry 1990;35:693-5.
284. Felix RH. The image of the psychiatrist: past, present and future. Am J Psychiatry 1964;121:318-22.
285. Davidson HA. The image of the psychiatrist. Am J Psychiatry 1964;121:329-34.
286. Bhugra D. Psychiatric training in the UK: the next steps. World Psychiatry 2008;7:117-8.
287. Ajiboye PO. Consultation-liaison psychiatry: the past and the present. Afr J Med Med Sci 2007;36:201-5.
288. Kearney TR. The status and usefulness of the psychiatrist. Dis Nerv Syst 1961;22:6979.
289. Spiessl H, Cording C. Collaboration of the general practitioner and the psychiatrist with the psychiatric hospital. A literature review. Fortschr Neurol Psychiatr 2000;68:206-15.
290. Gaebel W, Zäske H, Baumann AE et al. Evaluation of the German WPA "Program against stigma and discrimination because of schizophrenia - Open the doors": results from representative telephone surveys before and after three years of antistigma interventions. Schizophr Res 2008;98:184-93.
291. Sartorius N, Schulze H. Reducing the stigma of mental illness: a 144 World Psychiatry 9:3 - October 2010 report from a Global Programme of the World Psychiatric Association.Cambridge: Cambridge University Press, 2005.
292. Aichberger M, Sartorius N. Annotated bibliography of selected publications and other materials related to stigma and discrimination. An update for the years 2002 to 2006. Geneva: World Psychiatric Association Global Programme to Reduce the Stigma and Discrimination Because of Schizophrenia, 2006.
293. Pickenhagen A, Sartorius N. Annotated bibliography of selected publications and other materials related to stigma and discrimination because of mental illness and intervention programmes fighting it. Geneva: World Psychiatric Association Global Programme to Reduce the Stigma and Discrimination Because of Schizophrenia, 2002.
238. Vassiliou G, Vassiliou V. On the public image of the psychiatrist, the psychologist and the social worker in Athens. Int J Soc Psychiatry 1967;13:224-8.
239. Dichter H. The stigmatization of psychiatrists who work with chronically mentally ill persons. In: Fink PJ, Tasman A (eds). Stigma and mental illness. Washington: American Psychiatric Press, 1992:203-15.
240. Kovess-Masféty V, Saragoussi D, Sevilla-Dedieu C Et al. What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French Survey. BMC Public 143 Health 2007:7:188.
241. Jorm AF, Blewitt KA, Griffiths KM et al. Mental health first aid responses of the public: results from an Australian national survey. BMC Psychiatry 2005;5:9.
242. Perry BL, Pescosolido BA, Martin JK et al. Comparison of public attributions, attitudes, and stigma in regard to depression among children and adults. Psychiatr Serv 2007;58:632-5.
243. Bayer JK, Peay MY. Predicting intentions to seek help from professional mental health services. Aust N Zeal J Psychiatry 1997; 31:504-13.
244. Fink PJ, Tasman A. Stigma and mental illness. The enigma of stigma and its relation to psychiatric education. Psychiatr Ann 1983;13:669-90.
245. Kourany RFC, LaBarbera JD, Martin JE. The image of the mental health professional. J Clin Psychiatry 1980;41:399.
246. Slater D, Hans VP. Public opinion of forensic psychiatry following the Hinckley verdict. Am J Psychiatry 1984;141:675-9.
247. Hans VP, Slater D. John Hinckley, Jr. and the insanity defense: the public's verdict. Public Opinion Quarterly 1983;47:202-12.
248. Farrell JL, Tisza SM. Forensic ethics – Suspension and other sanctions imposed on an Arizona state prosecutor who showed disrespect for and prejudice against mental health experts during trial. J Am Acad Psychiatry Law 2005;33:405-6.
249. Benedek EP, Selzer ML. Lawyers' use of psychiatry: II. Am J Psychiatry 1977;134:435-6.
250. Hiday VA. Are lawyers enemies of psychiatrists? A survey of civil commitment counsel and judges. Am J Psychiatry 1983;140: 323-6.
251. Walter G. The stereotype of the mad psychiatrist. Aust N Zeal J Psychiatry 1989;23:547-54.
252. von Sydow K, Reimer C. Attitudes toward psychotherapists, psychologists, psychiatrists, and psychoanalysts. Am J Psychother 1998;52:463-88.
253. Bruhn JG, Parsons O. A. Medical students attitudes towards four medical specialties. J Med Educ 1964;39:40-9.
254. Streit-Forest U, Laplante N. Probing further into the freshman medical students' attitudes toward "patient", "doctor-patient relation" and "psychiatrist". J Psychiatr Educ 1983;7:113-25.
255. Culshaw D, Clafferty R, Brown K. Let's get physical! A study of general practitioner's referral letters to general adult psychiatry – Are physical examination and investigation results included? Scott Med J 2008;53:7-8.
256. Dewan MJ, Levy BF, Donnelly MP. A positive view of psychiatrists and psychiatry. Compr Psychiatry 1988;29:523-31.
257. Cohen-Cole SA, Friedman CP. Attitudes of nonpsychiatric physicians toward psychiatric consultation. Hosp Commun Psychiatry 1982;33:1002-5.
258. De-Nour AK. Attitudes of physicians in a general hospital towards psychiatric consultation service. Ment Health Soc 1979; 5:215-23.
259. Schubert DS, Billowitz A, Gabinet L et al. Effect of liaison psychiatry on attitudes toward psychiatry, rate of consultation, and psychosocial documentation. Gen Hosp Psychiatry 1989;11:77-87.
260. Doron A, Ma'oz B, Fennig S et al. Attitude of general practitioners towards psychiatric consultation in primary care clinic. Isr J Psychiatry Relat Sci 2003;40:90-5.
261. Barber R, Williams AS. Psychiatrists working in primary care: a survey of general practitioners attitude. Aust N Zeal J Psychiatry 1996;30:278-86.
262. Bhugra D. Professionalism and psychiatry: the profession speaks. Acta Psychiatr Scand 2008;118:327-9.
263. Bryant SG, Guernsey BG, Pearce EL et al. Pharmacists' perceptions of mental health care, psychiatrists, and mentally ill patients. Am J Hosp Pharm 1985;42:1366-9.
264. Kellett JM, Mezey AG. Attitudes to psychiatry in the general hospital. BMJ 1970;4:106-8.
265. Koeske GF, Koeske RD, Mallinger J. Perceptions of professional competence: cross-

المرونة والقدرة على التأقلم في حالات الضغط النفسي الشديد: منظور متعدد المستويات

Dante Cicchetti

Institute of Child Development, University of Minnesota, 51 East River Road, Minneapolis, MN 555455, USA

تعرف المرونة والقدرة على التأقلم بأنها عملية تطور ديناميكية تؤدي إلى بلوغ مرحلة التكيف الإيجابي أثناء التعرض لتهديد خطير، أو محنة أو صدمة شديدة. وحتى العقد الماضي، ركزت الدراسات التجريبية للمرونة والقدرة على التأقلم بشكل أساسي على الأمور السلوكية والأمور النفسية الاجتماعية المتعلقة بالظاهرة التي نحن بصددها والعوامل المساهمة فيها، ولكنها لم تدرس النواحي العصبية البيولوجية أو النواحي الجينية للمرونة والقدرة على التأقلم والعوامل المساهمة فيها. وبفضل التطورات التكنولوجية في مجال علم الوراثة الجزيئية، والتصوير العصبي، وقياس بعض الجوانب البيولوجية الأخرى للسلوك، أصبح من الممكن إجراء البحث على عملية الوصول إلى المرونة والقدرة على التأقلم من منظور متعدد المستويات. وقد يتسبب سوء معاملة الأطفال في وقوعهم في هوة عميقة من الضغط النفسي الشديد، مما يعوق نمو وظائف بيولوجية ونفسية شتى لديهم، ويضعف هذا النمو في كثير من الأحيان. ويشير هذا البحث إلى الأبحاث الخاصة بالعوامل المحددة للمرونة والقدرة على التأقلم في حالة الأطفال الذين يتعرضون لمعاملة سيئة باعتبارها مثالا للعمل التجريبي، الذي ينتقل من مرحلة الأبحاث على مستوى واحد إلى أبحاث متعددة المستويات للوظائف الفعالة التي تمكن الإنسان من مواجهة المحن والصدمات. وتتضمن هذه الأبحاث دراسات تتناول العوامل المساهمة في التكيف المرن المتعلقة بالشخصية والأعصاب والغدد الصماء العصبية والوراثة الجزيئية. وعلى غرار المرونة العصبية التي تحدث كاستجابة لإصابة المخ، يستدل من النتائج أنه يمكن تصور المرونة والقدرة على التأقلم بأنها مقدرة الأفراد على استعادة الوظائف الطبيعية بعد التعرض لضغط نفسي شديد. وقد أثبتت التجارب العشوائية للتدخل والوقاية متعددة المستويات، جدارتها لتسهيل الارتقاء بوظائف المرونة والقدرة على التأقلم بين الأفراد الذين تزداد احتمالات تعرضهم للإصابة نتيجة المرور بمحن شديدة. ويعد تحديد المستويات المتعددة التي يحدث على صعيدها التغيير، من خلال محاولات التجارب التي تشمل مجموعة تحكم مع توزيع أفراد العينة عشوائيا، ذا أهمية بالغة في الفهم العميق لآليات التغيير، والحد الذي يمكن من خلاله الارتقاء بالمرونة العصبية، هذا فضلا عن العلاقات المتبادلة بين العمليات البيولوجية والنفسية في نشوء اضطراب التكيف، والأمراض النفسية، والمرونة والقدرة على التأقلم.

الكلمات الدالة: المرونة والقدرة على التأقلم، والضغط النفسي، والطرق الارتقائية، والتحليل متعدد المستويات، والمرونة العصبية، وتدخلات تعزيز المرونة والقدرة على التأقلم.

(مجلة الجمعية العالمية للطب النفسي سبتمبر 2010 ؛145:154)

ومن وجهة نظر علم النفس المرضي الارتقائي، يحدث اضطراب التكيف والاضطراب النفسي كنتيجة للعوائق في تطور تنظيم الأنظمة البيولوجية والنفسية، مما يؤدي إلى تقويض الجهود المبذولة من أجل التكيف الفعال مع الضغط النفسي والمحن (1، و2). ويعد التفاعل الديناميكي بين الأخطار والقوى الوقائية بمثابة عامل مؤثر على المسار الارتقائي من خلال الأثر الذي يخلفه على جودة تنظيم الأنظمة البيولوجية والنفسية، في عملية ارتقاء الفرد (3).

ويؤكد أطباء علم النفس المرضي الارتقائي أن ثمة اختلاف في نتائج العمليات الارتقائية، ومن أمثلة ذلك أن الطريقة التي يستجيب ويتفاعل بها الأشخاص مع العوامل التي تزيد من قابلية الإصابة والعوامل الوقائية على كل مستوى من مستويات البيئة المحيطة (أي الثقافة، والمجتمع، والعائلة، والتفاعل بينهم) تسمح بالتنوع والاختلاف في نتائج العملية الارتقائية (4، و5). وقد يبدأ الأفراد في نفس المسار الارتقائي الرئيسي، ومع ذلك تظهر عليهم نماذج مختلفة تماما من اضطراب التكيف أو التكيف. تتأثر رحلة الفرد إلى المرض النفسي أو المرونة والقدرة على التأقلم بمجموعة عوامل معقدة تشمل كل من: مستوى الفرد في التنظيم البيولوجي والنفسي، والخبرات الحالية، والاختيارات المتاحة، والوسط الاجتماعي، وتوقيت التعرض للأحداث أو التجارب الشديدة، والتاريخ الارتقائي للفرد (5).

ويلعب فهم التعاملات الديناميكية بين عوامل الخطر والعوامل الوقائية دورا رئيسيا في بناء نماذج للوقاية تستند إلى فهم عمليات الارتقاء. ومن خلال زيادة التوازن النسبي للعمليات الوقائية لترجيح كفتها على عوامل الخطورة، يمكن تصحيح المسار الارتقائي، وسلوك طرق ارتقائية تكيفية، وتقليل ظهور المرض النفسي(4، و6). وكما يؤدي الانحراف عن البيئة الطبيعية المتوقعة ببعض الأفراد إلى الإصابة باضطراب التكيف، يتكيف آخرون مع نفس التحديات (7–9). ولذا فإن ضرورة فهم

الآليات التي تعزز التكيف بين الأفراد الذين يتعرضون لمحنة شديدة تعادل أهمية دراسة مسارات الارتقاء التي تؤدي إلى اضطراب التكيف. وتعد الأبحاث الخاصة بالعوامل الوقائية البيولوجية والنفسية ذات أهمية بالغة لاكتشاف الآليات والعمليات التي تسهم في استعادة الوظيفة الطبيعية أو التكيف المرن مع المحن الشديدة (10–12).

التعريف والسياق التاريخي

تعرف المرونة والقدرة على التأقلم بأنها عملية تطور ديناميكية تؤدي إلى تحقيق التكيف الإيجابي أثناء التعرض لمحنة شديدة (8، و13، و14). ثمة شرطين ضروريين يفهما ضمنا من المفهوم السابق للمرونة والقدرة على التأقلم، وهما: (أ) التعرض لتهديد خطير، أو محنة أو صدمة شديدة، و(ب) تحقيق التكيف الإيجابي على الرغم من المعوقات الشديدة التي تحد من التطور الارتقائي (8، و14).

وعلى مدار أربعة عقود، حاول الباحثون المهتمون بدراسة الأطفال الذين حققوا ارتقاء سليما عند التعرض لمحنة شديدة جاهدين فهم المسارات المختلفة التي تؤدي إلى المرض النفسي، ومن ثم شرح العمليات التي تفضي إلى الارتقاء الطبيعي، ولتوفير المعلومات السليمة التي يمكن أن تبنى عليها التدخلات الوقائية والسياسات الاجتماعية التي من شأنها أن تحسن من حياة الأطفال والعائلات المعرضين للإصابة (7، و15–18). وبعد إجراء الأبحاث في مجال الأخطار والمرونة والقدرة على التأقلم، أعاد العلماء النظر في افتراضاتهم السابقة حول أسباب المرض النفسي وتقدمه، مما أدى إلى إعادة صياغة النماذج القاصرة لأسباب الأمراض والتي كانت ركيزة الآراء السابقة حول ارتقاء الأطفال الذي تعرضوا لظروف غير مواتية ومحنة شديدة (9، و19، و20).

وفي كثير من الأحيان، يستنتج من الدراسات التي أجريت على الأفراد الذين تزداد احتمالات إصابتهم بالمرض النفسي والمصابين باضطرابات نفسية، أن المسار الارتقائي يحدد بشكل حتمي نتيجة عملية النمو مفضيا إلى اضطرابات التكيف والأمراض النفسية. إلا أن الأبحاث التي ركزت على الاستعداد الجيني والبيولوجي للإصابة بالمرض النفسي، ومعوقات الارتقاء المرتبطة بالرعاية غير الكافية، والتعرض لمواقف صادمة في البيت– مثل سوء معاملة الطفل والعنف الأسري، والتعرض للعنف المجتمعي، والأمراض المزمنة، والأحداث المأساوية– رسمت صورة واضحة لتعدد الأخطار التي يمكن أن تفضي إلى الاضطرابات. وحيث اكتشف الباحثون أنه ليس من الضروري أن تظهر على جميع الأطفال الذين لديهم خطورة عالية العواقب الوخيمة التي تتوقعها النظريات الحالية لعلم النفس المرضي، أصبحوا ينظرون إلى فهم العمليات التي تؤدي إلى عدم إصابة الأطفال الذين لديهم خطورة الإصابة بمرض نفسي على أنه لا يقل أهمية عن اهتماماتهم السابقة.

وقبل البدء في الأبحاث الخاصة بالمرونة والقدرة على التأقلم، كان من الواجب القيام بسلسلة بحوث هامة وجوهرية تفصل مؤشرات مقاومة الضغط النفسي وأنماطه الحديثة (على سبيل المثال: 8، و21). وفي العديد من هذه الدراسات السابقة، اكتشف الباحثون الدليل على السلوك التكيفي. ومع ذلك، لم تظهر حتى ذلك الحين المصطلحات التي تصنف هذه النتائج باعتبارها دالة على المرونة والقدرة على التأقلم. ويمكن اقتفاء أثر الجذور التاريخية للمرونة والقدرة على التأقلم بالرجوع إلى البرامج البحثية السابقة التي تناولت أفرادا مصابين بالفصام وأفرادا تعرضوا لإصابة أحد والديهم بمرض نفسي، أو مروا بتجربة الضغط النفسي الشديد أو الفقر المدقع، هذا بالإضافة إلى تناول الوظائف الطبيعية لدى الأفراد الذين مروا بحوادث صادمة في فترات سابقة من حياتهم (7، و15، و22، و23). وركزت الأبحاث السابقة لمرضى الفصام الشديد أساسا على فهم السلوكيات التي ينطوي عليها اضطراب التكيف؛ أما المرضى الذين أظهروا سلوكا تكيفيا نسبيا فقد اعتبرتهم الدراسات حالات استثنائية ولم تمنحهم سوى القليل من الاهتمام. وفي منتصف القرن العشرين، اكتشف الباحثون أن مصابي الفصام الذين لم يتسم تطور المرض لديهم بالشدة تميزوا قبل مرضهم بالكفاءة النسبية في العمل، وعلاقات اجتماعية جيدة، وعلاقات زواج جيدة وكانوا قادرين على القيام بمسئولياتهم (انظر 23). وعلى نفس المنوال، لعبت الدراسات التي أجريت على أطفال الأمهات المصابات بالفصام دورا حاسما في ظهور المرونة والقدرة على التكيف لدى الأطفال كموضوع نظري وتجريبي رئيسي (16، و19، و24).

علاوة على ذلك، تعد الدراسة الطولية التي أجراها ويرنر (17، و18)، والتي بحثت بشكل نظامي في القوى الوقائية التي فرقت بين أطفال لديهم تكيف صحي وأطفال أقل تكيفا بالمقارنة لهم، بمثابة طفرة في الأبحاث ذات الصلة. وقد أدى قيام الدليل على أن كثيرا من الأطفال الذين مروا بمحنة شديدة ارتقوا بنجاح على الرغم من ارتفاع احتمالات إصابتهم إلى بذل المزيد من الجهود التجريبية لفهم الاختلافات الفردية في الاستجابة للمحن. وركزت الجهود التجريبية السابقة بشكل أساسي على السمات الشخصية "للأطفال الذين لديهم مرونة وقدرة على التأقلم"، مثل الاستقلالية والتقدير الذاتي العالي (25). ومع تطور العمل في هذا المجال، تزايد اعتراف الباحثين أن المرونة والقدرة على التأقلم قد تكتسب في كثير من الأحيان من عوامل خارجية تحيط بالطفل (8). وأدت البحوث اللاحقة إلى وصف مجموعات العوامل المتضمنة في تشكل المرونة والقدرة على التأقلم: (أ) سمات الأطفال أنفسهم، (ب) خصائص أسرهم، (ج) خواص بيئاتهم الاجتماعية الأكبر (8، و25).

وفي العقود الأخيرة، حدث تحول كبير في تركيز الأبحاث التجريبية، فبدلا من البحث الخاص بالعوامل الوقائية، يبذل الباحثون أقصى مساعيهم لاكتشاف الآليات التي تشكل أساس المرونة والقدرة على التأقلم (8). وهذا التركيز على العمليات بدلا من البحث عن العوامل الوقائية، مكن العلماء من وضع استراتيجيات وقائية وتدخلية لتعزيز المرونة والقدرة على التأقلم لدى الأشخاص الذين يتعرضون لمحنة أو صدمة شديدة تأخذ عوامل الارتقاء في الاعتبار (26–28). وتساعد المعرفة بالعمليات المساهمة في وظائف المرونة والقدرة على التأقلم علماء الوقاية والتدخل من الاستفادة من فترات التغير والتحول الارتقائي باعتبارها فرصا فريدة لتعزيز التكيف الإيجابي خلال المحنة أو الصدمة الشديدة (27، و29). وكما أكدت س.لوثار: "تقتضي الحكمة تعزيز الارتقاء بوظائف المرونة والقدرة على التأقلم في مرحلة مبكرة

من مسار الارتقاء بدلا من الخضوع لعلاجات لإصلاح الاضطرابات بعد أن تتكون" (7). وتعد التدخلات الوقائية في التجارب العشوائية، بمثابة تجارب حقيقية في تغيير مسار الارتقاء (30)، ومن ثم توفر فرصا لاختبار نظريات الارتقاء الحالية فضلا عن فهم أسباب الأمراض وتطور نتائج التكيف الإيجابية في الأفراد الذين يعانون من محنة شديدة (8، و31).

وقد طرأت تحولات وتغيرات على البحوث الخاصة بالمرونة والقدرة على التأقلم على مدار الأعوام.ومن ثم، أصبح من الواضح أن الوصول إلى التكيف الإيجابي مع المحنة الشديدة يتضمن تطورا ارتقائيا. وبالتالي، قد يظهر استعداد جديد للإصابة وتحديات أو نقاط قوى جديدة وفرص، أو جميع ما سبق، مع تغير الظروف في مراحل الحياة (8). إن المرونة والقدرة على التأقلم ليست شيئا يولد الإنسان به، ولكنها عملية ارتقائية ليست بالثابتة أو الساكنة تحكمها عدة عوامل. وبالتالي، يجب إجراء دراسات طولية على العوامل التي تشكل المرونة والقدرة على التأقلم. وبهذا الصدد، يجب ألا ينصب تركيز الدراسات الطولية للمرونة والقدرة على التأقلم على تقييم ثبات التركيبة المرضية خلال وقت الارتقاء فحسب، بل يجب التركيز أيضا على قدرة الأفراد الذين نجحوا سابقا في المرونة والقدرة على التأقلم على "استعادة عافيتهم" أو استعادة الوظائف الطبيعية الإيجابية، بعد التعرض لفترات عصيبة، والوصول إلى سابق عهدهم من التكيف المرن (32). علاوة على ذلك، تقتضي الضرورة إجراء أبحاث على تحقيق نتائج إيجابية في مراحل مختلفة من الارتقاء، بدء من البلوغ وبعد ذلك حيث يمكن تحقيق التكيف المرن في أي مرحلة من مراحل الحياة (8).

المرونة والقدرة على التأقلم من منظور متعدد المستويات

وحتى العقد الماضي، ركزت الدراسة التجريبية للمرونة والقدرة على التأقلم بشكل أساسي على الأمور السلوكية والأمور النفسية الاجتماعية المتعلقة بتلك الظاهرة والعوامل المساهمة فيها، ولكنها لم تدرس الأمور البيولوجية المتعلقة بها أو العوامل المساهمة فيها (8، و10، و11). وتمت هذه الدراسات قبل البدء في استعمال التقنيات الحديثة الخاصة بفحص جوانب الوراثة الجزيئية والجوانب العصبية والبيولوجية المتعلقة بالسلوك الإنساني والارتقاء.

وتجمع الأدلة المستقاة من الأبحاث التي تركز على المتغيرات والتي تركز على الأفراد بشأن المرونة والقدرة على التأقلم على قائمة قصيرة من سمات الطفل والبيئة اتضح فيما بعد أنها عوامل عامة راسخة ترتبط بالتكيف الكفء والمرض النفسي. وعلى الرغم من عيوب الدراسات السابقة المنهجية ومحدوديتها(14)، تستمر الأبحاث الأكثر حداثة في تأييد العوامل المرتبطة بالمرونة والقدرة على التأقلم: (أ) إقامة علاقات وثيقة مع الأشخاص البالغين في الأسرة والمجتمع الذين يتمتعون بالكفاءة والقدرة على تقديم رعاية جيدة، (ب) التحلي بقدرات تنظيم الذات، (ج) النظر إلى الذات من منظور إيجابي، (د) وجود الحافز لكي يصبح الفرد عضوا فعالا في البيئة (أي الكفاءة الذاتية، وتقرير المصير)، (هـ) تكوين صداقات وعلاقات رومانسية مع أقران محبين لمساعدة الآخرين والاهتمام بهم (12). كما تربط الأبحاث بين المرونة والقدرة على التأقلم وكل مما يلي: مهارات حل المشكلات، وبعد النظر عند التخطيط، والتوجه المستقبلي (ترتبط جميعها بالوظائف التنفيذية)، والاستراتيجيات الفعالة لمواجهة المشكلات، والمقدرة على مواجهة المخاوف بصورة مباشرة؛ وتقليل كل من عدم الاعتراف بالمشكلات، والتحلل من الالتزامات، والتعامل مع الضغوط بأساليب انسحابية وإحجامية (7، و12، و14). علاوة على ذلك، ترتبط المرونة والقدرة على التأقلم بالتفاؤل، والانفعالات الإيجابية، وعدم تهويل الضغوط النفسية، والمقدرة على رؤية الخبرات السيئة من منظور إيجابي، والتمسك بالروحانيات، والقدرة على الوصول إلى المغزى من الوقوع تحت وطأة الصدمة (33).

ودونما أي شك، تعد قلة المعلومات المتوافرة حول التنظيم البنيوي والوظيفي للمخ، بمثابة السبب الرئيسي لإغفال البيولوجيا باعتبارها وثيقة الصلة بوضع نظريات الارتقاء فيما يتعلق بكشف نتائج السلوك التكيفي في مواجهة المحن (34–36). حيث لم تتوفر معلومات كافية عن تطور المخ ووظيفته لتوضيح دورهما في تكون العمليات النفسية الطبيعية والسلوك المنحرف والأطوار المختلفة التي تمر بها ، ناهيك عن مساهمتهما في الارتقاء بالتكيف المرن (33).

وتستند أغلب معلوماتنا الحالية عن أسباب الوظائف الطبيعية للمرونة والقدرة على التأقلم عند مواجهة محنة ما والأمور المتعلقة بها، ودورتها، ونتائجها، إلى الأبحاث التي ركزت على مجالات محدودة نسبيا من المتغيرات (7، و8). ومع ذلك، يتضح من المشكلات التي تناولها أطباء علم النفس المرضي الارتقائي أن التطور نحو فهم التكيف المرن على مستوى العمليات، يتطلب تطبيق خطط واستراتيجيات للبحث تقضي بالتقييم المتزامن لمجالات متعددة من المتغيرات المتعلقة بالشخص نفسه الذي يمر بعملية الارتقاء والمحيطة به (11).

وفي العقد الماضي، حث عدد من العلماء الباحثين على دمج التقييم العصبي البيولوجي وتقييم علم الوراثة الجزيئية في أبحاثهم الخاصة بالطرق الارتقائية نحو الوصول إلى الوظائف الطبيعية للمرونة والقدرة على التأقلم (10، و11، و37). وبفضل التطورات التكنولوجية في تقنيات علم الوراثة الجزيئية، وأشعة المخ، وتخطيط الدماغ المغناطيسي، ورسم المخ، والفحوصات الهرمونية، أصبح إجراء البحث على ارتقاء المرونة والقدرة على التأقلم من منظور متعدد المستويات أكثر سهولة من ذي قبل (11، و12).

علاوة على ذلك، يشكل تطور علم الأعصاب الحديث وفروع الدراسة المتعددة المرتبطة به، فرصة لا مثيل لها لإثراء مفاهيم ومنهجيات البحث الحالية التي تعتمد عليها دراسة المرونة والقدرة على التأقلم. ومع ذلك، علينا ألا نغفل أن المجالات البيولوجية لا تعمل بشكل مستقل؛ حيث أن وظائف أي من الأنظمة تؤثر على الخواص الوظيفية لواحد أو أكثر من الأنظمة الأخرى، من خلال سلسلة من العمليات الارتقائية التي يؤثر كل منها على الآخر (38). وفي ضوء الاعتراف المتزايد بأهمية أخذ المستويات المتعددة للعمليات المتوقفة على بعضها البعض بعين الاعتبار في وقت متزامن، ، يجب على الباحثين في مجال المرونة والقدرة

على التأقلم الوفاء بالتحدي الماثل في دمج مستويات التحليل المتعددة على مستوى الأنظمة المختلفة وعلى مستوى كل نظام وذلك من اجل الارتقاء بفهم مثل هذه الظاهرة متعددة الجوانب (39). ويعد المجال البيولوجي والمجال النفسي ذا أهمية كبيرة تفرض تضمينهما في الأبحاث الأساسية الخاصة بالمرونة والقدرة على التأقلم والتدخلات لتعزيزها. ويعد كل مستوى مؤثرا في تشكيل كافة مستويات التحليل الأخرى والحد منها. علاوة على ذلك، يعد تأثير المستويات على بعضها البعض ثنائي الاتجاه دائما. حيث أن كل مستوى من مستويات التحليل يقيد المستويات الأخرى، يحتاج الباحثون في المرونة والقدرة على التأقلم على كل مستوى من المستويات إلى وضع نظريات تتميز بالثبات على جميع هذه المستويات وذلك مع تزايد معلومات العلماء عن مستويات التحليل المتعددة.

عند إجراء الأبحاث في فروع الدراسة دون ربطها بالفروع الأخرى، تظهر خطورة كبيرة في وضع نظريات قد يثبت في نهاية المقام عدم صحتها، نظرا لتجاهل أو عدم معرفة معلومات أساسية من فروع الدراسة الأخرى. وكما هو الحال في أنظمة علم الأعصاب (40)، من الضروري توافر إطارا موحدا تتكامل فيه كافة مستويات تحليل الأنظمة المعقدة في الارتقاء بالمرونة والقدرة على التأقلم (11، و36).

المرونة والقدرة على التأقلم لدى الأطفال الذين يتعرضون لمعاملة سيئة: انطلاقا من بحث أحادي المستوى إلى بحث متعدد المستويات

يعد نمو الطفل في ظل معاملة سيئة بمثابة وقوعهم في هوة عميقة من الضغط النفسي الشديد، مما يعوق عملية ارتقائهم، على أصعدة الوظائف البيولوجية والنفسية المختلفة، أو يضعفها في كثير من الأحيان (41). وتشكل الظروف البيئية المتعلقة بسوء معاملة الأطفال انحرافا شديدا عن الظروف الطبيعية المتوقعة في المعتاد.

ويعد الأطفال الذين يتعرضون لمعاملة سيئة عرضة أكثر من غيرهم لتظهر عليهم ظواهر غير طبيعية فيما يتعلق بالعمليات العصبية البيولوجية، والاستجابة الفسيولوجية، والقدرة على إدراك الانفعالات وضبطها، وعلاقات الارتباط بالآخرين، والارتقاء بنظام الذات، والتعبير عن أنفسهم، والتعامل مع المعلومات الاجتماعية، وعلاقاتهم بأقرانهم، والوظائف المدرسية، والعلاقات الرومانسية (41). بالتالي، قد يعاني الأطفال الذين يتعرضون لمعاملة سيئة من مجموعة عوامل تدوم لفترة طويلة نسبيا تجعلهم أكثر عرضة للإصابة بالمرض النفسي، وتضعهم في خطورة كبيرة للإصابة باضطراب التكيف والمرض النفسي في المستقبل.

ومع ذلك، إنها ليست قاعدة عامة بأن يستسلم كافة الأفراد الذين تعرضوا لسوء المعاملة والإهمال إلى المحنة الشديدة في حياتهم. إن دراسة بكيفية تغلب بعض الأفراد الذين تعرضوا لسوء المعاملة على المصاعب والتكيف معها على الرغم من وقوعهم تحت وطأة ضغط نفسي شديد وصدمة كبيرة، يوفر فرصة لاكتشاف العمليات التي تجري على عدة مستويات والتي تعد وثيقة الصلة بالتغلب الفعال على المحنة، ومع ذلك، يصعب اكتشافها في الحالات العادية من الضغط النفسي (42). ويقدم اكتشاف كيفية ارتقاء الأطفال الذين يتعرضون لمعاملة سيئة وكيفية أدائهم لوظائفهم بمرونة وقدرة على التأقلم، على الرغم من تعرضهم لعدد من بواعث الضغط النفسي، فرصة واعدة لشرح نظريات الارتقاء الخاصة بالتغلب على المشكلة والوقاية منها والتدخل لحلها. وفي البحث الطولي الذي أجريناه على الطرق المؤدية إلى المرونة والقدرة على التأقلم في الأطفال الذين يتعرضون لمعاملة سيئة، كان الهدف هو التحقق من وجود طرق مختلفة للوصول إلى الوظائف الطبيعية للمرونة والقدرة على التأقلم في الأطفال الذين يتعرضون لمعاملة سيئة والأطفال الذين يتلقون معاملة جيدة (وكلا الفئتين من بيئات اجتماعية واقتصادية منخفضة المستوى يمكن المقارنة بينهما)، واكتشاف وجود اختلافات بين المجموعتين من عدمه من حيث المرونة والقدرة على التأقلم ، واستعادة الوظائف الطبيعية أو تراجعها على مدار فترة الدراسة التي استغرقت ثلاثة أعوام (32). وظهر لدى الأطفال الذين يتعرضون لمعاملة سيئة اختلال وظيفي أكبر مقارنة بالأطفال الذين تمت معاملتهم بطريقة جيدة، فيما يتعلق بالعديد من المؤشرات الخاصة بوظائف المرونة والقدرة على التأقلم (على سبيل المثال، الكفاءة الاجتماعية مع الأقران، ومشكلات السلوك، والوظائف المدرسية، والعلاقات مع من يتولون رعايتهم من البالغين). وقد استمر العديد من أوجه العجز هذه على مدار عامين أو ثلاثة أعوام متتابعة من التقييم. وفي كل عام من الأعوام الثلاثة، كان مستوى الوظائف الطبيعية للمرونة والقدرة على التأقلم لدى الأطفال الذين يتعرضون لمعاملة سيئة أقل من الأطفال الذين لقوا معاملة جيدة. بالإضافة إلى ذلك، شكل استمرار اضطراب التكيف لدى الأطفال الذين يتعرضون لمعاملة سيئة خلال مدة هذه الدراسة الطولية أمرا جوهريا يؤخذ بعين الاعتبار. وتؤكد هذه النتائج في مجموعها على التأثير الضار الذي يخلفه سوء المعاملة على الوظائف الفعالة، وتصدق على أن آثارها تظل مترسبة في النفس ولا تزول.

وفي هذه الدراسة، نظمنا مجموعات نمطية بناء على تقييمات الثلاثة أعوام المتتابعة لوظائف المرونة والقدرة على التأقلم لدى الأطفال الذين يتعرضون لمعاملة سيئة والأطفال الذين لقوا معاملة جيدة. وتبين من البحث الذي أجري على هذه المجموعات النمطية، أن ضعف الوظائف الخاصة بالمرونة والقدرة على التأقلم لدى الأطفال الذين يتعرضون لمعاملة سيئة كان أكبر بكثير من الأطفال الذين لقوا معاملة جيدة (40,6% مقابل 20% على التوالي). علاوة على ذلك، سجلت نسبة (9,8%) من الأطفال الذين يتعرضون لمعاملة سيئة مؤشرات كفاءة "صفر"، وهو ما يعني غياب الجهود الرامية إلى تحقيق المرونة والقدرة على التأقلم على مدار مدة الدراسة البالغة ثلاثة أعوام، مقارنة بنسبة (1,3%) من الأطفال الذين تلقوا معاملة جيدة.

وأكد جارمينزي (16، و24) أن أغلب الأطفال يحافظون على قدرتهم على بذل الجهود للوصول إلى المرونة والقدرة على التأقلم عند التعرض لمحنة مزمنة وشديدة. ولذا يعد عدم بذل أي مجهود لتحقيق المرونة والقدرة على التأقلم في نسبة 10% من الأطفال الذين يتعرضون لمعاملة سيئة أمرا مقلقا؛ حيث أن النزوع إلى تقويم الذات هو خاصية حيوية تميز كافة الكائنات الحية. كما يعد الغياب المستمر لهذه الجهود خلال مدة البحث أمرا مزعجا وشاذا عن المألوف.

وقد بحثنا العوامل التي ساهمت في الارتقاء بوظائف المرونة والقدرة على التأقلم في مجموعات الأطفال المحرومين الذين تعرضوا لسوء المعاملة والأطفال الذين تلقوا معاملة جيدة. وفيما يتعلق بالأطفال الذين يتعرضون لمعاملة سيئة، تعد المؤشرات للتنبؤ بالوظائف الطبيعية للمرونة والقدرة على التأقلم، هي سمات الشخصية متمثلة في التحكم في الأنا بصورة زائدة (أي القدرة على متابعة الاندفاعات والسيطرة عليها وضبط الانفعالات)، ومرونة الأنا (أي درجة المرونة النسبية في ضبط الانفعالات والسلوك للوفاء بالمتطلبات التي تفرضها المواقف)، والتقدير الذاتي الإيجابي. وعلى النقيض من ذلك، لعبت العلاقات الإيجابية مع الأمهات ومقدمي الرعاية البالغين الآخرين، ومرونة الأنا أدوارا بارزة في التنبؤ بالوظائف الخاصة بالتكيف في حالة الأطفال الذين لم يتعرضوا لسوء المعاملة. وفي ظل وجود نسبة عالية من تشوش العلاقات وعدم استقرارها لدى الأطفال الذين يتعرضون لمعاملة سيئة (43)، فإنه ليس من المستغرب أن تلعب العوامل المتعلقة بالعلاقات دورا أكثر أهمية لدى الأطفال المحرومين الذين تعرضوا لسوء المعاملة للوصول إلى المرونة والقدرة على التأقلم.

وشكلت سمات الشخصية والتقدير الذاتي أهمية أكبر للبلوغ إلى التكيف المرن لدى الأطفال الذين يتعرضون لمعاملة سيئة. وتتمتع متغيرات نظام الذات الخاصة بالاعتماد على النفس والثقة بالنفس، بالاشتراك مع الحفاظ على العلاقات الشخصية (أي التحكم الزائد في الأنا) على نحو خاص بالقدرة على التنبؤ بالارتقاء بالتكيف المرن لدى الأطفال الذين يتعرضون لمعاملة سيئة. وإذا نظرنا إلى الأطفال الذين يتعرضون لمعاملة سيئة والذين قاموا بأداء وظائفهم بطريقة مرنة نجد أن تبني طريقة عقلانية خاضعة للتحكم وأكثر تحفظا في التفاعل وإقامة العلاقات (أي التحكم الزائد المرن) هو ما مكنهم من القيام بما هو ضروري للتكيف الناجح في ظروفهم المنزلية السيئة. ويمكن أن نتصور أن أسلوب حياتهم الذي ينطوي على التحكم الزائد قد يحميهم من وقوعهم فريسة وهدفا لأحداث سوء المعاملة المستمرة. وعلى النقيض من ذلك، لا يعد الأسلوب التعبيري الوجداني، الذي يتميز به الأشخاص الذين يتمتعون بالمرونة ولكنهم لا يمارسون قدرا كبيرا من التحكم في الذات، أفضل الأساليب ملائمة للتكيف الناجح في ظل سوء المعاملة، حيث أن هذا الأسلوب قد يثير انتباه الآخرين وردود أفعالهم مما يزيد من مخاطر التعرض لسوء المعاملة (44).

عقب انتهاء هذا البحث الطولي الخاص بالعمليات الفسيولوجية التي تشكل أساس المرونة والقدرة على التأقلم لدى الأطفال الذين يلقون معاملة سيئة، بدأنا في إجراء دراستين متعددتي المستويات. ويأخذ المنظور الذي يجمع بين الاعتبارات البيئية وأنماط التعامل، والذي يدعم هذا البحث، بعين الاعتبار التحليل متعدد المستويات ويسمح بالجمع بين الآليات البيولوجية والفسيولوجية في إطار عمل واحد (3، و4). وهذا المنظور لا يرجح كفة أي مستوى من مستويات التحليل على مستوى آخر، كما أنه يشجع التحرر من الحدود التي صنعتها المفاهيم النظرية بين الطبيعة والتنشئة وبين الجوانب البيولوجية والسيكولوجية (45–47). ومن ثم يوفر المنظور النظري بنية جاهزة لدمج المنظور متعدد المستويات مع المرونة والقدرة على التأقلم. ووفقا للبحث الأول المتعدد المستويات عن المرونة والقدرة على التأقلم، وضبط الانفعالات، وعدم تماثل النشاط الكهربائي في نصفي المخ لدى الأطفال الذين يتعرضون لمعاملة سيئة والأطفال الذين يتلقون معاملة طيبة، وكلا الفئتين تم اختيارهما من بيئات اجتماعية واقتصادية منخفضة المستوى تنطوي على درجة كبيرة من الضغوط النفسية، افترضنا وجود ارتباط بين الانفعال الإيجابي والقدرة على ضبط الانفعالات المرتبطة بوظائف المرونة والقدرة على التأقلم، والزيادة النسبية لنشاط المخ الكهربائي في الفص الجبهي الأيسر (48). وتشير مجموعة كبيرة من الدراسات الخاصة بدلالات عدم تماثل النشاط الكهربائي لنصفي المخ والأمور المتعلقة به أن هذه الظاهرة المتواجدة في كل مكان وفي جميع الأوقات تعد علامة على الجهاز العصبي الذي لديه تأثيرات تتحدد بالعواطف والانفعالات، مما يؤدي إلى اختلاف القشرة المخية لنصفي المخ من حيث تأثيرهما في الانفعال (48). وبشكل خاص، يرتبط النصف الأيسر بالانفعالات الإيجابية والتعامل مع الواقع، بينما يرتبط النصف الأيمن بالانفعالات السلبية والسلوك الانسحابي. وترتبط الانفعالات، وخاصة الانفعالات الإيجابية والقدرات الجيدة على ضبط الانفعالات، باستمرار بالتكيف المرن (18، و49، و50). وبالتالي، تكمن العلاقة المحتملة بين عدم تماثل النشاط الكهربائي في نصفي المخ من ناحية والمرونة والقدرة على التأقلم من ناحية أخرى في ارتباط كل منهما بالانفعالات وضبطها.

ويتميز الأطفال الذين لديهم مستويات عليا ومستويات دنيا في وظائف المرونة والقدرة على التأقلم في عدم تماثل النشاط الكهربائي في الأجزاء المركزية لقشرة المخ، حيث يتميز الأطفال الذين يتكيفون بمرونة برغم تعرضهم للمعاملة السيئة؛ بناء على مؤشر مجموعة الكفاءات (أي العلاقات الجيدة بالأقران، والتكيف بنجاح في المدرسة، والمعدلات المنخفضة لأعراض الاكتئاب، وانخفاض معدلات الأعراض الخارجية للمرض النفسي (السلوك المعادي للمجتمع وتعاطي المخدرات) والأعراض الداخلية للمرض النفسي (اضطرابات المزاج والقلق)؛ بنشاط النصف الأيسر(51). علاوة على ذلك، ساهم المقياس السلوكي لضبط الانفعالات، وفقا لملاحظة الأطفال على مدار 35 ساعة، بشكل كبير في التنبؤ بالمرونة والقدرة على التأقلم لدى الأطفال الذين يتعرضون لمعاملة سيئة والأطفال الذين يتلقون معاملة جيدة.

وتذكرنا دراسة الظواهر العصبية مثل عدم تماثل النشاط الكهربائي في نصفي المخ في سياق التكيف المرن أنه لا يوجد خاصية واحدة فقط لها سيادة وسيطرة على مسار العملية الارتقائية. فالمرونة والقدرة على التأقلم عملية ديناميكية وتفاعلية بين مستويات متعددة على مدار الزمن لا يحمل أي منها أهمية خاصة في أي وقت. وعلى الرغم من ذلك، فإن الأهمية النسبية لمختلف العمليات البيولوجية والنفسية، على الرغم من العلاقات المتبادلة بينهما، قد تتفاوت أيضا أثناء العملية الارتقائية.

وفي بحث آخر متعدد المستويات تم إجراءه في مختبرنا، تم فحص وظائف المرونة والقدرة على التأقلم لدى الأطفال من محدودي الدخل الذين يتعرضون لسوء المعاملة والأطفال الذين يتلقون معاملة جيدة، فيما يتعلق باثنين من الهرمونات الستيرويدية الكظرية التي تفرز استجابة للضغط النفسي، وهما هرموني الكورتيزول والديهيدروابياندروستيرون، بالإضافة إلى تركيبات الشخصية المتعلقة بمرونة الأنا وضبط الأنا (52). وتعد الهرمونات الستيرويدية التي اخترنا فحصها باعتبارها عوامل محتملة للتنبؤ بالمرونة والقدرة على التأقلم بمثابة أبرز إفرازات القشرة الكظرية في المحور الوطائي النخامي الكظري. تعد قدرة الأفراد على رفع مستويات الكورتيزول كاستجابة للتعرض إلى صدمة شديدة أمرا ضروريا للنجاة من هذه الصدمات (2). كما يؤثر هرمون ديهيدروابياندروستيرون على مجموعة متنوعة من الأفعال البيولوجية تشمل جهاز المناعة، والقلب والأوعية الدموية، والغدد الصماء، والنظام الأيضي، والجهاز العصبي المركزي (53).

استخدمنا قياس المرونة والقدرة على التأقلم المركب كما هو الحال في البحث أحادي المستوى ومتعدد المستويات بشأن الطرق المؤدية إلى التكيف المرن المذكورين أعلاه الذي يشمل التقييم على عدة مستويات وباستخدام عدة مصادر للمعلومات لكل مما يلي: للعلاقات الجيدة مع الأقران، والنجاح في المدرسة، وانخفاض معدلات الأعراض الخارجية للمرض النفسي (السلوك المعادي للمجتمع وتعاطي المخدرات) والأعراض الداخلية للمرض النفسي (اضطرابات المزاج والقلق) . وقد وجدنا أن مرونة الأنا وقدرتها على التأقلم والضبط الزائد للأنا من ناحية وإفراز الهرمونات الأسترويدية المصاحبة للضغط النفسي (وهما الكورتيزول وهرمون ديهيدروابياندروستيرون) من ناحية أخرى ساهمت مساهمة مستقلة وغير تفاعلية في المرونة والقدرة على التأقلم. وعلى الرغم من العمل على مستويات تحليل مختلفة، إلا أن لكل من العوامل السلوكية والنفسية من جهة والعوامل الحيوية من جهة أخرى مساهمته التي يتفرد بها في تحقيق المرونة والقدرة على التأقلم.

يؤدي التعرض للضغط النفسي لفترات طويلة، كما في حالة سوء معاملة الأطفال، إلى عبء زائد فيما يتعلق بالحفاظ على الاتزان الذاتي في ظل التغيرات والذي تشمل أعراضه سوء التنظيم الفسيولوجي المتزايد في عدة أجهزة حيوية، من خلال سلسلة أسباب ونتائج ثانوية يمكن أن تغيير المخ وأجهزة الأعضاء والتوازن العصبي الكيميائي الذي يمثل أساس وظائف الإدراك والعاطفة والمزاج والشخصية والسلوك (54، 55). ويعتقد أن العبء الزائد للمحافظة على الاستقرار الذاتي في مواجهة التغير يحدث عندما يستلزم التكيف مع الضغط النفسي الاستمرار في الاستجابات لفترات زمنية طويلة. يمكن تصور المحافظة على الاتزان في ظل التغيرات وزيادة أعباء هذه المحافظة باعتبارهما تجسيداً للمبدأ الحيوي العام بأن نفس الأجهزة التي تساعد الجسم على التكيف مع الضغط النفسي وتقدم وظيفة واقية على المدى القصير قد تساهم في حدوث المرض النفسي عند الإفراط في استخدامها أو إدارتها على نحو غير كفء.

مستوى الجهود المبذولة لتحقيق المرونة والقدرة على التأقلم لدى الأطفال الذين يتلقوا معاملة حسنة. وقد يشير ارتفاع الكورتيزول الأساسي في وقت من الأوقات إلى تعرض الأطفال الذين يلقون معاملة جيدة لضغوط نفسية أكبر؛ وبالتالي فإن قدرتهم على التكيف على نحو كفء مقيدة. أما بين الأطفال الذين يتعرضون لمعاملة سيئة فقد اتضح أن الاختلاف في تنظيم الكورتيزول يرجع لاختلاف ألوان المعاملة السيئة التي يتعرضون لها. وقد ثبت ارتفاع وظائف المرونة والقدرة على التأقلم لدى الأطفال الذين يتعرضون للإساءة البدنية والذين يرتفع لديهم مستوى الكورتيزول في الصباح، مقارنة بالأطفال الذين يتعرضون للإساءة البدنية والذين ينخفض لديهم مستوى الكورتيزول في الصباح. ويختلف الدور الإيجابي لارتفاع الكورتيزول لدى الأطفال الذين تعرضوا للإساءة بدنياً عن النمط العام لارتفاع الكورتيزول المتعلق بانخفاض وظائف المرونة والقادرة على التأقلم، حسب اكتشافنا في هذه الدراسة التي أجريت على الأطفال الذين لم يتعرضوا للإيذاء البدني والجنسي.

وقد أوضحت الأبحاث السابقة عن تنظيم الغدد الصماء العصبية انخفاض إفراز مستويات الكوتيزول في الصباح بشكل عام لدى الأطفال الذين يتعرضون للإساءة البدنية (56). وقد يرجع ذلك إلى أن الأطفال الذين استطاعوا زيادة الكورتيزول في ظل تعرضهم للإساءة البدنية للتماشي مع العوامل المسببة للضغط النفسي في الحياة، بذلوا جهدا أكبر للبلوغ إلى التكيف المرن. أما الأطفال الذين يتعرضون للإساءة البدنية وتقل لديهم مستويات الكورتيزول في الصباح فربما يرجع ذلك إلى إصابتهم بمرور الوقت بانخفاض في مستوى الكورتيزول استجابة للتعرض للضغط النفسي المزمن (أي نتيجة تزايد عبء المحافظة على الاتزان الذاتي في مواجهة التغيرات) (57)، ونتيجة لذلك قد تضعف قدرة هؤلاء الأطفال على حشد طاقات المحور الوطائي النخامي الكظري لتعزيز التكيف الإيجابي تحت ظروف الضغط النفسي المستمر.

بالإضافة إلى ذلك، وجدنا أيضا أن انخفاض مستوى المرونة والقدرة على التأقلم بين الأطفال الذين تعرضوا للإيذاء الجنسي والذين يرتفع لديهم مستوى الكورتيزول الأساسي، قد يرجع إلى تجاربهم الصادمة المختلفة وعواقب الحذر واستحواذ هذه الفكرة عليهم بشكل متواصل، مما يؤدي إلى إفراط إثارة المحور الوطائي النخامي الكظري بنفس القدر(52) .

وفي النهاية اكتشفنا أن الأطفال الذين تعرضوا للإساءة والذين ترتفع لديهم وظائف المرونة والقدرة على التأقلم قدموا نموذج غير نمطي فريد للزيادة النسبية لديهيدروابياندروستيرون في فترة النهار. ويعد الأطفال الذين تعرضوا للإساءة والذين لديهم القدرة على زيادة ديهيدروابياندروستيرون على مدار اليوم مستعدين بصورة أكبر للتماشي مع متطلبات ارتفاع درجة تعرضهم للضغط النفسي الكبير على نحو مزمن، والتكيف على نحو كفء. وفي مقابل ذلك لا يبدي الأطفال الذين تلقوا معاملة جيدة، والذين يتصرفون بمرونة نفس نمط زيادة ديهيدروابياندروستيرون في فترة النهار؛ بل ثبت لديهم أقل مستويات ديهيدروابياندروستيرون على مدار اليوم.

التفاعل الوراثي–البيئي والآليات الجزيئية التي تحفز أداء وظائف المرونة والقدرة على التأقلم في الأطفال الذين تعرضوا لسوء معاملة

شهدت السنوات الأخيرة نهضة كبيرة في الاهتمام بالبحث في التفاعل بين العوامل الوراثية من جهة والعوامل البيئية المُمرِضة من جهة أخرى، وتأثيرهما على ظهور المرض النفسي وعلى مدى مرونة الفرد وقدرته على التأقلم (من 58 إلى 60). ومن منظور وراثي، يمكن تعريف المرونة والقدرة على التأقلم على أنها المدى الذي يمكن أن يتحمله الأشخاص الذين لديهم استعداد وراثي لاضطراب التكيُّف والاضطراب النفسي وذلك بدون أن يتأثروا (61). بالإضافة إلى ذلك، ففي العائلات التي بها استعداد وراثي كبير لاضطراب التكيُّف، ربما تكون هناك عوامل جينية مساهمة في المرونة والقدرة على التأقلم تحمي بعض الأفراد من الاستسلام لتلك النتائج السيئة (58). كما أنه من المرجح أن الجينات تلعب دوراً في الوقاية من آثار الإيذاء الذي يلقاه بعض الأفراد من البيئة المحيطة بهم. ومن هذا يتضح أن تأثير العوامل الوراثية على اضطراب التكيف والمرض النفسي أمر احتمالي ولكنه لا يحدد نتيجة محاولات التكيف.

وفي التفاعل بين الاستعدادات الوراثية والعوامل البيئية التي تحيط بالفرد (GxE أو التفاعل الوراثي–البيئي)، تحد الخبرات البيئية من نتائج التأثيرات الجينية (والعكس صحيح) في تحديد نتيجة عملية الارتقاء من حيث كونها طبيعية أو مرضية أو تتسم بالقدرة على التأقلم. وعلى سبيل المثال، قد نلاحظ التأثيرات الجينية على النتائج

الوظيفية في بعض ظروف بيئية معينة، أو بالارتباط مع وجود تاريخ معين من التعرض لبعض الخبرات. وبالعكس، يمكن ألا تظهر نتائج التعرض لخبرات بيئية إلا لدى بعض الأشخاص الذين يتسمون بصفات جينية معينة (62).

ولقد بحثت غالبية دراسات التفاعل الوراثي–البيئي في تعدد الأشكال لإنزيم الأكسيداز الأميني الأحادي–أ (MAOA) وناقل السيروتونين (5-HTT)، وهما اثنان من الجينات الأولية المؤثرين في تمام نمو المخ في مراحله الأولية وكذلك المؤثرة على المزاج والسلوك والاستجابة للضغط النفسي (58). ويشير التنوع الذي يظهر في استجابات الأطفال للمخاطر البيئية التي تحدث عند إساءة معاملة الطفل إلى أن هذا التغايُر يمكن أن يرجع إلى التأثير الجيني (59). ولقد ثبت أن خبرة تعرض الطفل لسوء المعاملة هي عامل مَرَضِي قوي ناتج عن البيئة تسبب في إحداث عدد من النتائج المثيرة التي ساهمت في خلق الاهتمام بالبحث في موضوع التفاعل الوراثي–البيئي (GxE) (59 و60، وللدراسات التي تحلل مجموعة من الدراسات السابقة أنظر 65 و66).

ولقد اثبت كاسبي وزملاؤه (62 و63) تأثيرات التفاعل الوراثي–البيئي في عينة كبيرة من البالغين الذين تعرضوا إلى سوء معاملة شديد في طفولتهم المبكرة. وعلى وجه الخصوص، وجد كاسبي وزملاؤه (58) أن الذكور البالغين الذين تعرضوا إلى سوء معاملة في مرحلة عمرية مبكرة وكان لديهم نشاط منخفض في تنوع نسخ الحمض النووي (الأليلات) لجين إنزيم الأكسيداز الأميني الأحادي–أ (MAOA) أظهروا مستويات من العنف ومعاداة المجتمع أعلى من الأفراد الذين تعرضوا إلى سوء معاملة في مرحلة عمرية مبكرة وكان لديهم نشاط مرتفع في تنوع نسخ الحمض النووي (الأليلات) لإنزيم الأكسيداز الأميني الأحادي–أ . وقد أظهرت المجموعة الأخيرة مستويات منخفضة من الأعراض ضد المجتمع وأعراض العنف (62) أقل من الأفراد الذين تعرضوا إلى سوء معاملة في مرحلة عمرية مبكرة وكان لديهم نشاط منخفض في تنوع نسخ الحمض النووي (الأليلات) لجين إنزيم الأكسيداز الأميني الأحادي–أ .

وفي دراسة تالية ، اكتشف كاسبي وزملاؤه أن الأفراد الذين تعرضوا إلى سوء معاملة في مرحلة الطفولة وكانت خلاياهم تحتوي على النسخة القصيرة (s/s) من جين السيروتونين أظهروا مستويات أعلى من أعراض الاكتئاب أكثر من الأفراد الذين تحتوي خلاياهم على النسخ الطويلة (l/l) من جين السيروتونين وتعرضوا إلى سوء معاملة في مرحلة الطفولة. وفي المقابل، أظهر الأفراد البالغون في المجموعة الأخيرة عدد أقل من أعراض الاكتئاب مقارنةً بالأفراد البالغين الذين تعرضوا لسوء المعاملة وتحتوي خلاياهم على نسخ الحمض النووي (الأليلات) القصيرة (63). وبالتالي، يمكن تصور أن وجود شكل جين إنزيم الأكسيداز الأميني الأحادي–أ ذو نشاط كبير ووجود النسخ الطويلة من جين السيروتونين يمكن أن يقيا البالغين الذين تعرضوا لمعاملة سيئة جدا في طفولتهم من الاضطراب ضد المجتمعي ومن الاكتئاب وذلك.

وفي مختبرنا، أجرينا دراسة متعددة الجينات تختبر التفاعل بين تعدد أشكال جينات السيروتونين وجين إنزيم الأكسيداز الأميني الأحادي–أ في عينة كبيرة من الأطفال الذين يتعرضون لمعاملة سيئة، وعلاقة ذلك بظهور أعراض الاكتئاب (67). وتم إجراء مقابلة تشخيصية شبه موجهة لمراهقين من بيئات اقتصادية واجتماعية منخفضة سبق لهم التعرض لسوء المعاملة في مرحلة الطفولة أو لم يسبق لهم التعرض لذلك، وذلك للتعرف على وجود اضطرابات ذهنية لديهم، وعلاوة على ذلك، تم أخذ عينات من خلايا الفم لهؤلاء المراهقين لإجراء تحليل جيني لها. وقد اكتشفنا وجود أعراض اكتئاب شديد بين الشباب الذين تعرضوا لسوء معاملة شديد ولديهم نشاط منخفض لجين إنزيم الأكسيداز الأميني الأحادي–أ. وبين الشباب الذين تعرضوا لسوء المعاملة ولديهم نشاط مرتفع لإنزيم الأكسيداز الأميني الأحادي–أ، أدى وجود استراتيجيات للتأقلم إلى ظهور أعراض اكتئابية أقل.

وهذا الاكتشاف للعلاقة بين استراتيجيات التأقلم والنشاط المرتفع لإنزيم الأكسيداز الأميني الأحادي–أ وانخفاض أعراض الاكتئاب، يستدعي إلى الأذهان النتائج التي توصلنا إليها في عدد من دراساتنا عن المرونة والقدرة على التأقلم في الأطفال الذين يتعرضون لمعاملة سيئة. ويذكرنا ذلك على وجه الخصوص بما اكتشفناه من أن الاعتماد على النفس والرغبة في تقرير المصير هما مؤشران للتنبؤ بمدى القدرة على التأقلم في الأطفال الذين يتعرضون لمعاملة سيئة (32). ويمكن تصور أن الأطفال الذين تعرضوا لسوء معاملة ولديهم نظام ذاتي سليم وأظهروا قدرة على التأقلم، يمكن أيضاً أن تحتوي خلايا أجسامهم على أشكال من الجينات (مثل ارتفاع

نشاط لإنزيم الأكسيداز الأميني الأحادي–أ) والذي قام بوظيفة وقائية حمتهم من سوء التأقلم.

ويمكن القول أن الاعتداء الجنسي ووجود النمط الجيني القصير/القصير للسيروتونين ينبئان بظهور مستويات أعلى من الاكتئاب والقلق والأعراض الجسدية. وهذا التفاعل الوراثي–البيئي ينظمه بعد ذلك مستوى نشاط جين إنزيم الأكسيداز الأميني الأحادي–أ. وعلى وجه الخصوص، فقد وجدنا أن المراهقين الذين تعرضوا لاعتداء جنسي وتوجد في خلاياهم نسخة أو نسختين من نسخ الحمض النووي (الأليل) القصير الخاص بالسيروتونين أظهروا مستويات منخفضة بشكل واضح من الأعراض الداخلية للمرض النفسي (اضطراب المزاج والقلق) إذا كان لديهم أيضاً نسخة عالية النشاط من جين إنزيم الأكسيداز الأميني الأحادي–أ (67).

وفي بحثنا متعدد المستويات عن السبل الموصلة إلى المرونة والقدرة على التأقلم عند الأطفال الذين يتعرضون للمعاملة السيئة والإهمال، بدأنا أيضاً –من خلال تحليل متعدد المستويات– في فك شفرة العلاقات التضافرية، عن طريق تضمين معايير جينية ومعايير فسيولوجية متعددة. وعلى سبيل المثال، في بحث طولي يجري حالياً في مختبرنا يعتمد منهجا لاستخدام مستويات متعددة من التحليل لفحص مسار الاعتلال النفسي المرتبط بحدوث صدمات أو إيذاء نفسي في الأطفال الذين تعرضوا لسوء معاملة، بالإضافة إلى العمليات متعددة المستويات التي تساهم في ظهور نتائج المرونة والقدرة على التأقلم.

وبالإضافة إلى تصنيف النمط الجيني الخاص بالجينات المحتمل كونها ذات صلة، فقد ضمّنا قياسات متعددة للاستجابات الفسيولوجية العصبية لأقسام المثيرات الانفعالية، وقياسات لأداء الوظائف الهرمونية والمعرفية العصبية والسلوكية. ولا يسعنا المجال هنا لاستكمال التمييز المصطنع ما بين علم الوراثة وعلم البيولوجيا العصبية والسلوك، في البحث عن محددات المرونة والقدرة على التأقلم.

المرونة العصبية والمرونة والقدرة على التأقلم:

بعض طرق الترابط المحتملة:

تعد آليات المرونة العصبية المرتقبة للخبرة والمعتمدة عليها جزءا لا يتجزأ من التركيب التشريحي للنسيج القشري بما يجعل من تكوين المخ عملية ممتدة تتسم بالاستجابة للعوامل المحيطة (65 و67)، حيث يستفيد علماء علم النفس الارتقائي وعلم الأعصاب من هذه المعلومة كوسيلة لفهم مكامن ضعف تطور المخ وعملياته الوقائية كأسباب نشوء المرض النفسي والمرونة والقدرة على التأقلم وتطورهما المتعاقب. بالإضافة إلى ذلك، اتضح أن القشرة الدماغية تتشكل جراء ما تتلقاه من البيئة الاجتماعية لأن آليات المرونة تجعل الفروق التشريحية للمخ تتوقف على التحفيز من البيئة. ولأن ترتيب الجينات يقتصر دوره على الشكل العام لقشرة المخ ولأن تخلقها النهائي يستجيب بدرجة كبيرة لاستراتيجيات تأقلم الفرد في ظل بيئة معينة فهناك احتمال كبير أن نجد تنوعا كبيرا في تشريح قشرة المخ والسمات الشخصية بين الأفراد الذين تؤدي استراتيجياتهم للتأقلم إلى نتائج طبيعية أو غير طبيعية أو إلى المرونة وتحقيق القدرة على التأقلم ومثل المرونة العصبية التي تحدث استجابة لإصابات المخ (68–71) يمكننا أن ننظر إلى المرونة والقدرة على التأقلم على أنها قدرة الفرد على الشفاء بعد التعرض لإحدى المحن أو الصدمات (9 و32). وطبقاً لهذه الرؤية يعتقد البعض أن المحن تؤثر تأثيراً ضاراً على واحد أو أكثر المكونات العصبية على الأقل وأن آليات المرونة العصبية تؤدي إلى تعافي المصاب، مما يجعلنا نعتقد أن بعض الأشخاص المصنفين كأشخاص قادرين على التأقلم لديهم قدرة فطرية (ألا وهي المرونة) تفوق المستويات المعيارية للشفاء من أذى البيئة المحيطة المؤثر على المخ. وتنظر هذه الرؤية للمرونة والقدرة على التأقلم إلى المحنة النابعة من البيئة على أنها ذات أثر "ضار" على المخ وإلى الشفاء على أنها صفة فطرية في المخ نفسه. إلا أن هذا المنظور لا يراعي أثر البيئة الإيجابي (مثل وجود الدعم الاجتماعي)، أو أثر محاولات الأشخاص النشطة في التغلب على المحن أو جينات الوقاية والمرونة والقدرة على التأقلم على الشفاء.

وفي مفهوم آخر، تعد المرونة والقدرة على التأقلم بمثابة قدرة تفوق المستويات المعيارية على مقاومة تأثير المحن النابعة من البيئة على المخ بحيث تسمح للأفراد الذين يتميزون بها بعدم الاستسلام للتأثير المدمر الذي قد تسببه هذه المحن على المخ والأجهزة الحيوية الأخرى. وهذا المفهوم للتفاعل بين الاستعدادات الوراثية والعوامل البيئية لا يعد متضمنا للمرونة العصبية بالمفهوم الدقيق للكلمة، ومن ثم لا ينطبق مصطلح استعادة القدرة على أداء الوظائف على هؤلاء الأشخاص لأنهم لم "يفقدوا" هذه القدرة في الأساس.

أدى النمو السريع في التقنيات المعقدة التي تسمح بتصوير المخ مباشرة في توفير منهجيات لباحثي الأمراض النفسية الارتقائية: والتي يمكن الاستفادة من العديد من هذه الطرق في فحص المرونة العصبية وتركيب المخ ووظائفه بالتفصيل. كما تسمح هذه الأدوات الجديدة حاليا بالدراسة التجريبية للعلاقة بين المرونة العصبية من ناحية والمرونة والقدرة على التأقلم من ناحية أخرى مما يسمح بدراسة الترابط المباشر بين هاتين العمليتين. وبهذا أصبح من الممكن الإجابة عن أسئلة من نوعية كيفية قيام المرونة العصبية بدور في تطوير وظائف المرونة والقدرة على التأقلم والمحافظة عليها، وما إذا كانت آليات المرونة العصبية تعمل بشكل مختلف لدى الأشخاص المصنفين كأشخاص قادرين على التأقلم. ومن ضمن الأسئلة التي تطرح نفسها بقوة بشأن التأقلم القادر على التأقلم التي يمكن دراستها بالاستفادة من منهجيات تصوير المخ ما يلي:

أ– هل يتناسب اختلاف تركيب مخ الأطفال الذين يتعرضون لمعاملة سيئة ووظيفته عن الأطفال الذين لم يتعرضوا لها والذين يتصرفون بمرونة وقدرة على التأقلم مع المرور بالمحن؟، ب– هل يختلف تركيب ووظيفة مخ الأشخاص القادرين على التأقلم والذين تعرضوا لمحن عن تركيب ووظائف مخ الأطفال الطبيعيين الذين نشئوا في بيئات خالية من المحن؟، ج– هل يزيد احتمال نشاط مناطق معينة من المخ عند التصرف على نحو يتسم بالمرونة والتأقلم أثناء المهام الصعبة أو التي تشمل الضغط النفسي أكثر من نشاطها عند عدم التصرف على هذا النحو؟، د– ما هي النواحي المتعلقة بتركيب ووظيفة المخ التي تميز الأشخاص القادرين على

التأقلم، على الرغم من مرورهم بمحن مبكرة، عن الأشخاص غير القادرين على التأقلم والذين تعرضوا لمحن في فترة سابقة في الحياة (بمعنى آخر ما دور التجارب المبكرة)؟ هـ- هل توجد فترات حساسة يستبعد بعدها تحقيق المرونة والقدرة على التأقلم أم أن المرونة والقدرة على التأقلم يمكن تحقيقها في أي وقت على مدى حياة الشخص؟ و- هل يتغير تركيب المخ أو وظيفته أو كلاهما لدى الأشخاص المصنفين كأشخاص قادرين على التأقلم بمرور الوقت على نحو يدل على حدوث عمليات المرونة العصبية؟ قد يؤدي ضم تقنيات أشعة المخ إلى الأساليب النفسية السائدة حاليا لتوضيح سبل تحقيق المرونة والقدرة على التأقلم بالإضافة إلى المنهجيات الحيوية والجينية الجزيئية التي تمت مناقشتها أعلاه إلى العديد من الاكتشافات المثيرة عن العمليات المعقدة التي تنتهي بنتائج وافية على الرغم من المرور بمحنة شديدة.

وبعيدا عن دراسة مدى التقارب الزمني بين المرونة والقدرة على التأقلم والمرونة العصبية، هناك العديد من العمليات تحدث من خلال عمليات حيوية عصبية (مثل الإدراك ووظيفة الغدد الصماء العصبية) وترتبط بعلاقة مباشرة بنتائج المرونة والقدرة على التأقلم (14 و51). وعلى الرغم من أن هذه العمليات قد يكون لها تأثير على وظائف المرونة والقدرة على التأقلم إلا أن المرونة العصبية تمثل إلى حد كبير الآلية التي تربط العلاقة بين هذه العمليات والمرونة والقدرة على التأقلم.

التدخل لتعزيز المرونة والقدرة على التأقلم من منظور متعدد المستويات

ينطوي البحث في مجال المرونة والقدرة على التأقلم على قدرات واعدة كبيرة لتوجيه تطوير التدخل وتنفيذه لتسهيل تعزيز المرونة والقدرة على التأقلم لدى مختلف الأفراد الذين ترتفع احتمالات إصابتهم نتيجة تعرضهم لمحن شديدة (27 و72)، وينبغي أن تستهدف هذه التدخلات العوامل الوقاية ولعوامل زيادة احتمالات الإصابة على المستويات المؤثرة من ثقافة ومجتمع وأسرة وفرد.

وعلى الرغم من تنفيذ عدة تدخلات تعتمد المنهج متعدد الأوجه لضمان مراعاة التفاعلات المتنوعة بين الأطفال والبيئة المحيطة، إلا أن عددا قليلا فقط من هذه التدخلات استعملت التقييمات الحيوية كجزء من بطارية اختبارات التقييم التي تجرى قبل التدخل وبعده. لأن أحد الأهداف الأساسية في مجال علم الوقاية هو التدخل في مسار الارتقاء لتعزيز استعادة القدرة على القيام بالوظائف وتعزيز التأقلم على نحو مرن لدى الأشخاص المعرضين للمرض النفسي (6) فقد أصبح من الضروري الآن الاستفادة من منظور التحليل متعدد المستويات، بدءا من التسلسل النووي وحتى الثقافة، عند تقييم الأبحاث بهدف قياس كفاءة التجارب العشوائية للتدخل الذي يهدف إلى تشجيع تنمية التأقلم على نحو مرن.

وهناك سببان، على الأقل، لعدم الانتباه للعمليات الحيوية في تقييم التدخلات الوقائية لدى الأطفال والمراهقين. فقد ينتج غياب الانتباه جزئياً إلى تقليد متبع في علم النفس الارتقائي بقياس العمليات الحيوية باعتبارها مؤشرات للاختلافات الشخصية الوراثية والتكوينية توضح الأساس البيولوجي العصبي (73). ويغذي هذا التقليد الاعتقاد القائل بأن العمليات الحيوية إما أنها لا تتسم بالمرونة أو أنها أكثر مقاومة للتغير الإيجابي الحادث نتيجة تجارب الفرد. إلا أنه يجب إدراك أن التجارب تؤثر أيضاً على الجوانب الحيوية بسبب العلاقات ثنائية الاتجاه بين المستويات الحيوية والنفسية المختلفة (68 و74). ولا تقدم المجموعات المعيارية، حيث يتوفر المزيد من الاستقرار في المحيطات الداعمة، دليلا واضحا على ظاهرة إعادة التنظيم الحيوي العصبي نتيجة التغيرات البيئية ، إلا أننا يمكننا من خلال دراسة حالات الأفراد الذين نشئوا في ظل ظروف بيئية صارمة تحديد مكونات هذه الأجهزة المتنوعة ومن ثم إلقاء الضوء على الآثار المتبادلة بين الخبرات وعلم بيولوجيا الأعصاب.

وبينما لا يمكننا تعريض الأفراد للمحن أو الصدمات على نحو عشوائي فإنه يمكننا تعريضهم عشوائيا للتدخلات العلاجية. وإذا استعادت الأجهزة الحيوية عافيتها نتيجة التدخل فإن هذا يعد تأييدا للرأي القائل بأن الأجهزة التي تجرى عليها الدراسة حساسة للمدخلات البيئية أثناء تطورها. وعلاوة على ذلك، إذا سببت التدخلات العشوائية تغييراً في الأجهزة العصبية الحيوية المتعلقة بالاضطرابات واستطعنا إثبات أن هذه الأنظمة تعد حلقة وسيطة في تغييرات الوظائف النفسية الاجتماعية والسلوكية فإن هذا يساعد على زيادة فهم الأسس العصبية الحيوية للاضطرابات. قد تساهم التدخلات الوقائية في علاج العواقب الحيوية أو إصلاحها بطرق نكاد نكون بدأنا في فهمها مؤخراً، كما أن فهمنا للعمليات العصبية الحيوية التي تزيد من مخاطر الارتقاء على نحو يتسم باضطراب التكيف قد يوحي إلينا بوضع أهداف جديدة للتدخل الوقائي. ومن ثم يجب أن يدرس علماء الطب الوقائي عن الطرق التي قد يؤدي بها التغير في الخبرات والوظائف النفسية، الناتجة عن التدخلات الوقائية، إلى تغيير العمليات الحيوية.

والآن بعد أن أظهرت الدراسات الحديثة التي أجريت على الحيوانات أن الخبرات تؤثر على بنية المخ الدقيقة وكيميائه الحيوية (75)، يمكننا أن نشير إلى احتمال لعب المرونة العصبية المستمرة خلال التطور المتعاقب دورا هاما في المساهمة في شفاء أشكال اضطراب التكيف والاضطراب النفسي المتعددة. كما يتوفر المزيد من الأدلة نتيجة الدراسات التي أجريت على الحيوانات بأن التدخلات الفعالة لا تغير السلوك غير المتأقلم فحسب وإنما تغير أيضاً الجوانب الخلوية والفسيولوجية للسلوك (76 و77). قد تسبب التدخلات الوقائية الناجحة تغييراً في السلوك والفسيولوجيا من خلال تغيير التعبيرات الجينية التي قد تتسبب بدورها في إعادة تشكيل المخ (76). ويعتبر تحديد فترات الارتقاء التي تزداد فيها فاعلية تدخل معين أحد أهداف البحث التدخلي الوقائي، بحيث يجرى هذا التدخل في هذه الفترة. كما يعد تحديد الفترات الحساسة للتدخل أحد أهداف التدخلات الوقائية التي تتضمن قياس العمليات الحيوية العصبية (78).

يوفر تحديد المستويات المتعددة التي يحدث بها تغييراً من خلال التجارب العشوائية الخاصة بالتدخلات الوقائية المزيد من الفهم لآليات التغيير، ومدى إمكانية تعزيز المرونة العصبية، والعلاقات بين العمليات الحيوية والنفسية في اضطراب التكيف والأمراض النفسية والمرونة والقدرة على التأقلم (79). ويجوز تنفيذ التدخلات

الوقائية المبنية بدرجة كبيرة على الأبحاث التطبيقية، القائمة بدورها على نظريات متكاملة ومتعددة المستويات للحالات السوية والأمراض النفسية والمرونة والقدرة على التأقلم، في تجارب اختبار الفاعلية التي تجرى في المستشفيات النفسية أو في سياق العالم الخارجي، وذلك بهدف الوصول لأكبر عدد من الأفراد الذين يعانون من الاضطرابات العقلية ووقايتهم منها وتخفيف حدتها وعلاجهم منها في نهاية الأمر(80)، وقد يستطيع العلماء، من خلال إدخال فحص الجوانب الحيوية في تقييم التدخلات التي تهدف إلى تعزيز المرونة والقدرة على التأقلم، اكتشاف ما إذا كان لكل من المكونات المتنوعة للتدخلات متعددة الأوجه أثراً مميزاً على كل جهاز من أجهزة المخ. وبذلك يمكن النظر إلى التدخلات الناجحة لتعزيز المرونة والقدرة على التأقلم كأمثلة على المرونة العصبية التي تعتمد على التجربة.

وعلى الرغم من الإجماع على اعتبار المرونة والقدرة على التأقلم هي المنشأ الارتقائي النشط المحتمل خلال فترة العمر، فمن المهم التحقق مما إذا كان توقيت التدخل لتعزيز المرونة والقدرة على التأقلم متغيراً خطيراً يستحق الدراسة. كما أنه من الضروري على نحو خاص التأكد مما إذا كانت فاعلية التدخل لتعزيز المرونة والقدرة على التأقلم تزداد في حالة تنفيذه في السنوات الأولى من العمر. وبالمثل نحتاج أيضا إلى معرفة ما هل يزيد احتمال تحقيق هذا التدخل لهدفه وهو زيادة المرونة والقدرة على التأقلم إذا تم تنفيذه في أقرب وقت ممكن من تحديد المحن أو التجارب الصعبة؟ كما يمكن للعلماء من خلال تشكيل منظور تحليلي متعدد المستويات معرفة ما إذا كان التدخل لتعزيز المرونة والقدرة على التأقلم الذي يتم تنفيذه في السنوات الأولى من العمر أفضل لتطور المخ ووظائفه، حتى إذا حدث التحسن لدى الأشخاص الذين تلقوا تدخلاً لتعزيز المرونة والقدرة على التأقلم في وقت لاحق من العمر أو تلقوا التدخل الذي تم التخلص منه بعد فترة من تعرضهم للمحن أو الصدمات.

النتائج

يجب مراعاة أن المطالبة بتطبيق المنظور متعدد المستويات في أبحاث المرونة والقدرة على التأقلم والتدخل لتعزيزها، بما في ذلك ضرورة إجراء تقييمات جينية وحيوية عصبية وسلوكية، لا تحصر المرونة والقدرة على التأقلم في المتغيرات البيولوجية أو واحدا منها، ولا ينبغي ألا يعيد وضع المنظور متعدد المستويات بشأن المرونة والقدرة على التأقلم العلماء والأطباء المعالجين للزمن الذي اعتنق فيه بعض العلماء والمعالجين فكرة أنهم كانوا أطفالاً "يتعذر جرحهم". ويشترط لإدخال المنظور متعدد المستويات في بحث المرونة والقدرة على التأقلم الالتزام برؤية ديناميكية تفاعلية تضع أهمية البيئة المحيطة.

ونحن الآن في غمرة فترة هامة في تاريخ أبحاث الطرق المؤدية إلى وظائف المرونة والقدرة على التأقلم لدى الأشخاص الذين مروا بمحن أو صدمات شديدة، حيث يساهم التقدم في علم الجينوم ودراسة التغييرات الوراثية التي تحدث دون تغير في سلسلة الحامض النووي وتصوير المخ وطرق التحليل المستخدمة في الهرمونات وعلم المناعة في تقديم إسهامات مفيدة لمعارفنا المتزايدة عن العمليات الارتقائية التي تؤدي إلى المرونة والقدرة على التأقلم (11 و12). وينطوي تزايد تعزيز فهمنا لهذه الظواهر على إمكانيات واعدة لتطوير أساليب جديدة، بل وربما مصممة خصيصا لكل فرد، للتدخل لتعزيز المرونة والقدرة على التأقلم للأطفال والبالغين المعرضين للخطر والذين لا تعمل وظائفهم على نحو جيد نتيجة تعرضهم للمحن والصدمات. وحتى نفهم كيفية تحقيق الأفراد للتأقلم في مواجهة المحن حق الفهم، يتعين علينا أن ندرس هذه الظاهرة باستعمال أساليب مركبة تعادل تعقيد الظاهرة نفسها.

شكر وتقدير

العمل على هذا المقال يدعمه المعهد الوطني للصحة العقلية وشركة سبانك فاند.

المراجع:

1. Cicchetti D. Development and psychopathology. In: Cicchetti D, CohenDJ (eds). Developmental psychopathology, Vol. 1. New York: Wiley, 2006:1-23.
2. Gunnar MR, Vazquez D. Stress neurobiology and developmental psychopathology. In: Cicchetti D, Cohen D (eds). Developmental psychopathology, Vol. 2. New York: Wiley, 2006:533-77.
3. Cicchetti D, Schneider-Rosen K. An organizational approach to childhood depression. In: Rutter M, Izard C, Read P (eds). Depression in young people, clinical and developmental perspectives. New York: Guilford, 1986:71-134.
4. Cicchetti D, Lynch M. Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: consequences for children's development. Psychiatry 1993;56:96-118.
5. Cicchetti D, Rogosch FA. Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. Dev Psychopathology 1996;8:597-600.
6. Ialongo N, Rogosch FA, Cicchetti D et al. A developmental psychopathology approach to the prevention of mental health disorders.
In: Cicchetti D, Cohen D (eds). Developmental psychopathology, Vol. 1. New York: Wiley, 2006:968-1018.
7. Luthar SS. Resilience in development: a synthesis of research across five decades. In: Cicchetti D, Cohen D (eds). Developmental psychopathology, Vol. 3. New York: Wiley, 2006:739-95.
8. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. Child Dev 2000; 71:543-62.
9. Masten AS, Best K, Garmezy N. Resilience and development: contributions from the study of children who overcome adversity. Dev Psychopathol 1990;2:425-44.
10. Charney D. Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: implications for successful adaptation to extreme stress. Am J Psychiatry 2004;161:195-216.
11. Curtis WJ, Cicchetti D. Moving research on resilience into the 21st century: theoretical and methodological considerations in examining the biological contributors to resilience. Dev Psychopathology 2003;15:773-810.
12. Masten AS. Resilience in developing systems: progress and promise as the fourth wave rises. Dev Psychopathol 2007;19:921-30.
13. Egeland B, Carlson EA, Sroufe LA. Resilience as process. Dev Psychopathology 1993;5:517-28.
14. Masten AS. Ordinary magic: resilience processes in development. Am Psychol 2001;56:227-38.
15. Cicchetti D, Garmezy N. Milestones in the development of resilience. Dev Psychopathology 1993;5:497-774.
16. Garmezy N. Vulnerability research and the issue of primary prevention. Am J Orthopsychiatry 1971;41:101-16.
17. Werner E, Smith R. Vulnerable but invincible: a study of resilient children. New York: McGraw-Hill, 1982.
18. Werner E, Smith R. Over−coming the odds: high-risk children from birth to adulthood. Ithaca: Cornell University Press, 1992.
19. Garmezy N, Streitman S. Children at risk: conceptual models and research methods. Schizophr Bull 1974;9:55-125.
20. Rutter M. Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. Br J Psychiatry 1985;128:493- 509.
21. Garmezy N, Rutter M. Stress, coping and development in children. New York: McGraw-Hill, 1983.
22. Pavenstedt E. A comparison of the childrearing environment of upper-lower and very low class families. Am J Orthopsychiatry 1965; 35:89-98.
23. Zigler E, Glick M. A developmental approach to adult psychopathology. New York: Wiley, 1986.

52. Cicchetti D, Rogosch FA. Personality, adrenal steroid hormones, and resilience in maltreated children: a multi-level perspective. Dev Psychopathology 2007;19:787-809.
53. Majewska MD. Neuronal actions of the dehydroepiandrosterone: possible roles in brain development, aging, memory and affect. Ann N Y Acad Sci 1995;774:111-20.
54. Lupien SJ, Ouellet-Morin I, Hupbach A et al. Beyond the stress concept: allostatic load – a developmental biological and cognitive perspective. In: Cicchetti D, Cohen D (eds). Developmental psychopathology, Vol. 2. New York: Wiley, 2006:578-628.
55. McEwen BS, Stellar E. Stress and the individual mechanisms leading to disease. Arch Intern Med 1993;153:2093-101.
56. Cicchetti D, Rogosch FA. Diverse patterns of neuroendocrine activity in maltreated children. Dev Psychopathol 2001;13:677-94.
57. Ganzel B, Morris P, Wethington E. Allostasis and the human brain: integrating models of stress from the social and life sciences. Psychopathology Rev 2010;117:134-74.
58. Kim-Cohen J, Gold AL. Measured gene-environment interactions and mechanisms promoting resilient development. Curr Dir Psychopathology Science 2009;18:134-42.
59. Moffitt TE, Caspi A, Rutter M. Measured gene-environment interactions in psychopathology: concepts, research strategies, and implications for research, intervention, and public understanding of genetics. Perspect Psychol Sci 2006;1:5-27.
60. Rutter M. Genes and behavior: nature-nurture interplay explained. Malden: Blackwell, 2006.
61. Rende R, Plomin R. Families at risk for psychopathology: who becomes affected and why? Dev Psychopathology 1993;5:529-40.
62. Belsky J, Jonassaint C, Pluess M et al. Vulnerability genes or plasticity genes? Mol Psychiatry 2009;14:746-54.
63. Caspi A, McClay J, Moffitt T et al. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. Science 2002;297:851-4.
64. Caspi A, Sugden K, Moffitt T et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. Science 2003;301:386-9.
65. Kim-Cohen J, Caspi A, Taylor A et al. MAOA, maltreatment, and gene-environment interaction predicting children's mental health: new evidence and a meta-analysis. Mol Psychiatry 2006;11:903-13.
66. Taylor A, Kim-Cohen J. Meta-analysis of gene-environment interactions in developmental psychopathology. Dev Psychopathology 2007;
19:1029-37.
67. Cicchetti D, Rogosch FA, Sturge-Apple ML. Interactions of child maltreatment and 5-HTT and monoamine oxidase A polymorphisms: depressive symptomatology among adolescents from low-socioeconomic status background. Dev Psychopathology 2007;19:1161-80.
68. Cicchetti D, Tucker D. Development and self-regulatory structures of the mind. Dev Psychopathol 1994;6:533-49.
69. Greenough W, Black J, Wallace C. Experience and brain development. Child Dev 1987;58:539-59.
70. Stiles J. The fundamentals of brain development: integrating nature and nurture. Cambridge: Harvard University Press, 2008.
71. Kolb B, Gibb R. Early brain injury, plasticity, and behavior. In: Nelson CA, Luciana M (eds). Handbook of developmental cognitive neuroscience. Cambridge: MIT Press, 2001:175-90.
72. Cicchetti D, Rapaport J, Sandler I et al. The promotion of wellness in children and adolescents. Washington: Child Welfare League of America Press, 2000.
73. Kagan J. Galen's prophecy: temperament in human nature. New York: Basic Books, 1994.
74. Eisenberg L. The social construction of the human brain. Am J Psychiatry 1995;152:1563-75.
75. Meaney MJ, Szyf M. Environmental programming of stress responses through DNA methylation: life at the interface between a dynamic environment and a fixed genome. Dialogues Clin Neurosci 2005; 7:103-23.
76. Kandel ER. Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited. Am J Psychiatry 1999; 156:505-24.
77. Nowakowski R, Bates NL. CNS development: an overview. Dev Psychopathology 1999; 11:395-417.
78. Zeanah CH, Nelson CA, Fox NA et al. Designing research to study the effects of institutionalization on brain and behavioral development: the Bucharest early intervention project. Dev Psychopathology 2003;15:885-907.
79. Cicchetti D, Curtis WJ. The developing brain and neural plasticity: implications for normality, psychopathology, and resilience. In: Cicchetti D, Cohen D (eds). Developmental psychopathology, Vol. 2. New York: Wiley, 2006:1-64.
80. Toth SL, Manly JT, Nilsen W. From research to practice: lessons learned. J Appl Dev Psychol 2008; 29:317-25.
24. Garmezy N. The study of competence in children at risk for severe psychopathology. In: Anthony EJ, Koupernik C (eds). The child in his family: children at psychiatric risk, Vol. 3. New York: Wiley, 1974:77-97.
25. Masten AS, Garmezy N. Risk, vulnerability, and protective factors in developmental psychopathology. In: Lahey B, Kazdin A (eds). Advances in clinical child psychology, Vol. 8. New York: Plenum, 1985:1-52.
26. Cicchetti D, Rogosch FA, Toth SL. Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions. Dev Psychopathology 2006;18:623-50.
27. Luthar SS, Cicchetti D. The construct of resilience: implications for intervention and social policy. Dev Psychopathol 2000;12:857-85.
28. Toth SL, Rogosch FA, Manly JT, Cicchetti D. The efficacy of toddler-parent psychotherapy to reorganize attachment in the young offspring of mothers with major depressive disorder. J Consult Clin Psychopathology 2006;74:1006-16.
29. Toth SL, Cicchetti D. Developmental psychopathology and child psychotherapy.
In: Russ S, Ollendick T (eds). Handbook of psychotherapies with children and families. New York: Plenum, 1999:15-44.
30. Kellam SG, Rebok GW. Building developmental and etiological theory through epidemiologically based preventive intervention trials. In: McCord J, Tremblay RE (eds). Preventing antisocial behavior: interventions from birth through adolescence. New York: Guilford, 1992:162-95.
31. Hinshaw SP. Intervention research, theoretical mechanisms, and causal processes related to externalizing behavior problems. Dev Psychopathology 2002;14:789-818.
32. Cicchetti D, Rogosch FA. The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children. Dev Psychopathology 1997;9:799-817.
33. Feder A, Nestler EJ, Charney DS. Psychobiology and molecular genetics of resilience. Nat Rev Neurosci 2009;10:446-57.
34. Cicchetti D. The impact of social experience on neurobiological systems: illustration from a constructivist view of child maltreatment. Cogn Dev 2002;17:1407-28.
35. Johnson MH. The neural basis of cognitive development. In: Kuhn D, Siegler R (eds). Handbook of child psychology: cognition, perception, and language. New York: Wiley, 1998:1-49.
36. Segalowitz SJ. Developmental psychology and brain development: a historical perspective. In: Dawson G, Fischer KW (eds). Human behavior and the developing brain. New York: Guilford, 1994:67-92.
37. Cicchetti D, Blender JA. A multiple-levels-of-analysis perspective on resilience: implications for the developing brain, neural plasticity, and preventive interventions. Ann N Y Acad Sci 2006;1094:248-58.
38. Masten AS, Cicchetti D. Developmental cascades. Dev Psychopathology 2010;22:491-5.
39. Cicchetti D. A multiple-levels-of-analysis perspective on research in development and psychopathology. In: Beauchaine TP, Hinshaw SP (eds). Child and adolescent psychopathology. NewYork: Wiley, 2008:27-57.
40. Albright TD, Jessell TM, Kandel ER et al. Neural science: a century of progress and the mysteries that remain. Cell 2000;100:S1-S55.
41. Cicchetti D, Valentino K. An ecological transactional perspective on child maltreatment: failure of the average expectable environment and its influence upon child development. In: Cicchetti D, Cohen D (eds). Development and psychopathology, Vol. 3. New York: Wiley, 2006:129-201.
42. Cicchetti D, Gunnar MR. Integrating biological processes into the design and evaluation of preventive interventions. Dev Psychopathology 2008;20:737-1021.
43. Cyr C, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ et al. Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: a series of meta-analyses. Dev Psychopathol 2010;22:87-108.
44. Block J, Block JH. The role of ego-control and ego-resilience in the organization of behavior. In: Collins WA (ed). The Minnesota symposia on child psychology: development of cognition, affect, and social relations. Hillsdale: Erlbaum, 1980:39-101.
45. Cicchetti D, Cannon TD. Neurodevelopmental processes in the ontogenesis and epigenesis of psychopathology. Dev Psychopathology 1999;11:375-93.
46. Gottlieb G. Probabilistic epigenesis. Dev Sci 2007;10:1-11.
47. Thelen E, Smith LB. Dynamic systems theories. In: Damon W, Lerner R (eds). Handbook of child psychology: theoretical, models of human development. New York: Wiley, 1998:563-634.
48. Davidson RJ. Affective style, psychopathology, and resilience: brain mechanisms and plasticity. Am Psychopathology 2000;55:1196-214.
49. Buckner JC, Mezzacappa E, Beardslee WR. Characteristics of resilient youths living in poverty: the role of self-regulatory processes. Dev Psychopathology 2003;15:139-62.
50. Masten AS. Humor and competence in school-aged children. Child Dev 1986;57:461-73.
51. Curtis WJ, Cicchetti D. Emotion and resilience: a multi-level investigation of hemispheric electroencephalogram asymmetry and emotion regulation in maltreated and non-maltreated children. Dev Psychopathology 2007;19:811-40.

فسيولوجيا الاكتئاب: هل لدينا أي دليل متواتر يهم الأطباء المعالجين؟

Gregor Hasler
Psychiatric University Hospital, University of Berne, Bolligenstrasse 111, 3000 Berne 60, Switzerland

أصبح من الصعب شرح فسيولوجيا الاضطراب الاكتئابي الرئيسي نتيجة تعدد مسبباته وأعراضه الإكلينيكية. وتستعرض الدراسة الحالية نقاط القوة والضعف لمجموعة من النظريات الحيوية العصبية السائدة المبنية على أقوى الأسس التجريبية السليمة وأكثرها اتصالا بالممارسات الإكلينيكية. وتقوم النظريات المختارة على دراسات التي تفحص الضغط النفسي الاجتماعي، وهرمونات الضغط النفسي، والناقلات العصبية مثل: السيروتونين، والنوربيفرين، والدوبامين، والجلوتاميت، وحمض جاما–أمينوبيوتيريك (GABA)، بالإضافة إلى الجوانب المتعلقة بالجهاز العصبي والجهاز الدوري، والعوامل المتعلقة بتأثير الأعصاب على تغذية الأنسجة، والإيقاع اليومي. وتحاول المعرفة الموجودة أن تبرهن على عدم صحة الفرضية الموحدة بشأن الاكتئاب لأن أي نظرية من نظريات الاكتئاب تنطبق على بعض وليس جميع المرضى ويسبب تنوع فسيولوجيته على نحو هائل على مدار فترة المرض. وعلى ذلك ينبغي تكييف مضادات الاكتئاب، بما في ذلك الأساليب النفسية، والحيوية حسب المريض وحالته. كما تناقش الدراسة أيضا فرضيات الاكتئاب القائمة على المعرفة العصبية الحيوية من حيث أهميتها لكل من الأطباء المعالجين في الممارسة اليومية والباحثين المعالجين الذي يطورون العلاجات الجديدة.

الكلمات الدالة: الاكتئاب، فسيولوجيا الأمراض، علم الوراثة، الضغط النفسي، السيروتونين، النوربيفرين، الدوبامين، وفحص المخ باستعمال الأشعة، والجلوتاميت، وحمض جاما – أمينوبيوتيريك

(مجلة الجمعية العالمية للطب النفسي سبتمبر 2010 155 161)

يعد الاضطراب الاكتئابي الرئيسي شائعاً ومكلفاً حيث يصاحبه أعراض شديدة ومستمرة تؤدي إلى إعاقة قيام المريض بدوره الاجتماعي الهام وزيادة عدد الوفيات (1 و2)، كما يعد أحد أهم أسباب الإعاقة في جميع أنحاء العالم (3). وما زال ارتفاع معدلات العلاج غير الكافي للاضطراب يمثل مشكلة خطيرة (1).

ويهدف هذا الاستعراض إلى تلخيص الأدلة المتواترة المتوفرة بشأن أسباب الاضطراب الاكتئابي الرئيسي وفسيولوجيته ذات الارتباط بالطب النفسي العلاجي. ويقصد بتواتر النتائج الحيوية العصبية اتساقها واتفاق عدة باحثين عليها؛ أي إذا أكدتها عدة دراسات تستخدم نفس الطريقة وعدم تعارضها مع نتائج الدراسات التي تستخدم منهجيات مختلفة.

الجينات والضغط النفسي الاجتماعي

توفر الدراسات التي أجريت على الأسر والتوائم والتبني أدلة ثابتة ومتواترة على أن الاضطراب الاكتئابي الرئيسي اضطراباً وراثياً تتسبب فيه غالباً أو كلياً عوامل جينية (4). وتشير هذه النتيجة الهامة إلى أن الأخرى ليست على نفس القدر من الأهمية في الإصابة بالاضطراب الاكتئابي الرئيسي كما كان مفترض من قبل وعلى انه لا ينبغي التركيز عليها في العلاج. وتتفق الدراسات المذكورة أعلاه أن تأثير العوامل الوراثية يتراوح بين 30 و40% (4)، بينما تعد العوامل غير الوراثية، التي تفسر النسبة الباقية التي تتراوح بين 60 و70% التنوع في قابلية الإصابة بالاضطراب الاكتئابي الرئيسي، آثاراً بيئية خاصة بالفرد (تشمل آثار خطأ القياس والتفاعل بين الاستعدادات الوراثية والعوامل البيئية). وغالبا ما تكون هذه الآثار محن حدثت في فترة الطفولة وضغط نفسي مستمر أو حديث نتيجة التعرض لأزمة شديدة في العلاقات الشخصية مثل: التعرض للاعتداء الجنسي أثناء الطفولة، والصدمات الأخرى التي يستمر تأثيرها مدى الحياة، وضعف الدعم الاجتماعي، والخلافات الزوجية، والطلاق (5 و6). تشير النتائج أيضا إلى أن التدخل النفسي الاجتماعي (في المدارس وأماكن العمل مثلا) تحمل إمكانيات واعدة وهائلة للوقاية من الاضطراب الاكتئابي الرئيسي. كما تعكس تلك النتائج الممارسات الإكلينيكية التي تستخدم العلاجات النفسية التي أثبتت التجارب فاعليتها لعلاج الاكتئاب (7 و9) ويشمل ذلك العلاجات النفسية التي تركز على العلاقات الشخصية أو الديناميكيات النفسية والعلاج السلوكي المعرفي وكذلك نظام التحليل السلوكي المعرفي للعلاج النفسي، والتي تركز جميعها على نحو مباشر أو غير مباشر على الصعوبات والمهارات المتعلقة بالعلاقات الشخصية. ولكن هذا لا يعني استبعاد وجود عوامل غير وراثية أو نفسية للإصابة غير معروفة تلعب دورا هاما لدى بعض المرضى (مثل تغيرات المناخ والحالة الصحية). وتتوقف حساسية الضغط النفسي للاكتئاب على نوع المريض، فبينما يتساوى تأثر الرجل والمرأة بالآثار المسببة للاكتئاب الناتجة عن أحداث الحياة التي تسبب الضغط النفسي إلا أن استجاباتهم تختلف على حسب نوع الباعث على الضغط النفسي، حيث يزداد احتمال إصابة الرجل بالاكتئاب بعد الطلاق أو الانفصال أو صعوبات العمل، بينما تزداد حساسية المرأة تجاه الأحداث الجارية في الشبكات الاجتماعية القريبة منهم مثل صعوبة التأقلم مع أحد الأشخاص، أو حالات الأمراض الخطيرة أو الوفاة (10). كما تشير هذه النتائج لأهمية إتباع أساليب نفسية اجتماعية تراعي

الفروق بين الأنواع في الوقاية من الاضطراب الاكتئابي الرئيسي وعلاجه. وفي مقابل الأدلة المتواترة الناتجة عن الدراسات الوبائية على المجالات العامة لعوامل الإصابة، لا تتوافر أي أدلة متواترة فيما يتعلق بتأثير جينات معينة أو التفاعل بين جينات بعينها والعوامل البيئية في الإصابة بمرض الاضطراب الاكتئابي الرئيسي. كما تشير دراسة العلاقة بين الجينوم وخصائص الأفراد إلى اشتراك العديد من الجينات قليلة التأثير في الأمراض المعقدة مما يزيد من صعوبة تحديدها (11). وبينما تم تحقيق تقدم في البحث في الجينات التي ترفع معدلات الإصابة بالعديد من الأمراض المعقدة على الرغم من هذه المشكلة المنهجية (12)، إلا أن تحديد الجينات التي ترفع معدلات الإصابة بالأمراض النفسية على نحو دقيق ما زال أمرا مستعصيا. وعلى سبيل المثال، اقترح البعض بناء على دراسة المنظور المجتمعي تفاعل أحد الأشكال الجينية في المنطقة الملقنة للحامض النووي لناقل السيروتونين (الذي تستهدفه مضادات الاكتئاب) مع أحداث الحياة المثيرة للقلق في تسبيب الاكتئاب (13). وعلى الرغم من أن هذا التفاعل يعد على درجة عالية من القبول في ضوء المعطيات الحيوية العصبية والإكلينيكية، لم يسفر تحليل أجري مؤخرا لعدد من الدراسات عن وجود ارتباط بين جين نقل السيروتونين وحده أو بالتفاعل مع الضغط النفسي وارتفاع معدلات الإصابة بالاكتئاب (14). ويرجع النجاح المحدود الذي حققته الدراسات الوراثية التي أجريت على الاكتئاب إلى استخدام نظم التصنيف الحالية بما في ذلك النسخة العاشرة من التصنيف الدولي للأمراض والمشكلات المتعلقة بالصحة والنسخة الرابعة من الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية، حيث تعتمد هذه الكتيبات التشخيصية على مجموعة من أعراض المسار الإكلينيكي وخواصه التي لا تصف بالضرورة الاضطرابات المتجانسة وإنما تعكس الطرق النهائية التي تشترك فيها العمليات الفسيولوجية المختلفة المتعلقة بالمرض (15 و16). وينبغي أن يعي الطبيب المعالج أن ملف الأسرة يظل أهم مصدر سليم للمعلومات لتقييم المخاطر الوراثية للاضطراب الاكتئابي الرئيسي.

هرمونات الضغط النفسي والسيتوكينات

تفرز الغدة الوطائية الهرمون المحفز لإفراز الكورتيكوتروبين نتيجة إدراك مناطق قشرة المخ لوجود ضغط نفسي. ويسبب هذا الهرمون إفراز الكورتيكوتروبين النخامي الذي يحفز الغدة الكظرية على إفراز الكورتيزول في بلازما الدم. وتختلف الاستجابة الفسيولوجية للقلق جزئيا حسب النوع: حيث تتجاوز استجابة المرأة للقلق استجابة الرجل له وهو ما يتسق مع زيادة حالات إصابة النساء بالاكتئاب الرئيسي (17). ويفرز الرجل المزيد من الكورتيزول في مواجهة تحديات تحقيق الانجازات بينما تفرز المرأة المزيد من الكورتيزول في مواجهة تحديات الرفض الاجتماعي (18). على الرغم من اعتبار الاضطراب الاكتئابي الرئيسي أحد أنواع اضطراب الضغط النفسي، إلا أن معظم الأشخاص الذين يُعالجون من الاضطراب الاكتئابي الرئيسي لم تظهر عليهم أي علامات لاختلال وظيفة المحور الوطائي النخامي الكظري (19). إلا أن بعض المصابين بالاضطراب الاكتئابي الرئيسي لديهم خلل في هذا المحور وفي النظام خارج الوطائي المسئول عن الهرمون المحفز لإفراز الكورتيكوتروبين (20). ويعد تغير إفراز هرمونات الضغط النفسي أوضح ما يكون لدى الأشخاص المصابين بالاكتئاب الذين تعرضوا لصدمة أثناء فترة الطفولة (21). وقد لعب زيادة الكورتيزول دور الوسيط بين الإصابة بالاكتئاب الرئيسي وعواقبه البدنية بعيدة المدى مثل: إصابة الشريان التاجي، والنوع الثاني من مرض السكر، وهشاشة العظام (22).

تعتبر أهمية اختلال وظيفة المحور الوطائي النخامي الكظري بالنسبة لفاعلية مضادات الاكتئاب أمراً مثيراً للجدل (23)، حيث أن هذا المحور ينظمه نظام مزدوج يشمل مستقبلات الكورتيكويدات المعدنية والكورتيكويدات السكرية . ويشير انخفاض وظيفة مستقبلات الكورتيكويدات السكرية (24 و25)، وزيادة نشاط نظام الكورتيكويدات المعدنية (26) عدم توازن نسبة الكورتيكويدات المعدنية إلى الكورتيكويدات السكرية في الأمراض المرتبطة بالضغط النفسي مثل الاضطراب الاكتئابي الرئيسي. ويصاحب التنظيم الوراثي لمستقبلات الكورتيكويدات السكرية سوء المعاملة في فترة الطفولة (27). وتمثل برمجة التعبير الجيني على هذا النحو استجابة للظروف البيئية إحدى الآليات التي تربط الضغط النفسي في الفترة المبكرة من الحياة بخلل وظيفة المحور الوطائي النخامي الكظري وزيادة الإصابة بالاضطراب الاكتئابي الرئيسي لدى البالغين. وبينما يعتبر اختبار تحفيز الهرمون المحفز لإفراز الكورتيكوتروبين (اختبار فحص الهرمون المحفز لإفراز الكورتيكوتروبين مع المعالجة السابقة بعقار دِيكسامِيتازُون) (28) مقياس حساس لاختلال وظائف المحور الوطائي النخامي الكظري أثناء الاكتئاب، إلا أن دقته منخفضة فيما يتعلق بالاضطراب الاكتئابي الرئيسي. ويتنبأ عدم منع الإفراز في فحص الهرمون المحفز لإفراز الكورتيكوتروبين مع المعالجة السابقة بعقار دِيكسامِيتازُون بالإصابة بانتكاسة اكتئابية أثناء فترة فتور أعراض المرض (23). بالإضافة إلى ذلك، اتضح أن قياس تركيز الكورتيزول في اللعاب عند الاستيقاظ فحصاً بسيطاً وحساساً فيما يتعلق بإفراط نشاط المحور الوطائي النخامي الكظري أثناء الاكتئاب (29). وتكاد تقتصر زيادة مستوى الكورتيزول في الدم على المرضى المصابين بالاكتئاب الحاد المصحوب بالذهان والذين تتمتع العوامل المضادة للكورتيكويدات السكرية لديهم بآثار علاجية (30). وهناك أدلة متواترة على قيام المحور الوطائي النخامي الكظري بدور رئيسي في الإصابة ببعض أنواع الاكتئاب، حيث ترتفع مستويات الهرمون المحفز لإفراز الكورتيكورتوبين في السائل الشوكي لدى بعض المرضى المصابين بالاكتئاب (31). وقد أكدت الدراسات التشريحية زيادة عدد الخلايا العصبية التي تفرز الهرمون المحفز لإفراز الكورتيكورتبين في المناطق الحوفية من المخ أثناء الاكتئاب (32)، وهو ما يعكس استجابة تعويضية لزيادة تركيز الهرمون المحفز لإفراز الكورتيكوتروبين (33). ويتسبب الهرمون المحفز لإفراز الكورتيكوتروبين في حدوث بعض التغيرات الفسيولوجية والسلوكية التي تشبه أعراض الاكتئاب الرئيسي وتشمل ضعف الشهية واضطرابات النوم وضعف الشهوة الجنسية والتغيرات الحركية النفسية (34). ويتوفر أيضاً دليلاً مبدئيا على

أن العوامل المضادة لمستقبل الهرمون المحفز لإفراز الكورتيكوتروبين تقلل أعراض الاكتئاب والقلق (35). يشترك العديد من أعراض "السلوك المرضي" الناتج عن تنشيط جهاز الاستجابة للالتهابات مع أعراض الاكتئاب مثل الإرهاق وانعدام التلذذ بمباهج الحياة والتأخر النفسي الحركي وضعف الوظائف المعرفية. تتوسط المرض سيتوكينات التهابية مثل الانترليوكينات- 1ألفا وعامل نخر الورم والانترليوكينات-6 التي تنشط المحور الوطائي النخامي الكظري وتضعف جهاز السيروتونين المركزي (36). ويصل معدل الإصابة بالاكتئاب كأثر غير مرغوب فيه لإعادة التشكل الجيني للانترفيونات إلى 30% (37). ويؤدي حجب الإشارات التي تتوسط فيها السيتوكينات الالتهابية، لدى الحيوانات، إلى آثار تشبه آثار مضادات الاكتئاب (38). وتشير البيانات الإكلينيكية أن السيتوكينات قد تلعب دوراً في الأعراض الفسيولوجية المرضية عند بعض المصابين بالاكتئاب خاصة هؤلاء المصابين بأمراض بدنية (36). ويشير تعزيز حمض أسيتيل الساليسيليك لتأثير مضادات الاكتئاب (39) إلى وجود تطبيقات لعلم المناعة العصبية النفسية في أبحاث علاج الاكتئاب. وتعد الفحوص المعملية القائمة على خلل جهاز الغدد الصماء العصبية والجهاز المناعي العصبي أكثر الفحوصات التي يمكن أن تفيد إكلينيكيا في رعاية مرضى الاكتئاب. على الرغم من أن عددا كبيرا من البيانات المستخلصة من الدراسات الأساسية يشير لاشتراك المحور الوطائي النخامي الكظري بدرجة كبيرة في فسيولوجيا الاكتئاب إلا أن تحويل أثر جهاز الغدد الصماء العصبية هذا إلى علاج صيدلاني مضاد للاكتئاب ما زال مخيباً للآمال. ويشير الارتباط بين التعرض لصدمات في الطفولة والتغيرات الدائمة في نظام الضغط النفسي الفسيولوجي لاستخدام علاجات نفسية معينة في علاج مرضى الاكتئاب الذين تعرضوا لمحنة في فترة مبكرة من حياتهم (40).

الدور الوسيط لأحاديات الأمين

تقع معظم الخلايا العصبية السيروتونية والنورأدرينالية والدوبامينية في الدماغ الأوسط ونويات جذع المخ وتصل إلى مناطق كبيرة من المخ، ويشير هذا التشريح إلى اشتراك الأنظمة التي تعمل على أحاديات الأمين في تنظيم نطاق واسع من وظائف المخ تشمل: المزاج، والانتباه، ومعالجة المكافآت، والنوم والشهية والإدراك. وقد أثبتت معظم المركبات التي تمنع استرجاع أحاديات الأمين، وهو ما يؤدي لزيادة تركيز أحاديات الأمين في التشابك العصبي، فاعليتها إكلينيكيا كمضادات اكتئاب (19)، كما يتمتع تثبيط أكسيد أحادي الأمين الذي يحث على زيادة تركيز أحاديات الأمين في الخلايا العصبية ما قبل التشابك بآثار مضادة للاكتئاب. وقد أدت هذه الملاحظات إلى ظهور أقرب نظريات الاكتئاب الصيدلانية والمشار إليها باسم فرضية نقص أحاديات الأمين.

وتفترض نظرية نقص أحاديات الأمين أن أسس الاكتئاب الفسيولوجية المرضية هي استنفاذ السيروتونين والنورأدرينالين والدوبامينين في الجهاز العصبي المركزي. يعتبر السيروتونين أكثر موصل عصبي تناولته دراسات الاكتئاب. وتقدم الدراسات التي تستفيد من استنزاف التريبتوفان، الذي يقلل تركيب السيروتونين المركزي، أكثر الأدلة المباشرة على الانخفاض غير الطبيعي لوظيفة النظام السيروتونيني المركزي ، وهو الانخفاض الذي يؤدي بدوره إلى تطور أعراض الاكتئاب لدى الأشخاص المعرضين للإصابة بالاكتئاب (الأشخاص المصابين بالاضطراب الاكتئابي الرئيسي الذين سكنت أعراض لديهم تماما أو الأصحاء الذين توجد في أسرهم حالات إصابة سابقة بالاكتئاب) (41 و42)، وقد تتوسط الإصابة في هذه الحالة زيادة أيض المخ في القشرة قبل الجبهية البطنية المتوسطة ومناطق المخ تحت القشرية (42). وقد كشفت التجارب عن أن خفض مستوى السيروتونين المركزي يصاحبه عدم مطابقة الذاكرة للمزاج والسلوكيات المتعلقة بالمكافأة واضطراب المعالجة العاطفية الكابحة (16) وهي نتائج كلها تقود إلى معقولية فرضية نقص السيروتونين من الناحية الإكلينيكية. يتوفر دليل على خلل مستقبلات السيروتونين أثناء الاكتئاب ويعد أكثر هذه الأدلة تواترا الأدلة التي تشير إلى مستقبل السيروتونين 1أ الذي ينظم وظيفة السيروتونين. وقد لوحظ انخفاض هذا المستقبل في العديد من مناطق المخ لدى مرضى الاضطراب الاكتئابي الرئيسي (43) إلا أن هذا الخلل لا يقتصر على الاضطراب الاكتئابي الرئيسي حيث يوجد لدى المرضى المصابين باضطراب الذعر (44) وصرع الفص الصدغي (45)، وهو ما يساهم في زيادة بأكثر من مرض من هذه الأمراض في وقت واحد. ولا يتوفر أي تفسير لآلية غياب السيروتونين لدى المرضى المصابين بالاكتئاب وحيث تتعارض نتائج دراسات المواد الناشئة عن أيض السيروتونين في البلازما والبول والسائل الشوكي وكذلك الدراسات التشريحية الخاصة بجهاز السيروتونين أثناء الاكتئاب. كما يتوفر دليل أولي على أن زيادة وجود أكسيد أحادي الأمين في المخ، والذي يعمل على تؤيض السيروتونين، قد يتسبب في نقص السيروتونين (46)، بالإضافة إلى ذلك، قد يفسر تغير الجينات الناتج عن نقص وظيفة تنظيم إنزيم التريبتوفان هيدروكسيل2 نقص إنتاج السيروتونين كعامل نادر للإصابة بالاكتئاب (47).

وتستند فرضية قيام اختلال وظيفة جهاز النورأدرينالين المركزي بدور في فسيولوجيا مرض الاضطراب الاكتئابي الرئيسي إلى أدلة تشير إلى ضعف أيض النورايبفرين وزيادة نشاط هيدروكسيل تيروسين وضعف كثافة ناقل النورايبفرين في منطقة كيروليوس لدى المرضى المصابين بالاكتئاب (48). تكشف الدراسات التشريحية لأمخاخ مرضى الاكتئاب المنتحرين ضعف الخلايا العصبية في منطقة كيروليوس وزيادة كثافة مستقبل أدرينالين ألفا2 وضعف كثافة مستقبل أدرينالين ألفا1 (49). حيث لا تتوفر طريقة للاستنزاف الاختياري للنوريبينيفرين المركزي ولا تتوفر وسيلة تصوير لدراسة جهاز نوريبينيفرين المركزي لا يتوفر أي دليل مادي على خلل هذا الجهاز في الاكتئاب.

بينما ركزت النظريات القديمة الخاصة بالجوانب البيولوجية العصبية للاكتئاب بشكل أساسي على السيروتونين والنوريبينفرين، فإن هناك اليوم اهتماما متزايدا بدور الدوبامين (50)، وتتميز مثبطات استرجاع الدوبامين (مثل النومفنسين) ومنبهات مستقبلات الدوبامين (مثل برمبيكسلي) بآثار مضادة للاكتئاب في دراسات الاضطراب الاكتئابي الرئيسي التي تستعمل البلاسيبو لضبط النتائج (51). في السائل الشوكي وبلازما الأوردة الوداجية، انخفضت مستويات أيض الدوبامين انخفاضاً ملحوظاً عند المصابين بالاكتئاب مما

يشير إلى انخفاض معدل تجدد الدوبامين (52). كما انخفضت إعاقة ناقل الدوبامين المخطط وامتصاص الدوبامين لدى مرضى الاضطراب الاكتئابي الرئيسي، وهو ما يتسق مع انخفاض نقل الدوبامين العصبي (53). ويرتبط انتكاس الدوبامين في مرض باركنسون بمتلازمة الاكتئاب الرئيسي في نصف الحالات تقريبا ويسبقها غالبا ظهور علامات حركية (54)، كما يصاحب انتقال الدوبامين المنخفض إلى الأنوية في التجار أعراض عدم التلذذ بمباهج الحياة وخلل في أداء مهمة تتعلق بمعالجة المكافأة لدى الأشخاص الذين يزداد تعرضهم للاكتئاب (55 و56). تتسق هذه النتائج مع الملاحظة الإكلينيكية التي تظهر عدم استجابة المرضى المصابين بالاكتئاب للتعزيزات الإيجابية واستجابتهم غير الطبيعية للإفادة بالرأي السلبية (57).

تعالج معظم مضادات الاكتئاب أحاديات الأمين (58)، وتشير المقاومة الجزئية أو الكلية لهذه الأدوية وتأخر بداية عملها إلى أن اختلال وظيفة نظام النقل العصبي أحادي الأمين الموجود في الاضطراب الاكتئابي الرئيسي يمثل آثارا لاحقة لمظاهر خلل رئيسية أخرى. وعلى الرغم من هذا القصور فقد أثبتت فرضية نقص أحاديات الأمين أنها أكثر النظريات العصبية الحيوية ارتباطا بعلاج الاكتئاب. تؤكد النتائج الجديدة بشأن دور الدوبامين في الاكتئاب الإمكانات العلمية لهذه النظرية، كما تؤكد التقارير الواعدة الخاصة بالتأثير المضاد للاكتئاب للأدوية التي تغير جهاز الدوبامين (مثل برمبيكسلي ومدافينيل) في الاكتئاب المستعصي على العلاج (51 و59).

استعمال أساليب أشعة المخ في حالات الاكتئاب

على الرغم من عدم نجاح العديد من المحاولات التاريخية في تحديد أماكن الوظائف العقلية إلا أنها ساهمت مساهمة ملحوظة في فهم علم الأعصاب حديثا للاضطرابات النفسية (60)، كما أتاح تطور تقنيات أشعة المخ إمكانية البحث في الخلل البنائي والوظيفي لدى المرضى المصابين بالاكتئاب وهم ما زالوا على قيد الحياة. للأسف يؤدي تنوع أساليب الأشعة المستخدمة، وصغر عينات الدراسة وتباين خصائص أفرادها، ومحدودية تداخل النتائج التي تعطيها نماذج الأشعة المختلفة (61) إلى صعوبة تحديد المناطق العصبية أو الشبكات ذات التركيب أو الوظائف غير الطبيعية في الاضطراب الاكتئابي الرئيسي.

لم توفر دراسات الأشعة الوظيفية سوى أقل قدر من النتائج المتداخلة بسبب القيود المنهجية أو تعقيد الدوائر العصبية المشتركة في الاضطراب الاكتئابي الرئيسي أو كلاهما. وقد اكتشفت دراسة حديثة تقوم على تحليل الدراسات السابقة أن قشرة الشق الجانبي الأمامي والصدغي والفصيص المركزي للمخيخ والمخيخ تقدم أفضل دليل على خلل نشاط المخ أثناء الاضطراب الاكتئابي الرئيسي. وفي هذه المناطق من المخ، يقل النشاط في وقت الراحة؛ كما ظهر عليها عدم النشاط أثناء تأثير العواطف السلبية وزيادة النشاط بعد العلاج باستخدام مثبطات استرجاع السيروتونين، وقد تحدث عكس هذه التغيرات في المناطق الجبهية البطنية الوسطية والجسم المخطط وبعض مناطق أخرى تحت قشرة المخ (61).

كما قدمت أشعة المخ والدراسات التشريحية دليلاً مادياً أكثر قوة. حيث كشفت دراسة حديثة تقوم على تحليل عدة دراسات أجريت على حالات الخلل في حجم المخ أثناء الاضطراب الاكتئابي الرئيسي عن انخفاض كبير نسبياً في القشرة قبل الجبهية البطنية الوسطية خاصة في الطوق الخلفي اليساري والقشرة المخية الجبهية الحجاجية، كما يقل حجم القشرة اليسارية والحصين والجسم المخطط (62). وأكدت الدراسات التشريحية انخفاض كثافة الخلايا الدبقية في القشرة قبل الجبهية الظهرية والمدارية والحزامية وكذلك في النتوء اللوزي (63 و64).

وتشير الدراسات الوظيفية والهيكلية والتشريحية عموما إلى أن حالات الخلل الوظيفية والهيكلية في القشرة هي أهم نتيجة عصبية تشريحية مادية تم اكتشافها في الاضطراب الاكتئابي الرئيسي، كما تم اكتشاف انخفاض الحجم في هذه المنطقة في مرحلة مبكرة من المرض ولدى البالغين صغار السن الذين يزيد احتمال تعرضهم للاضطراب الاكتئابي الرئيسي نتيجة وجود حالات إصابة سابقة في الأسرة (65) مما يقترح وجود خلل عصبي حيوي أساسي يصاحب مسببات المرض. أظهر الأشخاص المصابين في القشرة قبل الجبهية الحزامية استجابات مستقلة غير طبيعية للمحفزات الاجتماعية (66)، بينما ارتفعت مستوى الإثارة السمبثاوية وكورتيكوسيترون للضغوط النفسية الكابحة لدى الفئران المصابة في الجانب الأيسر من هذه المنطقة (67). أما أهم ما كشفت عنه هذه الدراسات فهو أن التنبيه العميق المزمن للمخ بهدف تقليل النشاط المحتمل زيادته في القشرة المطوقة إلى فوائد علاجية في المرضى المصابين بالاكتئاب المستعصي (68).

وتلخيصاً لما سبق ذكره، على الرغم من اختلاف الخواص الملحوظ في نتائج دراسات أشعة المخ، يتوفر دليل وثيق الصلة على وجود خلل في القشرة قبل الجبهية لدى بعض المرضى المصابين بالاضطراب الاكتئابي الرئيسي، كما يعد البحث التشريحي العصبي في الاكتئاب هام إكلينيكياً بشكل كبير حيث يمكن لعلاجات الاكتئاب الجديدة، مثل استخدام التنبيه العميق للمخ، أن تعالج بعض مناطق المخ. كما تتوفر أدلة واعدة بشأن نتائج أشعة المخ لتوقع إمكانية الاستجابة لبعض أنواع العلاج (69).

الفرضية العصبية للاكتئاب

تتغير عوامل التعرض لنوبات الاكتئاب أثناء فترة المرض، حيث تعد نوبة الاكتئاب الأولى "تفاعلية" إذ تحدث نتيجة عوامل الضغط النفسية الاجتماعية الهامة بينما تصبح الدورات التالية لها "ذاتية المنشأ" أي تسببها عوامل الضغط النفسي البسيطة أو العفوية (70)، يتوفر دليل متسق أن انخفاض حجم الحصين ومناطق المخ الأخرى يتعلق بفترة الاكتئاب (71)، بما يعني أن عدم علاج الاكتئاب يؤدي لانخفاض حجم الحصين وهو ما يؤدي بدوره لزيادة الحساسية تجاه الضغط النفسي (72) وزيادة احتمال تعرض المريض لتكرار النوبات (73). يعتبر التسمم العصبي للكورتيكويدات السكرية وتسمم الجلوتاميت وانخفاض العوامل العصبية آليات محتملة لتفسير انخفاض حجم المخ في الاكتئاب، إلا أنه لا يتوفر أي دليل مادي بخصوص آلية من هذه الآليات حيث لا يتوافر أي جهاز أشعة لفحص عمليات التسمم العصبي والتغذية العصبية في الأجسام الحية على نحو مباشر. جذب العامل العصبي المغذي الناتج من المخ

قدر كبير من الانتباه، حيث أظهرت الدراسات قبل الإكلينيكية ارتباطا بين السلوكيات شبه الاكتئابية الناتجة عن الضغط النفسي وانخفاض مستويات العامل العصبي المغذي الناتج من المخ في منطقة الحصين وقدرة العامل العصبي المغذي الناتج من المخ على التأثير بعد العلاج بمضادات الاكتئاب (74). ينبغي على الطبيب المعالج إدراك أثر الاكتئاب الذي قد يؤذي المخ وعلاج المرضى المصابين بالاكتئاب على نحو مبكر وفعال قدر الإمكان.

النقل العصبي لحمض جاما–أمينوبيوتيريك

أظهرت سلسلة دراسات التحليل الطيفي باستخدام الرنين المغناطيسي انخفاض إجمالي تركيز حمض جاما–أمينوبيوتيريك في القشرة القفوية وقبل الجبهية في حالات الاكتئاب الحاد (75)، وهو ما يعكس آثار الضغط النفسي الحاد حيث يبدو أن الضغط النفسي يتسبب في تنظيم قبل المشتبكي للنقل العصبي لحمض جاما–أمينوبيوتيريك (76). وعلى الجانب الآخر، قد يعكس انخفاض إجمالي التركيز لحمض جاما انخفاض كثافة الخلايا العصبية البينية الناقلة لحمض جاما – أمينوبيوتيريك وحجمها (77). بالإضافة إلى ذلك، قد يقلل الضغط النفسي المزمن وظيفة مستقبل حمض جاما من خلال تغير تركيب الاستروريد النشط عصبياً (78). ويشمل الدليل المتناقض لفرضية جاما الخاصة بالاكتئاب نقص آثار أدوية حمض جاما–أمينوبيوتيريك على أعراض الاكتئاب الرئيسية (79). وتركيز حمض جاما–أمينوبيوتيريك جاما قبل الجبهي الطبيعي لدى الأشخاص المصابين بالاضطراب الاكتئابي الرئيسي (80). تقترح العديد من خطوط الأدلة اختلال وظيفة جهاز النقل العصبي للجلوتاميت في الاضطراب الاكتئابي الرئيسي: تنتج جرعة واحدة من الكيتامين الذي يقاوم مستقبلات إن ميثايل دي أسبارتيت آثار مضادة للاكتئاب سريعة وواسعة النطاق لدى المرضى المصابين بالاضطراب الاكتئابي الرئيسي المستعصي (81)؛ تتميز مثبطات إفراز الجلوتاميت (مثل لاموتريجين وريلوزول) بخواص مضادة للاكتئاب (82)، كما تعد مستويات جلوتاميت غير الطبيعية لدى الأشخاص المصابين بالاكتئاب بناء على نتيجة التحليل الطيفي باستخدام الرنين المغناطيسي (75)، كما يتوفر دليل على مستقبلات إن ميثايل دي أسبارتيت التي تشير على إعدادات أنسجة ما بعد الوفاة (83). حيث يعد الجلوتاميت الناقل العصبي المثير الرئيسي المشترك في معظم أنشطة المخ، يستحق تصوير دور الجلوتاميت في الاكتئاب المزيد من الفحوص (تتوفر أدلة واعدة على اشتراك مستقبل الجلوتاميت التحولي بشكل ملحوظ في الاضطراب الاكتئابي الرئيسي (84)).

الإيقاع اليومي

يعتبر اضطراب النوم والإجهاد أثناء النهار مقياس للاضطراب الاكتئابي الرئيسي التشخيصي بإيحاء خلل تنظيم النوم واليقظة لدى المرضى المصابين بالاكتئاب. بالإضافة إلى ذلك قد تختلف بعض أعراض الاكتئاب من يوم لآخر (المزاج والنشاط النفسي الحركي والوصول

الجدول رقم 1: فرضيات الاضطراب الاكتئابي الرئيسي العصبية الحيوية وثيقة الصلة إكلينيكياً

الفرضية	نقاط القوة	نقاط الضعف
العوامل الوراثية	*أثبتت دراسات أجريت على توائم أن خطر الإصابة بالاضطراب الاكتئابي الرئيسي يعتبر جينياً بنسبة تتراوح بين 30 و40%.*	*لم يتم تحديد جين الإصابة بالاضطراب الاكتئابي الرئيسي أو التفاعل بين الاستعدادات الوراثية والعوامل البيئية على نحو موثوق فيه*
خلل نشاط المحور الوطائي النخامي الكظري	*يعتبر الضغط النفسي المبكر والحديث أحد عوامل الإصابة بالاضطراب الاكتئابي الرئيسي بناء على دليل موثوق فيه*	*لا تتوفر الآثار المضادة للاكتئاب للأدوية التي تعالج المحور الوطائي النخامي الكظري*
نقص أحاديات الأمين	*تشمل معظم الأدوية التي تثبط استرجاع أحاديات الأمين خواص مضادة للاكتئاب*	*قد يعد نقص أحاديات الأمين آثراً ثانوياً لخلل أساسي آخر*
اختلال وظيفة بعض مناطق المخ	*قد يؤثر تحفيز مناطق معينة في المخ تأثيراً مضاداً للاكتئاب*	*لا توفر المواد المطبوعة الخاصة بالتصوير العصبي أثناء الاضطراب الاكتئابي الرئيسي سوى نتائج محدودة متشابكة*
عمليات التسمم العصبي والتغذية العصبية	*يتوفر تفسير موثوق فيه عن "التوقد" وانخفاض حجم المخ أثناء فترة الإصابة بمرض الاكتئاب*	*لا يتوفر دليل لدى البشر عن أي آليات عصبية حيوية*
ضعف نشاط النقل العصبي لحمض جاما–أمينوبيوتيريك	*دليل متقارب من التحليل الطيفي باستخدام الرنين المغناطيسي ودراسات تشريحية*	*لا يتوفر أي أثر متسق مضاد للاكتئاب للأدوية التي تعالج جهاز حمض جاما–أمينوبيوتيريك*
خلل تنظيم جهاز الجلوتاميت	*الآثار المحتملة للأدوية السريعة والشاملة التي تهدف جهاز الجلوتاميت*	*مشكوك فيه على نحو خاص حيث يشترك الجلوتاميت في معظم أنشطة المخ*
خلل الإيقاع اليومي	*قد يشمل التلاعب بالإيقاع اليومي (مثل الحرمان من النوم) فاعلية مضاد الاكتئاب*	*لا يتوفر تفاهم فردي للرابط بين اضطراب الإيقاع اليومي والاضطراب الاكتئابي الرئيسي*

المحور الوطائي النخامي الكظري، حمض جاما–أمينوبيوتيريك

لذكريات التجارب الإيجابية والسلبية) وتعاني مجموعة فرعية من المرضى المصابين بالاضطراب الاكتئابي الرئيسي من اضطراب الإيقاع اليومي (85). تؤثر بعض التغييرات المعقولة في توقيت دورة الاستيقاظ والنوم لدى الأشخاص صغار السن الأصحاء على مزاجهم التالي (86)، بينما يؤثر التلاعب بالإيقاع اليومي (العلاج بالضوء والمنع من النوم والعلاج المرحلي المتقدم) لدى المرضى المصابين بالاكتئاب تأثيراً مضاداً للاكتئاب. بناء على هذه النتائج، تم وضع حالات خلل النظام اليومي في فرضيات حتى تصاحب نشوء الاضطراب الاكتئابي الرئيسي (16)، الارتباط بين دورة النوم واليقظة والمراحل المتقدمة لإفراز الكورتيزول في فترة الليل لدى بعض الأشخاص المصابين بالاضطراب الاكتئابي الرئيسي وأثر مضادات الاكتئاب على الإيقاع اليومي للسلوك والفسيولوجي وعلم الغدد الصماء التي تساهم في إنشاء هذه الفرضية الحيوية (85 و87 و88). على الرغم من هذه النتائج الواعدة العديدة إلا أن الأساسات الجينية والفردية لهذه الفرضية غير معروفة على نطاق واسع، يظل ارتباط الآثار المضادة للاكتئاب لهذه العلاجات الجديدة مثل اجوميلاتين بتطبيع الإيقاع اليومي على نحو مباشر غير معروفاً (87).

النتائج

تم تلخيص نقاط القوة والضعف الرئيسية لفرضيات الاكتئاب العصبية الحيوية المتنوعة في الجدول رقم 1، تجادل العديد من نظريات الاكتئاب وضعف معدل الاستجابة لكل طرق العلاج المضادة للاكتئاب المتوفرة ضد "فرضية الاكتئاب الموحدة" وتقترح أن الاكتئاب يعد اضطراباً متغاير الخواص إكلينكياً ومرضياً.

وهو ما يشجع البحث عن متنبئات الاستجابة للتدخلات العلاجية باستخدام الواسمات الحيوية مثل التصوير العصبي وفحوص الاتحاد العصبي الغددي بمصاحبة تحديد الأنماط الجينية للفروق الفردية فيما يتعلق بالحساسية تجاه الضغط النفسي وتأثير الأدوية المضادة للاكتئاب.يسمح تحديد متنبئات النواتج العلاجية الموثوق فيها بتطوير الطب الشخصي الذي يشمل إمكانية تكييف التدخلات بشكل فردي وفتح طرق جديدة في تقييم أساليب العلاج غير المألوفة.

المراجع

1. Kessler RC, Berglund P, Demler O et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). JAMA 2003; 289:3095-105.
2. Angst F, Stassen HH, Clayton PJ et al.Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34-38 years. J Affect Disord 2002;68:167-81.
3. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M et al. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. Lancet 2006;367: 1747-57.
4. Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. Am J Psychiatry 2000;157:1552-62.
5. Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Toward a comprehensive developmental model for major depression in men. Am J Psychiatry 2006;163:115-24.
6. Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Toward a comprehensive developmental model for major depression in women. Am J Psychiatry 2002;159:1133-45.
7. Elkin I, Shea MT, Watkins JT et al. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments. Arch Gen Psychiatry 1989;46:971-82.
8. Leichsenring F, Rabung S, Leibing E. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. Arch Gen Psychiatry 2004; 61:1208-16.
9. Thase ME, Rush AJ, Manber R et al. Differential effects of nefazodone and cognitive behavioral analysis system of psychotherapy on insomnia associated with chronic forms of major depression. J Clin Psychiatry 2002;63:493-500.
Kendler KS, Thornton 10. LM, Prescott CA. Gender differences in the rates of exposure to stressful life events and sensitivity to their depressogenic effects. Am J Psychiatry 2001;158:587-93.
11. Donnelly P. Progress and challenges in genome-wide association studies in humans. Nature 2008;456:728-31.
12. Wellcome Trust Case Control Consortium. Genome-wide association study of 14,000 cases of seven common diseases and 3,000 shared controls. Nature 2007;447:661-78.
13. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. Science 2003;301:386-9.
14. Risch N, Herrell R, Lehner T et al. Interaction between the serotonin transporter gene (5-HTTLPR), stressful life events, and risk of depression: a meta-analysis. JAMA 2009;301:2462-71.
15. Hasler G, Drevets WC, Gould TD et al. Toward constructing an endophenotype strategy for bipolar disorders. Bio Psychiatry 2006;60:93-105.
16. Hasler G, Drevets WC, Manji HK et al. Discovering endophenotypes for major depression. Neuropsychopharmacology 2004;29: 1765-81.
17. Young EA. Sex differences and the HPA axis: implications for psychiatric disease. J Gend Specif Med 1998;1:21-7.
18. Stroud LR, Salovey P, Epel ES. Sex differences in stress responses: social rejection versus achievement stress. Bio Psychiatry 2002;52:318-27.
19. Belmaker RH, Agam G. Major depressive disorder. N Engl J Med 2008;358:55-68.
20. Pariante CM, Lightman SL. The HPA axis in major depression: classical theories and new developments. Trends Neurosci 2008; 31:464-8.
21. Heim C, Newport DJ, Mletzko T et al. The link between childhood trauma and depression: insights from HPA axis studies in humans. Psychoneuroendocrinology 2008; 33:693-710.
22. Gold PW, Chrousos GP. The endocrinology of melancholic and atypical depression: relation to neurocircuitry and somatic consequences. Proceedings of the Association of American Physicians 1999; 111:22-34.

23. Schule C. Neuroendocrinological mechanisms of actions of antidepressant drugs. J Neuroendocrinol 2007; 19:213-26.
24. Mizoguchi K, Ishige A, Aburada M et al. Chronic stress attenuates glucocorticoid negative feedback: involvement of the prefrontal cortex and hippocampus. Neuroscience 2003; 119: 887-97.
25. Modell S, Yassouridis A, Huber J et al. Corticosteroid receptor function is decreased in depressed patients. Neuroendocrinology 1997;65:216-22.
26. Young EA, Lopez JF, Murphy-Weinberg V et al. Mineralocorticoid receptor function in major depression. Arch Gen Psychiatry 2003; 60:24-8.
27. McGowan PO, Sasaki A, D'Alessio AC et al. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. Nature Neurosci 2009;12:342-8.
28. Heuser I, Yassouridis A, Holsboer F. The combined dexamethasone/CRH test: a refined laboratory test for psychiatric disorders.J Psychiatr Res 1994;28:341-56.
29. Bhagwagar Z, Hafizi S, Cowen PJ. Increased salivary cortisol after waking in depression. Psychopharmacology 2005;182:54-7.
30. Schatzberg AF, Lindley S. Glucocorticoid antagonists in neuropsychiatric [corrected] disorders. Eur J Pharmacol 2008;583:358- 64.
31. Nemeroff CB, Widerlov E, Bissette G et al. Elevated concentrations of CSF corticotropin-releasing factor-like immune-reactivity in depressed patients. Science 1984;226:1342-4.
32. Raadsheer FC, Hoogendijk WJ, Stam FC et al. Increased numbers of corticotrophin releasing hormone expressing neurons in the hypothalamic para-ventricular nucleus of depressed patients. Neuro-endocrinology 1994;60:436-44.
33. Nemeroff CB, Owens MJ, Bissette G et al. Reduced corticotropin releasing factor binding sites in the frontal cortex of suicide victims. Arch Gen Psychiatry 1988;45:577-9.
34. Nemeroff CB. The corticotropin-releasing factor (CRF) hypothesis of depression: new findings and new directions. Mol Psychiatry 1996;1:336-42.
35. Holsboer F, Ising M. Central CRH system in depression and anxiety – evidence from clinical studies with CRH1 receptor antagonists. Eur J Pharmacol 2008;583:350-7.
36. Dantzer R, O'Connor JC, Freund GG et al. From inflammation to sickness and depression: when the immune system subjugates the brain. Nature Rev Neurosci 2008;9:46-56.
37. Loftis JM, Hauser P. The phenomenology and treatment of inter-feron-induced depression. J Affect Disord 2004;82:175-90.
38. Krishnan V, Nestler EJ. The molecular neurobiology of depression. Nature 2008;455: 894-902.
39. Mendlewicz J, Kriwin P, Oswald P et al. Shortened onset of action of antidepressants in major depression using acetylsalicylic acid augmentation: a pilot open-label study. Int Clin Psychopharmacol 2006;21:227-31.
40. Nemeroff CB, Heim CM, Thase ME et al. Differential responses to psychotherapy versus pharmacotherapy in patients with chronic forms of major depression and childhood trauma. Proc Natl Acad Sci USA 2003;100:14293-6.
41. Neumeister A, Konstantinidis A, Stastny J et al. Association between serotonin transporter gene promoter polymorphism and behavioral responses to tryptophan depletion in healthy women with and without family history of depression. Arch Gen Psychiatry 2002;59:613-20.
42. Neumeister A, Nugent AC, Waldeck T et al. Neural and behavioral responses to tryptophan depletion in unmedicated patients with remitted major depressive disorder and controls. Arch Gen Psychiatry 2004; 61:765-73.
43. Drevets WC, Frank E, Price JC et al. PET imaging of serotonin 1A receptor binding in depression. Bio Psychiatry 1999; 46:1375-87.
44. Neumeister A, Bain E, Nugent AC et al. Reduced serotonin type 1A receptor binding in panic disorder. J Neurosci 2004;24:589-91.
45. Hasler G, Bonwetsch R, Giovacchini G et al. 5-HT1A receptor binding in temporal lobe epilepsy patients with and without major depression. Biol Psychiatry 2007; 62:1258-64.
46. Meyer JH, Ginovart N, Boovariwala A et al. Elevated monoamine oxidase A levels in the brain: an explanation for

magnetic resonance spectroscopy. Arch Gen Psychiatry 2007;64:193-200.
76. Hasler G, van der Veen JW, Grillon C et al. Effect of acute psychological stress on prefrontal gamma-aminobutyric acid concentration determined by proton magnetic resonance spectroscopy. Am J Psychiatry (in press).
77. Rajkowska G, O'Dwyer G, Teleki Z et al. GABAergic neurons immunoreactive for calcium binding proteins are reduced in the prefrontal cortex in major depression. Neuro-psychopharmacology 2007; 32:471-82.
78. Eser D, Schule C, Baghai TC et al. Neuroactive steroids in depression and anxiety disorders: clinical studies. Neuro-endocrinology 2006;84:244-54.
79. Birkenhager TK, Moleman P, Nolen WA. Benzodiazepines for depression? A review of the literature. Int Clin Psychopharmacology 1995;10:181-95.
80. Hasler G, Neumeister A, van der Veen JW et al. Normal prefrontal gamma-amino-butyric acid levels in remitted depressed subjects determined by proton magnetic resonance spectroscopy. Biol Psychiatry 2005; 58:969-73.
81. Zarate CA, Jr., Singh JB, Carlson PJ et al. A randomized trial of an N-methyl-D-aspartate ntagonist in treatment-resistant major depression. Arch Gen Psychiatry 2006; 63:856-64.
82. Kendell SF, Krystal JH, Sanacora G. GABA and glutamate systems as therapeutic targets in depression and mood disorders. Expert Opin Ther Targets 2005;9:153-68.
83. Feyissa AM, Chandran A, Stockmeier CA et al. Reduced levels of NR2A and NR2B subunits of NMDA receptor and PSD-95 in the prefrontal cortex in major depression. Prog Neuropsychopharmacology Bio Psychiatry 2009; 33:70-5.
84. Deschwanden A, Hasler G. Metabotropic glutamate receptor 5: role in depression? Presented at the 22nd European College of Neuro-psychopharmacology Meeting, Istanbul, May 2009.
85. Bunney WE, Bunney BG. Molecular clock genes in man and lower animals: possible implications for circadian abnormalities in depression. Neuropsychopharmacology 2000; 22:335-45.
86. Boivin DB, Czeisler CA, Dijk DJ et al. Complex interaction of the sleep-wake cycle and circadian phase modulates mood in healthy subjects. Arch Gen Psychiatry 1997; 54:145-52.
87. Germain A, Kupfer DJ. Circadian rhythm disturbances in depression. Hum Psychopharmacol 2008; 23:571-85.
88. Duncan WC, Jr. Circadian rhythms and the pharmacology of affective illness. Pharmacology Ther 1996;71:253-312
61. Fitzgerald PB, Laird AR, Maller J et al. A meta-analytic study of changes in brain activation in depression. Hum Brain Mapp 2008;29:683-95.
62. Koolschijn PC, van Haren NE, Lensvelt-Mulders GJ et al. Brain volume abnormalities in major depressive disorder: a meta-analysis of magnetic resonance imaging studies. Hum Brain Map 2009;30:3719-35.
63. Rajkowska G, Miguel-Hidalgo JJ, Wei J et al. Morphometric evidence for neuronal and glial prefrontal cell pathology in major depression. Biol Psychiatry 1999;45:1085-98.
64. Hercher C, Turecki G, Mechawar N.Through the looking glass: examining neuroanatomical evidence for cellular alterations in major depression. J Psychiatr Res2009; 43:947-61.
65. Price JL, Drevets WC. Neurocircuitry of mood disorders. Neuropsychopharmacology 2009;35:192-216.
66. Damasio AR, Tranel D, Damasio H. Individuals with sociopathic behavior caused by frontal damage fail to respond auto-nomically to social stimuli. Behav Brain Res 1990;41:81-94.
67. Sullivan RM, Gratton A. Lateralized effects of medial prefrontal cortex lesions on neuroendocrine and autonomic stress responses in rats. J Neurosci 1999;19:2834-40.
68. Mayberg HS, Lozano AM, Voon V et al. Deep brain stimulation for treatment-resistant depression. Neuron 2005;45:651-60.
69. MacQueen GM. Magnetic resonance imaging and prediction of outcome in patients with major depressive disorder. J Psychiatry Neurosci 2009;34:343-9.
70. Kessing LV, Hansen MG, Andersen PK et al. The predictive effect of episodes on the risk of recurrence in depressive and bipolar disorders – a life-long perspective. Acta Psychiatr Scand 2004;109:339-44.
71. Sheline YI, Gado MH, Kraemer HC Untreated depression and hippocampal volume loss. Am J Psychiatry 2003; 160:1516-8.
72. Hasler G, Fromm S, Alvarez RP et al. Cerebral blood flow in immediate and sustained anxiety. J Neurosci 2007;27:6313-9.
73. Frodl TS, Koutsouleris N, Bottlender R et al. Depression-related variation in brain morphology over 3 years: effects of stress? Arch Gen Psychiatry 2008;65:1156-65.
74. Martinowich K, Manji H, Lu B. New insights into BDNF function in depression and anxiety. Nature Neurosci 2007;10:1089-93.
75. Hasler G, van der Veen JW, Tumonis T et al. Reduced acid levels in major depression determined using proton
the monoamine imbalance of major depression. Arch Gen Psychiatry 2006;63:1209-16.
47. Zhang X, Gainetdinov RR, Beaulieu JM et al. Loss-of-function mutation in tryptophan hydroxylase-2 identified in uni-polar major depression. Neuron 2005;45:11-6.
48. Charney DS, Manji HK. Life stress, genes, and depression: multiple pathways lead to increased risk and new opportunities for intervention. Sci STKE 2004;2004:re5.
49. Pandey GN, Dwivedi Y. Noradrenergic function in suicide. Arch Suicide Res 2007; 11:235-46.
50. Nutt DJ. The role of dopamine and norepinephrine in depression and antidepressant treatment. J Clin Psychiatry 2006;67(Suppl. 6):3-8.
51. Goldberg JF, Burdick KE, Endick CJ. Preliminary randomized, double-blind, placebo-controlled trial of pramipexole added to mood stabilizers for treatment-resistant bipolar depression. Am J Psychiatry 2004;161:564-6.
52. Lambert G, Johansson M, Agren H et al. Reduced brain norepinephrine and dopamine release in treatment-refractory depressive illness: evidence in support of the catecholamine hypothesis of mood disorders.Arch Gen Psychiatry 2000;57:787-93.
53. Meyer JH, Kruger S, Wilson AA et al. Lower dopamine transporter binding potential in striatum during depression. Neuroreport 2001;12:4121-5.
54. Santamaria J, Tolosa E, Valles A. Parkinson's disease with depression: a possible subgroup of idiopathic parkinsonism. Neurology 1986;36:1130-3.
55. Hasler G, Fromm S, Carlson PJ et al. Neural response to catecholamine depletion in un-medicated subjects with major depressive disorder in remission and healthy subjects.
Arch Gen Psychiatry 2008;65:521-31.
56. Hasler G, Luckenbaugh DA, Snow J et al. Reward processing after catecholamine depletion in un-medicated, remitted subjects with major depressive disorder. Bio Psychiatry 2009;66:201-5.
57. Murphy FC, Michael A, Robbins TW et al. Neuropsychological impairment in patients with major depressive disorder: the effects of feedback on task performance. Psychol Med 2003;33:455-67.
58. Mann JJ. The medical management of depression. N Engl J Med 2005;353:1819-34.
59. Fava M, Thase ME, DeBattista C. A multicenter, placebo-controlled study of modafinil augmentation in partial responders to selective serotonin reuptake inhibitors with persistent fatigue and sleepiness. J Clin Psychiatry 2005;66:85-93.
60. Simpson D. Phrenology and the neurosciences: contributions of F. J. Gall and J. G. Spurzheim. ANZ J Surg 2005;75:475-82.

ترجمة التقدم في أبحاث الاكتئاب إلى العيادات: خطوة واحدة في كل مرة على طريق طويل إلى حد بعيد

Wayne C. Drevets
Laureate Institute for Brain Research, Oklahoma, University College of Medicine, Tulsa, OK, USA

يستعرض جي هازلر في مقاله نقاط قوى النظريات الرئيسية الخاصة ببيولوجيا أعصاب الاكتئاب وضعفها. قد تعتبر المقدمة الأساسية التي اعتمد عليها هذا البحث والتي اتضح أن بيانات موجودة بالفعل يضمنها نموذج موحد يفسر مختلف النتائج في دراسات الاكتئاب أو الاستجابات المختلفة للعلاجات التي يميزها فارماكولوجية المستقبلات المتفاوته بين المرضى المصابين بالاضطرابات المزاجية. لا تنطبق كل نظريات الاكتئاب السائدة على الأنواع الفرعية من الاضطرابات المزاجية، وبالتالي ما زالت العلاجات المضادة للاكتئاب التي تشمل أساليب نفسية وحيوية تشترط التكييف حسب كل مريض.

يقدم هازلر أمثلة عن كيفية توجيه عدة نماذج رئيسية لفسيولجيا مرض الاكتئاب للباحثين في تطوير العلاج الطبي غير المألوف للأشخاص المصابين بالاضطراب الاكتئابي الرئيسي، وبالتالي أدى البحث الذي يشمل وظيفة المحور الوطائي النخامي الكظري ووظيفة النواقل العصبية أحادية الأمين ونقل الجلوتاميت لإعداد تقارير تؤكد أن مضادات الهرمون المحفز لإفراز الكورتيكوتروبين ومضادات مستقبلات الدوبامين ومضادات مستقبلات إن ميثايل دي أسبارتيت ومثبطات إفراز الجلوتاميت تؤدي إلى نتائج مضادة للاكتئاب (1 و2)، بالإضافة إلى ذلك، أرشدت نتائج التصوير العصبي التي تتضمن الدوائر العصبية التي تشمل الإسقاط الواقع بين القشرة الخلفية الحزامية واللوزة والوسطي تطوير علاجات التنبيه العميق للمخ لعلاج الاكتئاب الانتكاسي (3 – 6).

كما يشير هازلر أن نتائج دراسات الارتباط الجيني أن معظم حالات الاضطراب الاكتئابي الرئيسي تصاحبها بعض الفروق المتنوعة التي قد يؤدي كل منها إلى آثار ضعيفة تتفاعل مع المؤثرات البيئية حتى تمنح المرض العاطفي بعض الثغرات. قد تتميز كل شجرة نسب يطغى عليها الاكتئاب فيما يتعلق باتحاد أشكال النيوكلتيدات المتعددة أو نسخة من عدة فروق تتفاعل لزيادة الثغرات في مواجهة الاكتئاب أو كلاهما، تؤكد هذه الملاحظة على أهمية البحث الذي يهدف إلى تحديد الدوائر العصبية أو الأجهزة حيث أصيبت باختلال وظيفي من خلال التعرض للمحن يصيب بالمرض الوجداني.

ويخرج هيزلار من هذه النتائج بالخلاصة التالية: "ينبغي على الطبيب المعالج أن يكون على دراية بأن التاريخ العائلي للمريض سيظل المصدر الأكثر ثقة للمعلومات اللازمة لتقدير الخطر الوراثي بالإصابة بالاضطراب الاكتئابي الرئيسي"، غير أن البحث يستعرض فيما بعد دليلا على أن الطفرات التي تؤدي إلى خسارة وظيفية من الممكن أن تكون مسئولة عن بعض حالات الاضطراب الاكتئابي الرئيسي مثل: تأثير التغيرات في التشفير الجيني لإنزيم تريبتوفان هيدروكسيلاز–2 الخاص بالمخ والتي تؤدي إلى اختلال تصنيع السيروتونين، وتؤدي هذه النتائج إلى رفع إمكانية اكتشاف المتغيرات الجينية التي لها تأثير كبير على خطر الإصابة بالاضطراب وهو ما ينطوي على دلائل ضمنية تشير إلى المعالجة الدوائية ويثبت في مجمله تزكية إجراء الاختبارات الجينية في مجال إدارة الاكتئاب.

ثمة فكرة أخرى في البحث تعبر عن التفاؤل بأنه من الممكن خفض حدة الاضطراب النفسي ألا وهي استنتاج هيزلار أن النسبة الكبيرة من حالات الاضطراب الاكتئابي الرئيسي، والذي تشتمل الآلية المرضية (الإصابة بالمرض وتطوره) الخاصة به على التفاعلات بين الاستعدادات الوراثية والعوامل البيئية، تشير ضمنيا إلى أنه "توجد إمكانات هائلة [تكمن] في الوقاية من الإصابة بالاضطراب الاكتئابي الرئيسي عن طريق التدخلات النفسية الاجتماعية. في هذا السياق، يستعرض هيزلار دليلا على أن الطرق النفسية الاجتماعية ستثبت أنها فعليا الأكثر فاعلية في الوقاية من الاضطراب الاكتئابي الرئيسي ومعالجته إذا ما تمت مراعاة حساسيتها للنوع (الذكورة والأنوثة)، ولقد تأكدت هذه الفكرة بالدليل الذي يفيد بأن الاستجابات العصبية الصماوية للضغط العصبي تتسم بالارتباط بنوع معين (ذكر أو أنثى) وأن أحداث الحياة التي تزيد من قابلية الإصابة بالاكتئاب تختلف بين الرجل والمرأة.

ويوضح تكامل المعلومات التي استعرضها هيزلار في بحثه كيف يمكن للعديد من التركيبات المرضية التي تبدو في ظاهرها منفصلة عن بعضها البعض أن ترتبط مع بعضها عن طريق التفاعلات التي تجري عبر أنظمة المخ بحيث تشكل القاعدة التي تقوم عليها الأسس البيولوجية العصبية للاكتئاب، ومن ثم، فإن الأدلة المجمعة على أن زيادة التعبير الجيني للسيتوكين الالتهابي تلعب دورا في الفسيولوجيا المرضية للاضطرابات المزاجية تشير بالمثل إلى وجود روابط آلية بين حالات الخلل في أنظمة النواقل العصبية الصماوية وذوات المفعول أحادي الأمين والمستجيبة للضغط العصبي والتي تكتشف في حالات الاضطراب المشار إليها (8). كما أنه من الممكن أن تسهم التركيبة المرضية في حساسية تأثيرات المرونة العصبية وهو ما تبرهن عليه حالات انخفاض حجم المادة الرمادية في دراسات التصوير العصبي وانخفاض الخلايا الدبقية واللبد العصبي في دراسات علم الأمراض العصبية التي تتناول الاضطرابات المزاجية (4 و 9 و 10).

ومن المرجح أن تؤدي التفاعلات عبر هذه الأنظمة إلى تسليط الضوء على الآليات الكامنة وراء حالات التزامن المرضي المرتبطة بالاكتئاب، كما أنها تبرز الأهداف المرجوة من التدخلات العلاجية الجديدة.

المراجع:

1. Goldberg JF, Burdick KE, Endick CJ. Preliminary randomized, double-blind, placebo- controlled trial of pramipexole added to mood stabilizers for treatment-resistant bipolar depression. Am J Psychiatry 2004; 161:564-6.
2. Kendell SF, Krystal JH, Sanacora G. GABA and glutamate systems as therapeutic targets in depression and mood disorders. Expert Opin Ther Targets 2005;9:153-68.
3. Mayberg HS, Lozano AM, Voon V et al. Deep brain stimulation for treatment-resistant depression. Neuron 2005;45:651-60.
4. Price JL, Drevets WC. Neurocircuitry of mood disorders. Neuropsychopharmacology 2010;35:192-216.
5. Schlaepfer TE, Cohen MX, Frick C et al. Deep brain stimulation to reward circuitry alleviates anhedonia in refractory major depression. Neuropsychopharmacology 2008;33:368-77.
6. Malone DA, Jr., Dougherty DD, Rezai AR et al. Deep brain stimulation of the ventral capsule/ventral striatum for treatment-resistant depression. Biol Psychiatry 2009;65: 267-75.
7. Zhang X, Gainetdinov RR, Beaulieu JM et al. Loss-of-function mutation in tryptophan hydroxylase-2 identified in unipolar major depression. Neuron 2005;45:11-6.
8. Drexhage RC, Knijff EM, Padmos RC et al., The mononuclear phagocyte system and its cytokine inflammatory networks in schizophrenia and bipolar disorder. Expert Rev Neurother 2010;10:59-76.
9. Gabbay V, Liebes L, Katz Y et al. The kynurenine pathway in adolescent depression:preliminary findings from a proton MR spectroscopy study. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2010;34:37-44.
10. Savitz J, Drevets WC. Bipolar and major depressive disorder: neuroimaging the developmental- degenerative divide. Neurosci Biobehav Rev 2009;33:699-771.

البحث البيولوجي في الاكتئاب:

تعليق الطبيب المعالج:

Jules Angst
Zurich University Psychiatric Hospital, Zurich, Switzerland

يقدم هذا التعليق رأي الطبيب المعالج بشأن البحث البيولوجي في الاكتئاب، وهو يهدف إلى إيضاح سلبيات ربط البحث البيولوجي شديد التعقيد بتشخيصات الاكتئاب من خلال الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية والتي تتسم بالبساطة وعدم الدقة.

يؤكد جي. هيزلار أكثر من مرة في دراسته واسعة النطاق عن الفيسيولوجيا المرضية للاكتئاب على أن الاكتئاب متغاير العناصر، فمن المدهش ملاحظة مدى التباين الشاسع بين البساطة المتناهية للتشخيص الإكلينيكي للاضطراب الاكتئابي الرئيسي من خلال الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية – النسخة الرابعة المنقحة (بتطبيق الأسلوب التنازلي) من ناحية، وحشد تقنيات البحث البيولوجي مرتفع التكلفة وشديد التعقيد (الأسلوب التصاعدي) المستخدم لدراسة الفسيولوجيا المرضية للاضطراب من الناحية الأخرى. في ضوء هذا التضارب المنهجي، لن يكون من المدهش ألا يسهم البحث البيولوجي سوى بقدر ضئيل في التعرف المبكر والتطبيق والمعالجة الإكلينيكيه للاكتئاب.

لذا فمن الممكن أن يتمتع الأسلوب الإكلينيكي التصاعدي بالمزيد من الآفاق الواعدة ومن المنتظر أن يشتمل على العناصر التالية: (أ) الوصف الدقيق والشامل من منظور الطب النفسي لكافة أعراض الاكتئاب بما فيها الأعراض الجسمانية، (ب) تشخيص المتلازمة (على سبيل المثال: الاكتئاب التأخري والاكتئاب الهياجي واكتئاب توهم المرض والاكتئاب الجسماني والاكتئاب اللانمطي واكتئاب الوهن العصبي والاكتئاب الذهاني بنوعيه المطابق للحالة المزاجية والمخالف لها)، (ج) التصنيف الفرعي الأكثر تعقيدا للاضطراب الاكتئابي الرئيسي مع التحديد الدقيق للمجموعة الفرعية الكبيرة مع الثنائية القطبية دون العتبية والتي تمثل أحد العناصر الهامة للطيف المزاجي التشخيصي بدءاً بالاكتئاب ومروراً بالمجموعات الفرعية المتعددة للاضطراب ثنائي القطب وانتهاء بالهوس الكامل (1).

وتعد مراجعة كافة الدراسات البيولوجية عن الاكتئاب وإعادة تحليل البيانات البيولوجية بمثابة خطوة أولى وعملية لتشخيص الثنائية القطبية دون العتبية للاضطراب الاكتئابي الرئيسي، ويوجد دليل تقريبي مستخلص من ثلاثة تحقيقات في مجال علم الأوبئة (2–4) يفيد بأن نسبة 40% إلى 50% من الحالات المشخصة باعتبارها اضطرابا اكتئابيا رئيسيا وفقا للنسخة الرابعة من الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية هي حالات ثنائية قطبية دون العتبية، ولقد تأكدت نتائج هذه التحقيقات في علم الأوبئة من خلال الدراسة العالمية BRIDGE التي تناولت 5635 مريضا تنتابهم مشاهد الاكتئاب الرئيسي (5)، كما تظهر هذه الدراسة مدى عدم دقة معيار الاستثناء الذي يقدمه الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية فيما يتصل بالتحول إلى مرحلة الهوس الخفيف الذي تستحثه مضادات الاكتئاب، حيث أن المرضى الذين تلاحظ عليهم هذه التحولات يختلفون تماما عن حالات الاكتئاب الرئيسي الأخرى من حيث التاريخ العائلي الإيجابي للهوس وبلا شك من ناحية الخواص التي تميز الاكتئاب أحادي القطب عن الاكتئاب ثنائي القطب. علاوة على ذلك، لم تتوصل الدراسات الحديثة إلى أية أدلة على أن المرضى الذين يتحولون إلى الهوس الخفيف مع العلاج بالأدوية الوهمية يختلفون عن هؤلاء الذي يتحولون إلى هذه المرحلة مع العلاج بمضادات الاكتئاب (6 و7).

كما يلخص هيزلار الدليل على وجود اختلافات هامة بين الجنسين (الذكر والأنثى) في نتائج الدراسات البيولوجية على مرضى الاكتئاب، فإن نسبة انتشار الاضطراب الاكتئابي الرئيسي بين النساء تقترب من ضعف نسبة انتشاره بين الرجال، بينما بالنسبة للاضطراب ثنائي القطب، فإنه ينتشر بقدر ضئيل بين النساء، وتشير بيانات دراسة زيوريخ للأوبئة أن هذه الاختلافات من الممكن أن تفسرها أشكال معينة من مكونات الاكتئاب الرئيسي أو الأنواع الفرعية له، ألا وهي العناصر الجسمانية لكل من الاكتئاب اللانمطي (8) والاكتئاب الجسماني (9) – وفقا للنسخة الرابعة من الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية، وإنه لمن الواضح أهمية أن تأخذ الأبحاث البيولوجية هذه النتائج في اعتبارها. بالإضافة إلى ذلك، توجد اختلافات واضحة بين الجنسين من ناحية محن الطفولة التي من الممكن أن تنتج قابلية التأثر البيولوجية والنفسية للعوامل الضاغطة في مرحلتي المراهقة والنضج (10).

ويقول هيزلار أن نسبة من 60% إلى 70% من التفاوت في درجة القابلية للإصابة بالاكتئاب لا ترتبط

بالعوامل الوراثية، وهو ما يترك مساحة مبشرة للبحث البيئي و البحث في مجال التخلق المتوالي والذي ينبغي أن يأخذ في اعتباره كذلك عناصر الاختلاف النوعي بين الجنسين (الذكر والأنثى)، ولقد أكدت نتائج دراسة زيوريخ الاستباقية على أن محن الطفولة ترتبط لكل من الرجل والمرأة ليس فقط بالهجمة الأولى للاكتئاب والاضطراب ثنائي القطب، بل إنها ترتبط كذلك بأزمان الاضطرابات بشكل أكثر تكرارا. غير أنه من الممكن أن تخف حدة هذا الخطر بشكل جزئي في شكل ظهور سمات الشخصية القلقة وضعف القدرة على التوافق وانخفاض تقدير الذات، كما لم تربط الدراسات بين الصدمات الجنسية في مرحلة الطفولة/المراهقة (في الفتيات بشكل أكبر) والمشاكل السلوكية (في الصبية بشكل أكبر) وبين الإزمان (10).

وكما يشير هيزلار، يعتبر الاكتئاب حاليا أحد الأسباب الهامة للإعاقة على مستوى العالم، ولكن، هل ستزال هذه النتيجة صائبة في حالة ما إذا تم تشخيص حالات الاكتئاب ثنائي القطب دون العتبي بشكل صحيح وتمييز ثنائيتها القطبية؟ تشير دراسة بيني وآخرون (11) إلى أن الاضطراب ثنائي القطب ينطوي على عبء مساو في الارتفاع إن لم يكن أعلى من العبء الذي ينطوي عليه الاضطراب الاكتئابي الرئيسي، ولقد أظهرت الدراسات في مجال دراسة الأوبئة المشار إليها آنفا (3–5) أنه عندما يجري التعرف على حالات الاضطراب ثنائي القطب بشكل دقيق، تكتشف حالة التحول الجوهري للتزامن المرضي من المجموعة الاكتئابية إلى المجموعة ثنائية القطب، على سبيل المثال: تصبح اضطرابات معاقرة الكحول وبعض اضطرابات القلق مرتبطة بالثنائية القطبية ارتباطا أكثر وثاقة من ارتباطها بالاكتئاب المجرد، ومن المرجح أن يظهر ما يترتب على ذلك من انخفاض معدلات الانتشار والتزامن المرضي أن الاكتئاب المجرد ينطوي على عبء أقل من ذلك الذي تنطوي عليه الاضطرابات ثنائية القطب، ومن هنا، قد تحتاج التقديرات الصادرة عن منظمة الصحة العالمية (12) إلى الكثير من التنقيح.

المراجع:

1. Angst J. The bipolar spectrum. Br J Psychiatry 2007;190:189-91.
2. Angst J, Gamma A, Benazzi F et al. Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania. J Affect Disord 2003;73:133-46.
3. Zimmermann P, Brückl T, Nocon A et al.Heterogeneity of DSM-IV major depressive disorder as a consequence of subthreshold bipolarity. Arch Gen Psychiatry 2009; 66:1341-52.
4. Angst J, Cui L, Swendsen J et al. Major depressive disorder with sub-threshold bipolarity in the National Comorbidity Survey Replication. Am J Psychiatry (in press).
5. Angst J, Azorin JM, Bowden CL et al. Prevalence and characteristics of undiagnosed bipolar disorders in patients with a major depressive episode: the Bridge Study. Submitted for publication.
6. Licht R, Gijsman H, Nolen WA et al. Are antidepressants safe in the treatment of bipolar depression? A critical evaluation of their potential risk to induce mania or cycle acceleration. Acta Psychiatr Scand 2008; 118:337-46.
7. Gijsman HJ, Geddes JR, Rendell JM et al. Antidepressants for bipolar depression: a systematic review of randomised controlled trials. Am J Psychiatry 2004;161:1537-47.
8. Angst J, Gamma A, Benazzi F et al. Atypical depressive syndromes in varying definitions. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2006; 256:44-54.
9. Silverstein B. Gender differences in the prevalence of somatic versus pure depression:a replication. Am J Psychiatry 2002; 159:1051-2.
10. Angst J, Gamma A, Rossler W et al. Childhood adversity and chronicity of mood disorders. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci (in press). 11. Pini S, de Queiroz V, Pagnin D et al. Prevalence and burden of bipolar disorders in European countries. Eur Neuropsychopharmacol 2005;15:425-34.
12. stün TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S et al. Global burden of depressive disorders in the year 2000. Br J Psychiatry 2004;184: 386-92.

الطب النفسي البيولوجي: ما يزال يمضي قدما في طريق مسدود

Herman M. van Praag

Department of Psychiatry and Neuropsychology, University of Maastricht, The Netherlands

بالاطلاع على المعلومات المتوفرة في مجال الفسيولوجيا المرضية للاكتئاب، توصل جي. هيزلار للنتيجة التالية: "إن ما توصل إليه العلم حتى وقتنا الحالي يعارض الفرضية الموحدة للاكتئاب"، وهذا حقيقي وسبب ذلك، كما أعتقد، هو عدم وضوح تعريف التركيبة المرضية، وهذا يصدق على كافة أنواع سبيل الاكتئاب التي أمكن التعرف عليها حتى الآن، على المثال: الاكتئاب الرئيسي، فإنه من حيث الأعراض ومسار المرض ومآله والكشف البيولوجي والاستجابة العلاجية، تمثل التركيبة المرضية التغايرية التامة، وفي رأيي، تبدو فرصة صدور هذه التركيبات المرضية النفسية عن اضطرابات عقلية واضحة التعريف ضئيلة جدا بحيث لا يلتفت إليها.

وما ينطبق على الاكتئاب يصدق بالمثل على كافة الاضطرابات المعرفة وفقا للدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية، غير أن الطب النفسي البيولوجي، منذ نهضته قي الخمسينيات من القرن الماضي وإلى الآن، يقوم على أساس افتراضات إيميل كرابلين والمتمثلة في فكرة أن المرض العقلي يقبل الانقسام إلى فئات مرضية قائمة بذاتها يتفرد كل منها بالفسيولوجيا المرضية الخاصة به، ولطالما كان هذا الأسلوب غير مثمرا، نظرا لأن الفسيولوجيا المرضية للأمراض العقلية لا تزال غير معلومة إلى حد كبير، وأنا أشعر، ولطالما حملت هذا الشعور طوال الجزء الأكبر من حياتي المهنية، بأن العملية التشخيصية في الطب النفسي يجب أن تغير اتجاهها، على وجه الخصوص، إذا كان الهدف هو الكشف عن الدعائم الأساسية للمرض النفسي، ولقد أسميت الإستراتيجية المقترحة لتوجيه الجهود بالتوظيف وتقتضي هذه العملية سير التشخيص في مجال الطب النفسي بأسلوب يقوم على عدد من الخطوات (1–3).

أولا، يجب تحديد المجموعة التشخيصية التي ينتمي إليها الاضطراب وهو ما يعني ضرورة إجراء تشخيص تصنيفي، على سبيل المثال: اعتبار الحالة العقلية الخاضعة للفحص منتمية لمجموعة الاضطرابات الاكتئابية، ولا تقدم هذه الخطوة الأولى من التشخيص سوى تعريف تشخيصي عام.

ثانيا، يجري تعريف المتلازمة، ولا تزال هذه المعلومات التشخيصية هي الأخرى بعيدة عن الدقة، عادة ما تظهر المتلازمات في شكل غير مكتمل ويعاني العديد من المرضى في الوقت ذاته من أكثر من متزامنة مكتملة أو غير مكتملة.

لذا، فإنني أرى حتمية إجراء خطوة تشخيصية ثالثة والتي أطلقت عليها اسم: توظيف التشخيص وتعني: أولا وقبل كل شيء، تعريف الأعراض المرضية النفسية التي تتكون منها المتزامنة ومن ثم، الخطوة الأكثر أهمية فحص، وإن أمكن، كذلك قياس الخلل الوظيفي النفسي الذي يكمن وراء أعراض المرض النفسي، ولا يعتبر الخلل الوظيفي النفسي مرادفا لأعراض المرض النفسي حيث أن عرض المرض النفسي يأتي كنتيجة لحالات الخلل الوظيفي النفسي وتلك هي الكيفية التي تجري بها كل من معاناة المريض من الخلل الوظيفي النفسي وملاحظة المحقق له.

أما الخطوة الأخيرة والتي أنظر إليها باعتبارها بيت القصيد فهي تتمثل في أنه في حالة عدم توافر أية أساليب لقياس حالات الخلل الوظيفي المشتبه فيها، يجب وضع هذه الأساليب.

وفيما يلي بعض أمثلة لذلك: في حالة أعراض الخرف، يجب تتبع الاضطرابات المعرفية الكامنة وراء هذه الأعراض وقياسها، وفي حالة الهلاوس، ينطبق نفس الشيء على ما يكمن وراء هذه الهلاوس من اضطرابات إدراكية، وفي حالة انعدام التلذذ، يجب البحث عن الخلل في ربط إدراك معين بنوع المشاعر المناسب له.

ينبغي أن تحتل حالات الخلل الوظيفي النفسي التي تكمن وراء أعراض المرض النفسي، في رأيي، بؤرة اهتمام البحث في مجال الطب النفسي البيولوجي، ويبدو أنه من المحتمل أكثر من ذلك أن حالات الخلل الوظيفي العقلي ترتبط مع الاضطرابات في أنظمة التحكم النفسي وليس مع الفئات التصنيفية التي هي في الغالب من وضع الإنسان أو أنها ترتبط بمركبات الأعراض التي يشار إليها بشكل اعتباطي بالمتزامنة.

لقد أثبت البحث عن المحددات البيولوجية لحالات الخلل الوظيفي النفسي أنه أكثر إثمارا بمراحل من البحث عن السبب البيولوجي لفئة معينة من فئات تصنيف المرض مثل: الاكتئاب أو الفصام. ويعتبر البحث الذي أجريناه بمثابة مثال على ذلك (3-5)، لقد أثبتنا وجود اضطرابات السيروتونين في حالة الاكتئاب الرئيسي، وذلك على الأقل في بعض المرضى دون غيرهم، ومن حيث تصنيف الفئة أو المتلازمة، لم تكن هذه الاضطرابات قابلة للتمييز، غير أنها كانت على مستوى أكثر قاعدية وقد أظهرنا أن اضطرابات السيروتونين كانت مرتبطة بمكونات معينة لمتزامنة الاكتئاب أي أنها مرتبطة باضطرابات التحكم في القلق والعدوان، ولم تقتصر هذه العلاقة على الاكتئاب ولكنها اكتشفت كذلك في المتلازمات غير الاكتئابية، ولقد اتضح أن اضطرابات السيروتونين محددة بالوظيفة وليست محددة بالتصنيف المرضي أو المتلازمة.

من المنتظر أن تضفي عملية التوظيف على تشخيص الطب النفسي المزيد من الدقة والطابع العلمي والتوائم مع الدراسات البيولوجية الموجهة نحو الهدف والتدخلات العلاجية المتمركزة، ويصبح التشخيص النفسي أكثر دقة وعلمية نظرا لأن حالات الخلل الوظيفي النفسي قابلة للقياس بشكل أفضل بكثير من الفئات المرضية والمتزامنات، بل وبشكل كمي في العادة.

ثانيا: إن هذا الأسلوب يقدم للمشخص مخططا تفصيليا للنطاقات النفسية التي لا تؤدي وظائفها بشكل طبيعي وكذا تلك التي تؤدي وظائفها في إطار الحدود الطبيعية، وفي النهاية، سيقودنا هذا الأسلوب إلى ما أسميته "الفسيولوجيا النفسية" وهو عبارة عن مخطط تفصيلي لحالات الخلل الوظيفي العقلي الكامنة وراء فشل أنظمة التحكم النفسي في أداء وظائفها بشكل طبيعي.

كما ستفيد المعالجة بالمثل من هذا الأسلوب، حيث تفتقر كل من المعالجة الدوائية والمعالجة النفسية على حد سواء إلى التركيز بقدر كبير، فنحن نصف الأدوية للمريض لأنه يعاني من الذهان أو الاكتئاب أو القلق أو غير ذلك بشكل غير متوازن، ودون الالتفات في العادة إلى المزيد من الدقة في تشخيص الحالة، وهو ما لا يقودنا إلى المزيد من البحث في مجال الفارماكولوجيا النفسية، كما أن ذلك لن يؤدي إلى زيادة فرصة اكتشاف الجديد والمبتكر من الأدوية نفسانية التأثير وكذلك الأكثر تخصصا في المعالجة النفسية.

وينطبق هذا التفكير بالمثل على المعالجة النفسية، فمن الممكن أن نوصي بالعلاج النفسي لأغراض نادرا ما تكون واضحة بشكل دقيق، فعلام سيركز هذا العلاج النفسي؟ وما الذي نأمل تحقيقه في شكل تحسن في الأعراض؟ هذا ما يندر تحديده بالتفصيل، بينما ستمكننا عملية توظيف التشخيص من وضع تفاصيل الأهداف العلاجية بشكل نظامي.

لقد نال أسلوب تصنيف الأمراض الجامد حظه، على وجه الخصوص في مجال الطب النفسي البيولوجي، ويجب عليه الآن أن يفسح المجال للمفهوم الحيوي والعملي للأمراض والذي ينبغي ألا ينصب تركيزه على الفئات المرضية التي قد لعب الإنسان الدور الأكبر في تصنيفاتها، كما يجب ألا يركز على المتزامنة والتي عادة ما تتسم بالتقلب من حيث تركيبة أعراضها، ولا ايضاً على أبعاد المرض النفسي والتي عادة ما تتسم بافتقارها إلى دقة التعريف وصعوبة تعيين حدودها، فيجب أن تتحول بؤرة الاهتمام الآن إلى الخلل الوظيفي الكامن وراء أعراض المرض النفسي، ولسوف يقودنا هذا الأسلوب، في رأيي، إلى التعجيل من إضفاء الصبغة العلمية على التشخيص في مجال الطب النفسي وإلى حصيلة ضخمة من الأبحاث في مجال الطب النفسي البيولوجي.

المراجع:

1. van Praag HM. Over the mainstream: diagnostic requirements for biological psychiatric research. Psychiatry Res 1997;72:201-12.
2. van Praag HM, de Kloet R, van Os J. Stress, the brain, and depression. Cambridge: Cambridge University Press, 2004.
3. van Praag HM. Nosologomania: a disorder of psychiatry. World J Biol Psychiatry 2000; 1:151-8.
4. van Praag HM. Anxiety/aggression-driven depression. A paradigm of functionalization and verticalization of psychiatric diagnoses. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2001;12:28-39.
5. van Praag HM, Kahn RS, Asnis GM et al. Denosologization of biological psychiatry or the specificity of 5-HT disturbances in psychiatric disorders. J Affect Dis 1987;13:1-8.

السعي المستمر وراء ما هو مهم

Gordon Parker
University of New South Wales, and Black Dog Institute, Sydney, Australia

تشرح النظرة العامة لجي هيزلار نقاط القوى والقيود الواردة في البحث الحالي الذي يدور حول اضطرابات الاكتئاب. وتشتمل نقاط القوى على باحثين فائقي الذكاء وملتزمين ومتفانين في عملهم. وتظهر القيود من النماذج الحالية الداعمة للاضطرابات المزاجية لدينا (الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات النفسية و التصنيف الدولي للأمراض والمشكلات المتعلقة بالصحة). ويثير هذا الخلاف المقولة البافارية القديمة: " ما الجدوى من السعي طالما تسير في الطريق الخاطئ!".

وأنا اختلف مع هيزلار فيما يتعلق بالنظرة المركبة التي أدلى بها عن الدراسات الفسيولوجية والتي تحتوي على نماذج تشخيصية وسطية فاشلة. وبناء عليه، بعد التعرض لعدد كبير من الحالات سيظل القارئ متشوقاً للتعرف على مسار أساسي مقبول.

وفي الواقع، يعد الاضطراب الاكتئابي الرئيسي من الأشياء التي ليس لها هوية ولا هي "جماد" كما وصفه هيزلار وكما وضعها وجسدها الباحثون الذين يتمنون أن تُنشر أبحاثهم. ويعد الاضطراب في جوهره "مجال" تشخيص يوحد التعبيرات المختلفة "للاكتئاب" بشكل فعال. ولا يُعرف له أي حدود دقيقة أو كيان أو بخلاف ما يقال عنه " ضيق التنفس" حالة تستحق التحقق منها. ويصنف تشخيص "ضيق التنفس" عدد كبير من الحالات المرضية الحادة (مثال: الربو والالتهاب الرئوي والجلطة الرئوية) والمزمنة (مثال: الانتفاخ الرئوي) والمخاطر المحتملة منها الأوضاع المعيارية المؤقتة (مثال: متسلقي الجبال غير اللائقين). وتعد معايير الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات النفسية المتعلقة بالاكتئاب الرئيسي قليلة نسبيا وكل معيار يتم تشغيله بعد إضافة القليل من التعديلات مما ينتج عنه تقديرات سائدة تماما وحدود مخادعة فيما يتعلق "بالاكتئاب العادي" (1). ويفترض أن مجال تشخيص "الاكتئاب الرئيسي" يضم حالات أساسية (مثال: الاكتئاب الذهني *والسوداوي*) وكذلك الاضطرابات اللا سوداوية (مثال: الاكتئاب الحاد والاكتئاب التفاعلي المزمن) وحالات الاكتئاب الثانوية المصاحبة لاعتلال الأساليب الشخصية). وربما تحتوي مثل هذه الاضطرابات الأساسية على أسباب رئيسية مختلفة تماما (مثال: الدعائم البيولوجية الأساسية للملانخوليا والأسباب الاجتماعية والنفسية والاكتئاب الشخصي على التوالي). وسيخفي اختلاف مجال التشخيص تعريف العوامل المحددة والمسببة للاضطراب وتعد محاولة لتعريف أي علاج دقيق.

وينبغي لأي محاولة لدراسة أسباب "الاكتئاب الرئيسي" أن تحترم أيضا حقيقة (بالنسبة للدراسات التي تتحقق من "ضيق التنفس") أن النتائج ستعتمد بشكل أساسي على حالات الاضطراب المتواجدة في إطار "مجال التشخيص". وبالتالي، بالنسبة للدراسات المتعلقة "ضيق التنفس"سيسهل تحديد أسباب الربو في إطار دراسة لعدوى الجهاز التنفسي تُطبق على مرضى الربو. وفي حالة اختلاف اضطرابات الاكتئاب ستقدم بشكل مختلف عبر العينات المختلفة ومعها توزيع مختلف تماما لحالات الاكتئاب الرئيسية (العيادات النفسية داخل وخارج المستشفى والمجموعات) وستؤثر عملية اختيار العينات على النتائج بشكل منفرد.

وفي الأصل، إن كان التشخيص "غير دقيق" فلن تُعرف الأسباب والوسائل العلاجية للاكتئاب بشكل دقيق وبالتالي سيحقق نتائج لا تتسم بالدقة. ويُحتمل متابعة الاطلاع على بحث هيزلار الذي يعرض نتائج لا تتسم بالدقة فيما يتعلق بكل الأدلة وتجنبا لتضيق رؤية الموضوع سيقدم شرح واحد.

وفي الفقرة الثالثة، يرجع ذلك إلى المؤثرات الوراثية– ويشير هيزلار إلى أن "الاضطراب الاكتئابي الرئيسي" من الأنواع المعتاد عليها وهذا الأمر غالبا يرجع إلى عوامل وراثية" مرجع تحليل ما وراء البيئة لسوليفان وآخرون (2). وربما بناء على النتائج الطبيعية، أشار هيزلار إلى أن هذه النتائج تشير إلى أن سلوك الآباء وعوامل المخاطر البيئية الأخرى ليست ذو أهمية "كما هو مفترض سابقا" ولا ينبغي أن تكون موضع اهتمام الوسائل العلاجية. ومع ذلك، حينما تم فحص تحليل ما وراء البيئة الخاص بسوليفان استنتج الباحثون أن " المؤثرات البيئية الخاصة بالأفراد تعد أيضا من المسببات الهامة". وتعد النتيجتان متناقضتين إلى حد ما. وبعد أن غير هيزلار اهتمامه بفترة قصيرة تبين أن العوامل غير الوراثية هي المُسيطرة "تقترح وجود احتمال كبير" أن التداخلات النفسية الاجتماعية تمنع الاكتئاب الرئيسي. ويناقش هيزلار في فقرتين الأوجه المختلفة لسيطرة العوامل الوراثية ويليها غير الوراثية. وفيما بعد، يقترح في الفقرات الثلاث المتتابعة أن العوامل البيئية لا ينبغي لها أن تكون موضع اهتمام الوسائل العلاجية قبل اقتراح التداخلات النفسية التي تهتم بالصعوبات الاجتماعية والمهارات التي تقدم "إمكانيات هائلة".

ويشير عنوان بحث هيزلار إلى أنه مخصص لمساعدة الطبيب المعالج. ولمرة أخرى يمكن الطعن في هذا الهدف عبر الإشارة إلى شرح واحد. وفي النهاية صرح هيزلار في الجزء المعنون "الجينات والضغط النفسي الاجتماعي" قائلا "أنه يجب على الطبيب المعالج أن يعلم أن تاريخ الأسرة سيظل مصدر معلومات موثق به لتقدير المخاطر الوراثية للاضطراب الاكتئابي الرئيسي". ولكن ماذا يُقصد بتاريخ الأسرة في إطار هذا النص؟ هل يُقصد به "الاكتئاب الرئيسي" أو بعض الحالات النفسية الأخرى التي يُصاب بها أفراد الأسرة؟ أو هل يقصد به أفراد من الأسرة دخلوا المستشفى لإصابتهم بحالة نفسية ومنها محاولة أو الإقدام على الانتحار أو الحصول على العلاج بإشراف طبيب نفسي (جميع هذه الأسئلة يصعب إثباتها أو ربما تشير إلى ميول مختلفة تماما)؟ أو هل يُقصد بها حالات أقل استقلال (مثال: "العصبية" و"القلق") بين أفراد الأسرة. وتطعن عدم دقة المصدر الموصى الموثوق به الاستخدامات الإكلينيكية الواردة في البحث.

وبعد طرح سؤال (مثال: أسس إحيائية عصبية موثوق بها متعلقة "بالاكتئاب"؟) ويؤيد هيزلار بكل ثقة كل ما هو ضد المقترح الذي يستنتج أن "الاكتئاب هو حالة إكلينيكية تحتوي على مسببات مختلفة للاضطراب". وفي الواقع.

هل يجب أن نستمر في البحث عن مجال التشخيص غير المحدد والمخاطرة بالنتائج الأخرى غير المحددة؟ في رأي لا أعتقد ذلك، إن كنا نرغب في التوقف عن السعي المستمر.

المراجع:

1. Horwitz AV, Wakefield JC. The loss of sadness. How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder. New York: Oxford University Press, 2007.
2. Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. Am J Psychiatry 2000;157:1552-62.

الإجابة نعم أو لا

Robert H. Belmaker
Ben Gurion University of the Negev, Beersheva, Israel

يتم اختيار طلبة كلية الطب بصفة عامة لقدراتهم الأكاديمية والدراسية ويتمتع أغلب الأطباء بقراءة ومجارة آخر المستجدات في مجالهم. ومع ذلك، بما أن الطب فن عملي يقرأه الأطباء بهدف تحديث معرفتهم وليزيد من فائدة علاجهم لمرضاهم. وشهدت الفسيولوجيا البيولوجية للاكتئاب توسعا سريعا على مدار 30 عاما وواجهه الأطباء الذين أكملوا تدريبهم في السبعينيات والثمانينات والتسعينيات عدد كبير من المفاهيم الدراسية الواعدة المتعلقة بالاكتئاب وهي إحدى المجالات المعروفة في أنشطتهم المهنية (1). وأكدت الجزيئات الجينية المطورة والتكنولوجيا التصويرية المطورة والتحليل الشامل للغدد العصبية الصماء والمفاهيم الأخرى على قدرة الكثير من الأطباء المعالجين على الشعور بأنهم يستطيعوا مجاراة آخر المستجدات في مجالهم. وفي السنوات الأخيرة، ساور العديد من الأطباء المعالجين حول العالم شعور رهيب بالشك في قلوبهم وعقولهم هل يُعد كم البيانات الجديد ذو قيمة بالنسبة للأطباء النفسيين. ولذلك يضمن عنوان بحث جي هيزلار جذب عدد ضخم من الجمهور كما يتناسب مع عالم علم النفس.

ومع ذلك في رأيي أن هذا البحث اختار أسهل الطرق ولم يُجب عن الأسئلة التي طرحها. ويشير الملخص إلى أن الوسائل العلاجية التي تعتمد على مضادات الاكتئاب الواجب تعديلها بما يتناسب مع المريض والحالة التي وصل إليها المرض، ولكن لم يذكر الكاتب في بحثه الطرق المتبعة للتغلب على هذا الأمر. وتحتوي النتيجة على جدول يقدم مختلف افتراضات علم الأعصاب ونقاش يُناهض وجود افتراض موحد كافي للاكتئاب. ويستمر الباحث في الإشارة إلى" أن هذا البحث الجريء حول توقعات الإستجابة" و" أن معرفة هذة التوقعات سيساعد على تطوير الطب الشخصي". الوعود والكثير منها. وآملت أن تُخبرني هذه المقالة بوجود شواهد قوية يستفيد بها الأطباء المعالجون في الوقت الحالي. وفي رأيي الشخصي، أعتقد أن الإجابة "لا" ويجب أن نواجه هذا الواقع بشجاعة. وأتفق مع هيزلار في اعتقاده باختلاف أنواع الاكتئاب وأمله في أن الأبحاث في المستقبل ستسمح بوجود وسائل علاجية أفضل. ومع ذلك، سيكون الأطباء المعالجون أكثر صدقا مع أنفسهم ومرضاهم ومجتمعنا إن اجبنا على السؤال المطروح في هذا البحث "لا". ولا توجد اختبارات جينية أو دموية أو متعلقة بالسائل الشوكي أو اختبارات تصويرية يمكنها أن تساعد على تشخيص الاكتئاب. وأشارت العديد من النتائج إلى تغيرات في السائل الشوكي أو الأيض الدموي أو البروتينات أو الوظائف التصويرية للمخ لدى مجموعات من مرضى الاكتئاب. ومع ذلك، قليل ما وجدنا حالات متكررة من أنواع الاكتئاب. ويحتمل تكرار حالات الاكتئاب أمر ثانوي نظرا للتغير القوي في أسلوب المعيشة بسبب الاكتئاب ومنها فقد الوزن والخمول وعدم الحصول على قدر كافي من النوم (2). وينبغي للطبيب الإكلينيكي أن يدرك مدى أهمية رصد الاختلافات الرئيسية كنتائج في ورقة البحث حتى في حالة تواجد النتائج الإحصائية الهامة التي تخفي التداخل بين المرضى ومراقبة السكان والتي تجعل الاستخدام التشخيصي للنتائج أمر مستحيل.

وفي بعض الأوقات أخبرني الموافقون على العبارة المذكورة آنفا بأنه يجب أن أخفي وجهات نظري عن العامة حتى لا أضر بهيبة علم النفس أو حصتنا الشرعية في تمويل البحث. وبالطبع يتعلق مثل هذا الرأي بالأخلاق والقيم عن العلوم. ومع ذلك، فمن تقاليد التحليل النفسي أن الحقيقة تزيح العبء من على المرء وبالنسبة لي أري أن ذلك يتناسب مع بيولوجية علم النفس. ويزداد الالتباس لدى متدربينا ومرضانا والعامة بشأن تناقض المطالبات التي تشير إلى وجود أسس بيولوجية للاكتئاب في الجينات أو التصوير أو علم الغدد الصماء العصبية أو العوامل العصبية.

ويجب أن نضع أسلوب جديد للخطابة حيث يمكن لنتائج البحث أن تكون مبهجة وكما أنها تترجم إلى مفهوم جيد حول الطريق الطويل الحثيث الذي ربما سنسلكه من أجل إدراك فسيولوجيا الاكتئاب (3) .

المراجع:

1. G. Major depressive disorder. N Engl J Med 2008;358:55-68.
2. Belmaker RH. The lessons of platelet monoamine oxidase. Psychol Med 1984;14:249- 53.
3. Belmaker RH. The future of depression psychopharmacology. CNS Spectr 2008;13:682-7.

تعدد الأشكال الإكلينيكية للاكتئاب كحافز لدراسة فسيولوجيا الاكتئاب

J. John Mann
Department of Psychiatry, Columbia University, New York, NY, USA

أشارت العديد من الدراسات بمجملها أن اضطراب الاكتئاب يصحبه تغيرات لا طبيعية في أجهزة الناقل العصبي ومنها إفرازات السيروتونين والنوربينيفرين وهرمون الدوبامين ومادة الجلوتاميت وحمض جاما-أمينوبيوتيريك. وكذلك العوامل العصبية والتي بدورها تتأثر بالتوتر الشديد للمحور الوطائي النخامي الكظري وتغير في وظائف السيتوكرين. وفي النهاية تغيرات في

النظام السريكادي وأسلوب بناء النوم والتي ربما تعتبر من نتائج التغيرات اللا طبيعية والتي تزيد من المخاطر أو تغير مسار الاكتئاب. والأمر الذي يدعو إلى الحيرة هو كيفية إصلاح المفاهيم البحثية التي تسرد نموذج توضيحي لحالة بيولوجية واحدة فقط بالرغم من تنوع الحالات الإكلينيكية للاكتئاب. ويبدو أن هذه الأشكال المتعددة تعكس تساوي فسيولوجيا المرض. وتشير المعايير الاختبارية في النسخة الرابعة من الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات النفسية إلى وجود العديد من الصفات التي تسمح للطبيب بإجراء هذه التشخيصات. وبالإضافة إلى ما أشار إليه الباحثين هو اختلاف موجز النقاط لكل فرد عبر بنود الاختبار ومنها مقياس هاميلتون للاكتئاب. لكن هذه النظرة توضح جزءا من الموضوع. وأشار الباحثون إلى عدم وجود علاقة نوعية بين حالات المرضى فيما يتعلق بالاكتئاب (1). وتعد هذه النتائج حقيقية فيما يتعلق بفحص الطبيب لحدية حالات الاكتئاب بشكل شامل (كما في إجمالي نقاط مقياس هاميلتون للاكتئاب) أو العوامل المنبثقة من عامل تحليل موجود في حالات نادرة بشكل نسبي في فسيولوجيا المرض أو حتى حينما يفحص الأفراد عناصر الحالات الخاصة. والنقطة الرئيسية بهذا الصدد هي أن اختلاف الحالات الإكلينيكية من مريض لآخر في الحالات المتتالية بين المرضى. وأشار أيجون بليولير إلى أثر هذه الظاهرة في كتابه الهام الذي يتكلم عن فصام الشخصية (2). وربط بين الفصام الكتاتوني والزوارني والهيبفرينيا وما أطلق عليه بحالة عجز لأنه رأي مزيج من هذه الحالات المختلفة ظاهرة على نفس المريض على مدار الوقت. وبعبارة أخرى برغم من اختلاف هذه الحالات الإكلينيكية إلا أنها تبدو جزء من مرض واحد نظرا لظهورها على نفس المريض. وإن اعتبرنا أن مرض اضطراب الاكتئاب أو فصام الشخصية نتيجة لأسباب وراثية وسُجلت حالات حرجة في فترة الطفولة ومنها المجاعة والاعتداء البدني أو الجنسي وتحدث هذه المؤثرات البيئية في مراحل مبكرة من الحياة وتظهر الأعراض الغريزية للمرض لدى الفرد في مراحل مبكرة من سن المراهقة. وإن افترضنا استقرار الأساسيات البيولوجية بشكل جيد، سيصعب في هذه الحالة شرح أسباب هذا الاختلاف بين الحالات الإكلينيكية لدى الأفراد. وهناك احتمال واحد يشير إلى أن كل حالة اكتئاب تغير من تركيبة المخ نظرا للخوف أو الحساسية. وربما لمؤثرات ما فوق الوراثة (علم التخلق) في تحمل التغييرات. ولكن لاحقا يتوقع الأطباء مجموعة مشابهة من الخطوات فيما يتعلق بتطور المرض على مدار الوقت (كما وجدنا في حالة فصام الشخصية وظهور أعراض سلبية كثيرة مقارنة بالايجابي منها). ويبدو أن الحالات الإكلينيكية للاكتئاب لا تتبع نموذج مبسط ماعدا الحالات التي ربما تأخذ فترة طويلة لعلاجها. وتقدم الدراسات التي أجريت على المخ بعض الأدلة في هذا المجال وتطرح أسئلة أخرى. ولقد أشرنا إلى اختلاف حدية الحالات الإكلينيكية للاكتئاب كما عرفتها العوامل المنبثقة من مقياس هاميلتون للاكتئاب أو قائمة بيك للاكتئاب، والتي تتزامن مع قياس الاستفادة من ثبات مستوى استرجاع الجلوكوز بالمخ باستخدام الفلوريدو أوكسي جلوكو – المسح الطبقي بواسطة انبعاث البوزيترونات (3). وتتزامن درجة نتائج هذه العوامل مع بعضها البعض ووثيقة الصلة بتراكم مناطق المخ لعدة عوامل. ويرتبط كل عامل بمنطقة شبه مستقلة بالمخ (3). وينعكس اختلاف الحالات الإكلينيكية في اختلاف الثبات النسبي لأنشطة المخ في حالات الاكتئاب. وليس من العجب نجاح مضادات الاكتئاب والعلاج النفسي في تغيير هذا النموذج لدى المتطوعين الأصحاء وتولد الحزن لديهم يمكن أن يعيد إنتاج بعض التغييرات المتواجدة في حالات الاكتئاب (4). وتقدم تلك التغييرات أسس بيولوجية للحالات الإكلينيكية بدون شرح أسبابها أو آليتها. وهناك حالات بيولوجية غير طبيعية أكثر استقرارا في حالات الاكتئاب الرئيسية وبين الحالات الأخرى. وأفضل مثال على ذلك الحالات اللاطبيعية لجهاز السيروتنين والتي ظهرت في عودة حالات الاكتئاب خلال فترة العلاج بعد نزيف حاد من *تريبتوفان في المخ أثناء حالات الاكتئاب وارتفاع ضغط الدم (5-HT) والمرضى الذين يتلقون* المسح الطبقي بواسطة انبعاث البوزيترونات *والمصابين بحالات الاكتئاب والذين يتلقون العلاج بدون استخدام الأدوية. وبالإضافة إلى الدراسة التي أجريت على اختلاف الحالات الإكلينيكية والبيولوجية بين المرضى، والتي توصي بالاهتمام بتباين مناطق المخ كما كشفت عنه دراسات* المسح الطبقي بواسطة انبعاث البوزيترونات *والتوصل إلى سبب لهذا الاختلاف فيما يتعلق بالسيترونين والنيروبينيفرين والدوبامين* وحمض جاما–أمينوبيوتيريك *و"مثيرات الخلايا العصبية " التي تستهدف الوظائف العصبية.*

المراجع:

1. Oquendo MA, Barrera A, Ellis SP et al. Instability of symptoms in recurrent major depression: a prospective study. Am J Psychiatry 2004;161:255-61.
2. Bleuler E. Dementia praecox or the group of schizophrenias. New York: International Universities Press. 1950.
3. Milak MS, Parsey RV, Keilp J et al. Neuroanatomic correlates of psychopathologic components of major depressive disorder. Arch Gen Psychiatry 2005;62:397-408.
4. Mayberg HS, Liotti M, Brannan SK et al. Reciprocal limbic-cortical function and negative mood: converging PET findings in depression and normal sadness. Am J Psychiatry 1999;156:675-82.

تقرير بحثي

الحد من الفجوة العلاجية للاضطرابات النفسية: تقرير مسح أجرته الجمعية العالمية للطب النفسي

Vikram Patel[1], Mario Maj[2], Alan J. Flisher[3], Mary J. De Silva[1], Mirja Koschorke[1], Martin Prince[4] and WPA Zonal and Member Society Representatives*

[1]London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, UK; [2]Department of Psychiatry, University of Naples SUN, Naples, Italy; [3]Department of Psychiatry and Mental Health, University of Cape Town, Rondebosch 7700, Cape Town, South Africa; [4]Institute of Psychiatry, King's College London, UK
* The WPA Zonal and Member Society Representatives are listed in the Appendix

تشتمل الملاحق على أعضاء الجمعية العالمية للطب النفسي

تتعدى الفجوة العلاجية لمرضى الاضطرابات النفسية 50 % في جميع الدول والتي تكاد أن تصل إلى 90 % في الدول محدودة الموارد. ولقد سجلنا نتائج أول مسح نظامي لرواد علم النفس في 60 دولة والذي يتناول إستراتيجيات الحد من الفجوة العلاجية. ونسعى للحصول علي وجهة نظر رواد علم النفس حول أدوار الموارد البشرية وإعدادات الرعاية الصحية المختلفة في تقديم خدمتها وأهمية مجموعة من الإستراتيجيات لزيادة تغطية الأساليب العلاجية المثبتة للاضطرابات النفسية الأساسية في كل مرحلة ديموغرافية (الطفولة والمراهقة والكبر والشيخوخة). وتشير نتائجنا بوضوح إلى ثلاث إستراتيجيات للحد من الفجوة العلاجية: زيادة عدد أطباء علم النفس والمتخصصون في أمراض الصحة النفسية الأخرى وتوسيع مجال المشاركة للأطباء المدربين غير المتخصصين والمشاركة الفعالة للمصابين باضطرابات نفسية. وذلك بما يتناسب مع الدول ذات الدخل المرتفع والدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط والذي ظهرت أهميته في الآونة الأخيرة. ونرى أن هذا المسح خطوة أولى مهمة لتجربة وضع أطباء علم النفس والذين لهم دور مؤثر في المجتمعات وفي مواجهة التحديات العالمية لترتيب خدمات الصحة النفسية كل حسب أولويتها للحد من الفجوة العلاجية.

الموضوعات الرئيسية: الاضطرابات النفسية والفجوة العلاجية وخدمات الصحة النفسية والرعاية الأولية والموارد البشرية وتغطية الرعاية والأساليب العلاجية المثبتة.

(مجلة الجمعية العالمية للطب النفسي سبتمبر 2010 ; 9: 169–176)

تتعدى الفجوة العلاجية للمرضى المصابين باضطرابات نفسية 50 % في جميع دول العالم والتي وصلت إلى معدلات مرتفعة بشكل عجيب 90 % في الدول محدودة الموارد حتى في حالات الاضطرابات النفسية الحرجة التي يصحبها أدوار عجز رئيسية (1/3). ونادت عدد من المبادرات الحالية بترتيب الخدمات حسب أولوياتها بالنسبة للمصابين باضطرابات نفسية بناء على تدخلات فعالة واحترام حقوق الإنسان (4,5). وتم تجميع أدلة عن الوسائل العلاجية الفعالة في إطار برنامج جَسر الفجوة بين العدد القليل من المصابين بأمراض نفسية والذين يحصلون على هذه الخدمات وتوجيهات منظمة الصحة العالمية لثمانية اضطرابات نفسية وعصبية والإدمان (6). وتم تلخيص أدلة آلية توفير هذه الوسائل العلاجية في سلسلة من المقالات في مجلة PLOS Medicine (7). والسؤال الرئيسي هو كيفية ترتيب تلك الأساليب العلاجية وآلية توفيرها كل حسب أولويته في إطار الموارد المحدودة في جميع الدول.

وتعد من أحد أهداف خطة الجمعية العالمية للطب النفسي 2008–2011 هو مشاركة الجمعيات الأعضاء في إطار جهودها لزيادة تغطية رعاية الاضطرابات النفسية على مدار العمر (8,9). وأشار تقرير المسح إلى أن هذا البحث يهدف إلى الكشف عن أراء أعضاء الجمعية العالمية للطب النفسي والجمعيات الأعضاء حول إستراتيجيات زيادة تغطية الخدمات المنصبة على أماكن تعاني من نقص في أخصائي الاضطرابات النفسية. ونسعى بالتحديد إلى عرض وجهات النظر حول دور الموارد البشرية وإعدادات الرعاية الصحية والإستراتيجيات المعنية بزيادة التغطية للأساليب العلاجية المثبتة للاضطرابات النفسية الأساسية في كل مرحلة ديموغرافية (الطفولة والمراهقة والكبر والشيخوخة). ونظرا لاختلاف عوائق الموارد البشرية والمالية بين الدول ذات الدخل المرتفع والدول الأخرى ذات الدخل المتوسط والمنخفض، نهدف إلى تعريف ومقارنة إستراتيجيات هذين المثالين.

المناهج

تتألف الدراسة من تقريري مسح ومجموعتين من المشاركين. ويحتوي التقرير الأول على نطاق تعريف الاضطرابات النفسية الأساسية والأساليب العلاجية المتعلقة بها لكل من المراحل الديموغرافية الأربع. ودعي جميع أعضاء الجمعية والبالغ عددهم 18 عضوا للمشاركة في هذا المسح. وتم إجراء التقرير الثاني بواسطة الجمعيات الأعضاء في الجمعية العالمية للطب النفسي والتي ركزت على تغطية الأساليب العلاجية والنتائج الشاملة للاضطرابات النفسية المُعرفة في الاستقصاء الأولى. وشاركت جميع الجمعيات الأعضاء بهدف تعظيم مستوى استجابة الدول. وفي حالة مشاركة أكثر من جمعية من نفس الدولة ستدرج الجمعية الأكثر شعبية في التحليل.

وسئل المشاركون في الاستقصاء (1) عن تعريف الأوضاع الأساسية من واقع تقيمهم للموضوع (الغلبة والتأثير) في بلدهم. ويليها طُلب منهم قائمة بالأساليب العلاجية المثبتة المقبولة والتي يمكن تحمل تكلفتها لعلاج هذه الاضطرابات النفسية الموجودة في المصادر الحالية. وسئل المشاركون عن أدوار مقدمي الرعاية الصحية وإعدادات الأساليب العلاجية (مثال: خدمات الرعاية الأولية) في تقديم رعاية الصحة النفسية. وأخيرا، تم طرح ثلاثة أسئلة ذات نهاية مفتوحة لعرض إستراتيجيات تحسين الحصول على خدمات رعاية الصحة النفسية وأساليب الحصول على المساعدة والالتزام بتقديمها على المدى الطويل. وفي إطار هذا الاستقصاء تم تعريف ثمانية اضطرابات نفسية أساسية (اضطراب فرط الحركة واضطرابات القلق بالنسبة للأطفال والاكتئاب والإدمان بالنسبة للمراهقين وفصام في الشخصية والاكتئاب بالنسبة للكبار والخرف والاكتئاب لكبار السن). ولقد وجدنا تداخل كبير بين اضطراب الاكتئاب لدى البالغين وكبار السن ولذلك دمجت تلك الاضطرابات في الاستقصاء (2).

واستخدم هذا الاستقصاء (2) نفس الفئات التي شاركت المسح (1). وطُلب من المشاركون التركيز على الأساليب المقبولة والموفرة في التكلفة

لزيادة تغطية رعاية الصحة النفسية خاصة بين الأفراد المحرومة من هذه الرعاية في دولهم. وقام المشاركون بتقييم كل الأوضاع الأساسية من حيث الموارد البشرية وإعدادات الرعاية وفقا لأولوياتهم لتحسين تغطية الأساليب العلاجية الأساسية فيما يتعلق بالتشخيص وإدارة الدواء والتداخلات النفسية والاجتماعية. وتتألف الموارد البشرية: أطباء علم النفس وأخصائيون أمراض الصحة النفسية الأخرى والعاملون في المجالات الطب الأخرى (مثال: أطباء الرعاية الأولية) والعاملون في غير مجال الطب ومستخدمي الخدمات أو الأسر. وبالنسبة للخرف الذي يصيب كبار السن استفسرنا أيضا عن دور الأخصائيون الآخرون (أخصائي طب المسنين وأخصائي أعصاب). وتتألف إعدادات الرعاية: وحدات علاج الأمراض النفسية داخل وخارج المستشفى ووحدات الصحة النفسية المجتمعية والرعاية الأولية أو الوحدات الطبية العامة أو جميع ما سبق ووحدات العلاج من الايدز لمجموعة صغار السن والمدارس (للأطفال والمراهقين) والرعاية المنزلية. وفيما بعد طُلب من المشاركين تقييم أهمية الإستراتيجيات الست (زيادة عدد أطباء علم النفس وأخصائيون الموارد البشرية والموارد البشرية الصحية الأخرى وحملات توعية العامة وسهولة توفير أساليب العلاج وزيادة تنوع إعدادات الرعاية ومستخدمي الخدمات ومشاركة الأسر) لتحسين النتائج الأربع الرئيسية لكل اضطراب: الحصول على الرعاية الالتزام بتقديم المساعدة والفاعلية. وتم طرح آخر سؤال مفتوح على المشاركين لتقديم أمثلة عن أي إستراتيجية أخرى لزيادة تغطية كل اضطراب.

ودعي المشاركون للإجابة على استقصاء عبر الانترنت يُرسل عبر البريد الشخصي لرئيس الجمعية العالمية للطب النفسي والذي لاحقا تتبع غير المشاركين. وقسمت الاستقصاءات التي تم إجرائها في المسحين على أربعة أجزاء: الأطفال والمراهقون والبالغون وكبار السن. وطُلب من المشاركين الإجابة على نفس مجموعة الأسئلة لكل مرحلة ديموغرافية من أجل تكوين صورة عن استمرار رعاية الاضطرابات النفسية على مدار العمر.

وبالنسبة للمسح (1) تم إجراء تحليل فكري وصفي لتعريف الاضطرابات والأساليب العلاجية الأساسية المحددة في كل مرحلة ديموغرافية. وطبق تحليل نوعي على الأسئلة المفتوحة لتحديد الإستراتيجيات المهمة لتحسين نتائج علاج المرضى المصابون بالاضطرابات النفسية. وتشتمل نتائج المسح (1) على بيانات إضافية عن العاملين في القطاع الصحي وإعدادات الرعاية المحددة لكل مرحلة ديموغرافية لإضافة شكل لمحتوى الاستقصاء في المسح (2).

وطبق تحليل فكري وصفي في المسح (2) على بيانات كل مرحلة ديموغرافية والتي تركز على تقديم خدمات التداخلات وتحسين نتائج الاضطرابات الأساسية المحددة في المسح (1). وتعتمد عملية التقييم في إطار المسح (2) على مقياس يتكون من أربع نقاط «لا على الإطلاق» إلى «مهم للغاية». وفي تقديم النتائج استخدمنا الأسلوب الخوارزمي لتقييم الفئات «هام للغاية» على الأقل 75 % من المشاركين، أو «هام للغاية أو على قدر كبير من الأهمية» على الأقل 90 % من المشاركين «أكثر أهمية» والفئات التي تم تقييمها «هام للغاية» من 50 % إلى 74 % من المشاركين أو «هام للغاية أو على قدر من الأهمية» من 75 % إلى 89 % من المشاركين «مهم جدا» والفئات التي تم تقييمها «هام للغاية أو على قدر من الأهمية» من 60 % إلى 74 % من المشاركين «مهم». وتم إجراء تحليل فكري للإجابات النوعية الخاصة بالأسئلة المفتوحة. واستثنيت الإجابات على الأسئلة المكررة مثال: تحسين إتاحة الأساليب العلاجية الخاصة. وتم تصنيف التحليل طبقا لمستوى المصادر.

وصُنفت الدول على أساس أطلس البنك الدولي وفقا لإجمالي الدخل القومي للفرد في 2004 سواء مرتفع (بلغ إجمالي الدخل القومي 10066 دولار أو أكثر) أو متوسط أو منخفض (إجمالي الدخل القومي 10065 دولار أو أكثر). وأجرينا تحليل حساسية على أساس مستوى أطباء الصحة النفسية المنبثق من أطلس منظمة الصحة العالمية (10) (عدد أطباء علم النفس وممرضات الطب النفسي وعلماء علم النفس لكل 100000 نسمة) لتقييم صحة هذا التصنيف الدولى لأغراض الدراسة. ووجدنا توافق جيد بين تصنيف البنك الدولي وأرقام أطلس منظمة الصحة العالمية ما عدا بعض الاستثناءات في أسبانيا (دولة ذات دخل مرتفع حيث يبلغ عدد أطباء علم النفس 9.7 طبيب نفسي لكل 100000 نسمة) والأرجنتين (دولة ذات دخل متوسط حيث يبلغ عدد أطباء علم النفس 122.6 طبيب نفسي لكل 100000 نسمة).

النتائج

وافق جميع أعضاء الجمعية العالمية للطب النفسي والبالغ عددهم 18 والجمعيات الأعضاء واللاتي يمثلن 60 دولة على المشاركة في عملية المسح. وفي الجولة (1) أعاد أعضاء الجمعية العالمية للطب النفسي والبالغ عددهم 18 الاستقصاءات (معدل إجابة 100%). وفي الجولة (2) أعادت الجمعيات الأعضاء واللاتي يمثلن 57 دولة الاستقصاءات (معدل إجابة 95 %). وصُنفت 18 دولة كدول ذات دخل مرتفع و39 دولة كدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط.

الاضطرابات العقلية ذات الأولوية وعلاجاتها

يظهر الجدول رقم (1) الاضطرابات العقلية التي يتركز عليها حالياً انتباه مقدمي الخدمات الصحية والتي اعتبرها أولئك الذين أجابوا على أسئلة الاستطلاع الأكثر احتياجاً للعناية، بينما يمثل الجدول رقم (2) العلاجات التي اعتبرها أولئك الذين أجابوا على أسئلة الاستطلاع الأكثر شيوعاً حالياً في علاج هذه الاضطرابات ذات الأولوية، والتي يجب –من وجهة نظرهم– استخدامها بشكل أكبر.

وفيما يتعلق بالأطفال، فقد تم تحديد كل من الاضطرابات السلوكية واضطرابات فرط الحركة على أنها الاضطرابات ذات الأولوية في كل من الدول ذات الدخل المرتفع والدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط، وكانت اضطرابات القلق لها أولوية أعلى في الدول ذات الدخل المرتفع، في حين كان التخلف العقلي له الأولية الأساسية في الدول ذات الدخل المرتفع والمتوسط. وقد وجد أنه على كلا الصعيدين اضطرابات فرط الحركة بحاجة لعناية أكبر، إلى جانب مرض التوحد وغيره من اضطرابات نمو الأطفال الشاملة في الدول ذات الدخل المرتفع، واضطرابات القلق في الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط. وقد وجد أن استخدام الأدوية المحفزة والتدخل النفسي الاجتماعي مع وجود من يقومون بتقديم الرعاية كانت الوسائل الأكثر شيوعاً لعلاج اضطراب فرط الحركة على كلا الصعيدين.

الجدول رقم (1): الاضطرابات العقلية التي تحتل حالياً اهتماماً كبيراً من جانب مقدمي الخدمات الصحية، وكذلك تلك التي تعتبر بحاجة لرعاية أكبر (وفقاً للأهمية):

الأطفال		المراهقين		البالغين		كبار السن
الاضطرابات العقلية ذات الأولوية حالياً						
الدول ذات الدخل المرتفع – اضطرابات السلوك – اضطرابات فرط الحركة – اضطرابات القلق	الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط – تخلف عقلي – اضطر اب فرط الحركة – اضطرابات السلوك	الدول ذات الدخل المرتفع – الاكتئاب – اضطرابات القلق – الفصام	الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط – الفصام – تعاطي المخدرات – الاكتئاب	الدول ذات الدخل المرتفع – الفصام – الاكتئاب – الاضطراب ثنائي القطب	الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط – الفصام – الاكتئاب – اضطرابات القلق	الدول ذات الدخل المرتفع – الخرف – الاكتئاب	الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط – الخرف – الاكتئاب
الاضطرابات التي بحاجة لعناية أكبر							
الدول ذات الدخل المرتفع – اضطرابات النمو الشاملة – اضطرابات فرط الحركة	الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط – اضطراب فرط الحركة اضطرابات القلق – الاكتئاب	الدول ذات الدخل المرتفع تعاطي المخدرات	الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط – الاكتئاب – تعاطي المخدرات – اضطرابات القلق	الدول ذات الدخل المرتفع – اضطرابات الشخصية – تعاطي المخدرات	الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط – الاكتئاب – اضطرابات القلق – الاضطراب ثنائي القطب	الدول ذات الدخل المرتفع – الخرف – الاكتئاب	الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط – الخرف – الاكتئاب

الجدول رقم (2): الإجراءات العلاجية المتبعة لأهم سبعة أمراض عقلية ذات أولوية (وفقاً للأهمية):

الأطفال		المراهقين		البالغين	البالغين وكبار السن	كبار السن
اضطرابات فرط الحركة	اضطرابات القلق	الاكتئاب	تعاطي المخدرات	الفصام	الاكتئاب	الخرف
الإجراءات العلاجية الأكثر شيوعاً						
الدول ذات الدخل المرتفع: الأدوية المحفزة والمتوسط: الأدوية المحفزة، وتثقيف مقدمي الرعاية نفسياً الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط: الأدوية المحفزة، وتثقيف مقدمي الرعاية نفسياً	الدول ذات الدخل المرتفع: مثبطات استرجاع السيروتونين الانتقائية، والعلاج السلوكي المعرفي، وتثقيف مقدمي الرعاية نفسياً الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط: مثبطات استرجاع السيروتونين الانتقائية، وتثقيف مقدمي الرعاية نفسياً، ، والعلاج السلوكي المعرفي	الدول ذات الدخل المرتفع: مثبطات استرجاع السيروتونين الانتقائية، والعلاج السلوكي المعرفي الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط: مثبطات استرجاع السيروتونين الانتقائية، والعلاج السلوكي المعرفي	الدول ذات الدخل المرتفع: العلاج النفسي الجماعي، وأدوية التعاطي، إجراء مقابلات تحفيزية الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط: أدوية علاج القلق، وإجراء مقابلات تحفيزية، والعلاج النفسي الجماعي	الدول ذات الدخل المرتفع: مضادات الذهان غير التقليدية، والتدريب على المهارات الاجتماعية، والتدريب على المهارات المهنية، وإستراتيجيات التدخل الأسري الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط: مضادات الذهان التقليدية، ومضادات الذهان غير التقليدية، وإستراتيجيات التدخل الأسري	الدول ذات الدخل المرتفع: مثبطات استرجاع السيروتونين الانتقائية، ومثبطات استرجاع السيروتونين والنوريبينيفرين، والعلاج السلوكي المعرفي الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط: مثبطات استرجاع السيروتونين الانتقائية، ومضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات، ومثبطات استرجاع السيروتونين والنوريبينيفرين	الدول ذات الدخل المرتفع: العقارات المضادة لانزيم الكولين استراز، ومستقبلات إن ميثايل دي أسبارتيت، وعقار ريسبيريدون الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط: عقار هالوبيريدول، وعقار ريسبيريدون، والعقارات المضادة لانزيم الكولين استراز
الإجراءات العلاجية التي سيتم استخدامها بشكل أكبر						
الدول ذات الدخل المرتفع: تثقيف مقدمي الرعاية نفسياً، والعلاج السلوكي المعرفي والتدخل التعليمي الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط: تثقيف مقدمي الرعاية نفسياً، والأدوية المحفزة، والتدريب على المهارات الاجتماعية، والتدخل التعليمي	الدول ذات الدخل المرتفع: العلاج السلوكي المعرفي، والعلاج النفسي الجماعي، وتثقيف مقدمي الرعاية نفسياً الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط: تثقيف مقدمي الرعاية نفسياً، والعلاج النفسي الجماعي	الدول ذات الدخل المرتفع: علاج العلاقات الشخصية، والعلاج النفسي الأسري الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط: العلاج النفسي الأسري، والعلاج السلوكي المعرفي، علاج العلاقات الشخصية	الدول ذات الدخل المرتفع: العلاج السلوكي المعرفي، علاج العلاقات الشخصية، والعلاج النفسي الأسري الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط: العلاج السلوكي المعرفي، والعلاج النفسي الأسري، والعلاج النفسي الجماعي	الدول ذات الدخل المرتفع: العلاج السلوكي المعرفي، وإستراتيجيات التدخل الأسري، والتدريب على المهارات المهنية، والعلاج المعرفي العصبي الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط: التدريب على المهارات الاجتماعية، و والتدريب على المهارات المهنية، وإستراتيجيات التدخل الأسري	الدول ذات الدخل المرتفع: العلاج السلوكي المعرفي، وعلاج العلاقات الشخصية، والعلاج بالصدمات الكهربائية الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط: العلاج السلوكي المعرفي، وعلاج العلاقات الشخصية، ومثبطات استرجاع السيروتونين والنوريبينيفرين	الدول ذات الدخل المرتفع: تثقيف مقدمي الرعاية نفسياً، برامج رعاية المسنين سواء كانت رعاية نهارية أو رعاية كاملة بالمنزل الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط: تثقيف مقدمي الرعاية نفسياً، برامج رعاية المسنين سواء كانت رعاية نهارية أو رعاية كاملة بالمنزل

وقد تم تحديد كل من التدخل بالعلاج النفسي الاجتماعي والتدريب على المهارات الاجتماعية للطفل كعلاجات يجب استخدامها بشكل أكبر مع اضطرابات فرط الحركة في كلا من الدول المرتفعة الدخل وتلك المتوسطة والمنخفضة الدخل. أما بالنسبة لاضطرابات القلق، فقد اتفق كل من الدول مرتفعة الدخل والدول متوسطة ومنخفضة الدخل على أن العلاجات الأكثر شيوعاً هي: مثبطات استرجاع السيروتونين والنوريبينيفرين، والعلاج السلوكي المعرفي، وتثقيف مقدمي الرعاية نفسياً، وأن العلاجات التي يجب استخدامها بشكل أكبر هي: العلاج السلوكي المعرفي، والعلاج النفسي الجماعي، وتثقيف مقدمي الرعاية نفسياً.

أما بالنسبة للمراهقين، فقد وجد أن أمراض الاكتئاب والفصام أو أمراض الذهان الأخرى قد احتلت المرتبة الأولى في قائمة الاضطرابات ذات الأولوية في كلا من الدول المرتفعة الدخل وتلك المتوسطة والمنخفضة الدخل، كذلك فقد تم اعتبار كل من اضطرابات القلق وتعاطي المخدرات كأمراض أخرى ذات أولوية في كلا من الدول المرتفعة الدخل وتلك المتوسطة والمنخفضة الدخل على التوالي. وقد تم تقرير أن كل من اضطرابات تعاطي المخدرات والاكتئاب أو القلق بحاجة لعناية أكثر بكثير من العناية القائمة على كلا الصعيدين. كذلك فقد وجد أن تناول الأدوية كان الشكل الأكثر شيوعاً للعلاج لهذين النوعين من الاضطرابات، حيث: كانت مثبطات استرجاع السيروتونين الانتقائية الأكثر انتشاراً في علاج الاكتئاب، في حين كانت العلاجات البديلة وعقارات البنزوديازيبين الأكثر شيوعاً لعلاج اضطرابات تعاطي المخدرات في كلا من الدول المرتفعة الدخل وتلك المتوسطة والمنخفضة الدخل على التوالي. وعلى الرغم من أنه وجد أن العلاج النفسي يستخدم كثيراً على كلا الصعيدين، إلا أنه تم إدراج هذا الأسلوب من العلاج كأحد الأساليب التي يجب استخدمها بشكل أكبر.

وفيما يخص البالغين، فقد أجاب تقريباً جميع من اشتركوا في الاستطلاع بأن الفصام أو أمراض الذهان الأخرى، وكذلك اضطرابات الاكتئاب هي الاضطرابات ذات الأولوية على كلا الصعيدين، يتبعهما الاضطراب ثنائي القطب في الدول ذات الدخل المرتفع، واضطرابات القلق في الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط. كذلك فقد وجد أنه يجب إيلاء اهتمام أكبر لاضطرابات الاكتئاب والقلق والاضطراب ثنائي القطب في الدول متوسطة ومنخفضة الدخل، واضطرابات الشخصية وتعاطي المخدرات في الدول مرتفعة الدخل. وقد أظهر الاستطلاع أن مضادات الذهان غير التقليدية تسيطر على أغلب أساليب علاج الفصام في الدول مرتفعة الدخل، بينما وجد أن مضادات الذهان التقليدية هي الأكثر استخداماً بشكل كبير في الدول متوسطة ومنخفضة الدخل. بينما يتم تطبيق جميع العلاجات الأخرى القائمة على الدليل العلمي بشكل أقل بكثير، حيث لا يتم استخدام سوى إستراتيجيات التدخل الأسري بشكل معقول نسبياً. وقد أكد العديد من المشتركين في الاستطلاع أنه يجب استخدام أسلوب التدخل بالعلاج النفسي الاجتماعي بشكل أكبر مع المرضى باضطرابات الفصام، وقد ركز الأطباء النفسيون في الدول ذات الدخل المرتفع على أسلوب العلاج السلوكي المعرفي، بينما ركز أولئك الذين في الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط على أسلوب التدريب على المهارات الاجتماعية والمهنية. وقد أجمع المشتركون في الاستطلاع على أن مثبطات استرجاع السيروتونين الانتقائية هي العلاج الأكثر شيوعاً للاكتئاب على كلا الصعيدين، بينما كانت مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات هي الأكثر وصفاً للمرضى في الدول متوسطة ومنخفضة الدخل. وقد أجمع أيضاً المشتركون في الاستطلاع من كلا من الدول المرتفعة الدخل وتلك المتوسطة والمنخفضة الدخل على أن أساليب العلاج النفسي، وخاصة العلاج السلوكي المعرفي، تستحق أن يتم تطبيقها بشكل أكبر مع المرضى الذين يعانون من الاكتئاب.

وبالنسبة لكبار السن، فقد اتفق تقريبا الجميع على أن الخرف والاكتئاب هم الاضطرابات الأكثر أولوية والأكثر استحقاقاً للاهتمام. وقد وجد أن استخدام الأدوية هو الأسلوب الأكثر شيوعاً للعلاج على كلا الصعيدين، غير أن أنواع هذه الأدوية اختلف بين نوعي الدول (العقارات المضادة للخرف ومضادات الذهان غير التقليدية في الدول مرتفعة الدخل، وعقار هالوبيريدول في الدول متوسطة ومنخفضة الدخل). كذلك أظهر الاستطلاع أن أسلوب التدخل النفسي الاجتماعي لمقدمي الرعاية ودور الرعاية يعتبر أسلوباً شائعاً بين حوالي نصف المشتركين في الاستطلاع من الدول ذات الدخل المرتفع، لكنه لا يستخدمه إلا أقلية صغيرة بين المشتركين من الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط. وفي رأي المشتركين من كلا النوعين من الدول أن أساليب التدخل العلاجي غير الفارماكولوجي تعتبر لا تستخدم بالقدر الذي ينبغي استخدامه به، خاصة أساليب التدخل النفسي الاجتماعي لمقدمي الرعاية ودور الرعاية غير المؤسسية. وقد أبدى حوالي نصف المشاركين من الدول متوسطة ومنخفضة الدخل رأيهم بأن العقارات المضادة للخرف تستخدم أقل مما ينبغي في دولهم، وحولي الثلث قالوا بأن مضاد الذهان غير التقليدي ريسبيريدون يستخدم أقل مما ينبغي في علاج الأعراض السلوكية والنفسية للخرف.

زيادة التغطية الصحية

تلخص الجداول رقم (3) و(4) ردود المشتركين فيما يتعلق بتصورهم لمدى أهمية الموارد البشرية المختلفة والضوابط المختلفة المتعلقة بالرعاية الصحية في زيادة تغطية العلاجات لتشمل الاضطرابات العقلية السبعة ذات الأولوية على مسار الحياة. ويلخص الجدول رقم (5) ردود المشتركين المتعلقة بالإستراتيجيات التي ممكن أن تعمل على تحسين ما تؤول إليه تلك الاضطرابات.

وقد احتل الأطباء النفسيين مرتبة عالية كمصدر هام جداً لجميع الأدوار الإكلينيكية المتعلقة بجميع الاضطرابات العقلية لجميع المراحل العمرية على كلا الصعيدين. أما أخصائيي الصحة العقلية الآخرين، فقد تم اعتبارهم مصدر هام جداً للتدخل بالعلاج النفسي في جميع حالات الاضطرابات العقلية وللتشخيص (خاصة في حالات اضطرابات الأطفال والمراهقين) على كلا الصعيدين، إلا أنهم لا يعتبروا لهم دور كبير عندما يتعلق الأمر بتوصيف الأدوية أو بالمراجعة الطبية. وبالنسبة للمهن الطبية الأخرى (مثل أطباء الرعاية الأولية) فقد تم اعتبارهم ذوي أهمية (قد تكون كبيرة) في تشخيص وعلاج الاضطرابات العقلية للأطفال والمراهقين، وحالات الاكتئاب للبالغين على كلا الصعيدين، ولحالات الفصام والخرف في الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط. وقد تم اعتبار بعض الأخصائيين الطبيين الآخرين (مثل: أخصائيي أمراض الشيخوخة وأطباء الأمراض العصبية) ذوي أهمية كبيرة في تشخيص وتوصيف الأدوية في كلا من الدول ذات الدخل المرتفع وتلك ذات الدخل المتوسط أو المنخفض. وفيما يتعلق بالمهن الصحية الأخرى غير الطبية، فقد تم اعتبارهم ذوي أهمية في التدخل بالعلاج النفسي الاجتماعي في جميع حالات الاضطرابات العقلية على كلا الصعيدين. وقد وجد أن كلا

الجدول رقم (3): أهمية الموارد البشرية في زيادة التغطية الصحية للاضطرابات ذات الأولوية، وفقاً للمشتركين في هذا الاستطلاع:

الموارد البشرية	الأدوار	الأطفال				المراهقين				البالغين		البالغين وكبار السن		كبار السن	
		اضطراب فرط الحركة		اضطرابات القلق		الاكتئاب		تعاطي المخدرات		الفصام		الاكتئاب		الخرف	
		دول ذات دخل مرتفع	دول ذات دخل متوسط ومنخفض	دول ذات دخل مرتفع	دول ذات دخل متوسط ومنخفض	دول ذات دخل مرتفع	دول ذات دخل متوسط ومنخفض	دول ذات دخل مرتفع	دول ذات دخل متوسط ومنخفض	دول ذات دخل مرتفع	دول ذات دخل متوسط ومنخفض	دول ذات دخل مرتفع	دول ذات دخل متوسط ومنخفض	دول ذات دخل مرتفع	دول ذات دخل متوسط ومنخفض
الأطباء النفسيين	التشخيص	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓
	تقديم الأدوية	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓
	العلاج النفسي الاجتماعي	✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓
أخصائيون آخرون في الصحة العقلية	التشخيص	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓	✓✓✓	✓	✓✓	-	✓✓	-	✓✓
	تقديم الأدوية	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	العلاج النفسي الاجتماعي	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓
أطباء الرعاية الأولية	التشخيص	✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓✓	-	✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓
	تقديم الأدوية	✓	✓	✓✓	✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	-	✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓
	العلاج النفسي الاجتماعي	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓✓	-	✓	✓	✓	-	✓
المهن الصحية غير الطبية	التشخيص	-	-	-	-	-	-	✓	-	-	-	-	-	-	-
	تقديم الأدوية	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	العلاج النفسي الاجتماعي	✓	✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓	✓✓✓	✓✓	✓✓
متلقي الخدمة/ أفراد الأسرة	التشخيص	-	-	-	✓	✓	✓✓	✓✓	✓✓	-	✓	✓	✓✓	✓	✓
	تقديم الأدوية	-	-	-	-	✓	-	✓	-	-	✓	-	✓	-	-
	العلاج النفسي الاجتماعي	✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓

✓✓✓: مهم للغاية، ✓✓: مهم جداً، ✓: مهم

الجدول رقم (4): أهمية مؤسسات الرعاية الصحية في زيادة التغطية الصحية للاضطرابات ذات الأولوية، وفقاً للمشتركين في هذا الاستطلاع:

الموارد البشرية	الأدوار	الأطفال				المراهقين				البالغين		البالغين وكبار السن		كبار السن	
		اضطراب فرط الحركة		اضطرابات القلق		الاكتئاب		تعاطي المخدرات		الفصام		الاكتئاب		الخرف	
		دول ذات دخل مرتفع	دول ذات دخل متوسط ومنخفض	دول ذات دخل مرتفع	دول ذات دخل متوسط ومنخفض	دول ذات دخل مرتفع	دول ذات دخل متوسط ومنخفض	دول ذات دخل مرتفع	دول ذات دخل متوسط ومنخفض	دول ذات دخل مرتفع	دول ذات دخل متوسط ومنخفض	دول ذات دخل مرتفع	دول ذات دخل متوسط ومنخفض	دول ذات دخل مرتفع	دول ذات دخل متوسط ومنخفض
وحدات العلاج النفسي	التشخيص	✓✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓
	تقديم الأدوية	✓✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓
	العلاج النفسي الاجتماعي	✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓	✓	✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓	✓✓
وحدات الصحة العقلية	التشخيص	✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓	✓✓
	تقديم الأدوية	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓	✓✓
	العلاج النفسي الاجتماعي	✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓✓
الوحدات الطبية العامة	التشخيص	✓	✓✓	✓	✓✓	✓	✓✓	✓✓	✓✓✓	-	✓	✓	✓	✓✓✓	✓✓✓
	تقديم الأدوية	-	✓✓	-	✓✓	-	✓✓	✓✓	✓✓	-	✓	✓	✓	✓✓✓	✓✓✓
	العلاج النفسي الاجتماعي	-	✓	✓	✓	✓	✓✓	✓✓	✓✓	-	✓	✓	✓✓	✓✓	✓✓
وحدات العناية الأولية	التشخيص	-	✓✓	✓	✓✓	✓	✓	✓✓	✓✓	-	✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓
	تقديم الأدوية	✓	✓	✓✓	✓	✓	✓	✓✓	✓✓	-	✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓
	العلاج النفسي الاجتماعي	-	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓
المدارس وغيرها من الأطر المجتمعية	التشخيص	✓	✓✓	✓	✓	✓	✓	-	✓✓	-	-	-	-	-	-
	تقديم الأدوية	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	العلاج النفسي الاجتماعي	✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓	✓	✓✓✓	✓✓	✓✓	-	-	-	✓	✓✓	✓✓
الرعاية المنزلية	التشخيص	✓	✓	✓	✓✓	-	✓	-	✓	-	✓	-	✓	✓✓	-
	تقديم الأدوية	-	-	-	✓	-	-	-	✓	✓	✓	-	-	✓	-
	العلاج النفسي الاجتماعي	✓✓	✓	✓✓	✓✓	✓	✓✓	-	✓✓	✓✓✓	✓✓	✓	✓✓	✓✓	✓✓

✓✓✓: مهم للغاية، ✓✓: مهم جداً، ✓: مهم

من متلقي الخدمة وأفراد الأسرة كان لهم عامل كبير (أو كبير جداً) في التدخل بالعلاج النفسي الاجتماعي في جميع الأمراض العقلية على كلا الصعيدين، وفي التشخيص وتقديم الأدوية في حالات تعاطي المخدرات والاكتئاب في الدول متوسطة ومنخفضة الدخل.

وقد وجد أن وحدات تلقي العلاج النفسي سواء داخلياً أو خارجياً له أهمية قصوى في القيام بجميع الأدوار لعلاج الأمراض العقلية على كلا الصعيدين، خاصةً في القيام بالتشخيص وعند الشروع في العلاج بالأدوية أو مراجعة هذه الأدوية. أما وحدات العلاج العامة، فقد تم اعتبارها ذات أهمية (أو أهمية كبيرة) في جميع الأدوار عند التعامل مع حالات تعاطي المخدرات على كلا الصعيدين، ومع حالات الاكتئاب في الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط، وكذلك عند تشخيص اضطرابات الطفولة وعلاجها أيضاً في الدول المتوسطة والمنخفضة الدخل. وفيما يتعلق بوحدات العناية الأولية فقد تم تقديرها كمهمة (أو مهمة جداً)، خاصةً في القيام بالتشخيص وإدارة الأدوية لجميع حالات الاضطرابات العقلية، باستثناء اضطراب فرط الحركة والفصام في الدول مرتفعة الدخل. وعلى كلا الصعيدين، فقد تم تقدير دور المدارس وغيرها من الأطر المجتمعية كدور مهم (أو مهم للغاية) في القيام بالتشخيص والتدخل بالعلاج النفسي الاجتماعي عند التعامل مع حالات الاضطراب العقلي للأطفال والمراهقين، كما كانت بعض الأطر المجتمعية الأخرى مهمة عند التدخل بالعلاج النفسي الاجتماعي في

الجدول رقم (5): أهمية الاستراتيجيات لتحسين النتائج، وفقاً للمشتركين في هذا الاستطلاع:

	الأطفال				المراهقين				البالغين		البالغين وكبار السن		كبار السن	
	اضطراب فرط الحركة		اضطرابات القلق		الاكتئاب		تعاطي المخدرات		الفصام		الاكتئاب		الخرف	
	دول ذات دخل مرتفع	دول ذات دخل متوسط ومنخفض	دول ذات دخل مرتفع	دول ذات دخل متوسط ومنخفض	دول ذات دخل مرتفع	دول ذات دخل متوسط ومنخفض	دول ذات دخل مرتفع	دول ذات دخل متوسط ومنخفض	دول ذات دخل مرتفع	دول ذات دخل متوسط ومنخفض	دول ذات دخل مرتفع	دول ذات دخل متوسط ومنخفض	دول ذات دخل مرتفع	دول ذات دخل متوسط ومنخفض
الوصول للخدمات الصحية بشكل أفضل														
زيادة الموارد البشرية المختصة بالعلاج النفسي	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓
زيادة الموارد البشرية المدربة غير المختصة	✓✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓
حملات التثقيف العام	✓✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓
زيادة مدى توافر العلاج	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓✓
زيادة الخدمات في المنشآت غير النفسية	✓	✓✓	✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	-	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓✓
زيادة اشتراك المتلقي وأسرته	✓✓✓	✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓✓
تحسين عملية السعي للحصول على المساعدة														
زيادة الموارد البشرية المختصة بالعلاج النفسي	✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓
زيادة الموارد البشرية المدربة غير المختصة	✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓	✓✓✓
حملات التثقيف العام	✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓
زيادة مدى توافر العلاج	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓✓
زيادة الخدمات في المنشآت غير النفسية	✓	✓✓	✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓
زيادة اشتراك المتلقي وأسرته	✓✓✓	✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓
زيادة الامتثال للتعليمات العلاجية														
زيادة الموارد البشرية المختصة بالعلاج النفسي	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓✓
زيادة الموارد البشرية المدربة غير المختصة	✓✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓
حملات التثقيف العام	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓	✓✓	✓✓
زيادة مدى توافر العلاج	✓✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓✓
زيادة الخدمات في المنشآت غير النفسية	-	✓✓	✓	✓	✓✓	✓	✓✓	-	✓✓	✓	✓	✓	✓✓	✓✓
زيادة اشتراك المتلقي وأسرته	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓
تحسين فاعلية العلاج														
زيادة الموارد البشرية المختصة بالعلاج النفسي	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓	✓✓✓
زيادة الموارد البشرية المدربة غير المختصة	✓✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓✓
حملات التثقيف العام	✓	✓✓	-	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓	✓
زيادة مدى توافر العلاج	✓✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓✓
زيادة الخدمات في المنشآت غير النفسية	✓	✓	✓	✓	✓	✓✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓✓	✓✓
زيادة اشتراك المتلقي وأسرته	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓	✓✓	✓✓✓	✓✓	✓✓✓

حالات الخرف. كذلك فقد أظهر الاستطلاع أن الرعاية المنزلية لها دور مهم (أو مهم للغاية) عند القيام بالتدخل بالعلاج النفسي الاجتماعي في جميع حالات الاضطرابات العقلية على كلا الصعيدين، وفي الدول متوسطة ومنخفضة الدخل عند تشخيص الاضطرابات العقلية للأطفال وعند تشخيص الخرف وإدارة أدويته العلاجية.

بشكل عام، فقد تم اعتبار أن جميع المنشآت العلاجية تقوم بدور مهم في زيادة تغطية العلاج النفسي الاجتماعي، بينما تم تقدير أن وحدات الصحة العقلية كانت غالباً تقوم بدور مهم للغاية في هذا المجال.

وفي مقابل كل من هذه النتائج الأربع (الوصول للخدمات الصحية بشكل أفضل، وتحسين عملية السعي للحصول على المساعدة، وزيادة امتثال المرضى للتعليمات العلاجية، وتحسين فاعلية العلاج)، كانت هناك أربع إستراتيجيات تم اعتبارها مهمة جداً (أو للغاية) لجميع الاضطرابات على كلا الصعيدين، وهي: زيادة الموارد البشرية المتخصصة في العلاج النفسي، وزيادة الموارد البشرية غير المتخصصة في الطب النفسي ولكنها مدربة جيداً على التعامل مع هذه الحالات، وزيادة توافر العلاجات، وزيادة اشتراك متلقي الخدمة ومقدميها في عملية العلاج. كذلك، فقد تم اعتبار أن حملات التثقيف العام ذات أهمية كبيرة (أو بالغة) لجميع الاضطرابات العقلية على كلا الصعيدين، وذلك سواءً بالنسبة لوصول الخدمات بشكل أفضل أو تحسين عملية السعي للحصول على المساعدة، أو زيادة امتثال المرضى للتعليمات العلاجية. وقد اعتبرت النقطة الخاصة بزيادة الخدمات في المنشآت غير النفسية غاية في الأهمية أو هامة جدًا لتحسين كافة النتائج الخاصة بمرض الخرف وتعزيز الحصول على الخدمات المعنية في كافة الحالات، بخلاف اضطرابات الطفولة والفصام في الدول ذات الدخل المرتفع، إلى جانب تحسين عملية السعي للحصول على المساعدة في كافة الحالات، بخلاف اضطرابات الطفولة، في هذه الدول ذات الدخل المرتفع.

وقد تم الحصول على إجابات بلغ إجمالها 135 إجابة على السؤال المفتوح الختامي الخاص بالاستراتيجيات الأخرى التي تهدف إلى تحسين النتائج. وقد جاء عدد من الاستراتيجيات المقترحة مرتبطًا بتلك التي تم تغطيتها في الاستطلاع الرئيسي (على سبيل المثال، زيادة مدى توافر علاجات محددة)، لذا لم يتم إعداد تقارير أخرى لها. وقد ركزت الاستراتيجيات الإضافية على رفع الوعي بين متخصصي الرعاية الصحية والجماعات المتلقية للخدمات فيما يخص الاضطرابات العقلية وتقديم الخدمات بخلاف تلك المتضمنة في الاستطلاع الرئيسي (مثل توفير دور استشفاء لمرضى الفصام وتعليم الأطفال الذين يعانون من اضطرابات عقلية) إلى جانب توسيع نطاق مجموعة مقدمي الخدمات (على سبيل المثال، المعالجين التقليديين أو الدينيين) واستراتيجيات محاربة الوصمة المرتبطة بالاضطرابات العقلية على مسار الحياة واستراتيجيات اكتشاف الإصابة بهذه الاضطرابات والتدخل المبكر ومبادرات السياسة ذات الصلة، مثل تلك الخاصة بتعاطي الكحوليات وبكبار السن.

المناقشة

وقد قمنا بإعداد تقرير بنتائج الاستطلاع النظامي الأول لقادة الخدمات النفسية في حوالي 60 دولة والخاص بالاستراتيجيات التي تهدف إلى تقليص الفجوة العلاجية للاضطرابات العقلية السبعة على مسار الحياة. وقد تم إجراء هذا الاستطلاع في سياق النقص الشديد وانعدام العدالة في توزيع الموارد الخاصة بالصحة العقلية في كافة الدول تقريبًا والمبادرات العالمية الأخيرة التي أدت إلى التوصية بتقديم علاجات محددة للاضطرابات العقلية.

وبناء على النتائج التي توصلنا إليها على مستوى الدول ذات الدخل المرتفع والدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط، خلصنا إلى أربع حاجات واضحة. أولًا، الحاجة إلى زيادة الموارد البشرية المختصة بالصحة العقلية من الأطباء النفسيين والمتخصصين الإكلينيكيين العاملين في الرعاية الصحية العقلية. ثانيًا، الحاجة إلى تعزيز الحصول على الخدمات من خلال الرعاية الأولية وذلك بإشراك المزيد من العاملين في مجال الصحة من غير المتخصصين في الطب النفسي، بما في ذلك المتخصصين الطبيين والتمريض والعاملين في مجال الصحة من غير الأطباء. وتتفق هاتان الحاجتان مع الطب المسند في كون إسناد المهام إلى العاملين في مجال الصحة من غير المتخصصين وسيلة موفرة لتحسين النتائج فيما يخص الأشخاص الذي يعانون من الاضطرابات العقلية، وخاصة في الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط، شريطة توفير الإشراف والدعم المستمرين من قبل المتخصصين في الصحة العقلية (11).

وبناءً على ما تقدم، سيحتاج تقليص الفجوة العلاجية إلى نشر المزيد والمزيد من المتخصصين في الصحة العقلية لتصميم وتطبيق وتقييم برامج معتمدة على المجتمع لرعاية الصحة العقلية. وتتمثل الحاجة الثالثة في الحاجة إلى تقديم المزيد من التدخلات النفسية لكافة الاضطرابات العقلية. ويجب أن تلقي برامج الرعاية الصحية المعتمدة على الطب المسند الضوء على بعض العلاجات النفسية مثل العلاج السلوكي المعرفي والعلاج النفسي المعتمد على التفاعل بين الأشخاص والتدخلات الاجتماعية مثل الرعاية البديلة المؤقتة إلى جانب العلاجات الصيدلانية. وتتمثل الحاجة الرابعة في الحاجة إلى تعزيز مشاركة متلقي الخدمات وأفراد أسرهم في خدمات رعاية الصحة العقلية، خاصةً في الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط. ويجب تمكين متلقي الخدمات وأفراد أسرهم باعتبارهم مشاركين نشطين في تخطيط الخدمات وتقديمها في مقابل متلقي الرعاية الصحية غير الفعالين. وعلى الرغم من أن أوجه التشابه بين المشتركين في الاستطلاع الخاص بالدول ذات الدخل المرتفع والدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط كانت أكثر من المتوقع، توجد أوجه اختلاف بارزة تعكس تباين الموارد المتوفرة بالفعل. ومع أخذ محدودية العلاجات الجديدة والباهظة في الاعتبار، نجد أن مضادات الذهان التقليدية قد تم استخدامها في الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط بشكل أكبر من نظيرتها غير التقليدية، وذلك حسبما كان متوقعًا. وفي الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط نجد أن المتخصصين وغير المتخصصين في الصحة العقلية قد تم منحهم دورًا أكبر في توسيع نطاق تشخيص وعلاج معظم الاضطرابات العقلية.

وتوجد بدراستنا بعض القيود الواضحة، يتمثل أهمها في محدودية تضمين بعض الدول في عدد من المناطق مثل أفريقيا حيث يوجد عدد محدود فقط من الجمعيات الوطنية للطب النفسي. ثانيًا، كون جميع المشتركين في الاستطلاع من الأطباء النفسيين، الأمر الذي يفسر أهمية وتفرد أطر العلاج النفسي في تعزيز تغطية الرعاية الصحية العقلية. وتجدر الإشارة إلى الاستعداد القوي والرائع للاعتراف بالدور الهام لمتلقي خدمات الصحة العقلية وأسرهم والدور الهام الذي يلعبه مقدمو الخدمات من غير المتخصصين (الأطباء مقدمي الرعاية الأولية والعاملين في مجال الصحة من غير الأطباء) في التشخيص وإدارة الأدوية والدعم النفسي. وإلى الحد الذي يمثل فيه قادة الخدمات النفسية ويقدمون آراء الأعضاء ذوي الصلة، نجد أن نقل المهام والرعاية المشتركة هما حلان عمليان ومرغوبان. ويعتبر نقل المهام والرعاية المشتركة نتيجة هامة في سياق الملاحظات والتي يرى الأطباء النفسيين– من آن لآخر– أنها عقبة تعرقل عملية الإصلاح في هذا الاتجاه (12). ومن ناحية أخرى، يعتبر هذا الاستطلاع هو الاستطلاع النظامي الأول لآراء الأطباء النفسيين البارزين على مستوى العالم حول الاستراتيجيات المدعمة من أكبر جهة متخصصة في الصحة العقلية على مستوى العالم التي تهدف إلى تقليص الفجوة العلاجية. ونود أن نؤكد على الحاجة إلى استشارة كافة المعنيين ذوي الصلة في تخطيط زيادة خدمات الصحة العقلية المقدمة للوفاء بالحاجات وتقليص الفجوة العلاجية واعتبار هذا الاستطلاع خطوة أولى هامة في التأكيد على مكانة الأطباء النفسيين باعتبارهم أحد أكثر الجماعات المعنية المؤثرة في الصحة العقلية على مستوى العالم.

وقد توصلت نتائجنا إلى ثلاث استراتيجيات هامة وواضحة لتقليص الفجوة العلاجية وهي زيادة أعداد الأطباء النفسيين والمتخصصين في الصحة النفسية وتعزيز مشاركة مقدمي الخدمات والمؤسسات غير المتخصصة في تقديم خدمات رعاية الصحة العقلية والإشراك الفعال للأشخاص المصابين بالاضطرابات العقلية. وينطبق هذا الأمر على الدول ذات الدخل المرتفع والدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط على الرغم من كونها أكثر أهمية – من الناحية النسبية – في الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط. ويتماشى الدعم القوي للدور الهام للأشخاص المصابين بالاضطرابات العقلية فيما يخص خدمات رعاية الصحة العقلية مع أهداف حركة الصحة النفسية العالمية التي تتبنى منهجًا واسع النطاق للتعامل مع حاجات الصحة العقلية وتقليص الفجوة العلاجية عن طريق إنشاء علاقة قوية بين الممارسين الطبيين والأشخاص المصابين بالاضطرابات العقلية. وتعمل الجمعية العالمية للطب النفسي، من خلال تنفيذها لخطة عمل عام 2008–2011 (8–9)، على زيادة عدد الأطباء النفسيين وتحسين جودة التدريب النفسي واستمرار التثقيف النفسي.

وفي النهاية، يمكن زيادة خدمات الصحة العقلية بشكل فعال فقط في حالة توفر ثلاثة عناصر تتمثل في نقل المهام إلى مقدمي الخدمات من غير المتخصصين وزيادة الموارد المتخصصة الخاصة بالصحة العقلية من أجل تحقيق إشراف ودعم فعال ومستديم، إلى جانب ضمان لامركزية الموارد المتخصصة الخاصة بالصحة العقلية. وستستمر الجمعية العالمية للطب النفسي في تعزيز تطوير تقديم الرعاية الصحية العقلية ودمجها كجزء من الرعاية الأولية في كافة الدول وتعزيز تطبيق كافة الاستراتيجيات المتضمنة في هذه الدراسة.

الملحق

The WPA Zonal and Member Society Representatives participating in the survey include: Raymond Tempier (WPA Zone 1 and Canadian Psychiatric Association), Michelle B. Riba (WPA Zone 2 and American Psychiatric Association), Mauricio Sanchez (WPA Zone 3), Fabrizio Delgado

Olav Johannessen (Norwegian Psychiatric Association), Haroon Rashid Chaudhry (Pakistan Psychiatric Society), Bassam Al-Ashhab (Palestinian Psychiatric Association), Aleksander Araszkiewicz (Polish Psychiatric Association), Dan Prelipceanu (Romanian Psychiatric

Association), Valery Krasnov (Russian Society of Psychiatrists), Anatoly Bogdanov (Independent Psychiatric Association of Russia), Miroslava Jasovic-Gasic (Serbian Psychiatric Association), Livia Vavrusova (Slovak Psychiatric Association), Peter Pregelj (Psychiatric Association of Slovenia), Alberto Fernandez Liria (Spanish Association of Neuropsychiatry), Abdallah Abdelrahman (Sudanese Association of Psychiatrists), Pichet Udomratn (Psychiatric Association of Thailand), Halis Ulas (Psychiatric Association of Turkey), Peykan Gokalp (Turkish Neuro-Psychiatric Association), Fred N. Kigozi (Uganda Psychiatric Association), Greg Richardson (Royal College of Psychiatrists, UK).

المراجع:

1. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M et al. Resources 1. for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. Lancet 2007;370:878-89.
2. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. JAMA 2004;291:2581-90.
3. Kebede D, Alem A, Shibre T et al. Onset and clinical course of schizophrenia in Butajira-Ethiopia – a community-based study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2003;38:625-31.
4. Editorial. A movement for global mental health is launched. Lancet 2008;372:1274.
5. Lancet Global Mental Health Group. Scaling up services for mental disorders – a call for action. Lancet 2007;370:1241-52.
6. World Health Organization. Mental Health Gap Action Programme (mhGAP): scaling up care for mental, neurological and substance abuse disorders. Geneva: World Health Organization, 2008.
7. Patel V, Thornicroft G. Packages of care for mental, neurological, and substance use disorders in low- and middle-income countries: PLoS Med 2009;6:e1000160.
8. Maj M. The WPA Action Plan 2008-2011. World Psychiatry 2008; 7:129-30.
9. Maj M. The WPA Action Plan is in progress. World Psychiatry 2009; 8:65-6.
10. Saxena S, Sharan P, Garrido M et al. World Health Organization's Mental Health Atlas 2005: implications for policy development. World Psychiatry 2006;5:179-84.
11. Patel V. The future of psychiatry in low and middle income countries. Psychol Med 2009;39:1759-62.
12. Saraceno B, van Ommeren M, Batniji R et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. Lancet 2007;370:1164-74.

Campodonico (WPA Zone 4), Luis Risco (WPA Zone 5), Linda Gask (WPA Zone 6), Henrik Wahlberg (WPA Zone 7),Miquel Roca (WPA Zone 8), Dusica Lecic-Tosevski (WPA Zone 9), Armen Soghoyan (WPA Zone 10 and Armenian Association of Psychiatrists

and Narcologists), Driss Moussaoui (WPA Zone 11), Charles Baddoura (WPA Zone 12), Joseph Adeyemi (WPA Zone 13), Solomon Rataemane (WPA Zone 14), S. Ahmed Jalili (WPA Zone 15), E. Mohandas (WPA Zone 16 and Indian Psychiatric Society), Naotaka Shinfuku (WPA Zone 17), Julian Freidin (WPA Zone 18), Juan Carlos Stagnaro (Association of Argentinean Psychiatrists), Ines Josefina Puig (Foundation for Interdisciplinary Investigation of Communication, Argentina), Kenneth Kirkby (Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists), Michael Musalek (Austrian Association of Psychiatry and Psychotherapy), Nadir Ismayilov (Azerbaijan Psychiatric Association), Golam Rabbani (Bangladesh Association of Psychiatrists), Sharon Harvey (Barbados Association of Psychiatrists), Bernard Sabbe (Society of Flemish Neurologistsand Psychiatrists, Belgium), Nils Noya-Tapia (Bolivian Society of Psychiatry), Marija Burgic-Radmanovic (Psychiatric Association of Bosnia-Herzegovina), Luiz Alberto Hetem (Brazilian Association of Psychiatry), Fatima Vasconcellos (Psychiatric Association of Rio de Janeiro State, Brazil), Juan Maass (Society of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery, Chile), Carlos Miranda (Colombian Psychiatric Association), Neophytos Papaneophytou (Cyprus Psychiatric Association), Jiri Raboch (Czech Psychiatric Association), Anders Fink-Jensen (Danish Psychiatric Association), Ahmed Okasha (Egyptian Psychiatric Association), Jyrki Korkeila (Finnish Psychiatric Association), Julien Daniel Guelfi (Medical Psychologic Society, France), Frank Schneider (German Association for Psychiatry and Psychotherapy), Sammy Ohene (Ghana Psychiatric Association), George Christodoulou (Hellenic Psychiatric Association, Greece), Constantin R. Soldatos (Hellenic Society of Neurology and Psychiatry, Greece), See King Emilio Quinto Barrera (Guatemalan Psychiatric Association), Mario Mendoza (Honduran Society of Psychiatry), Roy Abraham Kallivayalil (Indian Association for Social Psychiatry), Shahrokh S. Gudarzi (Iranian Psychiatric Association), Mohammed R. Lafta (Iraqi Society of Psychiatrists), Mariano Bassi (Italian Psychiatric Association), Massimo Clerici (Italian Association for Research in Schizophrenia), Roger Gibson (Jamaica Psychiatric Association), Takuya Kojima (Japanese Society of Psychiatry and Neurology), Saltanat Nurmagambetova (Kazakh Association of Psychiatrists and Narcologists), Soo-Churl Cho (Korean Neuropsychiatric Association), Tamilla Kadyrova (Kyrgyz Psychiatric Association), Nabil Mikati (Lebanese Psychiatric Society), Sojan Bajraktarov (Psychiatric Association of Macedonia), Teck Hoe Yen (Malaysian Psychiatric Association), Bayanhuu Ayushjav (Mongolian Mental Health Association), Lidija Injac Stevovic (Montenegrin Psychiatric Association), José Santiago Sequeira Molina (Nicaraguan Psychiatric Association), Oye Gureje (Association of Psychiatrists in Nigeria), Jan

تقرير بحثي

أنماط علاج الاكتئاب بين المحاربات القدامى اللائي يعانين من أمراض قلبية وعائية أو داء السكر

Usha Sambamoorthi[1,2,3], Chan Shen[4], Patricia Findley[1,5], Susan Frayne[6], Ranjana Banerjea[7]

[1]New Jersey Veterans Administration Healthcare System, East Orange, NJ 07018; [2]Department of Pharmaceutical Systems and Policy, School of Pharmacy, West Virginia University, Morgantown, WV; [3]Department of Community Health and Preventive Medicine, Morehouse School of Medicine, Atlanta, GA; [4]Department of Economics, Georgetown University, Washington, DC; [5]School of Social Work, Rutgers University, New Brunswick, NJ; [6]VA Palo Alto Health Care System, Menlo Park, CA; [7]Department of Veterans Affairs, Washington, DC, USA

نظام الرعاية الصحية في إدارة نيو جيرسي للمحاربين القدامى، إيست أورنج، نيو جيرسي 07018؛ إدارة السياسة والأنظمة الصيدلانية، كلية الصيدلة، جامعة ويست فيرجينيا، مورجانتون، غرب فيرجينيا؛ إدارة صحة المجتمع والطب الوقائي، كلية طب مورهاوس، أطلنطا، جورجيا؛ إدارة الاقتصاد، جامعة جورج تاون، واشنطن العاصمة؛ كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة راتجرز، نيو برنسويك، نيو جيرسي؛ نظام الرعاية الصحية بالو ألتو بفرجينيا، مينلو بارك، كاليفورنيا؛ إدارة شئون المحاربين القدماء، واشنطن العاصمة، الولايات المتحدة الأمريكية تهدف الدراسة إلى فحص أنماط علاج الاكتئاب بين المحاربات القدامى اللائي يعانين من أمراض قلبية وعائية أو داء السكر. استخدمنا بيانات طولية مستخلصة من دمج ملفات الإدارة الصحية للمحاربين القدماء (VHA) وملفات الرعاية الطبية لعامي 2002 – 2003. وقد تم إجراء اختبارات إحصائية وانحدار لوجستي متعدد من أجل تحليل علاج الاكتئاب بين المحاربات القدامى اللائي يعانين من فترة اكتئاب عارضة وإحدى الأمراض المزمنة التالية: داء السكر أو داء الشريان التاجي أو ارتفاع ضغط الدم. وفي المجمل، تلقى 77 % علاجًا للاكتئاب و54 % مضادات للاكتئاب فقط و4 % خضعن لعلاج نفسي فقط و19 % تلقين الاثنين معًا. كشف الانحدار اللوجستي المتعدد النقاب عن أن النساء الأمريكيات يقعن على الأرجح في مجموعة اللاعلاج ومن المحتمل أن يتلقين علاجًا نفسيًا بدلاً من مضادات الاكتئاب أكثر من نساء الجنس الأبيض. فالنساء الكبار السن واللائي يعانين من مرض الشريان التاجي فقط أقل عرضة لتلقي العلاج.

الكلمات الرئيسية: اكتئاب، نساء، مرض الشريان التاجي، ارتفاع ضغط الدم، مرض السكر، مضادات الاكتئاب، العلاج النفسي.

(مجلة الجمعية العالمية للطب النفسي سبتمبر 2010 ; 177 – 182)

لا يزال انتشار الاكتئاب بين النساء هو الأكبر مقارنة بالرجال قديمًا في جميع أنحاء العالم (1). ومع ذلك، لم يلق البحث المعني بعلاج الاكتئاب عند النساء، وخصوصًا عندما يصاحب الاكتئاب أمراض طبية، اهتمامًا كبيرًا. فيمكن للمرء أن يجمع بعض الأدلة غير المباشرة على أنماط علاج الاكتئاب بين النساء من خلال الدراسات التي تحلل الفرق بين الجنسين في الاكتئاب أو الدراسات التي تقدر نوعية رعاية الاكتئاب. كشفت دراسة أجريت في التسعينات أن النساء اللائي يخضعن للرعاية الأولية أكثر عرضة من الرجال لتلقي وصفة طبية لمضادات الاكتئاب (2). وفي الراشدين الذين تجاوزوا سن الستين، يكون النساء أكثر عرضة من الرجال لتلقي رعاية الاكتئاب (3). وفي التجارب العشوائية التي تقيّم تحسن نوعية رعاية الاكتئاب، كانت النساء أكثر عرضة لتلقي رعاية الاكتئاب من الرجال طوال الوقت (4). وبناء على استجابة أطباء النفس لصور الفيديو التي تصف مريضًا كبير السن يعاني من اكتئاب في آخر حياته، تم استنتاج أن جنس المريض لم يؤثر على علاج الاكتئاب (5).

وبالرغم من ذلك فلم تبحث أي دراسة من هذه الدراسات علاج الاكتئاب عندما تصاحب الأمراض المزمنة أعراض الاكتئاب. يلزم عمل تحليل لمعدلات علاج الاكتئاب وأنماطه في الأمراض القلبية الوعائية ومرض السكر. فيقدر نحو واحدة من كل خمس نساء لديها شكل من أشكال المرض القلبي الوعائي (6) وهناك نساء يعانين من مرض السكر أكثر من الرجال (7). وعند دراسة عينة من النساء اللائي يعانين من مرض السكر، فإن الاكتئاب الكبير كان عامل الخطر المستقل الذي يعجل من نشوء مرض الشريان التاجي (8). وبالإضافة إلى ذلك، فإن التجربة السريرية الأولى التي تختبر العلاقة بين علاج الاكتئاب ومعدل الوفيات بين مرضى الشريان التاجي كشفت عن تفاعل كبير بين نوع الجنس والعلاج، مما يوحي بأن نتائج النساء قد تكون أسوأ من الرجال (9).

يعد الهدف الرئيسي لهذه الدراسة هو الإبلاغ عن معدلات علاج الاكتئاب (مضادات الاكتئاب أو العلاج النفسي أو كليهما) بين النساء اللائي يعانين من مرض السكر أو مرض الشريان التاجي أو ارتفاع ضغط الدم ثم تحليل الاختلافات في هذه المعدلات عن طريق سمات ديموغرافية واجتماعية اقتصادية وأخرى خاصة بالحالة الصحية.

تحظى المحاربات القدامى بأهمية خاصة نظرًا لعدم كفاية البحث الذي أجري على المحاربات القدامى اللائي يعانين من أمراض جسدية مزمنة (10) وبالأخص لأن قضايا العلاج التي يصاحبها أمراض جسدية وعقلية ظلت منطقة بحث قيد الدراسة داخل الإدارة الصحية للمحاربين القدماء (VHA) (11).

ركزت دراستنا على المحاربات القدامى اللائي استخدمن عيادات الإدارة الصحية للمحاربين القدامى (VHA) وتم تشخيص إصابتهم إما بمرض السكر أو مرض الشريان التاجي أو ارتفاع ضغط الدم في السنة المالية 2002 وقيمنا علاج الاكتئاب في فترات الاكتئاب العارضة في السنة المالية 2003.

الأساليب

تنتج بيانات الدراسة عن دمج بيانات الإدارة الصحية للمحاربين القدامى (VHA) مع بيانات الرعاية الطبية في السنتين الماليتين 2002 – 2003. وتمثل السنة المالية 2002 الفترة من 1 أكتوبر 2001 إلى 30 سبتمبر 2002، أما السنة المالية 2003 فتمثل الفترة من 1 أكتوبر 2002 إلى 30 سبتمبر 2003. واستبعدنا المحاربات القدامى اللائي توفين بنهاية السنة المالية 2003. ومن بين المسجلين في كل من الإدارة الصحية للمحاربين القدامى والرعاية الطبية، أدرجنا فقط أولئك المحاربات القدامى اللائي تم تسجيلهن في نظام الأجرة مقابل الخدمة لكل 12 شهرًا في عامي 2002 و2003. وقد تعرفنا على المحاربات القدامى اللائي يعانين من مرض السكر أو مرض الشريان التاجي أو ارتفاع ضغط الدم في غضون السنة المالية 2002 باستخدام خوارزمية تستند إلى أكواد ICD–9–CM حسب المرض وعدد مرات الرعاية السريرية ومكان الرعاية (المرضى الداخليين والخارجيين) ومستوى التشخيص (أولي مقابل غيره). فعلى سبيل المثال، للتعرف على النساء اللائي يعانين من مرض الشريان

التاجي، طلبنا أن يكون هناك على الأقل زيارة لمريض داخلي أو زيارة لمريض خارجي مع التشخيص الأولي لمرض الشريان التاجي، أو يكون هناك زيارتان لمريض خارجي مع التشخيص الأولي والثانوي لمرض الشريان التاجي.

يتم التعرف على أي حالة اكتئاب باستخدام أكواد ICD–9–CM رقم 296,2 (الاضطراب الاكتئابي الرئيسي، فترة واحدة) ورقم 296,3 (الاضطراب الاكتئابي الرئيسي، فترة متكررة) ورقم 311 (اكتئاب غير مصنف في مكان آخر) ورقم 309,1 (استجابة مطولة للاكتئاب) ورقم 300,4 (اكتئاب عصابي) ورقم 309,0 (اضطراب الإحكام مع الاكتئاب) ورقم 298,0 (الاضطراب العقلي من النوع الذي يسبب الاكتئاب). ولتحديد أي فترة اكتئاب عارضة خلال السنة المالية 2003، اتبعنا خوارزمية مستخدمة في عملنا المنشور: المعايير التي تتألف من الاكتئاب السلبي الذي يدوم 120 يومًا أو تاريخ أدوية مضادات الاكتئاب أو كلاهما في تاريخ تشخيص الاكتئاب الأول أو قبله في السنة المالية 2003 (12).

لذلك فقد تألفت مجموعة الدراسة الأولى التي خضعت للتحليل من محاربات قدامى استخدمن عيادات الإدارة الصحية للمحاربين القدماء (VHA) وتم تشخيص أمراضهن على أنها مرض السكر أو مرض الشريان التاجي أو ارتفاع ضغط الدم واللائي تعرض 8147 شخصًا منهن إلى اكتئاب عارض في السنة المالية 2003.

تم التعرف على أدوية مضادات الاكتئاب باستخدام أسماء العقاقير من ملفات إدارة مصلحة الصيدلة (PBM) في الإدارة الصحية للمحاربين القدامى (VHA). وفي أثناء فترة المراقبة، لم تقدم الرعاية الطبية أي مزايا بخصوص الأدوية بوصفات. لذلك تُستمَد مضادات الاكتئاب فقط من ملفات الإدارة الصحية للمحاربين القدماء (VHA). ومن بين المحاربات القدامى اللائي يعانين من اكتئاب عارض في السنة المالية 2003 والمصابات بداء السكر أو مرض الشريان التاجي أو ارتفاع ضغط الدم في السنة المالية 2002، فأي امرأة عندها وصفة طبية واحدة على الأقل لمضادات الاكتئاب في تاريخ تشخيص الاكتئاب عام 2003 أو بعد ذلك التاريخ يتم اعتبارها على أنها تتلقى مضادات اكتئاب لمعالجة الاكتئاب.

جمعنا قائمة شاملة بأكواد العلاج النفسي باستخدام المصطلحات الإجرائية الحالية (CPT) من كل من ملفات الإدارة الصحية للمحاربين القدماء (VHA) وملفات الرعاية الصحية لتقييم العلاج النفسي للاكتئاب. تمت مراجعة قائمة الأكواد من قبل علماء النفس وأطباء النفس الموجودين في فريق البحث. ومرة أخرى ومن بين المحاربات القدامى اللائي يعانين من فترات اكتئاب عارضة، يتم تعريف أي زيارة لها أكواد العلاج النفسي خلال 180 يومًا من تاريخ بداية فترة الاكتئاب العارضة أو بعدها في السنة المالية 2003 على أنها استخدام للعلاج النفسي.

واستنادًا إلى وصفات مضادات الاكتئاب وزيارات العلاج النفسي، صنفنا المحاربات القدامى إلى أربع فئات حصرية متبادلة: اللاعلاج للاكتئاب، استخدام مضادات الاكتئاب فقط، استخدام العلاج النفسي فقط، كل من مضادات الاكتئاب والعلاج النفسي. وبسبب عدد المحاربات القدامى الضئيل جدًا (العدد = 297؛ 3.6 %) اللائي يستخدمن العلاج النفسي فقط، فقد أدت اختلافات المجموعة الفرعية في العلاج النفسي إلى وجود خلايا كثيرة مع أقل من فردين. لذلك جمعنا المجموعات التي تتلقى علاجًا نفسيًا بمضادات الاكتئاب وبدونها، وحللنا علاج الاكتئاب بثلاث فئات.

تتألف المتغيرات المستقلة من العنصر/العرق (أبيض، أمريكي إفريقي، أمريكي لاتيني، آخر، مفقود) والعمر (أقل من 50 عامًا، 50–64 عامًا، 65–74 عامًا، 75 عامًا أو أكبر) والتسجيل في الرعاية الطبية (التسجيل في الرعاية الطبية بنظام الأجرة مقابل الخدمة لمدة 12 شهرًا مقابل تغطية الإدارة الصحية للمحاربين القدماء فقط) والمنطقة (شمال شرق/وسط غرب/جنوب/غرب) والتشخيص الدال في السنة المالية 2002 (مرض السكر فقط، مرض الشريان التاجي فقط، ارتفاع ضغط الدم فقط، مرض السكر والشريان التاجي، مرض السكر وارتفاع ضغط الدم، مرض الشريان التاجي وارتفاع ضغط الدم، كل الأمراض الثلاثة) والأمراض الجسدية الأخرى (بدون، واحد، اثنين، أكثر) وحالات الاعتلال المشترك النفسية (اضطرابات القلق، اضطراب ذو اتجاهين، الاضطرابات العقلية بخلاف الفصام، اضطراب كرب ما بعد الصدمة (PTSD)، الفصام، معاقرة المخدرات). تستند كل حالات الاعتلال المشترك الطبية والنفسية إلى أكواد ICD–9–CM في السنة المالية 2002.

يتم اختبار اختلافات المجموعات في علاج الاكتئاب باستخدام إحصاء كاي – تربيع. ولفحص أنماط علاج الاكتئاب بين المحاربات القدامى، استخدمنا الانحدار اللوجستي المتعدد. تم إجراء التحاليل التي تحتوي على متغيرين أو أكثر بمتغير علاج الاكتئاب ذي الثلاث مراحل («بدون علاج» و«مضادات الاكتئاب فقط» و«العلاج النفسي بمضادات الاكتئاب أو بدونها»). يتم تحويل تقديرات المعالم من الانحدار اللوجستي المتعدد إلى نسب فردية وما يقابلها من فترات الثقة بنسبة 95 %. وفي الانحدار المتعدد، كان الفريق المرجعي هو «استخدام مضادات الاكتئاب فقط»، للمتغير المعتمِد.

النتائج

في الجدول 1 يوجد وصف لمجموعة الدراسة المتكونة من 8147 حالة من المحاربات القدامى اللائي يعانين من فترة اكتئاب عارضة في السنة المالية 2003 ومن مرض السكر أو الشريان التاجي أو ارتفاع ضغط الدم في السنة المالية 2002. كان أغلبية المحاربات القدامى من الجنس الأبيض (69 % من الجنس الأبيض مقابل 19 % من الأمريكان من أصل إفريقي و1,9 من أمريكا اللاتينية)؛ كان 25 % من المحاربات القدامى في عمر 65 أو أكبر. تم تسجيل ما يقرب من نصف (55 %) من المحاربات القدامى في نظام الرعاية الطبية الأجرة مقابل الخدمة. تعاني الأغلبية الساحقة من المحاربات القدامى (84 %) من ارتفاع ضغط الدم، إما بمفرده (55 %) أو مع مرض السكر أو الشريان التاجي (29 %). تأهل تسع وثلاثون بالمائة من المحاربات القدامى للتسجيل في الإدارة الصحية للمحاربين القدماء (VHA) بسبب انخفاض دخلهم. تعد اضطرابات القلق أكثر الأمراض النفسية المصاحبة انتشارًا (20 %). وهناك مرض شائع آخر وهو اضطرابات معاقرة المخدرات: 20 % خضعن للعلاج السريري بسبب معاقرة المخدرات (الكحوليات والعقاقير أو التبغ أوكليهما). ومن بين أولئك اللائي يعانين من فترات اكتئاب عارضة في السنة المالية 2003، تم وصف مضادات اكتئاب فقط لنسبة 54 % منهن، وخضع 23 % منهن للعلاج النفسي بمضادات الاكتئاب وبدونها، ولم يتلق 23 % منهن أي علاج للاكتئاب (جدول 2). كانت اختلافات المجموعة الفرعية التي لها متغيرين في علاج الاكتئاب مهمة، لذلك نركز على تلك الاختلافات المهمة في الانحدار اللوجستي المتعدد (جدول 3). هناك نسبة كبيرة جدًا من الأمريكيات الإفريقيات لم يتم وصف مضادات اكتئاب أو زيارات علاج نفسي لهن خلال 180 يومًا من المتابعة بالمقارنة بالنساء من الجنس الأبيض (26.5 % مقابل 17,1 %). كانت نسبة الأوزان المعدلة لعدم علاج الأمريكات من أصل إفريقي هي 1,25 (95 % فترة الثقة = 1,5، 1,49) بالمقارنة بمضادات الاكتئاب فقط (جدول 3). يعد العلاج النفسي أكثر شيوعًا من استخدام مضادات الاكتئاب لدى الأمريكيات الإفريقيات مقارنة بالنساء من الجنس الأبيض (32 % مقابل 18,9 %) بنسبة أوزان معدلة قدرها 1,38 (95 % فترة الثقة = 1,19، 1,59).

جدول 1 وصف من أجريت عليهم الدراسة (عددهم = 8147)

	العدد	النسبة
العنصر/العرق		
أبيض	5598	68.7
أمريكي إفريقي	1530	18.8
أمريكي لاتيني	153	1.9
آخر	73	0.9
العمر		
< 50 سنة	3018	37
64 – 50	2253	27.7
74 – 65	874	10.7
75 +	2002	24.6
الحالة ذات الأولوية		
معاق	3706	45.5
فقير	3157	38.8
السداد التشاركي	1188	14.6
التشخيص الدال		
السكر فقط	683	8.4
الشريان التاجي فقط	295	3.6
ارتفاع ضغط الدم فقط	4435	54.4
السكر والشريان التاجي	53	0.7
السكر وارتفاع ضغط الدم	1199	14.7
الشريان التاجي وارتفاع ضغط الدم	924	11.4
كل الأمراض الثلاثة	555	6.8
أمراض جسدية أخرى		
لا يوجد	252	3.1
مرض واحد	1688	20.7
مرضين أو أكثر	6207	76.2
اضطرابات نفسية أخرى		
اضطرابات القلق	1662	20.4
اضطراب ثنائي القطب	733	9
الاضطرابات العقلية غير الفصام	527	6.5
اضطراب كرب ما بعد الصدمة	897	11
الفصام	524	6.4
أي معاقرة للمخدرات	1647	20.2

تعتبر النساء الأكبر سنًا (65 عامًا فما فوق مقارنة بأولئك المنتمين إلى الفئة العمرية 50 عامًا فما تحت) أكثر عرضة «لعدم تلقي أي علاج للاكتئاب». نسبة الأوزان المعدلة لعدم العلاج هي 1.40 (95 % فترة الثقة = 1.03، 1.90) للمحاربات القدامى اللائي يعانين من مرض الشريان التاجي فقط مقارنة بأولئك اللائي يعانين من ارتفاع ضغط الدم فقط. لوحظت الاختلافات في العلاقات بين نوع المرض النفسي وعلاج الاكتئاب. فعلى سبيل المثال، أولئك اللائي يعانين من اضطرابات القلق أو اضطراب كرب ما بعد الصدمة أقل احتمالاً «لعدم تلقي أي علاج للاكتئاب»، في حين أن أولئك اللائي يعانين من اضطرابات عقلية أكثر عرضة «لعدم تلقي أي علاج للاكتئاب». أما أولئك اللائي يعانين من اضطرابات معاقرة المخدرات فهن أقل احتمالاً «لعدم تلقي أي علاج للاكتئاب».

المناقشة

نشرع في هذه الدراسة في فحص أنماط علاج الاكتئاب في المحاربات القدامى اللائي يعانين من أمراض قلبية وعائية أو السكر والاكتئاب العارض. ونظرًا لقلة عدد دراسات الملاحظة التي تقوم بتحليل علاج الاكتئاب في النساء اللائي يعانين من أمراض مزمنة، فنحن غير قادرين على مقارنة

نسب علاج الاكتئاب في دراستنا بدراسات أخرى. وعلى الرغم من عدم وجود مقارنة مباشرة، ففي دراسة واحدة أجريت على 18 امرأة تعاني من السكر والاكتئاب بدرجة منضبطة يعشن في ولاية كونيتيكت شمال شرق الولايات المتحدة الأمريكية، تم علاج 18 % فقط بالعلاج النفسي ومضادات الاكتئاب (13) وهو يشبه النسب الكلية للعلاج النفسي التي حصلنا عليها والمقدرة بنحو 23 %.

وتعد الاحتمالية الأقل للعلاج بمضادات الاكتئاب فقط بين الأمريكيات الإفريقيات مقارنة بالنساء من الجنس الأبيض مشابهة لنتائج الاختلافات العرقية في عموم من أجريت عليهم الدراسة (14.15) وفي الأفراد الذين يعانون من مرض القلب (16) وفي المحاربات القدامى اللائي يعانين من مرض السكر (12). تتمتع جميع النساء في دراستنا بتأمين يشمل الأدوية بوصفة. وفي حالة الحصول المتكافئ على تغطية التأمين، فقد تكون إحدى العوامل التي يمكن أن توضح الاختلافات العرقية هي سمة الصحة النفسية الأكبر بين الأمريكيين الإفريقيين على وجه العموم (17.18) والأمريكيات الإفريقيات على وجه الخصوص مقارنة بالنساء من الجنس الأبيض (19).

ومع ذلك تتساوى الأمريكيات من أصل إفريقي والنساء من الجنس الأبيض في احتمالية الحصول على علاج نفسي. ومن بين كلا الرجال والنساء، فاحتمالية قبول مضادات الاكتئاب عند الأمريكيات من أصل إفريقي أقل منها عند النساء من الجنس الأبيض (17). أعلنت أغلبية النساء اللائي تلقين علاجًا نفسيًا أن العلاج مقبول (20) وأن الأقليات العرقية تفضل عمومًا الاستشارة بشأن الاكتئاب على تناول مضادات الاكتئاب (21). وإذا ما جمعنا بين النتائج التي توصلنا إليها وتلك التي حصلنا عليها من المراجع والكتب فإنها توحي بأن تعزيز العلاج النفسي في هذه المجموعة من الناس يمكن أن يكون وسيلة لتقليل الاختلافات العرقية عند علاج الاكتئاب.

والنساء اللائي يعانين من مرض الشريان التاجي أكثر احتمالية للوقوع ضمن فئة اللاعلاج للاكتئاب إذا ما قورنّ باللائي يعانين من ارتفاع ضغط الدم فقط. إن تكثيف البحث ضروري من أجل اكتشاف ما إذا كانت الاحتمالية الضئيلة للعلاج عند هؤلاء النساء ترتبط بالنتائج المعاكسة الملحوظة في تجربة تعزيز الشفاء في مرض الشريان التاجي ENRICHD. يستخدم النساء اللائي يعانين من مرض

الشريان التاجي في دراستنا العلاج النفسي كغيرهن من النساء اللائي يعانين من ارتفاع ضغط الدم فقط. وإذا ما أخذنا بعين الاعتبار التأثيرات المفيدة للعلاج النفسي والتي تمخضت عنها تجربة ENRICHD (9.22)، فيمكن تشجيع العلاج النفسي للاكتئاب في هذه المجموعة من المحاربات القدامى (23). علاوة على ذلك ووفقًا لتوصيات الفريق الاستشاري لأمراض القلب ورعاية الاكتئاب، يحتاج هؤلاء النساء إلى رقابة لصيقة لنتائج كل من الصحة النفسية والقلبية (24).

وتدعم النتائج التي توصلت إليها دراستنا الاعتقاد السائد بأن الاعتلال المشترك قد يؤدي إلى قلة نجاح علاج الاكتئاب (25). ففي الدراسة التي قمنا بها لا توجد هناك احتمالية ضئيلة لعلاج الاكتئاب لدى المحاربات

جدول 2: وصف عينة طبقا لفئات العلاج من الاكتتاب

	لا علاج		مضادات اكتئاب فقط		علاج نفسى		
	العدد	النسبه	العدد	النسبه	العدد	النسبه	p
	1.887	23.2	4.388	53.9	1.872	23.0	
العنصر/العرق							< 100.0
أبيض	1.486	26.5	3.055	54.6	1.057	18.9	
أمريكي إفريقي	261	17.1	780	51.0	489	32.0	
أمريكي لاتيني	27	17.6	79	51.6	47	30.7	
آخر	17	23.3	39	53.4	17	23.3	
العمر							< 0.001
< 50 سنة	421	13.9	1.648	54.6	949	31.4	
50 – 64	354	15.7	1.298	57.6	601	26.7	
65 – 74	290	33.2	449	51.4	135	15.4	
75 +	822	41.1	993	49.6	187	9.3	
الحاله الاجتماعية							<100.0
متزوج	605	23.4	1.427	55.3	550	21.3	
ارمل	478	35.3	694	51.3	181	13.4	
مطلق/منفصل	484	18.4	1.439	54.8	702	26.7	
لم يسبق له الزواج	309	20.1	803	52.3	422	27.5	
الحالة ذات الأولوية							<100.0
معاق	731	19.7	2.023	54.6	952	25.7	
فقير	792	25.1	1.646	52.1	719	22.8	
السداد التشاركي	347	29.2	662	55.7	179	15.1	
غير مؤيد	17	17.7	57	59.4	22	22.9	
التشخيص الدال							<100.0
السكر فقط	126	18.4	368	53.9	189	27.7	
الشريان التاجي فقط	74	25.1	147	49.8	74	25.1	
ارتفاع ضغط الدم فقط	920	20.7	2.418				
السكر والشريان التاجي	20	37,7	29	54,7	4	7,5	
السكر وارتفاع ضغط الدم	280	23,4	659	55,0	260	2107	
الشريان التاجي وارتفاع ضغط الدم	294	31,7	480	51,8	153	16,5	
كل الأمراض الثلاثة	173	31,2	287	51,7	95	17,1	
أمراض جسدية أخرى							<100.0
لا يوجد	33	13,1	134	53,2	85	33,7	
مرض واحد	289	17,1	914	54,1	485	28,7	
مرضين أو أكثر	1.565	25,2	3,340	53,8	1,302	21,0	
اضطرابات القلق							<50.0
يوجد	344	20,7	938	56,4	380	22,9	
لايوجد	1,543	23,8	3,450	53,2	1,492	23,0	
اضطراب ثنائى القطب							< 10.0
يوجد	148	20,2	440	60,0	145	19,8	
لايوجد	1,739	23,5	3,948	53,3	1,727	23,3	
الاضطرابات العقلية غير الفصام							<100.0
يوجد	163	30,9	273	51,8	91	17,3	
لايوجد	1,724	22,6	4,115	54,0	1,781	23,4	
اضطراب كرب ما بعد الصدمة							<100.0
يوجد	94	10,5	583	65,0	220	24,5	
لايوجد	1,793	24,7	3,805	52,5	1,652	22,8	
الفصام							<50.0
يوجد	118	22,5	307	58,6	99	18,9	
لايوجد	1,769	23,2	4,081	53,5	1,773	23,3	
أي معاقرة للمخدرات							<100.0
يوجد	273	16,6	923	56,0	451	27,4	
لايوجد	1,614	24,8	3,465	53,3	1,421	21,9	

القدامى اللائي يعانين من مجموعة أمراض السكر والشريان التاجي وارتفاع ضغط الدم وعدد كبير من الأمراض الجسدية الأخرى. ويتفق هذا مع دراسة منشورة مؤخرًا خلصت إلى أن علاج الاكتئاب في ظروف رعاية رئيسية لا يتأثر بالمطالب التنافسية لرعاية الأمراض المصاحبة (26). ومن المحتمل أن عدم وجود فرق كبير في علاج الاعتلال المشترك ناجم عن المتابعة اللصيقة للأفراد اللائي يعانين من مرض نفسي خطير مثل الاكتئاب والأمراض المزمنة(27) .

وعلى الرغم من ظهور تحسن في أعراض مرض الإكتئاب نتيجة للعلاج داخل مراكز العناية المتكاملة (وأقصد بها الرعاية الصحية العقلية والرعاية الأولية) مثل هيئة صحة قدامى المحاربين VHA ، لكبار السن (28) وهؤلاء الذين يعانون من أمراض مزمنة (29) فلقد وجدنا اختلافات في علاج الأكتئاب نتيجة للسن ولقد تشابهت تلك الاختلافات مع تلك التي أخذت في العينة العامة (30) وكذلك في عينة المحاربين القدماء الذين يعانون من مرض السكر (12). ولقد تم تسجيل حالات متعددة من العقبات التي تحول دون الحصول على علاج للاكتئاب للمرضى الأكبر سنًا (30)، ومع ذلك فإن هؤلاء المرضى الأكبر سنًا يفضلون بشكل عام الرعاية الصحية المتكاملة في ظل نظام علاج مرض القلب (29). كما أن هناك وسائل عديدة للرقي بمستوى علاج الاكتئاب لدى هؤلاء المرضى المسنين والتي تشتمل على مواد تعليمية تبرز دور الاكتئاب كخطر يساعد على الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية.

جدول 3: نسب الاحتمالية المعدلة من الارتداد اللوجيستي المتعدد لعلاج الاكتئاب

	AOR	95% CI	P	AOR	95% CI	p
الجنس/العرق						
بيضاء						
أمريكية أفريقية	1.25	1.05.1.49	<0.05	1.38	1.19.1.59	<0.001
لاتينية	1.05	0.66.1.67		1.35	0.92.1.98	
أعراق أخرى	1.33	0.73.2.40		1.03	0.58.1.85	
السن						
50 > عام						
50 – 64	0.99	0.84.1.17		0.86	0.75.0.98	<0.05
65 – 74عام	1.62	1.29.2.03	<0.001	0.77	0.60.0.99	<0.05
75، +	2.01	1.63.2.47	<0.001	0.49	0.39.0.61	<0.001
التشخيص						
مرض السكر فقط	1.22	0.96.1.56		1.03	0.82.1.28	
مرض الشريان التاجي فقط	1.40	1.03.1.90	<0.05	1.15	0.84.1.56	
ارتفاع ضغط الدم فقط						
سكر مع الشريان التاجي	1.62	0.88.2.97		0.38	0.13.1.09	
سكر مع ضغط الدم	1.03	0.87.1.21		0.98	0.83.1.15	
الشريان التاجي مع ضغط الدم	1.08	0.91.1.29		1.04	0.85.1.28	
كافة الأمراض الثلاثة	1.06	0.86.1.31		1.12	0.87.1.45	
حالات طبية أخرى						
لا يوجد						
حالة	1.41	2.19..0.91		0.89	0.63.1.24	
حالتان أو أكثر	1.42	0.92.2.20		0.88	0.63.1.23	
اضطرابات قلق						
نعم	0.81	0.70.0.94	<0.01	1.07	0.93.1.23	
لا						
اضطرابات ثنائية القطب						
نعم	0.92	0.74.1.14		0.79	0.64.0.98	<0.05
لا						
اضطرابات نفسية غير الفصام						
نعم	1.30	1.04.1.62	<0.05	1.05	0.81.1.37	
لا						
اضطرابات كرب ما بعد الصدمه						
نعم	0.45	0.36.0.57	<0.001	0.77	0.65.0.9]	<0.01
لا						
الفصام						
نعم	1.00	0.78.1.28		0.81	0.63.1.05	
لا						
تعاطي المخدرات						
نعم	0.84	0.72.0.99	<0.05	1.12	0.98.1.29	
لا						

ولقد كانت هناك مميزات عديدة لتلك الدراسة، مثل استخدام قاعدة البيانات الهائلة لقدامى المحاربات، مع توافر المعلومات من كل من Medicare وهيئة صحة قدامى المحاربين VHA للحصول على قاعدة بيانات كاملة مع القدرة على التعرف على أمراض تم تشخيصها مثل مرض السكر والشريان التاجي وضغط الدم المرتفع والاكتئاب، ولكن من أهم عيوب تلك الدراسة أننا لاحظنا فقط العلاج بمضادات الاكتئاب، دون وجود معلومات عن الاستخدام الفعلي لتلك الأدوية، وفي نفس الوقت، فلقد لاحظنا فقط زيارات العلاج النفسي ولم نعرف ما إذا تمت إحالة تلك المحاربات لجلسات العلاج، كما أننا لم نتابع تطور مراحل العلاج الخاص بهن، بالإضافة إلى قصور آخر في تلك الدراسة والمتمثل في تعميم النتائج خارج نظام هيئة صحة قدامى المحاربين، بالإضافة إلى أن استخدام أكواد التشخيص من سنوات معينة للتعرف على الأمراض المزمنة له بعض النواحي السلبية، ذلك لأنه لا يمكن استخدام تلك البيانات في الحصول على متغيرات مثل تاريخ حدوث المرض العقلي أو البدني ودرجة شدته والفترة الزمنية له، كما أن شدة الاكتئاب يمكن أن تضعف العلاقة بين المعدلات الضعيفة للعلاج من الاكتئاب وبين الإصابة بمرض الشريان التاجي فقط، وبالمثل فإن شدة الأمراض الجسدية يمكن أن تمثل حاجز للعلاج من الاكتئاب في ظل وجود العديد من الأمراض المزمنة.

وعلى الرغم من هذا القصور، فإن دراستنا ساهمت في وضع الأسس المتولدة حديثا والتي بدأت في كشف أنماط العلاج لسيدات مصابة بأمراض مزمنة، كما أن الاختلافات بين المجموعات الفرعية في علاج الاكتئاب لقدامى المحاربات اللاتي يعانين من أمراض مزمنة تتشابه عموما مع الأنماط التي تمت ملاحظتها في العينة العامة للسيدات والرجال، كما أشارت نتائج دراستنا إلى الحاجة إلى مزيد من البحث في تحسين مستوى

علاج الاكتئاب بين السيدات المصابة بأمراض قلبية، مع العمل على اكتمال منظومة الرعاية الصحية لمرض الاكتئاب في سياق تقليل مخاطر أمراض القلب والأوعية الدموية، وكذلك رفع مستوى استخدام العلاج النفسي كأداة لتقليل التباينات العرقية في علاج الاكتئاب.

تقدير وإيضاح

دُعم هذا البحث بواسطة منح قدمت من إدارة شئون قدامى المحاربين، شعبة أبحاث الخدمات الصحية وخدمة التنمية:-IRR-05-255: IAE 05-016 (د. سامبامورثي/ د. بانيرجيا)، دراسة إحصائية عن تفشي مرض السكر (د. بوجاتش).

مع التوضيح بأن النتائج والآراء الموضحة بتلك الدراسة ما هي إلا نتائج وآراء المؤلفين وليس بالضرورة أن تمثل آراء أفراد أو مؤسسات أخرى.

المراجع:

1. Kessler RC, McGonagle KA, Swartz M et al. Sex and depression in the National Comorbidity Survey. I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. J Affect Disord 1993;29:85-96.
2. Williams JB, Spitzer RL, Linzer M et al. Gender differences in depression in primary care. Am J Obstet Gynecol 1995;173:654-9.
3. Unutzer J, Katon W, Callahan CM et al. Depression treatment in a sample of 1,801 depressed older adults in primary care. J Am Geriatr Soc 2003;51:505-14.
4. Sherbourne CD, Weiss R, Duan N et al. Do the effects of quality improvement for depression care differ for men and women? Results of a group-level randomized controlled trial. Med Care 2004; 42:1186-93.
5. Kales HC, Neighbors HW, Blow FC et al. Race, gender, and psychiatrists' diagnosis and treatment of major depression among elderly patients. Psychiatr Serv 2005;56:721-8.
6. American Heart Association. Heart disease and stroke statistics – 2009 update. Dallas: American Heart Association, 2009.
7. Wild S, Roglic G, Green A et al. Global prevalence of diabetes. Estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes Care 2004;27:1047-53.
8. Clouse RE, Lustman PJ, Freedland KE et al. Depression and coronary heart disease in women with diabetes. Psychosom Med 2003; 65:376-83.
9. Berkman LF, Blumenthal J, Burg M et al. Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICHD) randomized trial. JAMA 2003;289:3106-16.
10. Goldzweig CL, Balekian TM, Rolon C et al. The state of women veterans' health research. results of a systematic literature review. J Gen Intern Med 2006;21(Suppl. 3):S82-92.
11. Yano EM, Goldzweig C, Canelo I et al. Diffusion of innovation inwomen's health care delivery: the Department of Veterans Affairs'adoption of women's health clinics. Womens Health Issues 2006; 16:226-35.
12. Tiwari A, Rajan M, Miller D et al. Guideline-consistent antidepressant treatment patterns among veterans with diabetes and major depressive disorder. Psychiatr Serv 2008;59:1139-47.
13. Whittemore R, Melkus GD, Grey M. Self-report of depressed mood and depression in women with type 2 diabetes. Issues Ment Health Nurs 2004;25:243-60.
14. Simpson SM, Krishnan LL, Kunik ME et al. Racial disparities in diagnosis and treatment of depression: a literature review. Psychiatr Q 2007;78:3-14.
15. Das AK, Olfson M, McCurtis HL et al. Depression in African Americans: breaking barriers to detection and treatment. J Fam Pract 2006;55:30-9.
16. Waldman SV, Blumenthal JA, Babyak MA et al. Ethnic differences in the treatment of depression in patients with ischemic heart disease. Am Heart J 2009;157:77-83.
17. Cooper LA, Gonzales JJ, Gallo JJ et al. The acceptability of treatment for depression among African-American, Hispanic, and white primary care patients. Med Care 2003;41:479-89.
18. Cooper-Patrick L, Powe NR, Jenckes MW et al. Identification of patient attitudes and preferences regarding treatment of depression. J Gen Intern Med 1997;12:431-8.
19. Menke R, Flynn H. Relationships between stigma, depression, and treatment in white and African American primary care patients. J Nerv Ment Dis 2009;197:407-11.
20. Swartz HA, Frank E, Shear MK et al. A pilot study of brief interpersonal psychotherapy for depression among women. Psychiatr Serv 2004;55:448-50.
21. Givens JL, Houston TK, Van Voorhees BW et al. Ethnicity and preferences for depression treatment. Gen Hosp Psychiatry 2007; 29:182-91.
22. Carney RM, Freedland KE, Steinmeyer B et al. Depression and five year survival following acute myocardial infarction: a prospective study. J Affect Disord 2008;109:133-8.
23. Blumenthal J, Waldman M, Babyak MA. Treating depression in patients with heart disease: Is the glass half empty or half full? Am Heart J 2009;157:e35-e7.
24. Lichtman JH, Bigger JT, Jr., Blumenthal JA et al. Depression and coronary heart disease. Recommendations for screening, referral, and treatment. A science advisory from the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research. Endorsed by the American Psychiatric Association. Circulation 2008;118:1768-75.
25. Nutting PA, Rost K, Smith J et al. Competing demands from physical problems: effect on initiating and completing depression care over 6 months. Arch Fam Med 2000;9:1059-64.
26. Ani C, Bazargan M, Hindman D et al. Comorbid chronic illness and the diagnosis and treatment of depression in safety net primary care settings. Journal of the American Board of Family Medicine 2009; 22:123-35.
27. Krein SL, Bingham CR, McCarthy JF et al. Diabetes treatment among VA patients with comorbid serious mental illness. Psychiatr Serv 2006;57:1016-21.
28. Skultety KM, Zeiss A. The treatment of depression in older adults in the primary care setting: an evidence-based review. Health Psychol 2006;25:665-74.
29. Bogner HR, de Vries HF. Integration of depression and hypertension treatment: a pilot, randomized controlled trial. Annals of Family Medicine 2008;6:295-301.
30. Zivin K, Kales HC. Adherence to depression treatment in older adults: a narrative review. Drugs Aging 2008;25:559-71.

استخدام النسخة العاشرة من التصنيف الدولي للأمراض والمشكلات المتعلقة بالصحة ICD-10 في خدمات العلاج النفسي بمستشفيات الدنمارك في الفترة ما بين 2001-2007

Povl Munk-Jørgensen[1], Malene Najarraq Lund[1], Aksel Bertelsen[2]

[1]Unit for Psychiatric Research, Aalborg Psychiatric Hospital, Aarhus University Hospital, Mølleparkvej 10, PO Box 210, 9100 Aalborg;
[2]Centre for Psychiatric Research, Aarhus University Hospital, 8240 Risskov, Denmark

نجد أن النسخة الدنماركية في فصل الاضطرابات العقلية والسلوكية بالنسخة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض والمشكلات المتعلقة بالصحة ICD-10 لديها 380 تشخيصا مختلفا عند استخدام ثلاثة أرقام، حيث تفسر هذه الدراسة كم عدد التشخيصات الموجود ومستخدمه وإلى أي مدى في خدمات العلاج النفسي بالمستشفيات بالدنمارك في الفترة ما بين 2001 حتى 2007، عن طريق تحليل العدد الكلي للتشخيصات المبلغ عنها إلى سجل البحث المركزي النفسي الدنماركي (العدد= 1260097)، ولذلك فقد تم الوصول إلى المجموعة المئوية الخمسين (50.1 %) عن طريق استخدام 16 تشخيصا (4.2 % من 380 تشخيص موجود بالفعل)، كما تمثلت أكثر ثلاثة تشخيصات مسجلة في مرض فصام البارنويا وإدمان الخمور والاضطراب التكيفي بنسب 10.2 %، 8.3 %، 5.9 % على الترتيب، كما أن هناك سبعة تشخيصات (1.8 %) استخدمت ما بين مرة إلى أربع مرات خلال السنة السابعة، وهناك 109 تشخيص (28.7 % من 380 تشخيص) استخدم كل منها بعدد أقل من 100 مرة لكل تشخيص، حيث يتضح مما سبق أن البيانات تشير أنه من المعقول أن نعيد النظر في عدد التشخيصات المطلوبة في مراجعة فصل الاضطرابات العقلية والسلوكية بالنسخة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض والمشكلات المتعلقة بالصحة ICD-10.

الكلمات الرئيسية: التشخيصات النفسية، ICD-10، الخدمات العلاجية بالمستشفيات بالدنمارك.

(مجلة الجمعية العالمية للطب النفسي سبتمبر 2010 ; 183 – 184)

تستخدم إحصائيات العناية بالصحة النفسية والأبحاث الوبائية عادة عدد محدود جدا من مجموعات التصنيف في عملية تقديمها للنتائج، ونادرا ما تكون أكثر من 8–10 مجموعات، حيث نجد أن نظم التصنيف الحالية مثل النسخة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض والمشكلات المتعلقة بالصحة ICD-10 ، والنسخة الرابعة المنقحة من الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية DSM-IV-TR، تفتح الطريق لإمكانيات متعددة من أجل التشخيص المفصل بهدف العلاج والبحث، مع العلم بأن فصل ICD-10 الخاص بالاضطرابات العقلية والسلوكية، والمستخدم في الدنمارك منذ يناير 1994، يحتوي على 380 تشخيصا مختلفا عند استخدام ثلاثة أرقام (XX.X)، حيث كانت تهدف تلك الدراسة إلى فحص ومعرفة كم عدد التشخيصات النفسية المستخدمة وإلى أي مدى في الخدمات النفسية المقدمة في المستشفيات بالدنمارك في الفترة من 2001 إلى 2007.

كما أن البيانات المستخدمة كانت عبارة عن التشخيصات المبلغ عنها إلى سجل البحث المركزي النفسي الدنماركي (DPCRR) (1) من 1 يناير 2001 حتى 31 ديسمبر 2007، وارتباط تلك التشخيصات بالانتهاء من الفترة العلاجية، وكذلك التشخيصات الخاصة بالفترات العلاجية للمرضى المقيمين بالمستشفى أو المرضى الخارجيين وكذلك الزيارات إلى خدمات الطوارئ النفسية، كما تضمنت البيانات المرضى المعالجين في حملات العلاج النفسي الاجتماعي، والذين تم دمجهم في مجموعة المرضى الخارجيين، مع الأخذ في الاعتبار كافة التشخيصات الرئيسية والفرعية.

وخلال فترة السبع سنوات، تم الإبلاغ عن 1260097 تشخيصا

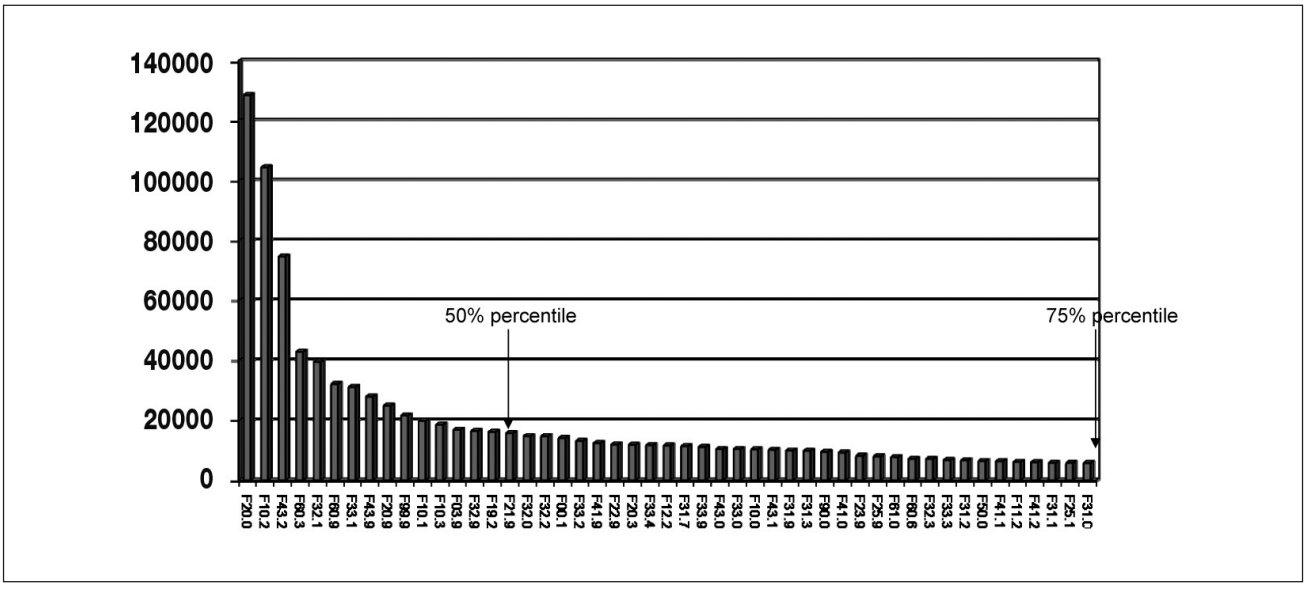

Figure 1 The 49 ICD-10 categories accounting for 75% of the diagnoses given in Danish public psychiatry from 2001 to 2007

من 1041589 حالة انتهاء علاجي لعدد 653754 مريضا من مراحل علاج المرضى الداخليين والخارجيين لسجل DPCRR، حيث اُستخدمت كافة التشخيصات الممكنة والبالغ عددها 380 تشخيصا من النسخة الدنماركية في ICD-10.

ولقد تم الوصول إلى الترتيب المئوي الخمسين من إجمالي عدد 1260097 تشخيصا عن طريق دمج 16 تشخيصا مختلفا، مثل F20.00 (فصام البارنويا) باعتباره الأكثر استخداما بنسبة حدوث 128537 (10.2 %) مرة، ثم F10.2 (متلازمة إدمان الكحول) بنسبة حدوث 104445 (8.3%) مرة، ثم F43.2 (اضطرابات التكيف) بنسبة 74687 (5.9) مرة.

وتم الوصول للترتيب المئوي 75 عن طريق دمج 49 تشخيصا (شكل 1)، كما أن عدد 146 تشخيصا (38.4 %) كان كافيا للوصول للترتيب المئوي 95، حيث تم تسجيل عدد 144 تشخيصا (37.9 %) بأقل من 200 مرة لكل تشخيص على حده، وعدد 109 تشخيصا (28.7 %) سُجلوا بعدد أقل 100 مرة لكل تشخيص على حده، وعدد 141 تشخيصا (37.1 %) استخدموا بنسبة 0.01 % أو الأقل من إجمالي عدد التشخيصات البالغ عددها 1260097.

وهناك ثلاثة تشخيصات استخدمت مرتان فقط، وهما اضطراب النطق (السرعة الزائدة في الكلام) (F98.6)، وإدمان المذيبات الطيارة (F18.8) ، ومتلازمة فقدان الذاكرة بسبب إدمان المذيبات الطيارة (F18.6)، وهناك تشخيصان استخدما ثلاث مرات فقط، وهما عدم القدرة على الكلام المصاحبة للصرع (F80.3)، وعجز سلوكي نتيجة التخلف العقلي (F73.8). كما أن هناك تشخيصان استخدما أربع مرات فقط وهما، اضطراب الاشتهاء أثناء الطفولة (F98.3)، وأي اضطراب عقلي وسلوكي آخر نتيجة استخدام عقاقير الهلوسة (F16.8).

وتشير تلك النتائج إلى أن القليل جدا من التشخيصات المذكورة في فصل النسخة الدنماركية من ICD-10، والبالغ عددها 380 تشخيصا تشكل الأغلبية من التشخيصات المقدمة.

ويتماشى هذا مع تقرير Mussigbrodt et al (2)، والذي يبحث في 25470 تشخيصا رئيسيا من 19 إدارة من 10 دول في 4 قارات، ليتضح أن 10 تشخيصات تشكل 40 % من كافة الحالات، مع استخدام 121 تشخيصا بأقل من 0.1 % من الحالات.

ومع تطور الاضطرابات العقلية، نجد أن الطب النفسي يعمل على إدخال أفكار تشخيصية جديدة متطورة، الأمر الذي لاقى ترحيبا من صناعة الدواء (3)، وربما تُدعم من خلال الحد المتناقص للاضطراب والمسئولية الشخصية للفرد عن حياته في المجتمعات الغربية (4)، كما يجوز تعديل هذا الاتجاه عند مراجعة كل من أنظمة ICD، والدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية DSM، وخصوصا عند دمج نظام الجمعية العالمية للطب النفسي WPA(5)، وكذلك عند إعادة التفكير في أدلة جديدة لإصدار قائمة تضم «الاضطرابات الجديدة»، على الرغم من أخذ كافة التباينات الثقافية في الاعتبار (6).

وكما أن دراستنا اعتمدت على سجل إحصائي يغطي ممارسات العلاج النفسي في المستشفيات والعلاج الاجتماعي، فإننا لا ننكر مدى الاستفادة الممكنة في ممارسات العلاج الخاص، فيما يخص بعض التشخيصات غير المعتادة في الهيئات العامة.

المراجع:

1. Munk-Jørgensen P, Mortensen PB. The Danish Psychiatric Central Register. Dan Med Bull 1997;44:82-4.
2. Müssigbrodt H, Micheks R, Malchow CP et al. Use of the ICD-10 classification in psychiatry: an international survey. Psychopathology 2000;33:94-9.
3. Healy D. The engineers of human souls and academia. Epidemiol Psichiatria Soc 2007;16:205-11.
4. Jensen H. Ofrets århundrede (Century of victimization), 2nd ed. Copenhagen: Samlerens Paperbacks, 2002.
5. Maj M. WPA-WHO collaborative activities 2009-2011. World Psychiatry 2009;8:129-30.
6. Alarcón RD. Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: review and projections. World Psychiatry 2009;8:131-9.

الدروس المستفادة من تطوير العناية بالصحة العقلية المجتمعية في أفريقيا

Charlotte Hanlon, Dawit Wondimagegn, Atalay Alem

Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Addis Ababa University, Addis Ababa, Ethiopia

تلخص تلك الورقة نتائج بعثة الجمعية العالمية للطب النفسي في المنطقة الأفريقية، مع توضيح أهم الخطوات والعقبات والأخطاء لتجنبها في تنفيذ الرعاية الصحية العقلية المجتمعية، كما نقدم صورة عامة لسياسات الصحة العقلية والخطط والبرامج المتعلقة في المنطقة الأفريقية، مع تلخيص للأبحاث والدراسات المتعلقة بالصحة العقلية، بالإضافة إلى التقييم النقدي لمكونات خدمة الصحة العقلية المجتمعية، ومناقشة التحديات والعقبات الرئيسية، وكذلك الدروس المستفادة، مع تقديم بعض التوصيات لتطوير خدمات الصحة العقلية المجتمعية في المنطقة الأفريقية.

الكلمات الرئيسية: الرعاية الصحية العقلية المجتمعية، أفريقيا، الرعاية الصحية الأساسية، خدمات الصحة العقلية، مراجعة منهجية، الدروس المستفادة.

(مجلة الجمعية العالمية للطب النفسي سبتمبر 2010 ; 185 – 189)

تصف تلك الورقة، والتي تعد واحدة من عدة أوراق، تطور الرعاية الصحية العقلية المجتمعية في مناطق حول العالم، حيث أقرت الجمعية العالمية للطب النفسي في عام 2008 خطة عمل الجمعية لمدة ثلاث سنوات من رئاسة البروفسير ماريو ماج (1,2)، الذي أوفد بعثة لإعداد توجيهات الجمعية فيما يخص الخطوات والعقبات والأخطاء الواجب تجنبها في تنفيذ الرعاية الصحية العقلية المجتمعية، حيث نُشرت النتائج الرئيسية لتلك البعثة والهدف منها والطرق التي أتبعتها مؤخرا (3)، وسوف نبين هنا تلك القضايا التي تخص قارة أفريقيا.

تشمل المنطقة الأفريقية لمنظمة الصحة العالمية WHO 46 دولة، تُصنف 30 دولة منهم باعتبارها دول منخفضة الدخل، حيث يبدو أن الاضطرابات العقلية منتشرة على الأقل في الدول مرتفعة الدخل، بمستوى انتشار يُقدر بنسبة 30.3 % (4)، كما تكافح الصحة العقلية لتجد طريقها وسط أولويات الصحة العامة الضرورية، حيث لم تظهر أهميتها في تلك الدول لتحقيق أهداف التمنية الألفية (5)، ومع ذلك، ما زال تمويل الرعاية الصحية العقلية في المنطقة الأفريقية منخفض بشكل غير متناسب عند المقارنة بالعبء المرتبط بالاضطراب العقلي (6)، كما أن هناك تحديات أخرى أمام تطوير خدمات الصحة العقلية في المنطقة الأفريقية، والتي تتمثل في الصراعات والكوارث الطبيعية واستنزاف العقول فيما يخص أساتذة الصحة العقلية من الهيئات الحكومية.

وسنستعرض في تلك الورقة تنفيذ الرعاية الصحية العقلية المجتمعية في الدول الأفريقية، مع إبراز لكافة التقييمات المنشورة للخدمات وخبرة الأساتذة والخبراء في المنطقة.

سياسات الصحة العقلية وخططها وبرامجها في المنطقة الأفريقية

في وقت نشر أطلس الصحة العقلية الخاص بمنظمة الصحة العالمية WHO (8)، كانت هناك سياسة للصحة العقلية لعدد23 دولة فقط في المنطقة الأفريقية، مع 6 دول أخرى في عملية تطوير السياسة، حيث نجد تسع دول ببرنامج صحة عقلية في غياب السياسة، وخمس وعشرين دولة بتشريع صحة عقلية، على الرغم من أن معظم أحكام التشريع لم تُراجع مؤخرا، وبذلك نجد أن 56.5 % فقط من الدول الأفريقية تتمتع بعناية الصحة العقلية المجتمعية.

وعلى الرغم من أن كثير من السياسات تدعم عدم مركزية خدمات الصحة العقلية وتطوير الخدمات المجتمعية، فإن التنفيذ الفعلي ما زال يواجه تحديا كبيرا في القارة الأفريقية (9–11)، أما بالنسبة لمعظم الدول الأفريقية منخفضة الدخل، فإنه من الصعب تقديم أية رعاية صحية عقلية من أي نوع لعدد كافي من السكان، الأمر الذي يعمل على حدوث فجوات علاجية كبيرة، حتى في حالات الاضطراب العقلي الأكثر شدة (6).

تلخيص الأبحاث المتعلقة داخل المنطقة الأفريقية

يهدف الاستعراض المنظم لكافة المنشورات المعلنة وغير المعلنة إلى التعرف على الدراسة التي تقيم تنفيذ الرعاية الصحية العقلية المجتمعية في أفريقيا مع وصف كامل للمنهجية المستخدمة، حيث تم استعراض الدراسات ما بين 1995–2009، على اعتبار أن الدراسات الأقدم تم استعراضها من قبل.

حيث بلغ إجمالي التقييمات الخاصة بخدمات الصحة العقلية المجتمعية التي تم التعرف عليها إلى 24 تقييما، مع عرض لكافة نتائجها في الجداول 1–3.

وكذلك تم التعرف أيضا على كافة الاستعراضات الخاصة بالأدلة والخبرة المتولدة من تنفيذ الرعاية الصحية العقلية المجتمعية من جنوب أفريقيا (34.35)، حيث نجد أن الغالبية العظمى من أبحاث الخدمة الصحية العقلية المنشورة في الدول الأفريقية جنوب الصحراء الكبرى قد تم تنفيذها في جنوب أفريقيا (العدد=17، 70.8 %)، وهي دولة فوق متوسطة من ناحية الدخل، كما أن هناك افتقار ملحوظ في المادة المنشورة المقيمة لعملية تنفيذ العناية الصحية العقلية المجتمعية في الدول الأفريقية جنوب الصحراء الكبرى ذات الدخل المنخفض، لنجد القليل من الدراسات (العدد=5، 20.8 %) التي تحتوى على عنصر المقارنة في تقييمها، وذلك عن طريق مقارنة الوضع قبل وبعد التدخل أو الإشارة إلى نموذج خدمة

ولقد ركزت تلك الدراسات على نماذج الرعاية الصحية العقلية المجتمعية، بدءا من فرق التواصل المتخصصة إلى أشكال أخرى بهدف تكامل الصحة العقلية مع الرعاية الصحية الأساسية، مثل العيادات المشتركة بين مقدمي الرعاية الأولية وممرضي الصحة العقلية، حيث نجد أن ممرضي الصحة العقلية يعملون في تقديم الرعاية الأولية، بينما يقدم متخصصو الرعاية الأولية الجزء الأكبر من الرعاية الصحية العقلية بدرجات متفاوتة من الدعم المتخصص للصحة العقلية، حيث يعرف القليل

الجدول 1: بيان الدراسات التي تقيم جودة الرعاية الصحية العقلية في أماكن الرعاية الأساسية في الدول الأفريقية جنوب الصحراء الكبرى

عنصر التقييم	النتائج
التشخيص	دقة التشخيص 76 %، النوعية 98 % (غينيا بيساو) (13)، عدم تسجيل التشخيص في 44 % من الحالات (جنوب أفريقيا) (14)، وعي ضعيف بالمرض العقلي غير الذهاني (جنوب أفريقيا) (15)
التاريخ النفسي	يُحكم عليه بشكل كاف في 89 % من الحالات (جنوب أفريقيا) (16)
الدواء	وصف غير مناسب في 8 % من الحالات بالنسبة لأدوية الطوارئ، وبنسبة 40 % بالنسبة للعلاج طويل الأمد (جنوب أفريقيا) (16)، حالات إفراط دوائي في 88 % من الحالات (جنوب أفريقيا) (14)، 10 % من الممرضات فقط لديهن الثقة لوصف دواء آخر (جنوب أفريقيا) (14)، توفير دواء بشكل غير منتظم في غانا وكينيا وتنزانيا وأوغندا (18)
العلاجات النفسية	بعد تدريب مختصر في إعادة التأهيل، الإبقاء على المنهج المتبع بعد 18 شهرا (جنوب أفريقيا) (19)، توافر محدود لأنماط العلاج في الممارسات الروتينية (15،20)
استمرار الرعاية	عدم متابعة 15–18 % (جنوب أفريقيا) (17)، 36 % انقطعوا طوال 6 أشهر (جنوب أفريقيا) (14)
العاملين بالرعاية	تغيير الموظفين بصورة مستمرة (جنوب أفريقيا، غينيا بيساو، تنزانيا) (13، 15، 18)
الإشراف	متوافقة مع الخدمات التخصصية الأساسية (غينيا بيساو) (13)

جدول 2: بيان الدراسات التي تقيم آراء المتخصصين والمستخدمين ومقدمي الرعاية الصحية فيما يخص الرعاية الصحية العقلية في أماكن الرعاية الأولية في الدول الأفريقية جنوب الصحراء الكبرى

عنصر التقييم	النتائج
آراء العاملين بالرعاية الصحية الأساسية	
التدريب في الرعاية الصحية العقلية	غير كاف (15، 21، 22)
الاتجاهات حيال دور جديد	50 % من الأشخاص الذين أجرى عليهم الاستفتاء (جنوب أفريقيا) أعربوا عن وجود ضغط متزايد (21)، 84 % أعربوا عن أهمية وفاء المتخصصين بالتزاماتهم (جنوب أفريقيا) (21)، تقدير هائل للدعم (جنوب أفريقيا) (23)، اتجاهات سلبية حيال دور جديد لباقي عينة الاستفتاء (جنوب أفريقيا (23).
التنفيذ	62% يشعرون أن الخدمات تفوق عدد العاملين (جنوب أفريقيا) (23)، عدم وجود وسائل نقل/وقت للتواصل مع الخدمات المجتمعية (جنوب أفريقيا) (23)، 79 % يشعرون أن الخدمات تقتصر على وصف أدوية فقط (جنوب أفريقيا) (21)، فهم الحاجة إلى الرعاية النفسية الاجتماعية ولكن هناك قيود في التطبيق (جنوب أفريقيا) (24)، خدمات اجتماعية محدودة (جنوب أفريقيا) (23)
آراء المرضى	
مستوى الرضا من الرعاية	تشعر الأغلبية (أكثر من 90 %) بالرضا من الرعاية، ولكن أكثر من 50 % من المرضى أصحاب البشرة السمراء يفضلوا الإقامة لمدة طويلة بالمستشفى للحصول على الرعاية الصحية (جنوب أفريقيا) (25)، توافر الخدمة بشكل ميسر مع نظرة أقل إحراجا عند دمج الصحة العقلية مع الرعاية العامة (جنوب أفريقيا) (23)، رضا عالي من الخدمة بشكل عام (أوغندا)، قلة الاهتمام بالصحة البدنية في حالة وجود عيادة صحة عقلية منفصلة مع فترات انتظار أطول، بالإضافة إلى عدم الاستمرارية وجودة أقل في حالة دمج تلك الخدمة مع الرعاية العامة (جنوب أفريقيا) (23).
الأعراض	انخفاض الأعراض فى حالة التدخل الطبي طبقا لما ورد من المرضى ومقدمي الرعاية (غينيا بيساو) (13)
الأداء الوظيفي	تحسن الأداء المهني بعد إعادة التأهيل (جنوب أفريقيا) (19)
آراء مقدمي الرعاية	
الاتجاهات حيال تقديم الرعاية	الأغلبية راضية ولكن هناك نسبة كبيرة تفضل الرعاية الصحية في المستشفيات اليومية أو المستشفيات التي تسمح بإقامة المريض فيها لفترات رعاية أطول (جنوب أفريقيا) (25)
مستوى الرضا من الرعاية المقدمة	مستوى عالي من الرضا بشكل عام (جنوب أفريقيا) (22)، عدم الاستمرارية في الرعاية وفترات انتظار أطول (جنوب أفريقيا) (22)، الحاجة لمزيد من الدعم

أهمية تلك الأساليب المختلفة، ذلك لأن المقارنات المباشرة لتوضيح فعالية تلك الأساليب قليلة جدا (23)، كما تركز تلك الدراسات بشكل كبير على جودة الرعاية الصحية العقلية المقدمة في إطار الرعاية الأولية، مع وصف كامل لمهارات ومعرفة واتجاهات عاملين الرعاية الأولية فيما يخص تشخيص وإدارة الاضطرابات العقلية.

وسابقا، كانت تُنتقد الدراسات التي تقيس مستوى فاعلية تدريب عاملي

الرعاية الأولية لتقديم الرعاية الصحية العقلية لاعتمادها على تقارير شخصية من هؤلاء العاملين (تتعرض تلك التقارير للانحياز الاجتماعي)، مع افتقار تلك الدراسة إلى النظر إلى استدامة تأثير التدريب (12).

وعند فحص سجلات الحالات المحفوظة من قبل عاملي الرعاية الأولية (17)، يمكننا التغلب على بعض الذاتية في عملية التقييم، على الرغم من أنه ربما يكون هناك اختلاف بين الممارسات المدونة في السجلات وتلك الممارسات الفعلية داخل مؤسسات الرعاية، كما تمخضت بعض الدراسات التي تضم أساليب الملاحظة عن نتائج هامة (20،24)، مثل الكشف على أن الاهتمام بمشاعر المرضى عند التعامل مع مصابي الاضطرابات العقلية قد يساهم في عمل مقدمي الرعاية الأولية عند التعامل مع نموذج رعاية طبية بيولوجية محدد الهدف أكثر منه في نموذج الرعاية الأكثر شمولية طبقا لنموذج الرعاية الأولية.

وعلى الرغم من أن دراسات عديدة شملت عملية تقييم مستويات

جدول 3: بيان الدراسات التي تقيم الخدمات الصحية العقلية المجتمعية والمنشآت المقدمة لتلك الخدمات

عنصر التقييم	النتائج
خدمات الصحة العقلية المجتمعية المتخصصة	
وصف العقاقير	إفراط دوائى غير ضرورى فى 9 % من الحالات (جنوب أفريقيا (28)، وصف دوائى غير منتدب للتشخيص فى 12–17 % من الحالات (جنوب أفريقيا) (28)
التدخلات النفسية الاجتماعية	الحد الأدنى من الموارد متاح (جنوب أفريقيا) (15.20)
الإحالة بسبب الانتكاسات المعتادة	قليلة الحدوث (جنوب أفريقيا) (28)
المتابعة	عدم متابعة 43–46 % من الحالات (جنوب أفريقيا) (28)، معظم المتابعة تتم فى المنشآت العلاجية (بوتسونا) (28)
الخدمة المقدمة	تركيز ضعيف على عملية وصف الدواء من قبل ممرضات العلاج النفسى (جنوب أفريقيا) (29)، الاتجاه بشكل كبير نحو الأسلوب العلمى البيولوجى من قبل ممرضات العلاج النفسى (بوتسونا) (26)، الحد الأدنى من الموارد متاح للوقاية ولرفع الكفاءة والتدريب (جنوب أفريقيا) (15)، توافر ما بين 8–10 دقائق فقط لتقييم/ المراجعة (جنوب أفريقيا (29).
العاملون	تجاه ممارسى الصحة العقلية إلى الرعاية الصحية العامة (جنوب أفريقيا) (15)
المنشآت التى تقدم الخدمة	
الاستدامة	تواجه تلك المنشآت بعض الصعوبات) (مثل غانا) (18).
الفوائد من الخدمة	فوائد مؤكدة فى غينيا بيساو (13)
الإحالة من المؤسسات المجتمعية	قلة تعاون من ناحية مقدمى الرعاية الأولية، دور مبرم لعمال المؤسسات المجتمعية (جنوب أفريقيا) (30)، عدم استمرار دور المتطوعين فى العمل داخل المؤسسات المجتمعية فى حالة عدم دفع أجر اليوم (أوغندا) (18)، نجاح حملات الوعى المجتمعية فى زيادة الوعى بالصحة العقلية.
زيادة الإحالات	إحالات زائدة إلى المنشآت العلاجية الإقليمية وليس الوطنية (أوغندا) (23)
التواصل	التواصل الإيجابى بعد قبول الحالات العلاجية يقلل فترة إعادة القبول بالنسبة للمرضى المنتخبين (33)، إشراف مستخدمى الخدمة كان عامل فعال فى تقليل معدلات تخلف المرضى عن العلاج.

الرضا من الخدمات عن طريق تقييم آراء المرضى وأسرهم (مثل 22)، ودراسة واحدة عن النتائج الاجتماعية للمرضى، فإننا لم نتعرف على أية دراسة التي تقيم النتائج الطبية للمرضى باستخدام مقاييس التشخيص أو الأعراض، كما أنه لا توجد دراسة تبحث في تجارب المرضى مع الآثار الجانبية للعقاقير أو الضوابط الصحية البدنية.

ولقد حاولت دراسات قليلة فقط أن تقيم العمليات الخدمية الفردية الضرورية للتنفيذ الناجح للرعاية الصحية العقلية المجتمعية، كبحث فاعلية شبكات عمل الإحالة (10,30) على سبيل المثال، كما أنه لا توجد أية دراسات تفحص كم وكيفية الإشراف اللازم والضروري لتقديم رعاية صحية عقلية من قبل عاملي الرعاية الأولية على مستوى راقي، على الرغم من الأهمية المعروفة لهذا الإشراف في الوصول إلى نجاح عملية اندماج الصحة العقلية في نظام الرعاية الأولية.

ثم تأتي نتيجة هامة وهي التي تمثل حجر الأساس لأهمية تقييم إجراءات الإشراف، وهي رفض حتى ممرضات الصحة العقلية لمراجعة التشخيصات وتغيير بروتوكولات الدواء والمبادرة بإعفاء المرضى من المتابعة (27)، مع غياب الدراسات التي تقيم فاعلية التدخلات النفسية والاجتماعية المقدمة داخل مؤسسات الرعاية الأولية بما فيها من القيود التي تحكم تلك التدخلات، مع العلم بأن هناك استثناء واحد، والذي تمثل في دراسة غير عشوائية لتقييم دمج إعادة التأهيل النفسي الاجتماعي لهؤلاء المرضى المصابين بمرض عقلي شديد داخل الدور التي تقوم به ممرضات الرعاية الأولية (19)، ليبقى موضوع هام للبحث المستقبلي، والذي يتمثل في فهم جدوى أو فاعلية مثل تلك التدخلات في مؤسسات الرعاية الأولية أو إمكانية تعاون مقدمي الرعاية الأولية مع المنظمات غير الحكومية والمؤسسات الاجتماعية لتوفير مثل هذه التدخلات.

التقييم النقدي لمكونات الخدمة الصحية العقلية المجتمعية

تشير الدلائل إلى تفسيرات مختلفة لمفهوم الرعاية المجتمعية بين الدول، ففي الدول منخفضة الدخل بالمنطقة الأفريقية، تقتصر الرعاية الصحية العقلية المجتمعية بشكل كبير على الرعاية الصحية العقلية المقدمة من خلال العاملين بالرعاية الأولية، وذلك عن طريق متخصصي الصحة العقلية (عادة الأخصائيون النفسيون وممرضات العلاج النفسي)، الذين يوفرون الرعاية الصحية من خلال العيادات الخارجية بالمستشفيات، وعلى الرغم من التوصيات المقدمة من منظمة الصحة العالمية ومنظمات أخرى (23)، فإن هناك أمثلة قليلة فقط للاستفادة من متخصصي الرعاية الصحية العقلية في دعم الصحة النفسية في مؤسسات الرعاية الأولية، وذلك من خلال تنسيق وتخطيط الرعاية الصحية العقلية المحلية والإشراف والتدريب أثناء الخدمة والاستشارة في الحالات المعقدة والأنشطة المتعلقة بالوقاية وتحسين الأداء.

وبالرغم من أن الرعاية الأكثر شمولية تعد ميزة متوقعة لخدمات الصحة العقلية المجتمعية، وخصوصا عند دمجها داخل نظام الرعاية الأولية، فإن الدراسات لم تظهر بشكل ضروري هذا النموذج باعتباره مثالا يُحتذى به (27,29)، كما أن ضغوط الوقت ونموذج العلاج الطبي البيولوجي الأكثر إلحاحا وقلة الموارد والتي تصب كلها في جانب التدخل غير الدوائي قد تعني تقليص الرعاية الصحية العقلية في شكل صرف وإعطاء الدواء فقط (24).

وبدون إحساس المجتمع بأهمية الرعاية النفسية ومشاركته فيها، فمن المحتمل أن تتعثر عملية اكتشاف المرضى غير المعالجين والاستفادة من الرعاية الصحية العقلية، وفي الوقت ذاته، فإنه بدون استراتيجيات موضوعة لمواجهة المرضى الذين يتخلفون عن الرعاية، فربما لا تكن الرعاية الصحية العقلية ضمن نظام الرعاية الأولية مرنة بشكل كاف لتلبية الاحتياجات الخاصة للمرضى الذين يواجهون مشاكل صحية عقلية، كما أن معظم متخصصي الرعاية العقلية في معظم الدول الأفريقية يميلون للبقاء داخل النظام الصحي بالمدن والمقاطعات، مما يحد من قدراتهم على تقديم خدمات التواصل بالقرب من أماكن إقامة المرضى، بالإضافة إلى استفادة عدد من الدول من المتطوعين المدربين داخل المجتمعات للتغلب على تلك المشكلة (18,30)، إلا أن مشكلة عدم دفع أجر لهؤلاء المتطوعين (34) ما زالت قائمة للبقاء على النظام وعنصر التحفيز لدى المتطوعين.

ولقد تم تطبيق إشراك مجموعات مستخدمي الخدمة للمساعدة في دعم خدمات التواصل المجتمعية بنجاح كبير (18)، كما نُوقش باستفاضة

الدور المحتمل للمعالجين التقليديين والزعماء الدينين في تقديم الرعاية المجتمعية، ولكن القليل من تلك النماذج دخلت حيز التنفيذ، حيث تم الإبلاغ عن مثال واحد لتقديم خدمات المشورة في إطار الخدمة الصحية العقلية المجتمعية، دون تقييم للنتائج الصحية للمرضى (18)، مع وصف كامل للمساهمة المحتملة لمجموعات الدعم المؤلفة من مستخدمي الخدمات ومقدمي الرعاية في تحسين النتائج العلاجية وزيادة مشاركة المجتمع وحشد الدعم للرقي بمستوى الخدمات الصحية، دون تقييم لهذا الوصف بشكل منهجي (38,39).

ولقد اكتمل استعراضنا المنظم لكافة المنشورات بمسح يشمل الخبراء الإقليميين لمعرفة خبراتهم في مجال تنفيذ الرعاية الصحية العقلية المجتمعية (3)، حيث تلخص الجداول (4)، (5)، التحديات والدروس المستفادة.

جدول 4: التحديات في تنفيذ العناية الصحية العقلية المجتمعية في أفريقيا

– أولويات متنافسة
– إشراك مجتمعي متضائل
– عدم استدامة المتطوعين من داخل المجتمع
– قلة التمويل
– قلة متخصصي الصحة العقلية
– الاتجاهات السلبية حيال الصحة العقلية
– القضايا المتعلقة بمهارات العاملين وجودة الرعاية
– صعوبة تقديم التدريب أثناء الخدمة
– إمدادات غير منتظمة للأدوية النفسية
– قلة التعاون بين القطاعات المختلفة، بما في ذلك المعالجين التقليديين
– تصاعد الحاجة والطلب على تلك الخدمات.

جدول 5: الدروس المستفادة من تنفيذ الرعاية الصحية العقلية المجتمعية في أفريقيا

– إمكانية التنفيذ
– الحاجة إلى الصبر والمثابرة والتصميم
– تتطلب الاستدامة الاستفادة القصوى من الأنظمة الموجودة
– الالتزام الحكومي، مع الحاجة الماسة إلى وجود سياسة وتشريع خاص بالصحة العقلية
– الدعم الدولي مفيد بدرجة كبيرة
– الحاجة إلى استثمار الوقت لمعرفة كافة الحلفاء وزيادة عددهم لمزيد من الدعم
– ضمان التعاون بين كافة الأطراف الرئيسية
– إمكانية تأثير مجموعات الدفاع والمجموعات المجتمعية على صناع السياسة
– ضرورة وجود منسق للصحة العقلية على المستوى المحلي
– ضرورة الإشراف على عاملي الرعاية الأولية
– أهمية التخطيط السليم
– الحاجة إلى دمج التقييم والمراقبة في النظام الصحي
– يعرقل تهميش الصحة العقلية عملية تطويرها

التوصيات للمنطقة الأفريقية

ينبغي أن يظهر الدافع والحافز الجديد لزيادة الخدمات الصحية العقلية في الدول منخفضة ومتوسطة الدخل (40,41) في شكل دراسات تقييم منشورة، والتي تبين فاعلية تلك الخدامات في أفريقيا، وعلى الرغم من ذلك، فإن هناك فرصة للبناء على عقود من الخبرة، والتي بادرت بها منظمة الصحة العالمية في الأساس مع وجود قاعدة عريضة من الإرشادات بهدف تنفيذ نماذج ناجحة للرعاية الصحية العقلية المجتمعية في دول أفريقيا ، ذلك لأنه عند إشراك كافة الأطراف المعنية والمستفيدة مع وجود الرغبة السياسية لذلك، فإن الرسائل الواضحة التي تُستشف من محتوى الخبرة والحقائق الموجودة حتى الآن يدعم أهمية ما يلي:

- تزامن تقوية وتطوير خدمات الصحة العقلية المتخصصة مع دمج الصحة العقلية داخل نظام الرعاية الأولية.
- العمل على زيادة جودة واستدامة الصحة العقلية داخل نظام الرعاية الأولية من خلال الإشراف بشكل كاف والتدريب المستمر للعاملين ووضع شبكات عمل يعتمد عليها فيما يخص الإحالات.
- تطوير آليات قوية وفعالة لضمان إمدادات منتظمة للعقاقير النفسية بشكل يمكن الاعتماد عليه
- دعم عملية توفير وسائل تدخل بسيطة ومجدية لزيادة الوسائل العلاجية في مؤسسات الرعاية الأولية المضغوطة في الوقت.
- البحث التقييمي الذي يرصد ما يلي:

(أ) مدى تأثير نقطة الالتقاء بين الخدمات الصحية الأولية والثانوية على تقديم الرعاية الصحية العقلية

(ب) النتائج الاجتماعية والطبية للمرضى، من خلال تقييم منظم ومعياري.

(جـ) نماذج الخدمة المبتكرة، بما في ذلك التعاون مع المعالجين التقليديين والقادة الدينين.

(د) فاعلية التكلفة النسبية للنماذج المختلفة للرعاية المجتمعية

شكر وتقدير

يشكر المؤلفون بامتنان المساعدة القيمة من قبل E. Barley's في إجراء الاستعراض المنظم، كما نود أن نشكر CBM لدعمها في ترجمة هذا الاستفتاء إلى اللغة الفرنسية.

المراجع:

1. Maj M. The WPA Action Plan 2008-2011. World Psychiatry 2008; 7:129-30.
2. Maj M. The WPA Action Plan is in progress. World Psychiatry 2009; 8:65-6.
3. 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.
4. Herman AA, Stein DJ, Seedat S et al. The South African Stress and Health (SASH) study: 12-month and lifetime prevalence of common mental disorders. S Afr Med J 2009;99:339-44.
5. Prince M, Patel V, Saxena S et al. No health without mental health. Lancet 2007;370:859-77.

6. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M et al. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. Lancet 2007;370:878-89.
7. Saraceno B, van Ommeren M, Batniji R et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. Lancet 2007;370:1174.
8. World Health Organization. Mental health atlas. Geneva: World Health Organization, 2005.
9. Kigozi F. Integrating mental health into primary health care – Uganda's experience. Afr J Psychiatry 2007;10:17-9.
10. Alem A, Jacobsson L, Hanlon C. Community based mental health care in Africa: mental health workers' views. World Psychiatry 2008;7:54-7.
11. Ndetei DM. Early intervention in psychosis: concepts, evidence and perspectives. World Psychiatry 2008;7:164-5.
12. Cohen A. The effectiveness of mental health services in primary care: the view from the developing world. Geneva: World Health Organization, 2001.
13. de Jong TVM. A comprehensive public mental health programme in Guinea-Bissau: a useful model for African, Asian and Latin- American countries. Psychol Med 1996;26:97-108.
14. Couper I, Wright A, van Deventer C et al. Evaluation of primary mental health care in North West province. Final report. Johannesburg: University of Witwatersrand, 2006.
15. Petersen I, Bhana A, Campbell-Hall V et al. Planning for district mental health services in South Africa: a situational analysis of a rural district site. Health, Policy and Planning 2009;24:140-50.
16. Sokhela NE. The integration of comprehensive psychiatric/mental health care into the primary health system: diagnosis and treatment. J Adv Nurs 1999;30:229-37.
17. Lee T, Freeman M, Vivian W. Evaluation of mental health services in the free state. Part I. Quality of outpatient care. S Afr Med J 1999; 89:302-5.
18. BasicNeeds. Community mental health practice. Seven essential features for scaling up in low- and middle-income countries. Bangalore: BasicNeeds, 2009.
19. Sokhela NE, Uys LR. The integration of the rehabilitation of psychiatric patients into the primary health care system. Curationis 1998;21:8-13.
20. Uys LR. The evaluation of public psychiatric services in three provinces of South Africa. S Afr Med J 2000;90:626-30.
21. Lee T, Freeman M, Vivian W. Evaluation of mental health services in the Free State. Part II. Training, attitudes and practices of generalist and psychiatric nurses. S Afr Med J 1999;89:306-10.
22. van Deventer C, Couper I, Wright A et al. Evaluation of primary mental health care in North West province – a qualitative view. S Afr J Psychiatry 2008;14:52-62.
23. World Health Organization and World Organization of Family Doctors. Integrating mental health into primary care. A global perspective.
Geneva: World Health Organization and World Organization of Family Doctors, 2008.
24. Petersen I. Comprehensive integrated primary mental health care for South Africa. Pipedream or possibility? Soc Sci Med 2000;51: 321-34.
25. Freeman M, Lee T, Vivian W. Evaluation of mental health services in the Free State. Part III. Social outcome and patient perceptions. S Afr Med J 1999;89:311-5.
26. Freeman M, Lee T, Vivian W. Evaluation of mental health services in the Free State. Part IV. Family burden and perspectives. S Afr Med J 1999;89:316-8.
27. Kgosidintsi A. The role of the community mental health nurse in Botswana: the needs and problems of carers of schizophrenic clients in the community. Curationis 1996;19:38-42.
28. Lee T, Prince M, Allwood CW. The outpatient care of psychiatric patients in a rural area: Mhala district, Northern Transvaal. S Afr Med J 1995;85:571-7.
29. Moosa MYH, Jeenah FY. Community psychiatry: an audit of the services in southern Gauteng. S Afr J Psychiatry 2008;14:36-43.
30. Petersen I, Pillay YG. Facilitating community mental health care in South Africa – the role of community health workers in the referral system. S Afr Med J 1997;87:1621-6.
31. Eaton J, Agomoh AO. Developing mental health services in Nigeria. The impact of a community-based mental health awareness programme. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2008;43:552-8.
32. Richards DA, Bradshaw TJ, Mairs H et al. Can community volunteers work to trace patients defaulting from scheduled psychiatric clinic appointments? S Afr Med J 2007;97:946-7.
33. Botha U, Koen L, Oosthuizen P et al. Assertive community treatment in the South African context. Afr J Psychiatry 2008;11:272-5.
34. Thom R. Mental health services research review final report. Durban: Health Systems Trust, 2003.
35. Mkhize N, Kometsi M. Community access to mental health services: lessons and recommendations. S Afr Health Res J 2008;11: 103-13.
36. Meissner O. The traditional healer as part of the primary health care team? S Afr Med J 2004;94:901-2.
37. Robertson BA. Does the evidence support collaboration between psychiatry and traditional healers? Findings from three South African studies. S Afr Psychiatry Rev 2006;9:87-90.
38. Makhale MS, Uys LR. An analysis of support groups for the mentally ill as a psychiatric intervention strategy in South Africa. Curationis 1997;20:44-9.
39. Adiibokah E. Factors associated with successful establishment of independent mental health self-help groups in West Africa. Presented at the WPA Regional Meeting "Scaling up and reaching down – addressing unmet need for services", Abuja, October 2009.
40. Lancet Global Mental Health Group. Scale up services for mental disorders: a call for action. Lancet 2007;370:1241-52.
41. World Health Organization. mhGAP: Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders. Geneva: World Health Organization, 2008.
42. Sartorius N, Harding TW. The WHO collaborative study on strategies for extending mental health care, I: the genesis of the study. Am J Psychiatry 1983;140:1470-3.

تنفيذ خطة عمل الجمعية العالمية للطب النفسي 2008-2011

تسير عملية تنفيذ خطة عمل الجمعية العالمية للطب النفسي 2008–2011، المصدقة من قبل الجمعية العامة في باراجواي في سبتمبر 2008 (1، 2) بفاعلية كبيرة، وفيما يلي تلخيص لبعض الأنشطة القائمة:

التعاون بين الجمعية العالمية للطب النفسي WPA وبين منظمة الصحة العالمية WHO

تتعاون الجمعية العالمية للطب النفسي مع منظمة الصحة العالمية في مراجعة النسخة العاشرة من التصنيف الدولي للأمراض والمشكلات المتعلقة بالصحة ICD-10، حيث تقوم الجمعيات الأعضاء في الجمعية العالمية للطب النفسي بمسح آراء واتجاهات أخصائيين الطب النفسي حول العالم بشأن تشخيص وتصنيف الاضطرابات العقلية، كما تساهم العديد من الأقسام العلمية في الجمعية العالمية للطب النفسي في نشاط مجموعات العمل الخاصة بمراجعة ICD-10K، فعلى سبيل المثال، ترأس أعضاء في الأقسام المختصة بالجمعية العالمية للطب النفسي مجموعات العمل الخاصة بالاضطرابات الذهانية، والاضطرابات الشخصية والعجز الفكري، كما تتعاون الجمعية العالمية للطب النفسي مع منظمة الصحة النفسية في تنظيم دورات تدريب المدربين الخاصة بإدارة تبعات الكوارث على الصحة العقلية (مثل 4)، بالإضافة إلى التعاون في معالجة تبعات بعض حالات الطوارئ الحديثة على الصحة العقلية (مثل غزة وهايتي).

برنامج الزمالة البحثية التابع للجمعية العالمية للطب النفسي بالتعاون مع كبرى المراكز العلمية المتميزة

تنفذ الجمعية العالمية للطب النفسي برنامج زمالة بحثية لمدة عام لأخصائيين علم النفس الجدد من مختلف الدول منخفضة الدخل والدول التي تتميز بدخل أقل من المتوسط، بالتعاون مع مراكز متخصصة في الطب النفسي ومتميزة ومعترف بها دوليا، ومن تلك المراكز (حتى الآن):

المعهد النفسي الغربي، جامعة بتسبرج، الولايات المتحدة الأمريكية، (المنسق: د. كوبفير. معهد الطب النفسي، لندن، المملكة المتحدة، (المنسقون: س. كابر، م. برنس). جامعة ماريلاند، كلية الطب، بلتيمور، الولايات المتحدة الأمريكية، (المنسق: أ. بلاك). برنامج الاضطرابات المزاجية، جامعة كيس ويسترن ريسيرف، كليفلاند، الولايات المتحدة الأمريكية، (المنسق: ج. كالابريس). جامعة ملبورن، استراليا، (المنسق: ب. مكجوري).

ولقد ألتزم الزملاء المنتخبون بتطبيق ما تعلموه خلال البرنامج البحثي في دولهم.

مشاريع الأبحاث الممولة من الجمعية العالمية للطب النفسي

تمول الجمعية العالمية للطب النفسي مشاريع عالمية للأبحاث، والتي تبحث في العوامل التي تسهل وتعوق اختيار الطب النفسي كمهنة، وكذلك العوامل التي تساهم في النظر إلى الطب النفسي والأخصائيين النفسيين بعين الاستياء، ثم تنظر في الاكتئاب وضعف المعنويات لدى المصابين بالسرطان، والصحة البدنية للأشخاص المصابين باضطرابات عقلية شديدة.

توجيهات الجمعية العالمية للطب النفسي

تصدر الجمعية العالمية للطب النفسي سلسلة من التوجيهات عن القضايا المتعلقة بشكل كبير بالناحية العملية، والتي نُشرت في "World Psychiatry"، وتُرجمت إلى العديد من اللغات، كما نشرت على الموقع الالكتروني للجمعية العالمية للطب النفسي، حيث تتعلق تلك التوجيهات بما يلي:

أ) الخطوات والعقبات والأخطاء التي يجب تجنبها عند تنفيذ الرعاية الصحية العقلية المجتمعية (5).

ب) كيفية معالجة نظرة الاستياء للطب النفسي وللعاملين في هذا المجال (6).

ج) الصحة العقلية والرعاية الصحية العقلية لدى المهاجرين.

د) حماية الصحة العقلية وتعزيزها عند أطفال الأشخاص المصابين باضطرابات عقلية شديدة.

كما قامت الجمعية العالمية للطب النفسي بتطوير التوصيات الخاصة بالوصول إلى أفضل الممارسات في التعامل مع مستخدمي الخدمة ومقدمي الرعاية (7)، مع تقديم نموذج تعليمي عن كيفية حماية وتعزيز الصحة البدنية عند الأشخاص المصابين بمرض عقلي شديد (8)، كما أصدرت الأقسام العملية بالجمعية العالمية للطب النفسي (مثل 9 ، 10) والإدارات الأخرى للجمعية (مثل 11 ،12) بعض الوثائق الطبية الهامة.

برنامج الجمعية العالمية للطب النفسي عن الاكتئاب لدى الأشخاص المصابين بأمراض عضوية

لقد بدأت الجمعية العالمية للطب النفسي برنامجا يهدف إلى زيادة الوعي بمدى انتشار الاكتئاب لدى الأشخاص المصابين بأمراض عضوية، والتبعات المرضية المصاحبة لهذا، حيث أُصدرت ثلاثة كتب تتعلق بالاكتئاب ومرض السكر والاكتئاب وأمراض القلب والأوعية الدموية والاكتئاب والسرطان على الترتيب، كما طورت الجمعية ثلاث مجموعات مقابلة من الشرائح عن تلك الكتب، والتي تُرجمت إلى العديد من اللغات ونُشرت على الموقع الالكتروني للجمعية العالمية للطب النفسي.

الإصدارات الصحفية للجمعية العالمية للطب النفسي

لقد عينت الجمعية العالمية للطب النفسي وكيلا إعلاميا مختص بتقديم الإصدارات الصحفية للجمعية عن الموضوعات المتعلقة بالصحة العقلية، ولقد تمخض عن إصدار صحفي يتعلق بمسح للصحة العقلية بالعراق، والمنشور في World Psychiatry (13) إلى تغطية إعلامية واسعة شملت مقالات نُشرت في كل من New York Herald Tribune ، Times، Washington Post، كما كانت هناك إصدارات صحفية عن أهم الموضوعات التي عُرضت في مؤتمر الجمعية العالمية للطب النفسي بمدينة فلورنسا، والتي تمخض عنها سلسلة من المقالات نُشرت في العديد من الصحف مثل Guardian ، Daily Telegraph.

ورشات العمل التعليمية للجمعية العالمية للطب النفسي

تنفذ الجمعية العالمية للطب النفسي برنامج ورشات عمل تعليمية على مستوى عالي يغطي كافة القارات (مثل 14)، بالإضافة إلى أنها تشارك في رعاية سلسلة من ورشات العمل الخاصة بالتنمية المهنية والقيادية لشباب الأطباء النفسانيين.

مجلس الأطباء النفسيين الجدد التابع للجمعية العالمية للطب النفسي

أنشأت الجمعية العالمية للطب النفسي مؤخرا مجلس الأطباء النفسيين الجدد، والذي يتم اختيار أعضائه من خلال الجمعيات الأعضاء

بالجمعية العالمية (15)، ومن ضمن أنشطة المجلس المختلفة تقديم نشرات عن التربية النفسية والتدريب في مجال العلاج النفسي وكيفية تأثير التدريب على شباب الأطباء في النواحي المختلفة من العالم

اجتماعات الجمعية العالمية للطب النفسي

يعد المؤتمر العالمي لجمعية الطب النفسي في فلورنسا بإيطاليا عام 2009 بحضور أكثر من 9000 مشارك من أنجح المؤتمرات التي نظمتها الجمعية العالمية للطب النفسي، كما عقدت الجمعية الاجتماعات الإقليمية لها خلال العامين الماضيين في أسيا وأفريقيا وأمريكا اللاتينية وأوروبا الشرقية (16).

سيقدم المؤتمر العالمي للطب النفسي الخامس عشر المزمع عقده في بيونس آيرس بالأرجنتين من 18 إلى 22 سبتمبر 2011 نظرة شاملة للانجازات الماضية والتي ما زالت تؤتي ثمارها (تراثنا)، وللاتجاهات المعاصرة الواعدة (مستقبلنا) في المجالات المختلفة لأبحاث وممارسات الطب النفسي، مع مساهمة بارزة من ألمع الخبراء في مختلف الموضوعات، حيث تم إعداد برنامج علمي متميز، وبالفعل تم الانتهاء من 24 محاضرة علمية رئيسية بالإضافة إلى 18 ندوة أساسية، كما سيشمل البرنامج ندوات منتظمة مع ورشات عمل، بالإضافة إلى الندوات الخاصة بالأقسام العلمية للجمعية والندوات المتعلقة ببعض المناطق في العالم وحلقات النقاش والندوات المدعمة بالوثائق والشروح، مع كثير من الأنشطة التي ترعاها الجمعية والمنظمات المختلفة، حيث يمكنك الإطلاع على التعليمات الخاصة بالتقديم على الموقع الالكتروني للمؤتمر (www.wpa-argentina2011.com.ar)

المراجع:

1. Plan 2008-2011. World Psychiatry 2008;7:129-30.
2. Maj M. The WPA Action Plan is in progress. World Psychiatry 2009;8:65-6.
3. Maj M. WPA-WHO collaborative activities 2009-2011. World Psychiatry 2009;8:129- 30.
4. van Ommeren M, Jones L, Mears J. Orienting psychiatrists to working in emergencies: a WPA-WHO workshop. World Psychiatry 2010;9:121-2.
5. Thornicroft G, Alem A, Dos Santos RA et al. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. World Psychiatry 2010;9:67-77.
6. Sartorius N, Gaebel W, Cleveland H-R et al. WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. World Psychiatry 2010;9:131-44.
7. Herrman H. WPA Project on Partnerships for Best Practices in Working with Service Users and Carers. World Psychiatry 2010;9: 127-8.
8. Maj M. Physical health care in persons with severe mental illness: a public health and ethical priority. World Psychiatry 2009;8: 1-2.
9. Simonsen E, Ronningstam E, Millon T. A synopsis of the WPA Educational Programme on Personality Disorders. World Psychiatry 2008;7:119-25.
10. Deb S, Kwok H, Bertelli M et al. International guide to prescribing psychotropic medication for the management of problem behaviours in adults with intellectual disabilities. World Psychiatry 2009;8:181-6.
11. Sartorius N. The update of the WPA Educational Programme on the Management of Depressive Disorders. World Psychiatry 2008;7:64.
12. Gureje O, Hollins S, Botbol M et al. Report of the WPA Task Force on Brain Drain. World Psychiatry 2009;8:115-8.
13. Alhasnawi S, Sadik S, Rasheed M et al. The prevalence and correlates of DSM-IV disorders in the Iraq Mental Health Survey (IMHS). World Psychiatry 2009;8:97-109.
14. Gureje O. The WPA Train-the-Trainers Workshop on Mental Health in Primary Care (Ibadan, Nigeria, January 26-30, 2009).
15. Fiorillo A, Lattova Z, Brahmbhatt P et al. The Action Plan 2010 of the Early Career Psychiatrists Council. World Psychiatry 2010; 9:62-3.
16. Okasha T. WPA forthcoming scientific meetings. World Psychiatry 2009;8:191-2.

تجربتي في هايتي: تقرير مختصر

Kent Ravenscroft

قضيت عاما في هايتي بالقرب من ليوجين ما بين 1961–1962 كطالب في الأنثروبولوجيا في جامعة Yale، وكنت أعيش مع كاهن للودونية وأسرته، وكانت دراستي عن العلاقة بين ممارسات تربية الطفل والتنمية النفسية والمس الروحي، محاولا أن أفهم ديناميكية حالات المس الروحي وفحواه.

وعندما ضرب الزلزال هايتي، وصلت أخيرا إلى بعض أصدقائي الذين ما زالوا على قيد الحياة، ولقد أفزعني الدمار والموت من حولي، الأمر الذي دفعني إلى التصميم على الذهاب إلى هايتي لتقديم يد العون للمتضررين، وعلى الفور قمت بالاتصال بجمعية الطب النفسي بواشنطن، والتي بدورها وضعتني على الاتصال مع جهود الجمعية العالمية للطب النفسي حول هايتي، ثم أرسلت تقرير مختصر عن سيرتي الذاتية يتضمن خبرتي السابقة في هايتي والتي لم تكن كبيرة آنذاك، ولقد رد ماريو ماج بسرعة وطلب مني أن أرسل له تقرير كامل عن سيرتي الذاتية، ثم اتصل بي بعد ذلك د. لين جونس، د. بيتر هيوس من الهيئة الطبية الدولية IMC، اللذان قابلاني ورتبا معي كيفية تقديم يد العون للمتضررين.

لقد كنا من أول الرحلات التجارية إلى بورت أو برنس Port-au-Prince، حيث كنت واحد من أول أطباء علم نفس الطفل الذين يطئون أرض هايتي من الخارج، وحال خروجنا من المطار كانت تعم الفوضى في كل مكان، حيث كشفت أنوار الشوارع القليلة والتي لم تُعطل بعد عن كم المباني المنهارة على جانبي الطريق، والتي تراها على امتداد البصر، كما ترى مراكز الإيواء المكتظة بالأكواخ حول المباني الباقية خوفا من توابع الزلزال، حيث كانت الشوارع مكتظة بالأشخاص، بعضهم يقدمون الرعاية الصحية وآخرون يبيعون السلع والكثير منهم يسير على عكازين، بينما يعاني العديد من حالات بتر، كما مررنا على مدرسة التمريض المنهارة، والتي قُتل فيها 200 شخصا في ثواني معدودة، كما مررنا على القصر الرئاسي المنهار، والذي تجمع الحطام على أحد جانبيه.

ولقد ركزنا بشكل أساسي، مثلما الحال في الطب النفسي العسكري، على الضغط المشوش والقلق وأعراض الأمراض المرتبطة بالاكتئاب والرهاب (الفوبيا) والتي تتداخل مع الحزن العادي وكيفية تأهيل المريض للتغلب على هذه الأزمة والعودة إلى حالته الطبيعية في ظل هذا الدمار الجماعي.

وبموارد قليلة وأشخاص محدودة مع عدم وجود وقت كافي، وغالبا ما تكون هناك فرصة واحدة لمساعدة المتضررين، كان علينا أن نكون عمليين وأن نعمل بشكل متصل مع تكثيف جهودنا من خلال تقوية الاتصال بالأسرة والأصدقاء والمجتمع، كما حاولنا أيضا أن نستخدم تقنيات المتابعة البسيطة.

كما قمنا أيضا بتعليم أساسيات الصيدلة الخاصة بالعقاقير النفسية، حيث كانت تلك الأساسيات بسيطة جدا، ليس فقط بسبب مستوى خبرة الأشخاص الذين نعلمهم،

ولكن بسبب الموارد المحدودة جدا التي لدينا. وعلى الرغم من ذلك، إلا أن هذه الأساسيات كانت كافية وعملت على تبسيط خيارات العلاج ومتطلبات التدريس.

ونظرا لأن «علم النفس الفسيولوجي الخاص بالقلق» كان نصب أعيننا، فلقد قمنا بتعليم المرضى بعض التقنيات التي تساعدهم في وقت الطوارئ دون الحاجة لمساعدة الآخرين، مثل التدريب على إعادة تنفس الزفير في حالات ازدياد معدل التنفس ونبضات القلب مع تعليمهم تجربة فالسالفا، كما أننا اعتنينا بأعراض دوارات القلق، وعملنا على التدخل بشكل حاسم في حال بدء تلك الدورة، مستخدمين التجارب السابق ذكرها أو تقنيات التصوير الإيجابي أو الاسترخاء المتتابع لكسر تلك الدورة من التوتر، بالإضافة إلى استخدامنا تقنيات السلوك والسلوك الإدراكي وإضعاف الحساسية للتدخل في حالات القلق وتجنب الفوبيا، كما عملنا أيضا على تسجيل الأحداث اليومية وتحديد المهام، بما في ذلك.إعادة الروابط الأسرية من خلال مناقشات جماعية مخصصة عن عملية الفقدان أو الأشياء التي تمنع وصول الحزن إلى داخل المتضررين.

وفي حالة وجود بعض الكهنة الذين يرفضون إقامة الجنائز بسبب عدم وجود جثة الفقيد للدفن، نوصي بإحضار كهنة آخرين أكثر استنارة لإقامة هذه الطقوس التي تعمل على توحيد الروابط بين أفراد الأسرة، كما تعمل على تنفيس الحزن الدفين في صدور الحاضرين، أما عن صرف الدواء للمرضى، فقد كانت هناك ضوابط لذلك، حيث كنا نصرف الأدوية في يوم محدد في الأسبوع لضمان عودة هؤلاء المرضى مرة أخرى، ولمساعدة الأطباء في هايتي على رؤية قيمة المتابعة والاستمرار في رصد حالة المريض، كما ساعد هذا النظام الأطباء في معرفة ما إذا كان تشخيصهم صحيح أم لا، مع تعلم كيفية تعديل الأدواء ومعرفة تأثيره وكيفية عمله وتأثيره على المريض.وخلال الأسابيع الأولي، فلقد رأينا كثير من الحالات الحادة، والتي تتعلق معظمها بشكل مباشر بالصدمة التي سببها الزلزال، ولكن ومع مرور الوقت، أصبح هناك عدد أقل من الحالات الحادة، مع كثير من الحالات المزمنة أو الشديدة، حيث كانت بعض الحالات مرتبطة بالزلزال وبدأت تتلاشى مع انغماس الزلزال داخل الماضي، حيث نجد أن بعض التغيير يرجع للرجوع الطبيعي للشخصية عقب تلاشي آثار الزلزال من توتر حاد وردود فعل مرتبطة بالصدمة، وهناك تغيير آخر يعكس الرعاية الطبية للعيادات من الناحية الطبية والنفسية.

وفي الواقع كنا نحاول جذب الحالات الحادة بقدر الإمكان، حيث عمل وجود وسمعة العيادة على الانتشار حتى في الجبال وسهول زراعة السكر المحيطة، والتي عملت على جذب المزيد من الحالات المزمنة

وعندما بدأت عيادات الصحة النفسية لدينا في العمل، كانت هناك بعض الحالات القليلة في البداية، ومع انتشار صيتها، تم إحالة الكثير من الحالات، ذلك لأننا كنا في البداية لا نقدم رسالة خدمية، بل كان يتركز هدفنا على تدريب الأطباء والممرضات على كيفية التعامل مع العدد الكبير للمرضى بنجاح، مع بث روح الاهتمام بالعمل داخلهم، ولهذا السبب، خصصنا ندوات عن علم النفس الاجتماعي طوال يوم السبت، كما أنني نجحت أيضا في جذب الطاقم الطبي في مستشفى نوتر دام ليشرعوا في إحالة بعض الحالات على الرغم من رفضهم لهذا في بادئ الأمر، وذلك عن طريق أولا تعليم بعض الطاقم المقيمين في المستشفى والذين دعوتهم لحضور الندوات، ثم عن طريق الاستجابة بشكل فوري لاثنين من المرضى النفسيين الذين سببا كثير من التعب والإرهاق للطاقم الطبي، ومن هذا المنطلق، بدأنا في تطوير علاقة طيبة مشتركة.

ولكن التوقعات الكثيرة في ظل عدم وجود العدد الكافي من العاملين في الرعاية النفسية تعد مشكلة في حد ذاتها، وهو ما يؤكد أهمية تدريب الأطباء في هايتي، والذين ينصب عليهم معظم مهام الرعاية النفسية لدعمهم وتدريبهم على الوفاء بتلك الالتزامات، ذلك لأننا سنقوم بما علينا ثم نعود لأوطاننا، بينما يبقى هؤلاء الأطباء لمواصلة المسيرة.

وأخيرا، وعلى الرغم من أن مركزة تلك الأنواع من عيادات تعليم الصحة العقلية مناسب اقتصاديا، وأنها تبدو كرفاهية في ظل انخفاض دخل المريض، إلا أنه من الأهمية أن نقوم بمثل هذا العمل فيما يخص الأطباء الذين تنصب عليهم معظم المهام العلاجية، حيث يشعر المعلم بجانب الأطباء الذين يتلقون التدريب بالضغط والألم، كما يروا تطورات الواقع، بل بمقدور معظم العاملين من كافة الفئات أن يتعرفوا على المهام التي يتم إنجازها والنتائج الواقعة، وبذلك فإن مهمة التدريب التي توفرها عيادات التعليم تدعم جهود كل فرد في منظومة الرعاية النفسية.

المجلة العالمية للطب النفسي

الناطقة باسم الجمعية العالمية للطب النفسي