المجلة العالمية للطب النفسي

الناطقة باسم الجمعية العالمية للطب النفسى

السنة العاشرة – العدد الثالث

أكتوبر ٢٠١١

محتويات العدد

افتتاحية

تقرير حول تطبيق خطة عمل الجمعية العالمية للطب النفسي 2008 – 2011 ٤
MARIO MAJ

مقالات خاصة

التنبؤ بالفصام والوقاية منه: ماذا أنجز حتى اليوم وما هي الخطوات التالية؟ ٨
J. KLOSTERKÖTTER, F. SCHULTZE- LUTTER, A. BECHDOLF, S. RUHRMANN

الاضطرابات النمائية الفكرية: نحو مسمى وتعريف وإطار جديد «للتخلف العقلي/الإعاقة الفكرية» في تصنيف ICD–11 ١٨
L. SALVADOR-CARULLA, G.M. REED, L. M. VAEZ-AZIZI, S.-A. COOPER, R. MARTINEZ-LEAL ET AL

منتدى

التوسع في تشخيص الاضطراب ثنائي القطب: المنافع والمخاطر ٢٤
S.M. STRAKOWSKI, D.E. FLECK, M. MAJ

تعليقات

التوسع في البنية ثنائية القطب من دون المس بسلامة التشخيص: ٣٠
هل نخاطر بأحد الهدفين على حساب الآخر؟
J.F. GOLDBERG

التوسع في مفهوم الاضطراب الثنائي القطب: كيف نواجه الشك؟ ٣١
M. ZIMMERMAN

توسيع المعايير التشخيصية للاضطراب ثنائى القطب:
لمَ لا نبدأ بالهوس الخفيف؟ ٣٣
S.L. MCELROY

شوائب المفاهيم والتعريفات الحالية الخاصة بالاضطراب ثنائي القطب ٣٤
J. ANGST

الطيف ثنائي القطب: أمجرد توسع أم دمج بين الفئات والأبعاد؟ ٣٥
G.B. CASSANO, V. MANTUA, A. FAGIOLINI

الطيف ثنائي القطب: هل حان وقته؟ ٣٦
E. FRANK

التوسع في الاضطراب ثنائي القطب، بالتصميم أو بمحض الصدفة؟ ٣٨
G.A. CARLSON

تواصلية الاكتئاب أحادي القطب – الاضطراب ثنائي القطب II –
الاضطراب ثنائي القطب I: هل تختلف العلاجات؟ ٣٩
W.A. NOLEN

على حدود الطيف ثنائي القطب:
لمن الغلبة؟ للأعراض العاطفية أم الذهانية؟ ٤٠
H. GRUNZE

الطب النفسي بحاجة إلى التجديد ٤١
T. KATO

تقارير بحثية

الخبرة الذاتية في مراحل الفصام المبكرة:
متابعة مدة خمس سنوات في دراسة كوبنهاجن للبادرات ٤٣
J. PARNAS, A. RABALLO, P. HANDEST, L. JANSSON, A. VOLLMER-LARSEN ET AL

تجربة فعاله عشوائية مضبوطة على العلاج السلوكي المعرفي
لاضطراب كرب ما بعد الصدمة في الأشخاص المتأثرين
بالأعمال الإرهابية في تايلاند ٤٨
R.A. BRYANT, S. EKASAWIN, S. CHAKRABHAND, S. SUWANMITRI, O. DUANGCHUN ET AL

مقالات حول سياسات الصحة النفسية

النظام الصحي النفسي في الصين:
تاريخه، آخر الإصلاحات، وتحديات المستقبل ٥٣
J. LIU, H. MA, Y.-L. HE, B. XIE, Y.-F. XU ET AL

الدروس المستفادة لتطوير الرعاية الصحية
النفسية المجتمعية في أوروبا ٥٩
M. SEMRAU, E.A. BARLEY, A. LAW, G. THORNICROFT

المنظور

تعدد أوجه «الاكتئاب الجسيم» ٦٨
D. GOLDBERG

توصيات الجمعية العالمية للطب النفسي

شراكات من أجل تحسين الصحة النفسية حول العالم: توصيات الجمعية
العالمية للطب النفسي حول أفضل الممارسات في العمل مع المستفيدين
من الخدمات والقائمين بالرعاية العائلية ٧١
J. WALLCRAFT, M. AMERING, J. FREIDIN, B. DAVAR, D. FROGGATT ET AL

رسائل إلى المحرر ٧٩

أخبار مجلة الجمعية العالمية للطب النفسي

معامل التأثير الجديد لمجلة الجمعية العالمية للطب النفسي ٨٢
المؤتمر العالمي الخامس عشر للطب النفسي والجمعية العمومية
للجمعية العالمية للطب النفسي ٨٢

NEW IMPACT FACTOR: 5,562

ISSN 1723-8617

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 الإ دارية 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 تحرير :

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.

تقرير حول تطبيق خطة عمل الجمعية العالمية للطب النفسي 2008 – 2011

Mario Maj

President, World Psychiatric Association

يلخّص التقرير أبرز الأنشطة التي تقوم بها الجمعية العالمية للطب النفسي بهدف تطبيق خطة العمل 2008–2011 التي وافقت عليها الجمعية العمومية في أيلول/سبتمبر 2008 (1,2).

مساهمة الجمعية العالمية للطب النفسي في تطوير التصنيف الدولي للأمراض ICD–11

شاركت الجمعيات الأعضاء ضمن الجمعية العالمية للطب النفسي في المسح الشامل التى أجرته منظمة الصحة العالمية لآراء الأطباء النفسيين حول تصنيف الاضطرابات العقلية، والتى نُشرت نتائجه في المجلة العالمية للطب النفسي (3) و من المتوقع أن يكون له تأثير كبير في عملية إعادة النظر في التصنيف الدولي للأمراض ICD. فتلقّت كل جمعية ملفاً يحتوي على بيانات أولية وعلى نتائج تحليل تلك البيانات.

وتم تعيين عدد من المسؤولين والخبراء في الجمعية العالمية للطب النفسي كرؤساءَ أو كأعضاءَ في فرق للعمل على التصنيف الدولي للأمراض ICD–11. ومن بين الرؤساء و. غابل (فريق عمل حول الاضطرابات الذهانية)، م. ماج (فريق عمل حول الاضطرابات المزاجية والقلقية)، ب. تايرر (فريق عمل حول اضطرابات الشخصية)، ل. سالفادور– كارولا (فريق عمل حول الإعاقات الفكرية)، وأ. غوريخي (فريق عمل حول اضطرابات الجسدنه).

أما رئيس الجمعية العالمية للطب النفسي فهو عضو في المجلس الاستشاري الدولي للتصنيف الدولي للأمراض ICD–11.

تعتبر المجلة العالمية للطب النفسي واحدة من القنوات الأساسية التي يتابع من خلالها المعنيون بالطب النفسي عبر العالم تطوير عملية التصنيف الدولي للأمراض ICD–11. وفي هذا الإطار، نشر المجلس الاستشاري الدولي لتطوير التصنيف الدولي للأمراض ICD–11 مقالة يلخّص فيها العملية برمتها في المجلة (4). ويحتوي هذا العدد على تقرير أعده فريق العمل حول الإعاقات الفكرية (5). وسيتم جمع عدة بحوث أجراها فريق العمل حول الاضطرابات المزاجية والقلقية في ملحق خاص بالمجلة. كما سبق أن نشرت ندوات حوارية حول مواضيع مختلفة متعلقة بتطوير التصنيف ICD–11 وسيتم نشر بعضها في المجلة لاحقاً (مثال: 6–11).

ويتم حالياً إشراك بعض الجمعيات الأعضاء ضمن الجمعية العالمية للطب النفسي في التجارب الميدانية حول التصنيف ICD–11 في عملية ترجمة/تطويع النظام التشخيصي، وسيتم في المستقبل إشراك بعضها الآخر في هذه التجارب.

وتساهم الجمعية العالمية للطب النفسي مساهمة فعّالة في عملية المواءمة بين التصنيف الدولي للأمراض ICD–11 والدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية DMS–5.

برنامج الجمعية العالمية للطب النفسي حول الكوارث

ساهمت الجمعية العالمية للطب النفسي خلال السنوات الثلاث الماضية في إدارة الآثار الصحية التي تخلفها الكوارث الكبرى، وتمثلت هذه المساهمة في عنصرين: أولاً في تدريب الأطباء النفسيين وتوعيتهم، وثانياً في التدخل عند وقوع كارثة كبرى.

تُرجم العنصر الأول على المستوى التطبيقي في سلسلةٍ من ورش العمل التي تهدف إلى إعداد مدربين وإقامة دورات للتوعية.

تهدف ورش عمل إعداد المدربين إلى تدريب الأطباء النفسيين من مختلف أنحاء العالم (مع التركيز على الأكثر عرضة للخطر منهم) على معالجة آثار الكوارث على الصحة النفسية، وذلك ليتسنى لهم تدريب غيرهم من أخصائيي الصحة النفسية في مناطقهم فيصبحون بذلك مورداً لبلدانهم متى وقعت كارثة جديدة.

نظّمت الجمعية ورشة العمل الأولى لإعداد المدربين بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية في جنيف خلال شهر تموز/يوليو 2009 (12). وكان من بين المشاركين أطباء نفسيون أدوا في وقت لاحق دوراً رياديا في معالجة الآثار النفسية للكوارث التي وقعت في بلدانهم، بمن فيهم ي. سوزوكي (الذي ينسّق حالياً عمليات التدخل في الصحة النفسية في محافظة سنداي في اليابان) وي. نياز (الذي تولى تنسيق الجهود في مجال الصحة النفسية بعد الكارثة الأخيرة التي حلت بباكستان). فضلاً عن ذلك، أقيمت ورش عمل لإعداد المدربين في بنغلادش والصين وروسيا ومصر والبرازيل والأرجنتين.

وكان الهدف من دورات التوعية لفت أنظار الأطباء النفسيين في شتى أنحاء العالم إلى آثار الكوارث على الصحة النفسية وإطلاعهم على استراتيجيات الوقاية والتدخل. وقد أقيمت هذه الدورات ضمن كافة الاجتماعات الرئيسية التي عقدتها الجمعية العالمية للطب النفسي في العامين 2010 و2011.

اختلف عنصر التدخل الذي نصت عليه استراتيجية الجمعية العالمية للطب النفسي باختلاف خاصية كل كارثة، فكان التطبيق مختلفاً في كل منها.

في العام 2010، وعلى أثر الكارثة التي حلّت بهاييتي، عملت الجمعية العالمية للطب النفسي بالاشتراك مع الجمعيات الأعضاء والأقسام العلمية ذات الصلة ومع منظمة الصحة العالمية على تعيين أطباء نفسيين متدربين وملمين باللغة الفرنسية ولغة الكريول ممن أبدوا رغبةً في قضاء فترة طويلة في منطقة كوارث. وتجدر الإشارة إلى أن المجلة العالمية للطب

النفسي نشرت للدكتور ك. رافنسكروفت الذي عُيّن ضمن هذه الآلية وخدم لأشهر عدة في هايتي تقريراً في المجلة العالمية للطب النفسي (13).

في العام 2011، في إطار حالات الطوارئ في اليابان ، عملت الجمعية العالمية للطب النفسي بالاشتراك مع الجمعية اليابانية للطب النفسي والعصبي على إطلاق مشروع للتدخل والبحث يتركز على العنصر النووي للكارثة، وهو مشروع ستموّله الحكومة اليابانية. وقد عمل الدكتور إ. بروميت، وهو خبير دولي بارز في آثار الكوارث النووية على الصحة النفسية، مستشاراً في الإعداد للمشروع. وقد نشر بحثان حول هذه المبادرة في المجلة العالمية للطب النفسي (14،15).

المجلة العالمية للطب النفسي

تعتبر المجلة العالمية للطب النفسي، وهي المجلة الرسمية للجمعية العالمية للطب النفسي، الأكثر انتشاراً في العالم، إذ تصل إلى أكثر من 33 ألف طبيب نفسي يتوزعون على 121 بلداً. كما أنها المجلة الدولية الوحيدة التي تعنى بالطب النفسي و تصل إلى الآلاف منهم (16).

تصدر المجلة بشكل دوري بسبع لغات هي الإنجليزية، الإسبانية، الصينية، الروسية، الفرنسية، العربية، والتركية. وتترجم البحوث أو الملخصات الفردية إلى لغات أخرى منها اليابانية والبولندية والرومانية والإيطالية وتنشر على موقع المجلة العالمية للطب النفسي (www.wpanet.org) و/أو مواقع الجمعيات الأعضاء ذات الصلة.

ويبلغ عامل التأثير الذي تشكّله المجلة 5.562، وتحتل المرتبة التاسعة بين 126 مجلة مختصة بالطب النفسي.

ويمكن تحميل كافة المواضيع التي تتناولها المجلة مجاناً من قاعدة بيانات PubMed Central والموقع الخاص بالجمعية العالمية للطب النفسي.

الوثائق الإرشادية للجمعية العالمية للطب النفسي

أصدرت الجمعية العالمية للطب النفسي خلال السنوات الثلاث الماضية أربع وثائق إرشادية تتناول مواضيع مهمة بالنسبة لعمل الأطباء النفسيين في مختلف أنحاء العالم، وهي مواضيع لم يسبق أن تناولتها الإرشادات الدولية في الماضي. وقد أوكِل إلى فرق عمل مختصة تطوير كل من هذه الوثائق الإرشادية التي ترجمت إلى لغات عدة ونشرت على موقع الجمعية وفي المجلة الرسمية للجمعية.

وتتناول الوثائق الخطوات التي يتعين اتخاذها في الرعاية النفسية المجتمعية بالإضافة إلى المعوقات والأخطاء التي يجب تلافيها (17). كما تتناول كيفية مكافحة وصمة الطب النفسي والأطباء النفسيين (18)، والصحة النفسية والرعاية النفسية للمهاجرين (19)، والحماية وتعزيز الصحة النفسية لدى الأطفال من أبوين يعانون من اضطرابات نفسية حادة (20).

برنامج المنح لإجراء البحوث

طبّقت الجمعية العالمية للطب النفسي خلال السنوات الثلاث الماضية برنامجاً لتقديم المنح مدته سنة واحدة يستهدف الأطباء النفسيين المبتدئين من الدول ذات الدخل المتدني أو المتدني–المتوسط. وقد أعدّ البرنامج بالتعاون مع مراكز الامتياز في الطب النفسي المعترف بها دولياً.

ومن بين هذه المراكز قسم الطب النفسي ومعهد وعيادة الطب النفسي في الغرب، المركز الطبي بجامعة بتزبرغ، ببنسيلفانيا، الولايات المتحدة الأمريكية؛ معهد الطب النفسي، كينغز كوليدج، لندن، بريطانيا؛ كلية الطب بجامعة ماريلاند، بالتيمور، ماريلاند، الولايات المتحدة الأمريكية ؛ مركز بحوث الشباب الطبي في أوريجين، جامعة ملبورن، أستراليا؛ وبرنامج الاضطرابات المزاجية، كلية الطب بجامعة كيز وستيرن ريزيرف، كليفلاند، أوهايو، الولايات المتحدة الأمريكية.

وتم اختيار ستة أطباء نفسيين مبتدئين (ثلاثة من آسيا، واثنين من أفريقيا، وواحد من أمريكا اللاتينية) بعد دعوة نشرت على موقع الجمعية. وقد تعهد هؤلاء الأطباء بتطبيق ما تعلموه من هذه المبادرة في بلدهم الأم. وتجدر الإشارة إلى أن التقارير البينية والنهائية التي أعدها هؤلاء الأطباء عن تجربتهم متوفرة على موقع الجمعية.

مشاريع البحث الممولة من الجمعية العالمية للطب النفسي

موّلت الجمعية العالمية للطب النفسي خلال السنوات الثلاث الماضية عدداً من مشاريع الأبحاث التعاونية التي تم اختيارها على أساس دعوات دولية نشرت على موقع الجمعية.

تتناول هذه المشاريع العوامل التي تسهّل أو تعيق امتهان الطب النفسي لدى طلاب الطب، كما تتناول مسألة وصمة الطب النفسي والأطباء النفسيين؛ والاكتئاب وانخفاض المعنويات والخلل الوظيفي لدى مرضى السرطان؛ والمراقبة الأيضية والرعاية المركزة لمرضى الفصام؛ والإدماج الاجتماعي للمصابين بالأمراض النفسية الحادة.

وتجدر الإشارة على ان التقارير البينية عن هذه المشاريع متوفرة على موقع الجمعية.

المنتجات التثقيفية والتوصيات الصادرة عن الجمعية

أصدرت الجمعية العالمية للطب النفسي بالتعاون مع دار وايلي–بلاكويل للنشر خلال السنوات الثلاث الماضية سلسلة كتب تتناول مسألة التعرّف على التزامنية المرضية للاكتئاب مع مرض السكري وأمراض القلب والسرطان والدراسة الوبائية لهذه التزامنية وقدراتها الإمراضية وأوجهها الثقافية وكلفتها الطبية والتعامل معها (21–23).

وانطلاقاً من هذه الكتب، أصدرت الجمعية ثلاث مجموعات من الشرائح قامت بتوزيعها على الجمعيات الأعضاء. وتتوفر الشرائح المتعلقة بالاكتئاب ومرض السكري على موقع الجمعية العالمية للطب النفسي بسبع عشرة لغة (الإنجليزية، الفرنسية، البرتغالية، الإسبانية، الإيطالية، الأستونية، الكرواتية، الألمانية، السويدية، الأذربيجانية، البوسنية، الرومانية، التشيكية، الروسية، الأندونيسية، البنغالية، واليابانية). وتتوفر الشرائح المتعلقة بأمراض القلب والاكتئاب والسرطان بثماني لغات مختلفة.

كما استحدثت الجمعية وحدة تعليمية عن الأمراض الجسدية لدى المرضى المصابين باضطرابات نفسية حادة نشرت في جزئين في المجلة العالمية للطب النفسي (24،25) وعلى الموقع الرسمي للجمعية. وقد ترجمت هذه الوحدة أو تتم ترجمتها حالياً إلى لغات عدة. كما أصدرت الجمعية مجموعتين من الشرائح انطلاقاً من هذه الوحدة ونشرتها على الموقع.

وقام فريق دولي خلال السنوات الثلاث الماضية باستحداث نموذج تعليمي خاص بالجمعية للطلاب والمتخرجين حول الطب النفسي والصحة النفسية. وقد نُشر هذا النموذج على الموقع وتتم ترجمته إلى لغات عدة.

وتم تخصيص أقسام خاصة على موقع الجمعية لإتاحة الفرصة أمام الأطباء النفسيين للتعلّم المتواصل ولتثقيف عامة الناس فيما يتعلق بالأمراض النفسية. كما تتضمن هذه الأقسام تجارب ناجحة أجريت في مجال الطب النفسي.

و من جهتها، أصدرت لجنة الأخلاقيات التابعة للجمعية العالمية للطب النفسي مجموعة من التوصيات حول علاقة الأطباء النفسيين ومنظمات الرعاية الصحية التي تعنى بالطب النفسي وجمعيات الطب النفسي بقطاع صناعة الأدوية. وقد نشرت هذه الوثيقة في المجلة (26) وعلى موقع الجمعية.

كما أصدر فريق دولي مجموعة من التوصيات بشأن الممارسات الفضلى في العمل مع المستفيدين من هذه الخدمات ومع هيئات الرعاية العائلية. وهذه الوثيقة ترد في العدد الحالي (27).

ورش عمل تدريب المدربين والدورات التعليمية

نظمت الجمعية العالمية للطب النفسي في العامين 2009 و2010 سلسلة من الورش لإعداد المدربين تهدف إلى إدراج الرعاية النفسية ضمن الرعاية الأولية في نيجيريا وسريلانكا. وقد استهدفت هذه الورش التي أقيمت بالتعاون مع الحكومات المحلية ممرضين وخبراء إكلينيكيين ممن يعملون في المستوصفات والمراكز الصحية، تلتها مرحلة مراقبة للمشاركين (28). ويمكن الاطلاع على التقارير المفصلة حول هذه الورش على موقع الجمعية.

بالإضافة إلى ذلك، نظمت الجمعية دورات تعليمية حول مسائل ذات صلة وثيقة بممارسات الطب النفسي في أبوجا في نيجيريا، وساو باولو في البرازيل، وداكا في بنغلادش، وسان بيترسبرغ في روسيا، وبكين في الصين، والقاهرة في مصر، ويرفان في أرمينيا، وإسطنبول في تركيا.

وشاركت الجمعية في رعاية ورش عمل حول القيادة والمهارات المهنية للأطباء النفسيين من الشباب في سنغافورة ونيجيريا وتركيا.

مجلس أطباء النفس المبتدئين التابع للجمعية العالمية للطب النفسي

تأسس خلال السنوات الثلاث الماضية مجلس الأطباء النفسيين المبتدئين في الجمعية العالمية للطب النفسي. وقامت الجمعيات الأعضاء بتعيين أعضاء هذا المجلس الذين توزعوا على خمس مناطق جغرافية (أوروبا 1، أوروبا 2، آسيا/أستراليا–آسيا، أفريقيا والشرق الأوسط، والأميركيتين)، كما عُيِّن منسق لكل منهما.

أصدر المجلس بحوثاً ووثائق للمجلة (29) وللموقع الرسمي للجمعية، كما نظم ندوات حوارية خلال اجتماعات علمية متعددة، وأجرى مسوحات، وشارك في ترجمة ومواءمة الشرائح التي تصدرها الجمعية المتعلقة بالاكتئاب والأمراض الجسدية.

وقد انعقد الاجتماع الأول للمجلس خلال المؤتمر العالمي الخامس عشر للطب النفسي.

الإصدارات الصحفية

خلال السنوات الثلاث الماضية، أعدت الجمعية العالمية للطب النفسي إصدرات صحفية دورية تتناول مواضيع الصحة النفسية. ومن بين الإصدارات التي حظيت بتغطية إعلامية واسعة تلك التي ركزت على بحثين نشرا في المجلة: التقرير حول الصحة النفسية في العراق (30) التي تناولته مقالات نشرت في صحيفة إنترناشونال هيرالد تريبيون وصحيفة نيويورك تايمز وواشنطن بوست؛ وبحث حول عدم التكافؤ المتعلق بالدخل في انتشار الاكتئاب والسلوك الانتحاري (31) والذي شمله مقال في صحيفة يو. أس. إي. توداي.

يضاف إلى تلك الإصدارات إصدار آخر حظي بتغطية إعلامية واسعة تناول المؤتمر الدولي للجمعية العالمية للطب النفسي الذي عقد في فلورنسا في نيسان/أبريل 2009 والذي ركز على العلاقة بين مشاكل النوم والانتحار، والذي تناولته مقالات نشرت في صحيفتي الغارديان وديلي تلغراف.

أنشطة تعاونية أخرى بين الجمعية العالمية للطب النفسي ومنظمة الصحة العالمية

طبقت الجمعية العالمية للطب النفسي خلال السنوات الثلاث عدداً من المبادرات الأخرى بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية (32).

ففي تشرين الأول/أكتوبر 2009، نظمت الجمعية بالاشتراك مع منظمة الصحة العالمية في أبوجا بنيجيريا طاولة مستديرة لرسم السياسات شارك فيها وزراء صحة وصناع سياسات رفيعي المستوى وقادة محترفين من تسعة بلدان أفريقية وقد حددت برنامج للعمل على ثغرات الصحة النفسية لانها بحاجة إلى دعم مكثف لتوسيع خدمات الصحة النفسية. وهذه البلدان هي بورندي، ساحل العاج، جمهورية الكونغو الديمقراطية، إثيوبيا، غانا، كينيا، ليبيريا، ملاوي، ونيجيريا. وتمخض عن هذه الطاولة المستديرة قرار بتطوير خرائط طرق للرعاية النفسية في تلك البلدان.

ساهم خبراء الجمعية في إصدار دليل التدخل الخاص ببرنامج العمل على ثغرات الصحة النفسية بالإضافة إلى أطلس منظمة الصحة العالمية لسبل الوقاية من الإدمان وعلاجه.

أنشطة أخرى بالتعاون مع الدول الأعضاء

شارك الكثير من الجمعيات الأعضاء في الجمعية العالمية للطب النفسي في المسح الذي أجرته الجمعية حول الاستراتيجيات الواجب اتباعها لتقليل الفجوة لعلاج الاضطرابات النفسية، والتي نشرت نتائجه كاملة في المجلة (33)، وستيم تلخيصه في بحث ينشر في مجلة «ذا لانسيت».

ساعدت الجمعية العالمية للطب النفسي خلال السنوات الثلاث الماضية الكثير من الجمعيات الأعضاء في التفاعل مع المؤسسات الوطنية فيما يتعلق بالسياسات أو بتطوير المناهج التعليمية. ونُشرت بحوث حول هذا التعاون بالاشتراك مع الجمعية التشيكية للطب النفسي، والجمعية المجرية للطب النفسي، والجمعية البرازيلية للطب النفسي، والجمعية البرتغالية للطب النفسي.

ونظّمت الجمعية خلال السنوات الثلاث الماضية اجتماعات علمية في القارات كافة، ودائماً بالاشتراك مع الجمعيات الأعضاء فيها (35). وقد

لقي المؤتمر العالمي الخامس عشر للطب النفسي والذي نظّم بالاشتراك مع الجمعيات الأعضاء في الأرجنتين الحضور الأكبر في تاريخ مؤتمرات الجمعية.

كما شاركت الجمعية في رعاية الكثير من مؤتمرات الجمعيات الأعضاء التي ضمت ندوات حوارية أو دورات في التعليم الطبي المتواصل (CME) التي شاركت الجمعية أيضاً في تنظيمها. كما عقد مسؤولو الجمعية اجتماعات رسمية مع مسؤولي الجمعيات الأعضاء و/أو أعضاء فيها على هامش مؤتمرات وطنية عدة، وذلك بهدف بحث الأولويات المحلية وتقديم النصح. وفي كثير من الأحيان كان مسؤولو الجمعية ومسؤولو الجمعيات الأعضاء يعقدون مؤتمرات صحفية مشتركة أو يشاركون في برامج حوارية.

كما تخللت عدة اجتماعات علمية عقدتها الجمعية ندواتٌ قدم فيها مسؤولو الجمعيات الأعضاء شرحاً عن هيكلية مؤسساتهم وأنشطتها وأجابوا عن استفسارات وقدموا النصح حول مواضيع محددة.

كما اعتمدت الجمعية خلال السنوات الثلاث مبادرة لدعم تأسيس مجلات وطنية تعنى بالطب النفسي في البلدان ذات الدخل المتدني والمتدني–المتوسط. وقد عمل فريق مع محررين من مجلات مختارة لتعزيز فرصهم في الفهرسة في قاعدة البيانات الدولية (36). وبالفعل، تم مؤخراً إدراج عدد من المجلات التي شارك محرريها في هذا المشروع في ضمن قواعد البيانات الدولية.

الدعم المالي لخطة العمل

لقيت الأنشطة التي تضمنتها خطة العمل دعماً من اتحاد مكوّن من مانحين معنيين وغير معنيين بهذا القطاع. ولم يكن لدى المانحين أي معطيات حول مضمون الخطة واختيار الأشخاص الذين سيشاركون في تطبيقها. ولم يتحمل أي من الأطراف تكاليف رعاية أنشطة خطة العمل بمفرده.

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. Reed GM, Correia JM, Esparza P et al. The WPA-WHO Global Survey of Psychiatrists' Attitudes Towards Mental Disorders Classification. World Psychiatry 2011;10:118-31.
4. International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders. A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. World Psychiatry 2011;10:86-92.
5. Salvador-Carulla L, Reed GM, Vaez-Azizi LM et al. Intellectual developmental disorders: towards a new name, definition and framework for "mental retardation/intellectual disability" in ICD- 11. World Psychiatry 2011;10:175-80.
6. Krueger RF, Bezdjian S. Enhancing research and treatment of mental disorders with dimensional concepts: toward DSM-V and ICD- 11. World Psychiatry 2009;8:3-6.
7. Ustun B, Kennedy C. What is "functional impairment"? Disentangling disability from clinical significance. World Psychiatry 2009; 8:82-5.
8. Zisook S, Shear K. Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. World Psychiatry 2009;8:67-74.
9. Alarcon RD. Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: review and projections. World Psychiatry 2009;8:131-9.
10. Strakowski SM, Fleck DE, Maj M. Broadening the diagnosis of bipolar disorder: benefits vs. risks. World Psychiatry 2011;10:181-6.
11. Westen D. Prototype diagnosis of psychiatric syndromes. World Psychiatry (in press).
12. van Ommeren M, Jones L, Mears J. Orienting psychiatrists to working in emergencies: a WPA-WHO workshop. World Psychiatry 2010;9:121-2.
13. Ravenscroft K. My experience in Haiti: a brief report. World Psychiatry 2010;9:191-2.
14. Bromet EJ. Lessons learned from radiation disasters. World Psychiatry 2011;10:83-4.
15. Akiyama T. Addressing the mental health consequences of the Japan triple catastrophe. World Psychiatry 2011;10:85.
16. Maj M. The new impact factor of World Psychiatry. World Psychiatry 2010;9:129-30.
17. 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.
18. Sartorius N, Gaebel W, Cleveland HR et al. WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. World Psychiatry 2010;9:131-44.
19. Bhugra D, Gupta S, Bhui K et al. WPA guidance on mental health and mental health care in migrants. World Psychiatry 2011;10:2-10.
20. Brockington I, Chandra P, Dubowitz H et al. WPA guidance on the protection and promotion of mental health in children of persons with severe mental disorders. World Psychiatry 2011;10:93-102.
21. Katon W, Maj M, Sartorius N (eds). Depression and diabetes. Chichester: Wiley-Blackwell, 2010.
22. Glassman A, Maj M, Sartorius N (eds). Depression and heart disease. Chichester: Wiley-Blackwell, 2011.
23. Kissane DW, Maj M, Sartorius N (eds). Depression and cancer. Chichester: Wiley-Blackwell, 2011.
24. De Hert M, Correll CU, Bobes J et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. World Psychiatry 2011;10:52-77.
25. De Hert M, Cohen D, Bobes J et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. World Psychiatry 2011;10:138-51.
26. Appelbaum P, Arboleda-Florez J, Javed A et al. WPA recommendations for relationships of psychiatrists, health care organizations working in the psychiatric field and psychiatric associations with the pharmaceutical industry. World Psychiatry 2011;10:155-8.
27. Wallcraft J, Amering M, Freidin J et al. Partnerships for better mental health worldwide: WPA recommendations on best practices in working with service users and family carers. World Psychiatry 2011;10:229-36.
28. Gureje O. The WPA Train-the-Trainers Workshop on Mental Health in Primary Care (Ibadan, Nigeria, January 26-30, 2009). World Psychiatry 2009;8:190.
29. Fiorillo A, Lattova Z, Brahmbhatt P et al. The Action Plan 2010 of the WPA Early Career Psychiatrists Council. World Psychiatry 2010;9:62-2.
30. 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.
31. Hong J, Knapp M, McGuire A. Income-related inequalities in the prevalence of depression and suicidal behaviour: a 10-year trend following economic crisis. World Psychiatry 2011;10:40-4.
32. Maj M. WPA-WHO collaborative activities 2009-2011. World Psychiatry 2009;8:129-30.
33. Patel V, Maj M, Flisher AJ et al. Reducing the treatment gap for mental disorders: a WPA survey. World Psychiatry 2010;9:169-76.
34. Maj M. The rights of persons with mental disorders: the perspective of the World Psychiatric Association. Lancet (in press).
35. Okasha T. WPA forthcoming scientific meetings. World Psychiatry 2009;8:191-2.
36. Kieling C, Herrman H, Patel V et al. Indexation of psychiatric journals from low- and middle-income countries: a survey and a case study. World Psychiatry 2009;8:40-4.

مقالة خاصة

التنبؤ بالفصام والوقاية منه: ماذا أنجز حتى اليوم وما هي الخطوات التالية؟

Joachim Klosterkötter[1], Frauke Schultze-Lutter[2], Andreas Bechdolf[1,3], Stephan Ruhrmann[1]

[1]Department of Psychiatry and Psychotherapy, University of Cologne, Kerpener Strasse 62, 50924 Cologne, Germany; [2]University Hospital of Child and Adol Psychiatry, Research Department, Bern, Switzerland; [3]Department of Psychiatry, University of Melbourne, Australia

تبذل في الطب الحديث جهود قوية للتكهن بالأمراض والوقاية منها. وتعتبر الاضطرابات النفسية خير موضوع لتطبيق هذا البرنامج. ولا تملك ما تعرف بمؤشرات الخطر العصبي–البيولوجي والنفسي–الاجتماعي القدرة الكافية على التكهن بالإصابة بالمرض وذلك لإتاحة الوقاية الانتقائية في المرضى اللا أعراضيين المعرضين لخطر الإصابة. ولكن ما إن تتحول الأعراض الأساسية المنبئة ثم الأعراض ما قبل الذهانية العالية الاختطار إلى مرحلة البادرات الأولية ذات السنوات الخمس، فعندئذ يمكن التنبؤ بالإصابة الوشيكة بالمرض بنسبة عالية من الدقة. وتشير نتائج البحوث إلى استراتيجية الوقاية التفريقية بواسطة العلاج المعرفي السلوكي في الحالات البادرية الأولية المبكرة وبواسطة مضادات الذهان اللانموذجية بجرعات منخفضة في الحالات البادرية الأولية المتأخرة. أما الأنشطة الأكثر أهمية في المستقبل فتتمثل في تعزيز القدرة على التنبؤ بالمرض بواسطة إغناء عوامل الاختطار والتصنيف الثرائحي، بالإضافة إلى التأكيد على استراتيجيات الوقاية المتبعة حالياً واستحداث استراتيجيات مماثلة، مع تركيز أكبر على سببيات الاضطراب. كذلك، ستساهم مقاربة التنبؤ بالمرض والوقاية منه في إدماج أعراض الخطر ضمن معايير دليل DSM–5.

الكلمات الرئيسية: الفصام، عوامل الاختطار، سير المرض المبكر، الأعراض الأساسية، الأعراض العالية الاختطار، التصنيف المرحلي للخطر، الوقاية التفريقية

منذ استبدال النموذج السريري بالنموذج الجزئي الحديث، اتخذ الطب منحنى جديداً. فأصبح «التنبؤ» و«الوقاية» و«الشخصنة» الكلمات الرئيسية التي من شأنها تنظيم هذه المقاربة الجديدة. والطب النفسي، شأنه شأن المجالات الطبية الأخرى، وسّع إطار تركيزه من التشخيص والعلاج إلى كشف خطر تطور المرض وتقديره والتنبؤ ببدايته، فضلاً عن الاستراتيجيات الكفيلة بتلافي ظهوره (1–4).

وعلى الرغم من التقدم الكبير الذي شهده علاج الفصام في العقود الماضية، ما زال سير المرض لدى عدد كبير من المرضى يتخذ منحنىً مزمناً غير مؤاتٍ (5،6)، مما يجعل الفصام سبباً رئيسياً للإعاقة الوظيفية الدائمة لمن هم دون سن الأربعين في ألمانيا (7)، كما يحل في المرتبة الثامنة بين الأسباب الأكثر انتشاراً لعدد سنوات العجز عن العمل المحسوب والناتجه عن المرض والوفاة المبكرة (DALYs) بين سن الخامسة عشر والرابعة والثلاثين في العالم (8) وذلك على الرغم من انتشاره المحدود. كذلك، يترتب على الإصابة بالفصام تكاليف اجتماعية ضخمة مباشرة وغير مباشرة (9) وهو يشكل عبئاً مادياً على المرضى وعائلاتهم (8،10).

يتضح مع الوقت أن الفصام اضطراب معقد ذو خصائص وراثية متعددة المنشأ وأن قدراته الإمراضية تتأثر تأثراً كبيراً بالتفاعلات بين مختلف الجينات وبين الجينات والبيئة. وقد ثبت بشكل متكرر ارتباط المرض بمتغيرات جينات dysbindin وneuregulin–1، والموضع الجيني G72 وجين DAOA (D–amino acid oxidase activator). ويتركز البحث كما هو الحال في غيره من الأمراض المعقدة على تحديد خصائص الاستعداد المتعدد المنشأ وتوضيح تأثيره على تطور النمط الظاهري (11). وتتراوح مناهج البحث بين علم الوراثة الجزيئي عبر البحث البروتيومي إلى بيولوجيا الخلايا والفزيولوجيا العصبية والتصوير الدماغي البنيوي والوظيفي وعلم النفس العصبي. وانطلاقاً من هذه المناهج، تم تحديد مؤشرات عدة لخطر مرتفع للإصابة بالفصام. إلا أن عوامل الاختطار العصبية–الحيوية المعترف بها حالياً ليست كافية للتنبؤ بالمرض ولتطوير وتطبيق تدابير الوقاية «الانتقائية» التي تستهدف الأشخاص اللا أعراضيين المعرضين لخطر الإصابة بالمرض. أما بالنسبة إلى عوامل الاختطار العصبية النفسية، أصبح ذلك واضحاً مع محاولة مجموعة الدراسات الطولية للبادرات في أميركا الشمالية (NAPLS) تحسين النموذج المتعدد المتغيرات عبر دمج المتغيرات العصبية–المعرفية التي تناولها البحث (12).

ثمة أيضاً عوامل اختطار بيئية مثبتة تشير إلى الإصابة بالفصام، مثل مضاعفات الحمل أو الولادة، والنشوء في مدينة كبيرة، ومعدل الذكاء المتدني ولكن الطبيعي وتعاطي المخدرات. ولكن في ظل نسبة أرجحية تبلغ 2 تقريباً، يبدو أن هذه العوامل قد تزيد من خطر الإصابة بالمرض خلال حياة الإنسان زيادة طفيفة (13). وعليه، فإن عوامل الاختطار المعروفة حالياً، سواء أخذت مجتمعة أو كل على حدة، لا يمكن اعتمادها للتنبؤ بالمرض والوقاية منه من دون معرفة الأساس الاستعدادي الكامل للإصابة بالمرض والتفاعلات الجينية–الجينية والجينية–البيئية، والتي قد تكون متعددة.

إزاء هذا الوضع، يمكن القول إن الجهود المبذولة حالياً للتنبؤ بالمرض والوقاية منه ما زالت في مرحلة مبكرة وأن ثمة حاجة إلى تطوير أكبر للبحوث التي تجرى على سببيات المرض. إلا أن مراكز الكشف المبكر والوقاية من المرض التي تأسست أول ما تأسست في ملبورن، أستراليا وفي كولونيا، ألمانيا في منتصف التسعينيات ولاحقاً في أماكن أخرى حول العالم ساهمت في تكوين رؤية جديدة. وكانت هذه الرؤية ثمرة البحوث الاسترجاعية التي أجريت على المراحل المبكرة لتصل للذهان، حيث الاضطرابات الباثوفسيولوجية الناشطة في نمو الدماغ تتعدى الشذوذات السلوكية المبكرة إلى أعراض ذات اختطار مبكر وأعراض خطر فوق عالي (UHR) يمكن تحديدها بالباثولوجية–النفسية، وذلك بالاعتماد على مجموعة مسببات للضغط النفسي وعوامل المرونة لدى الشخص المعني. أظهر بحث النوبة الذهانية الأولى (FEP) أن تفشي المرض تسبقه في 70% إلى حوالي 100% من الحالات بادرة أولية تدوم مدة يتراوح

معدلها ما بين خمس إلى ست سنوات. وحتى في أنظمة الرعاية الصحية الأكثر تطوراً، فإن البدء بالعلاج الملائم لا يبدأ إلا بعد مرور سنة تقريباً من ظهور الأعراض الذهانية الإيجابية (14،15).

إن الفترة التي لا تتم خلالها معالجة النوبة الذهانية الأولى (أي فترة الذهان غير الخاضعة للعلاج، DUP) ترتبط بـ: اختفاء الأعراض بشكل متأخر أو غير كامل؛ الحاجة إلى علاج مطوّل وارتفاع خطر الانتكاس؛ امتثال أقل للعلاج وزيادة العبء على العائلة وارتفاع مستوى "الانفعالات المعبرة"؛ ارتفاع خطر الإصابة بالاكتئاب أو خطر الانتحار؛ زيادة تأثير الحالة على عمل الفرد أو على دراسته؛ ارتفاع الميول السلوكي نحو تعاطي المخدرات والجنوح؛ وارتفاع واضح فى تكاليف العلاج (16).

وقد أثبت التحليل البعدي هذا الترابط مؤخراً (17)، بمعاملات تتراوح بين 0،285 و0،434 (نطاق ثقة 95%). وهذا لا يدعم الحجة القائلة بإمكانية علاج النوبة الذهانية الأولى في وقت مبكر فحسب، بل يدفع أيضاً إلى بذل جهود منظمة للحد من حدوث الذهان عن طريق الوقاية المحددة.

التنبؤ بالإصابة بالفصام باستخدام معايير الأعراض الأساسية

أظهرت دراستان حول المرحلة المبكرة التي تسبق مرحلة النوبة الذهانية الأولى أن الأعراض الأولى والأكثر شيوعاً التي تسود خلال المرحلة البادرية هي غير محددة ولا يمكن تمييزها عن اختلالات المزاج والحوافز والاتصال واشتداد النوبات الاكتئابية. وهاتان الدراستان هما دراسة «السن – البداية – وسير المرض» الخاصة بالفصام والمعروفة بدراسة (ABC) وهي دراسة استرجاعية بمناهج محسنة (14)، ودراسة كولونيا للكشف المبكر (CER) وهي دراسة طويلة الأمد بفترة متابعة لا يتعدى معدلها العشر سنوات (18). كما كشفت هاتان الدراستان عن اختلالات معرفية كبيرة على شكل اضطرابات يختبرها الفرد على مستوى التفكير والكلام والعمليات الإدراكية. هذه المجموعة الفرعية مما يسمى بالأعراض الأساسية كانت على مستوى عالٍ من التحديد وكان لها قدرة تنبؤية إيجابية عالية، وكانت مصحوبة بمعدلات منخفضة من التوقعات الإيجابية الخاطئة (21–19).

تم تحديد الأعراض الأساسية للمرة الأولى بشكل إجرائي في مقياس بون لتقييم الأعراض الأساسية (BSABS). ثم تم لاحقاً تطوير نسخ أقصر لهذا المقياس خاصة بالراشدين والأطفال والمراهقين – أداة التعرض للإصابة بالفصام، نسخة الراشدين (A–SPI) وأداة التعرض للإصابة بالفصام، نسخة الأطفال واليافعين (SPI–CY) انطلاقاً من التحاليل البعدية (22–24). وفي حين أن مقياس BSABS يسمح فقط بتقييم الحالة الراهنة، تتيح نسخة A–SPI ونسخة CY–SPI بترتيب الأمراض حسب خطورتها وفقاً لتكرار حدوثها خلال الأشهر الثلاثة السابقة.

تمت ضمن دراسة CER متابعة 385 مريضاً يعتقد أنهم في مرحلة الفصام البادرية خلال فترة معدلها 9،6 بهامش(±7.6) سنة من النقطة القاعدية. وقد لوحظ أن 20% من الحالات الإيجابية الأولية بحسب المعايير (1 من أصل 66 عارض أساسي) التي وافقت على الخضوع للمتابعة أصيبت بالفصام بعد 12 شهراً، و17% منها بعد 24 شهراً، و13% بعد 36 شهراً، وأخيراً 70% منها بعد متوسط 4 سنوات ونصف؛ أي أن 30% فقط من هؤلاء الأشخاص لم يصابوا بالفصام. فكان وجود عارض أساسي واحد على الأقل أو غيابه كفيلاً بالتنبؤ بالإصابة بالفصام من عدمه في 78،1% من الحالات. وتظهر التحاليل الإضافية أنه تم تطوير معياري للإعراض الأساسية المتداخلة بشكل جزئي للحالات النفسية المعرضة لخطر الذهان(ARMS)، ولا سيما الفصام (الجدول 1).

اعتمد المعيار الأول الذي يتألف من عشرة أعراض أساسية معرفية–إدراكية (COPER) على نتائج متعلقة بالدقة التنبؤية للأعراض الأساسية عند الفرد (18،25). أما المعيار الثاني فاعتمد على عملية إعادة التحليل المنهجية للبيانات المحددة نفسها التي اختيرت فيها عينة عنقودية من تسع أعراض أساسية معرفية بشكل متكرر على أنها الأكثر تنبؤاً. وأطلق على هذه العينة اسم «الاضطرابات المعرفية» (COGDIS). ومن حيث

الجدول ١ تعريف الحالة النفسية المعرضة لخطر الإصابة بالذهان استناداً إلى الأعراض الأساسية ودقتها التنبؤية في دراسة كولونيا للكشف المبكر (CER)

المعيار	الدقة التنبؤية
الأعراض الأساسية المعرفية–الإدراكية (COPER) على الأقل أي من هذه الأعراض الأساسية العشرة ذات علامة SPI–A/SPI–CY البالغ ٣≤ خلال الأشهر الثلاثة الأخيرة والحدوث الأول ≤ ١٢ شهراً مضت: التداخل في التفكير، المواظبة غير المبررة على التفكير، ضغط التفكير، انقطاع حبل التفكير، الاضطراب اللغوي الاستقبالي، ضعف القدرة على التمييز بين الأفكار والإدراك، الخيال والذكريات الحقيقية، عدم استقرار الأفكار المرجعية، الغربة عن الواقع، اضطرابات الإدراك البصري (باستثناء تغيم الرؤية والحساسية المفرطة للضوء)، اضطرابات الإدراك السمعي (باستثناء الحساسية المفرطة للأصوات أو الضجيج)	الحساسية = 87. النوعية = 54. القيمة التنبؤية الإيجابية = 65. القيمة التنبؤية السلبية = 82. نسبة الترجيح الإيجابية = 1.89 نسبة الترجيح السلبية = 24. نسبة الأرجحية = 7.86 الإيجابيات الخاطئة = 23.1% السلبيات الخاطئة = 6.3%
الاضطرابات المعرفية (COGDIS) على الأقل اثنان من هذه الأعراض الأساسية التسعة ذات علامة SPI–A/SPI–CY البالغ ٣≤ خلال الأشهر الثلاثة الأخيرة: عدم القدرة على فصل التركيز، التداخل في التفكير، ضغط التفكير، انقطاع حبل التفكير، الاضطراب اللغوي الاستقبالي، اضطراب اللغة التعبيرية، عدم استقرار الأفكار المرجعية، اضطرابات التفكير المجرد، استحواذ تفاصيل المجال البصري على التركيز	الحساسية = 67. النوعية = 83. القيمة التنبؤية الإيجابية = 79. القيمة التنبؤية السلبية = 72. نسبة الترجيح الإيجابية = 3.94 نسبة الترجيح السلبية = 40. نسبة الأرجحية = 9.91 الإيجابيات الخاطئة = 8.8% السلبيات الخاطئة = 16.3%

SPI–A – أداة التعرض للإصابة بالفصام، نسخة الراشدين؛ SPI–CY – أداة التعرض للإصابة بالفصام، نسخة الأطفال واليافعين

الدقة التنبؤية العامة، اختلف المعياران اختلافاً طفيفاً في دراسة CER، إذ تبين أن عينة COGDIS أكثر تحفظاً من عينة COPER، مما يعني أداءً أفضل في التنبؤ بالفصام على حساب أداء أسوأ في استبعاد الإصابة به. وبلغت نسبة الانتقال خلال فترة متابعة معدلها لا يزيد عن عشر سنوات 65% لعينة COPER و79% لعينة COGDIS، حيث حدثت غالبية الانتقالات خلال السنوات الثلاث الأولى بعد النقطة المرجعية.

في دراسة استشرافية ثانية (26) أجريت على نسخة A–SPI وبمتابعة نظامية مدتها 24 شهراً، تبين أن 38% من الأشخاص موضوع البحث الـ146 المعرضين للخطر والذين شملهم البحث في مرحلة أولية أصيبوا بذهان واضح، وتحديداً بالفصام، خلال فترة متوسطها 12،3 شهراً (10.4±) (48–1؛ متوسط=9) وفقاً لعينة COPER. وعليه تأكدت نتائج دراسة CER. ومرة جديدة تبين أن عينة COGDIS كانت أكثر تحديداً ولكنها أقل حساسية من عينة COPER.

بناءً على هذه النتائج، اعتُمدت الأعراض الأساسية التنبؤية كمجموعة من المعايير التي تسمح بتقييم الخطر في البحث الدولي للكشف المبكر عن الذهان. وعلى وجه التحديد، استخدمت الشبكة الألمانية للبحوث حول الفصام هذه الأعراض إلى جانب معيار مشترك يجمع بين التدهور الوظيفي والخطر البيولوجي من أجل تحديد «حالات الذهان المعرضة للخطر في مراحلها المبكرة» (ERPS)، مما يمهد لنموذج تصنيف المراحل السريرية (الشكل 1).

التنبؤ بالفصام باستخدام المعايير فوق العالية UHR

تظهر في غالب الأحيان الأعراض الإيجابية الشائعة في حالات الفصام – مثل الضلالات والهلاوس واضطرابات شكل التفكير – للمرة الأولى على شكل مخفف أو عابر خلال المرحلة البادرية الأولية. ويمكن الاستناد إلى هذه الأعراض للتنبؤ بالنوبة الذهانية الأولى، وتحديداً على المدى القصير. وقد استخدمت علامات التحذير من هذا النوع كمعايير خطر فوق عالي UHR (27،28).

وعلى الرغم من أن هذه المعايير تختلف باختلاف الدراسات، إلا أنها بشكل عام تتألف من ثلاثة عناصر بديلة: الأعراض الإيجابية المخففة (APS) والأعراض الذهانية المتقطعة المحدودة الوجيزة (BLIPS)، أو اجتماع عامل خطر أو أكثر (مع احتساب عامل الخطر الوراثي دائماً) مع تدهور وظيفي خلال فترة زمنية محددة سابقة.

عمدت مجموعة ملبورن إلى تأكيد معايير الخطر فوق العالي UHR فطوّرت بشكل تدريجي أداة محددة هي أداة تقييم الحالات النفسية

الشكل 1 الحالة البادرية المبكرة والمتأخرة: مقاربة للتصنيف السريري للمراحل

الجدول 2 الدقة التنبؤية لمختلف منبئات الذهان

الدراسة	معايير التعرض للخطر	المتابعة	المنبئات	الحساسية	النوعية	PPV	NPV	LR إيجابية	LR سلبية
Klosterkötter وآخرون (18)؛ Schultze–Lutter وآخرون (25)	BS	9.6±7.6 سنوات	BS 1/66 إيجابية BS 1/10 معرفية–إدراكية (COPER) BS 2/9 معرفية (COGDIS)	0.98 0.87 0.67	0.59 0.54 0.83	0.70 0.65 0.79	0.96 0.82 0.72	2.4 1.9 3.9	0.03 0.2 0.4
Yung وآخرون (34)	UHR	6 أشهر	UHR إيجابية 50≤GAF>50	0.92 0.69	0.62 0.62	0.10 0.10	0.99 0.97	2.4 1.8	0.1 0.5
Yung وآخرون (35)	UHR	24 شهراً	UHR إيجابية	0.91	0.63	0.16	0.99	2.5	0.1
Woods وآخرون (36)	APS	30 شهراً	UHR إيجابية	0.89	0.60			2.2	0.2
Lencz وآخرون (37)	UHR	24.7±15.9 شهراً	مقياس متلازمة SIPS– الإيجابية 15≤ علامة المواد الأعلى (.SIPS P.1.–P.5)=5	0.67 0.78	1.00 0.76	1.00 0.54	0.89 0.90	a/0 3.3	0.3 0.3
Mason وآخرون (38)	UHR	> 12 شهراً 26.3±9.2	اضطراب الشخصية الفصامي تفكير غير اعتيادي/تفكير سحري، قصور واضح في الأداء الوظيفي، هلاوس سمعية، انعدام التلذذ/الانفصال عن المجتمع	0.76 0.84	0.76 0.86			3.2 6.0	0.3 0.2
Yung وآخرون (39)	UHR	12 شهراً	معيار حالة السمة إيجابي وaps إيجابي مدة الأعراض 5> سنوات GAF 40> انتباه SANS 2> نموذج "1≤ منبئ إيجابي"	0.31 0.08 0.17 0.14 0.60	0.93 1.00 1.00 1.00 0.93	0.69 1.00 1.00 1.00 0.81	0.72 0.69 0.70 0.89 0.82	4.4 a/0 a/0 a/0 8.1	0.7 0.9 0.8 0.9 0.4
Cannon وآخرون (40)	UHR	30 شهراً	1. خطر وراثي وانخفاض GAF 10%≤، 2. تفكير غير اعتيادي (SIPS item P.1. 2>)، 3. تفكير اضطهادي (SIPS item P.2. 2>)، 4. أداء وظيفي (7>)، 5. إدمان على أي نوع من المادة، النقاط الخمس كلها 1، 2، و3 1، 2، و4	0.08 0.34 0.30	0.98 0.89 0.90	0.79 0.74 0.81		4.0 3.1 3.0	0.9 0.7 0.8
Ruhrmann وآخرون (41)	UHR COGDIS	18 شهراً	علامه SIPS الإيجابي 16> تفكير غريب الأطوار (SIPS item D.2.>2) اضطرابات في النوم (SIPS item G.1. 2>) اضطراب الشخصية الفصامي (تعريف SIPS علامة GAF–M الأعلى في السنة الماضية سنوات الدراسة	0.42	0.98	0.83	0.87	19.9	0.6

– PPVقيمة تنبؤية إيجابية؛ –NPV قيمة تنبؤية سلبية؛ –pos. LR نسبة الأرجحية عندما تكون نتيجة الاختبار إيجابية؛ – neg. LR نسبة الأرجحية عندما تكون نتيجة الاختبار سلبية؛ – BS أعراض أساسية؛ – UHR أعراض خطر فوق عالٍ؛ – GAF تقييم وظيفي شامل؛ – APS أعراض إيجابية مخففة؛ – SIPS مقابلة هيكلية للمتلازمات البادرية؛ – a/0 قسمة على صفر؛ – SANS علامه تقييم الأعراض السلبية؛ – GAF–M تقييم وظيفي شامل ،النسخة المعدلة

المعرضة للخطر (CAARMS) (29). وبناء على التعريف الأسترالي لمعايير UHR، تم تطوير المقابلة الهيكلية للمتلازمات البادرية (SIPS)، ومقياس المتلازمات البادرية (SOPS) ولاحقاً معايير المتلازمات البادرية (COPS) (30،31). كما عمد برنامج هيلسايد للكشف والوقاية (RAP) في نيويورك (32) ودراسة بازل للكشف المبكر عن الذهان (FEPSY) إلى تطوير مقاربات جديدة ذات صلة بالخطورة فوق العالية للكشف المبكر عن FEP، ولا سيما الفصام(33).

أجريت على الأقل 15 دراسة تنبؤية باستخدام معايير UHR، بعضها اتخذت عينات كبيرة (41–34). وتراوحت نسب الانتقال إلى مرحلة النوبة الذهانية الأولى على فترة 12 شهراً والتي نشرت حتى اليوم ما بين 13% و50%. كما لوحظ تباين ملموس من خلال مقارنة فترات الملاحظة في المركز نفسه (34،35). ولكن بما أن نسبة الحدوث السنوي لكافة أشكال الذهان لدى مجتمع البحث بشكل عام لا تتعدى 0.034% (42)، فحتى نسب الانتقال الدنيا تظل تشير إلى ارتفاع كبير في الخطر النسبي للإصابة بالمرض، على الأقل في العينات التي تبحث عن المساعدة في المراكز المتخصصة. يبين الجدول 2 اجراءات الدقة التنبؤية التي نشرت حتى الآن، حيث تمثل الدراسات الخمس الأخيرة الواردة في القائمة تحاليل المنبئ الثانوي للعينات التي تنطبق عليها معايير التعرض للخطر. ونتيجة لذلك، جُمعت مقاربة UHR مع مقاربة العارض الأساسي في شبكة البحوث الألمانية حول الفصام وطُبقت بشكل معدل قليلاً لتعريف "حالة الذهان المعرضة للخطر المتأخرة" (LRPS) (الشكل 1). ولقد لقي نموذج تصنيف المراحل السريرية هذا تأييداً كبيراً مؤخراً، وهو نموذج يمثل تتابعاً تناذرياً لتطور النوبات الذهانية الأولى من الأعراض البادرية غير المحددة إلى الأعراض المنبئة الأساسية، من ثم إلى أعراض APS ثم أعراض BLIPS وأخيراً الأعراض المتقدمة تماماً (15).

الوقاية من الفصام باستخدام استراتيجية الوقاية التفريقية

تستهدف اجراءات الوقاية الشاملة أو الانتقائية على التوالي مجموعات من الأشخاص الأصحاء أو حاملي المرض الذين لا يزالون أصحاء سريرياً (43). أما الوقاية المحددة فتستهدف الأشخاص الذين تظهر عليهم أعراض أساسية وأعراض عالية الاختطار. ويجب اعتبار هؤلاء الأشخاص مرضى وبحاجة إلى العلاج عندما يطلبون النصح والمساعدة في مراكز الكشف والوقاية حتى لو كان مرضهم في مراحله المبكرة. ففي غالب الأحيان يكون التدهور المفاجئ في الأداء النفسي–الاجتماعي لدى مرضى الفصام قد حدث في المرحلة البادرية، وحتى قبل التحول إلى مرحلة النوبات الذهانية الأولى (14،15). وتشكل هذه الاختلالات السريرية والنفسية–الاجتماعية سبباً لاعتبار التدخل في حالات ERPS وحالات LPRS وقاية يوصى بتطبيقها، وذلك بهدف تحقيق الأهداف الثلاثة الآتية: أ) التخفيف من العبء الحالي للأعراض البادرية؛ ب) تجنب حدوث الإعاقة النفسية الاجتماعية أو ربما تأخيرها؛ ج) الوقاية من الذهان أو على الأقل تأخير الإصابة به أو تخفيفه وطأته.

حاولت خمس دراسات دولية حول التدخل أن تعرف إلى أي مدى يمكن تحقيق تلك الأهداف أو إذا كان تحقيقها ممكناً (51–44) (الجدول 3). فاستخدم الباحثون فيها العلاج المعرفي السلوكي (CBT) المعدَّل ليناسب حاجات الأشخاص المعرضين للخطر، أو مضادات الذهان اللانموذجية (ريسبيريدون، أولانزابين، وأميسولبريد). وكانت هذه الدراسات دراسات عشوائية مضبوطة، ولكن شابتها مشاكل في شرط التعمية الضروري في تدخل العلاج المعرفي السلوكي. هذه الثغرة وغيرها من الثغرات تحد حالياً من التوصل إلى الاستنتاجات، مما شجع مجموعات البحث العاملة في هذا المجال على استحداث دراسات جديدة ومحسنة. وعلى سبيل المثال، يضم بروتوكول دراسة المجموعة الموازية القائمة حالياً PREVENT تحليلات مقارَنة دقيقة واختبارات التفوق والدونية للعلاجات النفسية الدوائية (52).

اعتمدت شبكة البحوث الألمانية حول الفصام للمرة الأولى تصنيف مراحل الخطر، وعليه البعد الزمني، في دراساتيْ التدخل التي أجرتها. وشملت إحدى هاتين الدراستين حالات ERPS ولم تتخذ العلاج المعرفي السلوكي CBT إلا كإجراء وقائي (49،50). أما الدراسة الأخرى فكانت مصممة لحالات LPRS ولم تستخدم إلا العلاج الوقائي بالأميسولبريد (51). عندما تتطور الأعراض في المرحلة البادرية وفق الترتيب الوارد في الشكل 1، فإنه من المفيد التركيز على التدخلات النفسية الاجتماعية في حالات ERPS، وذلك لأسباب علمية وأخلاقية بشكل خاص. وهذه التدخلات مسموح بها وتتمتع بتحمل كبير. ما إن تظهر الأعراض الذهانية الأولى المخففة أو العابرة، فإن ذلك سبب كافٍ لتناول المضادات الذهانية التي يمكن للمريض تحملها والتي لها أعراض جانبية خفيفة. هذه الاستراتيجية الوقائية التفريقية مستخدمة في كافة مراكز الكشف المبكر في ألمانيا، كما تحظى بتأييد آخذ في الارتفاع في بلدان أخرى.

الأريبيبرازول aripiprazole دواء آخر تم اختباره في دراسة تجريبية أجريت على حالات UHR (53). ويتم حالياً تحليل آثاره الوقائية المحتملة في دراسة PREVENT. وقد استخدمت مضادات الاكتئاب في دراسة ملاحظة طبيعية غير عشوائية على عينة من المراهقين باستخدام معيار APS فقط للإدماج، ولكن لأسباب منهجية لا تسمح هذه الدراسة بالتوصل إلى أي استنتاج عن الآثار الوقائية التفريقية لهذه الأدوية (54).

المهام المستقبلية

إن تقييماً دقيقاً للإنجازات التي تحققت خلال السنوات الخمس عشرة الماضية عبر الجهود المتواصلة لتعزيز عملية التنبؤ بالذهان (ولا سيما الفصام) والوقاية منه يظهر نتائج مبهرة. إلا أن النتائج المحققة حتى اليوم بحاجة إلى عملية تقييم قياساً على الأهداف الطموحة التي ذكرت آنفاً للطب التنبؤي والوقائي الحديث. فمتى ظهرت الأعراض التنبؤية الأساسية وأعراض الخطر فوق العالي UHR، ربما تكون العملية الفزيولوجية المرضية قد تطورت. وفي هذا المرض المعقد الذي يمتد على فترة طويلة ويتسم بمرحلة استعدادية، قد يكون التعرف على الخطر والوقاية الموجهة للأخطار في هذه الحالة هو خطوة متأخرة جداً. ويمكن خفض نسبة حدوث المرض بشكل أكبر من خلال اجراءات وقائية انتقائية وشاملة. لذلك، لا بد من الانتقال من الوقاية والتنبؤ المستندين على الأعراض لنحو الوقاية الانتقائية لدى المعرضين لخطر الإصابة بالمرض اللا أعراضيين. وفي المستقبل: لا بد من السعي إلى: أ) تحسين إغناء الأخطار عبر إدماج عوامل الاختطار البيولوجية؛ ب) تقدير الخطر عبر مراعاة أكبر للفردية من خلال عملية التصنيف الشرائحي؛ ج) إدماج الحالات النفسية للأنماط الذهانية الفرعية، كما تم تحديدها بشكل تقاطعي بمعايير التعرض للخطر الحالية، في الأنظمة التشخيصية؛ ه) تطبيق استراتيجيات الوقاية الأكثر ارتباطاً

الجدول ٣ دراسة وقائية استشرافية عشوائية مضبوطة على الأشخاص المعرضين لخطر عالٍ للإصابة بالذهان

الدراسة	معايير الإدماج: معايير الخطر المبكر والخطر المرتفع	معايير الانتقال	عينة (n)	التصميم	ظروف التحكم	الحالة التجريبية	المتابعة بعد الإخراج	النتائج
McGorry وآخرون (٤٤) Phillips وآخرون (٤٥)	APSو/أو BLIPSو/أو انخفاض مستوى الأداء الوظيفي الاجتماعي ووجود أقرباء من الدرجة الأولى مصابين بالفصام أو أن الشخص المؤشر تم تشخيصه باضطراب الشخصية الفصامي	أكثر من أسبوع من الأعراض الإيجابية المستمرة	59	دراسة عشوائية مضبوطة غير محجوبة	6أشهر CBTفردي وريسبيريدون	6 أشهر تدخل نفسي داعم	12شهراً؛ متابعة ثانية: 46شهراً)متوسط(	تحسن في الأعراض وتكيف اجتماعي في الحالتين؛ انخفاض ملحوظ في نسبة الانتقال في المجموعة التجريبية بعد 6 أشهر عبر التحليل الهادف إلى العلاج وبعد 12 شهراً عبر التحليل حسب البروتوكول؛ فرق غير ملحوظ لدى المتابعة مدة 46 شهراً
Morrison وآخرون (٤٦) Morrison وآخرون (٤٧)	APSو/أو BLIPSو/أو انخفاض مستوى الأداء الوظيفي الاجتماعي ووجود أقرباء من الدرجة الأولى مصابين بالفصام أو أن الشخص المؤشر تم تشخيصه باضطراب الشخصية الفصام	أكثر من أسبوع من الأعراض الإيجابية المستمرة	58	دراسة عشوائية مضبوطة	6أشهر CBTفردي وريسبيريدون	6أشهر متابعة	12شهراً؛ متابعة ثانية: 36شهراً	تحسن ملحوظ في الأعراض الإيجابية معCT ؛ تحسن في التكيف الاجتماعي في الحالتين؛ انخفاض ملحوظ في نسبة الانتقال بعد12 شهراً؛ فرق غير ملحوظ لدى المتابعة مدة36 شهراً
McGlashan وآخرون (٤٨)	APSمعدل (و/أوBLIPS) معدل (و/أو انخفاض مستوى الأداء الوظيفي الاجتماعي ووجود أقرباء من الدرجة الأولى مصابين بالفصام أو أن الشخص المؤشر تم تشخيصه باضطراب الشخصية الفصامي	4أسابيع من الأعراض الإيجابية المستمرة؛ سلوك غير سوي وأذى للنفس أو للآخرين	60	دراسة عشوائية عمياء مزدوجة مضبوطة بالدواء الوهمي	12 شهراً من الأولانزابين، تدخل فردي وعائلي نفسي– تربوي داعم	12 شهراً غفال، تدخل فردي وعائلي نفسي– تربوي داعم	24 شهراً	تحسن في الحالة النفسية المرضية الإيجابية والسلبية والعامة بعد 12 شهراً بشكل أكبر من مجموعة الأولانزابين منها في مجموعة الغفال؛ منحنى إحصائي نحو انخفاض نسبة الانتقال بعد 12 شهراً
Häfner وآخرون (٤٩) Bechdolf وآخرون (٥٠)	أعراض أساسية تنذر بالذهان و/أو انخفاض في مستوى الأداء الوظيفي الاجتماعي مع عوامل اختطار جينية و/أو توليدية	APS×1 و/ أو BLIPS×2 و/أو وأكثر من أسبوع من الأعراض الإيجابية المستمرة	124	دراسة عشوائية مضبوطة	24 شهراً من التدخل عبر الأميسولبريد وتدخل فردي وعائلي نفسي– تربوي داعم	24 شهراً من التدخل المتركز على الحاجات	24 شهراً	تحسن ملحوظ في الأعراض البادرية ومستوى الأداء الوظيفي الاجتماعي لدى المقارنة (قبل– بعد) بعد 6 أشهر و12 شهراً؛ انخفاض ملحوظ في نسبة الانتقال في المجموعة التجريبية بعد 6 أشهر و12 شهراً

– APSأعراض إيجابية مخففة؛ – BLIPS أعراض ذهانية محدودة متقطعة وجيزة؛ CBT –علاج معرفي سلوكي –CT ،علاج معرفي

بسببيات المرض.

إغناء الخطر

إذا استمرت المرحلة البادرية الأولية مدة تناهز خمس سنوات، فإن معظم فترات المتابعة المذكورة في الجدول 2 لا تكون كافية لمعرفة نسب الانتقال الحقيقية. إذ قد يصنف عدد كبير مما سيصبح لاحقاً مسببات للانتقال على أنه غير مسبب، مما يؤدي إلى التقليل من قيمة القدرة التنبؤية لأعراض الخطر بشكل منهجي (12). لذلك، فإن المهمة الأولى والأهم في المستقبل تتمثل في إجراء دراسات جديدة ذات منهجية محسنة وعلى نطاق واسع تكون فترات المتابعة فيها طويلة وتمتد على طول المرحلة البادرية الأولية، كما هو الحال في دراسة CER (18).

يمكن أيضاً تطوير عملية إغناء الأخطار عبر إدماج المؤشرات الحيوية، على غرار بحث أجري مؤخراً على التنبؤ بمرض الزهايمر عبر متلازمة الخلل المعرفي الطفيف (MCI) (55). تشير هذه الحالة إلى خطر الزهايمر بنسبة انتقال يمكن مقارنتها بمتلازمة الخطر في دراسة FEPS. ولكن إذا أظهر مريض الخلل المعرفي الطفيف بشكل متزامن لمؤشرات بيوكيميائية ولمؤشرات تصوير، فإن القدرة التنبؤية سترتفع بشكل ملحوظ. يمكن إغناء هذه الأخطار في الكشف المبكر عن الذهان FEPS باستخدام التغيرات المورفولوجية للدماغ ولكن أيضاً الاختلالات في سرعة المعالجة والذاكرة اللفظية، والتي ترتبط بمتلازمة خطر الذهان، وهي أكثر تواتراً وأشد في الحالات التي ينتقل فيها المريض لاحقاً إلى مرحلة الفصام أو الأمراض الذهانية الأخرى (12،56–60). وحدها الدراسات التي تجرى على نطاق واسع والتي تتسم بفترات مراقبة طويلة كفيلة بتوضيح ما إذا كانت عملية إغناء الأخطار ممكنة بواسطة مثل هذه المؤشرات الحيوية. ويرتبط نجاح هذه الاستراتيجية بتقدم البحوث التي تجرى على عوامل الاختطار البيولوجية والبيئية وتفاعلاتها، وهي تجارب يتم تطبيقها في دراسة الشبكة الأوروبية لشبكات الفصام الوطنية التي تدرس التفاعلات الجينية – البيئية (GEI–EU) (61).

التصنيف الشرائحي للخطر

في المجالات الطبية الأخرى مثل علم الأورام أو طب الجهاز التنفسي، يتم استخدام المؤشرات الإنذارية (PI) لتصنيف المراحل السريرية متعدد المتغيرات عبر التصنيف الشرائحي للخطر، وذلك في أحد إجراءات نمذجة المخاطر المعروفة والتي لا تؤدي إلى خسارة الحساسية. أما في الدراسة الأوروبية للتنبؤ بالذهان (EPOS)، فقد أدخلت هذه المقاربة ضمن بحث التنبؤ بالذهان للمرة الأولى (41). وتم تطوير نموذج سريري انطلاقاً من معادلة انحدار Cox للنكوص التي تتضمن ستة متغيرات (علامة SIPS الإيجابي، علامة SIPS للتفكير الغريب الأطوار، علامة SIPS لاضطرابات النوم، علامة SIPS لاضطراب الشخصية الفصامي، أعلى علامة للتقييم الوظيفي الشامل خلال السنة السابقة، وسنوات الدراسة). وانطلاقاً من علامات الانحدار الفردية، طرحت مؤشرات إنذارية (PI) متعددة المتغيرات بهدف التصنيف الشرائحي لخطر الانتقال إلى مرحلة الذهان على أربعة شرائح يحدد كل منها خطر نسبي مرتفع بشكل ملحوظ قياساً على مجتمع البحث، وهو خطر يرتفع مع كل طبقة.

رأى الباحثون في هذا النموذج المؤلف من أربع شرائح وسيلة لتعزيز عملية التنبؤ بالذهان بشكل ملحوظ، إذ أتاح تمييز الخطر الفردي لجهة الجسامة والوقت. إن عملية تقدير الخطر أو التصنيف السريري لمراحل الخطر الذي يعتمد أكثر على الفردية، إذا ما أثبتت صلاحيته في الدراسات المستقبلية، يمكن أن يحسن بشكل ملحوظ عملية تطوير معايير الإدماج المتكيفة مع الخطر للتجارب الوقائية العشوائية التي تجرى في المستقبل. ولدى تطبيق هذه المقاربة للمرة الأولى في الدراسة الأوروبية للتنبؤ بالذهان (EPOS)، لم تؤخذ بعين الاعتبار سوى المتغيرات السريرية والديموغرافية. ويبقى للباحثين أن يكتشفوا ما إذا كان اعتماد نموذج متعدد المستويات يضم متغيرات عصبية–معرفية، عصبية–حيوية، اجتماعية–بيوغرافية، أو بيئية كفيل بزيادة الدقة التنبؤية. فضلاً عن ذلك، لا بد للدراسات المستقبلية أن تكشف ما إذا كان تطبيق هذه النماذج ممكناً في التنبؤ بالذهان ضمن أطر زمنية مختلفة.

إدراج الحالات النفسية المعرضة للخطر ARMS ضمن الأنظمة التشخيصية

أثارت عملية مراجعة دليل DSM التي تجري حالياً جدلاً حول إدماج متلازمة خطر للذهان بهدف تسهيل الوقاية منه (62). فعارض الكثير من الباحثين هذا المشروع في البدء لافتين النظر إلى المخاطر التي ينطوي عليها تطبيق الحالات النفسية المعرضة لخطر الذهان ARMS كمعيار تشخيصي. وأشار هؤلاء الباحثون إلى أن حالات التنبؤ الإيجابي الخاطئة المرتفعة أصلاً (60–70%) في العيادات المختصة من المتوقع أن ترتفع إلى 90% في العيادات الخارجية. ولا شك في أن وجهة نظر هؤلاء المنتقدين منطقية وينبغي أخذها في الاعتبار قبل اتخاذ القرار بإدراج حالات ARMS في الأنظمة التشخيصية لدى مراجعتها في المستقبل. إلا أن هذا الجدل يركز بشكل شبه كامل على الصلاحية التنبؤية لمعايير الخطر، وعليه فإنه يغض الطرف على النتيجة الأساسية ألا وهي أن الأشخاص الذين تنطبق عليهم معايير الخطر يعانون أصلاً من اضطرابات نفسية ووظيفية متعددة يسعون إلى علاجها. لا بل يعانون قصوراً معرفياً ونفسياً مصحوباً بتغيرات مخية مورفولوجية ووظيفية. وعليه، فإن غالبية الأشخاص المعرضين للخطر ممن يطلبون العلاج تنطبق عليهم المعايير العامة لدليل IV–DSM للاضطراب النفسي (أي متلازمة سلوكية ونفسية سريرية واضحة مصحوبة بإعاقة و/أو ضائقة شديدة) ويجب اعتبارهم مرضى، أي أشخاص بحاجة إلى العلاج ولهم الحق فيه.

وإذا أخذنا هذا بعين الاعتبار، نجد أن ثمة أسباباً كافية لإدماج الملف الشخصي السريري في النظام التشخيصي كما حدد في معايير التعرض للخطر الحالية، ليس كمتلازمة خطر بادرية للذهان الأول، ولكن كاضطراب مستقل. يتيح إدراج مثل هذا التشخيص المستقل توفير الرعاية الطبية القياسية، كما يتسم بميزة أخرى هي تجنب الوصمة التي قد يسببها ربط الحالة النفسية بشكل ظاهر بنتيجة ينظر إليها على أنها سلبية وتشكل تهديداً. وعلى الرغم من أن الخطر المرتفع للإصابة بالذهان سيبقى ميزة لمثل هذا التشخيص، فإن التركيز النفسي والطبي سيتحول من النتيجة المستقبلية غير المؤكدة إلى علم النفس المرضي وإلى الاحتياج. وفي هذه المرحلة من المعرفة، يبقى معيار دليل DSM–5 الإطار الصحيح لإدماج هذه المتلازمة. وسيشكل هذا الإدماج في دليل DSM–5 ولاحقاً في تصنيف ICD–11 حافزاً كبيراً لتخطيط وتطبيق جيل جديد من الدراسات الدولية والوطنية.

استراتيجيات وقائية أخرى متركزة على سببيات المرض

ثمة مقاربة جديدة تنطلق من فكرة الوقاية العصبية (63،64) ومن الدراسات التي تشير إلى خسارة مطردة لحجم المادة الرمادية قبل بداية الذهان (56،58،60). ومن بين المواد المختلفة التي لديها خصائص الوقاية العصبية تتوفر النتائج الأولية للجرعات الأولية للأحماض الدهنية أوميغا–3، الغليسين، والجرعات الخفيفة من الليثيوم. وكانت نسبة الانتقال البالغة 12 شهراً في عينة المراهقين المعرضين للخطر الشديد الذين خضعت لعلاج الأحماض الدهنية أوميغا–3 معدلاً أدنى بشكل ملحوظ منها في عينة بلاسيبو (65)، وقد لوحظ هذا الأثر في فترة متابعة بلغت ستة أشهر. قام الباحثون بتقييم الغليسين، N–methyl–d–aspartate receptor coagonist، في عشرة مرضى ضمن بحث تجريبي مفتوح، وقد أظهر البحث تحسناً ملحوظاً في مختلف المجالات النفسية–المرضية (66). في دراسة مفتوحة لإثبات الفكرة، انخفض الوقت الحصيني T2 في عينة الأشخاص المعرضين للخطر فوق العالي الخاضعين لعلاج قياسي داعم، مما يوحي بحماية ذات بنية مجهرية حصينية (58،67). وكانت هذه الدراسة الأولى التي قدمت بيانات تصويرية عن آثار الوقاية العصبية في الأشخاص المعرضين للخطر. أما الأثر الوقائي الواضح للأحماض الدهنية أوميغا–3 فهو قيد المراجعة في الدراسة الأميركية الشمالية، الأوروبية، الأسترالية للبادرات، وهي دراسة تجرى على عينة كبيرة (NEURAPRO) (68).

خلاصة

باستثناء مرض الزهايمر، يمثل الفصام الاضطراب النفسي الأول الذي طبق عليه بشكل نظامي برنامج الطب الحديث للتنبؤ والوقاية. أما النتائج فكانت واعدة وتبشّر في السنوات المقبلة بإمكانية تقديم استراتيجيات وقائية مفصلة بشكل دقيق حسب خطر الإصابة الفردي لدى كل شخص يطلب النصح.

لا بد من إغناء عملية التقييم الموجهة نحو الأعراض بعوامل الاختطار العصبية–البيولوجية والنفسية–الاجتماعية إذا ما أراد الباحثون أن يخفضوا نسبة حدوث المرض بشكل كبير. كما يجب تطوير الوقاية الموصى بها والتحول إلى الوقاية الانتقائية. وهذا يتطلب جيلاً جديداً من الدراسات على عينة كبيرة للتنبؤ والوقاية، وبفترات مراقبة أطول بكثير. وفي هذه الدراسات يجب تقييم توليفات واعدة من مؤشرات الخطر التي يتم اختيارها لرفع القيم التنبؤية. كما يجب تقييم التدخلات النفسية والدوائية على المدى الطويل. ويجب أيضاً اختبار المزيد من استراتيجيات الوقاية الموجهة نحو سببيات المرض. ويتطلب تخطيط مثل هذه الدراسات وتنفيذها القيام بخطوة مفيدة ألا وهي إدماج الحالات النفسية الذهانية الفرعية، كما حددت في أعراض الخطر المستخدمة حالياً في عملية مراجعة الأنظمة التشخيصية التي ستجرى قريباً.

مراجع

1. Bundesministeriums für Gesundheit. Maßnahmen des Bundesministeriums für Gesundheit zur Umsetzung nationaler Gesundheitsziele. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit, 2007.
2. Commonwealth Department of Health and Aged Care. Promotion, prevention and early intervention for mental health – a monograph. Canberra: Commonwealth Department of Health and Aged Care, 2000.
3. European Commission. Green Paper – Improving mental health of the population: towards a strategy on mental health for the European Union. Brussels: European Commission, 2005.
4. World Health Organization. Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options. Geneva: World Health Organization, 2004.
5. Häfner H, an der Heiden W. Course and outcome. In: Mueser KT, Jeste DV (eds). Clinical handbook of schizophrenia. New York: Guilford, 2008:100-13.
6. Harrison G, Hopper K, Craig T et al. Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study. Br J Psychiatry 2001;178:506-17.
7. Clouth J. Costs of early retirement – the case of schizophrenia. Psychiatr Prax 2004;31(Suppl. 2):S238-45.
8. Rössler W, Salize HJ, van Os J et al. Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. Eur Neuropsychopharmacol 2005;15:399- 409.
9. Samnaliev M, Clark RE. The economics of schizophrenia. In: Mueser KT, Jeste DV (eds). Clinical handbook of schizophrenia. New York: Guilford, 2008:507-15.
10. Gutiérrez-Maldonado J, Caqueo-Urízar A, Kavanagh D. Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2005;40:899-904.
11. Harrison PJ, Weinberger DR. Schizophrenia genes, gene expression and neuropathology on the matter of their convergence. Mol Psychiatry 2005;10(Suppl. 3):40-68.
12. Seidman LJ, Giuliano AJ, Meyer EC et al. Neuropsychology of the prodrome to psychosis in the NAPLS consortium: relationship to family history and conversion to psychosis. Arch Gen Psychiatry 2010;67:578-88.
13. van Os J, Kapur S. Schizophrenia. Lancet 2009;374:635-45.
14. Häfner H, Maurer K, Löffler W et al. The ABC Schizophrenia Study: a preliminary overview of the results. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1998;33:380-6.
15. Schultze-Lutter F, Ruhrmann S, Berning J et al. Basic symptoms and ultrahigh risk criteria: symptom development in the initial prodromal state. Schizophr Bull 2010;36:182-91.
16. Ruhrmann S, Schultze-Lutter F, Klosterkötter J. Early detection 173 and intervention in the initial prodromal phase of schizophrenia. Pharmacopsychiatry 2003;36(Suppl. 3):S162-7.
17. Marshall M, Lewis S, Lockwood A et al. Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. Arch Gen Psychiatry 2005;62:975-83.
18. Klosterkötter J, Hellmich M, Steinmeyer EM et al.

35. Yung AR, Nelson B, Stanford C et al. Validation of "prodromal" criteria to detect individuals at ultra high risk of psychosis: 2 year follow-up. Schizophr Res 2008;105:10-7.
36. Woods SW, Addington J, Cadenhead KS et al. Validity of the prodromal risk syndrome for first psychosis: findings from the North American Prodrome Longitudinal Study. Schizophr Bull 2009;35: 894-908.
37. Lencz T, Smith CW, Auther A et al. The assessment of "prodromal schizophrenia": unresolved issues and future directions. Schizophr Bull 2003;29:717-28.
38. Mason O, Startup M, Halpin S et al. Risk factors for transition to first episode psychosis among individuals with 'at-risk mental states'. Schizophr Res 2004;71:227-37.
39. Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP et al. Risk factors for psychosis in an ultra high-risk group: psychopathology and clinical features. Schizophr Res 2004;67:131-42.
40. Cannon TD, Cadenhead K, Cornblatt B et al. Prediction of psychosis in youth at high clinical risk: a multisite longitudinal study in North America. Arch Gen Psychiatry 2008;65:28-37.
41. Ruhrmann S, Schultze-Lutter F, Salokangas RK et al. Prediction of psychosis in adolescents and young adults at high risk: results from the prospective European Prediction of Psychosis Study (EPOS). Arch Gen Psychiatry 2010;67:241-51.
42. Kirkbride JB, Fearon P, Morgan C et al. Heterogeneity in incidence rates of schizophrenia and other psychotic syndromes: findings from the 3-center AESOP study. Arch Gen Psychiatry 2006;63:250- 8.
43. Mrazek PJ, Haggerty RJ (eds). Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research. Washington: National Academy Press, 1994.
44. McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ et al. Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. Arch Gen Psychiatry 2002;59:921-8
45. Phillips LJ, McGorry PD, Yuen HP et al. Medium-term follow-up of a randomized controlled trial of interventions for young people at ultra high risk of psychosis. Schizophr Res 2007;96:25-33.
46. Morrison AP, French P, Walford L et al. Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk. Br J Psychiatry 2004;185:291-7.
47. Morrison AP, French P, Parker S et al. Three-year follow-up of a randomized controlled trial of cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultrahigh risk. Schizophr Bull 2007;33: 682-7.
48. McGlashan TH, Zipursky RB, Perkins D et al. The PRIME North America randomized double-blind clinical trial of olanzapine versus placebo in patients at risk of being prodromally symptomatic for psychosis. I. Study rationale and design. Schizophr Res 2003;61: 7-18.
49. Häfner H, Maurer K, Ruhrmann S et al. Early detection and secondary prevention of psychosis: facts and visions. Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. Arch Gen Psychiatry 2001;58:158-64.
19. Huber G, Gross G. The concept of basic symptoms in schizophrenic and schizoaffective psychoses. Recent Prog Med 1989;80:646-52.
20. Gross G. The 'basic' symptoms of schizophrenia. Br J Psychiatry 1989;7:21-5.
21. Gross G, Huber G, Klosterkötter J et al. Bonner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen (BSABS; Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms). Berlin: Springer, 1987.
22. Schultze-Lutter F, Addington J, Ruhrmann S et al. Schizophrenia Proneness Instrument, Adult version (SPI-A). Rome: Fioriti, 2007.
23. Schultze-Lutter F, Koch E. Schizophrenia Proneness Instrument, Child & Youth version (SPI-CY). Rome: Fioriti, 2010.
24. Schultze-Lutter F, Steinmeyer EM, Ruhrmann S et al. The dimensional structure of self-reported 'prodromal' disturbances in schizophrenia. Clin Neuropsychiatry 2008;5:140-50.
25. Schultze-Lutter F, Ruhrmann S, Klosterkötter J. Can schizophrenia be predicted phenomenologically? In: Johannessen JO, Martindale B, Cullberg J (eds). Evolving psychosis. Different stages, different treatments. London: Routledge, 2006:104-23.
26. Schultze-Lutter F, Klosterkötter J, Picker H et al. Predicting firstepisode psychosis by basic symptom criteria. Clin Neuropsychiatry 2007;4:11-22.
27. Yung AR, Phillips LJ, McGorry PD et al. Prediction of psychosis. Br J Psychiatry 1998;172(Suppl. 33):14-20.
28. Phillips LJ, Yung AR, McGorry PD. Identification of young people at risk of psychosis: validation of personal assessment and crisis evaluation clinic intake criteria. Aust N Z J Psychiatry 2000;34:S164-9.
29. Yung AR, Yuen HP, McGorry PD et al. Mapping the onset of psychosis: the comprehensive assessment of at-risk mental states. Aust N Z J Psychiatry 2005;39:964-71.
30. Miller TJ, McGlashan TH, Rosen JL et al. Prospective diagnosis of the initial prodrome for schizophrenia based on the structured interview for prodromal syndromes: preliminary evidence of interrater reliability and predictive validity. Am J Psychiatry 2002;159:863- 5.
31. McGlashan T, Walsh B, Woods S. The psychosis-risk syndrome. Handbook for diagnosis and follow-up. New York: Oxford University Press, 2010.
32. Cornblatt B. The New York High-Risk Project to the Hillside Recognition and Prevention (RAP) Program. Am J Med Genet 2002; 114:956-66.
33. Riecher-Rössler A, Geschwandtner U, Aston J et al. The Basel earlydetection- of-psychosis (FEPSY)-study – design and preliminary results. Acta Psychiatr Scand 2007;115:114-25.
34. Yung AR, Stanford C, Cosgrave E et al. Testing the ultra high risk (prodromal) criteria for the prediction of psychosis in a clinical sample of young people. Schizophr Res 2006;84:57-66.

Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2004;254:117-28.
50. Bechdolf A, Wagner M, Harrigan S et al. Preventing progression to first-episode psychosis in early initial prodromal states. Br J Psychiatry (in press).
51. Ruhrmann S, Schultze-Lutter F, Maier W et al. Pharmacological intervention in the initial prodromal phase of psychosis. Eur Psychiatry 2005;20:1-6.
52. Bechdolf A, Müller H, Stützer H et al. Rationale and baseline characteristics of PREVENT: a second generation intervention trial in subjects at-risk (prodromal) of developing first episode psychosis evaluating cognitive behaviour therapy, aripiprazole and placebo for the prevention of psychosis. Schizophr Bull (in press).
53. Woods SW, Tully EM, Walsh BC et al. Aripiprazole in the treatment of the psychosis prodrome. An open-label pilot study. Br J Psychiatry 2007;191(Suppl. 51):96-101.
54. Cornblatt BA, Lencz T, Smith CW et al. Can antidepressants be used to treat the schizophrenia prodrome? Results of a prospective, naturalistic treatment study of adolescents. J Clin Psychiatry 2007; 68:546-57.
55. Hampel H, Frank R, Broich K et al. Biomarkers for Alzheimer's disease: academic, industry and regulatory perspectives. Nat Rev Drug Discov 2010;9:560-74.
56. Borgwardt SJ, McGuire PK, Aston J et al. Structural brain abnormalities in individuals with an at-risk mental state who later develop psychosis. Br J Psychiatry 2007;191(Suppl. 51):69-75.
57. Brockhaus-Dumke A, Schultze-Lutter F, Mueller R et al. Sensory gating in schizophrenia: P50 and N100 gating in antipsychotic-free subjects at risk, first-episode, and chronic patients. Biol Psychiatry 2008;64:376-84. 174 World Psychiatry 10:3 - October 2011
58. Pantelis C, Velakoulis D, Wood SJ et al. Neuroimaging and emerging psychotic disorders: the Melbourne ultra-high risk studies. Int Rev Psychiatry 2007;19:371-81.
59. Pukrop R, Schultze-Lutter F, Ruhrmann S et al. Neurocognitive functioning in subjects at risk for a first episode of psychosis compared with first- and multiple-episode schizophrenia. J Clin Exp Neuropsychiatry 2006;28:1388-407.
60. Witthaus H, Kaufmann C, Bohner G et al. Gray matter abnormalities in subjects at ultra-high risk for schizophrenia and first-episode schizophrenic patients compared to healthy controls. Psychiatry Res 2008;173:163-9.
61. The European Network of Schizophrenia Networks for the Study of Gene-Environment Interactions (EU-GEI). Schizophrenia aetiology: do gene-environment interactions hold the key? Schizophr Res 2008;102:21-6.
62. Ruhrmann S, Schultze-Lutter F, Klosterkötter J. Probably at-risk, but certainly ill - Advocating the introduction of a psychosis spectrum disorder in DSM-V. Schizophr Res 2010;120:23-37.
63. Lieberman JA. Neuroprotection: a new strategy in the treatment of schizophrenia. Neurobiological basis of neurodegeneration and neuroprotection. CNS Spectr 2007;12(Suppl. 18):4-6.
64. Berger G, Dell'Olio M, Amminger P et al. Neuroprotection in emerging psychotic disorders. Early Interv Psychiatry 2007;1:114-27.
65. Amminger GP, Schäfer MR, Papageorgiou K et al. Long-chain omega-3 fatty acids for indicated prevention of psychotic disorders: a randomized, placebo-controlled trial. Arch Gen Psychiatry 2010; 67:146-54.
66. Woods SW, Walsh B, Pearlson GD et al. Glycine treatment of prodromal symptoms. Schizophr Res 2006;86:S7-S17.
67. Berger G, Wood SJ, Dell'Olio M et al. Neuroprotective effects of low dose lithium in individuals at ultra-high risk for psychosis. A longitudinal MRI/MRS study. Schizophr Res 2008;102:39-40.
68. Nelson B, McGorry P, Yung A et al. The NEURAPRO (North America, Europe, Australia Prodrome) Study: a multicenter RCT of treatment strategies for symptomatic patients at ultra-high risk for progression to schizophrenia and related disorders. Design and study plan. Schizophr Res 2008;102(Suppl. 2):295.

مقالة خاصة

الاضطرابات النمائية الفكرية: نحو مسمى وتعريف وإطار جديد "للتخلف العقلي/ الإعاقة الفكرية" في تصنيف ICD-11

Luis Salvador-Carulla[1,2], Geoffrey M. Reed[3], Leila M. Vaez-Azizi[4,5], Sally-Ann Cooper[6], Rafael Martinez-Leal[1], Marco Bertelli[2,7,8], Colleen Adnams[9], Sherva Cooray[10], Shoumitro Deb[2,11], Leyla Akoury-Dirani[12], Satish Chandra Girimaji[13], Gregorio Katz[14], Henry Kwok[2,15], Ruth Luckasson[16], Rune Simeonsson[17], Carolyn Walsh[4,5], Kerim Munir[2,4,5], Shekhar Saxena[3]

على الرغم من استبدال مصطلح «التخلف العقلي» بمصطلح «الإعاقة الفكرية» بشكل واسع النطاق، احتدم الجدل حول ما إذا كان يجب تحديد هذا المفهوم على أنه حالة صحية أو إعاقة في ظل التقدم في عملية مراجعة التصنيف الدولي للأمراض (ICD) الخاص بمنظمة الصحة العالمية. ويعتبر تعريف الإعاقة بالحالة الصحية مسألة مهمة من أجل الإبقاء عليها في تصنيف ICD، مما يطرح تعقيدات للسياسات الصحية وتوافر الخدمات الصحية. تتضمن هذه المقالة شرحاً للتوافق الذي توصلت إليه مجموعة العمل حول التصنيف الدولي للأمراض – تصنيف الإعاقات الفكرية في منظمة الصحة العالمية. فقد أجرت المجموعة مراجعات أدبية وقامت بدراسة مقاربة نوعية مختلطة في سلسلة من الاجتماعات من أجل الخروج بتوصيات توافقية تجمع بين معرفة الخبراء والدلائل المتوفرة. تقترح مجموعة العمل استبدال مصطلح التخلف العقلي بمصطلح الاضطرابات النمائية الفكرية، المعرّفة بـ«مجموعة الحالات النمائية التي تتميز باعتلال ملحوظ في الوظائف المعرفية والتي ترتبط بقصور في السمع وفي السلوك التكيفي والمهارات». كما تنصح مجموعة العمل أيضاً بإدراج الاضطرابات النمائية الفكرية في المجموعات الكبرى (مجموعة الأهل) للاضطرابات العصبية–النمائية. وتنصح أيضاً بالإبقاء على الفئات الفرعية المرتكزة إلى الحدة السريرية (أي الطفيفة، المعتدلة، الشديدة، الشديدة جداً). كما تنصح بإسقاط السلوك المشكل من البنية الجوهرية لتصنيف الاضطرابات النمائية الفكرية وأن يتم وصفها بالسمات المرتبطة.

الكلمات الرئيسية: الإعاقة الفكرية، التخلف العقلي، الاضطرابات النمائية الفكرية، المصطلحات الصحية، التصنيف، الاضطرابات العقلية، ICD، ICF

(World Psychiatry 2011;10:175–180)

الحالة الصحية المعروّفة حالياً بـ«التخلف العقلي» (MR) هي عبارة عن مجموعة من المتلازمات والاضطرابات التي تصف معدل ذكاء متدنٍّ وما يترتب عليه من قصور في السلوك التكيفي. ويعتبر التحقق من الأساس المفاهيمي ومن المصطلحات ذات الصلة بالتخلف العقلي عملية تجرى في وقت مناسب إذ تقوم منظمة الصحة العالمية حالياً بمراجعة التصنيف الدولي للأمراض والمشاكل الصحية ذات الصلة، النسخة العاشرة (ICD-10) (1). تقدم هذه المقالة توصيفاً للأساس المنطقي ولعملية استبدال الإطار المفاهيمي للتخلف العقلي في تصنيف ICD-10 بمفهوم الاضطرابات النمائية الفكرية (IDD) في تصنيف ICD-11.

للاضطرابات النمائية الفكرية تاريخ طويل في علم تصنيف الاضطرابات العقلية (2). فهي منتشرة بنسبة 1% في البلدان ذات الدخل المرتفع وبنسبة 2% في البلدان ذات الدخل المتوسط (LAMI) (3،4). ولها أثر بالغ على الأداء الوظيفي والإعاقة خلال حياة المريض، وتتسم بمراضة مشتركة مع اضطرابات عقلية أخرى (5). وغالباً ما تشخص هذه الأمراض بطريقة خاطئة وغالباً ما ترتبط بضعف الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية وتترتب عليها تكاليف باهظة جداً لأنظمة الرعاية الصحية وللمجتمع بشكل عام (6–10). وعلى الرغم من هذه الحقائق، يتم تجاهل الاضطرابات النمائية الفكرية بشكل كبير في قطاع الصحة العقلية، حيث التدريب المختص حول الاضطرابات النمائية الفكرية والخدمات المتخصصة تنحصر في بضعة بلدان ذات الدخل المرتفع، لا سيما الغربية منها (11،12).

خلال السنوات الخمس عشرة الماضية، احتدم جدال حول التسمية المناسبة التي يجب إطلاقها على الاضطرابات النمائية الفكرية وحول تعريفها وتقييمها (13). باختصار، استبدل مصطلح التخلف العقلي بمصطلح «الإعاقة الفكرية» (ID) بشكل واسع، وذلك في المسائل الإدراية والتشريعية في الكثير من البلدان النامية وبشكل متزايد في البلدان ذات الدخل المتوسط. إلا أن السؤال حول ما إذا كانت الاضطرابات النمائية الفكرية إعاقة أو حالة صحية يبقى مادة لنقاش محتد في ظل وجود مقاربتين متزامنتين تُستخدَمان أساساً لتحديد مفاهيم جديدة لهذا الكيان. فإذا أخذنا هذا الكيان من منظار الحالة الصحية، يرمز إلى التخلف العقلي حالياً بالاضطراب في التصنيف الدولي للأمراض (الفئة F.70). في الوقت نفسه، يمكن إدراج اعتلالات الوظائف الفكرية التي تشكل عنصراً أساسياً في الاضطرابات النمائية الفكرية ضمن التصنيف الدولي للأداء الوظيفي، الإعاقة والصحة (ICF) الخاص بمنظمة الصحة العالمية (14).

أما إذا أخذنا هذا الكيان من منظار الإعاقة، فقد وضعت الجمعية الأميركية للإعاقات الفكرية والنمائية (AAIDD) تعريفاً شاملاً وحددت تصنيفاً ونظام دعم يركز بشكل أساسي على الأداء الوظيفي والسلوك التكيفي وعلى الحاجة إلى الدعم التي تنسجم مع النموذج المفاهيمي الذي طرحه تصنيف ICF (15،16). وبالنسبة إلى جمعية AAIDD، فإن الاضطرابات الفكرية هي إعاقة تتصف «بقصور واضح في الأداء الوظيفي الفكري والسلوك التكيفي معاً، كما تظهر في المهارات التكيفية المفاهيمية والاجتماعية والعملية. وتبدأ هذه الإعاقة قبل سن الثامنة عشر» (16).

في المقابل، تعتبر الجمعية العالمية للطب النفسي في الفصل المتعلق بالطب النفسي حول الإعاقة الفكرية أن الاضطرابات النمائية الفكرية هي حالة صحية: «هي مجموعة من المتلازمات أو متلازمة بعدية شبيهة ببنية الخرف تتصف بقصور في الأداء الوظيفي المعرفي سابق لاكتساب

المهارات عبر التعلم. ويكون هذا القصور شديداً بحيث يؤثر بشكل ملحوظ على الأداء الوظيفي الطبيعي الذى يظهر على شكل قيود تمنع المصاب من المشاركة في الأنشطة (إعاقات)» (17).

حظي الجدل القائم حول الإطار المفاهيمي للاضطرابات النمائية الفكرية زخماً وأهمية في إطار المراجعة التي تتم حالياً لتصنيفي الأمراض النفسية الأساسية : ICD–10 ودليل الأمراض النفسية التشخيصي والإحصائي (DSM) الخاص بجمعية الطب النفسي الأميركية (APA) (18). طرح خلال هذا الجدل موقف متشدد يقول بأنه إذا تم تعريف الاضطرابات النمائية الفكرية على أنها إعاقات ليس إلا، فعندئذ يجب إسقاطها من تصنيف ICD وتصنيفها باستخدام رموز التصنيف الدولي للأداء الوظيفي (ICF) والتي ينتشر استخدامها في البلدان الـ194 الأعضاء في منظمة الصحة العالمية لتحديد مسؤوليات الحكومات في توفير الرعاية الصحية والخدمات الأخرى لمواطنيها. وتستخدم فئات تصنيف ICD بما فيها الفئات المتعلقة بالاضطرابات النمائية الفكرية في كافة أنحاء العالم لتحديد أي من الناس مخولون للاستفادة من هذه الخدمات، وأي نوع من خدمات الرعاية الصحية والخدمات التعليمية والاجتماعية وتحت أي شرط من الشروط.

وعليه، فإن إسقاط الاضطرابات النمائية الفكرية من قائمة الحالات الصحية يترتب عليه تأثير كبير في عملية إبراز الاضطرابات النمائية الفكرية في إحصائيات الصحة الوطنية والشاملة وعلى السياسة الصحية وعلى الخدمات المتوفرة لهذه الفئة الضعيفة من السكان. وفي المقابل، إذا اعتبرت الاضطرابات النمائية الفكرية حالة صحية فقط، فإن مصطلح «إعاقة» لا يجب استخدامه للدلالة عليها. ولكن ذلك سيعارض الموقف الذي اتخذته الكثير من الحكومات والمنظمات الدولية.

قد ينظر إلى هذا الحل على أنه مقاربة بيولوجية مختزلة يرفضها الكثير من أصحاب الحقوق الدوليين فضلاً عن المستخدمين والخبراء العاملين في هذا المجال. وبعد، ما زالت هناك تساؤلات كبيرة غير واضحة حول تعريف الاضطرابات النمائية الفكرية على أنها حالة صحية، فأين هي من تصنيف الاضطرابات النمائية الفكرية؟ وما هو العمر الفاصل لبداية الإصابة بهذه الاضطرابات وطبيعة الرابط بين الاعتلال المعرفي والمهارات السلوكية؟

قد تساعد الخبرة الجماعية المتعلقة بالمصطلحات والأنتولوجيا للاضطرابات النمائية الفكرية في توضيح الإطار المفاهيمي لعناصر المرض والإعاقة في تصنيف ICD–11 وICF، أي المكان الذي يمكن فيه تصنيف عنصر الحالة الصحية للاضطرابات النمائية الفكرية تصنيفاً مناسباً تحت فئة الأمراض والاضطرابات، وكيف يمكن تحديد الإطار المفاهيمي لآثارها الوظيفية باستخدام تصنيف الأداء الوظيفي والإعاقة (6). وهذه المقاربة قد تقدم حلولاً بديلة لمشاكل مماثلة متعلقة باضطرابات عقلية أخرى يمكن ربطها بالإعاقة.

نفّذ العمل الوارد في هذه المقالة في إطار مراجعة تصنيف الاضطرابات العقلية والسلوكية في تصنيف ICD–10، الذي يديره قسم الصحة العقلية وسوء استخدام المواد والذي ورد في أماكن أخرى (19،20). في مجال الاضطرابات النمائية الفكرية، سيتمثل أحد الأهداف المهمة لتصنيف ICD–11 في تقديم أدوات من شأنها أن تتيح تحديد الأشخاص المصابين بالاضطرابات النمائية الفكرية ممن هم بحاجة إلى الخدمات وإعطائهم الأولوية بشكل أشمل وأكثر فاعلية وأكثر دقة. وفي معظم البلدان، تتأثر شروط الأهلية للاستفادة من الخدمات واختيار العلاج للأشخاص المصابين بالاضطرابات النمائية الفكرية تأثراً شديداً بالتصنيف التشخيصي. ويتمتع الأشخاص المصابين بالاضطرابات النمائية الفكرية بفرص كبرى للاستفادة من الخدمات التي يحتاجونها إذا كان العاملون في مجال الصحة في الأماكن التي يتواجدون فيها يملكون نظاماً تشخيصياً موثوقاً به صالحاً قابلاً للتطبيق ومفيداً من الناحية السريرية. ومن غير الوارد أن يكون موظفو الصف الأول هم الأطباء النفسيين. أما في البلدان ذات الدخل المتدني والمتدني–المتوسط، فإن من غير الوارد أن يكون هم اختصاصيي الصحة النفسية من أي نوع كان، لا بل في غالب الأحيان هم ليسوا أطباء. وهذه العوامل أثرت بشكل كبير في الإطار المفاهيمي للمهام ولسير العمل لدى مراجعة تصنيف ICD–10، بالإضافة إلى تشكيل مجموعة العمل الخاصة بمراجعة التصنيف الدولي للأمراض، بما فيها مجموعة العمل الخاصة بالاضطرابات النمائية الفكرية. كما تتأثر عملية المراجعة بنموذج المضمون Content Model لتصنيف ICD–11، الذي يحدد هيكلية المعلومات التي يجب توفيرها لكل فئة تشخيصية وطبيعتها، حيث يتم إدراج الفئة ضمن بنية معلوماتية أوسع (21).

اعتمدت مجموعة العمل حول الاضطرابات النمائية الفكرية مقاربة نوعية مختلطة للجمع بين الدلائل المتوفرة والمعرفة الخبراتية السابقة (22). وقد طبقت هذه المقاربة في ثلاثة اجتماعات عقدت وجهاً لوجه وسبعة مؤتمرات تلفزيونية وتبادلات إلكترونية، وذلك للتوصل إلى توافق حول المقترحات المقدمة إلى المجموعة الاستشارية الدولية للتصنيف الدولي للأمراض. ويركز هذا البحث على المقترحات التي وافقت عليها مجموعة العمل المتعلقة بفئة الأهل أو الفئة فوق الترتيبية للاضطرابات النمائية الفكرية، اسم الكيان وتعريفه وأنواعه الفرعية.

نتائج مناقشات مجموعة العمل

الوضعية في التصنيف

اتفقت مجموعة العمل على الحاجة إلى نقل الاضطرابات النمائية الفكرية إلى مجموعة كبرى (فئة الأهل أو الفئة فوق الترتيبية) من الاضطرابات النمائية العصبية. وفقاً للمصطلحات الأنتولوجية، تسمى الفئات الفرعية فئات الأطفال، وتسمى الفئة فوق الترتيبية فئة الأهل. هذا الترتيب يمنح الاضطرابات النمائية الفكرية صفة الحالة الصحية فلا تعتبر مجموعة من الإعاقات فحسب.

المصطلحات

لقي مصطلح «فكري» تأييداً لأنه سهل الفهم في الكثير من البلدان وشائع الاستعمال ومقبول بشكل واسع في سياق التطبيقات السريرية وذات العلاقة بالسياسات. وبموازاة التعريفات الحالية للذكاء (23)، لا يشير هذا المصطلح إلى خاصية وحدوية، لكنه مصطلح شامل يضم الأداء الوظيفي المعرفي والسلوك التكيفي والتعليم الذي يناسب العمر ويوافق معايير احتياجات الحياة اليومية التي تتناسب والثقافة. وعلى الرغم من

أن مصطلح «معرفي» قد ينظر إليه على أنه أكثر دقة ويعكس بشكل أفضل الظاهرة الكامنة للاضطرابات النمائية الفكرية، إلا أنه ينطوي على دلالات أشمل في علم النفس. فضلاً عن ذلك، إن استعمال مصطلح «معرفي» في مجال الخرف والفصام قد يسبب الالتباس.

لقي اعتماد مصطلح «نمائي» ترحيباً بشكل عام، لأنه يشير إلى فترة من الزمن يكون فيها الدماغ ووظائفه في طور النمو. وفي هذا المصطلح دلالة على عملية ما تدوم مع الحياة، وهو يؤكد على الطبيعة الديناميكية للاضطرابات النمائية الفكرية. وتجدر الإشارة إلى أن ثلاث كلمات طرحت خلال النقاش لتوصيف الحالة المعنية، وهي «الاعتلال» و«الصعوبات» و«الاضطراب». يستخدم مصطلح «اعتلال» بشكل خاص في تصنيف ICF للدلالة على المشاكل التي تصيب وظائف الجسم وبنيته والتي يمكن ربطها بمجموعة متنوعة من الحالات الصحية. أما مصطلح «صعوبات» فاقترح بهدف تجنب الدلالات الطبية المتصلة ولأن رفضه من المستهلك والعائلات ومقدمي الرعاية أقل احتمالاً، وقد يوحي بأن الشخص يستطيع التغلب على مشاكله بقليل من الدعم والمساعدة. ولكنه في الوقت نفسه قد يشكل لبساً لأن هذه الصعوبات لدى بعض الناس تمتد على فترة طويلة ولا يتم التغلب عليها بشكل كامل. كذلك طرح مصطلح «طيف»، ولكنه لم يلقَ تأييداً نظراً لقيمته التصنيفية المنخفضة في التصنيف الفئوي.

تعرّف التوصيفات السريرية والإرشادات التوجيهية التشخيصية للاضطرابات النفسية والسلوكية لتصنيف ICD–10 الخاص بمنظمة الصحة العالمية (24) «الاضطراب» بأنه «مجموعة الأعراض أو السلوك القابل للتحديد سريرياً»، وهو يرتبط عادةً بتداخل في الوظائف الشخصية أو بضائقة. أما مصطلح «اضطراب» فقد اعتبر ذا منفعة، لأنه يضع مصطلح الإعاقة الفكرية على المستوى نفسه مع الاضطرابات البارزة الأخرى مثل الخرف أو الفصام. ويحمل المصطلح دلالات تشير إلى أنه ليس مسألة ذكاء فحسب، وأنه يتناسب مع وجود سببيات متعددة ومراضات مشتركة ومع اختلاف في الاضطرابات النمائية الفكرية.

تعريف

تم الاتفاق على أن يشتمل تعريف الاضطرابات النمائية الفكرية مصطلحات متعلقة بالأساس النمائي للاعتلال الدماغي، ومظاهر الأداء الوظيفي المعرفي والقصور التكيفي، والسببيات، وسير الاضطراب والنتائج. وتجدر الإشارة إلى أن التعريف والتوصيفات الرئيسية التي اقترحتها مجموعة العمل ترد في الجدول 1.

الفئات الفرعية

توصلت مجموعة العمل إلى اتفاق يقضي بالإبقاء على الفئات الفرعية (فئات الأطفال) التي تنطبق على مستويات الحدة الخفيفة، المعتدلة، الشديدة، الشديدة جداً للاضرابات النمائية الفكرية، بالإضافة إلى الفئات المؤقتة للاضطرابات النمائية الفكرية الأخرى وغير المحددة.

الجدول 1 تعريف التوصيفات الأساسية للاضطرابات النمائية الفكرية (IDD) التي وافقت عليها مجموعة عمل ICD

التعريف

هي مجموعة الحالات النمائية التي تتصف باعتلال واضح في الوظائف المعرفية، والتي ترتبط بقصور في التعلم والسلوك التكيفي والمهارات.

التوصيفات الأساسية

- تتميز الاضطرابات النمائية الفكرية باعتلال واضح في الوظائف المعرفية الأساسية التي تعتبر ضرورية لتطور المعرفة والاستدلال والتمثيل الرمزي على المستوى المتوقع من أقران الشخص من العمر نفسه والبيئة الثقافية والمجتمعية. إلا أن أنماط اعتلالات معرفية مختلفة جداً تظهر في بعض حالات الاضطرابات النمائية الفكرية.
- يعاني الأشخاص المصابون بالاضطرابات النمائية الفكرية بشكل عام من صعوبات في الفهم اللفظي، والاستدلال الإدراكي، والذاكرة العاملة، وسرعة المعالجة.
- يرتبط الاعتلال الذي يعانيه المصابون باضطرابات نمائية فكرية بصعوبات في مختلف مجالات التعلم، بما فيها المعرفة الأكاديمية والعملية.
- تظهر على المصابين بالاضطرابات النمائية الفكرية عادةً صعوبات في السلوك التكيفي، أي في الاستجابة لمتطلبات الحياة اليومية المتوقعة من أقران الشخص من العمر نفسه والبيئة الثقافية والمجتمعية. وتشمل هذه الصعوبات قصوراً في المهارات الإدراكية والاجتماعية والعملية ذات الصلة.
- غالباً ما يواجه الأشخاص الذين يعانون اضطرابات نمائية فكرية صعوبات في إدارة سلوكهم وانفعالاتهم والعلاقات ما بين الشخصية والحفاظ على التحفيز خلال عملية التعلم.
- الاضطرابات النمائية الفكرية هي اضطرابات تمتد على فترة عمرية وتتطلب الأخذ بعين الاعتبار المراحل النمائية والمراحل الانتقالية خلال الحياة.

وقد دعا عدد من المنظمات البارزة التي تعمل في هذا المجال إلى إسقاط فئات الأطفال المرتكزة فقط إلى معدل الذكاء. فعلى سبيل المثال، تقترح جمعية AAIDD نظاماً متعدد الأبعاد للتصنيف معتبرةً أن معدلات الذكاء لا تكفي وحدها دون غيرها لتحديد الأداء الوظيفي المعرفي أو مستوى حدة الاضطراب السريرية (16). وعللت مجموعة العمل ذلك بقولها إن تحديد مستوى حدة الاضطراب السريرية يجب أن تعتمد على توصيف سريري لخصائص كل فئة فرعية، وأنه يجب اعتبار معدل الذكاء توصيفاً سريرياً بين غيره من التوصيفات التي تعد مهمة لدى تحديد مستوى حدة الاضطراب.

وقررت مجموعة العمل الإبقاء على مستويات الحدة السريرية نظراً لفائدتها التشخيصية والسريرية (25). إذ ثبت على سبيل المثال أن ارتفاع حدة الاضطرابات النمائية الفكرية مرتبط بتدني مستوى القدرة على اتخاذ القرارات المتعلقة بالمعيشة لدى المصابين، بما فيها اختيار مكان السكن وشريك السكن (26). ويميل الأشخاص المصابون بالاضطرابات النمائية الفكرية الشديدة جداً إلى العيش في مركز للرعاية الطويلة الأمد أكثر من هؤلاء المصابين بالاضطرابات النمائية الفكرية الطفيفة، وهم أقل قدرة على تدبر أمورهم المعيشية. فضلاً عن ذلك، ينتشر استخدام مستويات الحدة في الكثير من أنظمة الصحة العامة، إذ تحدد مستوى الخدمات والمنافع المتوفرة. وتكون مفيدة للتواصل بين المحترفين في مختلف المجالات والعائلات والمستخدمين.

لا يتناقض التصنيف الفئوي الفرعي بحسب الحدة السريرية مع استخدام مقاربات أخرى للتصنيف الفئوي الفرعي، بما فيها المقاربات

المتعددة الأبعاد التي تهدف إلى ربط تشخيص الاضطرابات النمائية الفكرية بالدعم اللازم بما فيه التدخل والتخطيط (23). وفي المستقبل، يجب أن تستكمل بتصنيف فرعي فئوي مرتكز إلى خصائص وظيفية وشخصية و/أو الدعم اللازم (ICF). وقد تم تطوير عدد من الأدوات لتصنيف حاجات الدعم والخصائص ذات الصلة للأشخاص المصابين بالاضطرابات النمائية الفكرية (27،28)، ولكن هذا المجال لم يتقدم بعد إلى الحد الذي يمكن فيه وضع مثل هذه التدابير في متناول العالم.

سيتم الإبقاء على الفئات الفرعية وغيرها من الاضطربات غير المحددة في تصنيف ICD–11، نظراً لكونها عناصر ثابتة في النظام التصنيفي للـICD. إلا أنه سيتم استخدامها في عمليات التشخيص المؤقتة لمجتمعات البحث المحددة العمر.

بالنسبة إلى الأطفال ما دون سن الرابعة، توجد صعوبات واضحة في تشخيص الاضطرابات النمائية الفكرية أو مستوى الحدة نظراً لنقص أدوات التقييم المعرفية الموثوق بها وعدم الاستقرار الوقتي للاعتلالات المعرفية التي يتم قياسها (31–29). لهذه الأسباب، أجمع الباحثون على أن يتم استخدام التشخيص المؤقت «للاضطرابات النمائية الفكرية غير المحددة» لكافة الرضع والأطفال ممن هم دون سن الرابعة، حيث تشير الدلائل على وجود اعتلال معرفي واضح. وفي حين أن مجموعة فرعية من الأطفال لن تتطور حالتهم إلى الحد الذي تنطبق عليه معايير الاضطرابات النمائية الفكرية، يسمح إجراء هذا التقييم بتوفير خدمات التدخل والتقدير السريري التي تعتبر غاية في الأهمية لتحسين النمو.

أما فئة «الاضطرابات النمائية الفكرية الأخرى» فهي تشخيص مؤقت يستخدم عندما يكون الاضطراب النمائي الفكري قابل للتشخيص، ولكن في الحالات التي لا يمكن فيها تحديد مستوى الحدة بسبب معوقات في التقييم، مثل تلك التي تطرحها بعض المشاكل السلوكية، والاضطرابات النفسية، والاعتلالات الحسية أو الجسدية. إلا أن هذا التشخيص المؤقت يطبق في الأشخاص مما فوق سن الرابعة، كي تكون الفئات الفرعية للاضطرابات النمائية الفكرية الأخرى وسائر الاضطرابات النمائية الفكرية غير المحددة حصرية.

المشاكل السلوكية

وافقت مجموعة العمل على أن المشاكل السلوكية ليست عنصراً جوهرياً في البنية الطولية للاضطرابات النمائية الفكرية كما هي في تصنيف ICD–10 على الرغم من أنها قابلة للعلاج وللاستخدام، وعليه يمكن اعتبارها سمات مرتبطة بدلاً من أن تكون فئات فرعية أو محددات للاضطرابات النمائية الفكرية.

نقاش

وفقاً للمعلومات المتوافرة لدينا، يعد هذا الجهد الأكبر المبذول على المستوى الدولي من أجل التوصل إلى وفاق حول تسمية الاضطرابات النمائية الفكرية وتعريفها. وقد شمل 30 خبيراً من 13 بلداً يمثل مختلف مناطق منظمة الصحة العالمية وخبراء من الدول ذات الدخل المرتفع والدول النامية. وقد جرت هذه العملية في إطار الجدل الاجتماعي والعلمي المحتدم حول كيفية تسمية الاضطرابات النمائية الفكرية وتعريفها بشكل صحيح، مما قد يطرح مضامين واسعة للمستخدمين وللعائلات ولأهلية الحصول على الرعاية في المستقبل.

أوصت مجموعة العمل بتغيير هو الأبرز ويقضي بدمج الاضطرابات النمائية الفكرية مع الاضطرابات النمائية العصبية، وهي خطوة يراد منها إبراز هذه الاضطرابات وتسليط الضوء على حدوثها المتزامن مع اضطرابات نمائية أخرى. ونتيجة لذلك، استثنت جمعية الطب النفسي الأميركية DSM–III (33)، والتي كانت متعددة المحاور، التخلف العقلي من المحور I، في حين أبقي على فئات المتلازمات البعدية التلازمية البعدية النظيرة (مثال: الخرف) التي تميز الراشدين كجزء من المحور الأساسي للخرف. ولكن لسوء الحظ لا يبدو أن فصل عمليات تشخيص الاضطرابات النمائية العصبية قد سرّع من تطوير خدمات موجهة بشكل محدد في معظم البلدان، كما يمكن استنتاجه من أطلس العالم للإعاقات الفكرية الخاص بمنظمة الصحة العالمية (34). وسيحمل إدراج الاضطرابات النمائية العصبية في مجموعة الاضطرابات النمائية العصبية الكبرى تعقيدات كبيرة لهذه الفئة فوق الترتيبية أو فئة الأهل، وقد تتطلب إعادة تحليل لترتيب الاضطرابات النمائية العصبية والخارطة المفاهيمية من أجل تجنب الترميز المزدوج (مثال: في حالة متلازمة ريت Rett ومتلازمة X الهش).

يشير الاسم والتعريف للاضطرابات النمائية الفكرية الموصى باستخدامهما إشارة واضحة إلى أن هذه الاضطرابات هي حالة صحية. وتتوافق هذه التوصيات مع البحث الذي أجراه قسم الطب النفسي للإعاقة الفكرية في الجمعية العالمية للطب النفسي سنة 2008، والتي تدعو إلى استخدام مقاربة متعددة المعاني– متعددة الحدود للكيانات المعقدة مثل الاضطرابات النمائية الفكرية، مما يسمح باستخدام أكثر من اسم ومعنى لمختلف المتلقين والأهداف طالما أن علاقاتها وتشابهها الدلالي محدد شكلاً ولا يسبب الالتباس (35). من المهم أن يتوفر توصيف واضح ومعانٍ واستعمالات مختلفة لهذه المصطلحات في المجالات العلمية والاجتماعية والمجالات المتعلقة بالسياسات. وبجب النظر إلى الإعاقات على أنها نتيجة محتملة للحالات الصحية المتعلقة بالاضطرابات النمائية الفكرية. وهذا ينسجم مع المقاربة التي روجت لها منظمة الصحة العالمية ضمن عائلة التصنيفات الدولية التي يتم فيها ترميز الكيانات المرضية والآثار الوظيفية المنفصلة، ولو أنها متداخلة سريرياً، باستخدام تصنيف ICD وICF. وقد يقدم الموقف الذي اتخذته مجموعة العمل على الاضطرابات النمائية الفكرية مثالاً على كيفية صياغة الترتيب والتعريف الإجرائي للمرض ولعناصر الإعاقة في ICD وICF، والتي تنطبق أيضاً على الاضطرابات النمائية العصبية الأخرى (مثال: التوحد والاضطرابات النمائية المحددة)، وبشكل أوسع على الاضطرابات النفسية الأخرى (مثال: الخرف والفصام).

لا تتعارض التسمية والتعريف اللذين اقترحتهما مجموعة العمل مع استخدام المصطلحات الخاصة بالإعاقة الفكرية، أو التعريف الوظيفي الذي وافقت عليه جمعية AAIDD، أو تعريف وظيفي مرتكز إلى نموذج ICF. يحافظ النموذج المقترح على التمييز المبرز في عائلة التصنيفات الدولية الخاصة بمنظمة الصحة العالمية، وبالتالي في السياسة الصحية

الدولية، بين المرض والاضطراب من جهة والآثار الوظيفية للحالة الصحية (أي الإعاقة) من جهة أخرى (14).

ختاماً، منحت مجموعة العمل الاضطرابات النمائية الفكرية إطاراً مفاهيمياً على أنه حالة صحية ذات متلازمة بعدية، موازية للحالات الصحية ذات المتلازمة البعدية مثل الخرف، والتي يجوز ربطها بأسباب محددة متنوعة. وتوافق مجموعة العمل على مقاربة متعددة المعاني– متعددة الحدود لتصنيف الاضطرابات النمائية الفكرية. تميّز هذه المقاربة بين الاضطرابات النمائية الفكرية (متلازمة بعدية سريرية) والإعاقة الفكرية (نظير الأداء الوظيفي، التي لها تطبيقات عملية واجتماعية وتطبيقات مختلفة ذات صلة بالسياسات. وترى مجموعة العمل أن هذه المقاربة تدعم بالشكل الأفضل مهمة منظمة الصحة العالمية للصحة العامة وعملية توفير الخدمات والفرص الملائمة للأشخاص المصابين بالاضطرابات النمائية الفكرية.

شكر خاص

ينتسب الكثير من واضعي هذا البحث إلى مجموعة عمل المنظمة الصحية العالمية حول تصنيف الإعاقات الفكرية التي تتبع المجموعة الاستشارية الدولية لمظمة الصحة العالمية لمراجعة تصنيف ICD–10 للاضطرابات النفسية والسلوكية. بعضهم الآخر أعضاء في مجموعة المراجعة الأوسع التي أسستها منظمة الصحة العالمية في هذا المجال. ومن بين الأعضاء في مجموعة المراجعة الذين شاركوا في عملية التوافق المبينة في هذه المقالة N. Bouras، L. Bulit، S. Buono، M. Bakare، S. Bhaumik، Jung، E. Lazcano، P.A. J. Burack، J. Hollenweger، R. Rydelius، L. Wang G. Weber. J.Harris. وقد قدم فريق الربط الخاص بتصنيف DSM–5 تعليقاً متبصرا خلال عملية المراجعة وشارك في اجتماع المجموعة الذي عقد في كانون الأول/ديسمبر. وما لم يرد خلاف ذلك، تمثل الآراء الواردة في هذه المقالة آراء كاتبيها وليس الآراء الرسمية للمجموعة الاستشارية الدولية التابعة لمنظمة الصحة العالمية أو سياساتها.

مول تنسيق أنشطة مجموعة العمل بشكل جزئي من Fundació Villablanca (Grup Pere Mata، Reus،Spain) وبشكر خاص للرئيس J. Garcia–Ibañez. أما مشاركة C. Walsh و–L. Vaez Azizi فمولت من قبل MH071286 NIMH/NIH R25. وانعقد أحد اجتماعات مجموعة العمل برعاية مشتركة من قسم الإعاقة التعليمية، CNWL NHS Foundation Trust وقسم العلوم العصبية والصحة النفسية، كلية College London Imperial وبدعم إضافي من منظمة الصحة العالمية. وتتوجه المجموعة بالشكر إلى S. Cooray وP. Tyrer لتنظيمهما الاجتماع. وقام بتنظيم اجتماع مجموعة العمل واستضافته وتمويله جمعية IRCCS Associazione Oasi Maria SS (Oasi) في تريونا بإيطاليا، بدعم من منظمة الصحة العالمية. كما تتوجه المجموعة بالشكر إلى F. Buono، M. Ella و S. Di Nuovo لدعمهم ومساهمتهم القيمة، ولـR. Di Giorgio و Fatta E. Di لتنظيمهم الاجتماع، وللأب Luigi Ferlauto لرؤيته ودعمه.

المراجع

1. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision. Geneva: World Health Organization, 1992.
2. Berrios GE. The history of mental symptoms: descriptive psychopathology since the nineteenth century. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.
3. Durkin M. The epidemiology of developmental disabilities in lowincome countries. Ment Retard Dev Disabil Res Rev 2002;8:206-11.
4. Maulik PK, Mascarenhas MN, Mathers CD et al. Prevalence of intellectual disability: a meta-analysis of population-based studies. Res Dev Disabil (in press).
5. Cooper SA, Smiley E, Morrison J et al. Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. Br J Psychiatry 2007;190:27-35.
6. Salvador-Carulla L, Saxena S. Intellectual disability: between disability and clinical nosology. Lancet 2009;374:1798-9.
7. 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.
8. Centers for Disease Control and Prevention. Economic costs associated with mental retardation, cerebral palsy, hearing loss, and vision impairment - United States, 2003. Morb Mortal Wkly Rep 2004;53:57-9.
9. Polder JJ, Meerding WJ, Bonneux L et al. Healthcare costs of intellectual disability in the Netherlands: a cost-of-illness perspective. J Intellect Disabil Res 2002;46:168-78.
10. Strydom A, Romeo R, Perez-Achiaga N et al. Service use and cost of mental disorder in older adults with intellectual disability. Br J Psychiatry 2010;196:133-8.
11. Van Schrojenstein Lantman-de Valk HMJ. Healthy persons with intellectual disabilities in an inclusive society. J Policy Pract Intellect Disabil 2009;6:77-80.
12. Cain N, Davidson P, Dosen A et al. An international perspective of mental health services for people with intellectual disability. In: Bouras N, Holt G (eds). Mental health services for adults with intellectual disability. Strategies and solutions. Hove: Psychology Press; 2010:37-53.
13. Switzky HN, Greenspan S, American Association on Mental Retardation. What is mental retardation?: ideas for an evolving disability in the 21st century. Washington: American Association on Mental Retardation, 2006.
14. World Health Organization. ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: World Health Organization, 2001.
15. American Association on Mental Retardation. Mental retardation: definition, classification, and systems of supports, 10th ed. Washington: American Association on Mental Retardation, 2002.

guidelines for primary health care of adults with developmental disabilities. Can Fam Physician 2006;52:1410-8.
26. Stancliffe RJ, Lakin KC, Larson S et al. Choice of living arrangements. J Intellect Disabil Res (in press).
27. Arnold S, Riches VC, Stancliffe RJ. The I-CAN: developing a biopsycho- social understanding of support. J Appl Res Intellect Disabil 2010;23:486.
28. Thompson JR, American Association on Mental Retardation. Supports Intensity Scale: user's manual. Washington: American Association on Mental Retardation, 2004.
29. Shevell M, Ashwal S, Donley D et al. Practice parameter: evaluation of the child with global developmental delay. Neurology 2003;60:367-80.
30. Francouer E, Ghosh S, Reynolds K et al. An international journey in search of diagnostic clarity: early developmental impairment. J Dev Behav Pediatr 2010;31:338-40.
31. Lewis M, Sullivan MW. Infant intelligence and its assessment. In: Wolman BB (ed). Handbook of intelligence: theories, measurements, and applications. New York: Wiley, 1985:505-600.
32. World Health Organization. Manual of the International statistical classification of diseases, injuries, and causes of death. Geneva: World Health Organization, 1977.
33. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed. Washington: American Psychiatric Association, 1980.
34. World Health Organization. Atlas: global resources for persons with intellectual disabilities. Geneva: World Health Organization, 2007.
35. Sanchez D, Batet M, Valls A et al. Ontology-driven web-based semantic similarity. J Intell Inform Syst 2010;35:383-413.
16. Schalock RL, Borthwick-Duffy SA, Bradley M et al. Intellectual disability: definition, classification, and systems of supports, 11th ed. Washington: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 2010.
17. Salvador-Carulla L, Bertelli M. 'Mental retardation' or 'intellectual disability': time for a conceptual change. Psychopathology 2008;41:10-6.
18. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
19. Reed GM. Toward ICD-11: improving the clinical utility of WHO's International Classification of mental disorders. Prof Psychol Res Pract 2010;41:457-64.
20. International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders. A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. World Psychiatry 2011;10:86-92.
21. Tu SW, Bodenreider OC, Celik C et al. A content model for the ICD-11 revision. bmir.stanford.edu.
22. Gibert K, Garcia-Alonso C, Salvador-Carulla L. Integrating clinicians, knowledge and data: expert-based cooperative analysis in healthcare decision support. Health Res Policy Syst 2010;30;8:28.
23. Salvador-Carulla L, García-Gutiérrez JC. The WHO construct of Health-related Functioning (HrF) and its implications for health policy. BMC Public Health (in press).
24. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992. 180 World Psychiatry 10:3 - October 2011
25. Sullivan WF, Heng J, Cameron D et al. Consensus

التوسع في تشخيص الاضطراب ثنائي القطب: المنافع والمخاطر

Stephen M. Strakowski[1], David E. Fleck[1], Mario Maj[2]

[1]Division of Bipolar Disorders Research, Department of Psychiatry, University of Cincinnati College of Medicine, 231 Albert Sabin Way, Cincinnati, OH 45267-0559, USA; [2]Department of Psychiatry, University of Naples SUN, Naples, Italy

يدور جدل كبير حول ما إذا كان الاضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة التي تتصف بعلامات وأعراض مشتركة، والتي تعرّف حالياً بأنها كيانات سريرية منفصلة في تصنيف DSM–IV وICD–10 يمكن وضعها بشكل أفضل ضمن "الطيف ثنائي القطب" الأكثر شمولاً. وانطلاقًا من مفهوم الطيف، طُرح احتمال التوسع في تشخيص الاضطراب ثنائي القطب. تناقش هذه المقالة بعض الأسس المنطقية لمخطط تشخيصي موسّع من منظار سريري وبحثي نظراً لاحتمال وجود بعض المعوقات. ويتمثل الهدف من التوسع في تشخيص الاضطراب ثنائي القطب في المساعدة على تحديد عامل سببي مرضي لهذه الحالات من أجل توجيه العلاج بشكل أفضل. وقد عمد الباحثون أكثر فأكثر إلى توسيع مجتمعات البحث التي يعملون عليها بهدف تحقيق هدفهم وهو تحديد المؤشرات البيولوجية أو مؤشرات الأنماط الظاهرية الداخلية الموضوعية التي تتعدى المراقبة الظاهرية. وعلى الرغم من أن هذه المقاربة أتت بنتائج مفيدة وستأتي بنتائج مماثلة في المستقبل، سيركز الباحثون في مراجعة تصنيف DSM–IV وICD–10 تركيزاً أكبر على أنظمة تشخيص الطب النفسي وسيدفعون باتجاه إعادة تقدير مفهومنا للاضطراب ثنائي القطب. ولكن إلى أن تتمكن نتائج البحوث من تقديم دلائل مترابطة ومتقاربة على صلاحية التوسع في المفهوم التشخيصي، يجب أن يتم التعاطي بحذر مع مسألة التوسع السريري باتجاه طيف بعدي ثنائي القطب.

الكلمات الرئيسية: الاضطراب ثنائي القطب I، الاضطراب ثنائي القطب II، الطيف ثنائي القطب، الاكتئاب، التشخيص، الهوس، الهوس الخفيف

(World Psychiatry 2011;10:181–186)

الاضطراب ثنائي القطب مرض ديناميكي يتميز بتقلبات كبيرة في المزاج والطاقة والإدراك المعرفي والسلوك الذي يتأرجح مع الوقت. ليس للاضطراب ثنائي القطب مؤشرات موضوعية بحيث يكون التحديد معتمداً على تقييم سريري لهذه الأعراض المتغيرة فيتيح وضعها في إطار تشخيصي. (مثال تصنيف DSM–IV وICD–10) (1). إلا أن معظم الأعراض التي تستخدم لتحديد الاضطراب ثنائي القطب تتداخل مع حالات نفسية أخرى. وعليه، قد يصعب تحديد أطر تشخيص هذا الاضطراب. تبرز هذه الصعوبة من خلال معدلات الانتشار المتغيرة التي ترصدها الدراسات الوبائية. فعلى سبيل المثال، أظهرت دراسة منطقة الاستجماع أن معدلات الانتشار في الاضطراب ثنائي القطب I سجلت 0،9% وفي الاضطراب ثنائي القطب II 0،4%. ولكن عند تطبيق معايير الأهمية السريرية، انخفضت هذه المعدلات إلى 0،5% و0،2% على التوالي (2). فضلاً عن ذلك، تجاوز معدل الإصابة بالهوس دون العتبة/الهوس الخفيف على مدى الحياة نسبة 5% في الدراسة نفسها (3). وقد أفاد هيرشفيلد وآخرون (4) أن معدل انتشار الاضطراب ثنائي القطب I و II مجتمعين يتعدى 3% عند استخدام الأدوات الحساسة والملائمة، ولكن زيمرمان وآخرين (5) اعتبروا أن هذه الأدوات تقدم تشخيصاً مفرطاً للاضطراب ثنائي القطب إذ تنسب أعراضاً أخرى إليه بصورة خاطئة.

يعود تقلب معدلات الاضطراب ثنائي القطب في هذه الدراسات بشكل جزئي إلى صعوبة التمييز بين الاضطراب ثنائي القطب والأمراض الأخرى ذات الصلة. وثمة أعراض متداخلة عند الحد الفاصل بين التشخيصات، بحيث تحدد اختلافات بسيطة في معيار أو أكثر لتصنيف DSM–IV أو ICD–10 ما إذا كان المريض مصاباً بالاضطراب ثنائي القطب أو بغيره (مثل الاكتئاب أحادي القطب). وتشير مراجعة فيلبس وآخرين (1) أن ما من «نقاط ندرة» واضحة في استمرارية الأعراض العاطفية بين الاضطرابات ثنائية القطب والاضطرابات أحادية القطب، أو بين الأشخاص الأصحاء والتشخيصات الأخرى. ولأن الانتقال بين الحالات التشخصية يكون تدريجياً وغير مفاجئ، فإن بعض الباحثين يؤيدون مقاربة أوسع أو مقاربة «طيف» للاضطراب ثنائي القطب (6،7). تبتعد هذه المقاربة إلى حد ما عن التعريفات الفئوية الواردة في تصنيف DSM–IV أو ICD–10 نحو تحديد الأعراض الفردية التي تشير إلى "الثنائية". على سبيل المثال، يعاني الخبراء السريريون في مجال طب الأطفال من احتمال وجود «ثنائية» في أعراض اضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة (ADHD)، تقلبات المزاج، وعدم انتظام المزاج الحاد (8). أما في الراشدين المصابين بالاكتئاب، اقترح أكيسكال 7) قائمة من العلامات الثنائية، بما فيها "التزين" بالملابس الحمراء أو الإنجازات الخلاقة.

قبل مناقشة الفائدة المحتملة من التوسع في تشخيص الاضطراب الثنائي القطب، من المفيد أن نذكر أنفسنا بالسبب الذي يدفعنا إلى القيام بالتشخيص. يتم تحديد الأشخاص المصابين بالاضطراب الثنائي القطب من بين سائر أفراد مجتمع البحث بهدف تخصيص العلاج الذي يخفف من معاناتهم (أي الأعراض)، وذلك عبر الإرشادات التوجيهية للعلاج المرتكز إلى الدلائل والتي وُضعت في دراسات أجريت في السابق على أشخاص يعانون حالات مماثلة (9،10). ويحدد التشخيص أيضاً الحالات الفردية بهدف توجيه جهود البحث نحو تعزيز فهمنا للحالة، أي لتحديد السببيات المرضية التي ستفضي بدورها إلى علاجات فضلى. ولكن إذا غابت الاعتبارات العلاجية والبحثية، سرعان ما قد يصبح الجدل حول التشخيص بمثابة دوران في حلقة مفرغة من كلام أكاديمي غير ذي معنى. وعلى ضوء هذه المعطيات، سنناقش المخاطر والمنافع المحتملة المرتبطة بالتوسع في تشخيص الاضطراب ثنائي القطب.

المخاطر والمنافع: العلاج

إن أحد الأسباب التي تدفع إلى التوسع في تشخيص الاضطرابات ثنائية القطب هو أن المرضى الذين تظهر عليهم أعراض شبيهة بالثنائية ولكن لا تنطبق عليهم معايير DSM–IV أو ICD–10 للاضطراب ثنائي القطب I أو II، قد يستفيدون من المقاربات العلاجية المستخدمة في الأمراض الثنائية. ولدى التوسع

في تشخيص الاضطراب ثنائي القطب، قد يعزز تطبيق الخوارزميات العلاجية الثنائية من احتمال إيجاد هؤلاء الأفراد «الطيفيون» تدابيرَ علاجية فعالة. بدأ التأييد غير المباشر لهذه الفكرة بعد التأكد من أن «مثبتات المزاج» التي يعتقد أنها خاصة نسبياً بالاضطراب ثنائي القطب فعالة في علاج حالات أخرى. على سبيل المثال، ثبت أن زيادة الليثيوم lithium فعال في الاضطراب الاكتئابي الرئيسي بعد الاستجابة الجزئية لمضادات الاكتئاب (11). أما الكاربامازيبين carbamazepine، فأظهر نتائج فضلى في مرضى اضطراب الشخصية البينية (الحدية) (12). أما التفسير الذي خلص إليه هذا النوع من الدراسات فهو أن التحسن حدث نتيجة عدم التعرف إلى «الثنائية» الكامنة» لمرضى الاكتئاب أو مرضى اضطراب الشخصية البينية.

تبرز نتائج أحد البحوث التي أجريت مؤخراً واحداً من المعوقات الكبرى أمام التوسع في تشخيص الاضطراب ثنائي القطب. إذ يشير هذا البحث إلى أن الهوس الخفيف لا يظهر عادة على مرضى الاكتئاب، مما يؤدي إلى تشخيص خاطئ بالاضطراب الاكتئابي الرئيسي في حين أن التشخيص بالاضطراب ثنائي القطب II أكثر ملائمة (مثال: 7). ويظهر على الكثير من مرضى الاكتئاب الآخرين هوس ما دون العتبة أو الهوس الخفيف، أي أعراض الهوس أو الهوس الخفيف التي تكون طفيفة جداً بحيث لا تنطبق عليها معايير DSM–IV أو ICD–10 (1،3،6،7،13–19). وتشير هذه المراقبات إلى احتمال وجود فئة فرعية من الناس المصابين بالاضطراب الاكتئابي الرئيسي ممن تظهر عليهم «الثنائية»، أي أعراض الهوس وعلاماته، والنوبات العاطفية المتكررة والمتعددة، أو ممن لهم تاريخ عائلي من الاضطراب ثنائي القطب، مما يشير إلى أن من الأفضل اعتبار هؤلاء المرضى «طيفاً ثنائي القطب». وقد تكون هذه المجموعات الفرعية التي تضم مرضى «الاضطراب الاكتئابي الرئيسي» قد تم تمثليها بشكل مفرط في العينات التي لم تستجب للعلاج (20–22)، وبذلك قد يساهم توسيع الإطار الثنائي إلى تحسن في الاستجابة للعلاج.

بشكل خاص، يشكّل غياب «الثنائية» في الشخص موضوع البحث خطراً محتملاً ألا وهو أن تساهم مضادات الاكتئاب في تدهور سير المرض عبر زيادة الدوران العاطفي أو تسريع الهوس (23). إلا أن الجدل يحتدم حول مستوى هذا الخطر، حيث تشير بيانات دراسة STEP–BD الشاملة التي أجريت مؤخراً أن مضادات الاكتئاب المستحدثة لا تعزز هذه المخاطر في الاضطراب ثنائي القطب I أو II (24). ولكن مضادات الاكتئاب في دراسة STEP–BD تبين أنها غير فعالة بشكل كبير، مما يدعم الفكرة القائلة بأن «الثنائية» في الشخص المصاب بالاكتئاب قد تقلل من احتمال الاستجابة لعلاج مضادات الاكتئاب القياسية. ومن أجل تحديد ما إذا كانت «الثنائية» مرتبطة بمقاومة العلاج، حدد بيرليس وآخرون (25) طيفاً ثنائي القطب (يستثني الاضطراب ثنائي القطب I أو II) في 4041 مريضاً بالاضطراب الاكتئابي الرئيسي والذين كانوا جزءاً من دراسة STAR×D الشاملة حول الاكتئاب. وفي هذه الدراسة تلقى جميع المرضى الخوارزميات العلاجية نفسها المصممة لعلاج الاكتئاب أحادي القطب. وقد شكل مرضى الطيف ثنائي القطب 28% من العينة. إلا أن وجود الطيف ثنائي القطب لم يرتبط بأي من الفروقات في النتيجة أو في الاستجابة للعلاج في أي من هؤلاء المرضى المصابين بالاكتئاب، مما يشير إلى أن «الثنائية» في هؤلاء المرضى لم تؤثر على استجابتهم للعلاج. وما يزيد هذا النقاش تعقيداً هو الدراسات التي أجريت مؤخراً والتي تشير إلى أن مرضى الاضطراب ثنائي القطب II يستجيبون بشكل فعال للعلاج أحادي الدواء بمضادات الاكتئاب (26–28). وبحسب المعلومات المتوفرة لدينا، ما من دراسات أظهرت أن مرضى الطيف ثنائي القطب المكتئبين يبدون تحسناً في سير المرض ونتيجته إذا اتبعوا الإرشادات التوجيهية العلاجية للاضطراب ثنائي القطب بدلاً من الاكتئاب أحادي القطب.

تَظهر اعتبارات أخرى عند الحد الفاصل بين الاضطراب ثنائي القطب والحالات الأخرى. فعلى سبيل المثال، قد يصعب التمييز بين الهوس الذهاني واشتداد أعراض الفصام (29). ومما يزيد الحد الفاصل بين الهوس الذهاني والفصام تعقيداً هو وجود اضطراب الفصام الوجداني، الذي ينقسم إلى فئات فرعية من النوع «الاكتئابي» و«ثنائي القطب». واضطراب الفصام الوجداني هو تصنيف مثير للجدل لقي انتقاداً من الباحثين الذين وصفوه «بسلة مهملات» لمرضى الفصام ومرضى اضطراب المزاج الذهاني الذين لا تنطبق عليهم أي من الفئات الكبرى (30). في المقابل، يشير باحثون آخرون إلى أن مرضى اضطراب الفصام الوجداني يملكون خصائص فريدة تميزهم عن المجموعات المرضية الأخرى (30). إلى جانب الدراسات التي تستخدم الباليبيريدون paliperidone (31)، أجريت بضع تجارب علاجية مضبوطة محددة لاضطراب الفصام الوجداني. وتميل الإرشادات التوجيهية العلاجية إلى الجمع بين التدخل المستخدم للاضطرابات المزاجية ولاضطراب الفصام الوجداني (30،32)، بدلاً من تطوير مقاربات محددة لاضطراب الفصام الوجداني دون غيره. وقد أشارت بعض الدراسات إلى أن ما يسمى مضادات الذهان اللانموذجية المستحدثة قد تكون أكثر فاعلية من مضادات الذهان الشائع استخدامها في اضطراب الفصام الوجداني، المنسجم مع «الثنائية» في هذه المجموعة (33،34). إلا أن مضادات الذهان اللانموذجية تبدو أنها لها الفاعلية نفسها في اضطراب الفصام الوجداني والاضطراب ثنائي القطب (مثال: 35).

تم اقترح عدد من التشخيصات الأخرى من أجل احتمال تضمين مرضى الطيف ثنائي القطب، بما فيهم مرضى اضطراب الشخصية البينية (36،37)، واضطرابات الأكل (38،39)، ونقص الانتباه/فرط الحركة (40). قد تظهر الأعراض ثنائية القطب في هذه الحالات، ولكن لا يعرف ما إذا كان هؤلاء المرضى المصابون بالاضطراب ثنائي القطب دون العتبة سيستجيبون أكثر للخوارزميات العلاجية ثنائي القطب منه إلى الخوارزميات العلاجية المستخدمة في تشخيصهم «الأولي». وفي ظل الاعتبارات المعقدة التي تطرحها كل هذه الأمثلة، تعد آثار العقاقير نفسية التأثير متواضعة بشكل عام وتبدو معظم تدخلاتنا لانوعية نسبياً. على سبيل المثال، عند علاج مجموعات كبيرة من الأشخاص المصابين بهوس الاضطراب ثنائي القطب I المشخص تشخيصاً مؤكداً، لا يستجيب إلا حوالى 50% منهم لأي عقار كان (41). وغالباً ما تكون عملية التجربة والخطأ الممتدة على سنوات مطلوبة لتحديد التدخل الناجح (41). إلا أن دافي وآخرين أجروا دراسة صغيرة على يافعين من «الطيف ثنائي القطب» الذين كان لهم أبوين مصابين بالاضطراب ثنائي القطب، فوجدوا أن الاستجابة لليثيوم lithium كانت متوقعة نظراً للاستجابة له بحسب ما يظهره تاريخ العائلة، مما يعني أن الاستجابة للعلاج تشكل جهاز قياس مفيداً في النقاشات التشخيصية، على الرغم من المعوقات الموجودة في العلاجات الحالية. إلا أن الليثيوم lithium لا يدخل عادةً في العقاقير نفسية التأثير المستخدمة نظراً لنوعيته النسبية في علاج الاضطراب ثنائي القطب I التقليدي. أما معظم العقاقير نفسية التأثير الأخرى فلها تأثير خفيف ولكنها فعالة في علاج عدد كبير من الحالات.

بالفعل، كان لعقار الليثيوم تأثير جذري في مجال الطب النفسي. وهو عقار كان مفيداً في حالات الاضطراب ثنائي القطب I (أي الهوس الذي يتناوب مع الاكتئاب) إلا أن فاعليته كانت محدودة جداً في حالات الفصام والاكتئاب أحادي القطب (على الأقل إذا استخدم علاجاً أحادياً). دفعت الموافقة النهائية على استخدم الليثيوم في الولايات المتحدة عام 1970 الطب النفسي إلى إجراء اختبارات على كيفية التمييز بين الاضطراب ثنائي القطب والفصام، مما أدى إلى إجراء دراسات متبادلة بين الولايات المتحدة وبريطانيا وإلى الاعتراف بأن تشخيص الفصام في الولايات المتحدة الأميركية كان مفرطاً على حساب تشخيص الاضطراب ثنائي القطب (43). وقد ينجم عن العلاجات اللانوعية تشخيص غير دقيق، كما كان الحال في الفصام في الولايات المتحدة حتى العام 1970. وفي ظل وجود العلاجات الجديدة (مضادات الذهان اللانموذجية) التي تبدو أنها غير محددة نسبياً لعدد كبير من الحالات النفسية، يجدر بنا الحرص على عدم استخدام العلاج اللانوعي كأداة لتحديد الفئات التشخيصية، لأن ذلك يحد من قدرتنا على تحديد المرضى الذين يحتاجون إلى علاج أكثر نجاعة وأكثر تحديداً في المستقبل (1،44). إذاً، يتمثل أحد مخاطر التوسع في تشخيص الاضطراب ثنائي القطب في احتمال فرط استخدام التعريف، مما يتسبب في تصنيف خاطئ للمرضى الذين قد يستفيدون من المقاربات العلاجية البديلة. على سبيل المثال، في سلسلة من المقالات وجد زيمرمان وآخرون (45–47) أن مرضى اضطراب الشخصية البينية يشخصون بشكل خاطئ على أنهم مرضى اضطراب ثنائي القطب، مما قد يؤدي إلى تجارب دوائية مفرطة في حين أن العلاجات النوعية مثل العلاج الجدلي السلوكي أكثر فاعلية (48). ويجب مقارنة منافع الخوارزميات العلاجية الأكثر شمولاً المطبقة على مرضى «الطيف ثنائي القطب» بمخاطر تعريض الأفراد إلى آثار علاجية ضائرة ناجمة عن التجارب الدوائية غير الضرورية. وما من مركب يستخدم بشكل عام لمعالجة الأمراض النفسية خالٍ من مخاطر الآثار الضائرة (41). إذاً، من منظار علاجي، تساهم منافع التوسع في تشخيص الاضطراب ثنائي القطب في كيفية إدارة علاج الأشخاص المصابين. وثمة حاجة إلى المزيد من الدراسات الشبيهة بدراسة بيرليس وآخرين (25) من أجل اختبار منافع توسيع المجموعات التشخيصية بشكل أكثر تحديداً.

المخاطر والمنافع: البحث

بالإضافة إلى توجيهها للقرارات العلاجية، تكتسي الاعتبارات التشخيصية أهمية كبيرة في تحديد مجموعات المرضى الفرعية من أجل إجراء الاستقصاء العلمي على الأسباب المرضية للاضطراب ثنائي القطب. أما المنفعة الأولى للتوسع في التشخيص فتتمثل في تعزيز قدرتنا على تحديد المؤشرات الموضوعية التي تتعدى المراقبة الظاهرية (49). وستكون هذه المؤشرات نوعية بالنسبة إلى الاضطراب ثنائي القطب الواسع التعريف، ولكنها مستقلة عن الأعراض المزاجية والنوبات المزاجية، لذا قد تستخدم كأهداف علاجية وتساعد في التنبؤ بالنتائج السريرية. ولكن قبل أن تتحقق هذه التوقعات، ما زالت هناك مسائل مهمة تعقد عملية الاستقصاء في الأسباب المرضية للاضطراب ثنائي القطب على مستوى العلم الأساسي. على سبيل المثال، قليلة هي النماذج الحيوانية التي يظهر عليها الهوس الذي يعد الحالة المزاجية المعرِّفة للاضطراب ثنائي القطب. ومن الصعب إنتاج أعراض مشابهة للهوس في القوارض، لذلك وحدها السلوكيات البديلة يمكن فحصها (مثل السلوك الاجتماعي، والتحفيز، وبعض القدرات المعرفية). كذلك، لا وجود لنموذج سلوك هوسي اكتئابي متتالٍ بشكل عفوي حتى اليوم (50). وفي ظل هذه الثغرات المعرفية، يبقى السؤال المطروح: «هل يساعد التوسع في تشخيص الاضطراب ثنائي القطب الباحثين في جهودهم الرامية إلى توضيح الأسباب المرضية للاضطراب ثنائي القطب وبالتالي تطوير عملية اختيار العلاج في المستقبل؟» تقدم الدراسات الوراثية أساساً لمعالجة هذه المسألة. فثمة دليل حتمي على أن الاضطراب ثنائي القطب وراثي بنسبة عالية. فقد بلغت معدلات التوائم على الأقل 67% في التوائم أحادية البويضة (51). وتظهر الدراسات العائلية خطراً نسبياً أعلى بـ 8–10 أضعاف في الأقرباء من الدرجة الأولى منه في سائر مجتمع البحث (52). ولكن حتى اليوم، لم تنجح الدراسات على العائلة وعلى التوائم في تحديد أسس وراثية نوعية (خاصة بالمرض) ومتناسقة في حالات الاضطراب ثنائي القطب، ولكنها في الوقت نفسه أظهرت تداخلاً وراثياً كبيراً مع الحالات ذات الصلة. على سبيل المثال، يشير سمولر وبارنيت (53) إلى أن الأفراد المعرضين لخطر الإصابة بالاضطراب ثنائي القطب معرضون أيضاً للإصابة بالاكتئاب أحادي القطب، والفصام، واضطراب الفصام الوجداني. وحتى في سياق خطر الإصابة بالاضطراب ثنائي القطب بنسبة أكبر من الحالات الأخرى، فإن الخطر الوراثي للإصابة بالاضطراب ثنائي القطب وارد في الحالات الطيفية، الأمر الذي يمكن اعتباره دليلاً في البحث حول التوسع في تشخيص الاضطراب ثنائي القطب. على الرغم من أن البحث الوراثي يؤيد في قسم كبير منه وجهة نظر الطيف ثنائي القطب نظراً لعدم نوعية النتائج التي تم التوصل إليها حتى اليوم لتصنيفات DSM–IV أو ICD–10، فإن ذلك قد يكون نتيجة لعدم كفاية المنهجيات و«الإشارة الضعيفة» على نقص حقيقي في النتائج الخاصة بالمرض. ولدى المقارنة بين الاضطراب ثنائي القطب والفصام تحديداً، يبدو أن نواحي الارتباط والجينات المرشحة المشتركة تدعم وجهة نظر الطيف (54)، ولكن النتائج ليست قابلة للنسخ بشكل كامل وبنية الطيف نفسها غير مستقرة. وعلى الرغم من أن عدم الانتظام المزاجي قد يكون حالة واردة في الطيف ثنائي القطب، فإن النتائج الوراثية المشتركة في حالات الاضطراب ثنائي القطب والفصام قد تكون ناجمة بشكل أساسي عن المعالم المشتركة للأعراض الذهانية. بالاستناد إلى عامل الاختطار والتاريخ العائلي، تم اقتراح تصنيف الفصام ضمن زملة ذهانية بدلاً من الزملة الانفعالية مع الاكتئاب أحادي القطب (55). ونظراً لأن الهوس يترافق في معظم الحالات مع الأعراض الذهانية (56)، وعلى ضوء الاقتراحات التي تقول بأن الذهان يمثل نمطاً ظاهرياً موثوقاً به في البحث الوراثي (57)، قد تشكل الأعراض الذهانية أساساً منطقياً لتعريف الطيف ثنائي القطب على أنه عدم انتظام مزاجي. ولكن إلى أن تكسب بنية الطيف ثنائي القطب دعم أطراف البحث، ثمة خطر بأن يكون التوسع في التشخيص سابقاً لأوانه. كما قد نقع في حلقة مفرغة يؤدي فيها الفشل في عزل المجتمعات الفرعية المتجانسة لمرضى الاضطراب ثنائي القطب إلى نتيجة وراثية «مزعجة» وغير نوعية. وعليه، قد يزيد التوسع في التشخيص الوضع سوءاً.

السبب الثاني الذي يدفعنا إلى توخي الحذر في عملية التوسع في التشخيص هو أن النتائج السريرية صعبة التنبؤ نظراً لتفاعل العوامل الجينية والبيئية المختلفة. وعلى الرغم من أن أحد النماذج قدّر مؤخراً أن 22% من الخطر الوراثي في الاضطراب ثنائي القطب يمكن تفسيره بستة متغيرات جينية مشتركة (58)، فمن الصعب التأكيد على أن هذه النتائج نوعية (خاصة بالمرض)، بالإضافة إلى أنه ليس من السهل

تقدير الأهمية النسبية لمختلف الجينات. إذ إن اتحادات الجينات المختلفة وتفاعلاتها يمكن أن يكون لها أثر إضافي على السلوك، مما يؤدي إلى تعبير ظاهري متغير، الأمر الذي يظهر في الاضطرابات السلوكية المعقدة مثل الاضطراب ثنائي القطب. وعليه، فإن كيفية تأثير الجينات والخبرة وتفاعلاتهما على السببيات المرضية وعلم النفس المرضي والنتيجة الظاهرة في الاضطراب ثنائي القطب يبقى مسألة معقدة ورهن للتكهنات. أما المسائل الشاملة الأخرى مثل سبب كون بعض الأفراد أكثر أو أقل «مرونة» إزاء مسببات الضغط النفسي الجينية والنفسية– الاجتماعية التي تسبب المرض النفسي وتديمه فهي مسائل تشكل تحدياً آخر للباحثين (59).

على الرغم من هذه الصعوبات، بدأت عملية تحديد المؤشرات المعرفية تتطرق إلى مسألة ما إذا كان يجب التوسع في تشخيص الاضطراب ثنائي القطب. وقد قام بعض الباحثين مؤخراً بمقارنة الأداء المعرفي – العصبي أو مراجعته بين الاضطراب ثنائي القطبI والاضطرابات الأخرى ذات الصلة (62–60). و على هذه الدراسات تقوم اختبارات مباشرة على فرضية الطيف ثنائي القطب. حتى اليوم، حدد البحث بشكل مقبول ومنسجم الفروقات بين الملفات الشخصية المعرفية العصبية للأفراد المصابين بالاضطراب ثنائي القطب I وII (61). يعاني مرضى مجموعة الاضطراب ثنائي القطب I اختلالاً في التعلم اللفظي والذاكرة اللفظية والانتباه والأداء الوظيفي التنفيذي، كذلك قد تظهر عليهم اعتلالات سريرية واضحة مقارنة مع مجموعة مرضى الاضطراب ثنائي القطب II، الذين يعانون اعتلالاً وظيفياً أخف وطأة يقتصر على الذاكرة العاملة والأداء الوظيفي التنفيذي (60). أجريت دراسة مماثلة، ولكن هذه المرة لمقارنة مرضى اكتئاب الاضطراب ثنائي القطب والاكتئاب أحادي القطب من جهة حدة الاكتئاب. وأظهرت هذه الدراسة لملفات لشخصية معرفية منفصلة، حيث المجموعة ثنائية القطب وتلك أحادية القطب تميزت بإدراك معرفي سليم واعتلال نسبي في الأداء الوظيفي التنفيذي على التوالي (62). إذاً تدعم كل من هذه الدراسات الفكرة القائلة بأن من المحتمل وجود فروقات معرفية ذات أساس بيولوجي بين الاضطراب ثنائي القطب II واضطرابات المزاج ذات الصلة، الأمر الذي يعتبر غير منسجم مع فرضية الطيف ثنائي القطب.

على غرار البحث المعرفي، يساهم التصوير العصبي مساهمة متواضعة في دعم فرضية الطيف. على سبيل المثال، في دراسة المسح الطبقي بواسطة انبعاث البوزيترونات ، تبين أن الرابط الحامل للسيروتونين في المخ الأوسط كان أقل في مرضى الاضطراب ثنائي القطب I منه في مرضى الاضطراب ثنائي القطب II، مما يدعم الانقسام الثنائي الحاصل حول تصنيف DSM–IV (63). وفي دراسة قياس الأشكال المرتكز على العنصر الحجمي (فوكسل)، أظهر ها وآخرون أن مرضى الاضطراب ثنائي القطب I و II يعانون نقصاً في المادة الرمادية وتقاطعاً للدوائر الحوفية البطنية الجبهية الأمامية والخلفية مقارنة مع أقرانهم الأصحاء. إلا أن مجموعة الاضطراب ثنائي القطب I عانت أيضاً نقصاً في المادة الرمادية مقارنة مع مجموعة الاضطراب ثنائي القطب II في أماكن متفرقة في الدماغ، مما يشير نوعاً ما إلى تمييز عصبي–هيكلي بين هاتين المجموعتين الفرعيتين أيضاً. إذا ما أخذت مجتمعة، فإن البحوث الجينية والمعرفية والتصويرية التي أجريت حتى اليوم لا تقدم توافقاً حقيقياً حول أصحية التوسع في التشخيص ثنائي القطب. وعلى الرغم من أن نتائج البحث إذا ما أخذت من منظار معين قد تميل إما إلى تأييد وجهة نظر الطيف أو رفضها، فإن ثمة أمثلة على تأييد وجهة النظر المعارضة، وإن التطور الذي تشهده الأدوات والمنهجيات قد يخل بالتوازن بشكل كبير. وبالطبع إذا لم يتم الحديث عن الآثار الباطلة بين الحالات الطيفية في آداب البحوث كما يجري عادة، فإن مدى الطيف ثنائي القطب وصلاحيته قد يساء تقديره. هذا الاحتمال يؤكد على الحاجة إلى الدراسات المصممة بشكل جيد والتي تختبر فرضيات الطيف نفسه بدلاً من الدراسات المقارنة البسيطة التي تركز على الاضطرابات.

خلاصة

يسمح التوسع في تشخيص الاضطراب ثنائي القطب بتحديد المرضى الذين قد يستجيبون إلى حساب العلاج ثنائي القطب والذين لا يمكن إيجاد علاج ناجح لهم بطرق أخرى. كذلك، يمكن للمفاهيم الأقل فئوية والأكثر بعدية للمرض ثنائي القطب أن تساهم في تحديد الخطر الوراثي أو الأنماط الظاهرية الداخلية الجديدة. ولكن في ظل التغيرات التشخيصية التي غالباً ما تطرأ، يصبح من الصعب استكمال الدراسات لتفعيل الأنظمة التشخيصية الجديدة.

تهدد عملية التوسع في التشخيص ثنائي القطب بتخفيف العينات إلى درجة التغايرية التي تعيق تطور البحث الأساسي والسريري معاً، مما يحد من عملية الاكتشاف وقد يعرض المرضى لآثار دوائية ضائرة هم في غنى عنها. في الواقع، إن الاضطراب ثنائي القطب كما يعرفه تصنيف IV–DSM وICD–10 يرتبط على الأرجح بأسباب مرضية كامنة وشديدة التعقيد لدرجة أنه لا يمكن تمييزها بالتقويم السريري وحده. ولكن حتى اليوم ما زال الدليل التجريبي ضعيفاً جداً بحيث لا يمكن البت فيما إذا كان التوسع في تشخيص الاضطراب ثنائي القطب سيساعد في الاكتشافات المتعلقة بسببيات المرض أو في تحسين عملية تطوير العلاج.

إلى أن تقدم نتائج البحوث نظرة معمقة فضلى حول أصحية التوسع في المفهوم التشخيصي للاضطراب ثنائي القطب، فإن التوسع السريري في اتجاه «الطيف» يجب أن يتم بحذر (49،73). فإذا ما تم التوسع في الفئة التشخيصية قبل أوانه، أي قبل إيجاد دليل قاطع على تعزيزه لعملية تطوير العلاج أو البحث حول الأسباب المرضية، فإن ذلك يهدد بتجريد التشخيص من قيمته (44).

قبل أن نستحدث مخططاً تشخيصياً ثنائي القطب، من الحكمة أن نطور مقاربة عملية متفق عليها (1) من ثم يمكننا تطوير الدراسات المحددة لمقارنة محاسن المقاربة الجديدة في العلاج والكشف عن المرض. فتغيير التشخيص لمجرد مجاراة ثوابت النظرية الجديدة يعيق الاختبار المنظم والوافي للمقاربة الجديدة ويهدد بفقدان المحاولات التي قام بها الطب النفسي مرتكزاً على الدلائل في السنوات الخمسين الماضية.

شكر خاص

ساهم الدكتور ستراكوفسكي والدكتور فليك على حد سواء في صوغ هذا المنشور.

المراجع

1. Phelps J, Angst J, Katzow J et al. Validity and utility of bipolar spectrum models. Bipolar Disord 2008;10:179-93.
2. Narrow WE, Rae DS, Robins LN et al. Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States: using a clinical significance criterion to reconcile 2 surveys' estimates. Arch Gen Psychiatry 2002;59:115- 23.
3. Judd LL, Akiskal HS. The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population: re-analysis of the ECA database taking

25. Perlis RH, Uher R, Ostacher M et al. Association between bipolar spectrum features and treatment outcomes in outpatients with major depressive disorder. Arch Gen Psychiatry (in press).
26. Amsterdam JD, Shults J. Efficacy and mood conversion rate of short-term fluoxetine monotherapy of bipolar II major depressive episode. J Clin Psychopharmacol 2010;30: 306-11.
27. Amsterdam JD, Shults J. Efficacy and safety of long-term fluoxetine versus lithium monotherapy of bipolar II disorder: a randomized, double-blind, placebo-substitution study. Am J Psychiatry 2010;167:792- 800.
28. Amsterdam JD, Wang G, Shults J. Venlafaxine monotherapy in bipolar type II depressed patients unresponsive to prior lithium monotherapy. Acta Psychiatr Scand 2010;121:201-8.
29. Adler CM, Strakowski SM. The boundaries of schizophrenia. Psychiatric Clin North Am 2003;26:1-23.
30. Correll CU. Understanding schizoaffective disorder: from psychobiology to psychosocial functioning. J Clin Psychiatry 2010; 71:8-13.
31. Canuso CM, Turkoz I, Fu DJ et al. Role of paliperidone extended-release in treatment of schizoaffective disorder. Neuropsychiatr Dis Treat 2010;6:667-79.
32. McElroy SL, Keck PE Jr, Strakowski SM. An overview of the treatment of schizoaffective disorder. J Clin Psychiatry 1999;5:16- 21.
33. Tohen M, Zhang F, Keck PE et al. Olanzapine versus haloperidol in schizoaffective disorder, bipolar type. J Affect Disord 2001;67:133-40.
34. Janicak PG, Keck PE Jr, Davis JM et al. A double-blind, randomized, prospective evaluation of the efficacy and safety of risperidone versus haloperidol in the treatment of schizoaffective disorder. J Clin Psychopharmacol 2001;21:360-8.
35. Cruz N, Sanchez-Moreno J, Torres F et al. Efficacy of modern antipsychotics in placebo-controlled trials in bipolar depression: a meta-analysis. Int J Neuropsychopharmacol 2010;13:5-14.
36. Smith DJ, Muir WJ, Blackwood DH. Is borderline personality disorder part of the bipolar spectrum? Harv
13. Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. Arch Gen Psychiatry 2007;64:543-52.
14. Cassano GB, Rucci P, Frank E et al. The mood spectrum in unipolar and bipolar disorder: arguments for a unitary approach. Am J Psychiatry 2004;161:1264-9.
15. Akiskal HS. The emergence of the bipolar spectrum: validation along clinical-epidemiologic and familial-genetic lines. Psychopharmacol Bull 2007;40:99-115.
16. Maj M, Pirozzi R, Magliano L et al. Agitated "unipolar" major depression: prevalence, phenomenology, and outcome. J Clin Psychiatry 2006; 67:712-9.
17. Sato T, Bottlender R, Schröter A et al. Frequency of manic symptoms during a depressive episode and unipolar 'depressive mixed state' as bipolar spectrum. Acta Psychiatr Scand 2003;107:268-74.
18. Benazzi F, Koukopoulos A, Akiskal HS. Toward a validation of a new definition of agitated depression as a bipolar mixed state (mixed depression). Eur Psychiatry 2004; 19:85-90.
19. 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.
20. Manning JS, Haykal RF, Akiskal HS. The role of bipolarity in depression in the family practice setting. Psychiatr Clin North Am 1999;22:689-703.
21. Manning JS. Difficult-to-treat depressions: a primary care perspective. J Clin Psychiatry 2003;64:24-31.
22. Parker GB, Malhi GS, Crawford JG et al. Identifying "paradigm failures" contributing to treatment-resistant depression. J Affect Disord 2005;87:185-91.
23. Altshuler LL, Suppes T, Black DO et al. Lower switch rate in depressed patients with bipolar II than bipolar I disorder treated adjunctively with second-generation antidepressants. Am J Psychiatry 2006;163: 313-5.
24. Sachs GS, Nierenberg AA, Calabrese JR et al. Effectiveness of adjunctive antidepressant treatment for bipolar depression. N Engl J Med 2007;356:1711-22.
into account subthreshold cases. J Affect Disord 2003;73:123-31.
4. Hirschfeld RM, Holzer C, Calabrese JR et al. Validity of the Mood Disorder Questionnaire: a general population study. Am J Psychiatry 2003;160:178-80.
5. Zimmerman M, Galione JN, Chelminski I et al. Psychiatric diagnoses in patients who screen positive on the Mood Disorder Questionnaire: implications for using the scale as a case-finding instrument for bipolar disorder. Psychiatry Res (in press).
6. Angst J, Cui L, Swendsen J et al. Major depressive disorder with subthreshold bipolarity in the National Comorbidity Survey replication. Am J Psychiatry 2010;167:1194- 201.
7. Akiskal HS. Searching for behavioral indicators of bipolar II in patients with major depressive episodes: the "red sign", the "rule of three" and other biographic signs of temperamental extravagance, activation and hypomania. J Affect Disord 2005;84: 279-90.
8. Parens E, Johnston J. Controversies concerning the diagnosis and treatment of bipolar disorder in children. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health 2010; 4:9.
9. Grunze H, Vieta E, Goodwin GM et al. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of bipolar disorders: update 2009 on the treatment of acute mania. World J Biol Psychiatry 2009;10:85-116.
10. Grunze H, Vieta E, Goodwin GM et al. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Biological Treatment of Bipolar Disorders: update 2010 on the treatment of acute bipolar depression. World J Biol Psychiatry 2010; 11:81-109.
11. Bauer M, Adli M, Bschor T et al. Lithium's emerging role in the treatment of refractory major depressive episodes: augmentation of antidepressants. Neuropsychobiology 2010; 62:36-42.
12. Mercer D, Douglass AB, Links PS. Metaanalyses of mood stabilizers, antidepressants and antipsychotics in the treatment of borderline personality disorder: effectiveness for depression and anger symptoms. J Pers Disord 2009;23:156-74.

of neurocognitive function in unmedicated unipolar depression and bipolar II disorder. Biol Psychiatry 2007;62:917-24.
63. Chou Y-H, Wang S-J, Lin C-L et al. Decreased brain serotonin transporter binding in the euthymic state of bipolar I but not bipolar II disorder: a SPECT study. Bipolar Disord 2010;12:312-8.
64. Ha TH, Ha K, Kim JH et al. Regional brain gray matter abnormalities in patients with bipolar II disorder: a comparison study with bipolar I patients and healthy controls. Neurosci Lett 2009;456:4-48.
65. Glahn DC, Bearden CE, Niendam TA et al. The feasibility of neuropsychological endophenotypes in the search for genes associated with bipolar affective disorder. Bipolar Disord 2004;6:171-82.
66. Pan L, Keener MT, Hassel S et al. Functional neuroimaging studies of bipolar disorder: examining the wide clinical spectrum in the search for disease endophenotypes. Int Rev Psychiatry 2009;21:368-79.
67. Swann AC, Dougherty DM, Pazzaglia PJ et al. Increased impulsivity associated with severity of suicide attempt history in patients with bipolar disorder. Am J Psychiatry 2005; 162:1680-7.
68. Swann AC, Pazzaglia P, Nicholls A et al. Impulsivity and phase of illness in bipolar disorder. J Affect Disord 2003;73:105-11.
69. Fleck DE, Shear PK, Strakowski SM. Manic distractibility and processing efficiency in bipolar disorder. In: Wood S, Allen N, Pantelis C (eds). Handbook of neuropsychology and mental illness. Cambridge: Cambridge University Press, 2009:365-77.
70. Adler CM, DelBello MP, Strakowski SM. Brain network dysfunction in bipolar disorder. CNS Spect 2006;11:312-20.
71. Strakowski SM, Delbello MP, Adler CM. The functional neuroanatomy of bipolar disorder: a review of neuroimaging findings. Mol Psychiatry 2005;10:105-16.
72. Harvey PD. The latest developments in the MATRICS initiative. Psychiatry 2007;4:29- 31.
73. Patten SB, Paris J. The bipolar spectrum – A bridge too far? Can J Psychiatry 2008; 53:762-8.
48. Lynch TR, Trost WT, Salsman N et al. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. Annu Rev Clin Psychol 2007;3:181-205.
49. Paris J. The bipolar spectrum: a critical perspective. Harv Rev Psychiatry 2009;17:206- 13.
50. Nestler EJ, Hyman SE. Animal models of neuropsychiatric disorders. Nature Neurosci 2010;13:1161-9.
51. McGuffin P, Rijsdijk F, Andrew M et al. The heritability of bipolar affective disorder and genetic relationship to unipolar depression. Arch Gen Psychiatry 2003;60:497-502.
52. Nurnberger JI Jr, Berrettini W. Psychiatric genetics. In: Ebert MH, Loosen PT, Nurcombe B et al (eds). Current diagnosis and treatment: Psychiatry, 2nd ed. New York: McGraw Hill, 2008:15-34.
53. Barnett JH, Smoller JW. The genetics of bipolar disorder. Neuroscience 2009;164:331- 43.
54. Alaerts M, Del-Favero J. Searching genetic risk factors for schizophrenia and bipolar disorder: learn from the past and back to the future. Hum Mutat 2009;30:1139-52.
55. Goldberg DP, Andrews G, Hobbs MJ. Where should bipolar disorder appear in the meta-structure? Psychol Med 2009;39: 2071-81.
56. Prakash O, Kumar CN, Shivakumar PT et al. Clinical presentation of mania compared with depression: data from a geriatric clinic in India. Int Psychogeriatr 2009;21:764-7.
57. Owen MJ, Craddock N, Jablensky A. The genetic deconstruction of psychosis. Schizophr Bull 2007;33:905-11.
58. Nurnberger JI, Jr. A simulated genetic structure for bipolar illness. Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet 2008;147B:952-6.
59. Cicchetti D. Resilience under conditions of extreme stress: a multilevel perspective. World Psychiatry 2010;9:145-54.
60. Simonsen C, Sundet K, Vaskinn A et al. Neurocognitive profiles in bipolar I and bipolar II disorder: differences in pattern and magnitude of dysfunction. Bipolar Disord 2008;10:245-55.
61. Sole B, Martinez-Aran A, Torrent C et al. Are bipolar II patients cognitively impaired: a systematic review. Psychol Med (in press). 62. Taylor Tavares JV, Clark L, Cannon DM et al. Distinct profiles Rev Psychiatry 2004; 12:133-9.
37. Perugi G, Toni C, Travierso MC et al. The role of cyclothymia in atypical depression: toward a data-based reconceptualization of the borderline-bipolar II connection. J Affect Disord 2003;73:87-98.
38. Perugi G, Akiskal HS. The soft bipolar spectrum redefined: focus on the cyclothymic, anxious-sensitive, impulse-dyscontrol, and binge-eating connection in bipolar II and related conditions. Psychiatr Clin North Am 2002;25:713-37.
39. McElroy SL, Frye MA, Hellemann G et al. Prevalence and correlates of eating disorders in 875 patients with bipolar disorder. J Affect Disord 2011;128:191-8.
40. Birmaher B, Axelson D, Strober M et al. Comparison of manic and depressive symptoms between children and adolescents with bipolar spectrum disorders. Bipolar Disord 2009;11:52-62.
41. Strakowski SM, DelBello MP, Adler CM. Comparative efficacy and tolerability of drug treatments for bipolar disorder. CNS Drugs 2001;15:701-18.
42. Duffy A, Alda M, Milin R et al. A consecutive series of treated affected offspring of 186 World Psychiatry 10:3 - October 2011 parents with bipolar disorder: is response associated with the clinical profile? Can J Psychiatry 2007;52:369-76.
43. Pope HG, Lipinski JF, Jr. Diagnosis in schizophrenia and manic-depressive illness: a reassessment of the specificity of 'schizophrenic' symptoms in the light of current research. Arch Gen Psychiatry 1978; 35:811-28.
44. Baldessarini RJ. A plea for integrity of the bipolar disorder concept. Bipolar Disord 2000;2:3-7.
45. Zimmerman M, Ruggero CJ, Chelminski I et al. Clinical characteristics of depressed outpatients previously overdiagnosed with bipolar disorder. Compr Psychiatry 2010; 51:99-105.
46. Ruggero CJ, Zimmerman M, Chelminski I et al. Borderline personality disorder and the misdiagnosis of bipolar disorder. J Psychiatr Res 2010;44:405-8.
47. Zimmerman M, Ruggero CJ, Chelminski I et al. Psychiatric diagnoses in patients previously overdiagnosed with bipolar disorder. J Clin Psychiatry 2010;71:26-31.

التوسع في البنية ثنائية القطب والحفاظ على سلامة التشخيص: هل نخاطر بأحد الهدفين على حساب الآخر؟

Joseph F. Goldberg
Department of Psychiatry, Mount Sinai School of Medicine, New York, NY; Affective Disorders Research Program, Silver Hill Hospital, New Canaan, CT, USA

يطرح ستراكوفسكي وآخرون نقاشاً محفّزاً للتفكير حول المنافع السريرية والعلمية والثغرات التي ينطوي عليها اعتماد بنية تصنيفية موسّعة للاضطراب ثنائي القطب الذي يتعدى الحدود الفئوية للاضطراب ثنائي القطب I وII. وربما تكون الحجة الأكثر منطقية من الناحية العلمية التي تدفع إلى التفكير في هذا الإطار المفاهيمي هي إدراكنا أن الاضطراب ثنائي القطب يشمل أبعاداً متغايرة لعلم النفس المرضي تترتب عليها حالات تعدو كونها اضطرابات مزاجية، منها الخلل الوظيفي المعرفي، والاختلال البيولوجي–الزمني، والذهان، والصراعات عبر شخصية، والتنشيط السلوكي. وبخلاف الأمراض المندلية، فإن الحالات المعقدة مثل الاضطراب ثنائي القطب – وعلى الرغم من أنه وراثي بنسبة كبيرة – يعتقد بأنه يتصف بجينات متعددة تنتج بشكل جماعي تأثيرات طفيفة. وعليه، فإن توسيع «بيكار» للأنماط الظاهرية قد يساهم في الكشف عن الإشارات التي تعتبر أنماط ظاهرية حقيقية، أو بالأحرى عن الأنماط الظاهرية الداخلية غير الواضحة. كذلك قد يعلل التعبير المتغير لألائل (alleles) الخط المفترض بأنه تكويناً محبطاً للصور الإكلينيكية للأمراض الوجدانية والتى تناهض التمييز الفئوى فى التصنيف الطبنفسى. من ناحية ثانية، تواجه الجهود المبذولة لتحديد الروابط بين الأنماط الجينية المشتبه فيها والكيانات المرضية الافتراضية صعوبات عندما تكون الأنماط الظاهرية غير مطوّرة أو معرفة بشكل سيئ.

تتمثل المعضلة حالياً في مدى إمكانية علم النفس المرضي الوصفي أن يسلط الضوء على أوضاع الأمراض البيولوجية. يشير ستراكوفسكي وآخرون إلى الطبيعة العشوائية وغير المكتملة لواصفات الأنماط الظاهرية الموجودة حالياً، ولكن السؤال الذي يجب طرحه هو ما إذا كانت واصفات الأنماط الظاهرية التي سيأتي بها الباحثون ستكون أقل عشوائية. لا شك في أن الصفات التي تعرّف الاضطراب ثنائي القطب I وII لا تنطبق على المتغيرات الكثيرة التي يتصف بها الاضطراب المزاجي المعقد. كذلك، إن الاكتفاء بتشخيص الاكتئاب أحادي القطب لا يقدم وصفاً كافياً للحالات التي تستجيب للعلاج بشكل ضعيف أو التي تتصف بمستويات اعتلال وظيفي لا تنذر بالإصابة بالاكتئاب الرئيسي غير المصحوب بمضاعفات. وإن القطبية ليست سوى بعد من الأبعاد الكثيرة للتعقيد الذي يتصف به الاضطراب المزاجي، هذا بالإضافة إلى الذهان، والهياج، والقلق، والحدة والإزمان (Chronicity)، والمراضة المشتركة، والسوداوية. لذلك، نتساءل كيف يمكن لتوسيع الأنماط الظاهرية أن تبرز القطبية على أنها المبدأ المركزي المنظم لتصنيف الاضطرابات المزاجية.

يجب أيضاً التيقظ لمخاطر استخلاص الأعراض من الاضطرابات الأخرى المعروفة واعتبارها معادلة للثنائية القطبية – مثل الاندفاعية أو عدم الاستقرار العاطفي لاضطراب الشخصية البينية، ونقص الانتباه وفرط الحركة/اضطراب فرط الحركة، أو فرط التيقظ الذاتي والتسارع النفسي الحركي للاضطرابات القلقية الحادة – فالقيام بذلك يهدد سلامة تشخيص الاضطرابات الأخرى. لذلك، من دون معرفة مسبقة بأسباب المرض، قد يؤدي التوسع في الأنماط الظاهرية بالباحثين والخبراء السريريين إلى أطر مفاهيمية خاطئة تماماً.

لنتخيل مثلا أننا نعيد صياغة الصمات الرئوية، والتهاب الغضروف العضلي، ومرض القرحة الهضمية فندرجها كلها ضمن طيف الذبحة الصدرية بمجرد الارتكاز إلى وجود ألم في الصدر (هذا إلى جانب اقتراح العلاج الانحلالي لكل هذه الحالات). أو لنتخيل أن الحمل والاستسقاء والسمنة لها نفس الأسباب المرضية بمجرد الارتكاز إلى حالة الانزعاج التي يسببها تكور البطن في كل من هذه الحالات. منذ صياغة تصنيف DSM–III، لم يقدم علم التصنيف في الطب النفسي أي دليل على أن التشخيصات الوصفية تقدم معلومات عن الأسباب المرضية. وإلى أن يأتي الباحثون بأدلة خارجية مستحدثة مثبتة للحالات المرضية، يبقى توسيع الأنماط الظاهرية عملاً عشوائياً.

من منظار عملي، إن الخطر السريري الأكبر الذي قد ينجم عن توسيع البنية ثنائية القطب في وقت سابق لأوانه يتمثل في تأثيره على التوصيات التي تقترح العلاجات المثلى للاضطرابات المزاجية الصعبة. يشير ستراكوفسكي وآخرون إلى أن المرضى الذين تظهر عليهم «أعراض شبيهة بالثنائية» قد يستفيدون من الأدوية نفسها المستخدمة في علاج الاضطراب ثنائي القطب I، معللاً ذلك بأن مثبتات المزاج «يُعتقد بأنها محددة نسبياً في حالات الاضطراب ثنائي القطب». ولكن يمكن لأي أحد أن يشكك في النوعية التشخيصية لأي دواء نفسي التأثير، أما الأسس التي تقول بإمكانية استنباط التشخيص من الاستجابة السريرية للعلاج فهي ضعيفة في كل المجالات الطبية الأخرى. على سبيل المثال، لا يمكننا أن نعتبر أن إدرار البول الناجح باستخدام الفوروسيميد يعني أن السبب المرضي للوذمة هو قلبي المنشأ وليس طرفى، كما لا يمكن اعتبار أن الاستجابة لهرمونات كشر الكظر المستخدمة كمضادات للالتهابات تعني أن السبب المرضي لألم المفاصل هو مناعي ذاتي وليس ناتج عن عدوى. وعلى الرغم من الحماسة التي تثيرها الفرضية القائلة بأن مثبتات المزاج قد تكون ذات قيمة للأشكال المعقدة لاضرابات «الطيف» التي لا تقع ضمن الاضطراب ثنائي القطب I أو II، فيجب الاعتراف بأن لا وجود لدراسات مضبوطة قادرة على تحديد فاعلية العقاقير المثبتة للمزاج في «الطيف ثنائي القطب الموسع».

لقد كانت النتائج أقل من مشجعة لدى قيام الباحثين بالاستنباط لاستكمال معرفة النتائج العلاجية المحتملة لدراسات تثبيت المزاج في الاكتئاب أحادي القطب المقاوم للعلاج أو المتكرر بنسبة عالية. على سبيل المثال، شملت دراسة البدائل العلاجية المتسلسلة للتخفيف من الاكتئاب (STAR×D) مجموعة دراسية تعاني من اكتئاباً أحادي القطب متكرراً بنسبة عالية – وهي حالة بالنسبة إلى بعض السلطات الصحية ترقى إلى مستوى مرض كريبلين الهوسي الاكتئابي. فتبين أن إضافة الليثيوم lithium سجلت معدلات استجابة لا تتعدى 15.9% (1)، ذلك رغم النتائج الواعدة التي تحققت في الماضي في عينات أصغر بكثير لمرضى مصابين بالاكتئاب أحادي القطب المتكرر بنسبة عالية (2). كذلك، بالرغم من

البيانات الأولية المفتوحة التسمية، فشلت ثلاث دراسات مضبوطة بالغفال في أن تثبت فاعلية إضافة اللاموتريجين lamotrigine في علاج الاكتئاب أحادي القطب المقاوم للعلاج (3–5). لا توجد دراسات مضبوطة تستخدم مادة ديفالبرويكس divalproex أو كاربامازيبين carbamazepine في علاج الاكتئاب أحادي القطب المعقد، مع أن كل من هذين المثبتين يظهر فاعلية كبرى في حالات الهوس منها في حالات الاكتئاب التي تصيب مرضى الاضطراب ثنائي القطب I.

يمّهد ستراكوفسكي وآخرون نقاشهم حول احتمال اضطلاع مثبتات المزاج بدور أكبر فيشيرون إلى الجدل العقيم حول سلامة مضادات الاكتئاب وفاعليتها في حالات الاكتئاب الذي يصيب مرضى الاضطراب ثنائي القطب. ولكن من المدهش هو أن التجارب العشوائية تشير إلى أن سلامة مضادات الاكتئاب وفاعليتها تبدو أكبر في الاضطراب ثنائي القطب I منه في الاضطراب ثنائي القطب II (6،7) – وربما تكون أكثر نجاحه من الليثيوم في منع الانتكاس، مما يشير إلى أن الحالات الأنسب لاستخدام مضادات الاكتئاب هي حالات الاضطراب ثنائي القطب ذات الطيف «الخفيف» وليس الاضطراب ثنائي القطب I.

في انتظار إجراء الدراسات التجريبية على فرضيات توسيع الطيف ثنائي القطب، حري بنا أن نأخذ النقاط الآتية بعين الاعتبار في جهودنا المستقبلية السريرية والبحثية:

- ثمة حاجة إلى تحديد معايير التضمين والإقصاء للكيانات المرشحة ضمن «الطيف» ثنائي القطب بواسطة التجارب. فمن دون معايير الإقصاء، يكون خطر عدم الترابط في التشخيص عالياً.
- إن مقاربات الأنماط الظاهرية الداخلية، لا سيما تلك المرتكزة إلى الأقرباء من الدرجة الأولى أو غيرها الذين لا يظهرون أعراضاً سريرية لتمييز الاضطراب ثنائي القطب I أو II، قد تكون مفيدةً للتعرف على الخصائص القابلة للملاحظة التي تعكس تعبّر ألائل الخطر ثنائي القطب ولتمييز الأنماط الظاهرية الحقيقية عن النسخ المظهرية.
- ثمة حاجة إلى إجراء التجارب المفيدة لمثبتات المزاج المستخدمة في اضطرابات الطيف غير ثنائي القطب I وII، وذلك للارتكاز في وضع التوصيات العلاجية على الملاحظة التجريبية وللتوصل إلى نتائج بيانات واقعية بدلاً من التكهن وإبداء الآراء.

المراجع

1. Nierenberg AA, Fava M, Trivedi MH et al. A comparison of lithium and T(3) augmentation following two failed medication treatments for depression: a STAR*D report. Am J Psychiatry 2006;163:1519-30.
2. Fieve RR, Dunner DL, Kumbarachi T et al. Lithium carbonate in affective disorders. IV. A double-blind study of prophylaxis in unipolar recurrent depression. Arch Gen Psychiatry 1975;32:1541-4.
3. Barbosa L, Berk M, Vorster M. A doubleblind, randomized, placebo-controlled trial of augmentation with lamotrigine or placebo in patients concomitantly treated with fluoxetine for resistant major depressive episodes. J Clin Psychiatry 2003;64:403-7.
4. Santos MA, Rocha FL, Hara C. Efficacy and safety of antidepressant augmentation with lamotrigine in patients with treatmentresistant depression: a randomized, placebo-controlled, double-blind study. Prim Care Companion J Clin Psychiatry 2008;10: 187-90.
5. Barbee JG, Thompson TR, Jamhour NJ et al. A double-blind placebo-controlled trial of lamotrigine as an antidepressant augmentation agent in treatment-refractory unipolar depression. J Clin Psychiatry (in press).
6. Altshuler LL, Suppes T, Black DO et al. Lower switch rate in depressed patients with bipolar II than bipolar I disorder treated adjunctively with second generation antidepressants. Am J Psychiatry 2006; 163:313-5.
7. Amsterdam JD, Shults J. Efficacy and safety of long-term fluoxetine versus lithium monotherapy of bipolar II disorder: a randomized, double-blind, placebo-substitution study. Am J Psychiatry 2010;167:792-800.

تعليقات

التوسع في مفهوم الاضطراب ثنائي القطب: كيف نواجه الشك؟

Mark Zimmerman
Rhode Island Hospital, Brown Medical School, Providence, RI 02905, USA

في مراحل سير العلاج المبكرة، أحياناً لا أكون واثقاً مما إذا كان المريض المكتئب يعاني اضطراباً ثنائي القطب. يساورني هذا الشك على الرغم من قيامي بتقييم موسع يشمل مقابلة نصف بنائية ومراجعة للسجلات السابقة ومقابلة مع مزود معلومات. فعندما يرتكز التشخيص على نوبات أعراضية حدثت في الماضي، كما هو الحال في الاضطراب ثنائي القطب في مرضى الاكتئاب الحاليين، يكون وضوح التشخيص محيراً أحياناً.

كذلك، لست متأكداً من كيفية تعريف الطيف ثنائي القطب، هذا مع أنني أجري بحوثاً في هذا المجال وأتابع المطبوعات. فما الذي يجب القيام به لمواجهة الشك؟ أعمد مع مرضاي إلى استخدام مقاربة «انتظر لترى»، أي أنني أراقب عن كثب الأعراض التي تظهر على المرضى، وأحاول رصد نوبات هوس خفيفة أو بنسبة أقل نوبات هوسية. أما علاج الاضطراب ثنائي القطب فيبدأ بعد الإعلان عن التشخيص.

باتباع الأسلوب نفسه، يجب اعتماد مقاربة رصينة وتحفظية لدى إجراء تغيير على التصنيفات المرضية، بحيث لا يتم إدخال أي تغييرات إلا بعد أن يكون الدليل التجريبي قد أثبت أن المنهجية الجديدة تتفوق على القديمة. وكما أشار ستراكوفسكي وآخرون، فإن مثل هذا الدليل التجريبي ناقص في سياق عملية توسيع حدود الاضطراب ثنائي القطب. وعليه، فقد نصحوا بتوخي الحذر.

أينما رسمت حدود الاضطراب ثنائي القطب، فإن عملية التشخيص سيشوبها دائماً حالات تشخيص إيجابية خاطئة أو سلبية خاطئة. وهنا السؤال لا يكمن فيما إذا وقع الخطأ أم لم يقع، بل في معرفة أي نوع من الخطأ هو المنتشر وفي كيفية تأثير نقل العتبة التشخيصية على عدد كل من هذه الأخطاء التشخيصية. كذلك من الأمور التي يجب أخذها بعين الاعتبار الآثار السريرية التي يخلفها كل نوع من الأخطاء، وأي خطأ يصعب تصحيحه بعد الوقوع فيه.

أجريت بعض الدراسات التي دعمت توسيع الحدود التشخيصية للاضطراب ثنائي القطب. بعضها اقترح أن يتم خفض مدة نوبة الهوس الخفيف إلى يوم أو يومين (1، 2). إلا أنني لم أسمع بأي دراسة حول الأثر المحتمل لهذا التغيير

على التشخيص وعلى نتائج العمل السريري. وفي ظل المعايير التشخيصية المتوافرة، يطرح فرط التشخيص (أي الإيجابيات الخاطئة) مشكلة (3). فإذا تم خفض عتبة المدة، كم هو عدد المرضى الذين سيتلقون تشخيصاً زائداً بالاضطراب ثنائي القطب بسبب الخطأ في اعتبار نوبات عدم الاستقرار العاطفي التي تتصف بها العينة العنقودية (ب) لمرضى الشخصية دليلاً على الهوس الخفيف (4)؟ ولا شك في أن السؤال الذي يجب طرحه أيضاً هو: كم مرة يخطئ الخبير السريري في عدم تشخيص الاضطراب ثنائي القطب لمجرد أن متلازمة الهوس الخفيفة الملحوظة أو التي حدثت مؤخراً لم تدم فترة تكفي لتصنيفها نوبة هوسية خفيفة بحسب DSM–IV؟

إلا أن الخبراء السريريين ليسوا صارمين في تطبيق العتبات التشخيصية الواردة في تصنيف DSM–IV (5). وعليه، فإن المرضى الذين يصابون بنوبات هوسية خفيفة متكررة تدوم فترة غير كافية قد يشخصون بالاضطراب ثنائي القطب ويتلقون العلاج الخاص به.

للتشخيصين الإيجابي والسلبي الخاطئين آثار ضائرة. فعدم التعرف على الاضطراب ثنائي القطب يرتبط بنقص في وصف العقاقير المثبتة للمزاج، وارتفاع خطر سرعة الدورات المزاجية، وارتفاع تكاليف الرعاية (8–6). أما الاضطراب ثنائي القطب المشخص إيجاباً بشكل خاطئ فيرتبط بفرط العلاج بالعقاقير غير الضرورية وبالتالي التعرض للآثار الجانبية المحتملة فضلاً عن احتمال فشل العلاجات الأكثر نجاحه في المستقبل.

وخلال محاولتنا تحديد العتبة التشخيصية للاضطراب ثنائي القطب والحد من الأخطاء التشخيصية على كافة أنواعها، علينا أن نقر بأن آثار التشخيص الإيجابي الخاطئ قد تمتد على فترة زمنية أطول من آثار التشخيص السلبي الخاطئ. وبما أن التشخيص يمكن أن يكون عملية ديناميكية سلسة تعتبر مادة سريرية إضافية، فربما من الأسهل إضافة تشخيص بدلاً من حذف آخر. بالتالي، من الأسهل علينا تغيير تشخيص المريض من الاكتئاب غير ثنائي القطب إلى الاضطراب ثنائي القطب بدلاً من تغييره من الاضطراب ثنائي القطب إلى الاكتئاب غير ثنائي القطب. وبرأيي إذا وقع خطأ في التشخيص الإيجابي للمريض وكان هذا المريض يستجيب لعلاج مضادات الاكتئاب ومثبتات المزاج، فإن من غير المحتمل إيقاف علاجه بمثبتات المزاج.

لنأخذ على سبيل المثال الدراسة الاستشرافية التي دامت عشر سنوات على مجموعة من السكان والتي وجدت أن الأفراد الذين سجلوا أعراض هوس/هوس خفيف مساوي للعتبة بلغت نسبة الاضطرابات ثنائيه القطب في عائلاتهم رقماً مرتفعاً، كما سجلوا نسب مراضة مشتركة مرتفعة، ومعدل انتقال مرتفع إلى الاضطراب ثنائي القطب I وII بحسب تصنيف DSM–IV خلال فترة المتابعة (9). وقد فسر الباحثون هذه النتائج على أنها حجة تدعم توسيع مفهوم الاضطراب ثنائي القطب. إلا أن نسبة المرضى الذين أجري البحث عليهم والذين انتقلوا إلى حالة الاضطراب ثنائي القطب I وII لم تتعدّ 15%. وكما يشير ستراكوفسكي وآخرون، فإن لا وجود لدراسات تثبت فاعلية مثبتات المزاج في علاج الاضطراب ثنائي القطب ما دون العتبة. وعليه، إذا تم توسيع الحدود التشخيصية، فإن الكثير من الأشخاص الذين لن تتطور معهم الحالة إلى الاضطراب ثنائي القطب المعرّف بحسب تصنيف DSM–IV سيتلقون علاجاً بأدوية الاضطراب ثنائي القطب في ظل غياب البحوث المضبوطة التي تثبت فاعليتها.

حذر فيرست وفرانسيس (10) القائمين على تحديث تصنيف DSM–5 من تغيير المعايير التشخيصية من دون أن يأخذوا بالاعتبار الكافي الآثار غير المرئية لهذه التغييرات. إن تشخيصات DSM–5 المرتكزة على الأعراض هي بمثابة تقدير ترجيحي لمرض نأمل يوماً ما أن نفهم الفيزيولوجيا المرضية الخاصة به. فخفض السقف التشخيصي من شأنه أن يخفض معدل عدم تشخيص حالات الاضطراب الحقيقية على حساب زيادة معدل التشخيص الإيجابي الخاطئ للاضطراب ثنائي القطب الزائف.

إذاً، يبقى لدينا جانب من الشك. إذ إن نسبة الخطأ التشخيصي الناجم عن الاعتماد على كل نوع من الأنماط الظاهرية غير مؤكدة في ظل غياب الواصمات البيولوجية التشخيصية. كذلك إن فاعلية مثبتات المزاج في علاج الاضطراب ثنائي القطب ما دون العتبة غير مؤكدة. وإن أثر خفض عتبة تشخيص الاضطراب ثنائي القطب على عمليات تشخيصه الإيجابي الخاطئ في العمل السريري ليس مؤكداً. وبالتالي، من منظار الصحة العامة، فإن منافع توسيع الحدود التشخيصية غير مؤكدة هي أيضاً. وإزاء هذه المعطيات غير المؤكدة، إن رأس الحكمة هو اتباع مقاربة «لننتظر ونرى».

المراجع

1. Angst J, Gamma A, Benazzi F et al. Toward a redefinition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bi- polar-II, minor bipolar disorders and hypomania. J Affect Disord 2003;73:133-46.
2. Benazzi F. Is 4 days the minimum duration of hypomania in bipolar II disorder? Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2001;251:32-4.
3. Zimmerman M, Ruggero CJ, Chelminski I et al. Is bipolar disorder overdiagnosed? J Clin Psychiatry 2008;69:935-40.
4. Paris J. Borderline or bipolar? Distinguishing borderline personality disorder from bipolar spectrum disorders. Harv Rev Psychiatry 2004;12:140-5.
5. Zimmerman M, Galione J. Psychiatrists' and nonpsychiatrist physicians' reported use of the DSM-IV criteria for major depressive disorder. J Clin Psychiatry 2010;71:235-8.
6. Birnbaum HG, Shi L, Dial E et al. Econom- ic consequences of not recognizing bipolar disorder patients: a cross-sectional descriptive analysis. J ClinPsychiatry 2003;64:1201-9.
7. Ghaemi SN, Boiman EE, Goodwin FK. Di- agnosing bipolar disorder and the effect of antidepressants: a naturalistic study. J Clin Psychiatry 2000;61:804-8.
8. Matza LS, Rajagopalan KS, Thompson CL et al. Misdiagnosed patients with bipolar disorder: comorbidities, treatment patterns, and direct treatment costs. J Clin Psychiatry2005;66:1432-40.
9. Zimmermann P, Bruckl T, Nocon A et al. Heterogeneity of DSM-IV major depressive disorder as a consequence of subthreshold bipolarity. Arch Gen Psychiatry 009;66:1341-52.
10. First MB, Frances A. Issues for DSM-V: un- intended consequences of small changes: the case of paraphilias. Am J Psychiatry2008;165:1240-1.

توسيع المعايير التشخيصية للاضطراب ثنائي القطب: لمَ لا نبدأ بالهوس الخفيف؟

Susan L. McElroy
Lindner Center of HOPE, Mason, OH; Department of Psychiatry and Behavioral Neuroscience, University of Cincinnati College of Medicine, Cincinnati, OH, USA

قام ستراكوفسكي وآخرون بخطوة رائعة عندما ناقشوا المنافع والمخاطر الناجمة عن توسيع معايير التشخيص للاضطراب ثنائي القطب. فأشاروا إلى أن المنافع تتمثل في التشخيص الأكثر دقة والعلاج الأنجح لمرضى الاضطراب ثنائي القطب، في حين أن المخاطر تتمثل في فرط التشخيص وتناول العقاقير غير الفعالة ذات الآثار الجانبية الضائرة على من هم ليسوا مرضى، كما تتمثل في إعاقة عملية الاكتشاف العلمي. وفي سياق دعم هذا التوسيع، ذكر ستراكوفسكي وآخرون أدلة تشير إلى أن الاضطراب ثنائي القطب I يقع ضمن الطيف نفسه مع الاضطراب الاكتئابي الرئيسي (MDD) عبر الاضطراب ثنائي القطب II، ومع الفصام عبر اضطراب الفصام الوجداني.

ويشمل ذلك استجابة مرضى MDD المقاوم للعلاج بمضادات الاكتئاب لعلاج الليثيوم؛ والنتائج الجينية المشتركة بين الاضطراب ثنائي القطب وMDD وبين الاضطراب ثنائي القطب والفصام؛ واستجابة هذه الحالات الثلاث للجيل الثاني من مضادات الذهان (SGAs). إلا أن ثمة مزيداً من الأدلة المعارضة لهذا التوسع في معايير الاضطراب ثنائي القطب التشخيصية. ومن بينها نتائج دراسة كبيرة أجراها بيرليس وآخرون (١) مؤخراً تفيد بأن قياسات اضطراب الطيف ثنائي القطب بين مرضى MDD لم تنبئ بالاستجابة لعلاج مضادات الاكتئاب، بالإضافة إلى نتائج الفروق المعرفية العصبية وفروق التصوير العصبي بين مرضى الاضطراب ثنائي القطب I وII. وقد خلص الباحثون في هذه الدراسة إلى أنه من السابق لأوانه استحداث إطار تشخيصي للاضطراب ثنائي القطب، معللين ذلك بأن دقة التصنيفات المرضية الموجودة حالياً تتأثر أصلاً بمجموعة متباينة من الأسباب المرضية.

يمكن تعريف الطيف على أنه مجموعة من الحالات المترابطة بحيث لا تشكل اضطراباً وحدوياً بل متلازمة تتألف من مجموعات فرعية. وإن وجود فروق بين الاضطراب ثنائي القطب I والاضطراب ثنائي القطب II، أو بين الاضطراب ثنائي القطب II واضطراب MDD لا يتعارض مع بنية الطيف، خاصة وأنه يعتقد أن الاضطرابات تمثل أمراضاً وراثية معقدة. بالفعل، إن أول دراسة مستعرضة بين الاضطرابات نشرت عن الصلة الجينومية الواسعة وشملت الاضطراب ثنائي القطب والاضطراب الاكتئابي الرئيسي والفصام كشفت عن ناحية كروموزومية لها آثار نوعية على الاضطراب ثنائي القطب II، بالإضافة إلى نواح كروموزومية عدة لها آثار متعددة الأنماط الظاهرية على التصنيفات التشخيصية الثلاث. وهذه النتيجة تساهم في دعم مفهوم الطيف ثنائي القطب عبر استدلال الأسس الجينية المحددة والمشتركة بين الاضطرابات الآنف ذكرها. فتم طرح عدد من المعايير التشخيصية للطيف ثنائي القطب (٣،٤). تشمل بعض هذه النماذج أشكالاً لا تشمل الهوس أو الهوس الخفيف ولكنها تؤشر على الثنائية، مثل بداية مبكرة للإصابة بالاكتئاب، نوبات اكتئابية متكررة بنسبة عالية، و/أو تاريخ عائلي من الاضطرابات ثنائية القطب. وكما أشار ستراكوفسكي وآخرون، لم تدعم نتائج الدراسة الواسعة التي أجراها بيرليس وآخرون على مرضى MDD فكرة البنية الموسعة عند اعتبار الاستجابة لمضادات الاكتئاب متغايراً مثْبِتاً للحالة.

إلا أن البيانات الوبائية والاستشرافية تشير إلى أن الأعراض الهوسية الخفيفة ما دون العتبة شائعة وذات فائدة تصنيفية، مما يدعم فكرة النماذج الطيفية ثنائية القطب الأقل شمولاً. وجد آنغست وآخرون (5) أن ما يقارب من40% من مرضى الاضطراب الاكتئابي الرئيسي المبحوثين في دراسة المسح الوطني للمراضة المشتركة المكررة (NCS-R) كان لهم تاريخ من الهوس الخفيف ما دون العتبة، الذي يعرّف وفق أسئلة التحري عن الهوس بوجود عارض واحد أو اثنين، ولكن بعدم انطباق المعايير التشخيصية الكاملة للهوس عليهم. وبحسب أسئلة المسح، يجب أن تدوم الأعراض الهوسية الخفيفة أياماً عدة أو أكثر. أما الأفراد المصابون باضطراب MDD والهوس الخفيف ما دون العتبة فقد بدأ الاضطراب معهم في سن مبكرة مقارنة مع المرضى الآنف ذكرهم، وأصيبوا بعدد أكبر من النوبات الاكتئابية، وسجلوا معدل مراضة مشتركة أكثر ارتفاعاً من الأفراد الذين لم يعانوا هوساً خفيفاً، ولكن الحدة السريرية لديهم سجلت معدلات أقل ارتفاعاً منها في مرضى الاضطراب ثنائي القطب II. وعليه، فإن إمكانية قياس الفروق بين هذه الفئات الثلاث يمكن أن تستخدم حجةً أخرى داعمة لفكرة الطيف الكامن. وفي دراسة أخرى، قام فيدورويك وآخرون (٦) بمتابعة ٥٥٠ شخصاً في الدراسة التعاونية على الاكتئاب التي أجراها المعهد الوطني للصحة النفسية (NIMH) على مصابين باضطراب MDD بلغ سنهم عند ضمهم للدراسة متوسط ١٧،٥ سنة إلى ٣١ سنة. وقد أشارت تحاليل البقاء أن ٢٠٪ من العينة اختبروا هوساً أو هوساً خفيفاً كما شهدوا انتقالاً إلى التشخيص ثنائي القطب. وارتبط عدد الأعراض الهوسية الخفيفة ما دون العتبة (كان الحد الفاصل الأمثل ٣ أعراض إلى ٥) ببداية لاحقة للهوس أو الهوس الخفيف المستقل عن عوامل الاختطار الأخرى.

قد تكون الدراسات التي تجرى على الهوس الخفيف ما دون العتبة مهمة لفهم عملية التنقل بين النوبات المرتبطة بمضادات الاكتئاب، والتي يحتدم حولها جدل كبير. كذلك تعتبر هذه الدراسات مهمة لفهم مسائل أخرى تتعلق بالعلاج. في دراسة أجريت على ١٧٦ مريضاً بالاضطراب ثنائي القطب خضعوا لتجارب علاج بزيادة مضادات الاكتئاب على فترة ١٠ أسابيع، ٤٦ منهم اختبروا هوساً أو هوساً خفيفاً ناشئاً عن العلاج (٧). أما الفرق الوحيد بين المجموعة التي شهدت انتقالاً بين النوبات وتلك التي لم تشهد فكان طفيفاً ولكنه كان أعلى بكثير من نتيجة مقياس تقدير الهوس عند اليافعين (أي أعراض الهوس الخفيف ما دون العتبة) الذي سجل قبل تناول مضادات الاكتئاب.

في حين ثبت أن مرضى الاضطراب ثنائي القطب II أقل ميلاً للتنقل بين النوبات على أثر استخدام مضادات الاكتئاب بالمقارنة مع مرضى الاضطراب ثنائي القطب I (٨)، قد يكون هناك طيف له مسؤولية عن عملية الانتقال المحرضة بمضاد اكتئاب هو الأعلى لمرضى الاضطراب ثنائي القطب I، والأدنى لمرضى MDD، ومعتدل لمرضى الاضطراب ثنائي القطب II. كما يحتمل أن تسبب مضادات الاكتئاب هوساً خفيفاً ما دون العتبة أكثر من هوس أو هوس خفيف مساوي للعتبة، وأنه في مرضى MDD

الذين لا يستجيبون بشكل كافٍ لمضادات الاكتئاب، قد ينبئ الهوس الخفيف ما دون العتبة (العفوي أو المرتبط بمضاد اكتئاب) بالاستجابة لزيادة كمية الليثيوم أو الجيل الثاني من مضادات الذهان بالمقارنة مع أي مضاد اكتئاب ثانٍ. ويمكن اختبار هذه الفرضيات بواسطة التجربة والمعايير التشخيصية المحددة إجرائياً للهوس الخفيف ما دون العتبة والمقابلات التي من شأنها تقييمها (٩).

على ضوء هذا القلق المبرر حيال توسيع الإطار التشخيصي للاضطراب ثنائي القطب في وقت سابق لأوانه، يمكن تحديد معايير مؤقتة للهوس الخفيف ما دون العتبة ضمن تصنيف DSM–٥ وICD–١١ للتمكن من دراسته (في ملحق على سبيل المثال). ومن بين الأمثلة على ذلك تعريفات الهوس الخفيف في DSM–IV أو ICD–١٠ ما عدا الحالات التي يدوم فيها العارض ١–٣ أيام، أو التعريفات التي تركز على فرط النشاط السلوكي، وغيرها من الأمثلة (٩). بالتالي، سيسمح تعريف الهوس الخفيف ما دون العتبة بتحديد أنواع فرعية محددة للاضطراب ثنائي القطب لم يتم تحديدها بشكل آخر (مثال: الاضطراب ثنائي القطب III أو اضطراب MDD مع الهوس الخفيف ما دون العتبة)، وهي أنواع يمكن تحديد معايير مؤقتة لها أيضاً.

يمثل تحديد الكيانات المرضية المنعزلة ذات الأبعاد المتغيرة بشكل مستمر هدفاً مهماً للتصنيف الطبي. لذلك يجب تطوير الأنماط الظاهرية بالتماشي مع النتائج التي يتوصل إليها علم الأعصاب وعلم الوراثة فضلاً عن نتائج الاستجابة للعلاج (١٠). فالأعراض الهوسية الخفيفة ما دون العتبة تمثل مشكلة بالنسبة للصحة العامة. وإن تعريف الحد الفاصل بين الهوس الخفيف والاكتئاب، والحالات الأخرى التي تتميز بأعراض هوسية خفيفة (مثل اضطرابات التحكم في الاندفاع)، والصحة النفسية قد أصبحت حاجة مهمة في مجال الصحة العامة. كما أن معايير الهوس الخفيف ما دون العتبة المطروحة للمزيد من الدراسة في تصنيف DSM–5 و ICD–11 يمكن أن تساعد في تعريف حدود الهوس الخفيف، وبالتالي الطيف ثنائي القطب، بطريقة التجربة ومن دون توسيع المعايير التشخيصية للاضطراب ثنائي القطب في وقت سابق لأوانه.

المراجع

1. Perlis RH, Uher R, Ostacher M et al. Asso- ciation between bipolar spectrum features and treatment outcomes in outpatients with major depressive disorder. Arch Gen Psychiatry (in press).
2. Huang J, Perlis RH, Lee PH et al. Cross-dis- order genomewide analysis of schizophre- nia, bipolar disorder, and depression. Am J Psychiatry 2010;167:1254-63.
3. Angst J. The bipolar spectrum. Br J Psychia- try 2007;190:189-91.
4. Phelps J, Angst J, Katzow J et al. Validity and utility of bipolar spectrum models. Bi- polar Disord 2008;10:179-93.
5. Angst J, Cui L, Swendsen J et al. Major depressive disorder with subthreshold bi- polarity in the National Comorbidity Sur- vey Replication. Am J Psychiatry 2010;167:1194-201.
6. Fiedorowicz JG, Endicott J, Leon AC et al.
Subthreshold hypomanic symptoms in pro- gression from unipolar major depression to bipolar disorder. Am J Psychiatry 2011;168:40-8.
7. Frye MA, Helleman G, McElroy SL et al. Correlates of treatment-emergent mania as- sociated with antidepressant treatment in bipolar depression. Am J Psychiatry 2009; 166:164-72.
8. Altshuler LL, Suppes T, Black DO et al. Lower switch rate in depressed patients with bipolar II than bipolar I disorder treated adjunctively with second-generation anti-depressants. Am J Psychiatry 2006;163:313-5.
9. Benazzi F, Akiskal HS. The modified SCID Hypomania Module (SCID-Hba): a de- tailed systematic phenomenologic probing. J Affect Disord 2009;117:131-6.
10. Jablensky A. Boundaries of mental disor- ders. Curr Opin Psychiatry 2005;18:653-8.

شوائب المفاهيم والتعريفات الحالية الخاصة بالاضطرابات ثنائية القطب

Jules Angst

Zurich University Psychiatric Hospital, Zurich, Switzerland

لا يسعنا إلا الموافقة على الاستنتاجات التي خلص إليها ستراكوفسكي وآخرون والتي تفيد بأن تغيير المفاهيم والتعريفات الحالية للاضطراب ثنائي القطب إذا ما تم في المستقبل فعليه أن يكون مرتكزاً إلى أدلة متناسقة ومتوافقة على أصحيتها، وهذا ينطبق أيضاً على التعريفات الحالية.

الملاحظات التي سأذكرها مكمّلة لما ورد وتتمحور بشكل رئيسي حول الاضطرابات المزاجية في تصنيف DSM–IV. وأنا أوصي بإجراء التغييرات لأسباب عدة منها: أ) بعض التصنيفات التشخيصية الحالية للثنائية (هوس/هوس خفيف) قد لا ترتكز إلى الدليل السريري وبالتالي قد لا تكون صالحة؛ ب) قد يعتبر الطيف التشخيصي الحالي لأبرز الاضطرابات المزاجية غير صالح (لناحية فرط تشخيصه للاضطرابات الاكتئابية الرئيسية على حساب الاضطراب ثنائي القطب) أو قد ينظر إليه على أنه غير منطقي (لناحية اعتباره للهوس/الهوس الخفيف أحادي القطب كونه اضطراب ثنائي القطب واعتبار الاكتئاب أحادي القطب كونه اضطراب اكتئابي رئيسي)؛ ج) طيف الحدة الحالي الوارد في DSM–IV ليس شاملاً بصورة كافية: فأكثر من ٥٠٪ من المرضى الذين يعالجون من الاكتئاب لا تنطبق عليهم المعايير الرسمية للاضطرابات المزاجية في تصنيف DSM–IV (١) ولكنها تنتمي إلى فئة غير واضحة يشار إليها بـ«غير المحددة بشكل آخر». وبالتالي فإن طيف الحدة بحسب تصنيف ICD–١٠ فعال أكثر في هذا الإطار وهو أقرب إلى الواقع.

أدخل تصنيف DSM–III مصطلح «الاضطرابات المزاجية» الذي اعتبر تقلبات المزاج الأعراض الأساسية الوحيدة متجاهلاً على سبيل المثال فرط النشاط/الطاقة الذي عادة ما يلاحظه بوضوح مرضى الهوس الخفيف مقارنةً مع التهيجية التي يلاحظها الآخرون في غالب الأحيان. وقد أظهرت دراسة زوريخ ودراسة بريدج أصحية اعتبار فرط النشاط/الطاقة على أنها الأعراض الرئيسية إلى جانب المزاج العالي أو المتهيج.

الأهم من ذلك هو النتيجة التي تفيد بأن معايير الإقصاء بالنسبة إلى نوبات الهوس والهوس الخفيف تستثني المرضى الذين تظهر عليهم كل الأعراض ثنائية القطب النموذجية (تاريخ عائلي للإصابة بالهوس، بداية مبكرة، تكرر بنسبة عالية، تقدم في سير المرض، و مراضة مشتركة مع هلع بنسبة عالية، اضطراب القلق العام، رهاب اجتماعي، اضطراب وسواسي قهري، إفراط في تناول الطعام، إدمان على المواد واضطرابات الشخصية البينية). وقد ثبت أن التحول من الاكتئاب إلى الهوس الخفيف تحت تأثير مضادات الاكتئاب ليست مجرد أثر غير مرغوب فيه ناجم عن العلاج (٢) بل نتيجة طبيعية للاستجابة. وقد أخذت مسودة DSM–5 إلى حد ما هذه النتائج بعين الاعتبار.

المشكلة الثالثة التي تشوب مفهوم DSM–IV الحالي هو معيار مدة النوبات الهوسية الخفيفة التي يحددها بأربعة أيام؛ فالنوبات الوجيزة شائعة، لا سيما عند المراهقين، وهي تظهر بين النوبات الرئيسية عند الراشدين. وبالتالي، فإن معيار الأيام الأربعة ليس مستنداً إلى بيانات ويمكن التشكيك في صحته (3).

ساهم البحث الوبائي النموذجي بشكل جزئي في استكشاف الطيف الممتد بين الاكتئاب والهوس. أما السبب الرئيسي لذلك فهو أن المقابلات المعتمدة تعتبر مفهوم DSM–IV صحيحاً. وهذه المقاربة الفوقية (من القمة إلى القاعدة) تستثني معطيات مهمة. فقد أظهر كاسانو وآخرون (4) تواصلية الأعراض الاكتئابية الهوسية باختبار الرضى المصابين باضطرابات اكتئابية رئيسية. كما أظهرت إعادة تحاليل دراستين وبائيتين كبيرتين أن ما لا يزيد عن 40% من المبحوثين المصابين بالاضطرابات الاكتئابية الرئيسية يظهرون متلازمات ثنائية القطب ما دون العتبة بصلاحيتها ومراضتها المشتركة (5،6). هذه المجموعة من الأشخاص المصابين بالاكتئاب معرضة لخطر كبير للإصابة بالاضطراب ثنائي القطب I وII بكل عناصره. وحتى اليوم لا يوجد أي بيانات علاجية خاصة بهؤلاء المرضى، ولكن على عكس النتائج التي توصلت إليها دراسة D×STAR التي أوردها ستراكوفسكي وآخرون، أظهرت دراستان متعددتا المركز من فرنسا وبولندا أن الاكتئاب المقاوم للعلاج كان مرتبطاً بشكل وثيق بثنائية القطب كما ورد في قائمة تدقيق الهوس الخفيف–٣٢ R(٧،٨).

يبقى الهوس والهوس الخفيف مشكلة لم يوجد لها حل، ويبدو أنهما لا يختلفان عن الاضطرابات ثنائية القطب فيما يخص التاريخ العائلي (تشخيص سالب بالاكتئاب) وخصائص مهمة أخرى. والجدير ذكره أن لا وجود تقريباً لأي بيانات في هذا الإطار (٩).

لطالما تمثل وجه الحدة لمفهوم الطيف ذي البعدين (١٠) في المنظار الطيفي، وهو الذي ذكر في أعمال كليرمان (١١) وأكيسكال (١٢). وما زال التصنيف التشخيصي DSM–IV الحالي غير مكتمل لجهة شموله المرضى الخاضعين للعلاج. إذ يندرج الاكتئاب الأصغر والقصير المتكرر فقط في الملحق كمادة للدراسة. كما يشير الملحق إلى الاضطرابات الدورية، ولكن على أنها حالة أكثر إزماناً. إلا أنه يجب إدراج الاكتئاب الحاد المتكرر والاكتئاب الأصغر والاضطرابات ثنائي القطب الصغرى بدلاً من وضعها ضمن الفئة المختلطة المشار إليها بـ»غير المحددة بشكل آخر». بالتالي، ستتيح التعريفات الإجرائية القيام بتشخيص دقيق لمعظم المرضى الخاضعين للعلاج، ما يقدم بحثاً سريرياً/وبائياً مدعماً ببيانات مهمة تساهم في تطوير عملية التشخيص في المستقبل.

من جهة أخرى، إن الميل إلى دمج سمات الشخصية أو اضطراباتها (اضطراب الشخصية البينية) أو المزاج (دورية، نشط المزاج، اكتئابية) مع المفاهيم التشخيصية ثنائية القطب والاكتئابية يتطلب مقاربة حذرة. وهذه السمات مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بالاضطرابات ثنائية القطب ولكن مع ذلك يجب إدراجها ضمن بعد طيفي ثالث، وليس دمجها مع طيف الحدة أو الطيف التشخيصي.

الدليل التشخيصي مهم ولكنه يحتاج إلى التحسين بصورة دائمة. ويجب أن يضم هذا الدليل فئات محتملة جديدة (ليس في الملحق فحسب) وأن يشجع على مقاربة فحص وتشخيص من القاعدة إلى القمة مرتكزة على المريض، وذلك لإتاحة جمع المعلومات الضرورية لإجراء التغييرات الإضافية المستندة إلى البيانات. ولا بد في هذا الدليل من تسجيل شكاوى المرضى قبل أي شيء آخر، وذلك بمعزل عن عدسة المفهوم التشخيصي التي تفرض قيودها. والأمر نفسه ينطبق على التقييمات الوبائية الموحدة. والمهم هنا أن نوسع الأسئلة الرئيسية من أجل تجنب التشخيصات السلبية الخاطئة. وأخيراً، إن الأسباب تستند دائماً إلى عوامل متعددة؛ وفي ظل المعطيات الحالية تبقى هذه الأسباب عشوائية إلى حد ما. بالتالي، يجب تجنب معايير الإقصاء المرتكزة إلى التنسيب السببي متى أمكن.

المراجع

1. Angst J, Gamma A, Clarke D et al. Subjec- tive distress predicts treatment seeking for depression, bipolar, anxiety, panic, neuras- thenia and insomnia severity spectra. Acta Psychiatr Scand 2010;122:488-98.
2. Licht R, Gijsman H, Nolen WA et al. Are antidepressants safe in the treatment of bi- polar depression? A critical evaluation of their potential risk to induce mania or cycle acceleration. Acta Psychiatr Scand 2008;118:337-46.
3. Angst J, Gamma A, Bowden CL et al. Diag- nostic criteria for bipolarity in patients with DSM-IV major depressive episodes: results of the international Bridge Study across 18 countries. Submitted for publication.
4. Cassano GB, Rucci P, Frank E et al. The mood spectrum in unipolar and bipolar disorder: arguments for a unitary approach. Am J Psychiatry 2004;161:1264-9.
5. Zimmermann P, Brückl T, Nocon A et al. Heterogeneity of DSM-IV major depressive disorder as a consequence of subthresh- old bipolarity. Arch Gen Psychiatry 2009;66:1341-52.
6. Angst J, Cui L, Swendsen J et al. Major depressive disorder with subthreshold bipolarity in the National Comorbidity Sur- vey Replication. Am J Psychiatry 2010;167: 1194-201.
7. Hantouche E, Azorin JM, Lancrenon S et al. Prévalence de l'hypomanie dans les dé- pressions majeures récurrentes ou résistan- tes: enquêtes Bipolact. Ann Méd Psychol 2009;167:30-7.
8. Rybakowski JK, Angst J, Dudek D et al Polish version of the Hypomania Checklist (HCL-32) scale: the results in treatment-resistant depression. Eur Arch Psychiatry Neurol Sci 2010;260:139-44.
9. Gamma A, Angst J, Ajdacic-Gross V et al. Are hypomanics the happier normals? J Af- fect Disord 2008;111:235-43.
10. Angst J. The bipolar spectrum. Br J Psychia- try 2007;190:189-91.
11. Klerman GL. The spectrum of mania. Com- pr Psychiatry 1981;22:11-20.
12. Akiskal HS. The bipolar spectrum: new concepts in classification and diagnosis. In: Grinspoon L (ed). Psychiatry update: the American Psychiatric Association annual review. Washington: American Psychiatric Press, 1983:271-92.

الطيف ثنائي القطب: أمجرد توسع أم دمج بين الفئات والأبعاد؟

Giovanni B. Cassano[1], Valentina Mantua[1], Andrea Fagiolini[2]

[1]University of Pisa; [2]University of Siena, Italy

يراجع ستراكوفسكي وآخرون في بحثهما المعمق المطبوعات المسهبة التي تطرقت إلى المنافع والمخاطر الناجمة عن توسيع حدود الاضطرابات ثنائية القطب. فيعتبر هؤلاء أن اعتماد نموذج الطيف ثنائي القطب، الذي لا يستند بشكل كافٍ إلى الأدلة البحثية، هو خطوة سابقة لأوانها.

وفي هذا الإطار، نؤيد ما أورده القيمون على البحث في الوقت نفسه الذي نؤكد فيه على أن فئات تصنيف DSM نادراً ما تستند إلى الدليل البحثي. كما نرى أن إتباع مقاربة أكثر تحفظاً يكفل محافظة الفئات المتوفرة حالياً على المصداقية وعلى مستويات مقبولة من التواصل بين الخبراء السريريين والباحثين، وذلك ريثما تسمح الدراسات المعمقة على الآليات البيولوجية الكامنة بإحداث تغيير أكثر عقلانية في حدود التشخيصات والأعراض المساوية للعتبة والأعراض ما دون العتبة.

لكن لا بد من الاعتراف بأن النظام التشخيصي الحالي لا يولي أهمية كافية للأنماط الظاهرية ما دون العتبة، مما يحد من إمكانية أخذ تأثيرها في سير المرض بعين الاعتبار. وتجدر الإشارة إلى أن إحدى الدراسات التي أجريت مؤخراً قدرت نسبة انتشار ثنائية القطب ما دون العتبة على مدى الحياة في السكان عامةً بنسبة ١،٤٪ (١).

من بين الحدود المتعددة التي يتميز بها الطيف الثنائي يتضح أن ثلاثة منها يتمتع بمنفعة سريرية. أولها تواصلية الفصام/ثنائية قطبية التي تلقى قبولاً واسعاً. لقد ساهم العلاج بالصدمات الكهربائية والليثيوم ومضادات الذهان اللانموذجية في تعرية الحدود الفصامية بشكل مطرد لمصلحة تشخيصات الطيف ثنائي القطب. وإن تواصلية الفصام–الفصامي الوجداني–مختلط–ذهاني ثنائي القطب–أحادي القطب ذهاني، الذي كانت تدعمه الاستجابة للعلاج في بادئ الأمر، لقي تأييداً من علم الوراثة الجزيئي والبيانات التصويرية. بالفعل، إن الاضطرابات الحركية والمعرفية، التي تمتد ما بين التخلف إلى الإثارة الجامودية، والتدهور المعرفي في

الهوس المزمن وما يسمى بالأعراض السلبية، يمكن أن تشكل نقطة انطلاق مشتركة بين الاضطرابات المزاجية والفصام. برأينا، يمكن تسهيل عملية تحديد الأنواع الفرعية عبر عملية التقسيم إلى عينات عنقودية بدلاً من مجرد المقارنة بين التشخيصين. وستحتاج مثل هذه العملية إلى المؤشرات البيولوجية التي تعتبر أكثر ارتباطاً بالأبعاد النفسية المرضية منها بالفئات التصنيفية الحالية.

الحد الثاني هو تواصلية الاكتئاب ثنائي القطب/»أحادي القطب» الذي ما زال هدف بحث كان أول من بدأه ه.س. أكيسكال الذي اقترح أنواع فرعية مختلفة لثنائية القطب. وتؤكد البيانات التي نملكها والخبرة السريرية التي اكتسبناها على أهمية الثنائية القطبية ما دون العتبة التي تتألف من أبعاد عدة تشمل كل التواصلية ثنائية القطب/ أحادية القطب. ويمكن قياس معظم هذه الأبعاد، مثل التنشيط الحركي النفسي والتخلف، والنزعة إلى الانتحار، والتهيجية، والتغير اليومي، والحاجة إلى النوم، من خلال تقييم سريري تقليدي، بمساعدة استمارات تقييّم وجود سلف نموذجي ولا نموذجي وبقايا أعراض وإشارات على مدار الحياة. ويمكن لمثل هذه المقاربة أن تساهم في تعزيز الصلاحية والدقة التشخيصية مع الإبقاء على المعايير الحالية للاضطراب ثنائي القطب II.

في عينة كبيرة من مرضى الاضطراب ثنائي القطب وأحادي القطب أظهرنا قدرة بُعد «التنشيط الحركي–النفسي» على تحديد المجموعات الفرعية للمرضى المبحوثين الذين يزيد احتمال انتمائهم إلى الفئة ثنائي القطب بشكل مطرد (٢). وبلغ عدد مرضى الاكتئاب أحادي القطب الذين صنفوا بشكل خاطئ على أنهم ضمن مجموعة الاضطراب ثنائي القطب II عبر تحليل شجرة التصنيف ٢٥ من أصل ٥٧١ فقط (٤،٤٪).

كذلك، في عينة من ٢٩١ مريضاً أحادي القطب تم تشخيصهم بنقص المناعة المشترك الشديد(٣)، ٩ مرضى منهم (٨ تلقوا علاجاً بمثبطات استرجاع السيروتونين الانتقائية وواحد تلقى علاج نفسي بين–شخصي) أصيبوا بنوبات هوس أو هوس خفيف خلال فترة الدراسة. وعندما اطلعنا على نتائج عامل ما قبل العلاج التي أظهرتها استمارة MOODS على مدى الحياة، وجدنا أن ٨ من أصل ٩ تجاوزوا على الأقل إحدى عتبات التنشيط النفسي الحركي، أو عدم الاستقرار المختلط أو النزعة الانتحارية التي يتم قياسها في هذه الاستمارة.

الحد الثالث للطيف ثنائي القطب هو ثنائية قطبية ما دون العتبة التي يمكن ملاحظتها في مختلف الاضطرابات، بما فيها القلق، واضطرابات الأكل والشخصية. في هذه الحالات، قد يكون عدم انتظام المزاج ثانوياً كما قد يكون أولياً ومستقلاً وراثياً. وهذا يشبه ما نلاحظه في الأمراض الطبية. على سبيل المثال، قد يكون احتشاء عضلة القلب (الذبحة القلبية)، والفشل الكلوي، و الوذمة الرئوية من المظاهر التصاعدية لمرض واحد أو قد تمثل ثلاثة اضطرابات مستقلة نسبياً. لذلك قد يكون من الخطير تضمين فئات مختلفة مثل القلق أو اضطرابات الأكل في الطيف ثنائي القطب نظراً لأن لها علاقة بالمراضة المشتركة. لقد تنقّل البحث الجيني بين نماذج معقدة إلى أخرى أكثر تعقيداً: من «اضطراب واحد–جينة واحدة» إلى «اضطراب واحد–جينات متعددة» وأخيراً إلى نموذج يقترح مجموعة جينات تتحكم ببعد أو أكثر من الأبعاد العابرة للتصنيفات النفسية أو النفسية المرضية.

ختاماً، يجب على الصلاحية السريرية للتشخيص أن تشمل القدرة على التنبؤ بتطور المرض وأن تحدد توقعات سيره والخيار العلاجي المطروح. هذه الأهداف تتحقق بشكل أفضل عندما يكون التصنيف مرتبطاً بالآليات البيولوجية. وعليه، نرى أن من الضروري الإبقاء على الفئات الحالية إلى أن تتوافر أبحاث أكثر عمقاً حول أسبابها المرضية وإلى أن يتم تحديد مؤشرات بيولوجية صالحة وقابلة للاستخدام سريرياً. هذه الخطوات ستجنبنا المشاكل التي تسببها التغييرات السريعة والمستمرة في التشخيص والتصنيف.

ولكن الجدير ذكره أن الفئات الحالية لا تأخذ بعين الاعتبار هالة ما دون العتبة واللانموذجية التي تحيط بكل فئة. لذلك فإن دمج التصنيف الفئوي مع مقاربة ما دون العتبة يمكن أن يعزز القدرة على قياس الثنائية القطبية والتنبؤ بتطور الحالة إلى الاضطراب ثنائي القطب. أما الثنائية القطبية ما دون العتبة، ولو أنها منبئ قوي جداً، فإنها لا تنبئ بالضرورة بتغير في التشخيص. ونظراً إلى قدرتنا المحدودة على معرفة أي من المصابين بالاكتئاب الرئيسي سوف يختبرون هوساً أو هوساً خفيفاً، تبقى المراقبة الطولية هى الأداة الفضلى للقيام بتشخيص مبكر للمرضى الذين يتحول لديهم الاضطراب الاكتئابي الرئيسي إلى تشخيص ثنائي قطبي (٤).

المراجع

1. Merikangas KR, Jin R, He JP et al. Preva- lence and correlates of bipolar spectrum disorder in the World Mental Health Sur- vey Initiative. Arch Gen Psychiatry 2011; 68:241-51.
2. Cassano GB, Rucci P, Benvenuti A et al. The role of psychomotor activation in dis- criminating unipolar from bipolar disor- ders: a classification tree approach, J Clin Psychiatry (in press).
3. Frank E, Cassano GB, Rucci P et al. Pre- dictors and moderators of time to remis- sion of major depression with interpersonal psychotherapy and SSRI pharmacotherapy. Psychol Med 2011;41:151-62.
4. Fiedorowicz JG, Endicott, J, Leon AC et al. Subthreshold hypomanic symptoms in progression from unipolar major depres- sion to bipolar disorder. Am J Psychiatry 2011;168:40-8.

الطيف ثنائي القطب: هل حان وقته؟

Ellen Frank

Department of Psychiatry, University of Pittsburgh School of Medicine, Western Psychiatric Institute and Clinic, Pittsburgh, PA 15213, USA

يجري ستراكوفسكي وآخرون تقييماً حذراً للمخاطر والمنافع المتأتية عن التوسع في تشخيص الاضطراب ثنائي القطب، فيخلصون إلى نتيجة مفادها أنه "يجب دراسة التوسع السريري للاضطراب ثنائي القطب نحو مفهوم 'الطيف' دراسةً حذرة ريثما تقدّم نتائج البحوث نظرة أكثر عمقاً على صلاحية التوسع". ويعللون ذلك بأن مثل هذا التوسع يجب أن يكون رهن الأدلة التي تفيد بأن المفهوم وتعريفه الواضح سيساهم في تحسين العلاجات المستحدثة أو في فهمنا للباثولوجيا السببية. وكما أشار إليه واضعو البحث، تكمن إحدى المشاكل في تعدد تعريفات "الطيف ثنائي القطب" في الوقت الراهن، كما أنه ليس من الواضح أن المخاطر والمنافع الناتجة عن اعتماد أحد هذه المفاهيم هي بالضرورة نفس المخاطر والمنافع الناتجة عن اعتماد المفاهيم الأخرى.

إن الاطلاع على التاريخ التشخيصي الذي تم مؤخراً يمكن أن يساعدنا على فهم أساس هذا الجدل. فبحسب هايمان (١) ، تحول الطب النفسي في الغرب من بنية اضطرابية مبهمة جداً نحو التركيز على الموثوقية، وذلك بالتزامن

مع العلاجات الدوائية والعلاجات النفسية. شكل هذا التركيز أرضية مشتركة سهلت انطلاق الأبحاث المضبوطة التي أجريت على هذه الأدوية والعلاجات النفسية الجديدة التي ما زالت قائمة حتى اليوم. إلا أن هذا التركيز ساهم أيضاً في تحويل الفئات إلى مفاهيم ملموسة أصبحت فيما بعد أساساً للدراسات الوراثية والمؤشرات البيولوجية الأخرى مثل تلك المعرفية التي ناقشها ستراكوفسكي وآخرون، بالإضافة إلى تلك التي تم تحديد أشكال مختلفة منها عبر التصوير العصبي. وهنا تكمن المشكلة: ففي معظم الحالات، تجد كل من هذه المنهجيات البحثية دليلاً ما لتشير إلى أن الفئات المستقلة صحيحة ودليلاً ما على وجود الطيف ثنائي القطب، كيفما كان تعريفه. وعليه، إن الفئات التي لدينا الآن والتي تعتبر إلى حد ما موثوقاً بها قد تكون قد شكلت عائقاً أمام فهمنا للأسباب المرضية للاضطرابات النفسية ولتطوير المقاربات الجديدة التي من شأنها معالجتها.

يتخذ المعهد الوطني للصحة النفسية في الولايات المتحدة (NIMH) ضمن مشروع معايير المجال البحثي الذي ينفذه (٢) مقاربةً مختلفة تماماً لهذه الأحجية من خلال النظر إلى أربعة مجالات يعتقد أن لها علاقة بالاضطرابات النفسية (أنظمة التكافؤ السلبية بما فيها الخوف/الانطفاء، الضغط النفسي/الضائقة والعدوانية؛ أنظمة التكافؤ الإيجابية بما فيها طلب المكافأة والتعلم بالمكافأة/العادة؛ التحكم (الجهيد) بالأنظمة المعرفية؛ أنظمة العمليات الاجتماعية بما فيها التقليد، ونظرية العقل، الهيمنة الاجتماعية، تحديد التعبير الوجهي، التعلق/الانفصال ومجالات تمثيل الذات؛ والتحليل المنظم للإثارة بما فيه أنشطة الإثارة والتنظيم وحالة الراحة) على امتداد أربع وحدات تحليلية (الجينات، الجزيئات، الخلايا، الدوائر، الفزيولوجيا،السلوك، والإبلاغ الذاتي). أما الهدف من هذه النظرية فهو أن تكون مكملة لعملية تطوير التشخيص التي تجرى حالياً على تصنيفي DSM–5 وICD–11.

إن الهدف الأول لمعايير المجال البحثي هو تطوير العلم. أما تصنيفا DSM وICD فيجب ان يخدما أهدافاً متعددة، منها اتخاذ القرار السريري والحفاظ على السجلات السريرية، واتخاذ القرار التنظيمي والأبحاث الجنائية. وعليه، فإن مقاربة المعهد الوطني للصحة النفسية في الولايات المتحدة قد تقدم في النهاية وسائل فضلى تفيد فهم أي من أوجه «ثنائية القطب»، كيفما كان تعريفها، هو الشائع ضمن «الطيف ثنائي القطب»، كيفما كان تعريفه أيضاً. وإذا عملنا من وجهة نظر معيار المجال البحثي، فلا إشكالية في أن يكون الاضطراب ثنائي القطب I والاضطراب ثنائي القطب «غير المحدد في أماكن أخرى» أو "NEC" (وهو المصطلح الذي طرح مؤخراً بدلاً من مصطلح «غير المحدد بشكل آخر» أو "NOS " الذي كان مستخدماً في الماضي) متشابهين من ناحية الجينات المتعلقة بطلب المكافأة، ولكن مختلفين لناحية الجينات المتعلقة بالتحكم المعرفي. وهنا لن يكون التخوف من المخاطر أو الحديث عن المنافع هو بيت القصيد، بل سيتمحور التركيز حول فهم أي اتحادات من الجينات، وأي توليفات من الخبرة الحياتية، تؤدي إلى طلب المكافأة الذي لا يتضمنه أي نوع من التحكم المعرفي الذي هو خاصية الهوس الكامل في فرد ما وإلى طلب المكافأة المضمّن الذي يعد خاصية الهوس الخفيف بحالته الطفيفة في فرد آخر.

ثمة بعض الشك في أن تكون مقارباتنا التشخيصية الفئوية (وفي السابق آمالنا الساذجة بأن تكون السمات التي نتعامل معها سمات مندلية) قد عرقلت الجهود التي بذلت حتى اليوم في سبيل فهم الأساس الوراثي لأهم الاضطرابات النفسية مثل الفصام والاضطراب ثنائي القطب،ذلك على الرغم من طبيعتها الوراثية الغالبة. إن مقاربة مثل تلك التي تطرحها معايير المجال البحثي، والتي تتجنب التقسيم الثنائي القائم على الفئة مقابل الطيف، تبدو أكثر فاعلية لجهة فهم الأسباب المرضية. أما أثرها على فهمنا للآثار العلاجية وعلى تطوير العلاجات المحسنة فهو أمر على الأرجح أقل وضوحاً.

لقد تسنى لي أن أعالج مرضى مصابين باضطرابات مزاجية وقلقية خلال معظم فترة العلاج الدوائي النفسي وفعلياً خلال كامل فترة العلاج النفسي الخاص بالاضطراب، فشهدت على تطور بدأ من العلاجات الدوائية الأكثر نوعية (مثل مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقات ومضادات الذهان النموذجية) إلى العلاجات التي تستهدف مجموعة واسعة من الحالات (مثل مضادات الذهان اللانموذجية ومثبطات استرجاع السيروتونين الانتقائية/مثبطات استرجاع السيروتونين والنوريبينيفرين). بالطريقة نفسها، تم تكييف العلاجات النفسية التي استحدثت أصلاً للاكتئاب أحادي القطب لتناسب حاجات المرضى المصابين بالاضطرابات القلقية والاضطرابات ثنائيه القطب. وأرى أنه يمكن تحديد أي من المرضى يناسبهم علاج معين من خلال «تفكيك» مجموعات الاضطرابات الحالية ومجموعاتها الفرعية بالشكل الذي تقترحه ثوابت معايير المجال البحثي في تحاليل العلاج الوسطية. وما إن نحصل على تلك الإجابات، قد نقوم بخطوة أخيرة هي تحديد فئات مفيدة تمثل توليفات من ثوابت معايير المجال البحثي. وبذلك، لا تكون عملية توسيع البنية التشخيصية بالخطورة التي تبدو عليها حالياً.

المراجع

1. Hyman SE. The diagnosis of mental disor- ders: the problem of reification. Annu Rev Clin Psychol 2010;6:155-79.
2. National Institute of Mental Health. NIMH Research Domain Criteria (RDoC). www. nimh.nih.gov.

التوسع في الاضطراب ثنائي القطب، بالتصميم أو بمحض الصدفة؟

Gabrielle A. Carlson
Child and Adolescent Psychiatry, Stony Brook University School of Medicine, Stony Brook, NY, USA

يبين النقاش الذي طرحه ستراكوفسكي وآخرون الحالة الراهنة التي لم يتم تفصيلها بعد، ألا وهي أن ثمة أخذ وجذب بين التعريفات الضيقة والواسعة للاضطراب ثنائي القطب في الراشدين تماماً كما في الأطفال واليافعين. ولكن، في حين أن مفهوم الطيف ثنائي القطب الممتد من اضطراب المزاج الدوري إلى الفصام الانفعالي الهوسي معترف به اعترافاً واضحاً، فإن التوسع في تشخيص الاضطراب ثنائي القطب ربما كان له الأثر غير المقصود لبعض القرارات المتعلقة بتصنيف DSM – وهذا ليس بأمر بسيط نظراً لأننا على مفترق تصنيف DSM جديد. فيما يلي أقدم بعض الفرضيات.

أولاً، لم يلحظ تصنيف DSM–III تعريف نوبة الهوس تعريفاً واضحاً. فلقد عرفت فيه الفترة المتمايزة بـ"أسبوع على الأقل"، ولكن لم يكن من الضروري تحديد بداية للنوبة، ولم يُشترط أن تكون النوبة مختلفة عن 'الذات في أحوالها العادية'. لقد خلط تصنيف DSM–III–R الأمور أكثر فأكثر عندما أسقط معايير المدة واشترط وجود "فترة متمايزة" ليس إلا. وكما نرى في معظم الأبحاث التي تجرى على الاضطرابات ثنائية القطب عند الأطفال، تبدأ النوبة الهوسية في مرحلة مبكرة من الطفولة، فإما لا تتوقف مطلقاً (١،٢) أو تستمر لسنوات. ومن الصعب أن نعتبر النوبة حالة تلازم الشخص طيلة فترة حياته. على المقلب الآخر لطيف المدة، من الصعب جداً التمييز بين الدورات فوق السريعة والدورات فوق–اليومية، أي الفترات المتمايزة التي تدوم من دقائق إلى ساعات، وتقلبات المزاج وسورات المزاج، وذلك عند الأطفال والراشدين على الأرجح أيضاً. ويبدو أن لجنةDSM–٥ قد لاحظت سوء الفهم هذا وهي تقترح تغييرات في تعريف «النوبة» بحسب الموقع الإلكتروني لتصنيف DSM–٥.

إن التغيير الثاني الذي طرأ على تصنيف DSM والذي قد يكون سبب تغير نسبة انتشار الاضطراب ثنائي القطب هو إسقاط «التهيجية» من أعراض الاكتئاب بعد أن شعر الباحثون أنها عارض أكثر انطباقاً على الهوس. وليس مفاجئاً أن ارتفعت ترددات «النوبات المختلطة» بشكل كبير بعد تصنيف DSM–III–R. في تصنيف DSM–III، كان "تململ المزاج" هو معيار نوبة الاكتئاب الرئيسي، وكان يتصف بالتهيجية من بين أعراض أخرى. على سبيل المثال، ذكر جدول كيدي للاضطرابات الوجدانية والفصام (K–SADS) أن "بعض الأطفال ينكرون أنهم 'حزينون' فيكتفون بالقول إنهم 'ليسوا بخير'. في حال كان المريض يشعر بالتهيجية أيضاً خلال فترة الاكتئاب فيجب اعتبار حالته مزاجاً متململاً ويجب تصنيفها على هذا الأساس" (٣). عندما حان وقت إعادة فحص تلك المعايير، أصريت أنا ولجنة مزاج الطفل الفرعية، وكنت حينذاك رئيسة اللجنة، على إبقاء التهيجية ضمن تعريف اكتئاب الأطفال، نظراً لعدم وجود دليل كاف يجيز إسقاطها. وإن التطور الذي شهدته البحوث التي أجريت مؤخراً يثبت أنه كان قراراً صائباً. فالتهيجية في عدد من الدراسات تنبئ بنتيجة اكتئابية قلقية وليس ثنائية القطب (٤–٦).

إن المقاربة التقييمية التي وضعت لتشخيص الأطفال والراشدين باضطرابات المزاج هي نتيجة أخرى لمعايير DSM. على الرغم من أن جميع المقابلات تجري تقييماً لا بأس به لعملية مراجعة الأنظمة، إلا أن أياً منها لا يتأكد من التاريخ بشكل جيد (٧). بعض المقابلات تحدد فترة زمنية، ولكن تلك البيانات لا يتم إدخالها. وعليه، فإن من المستحيل مراجعة البروتوكول الخاص بمقابلة أي مريض كان وإعادة توليف تاريخه. كذلك لا يمكننا معرفة ما إذا كان المريض الذي تجرى معه المقابلة مصاباً بمرض اكتئابي هوسي "كلاسيكي" أو محدود التعريف أو اضطراب ثنائي القطب واسع التشخيص. كذلك في الدراسات التي تجرى على الأطفال فإن كل التقييمات التي تجرى يمكن أن توسع التشخيص. فقاعدة «أو» تعتبر تأكيد مزود المعلومات على وجود عارض إجابةً «إيجابية» (أحد الأبوين أو الطفل)، مما يعني أن عدد الأطفال المصابين بالهوس سيكون أكثر مقارنةً مع عددهم في حال كانت موافقة أحد الأبوين والطفل مطلوبة. إن تغيير معنى الشماق وهوس العظمة من شأنه أن يفضي إلى عينة مختلفة عن العينة التي تنتج في حالة طلب تعريفات الراشدين. لقد صمم عدم انتظام المزاج الحاد للإشارة إلى اليافعين ممن تظهر عليهم التهيجية والانفجارية وممن هم مصابون بالهوس ذي «الأنماط الظاهرية الواسعة» بالمقارنة مع الأنماط الظاهرية الضيقة (٨). إلا أن من يعزون صفات التهيجية الشديدة والانفجارية للأطفال المصابين بالهوس لا يعتبرون هؤلاء الأطفال ذوي «نمط ظاهري واسع».

نحن المستهلكون نجهل ما إذا كانت العينة المشار إليها في الدراسة مشخصة بشكل «ضيق» أو «واسع». وإن المضامين التي تبرز لدى فهمنا نتائج الدراسة مهمة جداً. على سبيل المثال، تختلف المعلومات المتعلقة بالسن الذي يبدأ فيه الاضطراب ثنائي القطب، والتي تعتبر مؤشر قد يكون لها مضمون وراثي، باختلاف الإطار المفاهيمي لدى كل شخص. فعادة ما يبدأ الاضطراب ثنائي القطب في مرحلة متأخرة من المراهقة أو مرحلة مبكرة من سن الرشد (٩). إلا أن هذه النتائج ترتكز على الأرجح على الاضطراب ثنائي القطب «الكلاسيكي». إذ تفيد بيانات STEP–BD (١٠) بوجود أشخاص أصيبوا بالاضطراب في مراحل الطفولة المبكرة. قد يكون الأشخاص الذين أجري عليهم البحث في هذه العينة الواسعة قد "شخصوا بشكل واسع"، وهو أحد أسباب تجاوبهم المحدود للعلاج. وقد يكون هناك أشخاص يعانون من عدم انتظام انفعالي ممن "تنطبق عليهم المعايير" ولكنهم لا يعانون الاضطراب ثنائي القطب «الكلاسيكي»، أي أنهم يعانون الاعتلالات نفسها ولكن يجب اعتبارهم منفصلين عن النمط الظاهري الضيق.

كما يوضح ستراكوفسكي وآخرون، من المهم أن نسأل أنفسنا خلال البحث متى يكون المفهوم الواسع مقابل المفهوم الضيق قائماً أو إذا كان قائماً في الأساس. المشكلة الكبيرة تكمن في عدم وجود حل لهذه المسألة نظراً للطريقة التي نتبعها في جمع المعلومات ونقلها.

المراجع

1. Biederman J, Faraone SV, Wozniak J et al. Clinical correlates of bipolar disorder in a large, referred sample of children and ado- lescents. J Psychiatr Res 2005;39:611-22.
2. Geller B, Tillman R, Craney JL et al. Four- year prospective outcome and natural his- tory of mania in children with a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phe- notype. Arch Gen Psychiatry 2004;61:459-67.
3. Puig-Antich J, Chambers W.

Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-age Children (6-18 years), August1983.
4. Brotman MA, Schmajuk M, Rich BA et al. Prevalence, clinical correlates, and longitu- dinal course of severe mood dysregulation in children. Biol Psychiatry 2006;60:991-7.
5. Stringaris A, Cohen P, Pine DS et al. Adult outcomes of youth irritability: a 20-year prospective community-based study. Am J Psychiatry 2009;166:1048-54.
6. Lewinsohn PM, Klein DN, Seeley JR. Bipo- lar disorder during adolescence and young adulthood in a community sample. Bipolar Disord 2000;2:281-93.
7. Andreasen NC. DSM and the death of phenomenology in America: an example of unintended consequences. Schizophr Bull 2007;33:108-12.
8. Leibenluft E. Severe mood dysregulation, irritability, and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youths. Am J Psychiatry 2011;168:129-42.
9. Goodwin FK, Jamison KR. Manic-depres- sive illness – Bipolar disorders and recur- rent depression, 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2007.
10. Perlis RH, Miyahara S, Marangell LB et al. Long-term implications of early onset in bipolar disorder: data from the first 1000 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). Biol Psychiatry 2004;55:875-81.

تواصلية الاكتئاب أحادي القطب – الاضطراب ثنائي القطب II - الاضطراب ثنائي القطب I: هل تختلف العلاجات؟

Willem A. Nolen
Department of Psychiatry, University Medical Center Groningen, University of Groningen, The Netherlands

يشير ستراكوفسكي وآخـرون إلـى أن الاضطراب ثنائي القطب قد يحتاج إلى علاج مختلف عن الاكتـئاب أحـادي القطب نظراً لأن مضادات الاكتئاب قد تكون غير فعالة في الاكتئاب ثنائي القطب وقد تطرح خطر التحول إلى الهوس (الخفيف) (وتحريض سرعة الـدورات). ومـع العلم أنـه يمكن اعتبار ذلك حجة مهمة للتمييز بين الاكتئاب ثنائي القطب والاكتئاب أحادي القطب، إلا أننا نقدر ما جاء في المطبوعات المتوفرة حالياً.

أولاً، هل مضادات الاكتئاب غير فعالة في الاكتئاب ثنائي القطب؟ بالمقارنة مع ما يقارب ١٥٠٠ تجربة عشوائية مضبوطة RCT بواسطة مضادات الاكتئاب في الاكتئاب أحادي القطب، أجريت حوالي ١٥ تجربة عشوائية مضبوطة على الاكتئاب ثنائي القطب وأربع فقط منها تعدت الخمسين مريضاً لكل مجموعة علاج. إذاً، النتيجة الأساسية التي نخلص إليها هي أن الاكتئاب ثنائي القطب، بالمقارنة مع الاضطراب أحادي القطب، يفتقر بشكل كبير إلى الدراسة (١). إلا أن مضادات الاكتئاب كمجموعة أظهرت فاعلية وفق التحاليل البعدية (١). من بين الدراسات الأربـع الأكبر حجماً، أظهرت اثنتان نتائج إيجابية. وجدت الدراسة الأولى أن توليفة الفلوكسيتين والأولانـزابـين كانت أكثر فاعلية من الغفال مع الأولانـزابـين (٢). أما الدراسة الثانية فأظهرت معدلات استجابة تـراوحـت بـين ٥٠٪ إلـى ٦٠٪ لـدى إضافة السيرترالين والبوبروبيون أو الفنلافاكسين إلى العلاج الحالي بمثبتات المزاج (٣). نقطة ضعف هذه الدراسة هي غياب مجموعة الغفال. في دراسة ثالثة، لم يظهر الباروكسيتين فاعلية أكثر من الغفال، في حين أن جرعتين من الكيتيابين (٣٠٠ و٦٠٠ مغ/يوم) انفصلت فعلاً عن الغفال (٤). أخـيراً، في دراسة STEP–BD، لم تكن إضافة السيرترالين والبوبروبيون إلى العلاج القائم مع الليثيوم (من بين العقاقير الأخرى) أو الفالبرويت أكثر فاعلية من إضافة الغفال (٥). فكانت هذه الدراسة هى الدراسة الكبرى التي تحققت من فاعلية مضادات الاكتئاب في الاكتئاب ثنائي القطب، إلا أنها واجهت تحديات منهجية بـارزة (على سبيل المثال، سمح للمرضى بالاستمرار في تناول مضاد للاكتئاب خلال الأسبوعين الأولين من الدراسة؛ وسمح لهم أيضاً بتناول عقاقير أخرى ذات أثر مضاد للاكتئاب مثل الكيتيابين والأولانزابين واللاموتريجين؛ ٦٩٪ من المرضى شاركوا في الوقت نفسه في دراسة تقارن ثلاثة أشكال من العلاج النفسي كالعادة). ومن الواضح أنه لا يمكن التوصل إلى استنتاج عدم فاعلية مضادات الاكتئاب استناداً إلى هذه الدراسة. وعليه، خلص الباحثون بشكل عام إلى أنه (حتى الآن) لم تثبت فاعلية مضادات الاكتئاب في الاكتئاب ثنائي القطب نظراً لغياب التجارب العشوائية المضبوطة.

ثانياً، هل تسبب مضادات الاكتئاب تحولاً إلى حالة الهوس (الخفيف) وسرعة الدورات؟ بحسب التحليل البعدي الذي قمنا به (١)، لم نجد أن مضادات الاكتئاب كانت في الغالب أكثر ارتباطاً بالتحول إلى الهوس (الخفيف) مقارنة مع الغفال في حالة العلاج الحـاد للاكتئاب ثنائي القطب. ولكن في كل الدراسـات التي تقارن بين مختلف مضادات الاكتئاب، كانت مجموعات العلاج بمضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقات مرتبطة بخطر أكبر فى التحول إلى الهوس (الخفيف) من مجموعة العلاج التي تناولت مضادات اكتئاب أخرى، مما يشير إلى أن مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقات تشمل خطراً أكبر فى التحول. أما بالنسبة إلى الخطر المرتبط بعلاج مضادات الاكتئاب الطويل الأمد، فلقد أشرنا إلى ندرة الدراسات العشوائية، وأن الدراسات المتوفرة جميعها تشوبها أشكال مختلفة من التحيز (٦). إلا أننا خلصنا إلى أن الجمع بين مضادات الاكتئاب ومثبتات المزاج لا يبدو أنه يحرض عملية التحول إلى الهوس أو الهوس الخفيف. قدم غايمي وآخـرون (٧) تحليلاً بعدياً لسبع تجارب عشوائية مضبوطة استخدمت فيها مضادات الاكتئاب لمدة ستة أشهر على الأقـل. قارنت ثـلاث تجـارب منها (الـعدد الكلي n=٥٠) آثـار العلاج الأحـادي لمضادات الاكتئاب بغفال؛ وقـارنـت خمس منها (العدد الكلي n=٢٤٦) استخدام مضادات الاكتئاب مع مثبتات المزاج باستخدام مثبتات المـزاج وحدها (أو مع غفال)؛ وقارنت ثلاث منها (العدد الكلي n=١٠٨) استخدام مضادات الاكتئاب وحدها مع استخدام مثبت مزاج وحده. وفي معظم هذه الدراسات كان مضاد الاكتئاب ثلاثي الحلقات. لدى جمع كل هذه التجارب العشوائية المضبوطة، أدت مضادات الاكتئاب هذه إلى انخفاض في تكرر الحالة الاكتئابية بنسبة ملحوظة بلغت ٢٧٪ بالمقارنة مع العلاج المرجعي من دون مضادات اكتئاب؛ كما أظهرت ارتفاعاً في خطر تكرر الحالة الهوسية بنسبة ٧٢٪. ولكن في التجارب العشوائية المضبوطة التي استخدم فيها مضاد الاكتئاب فقط مقابل غفال فقط، كانت النتيجة البارزة الوحيدة هي

انخفاض تكرر الحالة الاكتئابية باستخدام مضاد الاكتئاب، أما في التجارب العشوائية المضبوطة باستخدام مضادات اكتئاب فقط مقابل استخدام مثبت مزاج فقط (ليثيوم)، فكانت النتيجة البارزة الوحيدة هي انخفاض تكرر الحالة الهوسية باستخدام الليثيوم. إذاً، أستنتج من ذلك أن مضادات الاكتئاب تحد بالفعل من تكرر الحالة الهوسية. أما ما إذا كانت مضادات الاكتئاب تسرع تردد النوبة و/أو تسبب أشكالاً أخرى من عدم الاستقرار في مرضى الاضطراب ثنائي القطب فيبقى ذلك رهن الدراسة.

ختاماً، لا وجود لدليل كاف على ضرورة التعامل مع الاكتئاب ثنائيّ القطب بشكل مختلف عن الاكتئاب أحادي القطب. ففي الاضطراب ثنائي القطب II تحديداً، ما زال لمضادات الاكتئاب دور العلاج الأحادي، كما تبينه الإرشادات التوجيهية التي وضعت مؤخراً (٨،٩). لذلك، يجب النظر إلى الاكتئاب ثنائي القطب I والاكتئاب أحادي القطب على أنهما طرفا التواصلية، بحدين اختياريين؛ أما الاكتئاب ثنائي القطب II فيقع بينهما.

المراجع

1. Gijsman HJ, Geddes JR, Rendell JM et al. Antidepressants for bipolar depression: a systematic review of randomized, con- trolled trials. Am J Psychiatry 2004;161: 1537-47.
2. Tohen M, Vieta E, Calabrese J et al. Efficacy of olanzapine and olanzapine-fluoxetine combination in the treatment of bipolar I depression. Arch Gen Psychiatry 2003;60: 1079-88.
3. Post RM, Altshuler LL, Leverich GS et al. Mood switch in bipolar depression: com- parison of adjunctive venlafaxine, bupropi- on and sertraline. Br J Psychiatry 2006;189: 124-31.
4. McElroy SL, Weisler RH, Chang W et al. A double-blind, placebo-controlled study of quetiapine and paroxetine as monother- apy in adults with bipolar depression (EM-BOLDEN II). J Clin Psychiatry 2010;71: 163-74.
5. Sachs GS, Nierenberg AA, Calabrese JR et al. Effectiveness of adjunctive antidepres- sant treatment for bipolar depression. N Engl J Med 2007;356:1711-22.
6. Licht RW, Gijsman H, Nolen WA et al. Are antidepressants safe in the treatment of bi- polar depression? A critical evaluation of their potential risk to induce switch into mania or cycle acceleration. Acta Psychiatr Scand 2008;118:337-46.
7. Ghaemi SN, Wingo AP, Filkowski MA et al. Long-term antidepressant treatment in bipolar disorder: meta-analyses of benefits and risks. Acta Psychiatr Scand 2008;118: 347-56.
8. Goodwin GM, Consensus Group. Evi- dence-based guidelines for treating bipolar disorder: revised second edition–Recom-mendations from the British Association for Psychopharmacology. J Psychopharma- col 2009;23:346-88.
9. Nolen WA, Kupka RW, Schulte PFJ et al. Richtlijn bipolaire stoornissen; Tweede, herziene versie 2008. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2008:54-8.

على حدود الطيف ثنائي القطب: لمن الغلبة؟ للأعراض العاطفية أم الذهانية؟

Heinz Grunze

Institute of Neuroscience, Newcastle University, Newcastle upon Tyne, UK

يجدر بنا تهنئة ستراكوفسكي وآخرين على هذه المقالة الشاملة والمتوازنة التي تطرقت إلى المنافع والمخاطر المتأتية عن التوسع في معايير التشخيص للاضطراب ثنائي القطب. فلقد أشاروا بوضوح إلى المنافع المحتملة التي قد تعود على المرضى الذين يتلقون علاجاً آخر غير كاف. ولكنهم أشاروا أيضاً إلى أن مثل هذا التوسع قد يكون سابقاً لأوانه في البحث العلاجي نظراً لافتقارنا إلى فهم الأساس البيولوجي.

حتى اليوم، ما زال الطريق أمامنا طويلاً قبل أن نتمكن من تعريف مجموعات الاضطرابات النفسية استناداً إلى الركائز الوراثية المشتركة أو المؤشرات البيولوجية، لذلك نعتمد على مذهب الظواهرية وعلى التصنيف الفئوي المستخلص عند القيام بالبحث العلاجي. وبرأيي، هذه الفئات يجب أن تبقى صارمة وموثوق بها ويجب ألا يطرأ على معظمها أي تغيير ريثما نجد تعريفات فضلى (ومثبتة بالتجارب). فمع معدلات الاستجابة للغفال الآخذة في الارتفاع في التجارب السريرية المضبوطة وما يليها من انخفاض في الفرق بين الدواء والغفال، يصبح من الصعب التعرف على المنافع المحددة للدواء، على سبيل المثال في علاج الأعراض الهوسية الأساسية. وإن السماح للمرضى بالمشاركة في التجارب التي يظهر فيها «الهوس» على شكل هياج وتهيجية فقط يمكن أن يزيد عدد المرضى الذين تظهر عليهم أعراض هوسية الشكل ترتبط في واقع الأمر بسوء استخدام المواد أو بالشخصية. بالتالي، لا نتوقع من الدواء أن يتميز عن الغفال إلا إذا كان يحتوي على مركب مهدئ، ولكن هل يمكننا اعتبار ذلك عاملاً حقيقياً ونوعياً مضاداً للهوس؟

كذلك، يوضح ستراكوفسكي وآخرون أن الاضطراب ثنائي القطب يشارك الاضطرابات النفسية البارزة الأخرى الأعراض والصفات نفسها. فإلى جانب المنطقة الرمادية التي تفصل (أو لا تفصل) الاضطراب ثنائي القطب عن الحالات العاطفية أو بشكل أوسع الحالات الانفعالية الأخرى، يطرح سؤال مذهل عن العلاقة بين الاضطراب ثنائي القطب والفصام. يشرح ستراكوفسكي وآخرون أن المنحنى في المستقبل قد يكون عبارة عن الآتي: «بناءً على اعتبارات عامل الاختطار والتاريخ السريري، يمكن تصنيف ذلك الاضطراب ثنائي القطب بشكل أفضل مع الفصام في عينة عنقودية ذهانية بدلاً من تصنيفه مع الاكتئاب أحادي القطب في عينة عنقودية انفعالية». ولكن ما هو مدى صلاحية المراقبة السريرية التي تجرى على الأعراض الذهانية بحيث يمكنها أن تشكل أساساً لتقسيم العينات العنقودية الفئوية، أو ليست أكثر انتماءً إلى العمليات الانفعالية؟

إذا عدنا بالذاكرة عقوداً إلى الوراء وجدنا أن الاضطراب ثنائي القطب كان أشبه بالطفل اليتيم للطب النفسي، في حين أن الفصام كان يعتبر تحديه الأكبر. ففي بدايات القرن الماضي، كان من المقبول إرجاع كل الأعراض الذهانية إلى عدم انتظام المزاج (١). أما في العهد الذي تلا كريبلين، فقد تحولت العادات التشخيصية نحو الفصام والتركيز على الأعراض الذهانية أكثر من الأعراض العاطفية. ويشير شنايدر، وهو خليفة كريبلين، أن معدل المرضى الذين تم تشخيصهم بالفصام مقابل اضطراب المزاج الدوري في مستشفى ميونيخ بين العامين ١٩٣٤ و١٩٣٦ بأكثر من ٥:١، في حين أشار كريبلين

قبل ٣٥ عاماً في القسم نفسه إلى أن الـ١٠–١٥٪ من المرضى الذين يدخلون المستشفى كانوا يعانون من مرض هوسي–اكتئابي (٢). وفي حين أنه كان من الصعب تجاهل الوجود الواضح للاكتئاب (الأحادي)، اعتبر الاضطراب ثنائي القطب غير ذي أهمية سريرية (وبحثية). وبقي هذا الميل إلى تشخيص الفصام على حساب الاضطراب ثنائي القطب مستمراً حتى العام ١٩٧٠ (٣).

أما اليوم فيبدو أن كفة الميزان ترجح في المقلب الآخر. إذ شكك ليك وهورويتز (٤) في صلاحية تشخيص الفصام، مفترضين أن المرض الواحد، أي اضطراباً مزاجياً ذا طيفاً واسعاً من الحدة، يبرر وجود الذهان الوظيفي. بالمقارنة مع الفصام، وعلى الرغم من كل المعوقات، قد يكون لمعايير تشخيص الاضطراب ثنائي القطب صلاحية أكبر (٥). ولا تنحصر أعراض الدرجة الأولى التي وصفها شنايدر بالفصام وحده، إذ تظهر في بعض المرضى المصابين بالاضطراب ثنائي القطب (٦)، على الرغم من أنها قد تكون أكثر تردداً وأكثر حدة في مرضى الفصام مقارنة معها في مرضى الاضطراب ثنائي القطب. ويميل مرضى الفصام الذين يعانون أعراض الدرجة الأولى خلال المرحلة الحادة إلى تحقيق نتائج أقل على المدى الطويل بالمقارنة مع المرضى الذين لا يعانون هذه الأعراض. إلا أن الأمر نفسه ينطبق على مرضى الاضطراب ثنائي القطب الذين يعانون أعراض الدرجة الأولى (٧).

ولكن المهم في النهاية هو كيفية تحسين حياة مريض الاضطراب ثنائي القطب. يوضح ستراكوفسكي وآخرون أن النقاش حول الفئة مقابل الطيف ليس نقاشاً أكاديمياً في برج عاجي، بل نقاشاً يكتسي أهمية سريرية تتلخص فيما يلي: «يتم تحديد الأشخاص المصابين بالاضطراب ثنائي القطب من بين سائر أفراد مجتمع البحث بهدف تخصيص العلاج الذي يخفف من معاناتهم (أي الأعراض)، وذلك عبر الإرشادات التوجيهية للعلاج المرتكز إلى الدلائل والتي وُضعت في دراسات أجريت في السابق على أشخاص يعانون حالات مماثلة».

المراجع

1. Specht G. Chronische Manie und Paranoia. Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 1905;16:590-7.
2. Kraepelin E. Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Leipzig: Barth, 1899.
3. Pope HG, Jr., Lipinski JF, Jr. Diagnosis in schizophrenia and manic-depressive illness: a reassessment of the specificity of 'schizo- phrenic' symptoms in the light of current research. Arch Gen Psychiatry 1978;35:81128.
4. Lake CR, Hurwitz N. Schizoaffective dis- orders are psychotic mood disorders; there are no schizoaffective disorders. Psychiatry Res 2006;143:255-87.
5. Lake CR, Hurwitz N. Schizoaffective disorder merges schizophrenia and bipolar dis- orders as one disease – there is no schizoaffective disorder. Curr Opin Psychiatry 2007; 20:365-79.
6. Rosen C, Grossman LS, Harrow M et al. Diagnostic and prognostic significance of Schneiderian first rank symptoms: a 20- year longitudinal study of schizophrenia and bipolar disorder. Compr Psychiatry 2011;52:126-31.
7. Conus P, Abdel-Baki A, Harrigan S et al. Schneiderian first rank symptoms predict poor outcome within first episode manic psychosis. J Affect Disord 2004;81:259-68.

الطب النفسي بحاجة إلى التجديد

Tadafumi Kato
Laboratory for Molecular Dynamics of Mental Disorders, Brain Science Institute, Wako, Saitama Japan

يناقش ستراكوفسكي وآخرون بحذر المنافع والمخاطر المتعلقة بالتوسع في تشخيص الاضطراب ثنائي القطب من منظار علاجي وبحثي. كما أن الاستنتاج الذي خلصوا إليه والذي يقضي بأن من السابق لأوانه التوسع في تشخيص الاضطراب ثنائي القطب قبل تحديد سبب مرضي مشترك للطيف ثنائي القطب هو استنتاج منطقي.

من الواضح نظرياً أن من بين المرضى الذين يشخصون حالياً بـ«الاكتئاب الرئيسي» مرضى سيصابون بالاضطراب ثنائي القطب في مرحلة لاحقة من حياتهم. ولكن لا يمكن التعرف على هؤلاء المرضى بالمقابلات السريرية فقط. ولا يمكن إجراء تشخيص موثوق به للاضطراب ثنائي القطب الذي قد يصاب به مرضى الاكتئاب إلا بعد اكتشاف الأساس البيولوجي العصبي للاضطراب ثنائي القطب وتحديد» في الحيوية" لمثل هذا التوقيع البيولوجي العصبي. فإذا أجرينا تشخيصاً للطيف ثنائي القطب بالاعتماد فقط على المقابلة السريرية، لا يمكن تجنب التشخيصات الإيجابية الخاطئة. وصحيح أن بعض المرضى قد يستفيدون من التشخيص الصحيح للاضطراب ثنائي القطب، إلا أن آخرين سيتلقون تشخيصاً خاطئاً ويخضعون لعلاج غير ناجح.

أظهرت دراسات العائلة والصلة الجينومية الواسعة أن للاضطراب ثنائي القطب والفصام خلفية وراثية مشتركة. يزيد خطر الإصابة بالفصام في الأقرباء من الدرجة الأولى لمستلفتات الاضطراب ثنائي القطب. كذلك يزيد خطر الإصابة بالاضطراب ثنائي القطب في الأقرباء من الدرجة الأولى لمستلفتات الفصام، حيث يبلغ الخطر النسبي ٢،٤ و٥،٢ (١). أما في الدراسة التي أجراها الاتحاد الدولي للفصام، لوحظ أن ألاف الألائل المشتركة ذات الأثر الطفيف علاقة بالفصام. كما أظهرت الدراسة أن هذا العنصر المتعدد الجينات يساهم أيضاً في زيادة خطر الإصابة بالاضطراب ثنائي القطب (٢). تدعم هذه النتيجة الفكرة القائلة بوجود تواصلية بين هذين الاضطرابين. ولكن تجدر الإشارة إلى أن ٧٪ من المصابين بالفصام شخصوا أيضاً بالاضطراب ثنائي القطب في الدراسة المسبقة. هل يمكننا التمييز بين «وجود باثولوجيا مشتركة بين هذين الاضطرابين» و«صعوبة التشخيص التفريقي لهذين الاضطرابين» باستخدام نظم البحث المتوفرة حالياً؟ فإذا وسعنا الإطار التشخيصي استناداً إلى التفسير الذي يفيد بأن لهذين الاضطرابين الباثولوجيا نفسها، فإن البحث في المستقبل سيشوبه عيوباً في الصلاحية السريرية. وإذا فككنا بنية الذهان وجمعنا هذين الاضطرابين فإن ذلك من شأنه أن يعيدنا إلى الفوضى التي سبقت كريبلين.

نحن الأطباء النفسيون لطالما حاولنا أن نميز بين الاضطرابات النفسية استناداً إلى المقابلات السريرية منذ زمن كريبلين. بعد جهد جهيد، ندرك الآن أن معاييرنا التشخيصية ليست كاملة. ولأن التقدم المحرز في التشخيص النفسي كان محدوداً في القرن الماضي، فإن تطوير تصنيف DSM لا يستطيع أن يحقق سوى تحسن متواضع. أما السبيل الوحيد لتطوير التشخيص النفسي فهو وضع تصنيف جديد للأمراض مستند إلى الصفات البيولوجية العصبية لكل اضطراب نفسي.

أظهرت دراسة أجريت على ١٥٣ دماغاً غير مصاب بالخرف أن المرضى الذين شخصوا بالاكتئاب خلال مرحلة ما من حياتهم بواسطة المقابلة لديهم أجسام ليوي في المادة الحديدية (الموضع الأزرق). في الوقت نفسه، لوحظ عدد أكبر من الحبائك العصبية الليفية في هذه الناحية (٣). فهل يمكننا تمييز الاكتئاب في المراحل المبكرة من انتشار أجسام ليوي أو مرض الألزهايمر من الاكتئاب المستقل عن المرض العصبي فقط بواسطة المقابلات السريرية؟ يجب علينا نحن الأطباء النفسيون أن نحرص على التعرف على «الأمراض» من خلال المقابلات فقط. فما نقوم الآن به يشبه تشخيص سكري البول من دون قياس معدل السكر في الدم.

يرتكز الطب بشكل أساسي على علم الأمراض. والطب النفسي يجب أيضاً أن يرتكز على علم الأمراض بدلاً من علم النفس. عندما وضع مفهوم الألزهايمر قبل أكثر من مئة عام، كانت تستخدم بعض طرق التلوين مثل التلوين بالفضة وتلوين النمراء (نيسل). وبعد قرن واحد، وضعنا التسلسل الكامل الخاص بالمجين البشري، وأصبح بإمكاننا تلوين عشرات آلاف الجزيئات في الدماغ عبر تهجين مختصر الرنا المرسال mRNA في الموضع أو الكيمياء الهستولوجية المناعية. وقد استحدثت كل التقنيات التي نحتاجها لتطوير الطب النفسي. أما العمل الذي علينا القيام به فهو دراسة الأساس البيولوجي العصبي للاضطرابات النفسية باستخدام التقنيات الحديثة وإتاحة عملية التجديد في الطب النفسي.

المراجع

1. Lichtenstein P, Yip BH, Bjork C et al. Common genetic determinants of schizophrenia and bipolar disorder in Swedish families: a population-based study. Lancet 2009;373: 234-9.
2. Purcell SM, Wray NR, Stone JL et al. Common polygenic variation contributes to risk of schizophrenia and bipolar disorder. Nature 2009;460:748-52.
3. Tsopelas C, Stewart R, Savva GM et al. Neuropathological correlates of late-life depression in older people. Br J Psychiatry 2011;198:109-14.

تقرير بحثي

الخبرة الذاتية في مراحل الفصام المبكرة: متابعة مدة خمس سنوات في دراسة كوبنهاجن للبادرات

Josef Parnas[1,2], Andrea Raballo[1,2,3], Peter Handest[2], Lennart Jansson[2], Anne Vollmer-Larsen[2], Ditte Sæbye[4]

[1]Danish National Research Foundation: Center for Subjectivity Research, University of Copenhagen, Njalsgade 140-142, DK-2300 Copenhagen S, Denmark; [2]Mental Health Center Hvidovre, University of Copenhagen, Denmark; [3]Department of Mental Health, Local Health Unit, Reggio Emilia, Italy; [4]Institute of Preventive Medicine, Copenhagen Hospital Corporation, Copenhagen, Denmark

على الرغم من الكم الهائل من البيانات التجريبية حول الحالات البادرية/ «المعرضة للخطر»، تبقى أوجه قابلية الإصابة الأساسية لطيف الفصام بعيدة عن التداول. في هذه المقالة نورد نتائج دراسة **كوبنهاجن** للبادرات، وهي دراسة مراقبة استشرافية لمرضى الإدخال الأول الذين يفترض أنهم في المراحل المبكرة للذهان (N=151) ومدة المتابعة فيها ٦٠ شهراً. بلغت نسبة الانتقال إلى تشخيص الطيف الفصامي خلال فترة المتابعة ٣٧٪؛ في حين بلغت نسبة الانتقال من الاضطراب الفصامي النوع ٢٥٪. وأتاحت مستويات الارتباك وقياسات النقطة المرجعية للاضطرابات الذاتية قدراً عالياً من التنبؤ بتطور لاحق لاضطرابات الفصام الطيفي، ولم ترتبط عمليات الانتقال المطردة ضمن الطيف (أي من الاضطراب الفصامي النوع إلى الفصام) بأي منبئ مرضي نفسي من المنبئات المرشحة.

الكلمات الرئيسية: الطيف الفصامي، الاضطراب الفصامي النوع، الذهان، الاستقرار التشخيصي، البادرة، القابلية للإصابة، الخبرات الشخصية الشاذة.

(WorldPsychiaty2011;10:200–204)

تجرى في معظم البلدان الغربية مشاريع عدة تركّز على كشف الفصام والذهانات الأخرى قبل بدايتها وعلاجها المبكر، وذلك بناء على الفرضية التي تقول بأن المرض الذي لا تتم معالجته يصبح مرضاً مزمناً يعيق الوظائف الاجتماعية للفرد ويصبح أكثر مقاومة للعلاج (4–1). في هذا الإطار، استعادت التشوهات النوعية الدقيقة (غير الذهانية) للخبرات الشخصية (مثل اضطرابات العاطفة والإدراك والتجربة الجسدية والمعرفة والإرادة والحركة) صفة السلائف المحتملة للفصام. وقد تم اقتراح مجموعات جزئية محددة لهذه التشوهات (مثل أعراض الخطر الأساسية) لهدف عملي هو الكشف المبكر (9–5).

إن البرنامج البحثي الذي يعد استمراراً لدراسات **كوبنهاجن** على الاختطار العالي والتبني والصلة (١٠–١٦) يركز على الخواص المتعلقة بجوهر الفصام (١٧–١٩). وقد درسنا فيه تحديداً بعض التغييرات التي تطرأ على الذات (أي الاضطرابات الذاتية). تشمل هذه الاضطرابات شعوراً غير مستقر بوجود الذات ومنظار الشخص المتكلم، ونقص في الشعور الأساسي بالهوية الشخصية، واضطرابات في السلاسة الضمنية لمجال الوعي، فرط الانعكاسية، والارتباك، أي صعوبة شاملة في فهم الأمور المالوفة والمعاني البديهية (١٩–٢١). ويجب ألا تعتبر الاضطرابات الذاتية زملات أعراضية طارئة، بل يجب أن تعبر عن التحريفات المستمرة والعميقة الشبيهة بالسمات للذاتية وأن تعبر عن الأنماط المحددة غير الذهانية للتجربة (أي التغييرات في الأخذ المفروض للتجربة من منظار المتكلم) (١٩،٢٠).

استند أول تقرير تجريبي قمنا به عن الاضطرابات الذاتية على مقابلات استكشافية أجريت على ١٩ مريض إدخال أول شخصوا باضطراب الطيف الفصامي، وكان مدعوماً بتقرير مماثل من النرويج (٨). أردنا أن نعيد نسخ هذه النتائج في دراسة استشرافية نظامية على مرضى الإدخال الأول متتاليين. وكان هدفنا أيضاً تقييم تشوهات الخبرة الشخصية (بما فيها الاضطرابات الذاتية) وارتباطها الطولي باضطرابات الطيف الفصامي. كذلك، كان من بين أهدافنا استكشاف الاستقرار التشخيصي للطيف الفصامي (على فترة مراقبة بلغت خمس سنوات) وتحديد البادرات المرضية النفسية السريرية المحتملة للطيف التشخيصي (الاضطراب النمطي الفصامي وتحوله إلى فصام) باتجاه الحلزونة التشخيصية الطيفية (أي حالات الإصابة بالطيف الفصامي، إما اضطراب النمط الفصامي أو الفصام).

المناهج

شملت العينة ١٥٥ مريض إدخال أول عمرهم أقل من ٤٠ عاماً أحيلوا بعدها إلى مركز هفيدور الجامعي للطب النفسي خلال الفترة الممتدة بين الأول من أيلول عام ١٩٩٨ إلى التاريخ نفسه من العام ٢٠٠٠. ويشكل المركز نقطة استجماع لحوالي ١٣٠ ألفاً من السكان الذين يقطنون مدينة **كوبنهاجن**.

شملت معايير الإقصاء تشخيصاً بالسوداوية أو الاضطراب ثنائي القطب أو اضطراب المخ العضوي المنشأ، سوء استخدام المواد الأولي أو المهيمن سريرياً، الوضع غير الإرادى أو القضائي للمريض. وقد أجريت مقابلات مع مرضى الذهان الحاد العدائيين أولاً بعد عملية التهدئة الأولية.

شارك المرضى في الدراسة بعد أن وافقوا بتوقيع خطي على المشاركة. ثم أقصي أربعة مرضى بسبب تشخيصهم بالاضطراب العضوي النفسي، الذي لم يكن معروفاً عند ضمهم للعينة، فأصبح عدد المبحوثين ١٥١.

عند النقطة المرجعية تم تشخيص المرضى بواسطة مقابلة شبه بنائية تشمل التاريخ العائلي والنفسي الاجتماعي الكامل (بما فيه المعلومات المأخوذة من مزود معلومات ثان)، والإدكار النفسي المرضي والتقييم التشخيصي النفسي مع استكشاف الأنماط الظاهرية للتجارب الشخصية الشاذة (٢٢،٢٣). وقد جرى التطرق لكل ذلك ضمن مقياس بون لتقييم الأعراض الأساسية (BSABS) (٢٤)، كما تم توسيع الخبرة الذاتية بإضافة عناصر جديدة (٢٣). وقد أجريت كل المقابلات من قبل طبيب نفسي استشاري يتمتع بخبرة طويلة في المقابلات البحثية وتلقى تدريباً على استخدام BSABS من قبل مجموعة هوبر–كلوستركوتر في ألمانيا. بناءً على المعلومات التي تم جمعها، قام مجري المقابلة بوضع تشخيص بحثي إجرائي حسب تصنيف ICD–10 بعد مناقشة الحالة مع خبير سريري رفيع المستوى.

بعد خمس سنوات، تم البحث عن أفراد العينة في سجل شخصي

وطني، فدعيوا إلى المشاركة بعد موافقة خطية منهم. ولدى إعادة التقييم التي حجبت عنها المعلومات التي جمعت في التقييم الأولي، كانت النتائج مطابقة لعناصر المقابلة المرجعية (٢٢،٢٣). باختصار، تضمت هذه العناصر قائمة تدقيق المعايير الإجرائية OPCRIT (26)، ومقياس بون لتقييم الأعراض الأساسية (BSABS) (24)، ومقياس المتلازمات الإيجابية والسلبية (PANSS) (27)، ومقياس حدة مسببات الضغط الاجتماعية النفسية التابع لتصنيف DSM–III–R: للراشدين (28). الصفات التعبيرية (مثل تعديل العاطفة، نوعية الاتصال، الحملقة، الصورة النمطية. التصنع، عدم التنظيم، واضطراب اللغة) تم ترميزها ضمن مواد الوضع النفسي وتطويرها واستخدامها في دراسة **كوبنهاجن** للاختطار العالي (١٣) ودراسة **كوبنهاجن** للصلة (٢٩،٣٠). أجرت مقابلة إعادة التقييم طبيبة نفسية استشارية تتمتع بخبرة في البحث. وقامت الخبيرة بتشخيص بحثي في مؤتمر للحالة عقد مع خبير سريري نفسي رفيع المستوى قام بمراجعة مادة الرسم البياني وحضر مقابلات المرضى. وقد أجريت تشخيصات إعادة التقييم على مدى الحياة وارتكزت فقط على مقابلة المتابعة ومواد الرسم البياني.

خلال فترة المتابعة، التزم المرضى بعلاجاتهم الفردية التي أشرف عليها خبراء سريريون. بالتالي، لم تكن أساليب العلاج وفاعليتها جزءاً من الدراسة.

أجري تقييم للثقة بين الطبيبين النفسيين اللذين يقومون بمقابلة المرضى، وهو تقييم يتحقق من كافة أدوات الدراسة، وقد أفضى إلى معدلات ممتازة من الثقة. على سبيل المثال، في المقطع الذي يتناول تشوهات الخبرة الذاتية، ومن بين ٤١ مادة تستهدف الذهول، والاضطرابات الذاتية، والاضطرابات الإدراكية، أظهرت ١٦ منهم مستوى جيد جداً من الكابا (أي ما يزيد عن ٠،٨١)، وأظهرت ٢٠ منهم مستوى جيد من الكابا (أي ما بين ٠،٦١ و٠،٨٠)، وأظهرت أربع منها كابا معتدلة (أي ما بين ٠،٤١ و٠،٦٠) وواحدة منهم أظهرت كابا أقل اعتدالاً (رؤية منحرفة / رؤية مزدوجة). وقد قسمت التشخيصات إلى ثلاث فئات كبرى: المجموعة الأولى لمرضى الفصام/كلها غير وجدانية، الذهانات غير العضوية المنشأ؛ المجموعة الثانية لمرضى الاضطراب الفصامي النوع؛ المجموعة الثالثة، وهي مجموعة متنوعة تشمل كافة الاضطرابات الخارجة عن الطيف الفصامي (مثال: الاضطراب الهلعي، الاكتئاب الرئيسي، اضطراب الوسواس القهري).

اعتمدنا مقاربة بعدية لتحديد خواص الملف الشخصي النفسي المرضي لجهة الأعراض التشخيصية الكبرى (مثال: إيجابية، سلبية، اضطراب شكل التفكير، عاطفي–قلقي) والخبرات الشخصية الشاذة. وقسمت هذه الخبرات إلى ثلاثة قياسات بديهية: الارتباك، الاضطرابات الذاتية، الاضطرابات الإدراكية. باختصار، يشار بـ»الارتباك» إلى شعور بالانقطاع عن الواقع، وغياب القدرة على التقاط المعاني البديهية، والذهول، والاغتراب؛ أما «الاضطرابات الذاتية» فتشير إلى تشوهات في الوعي الذاتي السابق للتفكير التأملي، أي شعور ضمني بالوجود كمادة تتلاقى ذاتياً بين الخبرة والفعل؛ وأخيراً، تشمل «الاضطرابات الإدراكية» مجموعة واسعة من الانحرافات الإدراكية غير الذهانية (معظمها نظرية–سمعية).

استخدمت نسخة SAS 9.1 في المقاربات الثابته وغير الثابته، والأحادية والمتعددة المتغيرات. وتم تمثيل الانتقالات التشخيصية في رسوم بيانية. وتم قياس منبئات الانتقالات التشخيصية ذات الحدة المتزايدة (أي الطيف البيني من الاضطراب الفصامي النوع إلى الفصام، باتجاه الطيف من التشخيص الآخر إلى الاضطراب الفصامي النوع أو الفصام) من خلال الانحدار اللوجستي الثنائي.

النتائج

ترد في الجدول ١الصفات المرجعية الاجتماعية–الديمغرافية، السريرية، والنفسية–المرضية للعينة. في حين أن قياساتPANSS انخفضت بشكل خطي من الفصام إلى الاضطرابات غير الطيفية (مع الاضطراب الفصامي النوع في الوسط)، لم يكن الوضع مماثلاً بالنسبة إلى الخبرات الشخصية الشاذة (الفصام والاضطراب الفصامي النوع كانت نتائجهما مشابهة وأكثر ارتفاعاً من الاضطرابات غير الطيفية).

أجريت المقابلة الكاملة وجهاً لوجه مع 99 مريضاً (64%). أربعة مرضى (3%) رفضوا إجراء مقابلة شخصية ولكنهم قبلوا بإجراء مقابلة عبر الهاتف. وتسعة عشر آخرون (12%) رفضوا إجراء المقابلة ولكن كان من الممكن متابعتهم وإعادة تقييمهم بواسطة مواد الرسم البياني على فترة خمس سنوات. إذاً، من بين عينة شملت 151 مريضاً، تسنى للباحثين

الجدول 1 الملفات الشخصية المرجعية للمجموعات التشخيصية الفرعية: الصفات الاجتماعية–الديمغرافية والنفسية–المرضية

	الفصام/الذهانات (N=51)	الاضطراب الفصامي النوع (N=50)	الاضطرابات النفسية الأخرى (N=50)	p
العمر عند الانضمام للدراسة (متوسط ±الاضطراب الذاتي)	25.3±5.0	24.6±4.4	26.2±4.6	0.183
ذكر/أنثى	26/25	14/36	17/33	0.059
العمر عند بداية المرض (السنوات، متوسط ±الاضطراب الذاتي)	20.9±6.3	17.5±5.2	18.7±6.0	0.028
مدة المرض (الأشهر، متوسط ±الاضطراب الذاتي)	54.6±59.2	84.4±60.9	90.8±77.7	0.008
مدة الذهان غير المعالج (الأشهر، متوسط ±الاضطراب الذاتي)	27.3±42.9	–	–	–
PANSS أعراض إيجابية (متوسط ±الاضطراب الذاتي)	19.06±5.8	11.9±3.1	9.1±2.3	<0.0001
PANSS أعراض سلبية (متوسط ±الاضطراب الذاتي)	16.95±6.06	13.3±4.0	9.7±3.3	<0.0001
اضطراب شكل التفكير (متوسط ±الاضطراب الذاتي)	4.31±3.07	2.8±2.3	1.0±1.5	<0.0001
الأعراض القلقية والعاطفية (متوسط ±الاضطراب الذاتي)	5.91±3.60	8.6±3.2	7.8±3.3	0.0003
الارتباك (متوسط ±الاضطراب الذاتي)	5.27±4.39	5.63±3.3	2.4±3.1	<0.0001
الاضطرابات الذاتية (متوسط ±الاضطراب الذاتي)	9.59±6.11	9.4±4.8	4.2±4.2	<0.0001
الاضطرابات الإدراكية (متوسط ±الاضطراب الذاتي)	2.99±3.41	2.6±3.0	1.0±1.5	0.0008

PANSS – مقياس المتلازمات الإيجابية والسلبية

الاختبار الإحصائي: كروسكال–واليس (تحليل التغاير غير الثابت) أو X–square عند اللزوم.

إعادة تشخيص 121 مريضاً (80%). لم تكن هناك فروقات في السن أو الجنس أو المستوى التعليمي بين المجموعات التي أجريت معها مقابلة وتلك التي لم تجرَ. ولم تختلف المجموعات مقارنة مع التشخيص عند التقييم الأولي. إلا أن المرضى الذين لم تجر معهم مقابلة تبين أنهم في غالب الأحيان أساءوا استخدام المواد عند التقييم الأولي (p=0.02). أما بالنسبة إلى المرضى الذين خضعوا لمقابلة شخصية، فقد بلغت فترة المتابعة المتوسطة والوسيطة 1889 و1811 يوماً على التوالي (5 سنوات تقريباً، نطاق: 2571–1334).

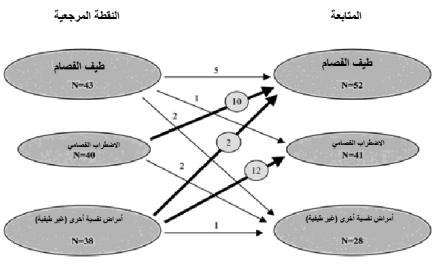
يظهر الجدول 2 والشكل 1 التغيرات التشخيصية على فترة 5 سنوات من المتابعة. بلغت قيمة كابا الإجمالية للاتفاق بين المجموعات التشخيصية الثلاث في التقييم الأول وتقييم المتابعة 0،64، مما يعكس استقراراً واضحاً.

ضمن المجموعة الأولى، أعيد تشخيص خمسة مرضى كانوا قد شخصوا بالذهان غير العاطفي الحاد بالفصام الزوراني (بارانويدي). ثلاثة مرضى فقط غادروا المجموعة: الأول كان قد شُخص في الأصل بفصام المراهقة، فأعيد تشخيصه بالاضطراب الفصامي النوع؛ كما أعيد تشخيص مريض آخر كان يعاني الذهان غير العاطفي الحاد بالاضطراب ثنائي القطب، أما الثالث فكان مريضاً بالفصام وأعيد تشخيصه بالاكتئاب الذهاني. إذاً من بين 43 مريضاً كانوا في الأصل ضمن المجموعة الأولى، بقي 40 منهم في المجموعة نفسها بعد المتابعة (93%).

الجدول 2 التغيرات في التشخيص على مدى الحياة منذ الانضمام إلى الدراسة وحتى المتابعة

		النقطة المرجعية			
		فصام/ذهان	اضطراب فصامي النوع	أمراض نفسية أخرى	العدد الإجمالي
المتابعة	الفصام/الذهان	40	10	2	52
	الاضطراب الفصامي	1	28	12	41
	أمراض نفسية أخرى	2	2	24	28
	العدد الإجمالي	43	40	38	121
	المتسربين	8	10	12	30

الشكل 1 التدفقات التشخيصية



أظهرت المجموعة الثانية استقراراً نسبياً في التشخيص. إذ أعيد تشخيص عشرة مرضى (٢٥٪) بالفصام بعد خمس سنوات، كان أحدهم مصاباً بالاضطراب العاطفي (الاكتئاب) وآخر باضطراب الشخصية البينية (أي أن ٥٪ فقط خرجوا من الطيف الفصامي).

في المجموعة الثالثة، أعيد تشخيص مريضين (كانا يعانيان اضطراب الشخصية المختلطة والبينية) بالفصام. أما اثنا عشر آخرون (كانوا شخصوا بالاكتئاب، n=3، أو اضطراب الشخصية المختلطة أو البينية أو غير المحددة، n=9) فأعيد تشخيصهم بالاضطراب الفصامي.

بلغت نسبة المرضى الفصاميي النوع الذين أعيد تشخيصهم بالفصام ٢٥٪ من المجموعة الأصلية. ولم يظهر تحليل الانحدار اللوجستي الذي يقارن بين هؤلاء المرضى والثلاثين الآخرين الذين لم يتغير وضعهم التشخيصي أي تأثير ملحوظ لمتغاير مرجعي (أي العمر، الأبعاد النفسية المرضية، الخبرة الشخصية الشاذة، المعايير الفصامية الفردية الكاملة).

في المجموع، تم تشخيص 14 حالة إصابة باضطراب الطيف الفصامي عند المتابعة. وقد أظهر تحليل الانحدار اللوجستي (الذي يقارن هؤلاء المرضى الأربعة عشر بباقي الأشخاص في المجموعة الثالثة) أن القياسات المرجعية العالية المتعلقة بالاضطرابات الذاتية والارتباك تنبأت بتطور لاحق لاضطراب الفصام الطيفي (الاضطرابات الذاتية: Fischer's exact p=0.003، OR=12.00; 95%CI 2.15–67.07؛ الارتباك: Fischer's exact p=0.02، OR=6،11; 95%CI 1.34–27.96). أما نتائج مقياس المتلازمات الإيجابية والسلبية فلم تنبئ بشيء، ولم يكن الانتقال مرتبطاً بالجنس أو بالعمر (الجدول 3).

نقاش

أظهرت التجزئة التشخيصية البراغماتية المرتكزة على الفصام/الذهان غير العاطفي، الاضطراب الفصامي، وغيرها من الأمراض النفسية الواردة في تصنيف ICD–10 معدلاً عالياً من الاستقرار بشكل عام على فترة خمس سنوات (كابا= 0،64). وكان معدل الاستقرار أعلى لجهة تشخيص الفصام (93%) منه في حالة الاضطراب الفصامي النوع (70%) والفئة التشخيصية المتنوعة «الأمراض النفسية الأخرى» (63)%.

أعيد تشخيص ربع المرضى الفصاميين بالفصام عند المتابعة. إلا أن أياً من المتغايرات المرجعية الاجتماعية–الديمغرافية أو المرضية–النفسية (بما فيها عدد المعايير الفصامية الفردية أو تواترها) لم ينبئ بهذه النتيجة، مما يشير إلى أن هذين النمطين الظاهريين الطيفيين (الاضطراب الفصامي والفصام) أقل تشابهاً في الدرجة وفي النوع. في الواقع، يبدو أن الاضطراب الفصامي النوع حالة ذهانية فرعية شبيهة بالفصام في كثير من الأوجه. ويبدو أن فئة الاضطراب الفصامي الواردة في تصنيف ICD–10 تشخص الحالات السريرية ذات المرض الحاد التي لا تنطبق عليها معايير الفصام. وتبدو أن هذه الحالات المعاد تشخيصها بشكل استشرافي تتجاوز الحد في أي لحظة من تاريخها السريري من خلال اشتداد عارض أو آخر بشكل طارئ (مثال: من العاطفة المحدودة إلى السطحية؛ ومن الأفكار السمعية المختبرة شخصياً إلى تلك التي يلاحظها الغير. وتتوافق هذه الاعتبارات مع النتائج التي توصلت إلها مؤخراً دراسة NAPLS التي أعادت اكتشاف اضطراب الشخصية الفصامي الوارد في تصنيف (DSM–IV) على أنه يحتمل أن يكون "متلازمة مستقلة للذهان» (٣١)، ودراسة دانمركية أخرى (OPUS)، قد أظهرت معدلات تحول تشخيصية قابلة للمقارنة من الاضطراب الفصامي حسب تصنيف ICD–10 إلى الفصام (32).

النتائج الملحوظة بالخط العريض؛ P– قيمة اختبار فيشر المضبوط للاستقلالية بين تغيير التشخيص/الإبقاء على التشخيص وتسجيل نتيجة مرتفعة/متدنية

ORa– معدل الأرجحية إذا كانت النتيجة مرتفعة؛ ORb– معدل الأرجحية إذا كان العمر بين 26 و28 سنة؛ ORc – معدل الأرجحية إذا كان الجنس أنثى

أعيد تشخيص ما يزيد عن ثلث المبحوثين الذين تلقوا تشخيصاً غير

الجدول ٣ الانحدار اللوجستي الثنائي الذي يبرز الانتقال التشخيصي إلى طيف الفصام كنتيجة أظهرتها المتابعة

	الطيف					
	وجود انتقال تشخيصي		عدم وجود انتقال تشخيصي			
	نتيجة مرتفعة (N)	نتيجة متدنية (N)	نتيجة مرتفعة (N)	نتيجة متدنية (N)	p	OR[a] 95%CI
أبعاد العارض						
أعراض PANSS إيجابية	8	6	13	13	1.00	1.13 0.30–4.26
أعراض PANSS سلبية	9	5	16	16	1.00	0.90 0.23–3.59
اضطراب شكل التفكير	8	6	10	10	0.50	1.87 0.49–7.08
أعراض قلقية وعاطفية	١٠	4	11	11	0.18	2.95 0.72–12.11
الخبرات الشخصية الشاذة						
ارتباك	11	3	9	9	0.02	6.11 1.34–27.96
اضطرابات ذاتية	12	2	8	8	0.003	12.00 2.15–67.07
اضطرابات إدراكية	8	6	8	8	0.19	2.67 0.69–10.36
العمر عند الانضمام	26–38 سنة (N)	19–25 سنة (N)	19–25 سنة (N)	26–38 سنة (N)	0.32	OR[b] 0.45 0.12–1.72
	6	8	9	١٥		
الجنس	ذكر(N)	أنثى(N)	أنثى(N)	ذكر(N)	1.00	OR[c] 0.90 0.23–3.59
	5	٩	١٦	٨		

طيفي عند النقطة المرجعية بأنهم ينتمون إلى الطيف الفصامي بعد خمس سنوات. في المقابل، أعيد تشخيص 5% فقط من المبحوثين الذين وضعوا في الطيف الفصامي في البدء على أنهم خارج تلك الفئة عند المتابعة. بالنسبة إلى حالات الإصابة بالطيف الفصامي، أظهرت المقارنة مع الأشخاص المتبقين في المجموعة الأولية عينتين عنقوديتين من الخبرات الشخصية الشاذة التي أنبأت بالانتقال التشخيصي: الاضطرابات الذاتية والارتباك. ولم يرتبط أي من نتائج مقياس المتلازمات الإيجابية والسلبية PANSS بارتفاع خطر الانتقال. بشكل عام، يشير ذلك إلى أن الارتباك والاضطرابات الذاتية ترتبط بالصفات الأساسية لقابلية الطيف بين الأنماط الظاهرية السريرية، مما يتماشى مع الأدلة المتطابقة التي توصلت إليها دراسات كمية (١٦،٣٣،٣٤) ونوعية–كمية (٨،٩،٣٥) أخرى.

يتعين النظر إلى نتائج الدراسة من خلال القيود السياقية. فالعينة كانت ترتكز على الإحالات إلى وحدة عيادات مرضى داخلية واقعة داخل المستشفي، مما يعني أن عتبة الحدة للإحالات هي على الأرجح أعلى من تلك المرتبطة بالحالات المدخلة إلى خدمات العيادات الخارجية. بالتالي، قد يكون من غير الممكن تعميم صفات العينة بشكل واسع على أنظمة الصحة النفسية التي تقدم خدمات نفسية خارجية غنية وفي متناول المرضى. كذلك، اتبعنا الاستقرار والانتقال التشخيصي ضمن فئات تصنيف ICD–10 كمتغايرات توصلنا إليها. تشكل حالات الإصابة بالطيف الفصامي (الانتقال إلى الطيف الفصامي) بنية مختلفة من الناحية السريرية والمفاهيمية من "الانتقال إلى الذهان" الذي يعتبر النتيجة العادية في بحث البادرات/الاختطار فوق العالي (حيث عتبة الذهان ينظر إليها على أنها نقطة الحدية الفاصلة المعرفة نوعياً للأعراض الذهانية الإيجابية) (36). أخيراً، يعتمد جمع البيانات على العقدتين الزمنتين: النقطة المرجعية والسنوات الخمس من إعادة التقييم، بالتالي من غير المناسب تعقب مهلة أكثر تفصيلاً للانتقالات المتعلقة بالانتكاسة واحتمال إعادة الإدخال. في هذا الإطار، يجب التأكيد على الآتي: في حين أن التقييم المرجعي كان متعلقاً بالإحالات المتعاقبة وبالتالي كان مطابقاً للحالات النفسية المرضية الشديدة والحادة، لم يكن الوضع مماثلاً خلال إعادة التقييم الذي تم على خمس سنوات، مما يعتبر نقطة عشوائية في التاريخ الطبيعي للمرض (37).

خلاصة

ختاماً، تشير النتائج التي توصلنا إليها إلى أن الخبرات الشخصية الشاذة المشابهة السمات، وتحديداً الاضطرابات الذاتية والارتباك، قد تكون مؤشرات إنذارية مهمة للتعرف على المرضى (ضمن المدخلين الجدد) الذين لديهم سمات قابلية الإصابة باضطراب الطيف الفصامي. إذاً إن أياً من الأبعاد النفسية المرضية القانونية التي تعتبر عادة معيار تقييم جوهري لمبحث الأعراض الفصامية (مثال: الأعراض الإيجابية، السلبية، غير المنتظمة) لم تظهر أي قدرة تنبؤية. كذلك تشير النتائج إلى أن ما يقارب ربع التشكيلات الذهانية الفرعية لطيف الفصام التي يعترضها تشخيص الاضطراب الفصامي في ICD–10 أعيد تشخيصهم بالفصام خلال فترة الخمس سنوات. ويشير ذلك إلى أن تعريف ICD–10 الحالي للفصام يرتكز على الأعراض والإشارات ذات الحدة العالية (والإزمان العالي). بالتالي، في الإطار السريري تشمل فئة الاضطراب الفصامي النوع مرضى أقل أعراضاً ما دون العتبة. كان تصنيف ICD–8 ليعتبرهم مرضى يعانون من فصام غير زوراني (بارانويدى) أو بداية له (40–38).

شكر

أجريت هذه الدراسة بدعم من مؤسسة **كوبنهاجن** الاستشفائية، شبكات ماري كوري للتدريب على البحث، «DIS– COS – اضطرابات الذات المجسدة واتساقها"، وجامعة **كوبنهاجن**.

المراجع

1. Cannon TD, Cornblatt B, McGorry P. The empirical status of the ultra high-risk (prodromal) research paradigm. Schizophr Bull 2007;33:661-4.
2. McGorry PD, Killackey E, Yung A. Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. World Psychiatry 2008;7: 148-56.
3. Klosterkotter J, Ruhrmann S, Schultze-Lutter F et al. The European Prediction of Psychosis Study (EPOS): integrating early recognition and intervention in Europe. World Psychiatry 2005;4:161-7.
4. Schultze-Lutter F, Ruhrmann S, Klosterkotter J. Early

J Psychiatry 2005;187 (Suppl. 48):s49-54.
23. Parnas J, Handest P, Jansson L et al. Anomalous subjective experi- ence among first-admitted schizophrenia spectrum patients: empiri- cal investigation. Psychopathology 2005;38:259-67.
24. Gross G, Huber G, Klosterkotter J et al. Bonner Skala für die Beur- teilung von Basissymptomen. Berlin: Springer, 1987.
25. Munk-Jorgensen P, Najarraq LM, Bertelsen A. Use of ICD-10 diag- noses in Danish psychiatric hospital-based services in 2001-2007. World Psychiatry 2010;9:183-4.
26. McGuffin P, Farmer A, Harvey I. A polydiagnostic application of operational criteria in studies of psychotic illness. Development and reliability of the OPCRIT system. Arch Gen Psychiatry 1991;48: 764-70.
27. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophr Bull 1987;13:261-76.
28. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manu- al of mental disorders. 3rd ed., rev. Washington: American Psychiat- ric Press, 1987.
29. Vaever MS, Licht DM, Moller L et al. Thinking within the spectrum: schizophrenic thought disorder in six Danish pedigrees. Schizophr Res 2005;72:137-49.
30. Matthysse S, Holzman PS, Gusella JF et al. Linkage of eye move- ment dysfunction to chromosome 6p in schizophrenia: additional evidence. Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet 2004;128B:30- 6.
31. Woods SW, Addington J, Cadenhead KS et al. Validity of the prodro- mal risk syndrome for first psychosis: findings from the North Amer- ican Prodrome Longitudinal Study. Schizophr Bull 2009;35:894- 908.
32. Nordentoft M, Thorup A, Petersen L et al. Transition rates from schizotypal disorder to psychotic disorder for first-contact patients included in the OPUS trial. A randomized clinical trial of integrated treatment and standard. Schizophr Res 2006; 83:29-40.
33. Parnas J, Handest P, Saebye D et al. Anomalies of subjective experi- ence in schizophrenia and psychotic bipolar illness. Acta Psychiatr Scand 2003;108:126-33.
34. Klosterkotter J, Hellmich M, Steinmeyer EM et al. Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. Arch Gen Psychiatry 2001;58:158-64.
35. Klosterkotter J. The meaning of basic symptoms for the genesis of the schizophrenic nuclear syndrome. Jpn J Psychiatry Neurol 1992; 46:609-30.
36. Yung AR. The schizophrenia prodrome: a high-risk concept. Schizophr Bull 2003;29:859-65.
37. Parnas J, Jorgensen A, Teasdale TW et al. Temporal course of symp- toms and social functioning in relapsing schizophrenics: a 6-year follow-up. Compr Psychiatry 1988;29:361-71.
38. Parnas J. The boundaries of the schizotypal disorders and schizo- phrenia. In: Lopez-Ibor J, Lieh-Mak F, Visotsky HM et al (eds). One world, one language: paving the way to better perspectives for men- tal health. Seattle: Hogrefe & Huber, 1999:164-9.
39. Parnas J, Licht D, Bovet P. The Cluster A personality disorders: a review. In: Maj M, Akiskal HS, Mezzich J et al (eds). Personality disorders. Chichester: Wiley, 2005:1-74.
40. Parnas J. On defining schizophrenia. In: Maj M, Sartorius N (eds). Schizophrenia. Chichester: Wiley, 1999:43-5.

detection of psychosis - establishing a service for persons at risk. Eur Psychiatry 2009;24:1-10.
5. Simon AE, Dvorsky DN, Boesch J et al. Defining subjects at risk for psychosis: a comparison of two approaches. Schizophr Res 2006; 81:83-90.
6. Schultze-Lutter F. Subjective symptoms of schizophrenia in re- search and the clinic: the basic symptom concept. Schizophr Bull 2009;35:5-8.
7. Ruhrmann S, Schultze-Lutter F, Salokangas RK et al. Prediction of psychosis in adolescents and young adults at high risk: results from the prospective European prediction of psychosis study. Arch Gen Psychiatry 2010;67:241-51.
8. Moller P, Husby R. The initial prodrome in schizophrenia: searching for naturalistic core dimensions of experience and behavior. Schizophr Bull 2000;26:217-32.
9. Parnas J, Jansson L, Sass LA et al. Self-experience in the prodromal phases of schizophrenia. Neurol Psychiatry Brain Res 1998; 6:97- 106.
10. Raballo A, Parnas J. The silent side of the spectrum: schizotypy and the schizotaxic self. Schizophr Bull (in press).
11. Jorgensen A, Teasdale TW, Parnas J et al. The Copenhagen High- Risk Project. The diagnosis of maternal schizophrenia and its rela- tion to offspring diagnosis. Br J Psychiatry 1987;151:753-7.
12. Parnas J, Jorgensen A. Pre-morbid psychopathology in schizophre- nia spectrum. Br J Psychiatry 1989;155:623-7.
13. Parnas J, Cannon TD, Jacobsen B et al. Lifetime DSM-III-R diagnos- tic outcomes in the offspring of schizophrenic mothers. Results from the Copenhagen High-Risk Study. Arch Gen Psychiatry 1993;50: 707-14.
14. Mednick SA, Parnas J, Schulsinger F. The Copenhagen High-Risk Project, 1962-86. Schizophr Bull 1987;13:485-95.
15. Kety SS, Wender PH, Jacobsen B et al. Mental illness in the bio- logical and adoptive relatives of schizophrenic adoptees. Replica- tion of the Copenhagen Study in the rest of Denmark. Arch Gen Psychiatry 1994;51:442-55.
16. Raballo A, Saebye D, Parnas J. Looking at the schizophrenia spec- trum through the prism of self-disorders: an empirical study. Schizophr Bull 2011;37:344-51.
17. Parnas J. From predisposition to psychosis: progression of symp- toms in schizophrenia. Acta Psychiatr Scand 1999;99(Suppl. 395): 20-9.
18. Parnas J. Genetics and psychopathology of spectrum phenotypes. Acta Psychiatr Scand 2000;101:413-5.
19. Parnas J, Bovet P, Zahavi D. Schizophrenic autism: clinical phe- nomenology and pathogenetic implications. World Psychiatry 2002; 1:131-6.
20. Sass LA, Parnas J. Schizophrenia, consciousness, and the self. Schizophr Bull 2003;29:427-44.
21. Parnas J. The self and intentionality in the pre-psychotic stages of schizophrenia. A phenomenological study. In: Zahavi D (ed). Ex- ploring the self. Philosophical and psychopathological perspectives on self-experience. Amsterdam: John Benjamins, 2000: 115-47.
22. Handest P, Parnas J. Clinical characteristics of first-admitted pa- tients with ICD-10 schizotypal disorder. Br

تجربة فعاله عشوائية مضبوطة على العلاج السلوكي المعرفي لاضطراب كرب ما بعد الصدمة في الأشخاص المتأثرين بالأعمال الإرهابية في تايلاند

Richard A. Bryant[1], Suparat Ekasawin[2], Somchai Chakrabhand[2], Soawaluk Suwanmitri[2], Orawan Duangchun[2], Thananet Chantaluckwong[2]

[1]University of New South Wales, Sydney, New South Wales, Australia; [2]Thai Department of Mental Health, Bangkok, Thailand

على الرغم من أن العلاج السلوكي المعرفي هو العلاج المعتمد لاضطراب كرب ما بعد الصدمة (PTSD)، إلا أن لا دليل على نجاحه في مرضى PTSD الذين لا يزالون في خطر التعرض للهجمات الإرهابية. تتضمن هذه الدراسة التجربة العشوائية المضبوطة الأولى للعلاج السلوكي المعرفي على مرضى اضطراب PTSD المتأثرين بالأعمال الإرهابية. تم اختيار ثمانية وعشرين ناجياً من الهجمات الإرهابية بجنوب تايلاند بشكل عشوائي لحضور ثماني جلسات من العلاج السلوكي المعرفي أو العلاج العادي. وتم تكييف العلاج السلوكي المعرفي ليناسب التهديدات الواقعية التي يواجهها المرضى. تجدر الإشارة إلى أن عمليات تقييم مستقلة كانت قد أجريت قبل العلاج وبعده مباشرة وبعد ثلاثة أشهر منه. وشملت النتائج أعراض PTSD (مقابلة – مقياس أعراض PTSD)، الاكتئاب (قائمة بيك للاكتئاب) والحزن المصحوب بمضاعفات (قائمة الحزن المصحوب بمضاعفات). وأفضى العلاج السلوكي المعرفي إلى انخفاض كبير وملحوظ في الأعراض، بما فيها أعراض PTSD، والاكتئاب، والحزن المصحوب بمضاعفات، عند المتابعة منه عن استخدام العلاج العادي. بالمقارنة مع العلاج العادي، كان للعلاج السلوكي المعرفي حجم تأثيري أقوى عند متابعة مرضى PTSD، الاكتئاب، والحزن المصحوب بمضاعفات. حقق عدد أكبر من المرضى الخاضعين للعلاج السلوكي المعرفي (٧٥٪) أداءً وظيفياً أفضل في الحالة النهائية مقارنةً مع المرضى الخاضعين للعلاج العادي (٣٣٪). ويشير هذا الدليل الأولي إلى أن PTSD، والاكتئاب، والحزن المصحوب بمضاعفات يمكن أن يعالج بشكل ناجح على الرغم من استمرار التهديدات الإرهابية. كما يظهر أن العاملين في مجال الصحة النفسية من غير الاختصاصيين في بلد غير غربي يمكن أن يخضعوا لتدريب على استخدام العلاج السلوكي المعرفي. ويمكن لهذا التدريب أن يفضي إلى نتائج علاجية ناجحة في الأشخاص المتأثرين بالصدمات.

الكلمات الرئيسية: العلاج السلوكي المعرفي، اضطراب كرب ما بعد الصدمة، الحزن المصحوب بمضاعفات، الإرهاب، الثقافة.

(World Psychiatry 2011;10:205–209)

العلاج السلوكي المعرفي هو العلاج المعتمد لاضطراب كرب ما بعد الصدمة (PTSD)(3–1). إلا أن لا معلومات كافية حول تطبيق العلاج السلوكي المعرفي في الحالات التي ما زال الإرهاب فيها يهدد مرضى اضطراب كرب ما بعد الصدمة. وفي ظل تكرر الهجمات الإرهابية في شتى أنحاء العالم في السنوات الماضية، جذب العلاج السلوكي المعرفي انتباه كبيراً في معالجة الأشخاص المتأثرين بالإرهاب حتى الآن. وثمة دليل على أن العلاج السلوكي المعرفي يمكن أن يكون فعالاً في علاج اضطراب كرب ما بعد الصدمة المرتبط بالإرهاب (4)، ولكنه دليل محصور بالبيئة التي تلي العمل الإرهابي حيث يطبق العلاج في بيئة آمنة نسبياً. ولكن حتى اليوم لم تجرَ أي تجارب عشوائية مضبوطة في سياق خطر قائم للهجمات الإرهابية.

ثمة سبب يدفعنا للسؤال عن كيفية تطبيق العلاج السلوكي المعرفي في بيئة ما زال خطر الهجمات الإرهابية قائماً فيها. يشمل العنصران الأساسيان للعلاج السلوكي المعرفي العلاج بالتعريض وإعادة البناء المعرفي. في العلاج بالتعريض يوضع المريض في مواجهة مع ما يذكره بالصدمة، من خلال التركيز على ذكريات الصدمة أو معايشة التذكيرات الظرفية (5). تفترض هذه الممارسة أن تعلم التبديد ممكن، وفيه تثبّط عملية تكييف الخوف الأولي من خلال التعلم أن تذكيرات الصدمة ترمز إلى السلامة منها إلى الخطر (6). ولكن قد يكون هذا الهدف صعب المنال عندما تكون التذكيرات متكررة وتتسبب بأذى للنفس أو للآخرين، كما هو الحال في الإرهاب الناشط. والجدير ذكره أن العلاج السلوكي المعرفي أظهر فاعلية مع المرضى الذين ما زالوا تحت الخطر، مثل أولئك الذين يعانون العنف المنزلي (7). إلا أن الإرهاب قد يمثل خطراً أكبر لأنه يشمل هجمات مقصودة على المستوى المجتمعي، ما قد يصعّب القدرة على تعلم التبديد بسبب تكرر الأحداث المؤذية التي تهدد الناس في بيئتهم المباشرة.

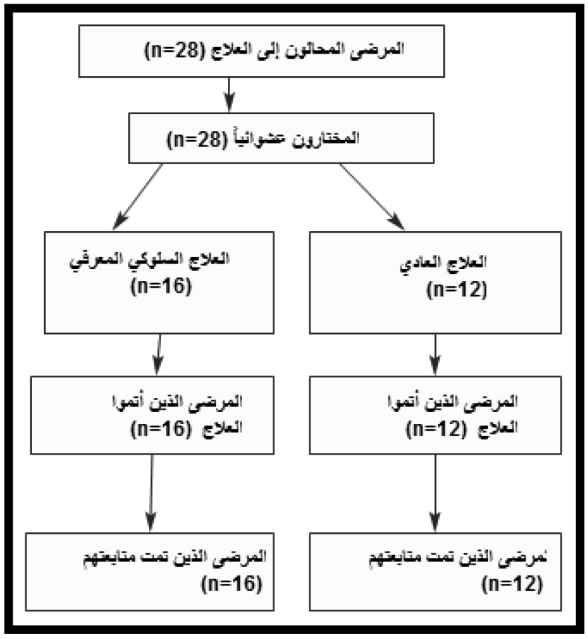
ترتكز إعادة البناء المعرفي إلى النماذج المعرفية التي تفترض أن مرضى PTSD يظهرون ردود فعل كارثية للصدمة ويرون أن ثمة احتمال لوقوع أذى إضافي (8). وعليه، تلقن إعادة البناء المعرفي المريض ألا يقدر الحدث الصدمي أو ما يليه بشكل سلبي مفرط. وقد تصعب هذه المهمة عندما تكون التقديرات المتعلقة بالمستقبل واقعية بشكل جزئي بسبب احتمال وقوع أذى فعلي في المستقبل. على سبيل المثال، قد يقول الأشخاص الذين تعرضوا لهجوم إرهابي في منطقة تتعرض غالباً للقصف إن العالم خطير وأنهم لا يمكن أن يشعروا بالأمان أبداً. وبالفعل، يمكن تبرير وجهة نظرهم بسبب تكرر القصف. لهذا السبب أبرزت التعليقات الأخيرة الحاجة إلى تصميم إعادة البناء المعرفي بشكل يقر فيه صراحةً باحتمال وقوع التهديد وتحديد الخطر النسبي عند اعتماد إعادة البناء المعرفي (9). تحاول هذه المقاربة تلقين المريض كيفية تقدير احتمال وقوع الخطر بشكل واقعي، وأن يفهم منافع تقبل نسب معينة من الاختطار(مثال: القدرة على مغادرة المنزل والقيام بالواجبات اليومية).

من بين أبرز الأمور الغائبة الدراسات الفعلية التي تقوم بتكييف المقاربات المرتكزة على الأدلة وفقاً للأماكن المتأثرة بالإرهاب في البيئات غير الغربية. حاولت هذه الدراسة أن التقييم الفعلي عبر تكييف العلاج السلوكي المعرفي في بلد غير غربي واستخدام مزودي الخدمات الصحية المحليين. فأجرينا تجربة عشوائية مضبوطة على ناجين من الهجمات الإرهابية في جنوب تايلاند حيث قتل ما يزيد عن 3000 شخص منذ عام 2004. تشن هذه الهجمات الإرهابية جماعاتٌ إسلامية متطرفة ضد الحكومة التايلاندية. وقد استهدفت الكثير من الأعمال الإرهابية في المحافظات الجنوبية ثلاث مدارس وعاملين في الصحة وسكان آخرين من غير المقاتلين. لقد قارنا بين العلاج السلوكي المعرفي والعلاج العادي الذي يشمل الإرشاد العام لمعالجة اضطراب كرب ما بعد الصدمة والاكتئاب والحزن المصحوب بمضاعفات.

المواد والمناهج

ارتكزت الدراسة في حجم عيناتها على تجربة سابقة قارنت بين التعريض و إعادة البناء المعرفي معاً من جهة والإرشاد الداعم من جهة أخرى (10). وباستخدام هذه البيانات على من أكمل العلاج بعد فترة ستة أشهر من المتابعة، قدرنا أنه، ومع نسبة 50% ألفا ثنائية الجهة = 0،05، سيكون الباحثون بحاجة إلى n=30 مريضاً للكشف عن فرق ملحوظ في المتابعة لجهة حدّة PTSD.

تم تحديد 28 شخصاً (27 أنثى، 1 ذكر) من قبل مصلحة الصحة النفسية التايلاندية ممن كانوا يبحثون عن العلاج في مستشفى يالا جنوب تايلاند بين أيار/مايو 2007 وشباط/فبراير 2009 لاضطراب PTSD بعد التعرض المباشر لهجوم إرهابي. وشملت معايير التضمين المرضى الذين تعرضوا للهجوم الإرهابي بشكل مباشر والذين شخصوا بشكل أولي بالإصابة باضطراب PTSD بحسب معايير DSM–IV (11). أما معايير الإقصاء فشملت الخطر الانتحاري الشديد، الذهان، والإدمان على المواد، وللأشخاص الذين يقل عمرهم عن 17 سنة أو يزيد عن 70 سنة. ولم يتم إقصاء أي مريض بناءً على هذه المعايير. وتم اختيار المرضى عشوائياً بناءً على نظام أرقام عشوائية يديره مسؤولون في الصحة في بانكوك (مستقلين كلياً عن الاستشاريين وعن منسق الدراسة) فطبّق عليهم العلاج السلوكي المعرفي (n=16) أو العلاج العادي (n=12) (أنظر الشكل 1). وفي 24 من الحالات قتل أحد أفراد العائلة (14 في العلاج السلوكي المعرفي و10 في العلاج العادي) وكان كل هؤلاء المرضى يعانون حزناً مصحوباً بمضاعفات (12). وتم الانتهاء من ضم المرضى إلى الدراسة في وقت مبكر نظراً لاشتداد الهجمات الإرهابية في تلك المرحلة ولكون العاملين في مجال الصحة مستهدفين من قبل الإرهابيين. ولذلك اضطرت الدراسة إلى الانتهاء بعينة شملت 28 مريضاً نظراً للخطر الذي تعرض له العاملون في الصحة الذين يقدمون العلاج. ويرد تدفق المرضى خلال الدراسة في الشكل 1.



الشكل 1 مشاركة المرضى في الدراسة

تم تشخيص PTSD من خلال مقابلة–مقياس أعراض PTSD (PSS–I) (13). وتتألف المقابلة النصف بنائية من 17 عارضاً لاضطراب PTSD مرتبة بحسب مقياس ٠–٣ وتجمع بين التواتر والحدة على فترة الأسبوعين السابقين. ولهذه المقابلة مستوى عال بين التصنيفات الاعتمادية لتشخيص PTSD (r=.91) وللحدة (r=.97) (13). وتم تقييم الاكتئاب باستخدام قائمة بيك للاكتئاب– II (14) التي تعتبر قياس إبلاغ ذاتي ذات ميزات قياسية نفسية صحيحة (14). وقد تم تقييم الحزن المصحوب بأعراض باستخدام قائمة الحزن المصحوب بأعراض (15)؛ وإن قياس الإبلاغ الذاتي هذا يقيّم الأعراض الجوهرية للحزن المصحوب بمضاعفات والذي يشمل الحنين المستمر إلى المتوفين والألم العاطفي الذي يلي الخسارة والمرارة وانقطاع الأمل وخسارة الهوية (12). وتمت ترجمة كل هذه القياسات إلى اللغة التايلاندية ثم ترجمت بطريقة عكسية إلى الإنجليزية.

بعد موافقة المرضى، خضع المرضى الذين يتلقون علاجاً سلوكياً معرفياً لجلسات فردية لمدة ثمانية أسابيع دامت الواحدة منها ٦٠ دقيقة وشملت توعية حول الصدمات وتقنيات التعامل مع القلق والتعريض المتكرر للذكريات الصدمية وتعريض في الحيوية للظروف التي يتفاداها المريض وإعادة البناء المعرفي من أجل تعديل التقييمات الكارثية المتعلقة بالأذى الذي قد يقع في المستقبل. وقد أجرى العلاج معالجون نفسيون تايلانديون أو ممرضات نفسيات تايلانديات تلقوا تدريباً على استخدام دليل العلاج في ثلاث ورش عمل مدة الواحدة منها يومان تجرى على فترة ١٢ شهراً. تألفت كل ورشة من تدريب تعليمي وتصنيف للحالات ولعب أدوار لضمان أن كل المعالجين قد تمتعوا بالكفاءة والمهارات. وتدرب المعالجون على المهارات السريرية مع المرضى خلال الأشهر الأربعة التي تلت الورشتين الأولى والثانية وتم الإشراف عليهم عند معالجة الحالات خلال الورشتين الثانية والثالثة. أما خلال التجربة، فقد طبق المعالجون العلاج بدون مراقبة رسمية.

تضمنت الجلسة الأولى من العلاج السلوكي المعرفي توعية حول ردود الفعل الصدمية. أما الجلسة الثانية فتضمنت تدريباً على استرخاء العضلات بشكل تدريجي. وبدلاً من الاعتماد فقط على الطرق الغربية في الاسترخاء (مثل استرخاء العضلات والتحكم بالتنفس)، استخدمت أيضاً تقنيات التأمل التايلاندية. وتمت مراجعة هذا التمرين في كل جلسة لاحقة. وفي الجلسة الثانية بدأ المعالجون بالتعريض التصويري المطول للذكريات الصدمية. وقد خصصت أربعون دقيقة من كل جلسة للسماح للمشاركين بإعادة اختبار الصدمة من خلال التركيز على الذكريات والانغماس في ردود فعلها العاطفية (١٦). في الجلسة الثانية أيضاً لُقّن المشاركون كيف يخلقون ترتيباً للظروف التي يخافونها. في الجلسة الثالثة، بدأ التعريض في الحيوية، فطلب من المشاركين أن يبقوا في الظروف التي يخافونها إلى أن انخفض القلق لديهم بنسبة ٥٠٪، وذلك ابتداءً من الظروف التي يخافونها قليلاً وصولاً إلى الظروف التي يخافونها بنسبة أكبر. في الجلسة الثالثة، بدأت إعادة البناء المعرفي. لُقّن المشاركون كيف يحددون الأفكار غير الواقعية والكارثية وكيف يعدلون الأفكار باستخدام مساءلة سقراط، والاستدلال الترجيحي، والتفكير المرتكز على الأدلة. وقد عدلت إعادة البناء المعرفي لتحديد الأخطار الواقعية لوقوع هجمات إرهابية محتملة في المستقبل. بالتحديد، تعلم المرضى من خلال العلاج كيف يقدرون الخطر المطلق لوقوع الأذى وكيف يتعرفون على منافع تقبل مستوى معين من الخطر من أجل إتاحة المجال أمام أداء وظيفي طبيعي (مثال: الذهاب

إلى السوق لشراء الطعام للعائلة على الرغم من كون هذه الأسواق عرضة للتفجيرات) (٩). تم التدرب على كل من هذه العناصر خلال كل جلسة، وتمت عملية منع الانتكاسة في الجلسة النهائية. وكان عدد جلسات العلاج العادي مساوياً لعدد جلسات الإرشاد الداعم التي يقدمها المعالجون النفسيون الذين لم يتدربوا على العلاج السلوكي المعرفي. وعند الانتهاء من الجلسات العلاجية، جمع المعالجون قوائم التدقيق التي فندت كلاً من عناصر العلاج. وأشار المعالجون الذين طبقوا العلاج السلوكي المعرفي على قوائم التدقيق إلى أن كل المرضى الذين تلقوا هذا العلاج تلقوا جلسات توعية وتدريب على التعامل مع القلق والتعريض التصويري وإعادة البناء المعرفي. ولم يتلق ثلاثة من المرضى تعريضاً في الحيوية. ولم يتلق أي من مرضى العلاج العادي تدريباً على التعامل مع القلق أو التعريض أو إعادة البناء المعرفي. وقد أجرى موظفون مستقلون غير مدركين لظروف المرضى العلاجية عمليات التقييم ما بعد العلاج وبعد العلاج بثلاثة أشهر.

النتائج

لم تظهر أي فروقات بين الظروف لناحية العمر أو الجنس أو الدين أو عدد الجلسات العلاجية، أو النتائج النفسية المرضية السابقة للعلاج (انظر الجدول ١). ولم تسجل أي حالات تسرب من العلاج، مما يعني أن التحاليل شملت كل المرضى الذي اختيروا عشوائياً للمشاركة في هذه الدراسة.

إن تحليل التغاير المتعدد المتغايرات (MANCOVA) في نتائج ما بعد العلاج وفق مقياس أعراض PTSD، وقائمة بيك للاكتئاب–II، وقائمة الحزن المصحوب بمضاعفات، أظهر أثراً أساسياً ملحوظاً: $F (3،21) = 7.02، p=0.002, \eta' = .50$.

الجدول 1 خصائص المشاركين في التجربة

	العلاج السلوكي المعرفي CBT	العلاج العادي	اختبار	P
العمر (السنوات ± الانحراف المعياري)	42.3±6.3	43.9±11.9	t (26) = 0.46	0.65
الوقت منذ الصدمة (أشهر، متوسط ± الانحراف المعياري)	42.3±6.3	15.2± 8.0	t (26) = 0.76	0.45
عدد الجلسات (متوسط ± الانحراف المعياري)	6.6±1.0	5.5±2.5	t (26) = 1.65	0.11
الجنس				
ذكر	0	1	χ^2= 1.38	
أنثى	16	11		0.24
الوضع العائلي				
أعزب/أرمل	87	83	χ^2 = 0.10	
متزوج	13	17		0.76
الدين				
بوذي	11	5	χ^2 = 2.05	
مسلم	5	7		0.15
موظف (%)	93	75	χ^2 = 1.97	0.16
نسبة التعليم (%)				
تعليم ما دون الثانوي	44	42	χ^2 = 0.01	0.91
تعليم ثانوي على الأقل	56	58		

وأشار تحليل التغاير ANCOVA ما بعد العلاج إلى أن المرضى الذين تلقوا علاجاً سلوكياً معرفياً سجلوا نتائج أدنى في مقياس أعراض PTSD، وقائمة بيك للاكتئاب–II، وقائمة الحزن المصحوب بمضاعفات، من أولئك الذين تلقوا علاجاً عادياً (الجدول ٢). وأشار تحليل التغاير المتعدد المتغايرات (MANCOVA) حول مقاييس الأعراض الظاهرة خلال المتابعة إلى تأثير أساسي ملحوظ: $F (3،21) = .11، p=0.02, \eta' = .37$؛ وأفضى العلاج السلوكي المعرفي إلى نتائج أدنى

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

المقياس	العلاج السلوكي المعرفي (n=16)	العلاج العادي (n=12)	F (df = 25)	p	ή	أحجام آثار ما بين الظرفين
		ما قبل العلاج				
PSS	26.8±10.0	22.7±12.4	0.93	0.34	0.03	-0.36 (95% CI: -0.40-1.11)
BDI-II	22.3±13.4	17.8±14.7	0.71	0.41	0.03	-0.31 (95% CI: -0.44-1.06)
ICG	24.3±10.2	24.2±10.1	1.32	0.26	0.05	0.01 (95% CI: -0.74-0.76)
		ما قبل العلاج				
PSS	4.1±8.0	12.3±8.4	13.49	0.001	0.35	0.96 (95% CI: 0.17-1.75)
BDI-II	3.2±87	11.3±11.3	10.12	0.004	0.29	0.81 (95% CI: 0.03-1.58)
ICG	10.7±5.8	15.2±9.3	14.52	.001	0.37	0.58 (95% CI: -0.18-1.35)
		خلال المتابعة				
PSS	7.5±11.1	15.2±13.1	8.63	0.007	0.26	0.62 (95% CI: -0.14-1.39)
BDI-II	6.4±12.2	11.0±11.6	11.15	0.003	0.31	0.37 (95% CI: -0.38-1.13)
ICG	11.5±7.2	14.8±9.4	10.94	0.003	0.30	0.38 (95% CI: -0.37-1.38)

في مقياس أعراض PTSD، وقائمة بيك للاكتئاب–II، وقائمة الحزن المصحوب بمضاعفات مقارنة معها في العلاج العادي.

حسبت أحجام آثار العلاج بين الظروف العلاجية بعد العلاج وعند المتابعة. واستنتجنا حجم تأثير كوهين من خلال حساب متوسط الفرق بين تقييم كل ظرف علاجي وقسمته على مجموع الانحرافات المعيارية (١٧). استخدمنا أحجام آثار هيدجز دجي لتصحيح التباينات الناجمة عن العينات الصغيرة (١٨). وقد أشارت أحجام آثار ما بين الظرفين (الجدول ٢) إلى أن العلاج السلوكي المعرفي كان له آثار كبيرة مقارنةً بالعلاج العادي لاضطراب كرب ما بعد الصدمة والاكتئاب والحزن المصحوب بمضاعفات. كانت أحجام الآثار للعلاج السلوكي المعرفي قبل العلاج وبعده بثلاثة أشهر على الشكل الآتي: ١،٧٨ (95% CI: 0.96–2.60) لمقياس PSS، 1،22 (95% CI: 0.46–1.97) لقائمة BDI–II، و0،41 (95% CI: –0.39–1.22) لقائمة ICG. لقد استنتجنا معدل تعديل مرتفع في الحالة النهائية يقل عن 19 على مقياس PTSD الطبي (CAPS) (الذي يجمع بين نتائج التردد والكثافة) على أنه مقياس غياب PTSD (19)، ويقل عن 10 على مقياس BDI–2 (20). وقد حقق مرضى العلاج السلوكي المعرفي (75%) أداء وظيفياً مرتفعاً في المرحلة النهائية بالمقارنة مع متلقي العلاج العادي (33%) الشرط: (χ^2 = 4.86، p<0.05).

كذلك قمنا بحساب عدد المرضى الذين يتطلب علاجهم وهو عدد يساوي واحد مقسوماً على نسبة الاستجابة للعلاج السلوكي المعرفي كتقدير لعدد المرضى الذين يجب إعطائهم العلاج السلوكي المعرفي ليتوصل أحد منهم إلى الاستجابة التي لم يكن ليحققها في حالة العلاج العادي. وتحتاج العلاجات الفعالة عادةً عدد مرضى يتراوح بين اثنين وأربعة (21). وكان هذا الرقم يساوي 2،40.

نقاش

هذه الدراسة هي الأولى التي أظهرت فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في اضطراب PTSD في الأشخاص الذين يعايشون خطر الأعمال الأرهابية. وعلى الرغم من أن هذا العلاج أظهر فاعلية في السكان الذين يعيشون خطر العنف المنزلي (٧)، تبرز هذه الدراسة فاعلية تطبيق العلاج السلوكي المعرفي في الأماكن التي تشن فيها الهجمات الإرهابية بشكل منظم على السكان والتي يعيش فيها المريض.

نستنتج نقاطاً عدة من هذه الدراسة. أولاً، تم تكييف العلاج ليناسب الحاجات المحددة للسكان الذين يعيشون خطر الإرهاب في الوقت الراهن. تم تعريض المشاركين في هذه االدراسة لقصف في المنطقة وسماع أصوات إطلاق الرصاص بشكل منتظم خلال مراحل العلاج. وقد شدد العلاج على منافع التعريض للخطر المعقول (مثلاً أتاح الذهاب إلى السوق للأشخاص لشراء حاجيات أطفالهم) كما أكد على أهمية تقدير الخطر المطلق للأذى (أي أرجحية إحصائية منخفضة لأن يكون المريض في السوق عند انفجار قنبلة) (٩). وعلى الرغم من الصعوبات التي ترافق عملية الاستدلال هذه، تبين أن المرضى أدركوا فاعلية تقبل نسبة معينة من الخطر بهدف الحفاظ على مستوى معين من الأداء الوظيفي.

ثانياً، إن عدم وجود آثار ضائرة أو متسربين يشير إلى أن العلاج بالتعريض ليس منفراً (٢٢،٢٣). وإن النتيجة التي أظهرت أن المشاركين تحملوا التعريض واستفادوا منه حتى في سياق هجمات إرهابية مستمرة يدحض الفكرة القائلة بأن التعريض قد لا يكون قابلاً للتطبيق في الحالات التي يختبر فيها المريض القلق كنتيجة لتهديد حالي. يشير تعلم التبديد إلى أن مذكر الصدمة (المثير الشرطي) هو مذكر حميد يرمز إلى السلامة بالنسبة إلى الناجي من الصدمة (٦). وتبين أنه حتى لو كانت التذكيرات مرتبطة دائماً بالتهديد القائم، إلا أن العلاج بالتعريض حقق تعلم التبديد.

ثالثاً، إن المعالجين الذين قاموا بهذه التجربة خضعوا لتدريبات أساسية في الصحة النفسية ولم يكن لهم أي سابق معرفة أو خبرة في العلاج السلوكي المعرفي. وقد دربوا على هذه التقنيات في ورشة عمل دامت يومين وشملت تدريباً تعليمياً وتوزيعاً لدليل، تلتها ورشتان منفصلتان دامت كل منهما يومين وفصل بينهما أربعة أشهر. وقد تدرب المعالجون على العلاج السلوكي المعرفي مع الناجين بين الورشتين وتلقوا تغذية مرجعية وعززوا مهاراتهم. وقد أكد نجاح العلاج على النتائج التي تم التوصل إليها مسبقاً والتي تفيد بأن تدريباً وجيزاً على العلاج السلوكي المعرفي للمرشدين النفسيين العاديين يمكن أن يحقق نتائج علاجية مثمرة في مرضاهم من الناجين من الصدمة (٤،٢٤).

رابعاً، تبرز هذه التجربة إمكانية تطبيق العلاج السلوكي المعرفي بنجاح في الثقافات غير الغربية بطرق تستند إلى نقاط القوة في الثقافة على الرغم من بعض القائلين إن المقاربات العلاجية الغربية المرتكزة على الأدلة قد لا تناسب الثقافات غير الغربية (٢٥). في مرحلة التخطيط للبرنامج، كان القيمين على العلاج متخوفين من ألا يلقى التعريض قبولاً لدى المعالجين أو الناجين من الصدمة التايلانديين، لأن التسبب بالضائقة للآخرين والتعبير عنها أمر غير مستحب في الثقافة التايلاندية. ولكن بعد تفسير الدوافع والأساس المنطقي للتعريض تم تطبيق هذه الاستراتيجية. كما شجع العلاج على ممارسة التأمل البوذي في المشاركين الذين امتلكوا مهارة في هذا المجال باعتبارها مرادفاً مهماً لوسائل الاسترخاء الغربية. كذلك، فإن الوسائل البوذية التي تدعو إلى النأي بالنفس عن الأفكار (المرادفة لاستراتيجيات التأمل في العلاج النفسي الغربي (٢٦)) دمجت مع إعادة البناء المعرفي للخفض من التفكير بالأحداث الكارثية.

خامساً، أدى العلاج السلوكي المعرفي إلى انخفاض ملحوظ في ردود فعل الحزن المصحوب بمضاعفات. إن تجارب العلاج السلوكي المعرفي التي أجريت مؤخراً والتي شملت العلاج المرتكز إلى التعريض، والذي تكمله استراتيجيات أخرى لخفض الحزن (مثال تعزيز الذكريات الإيجابية المتعلقة بالمتوفى، وتحديد الأهداف) قد أظهرت نتائج مثمرة في خفض أعراض الحزن (٢٧،٢٨). وتعتبر التجربة الحالية إضافة إلى الدليل القائل بأن الاستراتيجيات العلاجية المطبقة على حالات PTSD (التعريض، إعادة البناء المعرفي) لها منافع في التخفيف من الحزن المستمر وتشير إلى أن آليات التغيير المماثلة قد يكون لها أثر في خفض هذه الأعراض.

تجدر الإشارة إلى أن استنتاجات هذه الدراسة تحدها صغر حجم العينة، وتقص تدقيقات الأمانة المستقلة، والمتابعة القصيرة الأمد. لكننا لم نتمكن من تجنب هذه القيود بسبب السياق الخطر الذي أجريت فيه التجربة ومحدودية الموارد المتوافرة في جنوب تايلاند. ومع ذلك، فإن هذه التجربة هي الأولى من نوعها التي أثبتت أن العلاج السلوكي المعرفي المكيف مع الثقافة فعال في التخفيف من اضطراب كرب ما بعد الصدمة والاكتئاب والحزن في سياق هجمات إرهابية مستمرة.

شكر

أجري هذا البحث بهبة من المعهد الأسترالي التايلاندي وهبة من برنامج مجلس الصحة الوطنية والبحث الطبي (3003403).

المراجع

1. Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database Syst Rev 2007(3):CD003388.
2. Forbes D, Creamer M, Phelps A et al. Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder. Aust N Z J Psychiatry 2007;41:637-48.
3. National Institute for Clinical Excellence. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Wilshire: Cromwell, 2005.
4. Duffy M, Gillespie K, Clark DM. Post-traumatic stress disorder in the context of terrorism and other civil conflict in Northern Ireland: randomised controlled trial. BMJ 2007;334:1147.
5. Foa E. Cognitive behavioural interventions for acute and chronic PTSD. Eur Neuropsychopharmacol 2006;16:S205.
6. Rothbaum BO, Davis M. Applying learning principles to the treat- ment of post-trauma reactions. Ann NY Acad Sci 2003;1008:112-21.
7. Cohen JA, Mannarino AP, Iyengar S. Community treatment of post- traumatic stress disorder for children exposed to intimate partner violence: a randomized controlled trial. Arch Pediatr Adolesc Med 2011;165:16-21.
8. Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress dis- order. Behav Res Ther 2000;38:319-45.
9. Marshall RD, Bryant RA, Amsel L et al. The psychology of ongoing threat: relative risk appraisal, the September 11 attacks, and terror- ism-related fears. Am Psychol 2007;62:304-16.
10. Bryant RA, Moulds ML, Guthrie RM et al. Imaginal exposure alone and imaginal exposure with cognitive restructuring in treatment of posttraumatic stress disorder. J Consult Clin Psychol 2003;71:706- 12.
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manu- al of mental disorders, 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
12. Lichtenthal WG, Cruess DG, Prigerson HG. A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. Clin Psy- chol Rev 2004;24:637-62.
13. Foa EB, Riggs DS, Dancu CV et al. Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. J Trauma Stress 1993;6:459-73.
14. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beck Depression Inventory, 2nd ed. San Antonio: Psychological Corporation, 1996.
15. Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds CF, 3rd et al. Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. Psychiatry Res 1995;59:65-79.
16. Foa EB, Rothbaum BO. Treating the trauma of rape: cognitive-be- havioral therapy for PTSD. New York: Guilford, 1998.
17. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. New York: Academic Press, 1988.
18. Hedges LV. Estimation of effect size from a series of independent experiments. Psychol Bull 1982;97:490-9.
19. Weathers FW, Keane TM, Davidson J. Clinician-Administered PTSD Scale: a review of the first ten years of research. Depress Anxiety 2001;13:132-56.
20. Kendall PC HS, Beck AT, Hammen CL et al. Issues and recommen- dations regarding use of the Beck Depression Inventory. Cogn Ther Res 1987;11:289-99.
21. Chatellier G, Zapletal E, Lemaitre D et al. The number needed to treat: a clinically useful nomogram in its proper context. BMJ 1996; 312:426-9.
22. Hembree EA, Foa EB, Dorfan NM et al. Do patients drop out pre- maturely from exposure therapy for PTSD? J Trauma Stress 2003; 16:555-62.
23. Foa EB, Zoellner LA, Feeny NC et al. Does imaginal exposure ex- acerbate PTSD symptoms? J Consult Clin Psychol 2002;70:1022-8.
24. Gillespie K, Duffy M, Hackmann A et al. Community based cogni- tive therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder follow- ing the Omagh bomb. Behav Res Ther 2002;40:345-57.
25. Farooq Naeem F, Gobbi M., Ayub M et al. Psychologists experience of cognitive behaviour therapy in a developing country: a qualitative study from Pakistan. Int J Ment Health Systems 2010;4:1-9.
26. Kuyken W, Byford S, Taylor RS et al. Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. J Consult Clin Psychol 2008;76:966-78.
27. Shear K, Frank E, Houck PR et al. Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. JAMA 2005;293:2601-8.
28. Boelen PA, de Keijser J, van den Hout MA et al. Treatment of com- plicated grief: a comparison between cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. J Consult Clin Psychol 2007;75:277-84.

النظام الصحي النفسي في الصين: تاريخه، آخر الإصلاحات، وتحديات المستقبل

Jin Liu[1], Hong Ma[1], Yan-Ling He[2], Bin Xie[2], Yi-Feng Xu[2], Hong-Yu Tang[1], Ming Li[3], Wei Hao[4], Xiang-Dong Wang[5], Ming-Yuan Zhang[2], Chee H. Ng[6], Margaret Goding[7], Julia Fraser[8], Helen Herrman[9], Helen F.K. Chiu[10], Sandra S. Chan[10], Edmond Chiu[9], Xin Yu[1]

[1]Peking University Institute of Mental Health, Beijing, China; [2]Shanghai Mental Health Center, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai, China; [3]Suzhou Psychiatric Hospital, Suzhou, China; [4]Mental Health Institute, Second Xiangya Hospital, Central South University, Changsha, China; [5]Western Pacific Regional Office, World Health Organization, Manila, Philippines; [6]St. Vincent's Mental Health, University of Melbourne, Australia; [7]Asia Australia Mental Health, University of Melbourne, Australia; [8]Asialink, University of Melbourne, Australia; [9]Department of Psychiatry, University of Melbourne, Australia; [10]Department of Psychiatry, Chinese University of Hong Kong, China

تلخص هذه المقالة تطور تاريخ النظام الصحي النفسي الصيني؛ والوضع الحالي للصحة النفسية الذي على الصين أن تواجهه في محاولاتها لإصلاح هذا النظام، بما فيه عبء الصحة النفسية، واليد العاملة، والموارد، إضافة إلى المسائل البنيوية؛ ومسيرة الإصلاح الصحي النفسي الوطني، ومن ضمنها كيفية إدراجه ضمن برنامج الصحة العامة الوطني وكيفية بدايته كبرنامج تدريبي ثم تحوله إلى برنامج علاج وتدخل، ونموذج التدريب وبناء القدرات الفريدة، ونتائجه وتأثيراته؛ والقيود والعراقيل التي تحول دون عملية الإصلاح، والمقترحات المستقبلية للسياسة التي يجب اتباعها والخبرة الصينية كاستجابة للمناصرة الدولية لتنمية الصحة النفسية.

الكلمات الرئيسية: نظام الصحة النفسية، التاريخ، الخدمة، الإصلاح، التحدي.

(World Psychiatry 2011;10:210–216)

بدأ علاج الحالات النفسية في الصين للمرة الأولى أيام سلالة تانغ الحاكمة (907–618 ب.م.)، حين كانت تتلقى الأرامل المشردات واليتامى والمرضى النفسيين الرعاية في بي تيان فانغ، وهي مؤسسة خيرية يديرها رهبان (1). أما المستشفى النفسي الأول الذي بني للمرضى النفسيين المشردين على الطريقة الغربية فتأسس وموّل في العام 1898 من قبل المبعوث الأميركي جون كير، وهو ما يعرف اليوم بمستشفى غوانغزو للدماغ. وفي السنوات الخمسين التالية، بنيت المستشفيات النفسية ولكن بوتيرة بطيئة وفي عدد محدود من المدن الكبرى. وارتفع عدد الأطباء النفسيين بشكل تدريجي إلى مئة طبيب، أما عدد الأسرة فارتفع تدريجياً إلى ألف سرير.

بعد تأسيس جمهورية الصين الشعبية في العام 1949، بنيت المستشفيات النفسية في كل محافظة. وكان دور هذه المستشفيات في البدء يتمثل في الحفاظ على الأمن والاستقرار الاجتماعي. وبعد الاجتماع الوطني الأول للصحة النفسية الذي عقد في العام 1958، بدأ عمل الصحة النفسية المجتمعي في بكين وشانغهاي وهونان وسيشوان وجيانغسو. وبنيت المرافق الصحية في هذه المناطق لتدريب المحترفين وتطوير خطط العمل لمعالجة الذهان والوقاية منه، بما فيه الكشف المبكر والعلاج ومنع الانتكاسة (2).

وعلى الرغم من أن برامج الصحة النفسية المجتمعية توقفت بشكل شبه كامل خلال الثورة الثقافية (1976–1966)، فإن اللجان المجاورة (المرافق الحكومية الأقل شأناً) في شنغهاي ظلت تدير مراكز إعادة التأهيل المهني للمرضى المصابين بالذهان وشبكات الرعاية (3)، كما تم تطوير نموذج علاجي لـ256 مريضاً مصاباً بالفصام وعائلاتهم في ضاحية من ضواحي بكين (4).

في العام 1980، أنشأ قطاع الصحة والشؤون المدنية والامن العام شبكة ثلاثية (على مستوى المدينة، الحي/المقاطعة، والشارع/البلدة) من أجل معالجة الذهان والوقاية منه. وعممت الخبرات التي أثبتت نجاحها في النماذج العلاجية مثل مراكز إعادة التأهيل المهني في المجتمعات المدنية في شانغهاي وشنيانغ، والعلاج المرتكز على العائلة في المناطق الريفية في مقاطعات هايديان وبكين ويانتاي شانغ دونغ (2).

مع الإصلاح الاقتصادي، تم تشجيع بناء المستشفيات كجزء من اقتصاد السوق من أجل الربح. فأُغلقت مرافق إعادة التأهيل الصحية النفسية المستقلة مالياً أو تحولت إلى مستشفيات طب نفسي على نطاق ضيق. وفي شانغهاي قبل العام 1990، كان هناك على الأقل مرفق واحد لإعادة التأهيل على المستوى المجتمعي في كل مقاطعه أو بلدة. وبحلول حزيران/يونيو 2004، انخفض عدد هذه المرافق بنسبة 62% (5).

في أواخر العام 1990، بدأ بعض الأطباء النفسيين يشككون في الأساس المنطقي لبناء نماذج مستشفيات كبرى تتوخى الربح لتوفير خدمات الصحة النفسية، فبدأت وزارة الصحة بإعادة النظر في المبادئ والمقاربات المتعلقة بالرعاية الصحية النفسية. فسهّل مسؤولون رفيعو المستوى وضع خطة صحة نفسية بدعم ومناصرة من الوزارة.

في تشرين الثاني/نوفمبر 1999، عقدت عشر حكومات صينية ومنظمة الصحة العالمية (WHO) ندوة عن الصحة النفسية على مستوى رفيع في بكين. وتمخض عن الاجتماع إعلان مفاده أنه يجب على كل المرافق الحكومية أن تحسن إدارتها ودعمها للرعاية الصحية النفسية، وأن تعزز التعاون والتآزر بين القطاعات، وأن تؤسس إستراتيجية صحة نفسية

وخطة عمل، وأن تسهل سن قانون وطني للصحة النفسية، وأن تحمي حقوق المرضى (6).

وقعت وزارة الصحة ووزارة الأمن العام ووزارة الشؤون المدنية والاتحاد الصيني للأشخاص المعوقين (CDPF) على الخطة الوطنية للصحة النفسية الأولى (2010–2002) في نيسان/أبريل من العام 2002. وقد حددت هذه الخطة أهدافاً مفصّلة ومؤشرات لتحقيق الأهداف الآتية: أ) تأسيس نظام فعال للرعاية الصحية النفسية تديره الحكومة بمشاركة القطاعات الأخرى وتعاونها؛ ب) تسريع عملية تطوير القوانين الخاصة بالصحة النفسية وتطبيقها؛ ج) نشر الوعي لدى المواطنين كافة بالصحة النفسية؛ د) تعزيز خدمات الصحة النفسية للتخفيف من الأعباء ومن الإعاقات؛ د) تنمية الموارد البشرية لخدمات الصحة النفسية وتعزيز قدرة استيعاب المستشفيات النفسية الموجودة حالياً (7).

في آب/أغسطس 2004، وافقت وزارة الصحة، والتعليم، والأمن العام، والشؤون المدنية، والعدل، والمالية، والاتحاد الصيني للأشخاص المعوقين على "الاقتراح حول تعزيز عمل الصحة النفسية". يورد هذا الاقتراح إرشادات واضحة حول التدخل في حالات المشاكل النفسية والسلوكية لدى المجموعات السكانية الفرعية الأساسية (الأطفال والمراهقين، النساء، العجزة، وضحايا الكوارث)، كما يورد علاج الاضطرابات النفسية وإعادة تأهيل المصابين بها، والبحوث حول الصحة النفسية ومراقبة الاضطرابات النفسية، وحماية حقوق المرضى النفسيين. ويعد هذا الاقتراح بمثابة سياسة الصحة النفسية في الصين.

ويدير نموذج الصحة النفسية الذي اقترح في الوثيقتين المذكورتين أعلاه مستشفيات نفسية تدعمها أقسام الطب النفسي في المستشفيات العامة والمرافق الصحية ومراكز إعادة التأهيل على المستوى المجتمعي.

سيناريو الصحة النفسية في الصين

عبء الصحة النفسية

في دراسة وبائية كبيرة نفذت في أربع محافظات (شاندونغ وزيدجانغ وكينغاي وغانسو) بين عامي ٢٠٠١ و٢٠٠٥، بلغت نسبة الانتشار المصححة على فترة شهر واحد لأي اضطراب نفسي في الأشخاص البالغين من العمر ١٨ سنة أو أكثر ١٧،٥٪ (95% CI 16.6–18.5)، ونسبة الاضطرابات الذهانية 1% (95% CI 0.8–1.1) (8).

إذا ما قمنا بحسابات صحية اقتصادية، وجدنا ان تقدير سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز (وحدة دالي) لعشر حالات نفسية، بما فيها اضطراب الاكتئاب أحادي القطب، الاضطراب الاكتئابي، الاضطراب ثنائي القطب، الفصام، اضطراب استخدام الكحول، الألزهايمر وأنواع الخرف الأخرى، اضطراب استخدام المواد المخدرة، اضطراب كرب ما بعد الصدمة، اضطراب الوسواس القهري، اضطراب الهلع، والأرق (الأولي)، بلغ 253851896 سنة في الصين في العام 2004 (9) ويترجم ذلك كخسارة في الناتج المحلي ليصل إجمالية إلى 2681 مليار يوان صيني، حيث يكلف الفصام والاضطراب ثنائي القطب 532 مليار يوان صيني.

يشير هذا العبء الكبير الذي تشكله اضطرابات الصحة النفسية إلى الحاجة الملحة إلى تحسين خدمات الصحة النفسية. إلا أن الصين شأنها شأن الكثير من البلدان تعاني من فجوة علاجية كبيرة بشكل غير مقبول، حيث 91،8% من المرضى المشخصين بالاضطرابات النفسية لا يبحثون أبداً عن علاج. أما بالنسبة إلى الاضطرابات الذهانية فإن 27،6%من المصابين لم يبحثوا قط عن علاج و12% فقط منهم زاروا خبير صحة غير نفسي (8).

القوة العاملة في مجال الصحة النفسية والموارد

إن السواد الأعظم من خبراء الصحة النفسية في الصين هم معالجون نفسيون أو ممرضون نفسيون، قليلون هم الأطباء النفسيون السريريون والعاملون الاجتماعيون، في حين لا يوجد معالجون مهنيون على الإطلاق. المعالجون النفسيون والممرضون النفسيون المرخص لهم معترف بهم في وزارة الصحة، أما المرشدون النفسيون فمعترف بهم في وزارة الموارد الإنسانية والضمان الاجتماعي، أما المعالجون النفسيون فمعترف بهم من الوزارتين.

في العام ٢٠٠٤، كان في الصين ١٦١٠٣ معالجين نفسيين ومسجلين نفسيين (١،٢٤/١٠٠٠٠٠ من السكان) فضلاً عن ٢٤٧٩٣ ممرضاً نفسياً مرخصاً لهم (١،٩١/١٠٠٠٠٠) (٩) أما بالنسبة إلى إجمالي اليد العاملة في الصحة النفسية عالمياً (أي ٤،١٥ معالجاً نفسياً و١٢،٩٧ ممرضاً نفسياً في كل ١٠٠ ألف من السكان على التوالي) (١٠)، فإن الموارد البشرية الصينية في الصحة النفسية تبقى محدودة جداً. ويطرح النقص في خبراء الصحة النفسية ذوى المهارة إحدى أبرز المشكلات التي يواجهها النظام الصحي النفسي في الصين حالياً.

في العام ٢٠٠٤، كان في الصين ٥٥٧ مستشفى نفسياً. ومن بين تلك المستشفيات، ضم ٣٥٩ (٦٤،٥٪) مئة سرير أو أكثر، في حين ٤٤ (٧،٩٪) مستشفى ضم ٥٠٠ سرير أو أكثر. وبلغ عدد الأسرة الخاصة بالعلاج النفسي ١٢٩٣١٤ سريراً، أي ١/١٠٠٠٠ من السكان (١١)، وهو رقم أدنى بكثير من المعدل العالمي الذي يبلغ ٤،٣٦/١٠٠٠٠ سرير (١٠).

المسائل البنيوية

لا يتم تنظيم الخدمات في نقاط الاستجماع في الصين. وتبقى الخدمات الصحية النفسية المختصة العنصر المهيمن في النظام. ولقد أزيح نظام الصحة النفسية المجتمعي في الصين بعد إدخال اقتصاد السوق. وعليه، أصبح توفير خدمات الصحة النفسية محصوراً في المستشفيات. ويمكن للمرضى أن يدخلوا مستشفيات الصحة النفسية ذات الدرجة الثالثة بشكل مباشر متخطين الدرجتين الأولى والثانية من الرعاية الصحية. وهذا يعكس عدم التكافؤ ومركزية الموارد الصحية في المدن الكبرى.

يتصف النموذج التمويلي لنظام الصحة النفسية في الصين بالتعقيد، حيث توفر ثلاث وزارات هي الصحة والشؤون المدنية والأمن العام خدمات للمرضى الداخليين، في حين أن المرافق الأخرى تدار من قبل وزارات أخرى. وفق منظمة الصحة العالمية، ينفق 2،35% من ميزانية الصحة الإجمالية

على الصحة النفسية وأقل من 15% من السكان يتمتعون بضمان صحي يغطي الاضطرابات النفسية (10).

تشهد الصين تغييرات اقتصادية سريعة، إذ بلغت نسبة النمو الاقتصادي 13%–7،5 سنوياً في السنوات العشر الماضية (12). إلا أن الثروة التي زادت لم توزع بشكل عادل، مما أدى إلى اتساع الفجوة بين الأغنياء والفقراء. ومن الواضح أن الذين يعانون صعوبات اجتماعية واقتصادية هم الذين يحتاجون دون غيرهم إلى الرعاية الصحية (13).

الإصلاح في نظام الصحة النفسية الوطني

تغير السياسات وإدراج الصحة النفسية في برنامج الصحة النفسية الوطني

في تشرين الأول/أكتوبر ٢٠٠٣، بدأت عملية تطبيق للبرامج الصحية المتخصصة تدعمها وزارة الصحة وتستثمر فيها وزراه المالية. وكانت كل قطاعات الصحة العامة ذات الصلة ناشطة في تطوير النماذج الملائمة مع مؤشراتها البارزة ووضع الاقتراحات للتمويل.

على الرغم من دراسة المقاربات والنماذج المختلفة، فإن على قطاع الصحة النفسية أن يحدد نموذجاً ملائماً وعملياً للصين. قامت بعثة بقيادة غيهيوا زو (نائب مدير مركز الصين للحد من الأمراض) وثلاثة معالجين نفسيين هم زين يو، وهونغ ما، وجين ليو، من معهد بكين الجامعي للصحة النفسية بزيارة ملبورن بهدف بناء المعرفة وتعزيز فهم نظام خدمة الصحة النفسية المجتمعية في فكتوريا. وبدأ المبعوثون ومستضيفوهم الأستراليون بتحليل مفهوم المجتمع في الصين، والتحقيق في السبل المتاحة لإدراج رعاية الصحة النفسية في المرافق الثانوية وذات المستوى الثالث في البلاد. وقد نشأ نموذج لقطاع الصحة النفسية في الصين تكمله تبادلات دولية أخرى مع الولايات المتحدة الأمريكية والنروج وتايلاند واليابان وبريطانيا وألمانيا وتوجهه معايير قياسية خاصة بالصحة النفسية في منظمة الصحة العالمية وخبرات سابقة في الصحة النفسية في الصين. وفي جوهر هذا النموذج مقاربة تتركز على المريض وتعتمد على المجتمع وهي موحدة وموجهة نحو الأداء الوظيفي ومتعددة التخصصات.

نظراً إلى البنية السكانية الواسعة والمتنوعة والمتعددة الأعراق في الصين، فإن الانسجام الاجتماعي والاستقرار هو ما يشغل الحكومة الصينية. وقد اعتبر التركيز على الذهان، ولا سيما تلك المرتبطة بالسلوكيات العنيفة أو التي تؤثر على المجتمع، خطوة مهمة على طريق إشراك الحكومة في مسائل الصحة النفسية. وعلى الرغم من أن خدمات الصحة النفسية المجتمعية كانت الهدف الطويل الأمد، فإن النقص الحالي في الموارد والقدرات في الصحة النفسية المجتمعية والصحة النفسية الأولية، هذا إلى جانب صعوبة جذب خبراء الصحة النفسية للعمل مع شرائح المجتمع، كلها عوامل أفضت إلى نتيجة واحدة ألا وهي ضرورة إتباع نموذج مختلف وأقل طموحاً وأكثر استهدافاً وذلك بشكل أولي. فاقترح نموذج علاجي مدمج على مستوى المستشفى وعلى المستوى المجتمعي لمعالجة الذهان، واقترح أيضاً مشروع تجريبي شمل المراقبة والتدخل والوقاية وإعادة التأهيل في التعامل مع الذهان.

في أيلول/سبتمبر ٢٠٠٤، وبعد مقارنة بين خمسين اقتراحاً وبدعم من مجموعة من علماء الاجتماع والاقتصاد والمعالجين البارزين، كان برنامج خدمات الصحة النفسية الإصلاحي هو برنامج الإمراض غير المتناقلة الوحيد المدمج ضمن برنامج الصين الوطني للصحة النفسية. وأصبح هذا الحدث حجر أساس تاريخي بارز بالنسبة إلى الصين، فأصبحت الصحة النفسية مدرجة بشكل رسمي في الصحة النفسية.

تلقى برنامج إصلاح الصحة النفسية دعماً رسمياً من وزارة المالية في كانون الأول/ديسمبر ٢٠٠٤، وأطلق عليه اسم برنامج ٦٨٦ بعد تمويل بلغ ٦،٨٦ يوان صيني. وصرح لمركز الصحة النفسية الصيني في معهد بكين الجامعي للصحة النفسية أن يكون الجهة المنفذة لهذا البرنامج الذي أطلقته وزارة الصحة. وأشرف على البرنامج مجموعة عمل وطنية فضلاً عن مجموعة استشارية دولية بخبراء معظمهم من جامعة ملبورن.

بحلول العام ٢٠٠٥، تأسس ٦٠ موقعاً ومنطقة مدنية ومنطقة ريفية في كل من المحافظات الثلاثين في الصين تغطي عدد سكان يبلغ ٤٣ مليوناً. وكانت الأولوية في السنة الأولى لبناء يد عاملة مؤهلة في الصحة النفسية عبر برنامج تدريب مكثف. وتم اعتماد مرحلتين تدريبيتين بمستويين، الأول على المستوى الوطني باستخدام مقاربة تدريب المدربين، والثاني على مستوى المحافظات حيث يقوم هؤلاء بإعطاء البرامج. وشمل البرنامج إرشاداً على إدارة البرنامج، وبروتوكولات العلاج الموحدة، وإدارة الحالات، وإدارة المعلومات، والتوعية العائلية، وتدريب الشرطة ولجان الأحياء.

برنامج العلاج والتدخل

في العام ٢٠٠٦، ضم برنامج ٦٨٦ عنصر تدخل جديد في البرنامج التدريبي الذي كان يعرف في ذلك الوقت ببرنامج الإدارة والتدخل الوطني المستمر للذهان. كان الهدف منه تعزيز الإصلاح من خلال توفير الرعاية المستمرة والوصول إلى العلاج وتأمين الرعاية الصحية المتكافئة. وشمل هذا البرنامج أربعة أنواع من الذهان: الفصام والاضطراب ثنائي القطب والاضطراب الهذياني واضطراب الفصام الوجداني.

أحيل المرضى الذين خضعوا لفحص الذهان من مستشفيات الطب النفسي أو أقسام الطب النفسي في المستشفيات العامة، والاتحاد الصيني للأشخاص المعوقين، والمراكز الصحية على المستوى المجتمعي وفي القرى، واللجان في القرى والأحياء. ثم قام معالجون نفسيون بفحص هؤلاء المرضى، وخضع المرضى الذين انطبقت عليهم معايير الاضطرابات الذهانية التشخيصية إلى تقييم لخطر العنف الذي يشكلونه وفق مقياس من صفر إلى خمسة وضعته مجموعة العمل الوطنية.

خضع المرضى الذين ثبت أن لديهم خطر العنف للمتابعة، وفي حال كانوا من ذوي الأحوال الاجتماعية الاقتصادية الصعبة، تلقوا علاجاً مجانياً وفحوصاً مخبريه ودعماً استشفائياً. و من بين المرضى الذين تلقوا علاجاً مجانياً كان 5% منهم غير مستجيبين من الناحية العلاجية فتلقوا الجيل الثاني من مضادات الذهان، ومعظمها الريسبريدون. وفي حال حدوث أي حالات طارئة او آثار جانبية حادة للعلاج، وفر برنامج

إدارة أزمات مجانية. كذلك، وبما أن بعض المرضى عانوا من قيود جسدية أجبرتهم على ملازمة المنزل، فإن البرنامج قدم الدعم لتحرير هؤلاء المرضى والاستشفاء إذا لزم الأمر. وبعد الاستشفاء، إذا كان المرضى غير قادرين على دفع تكاليف العلاج، فقد شملوا في الخدمات المجانية المذكورة آنفاً.

التدريب وبناء القدرات

تمثل أحد التحديات البارزة لنجاح برنامج ٦٨٦ في قدرة اليد العاملة المحدودة على تطبيق البرنامج على المستوى المحلي. ولمواجهة هذا التحدي الكبير، تم تطوير برنامج تدريب ثلاثي تعاوني في العام ٢٠٠٧ بين معهد بكين الجامعي للصحة النفسية وجامعة ملبورن وجامعة هونغ كونغ الصينية. وكان الهدف الأول من هذا البرنامج هو تدريب عاملين متعددي المهارات من خلال: أ) تعزيز فهم المبادئ الأساسية للرعاية الصحية المجتمعية بشكل عام وإدارة الحالات الأساسية؛ ب) توفير المهارات العملية في تطوير خطط خدمية فردية لتعزيز الدمج واستمرار الرعاية؛ ج) تحديد السبل المناسبة للثقافة لبناء الشراكة مع المريض والعائلة والمجتمع؛ د) بناء المهارات للعمل في فرق متعددة الاختصاصات؛ ه) توفير الفرص لمشاركة الأفكار والتخطيط للتطبيق.

تم تحديد أطر تشمل مبادئ أفضل الممارسات المستمدة من التخصصات الصحية الحليفة (التمريض، العمل الاجتماعي، العلاج المهني، وعلم النفس) (١٤). وكان أساس هذا البرنامج التدريبي التركيز على إعادة التأهيل في الإطار المجتمعي. وأجريت زيارات ميدانية لعدد من مرافق الصحة النفسية المجتمعية (مثلاً مستشفيات النهار، منازل منتصف الطريق، ومراكز التدريب، ومراكز الدعم الصحي النفسي) وأما أفراد فريق الصحة النفسية فوفرت مراقبتهم الفرصة المباشرة لمثل هذه الخبرة السريرية.

النتائج والآثار

كان الهدف من البرنامج بناء الشراكات التي من شأنها إشراك مختلف القطاعات والمرافق في نظام خدمات الصحة النفسية، بما فيها الحكومة المحلية والصحة والشؤون المدنية والأمن العام والاتحاد الصيني للأشخاص المعوقين واتحاد النساء. في العام ٢٠٠٩، شارك ٣٤٨٦١ مرفقاً في هذا البرنامج، بما فيها ٤٤ مستشفى على مستوى المحافظة، و٩٢ مستشفى على مستوى البلدية، و١٦٨ مستشفى على مستوى القضاء/المقاطعة، و٩٨٦ مركز صحي مجتمعي مدني، و٢٧٤٨ محطة صحية مجتمعية مدنية، و١١٣٦ عيادة على مستوى البلدة، و١١٤٨٠ عيادة على مستوى القرية، و٥٦٦٠ لجنة على مستوى الأحياء المدنية، و١٢٥٤٧ لجنة على مستوى القرية.

تم تأسيس فريق صحة نفسية متعدد الاختصاصات. وبحلول نهاية العام ٢٠٠٩، عمل ٣٨٢٢٧ مشارك في هذا البرنامج. ومن بين هؤلاء بلغت نسبة العاملين في لجان الأحياء/القرى، الذين كانوا مسئولين عن العثور على المرضى وقيادة المناصرة المجتمعية، ٥٣،٣٪، وبلغت نسبة مدراء الحالات ٢٥٪، وبلغت نسبة رجال الشرطة الذين ساعدوا في التدخل في الأزمات والعنف ٧،١٪، والمعالجين النفسيين ٤،٣٪، والممرضين النفسيين ٣،٩٪، والمسئولين/الإداريين على مختلف المستويات ٣،٤٪.

أظهرت البيانات المستقاة من مراكز الشرطة في 42 موقعاً أن عدد الحوادث العنيفة الطفيفة انخفض من 531 في تموز–كانون الأول 2005 إلى 140 في كانون الثاني–حزيران 2006 (انخفاض بنسبة 73.6%) والحوادث العنيفة الكبيرة انخفضت من 223 إلى 72 حادثاً (انخفاض بنسبة 66.7%).

بنهاية العام ٢٠٠٩، شمل هذا البرنامج ٩٦٨٨ شخصاً في ١١٢ مدينة. وتم تسجيل ١٦١٨٠٠ مريضاً؛ وتلقى ٤٢٤٠٠ مريضاً متابعة منتظمة (وبلغ معدل مسافة المتابعة ٧٥ كيلومتراً)، وتلقى ١٥٣٠٠ مريضاً من الحالات الاقتصادية الصعبة علاجاً مجانياً، وتم توفير ١٢٨٠٠ تدخل لإدارة الأزمات، وتم منح دعم علاجي مالي لـ٧٢٠٠ مريض فقير، وتم تحرير ٣٤٠ مريضاً مقيداً.

في السنة الأولى لبرنامج ٦٨٦، تم تنفيذ ٦٠٢ دورة تدريبية شملت ٣٠٠٠٠ شخصاً، بمن فيهم معالجون نفسيون وممرضون نفسيون وأطباء مجتمعيون ومدراء حالات وعاملون مجتمعيون وموظفون في الأمن العام وأفراد من العائلة.

حتى اليوم، شارك ما يقارب ٥٠٠ محترف في الصحة النفسية من ٨٠ مقاطعه في الصين في الدورات التدريبية ضمن البرنامج الثلاثي. وتلقت عشر مجموعات من عشر خبراء صحيين في الصين تدريباً عملياً في هونغ كونغ وتلقى أكثر من مئة مدير مستشفى ورئيس قسم صحة نفسية دراسة ميدانية في ملبورن.

لقد كان واحداً من أهم الآثار العميقة لهذا البرنامج هو الإصلاح في مجال السياسات. وربما كان لذلك التأثير الأكبر على الاستدامة الطويلة الأمد. وإلى جانب برنامج 686، تم تطوير خمس سياسات وطنية حيوية تهتم بالصحة النفسية: الخلاصة الإرشادية لتطوير نظام عمل الصحة النفسية الوطني (الهادف إلى تعزيز التعاون بين الوزارات وإصلاح نظام عمل الصحة النفسية)؛ تقرير عمل الحكومة (للمرة الأولى في تاريخ الصين، تم التطرق إلى الأمراض النفسية في تقرير الحكومة المركزية السنوي)؛ الاستراتيجية القصيرة الأمد لإصلاح النظام الصحي (وضعت خطة لتحسين المستشفيات النفسية كجزء من بناء القدرات المتعلقة بخدمات الصحة العامة)؛ الآراء حول تحسين العدالة التدريجية لخدمات الصحة النفسية (التي أدرج فيها الذهان كواحد من مجالات خدمات الصحة النفسية الوطنية غير الأساسية)؛ ومعايير العمل لإدارة الذهان (التي شرحت فيها مسؤولية مختلف القطاعات في إدارة الذهان والإجراءات ذات الصلة).

العقبات والتحديات أمام عملية الإصلاح

إن تصميم الحكومة كان عنصر أساسي لتحقيق النجاح في فترة وجيزة في الصين. إلا أن حدة مشاكل الصحة النفسية وتعقيدها كما التغيرات في الأوضاع، كلها عوامل تهدد إمكانية تحقيق الإصلاح في مجال الصحة النفسية. ويتعين على كل الأطراف المعنية بخدمات الصحة النفسية في الصين وقراء هذه المقالة أن يدركوا أن تطوير نظام خدمات الصحة النفسية وتوفير الخدمات في الصين ما زال يواجه صعوبات جمة، ذلك على الرغم من التقدم الملحوظ التي تم تحقيقه حتى الآن. وبعض هذه المشاكل البارزة هي:

التباينات في الصين: على الرغم من كون السياسات الوطنية شاملة وتثقيفية في الصين، إلا أن النظام تشوبه تباينات كبيرة بين المحافظات

والمدن على المستوى المدني والاقتصادي والتنموي. ففي بعض المناطق الغنية والساحلية أو الشرقية المتجهة نحو الإصلاح، يتم إصلاح النظام الصحي بسرعة ضمن المحافظات أو المدن. إلا أن هذه العملية بطيئة في بعض المناطق الغربية غير النامية بسبب الفهم المحدود ونقص الموارد والمهارات. وفي هذه المناطق، تصبح سياسات الصحة النفسية الوطنية مجرد «وثائق مكتوبة بشكل جيد».

عدم تخصيص الموارد بشكل مناسب بين المجتمع والمستشفيات النفسية: على الرغم من التشجيع الكبير للصحة النفسية المجتمعية باعتبارها جزءاً من التوزيع المتكافئ لخدمات الصحة النفسية، وعلى الرغم من تخصيص الأموال الوطنية لكل محافظة بهدف تغطية تسجيل المرضى ومتابعتهم على المستوى المجتمعي، فإن الأطباء العاملين يفتقرون إلى المعرفة الأساسية والمهارات الضرورية للقيام بهذه المهام. في السنتين المقبلتين أو السنوات الثلاث المقبلة، سيتم تخصيص ١٥ مليار يوان صيني لبناء ٥٥٠ مستشفى نفسي في الضواحي المأهولة بعدد أقل من السكان، وتبقى بنية التمويل مرتكزة بشكل أساسي على الأسرّة في المستشفيات النفسية بدلاً من الرعاية والبرامج العلاجية التي يقدمها الموظفون. وهذا ما سيحد من مشاركة المستشفيات في الخدمات المجتمعية. بالإضافة إلى ذلك، تدعم سياسة الضمان الاجتماعي تكاليف الاستشفاء، مما سيدفع المزيد من المرضى إلى استخدام خدمات المرضى الداخليين غير الضرورية.

عدم وضوح بعض النتائج بالنسبة إلى الذهان: من المفهوم من وجهة نظر الاستقرار الاجتماعي أن معالجة الذهان وإدارته هي أولوية بالنسبة إلى الحكومة. إلا أنه ونظراً لغياب القوانين والتشريعات ذات الصلة، يتم قبول إدخال المرضى تحت عنوان «رعاية المرضى النفسيين». إن التعبئة الاجتماعية وإعادة تخصيص الموارد ترفع من معدل علاج المرضى المصابين بالذهان. إلا أن السؤال الذي ينتظر الإجابة هو ما إذا كانت مدة الذهان غير المعالج ستقل أو ما إذا كان مستوى الأداء الوظيفي للمرضى سيتحسن.

تحول الطب النفسي إلى مجال أقل جذباً: إن التركيز على إدارة الذهان تجعل من الطب النفسي أقل جذباً. وإن عدد المتخرجين من دراسة الطب الذين يعربون عن رغبة في التدرب كمعالجين نفسيين آخذ في الانخفاض. من ناحية أخرى، تخسر المستشفيات النفسية بشكل مستمر المحترفين ذوي المستويات العالية من التعليم والتدريب والخبرة. وعليه، فإن الحكومة تدرس تحويل المرافق النفسية إلى «مؤسسات صحة عامة» يعتبر فيها الموظفون «موظفون مدنيون عاملون». وهذا ما سيحد من توجه المتخرجين نحو التدرب في مجال الطب النفسي.

عدم كفاية الشراكة مع القطاعات الأخرى: على الرغم من أن مختلف الوثائق أتت على ذكر مسؤوليات كل وزارة ذات صلة، فإن التعاون بين المنظمات غير مطبق بشكل كامل أو صارم، حيث تعمل قطاعات الصحة والصحة النفسية في عزلة في مجالات عدة.

اقتراحات للسياسات المستقبلية

في بلد يتصف بمركزية الحكومة، تحتاج تنمية الصحة النفسية إلى دعم مستمر وقوي من الحكومة على المستويات كافة. ومن دون هذا الدعم سيكون من الصعب تحقيق إدارة الذهان بواسطة قطاع الصحة النفسية وحده. كذلك، تحتاج الصين إلى تطوير التوعية بأهمية المنظمات غير الحكومية ودورها في دمج مختلف الموارد الاجتماعية وتوفير الخدمات الإضافية للمرضى النفسيين الذين يعيشون في المجتمع من أجل مساعدتهم على التماثل للشفاء.

يحتاج الأطباء في المناطق المدنية وفي القرى إلى التدريب بهدف فهم وتطوير خطط الرعاية الفردية لأربع أنواع من مرضى الذهان (المماثل لبرنامج ٦٨٦) على مستوى الرعاية الأولية، ولمتابعة المرضى المستقرين على الأقل أربع مرات في السنة.

ونظراً لعدد المرضى الكبير الذين يعانون الاضطرابات النفسية في الصين، تعين تشجيع الرعاية المنزلية لمعظم المرضى وتعزيزها. ويجب دعم أفراد العائلة لتوفير الدعم المستمر في المجتمع لأقربائهم من المرضى النفسيين.

إن التمويل المحدود قادر على تأمين الدعم للإشراف على العاملين في البرنامج الوطني وتأمين المواصلات لهم. ولكن يجب على المرافق الصحية النفسية التي توظف هؤلاء المحترفين أن تجني الربح من أجل دفع رواتبهم. ويجب على الحكومة أن تتكفل بدفع رسوم خدمات الصحة النفسية للذهان على شكل راتب لمزودي الخدمات أو تأمين للمريض.

ومن الضروري على الحكومة أن تقدم الدعم والاستثمار في الدراسات السريرية وإجراء البحوث على السياسات من أجل وضع استراتيجيات وسياسات العلاج المرتكزة على الدليل التي تناسب الثقافة الصينية. لذلك، ثمة حاجة إلى التقديرات الاقتصادية من وجهة نظر الشفاء الوظيفي والنتائج والمنافع ذات الأمد الطويل للمصابين بالاضطرابات النفسية، وذلك من أجل التوعية بالسياسات والتبليغ عن التعويضات التي تقدمها وزارة الضمان الاجتماعي.

الخبرات الصينية كاستجابة للمناصرة الدولية

يأتي هذا البرنامج الإصلاحي في الصين منسجماً مع توصيات السياسة التي صدرت في السنوات الماضية من قبل منظمة الصحة العالمية ودعمت من قبل سلطات دولية أخرى. في العام ٢٠٠١، أوصت منظمة الصحة العالمية البلدان بتطوير خدمات مجتمعية لمرضى الاضطرابات النفسية (١٥). وقد تم تعزيز هذه التوصية بنداء على العمل من أجل تحسين الخدمات المقدمة إلى مرضى الاضطرابات النفسية (١٦)، وبرنامج العمل على ملء الفجوة في الصحة النفسية (mhGAP) (١٧)، وأنشطة الجمعية العالمية للطب النفسي (١٨–٢٠)، والإرشادات التي نشرت مؤخراً في المجلة العالمية للطب النفسي (٢١،٢٢).

إن عمل برنامج ٦٨٦ وأعمال التنمية الأخرى في الصين هي خطوات مهمة على طريق تحقيق المعايير المتفق عليها والمقبولة دولياً في توفير خدمات الصحة النفسية. إلا أن الصحة النفسية في الصين، شأنها شأن البلدان ذات الدخل المتدني والدخل المتوسط أمامها طريق طويل لتحقيق هدف توفير الصحة النفسية المجتمعية.

إن البحوث المحلية توفر معلومات ذات صلة لإرشاد صناع السياسات نحو توسيع الخدمات الصحية غير المكلفة والمتكيفة مع الثقافة (١٦). إلا أن نشر هذا العمل لدى الجمهور الوطني والدولي تحول دونه عقبات تتمثل في فقر تمثيل المنشورات من البلدان ذات الدخل المتدني والدخل المتوسط في المجلات التي تعنى بالطب النفسي (٢٣،٢٤). وقد أظهرت الأعمال

الأخيرة للمجلة العالمية للطب النفسي أنه وعلى الرغم من النشاط العلمي الملحوظ لذي تقوم به الصين (والهند وجنوب أفريقيا وكوريا الجنوبية)، فإن أياً من هذه البلدان، وأياً من البلدان ذات الدخل المتدني والدخل المتوسط في المناطق الأسيوية والأفريقية، غير ممثل في مجلة نفسية في قواعد البيانات الدولية (٢٥،٢٦). إن العمل المدعوم دولياً لتحسين ترتيب المجلات ونشر البحوث سيساعد في تشر البيانات عن هذا المشروع وغيره من المشاريع. ولدى المجلة العالمية للطب النفسي ومؤخراً الطب النفسي في آسيا والمحيط الهادئ، وهي مجلة كلية Pacific Rim للمعالجين النفسيين الفرصة لملء هذه الفجوة.

خلاصة

على الرغم من أن الإصلاح في نظام الصحة النفسية في الصين لم يركز حتى الآن إلا على الذهان، فإن نطاق الإصلاح وعدد المرضى النفسيين الذي شملهم يمثل برنامجاً ضخماً وطموحاً كان عليه مواجهة تحديات ضخمة. لقد بدأ الإصلاح قبل الإصلاح في الصحة العامة في الصين وهو منسجم مع إستراتيجية الصحة العامة في الصين وإطار الإرشادات التي وضعت للصين من قبل برنامج mhGAP لمنظمة الصحة العالمية.

في ظل الالتزام السياسي المستمر، وتقييم الحاجات وربط الموارد في الوقت المناسب، وتطوير سياسات الصحة العامة الملائمة، والقيام بالتدخلات الفعالة، وتعزيز القدرات البشرية، وتحريك الموارد المالية بشكل فعال، والقيام بعمليات المراقبة والتقدير الصارمة، ستكون الصين قادرة على بناء نظام صحة نفسية مجتمعي وطني ومستديم وخدمات في مصلحة الصحة النفسية لسكانها.

شكر

ساهم جين ليو وهونغ ما على السواء في إعداد هذه المقالة، أما زين يو فهو كاتبها. يشكر كاتبو المقالة ن. سارتاريوس، وم.ل. بيلفر لمساعدتهم في تنقيح المقالة وتقديم الاقتراحات المتعلقة بالمضمون. كما يتوجهون بالشكر لكل من شارك أو ساهم في تأسيس و/أو تطبيق برنامج 686.

المراجع

1. Lan JF. Chinese buddhist encyclopaedia. Yongkang City: Chinese Buddhist Cyclopedic Foundation, 1994.
2. Shen YC. Psychiatry, 4th ed. Beijing: People's Medical Publishing House, 2001.
3. Zhang MY, Yan HQ. Community rehabilitation, and prevention and treatment work for psychoses in Shanghai. Shanghai Arch Psychiatry 1990;2:114-8.
4. Shen YC, Zhang WX, Chen CH. Familial and social prevention and treatment, and social rehabilitation of psychotic patients. Shanghai Arch Psychiatry 1990;2:108-11.
5. Li YH, Yao XW, Zhang MY. Investigation and suggestion on com- munity rehabilitation facilities for psychotic patients in Shanghai. Shanghai Arch Psychiatry 2005;17(Suppl.):35-7.
6. Declaration of China/WHO High Level Mental Health Seminar. Chin Ment Health J 2000;14:3.
7. Ministries of Health, Public Security, Civil Affairs, and CDPF. Na- tional Mental Health Plan (2002-2010). www.cdpf.org.cn.
8. Phillips MR, Zhang JX, Shi QC et al. Prevalence, treatment, and associated disability of mental disorders in four provinces in China during 2001-05: an epidemiological survey. Lancet 2009;373:2041- 53.
9. World Health Organization. Death and DALY estimates for 2004 by cause for WHO Member States. www.who.int.
10. World Health Organization. Mental health atlas 2005. Geneva: World Health Organization, 2005.
11. Ministry of Health, China. Chinese health statistical yearbook 2005. Beijing: Peking Union Medical College Press, 2005.
12. National Bureau of Statistics of China. China statistical year book 2009. Beijing: China Statistics Press, 2009.
13. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M et al. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. Lancet 2007;370:878-89.
14. Ng C, Ma H, Yu X et al. China-Australia-Hong Kong Tripartite Community Mental Health Training Program. Asia Pac Psychiatry 2009;1:90-7.
15. World Health Organization. The world health report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Or- ganization, 2001.
16. Lancet Global Mental Health Group. Scale up services for mental disorders: a call for action. Lancet 2007;370:1241-52.
17. World Health Organization. Mental health Gap Action Pro- gramme: mhGAP. Geneva: World Health Organization, 2008.
18. Maj M. The WPA Action Plan is in progress. World Psychiatry 2009;8:65-6.
19. Maj M. WPA-WHO collaborative activities 2009-2011. World Psy- chiatry 2009;8:129-30.
20. Maj M. Mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. World Psychiatry 2010;9:65-6.
21. Thornicroft G, Alem A, Dos Santos RA. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of commu- nity mental health care. World Psychiatry 2010;9:67-77.
22. Ng CH, Herrman H, Chiu E et al. Community mental health care in the Asia-Pacific region: using current best-practice models to in- form future policy. World Psychiatry 2009;8:49-55.
23. Saxena S, Paraje G, Sharan P et al. The 10/90 divide in mental health research: trends over a 10-year period. Br J Psychiatry 2006; 188:81-2.
24. Patel V, Sumathipala A. International representation in psychiat- ric literature: survey of six leading journals. Br J Psychiatry 2001; 178:406-9.
25. Mari J, Patel V, Kieling C et al. The 5/95 Gap in the indexation of psychiatric journals of low and middle income countries. Acta Psychiat Scand, 2010;121:152-6.
26. Kieling C, Herrman H, Patel V et al. Indexation of psychiatric jour- nals for low- and middle-income countries: a survey and a case study. World Psychiatry 2009;8:40-4.

الدروس المستفادة لتطوير الرعاية الصحية النفسية المجتمعية في أوروبا

Maya Semrau, Elizabeth A. Barley, Ann Law, Graham Thornicroft

Health Service and Population Research Department, Institute of Psychiatry, King's College London, UK

تلخص هذه المقالة النتائج التي توصلت إليها المنطقة الأوروبية التابعة لفريق عمل للجمعية العالمية للطب النفسي حول الخطوات والعراقيل والأخطاء التي يجب تفاديها في تطبيق الرعاية النفسية الصحية المجتمعية. تقدم المقالة وصفاً للمنطقة، ولمحة عن سياسات الصحة النفسية وقوانينها، وملخصاً عن البحوث ذات الصلة التي نفذت في المنطقة، ولمحة عن خدمات الصحة النفسية المجتمعية، ونقاشاً عن الدروس الأساسية المستفادة، وبعض التوصيات للمستقبل.

الكلمات الرئيسية: الرعاية الصحية النفسية المجتمعية فى أوروبا، الصحة النفسية في الرعاية الأولية، التشريعات والسياسات، البحث، حقوق الإنسان، الفجوة العلاجية، الموارد البشرية.

(World Psychiatry 2011;10:217–225)

هذه المقالة هي عبارة عن حلقة من سلسلة تصف تطور الصحة النفسية المجتمعية في المناطق حول العالم) انظر .(1 وهي أحد النتائج التي توصل إليها فريق العمل الذي عينته الجمعية العالمية للطب النفسي ،كجزء من خطة عملها للعام ،(2،3) 2011–2008 وذلك للتوصل للإرشادات التوجيهية المتعلقة بالخطوات والعراقيل والأخطاء التي يجب تفاديها في تطبيق الرعاية الصحية النفسية المجتمعية .وقد سبق أن نشرت مقالة عن الأهداف والمناهج والنتائج التي توصل إليها فريق العمل في هذه المجلة .(4)نقدم في هذه المقالة توصيفا ً لهذه المسائل وعلاقتها بالمنطقة الأوروبية وفق منظمة الصحة العالمية.

تتألف المنطقة الأوروبية وفق منظمة الصحة العالمية من 53 بلداً وعدد سكان يقارب 886 مليون شخصا .(5)ً وهي تتألف من بلدان–EU 15 السابقة (البلدان الخمسة عشر التي كانت تؤلف الاتحاد الأوروبي قبل العام 2004)، والبلدان الإثني عشر التي انضمت إلى الاتحاد الأوروبي منذ العام 2004، والبلدان الأحد عشر التابعة لرابطة الدول المستقلة (التي تضم معظم دول الاتحاد السوفييتي سابقاً)، وثماني دول من جنوب شرق أوروبا، وسبعة دول مرتفعة الدخل غير تابعة للاتحاد الأوروبي (انظر الجدول 1). بشكل عام، ثمة شرخ اقتصادي بين دول أوروبا، حيث معظم الدول المرتفعة الدخل (n=30) التابعة للاتحاد الأوروبي (ولاسيما دول EU–15) وغيرها من الدول الغربية بشكل خاص، وكل الدول المتدنية الدخل (n=3) والمتدنية إلى المتوسطة الدخل (n=7) في دول غير التابعة للاتحاد الأوروبي في المناطق الشرقية من المنطقة (معظمها من دول رابطة الدول المستقلة)، والكثير من الدول المرتفعة الدخل إلى المتوسطة الدخل (n=13) في دول الاتحاد الأوروبي ما بعد العام 2004 وجنوب شرق أوروبا.

مشاكل الصحة النفسية منتشرة ولها أثر اقتصادي واجتماعي كبير في أوروبا، حيث على الأقل 25% من السكان في المنطقة مصابون باضطراب نفسي في مرحلة ما من مراحل حياتهم (7). في العام 2004، سجلت الاضطرابات العصبية النفسية نسبة 19،1% من سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز (وحدة دالي)، و39% من السبب الأولي في عدد سنوات العيش مع الإصابة بالعجز (8). وكان الاضطراب أحادي القطب وحده السبب الثالث في سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز (بعد داء قصور الدورة الدموية القلبية والمرض الدماغي الوعائي) وقد سجل نسبة 5،6% من سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز في المنطقة (9). كذلك تسجل معدلات الانتحار نسبة عالية في المنطقة حيث انتشرت بمعدل 14،01 في كل 100000 من السكان في العام 2007 (5)، وساهمت بنسبة 2% في إجمالي سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز ونسبة 1،6% في عدد الوفيات المسجلة في العام 2004 (8).

سياسات الصحة النفسية وقوانينها

بعد توقيع عدد من المعاهدات في مجال الصحة النفسية، وتطبيق برامج العمل وخطط العمل في الاتحاد الأوروبي خلال التسعينيات وأوائل عام 2000 (9)، شكل الإعلان الأوروبي عن الصحة النفسية (10) وخطة عمل أوروبا للصحة النفسية (11) في 2005 حجر الأساس الأبرز في تطوير سياسات الصحة النفسية وإصلاحها في أوروبا. وقد أقر كل وزراء الصحة الأوروبيون بأن الصحة النفسية هي أولوية، كما أقروا بالحاجة إلى سياسات الصحة النفسية المرتكزة على الأدلة، كما حددوا نطاقاً واسعاً لهذه السياسات، واقترحوا اثني عشر مجال عمل ونقاط ارتكاز للتنفيذ بحلول العام 2010. وقد شمل ذلك التزام تطوير خدمات الصحة النفسية المجتمعية، وخفض عدد المؤسسات النفسية الكبيرة، وإدراج خدمات الصحة النفسية ضمن الرعاية الصحية الأولية.

تملك معظم دول أوروبا (حوالي 83%) سياسة صحة نفسية مطبقة (انظر الجدول 1)، حيث تمت تغطية ما يقارب 89% من السكان بحلول العام 2005 (13). كما أن كل الدول (ما يزيد عن 95%) لديها قوانين نافذة حول الصحة النفسية (انظر الجدول 1)، حيث تمت تغطية حوالي 90% من السكان بحلول العام 2005 (13). وقد تم تطوير السياسات الخاصة والاستراتيجيات أو الخطط لتعزيز خدمات الصحة النفسية المجتمعية وخفض عدد المستشفيات النفسية الكبيرة وإدراج الصحة النفسية ضمن الرعاية الصحية الأولية في ثلثي دول القارة الأوروبية على الأقل (انظر الجدول 1)

إلا أنه ما زالت هناك فروق شاسعة في السياسات بين البلدان. ففي حين حدثت الكثير من الدول سياساتها لتناسب المتغيرات في خدمات الصحة النفسية المتوفرة (حيث حوالي نصف الدول التي تملك سياسات نافذة في الصحة النفسية إما اعتمدت سياسات جديدة أو حدثت سياساتها الموجودة منذ العام 2005)، فإن بعض الدول الأخرى سياساتها قديمة وبحاجة إلى التحسين (17). وعلى الرغم من أن 40% من البلدان التي تملك تشريعات نافذة خاصة بالصحة النفسية قد حدثت قوانينها منذ العام 2005، فإن حوالي ربع البلدان ما زالت تعتمد تشريعات عمرها ما يزيد عن العشرة أعوام (انظر الجدول 1).

البحث في المنطقة

يرد في الجدولين 2 و3 الدليل البحثي من المراجعات المنتظمة والتجارب العشوائية المضبوطة التي تقيم خدمات الصحة النفسية المجتمعية في المنطقة. يشير هذا الدليل بشكل عام إلى أن الرعاية الصحية المجتمعية فعالة. وثمة دليل على فاعلية إدراج الصحة النفسية في خدمات الصحة الأولية في نماذج مختلفة من الرعاية، فضلاً عن فرق الصحة النفسية المجتمعية، والعلاج المجتمعي التأكيدي، وإدارة الحالات المكثفة، والتدخل في الأزمات، والتوظيف الداعم. إلا أن الدليل التقييمي لخدمات الصحة النفسية المجتمعية العادية أو المتخصصة غير متسق أو غير موجود. في معظم الدول الأوروبية، ثمة نقص في البحث ذات النوعية الجيدة حول خدمات الصحة النفسية المجتمعية، حيث تطبق معظم التجارب العشوائية المضبوطة في بريطانيا (حوالي 80%) وفي بعض دول أخرى مرتفعة الدخل. إذاً، قد لا تنطبق النتائج على الدول الأخرى. كذلك، قد يكون من الصعب مقارنة النتائج بين الدراسات نظراً للافتقار إلى وضوح نموذج الرعاية (18،19)، والفروق بين العلاجات المضبوطة (18)، أو تداخل عناصر العلاج المجتمعي مع عناصر العلاج القياسي (وبالتالي انخفاض الفروق في النتائج) (19). أما المسائل الأخرى فتتمثل في نقص الدراسات التي تقيم فاعلية الخدمات من ناحية الكلفة.

إلى جانب التجارب على الفاعلية، طبقت بعض دراسات المراقبة والدراسات النوعية في أوروبا (معظمها في بريطانيا). وقد أظهرت هذه الدراسات أن العلاج في المنزل ينظر إليه مزودو الخدمات بصورة إيجابية (44)، وأن خدمات الصحة النفسية المجتمعية المحددة مثل منازل الأزمات الخاصة بالنساء هي موضع تقدير عالٍ لدى متلقي الخدمات (45). كما تم تحديد بعض العمليات التي قد تكون مهمة لفاعلية خدمات الصحة النفسية المجتمعية واستدامتها، بما فيها رضى الموظفين (47)، ووجهات النظر حول العمل بين الاختصاصات (46051)، والأخذ بعين الاعتبار وجهات نظر مستخدمي الخدمات (52–60).

لمحة عن خدمات الصحة النفسية

بشكل عام، ثمة خدمات صحة نفسية متنوعة في أوروبا، بعضها متوفر في كل الدول. ولكن في حين أن قليلاً من الدول تقوم بتطبيق خدمات الصحة النفسية المجتمعية بشكل ناجح بحسب «نموذج الرعاية المتوازن» المرتكز إلى الدليل والذي يدرج عناصر الخدمات المجتمعية والاستشفائية (4،61–65) في الكثير من الخدمات الأخرى، فإن الحصول على الخدمات المجتمعية ما زال محدوداً جداً وربما يتألف من مشاريع تجريبية صغيرة (12).

بشكل أوسع، على غرار التباينات الاقتصادية في المنطقة، يتمثل هذا الشرخ في معظمه بين دول أوروبا الشرقية والغربية. في دول EU–15 ودول أوروبا الغربية المرتفعة الدخل، قد تتوفر مجموعة من الخدمات المجتمعية المتعددة الاختصاصات في الأشخاص الذين يعانون من مشاكل صحية نفسية ويعالج معظمهم خارج المؤسسات النفسية (5)، وذلك إتباعا لخطوة تطبيق حقوق الإنسان والإدماج الاجتماعي والتمكين التي اعتمدت في العقود القليلة الماضية. ووفقاً لمقاربة الرعاية المتوازنة"، فإن المستشفيات النفسية الموجودة في هذه الدول معظمها صغير نسبياً وقريب من السكان (12)، وهي تقع في أجنحة الحالات الحادة في المستشفيات العامة، حيث تكون مدة البقاء في المستشفى منخفضة قدر الإمكان (9،61).

في دول شرق أوروبا المتدنية الدخل أو المتدنية–المتوسطة الدخل التي تقع خارج الاتحاد الأوروبي، وتحديداً رابطة الدول المستقلة، فإن الوصول إلى الرعاية المجتمعية أكثر محدودية، حيث مؤسسات الصحة النفسية الكبيرة هي التي تحتضن بشكل عام نظام الرعاية الصحية النفسية (5). كما أن خدمات الصحة النفسية المجتمعية غالباً ما تكون محصورة في العيادات المتعددة الاختصاصات أو المستوصفات الملحقة بالمكتب النفسي. وحيثما تجد خدمات مجتمعية إضافية، يكون ذلك المكان تابعاً لمنظمات غير حكومية أو وكالات دولية. إن نوعية خدمات الصحة النفسية في دول الاتحاد الأوروبي ما بعد العام 2004 وغيرها من الدول المتوسطة الدخل تقع في مكان ما بين دول EU–15 ورابطة الدول المستقلة. إلا أن حدود هذا الشرخ قد لا تكون واضحة، فما من دولتين في المنطقة تطبقان نظام الصحة النفسية نفسه.

خدمات المرضى الداخليين

بشكل عام، ينخفض عدد الأسرة الخاصة بالأمراض النفسية بشكل مطرد في أوروبا، كما يتم إغلاق المستشفيات النفسية بشكل متزايد (7). إلا أن هذه العملية تتم بوتيرة أبطأ في بعض الدول (9،17). وعلى الرغم من أن خدمات المرضى الداخليين في المستشفيات النفسية ما زالت موجودة في كل الدول الأوروبية تقريباً (ما عدا إيطاليا وأيسلندا وأندورا وموناكو وسان مارينو)، فإن عدد الأسرة الخاصة بالأمراض النفسية والتوازن بين الأسرة في المؤسسات النفسية والمرافق المجتمعية للمرضى الداخليين تختلف اختلافاً كبيراً بين الدول (انظر الجدول 1). ففي حين أن العدد الصغير لأسرة المرضى الداخليين ناتج عن التقدم الكبير الذي تحقق في استبدال المستشفيات النفسية بالرعاية المجتمعية (بريطانيا وإيطاليا على سبيل المثال)، فإن عدد الأسرة الصغير في دول أخرى (مثل ألبانيا وتركيا) يعكس نقصاً في التمويل وعجزاً في توفير الخدمة للصحة النفسية بشكل عام. أما في دول أخرى مثل بلجيكا وفرنسا وألمانيا وهولندا فإن في المستشفيات عدد كبير من الأسرة الخاصة بالمرضى الداخليين هذا بالإضافة إلى الخدمات المجتمعية (12). ولكن في معظم الدول الأوروبية (تحديداً الدول الشرقية) ما زالت الرعاية المؤسساتية تتفوق على الرعاية المجتمعية، حيث يتركز ثلثي عدد الأسرة الخاصة بالأمراض النفسية في المنطقة في المستشفيات النفسية (7).

الجدول 1 لمحة عن التشريعات الخاصة بالصحة النفسية والسياسات والخدمات والمعالجين النفسيين في المنطقة الأوروبية

	تشريعات وسياسات الصحة النفسية				الصحة النفسية في الرعاية الأولية				خدمات المرضى الداخليين النفسية			
	سنة آخر تشريع موافق عليه أو تحديث متعلق بالصحة النفسية	سنة آخر سياسة للصحة النفسية	سياسات، استراتيجيات، أو خطط: تطوير خدمات الصحة النفسية المجتمعية	سياسات، استراتيجيات، أو خطط: خفض عدد مستشفيات الصحة النفسية	سياسات، استراتيجيات، أو خطط: الصحة النفسية في الرعاية الأولية	الكشف والإحالة إلى الخدمات المتخصصة للاضطرابات النفسية المنتشرة في الرعاية الأولية	تشخيص و/أو علاج الاضطرابات النفسية المنتشرة في الرعاية الصحية	الكشف والإحالة إلى الخدمات المتخصصة للاضطرابات النفسية المنتشرة في الرعاية الأولية	تشخيص و/أو علاج الاضطرابات النفسية الحادة في الرعاية الأولية	المستشفيات النفسية (خدمات المرضى الداخليين)	وحدات المرضى الداخليين النفسية المجتمعية/الوحدات في مستشفيات المقاطعات العامة	عدد الأسرة النفسية في المستشفيات العامة في كل ١٠٠٠٠٠ شخص	نسبة الأسرة النفسية في المرافق غير المستشفيات النفسية (تقريبي)	عدد المعالجين النفسيين في كل ١٠٠٠٠٠ من السكان
دول EU–15 سابقاً														
أستراليا	بعد 2005	بعد 2005	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	52	29%	13
بلجيكا	بعد 2005	بعد 2005	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	152	42%	23
الدانمرك	بعد 2005	بعد 2005	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	61	غير متوفر	11
فنلندا	بعد 2005	1999–2004	نعم	لا	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	72	99%	26
فرنسا	بعد 2005	بعد 2005	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	95	42%	22
ألمانيا	بعد 2005	بعد 2005	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	75	40%	8.7
اليونان	1999	1999–2004	نعم	نعم	لا	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	18	22%	15
أيرلندا	بعد 2005	بعد 2005	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	94	24%	7.3
إيطاليا	1978	بعد 2005	نعم	غير متوفر	نعم	نعم	نعم	نعم	لا	لا	نعم	8	100%	9.8
لوكسمبورغ	2000	1999–2004	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	97	46%	12
هولندا	1999–2004	1999	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	114	18%	14.5
البرتغال	1999–2004	بعد 2005	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	لا	نعم	نعم	27	37%	6.7
إسبانيا	بعد 2005	بعد 2005	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	47	16%	6.1
السويد	2000	قبل 1998	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	54	93%	24
بريطانيا	بعد 2005	بعد 2005	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	23	39%	11
بلدان خارجة عن الاتحاد الأوروبي														
بلغاريا	بعد 2005	بعد 2005	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	64	56%	8.7
قبرص	1999–2004	بعد2005	نعم	نعم	نعم	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	نعم	نعم	نعم	27	22%	6.5
جمهورية التشيك	بعد 2005	1999–2004	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	لا	نعم	نعم	110	13%	13.7
استونيا	بعد 2005	لا سياسة	لا	لا	لا	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	56	22%	13
هنغاريا	1997	1999–2004	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	لا	نعم	نعم	93	76%	13.7
لاتفيا	بعد 2005	2004	نعم	لا	لا	نعم	نعم	نعم	لا	نعم	نعم	148	7%	11.3
ليتوانيا	بعد 2005	بعد 2005	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	88	11%	18
مالطا	1981	1994	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	185	ما دون1%	4
بولندا	بعد 2005	بعد 2005	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	65	25%	5.5
رومانيا	2002	بعد2005	نعم	لا	نعم	نعم	نعم	نعم	لا	نعم	نعم	75	28%	4.7
سلوفاكيا	بعد 2005	1999–2004	نعم	نعم	نعم	نعم	غير متوفر	نعم	نعم	نعم	نعم	96	81%	9
سلوفينيا	قبل 1998	1999–2004	لا	لا	نعم	غير متوفر	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	85	15%	5.4
الدول الجنوبية الشرقية														
ألبانيا	1996	2003	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	لا	نعم	نعم	24	25%	3
البوسنة والهرسك	2000	بعد2005	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	لا	نعم	نعم	36	33%	1.8
كرواتيا	1999–2004	بعد2005	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	93	20%	8
جورجيا	بعد 2005	لا سياسة	لا	لا	لا	نعم	لا	نعم	لا	نعم	لا	29	0%	5.6

البيانات الوارده أعلاه مأخوذة من إصدارات منظمة الصحة العالمية (16–12،5). في حاله تضارب المعلومات بين المنشورات، يؤخذ بالمصدر الأقل قدماً.

الجدول 1 لمحة عن التشريعات الخاصة بالصحة النفسية والسياسات والخدمات والمعالجين النفسيين في المنطقة الأوروبية (تابــع)

	تشريعات وسياسات الصحة النفسية		الصحة النفسية في الرعاية الأولية					خدمات المرضى الداخليين النفسية			
	سنة آخر تشريع موافق عليه أو تحديث متعلق بالصحة النفسية	سنة آخر سياسة للصحة النفسية	سياسات، استراتيجيات، أو خطط: تطوير خدمات الصحة النفسية المجتمعية	سياسات، استراتيجيات، أو خطط: خفض عدد مستشفيات الصحة النفسية	سياسات، استراتيجيات، أو خطط: الصحة النفسية في الرعاية الأولية	الكشف والإحالة إلى الخدمات المتخصصة للاضطرابات النفسية المنتشرة في الرعاية الأولية	تشخيص و/أو علاج الاضطرابات النفسية المنتشرة في الرعاية الصحية	الكشف والإحالة إلى الخدمات المتخصصة للاضطرابات النفسية الحادة المنتشرة في الرعاية الأولية	تشخيص و/أو علاج الاضطرابات النفسية الحادة في الرعاية الأولية	المستشفيات النفسية (خدمات المرضى الداخليين)	وحدات المرضى النفسية الداخليين المجتمعية/الوحدات في مستشفيات المقاطعات العامة	عدد الأسرة النفسية في المستشفيات العامة في كل ١٠٠٠٠٠ شخص	نسبة الأسرة النفسية في المرافق غير المستشفيات النفسية (تقريبي)	عدد المعالجين النفسيين في كل ١٠٠٠٠٠ من السكان
الجبل الأسود	بعد 2005	1999–2004	نعم	لا	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	لا	49	0%	6.4
صربيا	لديها تشريع	بعد 2005	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	95	غير متوفر	12
مقدونيا	بعد 2005	بعد 2005	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	لا	نعم	نعم	74	14%	9.5
تركيا	1999–2004	بعد2005	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	لا	نعم	نعم	12	25%	1
رابطة الدول المستقلة														
أرمينيا	2004	1994	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	لا	نعم	نعم	45	ما دون 1%	5.8
أذربيجان	2001	لا سياسة	لا	لا	لا	نعم	لا	نعم	لا	نعم	لا	48	0%	5
بيلاروسيا	1999	لا سياسة	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	نعم	نعم	نعم	70	6%	10.1
كازاخستان	1997	1997	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	لا	نعم	نعم	63	9%	6
قيرغستان	1999	2000	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	لا	نعم	نعم	43	10%	3.4
جمهورية مولدوفا	1998	لا سياسة	نعم	لا	نعم	نعم	نعم	نعم	لا	نعم	لا	63	0%	6
الاتحاد الروسي	1999–2004	بعد2005	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	لا	نعم	نعم	112	12%	10.9
طاجاكستان	غير متوفر	لا سياسة	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	لا	نعم	غير متوفر	25	غير متوفر	1.8
تركمنستان	1993	1995	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	لا	نعم	نعم	33	9%	3
أوكرانيا	2000	1988	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	لا	نعم	نعم	94	3%	8.9
أوزبكستان	2000	1999–2004	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	32	3%	4
دول أخرى														
أندورا	لا تشريع	لا سياسة	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	نعم	لا	نعم	15	100%	10
أيسلندا	1997	لا سياسة	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	نعم	لا	نعم	50	100%	25
إسرائيل	2000	بعد2005	نعم	نعم	نعم	نعم	لا	نعم	لا	نعم	نعم	59	7%	8.8
موناكو	1981	لديها سياسة	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	نعم	لا	نعم	173	100%	28.5
النرويج	بعد 2005	بعد 2005	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	119	42%	16
سان مارينو	لديها تشريع	لا سياسة	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	غير متوفر	نعم	لا	نعم	38	100%	15
سويسرا	1981	بعد2005	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	106	6%	30

البيانات الوارده أعلاه مأخوذة من إصدارات منظمة الصحة العالمية (5،12–16). في حاله تضارب المعلومات بين المنشورات، يؤخذ بالمصدر الأقل قدماً.

الجدول 2 لمحة عن المراجعات النظامية التي تقيم خدمات الصحة النفسية المجتمعية في المنطقة الأوروبية

الباحثون	عدد الدراسات	البلد، عدد المبحوثين	أهم النتائج
Burns et al (18)	الرعاية المجتمعية (مجموعة الخدمات) مقارنة بالإدخال	٩١	منافع بالنسبة إلى عدد أيام الاستشفاء (بمعزل عن نوع الخدمة) غير حاسمة بالنسبة إلى الفاعلية من حيث الكلفة
Wright et al (19)	الرعاية المجتمعية (عناصر الرعاية) بالنسبة إلى الفاعلية	٥٥	زيارات دورية إلى المنزل وتحمل مسؤولية الصحة والرعاية الاجتماعية المرتبطة بخفض الاستشفاء (بمعزل عن نوع الخدمة)
Harkness and Bower (20)	عاملو الصحة العامة الميدانيين في الرعاية الأولية (نموذج الاستبدال) مقارنة مع خدمات الصحة النفسية غير الميدانية	٤٢	خفض قليل وغير متسق في عدد الاستشارات مع مزودي الرعاية الأولية، وإعطاء الوصفات الذهانية، والتكلفة ووصف تكاليف ومعدلات الإحالة لا آثار للوصفة أو للإحالات في السكان من المرضى منافع التكاليف غير واضحة
Gilbody et al (21)	الرعاية التعاونية مقارنة مع الرعاية العادية	٣٤	لا منبئ ملحوظ لاستخدام مضاد الاكتئاب المنبئات الأساسية لنتائج أعراض الاكتئاب كانت تحديد المرضى بشكل نظامي والخلفية المهنية ومراقبة المختص
Malone et al (22)	فرق الصحة النفسية المجتمعية مقارنة مع الرعاية العادية التي لا تتكون من فرق (المقدمة على شكل علاج استشفائي أو مجتمعي أو خاص بالمرضى الداخليين)	٣	خفض نسبة الإدخال الى المستشفى وعدد الوفيات الناتجة عن الانتحار الترويج لقبول أفضل للعلاج
Marshall et al (23)	إدارة الحالات مقارنة مع الرعاية المجتمعية العادية	١٠	زيادة عدد المرضى الذين ما زالوا على اتصال بالخدمات زيادة نسبة المرضى الخاضعين للاستشفاء منافع ملحوظة للمتغيرات النفسية أو الاجتماعية الفاعلية من حيث الكلفة غير حاسمة
Marshall and Lockwood (24)	العلاج المجتمعي التأكيدي مقارنة مع الرعاية المجتمعية العادية أو إعادة التأهيل الاستشفائي أو إدارة الحالات	٢٠	تحسين النتائج ورضى المرضى خفض كلفه الرعاية الاستشفائية لأكثر المستخدمين لرعاية المرضى الداخليين
Burns et al (25)	إدارة الحالات المكثفة مقارنة مع الرعاية العادية للمصابين باضطرابات نفسية خطيرة	٢٩	خفض قليل ولكن مهم من الناحية الإحصائية للأيام التي يقضيها المريض في المستشفى آثار أكبر عند استخدام المرضى للمستشفى بشكل كبير عند النقطة المرجعية والتزام العلاج أكثر بمبادئ العلاج المجتمعي المؤكدة لم يكن لمكان التجربة أي أثر
Marshall and Lockwood (26)	التدخل المبكر للذهان	٧	دليل على النوعية الفقيرة لا يمكن مقارنتها بمقاربات التدخل المختلفة المعتمدة
Irving et al (27)	التدخل في الأزمات وفرق الحل (المقدمة على شكل رزمة علاج في المنزل)	٥	خفض في الادخال قد تكون اقل كلفة من العلاج العادي ولكن ثمة حاجة إلى المزيد من البيانات للتأكيد على ذلك
Macpherson et al (28)	الرعاية السكنية المجتمعية (موظفون على مدار الساعة) مقارنة مع الرعاية الاستشفائية العادية	١	ثمة ميل من قبل المرضى إلى استخدام المرافق الاجتماعية وقضوا وقتاً اطول في المرافق البنائية الاجتماعية كانت الدراسة صغيرة وذات نوعية فقيرة
Marshall et al (29)	الرعاية الاستشفائية المركزة مقارنة مع رعاية المرضى الداخليين	٩	خمس المرضى على الاقل الذين تقدموا لخدمات المرضى الداخليين كان من الممكن رعايتهم في المستشفى النهاري للحالات الحادة تحسن أسرع في الحالة النفسية ولكن ليس في الأداء الوظيفي الاجتماعي أقل كلفة

الصحة النفسية في الرعاية الصحية الأولية

معظم دول المنطقة الأوروبية تدمج بشكل متزايد خدمات الصحة النفسية في الرعاية الصحية الأولية (انظر الجدول 1)، إلا أن هذا الأمر يختلف من دولة إلى أخرى. ففي الكثير من الدول ما زال نظام الرعاية الصحية الأولية للصحة النفسية غير كافٍ (12)، وحتى في الدول المرتفعة الدخل فإن خدمات الصحة النفسية المتوفرة في الرعاية الصحية الأولية أقل من مقبولة (66). أما التدريب على الصحة النفسية للموظفين العاملين في مجال الرعاية الصحية الأولية فليس متوفراً إلا فيما يقارب ثلثي هذه الدول (12) وغالباً ما يكون غير كافٍ، مما يؤدي في غالب الأحيان إلى عدم الكشف عن مشاكل الصحة النفسية وجهل بالمناهج العلاجية (7،9).

الجدول 3 لمحة عن التجارب العشوائية المضبوطة التي تقيم خدمات الصحة النفسية المجتمعية في المنطقة الأوروبية

الباحثون	الخدمة المقيمة	عدد الدراسات	أهم النتائج
Richards et al (30)	رعاية تعاونية مقارنة مع الرعاية العادية	بريطانيا، 114	انخفاض في الأعراض لمرضى الاكتئاب
Killaspy et al (31،32) McCrone et al (33)	علاج تأكيدي مجتمعي مقارنة مع علاج عادي من فريق صحة نفسية مجتمعية	بريطانيا، 251	لا فرق في الحاجة لرعاية المرضى الداخليين أو النتيجة السريرية أو الاجتماعية اتصال اكبر مع المرضى المعنيين ولكن لا فرق في الكلفة زيادة رضى المريض وإشراك في الخدمات
Morrison et al (34)	تدخل مبكر في مرضى الأعراض البادرية (العلاج السلوكي المعرفي مقارنةً مع المراقبة فقط)	بريطانيا، 60	لا فرق في ترك الدراسة مبكراً أو الانتقال إلى الذهان
Agius et al (35)	التدخل التأكيدي المبكر مقارنة مع فريق صحة نفسية مجتمعية	بريطانيا، 125	منافع على امتداد 3 سنوات ولكن الدراسة غير عشوائية بالكامل والمرضى أشركوا بشكل غير اعتيادي في الخدمات (لذلك يجب استخدام النتائج بحذر)
Petersen et al (36) Bertelsen et al (37)	تدخل مكثف مبكر مقارنة مع العلاج القياسي في المرضى المصابين بنوبة الفصام الأولى	الدانمرك، 547	تحسن في النتيجة السريرية على فترة سنتين ولكن الآثار ليست نفسها على فترة 5 سنوات من المتابعة فروق في معدل المرضى الذين يعيشون في المأوى المدعومة وأيام الاستشفاء في مصلحة التدخل المبكر على فترة 5 سنوات من المتابعة انخفاض في الإدخال
Johnson et al (38) Cotton et al (39)	فريق حل الأزمات (رعاية قصيرة الأمد على مدار الساعة) مقارنة مع الرعاية القياسية في المرضى الذين يختبرون أزمة حادة جداً ويلزمهم إدخال	بريطانيا، 260	كان المرضى الذين أدخلوا إلى المستشفى حيث لم يتجاوب المرضى مع التقييم الأولي في خطر الإهمال الذاتي، وكان لهم تاريخ من الإدخال القسري وقيمة خارج ساعات العمل و/أو قيموا في أقسام الضحايا في المستشفى زيادة في رضى المرضى
Priebe et al (40)	رعاية استشفائية نهارية للحالات الحادة مقارنة مع الأجنحة العادية	بريطانيا، 260	تحسن أكبر في الحالة النفسية المرضية عند الخروج ولكن ليس عند المتابعة رضى أكبر لدى المرضى عند الخروج وبعد 3 أشهر ولكن ليس بعد 12 شهراً أكثر كلفة
Burns et al (41،42) Catty et al (43)	خدمات إعادة تأهيل مهنية (توظيف مدعوم) مقارنة مع خدمات مهنية أخرى ذات نوعية عالية	بريطانيا، ألمانيا، إيطاليا، سويسرا، هولندا، بلغاريا، 312	توظيف تنافسي في غالب الأحيان واحتفاظ أطول بالوظائف وعمل ساعات أطول العمل مرتبط بنتائج سريرية واجتماعية فضلى بعد 18 شهراً لدى المرضى تاريخ من العمل، عدد قليل وافى الحاجات الاجتماعية وبنى علاقات فضلى مع العمال المهنيين وكانوا أكثر ميلاً للحصول على التوظيف والعمل فترة اطول

ملاحظة: في الحالات التي نشرت فيها المراجعة النظامية لخدمة محددة، فقط التجارب العشوائية المضبوطة التي نفذت بعد المراجعة هي التي عرضت

خدمات الصحة النفسية المجتمعية

على الرغم من الاتجاه المحتوم نحو زيادة خدمات الصحة النفسية المجتمعية وانخفاض في الرعاية المؤسساتية (12)، فإن الوتيرة والنطاق اللذين يحدث فيهما هذا الاتجاه بطيئان، فضلاً عن أن نوعية الخدمات تتباين بشكل واسع في دول المنطقة (7،17). على سبيل المثال، تشير 85% من الدول اليوم أن لديها رعاية صحية نفسية يومية، ولكن في بعض الدول هذه الخدمات مرتبطة بالمستشفيات النفسية الطويلة الأمد أو قد تكون محدودة العدد، في حين أن في المستشفيات الأخرى قد يكون لدينا خدمات رعاية يومية في عدد محدد من الأماكن المجتمعية (12). ناهيك عن أن الوصول إلى مثل هذه الخدمات قد يكون محدوداً ضمن الدول، ولاسيما دول شرق المنطقة (12). فالمتغيرات مثل الموقع والعمر والجنس والعرقية والوضع الوظيفي ونوع التشخيص والمستوى التعليمي والوضع الاقتصادي والاجتماعي يمكن أن تحدد ما إذا كان المريض يتلقى الرعاية وأي نوع من الرعاية (7،9،12،67،68). والمثال على ذلك هو أن المزيد من الخدمات تتوفر في المناطق المدنية بالمقارنة مع المناطق الريفية.

الدروس المستفادة والتوصيات

نقدم هنا لمحة عن الدروس المستفادة في تطبيق خدمات الصحة النفسية المجتمعية في أوروبا. كما نورد التوصيات لهذه المنطقة في المستقبل. ويمكن الاطلاع على الخطوات المحددة لتسهيل هذه التوصيات وتطبيقها في إرشادات الجمعية العالمية للطب النفسي (4).

الفجوة العلاجية

أظهرت الخبرة السريرية والدليل البحثي أن تطبيق خدمات الصحة النفسية المجتمعية وفق «نموذج رعاية متوازن» ممكن ومستحب (4،61–65). ولكن ما زالت هناك فجوة بين حاجات السكان والخدمات المتوافرة حالياً في أوروبا، سواء بين البلدان أو داخلها (67،68). ولردم هذه الهوة بين مناطق أوروبا الشرقية والغربية ولتحسين الخدمات في المنطقة، يجب التركيز على تطوير الخدمات المجتمعية في الدول متدنية الدخل والمتوسطة الدخل، مع الإبقاء على نوعية الخدمات أو تحسينها في الدول المرتفعة الدخل. كذلك، يجب تأمين الوصول المتكافئ إلى كافة الحاجات ضمن البلدان، أي بين المناطق المختلفة ومجموعات السكان الفرعية (9،12). ويجب تخطيط للتغييرات في توفير الخدمات بتأنٍ من أجل ضمان الإصلاح التدريجي والمتوازن والمستدام، الذي يأخذ بعين الاعتبار الظروف والموارد المحلية والسياق الثقافي (61،64).

إن أحد العناصر المهمة في إيصال الخدمات إلى كل السكان هو الدمج المستمر لخدمات الصحة النفسية في الرعاية الصحية الأولية وتحسين النوعية في هذه الأنظمة. يمكن تسهيل ذلك من خلال تأمين عدد كافٍ من

الموظفين في الرعاية الصحية الأولية وتنظيم الدورات التدريبية وتنظيم مراقبة موظفي الرعاية الأولية الكافية والمستمرة من قبل محترفي الصحة النفسية والتعامل مع آراء الموظفين ومن خلال تطوير الشبكات الداعمة التعاونية وإدارتها، هذه الشبكات التي تعنى بخدمات الصحة النفسية المجتمعية المختصة وغيرها من القطاعات ذات الصلة (مثل الشؤون الاجتماعية، والصحة، والإسكان والتوظيف، فضلاً عن المنظمات غير الحكومية والقطاع الخاص) (7).

حقوق الإنسان والوصمة والإدماج الاجتماعي

قد يؤدي نقص خدمات الصحة النفسية المجتمعية الكافية في بعض أنحاء أوروبا إلى العزلة الاجتماعية للمصابين بمشاكل الصحة النفسية، أو حتى انتهاك حقوق الإنسان من خلال الإهمال والاستغلال (12). وحتى في البلدان المرتفعة الدخل (حيث الخدمات المجتمعية أكثر انتشاراً)، قد يتعرض الأشخاص المصابون بمشاكل الصحة النفسية إلى الوصمة الاجتماعية والأحكام المسبقة والتمييز (7). لذلك يجب تطبيق البرامج والخطط الوطنية بشكل يضمن حقوق الإنسان للمصابين بالاضطرابات النفسية ويشجع دمجهم الكامل في المجتمع (بما فيه مكان العمل) ويحد من الوصمة والتمييز. وقد يشمل ذلك تعزيز الصحة النفسية العامة، وبرامج المناصرة ونشر الوعي، للسكان بشكل عام (عبر الحملات الإعلامية) وللموظفين في مجال الصحة والقطاعات ذات الصلة الأخرى المذكورة آنفاً (7،8–12). كما يجب إشراك آراء مستخدمي الخدمات وعائلاتهم والقيمين على الرعاية (وأي طرف آخر) في التخطيط على السياسات وتطبيقها وفي تطوير الخدمة والمراقبة وتوفيرها (7،9،12،61،64). حالياً، إن نسبة إشراك مستخدمي الخدمات في دول EU–15 ودول الاتحاد الأوروبي الأخرى هي الأعلى، ولكنها ما زالت في مراحل التطور الأولى في معظم دول أوروبا الشرقية.

التشريعات والسياسات والخطط والبرامج

إن احدى الخطوات الأولى لتأمين الوصول العادل للخدمات لجميع السكان هو صياغة تشريع للصحة النفسية متقن التخطيط ووضع سياسات تأخذ بعين الاعتبار آراء معظم الأطياف (9). وعلى الرغم من تحقيق تقدم ملحوظ في السنوات الماضية، فإن بلداناً عدة في المنطقة الأوروبية ليس لديها قوانين خاصة بالصحة النفسية والسياسات النافذة. ويجب تطوير السياسات والقوانين الشاملة الجديدة (بما فيها تعزيز الصحة النفسية والوقاية والمناصرة) حيث هذه السياسات والقوانين غائبة ويجب تحديث السياسات والقوانين الموجودة. وهذا يحتاج إلى التزام ليس من وزارات الصحة فحسب بل من القطاعات الأخرى الأنف ذكرها والتي لها علاقة بالرعاية الصحية النفسية (7،9). ويجب تطوير خطط وبرامج تطبيقية مفصلة وقابلة للتطبيق (على الرغم من كونها طموحة) ومستدامة وعملية جداً من أجل مواجهة التحديات التي تعترض التطبيق وردم الهوة بين سياسات الصحة النفسية والممارسة العملية، ولاسيما في بعض الدول الأوروبية الواقعة شرق المنطقة وجنوب شرقها (12).

الموارد (المالية والبشرية)

يكمن التحدي الأبرز لتطبيق السياسات الصحية النفسية في نقص آليات التمويل الكافية للصحة النفسية، ولاسيما في معظم دول أوروبا الشرقية (17)، كذلك نقص الموارد البشرية. لقد زاد عدد الموظفين في الصحة النفسية في الكثير من دول أوروبا الشرقية (9)، ولكن معظم اليد العاملة في أوروبا تتركز في بعض الدول المرتفعة الدخل، وما زالت الموارد البشرية في الصحة النفسية قليلة في معظم الدول الأخرى في المنطقة (12). على سبيل المثال، في حين أن عدد المعالجين في بعض الدول المرتفعة الدخل مثل بلجيكا وفنلندا وأيسلندا يبلغ 20 معالجاً في كل 100000 شخص، فإن العدد يقل عن معالجين اثنين في دول أخرى مثل تركيا وطاجاكستان (انظر الجدول 1). ويؤدي هذا النقص إلى الإبقاء على المؤسسات النفسية وتوظيف العاملين في المؤسسات النفسية (7)، وبالتالي إلى نقص عدد العاملين في مرافق خدمات الصحة النفسية المجتمعية (17). كذلك، فإن العاملين في الصحة النفسية غالباً ما يفتقرون إلى المهارات نظراً لعدم كفاية الموارد التدريبية (7،12).

بما أن الرعاية الصحية النفسية أظهرت أنها متوسطة الفاعلية من ناحية الكلفة بالمقارنة مع الرعاية المؤسساتية (61،62،64،65)، فإن أحد الحلول لتحسين الموارد المتوفرة يكمن في نقل الموارد المالية والبشرية بشكل تدريجي من المؤسسات النفسية الكبيرة إلى الخدمات المجتمعية (9،61،62،64،65). وهذا يتطلب تغيير لأدوار الموظفين، والمسؤوليات والخبرة، مثلاً من خلال استراتيجيات اليد العاملة في الصحة النفسية (12)، بالإضافة إلى برامج التدريب الجديدة والقائمة حول الصحة النفسية وإدراج الصحة النفسية ضمن برامج الرعاية الصحية العامة (7،9،12،61،64). ويجب أيضاً معالجة القلق والشكوك التي تساور الموظفين حيال تغيير أدوارهم فضلاً عن البنية الخدماتية (61،64)، ويجب تحسين ظروف العمل وسبل تطوير المسيرة المهنية لخفض تفكك الموظفين (7).

الدليل البحثي

إن الدليل مهم جداً لتحديد فاعلية خدمات الصحة النفسية المجتمعية. إلا أن ذلك غائب في معظم دول المنطقة الأوروبية، ولاسيما خارج بريطانيا والدول الأوروبية الأخرى ذات الدخل المرتفع (لاسيما EU–15). وثمة حاجة إلى البحث التقييمي المحدد والعالي النوعية في كافة الدول لتعزيز الدليل للنتائج السريرية وفاعلية خدمات الصحة النفسية من ناحية الكلفة، فضلاً عن الفاعلية والتأثير النسبي للسياسات والبرامج (12). ومن أجل تفادي إعادة نسخ المعلومات بشكل غير ضروري، يجب توحيد أنظمة جمع البيانات والمؤشرات في كافة دول المنطقة (على سبيل المثال عبر نشر إرشادات جمع البيانات) (7،9،12)، والتوصل إلى وفاق حول تعريفات عناصر الخدمات (12). ويمكن لذلك، إلى جانب أنظمة النشر الكافية، أن يتيح مقارنة الخدمات والبرامج المرتكزة إلى الأدلة، الأمر الذي سيساهم في نشر السياسات (7،9،12) وإتاحة المجال أمام تخصيص الموارد المحدودة بشكل أفضل (7).

شكر

يتوجه واضعو هذه المقالة بالشكر إلى أعضاء فريق عمل الجمعية العالمية حول الخطوات والعراقيل والأخطاء التي يجب تفاديها في تطبيق الرعاية النفسية الصحية المجتمعية، ولاسيما أ. أليم، ر.أ. دوس سانتوس، ر.إ. دريك، ج. جورجيو، ك. هانلون، ه. إيتو، إ. لاتيمير، ج. ماري، ب. ماكجورج، ر. بادمافاتي، د. رزوق، ي. سيتويا، ر. تارا، ود. ووندماغين. وقد تلقى الدكتور ثورنيكروفت تمويلاً من برنامج منح المعهد الوطني

للبحث الصحي (NIHR) التطبيقي الذي قدم منحة إلى صندوق مؤسسة NHS جنوب لندن ومودسلي، ومركز البحث التخصصي النفسي الإحيائي الطبي التابع لـ NHR في معهد الطب النفس، كلية كينغ لندن وصندوق مؤسسة NHS جنوب لندن ومودسلي. أما الدكتور سيماراو فتلقى تمويلاً من منحة طلاب الدكتوراه في مجلس البحث الطبي (بريطانيا). وإن كافة الآراء الواردة في هذه المقالة لا تمثل إلا آراء واضعيها.

المراجع

1. Hanlon C, Wondimagegn D, Alem A. Lessons learned in developing community mental health care in Africa. World Psychiatry 2010;9: 185-9.
2. Maj M. The WPA Action Plan 2008-2011. World Psychiatry 2008; 7:129-30.
3. Maj M. The WPA Action Plan is in progress. World Psychiatry 2009; 8:65-6.
4. Thornicroft G, Alem A, Dos Santos RA et al. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of com- munity mental health care. World Psychiatry 2010;9:67-77.
5. World Health Organization. European health for all database, 2009. Geneva: World Health Organization, 2009.
6. World Bank. Country classification. www.worldbank org.
7. World Health Organization. Mental health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005.
8. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 up- date. Geneva: World Health Organization, 2008.
9. European Commission. The state of mental health in the European Union. Bruxelles: European Commission, 2004.
10. World Health Organization. Mental health declaration for Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005.
11. World Health Organization. Mental health action plan for Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005.
12. World Health Organization. Policies and practices for mental health in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2008.
13. World Health Organization. Mental health atlas - Revised edition. Geneva: World Health Organization, 2005.
14. World Health Organization. WHO-AIMS report on mental health system in Armenia. Yerevan: World Health Organization and Arme- nia Ministry of Health, 2009.
15. World Health Organization. WHO-AIMS report on mental health system in the Kyrgyz Republic. Bishkek: World Health Organization and Kyrgyz Republic Ministry of Health, 2008.
16. World Health Organization. WHO-AIMS report on mental health system in the Republic of Azerbaijan. Baku: World Health Organiza- tion and Azerbaijan Ministry of Health, 2007.
17. Knapp M, McDaid D, Mossialos E et al. Mental health policy and practice across Europe: an overview. In: Knapp M, McDaid D, Mos- sialos E et al (eds). Mental health policy and practice across Europe. Maidenhead: Open University Press, 2007:1-14.
18. Burns T, Knapp M, Catty J et al. Home treatment for mental health problems: a systematic review. Health Technol Assess 2001;5:1-139.
19. Wright C, Catty J, Watt H et al. A systematic review of home treat- ment services - classification and sustainability. Soc Psychiatry Psy- chiatr Epidemiol 2004;39:789-96.
20. Harkness E, Bower P. On-site mental health workers delivering psy- chological therapy and psychosocial interventions to patients in primary care: effects on the professional practice of primary care providers. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009;1: CD000532.
21. Gilbody S, Bower P, Fletcher J et al. Collaborative care for depres- sion: a systematic review and cumulative meta-analysis. Arch Intern Med 2006;166:2314-21.
22. Malone D, Marriott S, Newton-Howes G et al. Community mental health teams for people with severe mental illnesses and disordered personality. Schizophr Bull 2009;35:13-4.
23. Marshall M, Gray A, Lockwood A et al. Case management for peo- ple with severe mental disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews 1998;2: CD000050.
24. Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for peo- ple with severe mental disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews 1998;2: CD001089.
25. Burns T, Catty J, Dash M et al. Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: system- atic review and meta-regression. BMJ 2007;335:336.
26. Marshall M, Lockwood A. Early intervention for psychosis. Co- chrane Database of Systematic Reviews 2006;4: CD004718.
27. Irving C, Adams C, Rice K. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006;4: CD001087.
28. Macpherson R, Edwards T, Chilvers R et al. Twenty-four hour care for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009;2: CD004409.
29. Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano A et al. Day hospital versus admissions for acute psychiatric disorders. Cochrane Data- base of Systematic Reviews 2003;1:CD004026.
30. Richards D, Lovell K, Gilbody S et al. Collaborative care for depres- sion in UK primary care: a randomized controlled trial. Psychol Med 2008;38:279-87.
31. Killaspy H, Bebbington P, Blizard R et al. The REACT study: ran- domised evaluation of assertive community treatment in North Lon- don. BMJ 2006;332:815-20.
32. Killaspy H, Johnson S, Pierce B et al. Successful engagement: a mixed methods study of the approaches of assertive community treatment and community mental health teams in the REACT trial. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2009;44:532-40.
33. McCrone P, Killaspy H, Bebbington P et al. The REACT study: cost- effectiveness analysis of assertive community treatment in North London. Psychiatr Serv 2009;60:908-13.
34. Morrison AP, Renton JC, Williams S et al. Delivering cognitive ther- apy to people with psychosis in a community mental health setting: an effectiveness study. Acta Psychiatr Scand 2004;110:36-44.

community: roles, responsibilities and organisation of primary care and specialist services. Journal of Interprofessional Care 2000;14:49-58.
51. Mistral W, Velleman R. CMHTs: the professionals' choice? Journal of Mental Health 1997;6:125-40.
52. Slade M, Phelan M, Thornicroft G. A comparison of needs assessed by staff and by an epidemiologically representative sample of pa- tients with psychosis. Psychol Med 1998;28:543-50.
53. Thornicroft G, Slade M. Comparing needs assessed by staff and by service users: paternalism or partnership in mental health? Epide- miol Psichiatr Soc 2002 Jul;11:186-91.
54. Fakhoury WK, Priebe S, Quraishi M. Goals of new long-stay pa- tients in supported housing: a UK study. Int J Soc Psychiatry 2005; 51:45-54.
55. Thornicroft G, Tansella M. Growing recognition of the importance of service user involvement in mental health service planning and evaluation. Epidemiol Psichiatr Soc 2005;14:1-3.
56. Slade M, Leese M, Ruggeri M et al. Does meeting needs improve quality of life? Psychother Psychosom 2004;73:183-9.
57. Hill SA, Laugharne R. Decision making and information seeking preferences among psychiatric patients. Journal of Mental Health 2006;15:75-84.
58. Karlsson B, Borg M, Kim HS. From good intentions to real life: in- troducing crisis resolution teams in Norway. Nurs Inq 2008;15:206- 15.
59. Hopkins C, Niemiec S. Mental health crisis at home: service user perspectives on what helps and what hinders. J Psychiatr Ment Health Nurs 2007;14:310-8.
60. Priebe S, Watts J, Chase M et al. Processes of disengagement and engagement in assertive outreach patients: qualitative study. Br J Psychiatry 2005;187:438-43.
61. Thornicroft G, Tansella M. Better mental health care. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.
62. Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care - Over- view of systematic evidence. Br J Psychiatry 2004;185:283-90.
63. Thornicroft G, Tansella M. Balancing community-based and hospi- tal-based mental health care. World Psychiatry 2002;1:84-90.
64. Thornicroft G, Tansella M, Law A. Steps, challenges and lessons in developing community mental health care. World Psychiatry 2008;7: 87-92.
65. Thornicroft G, Tansella M. What are the arguments for community- based mental health care? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2003.
66. NHS Centre for Reviews and Dissemination. Effective health care - Improving the recognition and management of depression in pri- mary care. Bethesda: NHS Centre for Reviews and Dissemination, 2002.
67. World Health Organization. Mental health services in Europe: the treatment gap. Briefing Paper, WHO European Ministerial Confer- ence on Mental Health, Helsinki, January 2005.
68. World Health Organization. Mental Health Gap Action Programme - Scaling up care for mental, neurological, and substance use disor- ders. Geneva: World Health Organization, 2008.
35. Agius M, Shah S, Ramkisson R et al. Three year outcomes of an early intervention for psychosis service as compared with treatment as usual for first psychotic episodes in a standard community mental health team: final results. Psychiatria Danubina 2007;19:130-8.
36. Petersen L, Jeppesen P, Thorup A et al. A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. BMJ 2005;331:602.
37. Bertelsen M, Jeppesen P, Petersen L et al. Five-year follow-up of a randomized multicenter trial of intensive early intervention vs stan- dard treatment for patients with a first episode of psychotic illness: the OPUS trial. Arch Gen Psychiatry 2008;65:762-71.
38. Johnson S, Nolan F, Pilling S et al. Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: the North Is- lington Crisis Study. BMJ 2005;331:599.
39. Cotton M, Johnson S, Bindman J et al. An investigation of factors associated with psychiatric hospital admission despite the presence of crisis resolution teams. BMC Psychiatry 2007;7:52.
40. Priebe S, Jones G, McCabe R et al. Effectiveness and costs of acute day hospital treatment compared with conventional in-patient care: randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2006;188:243-9.
41. Burns T, Catty J, Becker T et al. The effectiveness of supported em- ployment for people with severe mental illness: a randomised con- trolled trial. Lancet 2007;370:1146-52.
42. Burns T, Catty J, White S et al. The impact of supported employment and working on clinical and social functioning: results of an inter- national study of individual placement and support. Schizophr Bull 2009;35:949-58.
43. Catty J, Lissouba P, White S et al. Predictors of employment for peo- ple with severe mental illness: results of an international six-centre randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2008;192:224-31.
44. Owen AJ, Sashidharan SP, Edwards LJ. Availability and acceptabil- ity of home treatment for acute psychiatric disorders: a national sur- vey of mental health trusts and health authority purchasers. Psy- chiatr Bull 2000;24:169-71.
45. Johnson S, Bingham C, Billings J et al. Women's experiences of ad- mission to a crisis house and to acute hospital wards: a qualitative study. Journal of Mental Health 2004;13:247-62.
46. Billings J, Johnson S, Bebbington P et al. Assertive outreach teams in London: staff experiences and perceptions: Pan-London Asser- tive Outreach Study, Part 2. Br J Psychiatry 2003;183:139-47.
47. Walker P, Haeney OG, Naik PC. Attitudes to referral to community mental health teams: a questionnaire study. Psychiatr Bull 2005;29: 213-4.
48. Chew-Graham C, Slade M, Montana C et al. A qualitative study of referral to community mental health teams in the UK: exploring the rhetoric and the reality. BMC Health Services Research 2007;7:117.
49. Tissier J, Hull S, Jones C. Working relationships between GPs and community mental health teams: a qualitative study. Primary Care Psychiatry 2002;8:21-5.
50. Secker J, Pidd F, Parham A et al. Mental health in the

تعدد أوجه «الاكتئاب الجسيم»

David Goldberg

Institute of Psychiatry, King's College, London, UK

لطالما كان مفهوم الاكتئاب الرئيسي في تصنيفي ICD وDSM المنارة بالنسبة إلى الصحة النفسية في السياق الطبي. فهو الاضطراب النفسي الأساسي الذي يركز عليه أطباء الصحة العامة وأطباء المستشفيات، وقد استخدم من قبل الحكومات لنشر الوعي بمسائل الصحة النفسية في السكان عامة وفي مجتمع المرضى النفسيين (١–٣). وقد شجع تطوير أشكال العلاج المتخصصة لعلاج الاكتئاب، وأتاح تشكيل فئات مجتمعية لنشر المعلومات الصحيحة عن الاكتئاب، كما أدى إلى تطوير برامج الكمبيوتر لمساعدة العلاج الذاتي باستخدام مبادئ العلاج السلوكي المعرفي (٤،٥). هذه إنجازات كبيرة، ولكن لها ثمنها. إنه هو الاعتقاد بأن "الاكتئاب الرئيسي" كيان متجانس وانه بالفعل اضطراب «رئيسي».

يتم تشخيص الاكتئاب الرئيسي بحسب تصنيف DSM عندما تنطبق على المريض ٥ أعراض من أصل ٩، ولكن الكثير من هذه الأعراض متعارضة. فالمريض الذي يعاني من التخلف الحركي النفسي وفرط النوم وزيادة الوزن يسجل عليه الحالة نفسها كالمريض المضطرب الذي لا ينام جيداً والذي يخسر وزناً، مما يسبب مشاكل جمة في تصاميم البحث. على سبيل المثال، كان على لوكس وكندلر (٦) أن يجمعوا هذه الأعراض المتعارضة مع بعضها البعض. ولكن حتى في هذه الحالة كان بإمكانهم التفريق بين الأعراض «المعرفية» و«العصبية الإنباتية»، وأن يظهروا أن لهذه الأعراض علاقتين مختلفتين بالنسبة إلى فئة كبرى من المثبتات المحتملة. وخلصوا إلى أن نتائجهما «تتحدى فهمنا للاكتئاب الرئيسي على أنه كيان فئوي متجانس». وقد تمكن آخرون من فصل الأعراض الاكتئابية المختلفة ومقارنة فاعلية كل عارض بالنسبة إلى التشخيص (٧). أما يانغ وآخرون (٨) فقد حللوا مجموعة كبرى من مقاييس الأعراض الاكتئابية، ووجدوا أن بإمكانهم تحديد ١٤ مقياساً فرعياً مختلفاً كان لها علاقات متداخلة متدنية وعوامل وراثية مختلفة.

على ضوء هذه المعطيات، إن الإعلان بأن كل من تنطبق عليهم معايير DSM التشخيصية للاكتئاب الرئيسي يعانون من الاضطراب نفسه هو ضرب من الخيال. نحن نعرف أن الكثير من الحالات الأخف وطأة تتماثل للشفاء من دون علاج محدد، مما يشير إلى أن حالتهم الاستتبابية هي رد فعل على ضغوطات الحياة (٩). قد يكون الاكتئاب رد فعل تسممي على تعاطي المخدرات أو قد ينتج عن اضطرابات صماوية مثل الوذمة المخاطية أو متلازمة كوشنغ (فرط نشاط قشر الكظر). إن الحالة الاكتئابية للمرض ثنائي القطب قد يصعب تفريقها عن الاكتئاب أحادي القطب. وبعد، فإن الأشكال السوداوية اللانموذجية والذهانية للاكتئاب هي متغايرات أخرى. ثمة ضرورة لتفريق الاكتئاب الهائج عن الاكتئاب التخلفي عند اختيار مضاد الاكتئاب الأكثر ملائمة. ولكن حتى مع هذه الإقصاءات، ثمة خمس أشكال للاكتئاب الرئيسي التي تتطلب مجموعة من العلاجات من قبل الخبير السريري.

أول شكل من أشكال الاكتئاب هو الذي يظهر أعراضاً جسمية (١٠). قد لا يقر الكثير من المرضى المصابين بهذه الحالة بإصابتهم بالاكتئاب. وهم يستفيدون من الإجراءات التي تصف كيف يمكن للإثارة الانفعالية والاكتئاب أن يتسبب في الأعراض الجسمية. وقد تم تطوير هذه الإجراءات على فترة سنوات عدة، وقد تم توسيعها مؤخراً (١١).

الشكل الثاني للاكتئاب هو أعراض النوبات الهلعية. في حين معالجة الاكتئاب هي في صدارة أولويات هؤلاء المرضى، من المهم أيضاً منحهم النصائح لما عليهم فعله خلال النوبة الهلعية، فهم بحاجة إلى المشورة لجهة عدم مغادرة المكان الذي تحصل فيه النوبة وإلى الشروح حول عدم إدراك الأفكار بشكل كوارثي وتقديم المشورة لهم لجهة «الحديث إلى الذات». وهم بحاجة إلى أن يذكروا أنفسهم بأنهم تعرضوا لهذه النوبات من قبل وأنها ستمر إذا هدءوا من روعهم وفكروا بالأمور المطمئنة التي تعارض الأفكار التي تراودهم خلال نوبة الهلع. وهذه المشورة من شأنها التخفيف من حدة هذه النوبات وتجعل من السهل التعامل معها وتحد من تفاقمها.

الشكل الثالث هو المرضى الذين لديهم صفات هوسية. يظهر على هؤلاء الأشخاص الذين يعانون شخصيات غير عادية سلوك هوسي وأفكار اكتئابية خلال الاكتئاب. ويمكن اختبار هذه الأعراض على أنها أعراض أساسية، ولكن يمكن النظر إليها على أنها ظاهرة ثانوية للمرض الاكتئابي. من الجيد حمل المريض إلى استخدام التقنيات المعترضة للأفكار وتقنيات تشتيت الانتباه ومنع الاستجابة.

الشكل الرابع للاكتئاب هو الذي يترافق مع مرض جسدي معروف. هذه الاكتئابات لا يتعرف إليها أطباء الصحة العامة بشكل دائم فيحصرون علاجاتهم بعلاجات المرض الجسدي (١٢). وما يعقد من تشخيص هذه الاكتئابات هو أن أربع من «الصفات التشخيصية» للاكتئاب (التعب، نقص النوم، انعدام الشهية، وخسارة الوزن) قد تكون ناجمة أيضاً عن المرض الجسدي. وهذا ما قد يسبب الحيرة، نظراً لعدم وجود عتبة واضحة لعدد الأعراض المطلوبة للتشخيص إذا تم عد هذه الأعراض. ولكن إذا كان الجواب إيجابي لأي من أسئلة التدقيق الخاصة بالاكتئاب، فيكون هناك حاجة إلى طرح ثلاثة أسئلة إضافية متعلقة بضعف التركيز والأفكار غير الضرورية والأفكار المتعلقة بالموت. ويكفي أن تتوافر ثلاثة أعراض أو

أكثر من هذه الأعراض الخمسة كي يشخص المريض بالاكتئاب بشكل دقيق ومحدد لدى تقييمه بالنسبة إلى كامل المعايير الموجودة في اللائحة (١٣،١٤). ويرتبط علاج الاكتئاب الناجح بمعدل وفيات أقل وتعاون أفضل مع العلاجات الجسدية اللازمة. وتتمثل مهمة الطبيب في التوصل إلى اتفاق مع المريض بأنه مصاب فعلاً بالاكتئاب، وأن يشرح آثار هذا المرض على نوعية حياته وحدة الآلام التي يختبرها والإعاقة التي يسببها المرض. إن مجموعة العلاجات التي تعتبر فعالة في الاكتئاب بين الأصحاء جسدياً كلها فعالة في هؤلاء المرضى، وإن الاجراء الخاص المطلوب من طبيب الصحة العامة هو حماية المريض من التدخلات الضائرة بين مضادات الاكتئاب والعقاقير المستخدمة لعلاج الأمراض الجسدية.

الشكل الخامس هو الاكتئاب الخرفي الزائف. في المرضى المتقدمين في السن، قد يظهر الاكتئاب على شكل خرف ظاهر، ولكن تثبت بعد حين أن الأعراض ناجمة عن عدم الانتباه والاختلال في التركيز، في حين أن أعراض الاكتئاب تكون موجودة من دون شك ويمكن إثباتها من خلال التحقيق المباشر. تكمن المهمة المحددة هنا في طمأنة المريض ومزود الرعاية أن مشاكل الذاكرة ليست ناجمة عن مرض دماغي، وأن المريض سيتحسن كثيراً إذا عالج الاكتئاب المصاب به.

إن التصنيفات الرسمية للاضطرابات النفسية غالباً ما تتعامل مع التغايرية المذكورة آنفاً من خلال طرح فكرة أن المريض ظهر عليه أكثر من اضطراب واحد «مراضة مشتركة». والكثير من الاكتئابات تترافق مع أعراض قلقية، لذا يجب أن توصف هذه الاضطرابات «بالاكتئابات القلقية». إن مفهوم «الاضطراب القلقي العام ذا المراضة المشتركة والاكتئاب الرئيسي» لا يصف معظم حالات الاكتئاب القلقي، بما أنه في هذه الحالة يجب أن تدوم الأعراض ستة أشهر، في حين أن الأعراض الاكتئابية تحتاج لأن تدوم أسبوعين. وعليه، فإنها تصف رد فعل اكتئابي في شخص مصاب بقلق مزمن، لذلك فإنه مفهوم أكثر حصراً من الاكتئاب القلقي.

ولكن الأعراض القلقية ليست على الإطلاق الأعراض الوحيدة التي تظهر على مرضى الاكتئاب، فمعظم المرضى الذين يلجئون إلى أطباء الصحة العامة تظهر عليهم مجموعة الأعراض المذكورة أعلاه. وإن مفهوم المراضة المشتركة لم يفضِ إلى تطوير التوصيات الخاصة بإدارة الطريقة التي يظهر فيها الاكتئاب على مختلف المرضى. على العكس، في حين أن هناك علاجات موصى بها لكل اضطراب نفسي على حدة، فإن هذه العلاجات جمعت مع بعضها بعضاً لكل اضطراب مراضة مشتركة. وإن ظهور أعراض مثل الظواهر الثانوية للاكتئاب لا تحتاج إلى التدخلات نفسها التي تحتاجها الأعراض المماثلة لدى ظهورها على شخص غير مصاب بالاكتئاب، ولكن هذا المصاب بحاجة أيضاً إلى المساعدة. وتجدر الإشارة إلى أن إبلاغ المريض بإصابته بأكثر من اضطراب نفسي هو بمثابة وصمة وهو أمر محبط أيضاً.

قد نتساءل ما إذا كان من المجدي التفريق بين الأنواع الفرعية للأمراض الاكتئابية، بما أنه ما إن تحدث الهدأة يتم على الأرجح إقصاء كل هذه الأعراض المعاونة، وما يبرر ذلك بشكل جزئي هو الحاجة إلى إعطاء المشورة المختلفة للأعراض المعاونة عندما تدوم النوبة. ويجب أيضاً الأخذ بالاعتبار احتمال الإقصاء الذي قد يحدث بشكل أسرع إذا ما أعطيت المشورة الإضافية للمريض خلال النوبة.

تم اختيار الأشكال الخمسة الآنف ذكرها لأن كل منها يتمتع بصفات محددة تجذب المقاربات السريرية المختلفة للمشاكل التي يطرحها الاكتئاب. وبدلاً من القيام بمقاربات مختلفة، من المفضل النظر إلى المظاهر الأساسية لمشاكل المريض الحالية والاستجابة لها بشكل ملائم.

إذا قمنا بتطوير الأعراض الاكتئابية، يمكننا أن نطور أعراضاً أخرى معتمدة على عوامل الاستعداد للإصابة في وقت مبكر من حياة المريض، وعلى بنيتنا الشخصية، وعلى الأمور الضاغطة في بيئتنا الاجتماعية الحالية. ومن الخطأ الشديد أن نعتبر أن أنماط الأعراض المنتشرة المختلفة هي محددة بشكل قاطع، وأن ثمة تصنيفاً تكون فيه المتلازمات المختلفة «حصرية بشكل متبادل وشاملة بشكل مشترك».

يجب على الخبير السريري أن يعطي المشورة المناسبة للمريض المناسب من دون إقحام نظام رمزي للدلالات التشخيصية المختلفة عليه.

لقد أصبح الاكتئاب الرئيسي اليوم كياناً ضخماً، حيث يمكن القيام بالتشخيص بالاعتماد على عدد الأعراض الموجودة، بالإضافة إلى الإعاقات المرتبطة. قد يكون من الأصح أن نقوم بهذا التبسيط للأطباء في المجال العام، ولكن ذلك سيكون أمراً غير واقعي.

المراجع

1. Paykel ES, Tylee A, Wright A et al. The Defeat Depression Cam- paign: psychiatry in the public arena. Am J Psychiatry 1997;154(Sup- pl.):59-65.
2. Jorm AF, Christensen H, Griffiths KM. Changes in depression awareness and attitudes in Australia. The impact of beyondblue: the national depression initiative. Aust N Z J Psychiatry 2006;40:42-6.
3. Regier DA, Hirschfeld RM, Goodwin FK et al. The NIMH Depres- sion Awareness, Recognition, and Treatment Program: structure, aims, and scientific basis. Am J Psychiatry 1988;145:1351-7.
4. Proudfoot J, Ryden C, Everitt B et al. Clinical efficacy of computer- ised cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2004;185: 46-54.
5. Christensen H, Griffiths KM, Jorm AF. Delivering interventions for depression by using the internet: randomised controlled trial. BMJ 2004;328:265-8.
6. Lux V, Kendler KS. Deconstructing major depression: a validation study of the DSM-IV diagnostic criteria. Psychol Med 2010;40:1679- 90.
7. McGlinchey JB, Zimmerman M, Young D et al. Diagnosing major depressive disorder. VIII. Are some symptoms better than others? J Nerv Ment Dis 2006;194:785-90.
8. Jang K, Livesley W, Taylor S et al. Heritability of individual depres- sive symptoms. J Affect Disord 2004;80:125-33.
9. Wakefield JC. Diagnosing DSM-IV. 1. DSM-IV and the concept of disorder. Behav Res Ther 1997;35:633-49.

10. Ustun TB, Sartorius N. Mental illness in general health care. Chich- ester: Wiley, 1995.
11. Rosendal M, Burton C, Blankenstein AH et al. Enhanced care by generalists for functional somatic symptoms and disorders in pri- mary care. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009;4: CD008142.
12. Goldberg DP. The detection and treatment of depression in the physically ill. World Psychiatry 2010;9:16-20.
13. Zimmerman M, Chelminski I, McGlinchey JB et al. Diagnosing major depressive disorder. X. Can the utility of the DSM-IV symp- tom criteria be improved? j Nerv Ment Dis 2006;194: 893-7.
14. Andrews G, Anderson TM, Slade T et al. Classification of anxiety and depressive disorders: problems and solutions. Depress Anxiety 2008;25:274-81.

شراكات من أجل تحسين الصحة النفسية حول العالم: توصيات الجمعية العالمية للطب النفسي حول أفضل الممارسات في العمل مع المستفيدين من الخدمات والقائمين بالرعاية العائلية

Maya Semrau, Elizabeth A. Barley, Ann Law, Graham Thornicroft

Health Service and Population Research Department, Institute of Psychiatry, King's College London, UK

أسس رئيس الجمعية العالمية للطب النفسي م. ماج فريق عمل حول أفضل الممارسات للعمل مع مستخدمي الخدمات والقائمين على الرعاية في العام ٢٠٠٨، برئاسة ه. هرمان. كان على فريق العمل أن يعد التوصيات لمجتمع الصحة النفسية الدولي حول الحفاظ على الشراكة الناجحة في العمل. بدأ العمل بمراجعة المنشورات حول إشراك مستخدمي الخدمات والقائمين على الرعاية وشراكتهم. وكان ذلك بمثابة اعتبارات للممارسات الجيدة، بما فيها اختيار المصطلحات المناسبة، وتوضيح عملية الشراكة، وتحديد العراقيل التي تقف حائلاً أمام العمل والحد منها. وبناءً على مراجعة المنشورات وعلى المعرفة المشتركة في فريق العمل، تم تطوير مجموعة من عشر توصيات للممارسات الجيدة. كانت هذه التوصيات الأساس لتقديم الاستشارة من الأطراف ذوي الخبرة كافة حول العالم ومستخدمي الخدمات والعائلات والقائمين على الرعاية وهيئة الجمعية العالمية للطب النفسي ومجلسها. وقد أظهرت النتائج وفاقاً كبيراً في مجتمع الصحة النفسية حول العالم على عشر توصيات، وكان التأييد الأكبر لمستخدمي الخدمات والقائمين على الرعاية. ويشكل هذا الوفاق العام أساساً لخطط فريق العمل الرامية إلى حشد الدعم للأنشطة التي تعزز العمل حول العالم وتحدد نماذج أفضل الممارسات وخلق مورد لمساعدة الآخرين على البدء بالتعاون المثمر.

الكلمات الرئيسية: مستخدمو الخدمات، القائمون على الرعاية العائلية، الصحة النفسية، الشراكة، أفضل الممارسات.

(World Psychiatry 2011;10:229–236)

خلال السنوات الماضية، اعتمدت دول عدة (منها الولايات المتحدة الأمريكية، بريطانيا، أيرلندا، أستراليا، نيوزلندا، وكندا) التوجه نحو الشفاء كمبدأ إرشادي في سياسات الصحة النفسية الخاصة بها (1). وكان المفتاح لهذا التطوير مقاربة الشراكة بين خبراء الصحة النفسية ومستخدمي خدمات الصحة النفسية وعائلاتهم وأصدقائهم.

يؤدي مستخدمو الخدمات دوراً بارزاً في الدعوة لتحسين سمعة خبراء الصحة النفسية وخدماتها كذلك سمعة الأشخاص الذين يعانون من مرض نفسي. في السنوات الماضية، تم إشراك مستخدمي الخدمات والقائمين على الرعاية بشكل إيجابي في عدد من الأنشطة، من بينها الدعوة لدعم البحوث، الرعاية والإدماج الاجتماعي، ومشاريع المساعدة الذاتية. وقد تعاونت الجمعية العالمية للطب النفسي على شتى المستويات مع منظمات المستخدمين والقائمين على الرعاية، كمثل الندوات الثلاثية الأطراف في المؤتمرات للتشجيع على التوصل إلى النتائج. وقد آلت الجهود المبذولة في عدد من الدول لتغيير نظرة المجتمع وتحسين الرعاية الصحية النفسية بالشراكة إلى قرارات وإرشادات، ولكن يبقى أن يتم استخدامها على نطاق واسع وأن تطرأ تغييرات على بنيتها (2).

ومن بين أهداف مؤسسي الجمعية العامة للطب النفسي هو أداء دور مهم كالمناداة بحقوق المرضى وعائلتهم وكرامتهم (3). وعليه، توصلت الجمعية العالمية للطب النفسي إلى إرشادات أخلاقية للعمل في الطب النفسي، بما فيها إعلان مدريد (4)، الذي يضع أسس احترام المرضى، ومعاملتهم على أنهم شركاء في العملية العلاجية، وحماية الكرامة الإنسانية والحقوق القانونية.

فريق عمل الجمعية العالمية للطب النفسي حول أفضل الممارسات للعمل مع مستخدمي الخدمات والقائمين على الرعاية

في العام ٢٠٠٨، أسس رئيس الجمعية العالمية للطب النفسي م. ماج فريق عمل حول أفضل الممارسات للعمل مع مستخدمي الخدمات والقائمين على الرعاية يرأسه ه. هرمان لدعم خطة عمل الجمعية العالمية للطب النفسي للسنوات ما بين ٢٠٠٨ و٢٠١١ (٥). وكان أحد أبرز أهدافه: «دعم البرامج الدولية والوطنية الهادفة إلى حماية حقوق الإنسان للمرضى المصابين بالاضطرابات النفسية؛ الترويج للإشراك المفيد لهؤلاء الأشخاص في التخطيط وتطبيق خدمات الرعاية النفسية؛ وتشجيع تطوير عمل مرتكز على الأشخاص في الطب النفسي والطب بشكل عام؛ وتعزيز التكافؤ في الوصول إلى خدمات الصحة النفسية لمختلف الأعمار والأجناس والأعراق/الإثنيات والأديان والأوضاع الاجتماعية والاقتصادية».

دعت الجمعية العالمية للطب النفسي والقائمون على الرعاية العائلية إلى الانضمام لفريق العمل، وذلك إقراراً منها بمساهمتهم البارزة في تحسين الصحة النفسية في أي بلد. وكان على فريق العمل أن يحضر التوصيات لمجتمع الصحة النفسية الدولي حول أفضل الممارسات في العمل مع مستخدمي الخدمات والقائمين على الرعاية.

حدد فريق العمل الحاجة الأولية لوضع نهج موحد للدعوة للصحة النفسية وحقوق الإنسان على المستويين الوطني والدولي. فالدعم الكافي لخدمات الصحة النفسية وتحسينها في أي مجتمع يحتاج إلى توحيد

الصفوف. وذلك يستلزم دعم قدرات كل مجموعة كي تتمكن من العمل بفاعلية في إطار الشراكة. وبما أن مستخدمي الخدمات والقائمين على الرعاية يفتقرون إلى القدرة على التفاعل بشكل متكافئ مع المحترفين ومع صناع القرار على مستوى الحكومة، فإن المساعدة في بناء هذه القدرة مهمة لهم وللجمعية العالمية للطب النفسي ولمجتمع الصحة النفسية الدولي الأكثر اتساعاً (2).

مراجعة المنشورات حول إشراك مستخدمي الخدمات والقائمين على الرعاية

تمت مراجعة المنشورات حول إشراك مستخدمي الخدمات والقائمين على الرعاية في تحسين الصحة النفسية. وكان الهدف تحديد البحث الموجود وتلخيصه، وكذلك الإرشادات المتعلقة بالتعاون بين محترفي الصحة النفسية والأطراف الأخرى من مستخدمي الخدمة/العائلات/القائمين على الرعاية في مجال السياسة والممارسة والتقييم والتدريب والتعليم ومكافحة الوصمة والتمييز، وحشد الجهود والموارد لدعم الممارسات الجيدة في البحث والرعاية وإعادة التأهيل والإدماج الاجتماعي. وشملت مناهج مراجعة المنشورات: البحث في قواعد البيانات، والربط بين منظمات المستخدمين والقائمين على الرعاية والهيئات الصحية النفسية الوطنية والدولية التي تعنى بحقوق الأشخاص المعوقين والتي تعمل على الترويج لها. وترد نتائج هذه المراجعة في الفقرات أدناه وفق المواضيع الأساسية التي وجدت في المنشورات.

الاصطلاح

الاصطلاح وجه مهم من أوجه العمل ضمن الشراكة، إذ يتيح توضيح الأطراف التي يجب أن تكون مشاركة وكيف تنظر تلك الأطراف إلى بعضها بعضاً وإلى أدوارها، فضلاً عن أشكال الإشراك ومستوياته، ومكانه وكيفية حصوله (٦،٧).

قد يكون الاصطلاح مثيراً للجدل ضمن المجموعات المعنية. فعلى سبيل المثال، قد يختلف طرفان على تسمية الأشخاص بـ"مستهلكين" بدلاً من "مستخدمي خدمة"، أو "مرضى" بدلاً من "وكلاء"، أو "ناجين"، كما أن ذلك قد يثير جدلاً بين المجموعات الأخرى. كذلك، قد لا يريد الأشخاص من ذوي المريض أن يطلق عليهم تسمية "القائمين على الرعاية" أو "مانحي الرعاية" أو بكل بساطة "العائلة" أو "الأصدقاء" (8).

تعرّف الشراكة على أنها العلاقة التعاونية بين المستخدمين ومقدمي الرعاية والخبراء السريريين. وقد تتراوح أشكال الشراكة بكم المعلومات التي تقدم لمستخدم الخدمات أو مزود الرعاية. وهي تشمل مختلف أشكال التعاون (٩،١٠). كما يجب أن تكون الأشكال والمستويات، من تقديم المعلومات إلى تشارك القوة والقيادة من قبل العائلات ومستخدمي الخدمات، وجهاً أساسياً للإرشادات، لأن الوضوح حول الأمور المقدمة أو المتوافرة هو وجه أساسي لتحديد المصطلحات المتعلقة بالشراكة (١١).

تشمل مواقع الشراكة الرعايةَ الشخصية الأساسية (١٢)، وصولاً إلى المواقع المحلية والإقليمية والدولية حيث يمكن للمشاركة أن تحدث. ويمكن لكل موقع أن يكون له مستوياته الخاصة (١٣،١٤). على سبيل المثال، على مستوى الشخص، يمكن إعلام الناس بالقرارات التي تتخذ من خلال الاستشارة التي تتم في مرحلة مبكرة من خلال المسوحات أو أن تتم دعوتهم كأعضاء في اللجان الوطنية أو أن يمنحوا تمويلاً لتطوير البرامج الوطنية الخاصة بهم.

تشمل المعايير الأخرى للشراكة نوع الخدمة أو المجموعة التشخيصية عندما تتركز الشراكة على أوجه معينة من العمل النفسي، مثلاً تطوير خدمات مجتمعية جديدة للأشخاص الذين يتم تشخيصهم باضطرابات الشخصية (١٥).

توضيح عملية الشراكة

تبدأ هذه العملية بتحديد الأهداف وتنتقل إلى تحديد كيفية سير العمل وكيفية مراقبة العمل وتقييمه واستخدام الدروس المستفادة في العمل المستقبلي. وقد حددت المراجعة العمل الذي شارك فيه المستخدمون والعائلات، بما فيه التدريب والتعليم والدعوة والبحث والتقييم والتخطيط والإدارة وتقديم الخدمات (١٦–١٨). ويرتبط بذلك وضوح الأهداف والعمليات وقياس النتائج والتعلم من العمل القائم بكل من هذه الخطوات المذكورة والمساعدة على ضمان النجاح والاستمرارية (٧).

معوقات الشراكة

أظهرت المراجعة أن معوقات الشراكة تظهر هي نفسها بشكل متكرر في المنشورات (١٩،٢٠)، في حين تتضح الأفعال والأنظمة التي تدعم الشراكة.

قد يحول دون الشراكة عدم الوضوح في مسائل التمثيل والمساءلة (٢١). أما غياب الالتزام من مزودي الخدمة والمخططين والموظفين المحترفين فيظهر غالباً في "القبول الرمزي"، أي انخفاض عدد المشاركين وسوء الدعم لجهة التمويل والوصول إلى الموارد، أو نقص الدعم والتدريب للأطراف (9). فالكل بحاجة إلى التدريب على العمل المشترك.

يتمثل أحد المعوقات الأخرى في السياسة والإستراتيجية، فالمنظمات تحتاج إلى سياسة واضحة حول الشراكة، والموظفون يجب أن يكونوا على اطلاع بالسياسات القائمة وبكيفية تطبيقها.

إن تباين الأهداف بين الأفراد قد يخلق معوقات تحول دون نجاح العمل المشترك (٢٢،٢٣). وقد أظهرت مراجعة المنشورات مجموعة من الأهداف التي تأتي بها كل مجموعة إلى العملية. فمستخدمو الخدمات والمرضى يهمهم المرافق الأساسية والعلاجات المتوافرة، وحقوق الإنسان والخيارات المتاحة، في حين أن العائلات تبحث عن رعاية فضلى للشخص الذي يتلقى الرعاية، إلى جانب الحق في الرعاية، ومزيد من المساعدة لهم بشكل خاص، أما الموظفون فيبدون قلقاً حيال ما هو متوقع منهم وحيال كيفية إضافة شيء إلى واجباتهم وتحسين الخدمة وتحقيق الأهداف المرجوة. أما المدراء فيهمهم التكاليف وأهداف الحكومة. وعلى المفوضين أن يوفقوا بين المشاغل العامة والخيارات والحقوق. أما الحكومات فتريد أن تعالج الأمور المتعلقة بالدائرة الانتخابية.

الممارسات الجيدة التي تصب في مصلحة الشراكة

حددت المراجعة أوجهاً عدة للممارسة الجيدة في إشراك مستخدمي الخدمات والعائلات، وذلك يشمل: إشراكهم من البداية في الأمور الجديدة وفي تغيير الخدمات الموجودة؛ نشر الوعي بالمسائل الثقافية المتعلقة بمختلف شرائح السكان؛ معالجة مسألة الوصمة والتمييز بين العامة والموظفين؛ الوضوح والصدق من جهة ما هو ممكن وما هو متوقع وما هو غير ممكن؛ ضمان ألا يكون الإشراك قسرياً أو ألا يتم بواسطة التحكم أو الاستغلال؛ ضمان وجود استعداد عام للتغيير؛ تأمين مناهج إشراك مختلفة

وفرص تناسب الحاجات والإمكانيات؛ معالجة مسألة الوصول إلى الخدمة (من الناحية العملية والمالية)؛ منح مستخدمي الخدمات/مجموعات الرعاية إمكانية للتحكم أكثر بميزانية الإشراك؛ توفير الدعم والمراقبة بشكل منتظم للأشخاص المعنيين؛ تأمين الدعم والتمويل لإتاحة التمثيل والمساءلة لمجموعات ذات حجم أكبر؛ بناء قدرات مستخدمي الخدمات/العائلات/العامة؛ تدريب الموظفين على الإشراك في الممارسات الجيدة؛ مؤازرة الإشراك من المستويات الأعلى إلى الأدنى؛ دعم الموظفين للقيام بعمل الإشراك؛ وضع سياسات إشراك واضحة «مملوكة» ومفهومة من قبل كل الأطراف؛ مراقبة الإشراك وتقييمه وتعميم النتائج؛ تقدير الإشراك وضمان أن تكون ذات قيمه لدى مزودي الخدمات والمخططين.

أمثلة على الإشراك في العمل

حددت مراجعة المنشورات أمثلة على الشراكة الناجحة. مستخدمو الخدمات والقائمون على الرعاية يشتركون في تدريب العاملين في الصحة النفسية في بريطانيا (١٧). ومستخدمو الخدمات يشتركون في مراقبة الخدمات أو في تطوير مقاييس النتائج في بعض البلدان (٢٤،٢٥). في الكثير من البلدان، يشترك مستخدمو الخدمات والقائمون على الرعاية في لجان تخطيط وإدارة الخدمات (٢٦)، هذا على الرغم من أن مشاركة العائلات في اللجان أقل انتشاراً (٢٧). ويتم توظيف مستشاري للاستهلاك بنجاح في أستراليا (٢٠،٢٨). أما الحوار الثلاثي (اجتماعات نقاش دورية خارج بيئة العمل بين الأطراف) فهو وسيلة أخرى أثبتت نجاحاتها في ألمانيا والنمسا (٢٩،٣٠). وقد تم تطوير الإرشادات التوجيهية للعمل المشترك في بعض البلدان (١١،٣١،٣٢).

عملية الاستشارة الخاصة بفريق العمل

عقد الاجتماع الأول لفريق العمل في فيينا في آذار/مارس ٢٠١٠. قبل الاجتماع، طلب من الأعضاء تقييم المواضيع المستقاة من المنشورات والتعليق عليها وتحديد ما إذا كانت ذات صلة. فتوصل فريق العمل إلى مسح للمنشورات وأجروا تحليلاً للمواضيع وأتوا بنماذج أفضل الممارسات في بلدانهم وبخبرتهم الشخصية بأنظمة الصحة النفسية والعمل فيها. وقد شكل الاجتماع نموذجاً للشراكة والتعاون إذ جمع عدداً كبيراً من المشاركين. حتى أن شخصاً شارك في الاجتماع عن طريق برنامجSkype عبر الانترنت. وعلى فترة يومين جمع الأطراف المشاركون المعارف والأفكار التي يملكونها وناقشوا المسائل المطروحة وشاركوا خلاصاتهم التي وردت في النسخة الأولى للتوصيات العشر.

مناهج الاستشارة

تم تطوير منهجين للاستشارة. الأول كان مسحاً عبر الانترنت لمستخدمي الخدمات والقائمين على الرعاية وأعضاء هيئة الجمعية العالمية للطب النفسي ومجلسها. أما في المنهج الثاني فقد سعى فريق العمل إلى استشارة الأشخاص العاديين من مستخدمي الخدمات والقائمين على الرعاية. وقدم ك. أندرهيل وس. راجا وهما مستشاران خاصان لفريق العمل من جمعية BasicNeeds خبرتهم في هذه المنظمة حول الاستشارة الأساسية للوصول إلى الأشخاص الذين يختبرون مرضاً نفسياً في كينيا ولاووس و سريلانكا. وقد صممت الاستشارة بشكل يسمح للسكان في المناطق النائية والذين لا يجيدون القراءة أن تتم مشاورتهم. وقد نسق ب. دافار سلسلة من الاستشارات الفرعية مع منظمات ومع خبير واحد في أربع مدن في الهند.

كما استشار فريق العمل لجنة الجمعية العالمية للطب النفسي حول الأخلاقيات ودعا رئيسها وعضو آخر، هو مسؤول في المنظمة العالمية لإعادة التأهيل النفسي الاجتماعي، لحضور اجتماعات فريق العمل بوصفهما مستشارين ولدراسة التعديلات المقترحة على إعلان مدريد الخاص بالجمعية العالمية للطب النفسي.

المسح عبر الانترنت

تم الاتصال بالخبراء الفرديين عبر الرسائل الإلكترونية وطلب منهم ملء استمارة صغيرة عبر الإنترنت. أما بالنسبة إلى مسح مستخدمي الخدمات والقائمين على الرعاية، فقد تم استخدام قائمة استشارة. بعض الذين شملهم المسح كانوا رؤساء في منظمات غير حكومية عملوا في مجال الصحة النفسية. وتم تحديد المنظمات الأخرى والأفراد الآخرين من خلال مراجعة المنشورات. وكان على كل عضو من أعضاء فريق العمل أن يدلوا بمساهمتهم من جهة الأفراد والمجموعات والشبكات التي يمكنها المشاركة في الاستشارة. وتم البحث عن الخبراء في كل بلد كان لفريق العمل اتصال مع أشخاص فيها، وشملت هذه البلدان القارات أجمع. وبما أن الترجمة لم تكن متوفرة، فكان على المشاركين أن يجيدوا اللغة الإنجليزية. وتم اتخاذ قرار باستشارة الخبراء الفرديين نظراً لأن استشارة أعضاء المنظمات قد تستغرق وقتاً طويلاً. ولكن مع ذلك، تمكنت منظمة واحدة هي اتحاد الجمعيات الأوروبية لعائلات المصابين بأمراض نفسية (EUFAMI) من تقديم الاستشارة.

كان كل من التوصيات العشر موضوع سؤال محدد. وطلب من المجيبين أن يقيّموا موافقتهم على التوصية، وترك لهم المجال للقيام بتعليق اختياري. وكان السؤال الحادي عشر سؤالاً مفتوحاً طلب بواسطته من المشاركين إضافة موضوع معين.

تم نشر المسح في حزيران/يونيو وتموز/يوليو ٢٠١٠، وأعيدت الإجابات في آب/أغسطس من العام نفسه. وأجاب عن الأسئلة ١٢٦ مشاركاً من المشاركين الـ١٥١ الذين طلبت منهم المشاركة. وكان هناك ٢٤ إجابة من ٣٠ عضواً من هيئة الجمعية العالمية للطب النفسي ومجلسها.

قدمت النتائج ونوقشت في الاجتماع الثاني لفريق العمل في المؤتمر الدولي للجمعية العالمية للطب النفسي الذي عقد في بكين من سبتمبر من العام ٢٠١٠.

الاستشارات في أربعة بلدان متدنية الدخل

عقدت سلسلة من الاستشارات مع مستخدمي الخدمات والقائمين على الرعاية في برامج BasicNeeds الميدانية في ثلاثة بلدان. وقد بلغ عدد المشاركين 1197: 32 في لاوس، و62 في سريلانكا، و1103 في كينيا. ومعظمهم كانوا من عائلات متدنية الدخل. في كينيا عقدت الاستشارات في منظمات مستخدمي الخدمات المحلية القائمة، وتحديداً مؤسسة الفصام الكينية، ومستخدمو الخدمات والناجون في الطب النفسي، حيث تم اختيار المشاركين من عائلات مدنية متوسطة الدخل أو من الطبقة العليا. في سريلانكا وكينيا، تم تطوير كتب إرشادية للنقاش بالاعتماد على التوصيات التي اقترحت في الاستشارات. وفي لاوس تم تطوير أداة للنقاش وشملت ست أسئلة كوسيلة لتسهيل النقاش في عملية الاستشارة.

في الفترة نفسها، تمت استشارة خمس منظمات وخبير فردي واحد في

أربع مدن في الهند (بوني، بنغالور، دلهي، وشيناي)

نتائج المسوحات والاستشارات

نورد في الفقرات التالية نتائج المسح الذي يتعلق بكل من التوصيات العشر التي وضعت في آذار/مارس ٢٠١٠.

احترام حقوق الإنسان أساس لنجاح الشراكة في الصحة النفسية

وافق مستخدمو الخدمة والقائمون على الرعاية على أن الحقوق هي أساس الشراكة، إلا أن الآراء تباينت حول تطبيق هذه الحقوق. البعض رأى أنه في حال كانت هناك حاجة إلى التقييد الجسدي، فيجب احترام الشخص المعني في أي مواقف أو سلوكيات معتمدة. أما البعض الآخر فرأى أن القسرية تخل دائماً باحترام المريض وأعربوا عن قلقهم من أن يستثني تطبيق حقوق الإنسان في بعض البلدان بشكل صريح للأشخاص المصابين من بعض الأحكام. ورأى آخرون أنه يجب وضع حقوق الإنسان جانباً إذا كان الشخص يعاني حالة ذهانية.

اتفق المجيبون من هيئة الجمعية العالمية للطب النفسي ومجلسها على أن حقوق الإنسان هي أساس العمل، ولكن البعض رأى أن الاحترام أكثر أهمية من الحقوق بشكل عام. وقال البعض 'إن الصحة والعلاج هما حقان، مما يستدعي العلاج القسري إذا كان الشخص مصاباً بالذهان.

يجب تطوير التشريعات والسياسات والعمل السريري المتعلق بحياة الأشخاص المصابين بالاضطرابات النفسية ورعايتهم، وذلك بالتعاون مع مستخدمي الخدمات والقائمين على الرعاية.

وافق المجيبون من مستخدمي الخدمات والقائمين على الرعاية على أن التعاون ضروري؛ وإلا سيكون التشريع والسياسة والممارسة السريرية مرتكزة على برنامج عمل من طرف واحد تديرها الحكومة ومزودو الخدمات. وبما أن الصحة النفسية هي مجال تدور حوله النقاشات، فإن على مزودي الخدمات أن يضمنوا أن الخدمة التي يتلقونها تحترمهم كأشخاص في المجتمع. وكانت هناك مخاوف من أن يصعب الفرق في السلطة بين المرضى ومزودي الخدمات من العمل التعاوني الحقيقي.

اتفق المجيبون من هيئة الجمعية العالمية للطب النفسي ومجلسها على الحاجة إلى إحراز المزيد من التقدم باتجاه التعاون الحقيقي، ولكنهم أعربوا عن قلقهم من تحديد الجهات التي يجب مشاورتها لضمان التمثيل الحقيقي للذين يعانون أكثر الأمراض النفسية حدة ومشاورة عائلاتهم وتمثيل حاجاتهم وثقافتهم.

مجتمع الصحة النفسية الدولي وضرورة دعمه لتطوير منظمات مستخدمي الخدمات والقائمين على الرعاية

دعا المجيبون من مستخدمي الخدمات والقائمين على الرعاية إلى اعتراف أكبر بمساهمة دعم الأقران وحركات مستخدمي الخدمات الرامية إلى دعم الرفاهية وتحسين الخدمات المقدمة. كان البعض يريد منظمات مستقلة لإيصال صوت مستخدمي الخدمات والقائمين على الرعاية بشكل منفصل وبشكل تعاوني إن أمكن دون أن يتم وضعهم في مواجهة مع بعضهم بعضاً.

واتفق المجيبون من هيئة الجمعية العالمية للطب النفسي ومجلسها على أهمية دعم منظمات مستخدمي الخدمات والقائمين على الرعاية، مع بعض التحفظات على هوية المنظمات التي يجب دعمها وأهدافها، وعلى أهمية احترام الثقافات والقيم المحلية.

تحسين الصحة النفسية المجتمعية وضرورة أن يكون ذلك هو الشرط الأساسي لصياغة السياسات الداعمة للتطور الاقتصادي والاجتماعي ويتطلب ذلك مشاركة من كل قطاعات المجتمع

وجد المجيبون من مستخدمي الخدمات والقائمين على الرعاية أن الصحة النفسية وجه أساسي من أوجه الصحة ودعوا إلى خطوة تتعدى التركيز المنحصر في فهمنا الطبي للصحة النفسية وتمتد لتشمل العمل بطرق تدعم رفاهية المجتمعات وتعزز صحة البيئة. ولكن كانت هناك بعض التحفظات، فبعض الناس لم يبدوا رغبة في المشاركة كذلك قد يساء استخدام الطب النفسي المجتمعي لتوسيع الالتزام بالعلاج النفسي من دون التركيز الأوسع على الرفاهية.

واتفق المجيبون من هيئة الجمعية العالمية للطب النفسي ومجلسها على ضرورة حشد الحكومات من أجل محاولة تثقيف السكان بالصحة النفسية وعلى عدم إمكانية ممارسة الطب النفسي في الأماكن التي لا تتوافر فيها الحاجات الأساسية من المياه والنظافة والمأكل والمسكن. وأبدوا قلقاً من ألا يؤدي بالضرورة صرف المال على تعزيز الصحة النفسية إلى مساعدة المصابين بالأمراض النفسية.

المنظمات الدولية والمحلية المحترفة، بما فيها الجمعية العالمية للطب النفسي والجمعيات الأعضاء، وضرورة إشراك المستهلكين والقائمين على الرعاية في أنشطتها

اتفق المجيبون من مستخدمي الخدمات والقائمين على الرعاية على أهمية الإدماج كمبدأ مهم وعلى ضرورة التمويل لضمان مشاركة العدد الكافي من الأشخاص من أجل إحداث فرق ما. ولكن كانت هناك بعض التحفظات، إذ اعتبر البعض أن عملية الإشراك قد تكون مجرد كلام وألا تتمكن من إحداث فرق في الخيارات الخدمية المقدمة. كما أعرب البعض عن قلقه من أن لا ينظر إلى مستخدمي الخدمات والقائمين على الرعاية على أنهم قابلين للتبديل ورأوا ضرورة أن تكون المجتمعات المدعوة مستقلة عن التمويل من قطاع تصنيع الدواء.

واتفق المجيبون من هيئة الجمعية العالمية للطب النفسي ومجلسها على ضرورة أن تكون المنظمات المحترفة فعالة في فتح أبوابها أمام المنظمات غير الحكومية ومنظمات مستخدمي الخدمات والعائلات.

أفضل العلاجات السريرية لكل شخص يعاني حالة حادة أو يخضع لإعادة التأهيل تتم بتعاون بين المستخدم والقائم على الرعاية والخبير السريري

اتفق المجيبون من مستخدمي الخدمات والقائمين على الرعاية على ضرورة أن تكون المشاركة ذات معنى وليس فقط رمزية. وعللوا ذلك بضرورة مساهمة الناس في النقاشات التي تدور حول رعايتهم وصحتهم، وضرورة تحملهم مسؤولية تماثلهم للشفاء. ولكن ما شغلهم هو هوية الجهة التي يجب أن تتخذ القرار المتعلق بالعلاج وتضارب المصالح المحتملة بين مستخدمي الخدمات وأفراد العائلة. وأبدى أفراد العائلة قلقاً من أن يتم استثناؤهم. وسأل بعض مستخدمي الخدمات ما إذا كان التعاون ممكناً في الحالات التي يفرض فيها العلاج الحاد.

وجدت جمعية BasicNeeds أهمية في تمكين مستخدمي الخدمات والقائمين على الرعاية من الوصول إلى العلاج وفي إشراك مزودي الخدمات للحفاظ على تحفيزهم للعلاج. ووجد القائمون على الرعاية أنهم بحاجة إلى الدعم للتعامل مع الأزمات مثل السلوك الانتحاري. ورأوا أهمية وضرورة في التعاون بين مستخدمي الخدمات والقائمين على الرعاية والخبراء السريريين. وأرادوا أن يضمنوا أن يفهم الخبراء السريريون أن المرض ليس فقط المسألة المهمة في الحالة.

أبدى المشاركون من مستخدمي الخدمات في الاستشارات الفرعية في الهند رغبتهم في مشاركة أكبر في العلاج الخاص بهم، وأن يصغي إليهم الأطباء، وأن يتلقوا شرحاً لعلاجاتهم. وطلبوا علاجاً يأخذ بالاعتبار إبداع الناس وروحانيتهم، وأرادوا أن يتم إعطاؤهم بدائل للعلاج أو العقاقير التي لها آثار جانبية. وأبدى أفراد العائلات قلقهم من أن المصابين بالأمراض النفسية يتلقون خدمات أقل جودة من المجموعات الصحية الأخرى. وقد أبدوا احتراماً للأطباء، مما يجعل لكلمتهم تأثير، لذلك عليهم أن يتوخوا الحذر عندما يتفوهون بأي كلمة. وأبدت العائلات رغبة في تشخيص متعدد الأبعاد وفرق من اختصاصات متعددة.

اتفق المجيبون من هيئة الجمعية العالمية للطب النفسي ومجلسها على أهمية التعاون ولكن مع ذلك فإن الحوار الثلاثي ليس هو المطلوب دائماً وأن بالإمكان أحياناً إشراك كبار السن مثلاً في المجتمعات التقليدية.

تحسين التثقيف والبحث والنوعية في الرعاية الصحية وضرورة التعاون بين المستخدمين والقائمين على الرعاية والخبراء السريريين

اتفقت كل مجموعات المجيبين على هذا المبدأ. وأشار مستخدمو الخدمة والقائمون على الرعاية إلى أهميتها نظراً لوجود أفكار جديدة مثل الرعاية الشفائية والمجتمعية التي تغير العلاج والرعاية في بعض البلدان. البعض أراد من مستخدمي الخدمات أن يكونوا في القيادة من أجل إتاحة المجال أمام فهم جديد لمسائل الصحة النفسية من منظارهم. أما أفراد العائلات فطالبوا بدور أكبر نظراً لمساهمتهم في الرعاية. واقترح أيضاً إشراك المعالجين التقليديين.

يجب لفت النظر إلى الإدماج الاقتصادي والاجتماعي من أجل تحقيق الشفاء في مجال الصحة النفسية (مثلاً في مجالات توفير التثقيف الملائم والإسكان والتوظيف والدعم القانوني والعائلي)

اتفق مستخدمو الخدمات والقائمون على الرعاية بشكل عام على أن الشفاء يجب أن يتعدى التحكم بالأعراض ليشمل تحسين نوعية حياة الناس. أما الأمور التي شغلتهم فهي التركيز الحالي المفرط على التوظيف، والذي قد لا يكون مناسباً للجميع. كما أشاروا إلى احتمال حاجة الأشخاص إلى التماثل للشفاء من الأعراض الجانبية للعقاقير والعلاج بالصدمات الكهربائية المستخدم في العلاج.

وجدت جمعية BasicNeeds أن مستخدمي الخدمات والقائمين على الرعاية يطلبون التثقيف وفرص عمل معتبرين أنها عوامل مهمة، مما يمكن الناس من التعامل مع أمراضهم والمساهمة في حياتهم العائلية وحصد القبول الاجتماعي. ويتمثل الشفاء في إمكانية المشاركة في الأنشطة الدينية والمجتمعية.

طلب أفراد العائلات في الهند مزيداً من الدعم المجتمعي المتصل مع الثقافة المحلية وأن يتم أخذ العوامل البيئية بعين الاعتبار.

اتفق المجيبون من هيئة الجمعية العالمية للطب النفسي ومجلسها على أهمية المحددات الاجتماعية والاقتصادية للصحة النفسية. إلا أن بعضهم أكد على الحاجة إلى إيجاد توازن بين العلاج النفسي الطبي وتوفير التثقيف والإسكان، والبعض الآخر أعرب عن قلقه من أن ثمة خطوة نحو تجاهل الأسباب البيولوجية للأمراض النفسية الحادة وفهم هذه الأمراض على أنها «مرض المجتمع».

يجب على الدول الأعضاء في الجمعية العالمية للطب النفسي والمجموعات المحترفة الأخرى أن تتعاون مع منظمات المستخدمين والقائمين على الرعاية ومؤسسات المجتمع المحلي لحشد الحكومات من أجل توحيد الجهات السياسية وتحريك التمويل الأفضل للخدمات، وتثقيف المجتمع ومكافحة الوصمة

اتفق مستخدمو الخدمات والقائمون على الرعاية بشكل عام على أهمية ما ذكر أعلاه ومكافحة الوصمة والتمييز. إلا أن البعض أبدى قلقاً حيال الفروق الاجتماعية والاقتصادية، فضلاً عن فروق في المنظور بين المجموعات التي تصعب هذا التعاون. وكانت هناك تحفظات لجهة العمل المكافح للوصمة الذي تبين أنه غير مفيد عندما تديره الحكومات أو يموله القطاع الدوائي. لذلك يفضل أن تكون مكافحة التمييز ولاسيما في الحقوق والتوظيف مفهوماً يوضع هدفاً للنضال.

وجدت جمعية BasicNeeds أن مستخدمي الخدمات والقائمين على الرعاية يرون أن من المهم تثقيف المجتمعات والمدراء المحليون وتوعيتهم حول الصحة النفسية وحاجات العائلات المتأثرة بالأمراض، وإطلاعهم على النواقص في العقاقير المستخدمة لمعالجة الذهان وتوفر الموظفين من ذوي المهارات.

تمكين مستخدمي الخدمات والقائمين على الرعاية من تطوير مجموعات المساعدة الذاتية والمشاركة في هيئات التخطيط وإدارة الخدمات، وتوظيف الأشخاص المصابين بالإعاقات الصحية النفسية في توفير خدمة الصحة النفسية، وفي المراكز المجتمعية التي يديرها المستخدم والنوادي النفسية الاجتماعية ومكاتب المتحدثين والبرامج المحلية المكافحة للوصمة

اتفق مستخدمو الخدمات والقائمون على الرعاية على هذا الأمر، ولكنهم اعتبروا أيضاً أنه في بعض الحالات ذلك يعني تعدي مسألة الخدمات والتشخيص إلى الحياة العادية. وقال القائمون على الرعاية إنه يمكن لهم أيضاً أن يتم توظيفهم في توفير خدمات الصحة النفسية. ولكن في الدول النامية، أمام تحقيق هذه الطموحات طريق طويل. ولفت أحد الأشخاص النظر إلى اتفاق الأمم المتحدة الجديد الذي يمنح حقوقاً متساوية للمعوقين، معتبراً أن برنامج العمل هذا يعدو كونه مجرد تمكين.

اتفق المجيبون من هيئة الجمعية العالمية للطب النفسي ومجلسها على بعض التحفظات، بما فيها القلق من أن توظيف الأشخاص الذين يعانون

إعاقات صحية نفسية في توفير خدمة الصحة النفسية قد يؤدي إلى مزيد من الوصمة منه إلى التمكين.

نتائج فريق العمل وإنجازاته

في الاجتماع الثاني الذي عقده فريق العمل في بكين، نوقش مشروع التوصيات على ضوء نتائج الاستشارات. وأجريت بعض التعديلات البسيطة. ثم تمت الموافقة على النسخة الجديدة من قبل اللجنة التنفيذية للجمعية العالمية للطب النفسي ونشرت على موقعها (الجدول ١)

الجدول ١ توصيات لمجتمع الصحة النفسية الدولي حول أفضل الممارسات في العمل مع مستخدمي الخدمة والقائمين على الرعاية

استناداً إلى فهمنا بأن الشفاء من المرض النفسي يشمل لفت النظر إلى الإدماج الاجتماعي والاقتصادي والوصول الكافي إلى نظام متوازن للرعاية الصحية النفسية المجتمعية والاستشفائية، توصي الجمعية العالمية للطب النفسي (WPA) أن يتبع المجتمع الصحي النفسي الدولي المقاربة الآتية من أجل العمل التعاوني بين الممارسين×× في الصحة النفسية ومستخدمي الخدمات×× والعائلات/القائمين على الرعاية××.

توصي الجمعية العالمية للطب النفسي بما يلي:

1. إن احترام حقوق الإنسان هو أساس نجاح الشراكة في الصحة النفسية.
2. إن التشريعات والسياسات والممارسات السريرية المتعلقة بحياة المصابين بالاضطرابات النفسية ورعايتهم بحاجة إلى تطوير بالتعاون مع ممارسي الصحة النفسية ومستخدمي الخدمات والقائمين على الرعاية.
3. يجب على مجتمع الصحة النفسية الدولي أن يعزز ويدعم تطوير منظمات مستخدمي الخدمات ومنظمات القائمين على الرعاية.
4. إن تطوير الصحة النفسية أمر أساسي للتنمية الاقتصادية والاجتماعية. وذلك يستدعي مشاركة من كافة قطاعات المجتمع.
5. يتوقع من المنظمات المحترفة الدولية والمحلية، بما فيها الجمعية العالمية للطب النفسي ببرامجها وجمعياتها الأعضاء، أن تسعى إلى المشاركة الفعالة لمستخدمي الخدمات والقائمين على الرعاية في أنشطتها الخاصة متى أمكن.
6. إن أفضل رعاية لأي شخص يعاني حالة حادة أو يخضع لإعادة التأهيل تتم من خلال التعاون بين ممارسي الصحة النفسية ومستخدمي الخدمات والقائمين على الخدمات. وهذا العمل يفيد من الخبرات الخاصة والتدريب.
7. يتطلب التثقيف والبحث وتحسين النوعية في الصحة النفسية تعاوناً بين ممارسي الصحة النفسية ومستخدمي الخدمات والقائمين على الرعاية.
8. تشمل عملية الشفاء في الصحة النفسية الإدماج الاقتصادي والاجتماعي، بالإضافة إلى الرعاية الطبية. وتكمن الأمثلة على ذلك في الوصول إلى: التثقيف والتدريب، والإسكان، والتوظيف، والدعوة، والدعم العائلي.
9. يتعين على الجمعيات الأعضاء في الجمعية العالمية للطب النفسي والمجموعات المحترفة الأخرى أن تتعاون مع منظمات مستخدمي الخدمات ومنظمات القائمين على الرعاية والمؤسسات المجتمعية الأخرى لحشد الحكومات من أجل توحيد الجهات السياسية وتحريك التمويل الأفضل للخدمات، وتثقيف المجتمع ومكافحة الوصمة.
10. يجب السعي إلى تمكين المستخدم والقائم على الرعاية من خلال مجموعة من المقاربات والأفكار، على سبيل المثال: تطوير مجموعات المساعدة الذاتية والمشاركة في هيئات التخطيط وإدارة الخدمات، وتوظيف الأشخاص المصابين بالإعاقات الصحية النفسية في توفير خدمة الصحة النفسية، وإطلاق البرامج المحلية المكافحة للوصمة

× هذه التوصيات مخصصة لمجتمع الصحة النفسية. يحتاج كل بلد إلى إرشادات توجيهية خاصة لتطبيق هذه التوصيات.

×× يقصد بـ"ممارسو الصحة النفسية" المعالجون النفسيون ومزودو خدمات الصحة النفسية. يقصد بـ"مستخدمي الخدمات" الأشخاص الذين يتلقون أو تلقوا خدمات صحة نفسية. تستخدم مصطلحات أخرى للإشارة إليهم مثل الوكلاء، المرضى، المستهلكين، المرضى السابقين، والناجين. إن أياً من هذه المصطلحات مستخدم في كل البلدان والأماكن، فقد استخدمت مجموعات مختلفة من الممارسين والمصابين بالاضطرابات النفسية مصطلحات مختلفة. فالمعاني التي لها دلالات تاريخية أو ثقافية أو شخصية يجب الالتفات إليها (مثلاً مصطلح مريض يشير عند بعض الناس إلى التلقي السلبي للرعاية الصحية)، ولكن هذا الأمر يتعدى نطاق هذه التوصيات. .

قصد بمصطلح" القائمين على الرعاية" أفراد العائلة أو الأشخاص الآخرين الذين يعيشون مع المصابين بمشاكل صحة نفسية أو يهتمون بهم بشكل غير رسمي. وهذا المصطلح يفرق هؤلاء الناس عن مزودي الرعاية المحترفين أي موظفي الصحة النفسية المعينين.

بالتشاور مع فريق العمل، وضعت لجنة الجمعية العالمية للطب النفسي للأخلاقيات فقرة ترتكز على ست من التوصيات المقترحة كفقرة أضيفت إلى إعلان مدريد. وسيتم تقديمها في الجمعية العمومية للجمعية العامة للطب النفسي في العام 2011 لكي تتم المصادقة عليها.

خلاصة

نتج عن المشاورات توافق قوي بين المجموعات المختلفة في مجتمع الصحة النفسية على التوصيات العشر. وهذه نتيجة بارزة بحد ذاتها. وليس من المفاجئ أن نجد فروق كبيرة في الآراء الفردية أو آراء المجموعات على أهمية هذه المواضيع مثل الوصول إلى العلاج والحق في اتخاذ القرار. فهذه الفروق تشير إلى أن ظروف الصحة النفسية تختلف اختلافاً كبيراً بين البلدان والثقافات، وتشير أيضاً إلى فروق في برامج العمل بين مستخدمي الخدمات وأفراد العائلة وإن كان هناك تداخل كبير. وإن التوصيات قد تشجع المجموعات المعنية في كل بلد أو مكان للعمل المشترك في المجالات المتفق عليها وأن تستمر في مناقشة المواضيع الخلافية (من خلال الحوار الثلاثي وغيرها من الطرق).

هذه العملية تلقى دعماً من عمل لجنة الجمعية العالمية للأخلاقيات، وهي عملية قد تقود الجمعية إلى تضمين هذه التوصيات في إعلان مدريد الذي يعتبر الإرشادات التوجيهية الأخلاقية للعمل الطبي.

لم يشمل فريق العمل أفراداً من عدد من البلدان والمناطق المهمة، بما فيها الصين وأمريكا اللاتينية. كذلك، في ظل الوقت والموارد المتوافرة، أجري هذا المسح باللغة الإنجليزية. وقد خفف من ذلك الاستشارات الشعبية. في المشاريع المستقبلية، سيكون من المهم تطوير هذا العمل وإشراك كل مناطق العالم.

ويخطط فريق العمل لحشد الدعم لسلسلة من الأنشطة التي ستعزز هذه الحركات في البلدان حول العالم. وتتمثل الخطوة المفيدة الثانية في جمع سلسلة من الأمثلة على أفضل الممارسات، ومعالجة كل من هذه التوصيات. وسيكون ذلك مثالاً على التعاون الحقيقي ومورداً لمساعدة الآخرين للبدء بالتعاون الناجح. كما سيشجع فريق العمل تطوير مشاريع تشكل أمثلة إضافية وتحفيز الآخرين على أن يحذوا الحذو نفسه. من بين الأمثلة على ذلك تطوير ورشة عمل في بلد متدني الدخل لإنشاء شبكة بين المستخدمين والقائمين على الرعاية والمحترفين والحكومة، بما فيها رؤساء المنظمات. وسيكون من المفيد أيضاً بذل جهود لتعزيز الحوار الثلاثي في أماكن مختلفة كما تبين من التجربة في بكين. كما يمكن للجمعية العالمية للطب النفسي أن تأخذ بعين الاعتبار مشروعاً عالمياً للتحقيق في الطرق التي يمكن أن يستخدمها المعالجون النفسيون الذين يعملون مع مستخدمي الخدمات والقائمين على الرعاية وتطبيق الإرشادات التوجيهية. أما على المستوى الدولي فسيكون من المهم للهيئات المحترفة أن تدرس كيفية تعزيز إشراك مستخدمي الخدمات والقائمين على الرعاية في المؤتمرات والفاعليات الكبرى.

يتم تطوير المقترحات لبعض هذه الأفكار والتي من المفترض أن تفضي إلى مشاريع في الدول المتدنية والمرتفعة الدخل والتي ستكون مصممة لاختبار التوصيات المختارة وإنشاء شبكات جديدة لتشجيع الشراكة والتعاون بين الأطراف كافة. فالعمل مع بلد أو بلدين بطريقة أكثر شراكة لوضع الإرشادات التوجيهية المعتمدة على التوصيات وتقييم هذه الخبرات هي وسيلة مجدية ومستحبة للاستمرار في العمل الذي بدأه هذا المشروع.

شكر

يتألف فريق العمل من ثلاثة أعضاء كانوا مستخدمين للخدمة (B. Davar من الهند؛ S. Katontoka من زامبيا؛ J. Wallcraft من بريطانيا)، وثلاثة كانوا من خلفية مقدمي الرعاية العائلية (D. Froggatt من كندا؛ H. Jafri من باكستان؛ S. Steffen من النمسا)، وستة معالجين نفسيين مرتبطين بالجمعية العالمية للطب النفسي (M. Amering من النمسا – أحد رؤساء الفريق؛ J. Freidin من أستراليا؛ H. Herrman من أستراليا؛ الرئيس؛ S. Rataemane من جنوب أفريقيا؛ H. Wahlberg من السويد؛ R. Warner من الولايات المتحدة الأمريكية). تم تعيين الأعضاء على أنهم أفراد، على الرغم من أن العديد منهم يشغلون مناصب قيادية في منظمات ذات صلة. C. Underhill مؤسس ومدير BasicNeeds، وS. Raja مدير السياسة والممارسات في BasicNeeds، هما مستشاران خاصان، تماماً كعضوي لجنة الجمعية العالمية للطب النفسي حول الأخلاق الرئيس S. Tyano وA. Javed.

تساعد مصلحة الصحة النفسية وسوء استخدام المواد في منظمة الصحة النفسية في تقديم الخبرة والمشورة.

يتوجه واضعو هذه المقالة بالشكر إلى كل من شارك في المسوحات عبر الإنترنت. كما يشكرون من صمم ونسق وشارك في الاستشارات التي نسقتها BasicNeeds في كينيا، ولاووس، وسريلانكا، ونسقها أيضاً B. Davar من الهند. وهؤلاء هم J. Kingori من كينيا، T. Senarathna وM. Kurrupu وV. Surendranathan من سريلانكا؛ V. Manibod وC. Choulamany من لاووس؛ جمعية التوعية بالفصام (بوني)، صندوق بابو للبحث حول العقل والخطاب (بوني)، CSCS (بنغالور)، M. Gupta (دواركا، دلهي)، المركز العالمي لمؤسسة التعلم الخلاق (بوني)، Banyan/BALM (تشيناي).

المراجع

1. Amering M, Schmolke M. Recovery in mental health. Reshaping scientific and clinical responsibilities. Chichester: Wiley, 2009.
2. Herrman H. WPA project on partnerships for best practices in working with service users and carers. World Psychiatry 2010;9:127- 8.
3. World Psychiatric Association. www.wpanet.org.
4. World Psychiatric Association. Madrid declaration on ethical standards for psychiatric practice. Geneva: World Psychiatric Association, 2005.
5. Maj M. The WPA Action Plan is in progress. World Psychiatry 2009; 8:65-6.
6. Wallcraft J, Schrank B, Amering M. Handbook of service user involvement in mental health research. Chichester: Wiley-Blackwell, 2009.
7. Faulkner A. SURGE Guidance for Good Practice Service User Involvement in the UK Mental Health Research Network. London: Mental Health Research Network, 2005.
8. Taylor I, Braye S, Cheng A. Carers as Partners (CaPs) in social work education. London: Social Care Institute for Excellence, 2009.
9. Stacey K, Herron S. Enacting policy in mental health promotion and consumer participation. Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health 2002;1:1.
10. Birkel RC, Hall LL, Lane T et al. Consumers and families as partners in implementing evidence-based practice. Psychiatr Clin North Am 2003;26:867-81.
11. Morgan L. Brief guide to involving mental health service users in research. London: Service User Research Group/ Mental Health Research Network, 2006.
12. Happell B, Nurs C, Ed D et al. Wanting to be heard: mental health consumers' experiences of information about medication. Int J Ment Health Nurs 2004;13:242.
13. Chamberlin J. User/consumer involvement in mental health service delivery. Epidemiol Psichiatria Soc 2005;14:1.
14. Wallcraft J, Amering M, Schrank B. Handbook of service user involvement in mental health research. Chichester: Wiley-Blackwell, 2009.
15. Haigh R. The 16 personality disorder pilot projects. Mental Health Review Journal 2007;12:29-39.
16. Bluebird G. Redefining consumer roles: changing culture and practice in mental health care settings. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 2004;42:46-53.
17. Simpson EL, House AO. User and carer involvement in mental health services: from rhetoric to science. Br J Psychiatry 2003;183:89- 91.
18. Spiers S, Harney K, Chilvers C. Service user involvement in forensic mental health: can it work? A UK National Forensic Mental Health Research and Development Programme. Journal of Forensic Psychiatry and Psychology 2005;16:211-20.
19. Lammers J, Happell B. Consumer participation in mental health services: looking from a consumer perspective. J Psychiatr Ment Health Nurs 2003;10:385.
20. Middleton P, Stanton P, Renouf N. Consumer consultants in mental health services: addressing the challenges. Journal of Mental Health 2004;13:507-18.
21. Crawford M, Rutter D. Are the views of members of mental health user groups representative of those of "ordinary" patients? A crosssectional survey of service users and providers. Journal of Mental Health 2004;13:561-8.
22. Rush B, Cert M. Mental health service user involvement in England: lessons from history. J Psychiatr Ment Health Nurs 2004;11: 313.
23. Rutter D, Manley C, Weaver T et al. Patients or partners? Case studies of user involvement in the planning and delivery of adult mental health services in London. Soc Sci Med 2004;58:1973-84.
24. Kotecha N, Fowler C, Donskoy A et al. A guide to user-focused monitoring. London: Sainsbury Centre for Mental Health, 2007.
25. Srebnik D, Hendryx M, Stevenson J et al. Development of outcome indicators for monitoring the quality of public

mental health care. Psychiatr Serv 1997;48:903.
26. Crawford M, Aldridge T, Bhui K et al. User involvement in the planning and delivery of mental health services: a cross-sectional survey
of service users and providers. Acta Psychiatr Scand 2003;107:410- 4.
27. Lammers J, Happell B. Mental health reforms and their impact on consumer and carer participation: a perspective from Victoria, Australia. Issues in Mental Health Nursing 2004;25:261-76.
28. Happell B, Roper C. The role of a mental health consumer in the education of postgraduate psychiatric nursing students: the students' evaluation. J Psychiatr Ment Health Nurs 2003;10:343.
29. Wisner K, Chambers C, Sit D. Postpartum depression: a major public health problem. JAMA 2006;296:2616.
30. Amering M. Trialog - An exercise in communication between consumers, carers and professional mental health workers beyond role stereotypes. Int J Integr Care 2010;10 (Suppl.):e014.
31. Lloyd C, King R. Consumer and carer participation in mental health services. Australasian Psychiatry 2003;11:180-4.
32. ACT Mental Health Consumer Network. Consumer participation and carer participation across mental health - a framework for action. Camberra: ACT Mental Health Consumer Network, 2007.

المسافرون الأكثر عرضة للخطر: مرضى الاضطرابات النفسية

يشكل المرض النفسي الحاد الذي يظهر في الغربة وضعاً صعباً بالنسبة إلى المرضى وعائلاتهم والمجتمع الطبي المحلي. إذ يعاني المرضى المصابون بالمشاكل النفسية الوصمة بسبب مرضهم وأيضاً بسبب كونهم أجانب في بلد لا يعرفونه (1). وغالباً ما يأتي العلاج الملائم متأخراً، وعادةً ما يعامل المريض بطريقة تخل بحقوق الإنسان. وحتى الترحيل، الذي يرتبط بنتيجة فضلى للمريض (2) فغالباً ما يتأخر نظراً لغياب البروتوكولات الدولية لنقل المسافرين المصابين بالأمراض النفسية أو علاجهم.

إن النوبات الذهانية الحادة التي يحفزها السفر ظاهرة معروفة لدى المسافرين الذي ليس لديهم تاريخ من الذهان. وقد يختبر الشباب نوبتهم النفسية الأولى خارج البلاد (3). كذلك، يمكن للعجزة أن يكونوا عرضة لهذه النوبات (4). وإن المرضى الذين أصيبوا من قبل بمرض نفسي عادةً لا يطلبون مساعدة قبل السفر، لذا يكون من الصعب تلافي أي تفاقم حاد للحالة. وغالباً ما يملك المتخصصين في طب السفر خبرة قليلة في هذه المسائل نظراً لتركيزهم في غالب الأحيان على الأمراض المعدية.

ثمة دليل بحثي على أن 11،3% من المسافرين يختبرون مشكلة نفسية من نوع ما، حيث يعاني 2،5% منهم الذهان الحاد و1،2% يلزمهم أكثر من شهرين من العلاج في المنزل (5،6). تمثل النوبات الذهانية الحادة حوالي خُمس المشاكل النفسية المتعلقة بالسفر. وتبلغ نسبة المشاكل العضوية النفسية خلال وقت الفراغ 5% (7). في عينة فرنسية، بلغت نسبة الترحيل بسبب الأمراض النفسية 20%–15. وكانت هذه المشاكل منتشرة لدى المسافرين على المدى الطويل أو المهاجرين أو المغتربين.

وفق المعايير الدولية، يجب عدم استخدام النقل العام للمرضى النفسيين ذوي الحالات الحادة، إلا إذا استقرت حالتهم بعد الدواء وشرط أن يرافقهم شخص ذو دراية (8). وتستثني معظم عقود التأمين على السفر تكاليف العلاج والترحيل المترتبة على المرض النفسي الحاد.

إن إحداث تغيير في مقاربة هذه المسألة بالنسبة إلى الشرطة أو أمن المطار أو شركات التأمين يمثل تحدياً للمعالجين النفسيين. ونعتقد أن تحديد مجموعة واضحة من الإرشادات التوجيهية المماثلة للإرشادات التي وضعتها الجمعية العالمية للطب النفسي حول مسائل صحة نفسية أخرى (11–1،9) من شأنه أن يكشف الحالات من المسافرين المصابين بالمرض النفسي. وإن الإعداد الملائم للمصابين بالاضطرابات النفسية ممن عليهم السفر وتطبيق بروتوكولات الترحيل عند الحاجة من شأنه الحد من تردد شركات التأمين في تغطية هؤلاء المرضى.

Péter Felkai[1], Tamás Kurimay[2]

[1]SOS Hungary Medical Service, Budapest, Hungary

[2]Saint John Hospital, Budapest, Hungary

المراجع

1. Sartorius N, Gaebel W, Cleveland H-R et al. WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. World Psy- chiatry 2010;9:131-44.
2. Burke AW. Outcome of mental illness following repatriation: a pre- dictive study. Int J Soc Psychiatry 1983;29:3-11.
3. Beny A, Paz A, Potasman I. Psychiatric problems in returning trav- elers: features and associations. J Travel Med 2001;8:243-6.
4. Linton C, Warner NJ. Travel induced psychosis in the elderly. Int J Geriat Psychiatr 2000;15:1070-2.
5. Potasman I, Beny A, Seligmann H. Neuropsychiatric problems in2,500 long-term young travelers to the tropics. J Travel Med 2000;7:5-9.
6. Wieshmann UC, Anjoyeb M, Lucas BB. Severe mental illness and airports – the scope of the problem. Psychiatr Bull 2001;25:261-4.
7. Palinkas LA, Suedfeld P. Psychological effects of polar expeditions. Lancet 2008;371:153-63.
8. Aerospace Medical Association. Medical guidelines for airline trav- el, 2nd ed. Aviation, Space and Environmental Medicine 2003;74: A1-20.
9. Maj M. The WPA Action Plan is in progress.World Psychiatry 2009;8:65-6.
10. 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.
11. Bhugra D, Gupta S, Bhui K et al. WPA guidance on mental health and mental health care in migrants. World Psychiatry 2011;10:2-10.

التدريب على العلاج النفسي وممارسته في أوروبا: نتائج مسح

على الرغم من أن العلاج النفسي لطالما كان جزءاً أساسياً من التدريب النفسي والممارسة النفسية، فإن دوره في الطب النفسي تراجع في السنوات الماضية. وقد ساورت الباحثين بعض الشكوك حول ما إذا كان العلاج النفسي سيبقى أداه الممارسة للمعالجين النفسيين في المستقبل (1). فقد ظهرت بعض الفروق في البلدان الأوروبية لجهة التدريب على العلاج النفسي وممارسته (2). إلا أن قلة من الدراسات تحققت من آراء السكان ومن آراء المعالجين النفسيين المبتدئين ورؤيتهم لخبرتهم في التدريب على العلاج النفسي واستخدامه في الممارسة السريرية.

أسست الجمعية العالمية للطب النفسي ضمن خطة عملها 2008–2011 مجلس المعالجين المبتدئين (ECPC)، وكان الهدف منه "تعزيز تنمية المعالجين النفسيين المبتدئين المهنية حول العالم" (3). وتمثل أحد أهداف خطة عمل ECPC في إجراء مسح للتدرب على العلاج النفسي وممارسته في البلدان الأوروبية (4،5).

أجري هذا المسح عبر الانترنت على أعضاء ECPC في بلدان أوروبا في المنطقة I (أوروبا الشمالية والجنوبية والغربية). وطلب من المجيبين أن يملئوا استمارة مستندين على خبراتهم الخاصة ومن خلال جمع آراء أقرانهم. وقد أعاد الاستمارات 12 من أصل 13 عضواً (مثلوا النمسا، بلجيكا، قبرص، استونيا، فرنسا، ألمانيا، إيطاليا، إسبانيا، سويسرا، السويد، تركيا، وبريطانيا).

تمحورت الاستمارة المؤلفة من 16 سؤالاً حول ما يلي: أ) نوعية التدريب على العلاج النفسي (الإشراف، نوع التدريب المتوفر، المعوقات التي تحول دون توفر التدريب)؛ ب) الأوجه التنظيمية للتدريب على العلاج النفسي (القسرية، الدفع، والتقييم)؛ ج) نسبة الرضى عن التدريب؛ د) الثقة بالنفس عند استخدام العلاج النفسي.

إن التدريب على العلاج النفسي إجباري في كل البلدان التي شملها البحث ما عدا بلجيكا وفرنسا. والتدريب متوفر في كلية الطب العامة في أربعة بلدان (ألمانيا، إسبانيا، سويسرا، بريطانيا). وفي معظم البلدان يتعين على السكان دفع رسوم إضافية إذا أرادوا التدرب على العلاج النفسي.

أما التدريب على العلاجات الحركية النفسية والسلوكية المعرفية فمتوفر في كل البلدان، في حين أن التدرب على العلاج النفسي القياسي متوفر في ستة بلدان، والتدرب على التقنيات البين شخصية الداعمة والتعليمية النفسية متوفر في أربعة بلدان، والتدرب على العلاج النفسي السلوكي الجدلي متوفر في ثلاثة بلدان. وقد بلغ عدد المرضى المطلوب علاجهم من السكان صفر (استونيا) إلى أكثر من 15 (تركيا). ولم يتوفر مشرف مختص على التدريب في العلاج النفسي في خمسة بلدان من أصل 12، في حين أن الإشراف يجب أن يكون ممولاً ذاتياً في النمسا وقبرص وسويسرا.

يتم تقييم الكفاءات في العلاج النفسي بشكل مختلف: يُستخدم التقييم المستند على مكان العمل أو السجل في ثلاثة بلدان، ويطلب امتحان خطي أو شفهي في أربعة بلدان. أما في البلدان الأخرى فما من إرشادات واضحة تتعلق بتقييم المتدربين.

إن المعوقات الأساسية التي تقف حائلاً أمام التدرب على العلاج النفسي هي صعوبة إيجاد وقت ونقص المشرفين ونقص التمويل. وعلى الرغم من أن العلاج النفسي إجباري في تسعة بلدان، فإن على المعالجين النفسيين في معظم دول أوروبا أن يدفعوا تكاليفه بأنفسهم.

على الرغم من هذه الفروق، فإن معظم المعالجين النفسيين المبتدئين في أوروبا (70%) أعربوا عن رضاهم عن التدريب الذين تلقوه في العلاج النفسي وشعر 80% منهم بالثقة عند استخدام العلاجات النفسية.

نأمل في أن تساهم هذه المعلومات في تعزيز عملية مواءمة التدريب على العلاج النفسي في الاتحاد الأوروبي.

Andrea Fiorillo1,2, Mario Luciano2, Domenico Giacco2, Valeria Del Vecchio2, Nedjelka Baldass1,3, Nele De Vriendt1,4, Neophitos Theodorides1,5, Piirika Piir1,6, Anne-Cecile Courtois1,7, Sonja Gerber1,8, Guillermo Lahera1,9, Florian Riese1,10, Marie Bendix1,11, Sinan Guloksuz1,12, Banu Aslantas Ertekin1,13, Clare Oakley1,14

1WPA Early Career Psychiatrists Council, Europe I Zone; 2Department of Psychiatry, University of Naples SUN, Naples, Italy; 3Psychiatrische Abteilung, Otto Wagner Spital, Vienna, Austria; 4Psychiatric Centre, Leuven Catholic University, Leuven, Belgium; 5Limassol, Cyprus; 6Tartu Ulikooli Kliinikum, Tartu, Estonia; 7Hôpital Charcot, Plaisir, France; 8Department of Psychiatry and Psychotherapy, University of Freiburg, Germany; 9Principe de Asturias University Hospital, University of Alcalà, Madrid, Spain; 10Psychiatric University Hospital, Zurich, Switzerland; 11Psychiatric Clinic, Karolinska University Hospital, Huddinge, Stockholm, Sweden; 12Department of Psychiatry, Ankara University, Ankara, Turkey; 13Elazig Mental Health Hospital, Elazig, Turkey; 14Institute of Psychiatry, King's College, London, UK

المراجع

1. Rubin E, Zorumski CF. Psychiatric education in an era of rapidly occurring scientific advances. Acad Med 2003;78:351-4.
2. Clemens N, Gabbard GO. When psychiatry is not psychiatry. Arch Gen Psychiatry 1998;55:182-3.
3. Maj M. The WPA Action Plan is in progress. World Psychiatry 2009; 8:65-6.
4. Fiorillo A, Lattova Z, Brambhatt P et al. The Action Plan 2010 of the WPA Early Career Psychiatrists Council. World Psychiatry 2010; 9:62-3.
5. Fiorillo A, Brambhatt P, Elkholy H et al. Activities of the WPA Early Career Psychiatrists Council: the Action Plan is in progress. World Psychiatry 2011;10:159.

اجتماعات المعالجين النفسيين الشباب في أوروبا الشرقية-التواصل لتطوير التدريب والتثقيف والخدمة النفسية

مع أن تقييم الأنشطة التدريبية في أوروبا (١)، وتحديد المقاييس الصارمة (٢،٣) أمر مشجع، إلا أن الفروق بين أوروبا الشرقية والغربية ما زالت موجودة (٤). ولا شك في أن بعض ذلك يتعلق بالعوامل الاقتصادية ولكن هذا الجزء هو نصف الحكاية ليس إلا. في بعض بلدان أوروبا الشرقية، تدوم برامج الإقامة للطب النفسي الرسمية أقل من سنة، ويكتسب المتدربون معظم معرفتهم من خلال برنامج التدريب (٣). كذلك، لا توجد منظمات وطنية للمتدربين في كل بلد، ولكن وإن وجدت فإن أعداد المنتسبين المتدنية قد تعيق أي تقدم. من المهم أيضاً إدماج منظمات للمتدربين في منظمات التعليم والمتخصصين وذلك لتوفير تغذية راجحة لما يشغل هؤلاء ولتحقيق التغيير.

إن المشاكل التقنية مثل نقص الاتصال عبر الانترنت قد يصعب من التفاعل بين المتدربين. ويكمن أحد الحلول في عقد اجتماعات للمتدربين بين الدول الأوروبية، وتعزيز مساهمات المتدربين في تطوير المنهجية في بلدان كل منهم (٥). أعربت السويد مثلاً لسنوات عدة عن اهتمام خاص بالطب النفسي في دول أوروبا الشرقية، ويظهر ذلك في المشاريع التي مولتها لجنة أوروبا الشرقية السويدية (SEEC). ولكن حتى الماضي القريب، قلة من المشاريع أشركت المتدربين أو المعالجين النفسيين الشباب.

من خلال مبادرة SEEC، عقد اجتماع تجريبي ناقش حاجات المعالجين النفسيين الشباب في أوروبا الشرقية في كالينينغراد في أيار/مايو ٢٠٠٩. اتفق معالجون نفسيون شباب من بيلاروسيا وليتوانيا وروسيا والسويد على تنظيم اجتماعات لتعزيز التواصل وتبادل الخبرات، وتسهيل تعليم المعالجين النفسيين الشباب. باستخدام الشبكات الموجودة مثل الاتحاد الأوروبي للمتدربين على الطب النفسي (EFPT) ومجلس المعالجين النفسيين الشباب التابع للجمعية العالمية للطب النفسي (6)، تم إنشاء لجنة تنظيمية وتم تسهيل الاجتماع الافتتاحي بواسطة منحة من وكالة التنمية والتعاون الدولية السويدية (SIDA). وكان الاجتماع بعنوان "طرق تبادل المعارف والخبرات بين المعالجين النفسيين الشباب"، وقد عقد في أيار/مايو 2010، وشارك فيه معالجون نفسيون شباب من دول البلطيق وبيلاروسيا واليونان وبولندا وروسيا والدول الاسكندينافية وبريطانيا.

ضم المنتدى مواضيع سريرية فضلاً عن مسائل بحثية ومسائل تطوير الرعاية الصحية. كما تضمن محاضرات وورش عمل وعرض لحالات ولملصقات، وتوفرت الترجمة إلى اللغة الروسية. ونظمت زيارة إلى مؤسسات الطب النفسي المحلية من قبل اللجنة التنظيمية المحلية. وقد تلخص التنوع الذي مثله المشاركون في مقولة ذكرها أحد المندوبين ومفادها أننا «ننظر إلى الشيء نفسه ولكننا نرى أشياء مختلفة». وفي تقييم للمؤتمر وجد أن ورش العمل كانت العنصر الذي لاقى الترحيب الأكبر، ربما لأنها أتاحت المجال للمناقشة وتبادل وجهات النظر. وبحسب مقياس ليكرت ذي النقاط الخمس (١ سيئ إلى ٥ ممتاز)، وصف ٣٣ (١٠٠٪) من المشاركين انطباعهم العام عن المؤتمر بالـ«ممتاز» أو الـ«جيد جداً». واقترح حوالي ٢٠ موضوعاً لمناقشتهم في اجتماعات مستقبلية بما فيها مهارات المعالجين النفسيين الشباب (التعليم، القيادة، والعمل ضمن فرق).

واقترح الزملاء من لاتفيا تنظيم اجتماع سنة ٢٠١١ في ريغا من ٦ إلى ٨ نيسان/أبريل ٢٠١١. وبفضل الدعم المالي الذي قدمته الجمعية العالمية للطب النفسي وSIDA، سيشارك حوالي 90 مندوباً من 15 دولة من دول أوروبا الشرقية والغربية.

ونشعر بالسرور لكون المعالجين النفسيين الشباب تمكنوا من تنظيم هذه الاجتماعات ويحدونا الأمل في أن يفضي ذلك إلى التعاون المستمر الذي من شأنه أن يسهل عقد المؤتمرات في المستقبل فضلا عن الاتصالات الدولية الشخصية.

Marie Bendix1, Olga Paravaya2,
Yakov Kochetkov3, Sameer Jauhar4
1Psychiatric Clinic, Karolinska University Hospital, Huddinge, Sweden
2Medical Academy of Postgraduate Education, Belarus
3Moscow Institute of Psychiatry, Moscow, Russia
4Institute for Neurological Sciences, Southern General Hospital, Glasgow, UK

المراجع

1. Lotz-Rambaldi W, Schäfer I, ten Doesschate R et al. Specialist train- ing in psychiatry in Europe – Results of the UEMS survey. Eur Psy- chiatry 2008;23:157-68.
2. Muijen M. Focus on mental health care reforms in Europe: mental health services in Europe: an overview. Psychiatr Serv 2008;59:479.
3. Nawka A, Kuzman MR, Giacco D et al. Mental health reforms in Europe: challenges of postgraduate psychiatric training in Europe: a trainee perspective. Psychiatr Serv 2010;61:862-4.
4. Füredi J, Mohr P, Swingler D et al. Psychiatry in selected countries of Central and Eastern Europe: an overview of the current situation. Acta Psychiatr Scand 2006;114:223-31.
5. Schulze TG, Treichel KC. The European Federation of Psychiatric Trainees (EFPT) – an integral part of the European harmonisation of psychiatric education and practise. Eur Psychiatry 2002;17:300- 5.
6. Fiorillo A, Lattova Z, Brahmbhatt P et al. The Action Plan 2010 of the WPA Early Career Psychiatrists Council. World Psychiatry 2010;9:62-3.

معامل التأثير الجديد لمجلة الجمعية العالمية للطب النفسي

أصبح **معامل التأثير** لمجلة الجمعية العالمية للطب النفسي ٥,٥٦٢ بعد أن كان ٣,٨٩٦ في ٢٠٠٩ و٤,٣٧٥ في ٢٠١٠.

وتحتل المجلة الآن المرتبة التاسعة بين ١٢٦ مجلة نفسية والمركز الرابع (تسبقها American Journal of Psychiatry وArchives of General Psychiatry و British Journal of Psychiatry) بين مجلات الطب النفسي العام.

إن المقالات التي تلقت أكبر عدد من الاقتباسات خلال الفترة التي أُخذت بالاعتبار عند حسبان **معامل التأثير** الجديد هي المقالات الخاصة لكاتبيها De Hert وآخرين (1) حول المتلازمات الأيضية للمصابين بالفصام، و Zisook and Shear (2) حول الحزن والفقدان، وCorrigan وآخرين (3) حول الوصمة الذاتية، وAlarcón (4) حول الثقافة والتشخيص النفسي، وAlexopoulos and Kelly(5) حول الاكتئاب الشيخوخي، وKrueger and Bezdjian (٦) حول المفاهيم البعدية للطب النفسي؛ المقالات التعريفية لواضعيها Ustun and Kennedy (7) وMcGorry وآخرين (8) للمنتدى حول دور الاعتلال الوظيفي في التشخيص النفسي وحول التدخل المبكر في الذهان؛ والافتتاحيات التي وضعها Maj حول الصحة الجسدية للمصابين بالأمراض النفسية (9) وحول خطة عمل الجمعية العالمية للطب النفسي (10).

تشكر الجمعية العالمية للطب النفسي واضعي المقالات والمحكمين وموظفي التحرير الذين أتاحوا المجال أمام تحقيق هذا الإنجاز.

المراجع

1. De Hert M, Schreurs V, Vancampfort D et al. Metabolic syndrome in people with schizophrenia: a review. World Psychiatry 2009;8:15-22.
2. Zisook S, Shear K. Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. World Psychiatry 2009;8:67-74.
3. Corrigan PW, Larson JE, Rusch N. Self-stig- ma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices. World Psychiatry 2009;8:75-81.
4. Alarcón RD. Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: review and projections. World Psychiatry 2009;8:131-9.
5. Alexopoulos GS, Kelly RE, Jr. Research ad- vances in geriatric depression. World Psy- chiatry 2009;8:140-9.
6. Krueger RF, Bezdjian S. Enhancing re- search and treatment of mental disorders with dimensional concepts: toward DSM- V and ICD-11. World Psychiatry 2009;8:36.
7. Ustun B, Kennedy C. What is "functional impairment"? Disentangling disability from clinical significance. World Psychiatry 2009;8:82-5.
8. McGorry PD, Killackey E, Yung A. Early intervention in psychosis: concepts, evi- dence and future directions. World Psychia- try 2008;7:148-56.
9. Maj M. Physical health care in persons with severe mental illness: a public health and ethical priority. World Psychiatry 2009;8:12.
10. Maj M. The WPA Action Plan is in prog- ress. World Psychiatry 2009;8:65-6.

المؤتمر العالمي الخامس عشر للطب النفسي والجمعية العمومية للجمعية العالمية للطب النفسي

عقد المؤتمر العالمي الخامس عشر للطب النفسي في بوينس آيريس من ١٨ إلى ٢٢ أيلول/سبتمبر ٢٠١١، وكان المؤتمر الذي شهد الحضور الأكبر في تاريخ الجمعية العالمية للطب النفسي والحضور الأكبر خارج أمريكا الشمالية، حيث بلغ عدد المشاركين ١٤٠١٣.

كان موضوع المؤتمر «الجمعية العالمية للطب النفسي ٢٠١١: إرثنا ومستقبلنا». وكان الهدف منه إعطاء لمحة عن الإنجازات التي تحدّت الوقت والاتجاهات الواعدة في مجال الطب النفسي.

تألف البرنامج العلمي، الذي أجمع المشاركون على حسن نوعيته، من ٢٤ محاضرة و١٥ ندوة أساسية و٩٤ ندوة منتظمة و١٧ ورشة عمل و٥٨ ندوة مقطعية أو ورشة عمل للجمعية العالمية للطب النفسي و١٤ ندوة مناطقية أو ورشة عمل للجمعية العالمية للطب النفسي و٢٨ جلسة تواصل شفهية و٥ جلسات للملصقات و٩٢ جلسة بالإسبانية/البرتغالية.

لدى افتتاح جلسات المؤتمر، تحدث الأستاذ ماريو ماج عن تطبيق خطة عمل الجمعية العالمية للطب النفسي ٢٠٠٨–٢٠١١ وعرّف بمحاضرة الحائز على جائزة جان دولاي للعام ٢٠١١، الأستاذ كينيث كيندلر.

عقدت الجمعية العمومية للجمعية العالمية للطب النفسي في ٢١ أيلول/سبتمبر. ووافقت الجمعية بالإجماع على قبول جمعية كمبوديا للصحة النفسية من بين الجمعيات الأعضاء في الجمعية العالمية للطب النفسي، مما يجعل عدد هذه الجمعيات ١٣٥: ٢٨ في الأمريكتين، ٦٢ في أوروبا، ٢٣ في أفريقيا والشرق الأوسط، و٢٢ في آسيا وأستراليا–آسيا.

كما وافقت الجمعية العمومية على قبول قسم علمي جديد يعنى بالطب النفسي التطوري، مما يجعل الأقسام العلمية للجمعية العالمية للطب النفسي ٦٦ قسماً.

أجريت انتخابات خلال الجمعية العمومية، فانتخب دينيش بوغرا رئيساً جديداً منتخباً للجمعية العالمية للطب النفسي، إدغار بلفور سكرتيراً جديداً للتعليم، وميشيل ريبا سكرتيرة جديدة للمطبوعات، وأفزال جافيد سكرتيراً جديداً للأقسام.

المجلة العالمية للطب النفسي

الناطقة باسم الجمعية العالمية للطب النفسي