

المجلة العالمية للطب النفسي

الناطقة باسم الجمعية العالمية للطب النفسي

أكتوبر ٢٠١٣



المجلد الثاني عشر - العدد الثالث

محتويات العدد

المقالة الافتتاحية

الالتزام بالعلاج النفسي والرؤية العامة للطب النفسي
M. MAJ

مقالات خاصه

الحضارة، المحن الاجتماعية والذهان
A. HEINZ, L. DESERNO, U. REININGHAUS
تشخيص وتصنيف الاضطرابات، وبصفة خاصة تلك المرتبطة
لـ ICD-11 بالضغط: مقترحات
A. MAERCKER, C.R. BREWIN, R.A. BRYANT,
M. CLOITRE, M. VAN OMMEREN ET AL

وجهات نظر

يعمل التقدّم العصبي الحيوي على تعريف أهداف جديدة
مضادة للاكتئاب
R.S. DUMAN
المأخذ الجاد للاضطرابات المصنفة في الـ DSM
S.N. GHAEMI
المرحلة التالية لمصادقية التشخيصات: من خلال الفائدة
P.D. MCGORRY

منتدى - تأثير عدم الالتزام بالعلاج على الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الذهان: المحددات والتدابير

تأثير عدم الالتزام بالعلاج على مرضى الاضطرابات الذهانية:
الوبائيات والعوامل المساهمة واستراتيجيات التدابير
J.M. KANE, T. KISHIMOTO, C.U. CORRELL

تعليقات

التقدم في التدخلات والأبحاث التي قامت على الامتثال
R. ROSENHECK

إدارة عدم الالتزام بالعلاج وثلاثي التعاون والنقد والإكراه
A.S. DAVID

أحاديث عن الالتزام بالعلاج
R. MCCABE

الالتزام/الإذعان للعلاج: تحدي متعدد الواجهه
W.W. FLEISCHACKER

استراتيجيات عملية لتطوير الالتزام بالعلاج والنتائج
D.I. VELLIGAN, M. SAJATOVIC

عدم الالتزام بالعلاج ونتائجه: إدراك طبيعة الانتكاسة
R. EMSLEY

التحدي المستمر لعدم الالتزام بالعقاقير المضادة للذهان
T.S. STROUP, L.B. DIXON

هل علينا أن نستمع ونحدث أكثر مع مرضانا؟
D. NABER, M. LAMBERT

التركيز على استراتيجيات الصحة العامة والأطباء النفسيين
لتحسين الالتزام بالعلاج من اضطرابات الذهان
S. FAROOQ

وسائل العلاج ذات التأثير النفسي في الأطفال والبالغين

تقارير بحثية

تحليل تلوي عن التشوهات الأيضية القلبية في حالات الاستخدام الأول
للعقاقير والنوبة الأولى والنوبات المتعددة من الفصام بالمقارنة

مع ضوابط العامة من السكان
D. VANCAMPFORT, M. WAMPERS, A.J. MITCHELL,
C.U. CORRELL, A. DE HERDT ET AL

ترتبط أعراض الذهان بمشكلات صحية جسدية مستقلة
عن تشخيصات الاضطرابات النفسية:

نتائج المسح الصحي العالمي لمنظمة الصحة العالمية
C. MORENO, R. NUEVO, S. CHATTERJI, E. VERDES,
C. ARANGO ET AL

استطلاع عن الصحة النفسية

الأبوة والصحة النفسية للطفل:

وجهة نظر متعددة الثقافات
M.H. BORNSTEIN

وجهات نظر

كيف نقنع السياسيين أن للصحة النفسية الأولوية؟
R. JENKINS

ما وراء الانقسامات: مواجهة التعقيدات في كيفية وسببية اللجوء
أو الابتعاد عن مراكز رعاية الصحة النفسية
B.A. PESCOLIDO, S. OLAFSDOTTIR

الاكتئاب لدى المراهقين:

بعض الأفكار البحثية للأباء والأطباء
G. PARKER

رسائل الى المحرر

أخبار الجمعية العالمية للطب النفسي

الجمعية العالمية للطب النفسي (WPA)

الجمعية العالمية للطب النفسي المؤلفة من الجمعيات القومية للطب النفسي حول العالم لزيادة المعلومات و المهارة الضرورية للعمل في حقل الصحة النفسية و الاهتمام بالأمراض النفسية. أعضاؤها حاليا من 134 جمعية على اتساع 112 دولة مختلفة و هم يمثلون أكثر من 200,000 طبيب نفسي.

تنظم الجمعية العالمية للطب النفسي المؤتمر العالمي للطب النفسي مرة كل ثلاث سنوات. كذلك تنظم أيضا مؤتمرات و اجتماعات دولية و اقليمية و مؤتمرات رئيسية. تحتوي الجمعية العالمية للطب النفسي على 65 قسم علمي يهدف الى نشر المعلومات و تعزيز العمل العلمي المشترك في مجال الطب النفسي. لقد انتجت الجمعية عدة برامج تعليمية و سلسلة كتب. لقد طورت الجمعية الخطوات العريضة لأداب مهنة ممارسة الطب النفسي من خلال ميثاق مدريد عام (1996).

للمعلومات الإضافية عن الجمعية العالمية للطب النفسي الرجاء زيارة موقع الجمعية الإلكتروني:

www.wpanet.org

اللجنة التنفيذية للجمعية العالمية للطب النفسي

الرئيس: P. Ruiz (USA)

الرئيس المنتخب: D. Bhugra (UK)

السكرتير العام: L. Küey (Turkey)

سكرتير الشؤون المالية: T. Akiyama (Japan)

سكرتير شؤون الاجتماعات: T. Okasha (Egypt)

سكرتير شؤون التعليم: E. Belfort (Venezuela)

سكرتير شؤون المطبوعات: M. Riba (USA)

سكرتير شؤون الأقسام: A. Javed (UK)

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

رئيس مجلس الإدارة: عبد الغني الأنصاري

الترجمة من الإنكليزية للعربية: أميره عاطف

الناشر للمجلة الأم: Wiley Blackwell

المجلة العالمية للطب النفسي

المجلة العالمية للطب النفسي هي الناطقة الرسمية للجمعية العالمية للطب النفسي، تنشر المجلة ثلاث مرات سنويا و توزع مجانا للأطباء النفسيين التي ترسل أسماهم وعناوينهم بواسطة الجمعيات الطب نفسية والشعب العلمية التابعة للجمعية العالمية للطب النفسي..

إن تقارير الأبحاث التي تتضمن معلومات لم يسبق نشرها مرحب بها في المجلة. الأبحاث يجب أن تقسم الى أربعة أقسام المقدمة، المنهج، النتائج و المناقشة. ويتم ترقيم المراجع حسب ذكرهم في المتن في اخر المقال وفقا للنمط التالي:

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. Fraeij 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.

كل البحوث المقدمة للنشر يجب أن ترسل الى مكتب رئيس التحرير.

رئيس التحرير:

M. Maj (Italy)

مساعد رئيس التحرير:

P. Ruiz (USA).

أعضاء هيئة التحرير:

D. Bhugra (UK), L. Küey (Turkey), T. Akiyama (Japan), T. Okasha (Egypt), E. Belfort (Venezuela), M. Riba (USA), A. Javed (UK).

هيئة التحرير الاستشارية:

H.S. Akiskal (USA), R.D. Alarcón (USA), J.A. Costa e Silva (Brazil),

J. Cox (UK), H. Herrman (Australia), M. Jorge (Brazil),

H. Katschnig (Austria), F. Lieh-Mak (Hong Kong-China),

F. Lolas (Chile), J.J. López-Ibor (Spain), J.E. Mezzich (USA),

D. Moussaoui (Morocco), P. Munk-Jorgensen (Denmark),

F. Njenga (Kenya), A. Okasha (Egypt), J. Parnas (Denmark),

V. Patel (India), N. Sartorius (Switzerland), C. Stefanis (Greece),

M. Tansella (Italy), A. Tasman (USA), 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* مفهولة 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 :

المملكة العربية السعودية

طارق الحبيب

المملكة الأردنية الهاشمية

وليد سرحان

المملكة المغربية

دريس موسى

مملكة البحرين

شارلوت كامل

إمارة دولة الكويت

صلاح عيد

الإمارات العربية المتحدة

طارق درويش

طلعت مطر

دولة فلسطين

بسام الإشهب

جمهورية مصر العربية

طارق عكاشه

احمد عبد اللطيف

الجمهورية اللبنانية

ايلى كرم

الجمهورية التونسية

جمال التركى

الجمهورية الليبية

على الرويعى

الجمهورية العراقية

قاسم العوادي

جمهورية السودان

عبد الله عبد الرحمن

الجمهورية العربية السورية

بيار شينيارا

الجمهورية الجزائرية

فريد كاشا

تقدير

تم دعم وترجمه ونشر عدد أكتوبر 2013 للمجلة العالمية للطب النفسي باللغة العربية بواسطة AstraZeneca 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 لاستخدام أو تشغيل أو تطبيق أي وسيلة أو منتجات أو تعليمات أو أفكار وردت في هذا المحتوى. ونظراً للتقدم السريع في العلوم الطبية، ينبغي على وجه الخصوص، التحقق المستقل من التشخيص وجرعات الأدوية.

الالتزام بالعلاج النفسي والرؤية العامة للطب النفسي

MARIO MAJ

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

ضد بعضهم البعض ويعملون حقًا على تقوية الرؤية العامة السيئة عن الطب النفسي. يمكننا أن نتأكد أن المرضى والكثير من الأسر يشاهدون كل هذه الأمور، وأن التأثير على الالتزام بوسائل العلاج الخاصة بنا سيكون بالأمر الحساس.

بالطبع الجميع حرّ فيما يقوله، حتى إذا كان ما يقولونه مساقًا بأفكار حادة أو مصالح ما، وقد يعتقد البعض وبسذاجة أن الطرق المبتكرة لتشخيص الاضطرابات العقلية وعلاجها ستخرج من هذا المحيط أو على المدى البعيد كنتيجة لهذا الخلاف، لكنني أعتقد أنه بالأمر العادل لمرضاينا وأسرهم في هذا الوقت، وكذلك أيضًا للآلاف من الأطباء النفسيين الذين يمارسون مهنتهم بأمانة في مختلف أنحاء العالم، أن يؤكدوا بعض الأفكار التي قد تساعدهم على أن يسبحوا ضد التيار.

إن الفكرة الأولى هي أن عدم إتاحة الاختبارات المعملية لا تبطل التشخيصات النفسية. ليس صحيحًا أن الطب النفسي فريد في مجال الطب فيما يخص عمل تشخيصات "لا تقوم على الاختبارات البيولوجية". يوجد حقًا العديد من الحالات الغير نفسية (مثل الصداع النصفي وتصلب الأنسجة، وهذه من الأمثلة الجيدة) والتي يتم تشخيصها اليوم بدون اختبارات معملية معينة، وغيرها الكثير والتي يتم تشخيصها منذ العديد من العقود على أساس صورتها السريرية، وذلك قبل أن يصبح أيه اختبار معلمي متاحًا (7)، وما هو أكثر من ذلك هو أن أغلب الاختبارات المعملية في مجال الطب "علامة مُحتملة - وليست مؤكدة - على المرض" (8): فهي على الأرجح ستراجع الاحتمالات التشخيصية، بدلا من أن تحكم وبشكل قاطع باستبعاد أو اشتغال تشخيص ما (7)، ولا بد من تفسير النتائج باستخدام الأحكام السريرية. وما هو أكثر من ذلك هو أن إتاحة الاختبارات المعملية لم تمنع بعض الأمراض الغير نفسية والتي تستمر في كونها بالأمر الطبيعي - مثل ارتفاع ضغط الدم وداء السكري - لتكون موضع جدال فيما يخص "البداية" المناسبة للتشخيص (مثل 9). في حقيقة الأمر، سواء كان مستوى ضغط الدم أو نسبة السكر في الدم طبيعي أم مرضي، فهذا يعتمد على النتائج السريرية التي تنبأ بذلك وأيضًا الدلائل المتعلقة والتي قد تكون في بعض الظروف (مثل أثناء فترة الحمل مع الإصابة بالسكر) غير واضحة أو متناقضة (مثل 10). في الواقع، إن "غياب قانون ذهبي يتيح لنا الحكم على الادعاءات المختلفة حول كيفية تعريف الأمراض" و"القرارات الشخصية العالية"، لتقييم "ما يُشكّل المحن أو المخاطر بحيث يضمن أن يكون هناك تعريف للحالات"، قد تم تعريف هذه الأمور حديثًا بكونها مشاكل عامة في مجال الطب (أنظر 9)، وبالتالي فإن الافتراض بأن إتاحة الاختبارات المعملية تسمح بشكل تلقائي بعمل تشخيصات "بالسالب أو بالإيجاب" في فروع الطب الأخرى بالأمر الخطأ، وأن الإقرار بأن التشخيصات النفسية صالحة بسبب إتاحة الاختبارات المعملية بالأمر المضلل.

أما الفكرة الثانية فهي بالرغم من أن الحدود بين أغلب الاضطرابات العقلية ونطاق الطبيعة لا يزل بالأمر الجدلي (كما في حالة ارتفاع ضغط الدم وداء السكري، فهذه الحدود لا "توجد في الطبيعة" لكنها ثابتة على

إن قبول فكرة أن شخصًا ما تحبه يُعاني من اضطراب نفسي، ليس بالأمر السهل؛ فستجد أنك تميل إلى إنكار مدى شدة الأزمة وتؤمن أو حتى ترجو أن تختفي مثل هذه الخبرات أو السلوكيات، وستقول أن هذه مجرد مشكلة وقتية وستتلاشى بشكل عفوي.

إن قبول فكرة أنه يتوجب على الأشخاص الأعزاء لدينا أن يتعاطوا عقاقير مضادة للذهان - والتي سوف تتدخل في العمليات العقلية، وقد يكون لديها آثار جانبية تظهر في صورة جسدية - ليس بالأمر السهل أيضًا، وقد تفضل علاجًا أقل تدخلًا في أمور العقل، مثل العلاج عن طريق جلسات التحدث، أو قد تأمل أن يكون الاتجاه نحو العلاج النفسي الاجتماعي، والذي يقدم مهارات اجتماعية ومشورة وظيفية وبيئة تدعيمية، بالأمر الكافي. وتعاود هذه المشاعر الظهور بشكل دوري كلما كان العلاج الدوائي بالأمر المستمر.

سيصبح اللجوء إلى شبكة الانترنت في الوقت الحالي بمثابة إستراتيجية مواجهة، وذلك في ظل هذه الظروف؛ فستحاول أن تبحث عما يظنه العلماء أو الأفراد الذين مروا بنفس هذه الظروف عن التشخيصات النفسية والعلاج الدوائي.

حسنًا، إذا كنت قريبًا أو صديقًا لشخص ما يعاني من اضطراب نفسي، ووصف له الطبيب دواءً مضادًا للذهان، وقمت بالبحث في شبكة الانترنت في ظل هذه الأيام، سيتكون لديك خبرة مُزعجة؛ فستقرأ على المواقع البارزة أن "التشخيصات النفسية نوع من العمليات الروحية التي بإمكانها إفساد حياة المرء، وهي تفعل ذلك بالفعل" (1)، وستقرأ أيضًا أن "الطب النفسي واحد من العلوم المزيفة التي لا تستحق اشتغالها في المملكة الطبية" (2)، وستقرأ كذلك ما يقول "أن العقاقير النفسية سامة للمخ؛ فهي تعمل على تعطيله" (1)، وأيضًا "أن العقاقير النفسية تزيد من حدة الاضطرابات العقلية الكبيرة، وذلك على المدى البعيد" (3). ستقرأ أيضًا أن "الطريقة التي يمارس بها الطب النفسي في الوقت الحالي" تتسم "بجنون التشخيص والفرط في استخدام العقاقير مع آثار جانبية مدمرة في بعض الأحيان وتضارب متسع في الفوائد" (4)، ستتعلم أن التشخيصات النفسية - والتي تختلف عن التشخيصات التي يقدمها المتخصصون الطبيون الآخرون - لا تقوم على اختبارات بيولوجية، وبالتالي فهي غير مقبولة (مثل 5)، وأن العقاقير ذات التأثيرات العقلية ليست فقط عديمة الفائدة بل أيضًا "ضارة"؛ وتشرح وصفاتهم الطبية لماذا تزداد الإصابة بالاضطرابات العقلية بصفة مستمرة حول العالم (6).

قد يُجادل البعض قائلين أن كل هذه الأمور ليست بالأمر الجديد، وأنه يمكننا أن نجد مختلف الأفكار على شبكة الانترنت وأن الطب النفسي لطالما كان عرضه للكثير من الهجوم، لكن لن يتم تصحيح هذا التقييم. لم أر قط في خلال الثلاثين عامًا من العمل على المستوى الدولي مثل هذه الحملات الكبيرة في الكثير من الدول ضد شرعية التشخيصات النفسية وفعالية العلاج النفسي، وبصفة خاصة العلاج باستخدام العقاقير الطبية، ولم أختبر قط مثل رد الفعل الضعيف والغامض هذا الذي تُقدم مهنتنا به، رغم وجود الكثير من الصور الواعدة في هذا المجال والذين يُجادلون

إن هذه حقائق جوهرية أعتقد أنه سيتفق عليها أغلب الأطباء النفسيين، بحيث يُمكنهم ذكرها عند تعاملهم مع المرضى والأسر والطلاب والنزلاء وأيضًا الصحفيين، وحتى إذا نقلوا في نفس المناسبة رسائل إضافية، والتي قد تعكس اتجاههم النظري أو خبراتهم السريرية أو مصالحهم البحثية، والتي قد يقل التحدث عنها في مجال هذه المهنة.

علينا أن نحافظ على الأصل الذي نتشاركه جميعًا، وهو الذي يستقل عن تشعباتنا والتي قد نتشاركها أو لا، وإلا سيتوجب علينا أن نلوم ذاتنا إذا حدث في المستقبل أن أصبحت مشكلة الالتزام بوسائل العلاج النفسية أكثر صعوبة وأكثر انتشارًا مما هو الحال اليوم.

المراجع:

1. Breggin P. The hazards of psychiatric diagnosis. www.huffingtonpost.com.
 2. Greenberg G. The rats of N.I.M.H.. www.newyorker.com.
 3. Whitaker R. Quoted in: Schneible A. Questioning effectiveness, safety of psychotropic drugs. www.zenit.org.
 4. Angell M. The illusions of psychiatry. www.nybooks.com.
 5. Dufty DF. The DSM V controversy. www.empiricist.com.
 6. Angell M. The epidemic of mental illness: why? www.nybooks.com.
 7. Carroll BJ. Quoted in: Frances A. The role of biological tests in psychiatric diagnosis. www.huffingtonpost.com.
 8. Carroll BJ. Biomarkers in DSM-5: lost in translation. *Aust NZJ Psychiatry* 2013;47:676-81.
 9. Moynihan R. A new deal on disease definition. *BMJ* 2011;342:d2548.
 10. Ryan E. Diagnosing gestational diabetes. *Diabetologia* 2011;54:480-6.
 11. Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry* 2003;160:4-12.
 12. McGorry PD. The next stage for diagnosis: validity through utility. *World Psychiatry* 2013;12:213-5.
 13. Leucht S, Hierl S, Kissling W et al. Putting the efficacy of psychiatric and general medicine medication into perspective: review of meta-analyses. *Br J Psychiatry* 2012;200:97-106.
- DOI 10.1002/wps.20081

أساس المنفعة السريرية (11)) إلا أنه يوجد في الوقت الحالي اتفاق واسع المدى بين الأطباء النفسيين عن نماذج الاضطرابات العقلية الكبرى. إن الإسهام الأكثر أهمية لـ DSM-III هو التخطيط الواضح والصريح لهذه النماذج، والتي تم إدماجها بكثافة في الـ ICD-10 بدلاً من تقديم البدايات بحسب عدد الأعراض ومدتها، والتي لا يزل أساسها التجريبي محدودًا ويندر استخدامه في الممارسات السريرية. إن الأشكال النموذجية للاضطرابات العقلية الكبرى حقيقة سريرية، وليس خيالًا، ويُمكن للمريض وأسرته أن يثقوا في أن الطبيب السريري المُتدرب يمكنه أن يتعرف على هذه الأشكال في الممارسات التقليدية. هناك بالطبع "المنطقة الرمادية" بين الأشكال النموذجية للاضطرابات العقلية الكبرى ونطاق الطبيعة، إلا أنه بإمكان الطبيب السريري المتمرس علاج الحالات التي تقع في هذه المنطقة بحذر شديد، وهذا غالبًا بتبني منهج تدريجي بحيث تكون المرحلة الأولى هي الانتظار اليقظ. إن وصف الأشكال المبكرة والمعتدلة للاضطرابات العقلية الكبرى هي في الوقت الحالي أساس بحث نشط (انظر 12).

والفكرة الثالثة هي أن وسائل العلاج النفسية ليست أقل فاعلية عند وصفها في الحالات المناسبة من وسائل العلاج التي يصفها أطباء آخرون. في حقيقة الأمر، وبحسب استعراض تحليل تلوي حديث (13) إن فاعلية العقاقير المضادة للذهان في حالات العلاج المكثف للفصام، بحسب تقييم الاختلاف المحدد عن وسائل العلاج البديلة، يتشابه مع فاعلية العقاقير الخافضة لضغط الدم في علاج الربو، وما هو أكثر من ذلك هو أن فاعلية وسائل العلاج المضادة للذهان والطويلة الأمد والتي تُستخدم لمنع حدوث انتكاسات في حالات الفصام، بحسب تقييم نفس المقياس، أعلى بستة مرات تقريبًا من فاعلية مُثبطات الأنزيم المحوّل للأنجيوتنسين (ACE) الذي يُستخدم في منع أحداث القلب والأوعية الدموية لدى الأشخاص الذين يعانون من ارتفاع ضغط الدم. قد يُجادل البعض بأن فاعلية العقاقير الخاصة بالذهان في الممارسات السريرية التقليدية أقل من فاعليتها كنتائج اختبارات مُحكمة، وذلك بالقول بأن وسائل العلاج هذه لديها آثار جانبية خاصة، وأن صراع المصالح المادية بين الباحثين قد تكون قد عملت على انحياز نتائج التجارب، إلا أن كل هذا الجدل قد يسري أيضًا على وسائل العلاج التي تستخدمها التخصصات الأخرى (بينما يتفرد الطب النفسي من بين التخصصات الطبية الأخرى من حيث تأثير تضارب مصالح المتحدثين في طريقة تقديم الدلائل المتاحة). بالطبع، من الهام دائمًا التأكيد بأنه لا بد من وصف وسائل العلاج المضادة للذهان في إطار تحالف علاجي، يتم إكماله - كلما أمكن الأمر - بتدخلات نفسية اجتماعية تقوم على دليل.

الحضارة، المحن الاجتماعية والذهان

ANDREAS HEINZ¹, LORENZ DESERNO^{1,2}, ULRICH REININGHAUS³

¹Department of Psychiatry, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Charité Campus Mitte, Berlin, Germany; ²Max Planck Institute for Human Cognitive and B Sciences, Leipzig, Germany; ³Section of Social Psychiatry, Health Service and Population Research Department, Institute of Psychiatry, King's College London, London, UK

لقد كان هناك اهتمام متزايداً في السنوات الأخيرة بالأبحاث التي تقوم على الاختلافات الجغرافية التي تسبب الإصابة بالفصام وغيرها من حالات الذهان؛ وبالتالي فنحن نستعرض في هذه المقالة الدليل على الاختلاف في حدوث الإصابة بالفصام وغيره من حالات الذهان، وذلك من حيث المكان و الفرد وعامل المستوى البيئي الذي يؤثر في هذا الاختلاف. سنقوم بعد ذلك باستعراض الاكتشافات في الآلية المحتملة التي تعمل على الربط بين بيئة الحضارة السلبية والذهان. هناك دليل من دراسات قديمة وأيضاً غيرها من الدراسات الحديثة يقول بأن الحضارة ترتبط بزيادة حدوث الإصابة بالفصام وحالات الذهان الغير وجدانية. بالإضافة إلى ذلك، لقد تم ملاحظة حدوث تباین كبير في الإصابة بين العامة، وذلك فيما يخص هذه الاضطرابات. تقترح الاكتشافات أنه لا يمكن للانجراف الاجتماعي بمفرده أن يؤثر على الاختلاف الجغرافي في إحداث الإصابة بالمرض، بل وتستمر الاكتشافات في الاقتراح بأن تأثير الحالات الاجتماعية السلبية – والتي تم فهرستها بحسب المستويات البيئية التي تم التعرض لها، مثل الكثافة السكانية والتجزؤ الاجتماعي والحرمان – يفسر خطر الإصابة بالذهان (بشكل محيّر) وتعديلاته (عن طريق التفاعل) وأيضاً يفسر التعرض الاجتماعي على المستوى الشخصي (أي استخدام مخدر الحشيش والأمور الاجتماعية السلبية والاستبعاد والتمييز العنصري). أما على مستوى بيولوجيا الأعصاب، فتقترح العديد من الدراسات بأنه يوجد صلة قريبة بين الأمور السلبية الاجتماعية والانعزال والضغط من ناحية، والاختلال الوظيفي أحادي الأمين من ناحية أخرى، والذي يتشابه مع الاكتشافات التي وجدت لدى مرضى الفصام، لكن هناك افتقار حتى يومنا هذا إلى الدراسات التي تقيم وبصورة مباشرة الرابط بين ضغوط الحضارة أو التحيز والاختلافات العصبية الحيوية في الفصام.

كلمات مفتاحية: الحضارة، المحن الاجتماعية، الذهان، الفصام، التفكير الاجتماعي، العزلة، التحيز، الضغوط.

(عالم الطب النفسي 2013:197-187:12)

لقد عثر هاري (12) في أول دراسة قامت خارج الولايات المتحدة، على معدلات أعلى للفصام في مناطق الحضارة الداخلية في مدينة بريستول. وتختلف أيضاً في هذه الدراسة المعدلات في مناطق الحضارة الداخلية، وذلك بين العامة من الناس (12)، وبالتزامن مع فارس ودونهام (9) كان الاختلاف في إحداث الإصابة بالذهان الوجداني والاكتئاب أيضاً محدوداً (12).

أدلت أيضاً دراسات لاحقة، تمت في نوتنجهام (13،14) ومانهايم (15،16) أن معدلات الفصام – وليس الذهان الوجداني – تزداد في مناطق الحضارة الداخلية، لكن وبالتناقض مع ما يقوله هاري (12) عثروا فقط على اختلافات محدودة بين العامة في هذه المناطق، وجدير بالذكر أنه يوجد دليل عن معدلات مرتفعة من الاكتئاب في مناطق الحضارة الداخلية (13-16).

معدلات مرتفعة في مناطق الحضارة الداخلية

لقد أنتجت دراسات لاحقة اكتشافات مشابهة، وذلك في العديد من الدول (أي في المملكة المتحدة والدنمرك وفنلندا وألمانيا وأيرلندا وسكتلندا والسويد والولايات المتحدة) (17-39). وقد أكتشف مورتينسين وآخرون (28) أن الحضارة ترتبط بزيادة أكثر مرتين في التعرض لخطر الإصابة بالفصام، وذلك في دراسة قامت على بيانات التسجيل في الدنمرك، وبصورة مماثلة، ظهر أن الحضارة مرتبطة بزيادة أكثر مرتين أو ثلاثة مرات في إحداث الإصابة بالذهان الغير وجداني (22،25)، يتفق هذا الأمر بقوة مع اكتشافات جاءت بها معظم الدراسات الأخرى، والتي تدلي بأن نسب الحضارة (التي تم فهرستها بحسب الكثافة السكانية) ترتبط بزيادة في معدلات الفصام وغيرها من حالات الذهان الغير وجدانية (40-43) تصل من 1.5 إلى 4 مرات. وتزامناً مع هذا الأمر، قام فاسوس

لقد أزداد الاهتمام في السنوات الأخيرة بدور البيئة الاجتماعية في أصل الفصام وغيره من اضطرابات الذهان الأخرى (1)، وواحدة من مجالات البحث التي تلقت اهتماماً معيناً هي الرابط بين عوامل الخطر الاجتماعي – مثل الحضارة والعوامل الاجتماعية السلبية والإقصاء – والذهان (2-4). قد يقدم إدراك الاختلافات الجغرافية في إحداث الإصابة بالذهان وتعريف العوامل الاجتماعية التي تؤثر على هذا الاختلاف، قيماً لمسببات وعلاج الذهان (1،5).

نستعرض في هذه المقالة الدلائل على: 1- الاختلافات في حدوث الإصابة بالفصام وغيرها من حالات الذهان، وذلك بحسب المكان؛ 2- الفرد وعامل المستوى البيئي الذي يشرح هذا الاختلاف، والذي يشمل الضغوط الاجتماعية والاستبعاد؛ و3- الآليات المحتملة التي تربط بين بيئة الحضارة السلبية وداء الذهان.

الاختلاف الجغرافي في إحداث الإصابة بالمرض

لقد تم عمل الدراسات الأولى على تأثير الاختلافات الجغرافية على الإصابة بالفصام وغيره من حالات الذهان في ولاية شيكاغو بالولايات المتحدة (6-9) وبريستول (10)، وذلك منذ العشرينات.

لقد كان فارس ودونهام (9) أول من قاموا بتقديم تقارير تقول بأن أول معدلات الاحتجاز بالمستشفى بسبب الإصابة بالفصام أعلى في مركز المدينة، وذلك في دراستهم الرائدة في مدينة شيكاغو، فبينما تنخفض نسب الإصابة بالفصام كلما زادت المسافة بعداً عن مركز المدينة، انتشرت معدلات الذهان الوجداني (أي الاكتئاب الذهاني والاضطراب الثنائي القطب الذي يتخذ صورة الذهان) في المناطق المركزية والهامشية (9)، وبناءً على هذا العمل، قدمت دراسات سابقة أخرى نموذجاً مُشابهاً، وذلك في تسعة مدن أمريكية أخرى (11).

وآخرون (31) بتقدير مجموع تأثير التعرض لبيئة حضرية في إحداث الإصابة بالفصام يصل إلى 2.37 (95% CI 2.01-2.81) وذلك في تحليل تلوي حديث. لقد تم ملاحظة نفس هذه النتيجة عندما امتدت التقديرات إلى كل حالات الذهان الغير وجدانية (95% CI 2.38-3.5-1.6).

لقد كان الدليل حول الاختلافات الجغرافية في إحداث الإصابة بالذهان الوجداني أقل ثباتاً، وهذا كما هو الحال في الدراسات السابقة. وكما أدلى مارسيليس وآخرون (26) بمعدلات ذهان وجداني أعلى بشكل كبير لدى هؤلاء الذين قد تعرضوا لمناطق حضرية، إلا أنه لم تجد أغلب الدراسات التي تبحث في هذه القضية أية دليل يؤكد دور الاختلاف الجغرافي في إحداث الإصابة بالمرض (21,25,30,36,44). أما فيما يتعلق بالاكتئاب، فقد وجدنا أن المعدلات في مناطق الحضارة الداخلية مرتفعة، مع أنها بنسبة أقل من الذهان الغير وجداني (37,45,46).

الاختلاف بين العامة من الناس

وفيما يتوافق مع دراسات سابقة قام بها هاري (10) في بريستول، وتتناقض مع ما تم العثور عليه في نوتنجهام (13,14) ومانهام (15,16)، قامت دراسات لاحقة تشرح حدوث الإصابة بالذهان على مستوى العامة، بالإدلاء ببعض الاختلافات بين العامة في المدن (39,47-60). لقد ظهر أن المعدلات الموحدة لإحداث الإصابة بالفصام (57,59,60) والذهان الغير وجداني (56) وكل اضطرابات الذهان (47) بأنها تختلف كثيراً بين العامة، وبالإضافة إلى ذلك، لقد تم العثور على تأثيرات إحصائية هامة للعامة، تشير هذه إلى دور الاختلافات الجغرافية في إحداث الإصابة بالفصام (57,60) والذهان الغير وجداني (57). لكن وحتى يومنا هذا، أدلت فقط ثلاثة دراسات عن حجم هذا الاختلاف (39,56,59)، وقد تراوحت في هذه الدراسات تقديرات نسب الاختلاف في الإصابة المرتبطة بمستوى العامة من 4% (39,57) إلى 12% (4) للفصام، ومن 2% (39) إلى 11% (5,56) للذهان الغير وجداني. تتفق هذه التقديرات بشدة مع ما قد تم الإدلاء به عن اختلافات مستوى العامة في حالة الاكتئاب (61-66)، وكما في الدراسات السابقة (9,10) لم تجد الدراسات اللاحقة دليلاً يدعم الاختلافات في الإصابة بالذهان الوجداني بين العامة (56).

تقترح الكثير من الدراسات التي قامت على مجموعات المهاجرين ومجموعات الأقلية العرقية، أن خطر الإصابة بالفصام وغيره من حالات الذهان يزداد بشكل كبير في الجيل الثاني والثالث من المهاجرين (43,67,68)، وأن هذا الخطر يزداد بشكل أكثر في بعض المجموعات التي تتعرض لمستوى عالي من العزلة الاجتماعية والتمييز العرقي، مثل الأشخاص الذين ينتمون إلى مجموعات الأفارقة الزنوج وزنوج منطقة البحر الكاريبي (69-73).

وبينما قد يساهم الكثير من الأفراد - وأيضاً عوامل المستوى البيئي، والتي تشمل الفقر وإمكانية الدخول على الخدمات الصحية والدعم الاجتماعي ومعدلات استخدام العقاقير واستجابتهم للروابط الحيوية العصبية - في معدلات الذهان العالية، إلا أنه يبدو أن استخدام مخدر الحشيش لا يساعد في توضيح سبب المعدلات العالية لدى المهاجرين من زنوج منطقة البحر الكاريبي (1)، وقد تكون إمكانية الدخول على الخدمات الصحية أقل ارتباطاً عن الاستبعاد من المستشفى قبل التعرض الأولي لخدمات الصحة النفسية (74-41,76).

يؤكد الاكتشاف الذي يقول بأن قلة التماسك الاجتماعي يرتبط بالنسب العالية من المرض، ارتباط العزلة البيئية كعامل ضغط - والذي قد ظهر في التجارب التي قامت على نماذج حيوانية - بأنه يتفاعل مع شبكات المخ المتضمنة في تطوّر اضطرابات الذهان (4,77-81).

انحراف أم علاقة سببية؟

يبرز سؤال هام من جراء الاكتشافات السابقة، وهو ما إذا كانت نسب الفصام المرتفعة في المناطق الحضرية سبباً للاضطراب أو بوارده أم نتيجة له. وبينما أن التفسير المقبول الذي ساد لوقت طويل هو أن اختيار المناطق الحضرية يلي بداية الاضطراب أو بوارده (انحرافه)، وليس التعرض لبيئة حضرية (علاقة سببية) التي يُمكن بدورها أن تزيد من الخطر، لكن قد كانت الدراسات السابقة محدودة في مخاطبة هذا الاستفسار (24,41).

لقد قامت عدد من الدراسات منذ ذلك الوقت بفحص نسبة انحدار الاستجابة لجرعات العقاقير وفتراتاتها، والتي تركز في غالب الأمر على العلاقة بين الحضارة والفصام. هناك دلائل جيدة من بعض الدراسات التي تدرس زمن هذا الترابط، وتقترح هذه أن خطر الفصام وغيره من حالات الذهان الغير وجداني يزداد كلما ازدادت نسبة تحضر مكان الولادة (17,21,22,28)، وعلى الناحية الأخرى، لا تزال الدلائل على علاقة استجابة جرعة العقاقير الخاصة بالولادة في المناطق المتحضرة مع الذهان الوجداني والاكتئاب محدودة (21,26,46).

لقد استخدم مارسيليس وآخرون (27) بيانات تسجيل هولندية وطنية لحالات مرضية بأمراض نفسية، وذلك في محاولة منهم لإبعاد عامل التعرض للحضارة منذ الولادة وبداية توقيت المرض، وذلك لشرح الزيادة المزدوجة في الإصابة بالفصام لدى الأفراد الذين ولدوا في مناطق متحضرة، لكن لم يتم ملاحظة أية زيادة في الإصابة بالمرض على هؤلاء الذين لم يولدوا في مناطق متحضرة بل يعيشون في بيئة متحضرة عند وقت بداية المرض (27). لقد أدلى لويس وآخرون فيما بعد ذلك (24) بزيادة في خطر الإصابة بالفصام لدى هؤلاء الذين قد تربوا في بيئة متحضرة. وقد أكتشف بيدرسين ومورتينسين (18) في الدراسة الوحيدة حتى يومنا هذا التي سعت إلى فصل تأثيرات الولادة والتربية في منطقة متحضرة، أن التعرض لبيئة متحضرة أثناء التربية - وليس الميلاد في بيئة متحضرة - هو الذي يزيد من خطر الإصابة بالفصام فيما بعد، وما هو أكثر من ذلك هو أنه قد كان هناك دليلاً قوياً على علاقة الاستجابة لجرعة العقاقير بين التعرض التراكمي للحضارة أثناء فترة التربية وخطر الإصابة بالفصام (18). هناك تقارير تشير عن تدرج مؤشر الاستجابة للعقاقير فيما يخص الحضارة لحالات الذهان الغير وجدانية (21,37) وحالات الاكتئاب التي لا يصاحبها أعراض الذهان (37)، بالرغم من أنه ليس للذهان الوجداني (21). تقترح هذه الاكتشافات مجتمعة أنه لا يُحتمل أن يكون الانحدار الاجتماعي بمفرده وراء الاختلافات الجغرافية في حالة حدوث المرض (41)، يعمل هذا على إبراز التساؤل عما يجعل البيئة الحضرية وراء أن الكثير من الأفراد في خطر الإصابة باضطراب الذهان الغير وجداني.

عوامل خطر متمثلة في الشخصية والمستوى البيئي

لقد تم اقتراح العديد من العوامل البيئية بكونها وراء الاختلافات

الجغرافية التي تؤدي إلى الإصابة بالفصام وغيره من حالات الذهان الغير وجداني، وذلك منذ أن تم التقرير عن أول دليل. يُمكن أن تجتمع هذه كلها تحت قائمة التعرض البيئي لأشخاص يعيشون في مناطق حضرية داخلية (أي التعرض على المستوى الفردي) والتعرض لخصائص هذه المناطق (أي التعرض على المستوى البيئي) (أنظر الجدول رقم 1).

عوامل المستوى الشخصي

وبحسب الدليل المتاح على وجود علاقة بين التعرض المبكر لإيذانات عصبية إنمائية وخطر الإصابة بالفصام (91)، وأيضاً الاقتراح بأن هذه الإيذانات قد تكون أكثر شيوعاً في مناطق الحضارة الداخلية، هناك احتمال بأن تأثيراتها على النمو المبكر للمخ يساهم في المعدلات العالية للإصابة بالذهان في هذه المناطق.

مثلاً، وبناءً على الدليل الذي يقترح أن خطورة الإصابة بالفصام تزداد لدى النسل الذي يتعرض لتعقيدات عند الولادة، قد قام هاريسون وآخرون (22) بفحص تأثيرات مثل هذه التعقيدات على العلاقة بين الحضارة والفصام وغيرها من حالات الذهان الغير وجداني، وبينما قد عثر هؤلاء على انتشار أكثر للتعقيدات التي تحدث عند الولادة في مناطق الحضارة الداخلية (22)، وهذا يتفق مع إيتون وآخرون (21)، إلا أنه لم تقل قوة العلاقة بعد تسوية التعقيدات التي تحدث عند الولادة (22).

ولا تزال الأدلة التي نشاهدها عند فترة الوضع، وهذا كحجة للاختلافات الزمنية للتعرض للإصابات التي قد تشرح الزيادة الملحوظة في إحداث الإصابة بالمرض في مناطق الحضارة الداخلية، بالأمر المريب. لقد قدم تاكي وآخرون (92) تقريراً عن تفاعلات هامة بين الحضارة وفترة الوضع على مقياس مضاعف؛ وقد اكتشفوا في هذه الدراسة أن العلاقة بين الولادة في مناطق حضرية وخطر الإصابة بالفصام أقوى لدى الأفراد الذين قد ولدوا في الشتاء (92)، وهناك تقرير عن اكتشاف مشابه لهذا الأمر قد قدمه هتريسون وآخرون (22)، وهذا فيما يخص حالات الذهان الأخرى الغير وجدانية، لكن، وبالاتفاق مع آخرين (17،18،28) لم يعثر هؤلاء الباحثين على دليل يقول بأن فترة الولادة بإمكانها أن تعدل من العلاقة بين الحضارة وخطر الإصابة بالفصام (22،28)، وإلى جانب الأدلة التي قدمها بيديرسين ومورتينسين (18)، نعرف أن التربية في مناطق حضرية - وليس الولادة فيها - هي التي تزيد من خطر الإصابة بالفصام. تقترح هذه الاكتشافات الأخيرة، وبشكل مؤقت، أن التعرض لإيذانات عصبية إنمائية قبل الولادة وأيضاً في الفترة التي تسبق الولادة، يُحتمل أن يكون أقل صلة بمعدلات الفصام المرتفعة في مناطق الحضارة الداخلية.

ومن التفسيرات المحتملة الأخرى لهذه المعدلات المرتفعة هي استخدام مخدر الحشيش (83)؛ فتقترح الاكتشافات أن استخدام مخدر الحشيش في فترة المراهقة يرتبط بزيادة في خطر الإصابة باضطراب الذهان في فترة الشباب (93،94)، وهناك اكتشافات تقول أن استخدام مخدر الحشيش بالأمر الشائع في مناطق الحضارة (24). لقد قدم زامست وآخرون (82) تقريراً عن ضعف العلاقة بين استخدام مخدر الحشيش وخطر الإصابة بالفصام، وذلك بعد تسوية أمر الولادة في مناطق الحضارة (82). لقد عثر كيوبير وآخرون (83) في دراسة جماعية مُرتقبة على دليل عن وجود تفاعل إضافي بين استخدام مخدر الحشيش و الحضارة في زيادة خطر ظهور أعراض الذهان: فقد كان الأفراد الذين أدلوا باستخدام مخدر الحشيش

وقد تعرضوا لبيئة حضرية، كانوا أمام خطر أكبر من هؤلاء الذين لديهم عامل واحد فقط من العاملين (83).

لقد اقترح بعض العلماء أن تكون البيئة المادية لمناطق الحضارة الداخلية عامل تفسيري مُحتمل. وقد كان هناك، في دراسة مُصغرة قام بها بيديرسون وآخرون (84)، دليلاً بأن الكثافة المرورية ترتبط بخطر الإصابة بالفصام (84). وبالتحقق من هذه الاكتشافات، لم يعثر بيديرسون ومورتينسين (35) على أية دليل يقول بأن العلاقة بين الحضارة وخطر الإصابة بالفصام يُمكن أن يؤثر عليها أو يُعدلها من خلال أقرب الطرق الرئيسية، لكن هذا الاختلاف ليس إلا حجة ضعيفة عن التعرضات المرتبطة بالمرور، مثل الضوضاء وتلوث الهواء. هناك احتياج إلى مقاييس أفضل لقياس التعرض لأموال البيئة العمرانية، وذلك لتوضيح ما إذا كانت هذه الأمور وراء معدلات الذهان المرتفعة في مناطق الحضارة الداخلية، وأيضاً لاستبعاد فكرة أن ضوضاء المرور مجرد حجة للمحن الاجتماعية والفقر.

لقد تم، في حقيقة الأمر، اقتراح عدد من الأحوال الدالة على المستوى الشخصي والتي يكون لها دور في المحن الاجتماعية التي يتعرض لها المرء، بأنها وراء الزيادة المرتفعة للإصابة بالذهان في مناطق الحضارة، وتشمل هذه علامات تدل على الأضرار الاجتماعية في مرحلة الطفولة، مثل بطالة الوالدين وعدم اكتمال تعليمهم والتربية تحت رعاية واحد من الوالدين والحصول على دعم مالي من الدولة وقلة الدخل المالي وقلة الرعاية المنزلية وأيضاً ضعف الوضع الاجتماعي الاقتصادي (22،24،39،85). وتشمل علامات الضرر الاجتماعي الذي يحدث في مرحلة الشباب، والتي قد تم اقتراحها كعوامل توضيحية مُحتملة، تشمل حالة اجتماعية تتمثل في العزوبية أو الطلاق (59) وقلة التعليم (37،86) وضعف الحالة الاقتصادية (87).

وبينما يوجد هناك تقارير عن وجود ضعف في هذا الأمر بعد تسوية هذه العوامل (37،39،86)، وذلك في أغلب الدراسات التي تدرس هذه القضية حتى يومنا هذا، إلا أن قوة العلاقة بين الحضارة والإصابة بالذهان لا تزال لم تتغير (22،24،59،87)، وأيضاً ذات دلالة إحصائية (22،24،37،39،59،87)، وبمعنى آخر، لقد أوضحت علامات المستوى الشخصي الدالة على المحن الاجتماعية في هذه الدراسة، أوضحت فقط وإلى حد ما العلاقة بين الحضارة والإصابة بالذهان، لكن وفيما يخص العامل الوراثي (33،95) وتعاطي مخدر الحشيش (83) يوجد هناك عدد محدود من الدراسات التي تبحث فيما إذا كانت علامات المستوى الشخصي تتفاعل مع الحضارة لتزيد من خطر الإصابة بالذهان.

واحدة من مجالات البحث المحتملة حيث يُمكن للحضارة والمحن الاجتماعية أن يتداخلوا ويتفاعلوا معاً، هي وجود الأقليات الاجتماعية ومجموعات المهاجرين في المدن الداخلية؛ فبسبب انخفاض مستوى التسكين في بعض المدن الداخلية المعينة هناك نسبة عالية من المهاجرين والأقليات الذين يقطنون المدن الداخلية الأمريكية والأوروبية، والذين غالباً ما يتعرضون إلى النفي والتمييز الاجتماعي، وأيضاً إلى خدمات العناية الصحية التي لا تستطيع أن تلبّي احتياجاتهم، وقد يتعرضون أيضاً إلى الأطباء الذين يفشلون في الأخذ في الاعتبار بالنماذج التوضيحية المختلفة للصحة والمرض (96-99)، وما هو أكثر من ذلك هو أنه غالباً ما يحظى المهاجرون والأقليات على دخل قليل ويعانون من العزل الاجتماعي في مكان عملهم وقد يترددوا في الإبلاغ عن مشكلات تتمثل في مخدرات غير مشروعة، وذلك بسبب الإساءة المتمثلة في التهديد بالترحيل خارج البلاد (100)، للأسف لازلنا نفتقر إلى الدراسات التي تخاطب وبطريقة مباشرة

جدول رقم 1: عوامل المستوى البيئي والشخصي التوضيحية للاختلافات الجغرافية فيما يخص حدوث الإصابة بالفصام

عوامل الخطر الاجتماعي	النتيجة	الاكتشاف الأساسي	المرجع
عوامل على المستوى الشخصي			
الإذاعات العصبية الإنمائية			
التعقيدات عند الولادة			
فترة الولادة	الفصام، الذهان الغير وجداني، الذهان الوجداني	N	ايتون وآخرون (21)
	الفصام، الذهان الغير وجداني	N	هاريسون وآخرون (22)
	الفصام	I _u	تاكي وآخرون (38)
	الفصام	N	مورتينسين وآخرون (28)
	الفصام	N	بيديرسين وآخرون (17)
	الفصام	N	بيديرسين وآخرون (18)
	الفصام	N	هاريسون وآخرون (22)
	الذهان الغير وجداني	I _u	هاريسون وآخرون (22)
	الفصام	C	لويس وآخرون (24)
	الفصام	C	زاميت وآخرون (82)
تعاطي مخدر الحشيش			
	أعراض الذهان	I _u	كوبير وآخرون (83)
البيئة العمرانية			
الكثافة المروية			
	الفصام	C	بيديرسون وآخرون (84)
	الفصام	N	بيديرسون ومورتينسين (35)
التلوث الهوائي			
	الفصام	C	بيديرسون وآخرون (84)
علامات المساوئ الاجتماعية			
مرحلة الطفولة			
	الفصام	C	لويس وآخرون (24)
	الفصام، الذهان الغير وجداني	N	هاريسون وآخرون (22)
	الفصام وغيره من حالات الذهان	N	ويكس وآخرون (85)
	الفصام، الذهان الغير وجداني، الذهان الوجداني	C	زاميت وآخرون (39)
مرحلة الشباب			
	الفصام	N	فان اوس وآخرون (59)
	أعراض الذهان	N	فان اوس وآخرون (59)
	أعراض الذهان	N	سباون وآخرون (87)
	أيه حالة من حالات الذهان	C	سندكويس وآخرون
	الفصام، الذهان الغير وجداني، الذهان الوجداني	C	زاميت وآخرون (39)
عوامل المستوى البيئي			
الحرمان الاجتماعي			
	الذهان الغير وجداني	N	كروداس وآخرون (52)
	الفصام	N	بويديل وآخرون (60)
	الفصام	N	سيلفر وآخرون (88)
	الفصام	A	الاريس وآخرون (50)
	الفصام	N	دروكير وآخرون (54)
	الفصام، الذهان الغير وجداني	N	كيركبرايد وآخرون (56)
	الذهان الغير وجداني	N	زاميت وآخرون (39)
	الذهان الغير وجداني	A	كيركبرايد وآخرون (67)
رأس المال الاجتماعي			
الحراك الاجتماعي			
الرقابة الاجتماعية الغير رسمية			
التماسك الاجتماعي / الثقة			
	الفصام	A	سيلفر وآخرون (88)
	الفصام	N	دروكير وآخرون (54)
	الفصام	N	دروكير وآخرون (54)
	الفصام	A	كيركبرايد وآخرون (49)
	الفصام	N	كيركبرايد وآخرون (49)
	الفصام، الذهان الغير وجداني	A	كيركبرايد وآخرون (56)
	الفصام	A	لوفورز وسوندكويس (48)
	الذهان الغير وجداني	N	كيركبرايد وآخرون (67)

جدول رقم 1: عوامل المستوى البيئي والشخصي التوضيحية للاختلافات الجغرافية فيما يخص حدوث الإصابة بالفصام (تابع)

عوامل الخطر الاجتماعي	النتيجة	الاكتشاف الأساسي	المرجع
التفكك الاجتماعي	الفصام	A	الارديس وآخرون (50)
	الذهان الغير وجداني	A	زاميت وآخرون (39)
	الذهان الغير وجداني	N	كيركبرايد وآخرون (67)
عامل الشخصية والمستوى البيئي			
العرقية على المستوى الشخصي X كثافة العرقية على المستوى البيئي	الفصام	I _c	بويديل وآخرون (60)
	الفصام	I _c	كيركبرايد وآخرون (57)
	أيه حالة من حالات الذهان	I _c	فيلينج وآخرون (47)
	أيه حالة من حالات الذهان	I _c	شوفيلد وآخرون (89)
	خبرات ذهانية	I _c	داس مونشي وآخرون (90)
الفرد X التفكك الاجتماعي على المستوى البيئي	أيه حالة من حالات الذهان	I _c	زاميت وآخرون (39)
الفرد X الحرمان الاجتماعي على المستوى البيئي	أيه حالة من حالات الذهان	I _c	زاميت وآخرون (39)
الفرد X التفكك العرقي على المستوى البيئي	أيه حالة من حالات الذهان	I _c	زاميت وآخرون (39)

A- دليل على وجود علاقة (مع الذهان): C- دليل على وجود إقحام (العلاقة بين الحضارة والذهان): II- دليل على وجود تفاعل (تفاعل العامل الشخصي/ البيئي مع الحضارة بهدف زيادة خطر الإصابة بالذهان): Ic- دليل على وجود تفاعل (تفاعل بين الشخص وعوامل المستوى البيئي لزيادة خطر الإصابة بالذهان): N- غياب دليل على وجود تفاعل أو إقحام أو علاقة.

وبطل كونها هامة من الجهة الإحصائية (39,50,54,57,60)، وبصورة معاكسة، وفي تحاليل حديثة قام بها كيركبرايد وآخرون (42)، استمرت العلاقة بين الحرمان على المستوى البيئي والذهان الغير وجداني، وذلك حتى بعد تعديل عوامل المستوى الشخصي والبيئي الأخرى.

لا يزال مصطلح "رأس المال الاجتماعي" تفسيراً مقترحاً للاختلاف في حدوث الإصابة بالمرض بين العامة. لقد قدم سيلفر وآخرون تقريراً يقول بأن الحراك الاجتماعي (الذي يعمل بين نسبة السكان التي لم تكن في نفس المنطقة منذ خمسة سنوات مضت، ونسبة السكان التي تعيش في مساكن مستأجرة) يرتبط بخطر الإصابة بالفصام بعد تعديل عدد من عوامل المستوى الشخصي. لقد قام دروكير وآخرون (54) بالتفرقة بين مكونين من مكونات "رأس المال الاجتماعي"، وهما الرقابة الاجتماعية الغير رسمية والتماسك الاجتماعي والثقة، وقاما بدراسة عدم الاستقرار السكني بكونه صفة مستقلة للمستوى البيئي. وبينما عثر هؤلاء العلماء على علاقة هامة بين عدم الاستقرار السكني والتماسك الاجتماعي / الثقة وخطر الإصابة بالفصام، إلا أنه لم تستقر أياً من هذه العلاقات في تحاليل مُعدلة، وفي المقابل من هذا، قدم كيركبرايد وآخرون (49) تقريراً عن وجود علاقة غير خطية بين التماسك الاجتماعي / الثقة وحدث الإصابة بالفصام، وتزداد هذه النسب المُعدلة بين العامة بمعدلات عالية ومنخفضة، وهذا بالمقارنة مع المستويات المتوسطة من التماسك الاجتماعي / الثقة، لكن لم يرتبط التفكك الاجتماعي - وهو يُعرّف في هذه الدراسة بكونه مكون آخر من رأس المال الاجتماعي - بحدوث الإصابة بالفصام (49). أخيراً، لقد أستخدم لوفورز وسوندكويست (48) الإقبال الانتخابي كبديل "لرأس المال الاجتماعي" واكتشفوا أن القليل من الإقبال يرتبط بزيادة في حدوث الإصابة بالذهان الوجداني، وهذا توافقاً مع كيركبرايد وآخرون (56).

لقد تم طرح مفهوم ذات صلة بالموضوع - وقد يكون متداخلاً - وذلك ليكون وراء الاختلاف الجغرافي في عملية حدوث المرض بين العامة، وهو التفكك الاجتماعي. لقد قدم الارديس وآخرون (50) تقريراً عن علاقة

العلاقة بين العزلة الاجتماعية والتمييز العنصري من ناحية وخطر ظهور الفصام من الناحية الأخرى.

عوامل المستوى البيئي

كان هناك الكثير من الطلبات في الدراسات الأولى التي تمت في شيكاغو (9,10) وونتجهام (13,14) ومانهايم (15,16) لشرح الاختلاف الجغرافي ودوره في حدوث الإصابة بالمرض، وذلك من جانب خصائص البيئات الاجتماعية السلبية التي أدلت بوجود نسب عالية من الاضطرابات، مثلاً، قد قام فاريس ودونهام (9) بتوضيح اكتشافهم المتمثل في نسب عالية من الإصابة بالفصام في وسط مدينة شيكاغو بكونه بسبب انخفاض مستويات التفكك الاجتماعي كلما أزداد الاقتراب من مركز المدينة، لكن لم يتم تدعيم هذا التفسير فقط بالمعلومات الخاصة بهم لكن أيضاً بالتحقيقات اللاحقة التي قاموا بها في مدينة شيكاغو (6-8) ومانهايم (15,16). وبطريقة ماثلة أدلى جيجز (13) ببعض المصادر الاجتماعية والمادية التي تقف وراء الاختلافات الجغرافية في حدوث الإصابة بالمرض في نوتجهام.

لكن قد فشلت هذه الدراسات السابقة في فحص تأثيرات عوامل المستوى البيئي في وقت واحد معاً - لكن بشكل مستقل عن - عوامل المستوى الشخصي (39)، مع الأخذ في الحسبان بمجموعات الأفراد في الوحدات الجغرافية (أي مناطق الحضارة الداخلية والأحياء المجاورة). لكن قد تم حديثاً استخدام وسائل إحصائية مناسبة، مثل النماذج المتعددة المستويات، وذلك لفصل تأثيرات العوامل الشخصية والمستوى البيئي. لقد قامت العديد من الدراسات بفحص دور الحرمان الاجتماعي على المستوى البيئي واكتشفوا أنه يوجد علاقة هامة مع حدوث الإصابة بالفصام (50,54,57,60,88) والذهان الغير وجداني (39,52,57)، لكن هناك دليل قوي من هذه الدراسات، وهو أنه بعد تعديل الأمور التي تشكل إقحاماً على المستوى الشخصي والمستوى البيئي، ضعفت هذه العلاقة،

المستوى الشخصي والتفكك الاجتماعي و"العرقى"، ويقال الحرمان على المستوى البيئي والتفكك الاجتماعي و"العرقى" (39)، هذا بالتطابق مع الافتراض الذي يقول أن العزل الاجتماعي في منطقة ما هو الذي يساهم في وجود معدلات عالية من الإصابة بالذهان. يقترح هذا الأمر أنه يختلف خطر الإصابة بالذهان لدى الأفراد المعرضين للمحن الاجتماعية، وهذا بحسب الحالة التي تربوا عليها أو يعيشون عليها في الوقت الحالي.

آليات مُحتملة

تقترح الاكتشافات السابقة مُجمعة أنه يوجد اختلاف جغرافي كبير في حدوث الإصابة بالفصام وغيره من حالات الذهان الغير وجدانية، وذلك عبر المناطق الريفية والحضرية وعبر الأحياء في المناطق الحضرية الداخلية، وحيث أنه يوجد دليل على الفترة الزمنية (أي التربية في المناطق الحضرية بدلا من العيش في المدينة الحالية) والميل إلى الاستجابة للعقاقير (أي أن الخطر يزداد بشكل خطي كلما أزداد التعرض التراكمي لبيئة حضرية أثناء التربية)، فليس هناك احتمال أن يكون الانجراف الاجتماعي وحده وراء هذا الاختلاف.

تقترح الاكتشافات الحالية أن تأثير السياق الاجتماعي المعاكس - والتي تم فهرستها بالتعرض لأمر على المستوى البيئي، مثل الكثافة السكانية والحرمان والتفكك الاجتماعي - على خطر الإصابة بالذهان قد تم -1 توضيحه (إقامه) أو -2 تعديله (تفاعلات) عن طريق التعرض البيئي على المستوى الشخصي (أي استخدام مخدر الحشيش ووضع مجموعات الأقليات العرقية والمحن الاجتماعية والاستبعاد والحرمان). يعمل هذا الأمر على إبراز التساؤل حول أية آليات بيولوجية ونفسية يمكن أن تربط بين التعرض البيئي (على المستوى الشخصي والمكاني) وداء الذهان.

يُمكن أن تلعب العوامل الوراثية لدى الأفراد الذين قد تعرضوا لبيئة حضرية (4)، وحيث أن نسبة كبيرة من إجمالي عدد السكان يتعرض للحضارة، إلا أن تطور الإصابة بالذهان لدى فقط القليل من الأفراد قد يعتمد على درجة المسؤولية العائلية (104)، وبالتوازي مع هذا الأمر، أقرت دراستان أنه يوجد تفاعل إيجابي على مقياس إضافي بين الحضارة والتاريخ الجيني للإصابة بالذهان، ويقترح هذا الأمر أن الأفراد الذين قد تعرضوا لبيئة حضرية ولديهم مسؤولية عائلية، أمام خطر أكبر للإصابة بالذهان عن غيرهم ممن يحملون إحدى العاملين (33,95). وتماشيا مع هذا، قدم ويسير وآخرون (105) تقاريرًا كدليل عن وجود تفاعل إضافي بين الأداء المعرفي الاجتماعي، كعلامة على المسؤولية الوراثية، والكثافة السكانية التي في خطر الإصابة بالفصام. وبينما تقترح هذه الاكتشافات وبصورة مؤقتة أن تأثير التعرض البيئي قد يعتمد على الخطر الوراثي، حتى يومنا هذا، إلا أنه لا يوجد دليل عن تفاعل بين جين X وبيئة الحضارة في دراسات تستخدم مقاييس مباشرة للجينات، وما هو أكثر من ذلك، تقترح المعدلات العالية للإصابة بالذهان لدى المهاجرين إلى لندن (وبصفة خاصة في المناطق ذات كثافة عرقية منخفضة) من منطقة بحر الكاريبي وأفريقيا، بالمقارنة مع معدلات الإصابة بالذهان والدخل في منطقة البحر الكاريبي وغرب أفريقيا والهند مثلا، تقترح أنه يوجد عوامل معينة ترتبط بالهجرة والتعرض للاستبعاد الاجتماعي والضغط (106)-

(109).

أما على المستوى العصبي البيولوجي، فهناك اقتراح بأن خطر

الاستجابة للعقاقير بين التفكك الاجتماعي على المستوى البيئي (والتي تمثل التنقل في خلال السنوات السابقة وعدد الأسر المستأجرة والأسر المكونة من فرد واحد والأفراد الغير متزوجين) وأول معدلات الاحتجاز بالمستشفى بسبب الإصابة بالفصام. وبشكل مماثل، هناك دليل من دراسة تسجيلية دنمركية (39) يقول بأن حدوث الإصابة باضطرابات الذهان الغير وجداني تزداد في المناطق ذات المستويات العالية من التفكك الاجتماعي (الذي يمثل نسبة الأطفال الذين قد هاجروا إلى السويد أو انتقلوا إلى بلدية مختلفة بين الثامنة عشرة والسادسة عشرة من عمرهم، أو تربوا تحت رعاية واحد فقط من الوالدين)، وحتى بعد تسوية عامل الإقحام المحتمل بعدد من عوامل المستوى الشخصي والبيئي، لكن لم يعثر كيركبرايد وآخرون (42) على وجود دليل عن العلاقة بين التفكك الاجتماعي على المستوى البيئي والذهان الغير وجداني.

وبينما تقترح هذه الاكتشافات مُجمعة أن التعرض لأمر على المستوى البيئي يُحتمل أن يكون له صلة بتوضيح الاختلافات الجغرافية في عملية حدوث المرض، إلا أنها تُشير أيضًا إلى تداخلات مفاهيمية وعملية وتجريبية للتعرض لأمر على المستوى البيئي والتي قد تم دراستها حتى يومنا هذا (101,102). هناك احتياج إلى أبحاث تجريبية من جانب النظريات الاجتماعية، وذلك لتعريف التغيرات المستمرة والصريحة للعزلة والحرمان الاجتماعي ورأس المال الاجتماعي والتفكك، وذلك باستخدام، مثلا، متغير كامن متعدد المستويات يمثل نموذجًا، وذلك ليتحقق من صحة التفاعلات المتاحة لهذه الثوابت.

التفاعل بين الشخصية والعوامل التي على المستوى البيئي

لقد قامت العديد من الدراسات الحديثة التي تستخدم نماذج متعددة المستويات بفحص كيف تتفاعل العوامل الشخصية والعوامل التي على المستوى البيئي معًا ليزيدوا من خطر الإصابة بالذهان (39)، وقد كانت أكثر الاكتشافات أهمية وانتشارا في هذه الدراسات هي أن الأشخاص الذين ينتمون إلى مجموعات المهاجرين والأقليات العرقية يزداد لديهم خطر الإصابة بالفصام في المناطق التي تقل فيها الكثافة العرقية (أي في المناطق التي تُشكل فيها هذه المجموعات نسب قليلة من إجمالي عدد السكان) (47,57,60,89,90). هناك تقارير عن تسبب هذا التفاعل بين العرقية على المستوى الشخصي والكثافة العرقية على المستوى البيئي، في إحداث الإصابة بالفصام (60) والذهان الغير وجداني (57) وكل اضطرابات الذهان (47,89) وأيضًا خبرات الذهان (90). إن هذا الأمر مثير للاهتمام، وذلك لأنه تميل المناطق الحضرية التي يقطنها عدد قليل من المهاجرين إلى أن تتميز بمتوسط الدخل وأيضًا متوسط الحالة الصحية العامة.

يقترح بيكارز وآخرون (103) أن خبرات التمييز العرقي قد يحدها كثافة المجموعات العرقية على مستوى الحي، وبالتالي لا يبدو الأمر أنه فقر عام في منطقة ما بحد ذاتها، بل دعم اجتماعي أو عزل اجتماعي يساهم في معدلات عالية من الإصابة بالذهان لدى المهاجرين الذين يقطنون هذه المناطق (بحالة ميسورة إلى حد ما). يُدعم هذه الاعتبارات دراسة حديثة قام بها زاميت وآخرون (39)، تقول هذه أنه يوجد تفاعل بين التفكك الاجتماعي، الذي على المستوى الشخصي والبيئي، والتفكك "العرقى" والحرمان الاجتماعي. وقد عثر هؤلاء العلماء على دليل يقول بأن خطر الإصابة بأية نوع من الذهان يزداد كلما أزداد الحرمان على

حتى يومنا هذا إلى دراسات لتقييم وبصورة مباشرة العلاقة بين عوامل الضغط الاجتماعي والضعف البشري وخطر إصابة البشر بالذهان.

لقد قام ليدربوجن وآخرون (129) حديثاً بدراسة ما إذا كان العيش والنمو في مناطق الحضارة يُغيّر المعالجة العصبية للضغوط الاجتماعية التقييمية. وبينما أن التعرض المُحكم للضغوط الاجتماعية التقييمية كان يرتبط بنشاط زائد في القشرة الحزامية الداخلية حول الركبي لدى الأفراد الذين تربوا في بيئة حضارية، وقد أزداد نشاط الجزء اللوزي الشكل (يوجد في الناحية الصدغية في المخ) لدى الأفراد الذين يعيشون حالياً في مناطق حضارية (129)، تتفق هذه الملحوظات مع الميل المُحتمل نحو توقع التهديد (130،131) كألية هامة محتملة في حدوث الإصابة باضطرابات الذهان، لكن هناك تقارير تقول بأن الزيادة في تنشيط الجزء اللوزي الشكل وضعف العلاقة بينه وبين قشرة الفص الجبهي، تحدث في الاضطرابات الوجدانية الغير ذهانية، وليس في حالة الذهان في حد ذاته، وتبدو أنها تتعدل بالسيروتونين وليس بالاختلافات الوراثية المتعلقة بالدوبامين (132).

لقد ظهر نظام هرمون السيروتونين بأنه يتأثر بقوة بالضغط الناتج عن الانعزال الاجتماعي، ويرتبط التحول الملحوظ في حركة السيروتونين وإتاحة الناقل بالقلق والعوانية وزيادة في تعاطي العقاقير (133،134). ويبدو أن الحساسية تجاه ضغط الانعزال الاجتماعي تتعدل من قبل الناقل الوراثي لهرمون السيروتونين والذي ضالعاً أيضاً في تنشيط الجزء اللوزي الشكل بواسطة إكراه المنبهات واقتزان الجزء اللوزي الشكل المتواجد في الفص الجبهي (135،136)، لكن تقول أغلب الدراسات حتى يومنا هذا أنه يوجد انخفاض في استجابة الجزء اللوزي الشكل للمنبهات المؤثرة في حالة الفصام (137-139)، وبالتالي فلا تزال علاقة الملحوظات التي قدمها ليدربوجن وآخرون (129) في التحكمات الصحية لخطر الإصابة بذهان المناطق الحضارية، تحتاج إلى المزيد من التوضيح.

وما هو مثير للاهتمام هو أنه قد قامت دراسة واحدة حديثة على مرضى الفصام بتقييم، وبصورة منفصلة، استجابات المنطقة اللوزية الشكل للمنبهات السلبية والإيجابية بصورة عاطفية (بدلاً من استخدام متوسط كل الاستجابات المستقلة عن تكافؤ التحقيقات العاطفية) وقد لاحظت استجابة زائدة إلى المنبهات السلبية بصورة عاطفية وتنشيط منخفض في الاستجابة إلى المنبهات الإيجابية بصورة عاطفية (140). قد تقترح هذه الاكتشافات، بالتوازي مع الملحوظات التي تقول بأن دورة الدوبامين تزداد لدى مرضى الفصام الذين لم يتلقوا علاجاً (118) وأن مثل هذه الزيادة في دورة الدوبامين تزيد بشكل إيجابي استجابة المنطقة اللوزية الشكل إلى إكراه المنبهات في التحكمات الصحية (141)، قد تقترح أن الزيادة في إنتاج الدوبامين ودورته في حالات الذهان الشديدة يُمكن أن تتفاعل مع التربية في مناطق الحضارة ومع غيرها من العوامل الشديدة المرتبطة بالضغط لزيادة عمل الحوفي لإكراه المحفزات.

لقد اكتشفت، في حقيقة الأمر، دراسات قامت بها مجموعتنا وغيرها من المجموعات، أن الاختلافات الوراثية في الجينات المنظمة للأيض واسترداد الأمينات الأحادية، مثل الدوبامين والنورادرينالين والسيروتونين، تؤثر بصورة إدمانية على استجابة المنطقة اللوزية الشكل في التحكمات الصحية (142،143)، وبالتالي فهناك احتياج إلى المزيد من الدراسات التي تقيم الاختلافات الوراثية معاً، وأيضاً عوامل الضغط الاجتماعي وتفاعلاتها في عمليات الفص الجبهي المخططي والحوفي للمنبهات المُجزية والعاطفية وضعفهم المُحتمل في حالة الذهان، لكن، وبسبب

الإصابة بالفصام يرتبط بالميل إلى معالجة معلومات غير دقيقة، يقوم على اختلالاً في مرونة القشرة القشرية (110، 111)، وهو الأمر الذي قد يتواجد لدى أقارب مريض الفصام (112)، وبالتالي ”فالتفكك“ قد يكون صفة بيولوجية مُحتملة لدى الأفراد المُصابين بالفصام (113) وأمام خطر بيولوجي كبير للإصابة بحالة عقلية (114،115). هناك توضيح ما يقول أن مجهود قشرة الفص الجبهي الظهري تقلل التحكم في النشاط الذي في القشرة المخية (اللحاء الجداري) أثناء عمل الذاكرة (113)، وقد تساهم هذه الآلية في إحداث ضعف في الإدراك المعتاد والتجاوب البديهي للإشارات البيئية (116).

قد تصبح المعدلات المرتفعة لتقلبات وإفرازات الدوبامين الذي تحت القشرة، في حالات الذهان الشديدة، ظاهرة ثانوية تزيد من معدلات نسبة الإشارة إلى الضوضاء على حساب ارتباط بارز بالمنبهات التي ليس لها صلة؛ قد يُساء ترجمة هذه الإشارات بكونها دلائل على اضطهاد أو تهديد اجتماعي وبالتالي تُساهم في وجود حالة مزاجية تتصف بالضلالات أو تكوين الضلالات (120، 67،77).

لقد اقترح العديد من العلماء أن يكون الضغط الاجتماعي آلية مُحتملة يُمكن من خلالها أن يؤثر التعرض لبيئة حضارية على الأشخاص وخاصة على ناقل الدوبامين العصبي ليزيد من خطر الإصابة بالذهان (121، 3،57،77،121). لقد أظهرت، في حقيقة الأمر، التجارب التي قامت على حيوانات، أن إفراز الدوبامين تحت القشري، وخاصة في منطقة المخطط، يتأثر بصورة مباشرة بعوامل الضغط الاجتماعي، وكذلك أيضاً كم العقاقير التي يُساء استخدامها (122،123). إن مفهوم ”الحساسية“ في الأصل - والذي يُشير إلى حساسية مفرطة أو ”استجابة“ لإفراز الدوبامين، والتي كانت تُستخدم لتوضيح ناقل الدوبامين العصبي الذي يلي هزيمة اجتماعية أو غيرها من مظاهر المحن الاجتماعية - قد ظهر في سياق إدمان العقاقير، حيث كان يجعل التعرض المتكرر لسوء استخدام العقاقير، إفراز الدوبامين المخططي حساساً وأيضاً رد الفعل السلوكي المرتبط به (124، 2،77). وبالتالي قد يعمل ضغط العزل الاجتماعي وأيضاً استهلاك العقاقير التي يُمكن إساءة استخدامها، على جعل إفراز الدوبامين تحت القشري حساساً، وقد يزداد الاختلال الوظيفي التابع للضغط الناتج عن الدوبامين، وذلك بعد ضعف تنموي مبكر لشبكات الطريق الجافي Mesolimbic للفص الجبهي، مثل بعد المرور بتعقيدات في الولادة أو حدوث إصابة بداخل الرحم (91).

لقد أكدت التجارب التي تمت على الحيوانات أن الخلل الوظيفي التنموي المبكر في حافة الفص الصدغي يُمكن أن تُضعف تنظيم الفص الجبهي لنقل الدوبامين العصبي تحت القشري، مما يؤدي إلى زيادة في إفراز الدوبامين المخططي بعد تطبيق كاتيكولامينات الفص الجبهي لتقليد التعرض للضغط (125،126). وبينما أن

مركب الدوبامين المشبكي المرتفع التركيبية هو نتاج متكرر لدى مرضى الفصام (117،127)، إلا أنه قد أوضحت دراسة تصوير مقطعي بشري بالانبعاث البوزيتروني (PET) في توأم أحادي وثنائي الزيجوت، أوضحت أنه لا تقف عوامل بيئية وبشرية معينة غير مشتركة بينهم، وراء أكثر من 50% من الاختلافات في مركب الدوبامين المخططي، وأن هذا التأثير يتضح أكثر في المخطط البطني الحوفي (128).

تقترح هذه الملحوظات أنه يُمكن أن تتفاعل وتؤثر العوامل البيولوجية وأيضاً الاجتماعية، وكذلك أيضاً استهلاك العقاقير، على إفراز الدوبامين المخططي ”كطريق نهائي مشترك“ في تطوير داء ذهان واضح، لكن نفتقر

epidemiologic research results. Z Psychother Med Psychol 1969;19:85-114.

16. Weyerer S, Hafner H. The stability of the ecological distribution of the incidence of treated mental disorders in the city of Mannheim. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1989;24:57-62.
17. Pedersen CB, Mortensen PB. Evidence of a dose-response relationship between urbanicity during upbringing and schizophrenia risk. Arch Gen Psychiatry 2001;58:1039-46.
18. Pedersen CB, Mortensen PB. Family history, place and season of birth as risk factors for schizophrenia in Denmark: a replication and reanalysis. Br J Psychiatry 2001;179:46-52.
19. Allardyce J, Boydell J, Van Os J et al. Comparison of the incidence of schizophrenia in rural Dumfries and Galloway and urban Camberwell. Br J Psychiatry 2001;179:335-9.
20. Eaton WW. Residence, social class, and schizophrenia. J Health Soc Behav 1974;15:289-99.
21. Eaton WW, Mortensen PB, Frydenberg M. Obstetric factors, urbanization and psychosis. Schizophr Res 2000;43:117-23.
22. Harrison G, Fouskakis D, Rasmussen F et al. Association between psychotic disorder and urban place of birth is not mediated by obstetric complications or childhood socio-economic position: a cohort study. PsycholMed 2003;33:723-31.
23. Haukka J, Suvisaari J, Varilo T. Regional variation in the incidence of schizophrenia in Finland: a study of birth cohorts born from 1950 to 1969. Psychol Med 2001;31:1045-53.
24. Lewis G, David A, Andreasson S. Schizophrenia and city life. Lancet 1992;340:137-40.
25. 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.
26. Marcelis M, Navarro-Mateu F, Murray R et al. Urbanization and psychosis: a study of 1942-1978 birth cohorts in The Netherlands. Psychol Med 1998;28:871-9.
27. Marcelis M, Takei N, van Os J. Urbanization and risk for schizophrenia: does the effect operate before or around the time of illness onset? Psychol Med 1999;29:1197-203.
28. Mortensen PB, Pedersen CB, Westergaard J et al. Effects of family history and place and season of birth on the risk of schizophrenia. N Engl J Med 1999;340:603-8.
29. Schelin EM, Munk-Jorgensen P, Olesen AV et al. Regional differences in schizophrenia incidence in Denmark. Acta Psychiatr Scand 2000;101:293-9.
30. Torrey EF, Mortensen PB, Pedersen CB et al. Risk factors and confounders in the geographical clustering of schizophrenia. Schizophr Res 2001;49:295-9.
31. Vassos E, Pedersen CB, Murray RM et al. Meta-analysis of the association of urbanicity with schizophrenia. Schizophr Bull 2012;38:1118-23.
32. Thornicroft G, Bisoffi G, De Salvia D et al. Urban-rural differences in the associations between social deprivation and psychiatric service utilization in schizophrenia and all diagnoses: a caseregister study in Northern Italy. Psychol Med 1993;23:487-96.
33. van Os J, Pedersen CB, Mortensen PB. Confirmation of synergy between urbanicity and familial liability in the causation of psychosis. Am J Psychiatry 2004;161:2312-4.
34. Pedersen CB, Mortensen PB. Are the cause(s) responsible for urban-rural differences in schizophrenia

طبيعية هذه التفاعلات المعقدة، لا بد من التحكّم في هذه الدراسات، وذلك لزيادة تناسبها مع المعلومات الوراثية والبيئية المحتملة (144) وأيضاً تكرارها بشكل مستقل في عينات منفصلة.

الخاتمة

تقترح المعلومات التي قمنا بعرضها في هذه المقالة، أن الحضارة ترتبط بخطر متزايد للإصابة بالفصام وغيره من حالات الذهان الغير وجداني، وأن تأثير السياق الاجتماعي السلبي - والذي تم فهرسته بحسب التعرض لأمر على المستوى البيئي، مثل الكثافة السكانية والتفكك والحرمان الاجتماعي - على خطر الإصابة بالذهان يشرحه (يربكه) أو يُعَدِّله (يتفاعل معه) التعرض البيئي على المستوى الشخصي (أي استخدام مخدر الحشيش والمحن الاجتماعية والاستبعاد والتمييز العنصري).
بينما تقترح التجارب الحيوانية والدراسات البشرية أنه يوجد آليات مُحتملة تربط بين الضغط الاجتماعي والاختلاف البيولوجي في حالة الفصام، إلا أننا نفتقر حتى يومنا هذا إلى الدراسات التي تختبر وبصورة مباشرة مثل هذه الآلية.

المراجع:

1. Morgan C, Charalambides M, Hutchinson G et al. Migration, ethnicity, and psychosis: toward a sociodevelopmental model. Schizophr Bull 2010;36:655-64.
2. Heinz A, Schlagenhauf F. Dopaminergic dysfunction in schizophrenia: salience attribution revisited. Schizophr Bull 2010;36: 472-85.
3. Meyer-Lindenberg A, Tost H. Neural mechanisms of social risk for psychiatric disorders. Nat Neurosci 2012;15:663-8.
4. van Os J, Kenis G, Rutten BP. The environment and schizophrenia. Nature 2010;468:203-12.
5. Kirkbride JB, Jones PB. The prevention of schizophrenia - what can we learn from eco-epidemiology? Schizophr Bull 2011;37: 262-71.
6. Rowitz L, Levy L. Ecological analysis of treated mental disorders in Chicago. Arch Gen Psychiatry 1968;19:571-9.
7. Rowitz L, Levy L. The state mental hospital in transition: an approach to the study of mental hospital decentralization. Ment Hyg 1971;55:68-76.
8. Levy L, Rowitz L. The spatial distribution of treated mental disorders in Chicago. Soc Psychiatry 1970;5:1-11.
9. Faris REL, Dunham HW. Mental disorders in urban areas: an ecological study of schizophrenia and other psychoses. Oxford: University of Chicago Press, 1939.
10. Hare EH. Mental illness and social conditions in Bristol. J Ment Sci 1956;102:349-57.
11. Clark RE. Psychoses, income, and occupational prestige. Am J Sociol 1949;54:433-40.
12. Hare EH. Family setting and the urban distribution of schizophrenia. J Ment Sci 1956; 102:753-60.
13. Giggs JA. Mental disorders and ecological structure in Nottingham. Soc Sci Med 1986;23:945-61.
14. Giggs JA. Schizophrenia and ecological structure in Nottingham. In: Glashan ND, Blunden JR (eds). Geographical aspects of health. London: Academic Press, 1983:191-222.
15. Hafner H. Model concepts in social psychiatry, demonstrated using the example of psychiatric and

- psychosis. *Psychol Med* 2000; 30:177-85.
53. Dauncey K, Giggs J, Baker K et al. Schizophrenia in Nottingham: lifelong residential mobility of a cohort. *Br J Psychiatry* 1993;163:613-9.
 54. Drukker M, Krabbendam L, Driessen G et al. Social disadvantage and schizophrenia. A combined neighbourhood and individual level analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006;41:595-604.
 55. Harrison J, Barrow S, Creed F. Social deprivation and psychiatric admission rates among different diagnostic groups. *Br J Psychiatry* 1995;167:456-62.
 56. Kirkbride JB, Fearon P, Morgan C et al. Neighbourhood variation in the incidence of psychotic disorders in Southeast London. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007;42:438-45.
 57. Kirkbride JB, Morgan C, Fearon P et al. Neighbourhood-level effects on psychoses: re-examining the role of context. *Psychol Med* 2007;37:1413-25.
 58. Löffler W, Hafner H. Ecological pattern of first admitted schizophrenics in two German cities over 25 years. *Soc Sci Med* 1999; 49:93-108.
 59. van Os J, Driessen G, Gunther N et al. Neighbourhood variation in incidence of schizophrenia. Evidence for person-environment interaction. *Br J Psychiatry* 2000;176:243-8.
 60. Boydell J, van Os J, McKenzie K et al. Incidence of schizophrenia in ethnic minorities in London: ecological study into interactions with environment. *BMJ* 2001;323:1336-8.
 61. Thomas H, Weaver N, Patterson P et al. Mental health and quality of residential environment. *Br J Psychiatry* 2007;191:500-5.
 62. Skapinakis P, Lewis G, Araya R et al. Mental health inequalities in Wales, UK: multi-level investigation of the effect of area deprivation. *Br J Psychiatry* 2005;186:417-22.
 63. Wainwright NW, Surtees PG. Area and individual circumstances and mood disorder prevalence. *Br J Psychiatry* 2004;185: 227-32.
 64. Weich S, Holt G, Twigg L et al. Geographic variation in the prevalence of common mental disorders in Britain: a multilevel investigation. *Am J Epidemiol* 2003;157:730-7.
 65. Duncan C, Jones K, Moon G. Psychiatric morbidity: a multilevel approach to regional variations in the UK. *J Epidemiol Community Health* 1995;49:290-5.
 66. Fone D, Dunstan F, Williams G et al. Places, people and mental health: a multilevel analysis of economic inactivity. *Soc Sci Med* 2007;4:633-45.
 67. Kirkbride JB, Errazuriz A, Croudace TJ et al. Incidence of schizophrenia and other psychoses in England, 1950-2009: a systematic review and meta-analyses. *PLoS One* 2012;7:e31660.
 68. Cantor-Graae E, Selten JP. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *Am J Psychiatry* 2005;162:12-24.
 69. Reininghaus UA, Morgan C, Simpson J et al. Unemployment, social isolation, achievement-expectation mismatch and psychosis: findings from the AESOP Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008;43:743-51.
 70. Cooper C, Morgan C, Byrne M et al. Perceptions of disadvantage, ethnicity and psychosis. *Br J Psychiatry* 2008;192:185-90.
 71. Veling W, Selten JP, Susser E et al. Discrimination and the incidence of psychotic disorders among ethnic minorities in The Netherlands. *Int J Epidemiol* 2007;36:761-8.
 72. Morgan C, Kirkbride J, Hutchinson G et al. Cumulative risk rooted in families or in individuals? *Am J Epidemiol* 2006;163:971-8.
 35. Pedersen CB, Mortensen PB. Urbanization and traffic related exposures as risk factors for schizophrenia. *BMC Psychiatry* 2006;6:2.
 36. Scully PJ, Owens JM, Kinsella A et al. Schizophrenia, schizoaffective and bipolar disorder within an epidemiologically complete, homogeneous population in rural Ireland: small area variation in rate. *Schizophr Res* 2004;67:143-55.
 37. Sundquist K, Frank G, Sundquist J. Urbanisation and incidence of psychosis and depression: follow-up study of 4.4 million women and men in Sweden. *Br J Psychiatry* 2004;184:293-8.
 38. Takei N, Sham PC, O'Callaghan E et al. Schizophrenia: increased risk associated with winter and city birth – a case-control study in 12 regions within England and Wales. *J Epidemiol Community Health* 1995;49:106-7.
 39. Zammit S, Lewis G, Rasbash J et al. Individuals, schools, and neighborhood: a multilevel longitudinal study of variation in incidence of psychotic disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67: 914-22.
 40. Kelly BD, O'Callaghan E, Waddington JL et al. Schizophrenia and the city: a review of literature and prospective study of psychosis and urbanicity in Ireland. *Schizophr Res* 2010;116:75-89.
 41. March D, Hatch SL, Morgan C et al. Psychosis and place. *Epidemiol Rev* 2008;30:84-100.
 42. Kirkbride JB, Jones PB, Ullrich S et al. Social deprivation, inequality, and the neighborhood-level incidence of psychotic syndromes in East London. *Schizophr Bull* (in press).
 43. McGrath J, Saha S, Welham J et al. A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Med* 2004;2:13.
 44. Pedersen CB, Mortensen PB. Urbanicity during upbringing and bipolar affective disorders in Denmark. *Bipolar Disord* 2006;8: 242-7.
 45. Peen J, Schoevers RA, Beekman AT et al. The current status of urban-rural differences in psychiatric disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2010;121:84-93.
 46. Laursen TM, Munk-Olsen T, Nordentoft M et al. A comparison of selected risk factors for unipolar depressive disorder, bipolar affective disorder, schizoaffective disorder, and schizophrenia from a Danish population-based cohort. *J Clin Psychiatry* 2007; 68:1673-81.
 47. Veling W, Susser E, van Os J et al. Ethnic density of neighborhoods and incidence of psychotic disorders among immigrants. *Am J Psychiatry* 2008;165:66-73.
 48. Lofors J, Sundquist K. Low-linking social capital as a predictor of mental disorders: a cohort study of 4.5 million Swedes. *Soc Sci Med* 2007;64:21-34.
 49. Kirkbride JB, Boydell J, Ploubidis GB et al. Testing the association between the incidence of schizophrenia and social capital in an urban area. *Psychol Med* 2008;38:1083-94.
 50. Allardyce J, Gilmour H, Atkinson J et al. Social fragmentation, deprivation and urbanicity: relation to first-admission rates for psychoses. *Br J Psychiatry* 2005;187:401-6.
 51. Boardman AP, Hodgson RE, Lewis M et al. Social indicators and the prediction of psychiatric admission in different diagnostic groups. *Br J Psychiatry* 1997;171:457-62.
 52. Croudace TJ, Kayne R, Jones PB et al. Non-linear relationship between an index of social deprivation, psychiatric admission prevalence and the incidence of

- between cannabis and psychosis: examination of the evidence. *Br J Psychiatry* 2004;184:110-7.
94. Moore TH, Zammit S, Lingford-Hughes A et al. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet* 2007;370:319-28.
 95. van Os J, Hanssen M, Bak M et al. Do urbanicity and familial liability coparticipate in causing psychosis? *Am J Psychiatry* 2003;160:477-82.
 96. Kluge U, Bogic M, Deville Wet al. Health services and the treatment of immigrants: data on service use, interpreting services and immigrant staff members in services across Europe. *Eur Psychiatry* 2012;27(Suppl. 2):S56-62.
 97. Penka S, Heilmann H, Heinz A et al. Explanatory models of addictive behaviour among native German, Russian-German, and Turkish youth. *Eur Psychiatry* 2008;23(Suppl. 1):36-42.
 98. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry. San Francisco: University of California Press, 1980.
 99. 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.
 100. Grusser SM, Wolfling K, Morsen CP et al. Immigration-associated variables and substance dependence. *J Stud Alcohol* 2005; 66:98-104.
 101. Reininghaus U, Priebe S. Measuring patient-reported outcomes in psychosis: conceptual and methodological review. *Br J Psychiatry* 2012;201:262-7.
 102. Morgan C, Burns T, Fitzpatrick R et al. Social exclusion and mental health: conceptual and methodological review. *Br J Psychiatry* 2007;191:477-83.
 103. Becares L, Nazroo J, Stafford M. The buffering effects of ethnic density on experienced racism and health. *Health Place* 2009; 15:670-8.
 104. Krabbendam L, van Os J. Schizophrenia and urbanicity: a major environmental influence – conditional on genetic risk. *Schizophr Bull* 2005;31:795-9.
 105. Weiser M, van Os J, Reichenberg A et al. Social and cognitive functioning, urbanicity and risk for schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2007;191:320-4.
 106. Mahy GE, Mallett R, Leff J et al. First-contact incidence rate of schizophrenia on Barbados. *Br J Psychiatry* 1999;175:28-33.
 107. Bhugra D, Hilwig M, Hossein B et al. First-contact incidence rates of schizophrenia in Trinidad and one-year follow-up. *Br J Psychiatry* 1996;169:587-92.
 108. Jablensky A, Sartorius N. What did the WHO studies really find? *Schizophr Bull* 2008;34:253-5.
 109. Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G et al. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study. *Psychol Med Monogr Suppl* 1992;20:1-97.
 110. Stephan KE, Friston KJ, Frith CD. Dysconnection in schizophrenia: from abnormal synaptic plasticity to failures of selfmonitoring. *Schizophr Bull* 2009;35:509-27.
 111. Friston KJ, Frith CD. Schizophrenia: a disconnection syndrome? *Clin Neurosci* 1995;3:89-97.
 112. Rolls ET, Loh M, Deco G et al. Computational models of schizophrenia and dopamine modulation in the prefrontal cortex. *Nat Rev Neurosci* 2008;9:696-709.
 113. Deserno L, Sterzer P, Wustenberg T et al. Reduced prefrontalparietal effective connectivity and working memory deficits in schizophrenia. *J Neurosci* 2012;32:12-20.
 114. Fusar-Poli P, Howes OD, Allen P et al. Abnormal social disadvantage, ethnicity and first-episode psychosis: a casecontrol study. *Psychol Med* 2008;38:1701-15.
 73. Janssen I, Hanssen M, Bak M et al. Discrimination and delusional ideation. *Br J Psychiatry* 2003;182:71-6.
 74. McKenzie K, Bhui K. Institutional racism in mental health care. *BMJ* 2007;334:649-50.
 75. Murray RM, Fearon P. Searching for racists under the psychiatric bed. *The Psychiatrist* 2007;31:365-6.
 76. Morgan C, Mallett R, Hutchinson G et al. Pathways to care and ethnicity. 1: Sample characteristics and compulsory admission. Report from the AESOP study. *Br J Psychiatry* 2005;186:281-9.
 77. Heinz A. Dopaminergic dysfunction in alcoholism and schizophrenia – psychopathological and behavioral correlates. *Eur Psychiatry* 2002;17:9-16.
 78. Seltén JP, Cantor-Graae E. Social defeat: risk factor for schizophrenia? *Br J Psychiatry* 2005;187:101-2.
 79. Tidey JW, Miczek KA. Social defeat stress selectively alters mesocorticolimbic dopamine release: an in vivo microdialysis study. *Brain Res* 1996;721:140-9.
 80. Kaplan JR, Manuck SB, Fontenot MB et al. Central nervous system monoamine correlates of social dominance in cynomolgus monkeys (*Macaca fascicularis*). *Neuropsychopharmacology* 2002; 26:431-43.
 81. Lieberman JA, Sheitman BB, Kinon BJ. Neurochemical sensitization in the pathophysiology of schizophrenia: deficits and dysfunction in neuronal regulation and plasticity. *Neuropsychopharmacology* 1997;17:205-29.
 82. Zammit S, Spurlock G, Williams H et al. Genotype effects of CHRNA7, CNR1 and COMT in schizophrenia: interactions with tobacco and cannabis use. *Br J Psychiatry* 2007;191:402-7.
 83. Kuepper R, van Os J, Lieb R et al. Do cannabis and urbanicity co-participate in causing psychosis? Evidence from a 10-year follow-up cohort study. *Psychol Med* 2011;41:2121-9.
 84. Pedersen CB, Raaschou-Nielsen O, Hertel O et al. Air pollution from traffic and schizophrenia risk. *Schizophr Res* 2004;66: 83-5.
 85. Wicks S, Hjern A, Gunnell D et al. Social adversity in childhood and the risk of developing psychosis: a national cohort study. *Am J Psychiatry* 2005;162:1652-7.
 86. van Os J, Hanssen M, Bijl RV et al. Prevalence of psychotic disorder and community level of psychotic symptoms: an urbanrural comparison. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:663-8.
 87. Spauwen J, Krabbendam L, Lieb R et al. Does urbanicity shift the population expression of psychosis? *J Psychiatr Res* 2004; 38:613-8.
 88. Silver E, Mulvey EP, Swanson JW. Neighborhood structural characteristics and mental disorder: Faris and Dunham revisited. *Soc Sci Med* 2002;55:1457-70.
 89. Schofield P, Ashworth M, Jones R. Ethnic isolation and psychosis: re-examining the ethnic density effect. *Psychol Med* 2011; 41:1263-9.
 90. Das-Munshi J, Becares L, Boydell JE et al. Ethnic density as a buffer for psychotic experiences: findings from a national survey (EMPIRIC). *Br J Psychiatry* 2012;201:282-90.
 91. Heinz A, Weinberger DR. Schizophrenie: Die neurobiologische Entwicklungshypothese. In: Helmchen H, Lauter H, Henn F et al (eds). *Psychiatrie der Gegenwart 5: Schizophrenie und affektive Störungen*. Berlin: Springer, 2000:89-103.
 92. Takei N, Sham P, Callaghan E et al. Early risk factors in schizophrenia: place and season of birth. *Eur Psychiatry* 1995;10:165- 70.
 93. Arseneault L, Cannon M, Witton J et al. Causal association

- urban upbringing affect neural social stress processing in humans. *Nature* 2011;474:498-501.
130. Bental RP, Myin-Germeys I, Smith A et al. Hypomanic personality, stability of self-esteem and response styles to negative mood. *Clin Psychol Psychother* 2011;18:397-410.
 131. Schlagenhauf F, Sterzer P, Schmack K et al. Reward feedback alterations in unmedicated schizophrenia patients: relevance for delusions. *Biol Psychiatry* 2009;65:1032-9.
 132. Friedel E, Schlagenhauf F, Sterzer P et al. 5-HTT genotype effect on prefrontal-amygdala coupling differs between major depression and controls. *Psychopharmacology* 2009;205:261-71.
 133. Heinz A, Higley JD, Gorey JG et al. In vivo association between alcohol intoxication, aggression, and serotonin transporter availability in nonhuman primates. *Am J Psychiatry* 1998;155:1023-8.
 134. Heinz A, Jones DW, Gorey JG et al. Serotonin transporter availability correlates with alcohol intake in non-human primates. *Mol Psychiatry* 2003;8:231-4.
 135. Heinz A, Braus DF, Smolka MN et al. Amygdala-prefrontal coupling depends on a genetic variation of the serotonin transporter. *Nat Neurosci* 2005;8:20-1.
 136. Heinz AJ, Beck A, Meyer-Lindenberg A et al. Cognitive and neurobiological mechanisms of alcohol-related aggression. *Nat Rev Neurosci* 2011;12:400-13.
 137. Gur RE, McGrath C, Chan RM et al. An fMRI study of facial emotion processing in patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2002;159:1992-9.
 138. Anticevic A, Van Snellenberg JX, Cohen RE et al. Amygdala recruitment in schizophrenia in response to aversive emotional material: a meta-analysis of neuroimaging studies. *Schizophr Bull* 2012;38:608-21.
 139. Schneider F, Weiss U, Kessler C et al. Differential amygdala activation in schizophrenia during sadness. *Schizophr Res* 1998;34: 133-42.
 140. Pankow A, Friedel E, Sterzer P et al. Altered amygdala activation in schizophrenia patients during emotion processing. *Schizophr Res* (in press).
 141. Kienast T, Hariri AR, Schlagenhauf F et al. Dopamine in amygdala gates limbic processing of aversive stimuli in humans. *Nat Neurosci* 2008;11:1381-2.
 142. Smolka MN, Schumann G, Wrase J et al. Catechol-O-methyltransferase val158met genotype affects processing of emotional stimuli in the amygdala and prefrontal cortex. *J Neurosci* 2005; 25:836-42.
 143. Hariri AR, Mattay VS, Tessitore A et al. Serotonin transporter genetic variation and the response of the human amygdala. *Science* 2002;297:400-3.
 144. Puls I, Mohr J, Wrase J et al. A model comparison of COMT effects on central processing of affective stimuli. *Neuroimage* 2009;46:683-91.
 - frontostriatal interactions in people with prodromal signs of psychosis: a multimodal imaging study. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67:683-91.
 115. Pettersson-Yeo W, Allen P, Benetti S et al. Dysconnectivity in schizophrenia: where are we now? *Neurosci Biobehav Rev* 2011; 35:1110-24.
 116. Blankenburg W. Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit: Ein Beitrag zur Psychopathologie der symptomarmen Schizophrenien. Stuttgart: Enke, 1971.
 117. Howes OD, Kambeitz J, Kim E et al. The nature of dopamine dysfunction in schizophrenia and what this means for treatment. *Arch Gen Psychiatry* 2012;69:776-86.
 118. Kumakura Y, Cumming P, Vernaleken I et al. Elevated (18F)fluorodopamine turnover in brain of patients with schizophrenia: an (18F)fluorodopa/positron emission tomography study. *J Neurosci* 2007;27:8080-7.
 119. Abi-Dargham A, Rodenhiser J, Printz D et al. Increased baseline occupancy of D2 receptors by dopamine in schizophrenia. *Proc Natl Acad Sci USA* 2000;97:8104-9.
 120. Kapur S. Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2003;160:13-23.
 121. Howes OD, Bose SK, Turkheimer F et al. Dopamine synthesis capacity before onset of psychosis: a prospective (18F)-DOPA PET imaging study. *Am J Psychiatry* 2011;168:1311-7.
 122. Morgan D, Grant KA, Gage HD et al. Social dominance in monkeys: dopamine D2 receptors and cocaine self-administration. *Nat Neurosci* 2002;5:169-74.
 123. Nader MA, Morgan D, Gage HD et al. PET imaging of dopamine D2 receptors during chronic cocaine self-administration in monkeys. *Nat Neurosci* 2006;9:1050-6.
 124. Robinson TE, Berridge KC. The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction. *Brain Res Brain Res Rev* 1993;18:247-91.
 125. Saunders RC, Kolachana BS, Bachevalier J et al. Neonatal lesions of the medial temporal lobe disrupt prefrontal cortical regulation of striatal dopamine. *Nature* 1998;393:169-71.
 126. Heinz A, Saunders RC, Kolachana BS et al. Striatal dopamine receptors and transporters in monkeys with neonatal temporal limbic damage. *Synapse* 1999;32:71-9.
 127. Fusar-Poli P, Meyer-Lindenberg A. Striatal presynaptic dopamine in schizophrenia, part II: meta-analysis of ((18)F)/((11)C)- DOPA PET studies. *Schizophr Bull* 2013;39:33-42.
 128. Stokes PR, Shotbolt P, Mehta MA et al. Nature or nurture? Determining the heritability of human striatal dopamine function: an (18F)-DOPA PET study. *Neuropsychopharmacology* 2013;38:485-91.
 129. Lederbogen F, Kirsch P, Haddad L et al. City living and

DOI 10.1002/wps.20056

تشخيص وتصنيف الاضطرابات، وبصفة خاصة تلك المرتبطة بـ ICD-11 بالضغط: مقترحات

ANDREAS MAERCKER¹, CHRIS R. BREWIN², RICHARD A. BRYANT³, MARYLENE CLOITRE⁴, MARK VAN OMMEREN⁵,
LYNNE M. JONES⁶, ASMA HUMAYAN⁷, ASHRAF KAGEE⁸, AUGUSTO E. LLOSA⁹, CÉCILE ROUSSEAU¹⁰,
DAYA J. SOMASUNDARAM^{11,12}, RENATO SOUZA¹³, YURIKO SUZUKI¹⁴, INKA WEISSBECKER¹⁵,
SIMON C. WESSELY¹⁶, MICHAEL B. FIRST¹⁷, GEOFFREY M. REED⁵

لقد تم مناقشة مفاهيم تشخيص اضطرابات كرب ما بعد الصدمة (PTSD) وغيرها من الاضطرابات، وبصفة خاصة تلك المرتبطة بالتعرض للضغط، وذلك بين علماء العلوم العصبية والاجتماعية والأطباء السريريين وعلماء العلوم الوبائية ومخططي الصحة العامة وعمال الإغاثة الإنسانية حول العالم. إن الـ PTSD واضطراب التكيف من بين التشخيصات الأكثر استخداماً في العناية الصحية حول العالم. تعمل هذه المقالة على توضيح المقترحات التي تهدف إلى تعظيم الفوائد السريرية في تقسيم وتجميع الاضطرابات، وخاصة تلك المرتبطة بالضغط، وذلك في المراجعة الحادية عشر القادمة للتقسيم الدولي للأمراض (ICD-11). تشمل المقترحات مفهوماً أضيق للـ PTSD -والذي لا يسمح أن يُبنى التشخيص بشكل كلي على أعراض غير محددة: أي فئة مركبة جديدة للـ PTSD- تضم ثلاثة مجموعات من أعراض شخصية وداخلية نفسية، بالإضافة إلى أعراض الـ PTSD الجوهرية: وتشخيص جديد لاضطرابات الحزن المطوّلة والتي تُستخدم لتوضيح أمر المرضى الذين يمرون برد فعل شديد الألم ومعقد للحرمان ومستمر بطريقة غير طبيعية؛ ومراجعة كبيرة لاضطراب التكيف، تشمل أيضاً تفصيلاً إضافياً للأعراض؛ وتصور "ردود الفعل الشديدة تجاه الضغط" بأنها ظاهرة طبيعية ستظل تحتاج إلى تدخلات سريرية. لقد تطوّرت هذه المقترحات باعتبارها معينة للاستخدام السريري والتطبيق العالمي في الدول المرتفعة الأجور وأيضاً الدول المنخفضة الأجور.

كلمات مفتاحية: التصنيف، الاضطرابات النفسية، ICD، علم تصنيف الأمراض، PTSD، PTSD مركب، اضطرابات الحزن المطوّلة، الملائمة الثقافية، DSM

(عالم الطب النفسي 2013:206-12:198)

قبل عدد كبير من الأشخاص الذين قد نراهم يمرون بردود أفعال طبيعية في ظل ظروف شديدة (6). من الاهتمامات الأخرى في هذه المواضع هي أن التركيز على الضغوط الصادمة قد يؤدي إلى سوء تشخيص وإهمال الأفراد الذين يعانون من اضطرابات نفسية أخرى شائعة.

هناك أيضاً جدل كبير يرتبط بتشخيص اضطرابات التكيف، بالرغم من استخدام الأطباء السريريين المتكرر لها (1,2)، فاضطراب التكيف واحد من أكثر الاضطرابات النفسية التي يُساء تعريفها، والتي تُصَف غالباً بكونها "سلة مهملات" مخطط تصنيف الطب النفسي (7,8).

لقد قدّمت مراجعة التقسيم الدولي للأمراض ومشكلات الصحة المتعلقة (ICD-11) القادمة والتي يتم تخطيطها في الوقت الحالي ليتم قبولها من قبل جمعية الصحة العالمية عام 2015، قدّمت فرصة لمنظمة الصحة العالمية (WHO) لأن تقوم بإعادة النظر في هذه القضايا وأن تقوم بتدبير تقسيم يكون هدفه تحسين الفائدة السريرية والتطبيق العالمي (9,10). أما في سياق هيكل المراجعة الشاملة للـ ICD، فقد تم تعيين مجموعة عمل تقوم على تقسيم الاضطرابات، وبصفة خاصة تلك المرتبطة بالضغط، وذلك لتقوم بتقديم تقارير إلى المجموعة الاستشارية الدولية لمراجعة الاضطرابات النفسية والسلوكية التابعة للـ ICD-10. وقد اشتملت مجموعة العمل هذه على مجموعة متنوعة ومتعددة التخصصات من الخبراء الذين ينتمون إلى كل مناطق منظمة الصحة العالمية، وخاصة تلك التي تشمل الدول المرتفعة الأجور والدول المتوسطة الأجور.

لقد كانت المهام الأولية لمجموعات العمل هي: 1- مراجعة الدلائل العلمية المتاحة والتي ترتبط بالاضطرابات، وخاصة الاضطرابات التي ترتبط بالضغط، وأيضاً مراجعة المعلومات السريرية ومعلومات السياسة العامة المستخدمة وأيضاً الفائدة السريرية لهذه التشخيصات في الكثير من مواضع العناية الصحية حول العالم، والتي تشمل مواضع العناية الأولية

إن الاضطرابات، وبصفة خاصة تلك المرتبطة بالضغط، مثل اضطرابات كرب ما بعد الصدمة (PTSD) واضطرابات التكيف، من بين أكثر التشخيصات استخداماً لدى الأطباء النفسيين والعلماء النفسيين حول العالم؛ ففيما يخص الأطباء النفسيين الذين يستخدمون الـ ICD-10، يأتي الـ PTSD في المرتبة الرابعة عشر في ممارساتهم السريرية اليومية (1). أما بين العلماء النفسيين حول العالم الذين يستخدمون الـ ICD-10، فيأتي الـ PTSD في المرتبة الثامنة من أكثر التشخيصات استخداماً، ومن بين العلماء النفسيين الذين يستخدمون الـ DSM-IV، يأتي الـ PTSD في المرتبة الثالثة، وذلك فقط بعد اضطرابات القلق العام واضطرابات الاكتئاب الجسيم (2).

قد تمثل أحداث الضغط عامل خطر أو مترسبات تساعد في تطوّر الكثير من الاضطرابات النفسية، والتي تشمل أحداث زهان واكتئاب، لكن الاضطرابات، وخاصة تلك المرتبطة بالضغط، هي التشخيص الوحيد الذي يشمل التعرض إلى حدث به ضغط، وذلك في علم تصنيف الأمراض، ويقف كشرط مناسب للتشخيص.

تمثل هذه التشخيصات مجال جدل مستمر (3,4). لقد أشار البعض، عندما وسّع الـ DSM-IV من شرعية تشخيص الـ PTSD لتشمل الأشخاص الذين كان تعرضهم غير مباشر (مثل السماع عن أحداث ضغط تحدث لآخرين، أو مشاهدتهم لها عبر التلفاز)، أشاروا إلى أن توسّع مثل هذه التشخيصات عمل على إضعاف قيمة النظام الأساسي وجعل أيضاً ردود أفعال الضغط الطبيعية بالأمر المرضي (3,5).

يوجد هناك أيضاً المزيد من الجدل حول مدى ملائمة هذه التشخيصات عبر الثقافات. يحظى الإفراط المُحتمل في استخدام فئات التشخيص هذه بالكثير من الاهتمام، وذلك في المصادر القليلة التكلفة والمواضع الإنسانية، حيث تُسهّل بساطتهم الظاهرة من إمكانية الدخول عليهم من

أفعال الضغط الطبيعية التي يختبرها الأفراد في الأيام التي تلي التعرض لأحداث مؤلمة، وقد كان من المتوقع أن تهدأ ردود الأفعال هذه في خلال أيام (12).

إنجازات مجموعة العمل

لقد كان من مهام المجموعة التي تعمل على تقسيم الاضطرابات، وخاصة تلك المرتبطة بالضغط، أن تقوم بفحص وتطوير تقسيم مجموعة مختلطة من الحالات، التي تشمل كلا من "رد الفعل تجاه الضغوط الشديدة واضطرابات التكيف" (ICD-10، رمز F43) و"التغيرات الشخصية الثابتة التي تلي التعرض لخبرات مفاجئة" (F62.0)، وقد تداخل الإطار الزمني لهذا العمل مع تحضير الـ DSM-5.

لقد كان هناك إجماع بين أفراد هذه المجموعة العاملة بأنه يوجد مجموعة معينة من الحالات - طبيعية ومرضيه - التي تتطلب وجود عامل الضغط كرواسب، وقد تختلف هذه الحالات عن اضطرابات أخرى مثل الاكتئاب والهلع وسوء استخدام عقاقير ما أو مشاكل نفسية، حيث يكون الضغط عامل خطر أو مترسب، بل وقد يحدث أيضًا في غيابه.

التصنيف المقترح

يُخاطب التقسيم المقترح للاضطرابات، وبصفة خاصة تلك المرتبطة بالضغط في الـ ICD-11، المجموعة الكاملة من الشدة، والتي تتراوح بين ردود الأفعال الطبيعية وحتى الأحوال المرضية (أنظر أيضًا رقم 13)، والتغيير الكبير الوحيد هو تصوير ردود الفعل تجاه الضغوط الشديدة كردود فعل طبيعية، وبالتالي تم تصنيفها في الفصل المتعلق بـ "العوامل التي تؤثر على الحالة الصحية والتواصل مع الخدمات". تُعتبر هذه الفئة تركيزًا شرعيًا للتدخلات السريرية، إلا أنها لا تُعرّف بكونها اضطراب.

يشمل التقسيم المقترح الجديد للاضطرابات التي ترتبط بالضغط، اضطرابات التكيف و PTSD و PTSD المركب، بالإضافة إلى ذلك، سيشتمل الـ ICD-11، ولأول مرة، على تشخيص منفصل لاضطرابات الحزن المطولة. يُغطي هذا التقسيم المقترح للاضطرابات التي ترتبط بالضغط، مجموعة من الحالات ذات علم نفس مرضي معين وتتطلب تعرض سابق لحدث ضغط خارجي، أو خبرات مُعادية لشخصيات أو درجات استثنائية (أنظر الجدول رقم 1)، قد تتراوح الأحداث من ضغط نفسي اجتماعي قليل الضغط ("حدث في الحياة") بسبب فقدان عزيز ما وحتى حدث مُصدم وضغط شديد متكرر أو طويل الأمد ذات شدة استثنائية. قد تُصور الحالة المرضية الناتجة بكونها تتراوح بين اضطرابات متوسطة وحتى اضطرابات شديدة. تتطلب التشخيصات في هذه المجموعة صورة سريرية معينة يسهل التعرف عليها وتختلف عن الاضطرابات النفسية الأخرى، وأيضًا ضعف وظيفي مستمر ويسهل تفسيره.

قد تحدث الإصابة بالـ PTSD التابع لـ ICD-11 والـ PTSD المركب واضطرابات الحزن الطويلة الأمد في كل الفئات العمرية، والتي تشمل الطفولة والمراهقة. بالإضافة إلى ذلك، تشمل المجموعة اضطرابات التعلق لدى الأطفال، والتي سنناقشها لاحقًا (14).

والعناية المتخصصة، و-2 ومراجعة مقترحات الـ DSM-5 في هذه المنطقة واعتبار كيف تتناسب أو لا تتناسب هذه مع التطبيقات العالمية؛ 3- وتجميع وتحضير مقترحات معينة، والتي تشمل وضع وتنظيم الفئات المتعلقة بالأمر؛ 4- وتقديم مسودات عن مكونات هذه الفئات لـ ICD-11 ومنتجاتها المتعلقة بالأمر (مثل التعريفات والمواصفات والأدلة التشخيصية). لقد كان هناك الكثير من الاهتمام حول تقديم الاضطرابات في مختلف المواضيع (مثل تسهيلات العناية الصحية ومواقع المساعدات الإنسانية) والمناطق حول العالم، والتي تشمل الدول المرتفعة الأجور والدول المنخفضة الأجور. لقد كان هدف المجموعة هو تحديد الحالات التي لها أعراض سريرية معينة، وأيضًا شرح عناصرها الجوهرية.

تاريخ

إن الاضطرابات، وخاصة تلك المرتبطة بالضغط، من القادمين الجدد نسبيًا على التصنيفات النفسية، وتجد ملخص الاتجاه السائد في المملكة المتحدة تجاه الضغوط الشديدة أثناء الحرب العالمية الثانية، في مقالة جاءت في مجلة لانسييت وتعود إلى عام 1942، وقام بتقديمها الدكتور هنري ويلسن، والذي شرح خبرته مع علاج 134 مريضًا في قسم الطوارئ بمدينة لندن، قائلا، "لقد تم إخبارهم جميعًا بأن رد فعلهم كان بسبب الخوف، وأن هذا الخوف كان واحدًا وقد تشاركوه جميعًا مع كل المرضى الآخرين وأيضًا العاملين بالإسعافات الأولية، ومن الهام أنهم قد عادوا إلى عملهم وقاموا التجربة ليبالغوا في الخبرات التي مروا بها" (11)، وقد قام بتعريف ردود الأفعال التي تتراوح بين الانزعاج العاطفي الشديد وحتى الشلل النصفي الهستيرى الغيبي، وقد أذن بالخروج لكل هؤلاء المرضى في خلال 24 ساعة، فيما عدا ستة منهم كانوا يحتاجون إلى المزيد من العلاج في خلال التسعة أشهر التاليين.

لكن قد تحول التأكيد على جعل ردود الأفعال بالأمر الطبيعي والعودة إلى العمل بالتدريج إلى اهتمام كبير مع أشكال خفية من علم النفس المرضي وتدخل مجموعة ممتدة من فئات التشخيص التي ظننا أنها ترتبط بالضغط في علم أسباب المرض. لقد قدّم الـ ICD-8 الذي تم الموافقة عليه من قبل جمعية الصحة العالمية عام 1965، "تشويش حادثي عابر"، والذي يشمل مشكلات التكيف وردود أفعال الضغط الشديد و مكافحة الاضطرابات العصبية. لقد تم استعراض اضطرابين من هذه الاضطرابات في الـ ICD-9، والتي تم الموافقة عليه عام 1975، وهما ردود أفعال الضغط الشديد وردود أفعال التكيف، أما في ICD-10، والتي تم الموافقة عليه عام 1990، فقد ظهر اضطرابان جديان كتشخيصين أوليين، بالإضافة إلى ردود أفعال الضغط الشديد وردود أفعال التكيف، وهما اضطرابات كرب ما بعد الصدمة (PTSD) (F43.1) وتغيير السمات الثابتة بعد التعرض لخبرات فاجعة" (F62.0)، والتي قد تظهر بعد التعرض لضغوط ذات طابع شديد (مثل التعذيب أو الحبس في معسكرات اعتقال).

من الجدير بالذكر أنه بسبب تأثير الطب النفسي العسكري، قد تم تصور ردود أفعال الضغط بكونها ردود أفعال عابرة تحدث مباشرة بعد التعرض لضغط. لم نقصد أن نصف اضطرابًا نفسيًا في حد ذاته، بل ردود

الجدول رقم 1: فئات الـ ICD-11 المُقترحة للاضطرابات، وخاصة تلك التي ترتبط بالضغط

فئات الـ ICD-11 المُقترحة	رموز الـ ICD-10 السابقة	الملاحظات التشخيصية للرمز
اضطراب كرب ما بعد الصدمة	F43.1	هو اضطراب يظهر بعد التعرض لموقف به تهديد أو أحداث مخيفة، ويتصف بـ 1- تكرار المرور بالخبرات / الخبرات المُصدمة في الوقت الحاضر، وذلك في صورة ذكريات واضحة ومقتحمة يصطحبها خوف أو جزع أو استرجاع الأحداث أو كوابيس؛ و2- تفادي الذكريات والأفكار الخاصة بالحدث، أو تفادي الأنشطة والمواقف التي تُذكر بالحدث، و3- يتصف أيضًا 3- بحالة من إدراك التهديد الحالي في شكل عدم القدرة على النوم وزيادة رد الفعل الإنزعاجي، ولا بد أن تستمر هذه الأعراض لعدة سنوات وتُسبب ضعف شديد في الأداء.
اضطراب الكرب المركب لما بعد الصدمة	F62.0	اضطراب يظهر بعد التعرض لضغط ما، وخاصة ضغط شديد أو طويل الأمد، ويصعب بل ويستحيل الهروب منه. يتصف هذا الاضطراب بالأعراض الأساسية للـ PTSD وأيضًا بتطور ضعف شديد وقوي في الأداء الوجداني والذاتي والعقلاني، والذي يشمل صعوبات في تنظيم المشاعر والإحساس المتدني عن الذات؛ بكونها مهزومة أو بلا قيمة، وأيضًا صعوبة في مواصلة العلاقات.
اضطراب الحزن المطول	فئة جديدة	اضطراب يلي فقدان عزيز ما. تجد في هذا النوع من الاضطرابات شغف أو اشتياق كبير للمتوفى أو انشغال قوي به يمتد إلى فترة من الزمن تفوق الطبيعية والمعايير الاجتماعية والثقافية (مثل فترة تصل إلى 6 أشهر أو أكثر، وهذا بحسب العوامل الثقافية والسياقية) وهذا الأمر شديد بما يكفي لِيُسبب ضعف شديد في أداء الفرد الوظيفي. قد يتصف رد الفعل بصعوبة في تقبل أمر الموت، فيشعر المرء بأنه قد فقد جزء من ذاته أو قد يشعر بغضب تجاه هذا الفقدان، أو بذنب أو صعوبات في الاشتراك في أنشطة اجتماعية أو غيرها.
اضطرابات التكيف	F43.2	رد فعل غير تأقلمي تجاه موقف به ضغط أو صعوبات نفسية اجتماعية مستمرة أو تجاه مجموعة من المواقف الحياتية الضاغطة، وغالبًا ما يظهر في خلال شهر من هذا الضغط ويميل إلى الهدوء في خلال ستة أشهر، إلا إذا استمر الضغط لمدة أطول. يتميز رد الفعل تجاه الضغط بأعراض إنشغالية، مثل قلق شديد أو أفكار متكررة عن الضغط أو تأمل مستمر في تبعياته. هناك فشل في التأقلم، أي أن تتدخل الأعراض مع الأداء اليومي، مثل صعوبة في التركيز أو تشويش عند النوم، والذي يؤدي إلى مشاكل في الأداء. قد ترتبط الأعراض أيضًا بقلة الشغف بالعمل والأداء الاجتماعي أو المهني (انحصار الشبكة الاجتماعية وشجار في الأسرة والتغيب عن العمل وغيرها الكثير). إذا حدث أن توافرت متطلبات التعريف لنوع آخر من الاضطرابات، سينبغي علينا أن نُشخص به، بدلا من اضطرابات التكيف.
اضطرابات تعلق تفاعلية	F94.1	أنظر روتر ويوهير (14)
اضطرابات التوغل الاجتماعي الجامح		أنظر روتر ويوهير (14)
ظاهرة غير اضطرابية تدخل تحت العوامل التي تؤثر في الحالة الصحية وتعتبر واحدة من الخدمات الصحية		
اضطرابات ضغط شديدة	F43.0	تشير إلى تطور مشاعر عابرة وأعراض معرفية وسلوكية كرد فعل لضغط استثنائي، مثل خبرة مُصدمة تشمل ضررًا أو تهديدًا شديدًا للأمن أو السلامة الجسدية للفرد أو لأفراد قريبين منه (مثل كارثة طبيعية أو حادثة أو معركة أو هجوم إجرامي أو اغتصاب) أو تغيير مفاجئ وغير معتاد في الوضع الاجتماعي و/أو شبكة الأفراد، مثل فقدان أحد أفراد الأسرة في كارثة طبيعية. تُعتبر الأعراض في نطاق رد الفعل الطبيعي، وذلك في ظل وجود حدة الضغط. غالبًا ما تظهر الأعراض في مدة تتراوح بين ساعات وحتى عدة أيام من تأثير المحفزات أو الأحداث الضاغطة، وعادةً ما تبدأ في السكون في خلال أسبوع من بعد الحدث أو بعد الابتعاد عن الموقف الذي يشكل تهديدًا.

PTSD

وصفاً لملف الأعراض التي يُمكن أن تظهر بعد التعرض لموقف ضغط واحد مُصدم، لكن يلي هذا دائماً التعرض لأمر ما يُسبب ضغط شديد ذات طبيعة مطوّلة أو أحداث مُعادية متعددة أو متكررة، والتي لا يكون الابتعاد عنها بالأمر الممكن (مثل التعرض لحملات الإبادة الجماعية أو إساءة جنسية في سن الطفولة أو تجنيد الأطفال أو عنف منزلي شديد أو تعذيب أو استعباد). يشتمل التشخيص المُقترح على الثلاثة مظاهر الجوهرية للـ PTSD، بالإضافة إلى تشويش في مجالات التأثير والمفهوم عن الذات والأداء الاجتماعي. تعكس هذه المجالات الإضافية وجود اضطرابات ناجمة عن ضغوط، وهذه ذات طبيعة ثابتة ودائمة ومستمرة ولا ترتبط بالضرورة بمحفزات لها صلة بالصدمة عند ظهورها. يحل هذا النظام محل تداخل فئة الـ ICD-10 الخاصة "بتغيير السمات الثابتة بعد المرور بخبرة كارثية"، والتي قد فشلت في جذب الانتباه العلمي ولم تشتمل على الاضطرابات التي تظهر من جراء ضغوط مطوّلة في فترة الطفولة المبكرة. تقوم الأعراض المحددة المُقترحة على أبحاث حديثة (20,21) وآراء خبراء (22).

تشمل المشكلات التي في نطاق التأثير مجموعة من الأعراض التي تنتج عن مشكلات في التنظيم العاطفي، يُمكن أن يكونوا برهاناً في حالات رد الفعل العاطفي المضاعف أو في حالات غياب العواطف أو الهفوات في الحالات الانشاقاقية (23). قد يشمل التشويش السلوكي حالات انفجارية تتسم بالعنف وسلوكيات تتسم بالتهور وتدمير الذات (24).

تُشير المشكلات في مجال مفهوم الذات عن أفكار سلبية قوية عن الذات بكونها دنية أو منهزمة أو عديمة القيمة، وقد تكون مُسطحية بمشاعر خجل أو ذنب أو فشل عميقة وقوية، وتأتي هذه المشاعر، مثلاً، من عدم التغلب على ظروف مُعادية أو عدم القدرة على منع محنة عن الآخرين.

يمكن أن يظهر التشويش في سير العلاقات في عده طرق، ولكن يتضح في المقام الأول بصعوبات في الشعور بالقرب من الآخرين. فيكون الشخص دائم التجنب، السخرية، أو لديه القليل من العلاقات أو المشاركات الاجتماعية بشكل عام. وبدلاً من ذلك، فإن الشخص قد يختبر أحياناً علاقات وثيقة، وشديدة ولكنه يواجه صعوبة في الحفاظ عليها.

يُمكن أن يختلف الـ PTSD المركب عن اضطراب الشخصية الحدية (BPD) وذلك بسبب طبيعة مجموعة الأعراض والاختلافات في خطر إصابة الذات، وأيضاً نوع العلاج اللازم للحصول على نتيجة جيدة. لا يتطلب الـ BPD وجود حدث يسبب ضغط أو أن يتم تشخيص جوهر أعراض الـ PTSD، فكلّ هذه الأمور لازمة لتشخيص الـ PTSD المركب. يتصف الـ PTSD بالخوف من الهجر وتحول الهوية وسلوكيات انتحارية متكررة: أما في حالة الـ PTSD المركب، لا يكون عنصر الخوف من الهجر ضروري لتشخيص بهذا الاضطراب، ودائماً ما تكون الهوية الذاتية سالبة وليست متحوّلة (22).

اضطرابات الحزن المطوّلة

إن اضطرابات الحزن المطوّلة بمثابة تشخيص جديد تم اقتراحه لـ ICD-11، والتي تصف رد الفعل القوي والشديد نحو الحرمان. لقد تم تعريفه بكونه نموذج من أعراض الاشتياق الشديدة والقوية لعزيم ما قد توفي، أو الانشغال بهذا المتوفى. قد يصطبّح رد الفعل هذا صعوبات

إن الـ PTSD كيان سريري معروف جيداً، وله روابط نفسية مميزة. لقد مر بنقض كبير بسبب تكوّينه الواسع من مجموعات من الأعراض، والمستويات العالية من الاعتلالات المشتركة، وأيضاً، وفيما يخص مجموعة فئة الـ DSM-IV، لحقيقة أنه أكثر من 10.000 مكوّن مختلف من الـ 17 عرض، قد يؤدي إلى التشخيص به. لقد طلب العديد من العلماء أن يُعيد التشخيص تركيزه على عدد أصغر من الأعراض الجوهرية (3,15).

لقد اقترحت الكثير من الدراسات أن بداية تشخيص الـ ICD-10 PTSD منخفضة بشكل كبير (مثل 16,17)، وقد تم اقتراح بعض المتطلبات التشخيصية للضعف الوظيفي لتُساعد في تفرقة الـ PTSD عن غيره من التفاعلات الطبيعية مع الضغوط الشديدة، بالإضافة إلى ذلك، يقترح النقد الذي يقوم على دلائل، إزالة الجملة التي تقول بأنه "يُحتمل أن تسبب الأحداث المصدمة محنة كبيرة لدى كل شخص تقريباً"؛ وهو التوضيح بأن الذكريات الاقتحامية ليست مرادفاً لإعادة اختبار الألم في الوقت الحاضر، وهو أيضاً تأكيد متزايد على أهمية التجنب المتمدّد، وأيضاً تمييز واضح أكثر للبدايات المتأخرة للـ PTSD (5,18). وقد تم الأخذ في الاعتبار لكل هذه الاقتراحات في تشكيل المقترح الجديد.

يحاول الاقتراح أيضاً أن يُحسن من تسهيل التشخيص وأن يقلل الاعتلالات المشتركة، وذلك عن طريق تعريف العناصر الجوهرية للـ PTSD بدلاً من "المظاهر النموذجية" للاضطراب. يتكون أول عنصر جوهري من إعادة اختبار الأحداث الشديدة في الحاضر، وذلك كما يتضح بواسطة ذكريات اقتحامية حية يصطبّحها الخوف أو الرعب أو استرجاع الأحداث أو كوابيس (أنظر الجدول رقم 1). يُعرّف استرجاع الأحداث بكونه ذكريات اقتحامية حية حيث يُمكن أن يختلف إعادة الاختبار في الحاضر عن الإحساس العابر تجاه الانفصال التام عن البيئة الحالية، أما العنصر الجوهري الثاني فهو تفادي هذا التطفل، وهذا كما يُستدل عليه من علامات على ميول داخلية نحو تجنب الأفكار والذكريات، أو علامات على ميول خارجية نحو تجنب للأنشطة أو المواقف التي تأتي بذكرى الموقف المُصدم. أما العنصر الجوهري الثالث فهو إحساس شديد بتهديد جاري، وهذا كما يستدل عليه عدم القدرة على النوم أو انزعاج مُبالغ فيه؛ وهذان عرضان يميلان إلى أن يجتمعا معاً (19).

إن تأثير هذه التغيرات هو أن تُسهّل كثيراً عملية التشخيص وأن تثير انتباه الأطباء السريريين إلى تزامن حدوث الثلاثة عناصر جوهرية للذين لا بد من تواجدهما معاً، حيث يتم تقييم كل منهم بعرضين. قد لا يتم تشخيص الـ PTSD إذا توافر لدى الفرد أيضاً معايير الـ PTSD المركب؛ حيث يشمل الأخير تشخيصات تتكون من كل مظاهر الـ PTSD.

الـ PTSD المركب

إن الـ PTSD المركب هو فئة جديدة من الاضطرابات التي تقدم

في تقبل أمر الموت أو الشعور بفقدان جزء من الذات أو غضب بسبب هذه الخسارة أو شعور بالذنب أو اللوم بسبب الموت، أو حتى صعوبات في الدخول في علاقات اجتماعية جديدة أو غيرها من الأنشطة، وذلك بسبب هذه الخسارة.

وما هو مثير للاهتمام، هو أنه يُمكن تشخيص اضطرابات الحزن المطوّلة إذا كانت الأعراض لا تزال واضحة بعد مرور مدة طبيعية من الحزن في غضون الثقافة التي يعيش فيها المرء (مثل 6 أشهر أو أكثر من بعد حدث الموت) وقوة رد فعل نحو حادث الموت تفوق المعايير الثقافية أو الاجتماعية، وأيضاً أن تتداخل الأعراض مع قدرة المرء على الأداء (انظر الجدول رقم 1)؛ فإذا كانت مشاعر الحزن الطبيعية في ثقافة المرء تمتد إلى 6 أشهر، فلا بد أن تمتد المدة المطلوبة للتشخيص بهذا الاضطراب بحسب هذه المدة الخاصة بالثقافة.

إن مقدمة اضطرابات الحزن المطوّلة هي استجابة إلى أدلة متزايدة عن وجود حالة واضحة وواهنة لا يُمكن وصفها بشكل مقبول بتشخيصات الـ ICD الحالية. فبالرغم من أن أغلب الناس يُبلغون عن حدوث تسكين جزئي من ألم الحزن الشديد بعد حوالي 6 أشهر من حادث الموت، إلا أنه قد يكون لدى هؤلاء الذين يستمرّون في اختبار رد فعل الحزن الشديد فيما بعد هذا الإطار الزمني، ضعف شديد في أدائهم العام (25). لقد قامت العديد من الدراسات حول العالم، والتي تشمل الثقافات الغربية والشرقية، بتعريف جزء صغير ولكن هام عن الأفراد الثقلي، والذين يتوافقون مع هذا التعريف (26).

هناك العديد من مصادر الدلائل التي تؤيد عرض اضطرابات الحزن المطوّلة، وقد تم تشريع هذا الكيان عبر نطاق واسع من الثقافات، والتي تشمل الأوضاع الغير غربية، وأيضاً عبر المدة العمرية (26). وقد أوضح عامل التحليل، وبشكل متكرر، أن المكوّن المركزي من اضطرابات الحزن المطوّلة (أي الاشتياق إلى المتوفى) يتميز عن الأعراض الغير محددة للجزع والاكتئاب؛ فيختبر الأفراد الذين يعانون من اضطرابات حزن مطوّلة العديد من المشكلات النفسية الاجتماعية وأيضاً الصحية، والتي تشمل مشكلات صحية نفسية أخرى، مثل الانتحار أو سوء استخدام عقاقير ما أو سلوكيات صحية ضارة أو اضطرابات جسدية، مثل ارتفاع ضغط الدم ومعدلات مرتفعة من اضطرابات القلب والأوعية الدموية (27). أخيراً، هناك اختلال وظيفي عصبي خاص ونماذج معرفية تأتي بمصاحبة اضطرابات الحزن المطوّلة (26، 28).

أما وفيما يخص وسائل العلاج، فلا تستجيب اضطرابات الحزن المطوّلة للعقاقير المضادة للاكتئاب، هذا بالرغم من أن أعراض الاكتئاب المرتبط بالحرمان تستجيب لهذا النوع من العقاقير (29). وما هو جدير بالذكر هو أنه قد ظهر أن العلاج النفسي الذي يستهدف أعراض اضطرابات الحزن المطوّلة، يُخفف من حدوثها بشكل أكثر فاعلية من العقاقير التي تستهدف الاكتئاب (30).

لقد أحدثت بداية اضطرابات الحزن المطوّلة كتشخيص الكثير من الجدل، وذلك بسبب الاهتمام بأمر كونها قد تجعل من رد الفعل الطبيعي للحزن مرضياً (31). لقد درست مجموعة العمل هذه القضية بشكل كامل، وأكدت على عدة نقاط؛ أولاً، لقد تم وضع متطلبات التشخيص بكل حذر، وذلك حتى تعتبر اختلاف العمليات "الطبيعية" وأن تجلب الانتباه إلى

العوامل الثقافية والقرينية. ثانياً، أن التشخيصات تنطبق فقط على هذه الأقلية (>10%) من الأشخاص الثقالي الذين يمرون بضعف شديد. ثالثاً، لقد أدركنا أنه يوجد اختلافات ثقافية ملحوظة في التعبير عن الحزن والتي لا بد من اعتبارها عند قرارات التشخيص. رابعاً، قد يختبر الكثير من الناس ردود فعل متقلبة لمشاعر حزن مؤلمة، وتستمر هذه إلى ما يزيد عن 6 أشهر من بعد موت شخص عزيز، لكن ليس من الضروري أن هذه من الأمور المرشحة لاضطرابات الحزن المطوّلة الناتجة عن غياب عنصري الشدة والضعف.

النتائج الوبائية تبين أن اضطرابات الحزن المطوّلة تمثل قضية من قضايا الصحة العامة؛ فقد يعمل التعريف الدقيق للأشخاص الذين يعانون من هذا الاضطراب على الإقلال من احتمال حصول المريض على العلاج الغير مناسب. إن توفير التدخلات المبنية على الدليل، والموجهة لأعراض اضطرابات الحزن المطوّلة، قد تعمل على تخفيف الحمل وتقوية الأساس المنطقي لإدخال هذا النوع من التشخيص.

اضطرابات التكيف

لطالما كانت اضطرابات التكيف مجال فقير في التعريف من بين كل مجالات الطب النفسي، وهذا بسبب الكثير من الأعراض المُقدّمة التي قد تكون مشتركة، وأيضاً الغياب النسبي للصفات المميزة. ولطالما كان يُعتبر هذا النوع من الاضطرابات ضمن مجموعة الاضطرابات التي تتكون من دون البداية، والتي -ترتبط بأحداث أو مواقف مُغضبة. غالباً ما يُقدم تعريف هذه الأحداث المُترسبة لاحقاً، وقد كانت تُستخدم اضطرابات التكيف كفئة متبقية للمرضى الذين لا يتوافقون مع الفئة التشخيصية الخاصة باضطرابات الاكتئاب أو القلق، أو كتشخيص مؤقت عندما لا يتضح الأمر ما إذا كانت اضطرابات كرب ما بعد الصدمة أو اضطرابات المزاج، ستظهر أم لا (مثل 7، 8).

يركز اقتراح الـ ICD-11 على فكرة أن اضطرابات التكيف هي رد فعل غير تأقلمي لضغوط نفسية اجتماعية يُمكن تعريفها، أو لحدوث تغيير في الحياة، ويتميز بالانشغال بالضغط وال فشل في التأقلم، هذا كما توضحه مجموعة من الأعراض التي تتدخل في الأعمال اليومية، مثل صعوبة في التركيز أو تشويش عند النوم، وغالباً ما تتواجد أعراض القلق أو الاكتئاب، أو مشكلة في السيطرة على الانفعالات / السلوك، وغالباً ما تظهر الأعراض في خلال الشهر الأول من بداية الضغط وتميل إلى السكون في حوالي 6 أشهر، إلا إذا استمر الضغط لمدة أطول. يُسبب هذا الاضطراب ضغوطاً كبيرة وضعف في الأداء الاجتماعي أو الوظيفي (32).

تظهر اضطرابات التكيف بأنها مستمرة مع عمليات التأقلم الطبيعية، إلا أنها تتميز عن عمليات التأقلم "الطبيعية" عن طريق عنصر شدة المحنة والضعف الناتج. ولا يُعتبر مدى شدة الضغط عند التشخيص، وهذا بعكس الـ PTSD، لكن يُمكن أن تنتج اضطرابات التكيف عندما لا تتوافق الأعراض بالكامل مع فئة الـ PTSD.

ليس هناك دليل على صحة اضطرابات التكيف من النوع الفرعي، أو حتى فوائدها السريرية، وهذا كما هو موصوف في الـ ICD-10، وبالتالي فقد تم إزاحة هذه في الـ ICD-11. قد يكون هذا النوع الفرعي

مضلاً، وذلك عن طريق وضع التأكيد على المصطلح السائد للمحنة وإخفاء القواسم المشتركة الكامنة في هذا الاضطراب. لا تتصل المجموعات الفرعية بمجموعة وسائل العلاج المختارة، ولا ترتبط أيضاً بعلامات تكتينية معينة (7)، فغالباً ما تكون المظاهر المميزة خليطاً من أعراض عاطفية وسلوكية (8)، وبالرغم من أنشمال أعراض ما أو إبعادها قد يكون بالأمر المهيمن، إلا أنه غالباً ما تتواجد جميعها.

رد فعل الضغوط الشديدة كنتيجة لا تتسم بكونها اضطراباً

إن رد فعل الضغوط الشديدة كما هي موضحة في الـ ICD-10، بالأمر الغامض؛ فيقترح مسماها ("رد فعل") ووصفها التشخيصي بأنها وقتية، لكن وجودها في الفصل الخاص بالـ ICD-10 والذي يتحدث عن الاضطرابات العقلية والسلوكية، يجعلها أمراً مرضياً. يتضاعف هذا الارتباك من جراء الوجود المتوازي لتشخيص "اضطرابات الضغط الشديدة" في الـ DSM-IV والـ DSM-5.

تتشابه اضطرابات الضغط الشديدة مع الـ PTSD في الكثير من النواحي، وكانت تُعتبر في بعض الأحيان إنذاراً للإصابة بالـ PTSD، إلا أنها تختلف عنه فيما يخص الأهمية الكبرى للأعراض الفصامية. يُمكن أن يتم التشخيص به في الـ DSM-5، وذلك في الشهر الخامس من بعد التعرض لضغط، بينما يُمكن تشخيص الـ PTSD بعد شهر واحد فقط. إن استعراض المحاضرات المتاحة التي تتحدث عن اضطرابات الضغط الشديدة، قد ألقى الكثير من الشكوك، على فكرة أنه علامة جيدة عن حدوث إصابة لاحقة (بالـ 33 PTSD)، قد تكون واحدة من الأسباب الجيدة لإشمال اضطرابات الضغط الشديدة في الـ DSM-5 هي الحساسية الخاصة تجاه الاهتمام التعويضي في الولايات المتحدة، وذلك في سياق المطالبة التي من شأنها أن يتم توفير علاج لمن لا يعانون من اضطرابات، وحتى بعد التعرض لخبرة ضغط شديدة عندما يكون هناك دليلاً قوياً على تدخلات نفسية أساسية. ومع ذلك كان موقف منظمة الصحة العالمية (WHO) هو أن تكون الأمور المادية وسياسة السداد قضايا مستقلة عن تعريف المرض، وأنه ليس من المفيد في مشروع الحد من عبء المرض العالمي أن يكون هناك خلط بين الأمرين (34)، وبالتالي فلم يكن اعتبار أمور السداد أسباباً وجيهة لتعريف رد فعل طبيعي بكونه اضطراباً.

وما هو أكثر من ذلك، هو أنه فيما بين الـ ICD-10 والـ ICD-11 المُقترح، لا يوجد هناك حد أقصى صارم من الوقت المحدود للـ PTSD؛ فمن الممكن أن يُستخدم هذا التشخيص في خلال الشهر الأول من بعد التعرض لصدمة، في حال أن الأعراض قوية بشكل كافٍ وتُسبب ضعفاً، وبالتالي، وفي الـ ICD-11 لا يوجد هناك احتياج لتشخيص الضغوط الشديدة على طول خط اضطرابات الضغط الشديدة التي في الـ DSM-5، وبصفة خاصة مع الأخذ في الحسبان متطلبات الطبيب السريري بوجود تقلص جوهري في العدد الكلي للتشخيصات في النظام التشخيصي (1,2).

وفي نفس الوقت، أظهر كلا من الخبرات السريرية والخبرات العامة أنه يوجد احتياج لفئة غير مرضية، وذلك لتعريف مجموعة كبيرة من ردود الأفعال العاطفية العابرة والمعرفية والسلوكية والجسدية، والتي تحدث

مباشرة بعد حدث ضغط شديد، مثل حدوث هجوم عنيف أو كارثة طبيعية، وبالتالي فقد اقترحت مجموعة العمل أن توضع ردود فعل الضغوط الشديدة في الفصل الخاص بالحالات التي لا تُعتبر أمراضاً أو اضطرابات، بل قد تكون سبباً في مواجهة الصحة (فصل Z في الـ ICD-10)، فوضع ردود أفعال الضغوط الشديدة في هذا الفصل الخاص بالـ ICD-11 سيسمح للعاملين في مجال الصحة بأن يحصلوا على تدريبات تُمكنهم من إدراك وتقييم الأفراد الذين يمرون بهذا النوع من رد الفعل، وذلك بدون التضامن الأخرى التي تؤدي إلى تعريفها باضطرابات نفسية. غالباً ما تستفيد ردود الأفعال هذه من تدخلات الطب النفسي الاجتماعي العملي، وليس الطب النفسي وحده، ويشمل هذا الأمر النهج المُسمى حالياً الإسعافات الأولية النفسية (35). يعمل تعريف الـ ICD-11 لردود أفعال الضغوط الشديدة على مخاطبة الاحتياجات التي يوضحها المعلقون الذين يجادلون للحصول على وسائل أقل إضراراً من تشخيص الـ DSM-5 لاضطرابات الضغط الشديدة، وذلك لوصف وتعريف الأفراد الذين يمرون بضغط شديد والذين قد يحتاجون إلى مساعدة طبية (36).

إن وصف الـ ICD-11 المُقترح لرد فعل الضغوط الشديدة لا يتوافق مع المتطلبات التعريفية للاضطرابات النفسية، بل تشير إلى تطوّر أعراض عاطفية عابرة ومعرفية وجسدية وسلوكية، وذلك كرد فعل ضغط استثنائي يشمل التعرض لحدث أو موقف ذات طبيعة تهديدية أو مخيفة، مثلاً، قد يشتمل هذا على جرح حقيقي أو تهديدي أو إساءة للنفس أو لشخص قريب (مثل الكوارث الطبيعية والحوادث والمعارك والهجمات الإجرامية والاعتصاب)، أو تغيير مفاجئ وغير مألوف في الموضوع أو الشبكة الاجتماعية للأفراد، مثل الانتقال لدولة جديدة أو مخيم اللاجئين.

قد تشمل أعراض رد فعل الضغوط الشديدة الدوخة وإحساس بالارتباك والحزن والقلق والغضب واليأس وفراط النشاط والانسحاب الاجتماعي والذهول. أما العلامات اللاإرادية للقلق (مثل عدم انتظام دقات القلب والتعرق واحمرار الوجه)، وتتواجد هذه العلامات معاً وقد تكون العلامات الظاهرة، فتظهر هذه العلامات في خلال ساعات أو عدة أيام من بعد تأثير المُحفّز أو الحدث الضاغط، وتبدأ تهدأ بصفة عامة في خلال أسبوع من بعد التعرض لهذه الموقف أو هذا المُحفّز أو من بعد الابتعاد عن هذا الموقف الذي يُمثل تهديداً، وذلك في الحالات التي يكون الابتعاد بالأمر الممكن. وقد تقوى الأعراض عندما يستمر الضغط أو عندما لا يُمكن حله بسبب طبيعته، إلا أن الأعراض تخف بشدة في خلال شهر بالتقريب.

يُمكن أن تساعدنا هذه الصورة في التمييز بين ردود أفعال الضغوط الشديدة وردود الأفعال المرضية والتي تكون مرتبطة باضطرابات أكثر قوة. إذا لم تبدأ الأعراض تسكن في خلال أسبوع من بعد البداية، فلا بد من الأخذ في الاعتبار على وجود اضطرابات التكيف أو الـ PTSD، وذلك بحسب الأعراض، فبالرغم من أن ردود أفعال الضغط الشديدة لدى الأفراد الذين يطلبون مساعدة يُمكن أن يصاحبها تدخلات أساسية في الأداء الشخصي، بالإضافة إلى ضغط شخصي، إلا أن الضعف ليس من المظاهر اللازمة.

مقدمات الأعراض التطورية

قد يظهر داء الـ PTSD لدى أفراد من مختلف الأعمار، إلا أنه يُمكن

أن يختلف رد الفعل تجاه الأحداث المأسوية بسبب المراحل التنموية. لقد قام فريق عمل الـ ICD-11 بإشمال مواصفات مقدمة الأعراض الخاصة بسن الطفولة والمراهقة؛ فقد تشمل ردود الأفعال لدى الأطفال حدوث اختلال معين وحالة احتياج ونوبات غضب وتشتبث وانطواء اجتماعي وخوف الانفصال وعدم الثقة في الآخرين، وأيضاً إعادة تمثيل صدمة معينة، مثل تكرار اللعب أو الرسم ومراودة أحلام مزعجة أو مخاوف ليلية بدون محتويات هامة، وكذلك أيضاً الإحساس بأن المستقبل قصير والاندفاع. أما بالنسبة للمراهقين، فأن السلوكيات التي تتسم بإزاء الذات أو بالخطر، فهي أكثر انتشاراً (37,38)، وأن البعض من هذه الأعراض – مثل التكرارية أو تكرار اللعب أو عدم ثقة عامة – أكثر شيوعية في حالات اضطرابات الحزن المطولة بين الأطفال والمراهقين. أما أعراض الـ PTSD المركب، مثل التقلبات العاطفية والمشكلات بين الأفراد، فقد تكون أكثر ظهوراً لدى الأطفال، وذلك في صورة سلوكيات ارتدادية أو/و عدوانية تجاه الذات والآخرين، أما لدى المراهقين، فتعاطي المخدرات والسلوكيات الخطرة (ممارسة الجنس الغير آمن والقيادة الغير آمنة) وأيضاً السلوكيات العدوانية، قد تكون من الأمور الواضحة مثل تعبيرات التقلبات العاطفية والمشكلات بين الأفراد (39).

التشابه والاختلاف بين مقترحات الـ ICD-11 والـ DSM-5

لقد تم اعتبار اضطرابات الضغط الشديدة والـ PTSD في الـ DSM-5 IV اضطرابات قلق؛ وقد أختلق كلاً من مقترحات الـ ICD-11 والـ DSM-5 مجموعة منفصلة من الاضطرابات التي ترتبط بالضغط، وقد أرجحت مجموعة عمل الـ ICD تجنب المصطلح المستخدم على مدى واسع – لكونه قد يسبب الكثير من الإرباك – وهو ”اضطراب مرتبط بصدمة“، وذلك في حين أن عدداً كبيراً من الاضطرابات قد تكون متصلة بصدمة (مثل الاكتئاب واضطرابات استخدام الكحوليات والعقاقير)، بل وقد تحدث أيضاً في ظل غياب أحداث حياتية ضاغطة ومصدمة. وفي محاولة نقل هذه التفرقة تم اقتراح المصطلح ”اضطرابات تتصل بصفة خاصة بضغط“، وذلك لتقسيم الحالات في الـ ICD-11 التي تم وصفها في هذه المقالة. يحتوي كلاً من مقترحات الـ ICD-11 والـ DSM-5 على الـ PTSD واضطرابات التكيف كجزء من هذا التقسيم؛ وتُقدّم اضطرابات الحزن المطولة في الـ DSM-5 بكونها ”اضطرابات الحرمان المركبة والمطولة“، وذلك في القسم الذي يتحدث عن الاضطرابات التي تتطلب المزيد من الدراسة، أما اضطرابات الضغط الشديدة فقد تم الاحتفاظ بها في هذه المجموعة التابعة للـ DSM-5، إلا أنه بإدراك عدم تجانس ردود أفعال الضغط، لن يتطلب الأمر مجموعة معينة من الأعراض ولا يقصد منها تقليد الـ PTSD.

قد يُعتبر التعريف الجديد للـ PTSD والخاص بالـ DSM-5 بكونه يقف بين تشخيصات الـ PTSD والـ PTSD المركب، والذي تم اقتراحه للـ ICD-11، يعمل وصف الـ DSM-5 على تعريف مجموعة جديدة من الأعراض ويضيف ثلاثة أعراض إضافية لفئة التشخيص، مما يُشير إلى دلائل بحثية لتغييرات مستمرة في المشاعر والسلوكيات، وذلك بين

عينات الـ PTSD. وفي المقابل من هذا، تستجيب مقترحات الـ ICD-11 للنقص الموجة من التعقد والأعتلالات المشتركة، وذلك في محاولة تعريف المظاهر الجوهرية للاضطراب وتسهيل التمييز بين الـ PTSD عن غيره من الاضطرابات النفسية. إن الهدف من هذا القصد هو تعزيز الفوائد السريرية ومنع التشخيصات الغير أكيدة للـ PTSD، وذلك بالتركيز بأكثر حرصاً على مجموعة صغيرة من الأعراض التي يسهل تعريفها، وفي نفس الوقت، تُقدّم التغييرات التي يحدثها الضغط والتي تؤثر على الشخصية وتنظيم العاطفة والأداء الشخصي، تُقدّم في التشخيص المنفصل للـ PTSD المركب. وما يجعل الأمر أكثر سهولة هو أن استخدام الـ PTSD الخاص بالـ ICD-11 وتشخيصات الـ PTSD المركب بالتوازي، سيُقدّم مكاسب كبيرة للأطباء السريريين وأيضاً يسرّع من الإدراك العلمي لهذه الاضطرابات.

الخاتمة

لقد تم إعطاء مهمة مراجعة مواصفات الاضطرابات التي تتصل بصفة خاصة بالضغط لمجموعة عمل الـ ICD-11، وذلك في ضوء أحدث الدلائل العلمية، واستجابة للنقص الذي وجه على مستوى وصف هذه الاضطرابات في الـ ICD-10 والـ DSM-IV وأيضاً لتوسيع الفائدة السريرية وشرعية التشخيصات. وكما قد لاحظنا سابقاً، أهتم الكثير من هذا النقض بهيكل الأعراض وقابلية الـ PTSD للإكثار من التشخيص. وبالرغم من الكثير من الأسئلة التي طُرحت عن شرعية التشخيصات من ثقافة لأخرى (3,4) إلا أنه تتفق الكثير من الدلائل الحديثة مع استنتاجات المجموعة العاملة، بأنه لدى الـ PTSD شرعية كبيرة تختلف من ثقافة لأخرى (40)، وأن يكن هناك بعض الاختلافات في التقديم. لقد استنتجت المجموعة العاملة بأن الوصف العالمي لهذه الحالة نافع من الناحية السريرية وهام للصحة العامة، وبينما تعترف هذه المجموعة العاملة بوجود اختلافات ثقافية، إلا أنه يوجد درجة عالية من الإجماع على المظاهر الجوهرية والمنفعة السريرية وتطبيق التشخيصات المقترحة من خلال مجموعة الاضطرابات التي تتصل بصفة خاصة بالضغط والتابعة للـ ICD-11.

تحتوي مقترحات المجموعة العاملة على العديد من التغييرات فيما يتعلق بالـ ICD-10 التي لها نتائج محتملة للصحة العامة واحتياجات العناية الصحية، وسيجد العاملون في مجال الصحة النفسية والذين يعتنون بالناجين من الكوارث الطبيعية أو تلك التي من صنع الإنسان أو حتى من الصراعات، سيجدون تشجيعاً كبيراً لاعتبار تسمية غير اضطراب لردود أفعال الضغط الشديدة، بدلا من التشخيص الفوري لردود أفعال الضغط بكونها اضطرابات نفسية، سيعمل هذا التغيير على توضيح أكثر لتعريف ردود أفعال الضغط الشديدة في الـ ICD-10 بكونها ردود أفعال عابرة، بل وغير مرضية بشكل أساسي، وأيضاً يعمل على التفرقة بينها وبين مفهوم اضطرابات الضغط الشديدة، والمستخدم في الـ DSM-IV والـ DSM-5.

يُقدّم التغيير المقترح لتعريف الـ PTSD تسهيلات كبيرة للتشخيص، وبصفة خاصة بالمقارنة مع الآلاف العديدة من الاتصادات الممكنة

دراسة تقوم على الاضطرابات التي تتصل بالضغط بصفة خاصة. سيتم تنفيذ الدراسات التي تقوم على الناحية السريرية، عن طريق شبكة المراكز المتعاونة للدراسات الميدانية الدولية، والتي قامت بتعيينها منظمة الصحة العالمية.

تسعى مجموعة العمل إلى التعاون مع الزملاء عبر العالم في أمر الاختبار، وأيضاً في أمر تحسين مقترحاتهم الخاصة بالوصف التشخيصي للاضطرابات التي ترتبط بالضغط في الـ ICD-11.

إعلان تنصل

إن كل من مايكرير وبريوس ويريانت وكليوتري وهوماين وجونز وكاجي وروسو وسوما سوندارام وويسلس وسوزوكي، أعضاء في المجموعة العاملة التابعة لمنظمة الصحة العالمية، والتي تعمل على تقسيم الاضطرابات التي ترتبط بصفة خاصة بالضغط، ويقوم هؤلاء بتقديم تقارير للمجموعة الاستشارية العالمية التابعة لمنظمة الصحة العالمية، وذلك لمراجعة الاضطرابات السلوكية والنفسية التابعة للـ ICD-10، وأن كل من ريد وفان اوميران أعضاء في مكتب سكرتارية منظمة الصحة العالمية وقسم الصحة النفسية وتعاطي المخدرات، وأن كل من اللوسا وسوزا وويسبيكر، هم أولاً مدعويين رسميين لاجتماعات المجموعة العاملة. إن الأفكار التي تم طرحها في هذه المقالة خاصة بالعلماء الذين قاموا بتقديمها، ولا تمثل السياسات الرسمية أو مواقف المجموعة الاستشارية الدولية أو منظمة الصحة العالمية.

المراجع:

1. 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.
2. Evans SC, Reed GM, Roberts MC et al. Psychologists' perspectives on the diagnostic classification of mental disorders: results from the WHO-IUPsyS global survey. Int J Psychol 2013;48:177-93.
3. Stein DJ, Seedat S, Iversen A et al. Post-traumatic stress disorder: medicine and politics. Lancet 2007;369:139-44.
4. Bracken PJ, Giller JE, Summerfield D. Psychological responses to war and atrocity: the limitations of the current concepts. Soc Sci Med 1995;40:1073-82.
5. McNally R. Progress and controversy in the study of posttraumatic stress disorder. Ann Rev Psychol 2003;54:229-52.
6. World Health Organization. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Geneva: World Health Organization, 2010.
7. Strain JJ, Diefenbacher A. The adjustment disorders: the conundrums of the diagnoses. Compr Psychiatry 2008;49:121-30.
8. Casey PB, Bailey S. Adjustment disorders: the state of the art. World Psychiatry 2011;10:11-8.
9. International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders. A conceptual

للأعراض التي تصلح للتشخيص بحسب الـ DSM-IV والـ DSM-5، ونأمل أن يقود هذا الأمر إلى توضيح أكبر لصفات الأعراض و تحسين التعرف على الاضطراب في كلا من المواضيع المتخصصة والعناية الأولية. سينقاد الأطباء السريريون، في ظل مقترحات الـ ICD-11 والتي تلي حدث يُسبب ضغطاً، سينقادون إلى الاهتمام بثلاثة أنواع مميزة من الأعراض الخاصة، والتي إذا استمرت وسببت ضعفاً، قد تؤدي إلى التشخيص بالـ PTSD، وفي نفس الوقت، تهدف متطلبات الأداء الضعيف إلى وضع عتبة مرضية مرتفعة، بالمقارنة مع الـ ICD-10 الذي يهدف إلى التركيز على الأفراد الذين يحتاجون إلى تدخل طبي.

إن اشتغال الـ PTSD هو بمثابة رد فعل لمتطلبات الأطباء السريريين لوجود إدراكاً أكبر لتأثيرات الشدة المستمرة لبعض ردود أفعال ما بعد التعرض لصدمة، وسيُقدّم هذا التشخيص عندما يصطحب جوهر مظاهر الـ PTSD تشويش قوي ومستمر في تنظيم العاطفة والتنظيم الذاتي والعلاقة مع البيئة المحيطة، قد يكون هذا التشخيص قيصاً، وذلك في المجموعات التي تتعرض لمستوى عالي من المحن، مثل الناجين من التعذيب أو ضحايا العنف الجنسي المتكرر.

إن التركيز الكبير المُقدم الآن للـ PTSD والـ PTSD المركب يأتي في مقترحات الـ ICD-11 مع اهتمام إضافي مُقدم للتشخيصات البديلة للأشخاص الذين يتعرضون لضغط، ويضع الآن الوصف المنقح لاضطرابات التكيف، تأكيداً أكثر على وجود ضعف، وبالتالي فإن إزالة المجموعات الفرعية من الاضطراب التي لم تثبت أهميتها، أضعفت من الفائدة السريرية. تستجيب أيضاً مقدمة اضطرابات الحزن المطوّلة للاحتياج السريري المدرك والتمييز بأن الأفراد قد يقتضون شكلاً من العلاج يوجه هذا النظام المعين من الأعراض. إن الهدف من هذا القصد هو أن يكون هناك أتران بين الاحتفاظ باستمرارية طرق تقسيم الضغوط في فئات، أي تلك الضغوط التي يعرفها الأطباء السريريون، وأخذ فرصة لمراجعتهم وتوضيهم والتفرقة بينهم، وذلك من خلال خدمة الفائدة السريرية.

أما الخطوة التالية في تطوير مقترحات الـ ICD-11 للاضطرابات التي تتصل بصفة خاصة بالضغط، ستتطرح للمراجعة العامة والتعليق، وأيضاً اختبار هذا المجال.

سيكون المراجعة والتعليق بواسطة لائحة بيتا الخاصة بـ ICD-11 (<http://apps.who.int/classification/icd11/browse/f/en>)، ستقوم الدراسات الخاصة بهذا المجال باختبار مدى قبول الأطباء السريريين والفائدة السريرية (مثل سهولة الاستخدام ومدى صلاح التناسب) والدقة وأيضاً شرعية مشروع التعريفات والمبادئ التوجيهية للتشخيص، وبصفة خاصة بالمقارنة مع الـ ICD-10.

ستقوم منظمة الصحة العالمية باستخدام منهجين أساسيين لاختبار هذا المجال لمقترحات الـ ICD-11، وهما: المنهج الذي يقوم على شبكة الانترنت والمنهج الذي يقوم على المواضيع السريرية؛ فسيتم تنفيذ اختبار المجال بالاعتماد على شبكة الانترنت، بشكل أساسي عن طريق شبكة الممارسة السريرية العالمية، وتتكون الشبكة العالمية في الوقت الحالي من أكثر من 7.000 ممارساً في مجال الصحة النفسية والعناية الأولية (www.globalclinicalpractice.net). وقد تم تخطيط

- grief disorder: psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Med* 2009;6:8.
26. Shear MK, Simon N, Wall M et al. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depress Anxiety* 2011;28:103-17.
 27. Lichtenthal WG, Cruess DG, Prigerson HG. A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. *Clin Psychol Rev* 2004;24:637-62.
 28. O'Connor MF, Wellisch DK, Stanton AL et al. Craving love? Enduring grief activates brain's reward center. *Neuroimage* 2008; 42:969-72.
 29. Reynolds CF 3rd, Miller MD, Pasternak RE et al. Treatment of bereavement-related major depressive episodes in later life: a controlled study of acute and continuation treatment with nortriptyline and interpersonal psychotherapy. *AmJ Psychiatry* 1999;156:202-8.
 30. Shear K, Frank E, Houck PR et al. Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005;293:2601-8.
 31. Bryant RA. Grief as a psychiatric disorder. *Br J Psychiatry* 2012; 201:9-10.
 32. Maercker A, Einsle F, Kollner V. Adjustment disorders as stress response syndromes: a new diagnostic concept and its exploration in a medical sample. *Psychopathology* 2007;40:135-46.
 33. Bryant RA. Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress disorder: a systematic review. *J Clin Psychiatry* 2011;72:233-9.
 34. Reed GM, Dua T, Saxena S. World Health Organization responds to Fiona Godlee and Ray Moynihan. *Br Med J* 2011;342:d3830.
 35. World Health Organization. Psychological first aid: guide for field workers. Geneva: World Health Organization, 2011.
 36. Isserlin L, Zerach G, Solomon Z. Acute stress responses: a review and synthesis of ASD, ASR, and CSR. *Am J Orthopsychiatry* 2008;78:423-9.
 37. Pynoos RS, Steinberg AM, Layne CM et al. DSM-V PTSD diagnostic criteria for children and adolescents: a developmental perspective and recommendations. *J Trauma Stress* 2009;22:391-8.
 38. Scheeringa MS, Zeanah CH, Cohen JA. PTSD in children and adolescents: toward an empirically based algorithm. *Depress Anxiety* 2011;28:770-82.
 39. Cook A, Spinazzola J, Ford JD et al. Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatr Ann* 2005;35:390-8.
 40. Hinton DE, Lewis-Fernandez R. The cross-cultural validity of posttraumatic stress disorder: implications for DSM-5. *Depress Anxiety* 2011;28:783-801.
 - framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. *World Psychiatry* 2011;10:946-54.
 10. Reed GM. Improving the clinical utility of WHO's international classification of mental disorders. *Prof Psychol Res Pract* 2010; 41:457-64.
 11. Wilson H. Mental reactions to air raids. *Lancet* 1942;242:284-7.
 12. Bryant RA, Creamer M, O'Donnell ML et al. A multisite study of the capacity of acute stress disorder diagnosis to predict posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 2008;69:923-9.
 13. Maercker A, Brewin CR, Bryant RA et al. Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *Lancet* 2013;381:1683-5.
 14. Rutter M, Uher R. Classification issues and challenges in childhood and adolescent psychopathology. *Int Rev Psychiatry* 2012; 24:514-29.
 15. Brewin CR, Lanius RA, Novac A et al. Reformulating PTSD for DSM-V: life after criterion A. *J Trauma Stress* 2009;22:366- 73.
 16. Brewin CR, Fuchkan N, Huntley Z et al. Outreach and screening following the 2005 London bombings: usage and outcomes. *Psychol Med* 2010;40:2049-57.
 17. Peters L, Slade T, Andrews G. A comparison of ICD-10 and DSM-IV criteria for posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 1999;12:335-43.
 18. Andrews B, Brewin CR, Philpott R et al. Delayed-onset posttraumatic stress disorder: a systematic review of the evidence. *Am J Psychiatry* 2007;164:1319-26.
 19. Yufik T, Simms LJ. A meta-analytic investigation of the structure of posttraumatic stress disorder symptoms. *J Abnorm Psychol* 2010;119:764-76.
 20. Briere J, Hodges M, Godbout N. Traumatic stress, affect dysregulation, and dysfunctional avoidance: a structural equation model. *J Trauma Stress* 2010;23:767-74.
 21. de Jong JTVM, Komproe IH, Spinazzola J et al. DESNOS in three postconflict settings: assessing cross-cultural construct equivalence. *J Trauma Stress* 2005;18:13-21.
 22. Cloitre M, Courtois CA, Charuvastra A et al. Treatment of complex PTSD: results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *J Trauma Stress* 2011;24:615-27.
 23. Lanius RA, Bluhm RL, Frewen PA. How understanding the neurobiology of complex post-traumatic stress disorder can inform clinical practice: a social cognitive and affective neuroscience approach. *Acta Psychiatr Scand* 2011;124:331-48.
 24. Dyer KF, Dorahy MJ, Hamilton G et al. Anger, aggression, and self-harm in PTSD and complex PTSD. *J Clin Psychol* 2009;65: 1099-114.
 25. Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC et al. Prolonged

DOI 10.1002/wps.20057

يعمل التقدم العصبي الحيوي على تعريف أهداف جديدة مضادة للاكتئاب

RONALD S. DUMAN

Laboratory of Molecular Psychiatry, Department of Psychiatry, Yale University School of Medicine, New Haven, CT, USA

الجلوتامات زيادة في عدد وأداء مشابك العمود الفقري العصبية وأيضاً انعكاس سريع في تأثيرات الضغوط الشديدة (3)، بالإضافة إلى ذلك، يعمل الكيتامين على حث الهدف الثديي للراباميسين (mTOR)، وهو نظام إشارات يتحكم في ترجمة بروتينات المشابك العصبية. من الهام أن الأفعال المشبكية والسلوكية للكيتامين تقف بفعل إدخال مثبط انتقائي لـ mTOR، مما يوضح الاحتياج لتوصيل هذه الإشارة (3). يظن الكثيرون أن هذه التأثيرات تكمن وراء أداء الكيتامين المضاد للاكتئاب، وذلك عن طريق منع أو تحويل عجز الاتصال المشبكي الذي يسببه الضغط والاكتئاب، وبالتالي يُعيد التحكم الطبيعي في الحالة المزاجية والعاطفية (2). وبحسب هذه الدراسات التي قامت على الكيتامين، قد تم تعريف العديد من الأهداف المضادة للاكتئاب، وذلك من خلال نظام الجلوتامات. أولاً، هناك دليل بأن الـ NR2B هو مستقبل من النوع الفرعي، والذي يدخل في أفعال الكيتامين. توضح دراسات الأبحاث الأساسية أن الـ NR2B المضاد الانتقائي 25 Ro-6981 ينتج أيضاً تأثيرات سلوكية سريعة مضادة للاكتئاب، ويزيد من إشارة الـ mTOR ويزيد من بروتينات المشبك في الـ (3 PFC). هناك أيضاً دليل سابق بأن مضاد الـ NR2B الانتقائي CP-101,606 ينتج تأثيرات سريعة مضادة للاكتئاب لدى مرضى الاكتئاب، بالرغم من أن هذا ليس سريعاً بقدر الكيتامين (2). ثانياً، أن مستقبلات الجلوتامات المشبكية الذاتية والنوع الفرعي من مستقبلات جلوتامات الميتابوتريك 3/2 (mGluR2/3)، بمثابة أهداف محتملة، وذلك حيث أن منع هذه المستقبلات يتحكم في إفراز الجلوتامات. يجد هذا الافتراض تدعيم من دراسات تشرح أن مضادات الـ 3/mGluR2 (LY341495 والـ MGS0039) تنتج أداءً سريعاً مضاداً للاكتئاب في النماذج السلوكية، والتي تشمل اختبار السباحة القسري (2)، يعمل الـ LY341495 أيضاً على إنتاج رد فعل سريع في نماذج انعدام التلذذ المرتبط بالضغط والغير متوقع، ويُعتبر هذا الأمر واحداً من أفضل نماذج الاكتئاب، وأيضاً واحد من أكثر النماذج دقة لاختبار العوامل التي يظهر تأثيرها سريعاً، وذلك لأن العقاقير القياسية المضادة للاكتئاب فعالة فقط بعد أخذ علاج قوي (3 أسابيع)، وذلك مع هذه النماذج (5). إن احتمالية أن تعمل هذه العوامل عن طريق آليات شبيهة للكيتامين، تجد تدعيمها من الدليل الذي يقول بأن وسائل العلاج المضادة لـ 3/mGluR2 تزيد من إشارة الـ mTOR في الـ PFC، وأن تأثيرات السلوكيات المضادة للاكتئاب تقف بسبب العلاج المسبق بمثبطات mTOR الانتقائية. ثالثاً، وبحسب الدليل الذي يقول بأن الكيتامين يُزيد من الجلوتامات وأن التأثيرات السلوكية تقف بسبب مضادات مستقبل الـ AMPA، قد يكون لدى العوامل التي تعمل كمقويات لمستقبل الـ AMPA، تأثيرات مضادة للاكتئاب. لقد تم تطوير هذه العقاقير لتستخدم لتحسين الإدراك، وهناك تقارير تقول بأنها فعالة مع المرضى الذين يعانون من الاكتئاب (2). نحن نحتاج إلى المزيد من الدراسات لتحديد ما إذا كانت مقويات الـ AMPA، وأيضاً مضادات

لقد مر أكثر من خمسين عاماً منذ التطوير الذي حدث في مثبطات أحادي الأمين لامتصاص العقاقير المضادة للاكتئاب، والتي قام الكثير من الأطباء بوصفها لمرضاهم، وهي أيضاً العلاج المُستخدم لاضطرابات الاكتئاب. وبالرغم من مدى نفع هذه العوامل، إلا أنها أيضاً ذات محدوديات كبيرة، والتي من بينها تأخر بداية ظهور رد الفعل (من أسابيع وحتى أشهر) ومعدلات فاعلية منخفضة (فيسجيب حوالي ربع المرضى لوسائل العلاج الأولى)؛ وبالتالي فهناك احتياج لم يلبي للمزيد من العوامل الفعالة والسريعة التأثير والتي تتصف بآلية جديدة. سنقوم في هذه المقالة بمناقشة مجالات قليلة مختارة من تطوّر العقاقير والأهداف التي تقوم على مزيج من الأبحاث العصبية الحيوية والاكتشافات السريرية. يُقدّم هذا العمل أملاً لتطوير عوامل جديدة وسريعة التأثير والتي بإمكانها تعزيز أمر التحسين الدوائي لعلاج الاكتئاب.

استهداف نظام الجلوتاميرجي: الكيتامين (بنج عام سريع التأثير) وعقاقير مضادة للاكتئاب سريعة التأثير

لقد كانت العوامل الدوائية التي تعمل على تنظيم الجلوتامين - وهو الناقل العصبي الاستثنائي الأساسي في المخ - تحت التطوير منذ عقدين من الزمان تقريباً، وذلك لعلاج كل الاضطرابات النفسية الكبرى تقريباً، وكذلك أيضاً الكثير من الحالات العصبية، لكن قد تم قريباً إدراك قوته وتأثيره لعلاج الاكتئاب. يعتمد هذا الأمر، وبشكل كبير، على الدراسات التي تقوم على الكيتامين ومناهض مستقبل اسبرتات d (NMDA) (NMDA) الجلوماتيرجي، وهو ذات تأثير سريع (يعمل في خلال ساعات) مضاد للاكتئاب لعلاج المرضى المقاومين والذين يعانون من اكتئاب (1)، ويمثل هذا العلاج واحداً من أكثر الاكتشافات أهمية في مجال الاكتئاب منذ تقديم مثبطات امتصاص أحادي الأمين. لقد عمل هذا الاكتشاف السريري الهام على الحث على القيام بدراسات على الآليات العصبية الحيوية التي تقف وراء أداء الكيتامين، والذي قدّم عدداً من الأهداف لتطوير وسائل علاج جديدة مضادة للاكتئاب والتي تكون أكثر انتقائية ولديها القليل من الآثار الجانبية، بالمقارنة مع الكيتامين. توجد أكثر الأهداف الجديدة بالذكر والمتعلقة بالكيتامين، في نظام ناقل الجلوتامات العصبي (2). يسبب الكيتامين زيادة سريعة وعابرة في الجلوتامات خارج الخلية في قشرة الفص الجبهي (PFC)، وذلك عن طريق حصار الـ NMDA، ويحدث أن يتم منع أداء المضاد للاكتئاب بواسطة المعالجة المسبقة لمستقبلات مضادات الحامض α الأميني الهيدروكسي 3 ميثيل 4 اسازوليبيريونيك (AMPA)، ويظن الأطباء أن "اندفاع" الجلوتامات التي يسببها الكيتامين تحدث عن طريق عدم منع الإطلاق المنشط لعصبون حمض غاما أمينو بوتيريك، مما ينتج زيادة في جلوتامات الناقل العصبي (4). ويصطبب الزيادة في نشاط

الـ NR2B والـ 3/mGluR2، تنتج إحدائهما سريعاً للروابط المشبكية في نماذج القوارض، وأيضاً لتحديد تأثيراتها السريرية لدى مرضى الاكتئاب.

أهداف أخرى تتعلق بالكيثامين

لقد قامت الدراسات عن الكيثامين وغيرها من العوامل سريعة التأثير، بتعريف أهداف أخرى لتطوير العقاقير. وواحدة من هذه هي العوامل العصبية الغذائية المستمدة من المخ (BDNF)، والتي تلعب دوراً هاماً في بقاء الخلايا العصبية في مخ الإنسان الناضج، وأيضاً مرونة ردود الفعل العصبية والمشبكة في نماذج التعلم والذاكرة. توضح دراسات البحث الأساسية أن الأداء السلوكي للكيثامين يحجب في فئران BDNF الطافرة، والتي تشمل الفئران التي تحمل أشكالاً بشرية متعددة، والـ Val66Met (يوقف إفراز الـ 2 BDNF)، وقد أدى هذا الأمر إلى أن تقدمت العديد من الدراسات السريرية بتقاريراً تقول بأنه قد أنحصر رد الفعل تجاه الكيثامين لدى مرضى الاكتئاب ذي أليل BDNF Met، وقد أكدت هذه الدراسات أيضاً أنه يمكن أن تنتج مضادات الـ BDNF رد فعل سريع وفعال مضاد للاكتئاب، هذا بالرغم من أن تطوّر مضادات جزيئات الـ BDNF الصغيرة لم تنجح حتى يومنا هذا. من الأهداف الأخرى التي تم تعريفها في الدراسات التي قامت على الكيثامين هي كيناز 3 سينثاز الجليكوجين (GSK-3). يوضح هذا العمل أن تأثيرات الكيثامين المضادة للاكتئاب لا تحدث لدى الفئران ذي GSK-3 المتحول، والذي يوقف الفسفرة التي ينتجها الكيثامين ومثبطات هذا الكيناز (2). يقترح هذا الأمر أن مثبطات الـ GSK-3 تنتج رد فعل سريع مضاد للاكتئاب في النماذج السلوكية، وعلى الرغم من ذلك هناك احتياج إلى دراسات إضافية تقوم باختبار هذا الافتراض بدقة لدى النماذج المتعسرة. بالإضافة إلى ذلك، هناك دليل بأن مركب صغير من الكيثامين والليثيوم، وهو مثبط الـ GSK-3، ينتج رد فعل إضافي ومشبكي مضاد للاكتئاب، ويمكننا أن نلاحظ تأثيرات مشابهة مع مثبطات الـ GSK-3 الانتقائية (6). تؤكد هذه الاكتشافات أنه يمكن أن تُستخدم الجرعات القليلة والأمنة من الكيثامين كعلاج سريع للاكتئاب، وذلك في حال إتحادها مع الليثيوم. من الممكن أيضاً أن يعمل الليثيوم أو غيره من مثبطات الـ GSK-3 على تعضيد أداء الكيثامين، وذلك فيما بعد المدة التي تتراوح بين أسبوع وحتى أسبوعين، والتي كنا نراها قبل حدوث انتكاسة لدى مرضى الاكتئاب. بالإضافة إلى الكيثامين، هناك دليل بأن السكوبولامين، وهو من مضادات مستقبلات المسكارين الغير انتقائي، يمكن أن ينتج رد فعل سريع مضاد للاكتئاب لدى مرضى الاكتئاب (7). توضح الدراسات البحثية الأساسية أن الاسكوبولامين يزيد أيضاً من إشارة الـ mTOR المشبكية في الـ PFC وأن ردود أفعال السكوبولامين السلوكية تتوقف أما بسبب مضادات مستقبلات الـ AMPA أو مثبطات الـ mTOR الانتقائية (8)، توضح هذه الدراسات أيضاً أن السكوبولامين يزيد من الجلوتامين خارج الخلية في الـ PFC. توضح هذه الدراسات مجتمعة مع الدراسات التي قامت على الكيثامين، أنه يوجد طريق مشترك للعقاقير المضادة للاكتئاب السريع التأثير. تجرى الآن دراسات عديدة لتعريف أيه من الخمس أنواع فرعية من مستقبلات المسكارين تدخل في تأثيرات السكوبولامين، وبالتالي تقدّم هدفاً لتطوير مضادات انتقائية ذات آثار جانبية أقل من تلك التي ينتجها السكوبولامين.

السييتوكين ما قبل التهابي والانفلاماسوم (Inflammasome)

من المجالات المثيرة للذكر أيضاً هي الالتهابات وانحصر السييتوكين الذي يُزيد من الالتهابات. تأتي تقارير مستمرة عن النسب المرتفعة من السييتوكين الذي يُزيد من الالتهابات، والذي يشمل أنترليوكين 1 بيتا (IL-1B) و IL-6 وعامل ألفا لنخر الورم (TNF-α)، وذلك لدى مرضى الاكتئاب (9). بالإضافة إلى ذلك، لقد بدأت دراسات البحث الأساسية في توضيح عملية الالتهاب، والتي تكمن وراء تركيب وإفراز هذا السييتوكين، فتشرح هذه الدراسات أن الضغط يزيد من تركيب وإفراز الـ IL-1B و pro-IL-6 والـ TNF-α في الخلايا الدبقية الصغيرة في المخ، ويزيد أيضاً من عملية الـ pro-IL-1B وصولاً إلى النموذج الناضج، وذلك عن طريق تنشيط الكاسباس 1 (9). تشمل الخطوة الأخيرة تحفيز مستقبلات البورينيرجيك P2X7، والتي توجد على الخلايا الدبقية الصغيرة والضامة، والتي تؤدي إلى تنشيط القابلية للالتهاب ومحفزات الكاسباس 1. إن ما يدعم الدور المحتمل للسييتوكين المحفّز للالتهاب في حالات الاكتئاب، هو العديد من خطوط الدلائل في دراسات بحث أساسية (9): أولاً، ينتج التحكم في مضادات الـ IL-1B أو تعادل الأجسام المضادة، تأثيراً مضاد للاكتئاب في نماذج انعدام التلذذ الناتج عن ضغط. ثانياً، ينتج أيضاً التحكم في مضادات مستقبلات الـ P2X7 رد فعل مضاد للاكتئاب في النماذج التي تعاني من ضغط شديد، وأيضاً في نماذج القلق والمضادات الأخرى للاكتئاب. ثالثاً، توضح الدراسات التمهيدية أن الفئران ذوى الطفرة الواحدة في أحد مكونات الالتهاب الأساسية (NLRP3) أكثر مرونة لتأثيرات الضغوط الشديدة (9). لقد زاد التأكيد على التأثير المحتمل لمجال البحث الجديد هذا بواسطة الدليل بأن السييتوكين التهابي وذلك الذي يزيد من الالتهاب يشتركان في أمراض أيضية (داء السكر) وأمراض القلب، والتي لها معدلات عالية من الاعتلالات المشتركة مع الاكتئاب. تقترح هذه الاكتشافات أن السييتوكين التهابي وذلك الذي يزيد الالتهاب قد يمثلون رابطاً مشتركاً في الضغوط وأمراض القلب وعدم الاتزان الأيضي، أي هذه الأمور التي تقف وراء أو تساهم في هذه المشكلات المشتركة.

توجيهات مستقبلية

إن الأهداف الجديدة المتعلقة بالاكتئاب، والتي تم تعريفها بواسطة دراسات قامت على مضادات الاكتئاب السريعة التأثير والسييتوكين الذي يزيد من الالتهاب، نأمل أن تكون بمثابة سبباً في وسائل علاج جديدة وسريعة وأكثر فاعلية وذات آلية جديدة. من المحتمل أن تظهر أهداف جديدة من جراء المزيد من الدراسات على الآليات العصبية الحيوية التي تقف وراء الاكتئاب ورد الفعل تجاه العلاج. هناك خطوات تقدم كبيرة تتميز بكونها سريعة، وذلك بسبب استخدام مجموعة من التقنيات الجديدة، مثل المحفزات البصرية الجينية للدوائر العصبية، ووسائل تتبّع متطورة لعمليات الاتصال التي تقف وراء الاضطرابات المزاجية (10,11). تقدم هذه الدراسات مجتمعة نهجاً جيداً لتعريف المجموعات الفرعية المحددة للخلايا العصبية التي تنتج تأثيرات مضادة للاكتئاب في النماذج القارضة، وأيضاً الدوائر الممتدة التي تكمن وراء هذه التأثيرات، سوف يقود هذا الأمر إلى صفات أخرى لنظام الناقل العصبي وزيادة الإشارة

potentiates the synaptogenic and antidepressant-like effects of subthreshold doses of ketamine. *Neuropsychopharmacology* (in press).

7. Drevets W, Furey ML. Replication of scopolamine's antidepressant efficacy in major depressive disorder: a randomized, placebocontrolled clinical trial. *Biol Psychiatry* 2010;67:432-8.
8. Voleti B, Navarria A, Liu R-J et al. Scopolamine rapidly increases mTORC1 signaling, synaptogenesis, and antidepressant behavioral responses. *Biol Psychiatry* (in press).
9. Iwata M, Ota KT, Duman RS. The inflammasome: pathways linking psychological stress, depression, and systemic illnesses. *Brain Behav Immun* 2013;31:105-14.
10. Chaudhury D, Walsh JJ, Friedman AK et al. Rapid regulation of depression-related behaviours by control of midbrain dopamine neurons. *Nature* 2013;493:532-6.
11. Chung K, Wallace J, Kim SY et al. Structural and molecular interrogation of intact biological systems. *Nature* 2013;497:332-7.

DOI 10.1002/wps.20058

الذي يحدث داخل الخلايا، وبالتالي يقدم أهدافاً جديدة لتطوير وسائل علاج مضادة للاكتئاب، والتي بإمكانها أن تجعل سُبُل الاكتئاب المعطلة أن تبدو طبيعية.

المراجع:

1. Krystal J, Sanacora G, Duman RS. Rapid-acting glutamatergic antidepressants: the path to ketamine and beyond. *Biol Psychiatry* 2013;73:1133-41.
2. Duman R, Aghajanian GK. Synaptic dysfunction in depression: novel therapeutic targets. *Science* 2012;338:68-72.
3. Li N, Lee BY, Liu RJ et al. mTOR-dependent synapse formation underlies the rapid antidepressant effects of NMDA antagonists. *Science* 2010;329:959-64.
4. Homayoun H, Moghaddam B. NMDA receptor hypofunction produces opposite effects on prefrontal cortex interneurons and pyramidal neurons. *J Neurosci* 2007;27:11496-500.
5. Dwyer JM, Duman RS. Unpublished data.
6. Liu R-J, Fuchikami M, Dwyer JM et al. GSK-3 inhibition

المأخذ الجاد للاضطرابات المصنفة في الـ DSM

S. NASSIR GHAEMI

Mood Disorders Program, Tufts Medical Center, 800 Washington Street, Box 1007, Boston, MA 02111, USA

كبيرين فقط، وهما خرف الزهايمر (والذي قد تم تسميته على أسم زميل كرايبلين الذي كان يدرس الأفراد الذين يعانون من سلوكيات شديدة، وقد بدأت تظهر في سن مبكرة، وهذا بعكس الخرف المبسر الذي يظهر في سن صغيرة)، وأيضاً حالات شلل عامة بسبب الجنون، والذي أثبت أنه زهري عصبي (أي الزهري الذي يُصيب الأعصاب) في السنوات الأخيرة لكرايبلين، وتم علاجه بشكل تام باستخدام البنسلين، وذلك في خلال عقدين من بعد وفاته - أي كرايبلين (2). من الصحيح أنه لم يتم تعريف "عمليتين الأمراض" الكبيرتين: أي الفصام والاكتئاب الهوسي، بكونهما أمراض تقوم على علم أمراض واضح (كما في حالة خرف الزهايمر) أو على علم أسباب أمراض واضح (كما في حالة الزهري العصبي) لكن يُمكننا القول، أنه بعد مائة عام أكثر من الأبحاث، قد تم خلق قاعدة بيانات بيولوجية ضخمة، والتي تؤكد سبب الأمراض البيولوجي، بل والأسباب المحتملة لكلاً من الفصام والاكتئاب الهوسي، وهي التضخم البطيني وتشوهات المادة البيضاء، وتضخم الأميغدار وضمور الحصيني (منطقة في المخ) والعدوى التي تحدث في الثلث الثاني من الحمل و80% توريت في الكثير من الدراسات التي قامت على توائم (3,4). ليست هذه الدراسة صغيرة بل هي متناقضة: فنحن لا نعرف مسببات الأمراض، لكننا لا نملكها لحالات خرف الزهايمر أو الصداع النصفي أو الصرع أو ضغط الدم المرتفع أو حتى داء الذئبة. وبنفس المعنى، أعتقد أنه قد تم إثبات صحة كلام كرايبلين: فهناك أمراض العقل والفصام، وهوس الاكتئاب واحدة من هذه الأمراض. من الهام جداً أن نقدر أن كرايبلين لم يقسم الأمراض فحسب، فالهدف من نهجه، والذي يتفرد فيه، هو أن ننظر إلى التشخيصات كنوعين أساسيين، وهما عملية المرض (krankheitsprozessen) والصورة المرضية (5) (Zustandsbildern). إذا كان بإمكاننا التحقق من صحة تشخيص ما بطريقة علمية - أي تمييزه عن غيره من التشخيصات الأخرى التي تقوم على المحددات التقليدية من أعراض ومسار المرض والعوامل الوراثية والعلامات البيولوجية و/أو التأثير العلاجي (6) - فيمكننا إذاً أن نقول أنه يوجد صورة سريرية. ولكي نأخذ الخطوة الثانية في إدعاء وجود عملية للمرض، علينا أن نقوم ببعض الأبحاث على هذه الصورة السريرية وأن نجد عدداً كبيراً من الفسيولوجية المرضية أو المسببات المرضية أو كليهما. لقد تم عمل هذا الأمر بالقليل أو بالكثير من النجاح، وذلك مع القليل من الحالات، والتي هي الفصام والاكتئاب الهوسي والوسواس القهري والذاتوية؛ وهذه كلها حالات مرضية نفسية، لكن قد تكون الكثير من الصور السريرية صالحة من الناحية العلمية، لكن لا تمثل عملية مرضية؛ أي ليس لديها فسيولوجيا مرضية أو مسببات مرضية، وتشمل هذه سوء استخدام عقاقير ما وتعاطي الكحوليات والهستيريا وأشكالها المختلفة (الأمراض التي تلي التعرض لصدمة واضطرابات الشخصية الحدية) وأيضاً الشخصية الغير اجتماعية والاكتئاب العصبي وأشكاله المختلفة (الكثير من اضطرابات القلق التابعة لـ DSM) والفوبيا البسيطة واضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة والقهم (اضطراب الأكل)/البوليميا (شهية غير طبيعية، وهو نوع من

إن واحدة من أهم القضايا المثيرة للجدل في مجال علم النفس هو مفهوم المرض؛ فقد يبدو الأمر غريباً إذا قلنا أنه ينبغي على التخصص الطبي أن يُجادل في مفهوم المرض، وذلك لأن هذا الأمر بمثابة ركيزة الطب في حد ذاته. وحتى في المنظور الأبقراطي (متعلق بأبقراط وهو طبيب يوناني قديم) نفسه، كان يُعتقد أنه يوجد ثلاثة أجزاء في فن الطب، وهم: الطبيب، المريض والمرض، إن إنكار مفهوم المرض هو إنكار للطب العلمي (1)، لكن، ولمدة ألفيتين من الزمان، قد فعل معظم الأطباء هذا الأمر، وهذا أتباعاً لجالين الذين قال أنه يوجد فقط نوع واحد من المرض وهو عبارة عن أشكال متعددة من التشوهات في الأمزجة الأربعة؛ فواحد لا يمكن أن يكون محدد، وما هو أكثر من ذلك، هو أن المرض الجسدي الواحد في الأمزجة المتعددة يختلف من فرد لفرد، وذلك حيث أن الخلط المعين للأربعة أنواع من الأمزجة التي كانت تُعتبر طبيعية، يُمكن أن تختلف بطرق شتى من شخص لشخص. إن علم النفس المتعارف عليه اليوم جاليني وليس أبقراطي، وقد أصبحت الأربع أنواع من الأمزجة نصف دسنة من النواقل العصبية، والتي نميل نحن إلى التأثير على ارتفاعها وانخفاضها باستخدام العقاقير. وقد تم إحلال الملاحظة السريرية الجادة وعلم تصنيف الأمراض، والذي هو السمة المميزة للتفكير الأبقراطي، تم إحلاله بممارسات شراء العقاقير الرخيصة لتداوي عرض ما. يُبرر هذا النوع من العلوم الكاذبة بأسس إنسانية، حيث يتم تخصيصه للفرد. نحن نغفل أن هذا النوع من التخصيص المتطرف، والذي هو على الناحية الأخرى من العلم، قد أنتج 2000 عاماً من التجرد الإنساني. أود أن أخذ أمر التنوير الذي حدث في مجال علم النفس للبدء في إعادة التفكير في أمر رفض المرض، والعودة إلى الدور المحوري الذي أتبعته هذه الفكرة في الرؤية الأبقراطية. لقد قدم مورجاني في القرن السابع عشر القضية الكلاسيكية للمرض بكونها انعكاساً لحدث داء ما في عضو ما في الجسد، وهو ذات الأمر مع كل الأفراد، ولم يتم إشمال الأمزجة في الأمر، وبالتالي فلم يكن هناك احتياج لمناقشة الاختلافات الإنسانية، فإذا كنت تعاني من تشمع الكبد، فسيكون ظاهر الأمر واحداً لدى ملك أو خادم، ولدى الذكر كما لدى الأنثى. لقد قام فيرشو بعد ذلك بتقنين رؤية مورجاني هذه، وذلك في ضوء أن الداء المرضي يتطلب أن يكون هناك مرضاً في عضو ما، ويظهر في صورة أعراض سريرية، وقد أخذ كرايبلين هذه الفكرة وقدم الافتراض الذي يقول بأن الأعضاء المريضة ستوافق أكثر مع الاتجاه السريري وليس الأعراض في حد ذاتها، وذلك بعد قرن من علم تصنيف الأمراض الفرنسي الذي يقوم على الأعراض السريرية، ولكن بدون تحقيق أية انجازات في علم الأمراض المتمثل. لطالما كان الأطباء النفسيون يعاتبون كرايبلين بطريقة غير عادلة؛ فيقولون أن الأبحاث التي استمرت لقراءة قرن من الزمان قد أثبتت أنه - أي كرايبلين - مخطئ، فلم نكتشف بعد السبب المرضي للخرف المبكر (الفصام) أو جنون الهوس الاكتئابي، كما عرفه هو، أو كما تم إعادة تعريفها فيما بعد في ظل أمراض الفصام والاضطراب الثنائي القطب. إن عتاب الأطباء النفسيين هذا لكرايبلين ليس عادلاً، وذلك لأنه قد تم إثبات صحة كلامه في مرضين

هذا الافتراض. لقد صدق فان براغ (13) في قوله أن التعريفات البُعدية قد تكون أكثر ملائمة لبعض الحالات، مثل نقيضي الشخصية، إلا أن هذا الأمر تجريبي وليس تصوري؛ فدعونا إذا نقوم بالعمل العلمي وأن نذهب إلى حيثما تقودنا المعلومات المتوافرة لدينا، فبعض الأحيان ستقودنا إلى التشخيص الحاسم بوجود مرض، وبعض الأحيان الأخرى إلى كون الحالة تطرف بُعدي عما هو طبيعي. من الهام جداً ألا نكون مُعديين، وهذا ما حدث مع بعض الباحثين البيولوجيين (13) وبعض النقاد المتخصصين في أمور ما بعد التعرض لحادثة، التابعين للطب النفسي البيولوجي (15). سيشير النقاد إلى التاريخ الذي شهد تعديلاً في التشخيصات النفسية، وبرهن أن مصير كل التقسيمات التشخيصية هو الفشل، وذلك بسبب أن المرض النفسي معقد جداً، مثل قوله أنه بيولوجي نفسي اجتماعي (11) أو ”هجين“ (15) أو متعدد الأبعاد (13). بالطبع، لا تمثل الكثير من الصور السريرية النفسية، الأمراض البسيطة، بل الإدعاء بأن كل من فعل ذلك قد تم دحضه من قبل التاريخ (2، 16)، فقد تم تمييز الزهري العصبي، في الكثير من جوانبه، عما نراه اليوم في مرض الفصام أو الثنائي القطب، فقد كان معقداً ومتعدد الأعراض ومتنوع، وتسبب فيه ممرض (جين مرضي) واحد فقط. وبالتالي فأنا أقف مع فان براغ في أمر نهج معايير مجال البحث (NIMH RDoC) في افتراض أنه ينبغي علينا أن نضع تركيزنا على الأبعاد البيولوجية أو النفسية وحدها (13، 17)، وسيظهر التطور في هذا النهج، وهذا كما أشار ويرنيك قديماً (18)، لكن لا زال هناك بعض التطور الذي سيتطلب اتباع نهج علم تصنيف الأمراض السريرية الفئوي، والذي قام كرايبلين بتطويره، والذي تم إثبات صلاحه في الكثير من الحالات المرضية، بداية من مرجاني وحتى الزهايمر والملتوية (أي نوع من البكتيريا لولبية الشكل).

ليست القضية الرئيسية هي الفئات في مقابل الأبعاد، بل هي العلم في مقابل الواقعية (2)، فهل نستمر في إنكار أولوية العلم في صالح المنفعة الواقعية للمهنة، كما يؤديها قادة الـ DSM-IV (بوضوح (12)؛ أم هل نعود إلى ملفات الطب العلمي ونبنّي تشخيصاتنا على أفضل العلوم حتى يومنا هذا، حتى إذا كان بها محدوديات وأخطاء؛ لكن، وبعد كل شيء، ليست الحقيقة العلمية شيئاً أكثر من كونها أخطاء تم تصحيحها؛ فلا يمكن أن يصل المرء إلى الحقيقة إذا كان يخشى الخطأ.

المراجع:

1. Jouanna J. Hippocrates. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1999.
2. Ghaemi SN. Taking disease seriously: beyond “pragmatic” nosology. In: Kendler KS, Parnas J (eds). Philosophical issues in psychiatry II: Nosology. Oxford: Oxford University Press, 2012:42- 53.
3. Goodwin F, Jamison K. Manic depressive illness, 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2007.
4. Bienvenu OJ, Davydow DS, Kendler KS. Psychiatric ‘diseases’ versus behavioral disorders and degree of genetic influence. Psychol Med 2011;41:33-40.
5. Boestrom A. Zustandsbild und Krankheit in der Psychiatrie. Klinische Wochenschrift 1923;2:1728-31.
6. North C, Yutzy S. Goodwin and Guze’s psychiatric diagnosis, 6th ed. New York: Oxford University Press, 2010.
7. Kendler KS, Prescott C. Genes, environment, and psychopathology. New York: Guilford, 2006.

اضطرابات الأكل التي تحدث أساساً عند النساء) والحزن والتطرف في سمات الشخصية (العصابية و/الانبساطية /الإنطواء والتخاطر) (6)، قد يكون لدى هذه الصور السريرية الأخيرة مكونات حيوية، إلا أن لديها أيضاً مكونات بيئية التي تكون متساوية إذا لم تكن أكبر (بعكس الأمراض النفسية المذكورة بأعلى) (7، 8). تقف المحن البيئية بمثابة شرطاً أساسياً لكرب ما بعد الصدمة. ولدى أغلب الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية محن جنسية تقف كمسبب مرضي كبير وكسبباً اجتماعياً (9). إن هذه الصور السريرية صالحة من ناحية كونها صوراً سريرية، إلا أنها غير صالحة من ناحية كونها أمراضاً. من المشكلات الكبرى مع الطب النفسي المعاصر هو أنه بعد ظهور الـ DSM-III عام 1980، رفض علم تصنيف الأمراض الأمريكي أن يُميّز العمليات المرضية عن الصور السريرية؛ فالإدعاء بكون المرض ”غير نظري“، فقد تم تطبيق المصطلح ”اضطراب“ على 300-400 تشخيص، وبالتالي فالأطباء السريريين والباحثين غير واثقين من كون المرض ذاك أو تلك (10). إن السماء الحمراء ليست تفاعلاً أحمرًا، فبالرغم من اشتراكهما في اللون الأحمر إلا أنهم مختلفين، لكن تظهر ”الاضطرابات“ الثنائية القطب بكونها شبيهة ”باضطرابات“ الشخصية الحدية، وذلك جزئياً بسبب اشتراكهما في المصطلح ”اضطراب“، والذي يضعهما في ذات المستوى في علم الوجود، وبالتالي يتغاضى عن حقيقة أن حالة واحدة منهما لها صفات وراثية خالصة، بينما الحالة الأخرى أقل من نصف وراثية، وهذه الحالة الأخيرة لها فيزيولوجيا مرضية بيولوجية كبرى وأيضاً نماذج حيوانية يُمكن إدراكها، أما الحالة الأخرى فلديها مسببات مرضية اجتماعية وفيزيولوجيا مرضية أكثر محدودية وليست لها أية نماذج حيوانية (6). ليست السماء الحمراء تفاعلاً أحمرًا، وبالتالي فقد سبب المصطلح ”اضطراب“ إرباكاً في مهنتنا، إلى درجة أننا لا ندعي الأمراض بحالاتها التي هي عليها، بل بالحالات التي ليست عليها، أو – وهذا أكثر شيوعاً – نميل إلى رفض مفهوم المرض ونمارس مهنتنا كما يحلو لنا، معللين ذلك – في حال سؤالنا – بكونها البيولوجيا الاجتماعية النفسية الأفضل (11). لقد أنتج الـ DSM-III نظاماً يدعوه قاداته فخراً بكونه ”واقعيًا“ (12)، إلا أنه يعكس في حقيقة الأمر التنازل عن المسؤولية العلمية؛ فنحن إما نرفض مفهوم المرض أو نقوم بتطبيقه بدون تمييز، ففي كلا الحالتين نحن لا نأخذ الأمر بجديّة، فلا يمكن أن يوضع جيلين من أكثر الأبحاث الحيوية الفاشلة في علم مسببات الأمراض وتوالد الأمراض وعلم العقاقير، عند أرجل الطبيعة لخلق مرضاً نفسياً يكون معقداً جداً بحيث نفشل في فهمه. علينا أن نتمكن من لوم ذاتنا، وذلك لعمل تشخيصات ”واقعية“ مصنوعة بدون محاولة جادة لفهم الطبيعة، وذلك لتعريف متى يوجد المرض ومتى لا يكون. لقد قام فان براغ بتحذير مهنتنا هذه منذ عقدين مضوا، أي قبل أن يتم إنتاج الـ DSM-IV (13)، فلم يبدو قاداتنا السابقون في الـ DSM-III والـ DSM-IV بأنهم على دراية بهذه المشكلة (14)، والآن هم فقط يغلقون أعينهم عنها. لقد قامت الواقعية بقيادة الانتقائية الحالية، حيث يقوم الأطباء النفسيون بممارسة مهنتهم كما يرغبون، وذلك بحسب آرائهم ومعتقداتهم الشخصية، بدلا من ممارستها بكونها معرفة علمية تقوم بدورها في توجيههم. لن نتمكن من الوصول إلى هذا المستوى من المعرفة العلمية إلا إذا أخذنا مفهوم المرض بجديّة في التشخيصات النفسية. ليس الغرض من هذا النهج الذي يقوم على الأمراض أننا سنفترض أن كل التشخيصات النفسية بمثابة أمراض منفصلة، وذلك حيث قام الكثيرون بانتقاد كرايبلين على

- diagnosis. *World Psychiatry* 2013;12:111-2.
15. Berrios GE. The history of mental symptoms. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.
 16. Ghaemi SN. On depression: diagnosis, drugs and despair in the modern world. Baltimore: Johns Hopkins Press, 2013.
 17. Insel T, Cuthbert B, Garvey M et al. Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *Am J Psychiatry* 2010;167:748-51.
 18. Wernicke C. Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen. Leipzig: Thieme, 1906.
 8. Eaves L, Eysenck H, Martin N. Genes, culture, and personality. London: Academic Press, 1989.
 9. Zanarini M. Role of sexual abuse in etiology of borderline personality disorder. Washington: American Psychiatric Press, 1997.
 10. Decker H. The making of DSM-III. New York: Oxford University Press, 2013.
 11. Ghaemi SN. The rise and fall of the biopsychosocial model: reconciling art and science in psychiatry. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2009.
 12. Frances A. DSM in Philosophyland: curiouser and curiouser. *AAPP Bulletin* 2010;17:3-7.
 13. Van Praag HM. Make-believes in psychiatry: or the perils of progress. New York: Brunner Mazel, 1992.
 14. Frances A. The past, present and future of psychiatric
- DOI 10.1002/wps.20082

المرحلة التالية لمصادقية التشخيصات: من خلال الفائدة

PATRICK D. MCGORRY

Orygen Youth Health Research Centre, Centre for Youth Mental Health, Department of Psychiatry, University of Melbourne, Locked Bag 10 (35 Poplar Rd) Parkville VIC 3052, Australia

الصحية، وذلك بعيداً عن الجدل الذي غالباً ما يُزعج الطب النفسي من بعيد أو من قريب. أما التشخيص فهو التصنيف بحسب المنفعة (6)؛ ويهدف التشخيص إلى وصف النمط الظاهري السريري بطريقة اختزالية تساعد على تمييز الأشخاص المرضى وفي حاجة إلى مساعدة الأفراد الأصحاء، ويُساعد أيضاً على اختيار وسائل العلاج والتكهن بالنتائج. أما المنفعة في مجال الطب فهي أقصى أنواع الاختبارات، إلا أن لدى الكثير من التشخيصات النفسية الحالية مستوى منخفض من المنفعة السريرية، وما هو أكثر من ذلك، يستلزم نظام التصنيف الحالي والخاص بنا، وجود سبل متعددة ومستقلة ومتوازنة، بحيث يؤدي كل منها إلى تشخيص معين - وهو اقتراح لا يتفق مع الأسر الحالية وعوامل دراسات الخطر الجينية والعصبية الحيوية (7-9)، ومن اللازم توافر تغيير أساسي. إن الاضطرابات النفسية ليست أمراضاً ساكنة تم تعريفها بدقة في ظل وجود مسببات مرضية منفصلة وأيضاً مسارات مرض، بل هي أعراض تتداخل وتتطور في مراحل (10)؛ فلا بد أن تبدأ الأمراض النفسية عند نقطة ما، لكن، وكما يشير النقاد، سيكون من الصعب في المستقبل التمييز بين هذه الحالات وما يعتبر ضمن "الأمر الطبيعي" و"الحالات البشرية". لكن بالطبع، من السهل إدراك هذا التمييز، وذلك بالرجوع إلى الأمراض النفسية الشديدة. يمر أغلب الناس ببداية الأمراض النفسية بكونها محنة عاطفية قوية وشديدة وترتبط بمشكلات في العلاقات و/أو في الإنجازات. لقد قام ايتون (11) بوصف كيف تظهر الأعراض، إما من جراء تكيف خبرات أو سلوكيات فردية كانت موجودة منذ وقت طويل، أو من اكتساب خبرات أو سلوكيات جديدة، أم أنها إتحاد بين الاثنين، وهذا أكثر شيوعاً. تشمل الخبرات البشرية اليومية تغييرات دورية، وفي بعض الأحيان تكون هذه التغييرات شديدة وعطاردية (متقلبة)، وذلك في التأثيرات والمظهر، وهذا كرد فعل للبيئة الاجتماعية، وعندما تصبح هذه التغييرات واضحة، يُمكن أن تُدرك بكونها "نمط ظاهري سريري جزئي"، والتي تزداد وتقل أو تتفاعل بالتعاقب أو تصبح متكدسة، بل وقد تنمو أو تثبت تجاه "نمط ظاهري جزئي" خالص أو هجين (12). إن هذه العملية سلسلة وبعيدة بشكل لا يُمكن إنكاره، وهناك الكثير من أبعاد الأمراض النفسية التي يُمكن تعريفها بسهولة، مثل التساؤلات الشاذة والتقلبات العاطفية (13)، وبينما يُمكن فرض الفئات بشكل اعتباطي في هذه الأبعاد، إلا أن مفهوم الأعراض - حيث تتربط العديد من الأعراض بطريقة قوية ومتوقعة - وأيضاً التأثير على بعضهما البعض مع مرور الوقت، بالأمر اللازم لتخطيط الأنماط الظاهرية السريرية المبكرة (14). من الأفضل، بالطبع، اعتبار هذه العملية لدى الشباب، وذلك لأنهم ينتقلون من مرحلة المراهقة إلى مرحلة النضوج والاستقلال، وبينما أن نسب حدوث الأمراض النفسية أعلى لدى الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين الثانية عشرة والخامسة والعشرين، إلا أن بداية 75 % من كل الأمراض النفسية الكبرى تظهر قبل سن الخامسة والعشرين (15)، ومن الصعب التمييز بين بداية الأمراض النفسية والتغيرات العابرة والطبيعية التي تحدث في العاطفة والسلوكيات التي نختبرها جميعاً، وبصفة خاصة لدى الشباب، بحيث يُمكن ملاحظتها (10). من المعروف جيداً أنه يسبق الاضطرابات النفسية الكبرى بوادر - أي حالات دون العتبة أو نمط ظاهري جزئي - تتصف بمزيج مختلط من الأعراض الغير مُحددة، والأكثر شيوعاً هو القلق والاكتئاب، وغالباً ما ترتبط بعجز ومحن معينة وقوية. وهنا يظهر

لطالما كانت محاولات التحقق من صحة التشخيصات النفسية مصدرًا مستمرًا للكثير من الجدل والوهم، وذلك منذ وصول الطب النفسي الوصفي منذ ما يزيد عن عقدين مضوا. يمثل إصدار الـ DSM-III عام 1980 نقطة تحول في محاولاته اللاتقة لتعزيز الدقة، لكن من الواضح أنه بالرغم من الجهود الكبرى والنفقات الكثيرة التي أنفقها خلفاؤه، إلا أننا قد ارتطمنا بحائط الصلاحية والمنفعة. لقد قامت مجموعة من العلماء بوصف هذا الفشل (مثل 1,2). إن الجدل الجديد والواضح والذي ظهر حول الـ DSM-5، كان لا يزال هادئاً، وقد كان النقد الأساسي بمثابة إحياء للجدل القديم عن الصلاحية والمنفعة، وقد زاد من اشتعاله جرعة قوية من الاهتمام الإيديولوجي والجدلي الراسخ. تدل مجالات تجارب الـ DSM-5 أن حتى القبول والدقة لا تزال بالأمر المراوغ في الممارسات السريرية، مثلاً قد حقق مفتاح تشخيص حالات الاكتئاب الكبرى قيمة كايا جيدة جداً، تصل إلى 0.28 (3). لدى الكثير من الأعداد المتنامية من فئات التشخيص، ليس فقط دقة فقيرة، بل أيضاً، وهذا أكثر أهمية، صلاحية محدودة، وما هو أكثر من ذلك، هو أنه يفشل الكثيرون في إدراك الاختلافات الكبيرة في المقدمات السريرية التي يصطحبها سن بداية المرض ومرحلة المرض أو مساره (2,4). تضع أغلب المعايير فئات قوية تم استخلاصها، بشكل حصري، من ملاحظة الأفراد في المراحل الأخيرة من المرض، ومن المحتمل حدوثه أن هذه الفئات ستخطئ بشكل فقير للمقدمات السريرية المبكرة، وغالباً ما تكون أقل تحديداً، ويعني هذا أنهم يعملون على إعاقة كل الجهود نحو التدخل المبكر في مسار المرض، حيث تكون إمكانية الوقاية من المرض أمراً جيداً، وبالتالي فليست المشكلة في أغلب مناطق العالم هي المبالغة في علاج الأمراض البسيطة أو علاجها بطريقة غير جيدة (بالرغم من أن هذا يحدث لدى نسبة من الناس في بعض الدول المتقدمة، مثل في الولايات المتحدة حيث ينخفض الدواء بحسب مزيج من القيود العقلية والتمويل الصحي، وإلى مجرد وصف العلاج)، وبالأحرى، وما هو أكثر جدية، هو أن الحالات المرضية المبكرة والبسيطة غالباً ما تبعد بعيداً عن أي نوع من العناية، وذلك حتى تتطور هذه الحالات إلى حالات عسرة أو شديدة بحيث يُمكنها أن تبعد أي خطر يُمكن أن يحدث من جراء الإفراط في العلاج، لكن وفي نفس الوقت تقلل فرص الاستجابة للعلاج وبالتالي الشفاء، هذا الأمر حتمي. ومن الناحية النظرية والعملية، سيعمل هذا الأمر على حصر الطب النفسي حتى يكون مجرد نوع من العناية التي تسكن الآلام، وهذا يقوّي من المعتقد العام والكاذب والغير عادل الذي يجعل الطب النفسي مصدرًا لعلاج الضعف الجنسي. إن إهمال العناية الصحية النفسية، وبالتالي عدم تمويلها في كل الدول، هو المفتاح الذي يؤدي إلى كل هذه الأمور، إلا أن غياب نهج تشخيصي يسمح بالتشخيص المبكر لحالات المرض الأولى بحيث يُمكن إدراكها وعلاجها، وأيضاً المراحل اللاحقة، من الأمور التي يجب لومها أيضاً. إن النتيجة الأخيرة هي أن الصحة النفسية لم ترتقداً في معدل الوفيات ومعدل انتشار المرض في أمراض السرطان وطب القلب، وذلك في السنوات القليلة السابقة (5). إن الأبحاث الجديدة من الأمور اللازمة لتحديد فاعلية وأمان مثل هذه الوسائل للعلاج المبكر، ولا بد من دراسة ومناقشة وسائل العلاج المبكر - مثل استخدام الترياق المضاد للعدمية العلاجية و"التزمت البسيط الذي يتصف بتوقعات منخفضة" - مثل في حالات السرطان وغيرها من جوانب العناية

جعل هذا التقدّم مفهوم الطب النفسي الوقائي أمراً صعب المنال (16)، إلا أن الطب النفسي الوقائي يتطلب أدوات تساعد على التكهن ويُمكن إدماجها في إطار عمل تشخيصي مناسب، وذلك لتقييم مسار المرض وخطورته، وأيضاً الاستجابة إلى العلاج. لدى النموذج السريري المدرج، مع تميزه الصريح لتطوّر الاضطرابات النفسية عن الأنماط الظاهرية الغير متميزة وحتى الأعراض الواضحة، له إمكانية إرشادية لتسهيل اكتمال إدراكنا المتنامي للتوقيع الحيوي للأمراض النفسية الجينية والكيميائية الحيوية والحيوية العصبية، وذلك في إطار عملنا التشخيصي، سيكون هذا الأمر بمثابة تقدّم كبير، ليس فقط في مسألة الطب الشخصي، بل أيضاً في صلاحية التشخيصات النفسية.

المراجع:

1. Kendler KS, Zachar P, Craver C. What kinds of things are psychiatric disorders? Psychol Med 2011;41:1143-50.
2. McGorry P, van Os J. Redeeming diagnosis in psychiatry: timing versus specificity. Lancet 2013;381:343-5.
3. Freedman R, Lewis DA, Michels R et al. The initial field trials of DSM-5: new blooms and old thorns. Am J Psychiatry 2013;170:1-5.
4. McGorry PD. Issues for DSM-V: clinical staging: a heuristic pathway to valid nosology and safer, more effective treatment in psychiatry. Am J Psychiatry 2007;164:859-60.
5. Insel T. Towards a new understanding of mental illness. www.ted.com.
6. Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. Am J Psychiatry 2003;160:4-12.
7. Insel T, Cuthbert B, Garvey M et al. Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. Am J Psychiatry 2010;167:748-51.
8. Insel TR, Wang PS. Rethinking mental illness. JAMA 2010;303: 1970-1.
9. Scott J, Leboyer M, Hickie I et al. Clinical staging in psychiatry: a cross-cutting model of diagnosis with heuristic and practical value. Br J Psychiatry 2013;202:243-5.
10. McGorry PD, Purcell R, Hickie IB et al. Clinical staging: a heuristic model for psychiatry and youth mental health. Med J Australia 2007;187(Suppl. 7):S40-2.
11. Eaton WW, Badawi M, Melton B. Prodromes and precursors: epidemiologic data for primary prevention of disorders with slow onset. Am J Psychiatry 1995;152:967-72.
12. van Os J, Linscott RJ. Introduction: The extended psychosis phenotype — relationship with schizophrenia and with ultrahigh risk status for psychosis. Schizophr Bull 2012;38:227-30.
13. van Os J. A salience dysregulation syndrome. Br J Psychiatry 2009;194:101-3.
14. Wigman JT, van Os J, Thiery E et al. Psychiatric diagnosis revisited: towards a system of staging and profiling combining nomothetic and idiographic parameters of momentary mental states. PLoS One 2013;8:e59559.
15. Kessler RC, Berglund P, Demler O et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2005;62: 593-602.
16. Insel TR. The arrival of pre-emptive psychiatry. Early Interv Psychiatry 2007;1:5-6. DOI 10.1002/wps.20080

وبوضوح هؤلاء الذين قد فشلوا في نظام التشخيص خاصتنا. وبينما أن نسبة كبيرة من هذه الحالات تتعافي بالعلاج أو بدونه، إلا أنه يوجد احتياج إلى تقييم ودعم محدود الأمد وأيضاً عناية للكثيرين، إلا أن خطر الاستمرار والتقدم في مجموعة فرعية أساسية، أمر حقيقي. إن هذا الاحتياج إلى وجود عناية يسبق الوضوح في التشخيص، وهو الأمر المطلوب لمفاهيمنا التشخيصية الحالية والتي هي في مراحلها المتأخرة، لكن أن هذه الأمور التي تضع البداية التي تقدّم من خلالها إمكانية الدخول على العناية الصحية في نظام الرعاية الصحية النفسية خاصتنا تعاني من نقص في التمويل. إن ما نحتاج إليه هو نموذج هجين أكثر بساطة ومرونة، يُمكنه أن يتسع الأبعاد، وأن يقدم إطار عمل فئوي مدرج، يعمل على تسهيل التقييم المبكر ويتحمّل الغموض ويصغّر من حجم الوصمة وذات منفعة للمرضى والأطباء السريريين والباحثين. يقدم النموذج السريري المدرج، والذي تم تبنيه من الطب العام، إطار العمل هذا (2,4)، ويضع هذا النموذج جانباً، الحدود التشخيصية الحالية، وذلك ليشمل أطراف الاضطرابات كاملة، والتي تشمل إستمراريتها مع الأمراض النفسية لدى الأصحاء من الناس، ولتضع تأكيداً تشخيصياً قوياً على الدرجة التي يقف عليها الفرد في مرحلة تطوّر النمط الظاهري السريري، ويتم تحديد المرحلة بحسب بُعد شدة الأعراض والمحنة والتشويش في العلاقات والأداء، وأيضاً على مدى شدة هذه التغييرات، هذا بدلاً من أيه محتوى عرضي معين يُمكنه أن يضيف خصوصية في قالب النموذج. إن إطار العمل هذا غنوسي (مذهب اللأندري) وليس تشخيصي، والذي يُمكنه إدراك أن الاستمرارية وتعدد الأنماط الظاهرية للتشويش يُمكنه أن يبرر الاحتياج إلى مساعدة، وذلك من منطلق المزايا الحاضرة، وأيضاً على أساس خطر التقدم إلى أنماط ظاهرية ثابتة ومُحددة ومألوفة أكثر، هذا بينما يعترف بالاحتياج إلى مزج النماذج البُعدية والفئوية، وهو الأمر الذي كنا نأمل في الـ DSM-5. يحمل النموذج المدرج احتمالية تقديم إطار عمل أكثر منفعة للأطباء السريريين، ولهذا الأمر يعترف "بالمنطقة الرمادية" الخاصة بالغموض بين ما قد يكون مجرد محنة أو تشويش بسيط وعابر، وما يُمكن أن يثبت بأنه بداية مرض نفسي شديد، وأيضاً عبء الصحة العامة الجوهري التراكمي لما يُعتبر في الوقت الحالي، مرضاً دون العتبة. يقدم هذا النموذج أيضاً إرشاداً أكثر ملائمة لاختيار تدخلات علاجية، وذلك للتأكيد على أن وسيلة العلاج التي تم اختيارها تتناسب مع كلا من الاحتياج السريري وخطر تطوّر المرض، بينما يقلل من خطر المبالغة في العلاج والتأثيرات المعاكسة الناتجة، والتي تشمل تأثيرات الإقلال من العلاج، ولدى جانب "الدخول اللين" التأثير المرحب به لتبديد وصمة العار. تتعامل هذه العناصر مع العديد من المخاوف التي يعبر عنها النقاد بكونها "تضخم في التشخيص". يقدم التدرج السريري، في حقيقة الأمر، انكماشاً في التشخيص، وذلك في تقديم انخفاضاً كبيراً في مجموعة الفئات التشخيصية، إلا أنها لا تقدم أعداءاً لحدود العناية الصحية النفسية إلى أقصى الدرجات التي يُمكن أن تتدفق الفوائد منها بأمان وبدون وصمة العار، وبالتالي تتغلب على المخاطر. إن هذا الهدف حرج بصفة خاصة لدى الشباب الذين يتحملون عبء الأحداث الأولية للاضطرابات النفسية، وبالتالي يخسرون الكثير من جراء تأخر العلاج أو الحصول على وسائل علاج بسيطة، هذا فيما يخص المسارات التنموية وتحقيق الأهداف. تضع العناية الصحية في القرن الواحد والعشرين، مزيداً من التأكيد على الطب الشخصي، مع وجود هدف تقديم علاج مناسباً للأفراد. يهدف الطب السريري المدرج إلى أخذنا إلى أقرب ما يكون من فروع الطب الأخرى وأن يمهد الطريق إلى وجود توقيع حيوي ليلعب دوراً أقوى في تشخيص الأفراد، وبالتالي إلى وجود طب شخصي أو طبقي في الطب النفسي (2,14). لقد قام باحثون ينتمون إلى مناطق متنوعة كتنوع علم الجينوم (أحد فروع علم الوراثة) وعلوم الأحياء العصبية وعلم الأوبئة، في خلال العقدين السابقين، قاموا بتحويل أفكارنا عن الاضطرابات النفسية، والتي نعتبرها الآن اضطرابات المخ والنمو. وقد

منتدى - تأثير عدم الالتزام بالعلاج على الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الذهان: المحددات والتدابير

تأثير عدم الالتزام بالعلاج على مرضى الاضطرابات الذهانية: الوبائيات والعوامل المساهمة واستراتيجيات التدابير

JOHN M. KANE¹⁻⁴, TAISHIRO KISHIMOTO^{1,3-5}, CHRISTOPH U. CORRELL¹⁻⁴

¹Zucker Hillside Hospital, Psychiatry Research, North Shore - Long Island Jewish Health System, 75-59 263rd Street, Glen Oaks, New York, NY, USA; ²Albert Einstein College of Medicine, Bronx, NY, USA; ³Feinstein Institute for Medical Research, Manhasset, NY, USA; ⁴Hofstra North Shore LIJ School of Medicine, Hempstead, NY, USA; ⁵Keio University School of Medicine, Neuropsychiatry, Shinjuku-ku, Tokyo, Japan

بالرغم من أن عدم الالتزام بوسائل العلاج بالأمر المألوف في كل مجالات الطب، إلا أن اضطرابات الذهان تضع تحديات إضافية في هذا الأمر تزيد من الخطر، وبالرغم من أهمية عدم الالتزام، إلا أن الأطباء السريريين، بصفة عامة، يقضون القليل جدًا من الوقت في التقييم ومواجهة أمر الالتزام بالعلاج والسلوكيات، والأهم من ذلك هو أن الكيفية التي يُقاس بها الالتزام بالعلاج تؤثر بشكل كبير على الاكتشافات، وأن الطرق الأكثر استخدامًا لسؤال المرضى أو الحكم على عدم الالتزام بالعلاج بصورة غير مباشرة وبموجب الفاعلية والمعلومات الدالة على القدرة على التحمل، لدى هذه المقاييس صلاحية فقيرة. يتم الآن تطوير تقنيات جديدة تمكن من التقييم المباشر للالتزام بالعلاج، ويمكن أن تُستخدم هذه أيضًا لتقديم تقريرًا حقيقيًا للأطباء السريريين وأن تخدم كمدخلات مع المرضى. هناك الكثير من وسائل العلاج المتاحة والتي بإمكانها أن تؤثر بصورة إيجابية على الالتزام بالعلاج. يبدو أن التدخلات النفسية الاجتماعية التي تجمع العديد من المناهج وتشمل العديد من المجالات، من أكثر التدخلات فاعلية. وبالرغم من أن العقاقير المضادة للذهان والتي تؤخذ عن طريق الحقن، ولها مفعول طويل الأمد، بمثابة أداة قوية جدًا من الناحية النظرية لتقييم الالتزام بالعلاج، وكإشارة عليه، إلا أن النتائج الحديثة من التجارب العشوائية المحكمة قد فشلت في إظهار تقدم، هذا بالمقارنة مع العقاقير المضادة للذهان التي تعطى عن طريق الفم. تتعارض هذه المعلومات مع الدراسات الجماعية حول العالم، وتتعارض أيضًا مع الدراسات المصورة صورة طبق الأصل، والتي تشمل بطريقة جدلية مرضى يعملون كعينة تمثيلية ويتلقون عقاقير مضادة للذهان ذات فاعلية طويلة الأمد في الممارسات السريرية، يقترح هذا الفصل في المعلومات أن التجارب التقليدية والعشوائية المحكمة ليست بالضرورة أفضل الطرق لدراسة التدخلات التي نظن أنها تعمل عن طريق تقليل عدم الالتزام بالعلاج. من الواضح أنه يُحتمل أن يظل عدم الالتزام بالعلاج بمثابة مشكلة كبيرة في الصحة العامة، هذا بالرغم من التقدم الذي تم تحقيقه في وسائل العلاج، لكن يمكن أن يعمل الإكثار من المعلومات عن العوامل التي تؤثر في الالتزام بالعلاج والاستفادة من التقنيات الجديدة، على تعزيز عملية التقييم المبكر والإدارة المناسبة، خاصة لدى مرضى اضطرابات الذهان.

كلمات مفتاحية: عدم الالتزام بالعلاج، الذهان، الفصام، عوامل الخطر، تقييم، تدخلات

(عالم الطب النفسي 2013:226-216)

والمقاييس في هذه المنطقة؛ فبصفة عامة، يُحتمل أن تكون أبسط الاستراتيجيات لقياس الالتزام بالعلاج، غير دقيقة، وأن أكثر الاستراتيجيات إخبارًا متكلفة و/أو أجتياحية (1). من الواضح أنه لا يوجد علامات خاصة صالحة ويُمكن الاعتماد عليها حول العالم، فمجموعة العوامل التي تؤثر على الالتزام بالعلاج، وأيضًا النهج الشخصي، من الأمور الهامة جدًا ليتم التدخل بنجاح.

ومن هذا المنطلق، نركز، وبصفة خاصة، على مرضى الذهان، وفي المقام الأول على مرضى الفصام، ونناقش قضايا التعريف والمقاييس، وأيضًا نراجع المعلومات الخاصة بعدم الالتزام، وخاصة بين المرضى الذين يتلقون وسائل علاج طبيعية للذهان وأيضًا بين المشاركين في التجارب السريرية، سنقوم بعد ذلك بمناقشة العوامل المساهمة في عدم الالتزام بالعلاج وأيضًا الاستراتيجيات التي تُسهل/ تُعزز من أمر الالتزام بالعلاج.

بين الممارسين بأن الالتزام بالعلاج سيستمر في المواضيع التي تلي العناية الشديدة، لكن تعاني إدارة الكثير من الأمراض الشديدة، مثل اضطرابات الذهان، من مشكلات متعددة في أمر الالتزام بالعلاج، مما يؤدي إلى تعدد زيارات المريض إلى غرف الطوارئ، وهو الأمر الذي يُمكن تجنبه، وأيضًا احتجازه بالمستشفى، ويؤدي أيضًا إلى نتائج عامة دون المستوى الأمثل (2,3). هناك تقديرات تقول بأن حوالي 50% من مرضى الأمراض الشديدة لا يأخذون العلاج كما يصفه الطبيب، وذلك من بعد مرور ستة أشهر (4)، وقد تصل تكلفة عدم الالتزام بالعلاج في الولايات المتحدة على حدي إلى 300 دولارًا كل عام (5)، وقد ظهر أن كلا من الأطباء السريريين والمرضى يُبالغون في تقدير كم العلاج الذي يأخذه المريض (6)، وبصفة عامة يقضى الأطباء القليل من الوقت في مخاطبة هذه القضية، وهي هامة جدًا لإنجاح جهودهم (7,8). تختلف كثيرًا استراتيجيات التعريفات

إن الالتزام بالوصفات الطبية العلاجية التي يكتبها الطبيب، من الجوانب الجدلية في العناية الصحية (1)، لكن غالبًا ما يأخذ هذا الجانب القليل جدًا من الاهتمام في الممارسات الطبية. وبالرغم من أن بعض المصطلحات مثل الالتزام بالعلاج والخضوع، بعيدة كل البعد عن المثالية في وصف التفاعل بين الأطباء السريريين والمرضى وتعاطي العلاج، إلا أنها تبقى واسعة الاستخدام. نحن في حاجة إلى تطوير وسائل جديدة تعمل على رفع فكرة العار المرتبطة بتحديات أخذ العلاج الذي يصفه الطبيب، وأن نخلق بيئة تعليمية أفضل والمشاركة في صناعة القرارات وتحمل مسؤولية إدارة المرض. يستند كل هذا على افتراض أن حصص الفوائد المتوقعة من وسائل العلاج الفعالة (وغيرها من وسائل العلاج) يعتمد على أخذهم بشكل مناسب. غالبًا ما يساعد في أمر أخذ العلاج، في مواضيع العناية الشديدة، أطباء العناية الصحية؛ فيعملون على خلق إحساسا من الثقة

التعريفات والمقاييس

يقول التفكير المثالي أنه ينبغي على المرضى أن يأخذوا وسائل العلاج كما يصفها الطبيب لهم ولكن، غالبًا ما يُعتبر الالتزام بالعلاج بأنه "جيد"، أو أن يُعتبر المرضى "ملتزمين بالعلاج" فقط إذا كانوا يتعاطون 70 أو 80% من العلاج الموصوف لهم. تحاول بعض التقارير أن تقسم أمر الالتزام بالعلاج بين العديد من الفئات التي تشمل الالتزام الكامل والالتزام الجزئي وعدم الالتزام (9)، لكن يحدث أنه في بعض الحالات التي يفقد فيها المريض 20-30% من علاجه، أن يكون هناك اعتبارات سريرية هامة، بينما لا يحدث هذا الأمر في بعض الحالات الأخرى. تعمل بعض الأمور، مثل نوعيه العلاج وتكوينه والجرعة ومدى تكرار الجرعة، بالإضافة إلى الصفات الشخصية، مثل الأيض والقدرة على امتصاص العلاج ومرحلة المرض ومدى ضعف المريض بحيث يتعرض لتكرار الإصابة بالمرض أو تطوره، تعمل كل هذه الأمور على التأثير على أثر بعض الجوانب المعينة من عدم الالتزام بالعلاج، وبالتالي فلا بد أن تختلف التعريفات بحسب كل حالة وبحسب البيئة المحيطة.

وبالرغم من أنه لطالما كان مراقبة أمر الالتزام بالعلاج قضية كبيرة في العناية الصحية، إلا أن مقدرتنا على التحديد الدقيق لدرجة التزام مرضانا بالعلاج، بالأمر المحدود. تقسم الطرق المتاحة لمراقبة درجة الالتزام بالعلاج بين طرق مباشرة وطرق غير مباشرة (1)، ولكل طريقة عقباتها، ولا يوجد هناك "معيّار ذهبي" مقبول دوليًا، وهذا ما يقدمه الجدول رقم 1.

يُلاحظ المرضى في بعض المواقف وهم يبتلعون علاجهم، ويعمل السائل أو المكونات المُدابة على تسهيل العملية، وقد تقدّم مقاييس مدى تركّز العقاقير في الدم أو غيرها من السوائل الجسدية، معلومات نافعة عن الالتزام بالعلاج وأيضًا عن الاختلافات الفردية في أمر الأيض وامتصاص الدواء، لكن قد يبلغ مستوى الدم العشوائي فقط عن جانب جزئي، إلا إذا قام الطبيب بدراسة شاملة للمريض بالمراقبة وأيضًا دراسة الحركات الدوائية، وذلك لتحديد عما ينبغي أن يكون عليه مستوى الدم عندما يكون المريض ملتزم التزامًا كاملاً بالدواء. قد يُضاف علامة حيوية إلى العقاقير، وذلك كعملية أخرى. يُمكن أن تُعتبر هذه المناهج بالأمر الباهظ

جدول رقم 1: وسائل لمراقبة الالتزام بالعلاج وعقباته

الوسيلة	العقبات
تقرير المريض	لا يُعتمد عليها (كثير النسيان، يكذب)
استبيان التقييم الذاتي للمريض	لا يُعتمد عليها (كثير النسيان، يكذب)
دفتر تدوين الملاحظات اليومي الخاص بالمريض	لا يُعتمد عليها (كثير النسيان، يكذب)
تقرير إخباري/استبيان	لا يُعتمد عليه (قلة المعلومات، مجرد آرائه الشخصية)
عدد أقراص الدواء	لا يُعتمد عليها كثيرًا، فقد لا يُبتلع الدواء
رد الفعل السريري/الآثار المضادة	لا يُعتمد عليها، حيث يتم تحديد وجود أو غياب عوامل الفاعلية والتأثيرات أكثر من مرة
تقييم رد الفعل النفسي	لا يُعتمد عليه حيث يتم تحديد رد الفعل النفسي أكثر من مرة
حقيبة النقاط	لا يُعتمد عليها إلى حد ما، فقد لا يتم ابتلاع الأقراص
غطاء الـ MEMS	لا يُعتمد عليها إلى حد ما، فقد لا يتم ابتلاع الأقراص
صينية الأقراص الإلكترونية	لا يُعتمد عليها إلى حد ما، فقد لا يتم ابتلاع الأقراص
تكرار الوصفة الطبية/الأقراص	لا يُعتمد عليها إلى حد ما، فقد لا يتم ابتلاع الأقراص
ملاحظة ابتلاع القرص	مصدر صعب، قد يؤدي إلى حدوث الكثير من الصراعات
قياس معدل العقاقير في سوائل الجسم أو الدم	تحليل مقطع مستعرض فقط، تحسين الالتزام السابق لزيارة العيادة (الامتثال للرداء الأبيض)
قياس العلامات الحيوية	تحليل مقطع مستعرض فقط، وهذا يساعد في التخلص من الإضافات
علامة على إتمام حدث ابتلاع القرص/ نظام التقارير الصحية الرقمية	يُتطلب قبول رقاقة إلكترونية مصغرة في القرص ووضع مُستقبل على لاصق على ساق الرجل، وهو بالأمر الباهظ حتى يومنا هذا وليس متاح عالميًا

MEMS - نظام مراقبة حادث أخذ قرص الدواء

وقد يُساعد في حل هذه المشكلة القيام بزيارات مفاجئة إلى المنزل، إلا أن هذا الجهد باهظ الثمن ولا يُرحب به في الكثير من الأوقات. إن استخدام وسائل المراقبة الإلكترونية، مثل نظام مراقبة حدث أخذ العلاج (MEMS) عن طريق غطاء علبة الدواء، من الوسائل الشائعة أيضًا إلا إنها مكلفة (10)، فيعمل هذا الجهاز على تسجيل تاريخ وقت فتح العلبة لكن لا يؤكد هذا الأمر أن المريض قد قام حقًا بابتلاع الدواء. وهناك أيضًا صينية أو علبة الأقراص الإلكترونية، وهذه بإمكانها تسجيل الوقت الذي يتم فيه فتح العلبة، ثم يقوم بعد ذلك بإرسال رسالة إلى طرف ثالث يُخبره بأنه قد تم فتح العلبة (11)، يتطلب هذا الجهاز استثمارًا أوليًا وهي أيضًا من الوسائل السهلة الاستخدام. لقد تم حديثًا تطوير تقنية جديدة يُشار إليها بنظام تقرير صحي رقمي (12)، ويتضمن هذا "علامة على حدوث فعل تناول الدواء" من الأقراص الدوائية، والتي تُصدر إشارة معينة عند الاتصال بعصارة المعدة المنحلة بالكهرباء، وتنتقل هذه الإشارة عبر خلايا الجسد حتى تصل إلى مستقبل صغير يُحمل في لاصق يوضع على جذع القدم، وبعد

الثلث أو قد تكون عبثًا على كاهل المريض و/أو الطبيب السريري، وعلى الناحية الأخرى، هناك بعض الحالات يكون فيها مراقبة مستوى الدم جزء هام من العلاج، مثل مع استخدام وسائل العلاج ذات نافذة علاجية ثابتة و/أو خطر تسمم عام (مثل الليثيوم).

تشمل طرق المراقبة الغير مباشرة سؤال المريض مباشرة (وهي الطريقة الأسهل وغالبًا ما تكون غير جديرة بالثقة). إن قياس رد الفعل النفسي المرتبط بعقاقير معينة أو استخدام رد فعل علاج سريري ما كدليل على الالتزام بالعلاج، واحدة من الاستراتيجيات المُستخدمة، إلا أنها تحمل الكثير من المشكلات. من الممكن أن تتأثر الحالة السريرية بالعديد من العوامل البعيدة عن وسائل العلاج، ومثلاً، قد يستمر البعض من مرضى الفصام أو الاضطرابات الثنائية القطب بلا أعراض، وقد يمتد هذا الأمر لعدة أشهر أو حتى سنوات بدون علاج.

من الطرق الشائعة لتقييم الالتزام بالعلاج هي عد أقراص الدواء (أي عدد الأقراص المتبقية في علبة العلاج)، لكن من السهل أن يقوم المريض بالتخلص من بعضها أو نقلها إلى علبة أخرى،

جدول رقم 2: دراسات عدم الالتزام بالدواء لدى مرضى الحالات الطبية الشديدة (معلومات من 14)

الحالة الطبية	عدد الدراسات	التزام بسيط بالدواء/ عدم الالتزام بالدواء
داء السكري	23	32.5%
الأمراض الرئوية	41	31.2%
الأمراض المعدية	34	26.0%
أمراض كلوية في المراحل الأخيرة	20	30.0%
اضطرابات العين	15	27.4%
الأمراض المعدية	34	26.0%
اضطرابات النساء والولادة	19	25.2%
اضطرابات الأنف والأذن والحنجرة	30	24.9%
أمراض القلب	129	23.4%
أمراض الجلد	11	23.1%
الأمراض التي تنتقل عبر الجهاز البولي والتناسلي وأيضاً عن طريق الممارسة الجنسية	17	23.0%
أمراض السرطان	65	20.9%
اضطرابات الجهاز الهضمي	42	19.6%
التهاب المفاصل	22	18.8%
HIV/AIDS	8	11.7%

علم الوبائيات

تقول دراسة تحليل ميثا، قامت بالتركيز على الوصفات الطبية التي يكتبها أطباء غير نفسيين (والتي تشمل التمرن وأتباع نظام غذائي وتطعيم وغيرها من الأمور، بالإضافة إلى أخذ العلاج) (14)، تقول أن الالتزام بالعلاج الذي تم تعريفه في الكثير من الدراسات، أعلى في حالات الإصابة بالـ HIV (88.3%، 95% CI: 78.9-95.2%)، ثمانية دراسات)، يليها في حالة التهاب المفاصل (81.2%، 95% CI: 71.9-89.0% دراسة). ثم في حالة اضطرابات الجهاز الهضمي (80.4%، 95% CI: 73.9-86.2% دراسة)، ثم أمراض السرطان (79.1%، 95% CI: 75.9-84.2% دراسة). وقد تراوح متوسط نسبة الالتزام بالعلاج في غيرها من الحالات المرضية الجسدية من 74 إلى 77%، وتشمل هذه الاضطرابات الجلدية (76.9%، 95% CI: 66.5-85.9% دراسة) وأمراض القلب (76.6%، 95% CI: 73.4-79.8% دراسة)، والأمراض المعدية (74.0%، 95% CI: 67.5-80.0% دراسة). أما مرضى الأمراض الرئوية (68.8%، 95% CI: 58.5-75.8% دراسة) وأمراض السكري (67.5%، 95% CI: 58.5-75.8% دراسة) كان لديهم أقل معدلات الالتزام بالعلاج (جدول رقم 2).

لقد أقرت أغلب الدراسات التي قامت على مرضى نفسيين على وجود معدلات عالية من الالتزام الضعيف بالدواء أو بعدم الالتزام به على الإطلاق (جدول رقم 3)، وقامت دراسة قامت على المستفيدين من المساعدة الطبية المقدمة للفقراء في سان دييجو بكاليفورنيا (N= 2,801)، قامت بتقييم مدى التزام المرضى بالعلاج، وذلك بالانخفاض من سجلات الصيدليات، فيما بين عام 1998 و2000، فباستخدام الحياة التراكمية لتعريف أمر الالتزام بالعلاج، وجدنا أن 24% من كل مرضى الفصام لا يلتزمون بالعلاج (بنسبة 0.00-0.49)، وقد كان 16% منهم في فئة الالتزام الجزئي (نسبة 0.50-

علاقة بالأمر، مثل النوم والنشاط، أن تسمح بالمشاركة بكم أكبر من المعلومات التي تخص الحالة الصحية والأهداف العلاجية والتأثيرات العلاجية المعينة.

لقد اكتشفت دراسة استطلاعية، قامت على 28 مريضاً بالفصام والاضطراب الثنائي القطب، أن هذا النهج معقول ومقبول لدى المرضى (12)، ونحن نستشهد بهذا كمثال على تقنيات المراقبة التي يُمكن أن تخدم أيضاً كباب للمداخلات التي بإمكانها تسهيل عملية الالتزام بالعلاج، بالإضافة إلى ذلك من المحتمل أن المزيد من التجديدات في التقنيات ستزيد من تعزيز هذه الفرص.

يُمكن أن يُستخدم تكرار الوصفة الطبية كمقياس للالتزام بالعلاج، وبالرغم من أنه قد كانت هذه المعلومات في أول الأمر متاحة فقط في الأنظمة المغلقة، مثل في أقسام أنظمة العناية الصحية الخاصة بشؤون المحاربين ومنظمات الإدارة الصحية وأنظمة خدمات الدفع الفردي (المساعدات الطبية للفقراء/المساعدات الطبية لكبار السن)، إلا أنه قد تم تحقيق الكثير من المحاولات (13)، وهنا أيضاً تجد أن المعلومات بها أخطاء، حيث أن ملء ورقة الوصفة الطبية لا يؤكد بأي شكل من الأشكال على أنه قد تم ابتلاع الدواء، إلا أن عدم تكرار الدواء علامة قوية على عدم الالتزام به، من الهام أن ننظر

ذلك يقوم هذا الجهاز بإرسال علامة إلى تليفون محمول تدل على وقت (وتاريخ) أخذ العلاج. وتخرج الرقاقة التي تدل على وقت أخذ العلاج عن طريق البراز، وأن الإشارة التي تطلقها تتشابه مع الإشارات التي يتلقاها جهاز رسم القلب، ولا يُمكن أن تخرج خارج جسد الفرد المستخدم. يقوم التليفون المحمول بتسجيل البيانات التي تم تحديدها، ثم تحويلها بصفة دورية إلى مُستقبل محمي بواسطة كلمة سر، وذلك باستخدام شفرة. يعمل جهاز المراقبة اللاصق هذا على تسجيل بعض المقاييس، والتي تشمل سرعة دقات القلب ووضع الجسد والإفرازات الجلدية والنشاط الجسدي وخصائص النوم.

هناك افتراض أساسي يقف وراء هذا النهج، وهو أن جزءاً كبيراً من عدم الالتزام بالعلاج، وبصفة خاصة بين مرضى الأمراض النفسية / اضطرابات التكيف، ليست بسبب رفض واعٍ وإرادي لأخذ العلاج، وأن أيه تقنية يُمكن أن تُساعد وتؤيد المرضى ومقدمي العناية لأن يقوموا بدور إخباري أكثر عن حالتهم الصحية، ستقدم طريقة لتعزيز الالتزام بالعلاج. يُمكن أن تسهل المعلومات الدقيقة والتي يسهل الوصول إليها، والخاصة بنماذج المرضى الذين يأخذون العلاج، هذه العملية، بالإضافة إلى ذلك، يُمكن لعملية ربط المعلومات الخاصة بنماذج الالتزام بالعلاج مع مقاييس فيسيولوجية وسلوكية لها

جدول رقم 3: دراسات حول عدم الالتزام بالعلاج لدى مرضى اضطرابات الذهان

مجتمعات الذهان	عدد المرضى	نوع الدراسة	وسيلة القياس	التزام ضعيف بالعلاج/عدم الالتزام بالعلاج
الفصام، النرويج (15)	280	طبيعية	تركيز المصل	58.4%
الفصام، الولايات المتحدة (16)	876	طبيعية	تقرير ذاتي	48.4%
الفصام، تحليل تلوى من خلال 39 دراسة (17)	40-423 لكل دراسة	مختلطة	مختلط	40.5%
الفصام، نيجيريا (18)	313	طبيعية	تقرير ذاتي	40.3%
الفصام، المنتفعين من المساعدات الطبية للفقراء (19)	2801	طبيعية	سجلات دوائية	40%
الفصام، الولايات المتحدة (20)	63,214	طبيعية	سجلات دوائية	40%
الفصام، النوبة الأولى، عام واحد (21)	400	RCT	عدم الاستمرار في العلاج بعكس النصائح الطبية	37.1% (تقدير كابلان مير) 28.8% (بيانات أولية)
الفصام، الولايات المتحدة (22)	34,128	طبيعية	سجلات دوائية	36.0-37.1%
الفصام، فرنسا (23)	291	طبيعية	تقرير ذاتي	30.0%
اضطرابات الذهان، تحليل تلوى في 86 دراسة (24)	20-2257:23,796 لكل دراسة	مختلطة	مختلط	25.8%
الذهان، استراليا (25)	1825	طبيعية	تقرير ذاتي	11.8%
الفصام، النوبة الأولى، عام واحد (26)	498	RCT	تقرير مقياس الملاحظة والإخبار	11.6%
الفصام، النوبة الأولى، عام واحد (27)	151	RCT	الانسحاب من الدراسة بسبب عدم الرضا (تقرير ذاتي)	11.3%
الفصام، حالات شديدة، في خلال شهرين من تفاقم الحالة (28)	300	RCT	الانسحاب من الدراسة بسبب عدم الالتزام بالعلاج	8.0%
الفصام، حالات شديدة، ثابتة، عام واحد (29)	365	RCT	الانسحاب من الدراسة بسبب عدم الرضا	4.1%
الفصام، حالات شديدة، ثابتة، عامين (30)	337	RCT	الانسحاب من الدراسة بسبب عدم الرضا	3.7%
الفصام، حالات شديدة، بعد المرور بانتكاسة شديدة، عام واحد (31)	1294	RCT	الانسحاب من الدراسة بسبب عدم الرضا	3.0%
الفصام، النوبة الأولى، < عامين (32)	555	RCT	الانسحاب من الدراسة بسبب عدم الرضا	2.3%

RCT - تجارب عشوائية مُحكمة

المجال = 4-72%)، وعند تحليل فقط العشرة دراسات التي قام فيها مقدرون بقياس نسبة الالتزام بالعلاج، وأيضاً التي تم فيها تعريف الالتزام بكونه "أخذ العلاج الذي يصفه الطبيب بصفة منتظمة"، كان متوسط تردد الالتزام الموزون 41.2% (متوسط = 39% المجال = 20.0-55.6%). وعندما تم تحليل فقط الخمسة دراسات التي قامت بتعريف الالتزام بالعلاج بكونه "أخذ العلاج الذي يصفه الطبيب على الأقل 75% من المدة"، كان متوسط تردد الالتزام بالعلاج الموزون 49.5% (متوسط = 47.0% المجال = 37.7-55.6%) (17). لقد قام نوزي وآخرون (24) بمراجعة منهجية للدراسات التي أقرت بعدم التزام المرضى بالعلاج والمواعيد مع الطبيب في المواضيع الاجتماعية، وقد كان متوسط عدم الالتزام بالعلاج الموزون الكلي بحسب تعريف الدراسة 25.8% (95% CI: 22.5-29.1)، وذلك

الكثير من المرضى. وبصفة عامة، يجد 61% من المرضى مشكلات في الالتزام بالعلاج، وذلك في خلال مدة تصل إلى أربعة سنوات، ولدى 18% منهم التزام ضعيف بالعلاج، بينما تصل نسبة من يلتزمون بالعلاج بشكل غير متسق إلى حوالي 43%، و39% يلتزمون بالعلاج بشكل جيد (22). لقد قام لأكرو وآخرون (17) بمراجعة الدراسات التي تم نشرها فيما بين 1980 و2000 والتي قامت بتعريف عوامل الخطر التي تكمن وراء عدم الالتزام بالعلاج لدى مرضى الفصام، وقد اشتملت هذه الدراسات على معلومات مأخوذة من 15 دراسة مستعرضة و14 احتمالية و10 دراسات ذات أثر رجعي، وأيضاً بمتوسط عدد مرضى يصل إلى 80+110 لكل دراسة (متوسط = 80، مدى = 40-423) وقد كان متوسط تردد عدم الالتزام بالعلاج عبر هذه الدراسات، 40.5% (متوسط = 40%.

0.79)، وأن 19% منهم كانوا يُكثرون من تكرار الدواء (نسبة < 1.10) (19). وبحسب المعلومات الدوائية الخاصة بشئون المحاربين للمرضى الذين قد تلقوا علاجاً مضاد للذهان فيما بين 1998 و1999 (N= 63,214)، وقد ظهرت نسبة الالتزام الضعيف بالعلاج (والذي تم تعريفه بكونه نسبة حيازة الدواء > 0.8) لدى 40% من المرضى (20)، وقد استخدمت دراسة أخرى (22) أيضاً المعلومات الخاصة بشئون المحاربين منذ العام المالي 2000-2003 (N= 34,128)، ونفس تعريف عدم الالتزام بالعلاج، واكتشفت هذه الدراسة أن الالتزام الضعيف بالعلاج قد ظهر لدى 36.0%-37.1% من المرضى (نسبة حيازة ضعيفة للعلاج لدى المرضى الذين لا يلتزمون بأخذ العلاج، وذلك في خلال عام الدراسة: 0.42-0.47). إن ما يثير الاهتمام هو أن العلماء قد اكتشفوا أن عامل الالتزام بالدواء يتأرجح من وقت لآخر، لدى

جدول رقم 4: العوامل التي ترتبط بعدم الالتزام بالعلاج

خصائص المريض	خصائص مقدم العناية/النظام/العلاج (تابع)
النوع، الفئة العمرية، السلالة	مدة العلاج (الماضي والمتوقع)
المستوى التعليمي	تعقد الإدارة
الحالة الاجتماعية والاقتصادية	إمكانية الدخول على الخدمات وترابطها
المعرفة	إمكانية الدخول على وسائل العناية
إدراك الاحتياج إلى علاج (البصيرة)	استمرارية العناية
الحافز	السداد المالي
المعتقدات عن مخاطر العلاج وفوائده	القدرة على مراقبة الالتزام بالعلاج
الخبرات السابقة/ «التحولات»	توفير التعليم النفسي
تاريخ الالتزام بالعلاج	إتاحة المتخصصين المتدربين في العلاج النفسي الاجتماعي
الوصمة الذاتية	تقييم معوقات الالتزام بالعلاج
خصائص المرض	إمكانية الدخول على أساليب بديلة (مثل مضادات
مدة المرض (النوبة الأولى، الشدة)	الذهان الطويلة الأمد والتي تؤخذ عن طريق الحقن)
مرحلة المرض (الشدة، الإعاقة وغيرها)	مدى تعقد الإدارة
نوع الأعراض والشدة (مثل الأعراض السلبية والاكتئاب	خصائص الأسرة / مقدمي العناية
وانهيار الروح المعنوية	طبيعة العلاقة
الأداء المعرفي	إدراك الاحتياج إلى علاج (التبصر)
غياب الإدراك	المعتقدات عن مخاطر العلاج وفوائده
نوع العقاقير المستخدمة	المعرفة والمعتقدات والصفات المنسوبة
الاعتلالات المشتركة	الاشتراك في التعليم النفسي
نسبة المقاومة	الاشتراك في مراقبة الالتزام بالعلاج
احتمالية وجود فترات تغيب فيها الأعراض أو «فترة	الوصمة
سكون الأعراض»	الخصائص البيئية
الخصائص العلاجية	البيئة الجسدية
الكفاءة (اعتبار مجالات مختلفة)	مستوى المراقبة
الفاعلية	الترتيب
تأثيرات معادية (تتعلق بالمريض)	الأمان والخصوصية
نظام التوصيل/ التشكيل	الوصمة
تردد الجرعات	نظام دعم عائلي
التكلفة/ إمكانية الدخول	خصائص مصادر أخرى
خصائص مقدم العناية/ النظام/ العلاج	الماديات
التحالف العلاجي	وسائل المواصلات
التردد على العلاقة مع الأطباء السريريين وعلاقتها	

الترددات الملحوظة في عدم الالتزام بالعلاج. تسمح لنا مواضع التجارب المحكمة أن نقيم التزام المرضى بطرق احتمالية، وهذا بعكس الدراسات الواقعية، مثل عد الأقراص أو مستوى الدم، بالإضافة إلى ذلك، وحيث أن صفات المرضى معروفة بالتفصيل (والتي تشمل الديمغرافية الاجتماعية والاختلافات التشخيصية والبيولوجية)، فمن السهل أن نقوم بفحص العلامات المحتملة لعدم الالتزام بالعلاج، لكن من المحتمل أن يكون هناك تحيز عند الاختيار؛ فلا بد للمرضى الذين تم تطويعهم للاختبارات أن يملأوا باختبارات الرضى والخضوع، وبالتالي فمن المحتمل أنهم أكثر التزاماً وأن يكون لديهم أداء معرفي جيد، وما هو أكثر من ذلك، أن الاشتراك في تجارب محكمة يُغيّر من العلوم البيئية الخاصة بتوصيل العلاج والخبرات. يميل المرضى في الاختبارات السريرية إلى استقبال أنواع أكثر ومختلفة من الاهتمام، وذلك أكثر من المرضى في مراكز العناية التقليدية، مثل قياس معدلات الالتزام بالعلاج وتذكير بمواعيد فترات التقييم السريرية/البحثية، أو وجود احتياطي من العلاج المجاني (1,34,35)، بالإضافة إلى ذلك، غالباً ما يُقاس الالتزام بالعلاج فقط بين المرضى الذين يواصلون في التجارب، بينما هناك احتمالات أن ينسحب المرضى الذين لا يلتزمون بالعلاج، ولا يُتابعون الدراسة. في حقيقة الأمر، غالباً ما يُسجل المرضى الذين ينسحبون من الدراسة بسبب عدم التزامهم بالعلاج، بأنهم "قد سحبوا موافقتهم"، أو "قرار المريض" وغالباً ما لا يتم دراسة أسباب الانسحاب بالتفصيل، وبالتالي، ولعدة أسباب، من العدل أن نقترح أن الالتزام بالعلاج يحظى بنسبة عالية في التجارب السريرية، أكثر من في مراكز العناية التقليدية.

لقد كانت نسب المنسحبين في دراسات الإعاقة الحديثة الطويلة الأمد، والتي قامت على مرضى الفصام، كانت قليلة، حيث يُمكن أن تصل إلى 2.3% (N=555)، مرضى النوبة الأولى من الذهان، < 2 مدة عام (32)، و3% (N= 1294)، مرضى أمراض شديدة بعد حدوث انتكاسة، مدة عام واحد (31)، و3.7% (N= 337)، مرضى يتصفون بثبات حالتهم الصحية، علاج عن طريق الفم، مدة عام واحد (30)، و4.1% (N= 365)، أمراض شديدة تتصف

و30% (فرنسا، N= 291، تقرير ذاتي) (23) و58.4% (النرويج، N= 280، تركيز المصل) (15) (انظر الجدول رقم 3)، وبالتالي فتتراوح كثيراً صور عدم الالتزام بالعلاج، ويُحتمل أنها تعكس وجود اختلافات في المجتمع المستهدف والتعريفات وطرق القياس، لكن، وما يثير الاهتمام، أن الدراسات التي تستخدم طرق قياس أكثر صرامة، مثل عد الأقراص والمراقبة الإلكترونية ومستوى العقاقير في الدم، تميل إلى التأكيد على وجود نسب عالية من عدم الالتزام بالعلاج (14,15,23,33)، بالإضافة إلى ذلك أن مدة المتابعة تؤكد وبصفة خاصة أيضاً

في 86 دراسة مشتملة (71% احتمالية، 29% مستعرضة) من الولايات المتحدة (44%) وأوروبا (36%) ومناطق أخرى (20%)، وقد اشتملت هذه الدراسات 23,796 مريضاً (440.4+253.8 لكل دراسة، متوسط = 103، المجال=20-2257). وقد ظهرت نسبة عدم الالتزام بالعلاج أو عدمه في دراسات حديثه بكونه 48.4% (الولايات المتحدة، على الصعيد الوطني، N= 876، تقرير ذاتي (16)، و11.8% (أستراليا، N= 1825، تقرير ذاتي (25)، و40.3% (نيجيريا، N= 313، تقرير ذاتي (18)،

بالثبات، مدة عام واحد) (29)، و8% (N = 300، مرضى يتصفون بعدم ثبات حالتهم الصحية في خلال شهرين من تفاقم حالتهم الصحية، علاج عن طريق الفم، مدة عام واحد) (28)، و11.3% (N= 151)، مرضى النوبة الأولى من المرض، مدة عام واحد) (27)، و11.6% (N= 498)، مرضى النوبة الأولى من المرض، مدة عام واحد) (26) (انظر الجدول رقم 3)، لكن لا تشمل هذه الأمثلة حالات أوسع من عدم الالتزام بالعلاج.

لقد قدمت التجارب العشوائية المحكمة في النوبات الأولى من الذهان (N= 400)، قدمت عدد المرضى الذين توقفوا عن العلاج بعكس النصائح الطبية، قبل أن يكملوا عامًا واحدًا من العلاج (21)، وقد أعتبر العلماء هؤلاء المرضى بكونهم "غير ملتزمين بالعلاج" (كانت المعلومات الأولية: 28.8%، بينما كان تقدير كابلان مير: 37.1%)، وقد يعكس هذا النهج حدوث عدم الالتزام في أشكال أكثر عمومية. لقد كان رد الفعل الفقير تجاه العلاج ($P < 0.001$) وانخفاض نسبة الالتزام بالعلاج ($P = 0.02$)، في هذه الدراسة، كانوا بمثابة علامات مستقلة عن عدم مواصلة العلاج بعكس النصائح الطبية، بينما كان استمرار سوء استخدام عقاقير ما واستمرار الاكتئاب وفشل الاستجابة للعلاج، كانت هذه كلها علامات على التزام ضعيف بالعلاج (21) ($P < 0.01$).

العوامل المساهمة في عدم الالتزام بالعلاج

هناك العديد من العوامل التي ترتبط باحتمالية عدم الالتزام بالعلاج (17,36)، ونجد ملخصها في الجدول رقم 4. غالبًا ما يقضى الأطباء وقتًا كافيًا لتقييم هذه العوامل، وكثيرًا ما لا يتحدث المريض مع الطبيب السريري عن اهتمامه بخصوص أخذ العلاج. لا يوجد هناك ما يسمى بنوع الشخصية التي لا تلتزم بالعلاج، ولا يوجد هناك نهج قياس أو دولي صحيح يُمكن من التنبؤ بسلوكيات الالتزام بالعلاج، وليست بعض الخصائص مثل العرق أو النوع أو الحالة الاجتماعية أو الاقتصادية التي يُمكنها التنبؤ المستمر بعدم الالتزام بالعلاج (1)، من الهام أيضًا إدراك أن عدم الالتزام بالعلاج ليس سلوكًا غير منطقي أو مضلل، بل أن سلوك عدم الالتزام

بالعلاج يتأثر كثيرًا بمعرفة المريض واتجاهه ناحية مرضه والعلاج، وأيضًا بخبراته السابقة مع مرضه وعلاجه. يلعب إدراك خطر العلاج والمرض وفوائده (أي البصيرة المرضية)، بصفة خاصة، يلعب دورًا كبيرًا في سلوكيات الالتزام بالعلاج، وما هو أكثر من ذلك، إن غياب أنظمة الدعم وتجزأ مواطن العناية الصحية، تساهم في عدم الالتزام بالعلاج.

أما في حالة مرضى الذهان، فهناك عدد من التحديات الفريدة؛ فغياب البصيرة أو غياب الوعي عن المرض في حد ذاته (17,21)، بمثابة تحديات كبيرة في حالة الفصام، بالإضافة إلى ذلك، إن الضعف المعرفي الذي يظهر كثيرًا في حالات اضطرابات المعرفة وهو يوجد، بنسب معينة، لدى أغلب الأفراد الذين يعانون من الفصام، بمثابة عامل آخر هام (37-39)، وبالرغم من أنه غالبًا ما يظن الأطباء السريريون عن تأثيرات العلاج المضادة بأنها علامات هامة عن عدم الالتزام بالعلاج، إلا أن نتيجة الاستطلاعات الخاصة بالمرضى تختلف، وغالبًا ما يكون لتأثيرات معينة معادية تأثيرًا أكثر من غيرها، بالإضافة إلى ذلك، ليس هناك شك بأن بعض المرضى لا يواصلون العلاج بسبب التأثيرات المعادية التي تقول بأنهم لن يدركوا كما من قبل، مثلاً قد لا يدرك المريض داء تعذر الحركة بكونه تأثير سلبي للمرض، كما هو الحال أيضًا مع داء تعذر الجلوس (أي التملل)، فحتى الأطباء قد يفشلوا في إدراك هذه الظواهر، أو قد يخطأوا في التشخيص (40). وبالرغم من أنه قد يستخف الأطباء السريريون بتأثير رد الفعل الضعيف للعلاج، إلا أنه واحد من أكثر الأسباب انتشارًا لعدم استكمال التجارب السريرية، وحتى إذا كان هذا لمجرد أسبوعين من بعد ظهور بدايات العلاج الدوائي (41).

لقد ظهر أن مدى تعقد الوصفة الطبية المتبعة تؤثر على الالتزام بالعلاج (17)، وبالرغم من أن الأطباء السريريين وشركات الأدوية على وعي بالاحتياج إلى تبسيط الوصفة الطبية، إلا أنها تبقى مشكلة للعديد من المرضى.

قد يعاني المرضى أيضًا من قلة المعلومات التي تخص ما يتوقعونه من العلاج، أي خطر الآثار الجانبية المعينة أو المدة الزمنية للاستجابة للعلاج أو درجة التأثير التي قد ينتجها العلاج في مجالات معينة. لقد ظهر أن طبيعة التعليم النفسي ومداه، بالاتحاد

مع خضوع أمثل للعلاج، علامات هامة عن سلوكيات الالتزام بالعلاج (17,38)، وأن الاشتراك في اتخاذ القرارات بمثابة مفهوم يدخل في هذه العناصر (42).

ولا يزال أمر التكلفة وإمكانية الدخول على المراكز الصحية، عواقب في الكثير من الحالات، وقد يؤثر أمر الانتقال من العيادات الداخلية إلى العيادات الخارجية، أو التحول من عائل/دافع إلى آخر، على كلاً من التكلفة وإمكانية الدخول على مراكز العناية. قد تدخل هذه المشكلات تحت عنوان تخطيط سداد غير مناسب، أو متابعة سريرية غير مناسبة (17,21,43).

ترتبط أيضًا وصمة العار بعدم الالتزام بالعلاج، وذلك في حالة الفصام (44)، وبالرغم من أنه يوجد الكثير من التقدم في تحويل الإدراك عن هذا المرض، إلا أنه لا يزال العامة من الناس جاهلين، ولا تزال الوصمة مشكلة كبرى.

هناك مشكلة معينة تخص المرضى في المراحل الأولى من العلاج وأيضًا المرضى الذين كان لهم استجابة سريعة للعلاج، وهي الاعتقاد بأن العلاج لم يعد ينفع؛ فعلاج الأمراض التي ليس لها أعراض، بمثابة تحدي كبير، لكن في حالة اضطرابات الذهان، هذه مشكلة كبيرة. بالإضافة إلى ذلك، وبين المرضى الذين تسكن لديهم الأعراض، فالمسار الزمني لحدوث انتكاسة هو احتمالية أن لا ينتج استمرارية العلاج تفاقم أو تهدئة لعدة أشهر (أو حتى سنوات)، وقد يساعد هذا الأمر في حدوث أحساس كاذب من الأمان بأنه لا يوجد احتياج إلى العلاج.

ويستمر الأطباء السريريون في الاقتراح بأن هؤلاء المرضى الذين لا يواصلون العلاج وتكون النتيجة حدوث انتكاسة، أكثر اقتناعًا عن الاحتياج بمتابعة العلاج. لقد أدلى روبينسون وآخرون (39) تقريرًا قام على مجموعة من مرضى النوبة الأولى من المرض، وقد مروا بانتكاسة بسبب عدم اكتمال العلاج، إلا أنهم استمروا في عدم متابعة العلاج حتى بعد تعافيتهم من انتكاسة أولية. من العلامات الهامة على عدم مواصلة العلاج، في هذا السياق (39)، هو وجود تاريخ طويل من الآثار الجانبية الخارجة عن السبيل الهرمي أثناء وجود مؤشر القبول، وأيضًا وجود خلفية ضعف الأداء المعرفي.

من الهام أيضًا أن ندرك أن الالتزام بالعلاج يُمكن أن يختلف بين وسائل العلاج المتعددة

التدخلات النفسية الاجتماعية

لقد تم اقتراح ودراسة العديد من التدخلات النفسية الاجتماعية، وتم أيضًا تقرير ما يزيد عن 50 تجربة عشوائية مُحكمة حتى يومنا هذا (45)؛ حيث قام البعض بفحص تدخلات معينة، مثل المعالجة الأحادية، وفحص البعض الآخر تركيب نوعين أو أكثر من التدخلات (46). يختلف الهدف من التدخلات ويشتمل على الفرد أو المجموعة أو المجتمع (مثل العلاج البيئي التأكيدي والـ 47 ACT)، ومن الصعب استخلاص خطوط واضحة بين التدخلات وأن نقوم بتقسيمهم في فئات في مجموعات معينة، لكن تشتمل المكونات الأساسية للتعليم النفسي والعلاج السلوكي المعرفي (CBT) والمقابلات التحفيزية.

يهدف التعليم النفسي إلى تثقيف المرضى أو الأسر ليدركوا المرض بشكل أفضل وأيضًا العلاج المناسب والآثار الجانبية المُحتملة؛ فهو يستهدف مجموعات المرضى أو الأفراد منهم، وفي بعض الأحيان الأسر، ويشتمل على تقديم فترات مشورة و/أو استخدام مواد مكتوبة/ مسموعة/ مرئية، وقد كانت هذه الاستراتيجيات الأساسية لتحسين الالتزام بالعلاج لعدة سنوات، لكن لا يبدو أن نتائج الدراسات ايجابية على نحو منتظم. لقد قامت الدراسات بفحص التعليم النفسي بعيدًا عن المكونات الإضافية، مثل التدخلات السلوكية أو اشتغال الأسرة، وأظهرت أنه ليس بالأمر الفعال في تحسين الالتزام بالعلاج (45-48)، ومع ذلك، يبدو أن للتعليم النفسي المُقدم مع اشتغال الأسرة فاعلية أفضل من تقديمه للمرضى فقط (48)، ويصبح التعليم النفسي أكثر فاعلية عندما تتحد استراتيجيات أخرى، مثل التدخلات السلوكية والبيئية (45). لقد قام تحليل تلوي حديث (44 تجربة، N= 5142) باشتغال تجارب عشوائية مُحكمة، تعمل على فحص كل التدخلات التعليمية الخاصة بالتعليم النفسي، مثل البرامج التي تخاطب المرض من وجهات نظر متعددة الأبعاد، والتي تشتمل الآراء الأسرية والاجتماعية والبيولوجية والدوائية (إلا أنها أبعدت التدخلات ذات عناصر التدريب السلوكي، مثل تدريبات المهارات الاجتماعية والحياتية). لقد كان حدوث عدم الالتزام بالعلاج في التحليل التلوي هذا، أقل في مجموعات التعليم النفسي (49).

التي يأخذها المريض، وقد تتأثر القرارات الخاصة بكل علاج بالكثير من العوامل، مثل الوعي بكيفية تأثير كل دواء، وهناك أيضًا خصائص العلاج الذي لا بد من وضعها في الاعتبار، وهذا كما هو موضح في الجدول رقم 4، فمن العناصر الهامة هو إدراك المريض/ خبراته عن فاعلية المرض، لكن قد يكون الدواء فعالاً في مجال واحد فقط (الأعراض الايجابية)، وهذا في بعض الأمراض المُعقدة، مثل الفصام، ويكون أقل كثيرًا في مجال آخر (مثل الأعراض السلبية والأداء المعرفي)، فيحتاج المريض أن يدرك أنه درجة من التقدّم وأنه مجال عليه توقعه.

وبصورة مماثلة، تختلف التأثيرات المُعكسة من علاج علاج، وتتأثر سريعًا بمرحلة المرض أو الجهل بالعلاج أو أن يكون مرضى المراحل الأولى من المرض أكثر تأثرًا بالعديد من الآثار الجانبية. ومن العوامل الهامة أيضًا التي تؤثر على الالتزام بالعلاج هي الأساليب المتاحة (الحقن السائلي والسريع الذوبان والطويل الأمد)، وأيضًا عدد الجرعات اللازمة لكل يوم.

من الهام أيضًا الوضع في الاعتبار بخصائص مقدم العناية/النظام؛ فهي تشتمل كم الوقت المُكرّس لعوامل التقييم التي قد تؤثر على الالتزام بالعلاج، وأيضًا تقديم التعليم النفسي (لكلًا من المريض والأسرة، وذلك إذا كان ذلك ملائمًا) وخلق جو من صناعة القرارات والخضوع للعلاج. من العوامل الهامة أيضًا هي العناية المتكررة والمستمرة، وأيضًا إمكانية الأطباء السريريين على مراقبة الالتزام بالعلاج باستخدام الوسائل العديدة التي ناقشناها سابقًا.

من الأمور القيمة أيضًا لتسهيل أمر الالتزام بالعلاج هي توافر مدير للحالة ومدرب صحي وأيضًا مُشير من نفس الفئة العمرية للمريض، ومن المجالات المؤثرة أيضًا هي خصائص الأسرة/مقدم العناية؛ فالمدى الذي يصل إليه هؤلاء في مساعدة إدارة المرض وكم التعليم النفسي الذي تلقوه، من الأمور الهامة جدًا، ولا بد أن يحاول الأطباء السريريون إدراك واعتبار معرفتهم ومعتقداتهم واتجاهاتهم وأيضًا طبيعة علاقتهم مع المريض ودورهم المُحتمل في تسهيل ومراقبة أخذ العلاج.

إن الـ CBT بمثابة نهج نفسي علاجي يقوم بتحدي العمليات المعرفية الخاصة بالمريض والسلوكيات الغير تأقلمية، وذلك عن طريق إجراءات واضحة موجهة نحو الهدف. يُعرّف الالتزام بالعلاج في حالة الـ CBT بكونه سلوكيات تأقلمية تقوم على إدراك الفرد عن المرض ومعتقداته عن العلاج (46)، يُساعد أخصائيو معالجة الـ CBT المرضى على تعريف وتحسين الأفكار السلبية الأوتوماتيكية عن العلاج، وأن يستخدموا اكتشافات موجهة لتقوية معتقداتهم بأن أخذ العلاج يرتبط بالحفاظ على الصحة وتحقيق الأهداف (36,50).

إن للمقابلات التحفيزية نمط مشوري شبه توجيهي مركزة العميل، ويُستخدم لتحسين التغيير السلوكي، وذلك بمساعدة العميل لأن يفحص الأدوار واجبات ويحلها (51)، وقد تم تطبيق هذه التقنية - والتي تم تطويرها أولاً لعلاج الإدمان - على مدى واسع من المرضى، وذلك لتقييم مستوى التحفيز الذي يتبنى سلوكيات الالتزام بالعلاج. يقوم الطبيب السريري في المقابلات التحفيزية بتحديد التدخلات في مستوى التحفيز الحالي للمريض، ويُحاول الطبيب السريري لأن يفهم أكثر منظور المريض، وذلك عن طريق التعبير عن التعاطف والكفاءة الذاتية التديمية وذلك بأساليب ثابتة، تقوم بالتأكيد على التعارض بين السلوكيات الصحية الحالية للمريض وجوهر القيم، ويتعامل أيضًا الطبيب السريري مع المقاومة. وبعد ذلك قد يتمكن المريض من تعريف حلوله الخاصة للعوائق المُحتملة أمام الالتزام بالعلاج، وتشتمل هذه العملية خمسة مراحل، وهم مرحلة ما قبل التأمل والتأمل والتحضير والفعل والإعالة (52).

لقد تم تطوير العديد من التدخلات التي تجمع بين المكونات المذكورة بأعلى وتم أيضًا فحص تأثيراتهم في تحسين الالتزام بالعلاج. إن علاج المطاوعة (الالتزام) هو مظهر من مظاهر الـ CBT الذي يدمج المقابلات التحفيزية والتعليم النفسي، وذلك لمساعدة المرضى على إدراك العلاقة بين الانتكاسة وعدم الالتزام بالعلاج (53). لقد أظهرت بعض الدراسات فاعلية علاج المطاوعة في تحسين التبصر وقبول العلاج والالتزام (54-56)، إلا أن بعض الدراسات الأخرى لم تظهر هذا الأمر (57,58).

تشمل التدخلات النفسية الأخرى ذات النتائج الإيجابية، تعليم يتأقلم مع الالتزام (ACE) وعلاج ينظم بين العلاقات الشخصية والمجتمع (60) وأيضاً تدريب على التكيف المعرفي (36) (CAT). إن الـ CAT هو إستراتيجية تستخدم تدعيمات بيئية مناسبة من الناحية الشخصية، مثل العلامات وقوائم الفحوصات والأجهزة الإلكترونية، وذلك بغرض التلميح إلى السلوكيات التلاؤمية في بيئة المريض الأسرية وأيضاً لمساعدة تعويض العجز المعرفي. لقد عمل الـ CAT على تطوير الالتزام بالعلاج وتقليل حدوث انتكاسة بالمقارنة مع العلاج المعتاد لمرضى الفصام (36).

ولا نحتاج أن نقول أن مثل هذا التدعيم البيئي، يُمكن أن يساعد المرضى على الالتزام بالعلاج، إلا أن هناك تقارير بأن التدخلات المبرمجة، مثل الـ ACT وإدارة الحالات الشديدة (ICM)، فعالة جداً، مثلاً، قد أظهرت التحاليل التلوية التي قامت بفحص الـ ACT والـ ICM، أن كل تدخل كان فعالاً في إبقاء المرضى على اتصال مع الخدمات، ومنع الاحتجاز بالمستشفى، وذلك أكثر من مراكز العناية المجتمعية التقليدية (61,62).

وبالتالي فقد قامت الدراسات بفحص التدخلات المختلفة التي تكون متشابهة في بعض الأحيان، أو التي تجمع العديد من النهج، وكانت النتائج مُختلطة، لكن قد أظهرت التدخلات المُخصصة لتطوير الالتزام بنهج مكثفة ومركزة، وأيضاً التدخلات التي تجمع العديد من الاستراتيجيات، مثل الـ CBT والنهج التي تقوم على الأسرة والمجتمع، أظهرت نتائج ملائمة بصفة مستمرة (45).

التدخلات الدوائية

لابد من تنفيذ العلاج بالعقاقير لمحاولة التوازن بين الفاعلية والتأثيرات المضادة، ولابد أن يعمل الأطباء السريريون على تحسين التوصيات، وذلك بالأخذ في الاعتبار التاريخ العلاجي والاستجابة للعلاج والاعتلالات المشتركة والآثار الجانبية، وغيرها. ولابد من تجنب الآثار الجانبية كلما أمكن الأمر، وذلك عن طريق اختيار العقاقير أو تنظيم الجرعات، إلا أن إضافة كأساً آخر من العلاج، مثل استخدام مضادات الكولين لعلاج الآثار الجانبية الخارجة

عن السبيل الهرمي، يُمكن أن تكون اختياراً، ومن الهام أيضاً أن يُقدم للمرضى ما يكفي من معلومات عن وسائل العلاج، وأن يكونوا جزءاً من عملية اتخاذ القرارات (63).

تشمل الاستراتيجيات الدوائية التي قد تُسهّل الالتزام بالعلاج، التحويل وتنظيم الجرعات ومعالجة الآثار الجانبية وتبسيط الوصفات العلاجية وأيضاً استخدام الحقن الطويل الأمد. يُمكن أن يساعد أمر تنظيم الوصفات العلاجية خاصة للمرضى الذين يعانون من ضعف معرفي، وقد قامت دراسة ما بفحص هذه القضية واكتشفت أن التقلص في تردد الجرعات قد ساعد المرضى لأن يكونوا أكثر التزاماً بالعلاج. لقد قام بغير وآخرون (64) بفحص نسبة الحيازة الدوائية بين مرضى الفصام، وذلك باستخدام إدارة قاعدة بيانات المحاربين الأمريكيين، وقد كان لدى المرضى ذي انخفاض في تردد الجرعات (N= 1,370) زيادة كبيرة بل وهامة في متوسط النسبة، هذا بالمقارنة مع المرضى (N= 2,740) بدون تغيير في تردد الجرعات (P < 0.001)، لكن لم يظهر المرضى الذين كانوا يتبعون وصفه طبية بسيطة وثابتة، بأنهم ينتفعون من المزيد من التبسيط، ولم يكن هناك اختلافات كبيرة بين المرضى الذين يتلقون جرعة واحدة يوميًا وهؤلاء الذين يتلقون أكثر من جرعة واحدة في اليوم (64).

لقد كان الهدف من تطوير الحقن الطويل الأمد (LAI) هو تسهيل فوائد العلاج الدوائي عن طريق تقليل التقلب في تناول العلاج. وقد اقترحت المبادئ التوجيهية الكبرى (36,65) استخدام الـ LAI عندما يكون عدم الالتزام بالعلاج قضية. يقدم الـ LAI ليس فقط ضمان توصيل العلاج، بل أيضاً ميزات أخرى مُحتملة، مثل الإدراك الفوري بعدم الالتزام بالعلاج، وغياب الانخفاض المفاجئ في مستوى الدم بعد تفاوت جرعة من الحقن، والتحرر من أخذ العلاج اليومي وتقلص الاهتمام بالالتزام بالعلاج كمصدر للتوتر أو النزاعات الأسرية (69).

وبالتالي فالهدف من الـ LAI هو تسهيل الالتزام بالعلاج، وبالتالي يُقلل من معدلات الانتكاسة، لكن قد كانت النتائج من التجارب العشوائية الحديثة المُحكمَة، غير مُشجعة. لقد قام روزينيك وآخرون (70) بعمل تجربة تم تمويلها بطريقة اتحادية، وأقروا بأن LAI ريسبريدون ليس له فضل في منع الاحتجاز

بالمستشفى، بالمقارنة مع اختيار الأطباء السريريين بأخذ عقاقير مضادة للذهان عن طريق الفم، وبالمثل، وفي دراسة تعمل على المقارنة بين الـ LAI ريسبريدون مع أية عقاقير مضادة للذهان تُؤخذ عن طريق الفم، لم يجد سكولير وآخرون (71) اختلافًا هاماً بين مجموعتي العلاج، وقد عثر تحليل تلوي حديث، يقوم على 21 دراسة عشوائية مُحكمَة (تشمل الدراستين المذكورتين بأعلى) أن الـ LAI لم يتفوق على العقاقير المضادة للذهان التي تُؤخذ عن طريق الفم (N= 4,950، نسبة الخطر = 0.93، CI= 0.80-1.08، P= 0.35)، وذلك في كلا من التحاليل الأولية وعبر العديد من التحاليل الثانوية (35).

لكن تتعارض نتائج تجارب عشوائية مُحكمَة مع بعض من الدراسات الطبيعية، مثلاً، قد أقر تيهونين وآخرون (72) في دراسة فنلندية قومية جماعية، أن خطر الفصام مع الـ LAI يمثل ربع خطره في حالة العقاقير المضادة للذهان التي تُؤخذ عن طريق الفم، بالإضافة إلى ذلك، أظهر أغلب الـ LAI تفوقاً هاماً بالمقارنة مع كل علاج نظير يُؤخذ عن طريق الفم، والتي تخص كل أسباب عدم تواصل العلاج.

إن دراسات الصورة طبق الأصل، والتي تقارن الفترات قبل وبعد إدخال الـ LAI على المرضى، بمثابة طريقة أخرى لفحص فاعلية الـ LAI، وقد أقر كيشيموتو وآخرون (73) في تحاليل تلوية حديثة، تقوم على 25 دراسة طبق الأصل (N= 5,940) بأن الـ LAI يُظهر تفوقاً كبيراً على وسائل العلاج التي تُؤخذ عن طريق الفم، وذلك لمنع الاحتجاز بالمستشفى (16) دراسة، N= 4,066، نسبة الخطر = 0.43، P<0.001، CI: 0.35-0.53، وتقليل عدد الاحتجاز بالمستشفى (15) دراسة، 6,396 فرداً/عاماً، نسبة المعدل = 0.38، CI: 95%، P< 0.001، 0.51-0.28).

وبتقديم هذا التناقض في النتائج بين التجارب العشوائية المُحكمَة والدراسات الوطنية الجماعية والدراسات الطبقة الأصل، يطراً سؤال حول أفضل الطرق لتقييم فاعلية الـ LAI بالمقارنة مع وسائل العلاج التي تُؤخذ بالفم. وكما أشرنا في السابق، قد يبالغ المشاركون في التجارب السريرية، في تمثيل المرضى الذين يلتزمون بالعلاج بشكل جيد وقلة الشدة المرضية وإمكانات معرفية أفضل، وما هو أكثر أهمية

- al. A comparison of electronic monitoring vs clinician rating of antipsychotic adherence in outpatients with schizophrenia. *Psychiatry Res* 2005;133:129-33.
7. Tarn DM, Paterniti DA, Kravitz RL et al. How much time does it take to prescribe a new medication? *Patient Educ Couns* 2008;72:311-9.
8. Makoul G, Arnston P, Schofield T. Health promotion in primary care: physicianpatient communication and decision making about prescription medications. *Soc SciMed* 1995;41:1241-54.
9. Cramer JA, Roy A, Burrell A et al. Medication compliance and persistence: terminology and definitions. *Value Health* 2009;11:44-7.
10. Davies S, Asghar S, Cooper V et al. Does feedback of medication execution using MEMS caps aid adherence to HAART; The MEMRI study (MEMS as Realistic Intervention). *J Int AIDS Soc* 2010; 13 (Suppl. 4):120.
11. Bangsberg DR. Preventing HIV antiretroviral resistance through better monitoring of treatment adherence. *J Infect Dis* 2008;197(Suppl. 3):272-8.
12. Kane JM, Perlis RH, DiCarlo LA et al. First experience with a wireless system incorporating physiologic assessments and direct confirmation of digital tablet ingestions in ambulatory patients with schizophrenia and bipolar disorder. Submitted for publication.
13. Hess LM, Raebel MA, Conner DA et al. Measurement of adherence in pharmacy administrative databases: a proposal for standard definitions and preferred measures. *Ann Pharmacother* 2006;40:1280-8.
14. DiMatteo MR. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Med Care* 2004;42:200-9.
15. Jonsdottir H, Opjordsmoen S, Birkenaes AB et al. Medication adherence in outpatients with severe mental disorders: relation between self-reports and serum level. *J Clin Psychopharmacol* 2010;30: 169-75.
16. Dibonaventura M, Gabriel S, Duplay L et al. A patient perspective of the impact of medication side effects on adherence: results of a

أنه قد فشلت النتائج الخاصة بتجارب عشوائية مُحكمة، في إظهار تفوقاً على الـ LAI بالمقارنة مع العقاقير المضادة للذهان والتي تؤخذ عبر الفم. تتناقض هذه المعلومات مع الدراسات الوطنية المجتمعة والدراسات الطبقة الأصل، التي تشمل مرضى من العالم الواقعي والذين قد وصف لهم الـ LAI في الممارسات السريرية. يقترح هذا الفصل في المعلومات أن التجارب العشوائية المُحكمة والتقليدية ليست بالضرورة أفضل الطرق لدراسة التدخلات التي يُظن أنها تعمل عن طريق تقليص الالتزام بالعلاج، بدلا من ذلك، علينا أن نعتبر التجارب الكبيرة والبسيطة التي تُسجل مجموع السكان الذي يُمثل المرضى القابلين لعلاج الـ LAI في الأوضاع السريرية، أيضاً والتي تُغيّر العلوم البيئية الخاصة بتوصيل العلاج والاتصال بالمرضى، وذلك قليلاً كلما أمكن الأمر، وبالمقارنة مع حالات العناية التقليدية.

من الواضح أن عدم الالتزام بالعلاج بمثابة مشكلة صحية كبيرة، ويُحتمل إنها ستستمر بالرغم من التقدم الذي حدث في العلاج، لكن لابد من وجود المزيد من التأكيد السريري والبحثي على إيجاد حلول أفضل لتعريف وإدارة عدم الالتزام بالعلاج، وخاصة لدى مرضى اضطرابات الذهان.

المراجع:

1. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005;353:487- 97.
2. Col N, Fanale JE, Kronholm P. The role of medication noncompliance and adverse drug reactions in hospitalizations of the elderly. *Arch Intern Med* 1990;150: 841-5.
3. Hershman DL, Shao T, Kushi LH et al. Early discontinuation and nonadherence to adjuvant hormonal therapy are associated with increased mortality in women with breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 2011;126:529-37.
4. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization, 2003.
5. New England Health Institute. Research brief: thinking outside the pillbox. Cambridge: New England Health Institute, 2009.
6. Byerly M, Fisher R, Whatley K et

بالطبع هو أن الاشتراك في التجارب السريرية قد يكون له تأثيراً على الالتزام بالعلاج، وفي نفس الوقت، يُمكن أن يكون للدراسات الغير عشوائية أو المفتوحة أو الطبيعية، محدوديتها الخاصة، مثل التحيز الاختياري والتحيز التوقعي والتأثير الزمني، وبالتالي فنحن نحتاج أن نتفكر أكثر حول ما هي أفضل الطرق لاستخدام الدلائل من أنواع متعددة من تصاميم التجارب وأيضاً مقياس الالتزام بالعلاج أو عدم الالتزام به وهو الأمر الذي يتعلق بالنتائج. ولابد أن تكون عمومية نتائج الدراسات هدفاً كبيراً، فيمكن أن تمثل الدراسات ذات التصميم المختلف عن التجارب العشوائية المُحكمة مجموع المرضى التي يُحتمل أن تكون LAI موصوفة في الممارسات السريرية، أي مرضى ذي قضايا الالتزام بالعلاج.

الخاتمة

إن عدم الالتزام بالعلاج هو أمر متكرر عبر كل مجالات الطب، لكن يضع مرضى اضطرابات الذهان مزيداً من التحدي الذي يُمكنه أن يزيد من خطر عدم الالتزام بالعلاج وأيضاً يزيد من تكراره، وبالرغم من الأهمية الكبرى لنتائج العلاج، إلا أنه غالباً ما يقضي الأطباء السريريون القليل من الوقت في مناقشة ومخاطبة اتجاهات وسلوكيات الالتزام بالعلاج، والجدير بالذكر أن طريقة قياس فعل الالتزام بالعلاج يؤثر بشكل كبير على النتائج، ولدى الطرق الشائعة أكثر لسؤال المرضى أو الحكم على التزامهم بالعلاج بطريقة غير مباشرة، والتي تعتمد على الفاعلية أو المعلومات الخاصة بالقدرة على التحمل، لديها صلاحية فقيرة جداً. يتم الآن تطوير تقنيات جديدة، وهذه بإمكانها تقييم الالتزام بالعلاج بشكل مباشر، وبإمكانها أيضاً أن تقدم تقرير حقيقي للأطباء السريريين، وأن تُستخدم كوسيلة تدخل مع المرضى.

لقد تم بالفعل تطوير عدداً من استراتيجيات العلاج، وتم أيضاً اختبار تأثيرها على فعل الالتزام بالعلاج. ومن بين التدخلات النفسية الاجتماعية، يظهر أن تلك التدخلات التي تجمع بين العديد من النهج وتشتمل على العديد من المجالات، بأنها تنتج أفضل النتائج. وبالرغم من أن الـ LAI آلة قوية جداً من الناحية النظرية لتأكيد الالتزام بالعلاج وإشارة لعدم الالتزام، إلا

- 49:196-201.
35. Kishimoto T, Robenzadeh A, Leucht C et al. Long-acting injectable vs. oral antipsychotics for relapse prevention in schizophrenia: a meta-analysis of randomized trials. *Schizophr Bull* (in press).
 36. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M et al. The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *J Clin Psychiatry* 2009;70(Suppl. 4):1-46.
 37. Stilley C, Sereika S, Muldoon MF et al. Psychological and cognitive function: predictors of adherence with cholesterol lowering treatment. *Ann Behav Med* 2004;27:117-24.
 38. Okuno J, Yanagi H, Tomura S. Is cognitive impairment a risk factor for poor compliance among Japanese elderly in the community? *Eur J Clin Pharmacol* 2001;57:589-94.
 39. Robinson DG, Woerner MG, Alvir JM et al. Predictors of medication discontinuation by patients with first-episode schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Res* 2002;57:209-19.
 40. Weiden PJ, Mann JJ, Haas G et al. Clinical nonrecognition of neuroleptic induced movement disorders: a cautionary study. *Am J Psychiatry* 1987;144:1148-53.
 41. Liu-Seifert H, Adams DH, Kinon BJ. Discontinuation of treatment of schizophrenic patients is driven by poor symptom response: a pooled post-hoc analysis of four atypical antipsychotic drugs. *BMC Med* 2005;3:21.
 42. Barry MJ, Edjman-Levitan S. Shared decision making – The pinnacle of patient centered care. *N Engl J Med* 2012;366: 780-1.
 43. Sewitch MJ, Abrahamowicz M, Barkun A et al. Patient nonadherence to medication in inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol* 2003;98:1535-44.
 44. Hudson TJ, Owen RR, Thrush CR et al. A pilot study of barriers to medication adherence in schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2004;65:211-6.
 45. Barkhof E, Meijer CJ, de Sonnevile LM et al. Interventions to improve adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia – a review of the past decade. *Eur Psychiatry* 2012;27:9-2012;46:762-73.
 26. Kahn RS, Fleischhacker WW, Boter H et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: an open randomised clinical trial. *Lancet* 2008;371: 1085-97.
 27. Gaebel W, Riesbeck M, Wolwer W et al. Maintenance treatment with risperidone or low-dose haloperidol in first-episode schizophrenia: 1-year results of a randomized controlled trial within the German Research Network on Schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2007;68:1763-74.
 28. Keks NA, Ingham M, Khan A et al. Longacting injectable risperidone v. olanzapine tablets for schizophrenia or schizoaffective disorder. Randomised, controlled, open-label study. *Br J Psychiatry* 2007; 191:131-9.
 29. Csernansky JG, Mahmoud R, Brenner R. A comparison of risperidone and haloperidol for the prevention of relapse in patients with schizophrenia. *N Engl J Med* 2002;346:16-22.
 30. Gaebel W, Schreiner A, Bergmans P et al. Relapse prevention in schizophrenia and schizoaffective disorder with risperidone long-acting injectable vs quetiapine: results of a long-term, open-label, randomized clinical trial. *Neuropsychopharmacology* 2010;35:2367-77.
 31. Kasper S, Lerman MN, McQuade RD et al. Efficacy and safety of aripiprazole vs. haloperidol for long-term maintenance treatment following acute relapse of schizophrenia. *Int J Neuropsychopharmacol* 2003;6:325-37.
 32. Schooler N, Rabinowitz J, Davidson M et al. Risperidone and haloperidol in first-episode psychosis: a long-term randomized trial. *Am J Psychiatry* 2005;162: 947-53.
 33. Velligan DI, Wang M, Diamond P et al. Relationships among subjective and objective measures of adherence to oral antipsychotic medications. *Psychiatr Serv* 2007;58:1187-92.
 34. Cramer JA, Rosenheck R. Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. *Psychiatr Serv* 1998; 49:196-201.
 - cross-sectional nationwide survey of patients with schizophrenia. *BMC Psychiatry* 2012;12:20.
 17. Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR et al. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *J Clin Psychiatry* 2002;63:892-909.
 18. Adelufosi AO, Adebawale TO, Abayomi O et al. Medication adherence and quality of life among Nigerian outpatients with schizophrenia. *Gen Hosp Psychiatry* 2012;34:72-9.
 19. Gilmer TP, Dolder CR, Lacro JP et al. Adherence to treatment with antipsychotic medication and health care costs among Medicaid beneficiaries with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004;161:692-9.
 20. Valenstein M, Blow FC, Copeland LA et al. Poor antipsychotic adherence among patients with schizophrenia: medication and patient factors. *Schizophr Bull* 2004; 30:255-64.
 21. Perkins DO, Gu H, Weiden PJ et al. Comparison of atypicals in first episode study group. Predictors of treatment discontinuation and medication nonadherence in patients recovering from a first episode of schizophrenia, schizophreniform disorder, or schizoaffective disorder: a randomized, double-blind, flexible dose, multicenter study. *J Clin Psychiatry* 2008;69:106-13.
 22. Valenstein M, Ganoczy D, McCarthy JF et al. Antipsychotic adherence over time among patients receiving treatment for schizophrenia: a retrospective review. *J Clin Psychiatry* 2006;67:1542-50.
 23. Dassa D, Boyer L, Benoit M et al. Factors associated with medication non-adherence in patients suffering from schizophrenia: a cross-sectional study in a universal coverage health-care system. *Aust N Z J Psychiatry* 2010;44:921-8.
 24. Nosé M, Barbui C, Tansella M. How often do patients with psychosis fail to adhere to treatment programmes? A systematic review. *Psychol Med* 2003;33: 1149-60.
 25. Waterreus A, Morgan VA, Castle D et al. Medication for psychosis – consumption and consequences: the second Australian national survey of psychosis. *Aust N Z J Psychiatry*

- PORT psychopharmacological treatment recommendations and summary statements. *Schizophr Bull* 2010;36:71-93.
67. Lehman AF, Lieberman JA, Dixon LB et al. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, 2nd ed. *Am J Psychiatry* 2004;161:1-56.
 68. National Collaborating Centre for Mental Health. The NICE guidelines on core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care (update edition). Leicester, London: British Psychological Society and Royal College of Psychiatrists, 2010.
 69. Kane JM, Garcia-Ribera C. Clinical guideline recommendations for antipsychotic long-acting injections. *Br J Psychiatry* 2009; 195(Suppl. 52):S63-7.
 70. Rosenheck RA, Krystal JH, Lew R et al. Long-acting risperidone and oral antipsychotics in unstable schizophrenia. *N Engl J Med* 2011;364:842-51.
 71. Schooler NR, Buckley PF, Mintz J et al. PROACTIVE: Initial results of an RCT comparing long-acting injectable risperidone to 2nd generation oral antipsychotics. Presented at the 50th Annual Meeting of the American College of Neuropsychopharmacology, Kona, December 2011.
 72. Tiihonen J, Haukka J, Taylor M et al. A nationwide cohort study of oral and depot antipsychotics after first hospitalization for schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2011;168:603-9.
 73. Kishimoto T, Nitta M, Borenstein M et al. Long acting injectable vs. oral antipsychotics in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of mirror image studies. Presented at the 51st Annual Meeting of the American College of Neuropsychopharmacology, Hollywood, December 2012.
 - DOI 10.1002/wps.20060
 - K et al. An RCT of adherence therapy for people with schizophrenia in Chiang Mai, Thailand. *J Clin Nurs* 2007;16:1302-12.
 57. Gray R, Leese M, Bindman J et al. Adherence therapy for people with schizophrenia. European multicentre randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2006;189: 508-14.
 58. O'Donnell C, Donohoe G, Sharkey L et al. Compliance therapy: a randomized controlled trial in schizophrenia. *BMJ* 2003;327:834.
 59. Uzenoff SR, Perkins DO, Hamer RM et al. A preliminary trial of adherence coping-education (ACE) therapy for early psychosis. *J Nerv Ment Dis* 2008;196: 572-5.
 60. Sajatovic M, Davies M, Hrouda DR. Enhancement of treatment adherence among patients with bipolar disorder. *Psychiatr Serv* 2004;55:264-9.
 61. Dieterich M, Irving CB, Park B et al. Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;10:CD007906.
 62. Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;2:CD001089.
 63. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision making in the medical encounter: what does it mean? (Or, it takes at least two to tango). *Soc Sci Med* 1997;44: 681-92.
 64. Pfeiffer PN, Ganoczy D, Valenstein M. Dosing frequency and adherence to antipsychotic medications. *Psychiatr Serv* 2008;59:1207-10.
 65. Argo TR, Crismon ML, Miller AL et al. Texas Medication Algorithm Project Procedural Manual: schizophrenia algorithm. Austin: Texas Department of State Health Services, 2008.
 66. Buchanan RW, Kreyenbuhl J, Kelly DL et al. The 2009 schizophrenia
 - 18.
 46. Dolder CR, Lacro JP, Leckband S et al. Interventions to improve antipsychotic medication adherence: review of recent literature. *J Clin Psychopharmacol* 2003; 23:389-99.
 47. Zygmunt A, Olfson M, Boyer CA et al. Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2002;159:1653-64.
 48. Lincoln TM, Wilhelm K, Nestoriuc Y. Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis. *Schizophr Res* 2007;96: 232-45.
 49. Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;6:CD002831.
 50. Scott J. Cognitive and behavioral approaches to medication adherence. *Adv Psychiatr Treatment* 1999;5:338-47.
 51. Rollnick S, Miller WR. What is motivational interviewing? *Behav Cogn Psychother* 1995;23:325-34.
 52. Julius RJ, Novitsky MA Jr, Dubin WR. Medication adherence: a review of the literature and implications for clinical practice. *J Psychiatr Pract* 2009;15:34-44.
 53. Merinder LB, Viuff AG, Laugesen HD et al. Patient and relative education in community psychiatry: a randomized controlled trial regarding its effectiveness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999;34:287-94.
 54. Kemp R, Hayward P, Applewhaite G et al. Compliance therapy in psychotic patients: randomized controlled trial. *BMJ* 1996;312:345-9.
 55. Kemp R, Kirov G, Everitt B et al. Randomised controlled trial of compliance therapy: 18-month follow-up. *Br J Psychiatry* 1998;172:413-9.
 56. Maneesakorn S, Robson D, Gournay

التقدم في التدخلات والأبحاث التي قامت على الامتثال

ROBERT ROSENHECK

VA New England Mental Illness, Research, Education and Clinical Center and Yale Department of Psychiatry, West Haven, CT, USA

يُعتبر عدم الإذعان أو الالتزام للعلاج المضاد للذهان واحداً من أهم العوائق التي تؤثر على العلاج المضاد للذهان وهو بالطبع العائق الذي يسهل مداواته.

لقد قام كين وآخرون في استطلاعهم الشامل، بتلخيص الدليل الذي يقول أنه بالرغم من وجود اتفاق عالمي بأن عدم الالتزام بالعلاج بمثابة مشكلة كبرى في العلاج المضاد للذهان، إلا أن التعريفات والطرق تختلف، وهناك أيضاً بعض الدراسات التي تقترح وجود القليل من الامتثال لوسائل العلاج المضادة للذهان، أقل من تلك التي لا تستخدم العقاقير المضادة للذهان، بينما تدلي بعض الدراسات الأخرى على وجود امتثال متساوي أو حتى فائق للعقاقير المضادة للذهان.

يرجع الكثير من الاختلافات في المحاضرات التي قامت على الامتثال للعقاقير المضادة للذهان، إلى الاختلافات وعدم الوثوق في طرق قياس الامتثال، واختلاف مصادر المعلومات والاختلاف في السياق الذي أتت منه المعلومات، أي فيما إذا كانت أتت من تجارب سريرية مدارة بشكل جيد أو من مواضيع ممارسات حقيقية.

بالطبع أهم التطورات التي أتت في استطلاع كين وآخرون هو التقدم الأخير في "العلامات الدالة على حدث ابتلاع القرص"، أي "الرقاقة الصغيرة" التي توضع في كبسولات العقاقير المضادة للذهان والتي تعطي إشارات إلكترونية عندما يتفاعل القرص مع أحماض المعدة، وتنتقل هذه الإشارات عبر إشارات لم يتم تعريفها وصولاً إلى جهاز بعيد يعمل على تسجيل الوقت المحدد الذي تم فيه ابتلاع القرص. يبدو أن هذه التقنية ستسمح، ولأول مرة، بتوثيق دقيق لسلوكيات الامتثال لوسائل العلاج التي تؤخذ عن طريق الفم، والتي يُمكن أن تُستخدم لتقييم كل تعريفات الامتثال، وأن تقارن بين بعضهم البعض. وما هو أكثر أهمية، بالطبع، هو أن مرضى الذهان قد تحملوا هذا الأمر جيداً، ويتضح أن هذا التحمل كان بدون إشارة ضلالات التأثير، كما قد يتوقع الكثيرون، حيث أنه يتشارك الكثير من هؤلاء المرضى في أمر الضلالات، بحيث يظنون أنه قد قام بعض الأفراد الخبثاء بوضع بعض الأسلاك أو الرقائق

في أجسادهم. وبالتالي يُمكن أخيراً أن تُحل مشكلة القياس في مجال الامتثال، ويُمكننا أن نتطلع إلى ظهور بحث من طراز رفيع في هذا المجال. قد تكون هذه التقنية في الوقت الحالي عالية التكلفة للاستخدام في الممارسات السريرية العامة، إلا أن لديها احتمالات محدودة كآلة بحث، وهي، في نهاية المطاف، تُقدم منظور عام إلى جلب الطب النفسي إلى العصر الرقمي، وهذا تقدم هام، وبينما تنخفض التكلفة - وهذا ما يحدث غالباً مع التقنيات المتطورة - قد تصبح الآلة التي تُشير إلى حدث ابتلاع القرص، وسيلة سريرية ناعمة.

يقوم هذا الاستطلاع أيضاً بوصف مجموعة مختلفة من التدخلات النفسية الاجتماعية التي تم تطويرها لتحسين الامتثال، وقد تم اختبار العديد منها في تجارب عشوائية، وتم أيضاً إثبات فاعليتهم في إحراز هذا الهدف. وبالرغم من أن تأثير هذه التدخلات على الناتج النهائي للعلاج (وهو تقليص الأعراض وتحسين جودة الحياة وتقديم فرصة النجاة من أمراض الذهان) بالأمر الواعد، إلا أنه لم يتم توضيحه. في حقيقة الأمر، لم تدرس أية من المحاضرات المذكورة ما إذا كان التحسن الذي حدث في الامتثال للعلاج يُمكن أن يُخفف تطور شدة الأعراض أو قيمة الحياة، وإذا حدث هذا سيكون مجالاً هاماً للأبحاث التي تستخدم وسائل إحصائية متطورة، مثل نماذج المعادلة الهيكلية، والتي بإمكانها اختبار صلاحية التقنيات الافتراضية التقليدية. إن حقيقة أن عدم الالتزام بالعلاج يؤدي إلى نتائج فقيرة، لا يعني بالضرورة أن التطور الإحصائي الكبير في الامتثال، سيعمل على تطوير النتائج، وبالإضافة إلى ذلك، هناك احتياج إلى المزيد من الأبحاث، وذلك لتوضيح أنه قد يكون لتدخلات الامتثال المحتملة فوائد سريرية حقيقية.

بالطبع، تهتم أكثر القضايا جدلاً في دراسة الامتثال لوسائل العلاج المضادة للذهان، بفاعلية العقاقير المضادة للذهان الطويلة الأمد والتي تؤخذ عن طريق الحقن (LAI). لقد كان هناك ستة تجارب عشوائية كبيرة حديثة، والتي لم تجد أية فائدة من الـ LAI أكثر من وسائل العلاج التي تؤخذ عن طريق الفم (1-6)، وهي الوحيدة التي وجدت فوائد هامة من الناحية الإحصائية، هذا بالرغم من أنه قد يكون قد تم تقليل جرعة الكيوتابين - وهو العلاج المقارن الوحيد الذي يؤخذ عن طريق الفم - بعد أقصى

يصل إلى 400 ملي جرام في اليوم الواحد، وذلك بحسب بروتوكول الدراسة (7)، وبالإضافة إلى تحليل تلوي ذكره كين وآخرون (8)، وجدت التحاليل التلوية الحديثة الثانية، فوائد قليلة لعلاج الـ LAI، أكثر من وسائل العلاج البديلة، ولم تجد أية فوائد هامة أكثر من العلاج الذي يؤخذ عن طريق الفم، إلا أنه قد كان هناك زيادة في الأعراض الخارجة عن السبيل الهرمي (9).

لقد قام كين وآخرون بقياس غياب دليل تفوق الـ LAI على وسائل العلاج التي تؤخذ عن طريق الفم، بالمقابل مع نوعين من دراسات الرصد، وقد أظهرت دراسة فنلندية وطنية القليل من خطر إعادة الاحتجاز بالمستشفى للمرضى الذين يتعاطون الـ LAI (10)، إلا أن دراسة الرصد هذه لم تستطع التحكم في التحيز القائم على احتمالية الاختيار، الذي إما يعكس شدة المرض أو أسباب البدء في أخذ الـ LAI أو غيره من العوامل المربكة. لقد ذكر كين وآخرون أيضاً تحليل تلوي يتبع دراسات مصورة صورة طبق الأصل (11)، وأظهرت هذه القليل من خطر الاحتجاز بالمستشفى، إلا أن هذه الدراسة معيبة بسبب التراجع إلى الحد الأدنى، وأيضاً بسبب غياب مجموعات التحكم المعادلة. هناك ما يقترح أن لدى دراسات الرصد ميزة عدم اختيار مرضى حالتهم ثابتة، بل على الأقل مرضى من التجارب العشوائية (5)، وبالطبع غيرهم من مرضى الحالات الغير ثابتة والمرضى الذين قد تم احتجازهم بالمستشفى حديثاً، وأيضاً مرضى الحالات الخطرة ولم ينتفعوا من الـ LAI.

لقد شهد كين وآخرون بأنه قد يكون "لدى الدراسات العشوائية والدراسات الكبيرة والطبيعية والدراسات الصورة طبق الأصل، محدوديتها الخاصة، مثل تحيز الاختيار وتحيز التوقعات والتأثير الزمني"، ومع ذلك تقترح هذه الدراسات أنه قد يدعم هذه العيوب حقيقة أنهم "يُمثلون وبشكل أكثر دقة مجموع المرضى الذي يُحتمل أن تُصف له الـ LAI في الممارسات السريرية، أي مرضى يعانون من مشاكل في الالتزام بالعلاج"، إلا أنه لم يتم شرح استخدام عينات دراسية غير مناسبة في التجارب العشوائية الخاصة بالـ LAI، وذلك في أية دراسة، بل وورد إلى حد ما مقاومتها من دراستين مرتبطتين بتجربة تخص الـ LAI والتي قد قامت بتقييم تمثيل هذه العينة (12،13)، بالإضافة إلى ذلك، لا يُمكن أن يعمل احتمال التمثيل الكبير لعينة ما، على إلغاء

تصميم العيوب التي تُعيق إظهار الاستنتاج التقليدي في الدراسات البسيطة، والتي تُهدد صحة دراسة الرصد المثيرة للإعجاب، بل والغير حاسمة الخاصة بتيهونين وآخرون (10). يعتقد الكثير من الأطباء السريريون، وبشدة، أن علاج الـ LAI بالأمر الجيد للمرضى الغير طائعين، وذلك لأنه يُعطيههم تأكيداً بأن المرضى الذين يُعالجون عن طريق الحقن يتعرضون للعلاج، وذلك على الأقل على المدى القريب، وبالطبع يشرح هذا الاقتراح - وهو يقوم على رد الفعل الطبيعي لزيادة التحكم في التعرض العلاجي للمرضى - يشرح السبب وراء انتشار الاستعداد لنبت نتائج التجارب السريرية التي تم نشرها، لكن إذا كانت العلاقات العابرة بين العلاج والنتائج هو ما نحتاج إليه لنعرف عن العلاج الذي نستخدمه، إذا فتبقى التجارب السريرية الآلة التعريفية لتقييم تلك العلاقات. وكما يحدث، لا يدعم الدليل من تلك التجارب تفوق الـ LAI على العلاج الذي يؤخذ عن طريق الفم، وحتى في المجموعات الفرعية من مرضى الحالات الغير ثابتة، والذين لا يخضعون للعلاج (14). من الجدير بالذكر أيضاً، أنه بينما أن دراسات الرصد محدودة في أمر تحديد العلاقات العابرة، إلا أنهم يتفوقون في تعريف نماذج من استخدام الخدمات الحقيقية. تقترح العديد من الدراسات أن المرضى لا يأخذون علاج الـ LAI لفترة طويلة من الزمن، وبالتالي، وحتى إذا كانت هذه العوامل تقدم فوائد عند استخدامها، إلا أنها قد لا تقدم فوائد طويلة الأمد. لقد اكتشفت دراسة واحدة قامت على مرضى الحالات الغير ثابتة، أن فقط 51% من المرضى استمروا في أخذ LAI ريسبيريدون لمدة ستة أشهر (15)، بينما اكتشفت دراسة أخرى قامت على الآلاف من المرضى بولاية كاليفورنيا، الذين يحصلون على الإعانة الطبية للفقراء، أن أقل من 10% من المرضى قد أكملوا فترة ستة أشهر من علاج الـ LAI (16)، ووجدت دراستان كبيرتان قامتتا على مرضى حالات ثابتة يأخذون LAI ريسبيريدون، نسبة 51% (17) و65% (18) من المرضى الذين أكملوا عامًا واحدًا من العلاج. وبحسب البيانات الإدارية الخاصة بشئون المحاربين الأمريكيين، أستمروا فقط 45% من المرضى على LAI ريسبيريدون لمدة 18 شهرًا (19)، وبالتالي، وحتى إذا كان علاج الـ LAI يضمن إمكانية الدخول على العلاج في الأسابيع التي تلي الحقن، إلا أن المرضى الذين يهون هذا العلاج، يحصلون فقط على نفع قصير الأمد. قد يُجادل المرء بأنه حتى الخضوع القصير الأمد يحمل نفعًا يُذكر، وحتى إذا لم يدعمه نتائج في التجارب السريرية، لكن تكاليف الجيل الثاني من علاج الـ LAI عالية جدًا، وقد لا يُبررها الالتزام القصير الأمد لعلاج الـ LAI وغياب

المراجع:

- Gaebel W, Schreiner A, Bergmans P et al. Relapse prevention in schizophrenia and schizoaffective disorder with risperidone long-acting injectable vs. quetiapine: results of a long-term, open-label, randomized clinical trial. *Neuropsychopharmacology* 2010; 35:2367-77.
- Kishimoto T, Robenzadeh A, Leucht C et al. Long-acting injectable vs. oral antipsychotics for relapse prevention in schizophrenia: a meta-analysis of randomized trials. *Schizophr Bull* (in press).
- Fusar-Poli P, Kempton M, Rosenheck RA. Efficacy and safety of second-generation long-acting injections in schizophrenia: a meta-analysis of randomized-controlled trials. *Int Clin Psychopharmacol* 2013;28: 57-66.
- Tiihonen J, Haukka J, Taylor M et al. A nationwide cohort study of oral and depot antipsychotics after first hospitalization for schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2011;168:603-9.
- Kishimoto T, Nitta M, Borenstein M et al. Long acting injectable vs. oral antipsychotics in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of mirror-image studies. Presented at the 51st Annual Meeting of the American College of Neuropsychopharmacology, Hollywood, December 2012.
- Barnett PG, Scott JY, Rosenheck RA. How do clinical trial participants compare to other patients with schizophrenia? *Schizophr Res* 2011;130:34-9.
- Hoblyn J, Rosenheck RA, Leatherman S et al. Veteran subjects willingness to participate in schizophrenia clinical trials. *Psychiatr Q* 2013;84:209-18.
- Leatherman S, Liang MH, Krystal JH et al. Differences in treatment effect among clinical subgroups in a randomized clinical trial of long-acting injectable risperidone and oral antipsychotics in unstable chronic schizophrenia. Submitted for publication.
- Taylor DM, Young CL, Mace S et al. Early clinical experience with risperidone long-acting injection: a prospective, 6- month follow-up of 100 patients. *J Clin Psychiatry* 2004;65:1076-83.
- Olfson M, Marcus SC, Ascher-Svanum H. Treatment of
- دلائل نفع التجارب العشوائية. تُقدّم الوثيقة التي قدمها كين وآخرون، استطلاعاً موجزاً وشاملاً عن قضايا الامتثال لوسائل العلاج المضادة للذهان، وتقدم هذه الوثيقة استخدام "العلامة الإلكترونية الدالة على حدوث ابتلاع القرص"، لعدد كبير من القراء، ونأمل أن يساعد هذا الأمر على تشجيع القيام بأبحاث جديدة لم تكن ممكنة في السابق. تصوّر هذه الوثيقة أيضاً العديد من المناطق التي لم نعرف عنها الكثير، بل وكانت معرفتنا عنها جدلية وتحتاج إلى تطوير - ولا يُربكنا منها قدر غياب الدليل عن تفوق الـ LAI على العلاج الذي يؤخذ عن طريق الفم في التجارب العشوائية.
- Chue P, Eerdeken M, Augustyns I et al. Comparative efficacy and safety of longacting risperidone and risperidone oral tablets. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005;15: 111-7.
- Bai YM, Ting Chen T, Chen JY et al. Equivalent switching dose from oral risperidone to risperidone long-acting injection: a 48-week randomized, prospective, single-blind pharmacokinetic study. *J Clin Psychiatry* 2007;68:18-25.
- Keks NA, Ingham M, Khan A et al. Longacting injectable risperidone v. olanzapine tablets for schizophrenia or schizoaffective disorder. Randomised, controlled, openlabel study. *Br J Psychiatry* 2007;191:131-9.
- Macfadden W, Ma Y, Haskins JT et al. A prospective study comparing the longterm effectiveness of injectable risperidone long-acting therapy and oral aripiprazole in patients with schizophrenia. *Psychiatry* 2010;7:23-31.
- Rosenheck RA, Krystal JH, Lew R et al. Risperidone and oral antipsychotics in unstable schizophrenia. *N Engl J Med* 2011;364:842-51.
- Schooler NR, Buckley PF, Mintz J et al. PROACTIVE: Initial results of an RCT comparing long-acting injectable risperidone to 2nd generation oral antipsychotics. Presented at the 50th Annual Meeting of the American College of Neuropsychopharmacology, Kona, December 2011.

second-generation antipsychotic. J Clin Psychiatry 2003;64:1250-7.
19. Mohamed S, Rosenheck RA, Harpaz- Rotem I et al. Duration of prescription of long-acting risperidone. Psychiatr Q 2009; 80:241-9.
DOI 10.1002/wps.20062

schizophrenia or schizoaffective disorder. J Clin Psychiatry 2006; 67:1194-203.
18. Fleischhacker WW, Eerdekens M, Karcher K et al. Treatment of schizophrenia with long-acting injectable risperidone: a 12- month open-label trial of the first longacting

schizophrenia with long-acting fluphenazine, haloperidol, or risperidone. Schizophr Bull 2007;33:1379-87.
17. Simpson GM, Mahmoud RA, Lasser RA et al. A 1-year double-blind study of 2 doses of long-acting risperidone in stable patients with

إدارة عدم الالتزام بالعلاج وثلاثي التعاون والنقد والإكراه

ANTHONY S. DAVID

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

قال لاعب كرة القدم الانجليزي السابق، براين كلو، عند خلافه مع اللاعبين، "لقد سألتني بأية طريقة يفكر انه ينبغي بها أن تتم ... وقد تحدثنا عن هذا الأمر لمدة 20 دقيقة تقريباً، ثم اتفقنا أنني كنت على حق".

يشرح الاستطلاع الذي قدمه كين وآخرون إلى أي مدى قد تعلمنا عن أمر الالتزام بالتدخلات العلاجية وعدم الالتزام بها في مجال الطب بصفة عامة، وأيضاً في مجال الطب النفسي بصفة خاصة، وذلك في العقود القليلة السابقة. وقد لاحظت عندما قمت حديثاً بمراجعة الأنشطة في هذا المجال، أنه قد تم نشر ما يقرب من 38 استطلاعاً نظامياً في هذا الموضوع، وقد تم عرض كل هذه على استطلاع نظامي أيضاً (1)، تغطي هذه المقالة أيضاً العديد من النهج المختلفة بغرض إدارة هذه المشكلة، وقد كانت نتائجها مخيبة للآمال، ومن هنا أعتقد انه يتوجب علينا أن نركز جهودنا.

هناك العديد من الأمور البديهية التي يمكن أن يقوم بها الأطباء السريريون بغرض تطوير أمر أخذ العلاج الطبي، الذي يخرج من قاعدة الدليل الأساسية هذه، وتتراوح هذه الأمور من تبسيط الوصفات الطبية التي يصفها الأطباء ومخاطبة الآثار الجانبية واستخدام وسائل تذكيرية وتحفيزية، لكن أن أمر عمل تأثير على الحالات الشديدة والطويلة الأمد، ليس بالأمر البسيط، وعلينا في مجال الطب النفسي بصفة خاصة أن نكافح مع المصادمات الفكرية مع مرضانا عندما يقولون أنهم لا يعانون من أي شيء أو أن العلاج لا يستطيع أن يعالج أي شيء. لكن وكما يقترح كين وآخرون، إن هذه المعتقدات عن المرض وغياب البصيرة، من أقوى العلامات

على عدم الالتزام بالعلاج (أنظر رقم 2).
إن الانتباه بشأن الآثار الجانبية للعلاج - وبصفة خاصة تلك الآثار الجانبية التي يعتبرها المريض شديدة - من الأمور الهامة وبشدة، إلا أنني أعتقد أننا نبالغ كثيراً في كيف أن هذا الأمر يقود إلى فعل عدم الالتزام بالعلاج في الاضطرابات النفسية. قد يكون المرضى والأطباء، على حد سواء، منحازين فيما يخص إدراكهم وأنسابهم للكثير من الأحاسيس السلبية؛ فالفرد الذي يتشكك في قيمة عقاقير معينة (أو عن العقاقير بصفة عامة) من الممكن أن يكون حساساً لأية تأثير سلبي، ومن ثم يتوقف عن أخذ العلاج - إلا أن التشكك هنا هو السبب الرئيسي وراء عدم الالتزام بالعلاج. لقد كان من المتوقع أن إدخال جيل ثاني من العقاقير المضادة للذهان سيقود إلى خطوة تؤدي إلى زيادة في أمر الالتزام بالعلاج، وذلك في ظل وجود الميل القليل نحو إنتاج آثار جانبية خارجة عن التسلسل الهرمي، مع ملاحظة زيادة في الوزن، خاصة على السيدات من المرضى، وذلك في كل الخبرات السريرية التي قمت بها، لكن إذا كانت هذه الأمور سبباً رئيسياً وراء عدم الالتزام بالعلاج، فعلى أن نتوقع وجود تأخر زمني (واختلاف جنسي) بين بدء الجيل الثاني من العقاقير المضادة للذهان وعدم الالتزام الجاد بالعلاج - هل ترى أن هذا افتراض مثير للاهتمام؟ يبدو في حقيقة الأمر أن مأساة عدم الالتزام بالعلاج بمثابة عامل اضمحلال المأساة، مثل نصف عمر نظائر العناصر الكيميائية. وتقريباً هناك 50% تقليصاً في نسبة الالتزام بالعلاج، بعد كل ستة أشهر من العلاج.

وبالتالي، وعند الرجوع إلى أمر تعزيز الالتزام بالعلاج في مجال الطب النفسي، لا يوجد هناك نقصاً في الاستطلاعات الشاملة والتي تم إجرائها على نحو كامل في هذا الموضوع. لقد تم نشر أول تجربة عشوائية

مُحكمَة (RCT) عن تدخل ما يحتوي على عناصر المقابلات التحفيزية وعلاج السلوك المعرفي والتعليم والممارسات السريرية الجيدة ("علاج الإنعاز)، تم نشرها بشكل كامل عام 1998 (3)، وعندما تم إرسالها إلى مرضى نفسيين من خصائص أخرى، ينتمون إلى الجنوب الشرقي لمدينة لندن، وتم تسليمها إلى مستشفى مودسلي، قد تحسن التزامهم بالعلاج وبصيرتهم عن وقت خروجهم من المستشفى، ومن المثير للاهتمام، لقد تم الحفاظ على التطور الذي حدث في الأداء العالمي في خلال الـ 12- 18 شهراً اللاحقة، بل وقد انخفضت معدلات إعادة الاحتجاز بالمستشفى، لكن قد فشل أمر تكرار هذه المحاولة في مدينة دويل (4)، وذلك بالطبع بسبب انخفاض القوة الإحصائية وقلة الخبرة في توصيل التدخلات. ولأنه لم يتم تسجيل التأثيرات الفورية للتدخلات، لا نعلم ما إذا كانت هذه التدخلات قد أنتجت اختلافاً نافعاً قد تلاشى مع وقت العام الأول من النتائج، أم أنه لم يصلح على الإطلاق.

لقد أظهر جرائ وآخرون (5) أنه يتم اختيار الممرضات العاملات في مجتمعات الطب النفسي بشكل عشوائي ليتلقوا تدريبات على توصيل حقبة إدارة العلاج، وقد كانوا قادرين على تحسين الأعراض التي تظهر على مرضاهم، وأيضاً التزامهم بالعلاج، وذلك بالمقارنة مع المرضى تحت رعاية الممرضات المتحركات، لكن قد كانت مجموعة (N= 327 RCT) الأوروبية الكبيرة عن علاج الالتزام (والذي تم تصميمه على غرار علاج الإنعاز)، وبالمقارنة مع تدخل مُحكم يقوم على تحفيز الصحة العامة، كانت سالبة (6)، ومن الاختلافات الهامة عن التجارب الأصلية هي أنها كانت تقوم على بعض مرضى العيادات الخارجية المُختارين والذين يعانون من مشكلات في الالتزام بالعلاج، وبعد مرور عام واحد، قد

تحسنت كلا المجموعتين من الناحية الأدائية، وأيضاً من ناحية مقاييس الالتزام، لكن لم يكن هناك اختلافاً بين المجموعتين. تأتي أحدث الدراسة من هذا النوع، من هولندا (7)، وقد كان اختيار المرضى للتدخلات أو وسائل العلاج عشوائياً كالعادة، وأيضاً كانت التصنيفات بعيدة كل البعد عن توزيع العلاج. وقد كان التجديد الوحيد الذي قامت به هذه الدراسة هو محاولة ضبط التدخل الذي يُسمى مداواة الالتزام بالعلاج مع الأسباب الأكثر احتمالاً لإحداث عدم الالتزام بالعلاج لدى كل مشارك - بالرغم من أن هذا اعتقاد غير طبيعى عن المرض. لقد كان المتخصصون ممرضين حاصلين على أسبوع من التدريب الخاص، وقد أظهرت النتائج المباشرة ونتائج الستة أشهر، تحسناً كبيراً في الإذعان للعلاج، لكن ليس في نتائج الأعراض العامة الأخرى.

لقد كان الهدف من النهج الأخرى التي تم توظيفها لتحسين مجموعة من السلوكيات الصحيحة، والتي تشمل الالتزام بالعلاج، هو أن تقدم تحفيزاً مالياً - أي تقوية الوحدات المالية. تعمل مثل هذه التحفيزات - عند اتصالها بوسائل العلاج المضادة للذهان في حالات الفصام - على إثارة الكثير من الأسئلة الأخلاقية الهامة؛ مثل متى يصبح محفزاً ما معقولاً دافعاً غير مقبول؟ وهل يستغل هذا الأمر الأفراد الضعفاء والفقراء؟ وماذا إذا بدئوا في رفع الأسعار؟ لقد تم اكتمال مجموعة RCT لتتكون من محفزات مادية صغيرة، وتتصل بمصل طويل الأمد (LAI) لعوامل مضادة للذهان، في حالات نادرة من مرضى خاضعين، ويقوم بمتابعتهم فريق العناية الصحية العقلية المجتمعية، والذي يقوده بريبي بلندن، قد تم اكتماله وسوف يتم عرضه قريباً (8)، ويبدو أن النتائج المبكرة واعدة إلى حد كبير.

لطالما كان يُنظر إلى الـ LAI أو "المستودعات" - كما يصفها كين وآخرون بأنها حصن ضد عدم الإذعان للعلاج، لكن وبينما يتم عمل مراقبة للالتزام بالعلاج أكثر سهولة وتجنب الاحتياج إلى أخذ وسائل علاجية قوية للمرضى الغير منتظمين، إلا أن الـ LAI لا يتعامل في حد ذاته مع العديد من العوامل الضاغطة أكثر والتي ترتبط بعدم الالتزام بالعلاج كما قد وجزناه في السابق. وبينما نجد أن الكثير من المرضى يتقبلون تلك "المستودعات" عندما يثبتون عليها (9) أو على الأقل يتقبلونها كما يتقبلون الأقراص، إلا أن

البعض الآخر يجدها قسرية بطبيعتها (10)، وبالطبع يتأثر هذا الأمر بالتوقعات والقيم الثقافية التي تحيط بأمر الحقن أو الخبرات التكوينية في حياة المريض. وإذا أردنا أن نعمل مع مرضانا بشكل تعاوني وأن نستغل الـ LAI، سنجد أن هناك الكثير من العمل الذي يتوجب علينا عمله، وذلك فيما يخص هذه المشكلة، وهذا في أيه حدث من أحداث الحياة.

وبينما أن التعاون والمشاركة في صنع القرارات مطمح أساسي في العناية الصحية، إلا أن الطب النفسي لم يستطع في كل تاريخه أن يتغلب على الاحتياج إلى تقديم العلاج إلزامياً - حتى وإن كان في الوقت الحالي بمثابة الملاذ الأخير، ومع وجود ضمانات جيدة ومناسبة، وبالتالي فأنته لأمر مؤسف أنه يوجد اتجاه شديد لربطه مع الإكراه الإجباري القانوني، وذلك في ضوء الحديث المذكور أعلى عن الفهم السلبي للـ LAI. لقد كانت الخبرات التي حصلنا عليها في المملكة المتحدة هي أن غالبية المرضى الذين تم وضعهم حديثاً تحت تشريع العلاج المجتمعي المشرف عليه (قوانين العلاج المجتمعي) - وهذه محاولة لجعل المرضى يقضون القليل من الوقت في بيئة المستشفى النفسي التقييدية - يتلقون علاج الـ LAI. يقترح أمر الفحص المبكر للنتائج، وجود مستويات منخفضة من الانتكاسات وإعادة الدخول إلى المستشفى، إلا أنه لا بد من الانتباه قبل المبالغة في تفسير هذا النوع من معلومات الرصد.

باختصار، يبدو أن النهج التي نتبعه تجاه عدم الالتزام بالعلاج، أنها ترتقي إلى مستوى فلسفة براين كلوف التي ذكرتها بأعلى. إن الأمر هو طبيعة تحدي عدم الالتزام بالعلاج، حتى أننا نميل إلى استخدام النهج التعاونية كما نميل إلى استخدام النهج التعسفية.

المراجع:

1. Dulmen SV, Sluijs E, Dijk LV et al. Patient adherence to medical treatment: a review of reviews. BMC Health Services Research 2007;7:55.
2. David AS. The clinical importance of insight: an overview. In: Amador XF, David AS (eds). Insight and psychosis: awareness of illness in schizophrenia and related disorders, 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 2004:359-92.
3. Kemp R, Kirov G, Everitt B et al. Randomised controlled trial of compliance therapy. 18-month follow-up. Br J Psychiatry 1998;172:413-9.
4. O'Donnell C, Donohoe G, Sharkey L et al. Compliance therapy: a randomised controlled trial in schizophrenia. BMJ 2003;327:834-6.
5. Gray R, Wykes T, Edmonds M et al. Effect of a medication management training package for nurses on clinical outcomes for patients with schizophrenia: cluster randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2004;185:157-62.
6. Gray R, Leese M, Bindman J et al. Adherence therapy for people with schizophrenia: European multicentre randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2006;189: 508-14.
7. Staring ABP, van der Gaag M, Koopmans GT et al. Treatment adherence therapy in people with psychotic disorders: randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2010;197:448-55.
8. Priebe S, Burton A, Ashby D et al. Financial incentives to improve adherence to anti-psychotic maintenance medication in non-adherent patients - cluster randomised controlled trial (FIAT). BMC Psychiatry 2009;9:61.
9. Patel MX, deZoysa N, Bernadt M et al. Are depot antipsychotics more coercive than tablets? The patient's perspective. J Psychopharmacol 2010;24:1483-9.
10. Patel MX, De Zoysa N, Bernadt M et al. Depot and oral antipsychotics: patient preferences and attitudes are not the same thing. J Psychopharmacol 2009;23: 789-96.
11. Patel MX, Matonhodze J, Baig MK et al. Increased use of antipsychotic long acting injections with community treatment orders. Ther Adv Psychopharmacol 2011; 1:37-45.

أحاديث عن الالتزام بالعلاج

ROSE McCABE

University of Exeter Medical School, Exeter, UK

ينبغي علينا أن نمدح كين وآخرون بسبب تأييدهم لنهج شخصي يهدف إلى الالتزام بالعلاج؛ فهم ينوّهون إلى «أن الأطباء السريريين يقضون القليل من الوقت في تقييم ومخاطبة اتجاهات الالتزام بالعلاج والسلوكيات». إن حقيقة أن الأطباء السريريين يُكرسون القليل من الوقت في مثل هذه الممارسات السريرية الروتينية، أمرًا حقيقيًا، حتى أنه معروف أن جودة العلاقات بين الأطباء والمرضى تؤثر على الالتزام بالعلاج. لقد اكتشفت تحاليل تلويح حديثة أن احتمالات أن يلتزم المريض بالعلاج ستكون 2.16 مرة أكبر إذا كانت العلاقة بين الطبيب والمريض جيدة (1)؛ وقد ظهر هذا الرابط أيضًا في مراكز العناية النفسية (2) وبصفة خاصة في علاج الذهان (3)، إلا أن التدخلات، حتى يومنا هذا، التي تهدف إلى تحسين الالتزام بالعلاج، تميل على ألا تركز على العلاقة بين المريض والعلاج.

أن العلاقة بين المريض والطبيب تجد انعكاساتها وتداولها في الأحاديث بين المريض والطبيب، ومن المكونات المركزية هي التشارك في عمل القرارات، وهذه تحظى بالكثير من الاهتمام في مجال الطب، وأهميته بالأمر الثابت في المحاضرات الطبية، مع وجود قاعدة دليل صغيرة وثابتة في مجال الصحة النفسية؛ ففي مجال علاج الفصام، وجدنا أن أمر المشاركة في أخذ القرارات يُساعد أن يشعر المرضى بإدراكهم عن مرضهم وعلاجه، وأيضًا يحسّن من الرضى عن العناية التي يتلقونها (4) ويقلل من نسبة الاحتجاز بالمستشفى (5)، لكن هناك القليل جدًا من دراسات الرصد عن المشاركة في صنع القرارات فيما يخص داء الذهان.

لقد كان هناك في واحدة من التسجيلات التي تمت أثناء الزيارات النفسية لمرضى العيادات الخارجية، قرارًا واحدًا طبيًا في كل زيارة، والتي تستمر لمدة دقيقتين (6)، وبالتالي فهذه نقطة مركزية في الاستطلاعات الروتينية، حيث يُمكن لكلا من الطبيب النفسي والمريض أن يتناقشا ويؤثروا على قرارات بعضهم البعض وأن يأتوا إلى قرار يُمكن أن يتبعه المريض عقب مغادرته غرفة الطبيب مباشرة. إن حقيقة أن هذه القرارات تأخذ فقط دقيقتين، يعكس الوقت القليل جدًا الذي يقضيه الأطباء في هذا الجانب المركزي من العناية الصحية؛ فالمرضى في مقابلات المتابعة هذه – وقد تم تشخيص نصفهم بالفصام – لم يُساهموا في عملية صنع القرارات، مع متوسط نتيجة يصل إلى 12.5%

(أي 6 من مجموع كلي محتمل يصل إلى 48). وبالرغم من أن نسبة هذا الأمر عالية في الزيارات الأولى (7،8) إلا أن هناك اختلافات كبيرة بين الأطباء النفسيين في أمر إشراك مرضاهم في علاجهم. تضمن المزيد من الأبحاث تعريف ما قد يؤثر على هذا الاختلاف وكيف يُمكن تعزيز أمر المشاركة في صنع القرارات في الممارسات الطبية.

إن التحديات أمام تحسين الالتزام بالعلاج وفوائده، بالأمر الموثّق جيدًا، ومن الهام أيضًا التوقف عما نفعله ونتفكر في فوائد عدم الالتزام بالعلاج من وجهة نظر المريض؛ فعدم الالتزام بالعلاج ليس دائمًا قرارًا طائشًا، فهناك دلائل تقول بأن بعض المرضى يتوقفون عن العلاج بدون أخذ علاج وقائي، وبشكل متزايد، لا يتساهل الكثير من الناس مع سماعهم أنهم سيأخذون العقاقير المضادة للذهان مدة عمرهم. ومع ازدياد حركة المستهلك، يسعى الناس إلى أخذ المزيد من المسؤوليات عن صحتهم، ويزداد اهتمامهم عن الآثار الجانبية المستمرة والغير مستحبة للمرض، وكيف تتدخل في قدراتهم على تحقيق القواعد الاجتماعية الأساسية وخطر استخدام العقاقير المضادة للذهان الطويلة الأمد على صحتهم الجسدية.

إذا أراد المريض أن يتحدث عن تقليص العلاج أو التوقف عنه، سيكون هذا الأمر بمثابة مشكلة كبيرة. لقد ظهر في دراسة قامت على المرضى الذين قد توقفوا عن أخذ العقاقير المضادة للذهان، أن 38% منهم كانوا لا يشعرون بارتياح بكشف أمر عدم رغبتهم في إكمال العلاج، وتوقفوا عنه بدون إخبار الطبيب بذلك (9)، وقد كان الكثير من المرضى لا يرغبون في كشف أمر رغبتهم في التوقف عن أخذ العقاقير المضادة للذهان، وهؤلاء أكثر من المرضى الراغبين في التوقف عن أخذ العقاقير المضادة للاكتئاب. إن هذا السيناريو أكثر خطورة من المرضى الذين يتشاركون بهذه المعلومات ولا يزالوا على علاقة مع الخدمات بحيث يُمكن مراجعته التقدم الذي أحرزوه. يضع هذا الأمر الكثير من التأكيد على أهمية الأحاديث المشتركة عن فوائد ومخاطر الالتزام بالعلاج وعدمه، وذلك مع كل فرد، ثم يليه الحديث عن وجود طريق للمضي قدمًا، وما يزيد عن ذلك، هو أنه لا بد أن يكون هذا الحديث مستمرًا، حيث أن الصحة النفسية للفرد والظروف الشخصية تختلف مع مرور الوقت، وبحسب الطبيعة الثقافية للخدمات المقدمة، قد يكون هذا النوع من الحديث صعبًا على الأطباء النفسيين بالقليل أو بالكثير، وهناك الكثير من الضغط المؤسسي على عاتق الأطباء النفسيين ليقوموا بتبني نهج

متحفظ ومعضلات حقيقية في تسهيل فترات التجارب بدون العلاج، وهذا الأمر بالغ الخطورة للبعض.

لقد كانت مشاركة المرضى في دراسة قامت على التواصل مع الطبيب والالتزام بالعلاج في حالة علاج الفصام، والتي كانت في صورة طرح أسئلة وطلب توضيح حديث الطبيب النفسي، كانت مرتبطة بحدوث التزام أفضل للعلاج بعد مرور ستة أشهر (10). لقد كان هناك اختلافًا كبيرًا بين الأطباء النفسيين فيما يخص عدد المرات التي يطلب فيها المرضى منهم توضيحًا، وذلك كما في حالة المشاركة في صنع القرارات، وبالتالي يقترح الدليل المتوافر لدينا أنه يوجد ممارسة تواصل ضعيفة وأخرى جيدة، وهذه تؤثر بدورها على الالتزام بالعلاج، لكن يحتاج هذا الأمر إلى تفريع، بحيث يُمكن استهداف مهارات تواصل معينة في التدريب وإشراف الأقران.

لدى العقاقير والجرعات تأثيرات مختلفة على الأفراد، وينعكس هذا الأمر على الأحاديث بين المريض والطبيب عن خبرة المريض الشخصية مع وسائل العلاج السابقة والحالية، وذلك لإحداث تغييرات في نوع العلاج وجرعته. يُشير كيو وآخرون إلى بعض التقنيات الجديدة، مثل نظام إخباري رقمي، يعمل على تسجيل وقت أخذ العلاج، بالإضافة إلى مقاييس نفسية اجتماعية، تعمل على التقييم المباشر للالتزام بالعلاج، وتعمل أيضًا كأحد المدخلات لتعزيز الالتزام بالعلاج. تقدم أيضًا هذه التقنيات فرصًا جيدة لاستخدام هذه المعلومات في ضبط نوع العلاج والجرعات وتردها مع المريض، وذلك لتعريف أكثر الوصفات الطبية تحملاً ونفعًا للمريض. ويتقديم الآثار الجانبية المضادة للعقاقير المضادة للذهان، سيكون هذا بمثابة تقدم مُرحّب به.

تؤثر العديد من العوامل على أمر الالتزام بالعلاج، ومن المستحيل أن نتدخل في الكثير من هذه العوامل ونغيرها. من الممكن ملاحظة الأحاديث التي تجري بين الطبيب السريري والمريض، ومن الممكن التدخل لتغيير الحديث، إلا أنه لا بد أن يكون التركيز على الالتزام بالقرارات المشتركة وليس الالتزام بالعلاج وحده.

المراجع:

1. Zolnier KB, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. Med Care 2009;

- shared decision-making process in psychiatry: skills versus patient satisfaction. *Patient Educ Couns* 2007; 67:50-6.
9. Read J. Coping with coming off: mind's research into the experience of people trying to come off psychiatric drugs. London: Mind Publications, 2005.
10. McCabe R, Khanom H, Bailey P et al. Shared decision-making in ongoing outpatient psychiatric treatment. *Pat Educ Couns* 2013;91:326-8.

DOI 10.1002/wps.20064

5. Hamann J, Cohen R, Leucht S et al. Shared decision-making and long-term outcome in schizophrenia treatment. *J Clin Psychiatry* 2007;68:992-7.
6. McCabe R, Khanom H, Bailey P et al. Shared decision-making in ongoing outpatient psychiatric treatment. *Patient Educ Couns* 2013;91:326-8.
7. Goss C, Moretti F, Mazzi MA et al. Involving patients in decisions during psychiatric visits. *Br J Psychiatry* 2008; 193:416-21.
8. Goossensen A, Zijlstra P, Koopmanschap M. Measuring 47:826-34.
2. Thompson L, McCabe R. The effect of clinician-patient alliance and communication on treatment adherence in mental health care: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2012;12:87.
3. McCabe R, Bullenkamp J, Hansson L et al. The therapeutic relationship and adherence to antipsychotic medication in schizophrenia. *PLoS One* 2012;7:e36080.
4. Hamann J, Langer B, Winkler V et al. Shared decision-making for inpatients with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2006;114:265-73.

الالتزام/الإذعان للعلاج: تحدي متعدد الواجه

التي تبدو غير عقلانية؛ فمن ناحية العوامل العقلانية، يُمكن أن تتأثر اتجاهات المريض بالخبرات السابقة مع عقاقير مضادة للذهان، أو بالمعلومات التي يحصل عليها عن طريق الإعلام، وعلى الجانب الغير عقلائي، يُمكن أن تتأثر اتجاهاته، مثلا، بلون أو شكل العلاج، أو بالاقترار الذي يقول أن العقاقير المضادة للذهان التي تؤخذ بكم 5 أو 10 ملج في اليوم "أضعف" أو "أقل خطورة" من تلك التي تؤخذ بجرعة تصل إلى 600 أو 800 ملج في اليوم.

إن القناعة بأنه يتوجب على المرء أن يأخذ العقاقير بصفة مستمرة، يقوده الجدية المنسوبة إلى مرضه، وقد ظهر أن مرضى الفصام لا يبالون كثيرا بمرضهم، قدر ما يبالى مرضى السكري أو ارتفاع ضغط الدم، مثلا (1)، بالإضافة إلى ذلك، تعمل كل العقاقير المضادة للذهان على منع مكافئة نظام الدوبامين، وبالتالي تنتج قوة سلبية.

وبشكل متناقض، قد يكون لدى بعض الآثار الجانبية تأثير يُحسن من الإذعان للعلاج، مثلا، قد يؤدي الانتباه المتزايد نحو المرضى الذين يقررون بأحداث معادية، إلى الكثير من الاتصالات المطولة مع الطبيب السريري المعالج، وبالتالي يُضفون تأثيرا إيجابيا على العلاقة بين الطبيب والمريض.

من المفاتيح الهامة هو إدراك أن الإذعان بمثابة متغير علاجي قوي جداً؛ فتتغير سلوكيات الإذعان مع مرور الوقت، وهو يعتمد أيضا على ظروف العلاج، وبالتالي فلا بد أن يكون مراقبة الإذعان مقياس علاجي مستمر. وبينما

والذين، مثلا، سوف يربطون خبراتهم الشخصية مع أشكال العلاج الخاصة بالمرضى الذين يتم استجوابهم، وبالتالي قد يقوموا بتشكيل اتجاهاتهم وسلوكيات الإذعان الخاصة بهم. من الممكن أيضا أن يتفاعل الأقارب المهتمين بالأمر، والذين قد قاموا بدراسة بعض المصادر الموجودة على شبكة الانترنت عن الاعتمادات المشكوك فيها، في هذه العملية. وما يثير الاهتمام، هو أن اشترك فريق علاجي يتكون من العديد من المحترفين، يضع الكثير من التحدي في سياق سلوكيات الإذعان - وهذا الأمر كثيرا ما تغفل عنه - وذلك لكونهم أعضاء فريق واحد؛ فإذا لم ينظموا قواهم لصالح الوسائل العلاجية والأهداف، قد يرسوا إلى الآخرين رسائل مختلطة، وذلك بدون تعمّد منهم، وهو الأمر الذي يُساهم في شعور المريض بعدم الأمان فيما يخص أولويات العلاج. ومن الأمثلة التكافئية هو أن العامل الاجتماعي يضع تركيزه على إمكانية المريض على القيام بوظيفة ما، بينما يؤكد الطبيب النفسي على مهارات التأقلم، أما الممرض فيعمل على التأكد أن المريض يأخذ العلاج بصفة مستمرة، ومن هذا المنطلق، يتواجد المريض أمام ثلاثة أولويات تداخلية مختلفة، وقد يقدم بالتالي تفضيلا غير مناسباً لواحد على الآخر. وبينما أن هذا الأمر غير واضح، تأتي الحقيقة السريرية أقرب، ولابد من الأخذ في الاعتبار أمر هذه النهج التي تقوم على الفريق.

يُمكن أن تتأثر اتجاهات المريض مع بعض العوامل العقلانية، أو غيرها من العوامل

W. WOLFGANG FLEISCHHACKER

Division of Biological Psychiatry, Medical University Innsbruck, A-6020 Innsbruck, Austria

يقدم الالتزام أو الإذعان - مهما كان التعبير الذي يفضل المرء - للعلاج علاجا به العديد من التحديات، والتي يقدمها كين وآخرون بتفصيل جيد. والدليل الذي تقرأه بين السطور، بالرغم من أنه لم يُذكر بوضوح، هو حقيقة صعوبة دراسة سلوكيات الإذعان. وبعيدا عن وصف مستودعات العقاقير المضادة للذهان، والتي هي بمثابة الطريقة الوحيدة لمراقبة الإذعان للعلاج بشكل موثوق فيه، لا يوجد هناك طريقة سهلة لقياس الالتزام بالعلاج. تشرح هذه المنهجية المعيبة لماذا لم يظهر الكثير من التقدم في العقود السابقة في أمر عمل أسس لسلوكيات الإذعان وفي محددات ضعف الالتزام بالعلاج، وأيضا في إجراء دراسات سريرية - تقوم على معرفة كلا الأمرين - والتي بإمكانها أن تسلط الضوء على نفع التدخلات التي تُعزز من الإذعان للعلاج.

وبعد أن قام كين وآخرون بتلخيص أغلب الدلائل المتعلقة بالأمر، ليس أمامي إلا أن أضيف أو أؤكد عدداً من النقاط: أولا، وبتقدير العوامل التي تضع أمر الإذعان للعلاج في خطر، فبعض الأفكار عن الاتجاهات ناحية اعتبار الضمانات العلاجية؛ فمن الواضح أن اتجاهات المرضى تؤثر وبشدة على سلوكيات الالتزام بالعلاج، إلا أنه لابد أيضا من اعتبار الاتجاهات البيئية الاجتماعية للمريض، والتي تشمل الأقارب والأصدقاء والمرضى الآخرين،

G et al. Schizophrenia: attitudes of patients and professional carers towards the illness and antipsychotic medication. *Pharmacopsychiatry* 2004;37:103-9.

2. Fleischhacker WW, Hofer A, Hummer M. Managing schizophrenia: the compliance challenge, 2nd ed. London: Current Medicine Group, 2007.

DOI 10.1002/wps.20063

أفضل سلوكيات الإذعان، ويقوم كلا العاملين على استراتيجيات الحديث، وهو الذي يُسمى وجود علاقة جيدة بين الطبيب والمريض، وأيضًا توفير معلومات سليمة، ولا بد أن يكون كلا العاملين بمثابة المكونات المستمرة لإدارة المرضى الذين يعانون من اضطرابات نفسية شديدة.

المراجع:

1. Rettenbacher MA, Burns T, Kemmler

تجد أن المريض يتعلم سريعًا لأن يقدم أجوبة متوقعة ومقبولة لبعض الأسئلة مثل، "هل تأخذ الأقراص العلاجية بصفة مستمرة؟"، قد تم اقتراح نهج بديلة، وتشمل هذه بعض الأسئلة مثل، "ماذا تفعل عندما تنسى أخذ العلاج؟" أو "هل تظن أن أخذ العلاج لمدة مطولة من الزمن، بالأمر الضار؟" (2).

تؤكد كل هذه القضايا المقدمة بأعلى، مع القضايا التي قام كين وآخرون باستعراضها، تؤكد الأهمية الرئيسية لعاملين، وذلك لتأكيد

استراتيجيات عملية لتطوير الالتزام بالعلاج والنتائج

**DAWN I. VELLIGAN¹,
MARTHA SAJATOVIC²**

¹Department of Psychiatry, University of Texas Health Science Center, San Antonio, TX;

²Neurological Outcomes Center, University Hospitals Case Medical Center, Cleveland, OH, USA

يقدم كين وآخرون استعراضًا خبيرًا يقوم بتعريف العديد من أسباب مشكلة عدم الالتزام بالعلاج، وأيضًا يصف بعض الوسائل لمخاطبة هذه المشكلة، لكن قد لا يزال الممارسون والفريق العلاجي مترددين في كيفية الشروع في بيئة العلاج اليومي، وما يثير الجدل هو أنه لا بد أن يكون كل فعل يقوم فيه الطبيب بوصف علاج ما للمريض في أثناء حديث المشاركة في صناعة القرار، مصحوبًا بتقييم أمر الالتزام بالعلاج وأيضًا بتقييم التدخلات. إن عدم الالتزام بالعلاج ليس استثناءً بل قاعدة للاضطرابات المتواجدة منذ وقت طويل، حيث يؤخذ العلاج ليمنع ظهور بدايات الأعراض أو حتى تكرارها (1). سنقوم في هذه المقالة بالتركيز على بعض الخطوات العملية التي يمكن أن يتبعها المسئولون والفريق العلاجي والمرضى بغرض تحسين الالتزام بالعلاج والنتائج.

تشمل واحدة من النهج الممكنة ازدياد الحقن بالمصل المضاد للذهان (LAI)، وبينما أن العلاج باستخدام العقاقير ليس النهج الوحيد لمخاطبة أمر الالتزام بالعلاج، هناك العديد من الفوائد من وراء استخدام LAI في سياق المشاركة في صنع القرارات. في حقيقة الأمر، لا يستطيع الأطباء الممارسون وصف العلاج الصحيح والجرعة الصحيحة في ظل عدم الالتزام بالعلاج. لقد اكتشفت دراسة حديثة قامت على مرضى الفصام بالعيادات الخارجية، أنه بينما يعمل كلا من الدعم البيئي المنزلي أو الدعم الدوائي الإلكتروني، على تحسين

أمر الالتزام بالعلاج، إلا أن الأعراض والنتائج لا تزال لم تتغير (2). هناك العديد من التفسيرات لهذه المعلومات، وواحد من هذه التفسيرات مُحزن بشكل كبير؛ ففي ظل غياب معلومات جيدة عما يفعله مرضانا بالعلاج المُقدم لهم، قد تكون القرارات العلاجية التي نقدمها فقيرة جدًا، والتي تشمل وصف زيادات في جرعات لا حاجة إليها وتقديم علاج إضافي أو تغيير العلاج، فقد يكون، مثلاً، زيادة جرعة ما بالأمر الغير ضروري، وذلك إذا حدث أن نسي المريض 30% من جرعته في خلال الأسبوع الذي يسبق زيارته للعيادة.

يمكن أن تُستخدم الـ LAI كوسيلة تفصل بين غياب الفاعلية والالتزام الضعيف بالعلاج، وذلك عندما يبدو أن المريض غير مبالي بما يكفي عن العلاج (3). يبدو أن هناك استخفاف بقيمة استخدام الـ LAI لتحسين المعلومات الخاصة بما تقوم عليه القرارات العلاجية، وخاصة في الولايات المتحدة، حيث يمثل تقديم الـ LAI في الوصفات العلاجية أقل من 10% من تقديم وسائل العلاج المضادة للذهان (4). تشرح الدراسات الصورة طبق الأصل تطورات واضحة في النتائج وانخفاضات في تكاليف العيادات الداخلية مع زيادة العقاقير التي تؤخذ عن طريق الحقن (5)، وتشرح المقالة التي قدمها كين وآخرون لماذا تظهر هذه النتائج السيئة في التجارب العشوائية المحكمة، وبينما ندخل مرحلة جديدة في مجال العناية الصحية، تركز على قيم الخدمات والعناية الفعالة والموثوقة والاحتياج إلى شرح النتائج المتطورة، من المحتمل أنه يوجد هناك دور للتقنيات يعمل على زيادة الاستخدام المناسب للـ LAI لمرضى الفصام، وقد تشمل هذه التقنيات مراقبة الأقران والتحفيزات السريرية أو أنظمة العناية، وذلك بغرض تقليل العوائق أمام إمكانية الدخول على الـ LAI.

هناك العديد من الأسباب وراء الاستخدام

الغير كافي للـ LAI، إلا أن أكثر الأسباب بروزًا هو عدم الراحة التي يواجهها مقدمو الوصفات الطبية عند تقديم عروضاً على وسائل العلاج هذه (6,7). لقد أوضحت التحاليل اللغوية عن العروض الخاصة بالـ LAI في مراكز الصحة النفسية، أوضحت أنه يوجد ضعف في البلاغة اللغوية وغيرها من العلامات الدالة على عدم الراحة من جانب الطبيب الممارس، وأيضًا وجود ميل نحو بدء عرض، وذلك عن طريق الإشارة إلى شكل من أشكال العلاج (تجربة)، بدلا من تقديم فائدة مُحتملة للتعافي (7). من الضروري جدًا أن يحصل الممارسون على تدريب عن كيفية تقديم عروض مناسبة للـ LAI، بطريقة تقوي من التحالف العلاجي، سيعمل هذا الأمر أيضًا على إحداث تقدم في أمر المشاركة في صنع القرارات. تظهر الاستطلاعات الخاصة بالممارسين أن الكثيرين يظنون أنه ينبغي استخدام الـ LAI مع المرضى الذين لا يلتزمون بالعلاج، لكن وللأسف، يُتصف فقط الأفراد الذين يرفضون العلاج في مراكز الصحة النفسية بكونهم لا يلتزمون بالعلاج، في حقيقة الأمر، يمثل الراضون للعلاج والغير راغبين في أخذ علاجهم الذي يؤخذ عن طريق الفم، أو علاج الـ LAI، يمثلون أقلية صغيرة من المرضى الذين يسهل تعريفهم بشكل عادل. يرغب الكثير من المرضى في أخذ علاجهم، إلا أنهم لا يفعلون ذلك بصفة مستمرة بسبب الارتباك أو النسيان أو البصيرة المتأرجحة وأيضًا بسبب المشكلات المنطقية. إن مثل هؤلاء هم الأفراد الذين لا بد من تعريفهم وأن يُقدم لهم تجربة تقوم على الـ LAI، وقد يُساعد وجود قائمة مرجعية بالعلامات التأرجحية التي يشترك فيها الأفراد الذين لا يتلقون الحد الأقصى من الفوائد من العلاج الذي يؤخذ عن طريق الفم، قد يساعد الأطباء الذين يقدمون الوصفات الطبية على تعريف الأفراد الذين قد ينتفعون من الـ LAI، وبينما هناك العديد من الأسباب البعيدة عن

- 2011;47:654-9.
5. Kishimoto T, Nitta M, Borenstein M et al. Long acting injectable vs. oral antipsychotics in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of mirror-image studies. Presented at the 51st Annual Meeting of the American College of Neuropsychopharmacology, Hollywood, December 2012.
 6. Weiden P, Velligan DI, Roma RS et al. Getting to "no": how the perceived threat to the therapeutic alliance posed by longacting injectable antipsychotic therapy negatively influences therapist recommendations. Presented at the 24th Annual US Psychiatric and Mental Health Congress, Las Vegas, November 2011.
 7. Roma RS, Velligan DI, Weiden et al. When the patient's "Yes" is not enough: ethnographic observation of physician resistance when recommending antipsychotic long-acting therapy. Presented at the 24th Annual US Psychiatric and Mental Health Congress, Las Vegas, November 2011.
 8. Velligan DI, Diamond PM, Mintz J et al. The use of individually tailored environmental supports to improve medication adherence and outcomes in schizophrenia. Schizophr Bull 2008;34:483-93.
- DOI 10.1002/wps.20065
- بالجرعة ("هل أخذت العلاج تَوَّ؟": هل أخذت العلاج اليوم؟). من الممكن أيضًا استخدام بعض تطبيقات الهاتف الخليوي لفحص أمر الالتزام بالعلاج كل يوم، وذلك مع القليل من التكلفة.
- ملخص الأمر هو أنه يوجد مقاييس بسيطة وعملية يُمكن استخدامها لتعريف مشكلات الالتزام بالعلاج المُحتملة، ويوجد أيضًا حلول يُمكن تطبيقها في مواضع الصحة النفسية المجتمعية.
- المراجع:**
1. Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR et al. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. J Clin Psychiatry 2002;63:892-909.
 2. Velligan D, Mintz J, Maples N et al. A randomized trial comparing in-person and electronic interventions for improving adherence to oral medication in schizophrenia. Schizophr Bull (in press).
 3. Weiden PJ, Solari H, Kim S et al. Longacting injectable antipsychotics and the management of non-adherence. Psychiatr Ann 2011;41:271-8.
 4. Velligan DI, Medellin E, Draper M et al. Barriers to and solutions for starting a long-acting injection clinic in a community mental health center. Commun Ment Health J

عدم الالتزام بالعلاج، والتي بإمكانها توضيح النتائج الفقيرة، إلا أن هذه العلامات التحذيرية تحتاج أن يقرر الأطباء الذين يقدمون الوصفات الطبية ما إذا كان تقديم الـ LAI أمرًا مناسبًا أم لا، ولا بد أن يجد هذا النظام التعريفي دعمه من المسؤولين.

لا يدرك الكثير من المرضى أن الـ LAI بمثابة وسائل علاج احتمالية، وأنه لم يُقدم لهم أبداً مثل هذه المركبات. لقد كان يُقدم للمرضى في السابق معلومات بسيطة ومساعدة عن إيجابيات وسلبيات الـ LAI بالمقابل مع وسائل العلاج التي تؤخذ عن طريق الفم. ومن الممكن أن يستخدم المختصون بعض المساعدات في عمل القرارات، والتي تركز على هذه القضية أو على المشيرين من الأقران، وقد يعمل هذا الجهد الذي يسبق زيارة الطبيب، على تدعيم حديث المشاركة في صنع القرارات بين الطبيب والمريض أثناء الزيارة.

وفيما يخص التدخلات النفسية لعلاج عدم الالتزام بالعلاج، نجد أن أفضلها هي استخدام التدرجات البيئية لتحفيز أخذ العلاج وخلق عادة سلوكية حول أخذ العلاج الذي يؤخذ عن طريق الفم، وقد قمنا بشرح التقدم الذي حدث في الالتزام بالعلاج والنتائج في العديد من الدراسات، مع استخدام تدريبات التكيف المعرفي (2,8)، يشمل هذا الأمر زيارات منزلية أسبوعية، لتثبيت أجهزة الإنذار الفردية والقوائم المرجعية وأيضاً لترتيب الأمتعة لمساعدة الأفراد ليأخذوا العلاج بصفة دورية. لقد أظهرنا أيضاً أنه يُمكن توصيل المحفزات الفعالة عبر أجهزة إلكترونية، وهذه بإمكانها القضاء على فكرة الزيارات المنزلية (2). ترتبط وبقوة فكرة عد أقرص العلاج بالتقرير الذاتي عن الالتزام بالعلاج، وذلك لطالما أن التقرير الذاتي مُحدد

عدم الالتزام بالعلاج ونتائجه: إدراك طبيعة الانتكاسة

التوقف عن العلاج، بل وقد يحدث تواتر المرض من جديد في خلال أسابيع من بعد التوقف عن العلاج (3)، وما يزيد الأمر سوءاً، أنه لا يوجد هناك علامات تكهنية مبكرة تُساعد المرضى أو مقدمي العناية أو الأطباء السريريين في تعريف الأفراد القريبين من خطر الانتكاسة (4). في حقيقة الأمر، عندما يحدث انتكاسة، غالباً ما تعود الأعراض بشكل مفاجئ وتصل بسرعة إلى مستويات عالية من الشدة، أي أنها لا تظهر بصورة تدريجية (5)، وبمعنى آخر، لا يُحتمل أن يكون النهج الذي يدعو إلى ملاحظة المرضى الذين نتوقع أنهم لا يلتزمون بالعلاج،

العوامل التي قد تُساهم في حدوثه مع المرضى. إن معدلات عدم الالتزام بالعلاج عالية بشكل كبير في هذه الاضطرابات، حيث قد لا يوجد نتائج مباشرة لعدم اكتمال العلاج (1)، مثلاً قد اكتشفت واحدة من الدراسات أن فقط 50% من مرضى ارتفاع ضغط الدم، الذين قد بدؤوا أخذ علاج بالعقاقير، قد استمروا عليه لمدة عام واحد (2)، وهناك خطر أن يُعتبر الفصام من ضمن هذه الفئة، وحيث قد ينجم بعض المرضى من تقطع فترة العلاج لمدة من الزمن وبدون نتائج مضادة، إلا أنه ليس هذا هو الحال مع الغالبية من المرضى؛ فمعدلات الانتكاسة عالية جداً بعد

ROBIN EMSLEY

Department of Psychiatry, Faculty of Medicine and Health Sciences, Stellenbosch University, Tygerberg 7505, Cape Town, South Africa

تثير المقالة التي قدمها كين وآخرون الكثير من الانتباه إلى التحدي الكبير الذي يحمله عدم الالتزام قد تُساهم حالة مرضى اضطرابات الذهان، وأيضاً إلى الاحتياج إلى ابتكار طرق أفضل للتعامل معه.

إن عدم الالتزام بالعلاج أمر شائع في أغلب الحالات الطبية الشديدة، مع وجود الكثير من

- et al. Adherence to prescribed antihypertensive drug treatments: longitudinal study of electronically compiled dosing histories. *BMJ* 2008;336:1114-7.
3. Emsley R, Oosthuizen PP, Koen L et al. Symptom recurrence following intermittent treatment in first-episode schizophrenia successfully treated for 2 years: a 3-year open-label clinical study. *J Clin Psychiatry* 2012;73:e541-7.
 4. Gaebel W, Riesbeck M. Revisiting the relapse predictive validity of prodromal symptoms in schizophrenia. *Schizophr Res* 2007;95:19-29.
 5. Emsley R, Chiliza B, Asmal L et al. The nature of relapse in schizophrenia. *BMC Psychiatry* 2013;13:50.
 6. World Federation of Mental Health. Keeping care complete: caregivers' perspectives on mental illness and wellness. An international survey. World Federation of Mental Health, 2006.
 7. Wiersma D, Nienhuis FJ, Slooff CJ et al. Natural course of schizophrenic disorders: a 15-year followup of a Dutch incidence cohort. *Schizophr Bull* 1998;24: 75-85.
 8. Emsley R, Oosthuizen P, Koen L et al. Comparison of treatment response in second-episode versus first-episode schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol* 2013;33: 80-3.
 9. Drake RJ. Insight into illness: impact on diagnosis and outcome of nonaffective psychosis. *Curr Psychiatry Rep* 2008;10: 210-6.
 10. Winklbaur B, Ebner N, Sachs G et al. Substance abuse in patients with schizophrenia. *Dialogues Clin Neurosci* 2006;8: 37-43.

DOI 10.1002/wps.20067

غير واقعي. أما الاعتبار الثاني فيهتم بإدراك النسب العالية جداً من ظهور حالات مرضية تتسم بإساءة استخدام عقاقير ما، وذلك لدى الأفراد الذين يعانون من اضطرابات ذهانية، وأيضاً الدور العنيف الذي تلعبه في عدم الالتزام بالعلاج (10).

لأبد من تطوّر البرامج النفسية التي تخاطب الالتزام بالعلاج، بحسب هذه الأفكار، وبالأخذ في الاعتبار كلاً من ضعف التبصّر والاحتياج إلى المخابطة الفعالة لسوء استخدام العقاقير، وبالمثل، لأبد من وضع المزيد من الثقة على التدخلات الدوائية التي تعمل على تحسين الالتزام بالعلاج. وهناك دلائل على الاستخدام الشائع لمستودع العقاقير المضادة للذهان، وبصفة خاصة في المراحل المبكرة من المرض، أي عندما يُلاحظ فوائد الاستخدام المتواصل للعلاج.

لكن لم يتم تفسير الإدراك الكبير لمدى وتأثير عدم الالتزام بالعلاج في العديد من التغييرات الواسعة في الممارسات السريرية. لكن يوجد في المواضيع السريرية حول العالم، القليل من التدخلات النفسية الاجتماعية الرسمية التي تخاطب الالتزام بالعلاج، وأن مستودعات العقاقير المضادة للذهان قليلاً ما تُستغل، وغالباً ما تُعتبر، وذلك بعد مرور الكثير من سنوات المرض. أما في سياق وسائل العلاج المتاحة حالياً، يبدو أن جمع مستودعات العقاقير المضادة للذهان مع التدخلات النفسية الاجتماعية المناسبة، يبدو أنه من أفضل الخيارات المتاحة لدينا لمخابطة عدم الالتزام بالعلاج في حالة اضطرابات الذهانية.

المراجع:

1. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M et al. The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *J Clin Psychiatry* 2009;70(Suppl. 4):1-46.
2. Vrijens B, Vincze G, Kristanto P

مع وجود فكرة إدخال علاج إنفاذي عند ظهور أول علامات تواتر المرض، لا يُحتمل أن يكون فعالاً في عالم اليوم.

وبينما لا بد أن تشتمل الأهداف العلاجية في حالة الفصام وغيرها من اضطرابات الذهانية، على بعض المكونات، مثل التسكين والتعافي، إلا أن خطر التأذي والإصابة المرتبط بحدوث انتكاسة يقود إلى حد كبير الاحتياج إلى الالتزام القوي بالعلاج. وبالرغم من أن القليل من الدراسات قامت بتقييم نتائج الانتكاسة، إلا أنها غالباً ما تُعتبر هذه الدراسات بعيدة المدى، مثلاً، لقد ذكر الأفراد الذين يقدمون الرعاية لمرضاها، النتائج التي تلي حدوث انتكاسة، وذلك في استطلاع دولي قام به الاتحاد العالمي للصحة النفسية، وهي عدم القدرة على العمل (72%) والأحتجاز بالمستشفى (69%) ومحاولات الانتحار (22%) والحبس (20%). وأشار هؤلاء أيضاً إلى حدوث الكثير من التشويش في حياتهم الخاصة (61%) وتدهور حالتهم النفسية (54%) والمالية (26%) (6)، وبالإضافة إلى هذه النتائج النفسية الاجتماعية، هناك خطر الإيذاء البيولوجي، وذلك بقدر تطوّر المرض في شكل تعنت العلاج، الذي قد يحدث لدى مجموعة فرعية من المرضى بعد كل انتكاسة (7,8).

وبأخذ كل هذه العوامل معاً، سنجد أنها تشير إلى الاحتياج إلى استراتيجيات جديدة وأكثر فاعلية لمخابطة عدم الالتزام بالعلاج في حالة الذهانية. وكما يشير كين وآخرون، يضع أمر مخابطة عدم الالتزام بالعلاج في حالات اضطرابات الذهانية، الكثير من التحديات؛ ويتطلب اثنان من هذه التحديات انتباهاً شديداً، ويهتم التحدي الأول بضعف البصيرة، وهذه واحدة من أبرز التعبيرات عن اضطرابات الذهانية (9). أما طبيعة داء الذهانية فهي أنه يُضعف قدرة المرء على إدراك وجود المرض والاحتياج إلى علاج وقائي لأجل غير مُسمى – وهذه حقيقة قد لا يدركها الأطباء السريريون دائماً، وبالتالي فإن وضع حمل المسؤولية على عاتق المريض بحيث يقوم بمواصلة الالتزام بالعلاج، أمر

التحدي المستمر لعدم الالتزام بالعقاقير المضادة للذهان

T. SCOTT STROUP, LISA B. DIXON

Department of Psychiatry, Columbia University
College of Physicians and Surgeons, and New York
State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive,
New York, NY 10025, USA

يقدم كين وآخرون استطلاعاً رائعاً عن عدم الالتزام بالعقاقير المضادة للذهان لدى مرضى أطباء الفصام، وبينما يؤكدون على أهمية الالتزام بالعلاج، يعترفون بوجود فجوات كبيرة فيما هو معروف لدينا، والذي يشمل أفضل طرق التقييم، ومنع وإدارة عدم الالتزام بالعلاج، ومع ذلك، يُجادلون - ولهم الحق - لضرورة وجود نهج متعدد الأوجه. ينبغي أن يكون اختيار العلاج نتيجة مشاركة القرار بين الطبيب والمريض في سياق تحالف علاجي قوي، ويهدف إلى الحصول على أهداف أساسها المريض، ومن الضروري أيضاً أن تكون الصفات العلاجية بسيطة وفعالة وبها الحد الأدنى من الآثار الجانبية، أو تلك المحكومة جيداً.

إن الافتراض الضمني في ذلك الاستعراض الذي قدموه، وفي هذه المقالة أيضاً، هو أن العقاقير المضادة للذهان فعالة، وبالتالي فإن الالتزام بالعلاج أمر مرغوب فيه. ومن الآراء البديلة الهامة هي أن فاعلية العقاقير المضادة للذهان مترواحة، بل وضارة في بعض الأحيان، وبالتالي فقد يكون اختيار تجنب العلاج المضاد للذهان، بالأمر العقلاني. يُساعد أمر الالتزام بالعلاج في تحقيق أهداف المريض، إلا أن تعافي المريض قد يأخذ مساراً آخر.

لقد قام كين وآخرون بمراجعة قائمة طويلة من طرق مراقبة الالتزام بالعلاج، واستنتجوا أن الطرق الأكثر استخداماً في الممارسات السريرية غير جديرة بالثقة وتستخف بأمر الالتزام بالعلاج. وهناك نهج آخر إضافي يتوجب علينا ذكره؛ فالقياس المختصر للالتزام بالعلاج (BARS) هو مقياساً صالحاً وآلة نافعة من الناحية السريرية (2) والتي يديرها الأطباء السريريون لتعريف وتحديد مدى الالتزام بالعلاج. ولكي يقوم الطبيب السريري بعمل تقييم BARS، عليه أولاً أن يعرف مدى إدراك المريض عن علاجه، وذلك عن طريق السؤال عن الوصفة العلاجية الموصوفة له، وبعد ذلك يسأل الطبيب السريري عن عدد الأيام في الشهر السابق الذي لم يأخذ فيه دواءه، وأيضاً عدد الأيام التي أخذ فيها جرعة محدودة من العلاج، وبحسب هذه المعلومات، يقدم الطبيب السريري تصنيفاً عالمياً، وذلك باستخدام مقياس التناظر البصري، وذلك ليحصل على نتيجة تتساوى مع النسبة التقديرية من الأقراس التي

تم أخذها في الشهر الأخير. إن الـ BARS هذا وسيلة سريعة وبسيطة بما يكفي للاستخدام السريري؛ فيمكنها تعريف الأفراد الذين لا يلتزمون بالعلاج، وبالتالي فيمكن الانتفاع من التدخلات المتاحة.

لقد قام فريق بحث نتائج الفصام لعام 2009 (PORT) باستعراض تجربة عشوائية مُحكمة (RCT)، قامت باختبار النهج النفسية الاجتماعية لعد الالتزام بالعلاج المضاد للذهان لدى مرضى الفصام، واكتشفت دلائل غير كافية للنصح بتدخلات معينة (3)، لكن قد استنتج PORT لعام 2009 أن التحديد السلوكي والدعم البيئي، مثل العلامات والقوائم المرجعية وغيرها من الإشارات، من الأمور الواعدة. أما استعراض كوشران لعام 2011، فقد أعتبر مدى واسع من نهج التعليم النفسي عن الفصام، والتي تشمل التدخلات التي لا تركز بصورة أولية على الالتزام بالعلاج، مثل التعليم النفسي الأسري، وقد كانت هذه البرامج ترتبط بمستوى منخفض من عدم الالتزام بالعلاج (4).

كثيراً ما تُقدّم العقاقير المضادة للذهان، التي تؤخذ عن طريق الحقن، كحل لعدم الالتزام بالعلاج، إلا أن الدليل الذي يُدعم مثل هذه العقاقير، ضعيف (5). يظن المؤيدون للـ LAI أن السبب الرئيسي وراء فشل الـ RCT في الحصول على فائدة، هو أن مثل هذه الدراسات تميل إلى ألا تشمل الأفراد الذين يُحتمل أن لا يلتزموا بالعلاج. وأن المشكلة الأساسية وراء دراسة فاعلية الـ LAI في الـ RCT هي أنه لا بد أن يخضع الأفراد المسجلون للعلاج المضاد للذهان، وبالتالي فيعمل هذا الأمر على استبعاد الأفراد الذين يُحتمل أن يجدوا نفعاً من الـ LAI (6)). وبالرغم من أن الاقتراح بأنه يمكن تجربة مقارنة وسائل العلاج التي تؤخذ عن طريق الفم مع الـ LAI، يعمل على تعزيز التعميم ويُساعد في توضيح فوائد الـ LAI، إلا أنه لا يتضح بعد كيف يُمكن مخاطبة التحيز الاختياري الضمني والمتوارث في الـ RCT، في تجربة بسيطة وكبيرة في ذات الوقت.

يتم قياس الالتزام بالعلاج على مقياس يتراوح بين الممتاز وحتى عدم الالتزام. ويُمكن أن يؤدي أمر تحسين الالتزام بالعلاج بين الأفراد، وعلى كل مستوياته، إلى نتائج سريرية أفضل، مع احتمال أن تتجه أقصى الفوائد إلى الأفراد ذوي أقل مستويات الالتزام بالعلاج، وقد يكون للتدخلات التي تعمل على تحسين الالتزام عبر المقياس، تأثيراً كبيراً على العبء العالمي للأمراض النفسية، وأيضاً يُحسن من المستوى المعيشي للكثير من الأفراد المتأثرين،

وقد تكون التدخلات المختلفة بالأمر المناسب عند نقاط مختلفة من مقياس الالتزام بالعلاج، وبحسب أسباب الالتزام الضعيف بالعلاج، مثلاً، قد ينتفع الأفراد الذين يغفلون العلاج بين الحين والآخر وبدون قصد منهم، بسبب العوائق المعرفية أو غيرها من العوائق، قد ينتفعوا من بعض السلوكيات التي تشمل الأمور التذكيرية والإشارات. أما الأفراد الذين لا يلتزمون بالعلاج ويترددون في أخذه، فقد يجدوا نفعاً من المقابلات التحفيزية أو الـ LAI أو مركباً يجمع بينهما. والأفراد الذين لا يلتزمون بالعلاج عن قصد، بسبب إما ضعف التبصر أو الحالة الاقتصادية الشخصية للأعراض، أي أن تكون الآثار الجانبية في صالح الأعراض، قد ينتفع هؤلاء من النهج الشاملة والمتعددة الأوجه، والتي تشمل مقابلات تحفيزية وتقنيات المقابلة التي تتناسب مع الأهداف الشخصية والتي قد يساعد العلاج في الوصول إليها (7).

وبينما أن التصميم الصريح للعديد من التدخلات لتحسين الالتزام بالعلاج، هو لتغيير سلوكيات الأفراد الذين يعانون من اضطرابات ذهانية، إلا أن الاحتياج إلى إحداث تغيير في سلوكيات الطبيب الذي يقدم الوصفة الطبية، أمر ضمني؛ فلا بد أن يتذكر الأطباء أن الهدف من العلاج هو التعافي، وليس الالتزام بالعلاج، ولا بد أن يُظهروا تقديرًا لاهتمامات المرضى وتفضيلاتهم، ويقدموا الوصفات الطبية بحسب أفضل الدلائل التجريبية. بالإضافة إلى ذلك، يحتاج الأطباء إلى تقبل أن بعض حالات عدم الالتزام بالعلاج منطقية، حتى في ظل عدم الالتزام به.

في نهاية الأمر، يميل الأطباء والمرضى إلى المبالغة في تقدير مدى التزام المريض بالوصفات الطبية. يُمكن أن تساعد وسيلة ما تم تقييمها سريريًا، مثل الـ BARS، في تعريف الأفراد الذين لا يلتزمون بالعلاج، وبالتالي تقترح تدخلات مناسبة، وقد تساعد التقييمات النظامية لأهداف الأفراد للعلاج، على تكميل مثل هذا التصنيف. تمثل في الوقت الحالي الجهود الخاصة بالأفراد، باستخدام مركبات من التعليم النفسي والمقابلات التحفيزية والوصفات العلاجية البسيطة والفعالة والدعم الأسري والإشارات السلوكية ووسائل العلاج الطويلة الأمد، تمثل كل هذه، أفضل الممارسات لإحداث تقدم في الالتزام بالعلاج، إلا أن الجهود الناجحة لتحسين نتائج الأفراد الذين تم تشخيصهم بالفصام، تتطلب نهج متعدد الأوجه ذات تركيز أوسع من الالتزام بالعلاج بمفرده.

- treatment recommendations and summary statements. Schizophr Bull 2010;36:71-93.
6. Lehman AF, Steinwachs DM. Translating research into practice: the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) treatment recommendations. Schizophr Bull 1998;24:1-10.
7. Amador X. I am not sick, I don't need help. How to help someone with mental illness accept treatment. Peconic: Vida Press, 2007.
- DOI 10.1002/wps.20079
- schizophrenia, 3rd ed. London: Springer, 2012: 65-71.
3. Dixon LB, Dickerson F, Bellack AS et al. The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. Schizophr Bull 2010;36: 48-70.
4. Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 2011(6).
5. Buchanan RW, Kreyenbuhl J, Kelly DL et al. The 2009 schizophrenia PORT psychopharmacological
1. Byerly MJ, Nakonezny PA, Rush AJ. The Brief Adherence Rating Scale (BARS) validated against electronic monitoring in assessing the antipsychotic medication adherence of outpatients with schizophrenia and schizoaffective disorder. Schizophr Res 2008;100:60-9.
2. Goff D, Kreyenbuhl J. Assessing adherence to antipsychotic medications. In: Keefe R (ed). Guide to assessment scales in

هل علينا أن نستمع ونتحدث أكثر مع مرضانا؟

DIETER NABER, MARTIN LAMBERT

Department of Psychiatry and Psychotherapy,
Centre of Psychosocial Medicine, University
Medical Center Hamburg-Eppendorf,
Martinistrasse 52, 20246 Hamburg, Germany

إننا نقضي الكثير من الوقت في بحث ومناقشة الاختلافات بين العديد من العقاقير المضادة للذهان، ونقضي القليل جداً من الوقت في مخاطبة المشكلة الأكثر اتصالاً بالموضوع، بل جديلاً هي الأكبر في ممارساتنا اليومية؛ وهي إدارة عدم التزام مرضانا بالعلاج؛ فينقطع ما بين 20 و40% من مرضانا عن الخدمات الصحية في خلال 12 شهراً، ويتوقف حوالي 40% منهم عن أخذ العلاج مباشرة بعد أول احتجاز بالمستشفى (1)، ويرفض وبشدة حوالي 20% من مرضى النوبة الأولى من الذهان، أخذ العلاج، وهناك 50% من المرضى لم يلتزموا بالعلاج أبداً في خلال 18 شهراً.

إن تقييم وإدارة عدم الالتزام بالعلاج أمر صعب في حقيقة الأمر، وذلك بسبب العديد من العوامل التي تؤثر على اتجاه مرضانا وإرادتهم في اتباع توصياتنا، والتي هي حقيقة فاعلية العلاج وتحملته والتبصر (مع الاحتياج إلى التفرقة بين الضعف المعرفي والإنكار) وخبرة الانطباع الأول مع الطب النفسي وتأثير الشركاء ومقدمي الخدمة وغيرهم الكثير (2).

لكن لم يتحقق ما كنا نرجوه، وهو أن الجيل الثاني من العقاقير المضادة للذهان التي تؤخذ عن طريق الفم، ذات الآثار الجانبية الخارجة عن السبيل الهرمي، سوف تؤدي إلى زيادة كبيرة في أمر الالتزام بالعلاج؛ ولم تظهر أغلب المعلومات تقدماً واضحاً مع وسائل العلاج هذه، مع اعتبار معدلات عدم الالتزام وتوقيت التوقف عن العلاج (3)، وقد يكون أحد الأسباب

أنه لم يتم استغلال تغير هذه العقاقير بشكل كامل. لكن تسمح الاختلافات الكبيرة في ملف الآثار الجانبية، بتمييز العلاج ومخاطبة شكاوي المرضى ومشاكلهم (أيه من الآثار الجانبية لا بد من تجنبها بالكامل، وأي منها لا بد من تحمله). تعمل الجهود التي تسعى إلى أشمال المرضى في هذه القرارات، على تطوير العلاقة العلاجية، وهذه واحدة من أهم العوامل التي تؤثر على الالتزام بالعلاج (2)، وعنصر آخر قد يعمل على تطوير التحالف العلاجي هو تردد الاتصالات، حتى إذا كان الاحتياج "فقط" لأغراض السلامة. إن الاختبارات المعملية الدورية واللازمة من قبل علاج الكلوزابين (دواء يُستخدم لتقليل الأعراض وعلاج الفصام)، قد تكون سبب من أسباب النسب العالية من التزام المرضى بالعلاج مع هذا الدواء (4). وقد يكون الاتصال المتكرر بفريق العلاج ميزة كبرى لاستخدام العقاقير المضادة للعلاج الطويل الأمد، هذا بالإضافة إلى التعريف الصريح لعدم الالتزام بالعلاج في حال إذا لم يأت المريض لأخذ مصل الحقن. ويبدو أن مقاومة استخدام هذه الإعدادات ما يتفكر فيه الأطباء السريريون، وليس المرضى (5).

بالإضافة إلى ذلك، ستعمل أسئلتنا أو تقييماتنا التي تخص جودة حياة المريض أثناء التدوي باستخدام العقاقير المضادة للذهان، على توضيح رغبتنا، ليس فقط في تخفيض الأعراض، بل أيضاً في تحقيق أهداف علاجية طموحة، وليس مدهشاً أن الكثير من الدراسات تؤكد على وجود علاقة بين رفاهية المريض الشخصية ورغبته في مواصلة العقاقير المضادة للذهان (6).

لم تظهر أغلب التجارب العشوائية المحكمة تفوق العقاقير المضادة للعلاج الطويلة الأمد على الإعدادات التي تؤخذ عن طريق الفم، لكن لا

يثير هذا الأمر اندهاشاً حيث أنه لا يمكن كشف الميزة الكبرى لمستودع العلاج في التجارب المزدوجة التعمية أو في التصاميم المشابهة، إلا أنها تتضح فقط في التجارب الطبيعية (2,7). أخيراً، يؤكد مدى تعقد العوامل التي تؤثر على الالتزام بالعلاج وتفاعلها وتغييراتها المستمرة مع مرور الوقت، تؤكد الاحتياج إلى وجود أنظمة متكاملة من العلاج والرعاية، تستهدف الأفراد الذين يعانون من أمراض نفسية شديدة، وأيضاً الأفراد الذين يواجهون خطر الخروج من الخدمة الصحية أو عدم الالتزام بالعلاج (8). وتشمل مثل هذه الأنظمة بصفة عامة، نماذج العناية المركزة بالعيادات الخارجية، مثل إدارة الحالات الشديدة أو العلاج المجتمعي التأكيدي (9). لقد أظهرت أغلب هذه الأنظمة معدلات منخفضة من الخروج من الخدمة وعدم الالتزام بالعلاج (8,10). ونتائج أفضل متعددة الأبعاد (8,10) وانخفاض تكاليف الخدمات (8,10)، وذلك بالمقارنة مع مراكز العناية التقليدية.

المراجع:

1. Tiihonen J, Haukka J, Taylor M et al. A nationwide cohort study of oral and depot antipsychotics after first hospitalization for schizophrenia. Am J Psychiatry 2011;168:603-9.
2. Day JC, Bentall RP, Roberts C et al. Attitudes toward antipsychotic medication: the impact of clinical variables and relationships with health professionals. Arch Gen Psychiatry 2005;62:717-24.
3. Kreyenbuhl J, Slade EP, Medoff DR et al. Time to discontinuation

9. Nord_en T, Malm U, Norlander T. Resource group assertive community treatment (RACT) as a tool of empowerment for clients with severe mental illness: a metaanalysis. Clin Pract Epidemiol Ment Health 2012;8:144-51.
10. Lambert M, Bock T, Sch€ottle D et al. Assertive community treatment (ACT) as part of integrated care versus standard care: a 12- month trial in patients with first- and negatively selected multiple-episode schizophrenia- spectrum disorders treated with quetiapine IR. J Clin Psychiatry 2010;71:1313-23.

being, symptoms, and side effects with compliance after 12 months of treatment in schizophrenia. J Clin Psychiatry 2007;68:75-80.

7. Grimaldi-Bensouda L, Rouillon F, Astruc B et al. Does long acting injectable risperidone make a difference to the real-life treatment of schizophrenia? Results of the cohort study for the general study of schizophrenia. Schizophr Res 2012;134:187-94.
8. Sch€ottle D, Karow A, Schimmelmann BG et al. Integrated care in patients with schizophrenia: results of trials published between 2011 and 2013 focusing on effectiveness and efficiency. Curr Opin Psychiatry 2013;26:384-408.

of first- and second generation antipsychotic medications in the treatment of schizophrenia. Schizophr Res 2011;131:127-32.

4. Mortimer AM, Singh P, Shepherd CJ et al. Clozapine for treatment-resistant schizophrenia: National Institute of Clinical Excellence (NICE) guidance in the real world. Clin Schizophr Relat Psychoses 2010;4:49-55.
5. Heres S, Reichhart T, Hamann J et al. Psychiatrists' attitude to antipsychotic depot treatment in patients with first episode schizophrenia. Eur Psychiatry 2011;26:297-301.
6. Karow A, Czekalla J, Dittmann RW et al. Association of subjective well-

DOI 10.1002/wps.20066

التركيز على استراتيجيات الصحة العامة والأطباء النفسيين لتحسين الالتزام بالعلاج من اضطرابات الذهان

SAEED FAROOQ

Staffordshire University, Black Country Partnership NHS Foundation Trust, Wolverhampton, UK; Postgraduate Medical Institute, Peshawar, Pakistan

قد يكون لزيادة فاعلية تدخلات الالتزام بالعلاج تأثيراً كبيراً على الصحة العامة، أكثر من أيّة تطوّر في وسائل علاج طبية معينة (1)، لكن تركّز المحاضرات التي تتحدث على الالتزام بالعلاج في مجال الصحة النفسية، على المرضى ذي صلة بالأمر، وأيضاً على العوامل العلاجية، وهذا كما يتضح في الاستطلاع العالمي الذي قدمه كين وآخرون، لكن يغفل أمر الحواجز الهيكلية التي تقف أمام الالتزام بالعلاج.

إني أجادل أن هناك احتياج إلى المبادرة بمخاطبة عاملين هامين يرتبطان بأنظمة الصحة، وهما 1- وجود إتاحة للدخول على وسائل العلاج للأربعين مليون فرداً الذين يعانون من الفصام، ويعيشون في الدول المتوسطة الأجور والدول المنخفضة الأجور (LAMI)، و2- تحسين الالتزام بالعلاج عن طريق تطبيق مبادئ توجيهية تقوم على الدليل، وذلك لعلاج الفصام.

تقدّر الفجوة العلاجية للفصام بـ 70%–90% في دول الـ (2) LAMI، حيث يصل متوسط مدة الذهان الغير مُعالج (DUP) في أول نوبة

تُعتبر واحدة من أكثر التدخلات الصحية الفعالة من ناحية التكلفة (4). لم يتم عمل هذه البرامج فقط بسبب النسبة العالية في وفيات مرضى الاضطرابات، مثل داء السل و HIV، بل أيضاً للأمراض الغير معدية، مثل داء السكري.

نحن نؤمن أنه لابد أن تكون المصادر مُتحركة، وذلك حتى يتمكن صندوق الدعم المالي الدولي من تقديم عقاقير مجانية تهدف العامين الأولين من داء الفصام (3,5)، سيساعد هذا الأمر في التغلب على عدم الالتزام بالعلاج أثناء "هذه المرحلة الحرجة" من مسار المرض، والتي هي أقوى العلامات على الضعف والنتائج الطويلة الأمد. يُمكن أن يُقدّم مثل هذا العلاج في برامج شبيهة بالـ DOTS. وقد تم تبني العناصر الأساسية لمراقبة العلاج وإدارته من قبل قريب ما، في حالة الفصام، وقد أظهرت دراسة لإثبات الصحة، أن المرضى الذين يتلقون علاجاً في برنامج علاج الفصام المُراقب في العيادات الخارجية (STOPS) يلتزمون بالعلاج بشكل أفضل، وهذا بالمقارنة مع العلاج المعتاد ($p < 0.02$) وأظهروا نتائج أفضل، فيما يخص الأعراض والأداء، وذلك في خلال عام المتابعة (6).

غالباً ما يُعتبر إساءة الأعراض في حالة اضطرابات الذهان كنتيجة لعدم الالتزام بالعلاج، إلا أن هناك دليل قوي يقول بأن غالباً

إلى 125.0 أسبوعاً (3). لكن يبدو أن الفقر المستوطن في هذه الدول يرتبط بعدم القدرة على الدخول على مراكز العلاج، وقلة الالتزام بالعلاج، وهذا بالطبع باستثناء أغلب مراكز الرعاية المكثفة. لقد ظهر أن ألف دولاراً إضافياً لكل فرد GDPppp في دول الـ LAMI، ترتبط بانخفاض في متوسط الـ DUP لعشرة أسابيع (3)، وذلك في دراسة قامت بفحص الـ DUP وعلاقته بتعادل القوة الشرائية لإجمالي الناتج المحلي (GDPppp).

لقد تم تطبيق استراتيجيات الصحة العامة التي تُسهّل إمكانية الدخول المجاني للمواطنين على المراكز الصحية الخاصة بمجالات طبية أخرى، ففي حالة داء السل مثلاً، يعتبر الالتزام الجزئي بالعلاج أكثر خطورة من عدم أخذ العلاج على الإطلاق، ويعني هذا أنه إذا بدأ العلاج، لابد أن يُكتمل، وبالتالي فقد تبنت برامج التحكم في داء السل حول العالم إستراتيجية تدعى DOTS (directly observed treatment) أي العلاج المُراقب بشكل مباشر). هناك عنصران أساسيان في هذه الإستراتيجية، وهما 1- إمداد مستمر لكل العقاقير اللازمة المضادة للسل، والتي يُدعمها الالتزام الحكومي، و2- وصفات طبية موحدة، وتُقدّم تحت مراقبة. لقد عملت برامج الـ DOTS على تقليص نسبة عدم الالتزام بالعلاج في أغلب الدول النامية، وهي

income (LAMI) countries needs a public health approach. Br J Psychiatry 2013;202:168-9.

6. Farooq S, Nazar Z, Irfan M et al. Schizophrenia treatment adherence in resource poor setting: randomised controlled trial of Supervised Treatment in Outpatients for Schizophrenia (STOPS). Br J Psychiatry 2011;199:467-72.
7. Kinon BJ, Liu-Seifert H, Adams DH et al. Differential rates of treatment discontinuation in clinical trials as a measure of treatment effectiveness for olanzapine and comparator atypical antipsychotics for schizophrenia. J Clin Psychopharmacol 2006;26:632-7.
8. Perkins DO, Gu H, Weiden PJ et al. Predictors of treatment discontinuation and medication nonadherence in patients recovering from a first episode of schizophrenia, schizophreniform disorder, or schizoaffective disorder: a randomized, doubleblind, flexible-dose, multicenter study. J Clin Psychiatry 2008;69:106-13.
9. Weinmann S, Janssen B, Gaebel W. Guideline adherence in medication management of psychotic disorders: an observational multisite hospital study. Acta Psychiatr Scand 2005;112:18-25.

الفصام راکدة منذ العديد من العقود، ويُمكن أن يساعد تحسين الالتزام بالعلاج على تأكيد أن التدخلات المتاحة تُستخدم بأكثر الطرق فاعلية. وأن أخذ الدواء بصفة مستمرة ولعدة سنوات، مع حمل عبء الآثار الجانبية في مرض به الكثير من العار والضعف، ليس بالأمر السهل، وهناك احتياج إلى نهج صحي عام، فيه يُعتبر الالتزام بالعلاج مشكلة النظام الصحي والسياق الاقتصادي الأوسع، وليس فقط الفرد المريض الذي يرفض أخذ العلاج بسبب غياب البصيرة.

المراجع:

1. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N et al. Interventions for enhancing medication adherence. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008:CD000011.
2. Lora A, Kohn R, Levav I et al. Service availability and utilization and treatment gap for schizophrenic disorders: a survey in 50 low- and middle-income countries. Bull WorldHealthOrgan 2012;90:47-54B.
3. Large M, Farooq S, Nielssen O. Duration of untreated psychosis in low and middle income economies: the relationship between GDP and DUP. Br J Psychiatry 2008;193:272-8.
4. World Health Organization. Stop tuberculosis initiative. apps.who.int. 5. Farooq S. Early intervention for psychosis in low and middle

ما يكون الانقطاع المبكر عن العلاج بسبب التحكم الضعيف في الأعراض (7)، وقد أشارت دراسة واحدة إلى أن الانقطاع عن العلاج بسبب عدم تلاؤم التحكم في الأعراض، أمر مُحتمل ثلاثة مرات مثل احتمال الانقطاع عن العلاج بسبب عدم تحمل العلاج، وقد ظهر أن الاكتئاب المستمر وضعف الاستجابة للعلاج، بمثابة علامات مستقلة عن ضعف الالتزام بالعلاج لدى مرضى النوبة الأولى من الذهان (8).

لدى وسائل العلاج الحالية محدوديات معروفة جيداً في التحكم في أعراض الذهان، لكن تظهر الدلائل أن عدم التزام الأطباء السريريون بالمبادئ التوجيهية الخاصة بالعلاج، قد يكون عاملاً مُساعداً في أمر التحكم في الأعراض الغير ملائمة، حتى في أفضل المراكز العلاجية. لقد أظهرت دراسة متعددة المواقع خاصة بمستشفى ما، وتشمل 508 فرداً في ألمانيا، أظهرت أنه يوجد 73% فرداً تلقوا إدارة غير كافية للعقاقير المضادة للذهان، وحوالي 58% من مرضى أعراض الاكتئاب لم يتلقوا علاجاً بحسب المبادئ التوجيهية، وذلك من بين مرضى أعراض الذهان الشديدة. وهناك احتمالات عالية بأن مرضى الذهان الشديد لا يتلقون علاجاً بحسب المبادئ التوجيهية (9)، لكن لا نعرف حتى وقتنا هذا إلى أي مدى يُمكن أن يساهم مثل هذا الالتزام الضعيف بالمبادئ التوجيهية الخاصة بالعلاج، في ضعف إزعان المريض للعلاج، لكن قد يحتاج الأطباء السريريون إلى تشكيل بصيرة في ممارسات الوصفات الطبية التي يقدمونها، كما يتوقعون أن يشكل المريض اتفاقاً مع نصائحهم. لقد كانت التطورات الدوائية في حالة

DOI 10.1002/wps.20068

تحليل تلوى عن التشوهات الأيضية القلبية في حالات الاستخدام الأول للعقاقير والنوبة الأولى والنوبات المتعددة من الفصام بالمقارنة مع ضوابط العامة من السكان

DAVY VANCAMPFORT^{1,2}, MARTIEN WAMPERS¹, ALEX J. MITCHELL^{3,4}, CHRISTOPH U. CORRELL^{5,6}, AMBER DE HERDT², MICHEL PROBST^{1,2}, MARC DE HERT¹

لقد تم عمل تحليل تلوى لفحص مخاطر التشوهات الأيضية القلبية في حالات الاستخدام الأول للعقاقير ومرضى النوبة الأولى وتعدد نوبات الفصام وأيضاً في حالات الضوابط العامة من السكان، فيما يخص تطابق الفئة العمرية والنوع أو التطابق الأترابي. لقد قام بحثنا الأدبي بإنتاج 203 دراسة متعلقة بالأمراض، وقد تم اشتغال 136 منها، وقد جمعت البيانات النهائية على 185.606 مريضاً فريداً من مرضى الفصام، وقدمت 28 دراسة معلومات عن الضوابط العامة من السكان التي تخص تطابق الفئة العمرية والنوع أو التطابق الأترابي ($n=3,898,739$). وقد اكتشفنا أن مرضى النوبات المتعددة من الفصام أمام خطر متزايد للإصابة بالسمنة في منطقة البطن ($OR=4.43; CI=2.52-7.82; p<0.001$) وارتفاع ضغط الدم ($OR=1.36; CI=1.21-1.53; p<0.001$) وانخفاض كثافة كولسترول البروتين الدهني ($OR=2.35; CI=1.78-3.10; p<0.001$) وفرط ثلاثي غليسريد الدم ($OR=2.73; CI=1.95-3.83; p<0.001$) وأعراض التمثيل الغذائي ($OR=2.35; CI=1.68-3.29; p<0.001$) وداء السكري ($OR=1.99; CI=1.55-2.54; p<0.001$). وهذا بالمقارنة مع الضوابط المعروفة. إن مرضى النوبات المتعددة من الفصام أمام خطر متزايد أيضاً وهذا بالمقارنة مع مرضى النوبة الأولى ($p<0.001$) ومرضى الاستخدام الأول للعقاقير ($p<0.001$). فيما يخص الحالات الشاذة المذكورة بأعلى وباستثناء ارتفاع ضغط الدم وداء السكري. تقدم المعلومات خاصتنا المزيد من الدلائل التي تؤيد توصيات الجمعية العالمية للطب النفسي (WPA) فيما يخص المراقبة والمتابعة والتعليم الصحي والتغييرات الحياتية لدى مرضى الفصام.

كلمات مفتاحية: الفصام، التشوهات الأيضية القلبية، أعراض التمثيل الغذائي، السمنة، ارتفاع ضغط الدم، فرط الدهون في الدم، داء السكري، المراقبة، التعليم الصحي، تغييرات حياتية

(عالم الطب النفسي 2013; 250: 240-12)

قام بتبنيها الاتحاد الدولي لداء السكري (36) (IDF) ومنظمة الصحة العالمية (37) (WHO)، تشترك هذه التعريفات في بدايات متشابهة من الأعراض إلا أن السمنة في منطقة البطن أمر مركزي في تعريف الـ IDF. مع وجود بدايات أثنىة محددة لمحيط الوسط (38)، في حين أنه NCEP / ATP ليست فئة إلزامية.

وكشرط أساسي وعلامة للـ CVD بين المجموعات العرقية والنوع والفئة العمرية، يُقدّم الـ MetS فرصة فريدة لتعريف المجموعات من الناس التي أمام خطر متزايد وأيضاً تعريف تطوّر بعض الأسباب الرئيسية للاعتلالات المشتركة والوفيات (29-33).

لقد قمنا بتوضيح، في تحليل تلوى سابق (39)، أن تقريباً مريض من كل ثلاثة مرضى بالفصام غير مختارين، يتوافقون مع معايير الـ MetS. وأن مريض واحد من كل مريضين يتصف بزيادة في الوزن، ومريض من كل خمسة مرضى يعاني من ارتفاع السكر في الدم (فرط جلوكوز الدم) (وهو ما يكفي للتشخيص ببدايات داء السكري)، ويُعاني على الأقل مريض من كل خمسة مرضى بشذوذ في الدهون. لقد اكتشفنا أيضاً أن نسبة خطر الإصابة بالأبيض القلبي في الحالات الأولية من الفصام أقل من حالات الفصام الشديد، ويبدو أن كلا من داء السكري والحالات السابقة لداء السكري، غير مألوفة في المراحل الأولى من المرض، وبصفة خاصة لدى مرضى الاستخدام الأول للعقاقير (40).

وبحسب المعلومات المتوفرة لدينا، لا يوجد هناك تحاليل تلوى يقوم بمقارنة خطر الإصابة بالأبيض القلبي لمرضى الفصام في مراحله المختلفة (بدون علاج، النوبة الأولى، تعدد النوبات) مع ضوابط صحية متطابقة؛ فمن الممكن أن تزيد مثل هذه المعلومات من الوعي عن الحالات التي تُسبب عبء الاعتلالات الصحية والوفيات، وبالتالي تساعد في تحفيز استراتيجيات وقائية وأيضاً الالتزام بوسائل العلاج المقدمة.

لقد أوضحت العديد من الدراسات أن نسبة الوفيات لدى مرضى الفصام، مرتفعة بشكل كبير، وهذا بحسب قياس معدلات الوفيات المعيارية في العامة من السكان (1-11)، ويُترجم هذا الأمر إلى انخفاض يتراوح من 13 إلى 20 عاماً من متوسط العمر المتوقع، وهي فجوة تتسع في العقود الحالية (11-13).

ومن المعروف جيداً أن بعض هذه الزيادة في معدل الوفيات، يسببها الانتحار إلا أن الغالبية العظمى من نسبة الوفيات هذه ترتبط بأسباب طبيعية، مثل الإصابة بالسرطان والأمراض التنفسية وأمراض القلب (13) (CVD-15). تتصل نسب الوفيات المبكرة الناتجة عن الـ CVD بحالة اقتصادية اجتماعية منخفضة (مثل الفقر وسوء التعليم) (8) وبعض العوامل السلوكية (مثل إساءة استخدام الكحوليات والعقاقير وأيضاً بسبب الخمول أو الكسل البدني وعادات غذائية ضارة (16-23) وأيضاً بسبب عوامل إدارية (مثل الآثار الجانبية للعقاقير المضادة للذهان واستخدام عقاقير إضافية وتجزؤ العناية الصحية الجسدية والعقلية وتفاوت جودة العناية الطبية (24-28)).

لقد تم إدخال تعريف أعراض التمثيل الغذائي (MetS)، لمساعدة الأطباء السريريين على التركيز أكثر وتعريف المرضى أمام خطر الإصابة بالـ CVD. يتم تعريف الـ MetS بكونها سمنة في منطقة البطن وارتفاع ضغط الدم وانخفاض كثافة كولسترول البروتين الدهني (HDL) وارتفاع الدهون الثلاثية وزيادة مستوى السكر في الدم (29-33). وترتبط عوامل الخطر المجتمعة هذه بتطوّر الـ CVD، وذلك لدى العامة من السكان.

وبالرغم من أنه قد تم اقتراح العديد من التعريفات للـ MetS، إلا أن التعريف الذي يكثر الاستشهاد به هو تلك التي قدمتها برامج التعليم الوطني عن الكولسترول (NCEP)، أي لوحة معالجة البالغين III (ATP-III) (ومعايير الـ 34,35) (ATP-III (ATP-III-A) التي

وبالتالي فقد كان الهدف الأساسي من التحليل التلوي الحالي هو المقارنة بين خطر الـ MetS والسمنة في منطقة البطن وارتفاع ضغط الدم وزيادة الدهون في الدم وداء السكري، في حالات مرضى الفصام الذين لا يتلقون علاجاً ومرضى النوبة الأولى وتعدد النوبات منه، بالمقابل مع تطابق الفئة العمرية والنوع لدى الأصحاء أو التطابق الأترابي. قمنا أيضاً بتطوير مقارنة في حالات الـ MetS والسمنة عند منطقة البطن وارتفاع ضغط الدم وزيادة الدهون في الدم وداء السكري، وذلك بين مرضى الفصام الغير مُعالج والنوبة الأولى منه وحالات الفصام المتعدد النوبات.

الوسائل

لقد تم عمل الاستطلاع النظامي بحسب معايير بنود التقارير المفضلة للتحاليل التلوية والاستطلاعات النظامية (41) (PRISMA)، وقد كان التركيز على مرضى الفصام، بغض النظر عن الفئة العمرية والحالة السريرية (مرضى العيادات الخارجية أو الداخلية أو بالخلط بينهما). وقد كانت المعايير المتضمنة هي تشخيصات الفصام في DSM-IV (42) (TR-IV) أو في الـ ICD-10 (43) (بالارتباط بالذهان أو بدونه) وأيضاً تشخيصات MetS بحسب الـ ATP-III الغير مُعدلة (34) أو معايير الـ ATP-III-A (35) أو الـ IDF (36) أو منظمة الصحة العالمية (37) (WHO)، وقد قمنا باشتمال دراسات الحالات والشواهد وأيضاً دراسات مقارنة قامت على مجموعات من الناس، مع معايير الفئة العمرية. أما غرض المقارنة مع الضوابط الصحية، فقد قمنا باشتمال فقط التطابق العمري والنوعي أو التطابق الأترابي وفي حالة وجود العديد من الوثائق من نفس الدراسة، قمنا باشتمال فقط أحدث الوثائق ذات أكبر عدد من العينات.

أما ما قد تم استبعاده، فهو الدراسات التي تستخدم تشخيصات الفصام و/أو MetS الغير معيارية، والمقصورة على مرضى ذي CVD معروف، أو تلك المقصورة على الأطفال والمراهقين.

لقد قام باحثان مستقلان (ADH و DV) بالبحث في Medline و PsycINFO Embase و CINAHL، وذلك من بداية قاعدة البيانات وحتى أول مارس عام 2013، وقد أستخدمت الكلمة المفتاحية "الفصام" كثيراً مع مصطلحات مثل "أعراض التمثيل الغذائي" أو "السمنة" أو "دهون" أو "كوليسترول" أو "ارتفاع ضغط الدم" أو "داء السكري". وقد تم عمل كتيبات الأبحاث باستخدام قوائم مرجعية من مقالات مُستردة، وتم أيضاً تلخيص معدلات انتشار الـ MetS والسمنة في منطقة البطن وارتفاع ضغط الدم وزيادة الدهون في الدم وداء السكري، لدى المرضى والأصحاء تم تلخيصها على يد ذات الباحثين المستقلين. قمنا أيضاً بالاتصال ببعض العلماء للحصول على معلومات إضافية وحصلنا على معلومات من 21 مجموعة بحث (أنظر الشكر الخاص).

ولفحص تجانس توزيع حجم الفائدة، قمنا باستخدام أسئلة إحصائية (44)، وعندما يتم الرفض، يكون حجم توزيع الفائدة غير متجانس، مما يعني أن الاختلاف في معدلات انتشار تشوهات الأيض القلبي بين الدراسات أكبر مما يُمكن توقعه، وهذا بحسب الأخطاء في اختبار العينات. لقد كان حجم التأثير المُستخدم في نسبة انتشار كل حالات تشوهات الأيض القلبي قيد البحث، نسبي، إلا أن كل التحاليل التي تم عملها كانت تحوّل النسب إلى لوغاريتمات. وهناك تفضيل للوغاريتمات على النسب، حيث أنه يميل متوسط النسب عبر كل الدراسات إلى الاستخفاف بحجم فترات الثقة حول متوسط النسبة (بسبب ضغط الخطأ المعياري يكون p تقترب من الصفر أو 1)، وأيضاً تُبالغ في تقدير نسبة التردد بين أحجام التأثير. وهذا هو الحال عندما تكون النسب الملحوظة <0.2 أو <0.8

(45)، لكن لتسهيل تفسير هذا الأمر، لقد تم تحويل كل النتائج النهائية إلى نسب. وفي حالة التردد، وعندما تتوافر المعلومات عن اختلافات الوسيط، نقوم باختبار نماذج مختلطة التأثير. لقد اشتركت في هذه التحاليل، العديد من الخصائص الدراسية، والتي تشمل متوسط سن العينة الدراسية ونوع الإعدادات العلاجية (العيادات الخارجية بالمقابل مع العيادات الداخلية) والحالة العلاجية (أخذ العلاج بالمقابل مع السداجة في استخدام العلاج) والحالة المرضية (النوبة الأولى من المرض بالمقابل مع نوبات غير أولية). وقد تم تبني نماذج تأثيرات عشوائية، وذلك عندما أدلت الأسئلة الإحصائية أنه يوجد غياب في التردد واختلافات الوسيط.

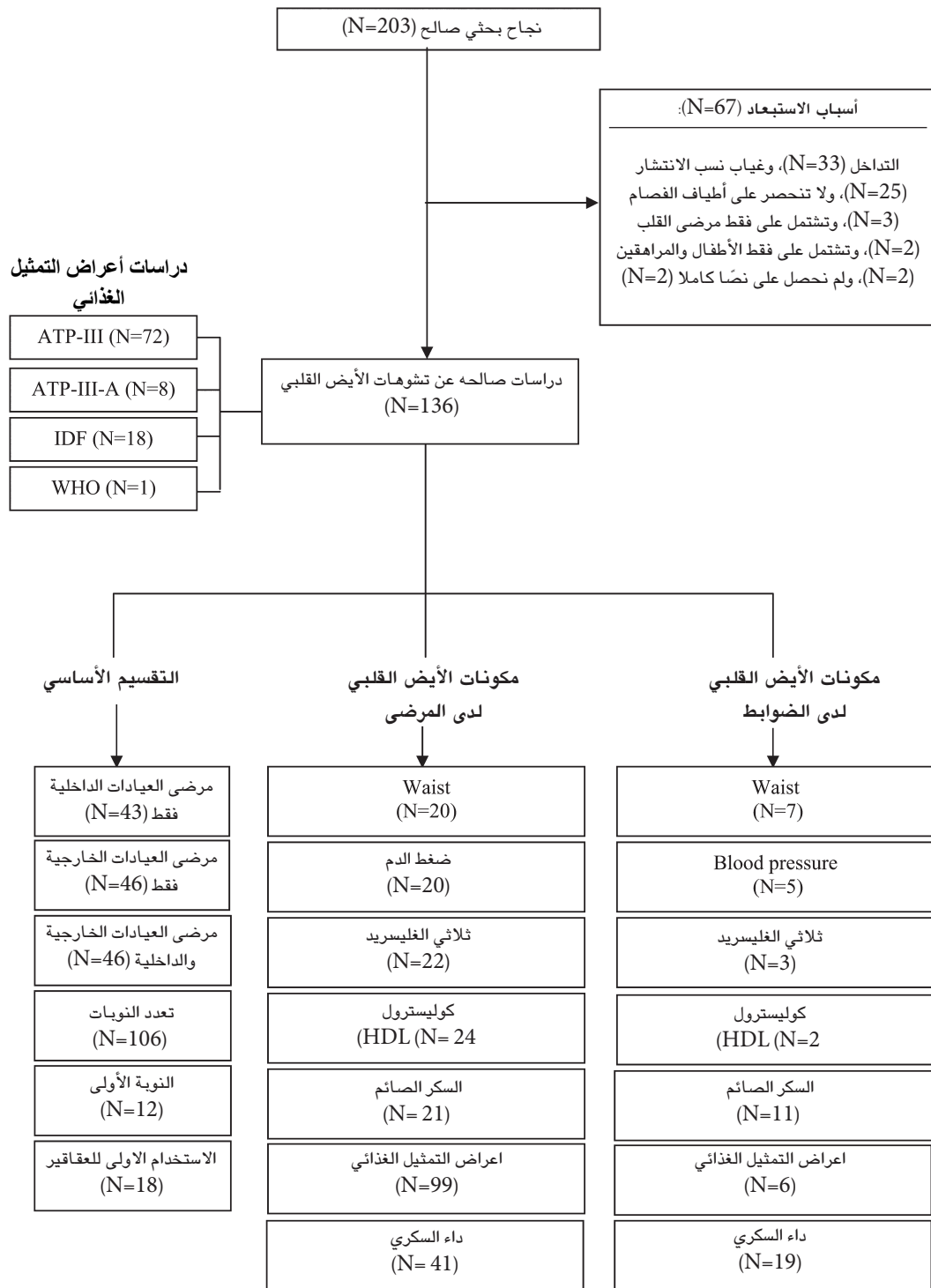
أخيراً قمنا بجمع معلومات من دراسات فردية، وذلك لنتمكن من حساب نسبة التفضيل (OR) واستخدمنا أيضاً اختبارات والد لنقارن بصورة إحصائية مدى انتشار تشوهات الأيض القلبي بين مرضى الفصام (الغير مُعالج والنوبة الأولى وتعدد النوبات) ومجموعة عامة من الأفراد من نفس الفئة العمرية.

النتيجة

لقد قام بحثنا بإنتاج 203 دراسة متعلقة بالأمر وقد تم اشتمال 136 منها. وتجد أسباب استبعاد الدراسات الأخرى موضحة في الشكل رقم 1. وقد اشتملت البيانات الأخيرة على 185,606 مريضاً فريداً من مرضى الفصام، وتم عمل 34 دراسة على مرضى العيادات الداخلية (n= 12,499؛ 59.7% ذكور؛ متوسط العمر 38.9 عاماً)، و46 دراسة على مرضى العيادات الخارجية (n= 12,469؛ 61.0% ذكور؛ متوسط العمر 38.6 عاماً). وقامت اثنتي عشر دراسة بفحص الأفراد الذين يمرضون بأولى نوبات الفصام (n= 2,192؛ 62.0% ذكور متوسط العمر= 28.7 عاماً)، بينما فحصت 18 دراسة مرضى الاستخدام الأول للعقاقير (n= 1,104؛ 61.0% ذكور؛ متوسط العمر= 30.7 عاماً)، (7,51,55,57, 60,63,74,78,89,93,94,103,117,119,122,134,135,138,140,150,152,156,158,165,171,176) لقد تراوحت بيانات النوبة فيما يخص الفئة العمرية والنوع أو معلومات تحكّم التطابق الأترابي بين العامة من الناس (n= 3,898,739)، وذلك في 28 دراسة. إلا أنه قد كان هناك القليل من المعلومات لمقارنة مدى انتشار تشوهات الأيض القلبي بين مرضى النوبة الأولى و/أو مرضى الاستخدام الأول للعقاقير مع الند فيما يخص الفئة العمرية والنوع أو معلومات تحكّم التطابق الأترابي بين العامة من الناس.

وقد أكدت الأسئلة الإحصائية أن توزيع انتشار السمنة في منطقة البطن بين الدراسات الفردية، متماثلة (51) (Q = 994.4؛ p < 0.001). ولدى مرضى الاستخدام الأول من العقاقير (N = 5؛ n = 444؛ متوسط العمر = 28.0 عاماً) نسبة منخفضة من خطر الإصابة بسمنة في منطقة البطن، والتي تصل إلى 50.0% (95% CI = 46.9% - 53.1%)، بالمقابل مع 16.6% (95% CI = 11.2% - 24.0%)، هذا بالمقارنة مع مرضى النوبات المتعددة (N = 46؛ n = 19,043؛ متوسط العمر = 38.6 عاماً). ولدى مرضى النوبات المتعددة (n = 6,632) خطر متزايد للإصابة بشذوذ السمنة، وذلك عند جمع معلومات الدراسات الفردية، وهذا بالمقارنة مع عينات مُحكمة من العامة من الناس (n = 868) (OR = 4.43؛ CI = 2.52 - 7.82؛ p < 0.001). لم يكن هناك ما يكفي من معلومات لمقارنة مرضى النوبة الأولى ومرضى الاستخدام الأول للعقاقير مع ضوابط العامة من الناس.

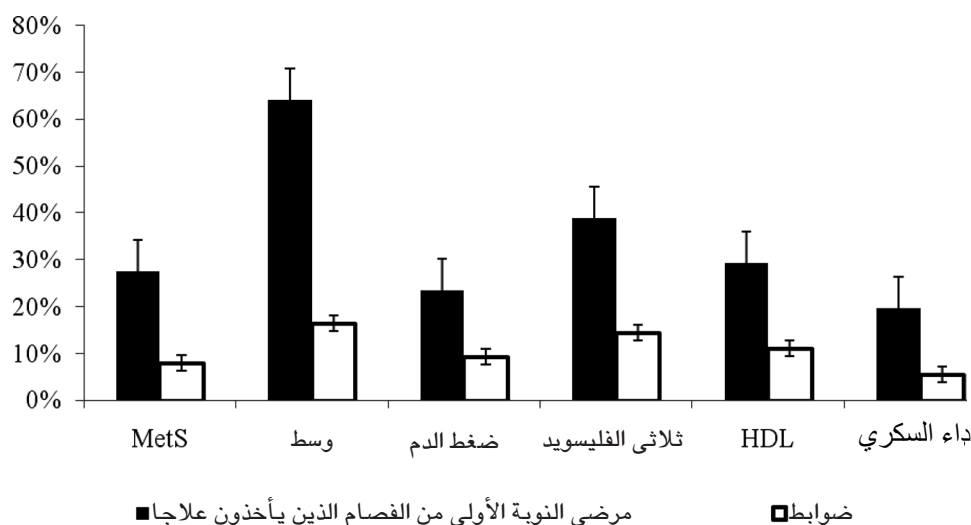
تدل الأسئلة الإحصائية أن توزيع معدلات انتشار ارتفاع ضغط الدم بين الدراسات الشخصية، لم يكن متماثلاً (56) (Q = 12262.5)



شكل رقم ١: نتائج أبحاث جودة تقرير التحليل التلوي (النخبة المختارة). ATP-III - لائحة علاج الناضجين؛ ATP-III-A - لائحة علاج الناضجين III، المنقحة؛ IDF - الاتحاد الدولي لداء السكري؛ WHO - منظمة الصحة العالمية؛ HDL - بروتين دهني عالي الكثافة

65.1%-20.7%؛ N=1؛ n=488؛ 60.0% ذكور؛ متوسط العمر= 26.6 عاماً) ومرضى الاستخدام الأولى للعقاقير (31.6%، CI= 95% 21.3%-44.0%؛ N= 8؛ n= 631؛ 63.0% ذكور متوسط العمر= 28.3 عاماً). وبالمقارنة مع عينات مُحكمة متطابقة من عامة السكان (n= 732.965)، لدى مرضى النوبات المتكررة (n= 2,410) وجد خطر متزايد للإصابة بارتفاع ضغط الدم، وذلك عندما تم جمع معلومات

(p<0.001). وقد قدمت 57 دراسة تقاريراً عن ارتفاع ضغط الدم (n= 113,286؛ 61.9% ذكور متوسط العمر= 38.8 عاماً)، وقد بلغت نسبة انتشار ارتفاع ضغط الدم 36.3% (30.9%-42.1% 95% CI). ولم تختلف (p=0.64) نسبة مرضى النوبات المتعددة (37.3%، CI= 95% 32.5%-42.3%؛ N= 47؛ n= 167؛ 62.0% ذكور، متوسط العمر= 41.7 عاماً) عن مرضى النوبة الأولى (41.1%، CI= 95%



شكل رقم ٢: نظرة عامة على نسبة انتشار تشوهات الأيض القلبي لدى مرضى النوبة الأولى من الفصام الذين يأخذون علاجاً، بالمقابل مع ضوابط تطابق الفئة العمرية والنوع أو التطابق الأترابي. MetS - أعراض التمثيل الغذائي؛ HDL - كولسترول البروتين الشحمي العالي الكثافة

عالية (41.7%، 95% CI = 38.3%-45.2%)، هذا بالمقارنة مع مرضى الاستخدام الأولى للعقاقير ومرضى النوبة الأولى ($p < 0.001$). وبالمقارنة مع العينات المحكّمة من العامة من السكان ($n = 6,016$)، لدى مرضى النوبات المتعددة ($n = 647$) نسبة خطر أعلى للإصابة بمستويات كولسترول HDL منخفض ($OR = 2.35$ ؛ $CI = 1.78$ - 3.10) ($p < 0.001$) ($N = 2$).

وقد أكدت الأسئلة الإحصائية أن توزيع انتشار الـ MetS بين الدراسات الشخصية لم يكن متماثلاً ($Q(106) = 1470.4$ ؛ $p < 0.001$). وقدمت 107 دراسة عن الـ MetS ($n = 28,729$)؛ 60.6% ذكور متوسط العمر = 38.8 عاماً، ووصل معدل الانتشار إلى 31.1% (95% CI = 28.9% - 33.4%). ولم يكن هناك اختلافاً بين مرضى الاستخدام الأولى للعقاقير ($n = 733$ ؛ $N = 11$)؛ 60.0% ذكور متوسط العمر = 29.2 عاماً ومرضى النوبة الأولى ($n = 1,039$ ؛ $N = 6$)؛ 60.1% ذكور؛ متوسط عمر = 30.1 عاماً، ووصلت النسب بالتعاقب إلى 10.0% (95% CI = 7.0% - 14.2%) و15.9% (95% CI = 10.5% - 23.3%). وبالمقابل من هذا، لدى مرضى النوبات المتعددة ($n = 26,957$ ؛ $N = 46$)؛ 60.6% ذكور؛ متوسط العمر = 38.8 عاماً معدلات انتشار عالية (34.2%، 95% CI = 31.95 - 36.6%)، هذا بالمقارنة مع مرضى الاستخدام الأولى للعقاقير ومرضى النوبة الأولى ($p = 0.007$). وبالمقارنة مع العينات المحكّمة المتطابقة من ناحية الفئة العمرية والنوع، أو التطابق الأترابي من العامة من السكان ($n = 6,632$)، لدى مرضى النوبات المتعددة الذين يأخذون علاجاً ($n = 868$) مستويات خطر مرتفعة للإصابة بالـ MetS ($OR = 2.35$ ؛ $CI = 1.68$ - 3.29) ($N = 4$) ($p < 0.001$).

وتؤكد الأسئلة الإحصائية أن توزيع انتشار داء السكري بين الدراسات الشخصية، لم يكن متجانساً ($Q(42) = 3718.8$ ؛ $p < 0.001$). وقد قدمت 41 دراسة تقاريراً عن داء السكري ($n = 161,886$)؛ 61.3% ذكور؛ متوسط العمر = 40.1 عاماً، وقد بلغت نسبة الانتشار 9.0% (95% CI = 7.3% - 11.1%)، ولم يختلف ($p = 0.56$) مرضى النوبات المتعددة ($n = 116,751$ ؛ $N = 29$)؛ 60.0% ذكور؛ متوسط العمر = 43.8 عاماً عن مرضى النوبة الأولى ($n = 1033$ ؛ $N = 5$)؛ 61.0% (95% CI = 5.6% - 13.3%) ($N = 5$) ($p < 0.001$).

الدراسات الشخصية ($OR = 1.36$ ؛ $CI = 1.21$ - 1.53 ؛ $N = 4$) ($p < 0.001$).

وقد أكدت الأسئلة الإحصائية أن توزيع معدلات انتشار فرط ثلاثي غليسريد الدم بين الدراسات الشخصية، لم يكن متماثلاً ($Q(57) = 1641.2$ ؛ $p < 0.001$). وقد أدلت 58 دراسة بتقارير عن معدلات انتشار فرط ثلاثي غليسريد الدم ($n = 20,996$)؛ 61.0% ذكور متوسط العمر = 38.5 عاماً، وقد كانت معدلات انتشار فرط ثلاثي غليسريد الدم 34.5% (95% CI = 30.7% - 38.5%)، لكن لم يكن هناك اختلافاً كبيراً بين مرضى الاستخدام الأولى للعقاقير ($n = 538$ ؛ $N = 7$)؛ 60.8% ذكور؛ متوسط العمر = 27.6 عاماً ومرضى النوبة الأولى ($n = 1,150$ ؛ $N = 5$)؛ 58.0% ذكور متوسط العمر = 30.4 عاماً، مع نسبة انتشار تصل إلى 23.3% (95% CI = 15.4% - 33.6%) و10.5% (95% CI = 5.8% - 18.2%) بالتعاقب. وبالعكس، لدى مرضى النوبات المتعددة ($n = 19,152$ ؛ $N = 46$)؛ 61.2% ذكور متوسط العمر = 41.1 عاماً نسبة انتشار مرتفعة (39.0%، 95% CI = 9.9% - 44.0%)، بالمقارنة مع مرضى الاستخدام الأولى للعقاقير ومرضى تعدد النوبات ($p < 0.001$). وبالمقارنة مع عينات مُحكّمة متطابقة من عامة السكان ($n = 6,016$)، لدى مرضى النوبات المتعددة خطر متزايد للإصابة بفرط ثلاثي غليسريد الدم ($OR = 2.73$ ؛ $CI = 1.95$ - 3.83) ($N = 2$) ($p < 0.001$).

وقد أكدت الأسئلة الإحصائية أن توزيع انتشار مستويات الكولسترول الـ HDL المنخفضة بصورة طبيعية بين الدراسات الفردية لم تكن متماثلة ($Q(57) = 1118.4$ ؛ $p < 0.001$). وقد أدلت 58 دراسة عن مستويات كولسترول HDL منخفضة ($n = 20,907$)؛ 61.2% ذكور متوسط العمر = 38.6 عاماً، وقد وصلت نسبة الانتشار إلى 37.5% (95% CI = 34.3% - 40.8%)، لكن لم يكن هناك اختلافاً كبيراً بين مرضى الاستخدام الأولى للعقاقير ($n = 538$ ؛ $N = 7$)؛ 61.7% ذكور متوسط العمر = 27.5 عاماً ومرضى النوبة الأولى ($n = 1,306$ ؛ $N = 5$)؛ 57.2% ذكور متوسط العمر = 28.5 عاماً، فتصل النسب بالتعاقب إلى 24.2% (95% CI = 17.4% - 32.5%) و16% (95% CI = 10.4% - 23.9%). وبالمقابل، لدى مرضى النوبات المتكررة ($N = 46$)؛ 61.5% ذكور؛ متوسط عمر = 41.2 عاماً نسبة انتشار

ذكور متوسط العمر = 32,4 عاماً) ومرضى الاستخدام الأولى للعقاقير (6,4%؛ 95% CI= 3,2%-12,5%؛ N=5؛ n= 346؛ 66,0% نكور؛ متوسط العمر = 29,2 عاماً). وبالمقارنة مع العينات المحكمة من العامة من الناس (n= 3,891,899)، لدى مرضى النوبات المتعددة (n= 106,720) نسبة خطر مرتفعة للإصابة بداء السكري (OR= 1.99؛ (N= 15؛ 2,54-CI= 1,55 (p<0.001).

يقدم الرسم رقم 2 نظرة عامة على متوسط نسبة انتشار عوامل متغير الأيض القلبي الدقيقة لدى مرضى النوبات المتعددة من الفصام الذين يأخذون علاجاً، بالمقابل مع الضوابط الصحية.

المناقشة:

إن التحليل التلوي هذا، على حد علمنا، هو أول تحليل تلوي يشرح أن مرضى تعدد نوبات الفصام الذين يأخذون علاجاً، أمام خطر يزداد حجمه أربعه مرات، للإصابة بسمنة في منطقة البطن، هذا بالمقارنة مع ضوابط العامة من الناس الذين يتطابقون أترابياً من حيث الفئة العمرية والنوع (OR= 4,43). وقد كانت معدلات الأفضلية لخطر الإصابة بالكوليسترول HDL منخفضة (OR=2,35) والـ (MetS (OR= 2,35 وفرط ثلاثي غليسريد الدم (OR= 2,73)، كانت أكثر من الضعف. وبالمقارنة مع ضوابط العامة من الناس، لدى مرضى تعدد نوبات الفصام أيضاً خطراً مُضاعفاً (بالأفضلية) للإصابة بداء السكري (OR= 1,99)، بينما بلغت نسبة أفضلية ارتفاع ضغط الدم 1.36. عملت أيضاً المعلومات خاصتنا على تأكيد اكتشافات سابقة (40)، وهي أنه لدى مرضى الفصام الشديد والذين يأخذون علاجاً، خطراً متزايداً لأن يتطور لديهم تشوهات الأيض القلبي، هذا بالمقارنة مع مرضى النوبة الأولى الذين لا يأخذون علاجاً. لكن لم يكن هناك اختلافاً كبيراً فيما يخص ضغط الدم وداء السكري، بين مرضى النوبة الأولى الشديدة والذين يأخذون علاجاً والمرضى الذين لا يأخذون علاجاً؛ والتفسير المحتمل لهذا الأمر هو أننا لم نستطع التحكم في استخدام العقاقير المضادة لارتفاع ضغط الدم والعقاقير الخافضة للسكر في الدم.

ليتنا نستطيع الاعتراف بوجود بعض المحدوديات في قاعدة البيانات خاصتنا، التي لا بد من اعتبارها عند تفسير النتائج؛ أولاً، كان هناك بعض المتغيرات، والتي كان من الممكن التحكم فيها بصورة جزئية عن طريق تطبق مراحل المرض. ثانياً، كان هناك عدداً محدوداً جداً من الدراسات التي تقارن مرضى النوبة الأولى الذين لا يأخذون علاجاً مع الضوابط، وبالتالي لم تكن هذه التحاليل ممكنة. ثالثاً، قد كان هناك اختلافاً في حجم العينة الخاصة بالدراسات التي تم اشتغالها. رابعاً، لم نستطع التأقلم على نوع ومدة العقاقير المضادة للذهان. يُمكن أن تساهم العوامل السلوكية والآثار الجانبية الخاصة بالعقاقير المضادة للذهان واستخدام عقاقير إضافية وتجزراً مراكز العناية الصحية (24-28) والعديد من الوسائل المضادة للالتهاب، يُمكن أن يساهم كل هذا، بالإضافة إلى الحالة الاجتماعية والاقتصادية (8) في زيادة خطر الأيض القلبي، الذي يُلاحظ لدى مرضى الفصام (182). لقد أشار ستينير وآخرون (183) في استعراض حديث، إلى أهمية التغييرات التي تحدث في الجهاز المناعي الخاص بمرضى الفصام، ويبدو أن زيادة تركيز الإنترلوكين 1، IL-1) و IL-6 وتحوّل عامل بيتا النمائي، بمثابة علامة على الحالة، في حين أنه يبدو أن المستويات المرتفعة من الـ IL-12 والتداخل على أساس جاما وعامل الفا لنخر الورم ومستقبلات IL-2 القابلة للذوبان بمثابة علامات على صفات معينة خاصة بالفصام. تتدخل أيضاً نظام الخلايا البلعمية أحادية الخلية والتنشيط الدبقي، في مسار المرض المبكر. لقد تم شرح

التقنيات التي تتمكن بواسطتها الوسائط الالتهابية من اختراق مجموعة كبيرة من تشوهات الأيض القلبي، إلا أن أسباب الضعف تجاه الالتهاب الشديد المنخفض الدرجة، لا تزال تضاربي، وبصفة خاصة بينما يرتبط مؤشر كتلة الجسم المرتفع (BMI) والسمنة بنسبة مرتفعة من الالتهاب (182,183).

وحيث أن مرضى الفصام أمام خطر متزايد للإصابة بتشوهات الأيض القلبي، فلا بد من فحصهم، وبصفة مستمرة، للكشف عن عوامل خطر الـ CVD في المراحل الأساسية (184,185)، ويُمكن عمل هذا الأمر عن طريق عمل ملف المخاطر المحتملة، والذي يقوم على اعتبارات عوامل الأيض القلبي (سمنة غير طبيعية والديسليبيديا وارتفاع ضغط الدم وفرط جلوكوز الدم)، لكن أيضاً عن طريق اعتبار تاريخ المريض الشخصي والأسري وتغطية داء السكري وارتفاع الضغط والـ CVD (احتشاء عضلة القلب أو حادث دماغي (أي من المشاكل العديدة والمتعلقة بالمشغ وأوعيته، مثل السكتة الدماغية أو النزيف أو غيره)، والتي تشمل الفئة العمرية عند البداية) وعوامل سلوكية (مثل سوء التغذية والتدخين والكسل الجسدي) (186-189). وينبغي أن يُستخدم ملف المخاطر هذا فيما بعد، كأساس للمراقبة المستمرة واختيار العلاج والإدارة.

وتقترح المبادئ التوجيهية الخاصة بالجمعية العالمية للطب النفسي (WPA) أن المراقبة ينبغي أن تتم في فترة التقديم الأولي وأيضاً قبل أول وصف للعقاقير المضادة للذهان، وأيضاً (لمرضى الاختبارات الأساسية الطبيعية) لا بد أن تُعاد بعد مرور ستة أسابيع (لسكر الدم) وبعد مرور اثني عشر أسبوعاً من بعد بدء العلاج، وبعد ذلك مرة سنوياً لكل التغييرات التي قد تحدث. لكن تم اقتراح تقييم سكر الدم كل ستة أسابيع، وذلك لاستبعاد بدايات داء السكري الشديدة، وذلك في أوروبا وليس في الولايات المتحدة (189). وفي ضوء المعدلات المرتفعة من التشوهات الأيضية، التي تم ملاحظتها في كل المواضع، نحن نقترح أن يشتمل أدنى أشكال المراقبة على محيط الخصر. ولا بد أن تشتمل المراقبة المثلى على ملاحظة السكر الصائم وثلاثي الغليسريد وكوليسترول HDL وهيمجلوبين A1C (HbA1C). لدى الـ HbA1C ميزة بأنها لا تتطلب عينات صائمة لمن يأخذون العقاقير المضادة للذهان، وقد ظهر حديثاً إمكانيته على تعريف المرضى قبل الإصابة بداء السكري وداء السكري الذي لم يُلاحظ في تقييمات السكر الصائم (190,191). بالإضافة إلى ذلك، قد اكتشفت دراسات حديثة أن بروتوكول الاختبارات المثلى للكشف عن داء السكري، كانت بدايات الـ HbA1c >5.7% يليها اختبار تقليدي باستخدام اختبار تحمل السكر عن طريق الفم (OGTT) والسكر الصائم في المرضى الذين يُظهرون نتيجة بالإيجاب (192).

ينبغي على الأطباء النفسيين - وبغض النظر عن الوصفة الطبية - أن يراقبوا ويُخططوا محيط وسط كل مريض من مرضى الفصام عند كل زيارة، ولا بد أيضاً أن يشجعوا المرضى على مراقبة وزنهم (189). وقد أعلنت الجمعية العالمية للطب النفسي أن اختبارات الصحة الجسدية هذه بسيطة ويسهل استخدامها وهي أيضاً ليست باهظة الثمن، وبالتالي يُمكن - بل ولا بد - من استخدامها في أنظمة العناية الصحية في الدول المتقدمة والدول النامية أيضاً. لقد قمنا في دراسة حديثة (193) بشرح أن العلامات السريرية المثلى لداء السكري في الحالات النفسية الشديدة هي BMI ومعدل الخصر/الأرداف والطول والفئة العمرية ومدة المرض. ولم يتمكن عامل سريري واحد أن يحكم باشتغال تشخيص ما لداء السكري، إلا أن هناك ثلاثة متغيرات يُمكن أن تستخدم كاختبار مراقبة أولية (عوامل استبعاد)، وهي الـ BMI ومعدل الوسط/الأرداف والطول. لدى الـ BMI <30 نسبة تصل إلى 92% من قيمة تكهن سلبية في الحكم باستبعاد داء السكري، وللأفراد الغير مرضى بداء السكري، لدى 20% منهم BMI

- analysis. Br J Psychiatry 1997;171:502-8.
4. Casadebaig F, Philippe A. Mortality in schizophrenia patients. 3 years follow-up of a cohort. *Encephale* 1999;25:329-37.
 5. Osby U, Correia N, Brandt L et al. Time trends in schizophrenia mortality in Stockholm county, Sweden: cohort study. *BMJ* 2000;321:483-4.
 6. Rössler W, Salize HJ, van Os J et al. Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005;15:399-409.
 7. Capasso RM, Lineberry TW, Bostwick JM et al. Mortality in schizophrenia and schizoaffective disorder: an Olmsted County, Minnesota cohort: 1950–2005. *Schizophr Res* 2008;98:287-94.
 8. McGrath J, Saha S, Chant D et al. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiol Rev* 2008;30:67-76.
 9. Tiihonen J, Lonnqvist J, Wahlbeck K et al. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet* 2009;374:620-7.
 10. Brown S, Kim M, Mitchell C et al. Twenty-five year mortality of a community cohort with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2010; 196:116-21.
 11. Healy D, Le Noury J, Harris M et al. Mortality in schizophrenia and related psychoses: data from two cohorts, 1875–1924 and 1994–2010. *BMJ Open* 2012;2(5).
 12. Saha S, Chant D, McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:1123-31.
 13. Colton CW, Manderscheid RW. Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. *Prev Chronic Dis* 2006;3:A42.
 14. Brown S, Inskip H, Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2000;177:212-7.
 15. 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.
 16. Koola MM, McMahon RP, Wehring HJ et al. Alcohol and cannabis use and mortality in people with schizophrenia and related psychotic disorders. *J Psychiatr Res* 2012;46:987-93.
 17. Vancampfort D, Knapen J, Probst M et al. Considering a frame of reference for physical activity research related to the cardiometabolic risk profile in schizophrenia. *Psychiatry Res* 2010;177:271-9.
 18. Beary M, Wildgust HJ. A critical review of major mortality risk factors for all-cause mortality in first-episode schizophrenia: clinical and research implications. *J Psychopharmacol* 2012; 26(Suppl. 5):52-61.
 19. Wildgust HJ, Beary M. Are there modifiable risk factors which will reduce the excess mortality in schizophrenia? *J Psychopharmacol* 2010;24(Suppl. 4):37-50.
 20. Vancampfort D, De Hert M, Maurissen K et al. Physical activity participation, functional exercise capacity and self-esteem in patients with schizophrenia. *Int J Ther Rehabil* 2011;18:222-30.
 21. Vancampfort D, Probst M, Sweers K et al. Relationships between obesity, functional exercise capacity, physical activity participation and physical self perception in people with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2011;123:423-30.
 22. Vancampfort D, Probst M, Scheewe T et al. Relationships between physical fitness, physical activity, smoking and metabolic and mental health parameters in people with

HbA1c>30، وبالتالي فهناك اقتراح أن يستخدم الأطباء السريريون OGTT والسكر الصائم والسكر العشوائي عند اختبار داء السكري لدى مرضى الفصام، وبصفة خاصة مرضى النسب العالية من الخطر، وذلك بناءً على العوامل السريرية المذكورة بأعلى.

وبالإضافة إلى المراقبة المثالية والمتابعة، تقترح الجمعية العالمية للطب النفسي (WPA) (189)، أنه يتوجب على الأطباء النفسيين وأطباء التخصصات الأخرى وأطباء العلاج الطبيعي وغيرهم من أعضاء فريق تعدد التخصصات، أن يُثقفوا ويُحفزوا مرضى الفصام على تحسين نمط حياتهم، وذلك عن طريق استخدام التدخلات السلوكية، والتي تشمل التوقف عن التدخين واتخاذ التدابير الغذائية والتمرّن. وقد أظهرنا في دراستين حديثتين متعددة المراكز (194,195) أن الكثير من مرضى الفصام – بالرغم من ليس كلهم – إما غير واعين عن احتياجاتهم إلى تغيير نمط حياتهم، أو أنهم لا يملكون المعرفة أو المهارات اللازمة لعمل التغييرات اللازمة في نمط الحياة، وبالتالي فمن الهام جداً تثقيف أعضاء الأسرة ومقدمي الرعاية عن ازدياد خطر الأيض القلبي لدى مرضى الفصام، وأيضاً تقديم طرق لتخفيف هذا الخطر.

شكر خاص

يتقدم كتاب هذه المقالة بتقديم جليل الشكر إلى الباحثين التاليين، وذلك لتقديمهم معلومات إضافية: هيسكانين وكوبونين، من مستشفى جامعة كوبيو بمدينة كوبيو بفنلندا، وشينغابا، من جامعة بيتسبرج، كلية الطب بمدينة بيتسبرج بولاية بنسلفانيا بالولايات المتحدة الأمريكية، وكوهن، من جامعة تورونتو بكندا، ومير، من جامعة كاليفورنيا، مدينة سان دييجو، وكريلي ولامبيرتي، من جامعة روشستر المركز الطبي، بمدينة نيويورك بالولايات المتحدة الأمريكية، وماكين، من جامعة بيوكاسل، من نيوكاسل وتاين بالمملكة المتحدة، وإيروياتي، من مستشفى جاميس فليتشر، بمدينة نيوكاسل، نيو ساوث والز باستراليا وسانشيز آرانا مورينو، من المستشفى النفسي دي لا ميرسيد، وأوسونا، من إسبانيا معهد دي بريفيدنكا دوس سيرفيدوريس دي إيستادو دي ميناس جيرائيس، وبيلو هوريزونتي، من البرازيل، وأيضاً إيتالين، من معهد الأبحاث الدوائية بريستول ميرز سكيب، بمدينة والينجفورد بالولايات المتحدة الأمريكية والينجفورد، من جامعة مدرسة الصيدلة بميتشجن، وأن أربور، من ميتشجن بالولايات المتحدة، وهونجوين شو، من جامعة تابي الطبية، مدينة تابي بتايوان، وكوهم جيستيليجكي جيزوندheidszorg نورد هولاند نوورد، من هولندا، ومولدر، من جامعة أوترخت ومستشفى ويلهيلمينا آسين، بهولندا، وباتيل، من قسم الطب النفسي بجامعة ماساشوستس، ووريسستر، من ولاية ماساشوستس بالولايات المتحدة، وتاكسس، من جامعة جرونينجن بهولندا، وفوكسان، من مستشفى جامعة مركز زاغريب، بكرواتيا، وشادا، من كل معاهد العلوم الطبية الهندية، وأنصاري نجار، من نيودلهي بالهند، وبينبا، من قسم الطب النفسي بالجامعة العامة جريجوريو مارانون بمدريد بأسبانيا، ورابي جابلونسكا وباويلزك، من الجامعة الطبية لودز ببولندا، وفراجوس من مستشفى جامعة الباسيتي، بمدينة الباسيتي بأسبانيا.

المراجع:

1. Allebeck P. Schizophrenia: a life-shortening disease. *Schizophr Bull* 1989;15:81-9.
2. Newman SC, Bland RC. Mortality in a cohort of patients with schizophrenia: a record linkage study. *Can J Psychiatry* 1991;36: 239-45.
3. Brown S. Excess mortality of schizophrenia. A meta-

- schizophrenia and related disorders – a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull* 2013;39:306-18.
40. Mitchell AJ, Vancampfort D, De Herdt A et al. Is the prevalence of metabolic syndrome and metabolic abnormalities increased in early schizophrenia? A comparative meta-analysis of first episode, untreated and treated patients. *Schizophr Bull* 2013;39: 295-305.
 41. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J et al. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA Statement. *PLoS Med* 2009;6(7):e1000097.
 42. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision – DSM-IV-TR. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
 43. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders – Diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization, 1993.
 44. Begg CB, Mazumdar M. Operating characteristics of a rank correlation test for publication bias. *Biometrics* 1994;50:1088- 101.
 45. Egger M, Davey SG, Schneider M et al. Bias in meta-analysis detected by a simple, graphical test. *BMJ* 1997;315:629-34.
 46. Mukherjee S, Decina P, Bocola V et al. Diabetes mellitus in schizophrenic patients. *Compr Psychiatry* 1996;37:68-73.
 47. Dixon L, Weiden P, Delahanty J et al. Prevalence and correlates of diabetes in national schizophrenia samples. *Schizophr Bull* 2000;26:903-12.
 48. Addington J, Mansley C, Addington D. Weight gain in first episode psychosis. *Can J Psychiatry* 2003;48:272-6.
 49. Heiskanen T, Niskanen L, Lyytikäinen R et al. Metabolic syndrome in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2003; 64:575-9.
 50. Littrell KH, Petty R, Ortega TR et al. Insulin resistance and syndrome X among patients with schizophrenia. Presented at the American Psychiatric Association Annual Meeting, San Francisco, May 2003.
 51. Ryan MCM, Collins P, Thakore JH. Impaired fasting glucose tolerance in first-episode, drug-naïve patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2003;160:284-9.
 52. Subramaniam M, Chong SA, Pek E. Diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in patients with schizophrenia. *Can J Psychiatry* 2003;48:345-7.
 53. Almeras N, Deprès JP, Villeneuve J et al. Development of an atherogenic metabolic risk profile associated with the use of atypical antipsychotics. *J Clin Psychiatry* 2004;65:557-64.
 54. Cohn T, Prud'homme D, Streiner D et al. Characterizing coronary heart disease risk in chronic schizophrenia: high prevalence of the metabolic syndrome. *Can J Psychiatry* 2004;49:753-60.
 55. Curkendall SM, Mo J, Glasser DB et al. Cardiovascular disease in patients with schizophrenia in Saskatchewan, Canada. *J Clin Psychiatry* 2004;65:715-20.
 56. Kato MM, Currier MB, Gomez CM et al. Prevalence of metabolic syndrome in Hispanic and non-Hispanic patients with schizophrenia. *Prim Care Comp J Clin Psychiatry* 2004;6:74-7.
 57. Hung CF, Wu CK, Lin PY. Diabetes mellitus in patients with schizophrenia in Taiwan. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2005;29:523-7.
 58. Mackin P, Watkinson H, Young AH. Prevalence of obesity, glucose homeostasis disorders and metabolic syndrome in psychiatric patients taking typical or atypical antipsychotic drugs: a cross-sectional study. *Diabetologia* 2005;48:215-21.
 59. Pandina G, Greenspan A, Bossie C et al. The metabolic syndrome in patients with schizophrenia. Presented at the schizophrenia. *Psychiatry Res* 2013;207:25-32.
 23. Vancampfort D, Probst M, Knapen J et al. Associations between sedentary behaviour and metabolic parameters in patients with schizophrenia. *Psychiatry Res* 2012;200:73-8.
 24. Mitchell AJ, Lord O. Do deficits in cardiac care influence high mortality rates in schizophrenia? A systematic review and pooled analysis. *J Psychopharmacol* 2010;24(Suppl. 4):69-80.
 25. Tenback D, Pijl B, Smeets H et al. All-cause mortality and medication risk factors in schizophrenia: a prospective cohort study. *J Clin Psychopharmacol* 2012;32:31-5.
 26. De Hert M, Yu W, Detraux J et al. Body weight and metabolic adverse effects of aripiprazole, iloperidone, lurasidone and paliperidone in the treatment of schizophrenia and bipolar disorder: a systematic review and exploratory meta-analysis. *CNS Drugs* 2012;26:733-59.
 27. Manu P, Correll CU, van Winkel R et al. Prediabetes in patients treated with antipsychotic drugs. *J Clin Psychiatry* 2012;73:460- 6.
 28. De Hert M, Detraux J, van Winkel R et al. Metabolic and cardiovascular adverse effects associated with antipsychotic drugs. *Nat Rev Endocrinol* 2011;8:114-2.
 29. Kurdyak P, Vigod S, Calzavara A et al. High mortality and low access to care following incident acute myocardial infarction in individuals with schizophrenia. *Schizophr Res* 2012;142:52-7.
 30. Gami AS, Witt BJ, Howard DE et al. Metabolic syndrome and risk of incident cardiovascular events and death: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *J Am Coll Cardiol* 2007;49:403-14.
 31. Galassi A, Reynolds K, He J. Metabolic syndrome and risk of cardiovascular disease: a meta-analysis. *Am J Med* 2006;119:812-9.
 32. Bayturan O, Tuzcu EM, Lavoie A et al. The metabolic syndrome, its component risk factors, and progression of coronary atherosclerosis. *Arch Intern Med* 2010;170:478-84.
 33. Mottillo S, Filion KB, Genest J et al. The metabolic syndrome and cardiovascular risk: a systematic review and meta-analysis. *J Am Coll Cardiol* 2010;56:1113-32.
 34. Expert Panel on Detection and Evaluation of High Blood Cholesterol in Adults. Executive summary of the third report of the expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA* 2001;285:2486-97.
 35. Grundy SM, Cleeman JJ, Daniels RS et al. Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. *Circulation* 2005;112:2735-52.
 36. Alberti KG, Zimmet P, Shaw P. The metabolic syndrome, a new worldwide definition. A consensus statement from the International Diabetes Federation. *Diabet Med* 2006;23:469-80.
 37. World Health Organization Consultation. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva: World Health Organization, 1999.
 38. Alberti KG, Eckel RH, Grundy SM et al. A joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. *Circulation* 2009;120:1640-5.
 39. Mitchell AJ, Vancampfort D, Sweers K et al. Prevalence of metabolic syndrome and metabolic abnormalities in

77. Sanchez-Ara~na T, Touri~no R, Hernandez JL et al. Prevalence of the metabolic syndrome among schizophrenic patients hospitalized in the Canary Islands. *Actas Esp Psiquiatr* 2007;35:359-67.
78. Spelman LM, Walsh PI, Sharifi N et al. Impaired glucose tolerance in first-episode drug-naïve patients with schizophrenia. *Diabet Med* 2007;24:481-5.
79. Srisurapanont M, Likhitsathian S, Boonyanaruthee V et al. Metabolic syndrome in Thai schizophrenic patients: a naturalistic one-year follow-up study. *BMC Psychiatry* 2007;23:7-14.
80. Suvisaari JM, Saarni SI, Perälä J et al. Metabolic syndrome among persons with schizophrenia and other psychotic disorders in a general population survey. *J Clin Psychiatry* 2007;68: 1045-55.
81. Teixeira PJR, Rocha FL. The prevalence of metabolic syndrome among psychiatric inpatients in Brazil. *Rev Bras Psiquiatr* 2007; 29:330-6.
82. Tirupati S, Chua LE. Body mass index as a screening test for metabolic syndrome in schizophrenia and schizoaffective disorders. *Australas Psychiatry* 2007;15:470-3.
83. Boke O, Aker S, Sarisoy G et al. Prevalence of metabolic syndrome among inpatients with schizophrenia. *Int J Psychiatry Med* 2008;38:103-12.
84. Correll CU, Frederickson AM, Kane JM. Equally increased risk for metabolic syndrome in patients with bipolar disorder and schizophrenia treated with second generation antipsychotics. *Bipolar Disord* 2008;10:788-98.
85. Cerit C, Özten E, Yildiz M. The prevalence of metabolic syndrome and related factors in patients with schizophrenia. *Turk J Psychiatry* 2008;19:1-8.
86. De Hert M, Schreurs V, Sweers K et al. Typical and atypical antipsychotics differentially affect long-term incidence rates of the metabolic syndrome in first-episode patients with schizophrenia: a retrospective chart review. *Schizophr Res* 2008;101: 295-303.
87. De Hert M, Falissard B, Mauri M et al. Epidemiological study for the evaluation of metabolic disorders in patients with schizophrenia: the METEOR study. *Eur Neuropsychopharmacol* 2008; 18(Suppl. 4):S444.
88. Ellingrod VL, Miller DD, Taylor SF et al. Metabolic syndrome and insulin resistance in schizophrenia patients receiving antipsychotics genotyped for the methylenetetrahydrofolate reductase (MTHFR) 677C/T and 1298A/C variants. *Schizophr Res* 2008;98:47-54.
89. Graham KA, Cho H, Brownley KA et al. Early treatment-related changes in diabetes and cardiovascular disease risk markers in first episode psychosis subjects. *Schizophr Res* 2008;101:287-94.
90. Hanssens L, van Winkel R, Wampers M et al. A cross-sectional evaluation of adiponectin plasma levels in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Res* 2008;106: 308-14.
91. Kahn RS, Fleischacker WW, Boter H et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: an open randomised clinical trial. *Lancet* 2008;371:1085-97.
92. Rabe-Jabłońska J, Pawełczyk T. The metabolic syndrome and its components in participants of EUFEST. *Psychiatr Pol* 2008;42: 73-85.
93. Saddichha S, Manjunatha N, Ameen S et al. Metabolic syndrome in first episode schizophrenia – a randomized doubleblind controlled, short-term prospective study. *Schizophr Res* 2008;101:266-72.
94. Sengupta S, Parrilla-Escobar MA, Klink R et al. Are metabolic indices different between drug-naïve first-episode psychosis patients and healthy controls? *Schizophr Res* 2008;102:329-36.
95. American Psychiatric Association Annual Meeting, New York City, May 2004.
60. McEvoy JP, Meyer JM, Goff DC et al. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia: baseline results from the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) schizophrenia trial and comparison with national estimates from NHANES III. *Schizophr Res* 2005;80: 19-32.
61. Saari KM, Lindeman SM, Viilo KM et al. A 4-fold risk of metabolic syndrome in patients with schizophrenia: the northern Finland 1966 birth cohort study. *J Clin Psychiatry* 2005;66: 559-63.
62. Bermudes RA, Keck PE, Welge JA. The prevalence of the metabolic syndrome in psychiatric inpatients with primary psychotic and mood disorders. *Psychosomatics* 2006;47:491-7.
63. Carney CP, Jones L, Woolson RF. Medical comorbidity in women and men with schizophrenia: a population-based controlled study. *J Gen Intern Med* 2006;21:1133-7.
64. Correll CU, Frederickson AM, Kane JM et al. Metabolic syndrome and the risk of coronary heart disease in 367 patients treated with second-generation antipsychotic drugs. *J Clin Psychiatry* 2006;67:575-83.
65. Hagg S, Lindblom Y, Mjølndal T et al. High prevalence of the metabolic syndrome among a Swedish cohort of patients with schizophrenia. *Int Clin Psychopharmacol* 2006;21:93-8.
66. Lamberti JS, Olson D, Crilly JF et al. Prevalence of the metabolic syndrome among patients receiving clozapine. *Am J Psychiatry* 2006;7:1273-6.
67. Wu RR, Zhao JP, Liu ZN et al. Effects of typical and atypical antipsychotics on glucose-insulin homeostasis and lipid metabolism in first-episode schizophrenia. *Psychopharmacology* 2006; 186:572-8.
68. Attux C, Quintana MI, Chavez AC. Weight gain, dyslipidemia and altered parameters for metabolic syndrome on first episode psychotic patients after six-month follow-up. *Rev Bras Psiquiatr* 2007;29:346-9.
69. Birkenaes AB, Opjordsmoen S, Brunborg C et al. The level of cardiovascular risk factors in bipolar disorder equals that of schizophrenia: a comparative study. *J Clin Psychiatry* 2007;68: 917-23.
70. Bobes J, Arango C, Aranda P et al. Cardiovascular and metabolic risk in outpatients with schizophrenia treated with antipsychotics: results of the CLAMORS Study. *Schizophr Res* 2007; 90:162-73.
71. De Hert M, Hanssens L, Wampers M et al. Prevalence and incidence rates of metabolic abnormalities and diabetes in a prospective study of patients treated with second-generation antipsychotics. *Schizophr Bull* 2007;33:560.
72. Kurt E, Altınbas K, Alatas G et al. Metabolic syndrome prevalence among schizophrenic patients treated in chronic inpatient clinics. *Psychiatry in Turkey* 2007;9:141-5.
73. L'Italiani GJ, Casey DE, Kan HJ. Comparison of metabolic syndrome incidence among schizophrenia patients treated with aripiprazole versus olanzapine or placebo. *J Clin Psychiatry* 2007; 68:1510-6.
74. Mackin P, Bishop D, Watkinson. A prospective study of monitoring practices for metabolic disease in antipsychotic-treated community psychiatric patients. *BMC Psychiatry* 2007;7:28.
75. Mulder H, Franke B, van der Aart-van der Beek A et al. The association between HTR2C gene polymorphisms and the metabolic syndrome in patients with schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol* 2007;27:338-43.
76. Saddichha S, Ameen S, Akhtar S. Incidence of new onset metabolic syndrome with atypical antipsychotics in first episode schizophrenia: a six-week prospective study in Indian female patients. *Schizophr Res* 2007;95:247.

- 2009;111:9-16.
113. Perez-Iglesias R, Mata I, Pelayo-Teran JM et al. Glucose and lipid disturbances after 1 year of antipsychotic treatment in a drug-naïve population. *Schizophr Res* 2009;107:115-21.
114. Rezaei O, Khodaie-Ardakani MR, Mandegar MH. Prevalence of metabolic syndrome among an Iranian cohort of inpatients with schizophrenia. *Int J Psychiatry Med* 2009;39:451-62.
115. Shi L, Ascher-Svanum H, Chiang YJ et al. Predictors of metabolic monitoring among schizophrenia patients with a new episode of second-generation antipsychotic use in the Veterans Health Administration. *BMC Psychiatry* 2009;9:80.
116. Steylen PMJ, van der Heijden FFMA, Verhoeven WMA et al. Metabool syndroom bij de behandeling van clozapine. *PW Wetenschappelijk Platform* 2009;3:96-100.
117. Verma SK, Subramaniam M, Liew A et al. Metabolic risk factors in drug-naïve patients with first-episode psychosis. *J Clin Psychiatry* 2009;70:997-1000.
118. Bisconer SW, Harte BMB. Patterns and prevalence of metabolic syndrome among psychiatric inpatients receiving antipsychotic medications: implications for the practicing psychologist. *Prof Psychol Res Pr* 2010;41:244-52.
119. Bresee LC, Majumdar SR, Patten SB et al. Prevalence of cardiovascular risk factors and disease in people with schizophrenia: a population-based study. *Schizophr Res* 2010;117:75-82.
120. Chiu CC, Chen CH, Chen BY et al. The time-dependent change of insulin secretion in schizophrenic patients treated with olanzapine. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2010;34:866-70.
121. Correll CU, Druss BG, Lombardo I et al. Findings of a U.S. national cardiometabolic screening program among 10,084 psychiatric outpatients. *Psychiatr Serv* 2010;61:892-8.
122. Fountoulakis KN, Siamouli M, Panagiotidis P et al. Obesity and smoking in patients with schizophrenia and normal controls: a case-control study. *Psychiatry Res* 2010;176:13-6.
123. De Hert M, Mittoux A, He Y et al. Metabolic parameters in the short- and long-term treatment of schizophrenia with sertindole or risperidone. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2011;261:231-9.
124. Fan X, Liu EY, Freudenreich O. Higher white blood cell counts are associated with an increased risk for metabolic syndrome and more severe psychopathology in non-diabetic patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2010;118:211-7.
125. Ferreira L, Belo A, Abreu-Lima C. A case-control study of cardiovascular risk factors and cardiovascular risk among patients with schizophrenia in a country in the low cardiovascular risk region of Europe. *Rev Port Cardiol* 2010;29:1481-93.
126. Kim EY, Lee NY, Kim SH et al. Change in the rate of metabolic syndrome in patients with schizophrenia and bipolar disorder in the course of treatment. Presented at the 4th Biennial Conference of the International Society for Bipolar Disorders, Sao Paulo, March 2010.
127. Krane-Gartiser K, Breum L, Gl€umer C et al. Prevalence of the metabolic syndrome in Danish psychiatric outpatients treated with antipsychotics. *Nordic J Psychiatry* 2011;65:345-52.
128. Kumar A, Tripathi A, Dalal P. Study of prevalence of metabolic syndrome in drug naïve outdoor patients with schizophrenia and bipolar-I disorder. *Indian J Psychiatry* 2009;51:132.
95. Schorr SG, Lucas M, Slooff CJ et al. The prevalence of metabolic syndrome in schizophrenic patients in the Netherlands. *Schizophr Res* 2008;102(Suppl. 2):241.
96. Suvisaari J, Per€äl€a J, Saarni SI et al. Type 2 diabetes among persons with schizophrenia and other psychotic disorders in a general population survey. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2008;258: 129-36.
97. van Winkel R, van Os J, Celic I et al. Psychiatric diagnosis as an independent risk factor for metabolic disturbances: results from a comprehensive, naturalistic screening program. *J Clin Psychiatry* 2008;69:1319-27.
98. Bai YM, Chen TT, Yang WS et al. Association of adiponectin and metabolic syndrome among patients taking atypical antipsychotics for schizophrenia: a cohort study. *Schizophr Res* 2009; 11:1-8.
99. Basu R, Thimmaiah TG, Chawla JM et al. Changes in metabolic syndrome parameters in patients with schizoaffective disorder who participated in a randomized, placebo-controlled trial of topiramate. *Asian J Psychiatry* 2009;2:106-11.
100. Bod_en R, Haenni A, Lindstr€om L et al. Biochemical risk factors for development of obesity in first-episode schizophrenia. *Schizophr Res* 2009;115:141-5.
101. Bernardo M, Ca~nas F, Banegas JR et al. Prevalence and awareness of cardiovascular risk factors in patients with schizophrenia: a cross-sectional study in a low cardiovascular disease risk geographical area. *Eur Psychiatry* 2009;24:431-41.
102. Brunero S, Lamont S, Fairbrother G. Prevalence and predictors of metabolic syndrome among patients attending an outpatient clozapine clinic in Australia. *Arch Psychiatr Nurs* 2009;23:261-8.
103. Chien IC, Hsu JH, Lin CH et al. Prevalence of diabetes in patients with schizophrenia in Taiwan: a population-based National Health Insurance study. *Schizophr Res* 2009;111:17-22.
104. Gulzar M, Rafiq A, OCuill M. Prevalence of metabolic syndrome in elderly schizophrenic patients in Ireland. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2009;259(Suppl. 1):S85.
105. Hatata H, El-Gohary G, Abd-Elsalam M et al. Risk factors of metabolic syndrome among Egyptian patients with schizophrenia. *Curr Psychiatry* 2009;16:85-95.
106. Huang MC, Lu ML, Tsai CJ et al. Prevalence of metabolic syndrome among patients with schizophrenia or schizoaffective disorder in Taiwan. *Acta Psychiatr Scand* 2009;120:274-80.
107. Lin CC, Bai YM, Wang YC et al. Improved body weight and metabolic outcomes in overweight or obese psychiatric patients switched to amisulpride from other atypical antipsychotics. *J Clin Psychopharmacol* 2009;29:529-36.
108. Medved V, Kuzman MR, Jovanovic N et al. Metabolic syndrome in female patients with schizophrenia treated with second generation antipsychotics: a 3-month follow-up. *J Psychopharmacol* 2009;23:915-22.
109. Meyer JM, Rosenblatt LC, Kim E. The moderating impact of ethnicity on metabolic outcomes during treatment with olanzapine and aripiprazole in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2009;70:318-25.
110. Mulder H, Cohen D, Scheffer H et al. HTR2C gene polymorphisms and the metabolic syndrome in patients with schizophrenia: a replication study. *J Clin Psychopharmacol* 2009;29: 16-20.
111. Oyekcin DG. The frequency of metabolic syndrome in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Anatolian J Psychiatry* 2009;10:26-33.
112. Patel JK, Buckley PF, Woolson S et al. Metabolic profiles of second-generation antipsychotics in early psychosis: findings from the CAFE study. *Schizophr Res*

- and prevalence rates of metabolic syndrome in military veterans with serious mental illness. *PLoS One* 2011;6:e19298.
147. Lee NY, Kim SH, Jung DC et al. The prevalence of metabolic syndrome in Korean patients with schizophrenia receiving a monotherapy with aripiprazole, olanzapine or risperidone. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2011;35:1273-8.
 148. Mai Q, Holman CD, Sanfilippo FM et al. Mental illness related disparities in diabetes prevalence, quality of care and outcomes: a population-based longitudinal study. *BMC Med* 2011;9:118.
 149. Nuevo R, Chatterji S, Fraguas D et al. Increased risk of diabetes mellitus among persons with psychotic symptoms: results from the WHO World Health Survey. *J Clin Psychiatry* 2011;72:1592-9.
 150. Phutane VH, Tek C, Chwastiak L et al. Cardiovascular risk in a first-episode psychosis sample: a 'critical period' for prevention? *Schizophr Res* 2011;127:257-61.
 151. Roshdy R. Prevalence of metabolic syndrome in patients with schizophrenia. *Middle East Curr Psychiatry* 2011;18:109-17.
 152. Subashini R, Deepa M, Padmavati R et al. Prevalence of diabetes, obesity, and metabolic syndrome in subjects with and without schizophrenia (CURES-104). *J Postgrad Med* 2011;57:272-7.
 153. Van Der Heijden F, Steylen P, Kok H et al. Low rates of treatment of cardiovascular risk factors in patients treated with antipsychotics. *Eur Psychiatry* 2011;26(Suppl. 1):1522.
 154. Vargas TS, Santos ZE. Prevalence of metabolic syndrome in schizophrenic patients. *Scientia Medica* 2011; 21:4-8.
 155. Yaziki MK, Anil Ya_gcio_glu AE, Ertu_grul A et al. The prevalence and clinical correlates of metabolic syndrome in patients with schizophrenia: findings from a cohort in Turkey. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2011;261:69-78.
 156. Zhang R, Hao W, Pan M et al. The prevalence and clinical demographic correlates of diabetes mellitus in chronic schizophrenic patients receiving clozapine. *Hum Psychopharmacol* 2011;26:392-6.
 157. Bense~nor IM, Brunoni AR, Pilan LA et al. Cardiovascular risk factors in patients with first-episode psychosis in S~ao Paulo, Brazil. *Gen Hosp Psychiatry* 2012;34:268-75.
 158. Beumer W, Drexhage RC, De Wit H et al. Increased level of serum cytokines, chemokines and adipokines in patients with schizophrenia is associated with disease and metabolic syndrome. *Psychoneuroendocrinology* 2012;37:1901-11.
 159. Centorrino F, Masters GA, Talamo A et al. Metabolic syndrome in psychiatrically hospitalized patients treated with antipsychotics and other psychotropics. *Hum Psychopharmacol* 2012;27:521-6.
 160. Cheng C, Chiu HJ, Loh el-W et al. Association of the ADRA1A gene and the severity of metabolic abnormalities in patients with schizophrenia. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2012;36:205-10.
 161. Ellingrod VL, Taylor SF, Dalack G et al. Risk factors associated with metabolic syndrome in bipolar and schizophrenia subjects treated with antipsychotics: the role of folate pharmacogenetics. *J Clin Psychopharmacol* 2012;32:261-5.
 162. Fleischhacker WW, Siu CO, Bod_en R et al. Metabolic risk factors in first episode schizophrenia: baseline prevalence and course analyzed from the European first episode schizophrenia trial (EUFEST). *Int J Neuropsychopharmacol* 2013;16:987-95.
 129. Larsen JT, Fagerquist M, Holdrup M et al. Metabolic syndrome and psychiatrists' choice of follow-up interventions in patients treated with atypical antipsychotics in Denmark and Sweden. *Nordic J Psychiatry* 2011;65:40-6.
 130. Lin CC, Bai YM, Chen JY et al. Easy and low-cost identification of metabolic syndrome in patients treated with second-generation antipsychotics: artificial neural network and logistic regression models. *J Clin Psychiatry* 2010;71:225-34.
 131. Maslov B, Marcinko D, Milicevic R et al. Metabolic syndrome, anxiety, depression and suicidal tendencies in post-traumatic stress disorder and schizophrenic patients. *Coll Antropol* 2010; 33:7-10.
 132. Maayan LA, Vakhrusheva J. Risperidone associated weight, leptin, and anthropometric changes in children and adolescents with psychotic disorders in early treatment. *Hum Psychopharmacol* 2010;25:133-8.
 133. Nielsen J, Skadhede S, Correll CU. Antipsychotics associated with the development of type 2 diabetes in antipsychotic-naïve schizophrenia patients. *Neuropsychopharmacology* 2010;35:1997-2004.
 134. Okumura Y, Ito H, Kobayashi M et al. Prevalence of diabetes and antipsychotic prescription patterns in patients with schizophrenia: a nationwide retrospective cohort study. *Schizophr Res* 2010;119:145-52.
 135. Padmavati R, McCreddie RG, Tirupati S. Low prevalence of obesity and metabolic syndrome in never-treated chronic schizophrenia. *Schizophr Res* 2010;121:199-202.
 136. Ramos-R_ios R, Arrojo-Romero M, Paz-Silva E. QTc interval in a sample of long-term schizophrenia inpatients. *Schizophr Res* 2010;116:35-43.
 137. Risselada AJ, Vehof J, Bruggeman R et al. Association between HTR2C gene polymorphisms and the metabolic syndrome in patients using antipsychotics: a replication study. *Pharmacogenomics J* 2012; 12:62-7.
 138. Sugawara N, Yasui-Furukori N, Sato Y et al. Prevalence of metabolic syndrome among patients with schizophrenia in Japan. *Schizophr Res* 2010;123:244-50.
 139. Vuksan-Cusa B, Sagud M, Jakovljevic´ M. C-reactive protein and metabolic syndrome in patients with bipolar disorder compared to patients with schizophrenia. *Psychiatr Danub* 2010;22:275-7.
 140. Baptista T, Serrano A, Uzc_ategui E et al. The metabolic syndrome and its constituting variables in atypical antipsychotic-treated subjects: comparison with other drug treatments, drug-free psychiatric patients, first-degree relatives and the general population in Venezuela. *Schizophr Res* 2011;126:93-102.
 141. Bresee LC, Majumdar SR, Patten SB et al. Diabetes, cardiovascular disease, and health care use in people with and without schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2011;26:327-32.
 142. Curtis J, Henry C, Watkins A et al. Metabolic abnormalities in an early psychosis service: a retrospective, naturalistic cross-sectional study. *Early Interv Psychiatry* 2011;5:108-14.
 143. Grover S, Nebhinani N, Chakrabarti S et al. Prevalence of metabolic syndrome in subjects receiving clozapine: a preliminary estimate. *Indian J Pharmacol* 2011;43:591-5.
 144. G_ueli H, Cem Ilnem M, Yener F et al. The frequency of metabolic syndrome in schizophrenia patients using antipsychotic medication and related factors. *Yeni Symposium* 2011;49:67-76.
 145. Kang SH, Kim KH, Kang GY et al. Cross-sectional prevalence of metabolic syndrome in Korean patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2011;128:179-81.
 146. Khatana SA, Kane J, Taveira TH et al. Monitoring

- (in press).
180. Vancampfort D, Probst M, Scheewe T et al. Relationships between physical fitness, physical activity, smoking and metabolic and mental health parameters in people with schizophrenia. *Psychiatry Res* 2013;207:25-32.
 181. Scheewe TW, Backx FJ, Takken T et al. Exercise therapy improves mental and physical health in schizophrenia: a randomised controlled trial. *Acta Psychiatr Scand* 2013;127:464-73.
 182. De Hert M, Wampers M, Mitchell AJ et al. Is schizophrenia an inflammatory multi-system disease? Submitted for publication.
 183. Steiner J, Bernstein HG, Schiltz K et al. Immune system and glucose metabolism interaction in schizophrenia: a chicken-egg dilemma. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* (in press).
 184. De Hert M, Vancampfort D, Correll CU et al. Guidelines for screening and monitoring of cardiometabolic risk in schizophrenia: systematic evaluation. *Br J Psychiatry* 2011;199:99-105.
 185. Mitchell AJ, Delaffon V, Vancampfort D et al. Guideline concordant monitoring of metabolic risk in people treated with antipsychotic medication: systematic review and meta-analysis of screening practices. *Psychol Med* 2012;42:125-47.
 186. Vancampfort D, Knapen J, Probst M et al. Considering a frame of reference for physical activity research related to the cardiometabolic risk profile in schizophrenia. *Psychiatry Res* 2010;177: 271-9.
 187. Vancampfort D, Knapen J, De Hert M et al. Cardiometabolic effects of physical activity interventions for people with schizophrenia. *Phys Ther Rev* 2009;14:388-98.
 188. Vancampfort D, De Hert M, Skjaerven L et al. International Organization of Physical Therapy in Mental Health consensus on physical activity within multidisciplinary rehabilitation programmes for minimising cardiometabolic risk in patients with schizophrenia. *Disab Rehab* 2012;34:1-12.
 189. 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, and recommendations at the system and individual levels. *World Psychiatry* 2011;10:138-51.
 190. Manu P, Correll CU, van Winkel R et al. Prediabetes in patients treated with antipsychotic drugs. *J Clin Psychiatry* 2012;73:460-6.
 191. Manu P, Correll CU, Wampers M et al. Prediabetic increase in hemoglobin A1c compared with impaired fasting glucose in patients receiving antipsychotic drugs. *Eur Neuropsychopharmacol* 2013;23:205-11.
 192. Mitchell AJ, Vancampfort D, Manu P et al. How to use HbA1c and glucose tests to screen for diabetes in patients receiving antipsychotic medication: a large scale observational study. Submitted for publication.
 193. Mitchell AJ, Vancampfort D, Yu W et al. Can clinical features be used to screen for diabetes in patients with severe mental illness receiving antipsychotics? Submitted for publication.
 194. Vancampfort D, De Hert M, Vansteenkiste M et al. The importance of self-determined motivation towards physical activity in patients with schizophrenia. Submitted for publication.
 195. Vancampfort D, De Hert M, Vansteenkiste M et al. Self-determination and stage of readiness to change physical activity behaviour in schizophrenia: a multicentre study. Submitted for publication.
 163. Grover S, Nebhinani N, Chakrabarti S et al. Metabolic syndrome in antipsychotic naïve patients diagnosed with schizophrenia. *Early Interv Psychiatry* 2012;6:326-31.
 164. Kagal UA, Torgal SS, Patil NM et al. Prevalence of the metabolic syndrome in schizophrenic patients receiving second-generation antipsychotic agents – a cross-sectional study. *J Pharm Pract* 2012;25:368-73.
 165. Kirkpatrick B, Miller BJ, Garcia-Rizo CG et al. Is abnormal glucose tolerance in antipsychotic-naïve patients with nonaffective psychosis confounded by poor health habits? *Schizophr Bull* 2012;38:280-4.
 166. Lancon C, Dassa D, Fernandez J et al. Are cardiovascular risk factors associated with verbal learning and memory impairment in patients with schizophrenia? A cross-sectional study. *Cardiovasc Psychiatry Neurol* 2012;2012:204043.
 167. Lee J, Nurjono M, Wong A et al. Prevalence of metabolic syndrome among patients with schizophrenia in Singapore. *Ann Acad Med Singapore* 2012;41:457-62.
 168. Lindenmayer JP, Khan A, Kaushik S et al. Relationship between metabolic syndrome and cognition in patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2012;142:171-6.
 169. Martín-Otaño L, Barbadillo Izquierdo L, Galdeano Mondragón A et al. After six months of anti-psychotic treatment: is the improvement in mental health at the expense of physical health. *Rev Psiquiatr Salud Ment* 2013;6:26-32.
 170. Miller BJ, Mellor A, Buckley P. Total and differential white blood cell counts, high-sensitivity C-reactive protein, and the metabolic syndrome in non-affective psychoses. *Brain Behav Immun* 2013;31:82-9.
 171. Morden NE, Lai Z, Goodrich DE et al. Eight-year trends of cardiometabolic morbidity and mortality in patients with schizophrenia. *Gen Hosp Psychiatry* 2012;34:368-79.
 172. Na KS, Kim WH, Jung HY et al. Relationship between inflammation and metabolic syndrome following treatment with paliperidone for schizophrenia. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2012;39:295-300.
 173. Nurjono M, Lee J. Predictive utility of blood pressure, waist circumference and body mass index for metabolic syndrome in patients with schizophrenia in Singapore. *Early Interv Psychiatry* 2012;41:457-62.
 174. Pallava A, Chadda R, Sood et al. Metabolic syndrome in schizophrenia: a comparative study of antipsychotic free/naïve and antipsychotic treated patients. *Nordic J Psychiatry* 2012;66:215-21.
 175. Said MA, Sulaiman AH, Habil MH et al. Metabolic syndrome and cardiovascular risk among patients with schizophrenia receiving antipsychotics in Malaysia. *Singapore Med J* 2012;53: 801-7.
 176. Subashini R, Deepa M, Padmavati R et al. Prevalence of diabetes, obesity, and metabolic syndrome in subjects with and without schizophrenia (CURES-104). *J Postgrad Med* 2011;57:272-7.
 177. Sweileh WM, Zyoud SE, Dalal SA et al. Prevalence of metabolic syndrome among patients with schizophrenia in Palestine. *BMC Psychiatry* 2012;12:235.
 178. Wampers M, Hanssens H, van Winkel R et al. Differential effects of olanzapine and risperidone on plasma adiponectin levels over time: results from a 3-month prospective open-label study. *Eur Neuropsychopharmacol* 2012;22:17-26.
 179. Grover S, Nebhinani N, Chakrabarti S et al. Comparative study of prevalence of metabolic syndrome in schizophrenia and bipolar disorder. *Nordic J Psychiatry*

ترتبط أعراض الذهان بمشكلات صحية جسدية مستقلة عن تشخيصات الاضطرابات النفسية: نتائج المسح الصحي العالمي لمنظمة الصحة العالمية

CARMEN MORENO¹, ROBERTO NUEVO², SOMNATH CHATTERJI³, EMESE VERDES³, CELSO ARANGO¹, JOSÉ LUIS AYUSO-MATEOS²

¹Child and Adolescent Psychiatry Department, Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón, IISGM, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, CIBERSAM, Madrid, Spain; ²Department of Psychiatry, Universidad Autónoma de Madrid, Hospital Universitario de la Piedad, CIBERSAM, Madrid, Spain; ³Department of Health Statistics and Informatics, World Health Organization, Geneva, Switzerland

تفحص هذه الدراسة فيما إذا كانت المشكلات الصحية الجسدية ترتبط بأعراض الذهان، بعيداً عن تشخيصات الاضطرابات النفسية. لقد تم تقسيم ما يصل إلى 224,254 عينة تم تطويعها في المسح الصحي العالمي التابع لمنظمة الصحة العالمية، فيما بين مجموعة المرضى ذي كلاً من تشخيص بالذهان مدى الحياة وعلى الأقل عرض واحد من أعراض الذهان، ظهر في خلال الإثنى عشر شهراً السابقة لتطور المرض، ومجموعة المرضى ذي عرض واحد على الأقل من أعراض الذهان، ظهر في خلال الإثنى عشر شهراً السابقة وبلا تشخيص مدى الحياة بالذهان. وقد تم المقارنة بين الثلاثة مجموعات فيما يخص وجود حالة مرضية ومشكلات صحية وإمكانية الدخول على مراكز العناية الصحية. وقد كانت الحالات المرضية والمشكلات الصحية (الذبحة والربو والتهاب المفاصل والسل ومشكلات سمعية وبصرية ومشكلات في الفم/الأسنان واستهلاك الكحوليات والتدخين والحوادث) والاستهلاك الدوائي والاحتجاز بالمستشفى (وليست زيارات العناية الصحية الاعتيادية) أكثر تكراراً مع المرضى ذي أعراض الذهان وبلا تشخيصات ذهان، هذا بالمقارنة مع مرضى بلا أعراض وتشخيصات. وقد أزداد عدد الحالات المرضية مع عدد أعراض الذهان. ويتقدم تحليل العينة، يبدو أن هذا الاتجاه بعيداً عن التطور الاقتصادي والاجتماعي للدولة أو نظام العناية الخاصة.

كلمات مفتاحية: أعراض ذهان، الصحة الجسدية، حالات مرضية، إمكانية الدخول على المراكز الصحية، دراسة متعددة الجنسيات

(عالم الطب النفسي 2013:257-251:12)

الخاصة بالأمراض الجسدية مع الفصام وغيره من حالات الذهان، التي يصل حجمها إلى أكبر من المتوقع، تأتي من دراسات تمت في دول صناعية، وغالباً ما تكون دراسات تقوم على دولة واحدة (7،26). نقدم في هذه المقالة، بيانات من المسح الصحي العالمي (WHS)، الخاص بمنظمة الصحة العالمية (WHO)، وهي دراسة دولية تشمل دول من مستويات مختلفة من التقدم الاقتصادي والاجتماعي (27)، وقد قمنا بفحص الحمل التفاضلي للأمراض الجسدية وإمكانية الدخول على المراكز العلاجية الخاصة بهذه الأمراض لدى الأفراد الذين يظهر عليهم أعراض الذهان (مع تشخيصات بالذهان أو بدونها) وأيضاً أفراد بدون أعراض الذهان. وقد افترضنا أن وجود أعراض ذهان (المستقلة عن تشخيصات الذهان) ستكون مرتبطة بحالة مرضية، بغض النظر عن المستوى الاقتصادي والاجتماعي الخاص بكل دولة.

الوسائل

عينة

لقد قمنا باشتغال العديد من الأفراد من 52 دولة يغطيها الـ WHS؛ 18 فرداً من أفريقيا و13 من أوروبا و7 من الأمريكتين و5 من آسيا و5 من منطقة جنوب شرق آسيا و4 من منطقة شرق البحر الأبيض. وقد تم تصنيف خمسة عشر دولة في المستوى الاقتصادي العالي أو الأعلى من المتوسط، هذا بحسب البنك الدولي، وتم تصنيف 37 دولة في المستوى المنخفض أو تحت المتوسط. وقد أتت كل العينات من إطار وطني حالي، يستخدم مجموعة من التصاميم المتعددة المراحل، والتي تمكن كل عائل وفرداً مسؤولاً من تكليف احتمالية اختيار غير صفورية. وتجد المبادئ

لطالما كانت اضطرابات الذهان مرتبطة بمعدل وفيات يصل حجمه إلى ضعف معدل العامة من الناس (1،2) ويرتبط أيضاً بمتوسط عمر أقصر إلى ما يصل إلى 20 عاماً (3). إن الاعتلالات المشتركة الجسدية بمثابة إسهامات كبيرة في الأمراض ونسبة الوفيات لدى مرضى الفصام وغيرها من اضطرابات الذهان (1.2،4-8)، وهناك تقارير مستمرة عن تأثير أمراض القلب وأمراض الأيض (9-12). وتبدأ الدلائل تجتمع حول دور الأمراض المعدية وأمراض الجهاز التنفسي وسوء استخدام العقاقير المختلفة، وغيرها الكثير (12،17-16). وهناك اقتراحات تقول بأن عوامل نمط الحياة (مثل سوء التغذية والتدخين) ووسائل العلاج المضادة للذهان وعدم المساواة في إمكانية الدخول على مراكز العناية الصحية، بمثابة إسهامات في ضعف الحالة الجسدية بين مرضى الذهان (17،6-19)، وقد تلعب تقنيات المناعة الطبيعية والالتهابات، دوراً في هذا الأمر؛ فهي تتدخل ليس فقط في تعبيرات المخ عن الاضطرابات، بل أيضاً في المشكلات الجهازية المتزامنة (20).

لدى حوالي 3% من العامة من الناس اضطرابات ذهان (21)، إلا أن مدى انتشار أعراض الذهان في الدراسات التي تقوم على العامة من الناس، عالية بشكل كبير؛ فهي تتراوح بين 0.7% و45.8% فيما يخص وجود عرض واحد من أعراض الذهان في دراسة دولية (22). ويبدو أن التأثير السلبي لأعراض الذهان على الأداء، غير محصوراً على الأفراد الذين يُمكن تشخيصهم باضطرابات ذهان (23،24)، وترتبط الدلائل التي تخص فيما إذا كانت الحالات المرضية وغيرها من العلامات الدالة على الصحة الجسدية، ترتبط بوجود أعراض ذهان مستقلة عن تشخيصات اضطرابات نفسية، لكن لا تزال هذه مرحلة تمهيدية (25)، بالإضافة إلى ذلك، تأتي غالباً كل المعلومات المتاحة، التي تخص الاعتلالات المشتركة

التوجيهية الخاصة بالعينة، وأيضاً ملخص وصف إجراءات العينة، على موقع الـ WHS (www.who.int/healthinfo/survey/en/index.html).

وقد حصلنا على موافقة من كل العينات، وتم مراجعة الدراسة من قبل لجنة المراجعة الأخلاقية وذلك في كل موقع. وقد بلغ معدل الاستجابة العالمية 98.5%، مع اشتغال العينة الأخيرة على 224,254 عينة. وقد تمت كل المقابلات بواسطة متحدث متدرب، وكانت تُجرى إجراءات قياسية للتدريب وضبط الجودة في كل المواقع، وكانت تُراقب بصفة دورية بحسب المبادئ التوجيهية المعينة.

مقاييس

لقد تم إجراء مقابلات مع كل المستجيبين، وذلك باستخدام وسيلة الـ WHS المعيارية والتابعة لمنظمة الصحة العالمية، وقد تمكنت المقابلات من جمع بيانات عن الحالة الصحية والخصائص الديمغرافية والاجتماعية ومعدل استهلاك الكحوليات والتبأكو ونمط الحياة والحالة الاجتماعية للعائل (بحسب قائمة من العلامات الدائمة الدالة عن الدخل) ومعلومات عن الأداء والحالة الصحية وجودة الحياة، وقد تم تقييم التشخيصات العمرية وعلاج الذهان وظهور أعراض ذهان أثناء الأثنى عشر شهراً الأخيرة، وتم تسجيل التشخيصات العمرية وظهور أعراض الربو والتهاب المفاصل وعلامات الذبحة، أثناء الأثنى عشر شهراً الأخيرة. وتم أيضاً ترميز نسبة استهلاك الكحوليات، وذلك باستخدام مجموعتين ومتغير واحد وهمي، ومع وجود فئة مرجعية (87,4%) متمثلة في الممتنعين عن تعاطي الكحوليات مدى الحياة وهؤلاء الذين يتعاطونها في المناسبات (أي هؤلاء الذين قد استهلكوا مجموع 15 وحدة أو أقل في الأسبوع السابق، لكن ليس أكثر من أربع وحدات في مناسبة واحدة)، بينما تشتمل الفئات الأخرى على الذين يستخدمون الكحوليات بشراهة في المناسبات (أي الذين استهلكوا خمسة عشر وحدة أو أكثر في الأسبوع السابق، لكن ليس أكثر من أربع وحدات في مناسبة واحدة) ومن يحتسون الكحوليات بشراهة (أي الذين يستهلكون خمسة وحدات أو أكثر في مناسبة واحدة على الأقل). وقد تم تقسيم التدخين إلى عدم تدخين أيه نوع من أنواع التبأكو، بالمقابل مع تدخين تبأكو يومياً (23,8%).

تقييم أعراض الذهان

لقد تم اشتغال الأسئلة الشخصية التي قامت على نسخة الـ WHS من المقابلة التشخيصية الدولية المركبة (28) (CIDI.3.0)، وذلك لتقييم وجود أعراض الذهان، والتي تشمل حالة مزاجية تتسم بالضلالات وضلالات الاضطهاد وضلالات السيطرة والهلاوس، وذلك في خلال الأثنى عشر شهراً السابقة. وقد قُسمت قائمة الإجابة على كل الأسئلة السابقة (نعم/لا)، وأظهر قياس الـ CIDI انسجاماً عالياً مع تقييم الأطباء السريريين (29).

تقييم حالات مرضية خاصة

لقد كان يقوم تشخيص الذبحة على نظام حسابي تم اشتقاقه من

استطلاع روز (30)، وتم تثبيت أمراض التهاب المفاصل والربو بحسب أسئلة يُجاب عنها بنعم أو لا، وتخص تشخيصات عمرية عن هذه الأمراض (31). وكان يُعتبر أن المجيبين عن هذه الأسئلة مصابين بداء السكري، إذا كانت إجاباتهم على سؤال "هل تم تشخيصك فيما سبق بداء السكري (ارتفاع نسبة السكر في الدم)؟" بالإيجاب. أما تشخيص داء السل فقد كان على أساس أسئلة عن سعال أستمّر لأكثر من ثلاثة أسابيع وبه دم أو بلغم. وتم أيضاً تقييم وسائل العلاج التي أخذت على مدى العمر وأيضاً استخدام العقاقير أثناء الأسبوعين السابقين، وذلك لكل الحالات.

تم أيضاً تقييم الاعتلالات المشتركة الغير نفسية، والتي تشمل الذبحة الصدرية والربو وداء السكري والتهاب المفاصل والسل، وتم التقرير عن النتائج الخاصة بوجود علاقة بين داء السكري وأعراض الذهان في هذه العينة (32)، وبالتالي، فقد كان اعتبار داء السكري لتقدير الكم العالمي من الاعتلالات المشتركة الغير نفسية. وقد اشتملت المعلومات أيضاً على وجود مشكلات بصرية (وأيضاً إعتام عدسة العين أثناء الخمسة سنوات الماضية لدى الأفراد البالغين من العمر الستين أو أكثر)، ويتم التقرير عنها ذاتياً (نعم/لا) ومشكلات سمعية ومشكلات في الأسنان وحدوث إصابات بسبب حوادث الطريق أو غيرها من الحوادث، في خلال الأثنى عشر شهراً السابقة للمقابلة.

تقييم إمكانية الدخول على مراكز العناية الصحية

لقد تم جمع معلومات عن استخدام النظام الصحي والاستجابة للعلاج، واشتملت التحاليل أيضاً على الحوادث ومدة البقاء خلال الليل في المراكز الصحية، أثناء الخمسة عشر عاماً، وأيضاً التداء في المنزل أو كمريض خارجي، هذا بلا اعتبار الإقامة بسبب مشكلات نفسية. تم أيضاً تقييم نسب الرضى عن الأنظمة الصحية في الدولة (تتراوح بين 1، الذي يشير إلى رضى كامل، وحتى 5، الذي يُشير إلى عدم الرضى) والتقرير الذاتي عن عدم الرضى عن الخدمات الصحية (من 1، الذي يشير إلى رضى كامل، وحتى 5، الذي يُشير إلى عدم الرضى) وإدراك غياب الخدمات الصحية (من 1، الذي يُشير إلى جيد جداً، وحتى 5، الذي يُشير إلى سيء جداً). تم التقرير أيضاً عن العقاقير التي أخذت في وقت المقابلة. وتم أيضاً حساب مجموع قياس عدد العقاقير التي كانت تُستهلك (من صفر وحتى 6)، باستثناء العقاقير التي تؤخذ لعلاج مشكلات نفسية.

تحاليل إحصائية

قمنا أولاً بعمل سلسلة من التحاليل الانحدارية المنطقية ذات الاسمين، تعمل على المقارنة بين العينات ذي تشخيص بالذهان مدى الحياة، وأعراض الذهان في الأثنى عشر شهراً السابقة (N= 1,306) وأيضاً العينات ذي عرض واحد على الأقل من أعراض الذهان، ظهرت في خلال الأثنى عشر شهراً السابقة، وبلا تشخيص بالذهان (N= 27,648)، هذا بالمقابل مع الأفراد بلا أعراض ذهان وبلا تشخيص بالذهان مدى الحياة (N= 195,300). وفي كل هذه التحاليل، راقبنا بصورة إحصائية بعض الأمور مثل الفئة العمرية والنوع والفئة التي تنتمي إليها الدولة من حيث البنك الدولي ودولة الفرد (وتشمل 51 عامل متغير كمتغيرات مستقلة

تشير إلى دولة العينة)، ويستخدم العنصرين الآخرين لفحص الاختلافات المحتملة في أداء الخدمات الصحية، وقد كانت المتغيرات المستقلة المشتملة في سلسلة التحاليل هذه، حالات مرضية خاصة وأيضاً إمكانية الدخول على مراكز العناية الصحية.

وبعد ذلك، ولقياس التأثير العالمي للأعراض النفسية والتشخيصات على الصحة، قمنا بمقارنة المجموع الكلي للأمراض الغير نفسية (والتي تشمل الذبحة الصدرية وآلام المفاصل والربو وداء السكري والسل) ونسبة استهلاك العقاقير الموصوفة، وذلك بين الأفراد ذي تشخيصات عمرية وأعراض ذهان في الأثنى عشر شهراً الأخيرة، والأشخاص ذي عرض واحد على الأقل من أعراض الذهان، وبلا تشخيصات، بالمقابل مع الأشخاص بلا أعراض ذهان وتشخيص بالذهان.

وقد تم عمل المقارنات عن طريق اختبار t للعينات الغير مرتبطة بالأمر، وذلك لضبط المستوى المحتمل لتحديد نسبة الخطأ العائلي من النوع I (تصحيح بينفيروني)، ولتقييم قوة هذه الارتباطات، تم حساب حجم التأثيرات (g التابعة لهيدج)، وذلك للتقييمات مع المتغيرات المستمرة. تقدم الـ g التابعة لهيدج، مع عينات كبيرة، قيم تتشابه كثيراً مع الـ d التابعة لكوهين (33) والتي تُستخدم لها الحسابات التقريبية التسعفية التالية: تُعتبر أحجام التأثير الأقل من 20 بأنها لا ترتبط بالأمر، وما بين 20 و 50، تُعتبر منخفضة، وما بين 50 و 80 تُعتبر متوسطة، وما يزيد عن 80 يُعتبر مرتفع. أيضاً، لقد تم عمل ذات المقارنة باستخدام المجموع الكلي للعقاقير التي تؤخذ في الوقت الحالي (باستثناء العقاقير التي تؤخذ لعلاج المشكلات النفسية) بكونها المتغير المستقل، وذلك لهدف الاختبار الغير مباشر لكلاً من الصحة العامة والاستجابة للخدمات الصحية. بالإضافة إلى ذلك، قمنا بتحليل الاختلافات بين عدد الأمراض وعدد العقاقير التي تؤخذ في الوقت الحالي مع استمرار الأعراض النفسية (عدد الأعراض، نطاق من صفر وحتى 4)، وذلك عن طريق ANOVA، مع استخدام عدد الأعراض التي تم التقرير عنها كالمتغير المستقل والمقارنات البعدية (Scheffe) بين مجموعات معينة، ولم تشتمل التحاليل على المرضى ذي تشخيص سابق بالذهان وبلا أعراض ذهان في خلال الأثنى عشر شهراً السابقة.

عشر شهراً السابقة.

لقد تمت كل التحاليل باستخدام اللعبة الإحصائية STATA، النسخة 11.0 (Stata Corp، 2010)، وكانت التركيز على $\alpha=0.05$.

النتائج

لقد كان لكل الاختلافات الجسدية في تحاليل الانحدار اللوجستي الثنائية، أهمية إحصائية ($p < 0.001$ OR)، وبالتالي، فلدَى الأفراد ذي عرض واحد على الأقل من أعراض الذهان في خلال الأثنى عشر شهراً الأخيرة وبلا تشخيصات ذهان، احتمالية أكبر لأن يقدموا تقاريراً تقول بأنهم يعانون من ذبحة صدرية أو الربو أو التهاب المفاصل أو السل أو مشكلات بصرية أو سمعية أو إعتام عدسة العين (لدَى الأفراد البالغين من العمر الستين أو أكثر)، أو مشكلات في الفم أو الأسنان، أثناء العام السابق، واستهلاك أكثر للكحوليات أثناء الأسبوع السابق، أو أنهم مُدخنين أو قد تعرضوا لإصابة بسبب حادث على الطريق أو غيرها من الإصابات في خلال العام السابق (أنظر الجدول رقم 1)، هذا بالمقارنة مع العينات التي بلا أعراض ذهان وبلا تشخيصات ذهان. لقد أنتجت المقارنة التي تمت بين العينات ذي أعراض ذهان وتشخيص ذهان، بالمقابل مع العينات بلا أعراض وبلا تشخيص، نتائج مشابهة جداً، بالرغم من أنها تقترح وجود روابط أقوى. في حقيقة الأمر، عند مقارنة العمودين في الجدول رقم 1، وجدنا أن كل الـ 95% CI لم تتداخل (مع الاستثناء الوحيد في حالات إعتام عدسة العين واستهلاك الكحوليات والتدخين)، مع نطاق أكثر في حالة العينات ذات تشخيصات الذهان.

وكما ترى في الجدول رقم 2، يرتبط وجود أعراض الذهان باحتمالية متزايدة بعدم الرضى عن الصحة وتقارير ذاتية أسوأ ونسبة أعلى من عدم الرضى عن مراكز العناية الصحية في الدولة ونسبة أعلى من تقارير ذاتية عن استهلاك العقاقير العلاجية لأغلب الحالات المذكورة في الدراسة، فيما عدا حالة الـ HIV، وذلك في خلال الأسبوعين السابقين. لقد كان هناك أيضاً تأثير إحصائي إيجابي كبير لقضاء على الأقل ليلة واحدة في

جدول رقم 1: أمراض جسدية ومشكلات صحية لدى أفراد ذي أعراض ذهان وبلا تشخيصات ذهان، وأيضاً لدى الأفراد ذي أعراض ذهان، بالإضافة إلى تشخيصات عمرية بالذهان، بالمقابل مع الأفراد بلا أعراض أو تشخيصات بالذهان

أعراض ذهان بلا تشخيص بالذهان OR (CI 95%)	أعراض ذهان بالإضافة إلى تشخيص بالذهان OR (CI 95%)	
2.50 (2.38/2.62)	3.98 (3.38/4.68)	ذبحة صدرية
1.81 (1.72/1.91)	3.71 (3.16/4.75)	الربو
1.80 (1.73/1.86)	2.85 (2.50/3.25)	التهاب المفاصل
2.87 (2.66/3.11)	4.72 (3.73/5.97)	السل
1.67 (1.59/1.75)	2.16 (1.80/2.58)	مشكلات بصرية
1.39 (1.24/1.57)	2.15 (1.28/3.61)	إعتام عدسة العين (الأفراد أكبر من الستين)
1.56 (1.46/1.67)	2.27 (1.80/2.85)	مشكلات سمعية
1.27 (1.24/1.30)	1.14 (1.11/1.17)	استهلاك الكحوليات (بكتافة أحياناً/بكتافة)
1.21 (1.1801/1.15)	1.30 (1.14/1.48)	التدخين (%) (نعم في الوقت الحالي)
1.63 (1.58/1.67)	2.06 (1.83/2.32)	مشكلات في الفم أو الأسنان (العام السابق)
2.34 (2.23/2.44)	3.21 (2.72/3.79)	إصابات بسبب حوادث طريق أو غيرها (عام واحد)

كل هذه النتائج هامة بالمقارنة مع الأفراد بلا تشخيص بالذهان أو أعراض ذهان في خلال الأثنى عشر شهراً السابقة. تدل القيم المكتوبة بخط أوض على عدم تداخل الـ 95% CI بين العمودين

جدول رقم 2: مؤشرات على مراكز العناية الصحية لدى العينات ذي أعراض ذهان وبلا تشخيصات بالذهان، وأيضاً لدى العينات ذي أعراض ذهان بالإضافة إلى تشخيص مدى الحياة بالذهان، بالمقابل مع العينات بلا أعراض أو تشخيصات بالذهان

أعراض ذهان بلا تشخيص بالذهان (CI 95%) OR	أعراض ذهان بالإضافة إلى تشخيص بالذهان (CI 95%) OR	
1.33 (1.28/1.38) ^a	1.91 (1.65/2.22)	الإقامة طول الليل (باستثناء الأسباب النفسية)
1.15 (1.07/1.25) ^a	1.34 (0.99/2.22)	مدة الإقامة (باستثناء الأسباب النفسية)
1.22 (1.11/1.34) ^a	1.41 (1.00/1.99) ^a	من 3 إلى 5 أيام
1.37 (1.22/1.54) ^a	1.45 (0.94/2.22)	من 6 إلى 14 يوماً
1.79 (0.069/4.62)	0.67 (0.09/4.97)	أكثر من 15 يوماً
		الاهتمام بالرعاية الصحية، باستثناء الإقامة الليلية والأسباب النفسية (12 شهراً)
1.28 (1.26/1.29) ^a	1.51 (1.44/1.60) ^a	عدم الرضى الصحي
1.42 (1.41/1.44) ^a	1.77 (1.69/1.86) ^a	التقارير الذاتية عن ضعف الصحة
1.12 (1.11/1.13) ^a	1.11 (1.05/1.16) ^a	عدم الرضى عن الرعاية الصحية في الدولة
		العقاقير الموصوفة التي تم استخدامها في خلال الأسبوعين السابقين
1.63 (1.49/1.79) ^a	1.94 (1.36/2.76) ^a	التهاب المفاصل
1.30 (1.15/1.47) ^a	2.43 (1.65/3.59) ^a	ذبحة صدرية
1.20 (1.03/1.39) ^a	1.44 (0.80/2.57)	الربو
1.86 (1.29/2.69) ^a	3.75 (1.37/10.29) ^a	السل
1.10 (0.66/1.83)	2.95 (0.87/10.03)	HIV/AIDS
1.41 (1.35/1.48) ^a	1.64 (1.36/1.99) ^a	غيرها (أسباب غير نفسية)
1.31 (1.26/1.35) ^a	1.54 (1.36/1.75) ^a	مجموع العقاقير (من صفر إلى 6)

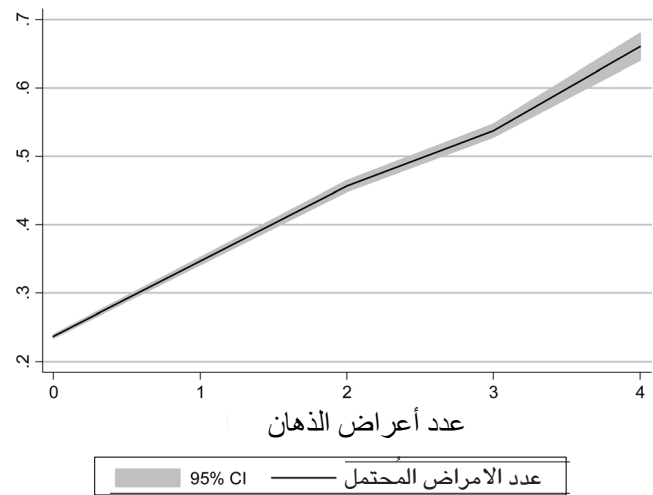
a نتائج هامة باستخدام مجموعات من الأفراد بلا تشخيص بالذهان أو أعراض ذهان في الأثنى عشر شهراً السابقة.

تدل القيم المكتوبة بخط أبيض على عدم تداخل الـ 95% CI بين العمودين

في الوقت الحالي، والتي كان - بالنسبة لها - وجود تشخيصات، بالإضافة إلى أعراض ذهان في خلال الأثنى عشر شهراً الأخيرة، ترتبط باحتمالية عالية.

لقد كان متوسط عدد الأمراض الجسدية عالي بشكل كبير ($t=34.0$ ؛ $p<0.001$ ؛ $g=1.05$ ، 95% CI: 0.99-1.11) لدى الأفراد الذين يظهر عليهم أعراض الذهان ($0.97+0.79$) وتم تشخيصهم به، وذلك أكثر من الأفراد بلا أعراض أو تشخيصات بالذهان ($0.52+0.24$)، وبطريقة مشابهة، كانت هذه النسبة أعلى ($t=57.8$ ؛ $p<0.001$ ؛ $g=0.39$ ، 95% CI: 0.40-0.41) لدى الأفراد ذي عرض ذهان واحد على الأقل، وبلا تشخيص بالذهان ($0.72+0.46$)، أكثر من الأفراد بلا تشخيص أو أعراض. ومن بين العينات ذي أعراض ذهان، كان الارتباط بأمراض جسدية أقوى لدى الأفراد الذين تم تشخيصهم بذهان مدى الحياة، وذلك أكثر من الأفراد بلا هذا التشخيص، وهذا كما يُظهر عدم تداخل الـ CI في أحجام التأثير.

وكما ترى في الصورة رقم 1، يزداد عدد الأمراض الجسدية مع عدد أعراض الذهان التي تم التقرير عنها ($F=969.3$ ؛ $p<0.001$). لقد أكدت المقارنات البعدية (Scheffe) أن الأفراد الذين يظهر عليهم أربعة أعراض ذهان، لديهم أمراض جسدية ($0.88+0.68$)، أكثر من المجموعات الأخرى ($p<0.001$ في كل المقارنات)، وأنه لدى الأفراد ذي ثلاثة أعراض ($0.78+0.52$) عدد أكبر من الأمراض ($p<0.001$) أكثر من الأفراد ذي عرضين فقط ($0.71+0.45$)، أو عرض واحد ($0.66+0.40$) أو بلا أعراض على الإطلاق ($0.52+0.24$)، وأن لدى الأفراد ذي عرضين فقط عدد أكبر من الأمراض ($p<0.001$) أكثر من الأفراد ذي عرض واحد أو بلا أعراض على الإطلاق، وأنه لدى الأفراد الذين يُظهرون عرض واحد، عدد أكبر من الأمراض أكثر من الأفراد بلا أعراض وتشخيص مدى الحياة



المستشفى، في خلال الخمسة سنوات السابقة (فيما عدا لأسباب نفسية) وأيضاً لطول المدة. وعند مقارنة الأفراد ذي أعراض نفسية وتشخيصات عمرية بالذهان مع الأفراد بلا تشخيصات أو أعراض، كان هناك أيضاً احتمالية متزايدة بأغلب التغييرات في السالف ذكره، فيما عدا استهلاك العقاقير الخاصة بعلاج الـ HIV أو الربو، وأيضاً لمدة آخر ليلة قضاها الفرد في المستشفى لأسباب غير نفسية.

وبمقارنة العمودين في الجدول رقم 2، قد كان هناك تداخل في الـ OR، فيما عدى الاحتجاز بالمستشفى في خلال الخمسة سنوات السابقة واستهلاك عقاقير لعلاج الذبحة الصدرية وعدم الرضى عن الحالة الصحية والتقارير الذاتية عن ضعف الصحة والمجموع الكلي للعقاقير التي تؤخذ

بالذهان ($p < 0.001$).

وقد ظهر أن الأفراد ذوي أعراض ذهان في الأثنى عشر شهرًا السابقة وأيضًا تشخيص مدى الحياة بالذهان، قد استهلكوا عقاقير أكثر قام بوصفها أطباء (فيما عدا العقاقير النفسية)، وذلك أكثر من الأفراد بلا تشخيصات أو أعراض ذهان ($0.48 + 0.19$ بالمقابل مع $0.41 + 0.14$ ، $t = 4.1$ ؛ $p < 0.001$)، وبالمثل، قد أستهلك الأفراد ذوي الأقل عرض واحد من أعراض الذهان، عددًا أكبر من العقاقير، أكثر من الأفراد بلا أعراض أو تشخيصات ($0.43 + 0.16$ بالمقابل $0.41 + 0.14$ ، $t = 7.8$ ؛ $p < 0.001$). وعند مقارنة عدد العقاقير التي أستهلكها الأفراد ذوي عدد مختلف من أعراض الذهان، كان هناك اختلافًا جامعا شاملًا واضحًا ($F = 18.1$ ، $p < 0.001$)، بينما قد أدلت المقارنات البعدية (Scheffe) أن الاختلافات كانت فقط في اتجاه الاستهلاك العالي للأفراد ذوي عرض واحد من أعراض الذهان ($0.44 + 0.17$ ؛ $p = 0.012$) أو عرضين ($0.44 + 0.17$ ؛ $p = 0.021$)، بالمقارنة مع الأفراد ذوي أربعة أعراض ذهان ($0.40 + 0.14$) والأفراد ذوي عرض واحد أو اثنين أو ثلاثة ($0.41 + 0.16$ ؛ $p < 0.001$ في كل المقارنات)، هذا بالمقارنة مع الأفراد بلا أعراض ذهان ($0.41 + 0.14$).

عدد أعراض الذهان

شكل رقم 1: تكهانات خطية عن عدد الأمراض بحسب عدد أعراض الذهان، مع نسبة 95% مجموعات ثقة. والأمراض المشتملة هي الذبحة الصدرية والتهاب المفاصل والربو وداء السكري والسل (على نطاق يتراوح بين الصفر وحتى 5).

المناقشة:

قد يضع وجود أعراض ذهان منعزلة، الكثير من خطر حدوث أعتلالات مشتركة، وتدل نتائجنا أن الأفراد ذوي أعراض ذهان وبلا تشخيص بالذهان، يظهر لديهم حالات مرضية مدى الحياة والكثير من المشكلات الصحية، وقضاء الكثير من الليالي بالمستشفى لأسباب غير نفسية (وبلا اختلافات في علامات العناية الصحية الأخرى) والكثير من استهلاك العقاقير المضادة للذهان التي يصفها لهم الأطباء، هذا بالمقارنة مع الأفراد بلا تشخيصات أو أعراض ذهان. إن الكثير من النتائج متكررة، وتُدلي أغلب المقارنات أن التأثيرات تكون عالية عندما تشتمل التحاليل على أفراد ذوي تشخيصات بالذهان بالإضافة إلى أعراض ذهان في خلال الأثنى عشر شهرًا السابقة.

وبالرغم من أن نتائجنا تتوافق مع أعمال أخرى تقترح أن الأمراض النفسية تتصل بصحة جسدية أسوأ ($4.5, 7.8, 34$) ومعدلات عالية من مختلف الحالات المرضية، مثل الذبحة الصدرية أو مشكلات قلبية ($10 - 12, 35$)، إلا أن الربو أو المشكلات الرئوية ($13.35 - 37$) والسل ($38, 39$) تقترح أن هذه العلاقة لا ترتبط بوجود اضطرابات نفسية، بل أن العامل الحاسم في هذا الأمر هو أن يكون المرء قد أختبر عرضًا نفسيًا واحدًا على الأقل. وينطبق هذا الأمر عينه أيضًا على علاقة الأعراض النفسية مع عوامل أخرى ترتبط بالصحة، مثل التعرض لحوادث، والتي تشمل حوادث سيارات (40) ومشكلات في الفم أو الأسنان ($7, 13.41, 42$) والتدخين ($4.10 - 12.18$) وتعاطي الكحوليات ($4.5, 43$) أو مشكلات بصرية أو سمعية ($13.44, 45$). وبالرغم من أن هناك تقارير عن ترددات منخفضة

للالتهاب المفاصل الروماتويدي لدى مرضى الفصام ($7, 46$)، إلا أن هذه العلاقة السلبية لم تتكرر في التحاليل التي تقوم على العامة من الناس (47)، والتي اكتشفت أيضًا أن حدوث التهاب المفاصل لدى مرضى الفصام، أعلى من آباء الضوابط. وبالعكس أغلب الدراسات السابقة التي قامت على الذهان، لم يقتصر المصطلح "التهاب المفاصل" في هذه الدراسة على التهاب المفاصل الروماتويدي، وقد اكتشفنا في السابق علاقة إيجابية بين الفصام وأمراض الروماتويد ($47, 48$).

لقد كانت نسبة استخدام مراكز العناية الصحية، أعلى لدى الأفراد ذوي أعراض ذهان، وبصفة خاصة في الحالات التي تعاني من مشكلات شديدة وتحتاج إلى عناية بداخل المستشفى، لكن لم تكن زيارات الخدمات الصحية المعتادة، أمر شائع لدى العينات ذوي أعراض ذهان حتى وقد يكون التفسير المحتمل لهذا الاكتشاف هو أن للمرضى ذوي أعراض ذهان إمكانية دخول سيطرة على أنظمة الترشيح، وذلك في ظل وجود الصعوبات التي تسوقها الأمراض والتي تتمثل في الدخول على مراكز العناية الصحية التقليدية وأيضًا في تفسير العلامات التي ترتبط بالأمراض ($49, 50$). لابد أن تكون الأمراض الجسدية لدى الأفراد الذين يعانون من الذهان، شديدة، وذلك حتى يتمكن النظام الصحي من تعريفها، أو أن تتطور بما فيه الكفاية حتى تتطلب الحالة التداعي بالمستشفى (51)، وأن التقارير الذاتية عن الضعف الصحي وعدم الرضى عن الصحة، أعلى لدى الأفراد ذوي أعراض ذهان، عنها لدى الأفراد بدون هذه الأعراض وذلك في عينتنا، وهو الأمر الذي يُشير أيضًا إلى هذا الاتجاه.

تغطي كل التحاليل، وبصورة إحصائية، أمورًا مثل دولة المنشأ والنوع والفئة العمرية والحالة الاقتصادية والاجتماعية، وبالتالي يمكن الاقتراح أن النتائج الخاصة بالدراسة الحالية، مستقلة بشكل عالمي عن الدولة وعن الحالة الاقتصادية والاجتماعية، أو مستوى تطور الأنظمة الصحية في كل دولة.

يعمل تردد الحالات المرضية بين مرضى الذهان، في هذه العينة العالمية، على تكرار نتائج سابقة من دول فردية، إلا أن الاكتشاف الذي يقول بأن تعقيدات طبية مماثلة توجد بين عينات ذوي أعراض ذهان مستقلة، بغض النظر عن دولة المنشأ الخاصة بهم، لم يظهر فيما قبل، وهذا على حد علمنا، وهو يُشير إلى أضرار أكبر في هؤلاء الأفراد، حتى إذا لم يتطور لديهم مرض ذهان كامل، أو إذا كانوا في المراحل المبكرة من عمليات الذهان. قد يعمل وجود رابط نفسي مرضي، يقوم على تقنيات وراثية والتهابية ومناعية أو/و أيضية، والتي تؤكد العلاقة بين أعراض الذهان والأمراض الجسدية ($20.52 - 54$)، قد تعمل هذه على تفسير نتائجنا. قد يتدخل التردد العالي للتدخين والاستهلاك المفرط للكحوليات، والتي تم اكتشافه في دراستنا، بين العينات ذوي أعراض ذهان، قد تتدخل أيضًا في الرابط بين هذه الأعراض والأمراض الجسدية.

يتضح أن أمر تعزيز مراكز العناية الجسدية العامة وتطوير وسائل المراقبة للحالات المرضية المتزامنة ($55 - 58$)، ترتبط بالأفراد ذوي أعراض ذهان، وذلك في كل الدول، وحتى إذا كانوا لا يتوافقون مع معايير اضطرابات الذهان.

إن الطبيعة المستعرضة لهذه الدراسة لا تُسهّل أمر مخاطبة اتجاه الرابط العرضي بين الحالات المرضية وأعراض الذهان، وبالمثل، يعمل غياب المعلومات عن محددات الشدة المحتملة أو الضعف المرتبط بأعراض الذهان، مثل عدد ترددات النوبات ومدتها والعمر عند بداية الحالة وشدة النوبة، يعمل على جعل تعميم النتائج أمرًا محدودًا على استمرار أعراض الذهان، بالإضافة إلى ذلك، لقد كان مدى التعبيرات الذهانية محدودًا، ولم

4. Laursen TM, Munk-Olsen T, Vestergaard M. Life expectancy and cardiovascular mortality in persons with schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry* 2012;25:83-8.
5. von Hausswolff-Juhlin Y, Bjartveit M, Lindstrom E et al. Schizophrenia and physical health problems. *Acta Psychiatr Scand* 2009; 119(Suppl. 438):15-21.
6. 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.
7. Leucht S, Burkard T, Henderson J et al. Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 2007;116: 317-33.
8. Fleischacker WW, Cetkovich-Bakmas M, De Hert M et al. Comorbid somatic illnesses in patients with severe mental disorders: clinical, policy, and research challenges. *J Clin Psychiatry* 2008;69:514-9.
9. Arango C, Bobes J, Kirkpatrick B et al. Psychopathology, coronary heart disease and metabolic syndrome in schizophrenia spectrum patients with deficit versus non-deficit schizophrenia: findings from the CLAMORS study. *Eur Neuropsychopharmacol* 2011;21:867-75.
10. De Hert M, Dekker JM, Wood D et al. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Psychiatry* 2009;24:412-24.
11. Kilbourne AM, Morden NE, Austin K et al. Excess heart-disease-related mortality in a national study of patients with mental disorders: identifying modifiable risk factors. *Gen Hosp Psychiatry* 2009; 31:555-63.
12. Goff DC, Sullivan LM, McEvoy JP et al. A comparison of ten-year cardiac risk estimates in schizophrenia patients from the CATIE study and matched controls. *Schizophr Res* 2005;80:45-53.
13. Truysers C, Buntinx F, De Lepeleire J et al. Incident somatic comorbidity after psychosis: results from a retrospective cohort study based on Flemish general practice data. *BMC Fam Pract* 2011;12: 132.
14. Walkup J, Akincigil A, Hoover DR et al. Use of Medicaid data to explore community characteristics associated with HIV prevalence among beneficiaries with schizophrenia. *Public Health Rep* 2011;126(Suppl. 3):89-101.
15. Saiz-Ruiz J, Saiz-Gonzalez MD, Alegria AA et al. Impact of the Spanish Consensus on Physical Health of Patients with Schizophrenia. *Rev Psiquiatr Salud Ment* 2010;3:119-27.
16. Chen YH, Lin HC. Poor clinical outcomes among pneumonia patients with schizophrenia. *Schizophr Bull* 2011;37: 1088-94.
17. Arango C, Bobes J, Aranda P et al. A comparison of schizophrenia outpatients treated with antipsychotics with and without metabolic syndrome: findings from the CLAMORS study. *Schizophr Res* 2008;104:1-12.
18. Bobes J, Arango C, Garcia-Garcia M et al. Healthy lifestyle habits and 10-year cardiovascular risk in schizophrenia spectrum disorders: an analysis of the impact of smoking tobacco in the CLAMORS schizophrenia cohort. *Schizophr Res* 2010;119:101-9.
19. Brown S, Inskip H, Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2000;177:212-7.
20. Kirkpatrick B. Schizophrenia as a systemic disease. *Schizophr Bull* 2009;35:381-2.
21. Perala J, Suvisaari J, Saarni SI et al. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:19-28.

يتم تقييمه عن طريق مقابلات سريرية. هناك احتياج إلى دراسات مطوّلة بها عدد أكبر من المقابلات المتعمّدة، وذلك لتحليل التاريخ الحقيقي لهذه الأعراض لدى العامة من الناس (59).

تشتمل قوة الدراسة على حجم العينة الكبير والمجال العالمي، والذي يشمل مناطق العالم التي بها كل مستويات التقدّم. لقد تم عمل أغلب الأبحاث في مجال الخبرات الذهانية في دول عربية، ونحن نعرف القليل جداً عن المناطق التي يُمكن أن تؤثر العديد من العوامل الاقتصادية والثقافية والاجتماعية، أو حتى الاختلافات في الأنظمة الصحية، على توزيع أعراض الذهان. لقد تمت هذه الدراسة بعينات تمثيلية دولية مكونة من أفراد ليس لهم الطابع المؤسسي وتتجنب المشكلات المحتملة المرتبطة بالعينات السريرية، مثل انحياز بيركسون (60). ومن الجدير بالذكر، لقد كان هناك تغطية إحصائية لتأثيرات الدولة، والتي تشمل التقسيم الفئوي للحالة الاقتصادية الخاصة بالدولة (بالإضافة إلى الفئة العمرية للفرد والنوع).

في نهاية الأمر، تُظهر هذه الدراسة أن وجود عرض واحد على الأقل من أعراض الذهان، ومستقلاً عن تشخيص اضطرابات الذهان، أمر يرتبط أكثر بمشكلات مرضية وسلوكيات حياتية خطيرة وأيضاً بزيادة في استخدام الخدمات الصحية للحالات المرضية الشديدة والتي تشمل المكوث الليلي في المستشفى. وبتقديم العينة التي تم تحليلها، يبدو أن هذا الميل منتشرًا حول العالم، بغض النظر عن التطور الاقتصادي والاجتماعي للدولة أو نظام العناية الصحية الخاص، ولابد من مراقبة مرضى اضطرابات الذهان وحتى المرضى ذوي أعراض ذهان، الذين لا يتوافقون مع الفئات التشخيصية لاضطرابات الذهان، وذلك تحسباً لوجود المزيد من المشكلات المرضية، ولابد أيضاً من تدريب الممارسين العاميين لتعريف المرضى الذين يعانون من هذه المشكلات، وذلك لكي نتمكن من تحسين أداء الأنظمة الصحية وأيضاً لتجنب المشكلات والمزيد من التكاليف المرتبطة بالحالات المرضية.

شكر خاص

لقد تم هذا العمل بتدعيم من وزير الاقتصاد والمنافسة الأسباني، Instituto de Salud Carlos III. CIBERSAM الإقليمية بمدرسة (S2010/BMD-2422 AGES) والصندوق الهيكلي التابع للاتحاد الأوروبي و Fundación Alicia Koplowitz، Fundación Mutua Madrilenia، ERA-NET NEURON (شبكة التمويل الأوروبي لأبحاث العلوم العصبية) وأيضاً منظمة الصحة العالمية.

المراجع:

1. Brown S, Kim M, Mitchell C et al. Twenty-five year mortality of a community cohort with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2010;196: 116-21.
2. Saha S, Chant D, McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:1123-31.
3. Tiihonen J, Lonnqvist J, Wahlbeck K et al. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet* 2009;374:620-7.

- and the symptoms of schizophrenia. *Psychiatry Res* 2011;188:24-8.
43. Wisdom JP, Manuel JJ, Drake RE. Substance use disorder among people with first-episode psychosis: a systematic review of course and treatment. *Psychiatr Serv* 2011;62:1007-12.
 44. Viertio S, Laitinen A, Perala J et al. Visual impairment in persons with psychotic disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007;42:902-8.
 45. Prager S, Jeste DV. Sensory impairment in late-life schizophrenia. *Schizophr Bull* 1993;19:755-72.
 46. de la Fontaine L, Schwarz MJ, Riedel M et al. Investigating disease susceptibility and the negative correlation of schizophrenia and rheumatoid arthritis focusing on MIF and CD14 gene polymorphisms. *Psychiatry Res* 2006;144:39-47.
 47. Eaton WW, Byrne M, Ewald H et al. Association of schizophrenia and autoimmune diseases: linkage of Danish national registers. *Am J Psychiatry* 2006;163:521-8.
 48. Sundquist K, Li X, Hemminki K et al. Subsequent risk of hospitalization for neuropsychiatric disorders in patients with rheumatic diseases: a nationwide study from Sweden. *Arch Gen Psychiatry* 2008;65:501-7.
 49. Roberts L, Roalfe A, Wilson S et al. Physical health care of patients with schizophrenia in primary care: a comparative study. *Fam Pract* 2007;24:34-40.
 50. Kilbourne AM, McCarthy JF, Welsh D et al. Recognition of cooccurring medical conditions among patients with serious mental illness. *J Nerv Ment Dis* 2006;194:598-602.
 51. Munk-Jorgensen P, Mors O, Mortensen PB et al. The schizophrenic patient in the somatic hospital. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102(Suppl. 407):96-9.
 52. Fernandez-Egea E, Bernardo M, Heaphy CM et al. Telomere length and pulse pressure in newly diagnosed, antipsychotic-naïve patients with nonaffective psychosis. *Schizophr Bull* 2009;35:437-42.
 53. Henderson DC, Ettinger ER. Schizophrenia and diabetes. *Int Rev Neurobiol* 2002;51:481-501.
 54. Ferentinos P, Dikeos D. Genetic correlates of medical comorbidity associated with schizophrenia and treatment with antipsychotics. *Curr Opin Psychiatry* 2012;25:381-90.
 55. 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.
 56. Heald A, Montejo AL, Millar H et al. Management of physical health in patients with schizophrenia: practical recommendations. *Eur Psychiatry* 2010;25(Suppl. 2):S41-5.
 57. Tosh G, Clifton A, Bachner M. General physical health advice for people with serious mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;CD008567.
 58. Bobes J, Alegria AA, Saiz-Gonzalez MD et al. Change in psychiatrists' attitudes towards the physical health care of patients with schizophrenia coinciding with the dissemination of the consensus on physical health in patients with schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2011;26:305-12.
 59. Stanghellini G, Langer AI, Ambrosini A et al. Quality of hallucinatory experiences: differences between a clinical and a nonclinical sample. *World Psychiatry* 2012;11:110-3.
 60. Berkson J. Limitations of the application of fourfold table analysis to hospital data. *Biometrics* 1946;2:47-53.
 22. Nuevo R, Chatterji S, Verdes E et al. The continuum of psychotic symptoms in the general population: a cross-national study. *Schizophr Bull* 2012;38:475-85.
 23. Rossler W, Riecher-Rossler A, Angst J et al. Psychotic experiences in the general population: a twenty-year prospective community study. *Schizophr Res* 2007;92:1-14.
 24. Addington J, Penn D, Woods SW et al. Social functioning in individuals at clinical high risk for psychosis. *Schizophr Res* 2008;99: 119-24.
 25. Saha S, Scott J, Varghese D et al. The association between physical health and delusional-like experiences: a general population study. *PLoS One* 2011;6:e18566.
 26. McCloughen A, Foster K, Huws-Thomas M et al. Physical health and wellbeing of emerging and young adults with mental illness: an integrative review of international literature. *Int J Ment Health Nurs* 2012;21:274-88.
 27. Ustun TB, Chatterji S, Mechbal A et al. Quality assurance in surveys: standards, guidelines and procedures. In: Household sample surveys in developing and transition countries. New York: Department for Economic and Social Affairs, 2005:199-230.
 28. Kessler RC, Ustun TB. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res* 2004;13:93-121.
 29. Cooper L, Peters L, Andrews G. Validity of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) psychosis module in a psychiatric setting. *J Psychiatr Res* 1998;32:361-8.
 30. Rose GA. The diagnosis of ischaemic heart pain and intermittent claudication in field surveys. *Bull World Health Organ* 1962;27:645-58.
 31. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E et al. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet* 2007;370:851-8.
 32. Nuevo R, Chatterji S, Fraguas D et al. Increased risk of diabetes mellitus among persons with psychotic symptoms: results from the WHO World Health Survey. *J Clin Psychiatry* 2011;72:1592-9.
 33. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Hillsdale: Lawrence Erlbaum, 1988.
 34. Oud MJ, Meyboom-de Jong B. Somatic diseases in patients with schizophrenia in general practice: their prevalence and health care. *BMC Fam Pract* 2009;10:32.
 35. Filik R, Sipos A, Kehoe PG et al. The cardiovascular and respiratory health of people with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2006;113:298-305.
 36. Chen YH, Lee HC, Lin HC. Prevalence and risk of atopic disorders among schizophrenia patients: a nationwide population based study. *Schizophr Res* 2009;108:191-6.
 37. Pedersen MS, Benros ME, Agerbo E et al. Schizophrenia in patients with atopic disorders with particular emphasis on asthma: a Danish population-based study. *Schizophr Res* 2012;138:58-62.
 38. Ohta Y, Nakane Y, Mine M et al. The epidemiological study of physical morbidity in schizophrenics - 2. Association between schizophrenia and incidence of tuberculosis. *Jpn J Psychiatry Neurol* 1988;42:41-7.
 39. Volkov VP. Respiratory diseases as a cause of death in schizophrenia. *Probl Tuberk Bolezn Legk* 2009;6:24-7.
 40. Colton CW, Manderscheid RW. Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. *Prev Chronic Dis* 2006;3:A42.
 41. Janardhanan T, Cohen CI, Kim S et al. Dental care and associated factors among older adults with schizophrenia. *J Am Dent Assoc* 2011;142:57-65.
 42. Arnaiz A, Zumarraga M, Diez-Altuna I et al. Oral health

DOI 10.1002/wps.20070

الأبوة والصحة النفسية للطفل: وجهة نظر متعددة الثقافات

MARC H. BORNSTEIN

Child and Family Research, Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, 6705 Rockledge Drive, Bethesda, MD, USA

تتكون الأبوة في معناها الجوهري العام من العناية بالصغار وتحضيرهم لإدارة مهام الحياة؛ فيقدم الآباء للأبناء الخبرات الطفولية، ويعملون على تحضير البيئة التي تقود تطور الأبناء، وبالتالي تساهم في الصحة النفسية للطفل، ويظهر التعبير الأبوي في المعرفة والأداء، لكن الآباء لا يرعون أولادهم والأبناء لا يكبرون من تلقاء أنفسهم بمعزل عن كل شيء، بل في العديد من السياقات، ومن السياقات الجديدة بالذكر عن الأبوة وصحة الطفل النفسية هي الثقافة؛ فلكل ثقافة خصائصها الخاصة وتمتاز عن غيرها من الثقافات، وذلك عن طريق أفكار معروفة ومتأصلة وعميقة عن كيف يحتاج المرء إلى أن يشعر ويفكر ويعمل كعضو له دور فعال في ثقافته. ويقدّر ما يشترك الآباء في قناعات معينة عن الثقافة، يميلوا إلى اتباع "العرف الثقافي" السائد في تربية الأطفال. ويتوسع آفاق تعريفاتنا، نجد أنها مهام الآباء المستمرة أيضاً التي تسعى إلى تثقيف الأطفال، عن طريق تحضيرهم للمواقف الجسدية والاجتماعية والنفسية والتعليمية الخاصة بثقافتهم المعينة. وتظهر المقارنات الثقافية أن كل جوانب تربية الأطفال، تُمليها الثقافة؛ فتؤثر الثقافة على توقيت وكيفية عناية الآباء بالأطفال، وماذا يتوقع الآباء من الأبناء، وأيه سلوكيات يقدرونها الآباء ويؤكدون عليها أو يكافئونها، وغيرها من السلوكيات التي يسعون إلى عقابها، وبالتالي، فقد أصبحت المعايير الثقافية واضحة في العناية بالصحة النفسية للأطفال عن طريق الآباء، بالإضافة إلى ذلك، تعمل الاختلافات عما هو طبيعي في الثقافات الأخرى، على تحدي افتراضاتنا عما هو عالمي، ونُخبّر إدراكنا عن كيف أن العلاقات بين الآباء والأبناء تنكشف بطرق ثقافية عالمية ومحددة أيضاً. تهتم هذه المقالة بإسهامات الثقافة في الأبوة والصحة النفسية للطفل، ولا تستطيع دراسة واحدة قامت على مجتمع واحد، مخاطبة هذه القضية الكبيرة، إلا أنه من الممكن أن نتعلم دروساً عن الأبوة والصحة النفسية من دراسة مختلف المجتمعات.

كلمات مفتاحية: ثقافة، الأبوة، معتقدات، سلوكيات، أفكار، الطب النفسي، سياسة مجتمع

(عالم الطب النفسي 2013:265-12:258)

لإدارة مهام الحياة؛ فيقدم الآباء لأبنائهم خبرات الطفولة، ويحضرون لهم البيئة التي تقود إلى نمو الطفل، ويساهم البيولوجيون بصورة مباشرة في التكوين الجيني لأبنائهم، ويشكل الآباء البيولوجيون والغير بيولوجيون، على حد سواء، خبرات الأبناء.

ويدرك كل من يلاحظ أن الأم شخص فريد؛ فدور الأم الشامل والأمومة، بالطبع أساس في عملية نمو الطفل (9)، حتى إذا كانت مطالبات الأب القانونية ودوره الاجتماعي ومسؤولياته نحو الطفل بارزة (10). صدقت الاستطلاعات المتعددة الثقافات على صدارة عناية الأم (11،12)، فتقضي الأم، في المتوسط، ما بين 65 و80% وقتاً أكثر من الأب في الأحاديث الفردية مع الأطفال الصغار (13)، بينما قد يبتعد الأب عن أطفاله إذا كان غير سعيد في زواجه؛ بينما لا تفعل الأم هذا الأمر أبداً (14).

وبالطبع لا يتصف دور الأب بكونه غير كفؤ أو غير مبالي بالأطفال، بل أن الأم والأب يميلون إلى تقسيم عبء العناية واشتغال الأطفال، مما يؤكد على وجود أنواع متعددة من التفاعلات؛ فتقدم الأم عناية مباشرة، بينما يخدم الأب كرفيق اللعب ومصدر الدعم أيضاً (9،15). لقد أظهرت الأبحاث التي قامت على كلا من الأسر التقليدية والغير تقليدية (أي أن يكون الأب مصدر الرعاية الأول) (17)، أن النوع الأبوي ينتج تأثيراً أكبر من الدور الأبوي أو نظام العمل، وقد شهدت الدول الصناعية زيادة في كم الوقت الذي يقضيه الأب مع أبنائه، لكن وفي حقيقة الأمر، لا يزال أغلب الآباء معاونين أوليين (18).

والجدير بالذكر أنه يحدث في الثقافات المختلفة أن توزيع مسؤوليات الآباء تسير بصورة مختلفة؛ ففي أغلب الثقافات تكون الأم هي مقدم الرعاية الرئيسي، وفي بعض الثقافات الأخرى يكون تعدد الأفراد الذين يقدمون الرعاية بالأمر المعمول به، وبالتالي، فيقضي الأطفال في بعض الثقافات الكثير من وقتهم، بل أغلبه مع مقدم رعاية آخر، والذي قد يتمثل في الأخوات أو الأقارب أو شخص ما بالغ ليس من الأسرة. وتوزع نماذج

يساهم الآباء بطرق مركزية في مسار تطور الأطفال ونتائج هذا التطور (1-3)، وتلعب العناية الأبوية دوراً تأثيري في الصحة النفسية للطفل، وذلك لأنها تنظم أغلبية التداخلات البيئية على الطفل وتساعد في تشكيل تأقلم الطفل. تنمو أكثر من 100 بليون خلية عصبية في فترة الطفولة المبكرة وتتصل لتكوّن شبكات المخ عن طريق تفاعل الجينات والبيئة والخبرات (4)، ويلعب الآباء دوراً محورياً في هذه العملية، وبالتالي تشكل الصحة النفسية والجسدية والمهارات السلوكية والأكاديمية، وحتى الاشتراك في سوق العمل فيما بعد في مسار الحياة (5،6)، إلا أن الثقافة تتشكل وتتقدم عن طريق الأبوة في حد ذاتها (7).

وكما أن الاختلافات الثقافية تُملي وبشكل واضح اللغة التي سيحدثها الطفل في نهاية الأمر، تنتج الاختلافات الثقافية تأثيرات هامة ومختلفة على التطورات النفسية والعاطفية والاجتماعية الخاصة بالطفل؛ فلكل ثقافة خصائصها التي تتميز بها عن غيرها، وذلك عن طريق أفكار متأصلة ومعروفة بشكل واسع عن كيف يحتاج المرء إلى أن يشعر ويفكر ويعمل كعضو مؤثر في الثقافة؛ فتشكل هذه السلوكيات والمعتقدات كيف يربي الآباء نسلهم. تُساعد الثقافة في تشكيل الآباء والأبوة، تماماً كما تساعد الثقافة في تعريف الصحة النفسية. وتنقل الثقافة وتبقى عن طريق التأثير في إدراك الأبوة، والذي بدوره يعمل على تشكيل الممارسات الأبوية (7،8) وسواء كانت الثقافة عالمية أو خاصة، فهناك ضوابط ثابتة للتأكد أن كل جيل جديد يكتسب نماذج طبيعية جيدة من الناحية الثقافية، عن المعتقدات والسلوكيات.

سأقوم في هذه المقالة بشرح نقطة التقاطع بين الأبوة والثقافة وأهميتها على الصحة النفسية للطفل.

الأبوة والثقافة

تتكون الأبوة في معناها الجوهري من العناية بالصغار وتحضيرهم

الرعاية بالأطفال، مثل الحنو والتفاعل وتعليمات التوجيه، بين أفراد متنوعين بداخل المجموعة الواحدة.

تجد الأبوة تعبيراتها في المعرفة والممارسة، وتحتل دائماً المعتقدات الأبوية - أي أفكارهم ومعرفتهم وقيمهم وأهدافهم واتجاهاتهم - مكاناً شائعاً في دراسة الأبوة والصحة النفسية (19-21)، وتخدم المعتقدات الأبوية العديد من الأدوار؛ فهي تُنتج وتشكل السلوكيات الأبوية وتدخل في التأثيرات الأبوية وتساعد في تنظيم الأبوة (22،23). ومن الأمور الأكثر أهمية في ظاهرة ممارسات الآباء والأبناء هي الخبرات الحقيقية التي يقدمها الآباء للأبناء؛ فتجد أصول أغلب خبرات الأطفال العالمية من التفاعلات التي يدخلون فيها في أسرهم، وأن الإدراك الأبوي وتحقيق الأهداف الأبوية، تتحقق عن طريق الممارسات الأبوية.

إن البشر لا يمتنعون ولا يمتنعون منهم لا يشتغلون في مهام الآباء بعزلة عن كل شيء، بل يحدث ذلك في ظل العديد من السياقات المختلفة (24)، ومن السياقات الجديرة بالذكر عن الأبوة والعناية النفسية بالطفل هي الثقافة، وبصورة متناقضة، يصعب تعريف الثقافة؛ فقد أعتبرها البعض اختلافات مُعقدة (25-27)، بينما للبعض الآخر، تتكون الثقافة من معاني مُتعلمة ومعلومات مشتركة، تم تنقلها من جيل إلى جيل، أي أنها، "... مجموعة من آليات المراقبة - مثل الخطط ووصفات وقواعد وتعليمات ... تُستخدم لإدارة السلوكيات" (28). وبالتالي فالثقافة تتكون من نماذج مميزة من المعايير والأفكار والقيم والقناعات والسلوكيات وتقديرات رمزية عن الحياة، يعتقد بها مجموعة من الأفراد، وتثبت مع مرور الوقت، وتنظم وتقود الحياة اليومية، وتُشكل اختصاصات قيمة يتم إخبارها لأعضاء جُدد في المجموعة.

يُحدد كل مجتمع خصائص معينة يتوقع من أعضائه أن يمتلكونها أو يسبغون بمقتضاها ويمنع الآخرين من عدم أتباعها إذا أرادوا أن يسبغوا بشكل مناسب وبصورة طبيعية كأعضاء هذا المجتمع، وقد تكون بعض الخصائص والمنوعات عالمية ومتداولة عبر الثقافات، ومن الأمثلة المناسبة لهذا الأمر هو أنه يتوجب على الآباء (أو أب بديل) أن يقتصروا أولادهم ويحموهم (2). تختلف القيم والمعايير الأخرى من ثقافة لأخرى، ومن الأمثلة المناسبة لهذا الأمر هو ما إذا كان ينبغي تربية الأطفال أم لا وكيف يتم ذلك (29).

تخلط العناية الأبوية بين الحس والتثقيف؛ فبعض الأحياء يعتني الآباء بأبنائهم بحسب بديهيته، مثلاً، أنه يحدث في كل مكان تقريباً أن يتحدث الآباء إلى أطفالهم الرضع، رغم أنهم يدركون جيداً أن أطفالهم لا يدركون بعد، لكن يدرك الآباء ما هو الأداء الأبوي الفعال والمناسب للعيش في ثقافة ما، أي أن الصور الجيلية والاجتماعية والإعلامية عن التربية والأطفال والحياة الأسرية، تلعب دوراً هاماً في مساعدة الأفراد على تشكيل إدراكهم التربوي، وأن يقودوا ممارساتهم التربوية. يتلقى الآباء في الثقافات المختلفة، الكثير من أنواع الإرشاد المختلف عن التربية المناسبة للأطفال، سواء كان ذلك في صورة كتب أو الأسرة أو الأصدقاء، أو التدريب المباشر عن طريق القدوة. وبقدر ما ينتمي الآباء إلى ثقافة ما ولديهم قناعات خاصة عن هذه الثقافة، يميلون إلى أتباع "العرف الثقافي" السائد، وذلك في تربية أطفالهم.

تعمل الاختلافات في الثقافة على وجود اختلافات بسيطة وأيضاً واضحة - إلا أنها دائماً ما تكون مثيرة للإعجاب وذات معنى عميق -

في نماذج التربية والصحة النفسية للطفل. تُظهر المقارنات بين الثقافات أن كل جوانب تربية الأطفال تُملئها الثقافة، مثلاً، لا تدرك الأمهات في المناطق الريفية من تايلاند أن الأطفال حديثي الولادة لا يتمكنون من الرؤية، ويقومون في أوقات الصباح بتقميط أطفالهن في أرجوحة مصنوعة من النسيج، ويتركونهم فيها على ظهورهم، بحيث تسمح لهم فقط برؤية شق قليل من السقف أو السماء (30). أما الأمهات الحداث في أستراليا أو الأمهات اللبانيات اللاني يعيشن في أستراليا، فيتوقعن توقينات مختلفة جداً لنمو الطفل، وتعمل ثقافتهم على تشكيل توقعات الأم أكثر من أيه عامل آخر، مثل خبرات ملاحظة أطفالهن أو مقارنة أطفالهم مع غيرهم من الأطفال (31).

تؤثر الثقافة وبشدة على كيفية وتوقيت عناية الآباء بالأبناء والمدى الذي يسمح به الآباء للأبناء بحرية الاستكشاف وكيف يحنو الآباء على أبنائهم أو كيف يكونون متحفزين وأيه سلوكيات على الآباء التأكيد عليها، وهكذا. لدى اليابان والولايات المتحدة نفس مستويات الحداثة ومعايير العيش، وكلاهما مجتمعات تركز على الطفل، إلا أنهما يختلفان عن بعضهما البعض في أمر تربية الأطفال (32-34)؛ فتتوقع الأمهات اليابانيات أن يحظى أبنائهن مبكراً بنضج عاطفي وتحكم في الذات وفضول اجتماعي، بينما تتوقع الأمهات الأمريكيات أن يحظى أبنائهن مبكراً بكفاءة كلامية وإدراك ذاتي. وتميل الأمهات الأمريكيات إلى تطوير حكماً ذاتياً وأن يشكلن تفاعلات اجتماعية مع أبنائهن، بحيث يتأكد لديهم الاستقلال ويتشكل لديهم إصرار فعلى وجسدي. وعلى الناحية الأخرى، تميل الأمهات اليابانيات إلى تشكيل تفاعلات اجتماعية مع أولادهن، بحيث يقوين الاقتراب والاستقلالية من خلال الزوج، ويملن أيضاً إلى تدليل أبنائهن. إن هذه النماذج المتناقضة بمثابة دليل واضح في التفاعلات بين الأم والطفل مبكراً عند سن الخمسة أشهر (35).

يميل الآباء إلى الاعتناء بأبنائهم مع طاعة فطرية لنظام المعتقدات الثقافية، والنماذج السلوكية الثقافية السائدة، ويُمكن أن تكون الاتجاهات التي يشكلها المجتمع قوية جداً بحيث يكون من المعروف أن يتصرف الآباء بمقتضاها، بغض النظر عما تُملئ عليهم أحاسيسهم عن أطفالهم، مثلاً يعتقد الآباء في ساموا أنه لدى كل الأطفال الصغار شخصية متصلة، وبعيداً عما قد يقوله الأطفال يتفق الآباء حول أن أول كلمة نطق بها أطفالهم هي "تاي" - وتعني هذه في اللغة الساموانية "بذي" (36).

والجدير بالذكر أنه يتوقع أن تتكيف نماذج التربية التي تعتمد على الثقافة مع المواضع المحددة لكل مجتمع واحتياجاته. يعكس السياق الثقافي ماهية التربية وكيف تعمل؛ فالتربية هي السبب الرئيسي وراء كيف أصبح الأفراد في الثقافات الأخرى ما هم عليه الآن، وكيف يختلفون عن غيرهم في ثقافات أخرى. وبالتالي، فإن مركز مفهوم الثقافة هو التوقع بأن مجموعات ثقافية مختلفة تمتلك معتقدات مميزة وتتعامل بطرق مميزة مع احترام التربية التي قد تلقونها.

يستضيف الآباء في مختلف الثقافات معتقدات مختلفة عن طريقة تربية أولادهم وأيضاً عن أطفالهم (37،19). لقد قامت الأمهات في دراسة قامت على سبعة ثقافات (الأرجنتين وبلجيكا وفرنسا وإسرائيل وإيطاليا واليابان والولايات المتحدة)، قمن بتقييم كفاءتهن ورضاهن واستثمارهن وتوازن أدوارهن في تربية أطفالهم، وقد أرجعن نجاحهن وفشلهن أيضاً في أمور التربية إلى المقدرة والجهود والحالة المزاجية وصعوبات مهام

على الاختلافات الثقافية، إلا أن الكثير من المراحل التنموية الهامة واستراتيجيات التربية والعمليات الأسرية، تميل إلى أن تتشابه بين الثقافات. إن مناشدة التفكير التطوري لجينات الأنواع الأكثر شيوعاً والإرث البيولوجي المشترك لبعض العمليات النفسية، يقترح مسبقاً عمومية هذا الفكر (46) كما تفعل أيضاً القوات التاريخية والاقتصادية المشتركة (47)، وبالتالي فبعض المطالب على الآباء، بالأمر الشائع، مثلاً ينبغي على الآباء في كل الثقافات أن يقاتلوا أولادهم ويحموهم (2)، وعند نهاية اليوم ينبغي على كل الآباء أن يساعدوا أولادهم أن يتوافقوا مع مهام تنموية متشابهة، وأن كل الآباء (على نحو محتمل) يتمنوا لأطفالهم صحة جسدية وتآقلم اجتماعي ونجاح تعليمي وأمان اقتصادي، لكن قد تجد هذه النجاحات تدعيمها في ثقافة خاصة.

وما هو أكثر من ذلك، إن التقنيات التي يؤثر عن طريقها الآباء على الأبناء، عالمية، مثلاً قد عرّف واضعو نظريات التعليم الاجتماعي الدور النافذ الذي تلعبه الشروط والنماذج بينما يكتسب الأطفال الروابط التي ستشكل فيما بعد أساس نواتهم التي تشكلها الثقافة. وعند استماع الأطفال أو رؤيتهم للآخرين المتأصلين في الثقافة، يميل الأطفال إلى أن يفكروا ويعملوا مثلهم. تقترح نظريات الروابط أن الأطفال في كل مكان ينمون نماذج عمل داخلية عن العلاقات الاجتماعية، وذلك عن طريق التفاعل مع مقدمين العناية الأساسيين وأن هذه النماذج تشكل العلاقات الاجتماعية المستقبلية لهؤلاء الأطفال مع غيرهم (48). بالإضافة إلى ذلك، تقدم التطورات الاجتماعية والاقتصادية وأيضاً عولمة المعلومات، تقدم الآباء اليوم في مجموعات ثقافية مختلفة، مع الكثير من قضايا التنشئة الاجتماعية (المتزايدة) والتحديات (مثل الأمان في استخدام شبكة الانترنت).

وسواء كانت نماذج التنشئة الشائعة ثقافياً، تعكس العوامل الأصلية للأطفال وتكوينها البيولوجي، إلا أن الأسس الحيوية للعناية بالأطفال والالتقاء التاريخي لأنماط التربية والعوامل الاقتصادية أو البيئية المشتركة أو الانتشار المتزايد للهجرة أو الانتشار عن طريق الأعلام، بالأمر الصعب أو المستحيل تحديده. لقد شهد التحضر نموذج عالمي للتغيير في اتجاه التمدن وتمائل الإعلام والتمثل بالغرب الذي يساهم - بصورة تراكمية - في انحلال النماذج الثقافية التقليدية. وفي نهاية الأمر، تتمنى شعوب مختلفة (على نحو محتمل) أن تطور كفاءات عامة مماثلة في أولادهم، ويفعل البعض الآخر هذا الأمر بطرق مشابهة نوعاً وكماً.

عندما تتضمن مفاهيم وممارسات تربوية مختلفة، معاني مختلفة أو تخدم وظائف مختلفة في مواضع مختلفة، يقدم هذا دليلاً على الخصوصية الثقافية، مثلاً تستخدم الأمهات في الصين والهند ممارسات تربوية تحكيمية (دفع عالي وتحكم عالي) واستبدادي (القليل من الدفء والكثير من التحكم)، على التوالي، وبطرق ترتبط فيها الاختلافات في أهدافهم الاجتماعية والعاطفية التطورية في أولادهم (49). ويُعتقد في بعض الثقافات أن الطقوس الدينية غير ضارة، بينما في بعض الثقافات الأخرى، يُحكم عليها بكونها إساءة للأطفال.

وليس من المدهش أن المبادئ الحميمة (التي تؤمن بالقضاء والقدر) والتي تنظمها بعض الثقافات الخاصة، تتشابه مع تلك المبادئ الحميمة التي تنتقنها ثقافات أخرى. وقد يتبع البالغون من مختلف الثقافات طرقاً مختلفة في تربية الأطفال، وذلك بسبب خصائصهم البيولوجية، مثل بداية

الأبوة أو سلوكيات الأطفال (38). تختلف البلاد النظامية في أمور التقييم الذاتي والصلاحيات التي ظهرت، والتي يُمكن تفسيرها بحسب التوجهات الثقافية، مثلاً، لقد قيّمت الأمهات الأرجنتينيات ذواتهن في مستويات منخفضة من الكفاءة الأبوية والرضي، ووبخن أيضاً الفشل الأبوي بسبب ضعف مقدرتهن، وقد بدا أن عدم شعورهن بالأمان فيما يخص الأمومة يرتبط بضعف الدعم الاجتماعي، وبصفة خاصة تلك المتمثلة في المساعدات والنصائح عن تربية الأطفال. وعلى الناحية الأخرى قيمت الأمهات البلجيكيات أنفسهن في مستويات عالية من الرضي عن مستوى الرعاية الذي يقدموه لأطفالهن، وقد يُفسّر هذا الأمر في ضوء الدعم المتميز لرعاية الطفل المُقدم للآباء (مثل الزيارات الدورية ومشورات وزيارات منزلية وورش عمل العناية الصحية وفصول توضيح أمور تخص الأبوة). تؤثر التوقعات بدورها - التي أساسها الثقافة - على المعايير التنموية والمراحل الهامة (مثل متى يحقق الطفل مهارات تنموية خاصة) على تقييم الآباء لنمو أبنائهم. لقد قام هويكنز وويسترا (39،40) بإجراء استطلاع على أمهات إنجليزيات وجامايكيات وهنديات يعشن في ذات المدينة، ووجدوا أن الأمهات الجامايكيات يتوقعن أن يتعلم أولادهن السير والجلوس في وقت مبكر، بينما كانت الأمهات الهنديات تتوقعن أن يتعلم أولادهن الحبو لاحقاً، لكن وفي كل حالة من هذه، قد توافقت مبالغ الأطفال الخاصة بالمراحل التنموية مع توقعات الأمهات.

لدى توقعات الآباء قوتها الخاصة؛ فيتحدث الآباء من مختلف المجتمعات إلى أطفالهم وينظرون إليهم كما لو كانوا يدركون ما يقولون، فيتوقع الآباء المتفاعلون أن ينطق أبنائهم بالكلمات، إلا أن بعض الآباء في مجتمعات أخرى يعتقدوا أنه لأمر أحمق أن يتحدثوا إلى طفل قبل أن يصبح للطفل مقدرة على الكلام، وبالتالي فهم لا يتحدثون إليهم (36)، لكن في بعض الثقافات الأخرى، ينظر الآباء إلى الأطفال على أنهم شركاء يُمكن التفاعل معهم، ويقوموا باللعب معهم، بينما يعتقد آباء من ثقافات أخرى أن هذا الأمر عديم المعنى (41). في حقيقة الأمر، يبدو أن الاختلافات الثقافية عن المعتقدات التربوية تثبت حتى بين الأفراد الذين قد ولدوا وتربوا في ثقافة، وبعد ذلك انتقلوا للعيش في ثقافة أخرى ذات معايير تربوية مختلفة. لقد قام باشرودواركن (42) بسؤال أمهات من مجموعات ثقافية تمثل أقلية (بورتوريكا والأمريكان الأفارقة والغرب هنديين/ الكاريبيين) وأيضاً أمهات من مجموعات ثقافية تمثل أغلبية (الأمريكان من أصل أوروبي)، عن السن الطبيعي الذي يصل فيه الطفل إلى مراحل تنموية معينة، أثناء أول ثلاثة سنوات من عمره، وقد كانت الاختلافات التي خرجت من المجموعات العرقية لأكثر من ربع المراحل التنموية الهامة التي تم تقييمها. وبالتالي فإن إدراك المجموعات التي تمثل أغلبية لا يتم تبنيها دائماً، وغالباً ما تقاوم المعتقدات والمعايير التربوية الهامة، التغيير (43). في الولايات المتحدة، تميل الأمهات اليابانيات المهاجرات أن يكون إدراكهن مشابهاً لإدراك الأمهات اليابانيات أو التوسط بين الأمهات اليابانيات والأمريكان، إلا أنه يتشابه الإدراك التربوي الخاص بالأمهات المهاجرات من أمريكا الجنوبية، مع الإدراك التربوي الخاص بالأمهات الأوروبيات المهاجرات، أكثر من الأمهات من أمريكا الجنوبية (44)؛ فتتبنى المجموعات المهاجرة المختلفة مفاهيم وممارسات معينة بطرق مختلفة (45).

وبالرغم من أن هناك الكثير من التأكيد النظري والتجريبي

حساسيتهم المختلفة أو انتباههم لإشارات الأطفال. إن بعض الخصائص البيولوجية للأطفال والخاصة بالثقافة، مثل الحالة المزاجية التي تقوم على الدستور، يُمكن أن تطوّر اتجاهات تربوية خاصة بالثقافة و/أو بعض الأنشطة. أخيراً إن الحالات البيئية أو الاقتصادية الخاصة بوضع ثقافي معين، قد تطوّر معتقدات وسلوكيات تربوية، تُعتبر أصيلة أو فطرية لهذه الثقافة، وهي تظهر بطريقة مختلفة لتحسّن من أمر تأقلم وتعودّ الجيل الجديد على الوضع المحلي.

الأبوة والثقافة والصحة النفسية للطفل

تُشكّل التوقعات الإدراكية للرعي للآباء، فيما يخص ما يُعتبر مقبولا من الناحية الثقافية وما لا يُعتبر مقبولا، والذي بدوره يُشكّل ممارسات تربية الأطفال، وأخيراً خبرات الأطفال ونموهم، وذلك فيما يُمكن أن ندعوه "النموذج القياسي"، وبالتالي، تصبح المعايير الثقافية ظاهرة في الأطفال الأصحاء نفسياً عن طريق التربية، مثلاً، تعمل الأمهات الأوروبيات المقيمات في الولايات المتحدة، ولديهن طفل في عامه الأول على تشجيع الاستقلال الذاتي للطفل، بينما تركز الأمهات من بورتوريكو على وجود اعتماد متبادل بين الطفل وأمه وأيضاً ارتباطه بها (50). إن هذه الاختلافات الثقافية تجدها مترسخة في سلوكيات الفرد الذي يعتني بالطفل، في ظل استخدام الأمهات الأوروبيات اللاتي يعشن في الولايات المتحدة، بعض المقترحات وغيرها من الوسائل الغير مباشرة في تشكيل سلوكيات أطفالهن، وتستخدم الأمهات من بورتوريكو وسائل مباشرة أكثر لمثل هذا التشكيل، مثل الأوامر والأوضاع الجسدية والموانع. وعند اعتبار كبح سلوكيات الطفل، ورد فعل الآباء الصينيين والكنديين لمجموعة السلوكيات هذه، ونمو الطفل، نجد أن كلا الثقافتين لديها فكرة منع الأطفال، إلا أنه لدى الأمهات الصينيات التقليديات اتجاهات أكثر دفئاً وقبولا، بينما نجد أن الأمهات الكنديات يملن أكثر إلى استخدام فكرة العقاب. وعلى الناحية الدراسية، نجد أن الأطفال الصينيين الخجولين في المدرسة أكثر نجاحاً من الناحية الأكاديمية، وأكثر تفضيلاً لدى المعلمين والأقران، وهذا بعكس الأطفال الكنديين الخجولين، الذين يكونون سيئين (51،52)، وبالطبع لا تخطط المعتقدات دائماً وبصورة مباشرة السلوكيات، إلا أن الاثنان يتواجدن معاً بطرق معقدة، وأن المعاني الثقافية المحددة لكل منهما، بالأمر العصيب.

من الأمور الهامة أن نتعلم المزيد عن الثقافة والتربية؛ بحيث يتمكن العلماء والمعلمين والممارسين من تعزيز أمر الصحة النفسية للطفل. وبقدر ما نجد أن (بعض) العلاقات النظامية مؤسسة في الثقافة بين كيف يربي الآباء وكيف ينمو الأطفال، نجد أن هناك احتمالية تعريف البعض "لأفضل الممارسات" عن كيفية تعزيز طرق تربوية إيجابية وصحة نفسية إيجابية للطفل. يُنظر البعض إلى الممارسات التربوية على أنها مُهينة للطفل في بعض الثقافات، إلا أن في بعض الثقافات الأخرى يُنظر إلى ذات السلوكيات على أنها حميدة لتقويم الطفل، مثلاً تتضمن الممارسات التربوية في بعض السياقات الثقافية العلاج الشعبي، والتي يكون الهدف منها مساعدة الأطفال على التعافي من مرض ما، إلا أن هذا النوع من العلاج يترك آثار حرق أو غيرها من العلامات (53،54)، لكن تصبح هذه الممارسات التربوية إشكالا كبيراً إذا أُستخدمت في غير سياقها الطبيعي

(مثل بعد الانتقال إلى ثقافة أخرى حيث تتعارض هذه السلوكيات مع التعريفات السلوكية السائدة عن الإساءة للأطفال) (55). تتطلب الحالات القانونية التي تشتمل على مثل هذه السيناريوهات، دلائل ثقافية (56)؛ فقد قام ذات مرة أحد القضاة برفض قضية ما قامت فيها الأم بإحداث جراح صغيرة ومتعددة على وجنتي طفليها، لتُثبت أنهما قد انضما إلى عشيرتها (57)، ويُشير فعل تثقيب الأذن إلى ممارسات تربوية، تُعتبر طبيعية في إحدى الثقافات (في الولايات المتحدة)، وقد يؤدي هذا الفعل للطفل على المدى القريب، بل وقد يُغيّر من هيبته، وليس له علاجاً، ومع ذلك فإن التربية التي تؤيد تثقيب الأذن لا تُعتبر إهانة للطفل، ولا يُمكن أن تُسَلَّم جدلاً أن لها تأثيرات سلبية على المدى البعيد على الصحة النفسية للطفل. وعلى الناحية الأخرى، قد تكون بعض الممارسات التربوية ضارة للأطفال، حتى إذا كانت مقدسة من قبل المجموعات الثقافية؛ فختان الإناث أمر غير مُحبذ في الكثير من الأماكن، حيث يُعتبر إساءة للإناث وله تأثيرات سلبية طويلة الأمد على صحتهم، بالرغم من كونه بالأمر الطبيعي في الكثير من السياقات الثقافية (57،58). لقد أخذ المجتمع الدولي الكثير من الخطوات تجاه أن يكون لدى الطفل حقوق معينة، بغض النظر عن ثقافتهم، وأنه من اللازم في الكثير من الأحيان اعتراض الآباء لمنع الإساءات الشديدة. وفي عام 1990، عملت لجنة حقوق الطفل (CRC)، على وضع قضية حماية حقوق الطفل في مقدمة المجتمع الدولي. وقد ضرب الـ CRC مثلاً عن كيف أن المجتمع الدولي تبنى أوضاع تهدف إلى تشكيل كيفية التربية حول العالم.

يُمكن أن تساعد المعتقدات التربوية والسلوكية الملائمة، على تعزيز الصحة النفسية للطفل، وذلك بمعايير مقبولة ثقافياً. لدى الموضوعية (تكرار ذات الفكرة الثقافية بين تقنيات وسياقات) أهمية خاصة في الثقافة، حتى أنها تعمل كمنظم للسلوكيات (59)، ولذلك، تجد مثلاً في الولايات المتحدة، أن الاختيارات الشخصية مرتبطة وبصورة قريبة بكيف يفكر الأفراد عن أنفسهم، وكيف تعني حيواتهم بالنسبة لهم؛ فنقوم الاختيارات الشخصية، وبقوة، على أسس الحرية، وهي أيضاً مكوّن نفسي هام ومستمر في الآداب الخاصة بالتربية والصحة النفسية في الولايات المتحدة (60).

إن الأمور التي تُعتبر طبيعية في المجتمع، بالأمر الهام جداً، مثلاً، أن المناخ الثقافي الذي ينشأ فيه الطفل، هام كاهمية التربية في حد ذاتها، وذلك فيما يخص التكهن بالحالة النفسية للطفل (61). لقد تم دراسة الرابط البسيط بين استخدام الأم للتربية الجسدية وتقويم الطفل في ستة دول مختلفة، وذلك في اختبار تجريبي عن دور الثقافة المعيارية في العلاقات بين الطفل والآباء (62). إن الأطفال الذين يخبرون تربية جسدية بصفة متكررة، يحدث لديهم قلق واستخدام متكرر للعقاب الجسدي المتصل بالعنف الذي مروا به مع البالغين، وأيضاً الموافقة على العنف (63)، لكن تختلف الدول فيما يخص التقارير الخاصة بمعايير التربية الجسدية وأيضاً في طريقة ربط التربية الجسدية بتقويم الأطفال. وقد عمل إدراك الأطفال عن معايير التربية الجسدية على تهدئة الرابط بين خبرات التربية الجسدية والقلق الذي قد يختبره الأطفال والسلوكيات العدوانية. لقد أظهر الأطفال الذين أدركوا استخدام التربية الجسدية بكونها معايير ثقافية، أظهروا مستويات عالية من العدوانية، بغض النظر عما إذا كانوا اختبروا مستوى عالي أو منخفض من التربية الجسدية. أما الاستخدام المتكرر للتربية

التي توجد في ثقافات معينة (72،73). يعتبر الأطفال الأمريكيون أمهاتهم بأنها قاعدة آمنة، يتمكنون منها من استكشاف العالم من حولهم، بينما يستمتع الأطفال اليابانيون بتدليل أمهاتهم وتبليتهن لاحتياجاتهم (74). إن جوهر الأمر هو أن العلاقات الصحية بالأمر المركزي في كلا الثقافتين، إلا أنهم يُظهران أنماطاً مختلفة كدور التأكيدات الثقافية المتناقضة على التفرد والتكيف. يؤدي النمط التربوي التحكيمي إلى نتائج صحة نفسية ايجابية، وذلك للأطفال الأوروبيين المقيمين في الولايات المتحدة، إلا أن نمط التربية المتسلط يؤدي إلى نتائج ايجابية للأطفال الأفارقة المقيمين في الولايات المتحدة (75).

إن خصوصية التربية وعموميتها، وأيضاً العلاقات بين الآباء والصحة النفسية الخاصة بأبنائهم، تجد تقييمهما، وبصورة مفيدة، عن طريق الأبحاث الثقافية، وذلك لأنه لا تحدث التربية أو حتى نمو الأطفال من فراغ؛ بل أن كلا منهما يظهر وينمو في محيط الثقافة. يتحدى أمر الاختلافات فيما هو طبيعي في الثقافات الأخرى، افتراضاتنا عما هو عالمي، ويُخبر إدراكنا كيف أن العلاقة بين الآباء والأبناء تظهر بطرق عالمية ثقافية وبطرق خاصة أيضاً.

الخاتمة

تؤثر الثقافة على بعض الممارسات والمعرفة التربوية، وبالتالي فتؤثر بدورها على الصحة النفسية للطفل، وذلك منذ المراحل المبكرة، وذلك عن طريق هذه العوامل القوية كما يتوقع الآباء من الأبناء، وكيف ومتى يعتني الآباء بالأبناء وأيه سلوكيات يقدرها الآباء ويؤكدونها ويكافئونها. يتأثر الآباء بصور اصطلاحية عما هي طرق التربية المثالية، وبالتالي فهم يسعون (وحتى عن دون وعي منهم) إلى تشكيل بنود مشتقة من مفاهيم تعمل على تمييز الوسط الذي يميز ثقافتهم.

إن مهمة الآباء المستمرة هي العناية بأبنائهم وتثقيفهم، وذلك عن طريق تحضيرهم للمواقف الجسدية والنفسية والاجتماعية والتعليمية التي تميز ثقافتهم الخاصة، ولهذا السبب، عمل العديد من واضعي النظريات على تأكيد أن الأسرة بصفة عامة، والعلاقة بين الآباء والأبناء بصفة خاصة، تشمل بوتقة فعالة للنمو المبكر (وبالطبع الأخير) للفرد وأيضاً لاستمرار الثقافة.

تعمل كل ثقافة على تعزيز طرقاً فريدة للتأقلم مع صرامة متطلباتها وبيئتها وعلومها البيئية، وقد طورت تقاليد لتحقيق الأهداف العامة من تربية الأطفال، وكنتيجة لذلك، يختلف أمر تربية الأطفال وبشدة من دولة إلى دولة، وحتى في وجه الأهداف المشتركة، وبالتالي فإن السياق الثقافي للأبوة والبنوة، ذات اهتمام متزايد لعالم الطب النفسي.

وبتقديم هذه الأمور، وبعد مرور حوالي قرن من الدراسات النفسية، ومع وجود اهتمام شديد بالتربية والصحة النفسية للطفل، لا زلنا نملك القليل جداً من المعرفة عن المعتقدات والسلوكيات والظروف الحياتية والخبرات، التي تخص الأطفال وآبائهم في الثقافات الغير غربية. ففي الماضي، كان يميل العلماء إلى تعميم السلوكيات الخاصة بالأفراد أو المواقف إلى استنتاجات عامة من ناحية النوع، وبدون الانتباه إلى الظروف أو المحدوديات التي وضعتها الثقافة. هناك نقد سائد يقول أن الأبحاث في هذا المجال قد عمدت إلى وصف النظم والأسس والأداء والعمليات التي

الجسدية، فلم يرتبط كثيراً بنتائج طفولية معاكسة في سياقات المعايير الثقافية المُدرَكة. وباختصار، لقد هدأت العلاقة بين استخدام الأم للتربية الجسدية وصحة الطفل النفسية، بفعل المعايير الثقافية للتربية الجسدية. إن الآباء الأوروبيين المقيمين في الولايات المتحدة، ولديهم أطفال مراهقين، أكثر احتمالاً لأن يدخلوا في طرق التربية التحكيمية التي تؤكد على تنمية الانفصال والاستقلال في خلال علاقة بها تأييد وحساسية، بينما يميل الآباء اللاتينيين والأفارقة الأمريكيين والأمريكيين الآسيويين، إلى الطرق التربوية التسلطية، التي تؤكد وبشدة على الطاعة والمطابقة (64). يجد الأطفال الأمريكيون تشجيعاً على التعبير عن مشاعرهم ومشاعر الآخرين، كطريقة لزيادة إدراكهم عن المشاعر والقدرة على تنظيمها، بينما تُشجع الأسر الصينية التناغم مع مشاعر الآخرين، وكبت التعبير عن المشاعر الذاتية، وذلك كطريقة للتناغم بداخل المجموعة الواحدة (65). يعمل الآباء الصينيون على تذكرة أبنائهم بأخطائهم الماضية، وذلك باستخدام وسيلة سرد القصص، لتعليمهم المعايير الاجتماعية والمعايير السلوكية وأيضاً لتوليد إحساس بالخل على السلوكيات السيئة، وعلى الناحية الأخرى، يتجنب الآباء الأمريكيون القصص التي بها تذكير عن الأخطاء، وذلك حتى لا يدمروا تقدير الأطفال لذواتهم (66،67).

تتكرر وبصفة مستمرة بعض العلاقات الصحية النفسية بين الآباء والأبناء، وحتى في الثقافات المختلفة جداً، وعندما تتضمن المعرفة أو الممارسات التربوية نفس المعنى، وتقدم نفس الأداء في ثقافات مختلفة، فمن المحتمل أنها تشكل ثقافة عالمية. ويبدو أن للتحكم النفسي الأبوي في الأبناء المراهقين، روابط سلبية عبر سياقات ثقافية مختلفة. وفي دراسة قامت على 11 دولة، تتضمن على الأقل دولة واحدة من أفريقيا وآسيا وأوروبا والشرق الأوسط وأمريكا الشمالية وأمريكا الجنوبية، تم ملاحظة إجماع ظاهري على أهمية علاقة المراقبة الأبوية - بالقليل - والضوابط النفسية - بالكثير - لسلوكيات الأبناء المراهقين الغير اجتماعية (68).

لكن يمكن أيضاً أن تقترح ذات المعرفة أو الممارسات الأبوية معاني أو وظائف أخرى في سياقات ثقافية أخرى، مثلاً يعمل أمر اتصال العين المتبادل على فتح المجال لبدء تواصل اجتماعي، وذلك في بعض الثقافات (69)، بينما في بعض الثقافات الأخرى، يشير أمر اتصال العين المتبادل إلى عدم الاحترام والعداونية (70،71). يمكن أن يسبب اختلاف المعاني المرتبطة بسلوك معين، مشكلات في التقويم، وذلك للأطفال الذين يتوقع منهم والديهم أن يسلكوا بطريقة معينة يشجعونها هم في المنزل (مثل تجنب اتصال العين لإظهار الاهتمام والاحترام)، وذلك عندما يجد الأطفال أنفسهم في موقف يترجم فيه البالغون بعض السلوكيات بطريقة مختلفة (بل وسلبية في بعض الأحيان) عما يترجمونها هم (مثل أن يبدو الطفل غير مقدراً للمعلم في المدرسة أو لا يتعامل معه).

وعلى الناحية الأخرى، يمكن أن تتضمن السلوكيات والمعرفة التربوية المختلفة، ذات المعنى أو قد تقوم بذات الدور في سياقات ثقافية مختلفة؛ يُظهر الآباء في بعض المجموعات الثقافية، العاطفة عن طريق نبرة صوتهم، بينما في بعض الثقافات الأخرى يُظهر الآباء العاطفة بطرق جسدية. تخدم هذه التعبيرات المختلفة ذات الهدف، والذي هو أن يشعر الطفل بالحب والقيمة وقيمته عند والديه في ثقافتهم التي يقدرونها. إن الترابط والاستقلال من الأمور الهامة في كل الثقافات، إلا أن الطرق التي يُعبر بها الآباء عن هذه الأمور لأبنائهم، تختلف بسبب دور القيم والأهداف

التي تميّز العناية بالطفل، بينما تُقيّم وجهات نظر الطفل تأثير الثقافة والعناية على الصحة النفسية.

المراجع:

1. Bornstein MH. Parenting infants. In: Bornstein MH (ed). Handbook of parenting, 2nd ed. Mahwah: Erlbaum, 2002:3-43.
2. Bornstein MH. Parenting science and practice. In: Damon W, Renninger KA, Sigel IE (eds). Handbook of child psychology, Vol. 4: Child psychology in practice, 6th ed. New York: Wiley, 2006:893-949.
3. Collins WA, Maccoby EE, Steinberg L et al. Contemporary research on parenting: the case for nature and nurture. Am Psychol 2000;55: 218-32.
4. Couperus JW, Nelson CA. Early brain development and plasticity. In: McCartney K, Phillips D (eds). Blackwell handbook of early childhood development. Malden: Blackwell, 2006:85-105.
5. Carneiro P, Meghir C, Parey M. Maternal education, home environments, and the development of children and adolescents. J Eur Econ Assoc 2012;11:123-60.
6. Dupas P. Health behavior in developing countries. Annu Rev Econ 2011;3:425-49.
7. Bornstein MH, Lansford JE. Parenting. In: Bornstein MH (ed). The handbook of cross-cultural developmental science. New York: Taylor & Francis, 2010:259-77.
8. Harkness S, Super CM, Moscardino U et al. Cultural models and developmental agendas: implications for arousal and self-regulation in early infancy. J Dev Processes 2007;2:5-39.
9. Barnard KE, Solchany JE. Mothering. In: Bornstein MH (ed). Handbook of parenting, Vol. 3: Status and social conditions of parenting, 2nd ed. Mahwah: Erlbaum, 2002:3-25.
10. French V. History of parenting: the ancient Mediterranean world. In: Bornstein MH (ed). Handbook of parenting, Vol. 2: Biology and ecology of parenting, 2nd ed. Mahwah: Erlbaum, 2002:345-76.
11. Geary DC. Evolution and proximate expression of human paternal investment. Psychol Bull 2000;126:55-77.
12. Weisner TS, Gallimore R. My brother's keeper: child and sibling caretaking. Curr Anthropol 1977;18:169-90.
13. Parke RD, Dennis J, Flyr ML et al. Fathers: cultural and ecological perspectives. In: Luster L, Okagaki L (eds). Parenting: an ecological perspective, 2nd ed. Mahwah: Erlbaum, 2005:103-44.
14. Kerig PK, Cowan PA, Cowan CP. Marital quality and gender differences in parent-child interaction. Dev Psychol 2005;29:931-9.
15. Parke RD. Fathers and families. In: Bornstein MH (ed). Handbook of parenting, 2nd ed. Mahwah: Erlbaum, 2002:27-73.
16. Belsky J, Gilstrap B, Rovine M. The Pennsylvania infant and family development project, I: Stability and change in mother-infant and father-infant interaction in a family setting at one, three, and nine months. Child Dev 1984;55:692-705.
17. Lamb ME, Frodi AM, Frodi M et al. Characteristics of maternal and paternal behavior in traditional and nontraditional Swedish families. Int J Behav Dev

تتناسب مع الأفكار المناسبة مع الثقافات الغربية والتعليمية والصناعية والغنية والديمقراطية (76-78)، مثلاً، لقد قام باتيل وسوماثيال (79) بدراسة الجرائد الرائدة في مجال الطب النفسي، ووجدوا أن "فقط 6% من المقالات قد تم نشرها من مناطق في العالم بها أكثر من 90% من الكثافة السكانية العالمية"، وقد عملت محدودية مركزية تخص الثقافة، على اعتراض الإدراك الشامل للتربية والصحة النفسية للطفل، وقد أدت هذه المحدودية إلى الكثير من النقد الموجه لوجهات نظر الثقافة الواحدة وعملت على تعزيز مكالمات متسقة لعمل دراسة متعددة الثقافات (77,79,80)، وبالتالي يدرك الباحثون وبشدة الاحتياج إلى توسيع مجال متطلبات التربية، حتى تشمل عينات متنوعة من الناحية الثقافية. ومن الهام جداً الاهتمام بهذه المكالمات حتى يتمكن من تجنب الإدراك الخاطئ عن العالمية، وأيضاً عن تحيز الدراسة الأحادية الثقافية.

وبالتالي فهناك احتياج قوي وهام إلى نهج ثقافية للتربية والصحة النفسية للطفل، إلا أن هذه النهج ليست قيمة من الناحية الوصفية، لإظهار المدى الكامل للأبوة البشرية والصحة النفسية للطفل. أيضاً تعمل الدراسات التي تقوم على ثقافات متعددة، على إعداد مراجعة ضد العنصرية. إن قبول الاكتشافات من أيه ثقافة باعتبارها "طبيعية"، بمثابة أمر ضيق المجال، وأن التعميم منها إلى الآباء والأبناء ككل، أمر ضعيف. من الأمور القيمة أيضاً هي المقارنات بين الثقافات المختلفة، وذلك لأنها تزيد من إدراك العملية التي تندمج عن طريقها الاختلافات البيولوجية مع الاختلافات البيئية والخبرائية في التنمية. ويعمل أمر الوعي بالنماذج البديلة للتنمية على تعزيز إدراك طبيعة الاختلافات البشرية. لقد نمت الدراسات التي قامت على الثقافة والأبوة، لتشمل مركزاً هاماً في التفكير التنموي، وذلك منذ الجذور الأولى في العمل الأثنولوجي (علم خاص بوصف الأجناس البشرية). إننا في حاجة إلى المزيد من المعلومات الأكثر تفصيلاً والنظامية عن المعتقدات الثقافية والسلوكية وأيضاً عن مواضع نمو العلاقة بين الآباء والأبناء.

إن التالي هو القضايا القديمة إلي ظهرت عند نقطة تقاطع الأبوة والصحة النفسية للطفل والثقافة؛ فما هي الأمور العالمية للعناية بالطفل ونموه في الجنس البشري؟ وكيف يهيئ الآباء البيئة الفعالة للطفولة؟ وما هي إسهامات الثقافة في الأبوة والصحة النفسية للطفل والعلاقات بين الآباء والأطفال؟ لا تتمكن دراسة تقوم على ثقافة واحدة أن تجيب على هذه الأسئلة الواسعة، إلا أنه من الممكن أن نتعلم دروساً من دراسة مجتمعات مختلفة قد تقدم أجوبة جزئية.

بصفة عامة، إن أكثر الأمور أهمية التي يقدمها الأب لأبنه هو أنه يحدد الثقافة التي يولد فيها هذا الطفل (81). تُدرك العلاقة الثقافية عن الأبوة والصحة النفسية للطفل في إطار الضرورة مقابل المتطلبات المرغوبة؛ فالطلب الضروري هو أن الآباء والأطفال يتواصلوا مع بعضهم البعض، وهو الأمر الذي تعتمد عليه التفاعلات الطبيعية والسلامة النفسية للطفل، ومن المتوقع أن يظهر أن التواصل هو جانب عالمي من الأبوة ونمو الطفل. أما الطلب المرغوب فيه فهو أن الآباء والأبناء يتواصلون معاً في جوانب معينة تكون متأقلمة مع الثقافة وأمينية تجاهها.

تُظهر وجهة النظر الثقافية، الأفكار والمعايير الخاصة بالمجتمع وكيف يُمتثلون؛ فتعمل وجهات النظر الأبوية على تعريف المعتقدات والسلوكيات

- Guilford, 2012:266-98.
36. Ochs E. Culture and language development: language acquisition and language socialization in a Samoan village. New York: Cambridge University Press, 1988.
 37. Bornstein MH, Tamis-LeMonda CS, Pascual L et al. Ideas about parenting in Argentina, France, and the United States. *Int J Behav Dev* 1996;19:347-67.
 38. Bornstein MH, Haynes OM, Azuma H et al. A cross-national study of self-evaluations and attributions in parenting: Argentina, Belgium, France, Israel, Italy, Japan, and the United States. *Dev Psychol* 1998;34:662-76.
 39. Hopkins B, Westra T. Maternal expectations of their infants' development: some cultural differences. *Dev Med Child Neurol* 1989;31:384-90.
 40. Hopkins B, Westra T. Motor development, maternal expectation, and the role of handling. *Infant Behav Dev* 1990;13:117-22.
 41. Bornstein MH. On the significance of social relationships in the development of children's earliest symbolic play: an ecological perspective. In: G€on€u A, Gaskins S (eds). *Play and development*. Mahwah: Erlbaum, 2007:101-29.
 42. Pachter LM, Dworkin PH. Maternal expectations about normal child development in 4 cultural groups. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997;151:1144-50.
 43. Ngo PYL, Malz TA. Cross-cultural and cross-generational differences in Asian Americans' cultural and familial systems and their impact on academic striving. In: McCubbin HI, Thompson EA (eds). *Resiliency in family series, Vol. 2: Resiliency in Native American and immigrant families*. Thousand Oaks: Sage, 1998: 265-74.
 44. Bornstein MH, Cote LR. Mothers' parenting cognitions in cultures of origin, acculturating cultures, and cultures of destination. *Child Dev* 2004;75:221-35.
 45. Lin CC, Fu VR. A comparison of child-rearing practices among Chinese, immigrant Chinese, and Caucasian-American parents. *Child Dev* 1990;61:429-33.
 46. Norenzayan A, Heine SJ. Psychological universals across cultures: what are they and how do we know? *Psychol Bull* 2005; 131:763-84.
 47. Harris M. *The rise of anthropological theory: a history of theories of culture*. New York: Altamira, 2001.
 48. Sroufe LA, Fleeson J. Attachment and the construction of relationships. In: Hartup WW, Rubin Z (eds). *Relationships and development*. Hillsdale: Erlbaum, 1986:51-72.
 49. Rao N, McHale JP, Pearson E. Links between socialization goals and child-rearing practices in Chinese and Indian mothers. *Infant Child Dev* 2003;12:475-92.
 50. Harwood R, Leyendecker B, Carlson V et al. Parenting among Latino families in the U.S. In: Bornstein MH (ed). *Handbook of parenting, Vol. 4: Applied parenting*, 2nd ed. Mahwah: Erlbaum, 2002:21-46.
 51. Chen X, Rubin KH, Li B et al. Adolescent outcomes of social functioning in Chinese children. *Int Behav Dev* 1999;23:199- 223.
 52. Chen X, Rubin KH, Li Z. Social functioning and adjustment in Chinese children: a longitudinal study. *Dev Psychol* 1995;31: 531-9.
 53. Hansen KK. Folk remedies and child abuse: a review 1982;5:131-41.
 18. Pleck J. Integrating father involvement in parenting research. *Parent Sci Pract* 2012;12:243-53.
 19. Goodnow JJ. Parents' knowledge and expectations: using what we know. In: Bornstein MH (ed). *Handbook of parenting*, 2nd ed. Mahwah: Erlbaum, 2002:439-60.
 20. Holden GW, Buck MJ. Parental attitudes toward childrearing. In: Bornstein MH (ed). *Handbook of parenting, Vol. 3: Status and social conditions of parenting*, 2nd ed. Mahwah: Erlbaum, 2002: 537-62.
 21. Sigel IE, McGillicuddy-De Lisi AV. Parental beliefs and cognitions: the dynamic belief systems model. In: Bornstein MH (ed). *Handbook of parenting, Vol. 3: Status and social conditions of parenting*, 2nd ed. Mahwah: Erlbaum, 2002:485-508.
 22. Darling N, Steinberg L. Parenting style as context: an integrative model. *Psychol Bull* 1993;113:487-96.
 23. Murphey DA. Constructing the child: relations between parents' beliefs and child outcomes. *Dev Rev* 1992;12:199-232.
 24. Bronfenbrenner U, Morris PA The bioecological model of human development. In: Lerner RM, Damon W (eds). *Handbook of child psychology, Vol. 1: Theoretical models of human development*. New York: Wiley, 2006:793-828.
 25. Campbell DT, Naroll R. The mutual methodological relevance of anthropology and psychology. In: Hsu FLK (ed). *Psychological anthropology*. Homewood: Dorsey, 1961:435-63.
 26. Jahoda G. Cross-cultural comparisons. In: Bornstein MH (ed.). *Comparative methods in psychology*. Hillsdale: Erlbaum, 1980:105-48.
 27. Triandis HC. The self and social behavior in differing cultural contexts. *Psychol Rev* 1989;96:506-20.
 28. Geertz C. *Interpretation of cultures*. New York: Basic Books, 1973.
 29. Lansford JE, Deater-Deckard K. Childrearing discipline and violence in developing countries. *Child Dev* 2012;83:62-75.
 30. Kotchabhakdi NJ, Winichagoon P, Smitasiri S et al. The integration of psychosocial components in nutrition education in northeastern Thai villages. *Asia Pac J Public Health* 1987;1:16-25.
 31. Goodnow JJ, Cashmore R, Cotton S et al. Mothers' developmental timetables in two cultural groups. *Int J Psychol* 1984;19:193-205.
 32. Azuma H. Why study child development in Japan? In: Stevenson H, Azuma H, Hakuta K (eds). *Child development and education in Japan*. New York: Freeman, 1986:3-12.
 33. Bornstein MH. Cross-cultural developmental comparisons: the case of Japanese-American infant and mother activities and interactions. What we know, what we need to know, and why we need to know. *Dev Rev* 1989; 9:171-204.
 34. Caudill W. The influence of social structure and culture on human behavior in modern Japan. *J Nerv Ment Dis* 1973;157:240-57.
 35. Bornstein MH. Mother-infant attunement: a multilevel approach via body, brain, and behavior. In: Legerstee M, Haley D, Bornstein MH (eds). *The developing infant mind: integrating biology and experience*. New York:

relevance across time, culture, and method. *Monogr Soc Res Child Dev* 2005;70:1-137.

69. Trevarthen C. The concept and foundations of infant intersubjectivity. In: Braten S (ed). *Intersubjective communication and emotion in early ontogeny*. New York: Cambridge University Press, 1998:15-46.
70. Attneave CL. Practical counseling with American Indian and Alaska native clients. In: Pedersen P (ed). *Handbook of cross-cultural counseling and therapy*. New York: Greenwood, 1987:135-40.
71. True MM, Pisani L, Oumar F. Infant-mother attachment among the Dogon of Mali. *Child Dev* 2001;5:1451-66.
72. Greenfield PM, Suzuki LK, Rothstein-Fisch C. Cultural pathways through human development. In: Damon W, Renninger KA, Sigel IE (eds). *Handbook of child psychology*, Vol. 4: *Child psychology in practice*, 6th ed. New York: Wiley, 2006:655-99.
73. Morelli GA, Rothbaum F. Situating the child in context: attachment relationships and self-regulation in different cultures. In: Kitayama S, Cohen D (eds). *Handbook of cultural psychology*. New York: Guilford, 2007:500-27.
74. BarrattM, Negayama K, Minami T. The social environments of early infancy in Japan and the United States. *Early Dev Parent* 1993;2: 51-64.
75. Baumrind D. Rearing competent children. In: Damon W (ed). *Child development today and tomorrow*. San Francisco: Jossey- Bass, 1989:349-78.
76. Bornstein MH (ed). *The handbook of cultural developmental science*. New York: Psychology Press, 2010.
77. Henrich J, Heine SJ, Norenzayan A. The weirdest people in the world? *Behav Brain Sci* 2010;33: 61-135.
78. TomlinsonM, Swartz L. Imbalances in the knowledge about infancy: the divide between rich and poor countries. *Inf Ment Health J* 2003; 24:547-56.
79. Patel V, Sumathipala A. International representation in psychiatric literature: survey of six leading journals. *Br J Psychiatry* 2001; 178:406-9.
80. Arnett JJ. The neglected 95%: why American psychology needs to become less American. *Am Psychol* 2008;63:602-14.
81. Weisner TS. Ecocultural understanding of children's developmental pathways. *Human Dev* 2002;45:275-81.
- with emphasis on caida de mollera and its relationship to shaken baby syndrome. *Child Abuse Neglect* 1997;22:117-27.
54. Risser AL, Mazur LJ. Use of folk remedies in a Hispanic population. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995;149:978-81.
55. Levesque RJR. Cultural evidence, child maltreatment, and the law. *Child Maltreatment* 2000;5:146-60.
56. Coleman DL. The role of the law in relationships within immigrant families: traditional parenting practices in conflict with American concepts of maltreatment. In: Lansford JE, Deater-Deckard K, Bornstein MH (eds). *Immigrant families in contemporary society*. New York: Guilford, 2007:287-304.
57. Fischer M. The human rights implications of a cultural defense. *Southern California Interdiscip Law J* 1998;6:663-702.
58. Ali AH. *Infidel*. New York: Free Press, 2007.
59. Quinn N, Holland D. Culture and cognition. In: Holland D, Quinn N (eds). *Cultural models in language and thought*. Cambridge: Cambridge University Press, 1987:3-42.
60. Tamis-Lemonda CS, McFadden KE. The United States of America. In: Bornstein MH (ed). *Handbook of cultural developmental sciences*. New York: Psychology Press, 2010:299-322.
61. Gunnoe ML, Mariner CL. Toward a developmental-contextual model of the effects of parental spanking on children's aggression. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997;151:768-75.
62. Lansford JE, Chang L, Dodge KA et al. Cultural normativeness as a moderator of the link between physical discipline and children's adjustment: a comparison of China, India, Italy, Kenya, Philippines, and Thailand. *Child Dev* 2005;76:1234-46.
63. Lansford JE, Dodge KA. Cultural norms for adult corporal punishment of children and societal rates of endorsement and use of violence. *Parent Sci Pract* 2008;8:257-70.
64. Steinberg L, Mounts NS, Lamborn SD et al. Authoritative parenting and adolescent adjustment across varied ecological niches. *J Res Adolesc* 1991;1:19-36.
65. Chao R. Chinese and European-American cultural models of the self reflected in mothers' child-rearing beliefs. *Ethos* 1995;23:328- 54.
66. Miller PJ, Fung H, Mintz J. Self-construction through narrative practices: a Chinese and American comparison of early socialization. *Ethos* 1996;24:237-80.
67. Miller PJ, Wiley AR, Fung H et al. Personal storytelling as a medium of socialization in Chinese and American families. *Child Dev* 1997;68:557-68.
68. Barber BK, Stolz HE, Olsen JA. Parental support, psychological control, and behavioral control: assessing

DOI 10.1002/wps.20071

كيف نقنع السياسيين أن للصحة النفسية الأولوية؟

RACHEL JENKINS

Institute of Psychiatry, King's College London, De Crespigny Park, London, SE5 8AF, UK

لقد تم عمل مسح لجمعية/ لمنظمات الأطباء النفسيين وغيرهم من مُحترفي الصحة النفسية وللمستخدمين و/ أو لمقدمي العناية وأيضًا للأطباء النفسيين المتدربين في الـ 27 دولة التابعة للاتحاد الأوروبي، وذلك في مشروع ROAMER والذي قامت المفوضية الأوروبية بتمويله، وقد كان الهدف من هذا المسح هو فحص آرائهم حول أولويات أبحاث الصحة النفسية في أوروبا. وقد قامت مائة وثمانية جمعية/ منظمة بإعادة الاستبيان؛ وقد كانت أكثر خمسة أولويات بحثية تم اختيارها هي الاكتشاف المبكر للاضطرابات النفسية وإدارتها وجودة خدمات الصحة النفسية والوقاية من الاضطرابات النفسية وإعادة التأهيل والإدماج الاجتماعي وأيضًا وسائل علاج جديدة للاضطرابات النفسية. وقد كانت كل هذه المجالات - فيما عدا الأخيرة - من بين أفضل عشرة أولويات بحثية، وذلك بحسب كل الجهات المعنية، بالإضافة إلى الوصمة والتمييز. تظهر هذه النتائج بأنها تدعم الجدل الأخير الذي يقول بأن بعض إعادة التوازن سيكون في صالح دراسات الخدمات الصحية والاجتماعية النفسية وهو بالأمر الذي نحتاج إليه في الأبحاث النفسية

كلمات مفتاحية: بحث في الصحة النفسية، الجهات المعنية، أوروبا، مشروع ROAMER

(عالم الطب النفسي 2013: 170-165.12)

وحدهم -- وأن يكون لديهم معرفة تفصيلية عن قضايا الصحة النفسية : فهم غالبًا ما يقضون عدة أشهر أو حتى عام أو اثنين في منصب وزاري معين، بل قد يستمر هذا إلى ثلاثة أعوام، وقد يكون هناك ارتباطا بين أصحاب المصالح، لكن قد يُساعد أمر الحوارات عن الخلفية، بحيث يحمل صاحب المصلحة الرئيسي رسالة واقعية.

غالبًا ما يرغب السياسيون في رؤية تقدّم، ويرغبون أن يكون لهم حق الملكية، خاصة الأمور التي يُمكن أن يعلنوها للعامة بحيث يأخذون شرفًا سياسيًا، وبالتالي فمن الأمور التي قد تساعد هي وجود تدفق مستمر من التطورات التي يُمكن أن يُعلن عنها السياسيون ويأخذوا شرفًا من وراءها. فهذه دائمًا طريقة جيدة لإطلاع رجال السياسة، حيث أنهم يرغبون أن تصل الخطاب التي يلقونها إلى مسامع الناس، ويُمكن أن تُستخدم مثل هذه الخطاب في تأسيس الجدل حول قضية الأولوية هذه.

أي نوع من أنواع الجدل يُمكن أن يُستخدم؟

إن الجدل العام الذي يُمكن أن يُستخدم في محاولة إقناع السياسيين، هو أن الأمراض النفسية أمر شائع ويسبب ضعفًا ويصاحبه أمراض جسدية شديدة ووفيات (5-8)، وأن التدخلات الفعالة متاحة، ومن الهام مخاطبة حقوق الإنسان الخاصة بمرضى الأمراض النفسية. إذا كان هذا الجدل كافيًا لإقناع السياسيين، وكانت الصحة النفسية أولوية كبرى في كل الدول، وذلك لأن الدليل كان متاحًا منذ عدة عقود مضت (9)، وبالتالي فتنحتاج الأمراض النفسية أيضًا أن توضع في سياق الاهتمامات الأولية للسياسيين، والتي تشمل تطورًا شاملاً في الاقتصاد الوطني والإنتاجية وتحقيق الأهداف الاقتصادية والصحية والتعليمية والاجتماعية والبيئية، والتي تشمل الأهداف الموضوعية في خطط النمو الألفية، والقضايا التي تقلق الأسر والأصدقاء.

من الأفراد الذين يملكون المقدرة على توجيه السياسات الوطنية والإستراتيجيات، هم السياسيين ووزراء الصحة؛ وذلك لأنه بإمكانهم جلب الإرادة السياسية إلى صناعة القرارات وأن يُسرّعوا من صناعة القرارات وأن يقودوا القرارات في اتجاه معين؛ وبالتالي فمن الهام إقناع السياسيين بأنه ينبغي أن تكون للصحة النفسية الأولوية.

ومن أكثر الأمور المفيدة التي يُمكن أن يقوم بها وزير الصحة بحيث يجعل للصحة النفسية الأولوية حقيقية هي التأكد أن الصحة النفسية مندمجة بشكل جيد في إستراتيجيات خطط قسم الصحة المحلية، وذلك على كل المستويات (المجتمع والعناية الأولية والمقاطعات والأقاليم والمحليات). سيعمل هذا الأمر على جعل أعضاء مراكز العناية الأولية والعناية المجتمعية أن يعتبروا الصحة النفسية جزءًا مندمجًا في عملهم، ويجعل أيضًا أعضاء المقاطعات أن يعتبروا الصحة النفسية جزءًا أساسيًا من مسؤوليات الدعم الذي يقدموه في العناية الأولية، إلى جانب غيرها من الأولويات الصحية، وسيعتبر أعضاء المستوى الإقليمي، الصحة النفسية أولوية لدعم المقاطعات التابعة لكل محافظة، وذلك لتوصيل خدمات الصحة النفسية. وبالمثل، أنه لأمر جيد للوزير لأن يُسهّل وجود رابط بين الصحة وغيرها من الأقسام التي تتصل بها (مثل التعليم والتأمين الاجتماعي والعدالة الجنائية)، وبالتالي فتندمج الصحة النفسية بصورة مناسبة مع كل خططهم الإستراتيجية (1،2).

من المحتمل أن يتحسن الأمر في نتائج صحة العامة في قسم الصحة نفسه إذا ما تم التركيز على إدماج الصحة النفسية في أنظمة الصحة العامة، بدلا من السعي وراء التمويل العمودي المتوازي ونظام التوصيل، (3)، وذلك في ضوء الدلائل النامية التي تقول بأن برامج الأمراض المعدية الممولة عمودياً بشكل جيد قد عملت على إضعاف مقدرة النظام الصحي على مخاطبة الاحتياجات الصحية الأوسع (4).

تحديات أمام التأثير على السياسيين

ليس بالضرورة أن يكون السياسيون أطباء - فهذا أمر يخص الأطباء

وضع هذا الجدل في نمط سياسي

من الأمراض ومدى شيوعها، وعن عوامل الخطر والوقاية والتأثير على الأمراض الأخرى، والتأثير الواسع على التعليم والتوظيف وإنتاجية الفرد والدول؛ وأيضاً بعض الإدراك عن مستوى العناية الصحية التي تتصل بالصحة النفسية، والتي تشمل المنزل والمجتمع والعناية الأولية والعناية الثانوية والرعاية الثالثة (المتخصصة). وأيضاً بعض الإدراك عن الجوانب المشتركة بين قطاعات الرعاية الصحية النفسية، والتي تشمل التعليم والتأمين الاجتماعي والتوظيف والعدالة الجنائية؛ فبدون هذا الإدراك المتعدد المستويات والقطاعات، يُحتمل أن تكون الحلول السياسية التي تعمل على تلبية احتياجات الناس فيما يخص الصحة النفسية، غير كافية.

أين يُمكن التأثير على السياسيين؟

يُمكن التواصل مع السياسيين والتأثير عليهم في العديد من الأماكن المختلفة، مثل في مقر وزاراتهم وفي أثناء الأحداث العامة، وعند دعوتهم إلى مواضع العناية الصحية وفي أثناء إجراء حوارات معهم في الصحافة وفي التجمعات الاجتماعية وعندما تسنح الفرصة. لا بد أن يكون الأسس الجوهري للمقابلات الشفاهية في كل المواضع متشابهة ومختصرة ومباشرة وموزونة ويُمكن تذكرها بسهولة وتتصل بالسياق بصورة واضحة. وينبغي أن يُترك أمر طول المدة ليحدده الوضع والموقف، ولا بد أن يصطبب الاختصار الموجز ملحوظات مكتوبة. لا نعرف دائماً المدة التي يُمكن أن تمتد مع الوزير؛ وبالتالي فمن الأفضل دائماً أن نبدأ بملخص، وبعد ذلك نتوسع في الكلام إذا سمح الوقت. من الأمور الجيدة أيضاً هي أن نربط بين خلاصة الصحافة الحالية والاهتمامات السياسية باهتمامات الوزير الخاصة والحكومة ككل وأيضاً بالمصادر المتاحة.

ينبغي أن يُستخدم أمر الكوارث كفرصة للتحديث مع الوزير، وليس فقط لحل المشكلات المباشرة، بل أيضاً لتحفيز عمل جدول أعمال للصحة النفسية طويل الأمد، ولدفع الخطوات التالية من الأبحاث.

وإلى جانب التلقين الشفوي والكتابي المُقدّم من فرد أو منظمة إلى سياسي ما، هناك أيضاً استعراضات تفويضية كبيرة ومتعددة الحكومات للتأثير على السياسيين، مثل تقرير الفورسايت عن رأس مال الصحة النفسية والرفاهية، والتي قام بتفويضها رئيس فريق العلماء التابع للحكومة الانجليزية، عام 2008 (11)، وهو الفعل الذي نال الكثير من التشجيع المباشر من أقسام الحكومة المختلفة منذ ذلك الوقت (12)، وأيضاً المعهد الأمريكي للتقارير الطبية عن الاضطرابات العصبية والنفسية والإنمائية (13)، والذي أدى إلى زيادة في أمر تحديد الأولويات والاستثمار في الأبحاث التي تقوم على الصحة النفسية، وذلك من متبرعين دوليين كبار.

لا للاستسلام

إن الفكرة الأخيرة، وهي بالطبع الأكثر أهمية، هي عدم الاستسلام؛ فغالباً ما يميل التقدم في نهاية الأمر إلى الزيادة والنقصان، لكن لطالما كان الحديث مع السياسيين والضغط عليهم أمراً مستمراً، وسيكون التطور

يهتم السياسيون بالأداء الكلي للحكومة، وليس فقط بمجال الصحة بل أيضاً الجوانب الأخرى من الاقتصاد والتوظيف والتعليم والتأمين الاجتماعي والتسكين والعدالة الجنائية وأيضاً الدفاع. وفيما يخص الأنظمة الصحية بذاتها، يهتم السياسيون بالنظام الكلي ويتمويل نظام الصحة العامة والطريقة التي يُمكن بواسطتها توصيل نتائج صحية متطورة لصحة الطفل والصحة الإنجابية والأمراض المعدية والغير معدية أيضاً، وبالتالي تساعد في وضع الجدل في السياق السياسي الذي يعمل فيه السياسيون، وبالتالي فيمكن أن يري رجل السياسة كيف أن الصحة النفسية أمر هام في الشؤون السياسية، وكيف تساعد في تحقيق الأهداف الخاصة بالاتجاهات الصحية الأخرى وأيضاً اتجاهات الأقسام الغير صحية.

انتهاز الآخرين الذين يقدمون نصائح للسياسيين

يتأثر السياسيون بأخصائيين الاقتصاد في الحكومة وأيضاً المستشارين الاقتصاديين الخارجيين، هناك أيضاً خبراء تقنيات المعلومات الحكومية، وهؤلاء يوجهون المعلومات التي تجمعها الحكومة، ويؤثر جمع المعلومات هذه على المعلومات المتاحة لدى الحكومات، والتي تقوم على أساسها القرارات. غالباً ما يكون من الصعب تأسيس جمع معلومات تخص الصحة النفسية على مستوى المجتمع والعناية الأولية في الدول المرتفعة الأجور والدول المنخفضة الأجور (10)، مما يؤدي إلى حدوث قلة في المعلومات الخاصة بأهداف التخطيط.

يعمل السياسيون أيضاً في سياق القصف الإعلامي اليومي عن المواضيع التي تحظى باهتمام أكثر، وفي بعض الأحيان في سياق النصائح اليومية التي يقدمها مستشارون اقتصاديون قريبون، والتي تخص التأثير الانتخابي لأيه قرار. قد يأخذ السياسيون القرارات الحاسمة، إلا أن من يقوم بتطبيق قراراتهم هذه هم العاملين المحليين والمحترفين في الأقسام المتعلقة بالأمر، والذين يلزم إقناعهم أيضاً عن الحاجة إلى جعل الصحة النفسية أولوية، وذلك إذا تم المشروع بنجاح مع تأثيرات جادة. إن متوسط الحياة السياسية قصير جداً، وبالتالي فلا يُمكن الاعتماد على دعم سياسي بدون اشتغال دعم عماله المحليين.

ما يحتاج أن يعرفه السياسيون ليقدّموا أحكاماً جيدة في قضايا الصحة النفسية

من الأمور التي قد تساعد السياسيين هو أن يتم إخبارهم عن الصورة الشاملة للصحة النفسية في بلادهم، وذلك حتى يتمكنوا من جعلها أولوية، وبالتالي، فهناك احتياج إلى بعض الإدراك عن المفاهيم الواسعة للصحة النفسية الإيجابية والأمراض النفسية والضعف والوفاة الجسدية المبكرة والانتحار، وأيضاً بعض الإدراك عن الفئات الواسعة المختلفة

2006;3:e442.

6. 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.
7. Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry* 1998;173:11-53.
8. Murray C, Lopez AD. The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Boston: Harvard University Press, 1996.
9. Prince M, Patel V, Saxena S et al. No health without mental health. *Lancet* 2007;370:859-77.
10. Ndeti D, Jenkins R. The implementation of mental health information systems in developing countries: challenges and opportunities. *Epidemiol Psichiatria Soc* 2009;18:12-6.
11. Department for Business, Innovation and Skills. Mental capital and wellbeing. London: Government Office for Science, 2008.
12. Beddington J, Cooper CL, Field J et al. The mental wealth of nations. *Nature* 2008;455:1057-60.
13. Institute of Medicine. Neurological, psychiatric, and developmental disorders: meeting the challenge in the developing world. Washington: National Academy Press, 2001.

DOI 10.1002/wps.20073

الكلبي على مدى عشرة أعوام أو عشرين عامًا بالأمر الواضح. يخزى الكثير من الأطباء النفسيين عندما يغير السياسيون مناصبهم، وذلك بدلا من اعتبار كل شاغل وظيفة جديد بأنه فرصة جديدة. وأن البيان الذي تم تقديمه للشاغل السابق عن إطار العمل المفاهيمي وأهمية الصحة النفسية لن يضيع هباءً، وذلك لأنه سيكون له صلة بالأمر، مهما يحمل المنصب الجديد في المستقبل، وبالتالي فيمكن اعتبار الصحة النفسية في كل مجالات الصناعات السياسية.

المراجع:

1. Jenkins R, Baingana F, Ahmed R et al. Health system challenges and solutions to improving mental health outcomes. *Mental Health in Family Medicine* 2011;8:119-27.
2. Jenkins R. Supporting governments to adopt mental health policies. *World Psychiatry* 2003;2:14-9.
3. World Health Organization. Maximizing positive synergies between health systems and global health initiatives. Geneva: World Health Organization, 2008.
4. Shakarishvili G, Atun R, Berman P et al. Converging health systems frameworks: towards a concepts-to-actions roadmap for health systems strengthening in low and middle income countries. *Global Health Governance* 2010;3:1-16.
5. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med*

ما وراء الانقسامات: مواجهة التعقيدات في كيفية وسببية اللجوء أو الابتعاد عن مراكز رعاية الصحة النفسية

BERNICE A. PESCOSOLIDO¹, SIGRUN OLAFSDOTTIR²

¹Department of Sociology, Indiana University, Bloomington, IN, USA; ²Department of Sociology, Boston University, Boston, MA, USA

نفسى أو ممارس عام، وإما كان ما يهم هو معتقداتهم أو قلة التأمين، وإما ينتمي الأفراد إلى مجموعة تمثل الأغلبية ويفكرون بهذه الطريقة، أم أنهم جزء من أقلية عرقية/عنصرية/جغرافية ولا يفكرون بهذه الطريقة. إن هذه القائمة من المقارنات الثنائية طويلة ولا تنتهي.

إن ما يهم هو أن الواقع الفوضوي لمواجهة بداية مشكلات الصحة النفسية في كل مجتمع، يتحدى طرق التفكير التقليدية. وبالطبع، إن "كل" نهج كبير يجلب حكمة فريدة إلى إدراك كيف يلجأ الأفراد أو يفشلوا في اللجوء إلى الخدمات. وإذا أدركنا العوامل أو القوات - المحلية والعالمية - التي تؤثر على ما إذا كان ينتهي الأمر بالأفراد ذي مشكلات نفسية بتلقي عناية، سيكون مجرد القليل من الأفكار المركزية والمثبتة تجريبيًا بإمكانها أن تثبت وبصورة كاملة تعقيد رد فعل العامة تجاه بدايات الأمراض النفسية (2).

الاكتشاف الأول: العديد من السبل المؤدية إلى مراكز العناية والمتواجدة في كل مجتمع، تبدأ - جزئيًا على الأقل - من محاولة الفرد استخدام رؤيته "الفطرية" (3)

من المحتمل أن الأفراد الذين ينتهي بهم الأمر في نفس مركز العناية الصحية النفسية، قد قطعوا طرقًا صعبة للوصول إلى ذلك المكان، وهناك طرقًا مختلفة - بل وتقليدية وروتينية - للوصول إلى المراكز الصحية، والتي تم تشكيلها لتناسب مع الزمان والمكان، ففي الولايات المتحدة، مثلًا، أقل من نصف الأفراد الذين مروا بأول اتصال كبير مع أنظمة الصحة النفسية، قد أخذوا القرار لفعل هذا الأمر، وقد انتهى أمر أكثر من الربع في أنظمة العناية الصحية النفسية عن طريق طرق قسرية؛ فقد أتوا إما عن طريق هيئة الرقابة الاجتماعية (مثل رجال البوليس أو نظام الحبس المؤقت أو الطويل الأمد أو التقدير القضائي) أو عن طريق ضغط الأسرة. والأكثر فضولاً هو أنه قد تقرر أن أكثر من ربع الأفراد قد "عانوا" ليأخذوا مسارًا لم يخططوه أو حتى تم تخطيطه بعكس إرادتهم (4).

لدى كل المجتمعات احتياطات من نوع مختلف من المشيرين "العاديين" والمحترفين الذين يُحتمل أنهم قد اشتركوا في الطريق إلى مركز العناية. ويعمل مثل هؤلاء "مقدمي المسارات" (5) على تحديد المسارات العسيرة التي تشكّل النتائج. وبينما نسعد نحن بالاكتشاف الذي يقول بأن الأفراد ذي أكثر المشكلات الصحية النفسية شدة دائماً ما يلجئون إلى العلاج، ينبغي أن يتم تعويض هذا الأمر بالأبحاث الحديثة المبكرة التي تظهر أن المسارات - وحتى لأشد الحالات - تميل إلى أن تطول فيما

لقد تم تقييم أن هناك ما يصل إلى 50% من الأفراد في العالم المتقدم و85% من الأفراد في العالم النامي، يعانون من مشكلات صحية ولا يتلقون أية علاج (1)، ويطراً السؤال البديهي عن السبب وراء هذه الفجوة الكبيرة. هناك بعض التفسيرات المعيارية من وراء هذا الأمر، وهي قضايا إمكانية الدخول على المراكز الصحية والتكلفة والأيدي العاملة، وقضايا الجهل المتعلق بالصحة النفسية أو حتى غيابها، وبالطبع مجموعة كبيرة من قضايا الضرر والتحيز، وهو ما ندعوه بالوصمة. لكن الروابط القائمة الممتدة الحديثة من الأبحاث والتي قد تم توثيقها في المئات من الدراسات، تحتاج أن تكشف الأمر الذي يكمن وراء لغز عدم تلبية الاحتياجات. هنا، نجد أن نهجًا مختلفًا قليلاً يأخذ بعض الحرية مع الاكتشافات الكلاسيكية والاكتشافات العصرية، وذلك لوضع أساس الإدراك الشامل والمتعدد الثقافات عن كيف أن العوامل التي تتصل بالأفراد وتلك التي تتصل بالخدمات يتلاقيان ليؤثروا على كيفية استجابة الأفراد لبداية مشكلات الصحة النفسية. إن هذه الأسس العامة بمثابة أمر كبير يشمل فكرة أن الأفراد والأماكن والأطباء ذي أهمية كبيرة في كل وقت وفي كل مكان، وحتى إذا كانوا يعملون بطرق مختلفة في مجتمعات مختلفة.

بحث عن مدى الاستفادة من الخدمات: توجهات مختصرة

لقد تطورت نظريات الاستفادة من مختلف الأفكار منذ منتصف القرن السابق على الأقل، جاعلة الأولوية في التفسيرات المختلفة للدخول على العلاج. وبالرغم من أنه وضع فظ إلا أن الطب العام والطب النفسي ينظران إلى الممارسات التي تقوم على علم أسباب المرض والأطباء بينما ينظر علماء علوم الإنسان والعلماء النفسيين إلى المعتقدات الثقافية والتحفيزات الشخصية بالتعاقب، أما المختصين بالاقتصاد والمختصين بعلم الاجتماع فينظرون إلى الإتاحة المالية والترتيبات التنظيمية للخدمات، والتي تشمل تراكيب أكبر من عدم المساواة، التي تمنع أو تُسهل إمكانية الدخول.

لقد تم الأخذ في الاعتبار بوجهات النظر الفكرية بعضها البعض، وذلك على مدار الوقت، مما أدى إلى تكاثر النماذج المنقحة والنماذج المهجنة، وظهور مصدر لا ينقطع من الرسوم البيانية أو الإطارات التي تدعي أنها نماذج نظرية. نعم، نحن لازلنا لا نملك إجابة واضحة وبسيطة عن الاحتياجات الغير مُلباه، وبالطبع يقف مفهوم التصورات ثنائية التفرع الذي نميل إلى استخدامه في كلا من الأبحاث والممارسات، في منتصف الطريق؛ فإما يذهب الأفراد إلى الطبيب أو لا يذهبون، وإما يذهبوا إلى طبيب

تلعب التأثيرات الاجتماعية دورًا كبيرًا فيما يحدث في الاحتياجات الغير مُلباه، وذلك عن طريق الاقتراح أو الاستبدال، وأن أمر إلغاء فكرة "الوسيلة" أو التعلق بها، أي أن كل لحظة من العلاج مُخطط لها ومُقررة، بالأمر الساذج، فليس الأفراد ممثلين فرديين وليسوا أيضًا عرائس يحركها الآخرون أو المكان والزمان الذي وُجدوا فيه؛ فكما أوضحنا سابقًا، قد يكون الأفراد استباقيين، فقد يسيرا بمفردهم وقد يقاوموا، وقد يغيروا موقفهم على طول الخط، إلا أنهم دائمًا ما يكونوا مصطحبين بما يدعوه انطونوسي (10) "القافلة الاجتماعية"؛ سواء كانت ارتباطاتهم الاجتماعية بالآخرين واسعة أو هالكة، وسواء كانت شبكاتهم تحلل المصادر المعلوماتية أو العاطفية أو لا تؤثر على الاستخدام.

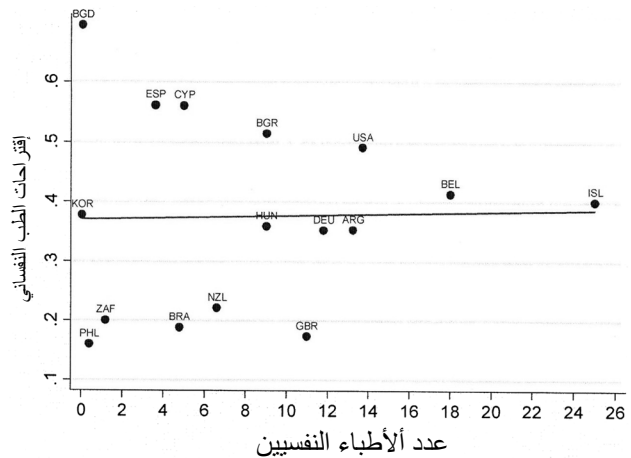
الاكتشاف الثالث: الثقافة بالأمر الهام على المستوى الفردي والمحلي والإقليمي

ومرة أخرى تتصل هذه الاكتشافات وتبني على بعضها البعض؛ فإذا كان هيكل الشبكات الاجتماعية بالأمر الهام، فإن نظيرهم في تشكيل المسارات هو الثقافة، فتجد أن الأفكار المحلية والمعتقدات والمعاني والاتجاهات، متضمنة بل وتنقل عن طريق مجموعة من العلاقات الإنسانية التي تظهر في كل يوم من أيام الحياة. وكما قد شرح موجتابي (11) حديثًا، فحتى المسار المحلي للوصمة يرتبط بإذا كان المرء يستخدم المساعدات العلاجية أو لا.

تؤثر الثقافة أيضًا على العلاج بصورة مباشرة، وقد ظهر أن مقدمي العلاج لا يعتقدون فيما يعتقدونه مرضاهم، وأن هذا استبدال ضعيف لمعرفة معينة يُمكن الحصول عليها عن طريق التفاعلات نفسها. لا يستلزم من الأفراد أن يضعوا ذواتهم بمحازاه واحد أو أكثر من تقاليد العلاج، وطريقة تفكير أو أخرى عن مسببات الأمراض النفسية، فبينما قد يتبني مقدمو العلاج موقفًا أيديولوجيًا، يكون منغمسًا عن طريق التدريبات الطبية أو مدة التمهين، لا يتبنى الأفراد هذا الأمر، بل قد يتبنون أفكارًا في وقت واحد عن أسباب جينية وعن "إرادة الله"، كجزء من الأفكار الكامنة. تسمح طبقات الاعتقادات هذه بوجود رد فعل معين ومرن، يُمكن ترجمته إلى مسارات تتجه إلى العناية الطبية عندما تضحي المشكلات بلا حل، وبإمكان الثقافة تحديد أين يبدأ هذا المسار، وبإمكان "علبة الأدوات الثقافية" الخاصة بالفرد أن تشكل الخطوة التالية، لكن إذا وُجدت الراحة، ستحدد نقطة النهاية.

الاكتشاف الرابع: تُحدد الترتيبات النظامية الخاصة بالعناية في المجتمع محدوديات واحتمالات المسارات المؤدية إلى مراكز العناية

لقد أشار انديرسون (12) علانية، وهو قائد دور إمكانية الدخول على الخدمات الصحية، أنه حتى الأفراد الذين يعتقدون فيما هو صحيح ولديهم احتياج شديد، يُمكنهم فقط من استخدام الخدمات إذا قامت على هذه المعتقدات والاحتياجات، وذلك بسبب الإتاحة الجغرافية والمالية، لكن



ARG - الأرجنتين؛ BEL - بلجيكا؛ BGD - بنجلاديش؛ BGR - بلغاريا؛ BRA - البرازيل؛ CYP - قبرص؛ DEU - ألمانيا؛ ESP - إسبانيا؛ GBR - بريطانيا العظمى؛ HUN - المجر؛ ISL - آيسلندا؛ KOR - كوريا؛ NZL - نيوزيلندا؛ PHL - الفلبين؛ USA - الولايات المتحدة الأمريكية؛ ZAF - جنوب أفريقيا
الشكل 1: العلاقة بين الأطباء النفسيين المُقترحين للفصام وعدد الأطباء النفسيين ($r=0.3$) (تم تكييفها مع 13) ns

يخص الوقت وأن تتعدد، فيما يخص الاقتراحات المطلوبة (6-8).

وبالتالي فإن مضمون هذه الاكتشافات هو أن كل الاستخدامات "طلب مساعدة"، ليست ضرورية للفرد المتضرر، وأن المسارات ليست كافية، وحتى أكثر الحالات شدة، يتدخل أمر التفكير في استخدام الخدمة تحت افتراضات معينة، فقط في قدرتنا على إدراك حقيقة رد الفعل تجاه بداية المرض وتحديات الاحتياجات الغير مُلباه. قد ندرك المعنى الأساسي لبداية رد الفعل للأفراد، من "الشمولية" التي قدمها اندرسون وآخرون (9)، وهي أن تفسير التغيرات في الجسد والعقل، يعكس الظروف الثقافية والاجتماعية وأيضًا الخبرات التي تميل إلى جعل الموقف يبدو طبيعيًا، وتستجيب بأقل التغيرات في الروتين.

الاكتشاف الثاني: استخدام الخدمات ليست عملية منعزلة ولا رحلة فكرية تركز على وسائل العلاج الشكلية

إن هذا الأمر بالطبع في بعض الوسائل نتيجة مباشرة للمجموعة الأولى من الاكتشافات إلا أن الأمر المتضمن في الكثير من النظريات عن استخدام خدمات الصحة، هو صورة صانع القرار، أي شخص عقلائي يقوم بحساب تكاليف وفوائد طلب الخدمة. تعمل بعض النهج على الإضافة في تأثير النهج حولها (مثل "المعايير") كنهج طارئ في حساب التفاضل والتكامل، لكن تتعارض هذه الرؤية مع مجموعة من الأبحاث الأساسية، التي تتضمن البداية والتعريف ورد الفعل في الشبكات الاجتماعية. إن السلوكيات المرضية ليست ما "يفعله" الأفراد (زيارة العيادات والتضرع إلى الله واستخدام العقاقير المضادة والتداوي الذاتي بأخذ العقاقير والكحوليات والتمرن)، بل تشمل سلوكيات "استشارة الأفراد"، والتي تكون بالأمر المرغوب فيه في بعض الأحيان، وفي الأحيان الأخرى تكون بالأمر الإجمالي (العاملين والمعلمين والآباء)، وهو الأمر الذي يُنشط القوى.

- Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004;291:2581-90.
2. Pescosolido BA. Of pride and prejudice: the role of sociology and social networks in integrating the health sciences. *J Health Soc Behav* 2006;47:189-208.
 3. Leventhal H, Brissette I, Leventhal EA. The common sense model of self-regulation in health and illness. In: Cameron LD, Leventhal H (eds). *The self-regulation of health and illness behaviour*. London: Routledge, 2003:42-65.
 4. Pescosolido BA, Brooks-Gardner C, Lubell KM. How people get into mental health services: stories of choice, coercion and 'muddling through' from 'first-timers'. *Soc Sci Med* 1998;46:275-86.
 5. Stiffman AR, Pescosolido BA, Cabassa LJ. Building a model to understand youth service access: the Gateway Provider Model. *Ment Health Serv Res* 2004;6:189-98.
 6. Clausen JA, Radke Yarrow M. Pathways to the mental hospital. *J Social Issues* 1955;11:25-32.
 7. Press I. Urban illness: physicians, curers and dual use in Bogota. *J Health Soc Behav* 1969;10:209-17.
 8. Pescosolido BA, Wright ER, Alegria M et al. Social networks and patterns of use among the poor with mental health problems in Puerto Rico. *Med Care* 1998;36:1057-72.
 9. Anderson R, Paarup B, Vedsted P et al. 'Containment' as an analytical framework for understanding patient delay: a qualitative study of cancer patients' symptom interpretation processes. *Soc Sci Med* 2010;71:378-85.
 10. Antonucci TC, Akiyama H. Convoys and social relations: family and friendships within a life span context. In: Blieszner R, Bedford VH, Westport CT (eds). *Handbook of aging and the family*. Westport: Greenwood, 1995:355-71.
 11. Mojtabai R. Mental illness stigma and willingness to seek mental health care in the European Union. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010;45:705-12.
 12. Andersen R. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 1995;36:1-10.
 13. Pescosolido BA, Medina TR, Martin JK et al. The 'backbone' of stigma: identifying the global core of public prejudice associated with mental illness. *Am J Public Health* 2013;103:853-60.

DOI 10.1002/wps.20072

ومرة أخرى، لا تتوازي الاكتشافات مع التوقعات البسيطة. تظهر الصورة رقم 1 بيانات من 15 دولة تم اشتغالها في دراستنا عن الوصمة في السياقات الدولية (13)، وهي دراسة نظرية ومتزامنة منهجياً وتمثلياً من الناحية الإقليمية عن الإدراك العام ورد الفعل للأمراض النفسية. ومباشرة بعد قراءة سيناريو الحالة عن فرد ما يتوافق مع معايير الـ DSM/ICD للفصام، يُطرح السؤال المفتوح الذي يقول، "ماذا ينبغي أن يفعل (فلان)؟ لكن هناك القليل من التماثل بين إتاحة الأطباء النفسيين والذكر العفوي لهذا الاختيار؛ فلا يذكر الأفراد في بعض الدول ذي عدد معقول من الأطباء النفسيين للفرد الواحد (مثل في بريطانيا العظمى) أمر الطب النفسي، بينما يذكر الطب النفسي الكثيرون الذين يتمنون أن يتقابلوا مع طبيب نفسي (مثل في بنجلاديش). إن هذه الاكتشافات بالطبع فضولية، وتحمل الكثير من التحاليل والتفسير أكثر من المتاح هنا، لكن الفكرة هنا هي أننا، مرة أخرى، نظهر أنه يمكن أن يكون "ما نعرفه" وما "نعتقد أننا نعرفه" أمران مختلفان، ويتطلبان منا إعادة صياغة أفكارنا، في ظل وجود ثروة من المعلومات وعصر جديد من العلم.

الخاتمة:

تقع الأمراض النفسية في منطقة الأمراض المعقدة، ويُمثل كيف يدرك العامة هذه الأمراض ويتفاعلوا معها وكيف يرتبط هذا الأمر مع سلوكياتهم المرضية، رد فعل معقد. لكن وفي نهاية الأمر، يسعى العامة فقط إلى أن يكونوا أفضل - أي أفضل من قبل أن تضعف الأعراض الشديدة لمشكلات الأمراض النفسية من مستوى رفاهيتهم؛ فقد تسببت للكثيرين في نقطة تحول حرجية في حياتهم المأساوية. إذا كنا في عهد جديد من الإدراك - كما هو حال مجالات أخرى من العلوم - يتطلب أن تشتمل أبحاثنا على ملاحظة وخطوات خاطئة ومسارات، ستقدم نماذجنا واكتشافاتنا أساساً أكثر إفادة للتطور في الممارسات السريرية والاجتماعية. وإذا افترضنا التعقيد - الذي يقول أن أنظمة تفاعلية كبيرة تشكل ما يفعله الأفراد، ومنهم مقدمي العناية - سينتهي بنا الحال أن نختلق بدلاً من أن نفصل؛ ونسأل بدلاً من أن نفترض؛ ونتصور واقع فوضوي بدلاً من أن نسعى جاهدين إلى اقتصاد كاذب.

المراجع:

1. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J et al.

الاكتئاب لدى المراهقين: بعض الأفكار البحثية للآباء والأطباء

GORDON PARKER

School of Psychiatry, University of New South Wales and Black Dog Institute, Prince of Wales Hospital, Randwick NSW 2031, Sydney, Australia

افتراض وجود اضطرابات مزاجية

أنه لأمر صحيح وملائم للآباء أن يثيروا الاهتمام بأبنائهم المراهقين، أو إذا كانت خطوط الأحاديث بين الآباء والابن ضعيفة، قد يقوم عضو آخر من الأسرة (مثل أحد الإخوة والأخوات أو الجد أو الجدة) أو صديق قريب لهذا المراهق بقبول فكرة طرح السؤال بطريقة لطيفة. ولا بد أن يكون الهدف من هذا الأمر هو زيادة الاهتمام أو لتأكيد العلامات التي قد أثارت الاهتمام ولتشجيع "وجود حديث" مع هذا المراهق، وذلك لتحديد ما إذا كان التقييم الطبي مضموناً وأيضاً لتحديد من سيقوم به - وهذه طريقة مثالية للحصول على بعض الموافقة على كل قضية.

تتراوح اختيارات التقييم من خدمات الدعم الشامل (مثل المشورة المدرسية) وحتى خدمات الصحة النفسية المتخصصة (مثل اللجوء إلى طبيب نفسي). إن أمر إجبار الفرد المراهق ليتم تقييمه، أو حتى خداعه بخصوص هذا الأمر (مثل إخفاء أمر استشارة طبيب نفسي حتى وصوله إلى غرفه الطبيب)، يأتي بنتائج عكسية.

التقييم الطبي

ينبغي على الممارس الصحي أن يبدأ نموذج التقييم الأمثل بتوضيح أنه يقوم بمقابلة خصوصية، وأنه إذا رغب في إجراء مقابلة مع الآباء، سيتم استدعاء الفرد المراهق لتحديد المواضيع التي لا يرغب في كشفها. ينبغي أن تكون العلاقة بين مجري المقابلة والفرد المراهق تحكيمية، كما لو كان يُجري مقابلة مع شاب، وعليه رفض أيه محاولات لتكوين نماذج "تكافئية" (مثل استخدام لهجات المراهقة، مثل "قشطة" و"طحن")، ومن الجيد أن تتم المقابلة الثانية مع الآباء في ظل وجود الفرد المراهق في الغرفة، ويطلب الطبيب أولاً الحصول على انطباع الآباء عن المراهق، مع مرور الوقت (وذلك للحصول على معلومات ملحوظة، وأيضاً لتخفيف التوتر)، وذلك قبل السؤال عن توترهم الذي ثار حديثاً حيال ابنهما المراهق. وبينما أن إدارة أغلب الأفراد الذين يعانون من اضطرابات مزاجية (وبصفة خاصة المراهقين منهم) بمثابة "لعبة جماعية"، أي أقف في صف الطبيب السريري ثم أن يُقدم لكل الأطراف الاحتمالات التشخيصية وصغيرة وتوصيات إدارية، يليها حديث يعمل على توضيح وتفصيل كل مركب متصل بالأمر. من الواضح أنه قد يكون من غير اللائق لأي أب أو أم أن يتدخل في هذه العملية (مثل في حال وجود قضية التعرض لإساءة جنسية)، وبينما يتطلب الأمر أن يطلب الطبيب بطريقة لطيفة وليست ملحة أن يبدأ حديثاً، يكون أفضل عندما لا يفضل الآباء الحديث عن البعض من

إن الاكتئاب بمثابة فترة متوقعة من التمرد، ويظهر أغلب من يعانون منه تقلبات مزاجية. وتشتمل العضلات الأساسية للآباء على بعض الأفكار المتمثلة في هل كل أنواع الاكتئاب طبيعية، أم أن بعضها يتطلب اهتماماً بالغاً، وكيف نفترض إمكانية وجود اضطرابات اكتئاب في ابنهم المراهق، وأيضاً ما إذا كان لابد من طلب مساعدة طبية، وكيف يُمكن الدخول على وسائل تقييم مناسبة. أما عضلات الأطباء فتشتمل الحكم على ما إذا كان لديهم الخبراء المختصين للتقييم والإدارة، وكيف يتم عمل مقابلة تشخيصية وكيف "يقيموا علاقة" مع الفرد المراهق، وأيضاً الوعي بالفارق البسيط بين التشخيص والإدارة، وبصفة خاصة وصف العقاقير النفسية.

وبينما كان هناك الكثير من الدراسات العلمية السابقة والعديد من الوثائق على هذا الموضوع (مثل 1-3)، وأيضاً استطلاعات لتحاليل تلويح عن اختيارات العلاج (مثل 4)، تعمل هذه الوثيقة على استطلاع النهج السريرية الشخصية خاصتنا.

الاكتئاب "الطبيعي" بالمقابل مع الاكتئاب "السريري"

لا يوجد هناك حدود قطعية تفرق بين الاكتئاب السريري والاكتئاب الطبيعي لدى البالغين. إن اضطرابات المزاج السريرية أكثر شدة وقوة وتُسبب ضعفاً أكثر، ويُحتمل أنها تتصل بأعراض الحمل مثل أفكار انتحار. وبينما تنطبق هذه الأفكار بعينها على المراهقين، إلا أن التفرقة بالأمر المربك أكثر وذلك بسبب تمرد فترة المراهقة في حد ذاتها وعدم تغرد بعض الأعراض وأيضاً مدى غياب الذهن النفسي والانفتاح لدى المراهق، بحيث يتم تقييمه.

وبينما نقيس ذات العوامل المتغيرة الموجودة في تقييمات المراهقين، هناك بعض "العلامات" النافعة، وبصفة خاصة إذا كان الفرد المراهق معارضاً للمقابلة، مثلاً تقترح السلوكيات الاجتماعية الواضحة (مثل عدم الاختلاط بالأصدقاء وعدم الرد على الرسائل النصية والبقاء في الغرفة) أو "فقدان ضوء العين"، وجود حالة شديدة. أما التنبؤ بخطر الانتحار لدى المراهقين، أمر صعب وليس فيه دقة، كما في حالة البالغين، إلا أنه أكثر تعقيداً بسبب حقيقة أن رسالة الانتحار خاصتهم قد تشير ببساطة إلى حالة بؤس تتصل بالوجود وقليلة الخطر وتتبع فترة المراهقة، أو قد تكون تحذيراً شديد الخطر. لا ينبغي أن يهتم الطبيب بالأحكام "الإيجابية الكاذبة" والخطرة (وهذه حقيقة الحياة الطبية)، وفي حالة الشك، عليه ربط إدارته بسيناريو "أسوأ الظن".

ملاحظاتهم (مثل رسائل انتحارية ومظاهر جسدية) أمام ابنهم المراهق. ولا بد أن تركز زيارات المتابعة على تقرير المراهق وأيضاً الآباء عن التقدم. إن الخصوصية أمر ذات أهمية أساسية في كل المراحل، ولا بد أن يحدد الطبيب السريري "دور" كل أفراد العائلة. ولا بد أن يشكر الطبيب السريري التقارير التي يقدمها المرضى والخاصة بالتقدم - سواء في العيادة أو في بعض الأحيان وبصورة مستقلة. وفي حالات أخرى، ينبغي أن يعلن الطبيب السريري أنه بينما يتمكن أن يكون متلقياً للمعلومات، وأن يحترم خصوصيات ابنهم، لا يتمكن أن يكون ناقلاً للمعلومات في أحاديث أخرى. إن قواعد الخصوصية هذه ذات أهمية كبيرة للمخاطر، إذا كان المراهق أمام خطر شديد لأن يقتل نفسه، ولا بد أن يكون الآباء متيقظين وأن يسألوا عن اختيارات إدارية مباشرة.

تشخيص الاضطرابات المزاجية

إن نموذج التشخيص السائد الذي يدعم التقسيمات النفسية والأساس الدليلي للعلاج هو نموذج الـ DSM البُعدي، وهو الذي يناقض وبفاعلية الاكتئاب الشديد بالمقابل مع الاكتئاب البسيط، وأيضاً يُصنّف حالات ثنائي القطب I وثنائي القطب II. تبدو كل وسائل العلاج متساوية الفاعلية في تجارب تدخلات العقاقير والتجارب البلا تدخلات عقاقير لحالات الاكتئاب الشديدة لدى البالغين (5)، وهذه نتائج غير محددة تعكس حالات "الاكتئاب الشديدة" نفسها بكونها نطاقاً غير محدد يشمل تصنيف اضطرابات اكتئاب متعددة.

إن تفضيلنا المتناقضة (5) بمثابة نموذج تصنيف فرعي، يشمل بعض الحالات الفئوية (مثل الذهان والاكتئاب السودوي واضطرابات ثنائي القطب I و II) وأيضاً مجموعة من حالات الاكتئاب الغير سودوي المتغاير الخواص.

أما حالات اكتئاب الذهان أحادي القطب، نادر إلى حد ما، بينما الاكتئاب السودوي أحادي المزاج غير شائع لدى المراهقين. لكن لدى البالغين، نجد بعض المظاهر المميزة لهذه الحالات، وهي تشويش نفسي حركي واضح (مثل حدوث إعاقة ملحوظة ومميزة و/أو حالات هياج)، أما لدى المراهقين، فنجد أن علامات التشويش النفسي الحركي أقل شيوعاً وأسهل تقييم لها هو كونها أعراض. تتضمن التقارير المقدمة عن التلاميذ الذين يعانون من السوداء (المالكونيا السوداء)، صعوبات في التركيز واعتبارهم أن التعليم بالأمر الصعب، ويشكون أنهم يشعرون أن عقولهم "ضبابية" - وهذا هو الحال لدى البالغين - ويكون هناك ضوءاً أقل في أعينهم، ويمرون أيضاً بحالات استعطال (انعدام الطاقة) (فيلقون بأنفسهم على المخدع في الصباح) واختلافات مزاجية يومية، وأيضاً اختلافات في الطاقة (فيكون حالهم أسوأ في الصباح).

وبينما تندر حالت اكتئاب ثنائي القطب I لدى المراهقين، نجد أن اضطرابات ثنائي القطب II تبدأ بصورة شائعة في مراحل المراهقة المتوسطة وأيضاً في آخر مراحلها، ومن الواضح أنها تصبح أكثر شيوعاً - سواء كانت تعكس زيادة حقيقية أو المزيد من الحذر وكشف أفضل أو مراقبة متطورة. ينبغي أن يتم فحص المراهقين الذين تم تقييمهم باضطرابات

مزاجية، ضد حالات ثنائي القطب II.

إن الهدف من سعينا إلى التعريف السريري لاضطرابات ثنائي القطب II هو تحري المراهقين الذين يعانون من اكتئاب، ما إذا كانوا يمرون بوقت - بعيداً عن الاكتئاب - يشعرون فيه بطاقة. وإذا كان ردهم بالإيجاب، نسأل ما إذا كانوا في مثل هذا الوقت كثيري الكلام وبصوت عالي، ويشعرون بالطيش الفعلي والغير فعلي، ولا يحتاجون إلى الكثير من النوم بدون الشعور بالإرهاق، ويلاحظون اختفاء أية شعور عام بالقلق ويشعرون أيضاً بالضعف، ويصبحون خلاقون أكثر ويميلون إلى المجازفة. وبينما يفرض الـ DSM حد أدنى من المدة يصل إلى أربعة أيام، إلا أن التقارير تقول أن الكثير من المراهقين يمرون بنوبات هوس خفيف تستمر من عدة ساعات وحتى عدة أيام، وتميل نوبات الاكتئاب خاصتهم إلى السواد وإن كان هناك "مظاهر غير قياسية" من فرط النوم وفرط الأكل التي يُبالغ في تمثيلها.

تعكس حالات الاكتئاب السودوي تأثير بعض أحداث الحياة الضاغطة على بعض أساليب الحياة الشخصية والصفاتية، وهو النموذج الذي يتناسب مع اضطرابات البالغين، لكن مع حالات مختلفة الانتشار ووجود بعض اختلافات في النمط الظاهري. تشمل أساليب الحياة ذات علاقة بالأمر -1 قلق خوفي (يكون مثل هؤلاء المراهقين أكثر تأثراً بالاكتئاب قبل امتحانات نهاية العام المدرسي) و-2 توخي الكمال (ومرة أخرى يكونوا أكثر ضعفاً أمام ضغوط الامتحانات) و-3 التجنب الاجتماعي أو القلق الشديد (قد يصبح المراهقون المكبوتون سلوكياً أكثر اكتئاباً كنتيجة إرهابهم واحتقارهم) و-4 الحساسية تجاه الرفض (يكون الفرد المراهق شديد الحساسية تجاه الأحكام - بالمدح أو الرفض - من قبل الآخرين، ويترب على هذا الأمر جشع الطعام وفرط النوم عندما يكون مكتئباً)، و-5 عدم تقدير الذات داخلياً، غالباً ما يكون بسبب الإهمال العاطفي في فترة الطفولة، و-6 نمط التركيز على الذات مع ضعف السيطرة على النفس والغضب، والذي يُمكن من المجازفة بسلوكيات العنف وإزاء الذات، وذلك أثناء فترات الاكتئاب.

ومن ناحية الضغوط وفيما يخص البالغين، يُمكننا التفرقة بين الضغوط "الهامشية" و"الضغوط القريبة" وأيضاً بين "الضغوط الشديدة" وتلك "المزمنة"، وهنا تظهر مرة أخرى شيوعية الأحداث التي يختبرها البالغون، وأيضاً البعض من تلك الأحداث التي ترهق المراهقين. تشمل الضغوط الهامشية أن يكون لدى المرء آباء غير مباينين وعنيفين أو مُسيئين (كلامياً وجنسياً)، بينما تشمل الضغوط القريبة أية حدث فاضح لمفهوم المرء عن تقدير الذات أو قيمة الذات (مثل الإذلال من قبل قرين ما أو الإهانة). تعكس الكثير من حالات اضطرابات الاكتئاب الغير سودوي لدى المراهقين وجود خليط من الأحداث الحياتية الشديدة والمزمنة، مثل أن يكون لدى المرء أماً تعاني من اكتئاب وأباً غير مباين وأن يتعرض المرء لإهانات في المدرسة بسبب كونه "غبي" أو "ثمين" وأن يتوفى العائل الوحيد في الأسرة (مثل الجدة) أو أن ينتحر صديق بالمدرسة.

المبادئ التوجيهية للعلاج

الخاتمة

إن إدارة اضطرابات الاكتئاب لدى المراهقين بالأمر الكثير المطالب، أكثر من إدارته لدى البالغين، وذلك بسبب أنه يعكس اهتمامات المراهق في التقييمات النفسية والعلاج، ومرورهم بفترة تأثير الحالة وميلهم الجوهري لإنكار حالتهم أو الاستخفاف بها. يتطلب أمر عمل تحالف علاجي الكثير من الوقت، أما المراهقين الذين يتعهدون بإدارة حالتهم وأن يستمروا مع الطبيب النفسي، غالباً ما ينجحون (بغض النظر عن حالتهم المزاجية) ويجدون تقديرًا على انتباههم للعلاج.

شكر خاص:

يتوجب الشكر لكارلين جرينشيلدز وستاسي ماكراو لمساعدتهم في تحضير المطبوعات، وأيضاً لمجلس الصحة الوطنية والبحوث الطبية (رقم المنحة 1037196) وذلك لمساعدتهم المالية.

المراجع:

1. Parker G, Eyers K. Navigating teenage depression: a guide for parents and professionals. Sydney: Allen & Unwin, 2009.
2. Weller EB, Weller RA. Treatment options in the management of adolescent depression. J Affect Disord 2000;6:23-8.
3. Maalouf FT, Brent DA. Child and adolescent depression intervention overview: what works, for whom and how well? Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2012;21:299-312.
4. Michael KD, Crowley SL. How effective are treatments for child and adolescent depression? A meta-analytic review. Clin Psychol Rev 2002;22:247-69.
5. Parker G, Manicavasagar V. Modelling and managing the depressive disorders: a clinical guide. New York: Cambridge University Press, 2005.
6. Beyondblue. Clinical practice guidelines: Depression in adolescents and young adults. Melbourne: beyondblue, 2010.
7. Parker G (ed). Bipolar II disorder: modelling, measuring and managing, 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2012.

DOI 10.1002/wps.20059

إن الهدف من الأولويات العامة هو تعريف نوع الاكتئاب وتقييم خلفية الفرد المراهق وخطر الانتحار، مع صيغ تعمل على تشكيل الإدارة، والتي قد تشمل الاحتجاز بالمستشفى، وذلك في الحالات الشديدة الخطر. يتم التكهّن بأغلب المبادئ التوجيهية للعلاج على نموذج بُعدي (DSM أو ICD) يعمل على تمييز حالات الاكتئاب من مدى الشدة. لقد قامت المنظمة الاسترالية التي تُدعى بيوندبلو (6) بتحضير وثيقة تمثيلية، وتوصي هذه الوثيقة في جوهرها -1 بالمراقبة والدعم والعلاج السلوكي المعرفي (CBT) أو العلاج النفسي بين الأشخاص (IPT) لعلاج الاكتئاب الجزئي (اضطراب عسر المزاج) أو اضطرابات الاكتئاب الشديدة والمتوسطة، و-2 الـ CBT/IPT أو الفلوكسيتين (إذا تطلب الأمر) لعلاج كلا من حالات الاكتئاب الشديدة وحالات الاكتئاب المقاوم للعلاج. إن أولويات النهج الذي نتبعه هي -1 خليط من العقاقير المضادة للاكتئاب والعقاقير المضادة للذهان لعلاج الاكتئاب الذهاني، و-2 عقاقير مضادة للاكتئاب - مثبطات امتصاص السيروتونين (SSRI) كبدائية وفي حالة كونه عديم الفاعلية، يتم استخدام مضادات اكتئاب واسعة المجال - لعلاج الاكتئاب السودوي؛ و-3 مثبت الحالة المزاجية (ويمكن أخذ جرعة منخفضة من العقاقير المضادة للذهان كبدائية) لعلاج الاضطرابات الثنائية القطب I؛ و-4 ومثبت الحالة المزاجية (ويُفضل اللاموترجين) أو الـ SSRI في بعض الأحيان، وذلك لعلاج الاضطرابات الثنائية القطب II نحن نقترح أيضاً لهذه الحالات البيولوجية أن يأخذ المريض 1000 ملج من زيت السمك في اليوم. أما فيما يخص حالات الاكتئاب الغير سوداوية، نحن نعتبر العلاج النفسي أو المشوري نمطاً أولوي، مع اختيار علاجي موزون للخلفية المعرفة (مثل تدريب تآكيدي للمراهقين الذين يتجنبون المجتمع والـ IPT أو المشورة لحالات الاكتئاب التي تضمن ضغطاً؛ والـ CBT للمراهقين ذي تقدير ذاتي ضعيف أو اكتئاب غير محدد). أما فيما يخص الأفراد المراهقين ذي نمط شخصية ترجح القلق (القلق المفرد والحساسية تجاه الرفض)، وقد يساعد إضافة SSRI عن طريق إسكات "التقلبات العاطفية". لقد لاحظت مبادئ توجيهية حديثة، والتي تشمل البيوندبلو، خطر زيادة سلوكيات وأفكار الانتحار لدى المراهقين الذين يتعرضون لعقاقير مضادة للاكتئاب. وبينما أن هناك العديد من التفسيرات الممكنة لهذا الأمر، إلا أنه يبدو أن ردود أفعال هرمون السيروتونين الذي تسببه العقاقير المضادة للاكتئاب، بأنه عامل ربط شائع (ويبدو نسبه انتشاره أعلى لدى المراهقين من البالغين). وبالتالي فلا بد أن تؤخذ كل العقاقير المضادة للاكتئاب بجرعات منخفضة، وينبغي أيضاً تحذير الفرد المراهق (والأسرة) عن هذه الاحتمالية، وأن يتم التوقف عن العلاج في حال ظهور مثل هذه الأعراض.

قضايا الأولوية في الصحة النفسية للمرأة

المرأة بفعل الإعلام، قد تعمل على طرح الكثير من الخطر على الشابات، إلا إذا تمكنت المجتمعات بشكل جماعي من تشكيل بيئات يكون فيها توزيع الفرص والمكافئات لا يتوقف على فئات، مثل التكيف مع صورة نمطية جسدية أو الانتماء إلى فصل معين أو حتى بسبب النوع.

إن التطورات المعيارية التي قد تبنتها أغلب الدول كنتيجة المواثيق الدولية وبعض الضغوط الدولية، لم يصطحبها تغييرات في الاتجاهات والمعايير الثقافية، وقد كانت النتيجة غياب تطبيق القوانين عن العنف الذي يقوم على النوع واستمرار التحيز في السياسة والاقتصاد وتقدم المرأة الأكاديمي.

لقد تم التوصية بالأمور التالية، حديثاً في المؤتمر الدولي الخامس الذي تحدث عن صحة المرأة النفسية (ليما، من 4 إلى 7 مارس، عام 2013):

ينبغي أن تتماشى التغييرات التعليمية والسلوكية مع ما نعرفه وما تملّيه القوانين الدولية عن العدالة وحماية المرأة من العنف والإقصاء؛ ينبغي أن يعمل التعليم الأكاديمي على تطوير التعريف وتوسيع إدراكنا عن الطرق التي تفكر وتشعر وتسلك بها المرأة - والرجل أيضاً؛ تحتاج الدول أن تشدد القوانين والأسس وتراقبها، وذلك لتطوير أمر العدالة واستقلال المرأة؛

ينبغي أن تستخدم المجتمعات المتحضرة ومؤيدو مهنة الطب تدفق العولمة وتبادل المعلومات بين الثقافات، لتشكيل البرنامج العالمي بحيث يمكن تشجيع المساواة بين الرجل والمرأة وحق أن تعيش المرأة بكرامة دون عنف.

Marta B. Rondon

*International Association for Women's Mental Health;
Department of Medicine, Section on Psychiatry and
Mental Health, Universidad Peruana Cayetano Heredia,
Lima, Peru*

المراجع:

1. Stewart DE. The International Consensus Statement on Women's Mental Health and the WPA Consensus Statement on Interpersonal Violence against Women. *World Psychiatry* 2006;5:61-4.
2. Ellsberg M, Jansen HA, Heise L et al. WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet* 2008;371: 1165-72.
3. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and nonpartner sexual violence. Geneva: World Health Organization, 2013.
4. Sillito C. Physical health effects of intimate partner violence. *J Family Issues* 2012;33:1520-39.
5. Romito P, Molzan Turan J, De Marchi M. The impact

وكما يقوم أطباء الصحة النفسية بتحديث تدريباتهم وممارساتهم ليواكبوا النماذج الجديدة (دمج الصحة النفسية في مراكز الصحة الأولية وتعميم المنظور النوعي وزيادة الانتباه تجاه التدخلات التي تقوم على الدليل)، سيواجهوا العديد من التحديات في مجال صحة المرأة النفسية، وهذا ما تم توضيحه فيما سبق في بيان الاجتماع الدولي عن الصحة النفسية للمرأة (1).

إن أكثر القضايا بروزاً هي العنف ضد المرأة والطفل ونتائجه على الصحة النفسية. ونحن نملك في الوقت الحالي كمّاً جيداً من المعلومات عن هذه الكارثة؛ ف لدينا معلومات عن الحجم والاختلافات الجغرافية فيما يخص نسبة الانتشار (2,3)، وإدراك النتائج الرهيبة للتعرض للعنف، والتي يمكن أن تدمر إمكانية الفرد للتعامل مع الضغوط، وتجعله عرضة للأمراض النفسية والجسدية (4,5)، وإن كلا من الأبحاث النوعية والكمية لدعم النموذج البيئي ذات المستويات المتعددة من المسببات (6) وأيضاً الدليل الذي يقول بأن إدانة أدوار الخنوع التقليدية للسيدات، بمثابة عوامل هامة جداً، وبصفة خاصة في أمور كانت تعتبر اتجاهات سلطوية، ولم تجد من يتحداها. إن المهمة التي تمثل ضغطاً في الوقت الحالي هي تشكيل تدخلات وإخضاعها لأبحاث عالية الجودة، وذلك لتحديد مدى فاعليتها. ولا يمكن أن نستمر في تأجيل الحديث عن التدخلات التجريبية الناجحة في برامج يمكن أن تغطي المنطقة أو المدينة.

هناك تقدم كبير في إدراك تأثير المحددات الاجتماعية على صحة المرأة النفسية (7)؛ فقد يكون لضغوط العمل والظلم في إمكانية الدخول على مراكز العناية الصحية وأيضاً الأدوار والأعباء المتعددة على كاهل المرأة (كطبيبة أو زوجة أو شريكة أو أم أو عائلة) وأيضاً متطلبات العولمة، قد يكون لكل هذه تأثيراً على تحديد إلى أي مدى تدرك المرأة حقوقها في الصحة.

يمتد تطوير وإدارة الاضطرابات النفسية لدى المرأة في دائرة الحياة، إلى ما بعد العناية الأبوية، وذلك لتشكيل الاحتياج إلى التقدم في معرفتنا عن الخرف وغيرها من الحالات التي قد تصيب السيدات المتقدمات في العمر (8). إن إدارة الاضطرابات العاطفية أثناء فترة الحمل والنفاس (فترة من الزمن تتضمن الولادة وستة أسابيع بعدها تقريباً)، بمثابة مجال مثير للاهتمام للأطباء بينما تشمل الصحة النفسية للمرأة كل أنظمة الاهتمام بها على مدى دائرة الحياة بأكملها وعبر مجالات التطور المختلفة.

أما في مجال الصحة النفسية للآباء، فقد حدد الإدراك الواسع لتأثير الضعف الأدائي لدى السيدات اللاتي يعانين من اضطرابات نفسية شائعة على صحة الطفل وبقائه، حدد الكثير من التقدم في الأبحاث والممارسات السريرية. ومن اللافت للنظر أن هناك إدراكاً أفضل لدور ومكان العلاج، مع وجود توصيات باستخدام العقاقير فقط في حالات الاكتئاب الشديدة والمتوسطة (9). لقد تم دراسة دور العناية الصحية الأولية في العديد من الأماكن وقد كانت النتائج مباشرة بالخير مع وجود تأكيد على فائدة الدعم المجتمعي والتدخلات الغير دوائية (10,11). هناك احتياج إلى المزيد من الأبحاث في هذا المجال الواعد.

قد تعمل متطلبات مهنة الطب وتوقعات الجمال التي باتت غير عقلانية وأيضاً متطلبات النجاح والكمال، أي كل هذه الأمور الموضوعة على كاهل

9. Stewart DE. Depression during pregnancy. *N Engl J Med* 2011; 365:1605-11.
10. Rahman A, Sikander S, Malik A et al. Effective treatment of perinatal depression for women in debt and lacking financial empowerment in a low-income country. *Br J Psychiatry* 2012;201:451-7.
11. Bennett IM, Coco A, Coyne JC et al. Efficiency of a two-item prescreen to reduce the burden of depression screening in pregnancy and postpartum: an IMPLICIT network study. *J Am Board Fam Med* 2008;21:317-25.
6. Winnersjö R, Ponce de Leon A, Soares JF et al. Violence and self-reported health: does individual socioeconomic position matter? *J Inj Violence Res* 2012;4:87-95.
7. Sen G, Ostlin P. Unequal, unfair, ineffective and inefficient gender inequity in health: why it exists and how we can change it. www.who.int.
8. Prince M, Acosta D, Ferri CP et al. Dementia incidence and mortality in middle-income countries, and associations with indicators of cognitive reserve: a 10/66 Dementia Research Group population-based cohort study. *Lancet* 2012;380:50-8.

DOI 10.1002/wps.20074

صوتي، حياتي: مقياس يقوم على نموذج المستهلك للتعافي

بقدر القضايا النفسية – هو الذي حدد قرارنا بالأ نكتف القياس في هذه المرحلة. لقد أكدت حقيقة أن وسيلة تنمية المقياس خاصتنا التي كان يدفعها المستهلك، من أولوية الأمور الهامة للمستهلك بصفة عامة. إن عمليات التطور التي بدأت بالإصرار (أو معه أو بغيره) على عدد صغير من المجالات والبندود، مثل تقييم ميريلاند للتعافي لدى مرضى الحالات النفسية الشديدة (MARS,2) أمام خطر تجاهل الأنظمة، وتكون النتيجة أنه يتم تقديمهم بسبب تطبيقهم لشكل اختزالي للعلوم (5). يقترح عملنا التجريبي أن الـ MARS قد لا يقيس النطاق الكامل لمجالات العلوم و/أو أنه يغفل العديد من الأنظمة في مجالات الأفراد. إذا كان الهدف من هذه المقاييس هو أنها تؤثر على الخدمات بطريقة تتماشى مع نموذج تعافي المستهلك، لا بد أنها تعكس كل المجالات المميزة والمستقلة، وأن الفشل في فعل هذا الأمر سيعمل على تشوية الكيفية التي تنموها خدمات "التعافي"، وستخاطر ببعض المجالات الأساسية المهمة أو التي يُستخف بقيمتها.

Sarah Gordon, Pete Ellis
Department of Psychological Medicine,
University of Otago, Wellington, New Zealand

المراجع:

1. Gordon SE, Ellis PM, Siegert RJ et al. Development of a self-assessed consumer recovery outcome measure: My Voice, My Life. Adm Policy Ment Health 2013;40:199-210.
2. Bellack AS, Drapalski A. Issues and developments on the consumer recovery construct. World Psychiatry 2012;11:156-60.
3. Rose D, Evans J, Sweeney et al. A model for developing outcome measures from the perspectives of mental health service users. Int Rev Psychiatry 2011;23:41-6.
4. Callard F. The vicissitudes of the recovery construct; or, the challenge of taking "subjective experience" seriously. World Psychiatry 2012;11:168-9.
5. O'Hagan M. Recovery: is consensus possible? World Psychiatry 2012;11:167-8.

DOI 10.1002/wps.20055

نشير هنا إلى منتدى «نموذج المستهلك للتعافي: قضايا ووجهات نظر»، الذي صدر في عدد أكتوبر 2012 في مجلة عالم الطب النفسي، والذي يعلّق على قلة النشاط، والذي هو بمثابة مقياس نفسي جيد للتعافي. ونحن نرغب أن نؤكد على مثل هذه المقاييس؛ «صوتي هو حياتي»، والتي تم صياغتها باستخدام وسيلة نفسية نظامية لتطوير المقاييس (1). كما يشجع عليه بيلاك ودرابالسكي (2) بينما يقوم على نموذج المستهلك للتعافي ويستغل نموذج التطور الذي يوجهه المستهلك، والذي تحفزه روز وآخرون (3)، كما يؤيده كالارد (4).

لقد بدأت عملية تطوير المقياس باستخدام نسخة أولية شاملة تتكون من 127 بنّاء يقوم على 12 مجالاً افتراضياً مشتقاً من محاضرات عن التعافي واستشارة المستهلك، والتي تم تجربتها مع 504 مستهلكاً لمراكز الصحة النفسية. وتم تقسيم مجموعة بيانات المشاركين بشكل عشوائي بين مجموعتين منفصلتين؛ واحدة لعامل التحليل الاستكشافي الأولي، والآخر لعامل التحليل التأكيدي المستقل التابع للتقديرات المحتملة. لقد عملت هذه التحاليل على تعريف وتأكيّد (باستخدام مجموعات البيانات المستقلة) هيكل عامل النشاط، مع 11 عاملاً مميزاً ومستقلاً (العلاقات والحياة اليومية والثقافة والصحة الجسدية وجودة الحياة والصحة النفسية والتعافي والأمل والقوة والحالة الروحية والمصادر والرضي بالخدمات) التي تكمن وراء نظام أساسي واحد كبير (الذي نشير إليه بكونه «تعافي المستهلك»). لقد تم تكرار هذا المقياس بعد ذلك مع 65 بنّاء: أي ما بين ثلاثة أو أربعة بنود لكل دولة من الإحدى عشر دولة، مع نسبة عالية من الموثوقية، وبشكل موحّد (1).

يمكن أن تُرى هذه الإحدى عشر مجالاً نفسياً منفصلاً، كاختلاف هام لنظرية التعافي التي يقودها المستهلك، والتي تقوم على وتُمليها الخبرات الأولية. تقدم مثل هذه النتائج دعماً تجريبياً للصلاحيّة النظرية لنظام تعافي المستهلك في حقوقها، بدلا من كونها اشتقاقاً من نموذج المعرفة الاجتماعية الذي تم تطويره في خلال نظام سابق من الأمراض النفسية، وهذا كما اقترحه بيلاك ودرابالسكي (2).

ولأنه يتكون من 65 بنّاء، نجد أن المقياس أطول من العديد من مقاييس تقليدية «للنتائج»، لكن إذا كان الهدف هو لقياس وبطريقة جيدة الإحدى عشر عاملاً التي تم تعريفها وتأكيدها في تحاليل العوامل، سيكون هذا الأمر لا مفر منه. لقد كان يُعتبر الحفاظ على تغطية المجال بالأمر العسير من جانب مجموعات مستهلكينا، وقد كان هذا الأمر –

الأقسام العلمية للجمعية العالمية للطب النفسي

AFZAL JAVED

WPA Secretary for Sections

إن أقسام الجمعية العالمية للطب النفسي (WPA) (ورقمها الحالي هو 68) هي عمودها الفقري العلمي؛ فهم يعملوا على تعزيز المعرفة العلمية ونشرها وتغطية كل جوانب الطب النفسي بطريقة عملية وهم أيضا يتمتعون بدرجات عالية من الاستقلالية في إطار عمل قوانين الـ WPA واللوائح الداخلية. لقد عملت هذه الأقسام على تقديم إضافات قيمة واستثنائية للمعرفة العلمية في الطب النفسي والمجالات الحليفة له، وذلك على مدار السنوات، وفي ظل وجود قيادة قوية متمثلة في موظفيها.

وبشكل أكثر تحديداً، إن الهدف من هذه الأقسام - وبالتحالف مع اللوائح الداخلية الخاصة بالـ WPA - هو جمع المعلومات التي تخص الخدمات والأبحاث والتدريبات وتحليلها وتقديمها ونشرها، وذلك في العديد من مجالات الطب النفسي والصحة النفسية وتطور المعرفة العلمية في هذه المجالات.

وتتمكن هذه الأقسام من تحقيق هذه الأهداف عن طريق 1- تأسيس علاقات عمل مع منظمات وطنية وأخرى دولية، ووجود رؤية تسعى إلى تحقيق تنسيق الأنشطة ذات أهمية للقسم والـ WPA؛ 2- وتنظيم اجتماعات علمية وندوات تتحدث عن مواضيع ذات اهتمام خاص للقسم؛ و-3 تنظيم أنشطة تعليمية في مجال اختصاص القسم، وذلك في اجتماعات الـ WPA المختلفة؛ و-4 تطوير برامج تعليمية ومبادئ توجيهية ونشرات واقتراحات للتبني، مثل بيان المركز المالي وإجماع الـ WPA؛ و-5 تطوير وتوصيل الأبحاث الدولية التعاونية.

تقيم هذه الأقسام انتخابات كل ثلاثة سنوات، وذلك لانتخاب أصحاب المناصب الخاصة بهم. إن تكوين الأقسام على أساس الاهتمامات والأنشطة المشتركة، أمر مُشجع مع وجود هدف يسعى إلى تشجيع التعاون وتحقيق أفاق جماعي أو بيان المركز المالي (ميزانية) وتشكيل أنشطة علمية متصلة من خلال الـ WPA وغيرها من المنظمات العلمية. هناك تقييم دوري من جانب سكرتير الأقسام واللجنة التنفيذية، وذلك لأنشطة كل قسم وإنتاجيته (مثل ندوات ونشرات وبرامج تعليمية وبيانات

صادرة باتفاق الآراء). ويجد عمل القسم دعمه من جانب اللجنة التشغيلية، والتي تشمل أعضاء ذوي خبرة من الـ WPA يقومون بتقديم توجيهات قيمة (سولداتور واميرينج وهارفي وسكليفر).

وبمتابعة خطة العمل الثلاثية، استمرت كل الأقسام في عملها الممتاز وإسهاماتها الواعدة في الكثير من مجالات الصحة النفسية. وفي خلال عام 2012، قامت الـ WPA 16 بالاشتراك في رعاية اجتماعات قام بتنظيمها أقسام مختلفة، ومن يناير وحتى يونيو عام 2012، تم انعقاد 12 اجتماعاً. لقد كان هناك اهتماماً متزايداً بالعمل الجماعي بالإضافة إلى تنظيم الأقسام لجلساتها الخاصة، تقترح الاجتماعات العلمية وجود جلسات متصلة (28 جلسة في الهيئة التشريعية الدولية ببراغ عام 2012؛ و8 جلسات في المؤتمر الموضوعي الذي عُقد بأتينا عام 2012؛ و9 جلسات في اجتماعات أتينيا و6 جلسات في اجتماعات بوخاريس عام 2013). إن المنظمة ذات المنتدى المتعدد الأقسام بمثابة الإضافة الجديدة لتحفيز التعاون بين عمل الأقسام. وقد تم اختيار بعض المواضيع لهذه المنتديات، مثل الوصمة والانتحار، والتي قد تم تداولها في مؤتمرات الـ WPA.

لقد أنتجت أيضاً العديد من الأقسام (مثل التشخيص الثنائي والـ HIV التابع للطب النفسي والتعليم النفسي) وثائق وتوصيات تخص مجالهم الموقر. وقد بدأت الأقسام الخاصة بالإدمان والسياسات العامة، مجموعة متصلة لتأسيس مبادرة متعددة الأقسام (ISI) للانتحار والاضطرابات المتزامنة، وذلك بين الأفراد المدنيين الذين قد يُصابوا بأمراض.

تشارك الـ WPA وبنشاط في تنمية الفصل الذي يتحدث عن الاضطرابات النفسية التابع للنسخة الحادية عشرة من التقسيم الدولي للأمراض (انظر 1-3) ويقدم قادة أقسام الـ WPA مجموعة مختلفة من الإسهامات في عالم الطب النفسي (مثل 4-10).

نحن نأمل أن تقود الحماسة الحالية في أداء الأقسام إلى المزيد من الإسهامات في جودة المعرفة العلمية وتطوير النهج الجديدة في مراكز العناية النفسية الخاصة بمرضاينا. إن هذا في حقيقة الأمر اتجاه يبشر بالأمل، ويجلب خبراء متخصصين في عضوية الـ WPA ويطور من

معرفة وإدراكهم عن الاحتياجات الطبية الحالية.

المراجع:

1. Maj M. Report on the implementation of the WPA Action Plan 2008–2011. World Psychiatry 2011;10:161-4.
2. 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.
3. Bucci P. WPA partnership with the World Health Organization in the development of the ICD-11 chapter on mental disorders. World Psychiatry 2013;12:87-8.
4. 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.
5. Falkai P. A desperate search for biomarkers in schizophrenia. What is going wrong? World Psychiatry 2011;10:38-9.
6. 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.
7. Tyrer P. Personality diathesis explains the interrelationships between personality disorders and other mental conditions. World Psychiatry 2011;10:108-9.
8. Parnas J, Raballo A, Handest P et al. Self-experience in the early phases of schizophrenia: 5-year follow-up of the Copenhagen Prodromal Study. World Psychiatry 2011;10:200-4.
9. Brüne M, Belsky J, Fabrega H et al. The crisis of psychiatry – insights and prospects from evolutionary theory. World Psychiatry 2012;11:55-7.
10. Stanghellini G, Langer AI, Ambrosini A et al. Quality of hallucinatory experiences: differences between a clinical and a nonclinical sample. World Psychiatry 2012;11: 110-3.

منشورات الجمعية العالمية للطب النفسي: فرص لتطوير الأبحاث النفسية وإطلاع مراكز العناية السريرية والتعليم

MICHELLE B. RIBA

WPA Secretary for Scientific Publications

لدى برنامج نشرات الـ WPA عادة قديمة تتمثل في توزيع ونشر المعلومات التي تخص الأبحاث النفسية، والعناية السريرية التي تقوم على دليل ومواد تعليم وتدريب الأطباء النفسيين وغيرهم من الأطباء السريريين المختصين بالصحة النفسية حول العالم، وأيضاً تشجيع خدمات وأبحاث الصحة النفسية في دول الأجرور المنخفضة ودول الأجرور المرتفعة؛ وتحسين الإمكانية والقدرة على نشر البنية التحتية الخاصة بالـ WPA.

لدى الـ WPA لجنة منشورات تخص اللجنة العلمية التشغيلية وأيضاً لجنة تنفيذية للمساعدة في توجيه منشورات جدول الأعمال. هناك أيضاً جمعية الـ WPA والتي تتكون من أعضاء الجمعيات والمجموعات التي من غايتها مراجعة الأهداف وأداء برنامج المنشورات العلمية، كل ثلاثة سنوات.

لقد كان الإسهام الكبير لجهود المنشورات، منذ عام 2002، هو الجريدة الرسمية للجمعية، والتي هي عالم الطب النفسي، والتي يقوم بمراجعتها الدكتور ماريو ماج، وهذه الجريدة شهيرة ويزداد عامل تأثيرها بصفة مستمرة (1)، وهو الآن 8,974. ويتم ترجمة هذه الجريدة من الإنجليزية إلى ستة لغات (الأسبانية والصينية والروسية والفرنسية والعربية والتركية)، وتجدها مفهرسة في مجلات الـ PubMed، ويقوم بنشرها الآن ويلي بلاكويل، وتخدم بتقديم ونشر الأعمال العلمية المتطورة والتي يقرأها الأطباء السريريون والمعلمون والباحثون على مستوى العالم.

بالإضافة إلى ذلك، تساعد مجموعة المنشورات العلمية في تنظيم وتحفيز سلاسل الكتب الناجحة، مثل Depression and Heart Disease (أي الاكتئاب وأمراض القلب) (2) و Depression and Diabetes (أي الاكتئاب وداء السكري) (3)، و Depression and Cancer (الاكتئاب والسرطان) (4).

إن الأقسام العلمية النشطة التابعة للـ WPA مثيرة جداً في أمر تطوير سندات المنشورات، ولدى العديد من الأقسام نشرة إخبارية أو جريدة خاصة بها، وهي تنشر العديد من الكتب التي تخاطب المواضيع المتعددة التي

يدرسها ويبحث فيها أعضاء القسم. وغالباً ما تقدم هذه الكتب تركيزاً عالمياً وتتضمن علماء من عدة دول، يعملون في توزيعات كبيرة من المواقع النفسية وأنواع المواضيع السريرية والبحثية.

وواحد من أكثر مناطق العمل أهمية هي تلك التي تبحث في أفضل طرق توزيع المعلومات والأبحاث في دول الأجرور المنخفضة ودول الأجرور العالية. لقد حاولت الـ WPA تحت قيادة رئيسها بيدرو رويز، أن تقدم كتباً مجانية لأعضاء الـ WPA، وأن توزعها على الـ WPA وغيرها من اجتماعات الطب النفسي. وقد كانت تعتبر هذه البرامج ناجحة وتدعيمية جداً. ويقوم في الوقت الحالي الرئيس المنتخب دانيس باهوجرا بتطوير المزيد من كتابة الكتب ونشرها لدول الأجرور المنخفضة والأجرور المرتفعة، وأيضاً طرقاً للمساعدة في تعليم الأطباء السريريين الذين يقطنون المناطق الريفية البعيدة حول العالم.

نحن نركز كثيراً على المساعدة في تطوير الجيل التالي من الباحثين والمعلمين النفسيين، ونبحث بصفة مستمرة عن طرق لتطوير أمر التوزيع وعن فرص لنشرها لطلاب كلية الطب والمرضى المقيمين وأيضاً المبتدئين. وقد تم إلقاء الندوات وفترات ورش العمل في اجتماعات الـ WPA المحلية والإقليمية والدولية، وذلك للمساعدة في تدريب وتعليم طلاب السنة الأولى، وذلك كوسيلة لجذب عملهم إلى المنشورات العلمية.

وتشمل الفرص المتاحة لهم للنشر في الـ WPA: بيانات عن الاكتئاب، والتي قام بتحريرها دريس موسوي، ومقالات صغيرة في النشرة الإخبارية التابعة للـ WPA وأيضاً مشروعات مخصصة لتطوير بعض الجهود التعليمية واجتماعات الـ WPA التي أقيمت حول العالم، ومن الأمثلة المتاحة لدينا المبادئ التوجيهية التابعة للـ WPA والنماذج التعليمية والتوصيات (مثل 5-10)، ويمكنك أن تجد هذه الأمور متاحة على الموقع التابع للـ WPA (www.wpanet.org).

في النهاية، إن برنامج المنشورات العلمية التابع للـ WPA قوي ويسعى إلى مشاركة أفراد ومجموعات، بحيث يقدموا معلومات وبيانات بإمكانها أن تساعد في تدعيم الكثير من الاحتياجات وجهود الأبحاث النفسية

ومراكز العناية السريرية وأيضاً الأبحاث حول العالم.

المراجع:

1. Luciano M. The new impact factor and immediacy index of World Psychiatry. World Psychiatry 2012;11:207-8.
 2. Glassman A, Maj M, Sartorius N (eds). Depression and heart disease. Chichester: Wiley-Blackwell, 2011.
 3. Katon W, Maj M, Sartorius M (eds). Depression and diabetes. Chichester: Wiley-Blackwell, 2010.
 4. Kissane DW, Maj M, Sartorius N (eds). Depression and cancer. Chichester: Wiley-Blackwell, 2011.
 5. 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.
 6. 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.
 7. 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.
 8. 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.
 9. 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.
 10. 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.
- DOI 10.1002/wps.20077

عامل التأثير الجديد للمجلة العالمية للطب النفسي

GAIA SAMPOGNA

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

المراجع:

- pros and cons of prototypes vs. operational criteria. World Psychiatry 2011;10:81-2.
- Thornicroft G, Alem A, Dos Santos RA et al. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. World Psychiatry 2010;9:67-77.
14. Sartorius N, Gaebel W, Cleveland H-R et al. WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. World Psychiatry 2010;9:131-44.
15. 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.
16. 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.
17. 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.
18. Appelbaum P, Arboleda-Flórez 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.
19. Katschnig H. Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession. World Psychiatry 2010;9:21-8.
20. Strakowski SM, Fleck DE, Maj M. Broadening the diagnosis of bipolar disorder: benefits vs. risks. World Psychiatry 2011;10:181-6.
21. Widiger TA. Personality and psychopathology. World Psychiatry 2011;10:103-6.
22. Lawrie SM, Olabi B, Hall J et al. Do we have any solid evidence of clinical utility about the pathophysiology of schizophrenia? World Psychiatry 2011;10:19-31.
23. Kapur S. Looking for a "biological test" to diagnose "schizophrenia". Are we chasing red herrings? World Psychiatry 2011;10:32.
24. Owen MJ. Is there a schizophrenia to diagnose? World Psychiatry 2011;10:34-5.
25. Keshavan MS, Brady R. Biomarkers in schizophrenia: we need to rebuild the Titanic. World Psychiatry 2011;10:35-6.
- DOI 10.1002/wps.20078
1. 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.
2. 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.
3. Cicchetti D. Resilience under conditions of extreme stress: a multilevel perspective. World Psychiatry 2010;9:145-54.
4. Klosterkötter J, Schultze-Lutter F, Bechdolf A et al. Prediction and prevention of schizophrenia: what has been achieved and where. to go next? World Psychiatry 2011; 10:165-74.
5. McFarlane AC. The long-term costs of traumatic stress: intertwined physical and psychological consequences. World Psychiatry 2010;9:3-10.
6. Parnas J, Raballo A, Handest P et al. Self-experience in the early phases of schizophrenia: 5-year follow-up of the Copenhagen Prodromal Study. World Psychiatry 2011;10:200-4.
7. Hong J, Knapp M, McGuire A. Incomerelated inequalities in the prevalence of depression and suicidal behaviour: a 10- year trend following economic crisis. World Psychiatry 2011;10:40-4.
8. Heslin M, Howard L, Leese M et al. Randomized controlled trial of supported employment in England: 2 year follow-up of the Supported Work and Needs (SWAN) study. World Psychiatry 2011;10:132-7.
9. International Advisory Group for the Revision of the 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.
10. Reed GM, Mendonça Correia J, Esparza P et al. The WPA-WHO Global Survey of Psychiatrists' Attitudes Towards Mental Disorders Classification. World Psychiatry 2011;10:118-31.
11. 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.
12. Maj M. Psychiatric diagnosis:

إن عامل التأثير الجديد لمجلة عالم الطب النفسي، والذي يقوم على الاقتباسات التي تمت عام 2012 لتبدو بأنه قد تم نشرها بالجريدة عام 2010 و2011، هو 8.974، وقد كان عامل تأثير الجريدة 3.896 عام 2009 و4.375 عام 2010 و5.562 عام 2011 و6.233 العام الماضي.

وتحتل الجريدة الآن المركز الخامس من بين كل الجرائد النفسية؛ فيسبقها جريدة Molecular Psychiatry (أي الطب النفسي الجزئي) وجريدة American Journal of Psychiatry (أي الجريدة الأمريكية للطب النفسي) وجريدة Archives of General Psychiatry (أي أرشيف الطب النفسي العام) وجريدة Biological Psychiatry (أي الطب النفسي الحيوي).

إن الوثائق التي حصلت على أكبر عدد من الاقتباسات أثناء الفترة التي تم اعتبارها في حسابات عامل التأثير الجديد، هم الوثيقتين اللاتي قدمهما دي هيرت وآخرون عن الأمراض النفسية لدى مرضى الاضطرابات النفسية الشديدة (1,2) والمقالات الخاصة عن المقاومة تحت شروط الضغوط الشديدة (3) والتكهّن بالفصام والوقاية منه (4) والتكاليف طويلة الأمد للضغوط الشديدة (5) ويقدم البحث تقاريراً عن الخبرات الذاتية في المراحل المبكرة من الفصام (6) وعدم المساواة في الأجور وعلاقتها بالوقاية من الاكتئاب والسلوكيات الانتحارية التي تلي الأزمة الاقتصادية (7) وتجربة عشوائية مُحكمة للعمال المدعومة في إنجلترا (8) والمقالات التي ترتبط بتطور الـ ICD-11 (9-12)، ووثيقة المبادئ التوجيهية الخاصة بالـ WPA والتوصيات (13-18) والمنتديات عن الأطباء النفسيين بكونهم فصائل مهددة بالانقراض (19) وتوسيع تشخيصات الاضطرابات الثنائية القطب (20) وشخصية الفصام ونفسيته والفيزيولوجيا المرضية الخاصة به (22-25).

ويقدم أعضاء تحرير الجريدة جزيل الشكر للعلماء والحكام والعديد من الطلاب حول العالم الذين ساعدوا في جعل هذا الإنجاز بالأمم الممكن.

المجلة العالمية للطب النفسي

الناطقة باسم الجمعية العالمية للطب النفسي



