

المجلة العالمية للطب النفسي

الناطقة باسم الجمعية العالمية للطب النفسي

يونيو ٢٠١٤



المجلد الثالث عشر - العدد الثاني

محتويات العدد

- المقالة الافتتاحية**
- ٤ العلوم العصبية الاجتماعية كعلوم أساسية مثالية للطب النفسي
M. MAJ
- خطة عمل منظمة الصحة العالمية**
- خطة عمل منظمة الصحة العالمية الخاصة بالصحة النفسية
للأعوام من ٢٠١٣ إلى ٢٠٢٠: ماذا يستطيع أن يقوم به
الأطباء النفسيون لتسهيل تطبيقها؟
S. SAXENA, M. FUNK, D. CHISHOLM
- مقالات خاصة**
- ٩ إلقاء نظرة طويلة: إطار العمل الناشئ لعلوم الطب النفسي الانتقالي
K.W.M. FULFORD, L. BORTOLOTTI, M. BROOME
- ١٦ اتجاه جديد في تقييم نتائج مداخلات الصحة النفسية
G. THORNICROFT, M. SLADE
- وجهات نظر**
- اضطرابات السيطرة على الانفعالات و«الإدمان السلوكي»
في الـ ICD-11
J.E. GRANT, M. ATMACA, N.A. FINEBERG,
L.F. FONTENELLE, H. MATSUNAGA ET AL
- ٢٣ اضطراب السلوك الانتحاري ككيان تشخيصي في نظام
تقسيمات الـ DSM-5: الإجابيات تتفوق على السلبيات
M.A. OQUENDO, E. BACA-GARCIA
- منتدى علم الأعصاب الاجتماعي وإسهاماته
المرتقبة في مجال الطب النفسي**
- ٢٩ العلوم العصبية الاجتماعية وإسهاماتها المرتقبة في الطب النفسي
J.T. CACIOPPO, S. CACIOPPO, S. DULAWA,
A.A. PALMER
- تعليقات**
- ٣٨ العلوم العصبية الاجتماعية: الوصول لنهاية الفكرة المضللة والمدمرة
بين «الاجتماعية» مقابل البيولوجية في الطب النفسي
N. CRADDOCK
- هل ستتحسن العلاجات الطب نفسية من الدراسات التصاعدية
(Bottom-up) أم الأنداردية (Top-down) للعلوم
العصبية الوجدانية؟
J. PANKSEPP
- ٤١ العلوم العصبية الاجتماعية وتقنيات الخطر للاضطرابات النفسية
A. MEYER-LINDENBERG
- ٤٢ نشاط المخ الحقيقي والإدراك الزمني في حالة الفصام
G. NORTHOFF
- ٤٤ العلوم العصبية الاجتماعية في الطب النفسي: المسار
لاكتشاف عوامل الخطر البيولوجية العصبية والصمود
C. PANTELIS, C.F. BARTHOLOMEUSZ
- ٤٥ العلوم العصبية الاجتماعية في الطب النفسي: العلاقة الواضحة
R. KAHN
- ٤٦ الربط بين الطب النفسي وطب الأمراض العصبية
من خلال العلوم العصبية الاجتماعية
A. IBÁÑEZ, R.O. KULJIŠ, D. MATALLANA, F. MANES
- ٤٨ الشعور بالوحدة والعلوم العصبية الاجتماعية
D.W. RUSSELL
- ٤٩ الطب النفسي والعلوم العصبية الاجتماعية الغذائية
J.K. KIECOLT-GLASER, L.M. JAREMKA, S. HUGHES
- تقارير بحثية**
- عوامل الخطر في الوفيات الناتجة عن الانتحار وجميع
الاسباب في حالات الاضطرابات النفسية: استطلاع تلوي
E. CHESNEY, G.M. GOODWIN, S. FAZEL
- ٥١ فاعلية البرامج التي تعمل على تقليل وصمة الاضطرابات
النفسية. تحاليل تلوية للتجارب العشوائية المرجعية
K.M. GRIFFITHS, B. CARRON-ARTHUR, A. PARSONS,
R. REID
- ٥٩ منبئات لمرض السكري-٢ في عينة قومية ممثلة من
البالغين المصابين بالذهان
D.L. FOLEY, A. MACKINNON, V.A. MORGAN,
G.F. WATTS, J.J. MCGRATH ET AL
- ٧٤ العوارض الذهانية للتنبؤ بالمسار الطبيعي للفكر
الانتحاري: دراسة استباقية سويدية
I. KELLEHER, M. CEDERLÖF, P. LICHTENSTEIN
- وجهات نظر**
- ٨٢ علامات الالتهاب في حالات الفصام: الترابط مقابل الاسباب
P. MANU, C.U. CORRELL, M. WAMPERS,
A.J. MITCHELL, M. PROBST ET AL
- ٨٧ التدابير العلاجية الخاصة بالسمنة في عيادات الأطباء النفسيين
L. CHWASTIAK, C. TEK
- رد المنتدى**
- ٣٩ إطار عمل المحكات التشخيصية في مجال البحوث: (RD0C)
تعليقات مكملة
B.N. CUTHBERT AND THE NIMH RDOC WORKGROUP
- ٩٤ رسائل الى المحرر
- ٩٦ أخبار الجمعية العالمية للطب النفسي
- ١٠٣

المجلة العالمية للطب النفسي

المجلة العالمية للطب النفسي هي الناطقة الرسمية للجمعية العالمية للطب النفسي. تنشر في ثلاثة اصدارات في السنة و ترسل مجاناً لأطباء النفس الذين تقدموا بأسمائهم وعناوينهم بواسطة الجمعية العالمية للطب النفسي الأعضاء في الجمعيات والأقسام.

تقارير الأبحاث التي تتضمن معلومات غير منشورة مرحب بها لنحال الى المجلة. الأبحاث يجب أن تقسم الى أربعة أقسام التعريف، الطريقة، النتائج و المناقشة. المراجع يجب أن ترقم بالتالي في النص و تجدرول في نهاية الموضوع كالأسلوب 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. Fraeijis 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.
- جميع الأحوال 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)

الجمعية العالمية للطب النفسي (WPA)

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

الجمعية العالمية للطب النفسي تنظم المؤتمر العالمي للطب النفسي مرة كل ثلاث سنوات. كذلك تنظم ايضاً مؤتمرات و اجتماعات دولية و اقليمية و المؤتمرات الرئيسية. الجمعية العالمية للطب النفسي تحوي على 65 قسم علمي تهدف الى نشر المعلومات و تعزيز العمل العلمي المشترك في مجال علم النفس. لقد انتجت الجمعية عدة برامج تعليمية و سلسلة كتب. لقد طورت الجمعية الخطوط العريضة لأداب مهنة ممارسة طب النفس بما فيها اعلان مدريد عام (1996).

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

www.wpanet.org

الهيئة الإدارية 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 الأتماعات: 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 الأنكليزية للعربية: أميره عاطف

الناشر للمجلة الأم: Wiley Blackwell

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

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

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

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

المجلة العالمية للطب النفسي

هيئة التحرير باللغة العربية

رئيس التحرير:

أحمد عكاشه

أعضاء هيئة تحرير:

المملكة العربية السعودية

طارق الحبيب

المملكة الأردنية الهاشمية

وليد سرحان

المملكة المغربية

دريس موسى

مملكة البحرين

شارلوت كامل

إمارة دولة الكويت

صلاح عيد

الإمارات العربية المتحدة

طارق درويش

طلعت مطر

دولة فلسطين

بسام الإشهب

جمهورية مصر العربية

طارق عكاشه

احمد عبد اللطيف

الجمهورية اللبنانية

ايلى كرم

الجمهورية التونسية

جمال التركي

الجماهيرية الليبية

على الرويعى

الجمهورية العراقية

قاسم العوادي

جمهورية السودان

عبد الله عبد الرحمن

الجمهورية العربية السورية

بيار شينيارا

الجمهورية الجزائرية

فريد كاشا

تقدير

تم دعم ترجمة ونشر عدد يونيو 2014 للمجلة العالمية للطب النفسي باللغة العربية بواسطة Pfizer ونقدر هذا المجهود.

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

العلوم العصبية الاجتماعية كعلوم أساسية مثالية للطب النفسي

MARIO MAJ

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

العصبي أو إشكاليات العلاقات البشرية أن توضح هذه الاضطرابات، بل أن حتى تعريف ما هو «أولي»، وما هو «ثانوي» قد يكون في غالب الأمر ممارسة غير ناعمة أو مضللة.

وهذا هو السبب وراء أن مجال تخصصات العلوم العصبية الاجتماعية ذات أهمية واهتمام كبير في الطب النفسي، فيمكن القول بأنها «العلوم الأساسية» التي تتناسب جيداً مع الطبيعة التكاملية للطب النفسي كنظام سلوكي إكلينيكي. ولذا فلعدة عقود كان هناك ازدياداً متبادلاً، بل وفي بعض الأحيان تحدياً جدياً بين العلوم العصبية والعلوم الاجتماعية، كما ينطبق على الطب النفسي، مما قد يصبح الآن علاقة مثمرة تعمل على توليد نماذج جديدة وأدوات بحثية، وأيضاً أنماط ظاهرية تدخلية، ومن الممكن أنها تساهم في التغلب على الجمود الحالي في تطوير تدخلات نفسية جديدة.

نحن البشر «كائنات مجسدة»؛ أي أن وجودنا ككائنات (أو أجساد تحتوي على عقول) في عالم جسدي وككائنات في عالم به تفاعلات، أمر متصل بصورة قوية (١١)، وكنيجة لذلك، تتطلب الاضطرابات النفسية إداراً بحثياً متعدد التخصصات (توضحه العلوم العصبية الاجتماعية) وخبرات إكلينيكية تكاملية (يقدمها الطب النفسي).

وبالطبع ترتبط حقيقة أننا «كائنات مجسدة» ليس فقط بالطب النفسي، بل أيضاً بكل مجالات الطب. قد يكون للأمراض الجسدية، وحتى إذا كانت متواجدة بصورة واضحة في الجسد، مكون شخصي في تعيينها وإظهارها ومسارها. وقد يحتاج هذا المكون إلى أن يتم تعريفه في التقييمات الإكلينيكية، وأن يؤخذ في الحسبان عند العلاج (وأيضاً في تفسير الاستجابات للعلاج)، وأن يتم دراسته بواسطة الأبحاث التي تقدمها العلوم الاجتماعية (مثل دراسة إعادة فحص الأحداث العاطفية المكروهة لدى الأفراد الذين يعانون من أمراض القلب والأوعية الدموية).

في هذا الضوء، قد يتوقف الطب النفسي عن تمثيل «استثناء» في مجال الطب، بل وقد يصبح «نموذجاً» يمكننا الاستفادة منه.

المراجع:

1. Harr_e R, Gillett G. The discursive mind. London: Sage, 1994.
2. Cacioppo JT, Amaral DG, Blanchard JJ et al. Social neuroscience. Progress and implications for mental health. Persp Psychol Sci 2007;2:99-123.
3. Colombo A, Bendelow G, Fulford KWM et al. Evaluating the influence of implicit models of mental disorder on processes of shared decision making within community-based multi-disciplinary teams. Soc Sci Med 2003;56:1557-70.
4. Insel TR, Quirion R. Psychiatry as a clinical neuroscience discipline. JAMA 2005;294:2221-4.
5. Social Perspectives Network for Modern Mental Health. Start making sense. . . Developing social models to

لطالما كان يُقال (مثل ١) أننا نحن البشر نعيش في «عالمين»؛ أي عالم المسببات الحيوية والجسدية، وهو العالم الذي ينتمي إليه عقلنا، وعالم المعاني والرموز والسياقات الخطابية والعلاقات البشرية.

لدى كل من هذين العالمين نهجه وقوانينه، وهي الأمور التي يُمكن دراستها بصورة منفصلة، وقد تم في حقيقة الأمر دراستها بشكل منفصل لعدة عقود؛ فمن ناحية، هناك مجال العلوم العصبية، وهو المجال الذي تم فيه تدارس المخ البشري بكونه «آلة حيوية» منفصلة عن التأثيرات الاجتماعية. وعلى الناحية الأخرى، هناك مجال العلوم الاجتماعية، وهو الذي تم فيه تدارس عالم العلاقات البشرية بعيداً عن العمليات العقلية باعتبارها غير متعلقة بالأمر بأي شكل من الأشكال (٢).

لقد عملت هذه ازدواجية على وضع الطب النفسي في الوسط، وبصفة عامة قضية الاضطرابات العقلية. وقد قامت الآراء العصبية-حيوية والآراء النفسية-اجتماعية الخاصة بالاضطرابات النفسية، بمواجهة بعضها البعض لعدة عقود، وذلك ليس فقط في المؤلفات العلمية والمؤلفات العامة بل أيضاً في تدارك الأفراد الذين يعانون من تلك الاضطرابات، وهم الذين غالباً ما يعبرون عن مشكلاتهم بمصطلحات حيوية بشكل أساسي أو بمصطلحات نفسية - اجتماعية بشكل أساسي (٣). لقد تم دراسة نوعية الخبرات النفسية والاحتياج إلى وجود حديث ولغة محددة للمرضية النفسية، وتم كثيراً تحذير الطب النفسي بأنه سيكون إما «علم الأعصاب الإكلينيكي»، مما سيجعله يحل المرضية النفسية الوصفية محل المقاييس السلوكية والحيوية، وذلك لأن الاضطرابات النفسية هي بحق «أمراض مخية» (مثل ٤)، أو يتبنى نموذج نفسي اجتماعي، مما يعمل على تصوير الاضطرابات النفسية فيما يخص الاستجابات المدركة للمواقف البيئية المعادية أو إشكاليات العلاقات الشخصية (مثل ٥).

وحيث أن العالمين السابق ذكرهما موجدان بالفعل بحيث يُمكن دراستهما بشكل مستقل، ولا يُمكن اختزالهما إلى بعضهما البعض أو دراسة كل واحد بشكل كامل بواسطة المفاهيم التي تخص الآخر، يبدو أنه ليس من شك، لكن ولكونهما مستقلين عن بعضهما البعض، يبدو أن الأمر غير مُحتمل؛ فوجود عالم من المعاني والرموز والعلاقات البشرية الذي نحيا فيه نحن البشر هو بالأمر الممكن فقط بواسطة مدى تعقد عقولنا.

يتم في الوقت الحالي توضيح عمليات المخ التي تدخل في تطبيق العديد من جوانب السلوكيات الاجتماعية (مثل التعاقب واستقبال العلامات الاجتماعية الوجهية والغير وجهية، وإدراك وفهم الحالات العقلية الخاصة بالآخرين، والترتيب الذاتي للعواطف في السياقات الاجتماعية، وتطوير ومراقبة الروابط الاجتماعية) (مثل ٦-٩). بالإضافة إلى ذلك، يتضح في الوقت الحالي أنه ليس فقط حالات تلف الدماغ أو التشوه الذي يُمكن أن يؤثر على السلوكيات الاجتماعية، بل أيضاً بإمكان الخبرات الاجتماعية المبكرة أن تؤثر على تطوير وتكوين المخ ووظائفه، وبالتالي تحدد استجابة الفرد اللاحقة للأحداث الاجتماعية (مثل ١٠).

يُحتمل أن تظهر أغلب الاضطرابات النفسية من تفاعل ديناميكي بين «العالمين» المذكورين سلفاً، وبالتالي ليس فقط أنه لا يُمكن للخلل الوظيفي

2006;50:518-28.

10. van Harmelen AL, Hauber K, Gunther Moor B et al. Childhood emotional maltreatment severity is associated with dorsal medial prefrontal cortex responsivity to social exclusion in young adults. *PLoS One* 2014;9:e85107.
11. Matthews E. Mental disorder: can Merleau-Ponty take us beyond the “mind-brain” problem? In: Fulford KWM, Davies M, Gipps RGT et al (eds). *The Oxford handbook of philosophy and psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 2013:531-44.
6. Haxby JV, Hoffman EA, Gobbini MI. Human neural systems for face recognition and social communication. *Biol Psychiatry* 2002; 51:59-67.
7. Baron-Cohen S, Tager-Flusberg H, Lombardo MV. *Understanding other minds. Perspectives from neurodevelopmental social neuroscience*. Oxford: Oxford University Press, 2013.
8. Adolphs R, Anderson D. Social and emotional neuroscience. *Curr Opin Neurobiol* 2013;23:291-3.
9. Bartz JA, Hollander E. The neuroscience of affiliation: forging links between basic and clinical research on neuropeptides and social behavior. *Horm Behav* understand and work with mental distress. Leeds: Topss England, 2003.

DOI 10.1002/wps.20137

خطة عمل منظمة الصحة العالمية الخاصة بالصحة النفسية للأعوام من ٢٠١٣ إلى ٢٠٢٠: ماذا يستطيع أن يقوم به الأطباء النفسيون لتسهيل تطبيقها؟

SHEKHAR SAXENA, MICHELLE FUNK, DAN CHISHOLM

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

مكونات الخطة

لقد تم تنظيم الخطة بناءً على رؤية وهدف وقواعد شاملة وأهداف وخطوات يليها مجموعة من المؤشرات التي لا بد من تحقيقها على مدار ٨ أعوام (١).

تتميز رؤية الخطة بكونها طامحة؛ بعالم يُقدَّر وتُحَفَظ فيه الصحة النفسية وتُمنع فيه الاضطرابات النفسية، وفيه أيضًا يتمكن الأفراد الذين يتأثرون بهذه الاضطرابات من الدخول على مراكز الرعاية الصحية والاجتماعية العالية الجودة والمناسبة من الناحية الثقافية، وذلك في الوقت المناسب حتى يتحقق التعافي، ويتم أيضًا ممارسة حقوق الإنسان، وذلك للحصول على أعلى المستويات الممكنة من الصحة والمشاركة الفعالة في مجتمع خالي من الوصمة والتمييز.

تعتمد هذه الخطة على عدد من القواعد الشاملة؛ مثل النفاذ الدولي والتغطية الواسعة، حقوق الإنسان، الممارسة التي تقوم على الدليل، دورة حياة منهجية، نهج متعدد القطاعات، وأيضًا تمكين الفرد الذي يعاني من اضطرابات نفسية وإعاقات نفسية.

تركز الخطة على أربعة أهداف رئيسية وهم: تقوية القيادات الفعالة وإدارة الصحة النفسية، تقديم رعاية نفسية شاملة وموحدة ومتجاوبة وأيضًا خدمات الرعاية الصحية في مواضع تعتمد على المجتمع لتنفيذ الاستراتيجيات الوقائية في مجال الصحة النفسية، وتقوية أنظمة المعلومات والبحث والدليل للصحة النفسية.

إن كل واحدة من هذه الأهداف مُدعمة من جانب عدد من الخطوات المعينة التي تقوم بها الدول الأعضاء ومنظمة الصحة العالمية والشركاء الدوليين والمحليين، مثلًا يشمل الهدف رقم ٢ الذي يختص بالخدمات خمسة خطوات وهم: إعادة تنظيم الخدمة، توسيع التغطية، تقديم عناية متكاملة ومتجاوبة، وجود مراكز الصحة النفسية في خدمات الطوارئ الإنسانية، وتطوير الموارد البشرية ومخاطبة الفوارق. وبالإضافة إلى الخطوات الواسعة، تم تقديم عدد من الاختيارات للتنفيذ، وذلك حتى تتناسب مع الدول في كل المواقف المختلفة فيما يخص أنظمتهم الصحية وإتاحة الموارد.

تتكون الخطة من مجموعة مكونة من ستة أهداف لقياس التقدم العالمي في التنفيذ. تشمل الأمثلة على الأهداف زيادة بنسبة ٢٠٪ في تغطية الخدمات للاضطرابات النفسية الشديدة وانخفاض في معدل الانتحار بنسبة ١٠٪. ومن المتوقع أن تقوم الدول بتطوير أهدافها الوطنية الخاصة وذلك للمساهمة في تحقيق الأهداف العالمية.

تقوم منظمة الصحة العالمية بتجميع بيانات عام ٢٠١٤ من

إن تبني جمعية الصحة العالمية لخطة عمل شاملة للصحة النفسية للأعوام من ٢٠١٣ إلى ٢٠٢٠ في مايو من عام ٢٠١٣، يقدّم المثال الأكثر وضوحًا حتى يومنا هذا عن زيادة الالتزام من جانب الحكومات لتعزيز الأولوية المُقدّمة إلى الصحة النفسية من خلال المبادئ الصحية والسياسة العامة.

إن حقيقة أن كل الدول - الكبيرة والصغيرة والدول الغنية وتلك الفقيرة - قد وافقت على وجود رؤية عامة للصحة النفسية مع وجود خطوات للوصول إلى الأهداف المقررة في فترة زمنية محددة، يقدم دليلًا واضحًا عن مدى قوة الالتزامات السياسية الحالية بالصحة النفسية حول العالم.

تقدم هذه المقالة خطة عمل الصحة النفسية الخاصة بمنظمة الصحة العالمية للأعوام من ٢٠١٣ إلى ٢٠٢٠ (الخطة) (١) وتقدّم بعض الأنشطة التي يُمكن أن يقوم بها الأطباء النفسيون لتسهيل تطبيقاتها.

عملية تطوير الخطة

لقد تم تطوير الخطة كنتيجة مباشرة لخطاب قدمته الجمعية العمومية لمنظمة الصحة العالمية في مايو من عام ٢٠١٢ عن العبء العالمي للاضطرابات النفسية والاحتياج إلى استجابة شاملة ومنسقة من القطاعات الصحية والاجتماعية على مستوى الدولة.

لقد طالبت الجمعية العمومية لمنظمة الصحة العالمية من منظمة الصحة العالمية أن تقوم بتطوير الخطة بالتعاون مع منظمات حكومية دولية ومحلية ووطنية، وقد قامت منظمة الصحة العالمية باستشارة عدد كبير من أصحاب المصالح المختلفين لتطوير مشروع الخطة، ولعبت الجمعية العالمية للطب النفسي وأيضًا عدد من جمعيات الطب النفسي الوطنية دورًا فعالًا في تقديم مدخلات إلى المشاريع المتعددة المقترحة للخطة. لا يقوم هذا الأمر فقط بضمان أن الخطة ستغطي كل النواحي التي تُعتبر هامة من جانب العديد من أصحاب المصالح بل أيضًا تعمل على زيادة التزامهم للمشاركة في تطبيق الخطة.

لقد تم نشر مقالة فنية أساسية تقدم نقاط ضعف الصحة النفسية ومخاطرها (٢)، وذلك لتسهيل وضع مشروع الخطة. لقد تدارست الجمعية العمومية لمنظمة الصحة العالمية مشروع الخطة وقامت بتبنيها في مايو من عام ٢٠١٣، ولأن هذه كانت أول خطة عمل رسمية مُكرسة للصحة النفسية في كل التاريخ، يُمكن اعتبارها قرارًا تاريخيًا هامًا.

الصحية والخدمات الاجتماعية وأيضاً اقتراحات حول استغلال الموارد البشرية المتاحة لتوصيل هذه الخدمات بطرق فعالة. وبإمكان الأطباء النفسيين، لكونهم أعضاء بارزين في فريق توصيل الخدمة، تسهيل الاستخدام الفعال للموارد المتاحة، خاصة تلك الموارد التي يديرها مقدمو رعاية صحية أقل تخصصاً، مثل الممارسين العاميين والمرضى والعاملين في مجال الرعاية الصحية. يشمل هذا الأمر المشاركة في المهام ودعم وإشراف الأطباء النفسيين. بإمكان هذا الأمر أن يعمل على تعزيز تغطية الخدمة بينما يضمن وجود جودة عالية من الرعاية.

الأطباء النفسيين كمعلمين ومدربين

يشارك الأطباء النفسيون في تعليم وتدريب الأطباء والمرضى والعاملين في مجال الصحة النفسية والذين منهم أطباء نفسيين. وغالباً ما تكون المناهج التدريبية التي يستخدمونها قديمة ولا تتوافق مع حالة البيئة الحالية، وبالتالي فبإمكان تلك الخطة، مع مصاحبة المبادئ التوجيهية الاكلينيكية التابعة لمنظمة الصحة العالمية (٦)، تقديم مواد تدريبية مناسبة. لا بد أيضاً أن تشكل السياسات وتنظيم الخدمات مكوناً أساسياً للتدريب، وذلك لأن هذه المهارات بالأمر اللازم للدور الذي تلعبه الصحة العامة، وهو الذي يحتاج العديد من الأطباء النفسيين أن يقوموا به.

الأطباء النفسيين كباحثين

وبالرغم من الاحتياج إلى ممارسات وأسس تعتمد على الدليل، إلا أن نتائج أبحاث الصحة النفسية من أغلب دول الأجر المنخفضة والأجور المتوسطة قليلة للغاية (٧). أن تلك الخطة تقوم بتجميع المعلومات اللازمة وتقييم برامج وعمل أبحاث، خاصة تلك التي تقوم على خدمات الصحة النفسية في العديد من الدول، وبإمكان الأطباء النفسيين عمل وتنظيم هذه الأنشطة، وذلك لتسهيل تطبيق الخطط الوطنية وتحقيق أهدافهم التي تتماشى مع الخطة العالمية.

الخاتمة

لقد عملت خطة عمل الصحة النفسية الشاملة للأعوام من ٢٠١٣ إلى ٢٠٢٠ على تمهيد الطريق لنهج جديد في مجال الصحة النفسية يعمل على تدعيم الرعاية التي تقوم على المجتمع، وأيضاً تمهيد الطريق لنهج التعافي مع وجود تقدير كامل لحقوق الإنسان وذلك للأفراد الذين يعانون من إعاقات نفسية ونفسية اجتماعية.

لقد تم التصديق على الالتزامات السياسية لهذا النهج، وذلك على أعلى مستوى من جانب وزارات الصحة، إلا أنها على النقيض مع الحقيقة التي على أرض الواقع. لدى الأطباء النفسيين، كرواد أساسيين للصحة النفسية في بلادهم، دوراً أساسياً ومسؤولية لتغيير الحالة الراهنة، وذلك عن طريق إعادة التوافق مع أهداف الخطة ومبادئها.

إن أهداف عام ٢٠٢٠ الطموحة للصحة النفسية بالأمر الممكن، إلا أنها ستتطلب أن يتبنى الأطباء النفسيون هذا النهج الجديد وأن يعملوا بالتعاون مع العاملين الآخرين في مجال الصحة النفسية والأوساط الأكاديمية وفتات المجتمع.

كل واحدة من الـ ١٩٤ دولة عضوة، وذلك في المجموعة الرئيسية من المؤشرات وستقوم بنشر هذه بكونها أطلس الصحة النفسية لعام ٢٠١٤. وبعد تقديمها مجموعة مشابهة من هذا الأطلس في الأعوام ٢٠٠١ و٢٠٠٥ و٢٠١١ (٣)، وأيضاً أكثر من ٨٠ ملفاً لدول مختلفة تقوم على أهداف منظمة الصحة العالمية (WHO-AIMS) (٤). سيكون من الممكن إتاحة بعض المقارنات مع مرور الوقت، وذلك على مستويات عالمية ومحلية ووطنية. ما الذي يُمكن أن يقوم به الأطباء النفسيون لتعزيز تطبيق هذه الخطة؟

الأطباء النفسيين كأعضاء في الجمعيات الطبية

بإمكان الجمعية العالمية للطب النفسي، وهي تمثل أكثر من ٢٠٠,٠٠٠ طبيباً نفسياً في كل أنحاء العالم، تعزيز تطبيق هذه الخطة، وذلك بوسائل هامة؛ إن أهداف الجمعية العالمية للطب النفسي تشمل تطوير وسائل العناية للمرضى النفسيين والوقاية من الاضطرابات النفسية وتطوير الصحة النفسية والحفاظ على حقوق المرضى النفسيين (٥). وتتفق هذه الأهداف جيداً مع أهداف هذه الخطة. لقد عملت أيضاً الجمعية العالمية للطب النفسي مع منظمة الصحة العالمية في تنظيم هذه الخطة، وسيتم الدعم الذي تقدمه الجمعية العالمية للطب النفسي وأعضائها المكونين من ١٣٥ جمعية والذين يشتركون في تنفيذ هذه الخطة، سيتمد كثيراً وذلك للتأكد من وجود تقدم في مختلف الدول.

لقد تم تعريف خطوات محددة للأعضاء الدوليين والأعضاء الوطنيين في هذه الخطة، وبإمكان هذه أن تقدم قالباً لبناء المزيد من التعاون بين الجمعية العالمية للطب النفسي وأعضائها من الجمعيات والحكومات ومنظمة الصحة العالمية. هناك احتياج إلى دعم من جمعيات طبية مثل الجمعية العالمية للطب النفسي، وذلك لتطوير وتقديم الاسس والتشريعات الوطنية وإعادة تنظيم الخدمات الصحية التي تشمل مشاركة مقدمي الرعاية الغير متخصصين في مهامهم وحماية حقوق الإنسان للأفراد الذين يعانون من اضطرابات نفسية بحيث يتفوقوا مع بنود حقوق الإنسان الدولية والمحلية. لا بد من تقديم مزيداً من الاهتمام إلى احتياجات دول الأجر المنخفضة ودول الأجر المتوسطة حيث تندر الموارد التقنية والمالية.

الأطباء النفسيين هم قادة الصحة النفسية في بلادهم

غالباً ما يكون الأطباء النفسيون في مراكز بارزة في وزارات الصحة أو في المراكز الأكاديمية؛ وهم غالباً ما يكونوا قادة ورواد الصحة النفسية في بلادهم، وإذا كانوا على وعي بخطة عمل الصحة النفسية والالتزامات التي قامت بها الحكومة بصورة دولية، يُمكن أن يكونوا أكثر فاعلية في تأييدهم بسبب دورهم القيادي، وقد يشمل هذا الأمر - بحسب الاقتضاء - تطوير الخطة الوطنية وزيادة الموارد وتطوير التحالف بين التخصصات لصالح الصحة النفسية.

الأطباء النفسيين كمقدمي الخدمة

لدى الخطة اتجاهات واضحة حول العناصر الأساسية لتوفير الرعاية

- Geneva: World Health Organization, 2011.
- World Health Organization. WHO-AIMS country profiles. Geneva: World Health Organization, 2014. Available at www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/en/.
 - World Psychiatric Association. About the World Psychiatric Association. Available at www.wpanet.org.
 - World Health Organization. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Geneva: World Health Organization, 2010. Available at www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/en.
 - Saxena S, Paraje G, Sharan P et al. The 10/90 divide in mental health research: trends over a 10-year period. *Br J Psychiatry* 2006;188:81-2.

DOI 10.1002/wps.20141

لقد تم نشر هذه المقالة بفضل اتفاق مع منظمة الصحة العالمية، وهي التي تستحق حق النشر.

المراجع:

- World Health Organization. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2020. Geneva: World Health Organization, 2013. Available at apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-en.pdf.
- World Health Organization. Risks to mental health: an overview of vulnerabilities and risk factors. Geneva: World Health Organization, 2012. Available at www.who.int/mental_health/mhgap/risks_to_mental_health_EN_27_08_12.pdf.
- World Health Organization. Mental health atlas 2011.

إلقاء نظرة طويلة : إطار العمل الناشئ لعلوم الطب النفسي الانتقالي

KENNETH W.M. FULFORD¹, LISA BORTOLOTTI², MATTHEW BROOME³¹Faculty of Philosophy, University of Oxford, Oxford, UK; ²Department of Philosophy, University of Birmingham, Birmingham, UK; ³Department of Psychiatry, University of Oxford, Oxford, UK

بحسب ما هو مفهوم من السياق التاريخي، يعمل الجدول الحالي حول التقسيمات النفسية، والذي تحت به المنشورات الخاصة بالـ DSM-5، يعمل على فتح فرصاً جديدة لأبحاث انتقالية حديثة في الطب النفسي. نحن نقدم في هذه المقالة دروساً للأبحاث الانتقالية من ثلاثة فترات زمنية للطب النفسي في القرن العشرين؛ فمن أول فترة زمنية، وهي عام ١٩١٣ والذي فيه تم نشر علم الأمراض النفسية العامة التابع لجاسبير، المستفاد هو أن البحث الانتقالي في الطب النفسي يتطلب نهجاً متعددًا يشمل بشكل متساوي علوم العقل (والتي تشمل العلوم الاجتماعية) والمخ. ومن الفترة الزمنية الثانية، وهي عام ١٩٥٩، تم عقد اجتماع في ولاية نيويورك، والذي أقيمت منه التقسيمات الحالية المبنية على الأعراض النفسية، والمستفاد هو أنه بينما أن الموثوقية تبقى أساس الطب النفسي كعلم للملاحظة، تكون الصلاحية أيضًا بالأمر اللازم للانتقال الفعال. ومن الفترة الزمنية الثالثة، وهي عام ١٩٩٧ والذي فيه تم انعقاد مؤتمر عن التقسيمات النفسية في مدينة دالاس، وهو الذي جمع بين المرضى ومقدمي الرعاية والباحثين والأطباء الكليينيين، والمستفاد هو أننا بحاجة إلى أن نبني المزيد على النماذج التعاونية للأبحاث التي تجمع بين الخبرة المكتسبة عن طريق التدريب والخبرة المكتسبة عن طريق الخبرة في حد ذاتها. إن هذا الأمر هام إذا كنا سنواجه تحديات الانتقال التي يقدمها مفهوم الاضطرابات النفسية، وبصفة خاصة كما تظهر في تنوع نتائج العلاج. وبأخذ الثلاثة دروس معاً - نهج تعددي بالإضافة إلى التنوع والصلاحية والتعاون الأقرب بين أصحاب المصالح ذي صلة وثيقة بالموضوع - نقدم إطار عمل ناشئ للانتقال أكثر فاعلية من الأبحاث إلى مجال الممارسة في الطب النفسي في القرن الواحد وعشرين.

كلمات مفتاحية: DSM, RDoC, ICD، التقسيمات النفسية، العقل والمخ، العلوم الاجتماعية، الموثوقية، الصلاحية، الأبحاث التعاونية، الخبرة بواسطة الخبرة في حد ذاتها، الممارسة التي تقوم على القيم

(عالم الطب النفسي ٢٠١٤:١٣:١١٠-١١٧)

كتب سارتوريوس عام ١٩٩٢ في مقدمة الـ ICD-10 قائلاً، «إن التقسيمات هي طريقة لرؤية العالم عند نقطة ما في الزمن» (١، ص vii)، وبعد مرور ثلاثين عاماً، يقترح الرد الموجه إلى الـ DSM-5 الخاص بجمعية الطب النفسي الأمريكية (APA) أن عالم علوم الطب النفسي فوضوي.

وقد نشر أنسيل، وهو يكتب كمدير أكثر مؤسسات العلوم العصبية التمويلية قوة في العالم، وهي المعهد الوطني للصحة النفسية في الولايات المتحدة (NIHM)، نشر واحدًا من المقالات النقدية الأساسية، والتي تقول أن الأبحاث التي تقوم على الـ DSM قد فشلت في الانتقال إلى تحسينات ملموسة في العناية بالمرضى. وقد أكد أنسيل في مدونة تقدم إطار عمل لمعايير مجال البحث البديلة التابعة لـ NIMH، أن الـ NIMH سيعيد توجيه أبحاثه بعيداً عن فئات الـ (٣) DSM. وقد أوضحت الأطراف المتنازعة بعد ذلك أن الـ DSM يبقى أساساً مفيداً في العمل الإكلينيكي (٤)، لكن يجعل هذا الأمر عالم العلوم النفسية في خطر؛ أي أنه تخصص يفتقر إلى إطار عمل نظري موحد، مع وجود باحثين يعملوا على التقسيم بين الـ NIMH والـ APA.

ويُدرِك الطب النفسي فوق كل شيء أن الأزمة هي بمثابة فرصة وأيضاً تهديد، ونحن نهتم في هذه المقالة بالفرص التي جاء بها الجدول الحالي حول التقسيمات النفسية، ونقترح أن هذا الجدول هو بمثابة علامة ليس على التنافر النظري، بل بالحري على التحديات المعينة والخاصة بالعلوم النفسية، وهذا بحسب ما قد تم إدراكه من السياق التاريخي.

لقد قام حديثاً بعض المتحدثين بمخاطبة هذه التحديات بحسب العديد من الآراء النظرية (انظر رقم ٥ مثلاً)، إلا أننا بدلاً من ذلك، سنأخذ في هذه المقالة الرؤية المطوّلة والتي تقدمها الثلاثة فترات زمنية من الطب النفسي في القرن العشرين - واحدة في فترة مبكرة وأخرى في فترة متوسطة وثالثة في فترة متأخرة. وتشير كل فترة زمنية إلى عدد من الدروس التي تتمثل في انتقال أكثر فاعلية من البحث إلى الممارسة. ونحن نستخلص

أنه بإمكان هذه الدروس أن تضع الطب النفسي في مقدمة العلوم الطبية الانتقالية للقرن الواحد وعشرين.

أول فترة زمنية: ١٩١٣ وعلم النفس المرضي العام التابع لجاسبير

إن الفترة الزمنية الأولى هي عام ١٩١٣، وهو العام الذي تم فيه نشر علم النفس المرضي العام التابع لجاسبير (٦). فبعد الاحتفال بالأحداث والمنشورات في القرون القليلة الماضية، كتب جاسبير علم النفس المرضي العام في وقت يشبه كثيراً وقت التقدم في العلوم العصبية، وهي «أول مرحلة بيولوجية في الطب النفسي»، ولا يزال التحدي الذي واجهه جاسبير هو ذات التحدي المتمثل في الانتقال الذي نواجهه نحن اليوم.

لقد عمل جاسبير، وهو طبيب نفسي وفيلسوف، في العلوم العصبية وكان على يقين بكل إمكاناتها (٨)، إلا أنه كان يؤمن أن مستقبلها قد أصبح كبير جداً، كان أيضاً مقتنعاً وبصفة خاصة بأن الاضطرابات النفسية تتطلب إدراكاً كبيراً وكذلك أيضاً التفسيرات السببية التي تقدمها علوم المخ (٩). لقد كان هذا جوهر تحدي جاسبير، وهو تحدي الانتقال. إن انتقال الأبحاث وصولاً إلى الممارسة يعني لا شيء أكثر أو أقل من الانتقال بين الاكتشافات الموضوعية لعلوم المخ وعالم الحياة الذي يحمل الكثير من المعاني في خبراتنا الموضوعية اليومية.

تجنب «الرسائل الصغيرة التي تحملها الأساطير»

إذاً فما هي الدروس المستفادة من عام ١٩١٣؟ أولاً، أنه لا بد أن نقل من مدى صعوبة التحدي؛ فعندما نأتي إلى التحدي النظري نجد أن الانتقال بين المعاني والمسببات يأخذنا إلى أعماق ذلك المصدر لكل المشكلات الفلسفية، أي العلاقة بين العقل والمخ. لقد أحدثت الفلاسفة تقدماً في هذا

الأمر منذ عام ١٩١٣، مع الكثير من الرؤى المفيدة عما قد يصبح اليوم مشكلة في الانتقال بين المستويات التحت شخصية والمستويات الشخصية للأداء (١٠)، إلا أن مشكلة كهذه لا تزال باقية.

وبالمقابل، ومع وجود مشكلات من هذا النوع الشديد بصورة غريبة، لا بد لنا أن نتحلى بالحذر تجاه الادعاءات بوجود «حلول»، فكما قال الساخر الأمريكي ميلكان بهتكم، «هناك دائماً حل سهل لكل معضلة بشرية - أي حل بارع ومعقول وخطأ» (١١)، ومن المعروف أن الطب النفسي يتأرجح بين هذه «الحلول». إن تاريخ الطب النفسي كما قد وصفه المؤرخ والطبيب النفسي الألماني، هوف، هو تاريخ مليء بحالات الفشل المتكررة، حتى أصبح عبارة عن «رسالة صغيرة تحملها الأساطير» (١٢). لقد كان جاسبير قلقاً حيال انهيار أول فترة بيولوجية في الطب النفسي وصولاً إلى أسطورة تقوم على المخ فقط، وقد لاحظنا أن هناك الكثير من القلق المشابه، إلا أنه ليس في محله اليوم (١٣). بالإضافة إلى ذلك، ويعيداً عن تقدم العمل في العناية بالمرضى، فإن واحدة من أسوأ حالات انتهاكات الطب النفسي ترجع أصولها إلى رسالة مصدرها أساطير (البداية بالنوايا الحسنة) (١٤).

وعندما يصل الأمر إلى الصمود ضد أية رسالة أسطورية مستقبلية، نحن نعتقد أن الـ RDoC يقدم وعداً بهذا الشأن. يميل أنسيل إلى ربط الفشل في انتقال الأبحاث التي تقوم على الـ DSM بانهماكها في البحث عن اعراض يُمكن تحديدها بشكل موثوق (٣). سنعود إلى الموثوقية في الفقرة التالية، إلا أنه في مفهوم هوف، قد أصبحت الموثوقية في الـ DSM - في حال كان أنسيل صائباً - رسالة أسطورية أخرى، وعلى الناحية الأخرى، لقد ظهر إطار عمل الـ RDoC كبنية صريحة لتقديم إطار عمل مفتوح وشامل يضم عدداً كبيراً من نماذج الأبحاث (١٥).

مصادر النهج التعددي

بالطبع ليست النوايا الحسنة بالأمر الكافي، إلا أنه لا يوجد ندرة في المصادر لبناء نهج تعددي. تتراوح علوم العقل الحديثة بين العلوم المعرفية والعلوم ذات الصلة بالمعرفة (١٦)، مع قابليتها للوسائل الحسابية (١٧)، (١٨) عن طريق العلوم الاجتماعية وعلوم الإنسان (الأنثروبولوجي)، والتي تشمل الاحتمالية الانتقالية المثبتة لنظريات التفسيرات الاجتماعية للمعنى في مجالات جوهريّة مثل رعاية مرضى الخرف (١٩، ٢٠) إلى تطبيقات جديدة للظواهر «الطبيعية» وغيرها من الظواهر الواقعية من الناحية الاكلينيكية (٢١، ٢٢).

وبالرغم من ذلك، إن الخطر في كل هذه الاختلافات هي أنه بينما أن العلوم النفسية قد تتجنب الطريق المسدود المتمثل في رسالة أسطورية أخرى، تصبح عبارة عن فصائل وجزئيات، مثلما أصبح عليه الطب النفسي مع نهاية الجزء الأول من القرن العشرين (٢٣). نتجه الآن إلى درس جديد من علوم منتصف القرن العشرين.

الفترة الزمنية الثانية: عام ١٩٥٩ واجتماع التقسيم التابع لمنظمة الصحة العالمية في نيويورك

ننتقل وبسرعة الآن من جاسبير إلى عام ١٩٥٩ وإلى مؤتمر عن التقسيمات النفسية والذي تم انعقاده تحت إشراف منظمة الصحة العالمية في ولاية نيويورك الأمريكية. فمن هذا المؤتمر خرجت التقسيمات التي

تقوم على الاعراض، أي كلا من الـ ICD والـ DSM، إلا أن قصة كيفية خروج الـ ICD والـ DSM من مؤتمر عام ١٩٥٩ تفتقد إلى تفاصيل تمثل مفتاحاً لفهم كيف قد تتفادى العلوم النفسية التابعة للقرن الواحد وعشرين فخاخ الرسائل الأسطورية وأيضاً فخاخ التجزئة. سنقوم أولاً في هذا الجزء بتقديم قصة مؤتمر عام ١٩٥٩، وذلك بحسب النسخة المنقحة والقياسية، وبعد ذلك سنستخرج دروساً جديدة.

لقد جرت القصة، كما يقصها الكثيرون (٢٤، ٢٣) كالتالي: قامت منظمة الصحة العالمية بعقد مؤتمر في ولاية نيويورك الأمريكية بهدف تحقيق أتفاق دولي على التقسيمات النفسية. وقد كان هذا الأمر بمثابة أولوية لمنظمة الصحة العالمية، وذلك لأن الفوضى التي كانت سائدة في علم تصنيف الأمراض في ذلك الوقت، وبصفة خاصة في مجال الطب النفسي، كانت تقف في طريق محاولاتها لتأسيس بيانات وبائية صالحة عن معدلات نسب أنتشار الأمراض في العالم. وبالتالي فقد عمل هذا المؤتمر على جمع مجموعات دولية صغيرة من الأطباء النفسيين الكبار في ذلك الوقت، لعمل توصيات.

وقد تم استدعاء فيلسوف متميز في العلوم من أمريكا الشمالية، وهو هيمبيل، وذلك لافتتاح المؤتمر بمحاضرة أولية عن طبيعة وهدف التقسيمات النفسية، وذلك استناداً إلى عمله في نظرية للعلوم تُدعى المذهب التجريبي المنطقي (مظهر من مظاهر الفلسفة الوضعية، ٢٥). وقد تحدث هيمبيل عن كيف أن العلوم تتطور من مراحل وصفية إلى مراحل نظرية. ثم قيل أنه اقترح أن التقسيمات النفسية أصبحت مُجزئة لأن الطب النفسي كان يحاول أن يُنتج تقسيمات للاضطرابات النفسية تقوم على النظرية بينما لا يزال نموّه كعلم في مرحلة وصفية. وبالتالي فقد تتطور مدى موثوقية (الاتفاق في الاستخدام) التقسيمات النفسية عن طريق التراجع عن النظرية - على الأقل في تلك المرحلة - وبعد ذلك وضع التقسيمات النفسية على الاعراض التي يتم التعارف عليها بواسطة الوصف.

وتستمر القصة التقليدية لتضيف أن المؤتمر قد أخذ برأي هيمبيل، وهو أنه قد تم تقديم تقرير بالهدف من التقسيمات الوصفية إلى منظمة الصحة العالمية (٢٦)، وتم تحضير قاموس مصطلحات للـ ICD-8 يقوم على الاعراض (٢٧) وقد أدى نجاح هذا القاموس في تحسين موثوقية التقسيمات النفسية إلى أول تقسيمات كاملة تقوم على الاعراض في الـ ICD-9 (٢٨) والـ DSM-III (٢٩)، وأيضاً إلى نهج وصفي يقوم على الاعراض يأتي من الاحتياج إلى الموثوقية التي أصبحت أساس الطبقات اللاحقة لكلا التقسيمات والتي تشمل الـ DSM-5.

إن الكثير من تفاصيل هذه القصة صحيحاً، إلا أن التفصيل الأساسي، أي التفصيل الذي هو بمثابة مفتاح الدروس المُتعلّمة اليوم من مؤتمر نيويورك للطب النفسي هو أنه لم يكن الفيلسوف هيمبيل هو الذي اقترح الانتقال إلى تقسيمات تقوم على الاعراض، بل هو واحد من الأطباء النفسيين الحاليين، وهو ليويس (٣٠).

تُظهر نسخة طبق الأصل للمؤتمر الحقيقي (تم نشره في ٣١) أن هيمبيل قد أكد في حقيقة الأمر على أهمية تطوير الموثوقية في علوم الطب النفسي، إلا أن الأمر الذي كان في عقل هيمبيل أثناء تقديمه لمحاضرتة هو موثوقية البحث في نماذج التحليل النفسي السائدة في ذلك الوقت (في الولايات المتحدة). لكن لقد كان ليويس هو من رأى إمكانية هذا النهج في الطب النفسي الوبائي. بالإضافة إلى ذلك، لقد نادى ليويس بوجود نهج تعددي، وذلك بعيداً عن الاعتقاد بأن النهج الذي يقوم على الاعراض هو للبحث عن الدواء الشافي الذي سيأتي. وفيما يخص «العمل في المجال الوبائي»

قال ليويس (مع وجود عمل منظمة الصحة العالمية في عقله)، «علينا أن نتجنب الفئات التي تقوم على المفاهيم النظرية وأن نحصر أنفسنا على التقسيمات من النوع العملي والوصفي (أي التي تقوم على الاعراض)»، وتابع ليويس كلامه قائلاً أنه لأهداف أخرى تشمل أهداف بحثية أخرى، قد تكون الأبحاث المربحة بالأمر اللائق جداً وذلك لأي تقسيم يقوم على نظرية تبدو قابلة للعمل» (٣٠، ص ٣٤).

مع إضافة الصلاحية

وبالتالي فإن الرسالة التي يُمكن أن نتعلمها من مؤتمر عام ١٩٥٩ هي عن التشبث بالصلاحية كأساس علوم الملاحظة، إلا أنه لا يوجد شيء في هذه الرسالة عن التخلي عن الموثوقية، بل على العكس من ذلك، فتشير تفسيرات ليويس لحديث هيمبيل عن تطور العلوم من المراحل الوصفية إلى المراحل النظرية، كما تُشير إلى اهتمام أنسيل وكوبفير وآخرون (في الاقتباسات السابقة) بمدى أهمية الصلاحية.

إن ما تعنيه الصلاحية في العلوم أمر لا يُمكن التهرب منه. لقد كان لدى هيمبيل في محاضراته لعام ١٩٥٩ الكثير ليقوله عن الصلاحية، لكن كان كل ما قاله فني إلى حد كبير مما كان له القليل من التأثير على التطورات اللاحقة في التقسيمات النفسية (٣٠). ومنذ ذلك الوقت، لقد أثبت المذهب التجريبي المنطقي في حد ذاته، كمنظية هيمبيل القيادية، أنه بعيد كل البعد عن طبيعة العلوم، إلا أنها تبقى مفيدة كمصدر للتبصّر، مثل في الكثير من المفاهيم التي يُساء فهمها (في مجال الطب النفسي) عن «التشغيلية» (٢٥). لكن عندما يأتي الحديث إلى الصلاحية، نجد أن رؤى جديدة قد أتت بالحري من فلسفة العلوم التجريبية التي تتعدى المنطق. وهناك تشابه من نوع خاص للجدل الحالي، وهو الذي ظهر في عمل فيلسوف العلوم من أمريكا الشمالية، وهو فاين، الذي أظهر أنه حتى في مجال الفيزياء، لا يوجد هناك معيار زهبي للصلاحية، بل تكون معايير الصلاحية في العلوم موضوعية محلياً في نهج يُدعى «التناسب مع الغرض» بحسب ما يبدو مناسباً لمن يعينهم الأمر (٣٤).

وبالتالي فمع الموثوقية وأيضاً مع الصلاحية، هناك تناسب جيد بين قصة ليويس مع هيمبيل لمؤتمر عام ١٩٥٩ واليوم. تتبع رؤية ليويس التعددية للعلوم النفسية التي تقوم على النظرية والتي تبدو للمهتمين بها «قابلة للعمل بل ومربحة»، تتبع معيار الصلاحية التابع لفاين (١٩٩٩) والموضوع محلياً «ليتناسب مع الغرض». ويتقدّمنا للفترة الزمنية الثالثة والأخيرة، نأتي إلى ما تعنيه الصلاحية التي «تتناسب مع الغرض»، وبصفة خاصة للبحث الانتقالي في الطب النفسي في القرن الواحد وعشرين.

الفترة الزمنية الثالثة: عام ١٩٩٧ ومؤتمر دالاس الذي يتحدث عن التقسيمات

تعود الأهمية التاريخية لمؤتمر دالاس عام ١٩٩٧، والذي قام بتنظيمه الطبيب النفسي والفيلسوف الأمريكي، سادليز، تعود إلى أنه قد جمع لأول مرة وعلى أسس تعاونية كل مجموعة من مجموعات أصحاب المصالح الأساسيين والذين يهتموا بالتقسيمات النفسية، أي ليس فقط الأطباء الإكلينكيين والباحثين، بل أيضاً المرضى ومقدمي الرعاية. لقد عمل مؤتمر دالاس على إلهام سلسلة من المؤتمرات المشابهة في مدينة لندن، والتي قام باستضافتها قسم الصحة التابع للملكة المتحدة بالاتحاد مع منظمة الصحة العالمية، والذي أدى بدوره إلى ظهور برنامج تعاوني

من المهم بينما نحن مشوشين بأزمة التقسيمات النفسية ألا ننسى كيف كان الانتقال الأصلي إلى التقسيمات التي تقوم على الاعراض مع التحسّن في الموثوقية، بالأمر الجيد. في حقيقة الأمر، كان يبدو للكثيرين في ذلك الوقت أن الطب النفسي قد أتى أخيراً إلى عمر فيه يبدو كعلم طبي وأن نهج التقسيمات الجديد عن طريق الـ ICD (٢٨) والـ DSM (٢٩) كان بالأمر المعمول به في أجزاء كثيرة حول العالم.

وبالتالي فهناك شكوك بسيطة - مع وجود الكثير من التوقعات التي تصل إلى أبعد الحدود - بأنه عندما فشلت التقسيمات التي تقوم على الموثوقية في توصيل الوعد الذي قدمته مبكراً، كان لابد أن تظهر في المقابل الكثير من خيبة الأمل، ويوضح أنسيل هذا الأمر في المدونة خاصته بقوله، «إن قوة كل واحدة من طبعات الـ DSM هي الموثوقية ... وأن نقطة الضعف هي غياب الصلاحية» (٣). ويبدو أن مؤيدي الـ DSM يوافقون. لقد جادل كل من كوبفير وفيرست وريجير عند وضع «جدول أعمال البحوث الخاصة بالـ DSM-V» بأن قوة النهج الوصفي الذي يقوم على الموثوقية تكمن في «قدرته على تحسين التواصل بين الأطباء الإكلينكيين والباحثين، وليس على صلاحيته القائمة» (٣٢، ص xviii)، ويواصلون حديثهم بقولهم، «إن ما نحتاج إليه بحق هو تحوّل نموذجي غير ما هو معروف اليوم بإمكانه أن يتجاوز محدوديات نموذج الـ DSM الحالي» (٣٢، ص xix).

الحفاظ على الموثوقية

أما ليويس - وليس هيمبيل - لكان قد رأى أن أي انخفاض في مستوى الموثوقية هو طريق مختصر يعود إلى أزمة تصنيف الأمراض التي منها قد خرج الطب النفسي بنتائج مؤتمر نيويورك عام ١٩٥٩. إن هذا بالأمر اللازم، وذلك لأنه بدون وجود ملاحظات متكررة أكيدة، لن يكون هناك بحث متكرر موثوق، وبدون وجود بحث متكرر موثوق لن يكون هناك علم. لقد حذر ليويس في حقيقة الأمر في منشور آخر عن مخاطر تراجع الطب النفسي عن ضوابط علوم الملاحظة: ففي المقدمة التي كتبها في الـ ICD-9 أكد على الاحتياج أن يبقى الطب النفسي متيقظاً في حمايته «لبوابة الملاحظة» (٣٣).

وبالتالي فأول الدروس المُستفادة من مؤتمر عام ١٩٥٩ هذا هو أنه إذا أردنا تجنب العودة إلى التجزؤ والفوضى، لابد لنا أن نشجّع الموثوقية، ولا نحط من قدرها، فإن فشل الأبحاث التي تقوم على الـ DSM في التنفيذ لا يأتي من فرط الاتكال على الموثوقية، بل بالحري من فرط الاتكال على الاعراض التي تم تعريفها بطرق موثوقة. تتناسب نسخة ليويس وهيمبيل

عن الممارسات الجيدة في تقييمات الصحة النفسية (٣٥).

اجتماعي متكامل تجتمع فيه الثقافات المختلفة للطب النفسي لتخدم الاحتياجات المتعددة للمرضى (٤٣)، وبالتالي إذا كان الأمر كذلك في العمل الإكلينيكي، فلماذا لا يكون هكذا في الأبحاث؟ فتلك الأبحاث ستجلب المصادر إلى نهج تعددي («العقل» وأيضاً «المخ»)، وهو الذي قد تحدثنا عنه في الفقرة رقم ١. وعلى هذا النحو ستنقلها العديد من النظريات - كما قد يقدمها ليويس (الفقرة رقم ٢) - التي تبدو «قابلة للعمل ومربحة». وبالتالي فليس هذا الأمر بمثابة وصفة لكسب سريع، بل عند النظر إلى هذا البحث من أول وهلة، قد نرى فيه صلاحية انتقالية، وذلك وبالتوازي مع معيار فاين الذي تم وضعه محلياً «ليتناسب مع الغرض».

الصلاحية الانتقالية وتعقد الاعراض النفسية

لكن لماذا يتطلب بحث من هذا النوع تعاوناً قريباً بين الباحثين والمرضى/مقدمي الرعاية؟ لماذا يتطلب ما هو أكثر من نهج متكامل بين باحثين ذي خبرة اكتسبها بواسطة التمرن في الثقافات الطبية المختلفة الخاصة بالطب النفسي - الحيوي والنفسى والاجتماعي؟ إن مثل هذا النهج المتكامل صعباً بما فيه الكفاية، فلماذا إذاً نحتاج أن نضيف مزيداً من تحديات التعاون الأقرب مع المرضى ومقدمي الرعاية؟ إن الإجابة الأقصر لهذا السؤال هو أن المرضى ومقدمي الرعاية يُضيفوا إلى خبرة الباحثين المكتسبة عن طريق التمرن خبراتهم الذاتية التي تم اكتسابها عن طريق الخبرة في حد ذاتها. لا يوجد هنا فجوة صعبة، بالطبع، فلدى الكثير من الباحثين المتمرسين خبرة كمرضى و/أو كمقدمي رعاية، ولدى الكثير من المرضى ومقدمي الرعاية واحد أو أكثر من تخصصات البحث، وبالتالي فقد يأخذ «التعاون الأقرب» مكاناً بأشكال عدة وعلى مستويات مختلفة، وهذا بحسب متطلبات البحث المطلوب (٤٤). ففي المملكة المتحدة، كان التعاون الأقرب في كل مجالات البحث المتعلق بالصحة بالأمر المعمول به منذ وقت طويل، هذا بالرغم من أن الجدل مستمر حول فوائده (٤٥). لكن ولأنه ينبغي أن يكون كلا النوعين من الخبرة معاً بشكل أو بآخر، فإذا أردنا أن ننقل بحث ما في مجال الصحة النفسية إلى عالم الممارسة، سيكون هذا نتيجة تعقد اعراض الاضطرابات النفسية.

ومرة أخرى ستعمل المقارنة بين طب القلب والطب النفسي على توضيح الأمر؛ فالذبحة الصدرية (آلام القلب) مثلاً تتشابه من مريض لآخر، أما الهلوس والأوهام والوساوس والاكتئاب وغيرها من اعراض الاضطرابات النفسية تختلف كثيراً في الهيئة والمحتوى، وذلك من فرد لآخر ومن ثقافة لآخرى وعلى مستويات تاريخية مختلفة. وبالإضافة إلى التنوع المطلق لهذه الاعراض، إلا أنها على درجة أكثر بكثير من التباين في الاختلافات الفردية بالمعاني المنسوبة، فالهلوس مثلاً قد يفسرها فرداً ما بصورة طبية بينما يفسرها فرداً آخر بصورة دينية (٤٦)، إلا أنه من المعروف أن الهلوس تحدث بصفة عامة بين العامة الطبيعيين (٤٧)، وهذا هو المجال الذي عُرفت فيه الأهمية الإكلينيكية التي تجمع بين الخبرة المكتسبة بواسطة التمرن مع الخبرة المكتسبة بواسطة الخبرة في حد ذاتها (٤٨).

وبالطبع هناك الكثير الذي يُمكن أن تأتي به الخبرة المكتسبة بواسطة التمرن لاستعراض مدى تعقد الاعراض النفسية، فبالإضافة إلى المرجعية الموحدة المستخدمة على نطاق واسع في البحث النفسي المعاصر، هناك نطاق واسع من الوسائل الأخرى، كلاً من الظاهرية والتجريبية والنوعية

نحن نؤكد في القسم الأخير هذا أن التعاون القريب بين الأطباء الإكلينكيين/الباحثين والمرضى/مقدمي الرعاية هو واحد من المفاتيح الأساسية للصلاحية التي «تناسب مع الغرض» في أبحاث الطب النفسي الانتقالية، وأن هذا الأمر ضروري وذلك لأن الطب النفسي يميز كعلم طبي، وذلك لأنه يهتم ليس بانتظام هذا وتلك في أجهزة الإنسان (فطبيب القلب يهتم بالقلب والأوعية الدموية)، بل يهتم بما يدعوه فيلسوف العقل، ويلكيز، «الإنسان الحقيقي» (٣٦). سندرس كيف أن اختلافات الأفراد الحقيقية تنعكس في ثلاثة تحديات أمام «الصلاحية الانتقالية» التي يقدمها مفهوم الاضطراب النفسي، وهي معانيها الجدلية وتعقد اعراضها وقيمتها.

الصلاحية الانتقالية والمفاهيم الجدلية للاضطراب النفسي

لقد كان الطب النفسي لفترة طويلة من النصف الثاني من القرن العشرين ملاحظاً بالسؤال عما هي طبيعة الاضطراب النفسي. إن مثل هذا النوع من الأسئلة ليس بالأمر الجديد؛ فمنذ العصور الكلاسيكية (٣٧) وعبر ثقافات متعددة (٣٨) كان يُنظر إلى الاضطراب النفسي بطرق عدة تتراوح بين الطبية والأخلاقية (أو النفسية)، لكن وبعد أن قدم الطبيب النفسي الأمريكي، زاسن، ادعاؤه المتشكك الذي يقول بأن الاضطراب النفسي ما هو إلا خرافة (٣٩)، شهدت الستينيات والسبعينيات تكاثراً غير مسبوقة لمفاهيم مختلفة عن الاضطرابات النفسية (٤٠)، بل ويستمر الجدل بين نماذج مختلفة حتى يومنا هذا.

لكن ليس لدينا هنا مساحة واسعة لتحدث عن «سلبيات وإيجابيات» كل النماذج المختلفة في هذا الجدل (أنظر ٤١ عن ملخص المواقف الأساسية)، لكن من الطرق التي قد تساعدنا على فهم هذا الجدل ككل هو اعتباره نزاعاً بين «الثقافات» المتعددة للطب النفسي، أي النماذج المختلفة التي تمثل الآراء المتعددة عن الاضطرابات النفسية للعديد من العاملين المتخصصين في الصحة النفسية (الأطباء والمتخصصين النفسيين والاجتماعيين) وأيضاً آراء المرضى ومقدمي الرعاية. وبالتالي وبعد أن أدركنا هذا الأمر، يصبح السؤال الحقيقي عن الصلاحية الانتقالية ليس أي بل لماذا، بمعنى آخر، لن يكون السؤال أي من النماذج المقترحة صحيحة، بل يكون لماذا يدور الجدل حول الاضطرابات النفسية بينما لا يوجد جدل حول الاضطرابات الجسدية.

يميل نقاد الطب النفسي إلى أن يجيبوا على السؤال الذي يبدأ بـ «لماذا بحسب صعوبات التعريف، لكن من الصعب أيضاً تعريف الاضطرابات الجسدية (٤٢)، مثلاً هل تُعتبر السمنة وفقدان الأسنان اضطرابات؟ وبالتالي فمن الأفضل أن تكون الإجابة على السؤال الذي يبدأ بـ «لماذا ليس بحسب صعوبات تعريف مفهوم الاضطراب النفسي، بل بالحري بحسب الصعوبات في الاستخدام - جزئياً- والذي يظهر في الاحتياج إلى نهج حيوي نفسي اجتماعي متكامل. قد يعمل التركيز النسبي على العوامل الحيوية في فروع الطب أحادية الجهاز، مثل طب القلب، قد يعمل على المقاربة إلى طب جيد. قد نقول ذات الأمر في بعض الأحيان عن علم الأعصاب، إلى درجة أنه هو أيضاً مجال من المجالات الطبية أحادية الجهاز. لكن في مجال الطب النفسي لا يوجد هناك مقاربة أحادي الجهاز، وذلك لأن الأفراد الحقيقيين الذين يختص بهم الطب النفسي هم أنفسهم تحت النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي في طبيعتهم. ففي العمل الإكلينيكي، قد تم ملاحظة أهمية وجود نهج حيوي نفسي

والكمية، التي كانت ولا تزال تُستخدم من جانب الخبراء المُكتسبة بواسطة التمرن في كل واحدة من تخصصات البحوث الواسعة النطاق والمُشار إليها في نهاية الفقرة رقم ١ بأعلى.

لكن ولأن هذه الوسائل قد فشلت وهي في يد الخبرة المُكتسبة بواسطة التمرن، في اختبار الانتقال، فلن نحتاج أقل من علوم جيدة لنجرب شيئاً جديداً. فالتعاون الأقرب في حقيقة الأمر هو خطوة كبيرة، إلا أنها خطوة تبني على الممارسة (الجيدة) المؤسسة بالفعل والمتنامية والمتمثلة في إشمال المرضى ومقدمي الرعاية في فريق البحث (٤٥)، فكما هو مذكور بأعلى، قد نادى كلا من أنسيل (للـ RDoC، ٣) وكوفير وآخرون (للـ DSM، ٣٢) لخطوة أكبر، أي لتغيير في النماذج. بالإضافة إلى ذلك، هناك موارد متنامية لتعاون أقرب في العمل الإكلينيكي والتدريب، وهو الأمر الذي لا بد أن نستنتج منه (أنظر مثلا المعايير الوطنية المنقحة الحديثة للصحة النفسية التابعة للمملكة المتحدة، ٤٩)، وبالتالي فلم لا نجرب الخطوة الأكبر من التعاون الأقرب في البحث؟

الصلاحية الانتقالية وتوجه الاضطرابات النفسية

لقد كان توجه الاضطرابات النفسية معرضاً للكثير من التفسيرات النظرية المختلفة، وذلك في الكثير من الجدل حول معاني مفاهيم الاضطرابات بصفة عامة (٥٠). وبالابتعاد عن هذه الاعتبارات النظرية، نجد أن واحداً من الأمثلة المعاصرة عن أهميتها العملية فيما يخص النتائج هو التوتر بين النتائج الطبية التقليدية لمكافحة الاعراض و«نموذج التعافي» الذي يركز على تحسين جودة الحياة (٥١).

ومرة أخرى، من الهام جداً أن نوضح أن الاختلاف في هذا الصدد بين الاضطرابات الجسدية والاضطرابات النفسية هي فقط مسألة نسب، إلا أنه بالرغم من ذلك الاختلاف الكبير؛ ففي الطب الجسدي غالباً ما تسير مكافحة الاعراض وجودة الحياة معاً (مثل في مكافحة الذبحة الصدرية)، أما في الطب النفسي فالعلاقة أكثر تعقيداً، فهي جزئياً مسألة تتعلق بالآثار الجانبية؛ فمثلاً قد تساعد العقاقير المضادة للذهان في مكافحة اعراض الذهان، إلا أن هذا على حساب الآثار الجانبية التي قد تضعف في بعض الحالات جودة حياة المرء، وذلك بتقليل قدرته على الاستمرار في وظيفة ما أو الحفاظ على علاقة شخصية. أنها أيضاً مسألة عدم المبالاة بالطرق المختلفة التي تُقيم بها الاعراض النفسية أو لا تُقيم، ففي حالة الهلوس مثلاً، وسواء كان تقييمها دينياً أم طبياً، يُمكن أن يختبرها فرد ما بصورة إيجابية وآخر بطريقة سلبية (٥٢).

من الجوانب الأخرى لتوجه الاضطرابات النفسية هي الطريقة التي يكون بها لبعض الاضطرابات جوانب إيجابية إلى جانب جوانبهم السلبية الواضحة، والتي تشمل في بعض الحالات مهارات معرفية قوية. إن هذه الجوانب الإيجابية بالأمر اللازم لجودة الحياة كنتيجة مرغوبة، وذلك - في حال تم تعريفها وتطويرها - لأنها تجلب معها إمكانات متطورة للتشغيل. فقد كان القلق (٥٣) واضطرابات المزاج (٥٤) مثلاً متصلين بالإبداع، وقد بدأ تعيين الكثير من مرضى الذواتية في بعض الصناعات العالية التقنية، وذلك بسبب تميزهم الخاص بالمهارات المعرفية (٥٥). بالإضافة إلى ذلك، هناك الكثير والكثير من الدلائل التي تقترح أن الأفراد الذين يعانون من اضطرابات نفسية معينة قد يكونوا أكثر عقلانية في مهارات معينة أكثر من العامة الذين لا يعانون من أي اعراض إكلينيكية (٥٦)، مثلاً أن مرضى الفصام أقل عرضة للميل الطبيعي للمقاومة عندما

يواجهون خسارة معينة (٥٧)، وأن مرضى الذواتية أكثر تماسكاً بنسب عقلانية عند صنع قرارات تدخل في مكاسب مادية مُحتملة، وذلك لأنهم ليسوا مشوشين بالكلمات السياقية العاطفية كالأخريين (٥٨، ٥٩).

هناك أيضاً الكثير من الدلائل بأن الضلالات والذكريات المشوهة، والتي تُعتبر دائماً حالات نموذجية من اللاعقلانية، مثل اعراض الاضطرابات النفسية والاعراض النفسية عصبية، يُمكن أن تلعب دوراً واقعياً ومعرفياً نافعاً. قد تعمل الضلالات على تقليل القلق وتُمكن من التعلم الطبيعي لاستعادة الذاكرة وتقويتها بعد مرحلة بداية الذهان، وذلك بتقديم بعض التفسيرات لمحفزات فرط الظواهر (٦٠). قد تُساعد الذكريات المشوهة وقصص التخريف المرء الذي يعاني من ضعف الذاكرة على أن يستعيد بعض الحس بذاته وذلك بتأثيرات إيجابية للرفاهية وتنظيم الحالة المزاجية والاجتماعية (٦١، ٦٢).

ومرة أخرى، ليس هناك حديثاً فاصلاً في كل هذا يُشجع على وجود تعاون أقرب في البحث، فبالرغم من ذلك تم قبول الحديث في سياسته وممارسته، مع وجود موارد متنامية لوسائل أكثر فاعلية للعمل بتعاون تجاه تنوع النتائج المرغوبة. ففي المملكة المتحدة مثلاً، تعمل المعايير المهنية الوطنية المذكورة بأعلى (٤٩) على جلب الإنتاج المشترك مع مهارات الممارسة التي تقوم على القيم (٦٣) كمصادر ثنائية للعناية الموجهة ناحية التعافي. لقد كان هناك حركات مبكرة ناحية التعاون الأقرب في البحث في مجال الطب الجسدي (٦٤) وهناك أيضاً خطوات لتقوية الاستمرارية بين الطب النفسي والعقاقير الجسدية، وهناك توسيع للممارسة التي تقوم على القيم من الصحة النفسية إلى مناطق أخرى في الطب والعناية الجراحية (٦٥)، وبالتالي فإن الطب النفسي وهو يعمل على تطوير المزيد من النماذج التعاونية لمواجهة تحديات الانتقال الشديدة، سيكون قائداً في مجال الطب ككل.

الخاتمة

لقد قمنا في هذه المقالة باستعراض دروس لمستقبل الانتقال البحثي في الطب النفسي، وذلك من خلال ثلاثة فترات زمنية من تاريخ الطب النفسي في القرن العشرين، وهم:

عام ١٩١٣ ونشر «علم النفس العام» الخاص بجاسبير، وقد كان الدرس المُستفاد هو أننا لا بد أن نحذر من الحلول السهلة («الرسالة الصغيرة التي تأتي من الأساطير» الخاصة بهوف) وأن نتبنى بدلاً من ذلك نهجاً تعديلاً يشمل الموارد التي تتساوى مع علوم العقل (والتي تشمل العلوم الاجتماعية) وأيضاً علوم المخ.

عام ١٩٥٩ ومولد التقسيمات الحالية التي تقوم على الاعراض وهي التي كانت رد ليويس على محاضرة هيمبيل التي كانت تتحدث عن المذهب التجريبي المنطقي، وقد كان الدرس المُستفاد هو أن الموثوقية (كأساس علوم الملاحظة) في الأبحاث التعددية كما في غيرها من الأبحاث، بالأمر الضروري، إلا أنه لا بد أن نضيف إليها فهمًا عن الصلاحية يكون مناسباً لتحديات الأبحاث الانتقالية.

عام ١٩٩٧ ومؤتمر دالاس، والذي منه أتى درس أن واحداً من المفاتيح لتلك «الأبحاث الانتقالية» كما ندعوها هو التعاون الأقرب في الأبحاث التي تجمع بين مصادر الخبرة المُكتسبة بواسطة التدريب وهؤلاء ذي الخبرة المُكتسبة بواسطة الخبرة في حد ذاتها. إن مثل هذا التعاون

9. Jaspers K. Causal and meaningful connexions between life history and psychosis. In: Hirsch SR, Shepherd M (eds). Themes and variations in European psychiatry. Bristol: Wright and Sons Ltd, 1974:80-93.
10. Fulford KWM, Davies M, Gipps R et al. The next hundred years: watching our Ps and Q. In: Fulford KWM, Davies M, Gipps R et al (eds). The Oxford handbook of philosophy and psychiatry. Oxford: Oxford University Press, 2013:1-11.
11. Mencken HL. Prejudices; second series, 1920 (reprinted by Kessinger, Whitefish, 2006).
12. Hoff P. Die psychopathologische perspektive. In: Bormuth M, Wiesing U (eds). Ethische aspekte der forschung in psychiatrie und psychotherapie. Cologne: Deutscher Aerzte-Verlag, 2005:71- 9.
13. Lipowski ZJ. Psychiatry: mindless or brainless, both or neither? Can J Psychiatry 1989;34:249-54.
14. Fulford KWM, Morris KJ, Sadler JZ et al. Past improbable, future possible: the renaissance in philosophy and psychiatry. In: Fulford KWM, Morris KJ, Sadler JZ et al (eds). Nature and narrative: an introduction to the new philosophy of psychiatry. Oxford: Oxford University Press, 2003:1-41.
15. Cuthbert BN. The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. World Psychiatry 2013;13:28-35.
16. Broome MR, Bortolotti L (eds). Psychiatry as cognitive neuroscience: philosophical perspectives. Oxford: Oxford University Press, 2009.
17. Selesnick SA, Owen GS. Quantum-like logics and schizophrenia. J Appl Logic 2012;10:115-26.
18. Koralus P, Mascarenhas M. The Erotetic theory of reasoning: bridges between formal semantics and the psychology of deductive inference. Phil Persp 2013;27:312-65.
19. Sabat SR, Harr_e R. The Alzheimer's disease sufferer as a semiotic subject. Philosophy, Psychiatry & Psychology 1997;4:145-60.
20. Sabat SR. The experience of Alzheimer's disease: life through a tangled veil. Oxford: Blackwell, 2001.
21. Zahavi D. Naturalized phenomenology. In: Schmicking D, Gallagher S. (eds). Handbook of phenomenology and cognitive science. Dordrecht: Springer, 2010:2-19.
22. Stanghellini G. Deanimated bodies and disembodied spirits. Essays on the psychopathology of common sense. Oxford: Oxford University Press, 2004.
23. Kendell RE. The role of diagnosis in psychiatry. Oxford: Blackwell, 1975.
24. Sadler JZ, Wiggins OP, Schwartz MA. Introduction. In: Sadler JZ, Wiggins OP, Schwartz MA (eds). Philosophical perspectives on psychiatric diagnostic classification. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1994:1-15.
25. Fulford KWM, Thornton T, Graham G. Natural classifications, realism and psychiatric science. In: Fulford KWM, Thornton T, Graham G (eds). The Oxford textbook of philosophy and psychiatry. Oxford: Oxford University Press, 2006:316-83.
26. Stengel E. Classification of mental disorders. Bull World Health Org 1959;21:601-63.
27. World Health Organization. Glossary of mental disorders and guide to their classification, for use in conjunction

يحمل الكثير من التحدي وقد يأخذ أشكالاً مختلفة بحسب متطلبات البحث المطلوب، إلا أن أهميته التي يُمكن أن نراها من أول وهلة تتضح في التحديات الفريدة أمام الانتقال بسبب تعقد الاضطرابات النفسية، وبصفة خاصة كما يُظهرها تنوع نتائج العلاج المطلوبة.

وبأخذ هذه الدروس معاً - النهج التعددي والموثوقية والصلاحية والتعاون الأقرب بين أصحاب المصالح ذي الصلة بالموضوع - نقدم إطار عمل جديد للعلوم النفسية التي تشير إلى انتقال ناجح من الأبحاث إلى الممارسة، وذلك بناء على التطور الذي حدث في القرن العشرين.

إن اختياراتنا للفترات الزمنية ليست بالطبع نهائية في تاريخ الطب النفسي في القرن العشرين، بل أن الدروس التي تقدمها هي بحق لتجعلنا ننظر إلى المستقبل وليس إلى الوراء. بالإضافة إلى ذلك، إن هذه الدروس، كما قد أشرنا سابقاً، لا تقتصر على الطب النفسي وحده، بل أن تحدي الانتقال أكبر بكثير في الطب النفسي عن غيره من مجالات الطب الأخرى وذلك بسبب مدى تعقده، فأن المخ أكثر تعقداً من القلب مثلاً، ولكن الأمر الحاسم في الانتقال هو التعقد الشديد في الخبرات الحقيقية للاضطرابات النفسية. وكما قد أشرنا سابقاً في الفترة الزمنية الثالثة، ليس هناك أقل من ثلاثة طرق مميزة تكون فيها خبرات الاضطرابات النفسية أكثر تعقداً من نظيراتها في مجالات أخرى مثل طب القلب. وبالتالي فهناك القليل من الشك الذي يقول أنه عند النظر إلى الخلف نجد أن الانتقال كان بطيئاً ليجد طريقه في الطب النفسي، ولكن الأسباب متساوية، وذلك مع أخذ دروس الماضي في الاعتبار ومع الكثير من المصادر الجديدة في اليد لننظر إلى الأمام بثقة حتى نحقق النجاح.

شكر خاص

يقدم بورتولوتي شكرًا جزيلاً لدعم مجلس بحوث الفنون والعلوم الإنسانية لتحضير هذه المقالة (المعرفة الساذجة النابعة من نقص الإدراك، رقم المنحة: AH/K003615/1).

المراجع:

1. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association, 2013.
3. Insel TR. Transforming diagnosis. www.nimh.nih.gov.
4. Insel TR, Lieberman JA. DSM-5 and RDoC: shared interests. www.nimh.nih.gov.
5. Zachar P. A metaphysics of psychopathology. Cambridge: MIT Press, 2014.
6. Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. Berlin: Springer-Verlag, 1913.
7. Stanghellini G, Fuchs T (eds). One century of Karl Jaspers' General Psychopathology. Oxford: Oxford University Press, 2013.
8. Broome MR. Jaspers and neuroscience. In: Stanghellini G, Fuchs T (eds). One century of Karl Jaspers' General Psychopathology. Oxford: Oxford University Press, 2013:121-32.

- to illness and health. Oxford: Oxford University Press, 1997:227-50.
47. Johns LC, van Os J. The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clin Psychol Rev* 2001;21:1125-41.
 48. Warnes A, Strathdee G, Bhui K. On learning from the patient: hearing voices. *Psychol Bull* 1996;20:490-2.
 49. Skills for Health. Mental Health National Occupational Standards. www.skillsforhealth.org.uk.
 50. Fulford KWM. Nine variations and a coda on the theme of an evolutionary definition of dysfunction. *J Abnorm Psychol* 1999; 108:412-20.
 51. Slade M, Amering M, FarkasMet al. Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry* 2014;13:12-20.
 52. Jackson M, Fulford KWM. Spiritual experience and psychopathology. *Philosophy, Psychiatry & Psychology* 1997;4:41-66.
 53. Stossel S. *My age of anxiety: fear, hope, dread, and the search for peace of mind*. New York: Knopf Books, Random House, 2013.
 54. Jamison KR. *Touched with fire: manic depressive illness and the artistic temperament*. New York: Free Press, 1994.
 55. Hodson H. Rise of the autistic workforce. *New Scientist*, May 29, 2013.
 56. Craigie J, Bortolotti L. Rationality, diagnosis and legal recognition in psychiatry. In: Sadler J, van Staden W, Fulford KWM (eds). *Oxford handbook of psychiatric ethics*. Oxford: Oxford University Press (in press).
 57. Brown JK, Waltz JA, Strauss GP et al. Hypothetical decision making in schizophrenia: the role of expected value computation and "irrational" biases. *Psychiatry Res* 2013;209:142-9.
 58. Tateno M. The understanding of cognitive abilities in Asperger's disorder by using a modified prisoner's dilemma game with a variable payoff matrix. *Am J Clin Med Res* 2013;1:75-6.
 59. De Martino B, Harrison N, Knafo S et al. Explaining enhanced logical consistency during decision making in autism. *J Neurosci* 2008;28:10746-50.
 60. Mishara A, Corlett P. Are delusions biologically adaptive? Salvaging the doxastic shear pin. *Behav Brain Sci* 2009;32:530-1.
 61. Hyd_enL, €OrulvL. Narrative and identity in Alzheimer's disease: a case study. *J Aging Stud* 2009;23:205-14.
 62. Fotopoulou A. False selves in neuropsychological rehabilitation: the challenge of confabulation. *Neuropsychol Rehab* 2008;18: 541-65.
 63. Fulford KWM. Values and values-based practice in clinical psychiatry. In: Gelder MG, Andreasen N, Geddes J (eds). *New Oxford textbook of psychiatry*, 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 2009:32-8.
 64. James Lind Alliance. www.lindalliance.org.
 65. Fulford KWM, Peile E, Carroll H. *Essential values-based practice: clinical stories linking science with people*. Cambridge: Cambridge University Press, 2012.
- with the International Classification of Diseases, 8th revision. Geneva: World Health Organization, 1974.
28. World Health Organization. *Mental disorders: glossary and guide to their classification in accordance with the ninth revision of the International Classification of Diseases*. Geneva: World Health Organization, 1978.
 29. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3rd ed. Washington: American Psychiatric Association, 1980.
 30. Fulford KWM, Sartorius N. A secret history of ICD and the hidden future of DSM. In: Broome M, Bortolotti L (eds). *Psychiatry as cognitive neuroscience: philosophical perspectives*. Oxford: Oxford University Press, 2009:29-48.
 31. Various contributors. Discussion. In: Zubin J (ed). *Field studies in the mental disorders*. New York: Grune and Stratton, 1961:23- 50.
 32. Kupfer DJ, First MB, Regier DE. Introduction. In: Kupfer DJ, First MB, Regier DE (eds). *A research agenda for DSM-V*. Washington: American Psychiatric Association, 2002:xv-xxiii.
 33. Lewis A. Foreword. In: World Health Organization. *Mental disorders: glossary and guide to their classification in accordance with the ninth revision of the International classification of diseases*. Geneva: World Health Organization, 1978:5.
 34. Fine A. The natural ontological attitude. In: Boyd R, Gasker P, Trout JD (eds). *The philosophy of science*. Cambridge: MIT Press, 1999:261-77.
 35. National Institute for Mental Health in England (NIMHE) and the Care Services Improvement Partnership. *3 keys to a shared approach in mental health assessment*. London: Department of Health, 2008.
 36. Wilkes KV. *Real people: personal identity without thought experiments*. Oxford: Clarendon Press, 1988.
 37. Kenny AJP. Mental health in Plato's Republic. *Proc Brit Acad* 1969;5:229-53.
 38. Robinson D. *Wild beasts and idle humours*. Cambridge: Harvard University Press, 1996.
 39. Szasz TS. The myth of mental illness. *Am Psychol* 1960;15:113-8.
 40. Fulford KWM. Mental illness: definition, use and meaning. In: Post SG (ed). *Encyclopedia of bioethics*, 3rd ed. New York: Macmillan, 2003.
 41. Bortolotti L. Rationality and sanity: the role of rationality judgements in understanding psychiatric disorders. In: Fulford KWM, Davies M, Gipps R et al (eds). *The Oxford handbook of philosophy and psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 2013:480- 96.
 42. Fulford KWM. *Moral theory and medical practice*. Cambridge: Cambridge University Press, 1989.
 43. Ghaemi NS. *The rise and fall of the biopsychosocial model: reconciling art and science in psychiatry*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2010.
 44. Wallcraft J, Schrank B, Amering M (eds). *Handbook of service user involvement in mental health research*. London: Wiley, 2009.
 45. Wykes T. Great expectations for participatory research: what have we achieved in the last ten years? *World Psychiatry* 2014; 13:24-7.
 46. Jackson MC. Benign schizotypy? The case of spiritual experience. In: Claridge GS (ed). *Schizotypy: relations*

DOI 10.1002/wps.20139

اتجاه جديد في تقييم نتائج مداخلات الصحة النفسية

GRAHAM THORNICROFT, MIKE SLADE

King's College London, Health Service and Population Research Department, Institute of Psychiatry, Denmark Hill, London SE5 8AF, UK

إن أمر تقييم نتائج المداخلات في مجال الرعاية النفسية هام ويحمل الكثير من التحديات. أن الهدف من هذه المقالة هو إحداه تقدم في مجال نتائج الأبحاث، وذلك عن طريق تقديم تصنيف للقرارات التي يحتاج الأطباء الكليينكيون والباحثون أن يعتبرونها عند تقييم النتائج. لدى التصنيف خاصتنا ثمانية مكونات أساسية تظهر في صورة قرارات، وهم: أيه نتائج سوف تُنظر؟ أي مرحلة علمية يتم دراستها؟ أي مجال من مجالات النتائج تهم أكثر؟ أي مستوى من مستويات التقييم ستستخدم؟ هل سيتم تقييم النتائج السريرية و/أو نتائج التعافي؟ أيه آراء ستعتبر؟ هل سيكون العجز و/أو القوة محور التركيز؟ أيهما سيُفضل المقياس الثابتة أم المقياس الشخصية؟ نحن نقترح وجود تركيز مستقبلي على فهم أكثر للأمور التي تهم الأفراد الذين يستخدمون خدمات الصحة النفسية، وأيضاً وجود تركيز مستقبلي على استخدام المقياس التي تم تقييمها بواسطة مستخدم الخدمة كنهج أولي لتقييم النتائج.

كلمات مفتاحية: نتائج البحث، مقياس التقييم، بحث عن خدمات الصحة النفسية

(عالم الطب النفسي ٢٠١٤:١٣:١١٨-١٢٤)

لخطة التقييم، وأن المقياس التي تركز على مقدمي الرعاية بالأمر المتاح (٩-٧).

ثانياً، قد يُعتبر أمر رفاهية العاملين نتيجة، وذلك لسببين: فالسبب الإكلينيكي المنطقي هو أنه يوجد في الوقت الحالي أدلة قوية (١٠) تقول بأنه يوجد عمليات موازية في خدمات الصحة النفسية - فخبرات العاملين في الجهاز تؤثر على تعاملهم مع الأفراد الذين يستخدمون الخدمة. وإذا كان الهدف من الخدمات مثلاً هو لتحفيز الأمل والتمكين، إذاً فسيحتاج العاملون إلى أن يختبروا الأمل والتمكين في أدوارهم في العمل. ومن جهة المنطق الاقتصادي، إن تقديم خدمات الصحة النفسية بالأمر الباهظ التكلفة وأن قائد التكلفة الأولية هي الموارد البشرية، وإن القوة العاملة التي تنصف بقلة الاخلاقيات ومعدلات مرتفعة من الأمراض وقلة الأداء، بمثابة استثماراً غير كافياً (١١)، ولكلا من هذين السببين، قد يكون أمر مراقبة النتائج، مثل رفاهية العمال والحالة الأخلاقية، بالأمر المبرر.

أخيراً، أفراد العامة الذين قاموا بتمويل أنظمة الصحة النفسية بصورة كبيرة في العديد من الدول، سواء بطريقة مباشرة عن طريق التأمينات الصحية أو بطرق غير مباشرة عن طريق الضرائب، وبالتالي فلدى العامة اهتماماً مشروعاً بعودة استثماراتهم (١٢). قد تشمل نتائج الاهتمام للعامة تخفيضاً في السلوكيات المعادية للمجتمع مثل التسول العدواني أو السلوكيات الغريبة مثل الصراخ بسبب الأصوات. نقوم في بقية هذه المقالة بالتركيز على النتائج الخاصة بالمرضى.

القرار ٢: في أي المرحلة العلمية؟

لقد قامت العديد من الصيغ الحديثة، بعد أن تطورت كمنظير لمرحلة تطوير المنتجات الدوائية، قامت بالنظر في مراحل التدخلات النفسية الاجتماعية المُعددة (١٣)، أو - بصفة أكثر عمومية - مراحل استمرار الانتقال الطبي (١٤) المُقدمة في الصورة رقم ١.

وبحسب هذا المفهوم، قد تختلف النتائج بحسب المرحلة العلمية للاستفسار، فقد يكون الناتج الأساسي في المرحلة صفر (الاكتشاف العلمي) هو تكوين مسار سببي أو عامل خطر مُحتمل لاضطراب ما، وفي

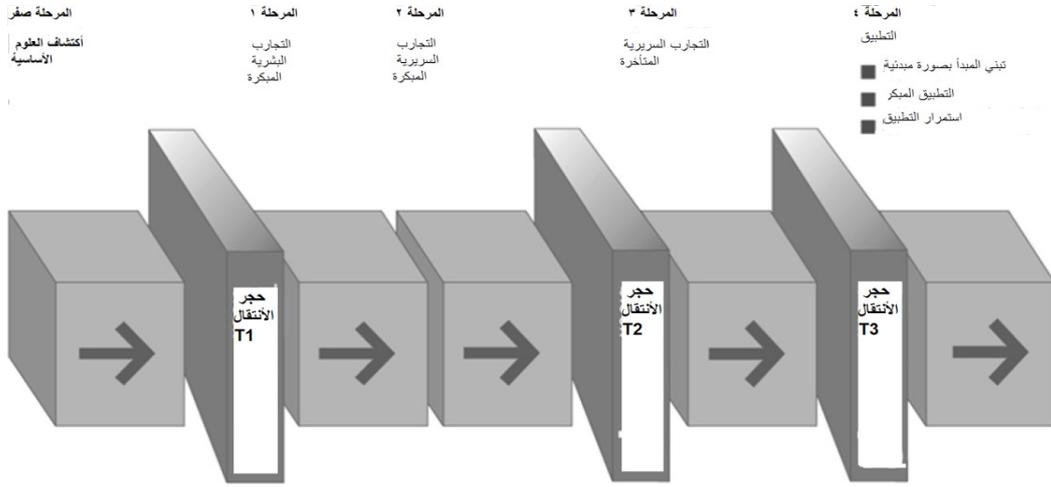
إن تقييم نتائج التدخلات في مجال الرعاية النفسية بالأمر الهام والمليء بالتحدي؛ فهو هام لأنه يؤدي إلى نتائج هامة، أي أن المكاسب الصحية المرتبطة بتدخل ما (1) وهي الهدف الأساسي من خدمات الصحة النفسية. تحتاج السمات الهامة الأخرى لتدخل ما، مثل إمكانية الوصول والكفاءة والفاعلية من حيث التكلفة، أن يتم وضعها في الاعتبار بحيث ينتج التدخل نتائج هامة. إن أمر تقييم النتائج به الكثير من التحديات، وذلك لأن اختيار الوسائل ومجال النتائج ومقاييسها، يتطلب وجود توازن بين اعتبارات مفاهيمية وأخلاقية وسريرية (2,3).

إن الهدف من هذه المقالة هو تقديم تصنيف للقرارات التي يحتاج الأطباء الكليينكيون والباحثون وضعها في الاعتبار عند تقييم النتائج. لدى التصنيف خاصتنا ثمانية مكونات، تنطوي كل واحدة على عمل افتراضات واضحة، وبالتالي فنحن نقدم هذه المكونات باعتبارها قرارات.

القرار ١: ما هي النتائج؟

قد يُظن أن نتائج المريض هي الأولوية القصوى، إلا أن الاحتياج إلى ثلاثة مجموعات أخرى على الأقل من أصحاب المصالح، بالأمر الذي نحتاج أيضاً إلى التفكير فيه.

أولاً، غالباً ما يكون لدى مقدمي الرعاية الأساسيين للمريض - الأصدقاء وأفراد الأسرة - اتصالاً أكثر معه أكثر من مجموعة العاملين في مجال الصحة النفسية، وهو الأمر الذي قد يكون له تأثيراً قوياً. لقد قامت دراسة ما في المملكة المتحدة بتقدير أن ٤,٨٪ من مقدمي الرعاية قد أنهوا عملهم وأن ١٥,٥٪ أخذوا على الأقل ١٢,٥ يوماً أجازته على مدار سنة بسبب دورهم كمقدمي رعاية (٤). أيضاً يقدم هؤلاء دعماً عاطفياً وعملياً، وهو الأمر الذي إذا لم يكن متاحاً سيطلب من خدمات الرعاية النفسية - المقدرة لمرضى الفصام الذين يتلقوا رعاية من أفراد الأسرة مدة من ٥,٦ ساعات في اليوم (٥). أما مقدمي الرعاية الرسميين فيكون لديهم آراء حول النتائج القيمة للمريض ولهم أنفسهم (٦)، وقد يكون تقييم تأثير دورهم في العناية على صحتهم النفسية والجسدية، عنصرًا فعالاً من حيث التكلفة



إن اعتبار مجالات النتيجة بالأمر الهام أيضًا عند تقييم تدخلات النظام الكامل، مثل نماذج الخدمة، أو عند إدخال تقييم النتيجة إلى المواضيع الاكلينيكية الروتينية. تحتاج أنظمة الصحة النفسية إلى أن تحقق العديد من الأهداف، والتي تشمل فوائد للمريض وتقليل الضرر وحماية العامة وتحقيق القيمة. يُمكن القول أن اختيار مجالات النتيجة يبعث برسالة واضحة عن التوازن النسبي لهذه الأهداف، وبالتالي فهو له تأثير على الثقافة التنظيمية، وهي وسيلة من الوسائل التي يُمكن بواسطتها ان تتحدث المنظمة عن ما هو هام، بمعنى آخر عن «عملها الأساسي».

أخيرًا، يعمل التعريف الصريح لمجال النتيجة على تقليل مدى ظلم الحكم على النجاح فيما يتعلق بجوانب حياة المريض التي هي خارج نطاق تحكّم خدمات الصحة النفسية. إن التقارير الاجتماعية عن اعتلالات الصحة النفسية، مثل الفقر وعدم المساواة الاجتماعية، بالأمر المؤسسة جيدًا (١٨) ولا تستطيع الخدمات بصفة عامة أن تؤثر على التقارير الاجتماعية، وقد تكون مقاييس جودة الحياة المرتبطة بالصحة حساسة بصورة غير كافية. هناك نهج بديل وهو تعريف مجالات النتائج الأكثر قربًا، مثل الاعراض أو دعم التعافي.

القرار ٤: ما هو مستوى التقييم؟

من الهام أن يكون مستوى التقييم واضحًا، وذلك من خلال المستوى النفسي الداخلي للفرد (مثل الاعراض) عن طريق البيئة الاجتماعية المباشرة وتلك الشخصية (مثل مقدمي الرعاية والشبكات الاجتماعية) وحتى المستويات البيئية الأوسع (مثل الوصمة). مثلاً وفيما يتعلق بالتدخلات التي ترتبط بالوصمة والتمييز المرتبط بالأمراض النفسية، بإمكان الفرد أن يقيّم نتائج برنامج وطني، مثل برنامج «تغيير الحملات الانتخابية» في بريطانيا (١٩) باستخدام استطلاعات العامة كاملاً (٢٠) أو البعض من العامة، مثل الصحفيين (٢١)، أو النتائج التي قام بتقييمها مستخدمو خدمات الصحة النفسية الفردية (٢٢). يُمكن اعتبار كل هذه بمثابة مقاييس صالحة بل ومُكملة للنتائج.

القرار ٥: نتائج إكلينيكية أم نتائج تعافي؟

ولا تزال تقييمات النتائج دوليًا تركز بصورة أساسية على النتائج الاكلينيكية التقليدية، مثل الاعراض والعجز الاجتماعي واستخدام الخدمة

المرحلة ١ (التجارب البشرية المبكرة)، يُحتمل أن تكون النتائج الأساسية المثيرة للاهتمام هي تحمّل التدخلات الجديدة والاستجابة للجرعات العلاجية. وفي المرحلة ٢ (التجارب الاكلينيكية المبكرة) تعمل قضية النتائج الحاسمة على تقدير حجم تأثير التدخلات، بمعنى آخر هل يوجد هناك دلائل مبكرة تقول بأن التدخلات فعالة، وكيف تكون فعالة؟ في المرحلة ٣ (التدخلات الاكلينيكية المتأخرة) النتيجة الأساسية الأكثر تحدياً – ما قدر فاعلية التدخل بين العامة الروتنيين المهتمين؟ أخيراً، وفي المرحلة ٤ (التطبيق) يصبح تركيز النتيجة أكثر واقعيًا، فالى أي مدى يُمكن أن تتكرر فوائد المرحلة ٢ و٣ في الممارسات الاكلينيكية الروتينية؟

القرار ٣: ما هو مجال النتيجة؟

إن مجال النتيجة هو مكوّن متميز من الناحية المفاهيمية للنتيجة. لقد قام استطلاع منهجي بتعريف سبعة فئات لمجال النتيجة، وهم الرفاهية والمعرفة/العاطفة والسلوكيات والصحة الجسدية والعلاقات الشخصية والعلاقات الاجتماعية والخدمات (١٥). ينبغي أن يكون اختيار مجال أو مجالات النتيجة التي نود تقييمها قرارًا منفصلاً عن مقياس النتيجة وسابقًا له (١٦). ومن خلال خبراتنا، نحن نعرف أن هذا الاختلاف غالبًا ما يكون مهملاً. إن الخلط بين اختيار مجال النتيجة واختيار مقياس النتيجة، يؤدي إلى ثلاثة مشكلات، وهم: التضارب ومحدودية الأهمية والظلم.

عند تقييم النتيجة الخاصة بتدخل ما، من الشائع أن نهمل تحديد التقنية المقصودة للأفعال ومسار السببية من وقت التدخل إلى ظهور النتيجة، هذا بالرغم من الإجماع العلمي بأن التقييم لا بد أن يتضمن تعريف أساس النظرية لتدخل ما (١٣). إن غياب نموذج قابل للاختبار يعني أن الأساس المنطقي لاختيار مجال النتيجة لا يُمكن اختباره، وبالتالي فمن المحتمل أن يعكس الاختيار الافتراضات الاكلينيكية الحالية «الأمر المهم». لقد كان هناك حركة عامة تجاه النتائج الاكلينيكية (مثل الاعراض) من جراء استخدام بيانات الخدمة (مثل معدلات إعادة الاحتجاز بالمستشفى)، وحديثًا تجاه جودة الحياة المتعلقة بالصحة كنهاية اكلينيكية في الأبحاث التي تقوم على النتائج، إلا أن النتيجة هي أن قاعدة الدليل تبقى فقيرة من ناحية التدخلات التي تستهدف بعض مجالات النتائج الهامة، مثل الأمل والتمكين (١٧). سيعمل التعريف الصريح – مع وجود أساس منطقي – لاختيار مجال النتيجة، على زيادة التماسك النظري بين التدخل والنتيجة.

تدور خارج أنظمة الصحة النفسية، فهم يعملون على توجيه نشاط الخدمة تجاه زيادة الدمج والمشاركة من جانب الفرد في بيئته الاجتماعية، وذلك بدلا من تشجيع رؤية الفرد التي تركز على الخدمة. إن المساوى الأساسية هي ثباتها - فبعض الأفراد يعيشون بصورة جيدة جداً بدون اصدقاء أو شريك حياة أو حتى وظيفة.

تختلف الأهداف الفردية من فرد لآخر، فلا تتكون المقاييس الموحدة من بنود مثل «السباحة مع الدرافيل» أو أي من الأهداف الخاصة الأخرى التي يضعها الأفراد ويحققونها في رحلة تعافيتهم. يُمكن أن تُنتقد وبصورة مُبررة أي محاولة تعمل على سحق الهوية الشخصية إلى قوالب تم تحديدها سابقاً، وذلك لأنها ستفقد المعنى. وبالطبع لا يعني هذا أن الأهداف الشخصية لا ينبغي أن تُشتمل في تقييم النتائج - فهم يبقوا متمركزين بالرغم من الصعوبات في تقييم تحقيق الهدف الشخصي، لكن بدلا من ذلك، وكما يقول ماك نامارا (٤٢)، «إن التحدي هو جعل ما هو هام قابلاً للقياس، وليس جعل ما هو قابل للقياس بالأمر الهام». وبالتالي فقد تقيس استراتيجيات تقييم النتيجة الكلية أمرين، الأول هو مؤشر جودة الحياة الموضوعية، مثل ملائمة السكن والصداقة والأمان والعمل والعلاقات القريبة، والثاني هو التقدّم تجاه الأهداف الشخصية.

القرار ٦: أيه وجهة نظر؟

لنقترح أن نتائج المريض هي محور التركيز الأساسي، إذا كان الحال هكذا يبقى السؤال أيه وجهة نظر تُستخدم؟ لقد كان يُستخدم منظورين بصفة أولية لتقييم النتائج؛

الأول، وهو ما نراه نحن الأكثر تمركزاً، هو منظور المريض، وهناك تمييز جديد فيما يتعلق بالمقاييس المتعلقة بالمريض وذلك بين التقييمات الموجهة ناحية خبرة استخدام خدمات الصحة النفسية وأنظمتها - مقياس الخبرة الذي يرتبط بالمريض (PREMs) - والتقييم الذي يعمل على التقاط مكاسب صحية مباشرة - مقاييس النتائج التي تتعلق بالمريض (PROMs)، وبصفة خاصة استخدام الـ PROMs التي يقدمها المريض (PG-PROMs) (٤٣). يوجد هناك نطاق من الـ PROMs وهو يتجاوز كلا من النتائج الاكلينيكية ونتائج التعافي (٤٤-٤٧). إن تطوير الـ PREMs بمثابة مرحلة مبكرة، وقد كان تركيزها الأساسي على الرضا وخبرة العناية، وأن المحدودية الأساسية للـ PREMs هو أنها قد تقلل التركيز على «الحياة بعيداً عن المرض»، وأن الأفراد الذين يلجؤون إلى خدمات الصحة النفسية لمدة طويلة من الزمن أكثر عُرضة لأن يحيوا في «مؤسسة افتراضية» حيث تكون الجوانب الأساسية للهوية (الشبكة الاجتماعية والإحساس بالذات والسكن وغيرها) مدونة في المرض النفسي (٤٨) إن الـ PREMs، مثل الرضا، بمثابة حكماً طبيعياً متأثراً بالمجموعة المرجعية للفرد، وبالتالي فمن الممكن الحصول على تقييمات إيجابية للأفراد الذين يستخدمون خدمات الصحة النفسية بسبب مجموعة مرجعية غير نمطية. إن ضعف الـ PREMs هذا يُقِيم بصورة إيجابية، وذلك لأن التوقعات المنخفضة تعني أنه ينبغي أن تُقِيم منظمات الصحة النفسية إلى أقصى حد ممكن مدى النجاح وذلك باستخدام النتائج بدلا من مقاييس الخبرة.

ثانياً منظور الطبيب الاكلينيكي، وبالطبع التركيز التقليدي في أنظمة الصحة النفسية (٤٩-٥١). توجد المقاييس التي ترتبط بالعاملين لأغلب مجالات النتيجة، ولطالما كان يُسمى هذا المنظور التقييم «الموضوعي»

(مثل معدلات الاحتجاز بالمستشفى). تعمل المقاييس الأربعة الأكثر شيوعاً على تقييم العجز الاجتماعي (ميزان نتائج صحة الأمة، HONOS (٢٣)) والاعراض (النتائج الاجتماعية في التقييمات الروتينية - مقياس النتائج، (٢٤) CORE-OM واستبيان النتائج-45، (٢٥) OQ-45 والاحتياجات (تقييم الاحتياجات التابع لكامبرويل، (٢٦) CAN). وقد تم تفويض كل هذا للاستخدام المحلي أو في المناطق الكبرى بأستراليا (٢٧) وكندا (٢٨) وإنجلترا (٢٩) وهولندا (٣٠) ونيوزيلندا (٣١)، وتشترك هذه المقاييس في أنها تقيس النتائج الاكلينيكية.

يوجد هناك إجماعاً دولياً جديداً بأن الخدمات لا بد أن تكون موجهة ناحية التعافي (٣١)، وقد تم تعريف التعافي بأنه «وسيلة فريدة وشخصية بصورة متعمقة لتغيير اتجاهات الفرد وقيمه ومشاعره وأهدافه ومهاراته و/أو أدواره»، وهو أيضاً «وسيلة لحياة مُشبعة وملئمة بالأمل والمشاركة، وحتى في ظل المحدوديات التي يسببها المرض» (٣٢). أن أفضل الممارسات الدولية تخرج إلى الضوء في الوقت الحالي (٣٣)، ويتضح أن هناك احتياج إلى التحول التنظيمي وذلك لتطوير التوجه نحو التعافي (٣٤). تشمل بعض اتجاهات التحول تأكيداً أكبر على الضرورة الأخلاقية للطب الحيوي لتطوير الاستقلالية (٣٥) والقوى العاملة التي قد تغيرت (٣٦) وتأكيداً أكثر على اختيارات المريض والأهداف المختلفة للعناية الصحية، وهو الأمر الأكثر صلة بالموضوع. لقد قام ريبير وبيركينز بتلخيص هذا التحدي (٣٧) كالتالي: «لقد تم إحلال مقاييس النجاح التقليدية - تسكين الاعراض وترك الخدمة - بأسئلة عما إذا كان بإمكان الأفراد فعل الأمور التي تُعطى معنى وهدف لحياتهم، بغض النظر عما إذا كانت مشكلاتهم مستمرة وما إذا كانوا يستمرون في طلب مساعدة ودعم». إن التحدي هو قياس التعافي كنتيجة بطريقة تكون مجتمعة وتحمل الكثير من المعاني. كيف يُمكن فعل ذلك؟ لقد قام استطلاع منهجي عن إطارات عمل التعافي بتعريف خمسة وسائل تعافي أساسية، وهي: التواصل (الاندماج الاجتماعي) والأمل والتفاؤل وتطوير شخصية إيجابية ووجود معنى للحياة والتمكين - إطار عمل الـ CHIME (٣٨). إذا كان هدف أنظمة الصحة النفسية هو تحسين أمر التعافي، إذاً فإن نتائج التعافي هذه هي بمثابة مجالات مناسبة للهدف، وهناك مقاييس جديدة متاحة في الوقت الحالي (٣٩).

هناك اقتراح ما يقول أن تقييم النتائج لا بد أن يقيس الأدوار الاجتماعية القيّمة التي تقوي الشخصية الاجتماعية والأهداف الفردية التي تساهم في الهوية الشخصية (٤٠).

تشمل الأدوار الاجتماعية القيّمة: الموظف وأحد أفراد الأسرة والصديق والمواطن والفرد الحر (غير سجين) وغيرهم، فإن قيمتهم ثابتة غير متغيرة؛ فأغلب (وبالطبع ليس كل) الناس يرغبون في إيجاد عملاً وعلاقات اجتماعية واتصالاً مع أسرهم وصديقاً مقرباً والمقدرة على ممارسة حقوق المواطنة مثل حق التصويت، وألا يُحتجزون بمستشفى أو سجن، وغيرها الكثير، لكن يميل التقييم إلى أن يكون كمياً وثنائياً (أو على الأقل على مقياس ترتيبي، مثل ذلك المقياس ذو الترتيبات التالية: لا يعمل، عمل تطوعي، عمل بنصف دوام، عمل بدوام كامل) وبالتالي فمن السهل التجميع مع خسارة قليلة في المعنى. إن الميزة الأولية لمقاييس النتائج هذه هي أنها تركز على قيم اجتماعية طبيعية وبالتالي فهم يتجنبون خفض التوقعات المرتبطة بالمرض، سواء من جانب العاملين، بمحاولة منهم ليكونوا واقعيين، أو من جانب المرضى الذين يؤمنون بوصمة عما يُمكن أن يتوقعوا من الحياة (٤١)، وحيث أن أغلب الأدوار الاجتماعية القيّمة

ويُسمى تقدير المريض بالتقييم «الذاتي»، لكن في حقيقة الأمر، تميل تقييمات العاملين إلى أن تنحاز، وذلك بسبب التدريب الطبي مثلاً (٥٢)، وقد اكتشفت بعض الدراسات أن تقييمات المريض، وليس تقييمات العاملين، أكثر مصداقية (٥٣). إن الحقيقة هي أن كلا من منظوري المرضى والعاملين متأثرة بنطاق كبير من العوامل، وكلاهما يقدمان معلومات مفيدة وتكميلية عن النتيجة. لا بد أن يقوم التوازن النسبي المقدم لكلا المنظورين على الأخلاقيات العلمية وعلى اعتبارات طبية وواقعية. والأمر سندرست تقييم النتائج من منظور المريض.

القرار ٧: مواطن ضعف أم مواطن قوة؟

لقد أعلنت منظمة الصحة العالمية أن الصحة هي «حالة من كمال العافية الجسدية والنفسية والاجتماعية؛ فهي ليست مجرد حالة من غياب المرض أو العجز» (٥٤)، إلا أن تأسيس خدمات موجهة نحو الصحة وليس خدمات موجهة نحو الداء قد أثبت أنه بالأمر الصعب أكثر مما قد يقترح وضوح هذا الإعلان. وفيما يتعلق بالنتائج، تُركّز أغلبية كبيرة من المقاييس المستخدمة في البحث والممارسة على الأمراض النفسية - فهي تعمل على تقييم مدى تحسّن الظواهر الغير مرغوبة مثل الاعراض أو المشكلات المعرفية وانخفاض عوامل الخطر مثل الضغوط أو تحقيق مستوى مناسب من الأداء، ويعمل القليل منها على تقييم الصحة النفسية، مثل استخدام القوة (٥٥) وتطوير عوامل وقائية مثل المرونة أو الحصول على حالة صحية إيجابية (٥٦).

يُجادل البعض بالقول أن الصحة النفسية بمثابة نظام متميز، ويفترض نموذج الحالة التامة للصحة النفسية أن الصحة النفسية والأمراض النفسية يقعا على أطراف متعامدة (٥٧)، فيتراوح المرضى النفسيين بين هؤلاء الذين «يتعثرون» (عندما تغيب الصحة النفسية) بسبب الذين يختبرون صحة نفسية متوسطة وهؤلاء الذين «يكافحون» (عندما تكون الصحة النفسية حاضرة) بينما يعملون تجاه «الازدهار» (نسبة عالية من الصحة النفسية ونسبة منخفضة من الأمراض النفسية). لقد أكدت الدراسات الوبائية التي قامت على البالغين (n=3,032) والمراهقين (n=1,234) أن الصحة النفسية والأمراض النفسية بحسب هذه المفاهيم يتواجدان معاً بين العامة من الناس.

من الآراء البديلة تلك التي تقول أنه من الممكن إدراك الصحة النفسية بأنها تقع على طيف واحد، مع وجود الصحة النفسية الإيجابية عند إحدى الأطراف، والصحة النفسية السلبية عند الطرف الآخر، وقد تم تطوير المقاييس التي تقوم على هذا النهج، مثل مقياس السعادة الذاتية (٥٩) الذي يشمل بنوداً كتلك التي تقول «بالمقارنة مع أغلب أقراني، أعتبر ذاتي...»، مع تقييم ليكبرت من ١ (أقل سعادة) وحتى ٧ (أكثر سعادة). تشمل بعض مقاييس العافية فقط البنود ذي الصيغ الإيجابية، والتي تتلاءم مع كلاً المفهومين للصحة النفسية، وتشمل الأمثلة المتاحة فهرس الرفاهية الخاص بال WHO-5 (مثل «لقد شعرت بالفرح وبمزاج جيد») (٦٠) ومقياس العافية النفسية التابع لوارويك أيدنبورج (WEMWBS) (مثل «كنت أشعر بأني بلا فائدة») (٦١).

وبصورة عامة، قام فيلان بتعريف ستة نماذج من الصحة النفسية (٦٢)؛ ينتمي النموذج الأول إلى الأداء الفائق في نطاق واسع من الأنشطة وذلك لكونه «أعلى من الطبيعي»، بحيث أن مشكلات الحياة لا يمكن أن تخرج أبداً عن نطاق السيطرة. أما هدف النموذج الثاني، والذي هو علم

النفس الإيجابي، فهو التدخل لزيادة الخصائص الإيجابية مثل الكفاءة الذاتية. لقد قام استطلاع منهجي بتعريف مؤشرات الرخاء في حالة الذهان (٦٣)، والتي تُستخدم في الوقت الحالي للإبلاغ عن تدخل جديد يقوم على مبادئ علم النفس الإيجابي (٦٤). أما النموذج الثالث فهو الذكاء العاطفي أو الاجتماعي، أي القدرة على قراءة مشاعر الآخرين. إن العافية الذاتية، أي خبرة الصحة النفسية الإيجابية، هي النموذج الخامس، وآخر النماذج هو المرونة التي ترتبط بالقيمة التكيفية لآليات التعامل.

القرار ٨: الثوابت بالمقابل مع الفردية

إن الممارسات الطبيعية في عملية تقييم النتائج هي استخدام مقاييس معيارية، وقد تم تأسيس معايير نفسية (سيكومترية) أساسية لها، وقد كان ذلك بالأمر المناسب. لقد عمل الكثير من الاهتمام الحالي على توسيع دائرة التركيز حول القلق المعتاد حيال الموثوقية والصلاحية حتى أصبح يشمل الجدوى والأهمية الاكلينيكية (٦٦)، إلا أن مستقبل المقاييس المعيارية يتسم بالثبات - فيتم تقييم ذات مجال النتيجة لكل مريض. إن ميزة هذا النهج هي أنه يسمح بوجود تصريحات عن تأثير تدخل ما أو خدمة ما على مجال معين من مجالات النتيجة، مثل الاعراض، إلا أن العائق الهام والجديد هو أن مجال النتيجة قد لا يكون هاماً للمريض.

لقد تعلمنا من تقارير الأفراد الذين يلجؤون إلى الخدمات أن التعافي أمر ذاتي جداً، وهو يختلف من فرد لآخر (٦٧). وإلى جانب التحسن في الاعراض أو في الأداء، يُمكن أن تكون نقطة التحول تجاه بدء عملية التعافي هي عمل علاقة تدعيمية مع عامل الصحة النفسية الذي يتعامل مع المريض بما لا يشعره بأنه مريض (٦٨) أو التغييرات الغير إكلينيكية مثل النمو الديني (٦٩). يشير هذا الاختلاف إلى الاحتياج إلى اعتبار التطور في أي مجال بأنه هام بصورة عالمية.

إن واحدة من التكنولوجيا التي يُمكن أن تُستخدم لجعل التقييم شخصياً هي مقياس تحقيق الأهداف (GAS) (٧٠)، ويتضمن هذا النهج أن يقوم المرضى بتعريف هدف هام من الناحية الشخصية ليتحقق في المستقبل أيضاً خطوات التقدم لتقييم مدى التطور عند تقدير النتائج، وذلك على مقياس تقليدي مكون من خمسة درجات، ثم استخدام هذه المؤشرات لتقييم التقدم لعمل تقدير للنتائج، وبعد ذلك يتم توحيد النتائج لعمل تجميع. لقد تم استخدام تقنية GAS هذه لتعريف نتيجة قيمة في التجارب العشوائية المحكمة وبعد ذلك تقييمها، وذلك أولاً في الطب التأهيلي (٧١) ومع المتقدمين في السن (٧٢). لقد قام استطلاعان منهجيان بدراسة استخدام الـ GAS هذا، ففيما يخص الممارسات الدوائية، كان الاستنتاج أن الـ GAS يوضح الموثوقية العالية والصلاحية المتباينة والاستجابة الممتازة، وكان بمثابة منهجية نافعة لتقييم التأثير (٧٣)، وفيما يخص التأهيل الجسدي، قد تم وصف الـ GAS كمقياس سليم، مع الاحتياج إلى المزيد من دراسة الموثوقية والصلاحية (٧٤). لقد زاد القلق حيال حساسية التغييرات الطفيفة والاستجابة والموثوقية بين التصنيفات والصلاحية (المكون والبنية) والتوسع غير الخطي وقلّة البُعد الأحادي (٧٥)، مثلاً أن الموافقة على التطور من جانب معالج المريض والتقييم المستقل، بالأمر القليل (٧٦). ويُمكننا أن نضيف على أشكال القلق هذه أنه يُمكن أن تكون الأحمال الإدارية بالأمر الشديد وأن نتيجة الـ GAS (٧٧) لا يُمكن تفسيرها بطريقة بديهية.

هناك نهج جديد يعمل على مخاطبة البعض من هذه القضايا، ويُدعى

المراجع:

1. Trauer T. Outcome measurement in mental health: theory and practice. Cambridge: Cambridge University Press, 2010.
2. Thornicroft G, Tansella M. Mental health outcome measures, 3rd ed. London: Royal College of Psychiatrists, 2010.
3. Thornicroft G, Becker T, Knapp M et al. International outcomes in mental health. Quality of life, needs, service satisfaction, costs and impact on carers. London: Gaskell, 2006.
4. Mangalore R, Knapp M. Cost of schizophrenia in England. J Ment Health Policy 2007;10:23-41.
5. Andrews A, Knapp M, McCrone P et al. Effective interventions in schizophrenia: the economic case. A report prepared for the Schizophrenia Commission. London: Rethink Mental Illness, 2012.
6. 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.
7. Harvey K, Catty J, Langman A et al. A review of instruments developed to measure outcomes for carers of people with mental health problems. Acta Psychiatr Scand 2008;117:164-76.
8. Vella S-L, Pai N. The measurement of burden of care in serious mental illness: a qualitative review. Aust N Z J Psychiatry 2013; 47:222-34.
9. Dare A, Hardy J, Burgess P et al. Carer outcome measurement in mental health services: scoping the field. Brisbane: Australian Mental Health Outcomes and Classification Network, 2008.
10. Maben J, Peccei R, Adams M et al. Exploring the relationship between patients' experiences of care and the influence of staff motivation, affect and wellbeing. Final report. Southampton: NIHR Service Delivery and Organization Programme, 2012.
11. Kakuma R, Minas H, van Ginneken N et al. Human resources for mental health care: current situation and strategies for action. Lancet 2011;378:1654-63.
12. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M et al. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. Lancet 2007;370:878- 89.
13. Campbell NC, Murray E, Darbyshire J et al. Designing and evaluating complex interventions to improve health care. BMJ 2007; 334:455-9.
14. Thornicroft G, Lempp H, Tansella M. The place of implementation science in the translational medicine continuum. Psychol Med 2011;41:2015-21.
15. Slade M. What outcomes to measure in routine mental health services, and how to assess them: a systematic review. Aust N Z J Psychiatry 2002;36:743-53.
16. Slade M. Routine outcome assessment in mental health services. Psychol Med 2002;32:1339-43.
17. Slade M, Leamy M, Bird V et al. Mental health services and recovery. In: Thornicroft G, Ruggeri M, Goldberg D (eds). Improving mental health care: the global challenge. Chichester: Wiley, 2013:40-56.
18. Tew J, Ramon S, Slade M et al. Social factors and recovery from mental health difficulties: a review of the evidence. Br J Soc Work 2012;42:443-60.
19. Henderson C, Thornicroft G. Stigma and discrimination

هذا قائمة النتيجة الشخصية الأولية (PPO)، وهو مخصص للاستخدام في التجارب العشوائية المحكمة، فتشتمل هذه القائمة على العديد من مجالات النتيجة، ويرتبط (بطريقة غير مرئية) كل منها بمقياس موحد للنتيجة. يقوم المريض باختيار مجال النتيجة الأكثر أفضالاً بهدفه في استخدام خدمات الصحة النفسية، وبعد ذلك يقوم بإكمال المقياس المرتبط. ويتم إعادة إدارة المقياس عند المتابعة، ويتم في الوقت الحالي تقييم نهج قائمة الـ PPO كوسيلة للتجارب (٧٨).

هناك نهج آخر لتطوير مقياس موحد، حيث يتم اختيار البنود بحسب تفضيل المريض، ومن الأمثلة المتاحة على ذلك هو مقياس الـ INSPIRE (يمكنك تحميله من على www.researchintorecovery.com/inspire) لتدعيم التعافي، وفيه يُسأل المُجيب عند كل بند يتحدث عن الحصول على دعم من العاملين في مجال الصحة النفسية عما إذا كان هذا البند يحمل معنى له، وإذا كان الجواب بالإيجاب يُسأل أن يُقيم الدعم الذي يحصل عليه من العاملين (٤٧). وبالتالي فتُظهر نتيجة الـ INSPIRE تفضيل المُجيب، إلا أنه يظهر نتيجة كمية يُمكن استخدامها لملاحظة التغييرات مع مرور الوقت أو يُمكن تجميعها مع نتائج الآخرين.

الخاتمة: أيه من النتائج يهتم مستخدمى الخدمة؟

بالطبع من أهم الأفكار التي تم تطويرها في العقد السابق هي أن آراء المريض أو مستخدم الخدمة هي التي تهتم أكثر في تقرير أيه نتائج نحتاج أن نقوم بتقييمها وأيضاً في صنع تقارير النتائج الحقيقية. نحن نعرف مثلاً أن جودة الحياة لا ترتبط بصورة قريبة باحتياجات المستخدم كما يقيمها العاملون في خدمات الصحة النفسية، بل ترتبط بصورة قريبة بالاحتياجات الغير مُحققة كما يقيمها مستخدمو الخدمة (٧٩،٨٠)، ويلي هذا الأمر في الأهمية المواد الجديدة التي تقدم تقاريراً عن آراء مستخدمي الخدمة عن المقاييس (٤٤،٨١) وتطور مقاييس جديدة (٨٢). يُمكن أيضاً تقييم المقاييس الجديدة بصورة مستقلة، مثل نجم التعافي (٨٣) ويُمكن إدماجها في الممارسات الاكلينيكية (٨٥). من المميزات الإضافية لجعل النتائج التي قام بتقييمها مستخدمو الخدمة في أولوية التركيز، هي أنها تتجنب القضية التي قد أفسدت الخدمات في السنوات القليلة السابقة، وهي كيفية تحفيز العاملين ليقدموا تقييمات متكررة وكاملة وصحيحة للنتيجة على أسس مستدامة على المدى الطويل.

وإذا قمنا بغير حكمة منا بتجربة التنبؤ بالقضية المحورية في مقاييس نتائج الصحة النفسية على مدار العقد التالي، سنطرح اهتماماً دووياً بتفاصيل الأمر الذي يهتم مستخدمى الخدمة أكثر بحسب تقييم مستخدمى الخدمة.

شكر خاص

لقد تلقى كاتب هذه المقالة دعماً من المعهد الوطني للأبحاث الصحية (NIHR) ومركز أبحاث الطب الحيوي للصحة النفسية في جنوب لندن، وأيضاً من مؤسسة مودسلي NHS الائتمانية والكلية الملكية بلندن. إن الآراء المُقدمة تتبع الكتاب وليس للـ NHS أو الـ NIHR أو مركز الصحة. ويُساهم الكاتبان بالتساوي في هذا العمل.

- systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry* 2011;199:445-52.
39. Bellack A, Drapalski A. Issues and developments on the consumer recovery construct. *World Psychiatry* 2012;11:156-60.
 40. Slade M. Measuring recovery in mental health services. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2010;47:206-12.
 41. Lasalvia A, Zoppei S, Van Bortel T et al. Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey. *Lancet* 2013; 381:55-62.
 42. Slade M, Priebe S. *Choosing methods in mental health research*. Hove: Routledge, 2006.
 43. Trujols J, Portella MJ, Iraurgi I et al. Patient-reported outcome measures: are they patient-generated, patient-centred or patient-valued? *J Ment Health* 2013;22:555-62.
 44. Law H, Morrison A, Byrne R et al. Recovery from psychosis: a user informed review of self-report instruments for measuring recovery. *J Ment Health* 2012;21:193-208.
 45. Burgess P, Pirkis J, Coombs T et al. Assessing the value of existing recovery measures for routine use in Australian mental health services. *Aust N Z J Psychiatry* 2011;45:267-80.
 46. Shanks V, Williams J, Leamy M et al. Measures of personal recovery: a systematic review. *Psychiatr Serv* 2013;64:974-80.
 47. Williams J, Leamy M, Bird V et al. Measures of the recovery orientation of mental health services: systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012;47:1827-35.
 48. Priebe S, Turner T. Reinstitutionalisation in mental health care. *BMJ* 2003;326:175-6.
 49. Johnson D. *A compendium of psychosocial measures*. New York: Springer, 2010.
 50. National Institute for Mental Health in England. *Outcomes compendium*. Birmingham: National Institute for Mental Health in England, 2008.
 51. Rush AJ, First M, Blacker D. *Handbook of psychiatric measures*, 2nd ed. Washington: American Psychiatric Press Inc, 2007.
 52. Slade M. Assessing the needs of the severely mentally ill: cultural and professional differences. *Int J Soc Psychiatry* 1996;42:1-9.
 53. Slade M, Leese M, Taylor R et al. The association between needs and quality of life in an epidemiologically representative sample of people with psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 1999;100:149-57.
 54. World Health Organization. *Promoting mental health. Concepts, emerging evidence, practice*. Geneva: World Health Organization, 2004.
 55. Bird V, Le Boutillier C, Leamy M et al. Assessing the strengths of mental health service users – systematic review. *Psychol Assess* 2012;24:1024-33.
 56. Slade M. Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Serv Res* 2010;10:26.
 57. Keyes CLM. Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *J Consult Clin Psychol* 2005;73:539-48.
 58. Keyes CLM. Mental health in adolescence: is America's in mental illness: Time to Change. *Lancet* 2009;373:1928-30.
 20. Evans-Lacko S, Malcolm E, West K et al. Influence of Time to Change's social marketing interventions on stigma in England 2009–2011. *Br J Psychiatry* 2013;202 (Suppl. 55):s77-88.
 21. Thornicroft A, Goulden R, Shefer G et al. Newspaper coverage of mental illness in England 2008–2011. *Br J Psychiatry* 2013; 202(Suppl. 55):s64-9.
 22. Corker E, Hamilton S, Henderson C et al. Experiences of discrimination among people using mental health services in England 2008–2011. *Br J Psychiatry* 2013;202(Suppl. 55):s58-63.
 23. Wing JK, Beevor AS, Curtis RH et al. Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and development. *Br J Psychiatry* 1998;172:11-8.
 24. Evans C, Mellor-Clark J, Margison F et al. CORE: Clinical Outcomes in Routine Evaluation. *J Ment Health* 2000;9:247-55.
 25. Lambert MJ, Burlingame GM, Umphress V et al. The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clin Psychol Psychother* 1996;3:249-58.
 26. Phelan M, Slade M, Thornicroft G et al. The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *Br J Psychiatry* 1995;167:589-95.
 27. Australian Mental Health Outcomes Classification Network. *Adult national outcomes & casemix collection standard reports, 1st ed, Version 1.1*. Brisbane: Australian Mental Health Outcomes Classification Network, 2005.
 28. Slade M. An evidence-based approach to routine outcome assessment. *Adv Psychiatr Treat* 2012;18:180-2.
 29. HM Government. *No health without mental health. Delivering better mental health outcomes for people of all ages*. London: Department of Health, 2011.
 30. Drukker M, Bak M, Campo JA et al. The cumulative needs for care monitor: a unique monitoring system in the south of the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010;45:475- 85.
 31. Slade M, Amering M, Farkas M et al. Uses and abuses of recovery: Implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry* 2014;13:12-20.
 32. Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health system in the 1990s. *Psychosoc Rehabil J* 1993; 16:11-23.
 33. Le Boutillier C, Leamy M, Bird VJ et al. What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. *Psychiatr Serv* 2011;62: 1470-6.
 34. Farkas M, Gagne C, Anthony W et al. Implementing recovery oriented evidence based programs: identifying the critical dimensions. *Community Ment Health J* 2005;41:141-58.
 35. Beauchamp T, Childress J. *Principles of biomedical ethics*. Oxford: Oxford University Press, 2001.
 36. Shepherd G, Boardman J, Burns M. *Implementing recovery. A methodology for organisation change*. London: Sainsbury Centre for Mental Health, 2010.
 37. Perkins R, Repper J. *Social inclusion and recovery*. London: Bailliere Tindall, 2003.
 38. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C et al. Conceptual framework for personal recovery in mental health:

72. Rockwood K, Fay S, Jarrett P et al. Effect of galantamine on verbal repetition in AD: a secondary analysis of the VISTA trial. *Neurology* 2007;68:1116-21.
73. Vu M, Law A. Goal-attainment scaling: a review and applications to pharmacy practice. *Res Social Adm Pharm* 2012;8:102-21.
74. Hurn J, Kneebone I, Cropley M. Goal setting as an outcome measure: a systematic review. *Clin Rehabil* 2006;20:756-72.
75. Steenbeek D. Goal attainment scaling in paediatric rehabilitation practice. PhD thesis, 2010.
76. Thamar J, Bovend'Eerd T, Dawes H et al. Agreement between two different scoring procedures for goal attainment scaling is low. *J Rehabil Med* 2011;43:46-9.
77. Rockwood K, Howlett S, Stadnyk K et al. Responsiveness of goal attainment scaling in a randomized controlled trial of comprehensive geriatric assessment. *J Clin Epidemiol* 2003;56:736-43.
78. Slade M, Bird V, Le Boutillier C et al. REFOCUS Trial: protocol for a cluster randomised controlled trial of a pro-recovery intervention within community based mental health teams. *BMC Psychiatry* 2011;11:185.
79. Slade M, Leese M, Cahill S et al. Patient-rated mental health needs and quality of life improvement. *Br J Psychiatry* 2005;187: 256-61.
80. Slade M, Leese M, Ruggieri M et al. Does meeting needs improve quality of life? *Psychother Psychosom* 2004;73:183-9.
81. Crawford MJ, Robotham D, Thana L et al. Selecting outcome measures in mental health: the views of service users. *J Ment Health* 2011;20:336-46.
82. Evans J, Rose D, Flach C et al. VOICE: developing a new measure of service users' perceptions of inpatient care, using a participatory methodology. *J Ment Health* 2012;21:57-71.
83. McKeith J, Burns S, Onyemaechi I et al. *The Recovery Star: user guide*, 2nd ed. London: Mental Health Providers Forum, 2010.
84. Killaspy H, White S, Taylor TL et al. Psychometric properties of the Mental Health Recovery Star. *Br J Psychiatry* 2012;201:65-70.
85. Dickens G, Weleminsky J, Onifade Y et al. Recovery star: validating user recovery. *The Psychiatrist* 2012;36:45-50.
- youth flourishing? *Am J Orthopsychiatry* 2006;76:395-402.
59. Lyubomirsky S, Lepper HS. A measure of subjective happiness: preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Res* 1999;46:137-55.
60. Bech P, Olsen RL, Kjoller M et al. Measuring well-being rather than the absence of distress symptoms: a comparison of the SF-36 Mental Health subscale and the WHO-Five Well-Being Scale. *Int J Methods Psychiatr Res* 2003;12:85-91.
61. Tennant R, Hiller L, Fishwick R et al. The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health Qual Life Outcomes* 2007;5:63.
62. Vaillant GE. Positive mental health: is there a cross-cultural definition? *World Psychiatry* 2012;11:93-9.
63. Schrank B, Bird V, Tylee A et al. Conceptualising and measuring the well-being of people with psychosis: systematic review and narrative synthesis. *Soc Sci Med* 2013;92:9-21.
64. Schrank B, Riches S, Bird V et al. A conceptual framework for improving well-being in people with a diagnosis of psychosis. *Epidemiol Psychiatr Sci* (in press).
65. Erikson E. *Identity: youth and crisis*. New York: Norton, 1968.
66. Slade M, Thornicroft G, Glover G. The feasibility of routine outcome measures in mental health. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999;34:243-9.
67. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C et al. A conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry* 2011;199:445-52.
68. Topor A, Borg M, Mezzina R et al. Others: the role of family, friends, and professionals in the recovery process. *Am J Psychiatr Rehabil* 2006;9:17-37.
69. Pargament KI, Lomax JW. Understanding and addressing religion among people with mental illness. *World Psychiatry* 2013;12:26-32.
70. Kiresuk TJ, Smith A, Cardillo JE. *Goal attainment scaling: applications, theory and measurement*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum, 1994.
71. Turner-Stokes L, Baguley IJ, De Graaff S et al. Goal attainment scaling in the evaluation of treatment of upper limb spasticity with botulinum toxin: a secondary analysis from a double-blind placebo-controlled randomized clinical trial. *J Rehabil Med* 2010; 42:81-9.

DOI 10.1002/wps.20114

اضطرابات السيطرة على الانفعالات و«الإدمان السلوكي» في ال ICD-11

JON E. GRANT¹, MURAD ATMACA², NAOMI A. FINEBERG³, LEONARDO F. FONTENELLE⁴, HISATO MATSUNAGA⁵, Y.C. JANARDHAN REDDY⁶, HELEN BLAIR SIMPSON⁷, PER HOVE THOMSEN⁸, ODILE A. VAN DEN HEUVEL⁹, DAVID VEALE¹⁰, DOUGLAS W. WOODS¹¹, DAN J. STEIN¹²

¹Department of Psychiatry and Behavioral Neuroscience, University of Chicago, Chicago, IL, USA; ²Firat University School of Medicine, Elazığ, Turkey; ³Hertfordshire Partnership NHS Foundation Trust, Queen Elizabeth II Hospital, University of Hertfordshire, Hatfield, and School of Clinical Medicine, Cambridge University, Cambridge, UK; ⁴Institute of Psychiatry, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brazil; ⁵Hyogo College of Medicine, Nishinomiya, Japan; ⁶Department of Psychiatry, National Institute of Mental Health and Neurosciences, Bangalore, India; ⁷Department of Psychiatry, Columbia University, New York, NY, USA; ⁸Center for Child and Adolescent Psychiatry, Aarhus University Hospital, Aarhus, Denmark; ⁹Department of Psychiatry, VU University Medical Center, Amsterdam, The Netherlands; ¹⁰Institute of Psychiatry, King's College London and South London and Maudsley NHS Foundation Trust, London, UK; ¹¹Department of Psychology, Texas A&M University, College Station, TX, USA; ¹²Department of Psychiatry, University of Cape Town, Cape Town, South Africa

أن يُراجعوا نهج ال DSM-5 لهذه الحالات، وذلك بالتركيز على ما إذا كان هذا النهج نافعاً ومناسباً للتطبيق العالمي، وأيضاً لعمل اقتراحات لل ICD-11 مع التأكيد على تطوير المنفعة الاكلينيكية على نطاق واسع من المواضيع.

لقد اقترحت المجموعة العاملة أن يتم استبقاء مجموعة اضطرابات السيطرة على الانفعالات في ال ICD-11، ولا بد أن يتم تعريف هذه الاضطرابات بفشل مقاومة سيطرتها أو دفعها أو حثها للقيام بفعل يكون مكافئاً للفرد المريض (على الأقل على المدى القصير)، بالرغم من أن الضرر على المدى البعيد يقع على الفرد أو على الآخرين، وبالتالي فأن اضطرابات السيطرة على الانفعال تتضمن المقامرة المرضية والاضطراب الانفجاري المتقطع وهوس السرقة وهوس الحرائق وأيضاً الاضطرابات السلوكية الجنسية.

يوجد في ال ICD-10 تصور للعديد من هذه السلوكيات بهذه الصورة، وذلك تحت قائمة السلوكيات واضطرابات السيطرة، تجد أيضاً هوس نطف الشعر في القائمة تحت ذات المسمى، إلا أن المجموعة العاملة تقترح إزاحتها إلى مجموعة الوسواس القهري والاضطرابات المرتبطة به في ال ICD-11 مع إضافة اضطراب قشط الجلد (السحجة) إلى ذات المجموعة. أما اضطراب السلوكيات الجنسية القهرية فهي بالأمر الجديد على هذه المجموعة، وهي ستحل محل فئة ال ICD-10 الخاصة بالدوافع الجنسية القهرية. لا تبدو اضطرابات السيطرة على الدوافع الوهمية مثل مشاكل استخدام الأنترنت والشراء القهري بأن لديها بيانات كافية لتدعم أشمها كحالات نفسية مستقلة.

من أولى حالات الجدل الأساسية في هذا المجال هو ما إذا كانت المقامرة المرضية والحالات المتعلقة بها ينبغي أن تتصف بكونها حالات إدمان سلوكي، وبالتالي تندرج تحت فئة أكبر تكون أكثر اتصلاً بالاضطرابات المتعلقة بالعقاقير. فبينما أن الكثير من الكتابات تؤيد فكرة أن الأفراد الذين يعانون من مقامرة مرضية قد غيروا من دائرة الإثابة (٦)، إلا أنه يعاني هؤلاء أيضاً من شذوذ في المخ، مثلاً يبدو أن حالة ضعف قشرة الفص الجبهي تتشابه في حالات المقامرين والأفراد الذين يعانون من الهوس (١٦،١٧). بالإضافة إلى ذلك، وبالرغم من أنه يوجد ضعف وراثي يدخل في حالات المقامرة وإدمان الكحوليات، إلا أن المقامرة المرضية تتشارك أيضاً في عوامل ضعف وراثي مع اضطرابات الاكتئاب الحادة (١٨)، وبالتالي فأن تصنيف المقامرة المرضية بكونها إدمان يبدو بالأمر السابق لأوانه، بالرغم من كونه نافعاً من الناحية التجريبية، وذلك وفقاً للدلائل، بالإضافة إلى ذلك، لا يحمل التغيير في التصنيف فوائد

لقد اعترفت التقسيمات النفسية بعدد من الحالات التي تمثل اضطرابات السيطرة على الانفعالات، وقد تضمنت هذه سلوكيات المقامرة المرضية واضطراب انفجاري متقطع وهوس السرقة وهوس الحرائق وهوس نتف الشعر.

لقد قامت منظمة الصحة العالمية عام ١٩٩٢ بوصف العادات واضطرابات السيطرة (F63) بكونها تتصف بتكرار الأفعال وليس لها دوافع عقلانية واضحة، وهي تؤدي اهتمامات الفرد الخاصة وأيضاً اهتمامات الأفراد الآخرين، وترتبط هذه الأفعال بدوافع لا يمكن السيطرة عليها (١). وفي ال DSM-IV-TR قامت جمعية الطب النفسي الأمريكية بوصف اضطرابات السيطرة على الانفعال هذه بكونها تلحق بزيادة في التوتر قبل السلوك أو عند مقاومته، ويلبها شعور بالسعادة والإشباع أو الراحة من التوتر (٢).

لقد أصبح اهتمام الصحة العامة بهذه الاضطرابات في العقدين السابقين، بالأمر الواضح، مثلاً قد أصبحت المقامرة المرضية والاضطراب الانفجاري المتقطع حالات منتشرة (تبلغ معدلات أنتشارها على مدار الحياة ١٪ و ٣٪ بالتعاقب) تُعرف بكونها تمثل عبئاً أساسياً للمرض (مثل الاهتمام الشديد بالصحة والخلافات الأسرية ومشكلات مادية) (٣٤)، بالإضافة إلى ذلك، هناك الكثير من الكتابات الجديدة التي تُخاطب البيولوجيا النفسية الخاصة باضطرابات السيطرة على هذه الانفعالات وإدارتها (٥-٧).

تقترح بعض النماذج الحيوانية والصور الاكلينيكية أن هذه الحالات تمثل «إدمان سلوكي» وتتصف بشذوذ في تجهيز المكافئة (٨-١١)، وكنتيجة لذلك، لقد تم تقديم اقتراحات تشمل المعاشرة القهرية والشراء القهري واستخدام قهري لشبكة الأنترنت تحت هذا العنوان، على أساس أن هذه الأفعال أيضاً تمثل عبئاً كبيراً من المرض وتستحق تشخيصاً وعلاجاً مناسباً (٧، ١٢-١٤).

يقدم تطور ال ICD-11 التابع لمنظمة الصحة العالمية فرصة هامة لتحسين تقسيمات اضطرابات السيطرة على الانفعالات ووصفها وأيضاً لمخاطبة البعض من الجدل الذي يحيط بهذه «الأفعال الإدمانية» الوهمية. لقد أكدت منظمة الصحة العالمية أن ال ICD-11 لا بد أن ينتبه جيداً إلى قضايا المنفعة الاكلينيكية والتطبيق العالمي والصلاحية العلمية (١٥).

لقد طُلب من فريق عمل ال ICD-11 الذي يقوم على الوسواس القهري والاضطرابات المتعلقة به، أن يقوموا بمراجعة المعلومات العلمية وغيرها التي تخص الاستخدام والفائدة الاكلينيكية وخبرة تشخيصات ال ICD-10 المتعلقة بالأمر، والتي تشمل اضطرابات السيطرة على الانفعال، وأيضاً

يعمل التماثل الاكلينيكي بين هذه الاضطرابات (حيث أن كل من هذه السلوكيات بها عنصر الإثابة، على الأقل في البداية، وتؤدي إلى الشعور بفقدان السيطرة وأن الفرد يقدم تقاريراً بوجود رغبة وإلحاح قوي، وأنه لا يُؤخذ أيه عقاقير وأنه لا يوجد دلائل أو علامات خارجية تنم عن التمثل) على تدعيم أكثر لتقسيماتها الفريدة كاضطرابات السيطرة على الانفعالات.

من الاختلافات الأخرى بين المقترحات الخاصة بالـ ICD-11 والـ DSM-5، هي أن الـ DSM-5 قد رفض المقترح المقدم من جانب فريق عمل اضطرابات الهوية النوعية والجنسية بأشمال «فرط الرغبة الجنسية». لقد كان أحد أسباب رفض هذا الاقتراح هو المرجع المعياري الضمني «للك المناسب من المعاشرة» التابع له. تعتقد المجموعة العاملة التابعة للـ ICD-11 أن اعتبار الاضطرابات الجنسية القهرية بأنها تتعلق باضطرابات أخرى تتصف هي أيضاً بفشل في مقاومة الانفعالات والدوافع والحث بالرغم من الضرر الذي يقع على المدى الطويل، أكثر أهمية من الناحية الاكلينيكية - من حيث تعريف الاعراض وتعريف استراتيجيات العلاج، وبالتالي فقد اقترحت المجموعة العاملة بإحلال مفاهيم الـ ICD-10 الخاصة بفرط الدافع الجنسي بمفهوم يضع تأكيداً أكبر على السلوكيات وبعد ذلك إزاحة هذه الحالة إلى تقسيم اضطرابات السيطرة على الانفعالات بدلاً من وضع التركيز الأولي على حقيقة أن السلوك المعني جنسي بطبيعته.

سيتم استخدام الـ ICD-11 على مستوى العالم بين نطاق واسع من المتخصصين وفي مراكز العناية الأولية، وغالباً من جانب العاملين في مجال الصحة الغير متخصصين. لقد كان هناك تأكيداً متنامياً على تشجيع الفحص بحثاً عن اضطرابات استخدام العقاقير في هذه المواضع، وواحدة من مميزات توسيع فئة تعاطي العقاقير لتشمل الإدمان السلوكي هو تشجيع التقييمات المشابهة ونهج العلاج لنطاق من الحالات، والتي عند أخذها مجتمعة، نجد أنها تشكل مشكلة صحية كبيرة، إلا أنها غالباً ما تكون مهملة من جانب الممارسين وأيضاً من جانب أنظمة العناية الصحية. لكن وفي ذات الوقت، لازلنا نجهل الكثير عن البيولوجيا النفسية لهذه الحالات وأفضل طرق إدارتها، وقد تم وصف البعض منها في سياقات العالم الغربي، لكن لاتزال الحدود بين الاضطرابات والحالات الطبيعية بالأمر المتنازع عليه.

وبالتالي وبحسب الدلائل الحالية توصي المجموعة العاملة أن نعمل فئة لاضطرابات السيطرة على الانفعالات، وأن تشتمل هذه على المقامرة المرضية وهوس السرقة وهوس الحرائق واضطرابات الجنس القهري والاضطراب الانفجاري المتقطع. يختلف هذا النهج عن الـ DSM-5 الذي يعمل على تقسيم هذه الاضطرابات عبر فئات التشخيص، أما اقتراحات الـ ICD-11 فتوصي بالحفاظ على هذه كلها معاً، بحيث يتمكن الأطباء الاكلينيكيون من فحص جميعها. نحن نؤمن أن هذا النهج أبسط بكثير وسيكون من السهل على الأطباء الاكلينيكيين أن يستخدموه، وهو أيضاً أكثر أنصلاً بالتقسيم السابق وسيكون أكثر ملائمة في المواضع ذات الموارد البسيطة أكثر من نهج الـ DSM-5.

سيتم إتاحة كل مقترحات الـ ICD-11 للعامة وذلك للمراجعة والتعليق، وبالتالي فتمثل هذه التوصيات مجرد نقطة البداية وتوهُل الساحة لوجود تبادل عالمي عن أفضل الطرق لمخاطبة تقسيم هذه السلوكيات بهدف تطوير فئاتها الاكلينيكية. بالإضافة إلى ذلك، سيتم اختبار مقترحات الـ ICD-11 ميدانياً، وذلك باستخدام نهجين أساسيين، وهما النهج الذي يقوم على شبكة الأنترنت ونهج المواضع الاكلينيكية

اكلينيكية واضحة بقدر نطاق من نُهج العلاج، فيما عدا تلك المُستخدمة في علاج إدمان العقاقير، والتي يُمكن أن تكون ذات فائدة في حالات المقامرة المرضية (مثل الليثيوم والعلاج العرضي) (١٩،٢٠).

أما موضوع الجدل الثاني في هذا المجال فهو ما إذا كانت اضطرابات السلوكيات الجنسية القهرية ينبغي أن تُشتمل في علم تصنيف الأمراض، فمن ناحية، من الهام أن التقسيم لا يعمل على اعتبار السلوكيات الطبيعية مرضية، وعلى الناحية الأخرى، من المحبب أن التقسيم يسمح بوجود تشخيصات ووسائل علاج مناسبة للاضطرابات التي تؤثر على صحة العامة (٢١). وبحسب تعريف اضطرابات السيطرة على الانفعالات، بالإضافة إلى وصفها بكونها عدم المقدرة على السيطرة على السلوكيات بالرغم من نتائجها السلبية، تنصح المجموعة العاملة بأشمال اضطرابات السلوكيات الجنسية القهرية في هذا التقسيم.

وموضوع الجدل الثاني في هذا المجال هو ما إذا كان الاستخدام السيء لشبكة الأنترنت بمثابة اضطراب مستقل. لقد لاحظت المجموعة العاملة أن هذه الحالة متغايرة الخواص، وأن استخدام شبكة الأنترنت قد يشكل نظاماً توصيلياً للعديد من أشكال ضعف السيطرة على الانفعالات (مثل اللعب القهري أو مشاهدة الأفلام الإباحية). والأكثر أهمية هو أنه ينبغي أن تلاحظ تعريفات المقامرة المرضية وتعريفات اضطرابات السلوكيات الجنسية القهرية أن تلك السلوكيات تُشاهد بكثرة عبر منطديات الأنترنت، سواء كان ذلك بالإضافة إلى مواضع تقليدية أكثر أو بصورة حصرية (٢٢،٢٣). لقد تضمن الـ DSM-5 اضطراب المقامرة عبر الأنترنت في قائمة «حالات تحتاج إلى المزيد من الدراسة»، وبالرغم من أنه سلوك هام ويحتاج إلى فهم ويحتل أولوية في العديد من الدول (١٢)، إلا أنه لا يُعرف ما إذا كان هناك ما يكفي من الدلائل العلمية في ذلك الوقت لتبرير اشماله كاضطراب. وبحسب المعلومات المتاحة حالياً، يبدو بالتالي أن اشماله في الـ ICD-11 بالأمر السابق ولأوانه.

أما موضوع الجدل الرابع فيدور حول أفضل الطرق لتوضيح بدايات هذه الاعراض بحيث لا تُقدم تشخيصات غير مناسبة للسلوكيات التي إما أنها طبيعية (مثل المعاشرة الجنسية) أو ببساطة غير قانونية (مثل السرقة). لقد عملت منظمة الصحة العالمية على التأكيد على الفرق بين الاعراض والعجز (٢٤)، فحيث يوجد اتصال بين السلوكيات الطبيعية وتلك المرضية، قد يصبح العجز المرتبط مفتاحاً لتحديد ما إذا كان سلوك ما اضطراباً أم لا. وهناك اعتبار آخر هام، وهذا من منظور صحة العامة، وهو ما إذا كانت وسائل العلاج الفعالة بالأمر المتاح؛ فكما هو مُشار بأعلى، لقد تطورت وسائل العلاج هذه لكل أشكال اضطرابات السيطرة على الانفعالات، وبصفة خاصة المقامرة المرضية والاضطراب الانفجاري المتقطع (٢٥،٢٦).

هناك عدد من الاختلافات الهامة بين المقترحات الخاصة بالـ ICD-11 والنهج المُتبَع في الـ DSM-5. يأتي جزءاً من هذا الأمر من تأكيد منظمة الصحة العالمية على المنفعة الاكلينيكية على نطاق واسع من المواضع، فتقسيم اضطرابات السيطرة على الانفعالات في الـ DSM-5 قد تفككت، وتم إزاحة المقامرة المرضية إلى التقسيم الذي يحمل إدمان العقاقير. وبالرغم من أن الدلائل قد تشير إلى أن المقامرة المرضية تتشابه مع إدمان العقاقير في العديد من النواحي، تعمل المعلومات المتاحة أيضاً على تدعيم علاقتها باضطرابات السيطرة على الانفعالات الأخرى، مثل هوس السرقة والاضطراب الانفجاري المتقطع والسلوكيات الجنسية القهرية (١٤).

- behaviours. *Can J Psychiatry* 2013;58:249-51.
9. Clark L, Limbrick-Oldfield EH. Disordered gambling: a behavioral addiction. *Curr Opin Neurobiol* 2013;23:655-9.
 10. Karim R, Chaudhri P. Behavioral addictions: an overview. *J Psychoactive Drugs* 2012;44:5-17.
 11. Holden C. 'Behavioral' addictions: do they exist? *Science* 2001; 294:980-2.
 12. National Youth Commission. 2007 International Symposium on the Counseling and Treatment of Youth Internet Addiction, Seoul, September 2007.
 13. Karila L, W_ery A, Weinstein A et al. Sexual addiction or hypersexual disorder: different terms for the same problem? A review of the literature. *Curr Pharm Des* (in press).
 14. Grant JE, Potenza MN, Weinstein A et al. Introduction to behavioral addictions. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2010;36:233-41.
 15. 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.
 16. Potenza MN, Leung HC, Blumberg HP et al. An fMRI Stroop task study of ventromedial prefrontal cortical function in pathological gamblers. *Am J Psychiatry* 2003;160:1990-4.
 17. Blumberg HP, Stern E, Ricketts S et al. Rostral and orbital prefrontal cortex dysfunction in the manic state of bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 1999;156:1986-8.
 18. Lobo DS, Kennedy JL. Genetic aspects of pathological gambling: a complex disorder with shared genetic vulnerabilities. *Addiction* 2009;104:1454-65.
 19. Hollander E, Pallanti S, Allen A et al. Does sustained-release lithium reduce impulsive gambling and affective instability versus placebo in pathological gamblers with bipolar spectrum disorders? *Am J Psychiatry* 2005;162:137-45.
 20. Cowlshaw S, Merkouris S, Dowling N et al. Psychological therapies for pathological and problem gambling. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;11:CD008937.
 21. Coleman E, Horvath KJ, Miner M et al. Men's INternet Sex (MINTS-II) Team. Compulsive sexual behavior and risk for unsafe sex among internet using men who have sex with men. *Arch Sex Behav* 2010;39:1045-53.
 22. Ross MW, Ma°nsson SA, Daneback K. Prevalence, severity, and correlates of problematic sexual Internet use in Swedish men and women. *Arch Sex Behav* 2012;41:459-66.
 23. Gainsbury SM, Russell A, Hing N et al. How the Internet is changing gambling: findings from an Australian prevalence survey. *J Gambl Stud* (in press).
 24. World Health Organization. Towards a common language for functioning, disability and health. Geneva: World Health Organization, 2002.
 25. Hodgins DC, Stea JN, Grant JE. Gambling disorders. *Lancet* 2011;378:1874-84.
 26. Coccaro EF. Intermittent explosive disorder as a disorder of impulsive aggression for DSM-5. *Am J Psychiatry* 2012;169:577-88.

DOI 10.1002/wps.20115

(يقوم على المواضيع الاكلينيكية).

سيتم تحقيق الدراسات الميدانية التي تقوم على شبكة الانترنت بصورة أولية عن طريق شبكة الممارسات الاكلينيكية العالمية، وهي شبكة تتكون في الوقت الحالي من حوالي ١٠,٠٠٠ طبيباً يعمل في مجال الصحة النفسية والعناية الأولية في أكثر من ١٠٠ دولة حول العالم (www.globalclinicalpractice.net) سيتم تحقيق الدراسات التي تقوم على الممارسات الاكلينيكية عن طريق شبكة الدراسات التعاونية للدراسات الميدانية الدولية، وهي التي تم تعيينها بواسطة منظمة الصحة العالمية. إن توقيت المراجعة ووسائل التعليق وأيضاً توقيت الدراسات الميدانية ستكون بحيث يمكن إدماج نتائجها في الـ ICD-11 قبل تسليمها إلى اجتماع الصحة العالمية للحصول على موافقة.

شكر خاص

إن كتاب هذه المقالة هم أعضاء المجموعة العاملة في تقسيم الوسواس القهري والاضطرابات المتعلقة الخاصة بالـ ICD-11 التابعة لمنظمة الصحة العالمية، وهم الذين يقدمون تقاريراً إلى المجموعة الاستشارية الدولية التابعة لمنظمة الصحة العالمية لمراجعة الاضطرابات النفسية والسلوكية الخاصة بالـ ICD-10، لكن الآراء المقدمة في هذه المقالة تتبع الكتاب ولا تمثل السياسات أو المواضيع الرسمية للمجموعة الاستشارية الدولية أو لمنظمة الصحة العالمية، إلا إذا تم الإشارة إلى ذلك بصورة رسمية. يتقدم الكتاب بجزيل الشكر إلى ربيد لتوجيهاته للمجموعة العاملة ولإسهاماته في هذه المقالة.

المراجع:

1. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed, text revision. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
3. McLaughlin KA, Green JG, Hwang I et al. Intermittent explosive disorder in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry* 2012;69:1131-9.
4. Morasco BJ, Pietrzak RH, Blanco C et al. Health problems and medical utilization associated with gambling disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychosom Med* 2006;68:976-84.
5. Probst CC, van Eimeren T. The functional anatomy of impulse control disorders. *Curr Neurol Neurosci Rep* 2013;13:386.
6. Leeman RF, Potenza MN. A targeted review of the neurobiology and genetics of behavioural addictions: an emerging area of research. *Can J Psychiatry* 2013;58:260-73.
7. Olsen CM. Natural rewards, neuroplasticity, and non-drug addictions. *Neuropharmacology* 2011;61:1109-22.
8. Black DW. Behavioural addictions as a way to classify

اضطراب السلوك الانتحاري ككيان تشخيصي في نظام تقسيمات الـ DSM-5: الايجابيات تتفوق على السلبيات

MARIA A. OQUENDO^{1,2}, ENRIQUE BACA-GARCIA^{1,3,4}

¹Department of Psychiatry, Columbia University College of Physicians and Surgeons, New York, NY, USA; ²Molecular Imaging and Neuropathology Division, New York State Psychiatric Institute, New York, NY, USA; ³CIBERSAM, Madrid, Spain; ⁴Department of Psychiatry, Fundación Jiménez Díaz Hospital and Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, Spain

يتزامن مع مجموعة كبيرة من الحالات النفسية، لكن وبما يتناقض مباشرة مع هذه الملاحظة، يشمل التقسيم خاصتنا أفكار انتحار ومحاولات انتحار كأعراض إما نوبات اكتئاب شديدة أو اضطراب الشخصية الحدية، ويعني هذا الأمر أن السلوكيات الانتحارية ليست اهتماماً محورياً في حالات الفصام واضطرابات تعاطي الكحوليات أو اضطرابات كرب ما بعد الصدمة، إلا أن كل هذه الاضطرابات ترتبط بنسبة خطر كبيرة لمحاولات الانتحار أو الوفاة.

تعريف السلوكيات الانتحارية بكونها تشخيصات منفصلة يُمكن أن يجعل نهج تعريفها أكثر اندماجاً في الممارسات الاكلينيكية

تبدأ فحوصات المريض بالتأكد من المشكلة الظاهرة، ومن هنا يعمل الطبيب الإكلينيكي على تجسيد التشخيصات الحالية ويعمل استطلاعاً للأعراض لتحديد ما إذا كانت الحالات المرضية الإضافية ظاهرة، ثم يجري فحصاً للحالة النفسية تركّز على الحالة النفسية الحالية. وفي حال غياب أي دليل على وجود اكتئاب أو اضطراب الشخصية الحدية وأن المريض لا يقدم تقريراً عن وجود أفكار أو سلوكيات انتحار أثناء الفحوصات النفسية، فلن يكون هناك مجالاً طبيعياً لأن يميل الطبيب الإكلينيكي لتعريف السلوكيات الانتحارية السابقة.

إن حقيقة أن الأفكار الانتحارية تزداد وتقل مع الوقت، تُعد وضماً محفوفاً بالمخاطر بحيث يُمكن أن تُفقد المعلومات الأساسية. بالإضافة إلى ذلك، وحتى في حالات تعريف محاولات الانتحار السابقة، غالباً ما تُفقد البيانات الخاصة بخطر الانتحار، وذلك أثناء التبادلات وهي ليست بالأمر المتضمن في ملخصات الخروج من المستشفى (٥). قد تتمكن المستشفيات أو العيادات ذات وسائل توثيق قوية لخطر الانتحار، من تشكيل سجلات طبية، بحيث تكون هذه البيانات مسجلة على نحو مستمر، لكن في البيئات الأقل هيكلية، غالباً ما يكون خطر عدم التعريف بالأمر الواضح.

السلوكيات الانتحارية تتوافق مع معايير الصلاحية والموثوقية وكذلك أيضاً الحالات النفسية الأخرى

من المثير للاهتمام أن السلوكيات الانتحارية تتوافق مع معايير الصلاحية التشخيصية التي وضعها روبينز وجوزيه عام ١٩٧٠ (٦)، وهي موصوفة بصورة جيدة جداً من الناحية الإكلينيكية وترتبط بعلامات حيوية تتصف بالمرونة مع التشخيصات المتباينة الصارمة والتي تم التأكيد بأنها تحدث بمعدلات عالية لدى الأفراد ذي تشخيصات سابقة

تلتهم السلوكيات الانتحارية ما يزيد عن مليون نفساً حول العالم كل عام ويُقدر أن شيوعية السلوكيات الانتحارية الغير مميتة أكثر من ٢٥ إلى ٥٠ مرة (١)، وبالتالي فإن إجاد طرق لاكتشاف الأفراد الذين هم في خطر الانتحار هو بمثابة هدف أساسي للصحة النفسية، إلا أن الباحثين والأطباء الاكلينكيين على حدى يواجهون أزمة في السعي نحو تقليل معدلات الانتحار باستخدام استراتيجيات الوقاية الأولية والثانوية والثالثية، وأن مؤشراتنا ببساطة لا تعمل بكفؤ، وبصفة خاصة في تعريف الخطر على المدى القريب.

من الإسهامات المحتملة في الأداء الضعيف للمؤشرات هو الكيفية التي تُعرف بها في السجلات الطبية. لقد قمنا باقتراح علاج لعوامل الخطر الأساسية لكلا من محاولات الانتحار وحوادث الانتحار والمتمثلة في وجود تاريخ طبي سابق به سلوكيات انتحار. سيعمل تعريف اضطرابات السلوكيات الانتحارية باعتبارها تشخيص منفصل (٢) وتقديم فئة مُخططة بدقة، سيعمل على جلب السلوكيات الانتحارية على خط واحد مع المعلومات التي تم تأسيسها من جانب الجمعية العالمية للطب النفسي، مما يعمل على تطوير مصطلحات ولغة مشتركة وشاملة لعدة ثقافات للاضطرابات النفسية. من الأمور الأكثر أهمية هو أن هذا الأمر سيؤدي إلى طرق لتعريف السلوكيات الانتحارية لدى المرضى، مع توثيق مميز في السجلات الطبية، وهذا سيفتح الباب إلى استراتيجيات الوقاية الثانوية والثالثية.

لماذا ينبغي أن تكون السلوكيات الانتحارية تشخيصاً منفصلاً؟

بالرغم من أنه غالباً ما تحدث السلوكيات الانتحارية في إطار الحالات النفسية، إلا أنه ليس هذا دوام الحال، مثلاً إن ١٠٪ من الأفراد الذين يموتون منتحرين في الولايات المتحدة لم يتم تشخيصهم باضطرابات نفسية، وفي الصين ترتفع التقديرات إلى ٣٧٪ (٣)، وعلى الناحية الأخرى، وحتى بين الحالات النفسية التي ترتبط بنسب خطر عالية لممارسة السلوكيات الانتحارية، لا يمارسها أغلب الأفراد، مثلاً قد أظهرت الدراسات التي قامت على العامة من الناس، أن ٢٩٪ فقط من بين هؤلاء الذين يتوافقون مع معايير الاضطراب الثنائي القطب، يقدمون تقاريراً بوجود تاريخ مرضي به الكثير من محاولات الانتحار (٤)، ويعني هذا أن الغالبية العظمى من الناس لا تمارس هذه السلوكيات، وبالتالي فلا تبدو السلوكيات الانتحارية بأنها بُعد حقيقي لأية اضطراب نفسي هام.

إن اعتبار السلوكيات الانتحارية حالة مرضية بالأمر الذي يتناسب وينسجم جيداً مع ما يُعرف عن علم الأوبئة الخاص به والذي يُظهر أنه

وتشخيصات عائلية، وذلك في الدراسات التي قامت على المتابعة. لقد تم اقتراح على ورقة بيضاء يقدم تعريفات خصائص التشخيصات التي سيتم أشغالها في الـ DSM-5، أن التشخيصات المقترحة لا بد أن تكون

١- اعراض سلوكية أو نفسية أو نماذج تحدث مع فرد ما؛ و٢- ترتبط بضغوط أو ضعف إكلينيكي و٣- صالحة من الناحية التشخيصية (مثل أنها تحمل أهمية تكهنية وتستجيب إلى العلاج) و٤- نافعة إكلينيكيًا (مثل أنها تعمل على تعزيز التقييم والعلاج) و٥- تعكس توترًا نفسيًا بيولوجيًا ضمنيًا، إلا أنه لا ينبغي أن تكون التشخيصات مجرد إجابات مقبولة من الناحية الثقافية أو تعكس فقط الدلائل الاجتماعية أو تتعارض مع المجتمع. بالإضافة إلى ذلك، هناك ثلاثة أنواع من التقييمات التي تحتاج أن تظهر على الساحة (٧)، وهي التقييمات السابقة و التقييمات المتزامنة و التقييمات المتكهن بها، وتتوافق السلوكيات الانتحارية مع كل هذه المعايير.

وبحسب التقييمات السابقة، بالطبع وجود حالة نفسية من أكثر العوامل المتعارف عليها التي تؤدي إلى سلوكيات الانتحار، إلا أن عوامل الخطر البيئية مثل البطالة والاضطرابات الزوجية والأزمات المادية تتصل بالخطر. وبحسب الدراسات التوأمية والأسرية، تُعرف السلوكيات الانتحارية بأنها تجتمع في الأسر بصورة مستقلة عن انتقال الحالة المزاجية أو غيرها من الاضطرابات النفسية (٨). والجدير بالذكر، هناك أيضًا اختلافات معروفة جيدًا بين معدلات الانتحار ومحاولات الانتحار، وذلك بحسب العوامل الديمغرافية الاجتماعية (النوع والفئة العمرية) وأيضًا العوامل الثقافية (الأخلاق والدولة الأم والعقيدة)، وبالتالي فإن الفئات الأربعة الكبرى للتقييمات السابقة موجودة في السلوك الانتحاري.

و بحسب التقييمات السابقة، بالطبع وجود حالة نفسية من أكثر العوامل المتعارف عليها التي تؤدي إلى سلوكيات الانتحار، إلا أن عوامل الخطر البيئية مثل البطالة والاضطرابات الزوجية والأزمات المادية تتصل بالخطر. وبحسب الدراسات التوأمية والأسرية، تُعرف السلوكيات الانتحارية بأنها تجتمع في الأسر بصورة مستقلة عن انتقال الحالة المزاجية أو غيرها من الاضطرابات النفسية (٨). والجدير بالذكر، هناك أيضًا اختلافات معروفة جيدًا بين معدلات الانتحار ومحاولات الانتحار، وذلك بحسب العوامل الديمغرافية الاجتماعية (النوع والفئة العمرية) وأيضًا العوامل الثقافية (الأخلاق والدولة الأم والعقيدة)، وبالتالي فإن الفئات الأربعة الكبرى للتقييمات السابقة موجودة في السلوك الانتحاري.

أما بحسب التقييمات المتزامنة، فهناك الكثير والكثير من الدلائل على وجود الظواهر المصاحبة التي لا ترتبط بمعايير التشخيص، بل تشير إلى خطر السلوكيات الانتحارية، تشمل الأمثلة المتاحة مظاهر من مجالات معرفية (صعوبات حل المشاكل والصلابة المعرفية) وعاطفية (اليأس والإثارة والمزاج الاكتئابي) والحالة المزاجية (العدوانية والاندفاع) والشخصية (اضطرابات الشخصية الحدية والشخصية النرجسية والشخصية المعادية للمجتمع). هناك أيضًا العديد من العلامات الحيوية التي ترتبط بالخطر، مثل القصور الوظيفي لهرمون السيروتونين في الجهاز العصبي المركزي وأيضًا الارتجاع السلبي لمحور الغدة النخامية والغدة القظرية التي تلاحظ بصفة مستمرة في كلا المحاولات وأيضًا لدى هؤلاء الذين يموتوا منتحرين. من المثير للاهتمام هو أن السلوك الانتحاري مرضي، وذلك من جانب العديد من التشخيصات التي تتراوح من الفصام واضطرابات تعاطي الكحوليات وحتى الاضطرابات المزاجية، إلا أنه يبدو أن الاضطرابات الأخرى مثل الفئة A و C من اضطرابات الشخصية تحمل خطرًا أقل.

هناك ثلاثة فئات من التقييمات التكهنية، وتتوافق واحدة منها بسهولة مع السلوك الانتحاري، وهو الثبات التشخيصي. وبالطبع من أكثر التقييمات الموثقة وضوحًا للسلوكيات الانتحارية المستقبلية هي وجود تاريخ مرضي به محاولات انتحار، إلا أن مسار المرض - مثل العديد من الحالات النفسية - يختلف بصورة كبيرة، فقد يقوم البعض من الأفراد بمحاولة انتحار واحدة على مدار حياتهم، بينما قد يستمر آخرون في تجربة محاولات أكثر، بل وقد يموتوا منتحرين. وبقدر ما أن الاستجابة للعلاج بالأمر المعني، تجد أن السلوكيات الانتحارية تتشابه مع حالات أخرى حيث تكون العديد من وسائل العلاج ذات منفعة، مثل الكلوزابين

المحدوديات

لقد ظهر العديد من الاعتراضات على كون السلوكيات الانتحارية تشخيصًا؛ فيقلق الناقدون حيال أن السلوكيات الانتحارية عرض من الاعراض، إلا أن التشخيصات الأخرى مثل سلس البول وهوس الحرائق متضمنة أيضًا في الـ DSM-5، بالرغم من أنهم أقل تعقيدًا من سلوكيات الانتحار، لكن وبصفة خاصة لدى السلوكيات الانتحارية العديد من الأبعاد التي تقوم على درجة الرغبة في الموت ومستوى التفاصيل الموظفة في التخطيط أو مدى عنف الوسيلة.

من حالات النقد الأخرى هي أن اعتبار السلوكيات الانتحارية كتشخيص قد يؤدي إلى جعل بعض السلوكيات مثل القتل «حالة طبية»، إلا أنه وبينما أن الأغلبية الكبرى من حالات الانتحار ترتبط بحالات نفسية، إلا أن ٣٤٪ من حالات القتل ترتبط بحالات نفسية أيضًا (١٢)، وما هو أكثر من ذلك، إن السلوكيات الانتحارية محور تركيز الأطباء النفسيين وغيرهم من الأطباء الإكلينيكين في المجال الطبي، وبالطبع يُمكن أن تكون حالات القتل والتعدي تعبيرًا عن حالة مرضية نفسية، مثل في حالات الذهان (١٢)، إلا أن هذا هو الحال في عدد صغير من الحالات.

أخيرًا، لقد ظهر قلق حيال أن إشمال السلوكيات الانتحارية في الـ DSM-5 يعمل على زيادة موثوقية الأطباء النفسيين، لكن قد كان أمر انتحار المرضى - على الأقل في الولايات المتحدة - عاملاً رئيسيًا في الشكاوي المقدمة ضد الأطباء النفسيين لعدة عقود. وبدلاً من زيادة الموثوقية، قد يعمل اعتبار السلوكيات الانتحارية بأنها اضطرابات معينة، على زيادة قدرتنا على التواصل أثناء أعمال التحويل والحفاظ على وجود التركيز عليه كاهتمام إكلينيكي كبير.

ومن الناحية الناقدة، قد يعمل أشماله على تعزيز الأبحاث التي تقوم على السجلات الطبية والتأمينات الكبرى أو قواعد البيانات الوطنية والتي هي بعض من الموارد القليلة حيث يوجد قاعدة العامة الأساسيين التي تولد بما يكفي محاولات الانتحار، والتي تمكنا من تقديم فرصًا للكشف عن مؤشرات جديدة للخطر.

- Am J Psychiatry 1970;126:983-7.
7. Regier DA, Kuhl EA, Kupfer DJ. The DSM-5: classification and criteria changes. World Psychiatry 2013;12:92-8.
 8. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. Lancet 2002; 360:1126-30.
 9. O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW et al. Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. Suicide Life Threat Behav 1996;26:237-52.
 10. Posner K, Oquendo MA, Gould M et al. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. Am J Psychiatry 2007;164:1035-43.
 11. Posner K, Brown GK, Stanley B et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. Am J Psychiatry 2011;168:1266-77.
 12. Shaw J, Hunt IM, Flynn S et al. Rates of mental disorder in people convicted of homicide. National clinical survey. Br J Psychiatry 2006;188:143-7.

DOI 10.1002/wps.20116

لقد تم تدعيم هذه المقالة من جانب المنح R01 MH48514 و P50 MH090964 المقدمة من المعهد الوطني للصحة النفسية بالولايات المتحدة الأمريكية.

المراجع:

1. World Health Organization. Suicide prevention (SUPRE). www.who.int.
2. Oquendo MA, Baca-Garcia E, Mann JJ et al. Issues for DSM-V: suicidal behavior as a separate diagnosis on a separate axis. Am J Psychiatry 2008;165:1383-4.
3. Phillips MR, Yang G, Zhang Y et al. Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. Lancet 2002;360:1728-36.
4. Chen YW, Dilsaver SC. Lifetime rates of suicide attempts among subjects with bipolar and unipolar disorders relative to subjects with other Axis I disorders. Biol Psychiatry 1996;39:896-9.
5. Malone KM, Szanto K, Corbitt EM et al. Clinical assessment versus research methods in the assessment of suicidal behavior. Am J Psychiatry 1995;152:1601-7.
6. Robins E, Guze SB. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia.

العلوم العصبية الاجتماعية وإسهاماتها المرتقبة في الطب النفسي

JOHN T. CACIOPPO¹, STEPHANIE CACIOPPO², STEPHANIE DULAWA³, ABRAHAM A. PALMER^{3,4}

¹Center for Cognitive and Social Neuroscience, University of Chicago, 5848 S. University Avenue, Chicago, IL 60637, USA; ²High Performance Electrical Neuroimaging Laboratory, University of Chicago, Chicago, IL, USA; ³Department of Psychiatry and Behavioral Neuroscience, University of Chicago, Chicago, IL, USA; ⁴Department of Human Genetics, University of Chicago, Chicago, IL, USA

تؤدي أغلب الاضطرابات النفسية إلى حدوث توتر في السلوكيات الاجتماعية الطبيعية. إن علم الأعصاب الاجتماعي هو بمثابة مجال يقوم على العديد من التخصصات وهو مكرس لإدراك الأنظمة الحيوية التي تقف وراء السلوكيات والعمليات الاجتماعية وأيضاً لإدراك تأثير البيئة الاجتماعية على العمليات الحيوية وعلى الصحة والرخاء. لقد نمت الأبحاث في هذا المجال بصورة كبيرة، واشتملت مجالات البحث النشط على دراسات تصوير المخ لدى الأطفال والبالغين والأصحاء ونماذج السلوكيات الاجتماعية الحيوانية والدراسات التي تقوم على مرضى السكتة الدماغية والدراسات التصويرية للمرضى النفسيين وأيضاً الأبحاث التي تقوم على المؤثرات الاجتماعية للعمليات العصبية المستطرفة والصماوية والمناعية. وبالرغم من أن البحث في هذه المجالات يسير جنباً إلى جنب مع العديد من المسارات المستقلة، إلا أنه يوجد دليل متنامي عن وجود علاقة بين هذه المسارات. نحن نركز في هذا المقال على تقدم العلوم العصبية الاجتماعية واحتمالية إسهاماتها في مجال الطب النفسي، وهو الأمر الذي يشمل دليل توضيحي على النمو السريع لدراسات التصوير العصبي والدراسات الوراثية الخاصة بالاضطرابات النفسية. نحن نقول أيضاً أن هناك احتياج إلى أبحاث تقوم على التصوير العصبي وأيضاً إلى الأبحاث الوراثية التي تركز على العمليات التكوينية الأساسية التي تقف وراء الحياة الاجتماعية.

كلمات مفتاحية: العلوم العصبية الاجتماعية، الطب النفسي، العمليات العصبية الحيوية، العلوم الوراثية، تصوير المخ

(عالم الطب النفسي ٢٠١٤:١٣١:١٣٩-١٣٩)

أكثر. تتصف اضطرابات الشخصية العدوانية بعدم المقدرة على منح مساعدات لآخر تقوم على الاهتمام بمصلحته وأيضاً بقله التعاطف، وهو الأمر الذي يجعل من الصعب تشكيل روابط صحية ثابتة مع آخرين. يشمل اضطراب قصور الرغبة الجنسية غياب أو ضعف مستمر للرغبة في النشاط الجنسي وهو الأمر الذي يتسبب في ظهور محن ملحوظة أو مشكلات بين الأفراد. تتصف العديد من الاضطرابات النفسية، والتي تشمل اضطرابات الشخصية الحدية، بعلاقات غير ثابتة بين الأفراد وعدم ثبات الحالة المزاجية وسلوكيات مندفعة مثل الهجوم على الآخرين بغضب. إن عجز السيطرة على الانفعالات عند التعامل مع آخرين بمثابة مؤكّن هام في العديد من الاضطرابات النفسية المختلفة.

إن العلوم العصبية الاجتماعية هي بمثابة منظور مفاهيمي يركز على تخطيط معين للتقنية العصبية والهرمونية والجزيئية والوراثية التي تكمن وراء الكيانات والعمليات الاجتماعية، وعلى هذا النحو، تقدم العلوم العصبية الاجتماعية منظوراً قيماً لفهم المجالات الهامة للاضطرابات النفسية (٧-١٢).

تحديات العلوم العصبية الاجتماعية في الطب النفسي

إن تحديد كيف يعمل العقل البشري وماذا

بين اثنين وروابط الأسرة وحتى الأصدقاء والمجموعات، والتنقل بين مراحل التسلسل الهرمي الاجتماعي المعقد والمعايير الاجتماعية وإخضاع الاهتمامات الذاتية لاهتمامات الروابط الثنائية أو المجموعة الاجتماعية، وذلك بالتبادل ومع توقع الفوائد على المدى البعيد، وتوظيف دعم لقبول الأفراد الذين يتمردون على معايير المجموعة، وتتميم كل هذا في إطار زمني يمتد من الماضي البعيد ويصل إلى أزمنة مستقبلية ممكنة (٤،٥).

يُمكن أن يؤدي العجز في واحد من مكونات العمليات هذه إلى ظهور صعوبات شخصية ومشكلات بين الأفراد تكون بمثابة مظاهر بارزة في العديد من الاضطرابات النفسية المختلفة (٦،٧). يتصف كلا من المحور I والمحور II من الاضطرابات بنطاق من حالات العجز المعرفي التي تؤثر بصورة سلبية على العلاقات الاجتماعية و/أو يتصف بحالات عجز معينة في المعرفة الاجتماعية، مثلاً تشمل اضطرابات أطيايف الذاتية صعوبات في الإدراك الاجتماعي والدوافع الاجتماعية و/أو نظرية العقل التي تؤدي إلى ضعف كبير في العلاقات الاجتماعية. يشمل الفصام والاضطرابات الشخصية المرتبطة به مثل الاضطرابات الفصامية، مشكلات في ترتيب الملاحظات الاجتماعية والاستدلالات لتشكيل نموذج تنبؤي متماسك للآخرين الذين يلزم وجودهم لتنظيم الجهود بين فردين أو

يتطور المخ البشري حتى يصبح يخدم ويتفكر ويتفاعل مع الآخرين، ونحن نتلقى الكثير والكثير من التدريبات لهذه العمليات، وذلك بدءاً من مراحل مبكرة جداً في الحياة (١،٢)، وبالتالي فمن السهل الاستخفاف بتعدد مكونات العمليات التي تكمن وراء الحياة الاجتماعية.

وكما قد أشار دونبار (٣)، إن صعوبة إيجاد طرق أفضل للحصول على طعام وتجنب المخاطر والتجوال في الأرض، بالأمر التافه بالمقارنة مع تعقد الحياة الاجتماعية. تشمل عناصر عمليات الحياة الاجتماعية الكشف عن محفزات كبيرة في البيئة والتفرقة بين الأفراد المضيفين وهؤلاء العدوانيين وبين الأشياء والكيانات الغير بشرية والأفراد الآخرين (المفكرين) واستنتاج أفكار ونيات وعواطف الآخرين، وبصفة خاصة كما تتعلق بدوافع سلوكياتهم، وإدراكهم بالرغم من التغيير في المظاهر والأدوار بحسب المواقف والأحداث والزمان، وترتيب هذه الملاحظات والاستدلالات لتقديم نموذج تنبؤي متماسك للآخرين يسمح بتأسيس علاقات ثابتة معهم، مما يشكل روابط أو علاقات، تشمل القدرة على تقديم أحكام أو فوائد للآخر على أساس الاهتمام بمصلحته وتوقع جهود منه، وأيضاً تعلم الملاحظة الاجتماعية وتعريف الحالات الانتقالية للأصدقاء والأعداء واستخدام لغة وأسباب للمحادثة وتعليم وخداع الآخرين وتنسيق العلاقات التي تتراوح بين روابط

ينبغي أن يُفعل عندما تتطور الاضطرابات، بمثابة واحدة من التحديات الكبيرة في مجال العلوم والطب، وبالرغم من أن العقل البشري يُشارك في العديد من صفات تصاميم الكائنات الحية، إلا أنه لا يوجد شك في أن له أيضاً العديد من المظاهر المميزة؛ فالعقل البشري هو الذي يتأمل في تاريخ الأرض وأتساع العالم وأصله والمخطط الوراثي للحياة والأساس المادي للوجود النفسي الفريد، وبالرغم من ذلك، تقدم النماذج الحيوانية للاضطرابات النفسية معلومات ثمينة عن التقنية الضمنية، وذلك لأن الاختبارات التي يُمكن أن تتم على الحيوانات هي التي لا يُمكن أن تتم على الإنسان. إن تطوّر النماذج الحيوانية تعتمد بصورة كلية على المعرفة المكتسبة من الدراسات التي قامت على المرضى والتي أوضحت الظاهرة التي يُخطط عمل نموذج لها، بالإضافة إلى ذلك، توجد أيضاً النماذج الحيوانية المتعلقة بالأمر بصورة كبيرة، وهي تلك التي تُستخدم لدراسة مجالات السلوكيات الطبيعية، وليس علم الأمراض. يُمكن أن تُدمج هذه النماذج في الدراسات التي تقوم على المرضى وأيضاً في الدراسات التي تقوم على الأفراد الأصحاء.

ولدراسة التأثير المتبادل للبيئات الحيوية والاجتماعية والتقنيات التي تعمل بها هذه التأثيرات، بدأ علماء الأعصاب الاجتماعيون، من الفيزيائيين وحتى علماء النفس، وأيضاً علماء الأوبئة والأطباء النفسيين والفلاسفة وعلماء الأحياء العصبية، وعلماء الحشرات وخبراء الحيوانات، بدأوا يعملوا معاً في فريق علمي متعدد التخصصات يستخدم النماذج الحيوانية والدراسات التي قامت على المرضى وأيضاً الأبحاث التي قامت على الأفراد الأصحاء. لقد عمل هذا التعاون المتعدد التخصصات على الاستفادة من العديد من الوسائل والتقنيات المتعددة التي تتراوح بين الدراسات السلوكية للعمليات الضمنية في الآفات ومرضى انفصال الدماغ وحتى الدراسات الحجمية وتصوير الأعصاب بين المقاييس العصبية المنظمة لحيوان الشمبانزي أو البشر الذين يتمتعون بصحة جيدة، والتقنيات الخلوية والجزيئية في علوم الوراثة والتخلق، وقد شهدت حتى التقنيات المستخدمة بكثرة، مثل التحاليل التلوية وتخطيط الفاعلية الكهربائية للمخ، تحسينات تسمح مثلاً بدراسة البنية الزمنية للركيزة العصبية للعمليات الاجتماعية ومصدرها (١٣-١٦). من

المثير للاهتمام أن تطوّر المعالجة التجريبية للعمليات العصبية لدى البشر عن طريق استخدام العقاقير الدوائية أو التحفيز المغناطيسي عبر الجمجمة مثلاً، قد ساعد في تحديد الأهمية السببية للمناطق العصبية المحددة في المعرفة الاجتماعية وفي العاطفة والسلوكيات. أخيراً، تعمل الزيادة في السرعة الحسابية والنهج الجديدة لتحليل مجموعات البيانات الفائقة الحجم، على خلق فرصاً لمخاطبة الأسئلة عبر عدة مستويات منظمة.

هناك تأكيد على احتمالية التقدم في إدراكنا للاضطرابات النفسية بأشكالها المتعددة، وذلك بسبب دمج بيانات من عدة مستويات من الاستفسارات العلمية، التي تتراوح من المستوى الاجتماعي والسلوكي وحتى المستوى الوراثي والجزيئي (٩). يتطلب أمر التخطيط بين الأنظمة والمستويات (من الجينوم وحتى المجموعات والثقافات الاجتماعية) دراسات تطبيقية وإكلينيكية أساسية وخبراء متعددي التخصصات وأيضاً دراسات مقارنة ودراسات قامت على المرضى ووسائل مبتكرة وتحاليل مفاهيمية تكاملية. تتطلب تحاليل الأمراض النفسية المتعددة المستويات نطاقاً من الخبرة التي لا يُحتمل أن توجد في الدراسات الفردية.

وفي هذا الصدد، بإمكان الفرد التفرقة بين النهج متعددة التخصصات وتلك التي تجمع بين أكثر من تخصص؛ فبينما تتصف الأبحاث المتعددة التخصصات بجمع العديد من الخبرة، يتم تعريف الأبحاث التي تجمع بين أكثر من تخصص بالتعاون بين الخبراء الذين بإمكانهم تحويل كلاً من العلم والعلماء. تتصف الأبحاث العلمية التي تجمع بين أكثر من تخصص بكونها أكثر خطورة من الأبحاث المتعددة التخصصات، حيث أنها نتاج مجموعة وليس المجموع البسيط لمنتجاتها الفردية، ووفقاً لذلك، فأن الفريق الذي يجمع بين أكثر من تخصص أكثر عرضة إلى الفشل من الجهود العلمية الفردية والجهود العلمية المتعددة التخصصات، ولكن ومع نسبة الخطر المرتفعة هذه، تأتي أيضاً احتمالات الأرباح العالية. عندما تنجح الفرق المتعددة التخصصات التي تعمل على الاضطرابات النفسية، يكون لديهم احتمالية إنتاج ابتكارات علمية كبيرة وأن يحرزوا تقدماً في حل ما كان يُظن بأنها مشكلات عسيرة وأيضاً أن يُطوروا إجراءات تشخيصية ووسائل علاج أكثر فاعلية. تعمل العلوم العصبية الاجتماعية على

تسهيل التطور الذي يجمع بين تخصصات متعددة وأيضاً يسمح بزيادة في التواصل والتعاون بين العلماء والأطباء. لقد اختبرت العلوم العصبية الاجتماعية على مدار العشرين عاماً السابقة رفعة كبيرة في عدد الدراسات التي تقوم على الأمراض النفسية والتي تتضمن توتر السلوكيات الاجتماعية، وسنقوم في الفقرات التالية بتقديم بعض الأمثلة من هذا البحث. إن مجال العلوم العصبية الاجتماعية وارتباطه بالطب النفسي يتجاوز بصورة جيدة هذه الأمثلة، مثلاً لقد تم عمل أشكال هامة من التقدم ويبيّن هذا الأمر ١- كيف يُغيّر التنظيم الجيني الأداء المعرفي المعقد، والذي يشمل التعلّم والذاكرة، وبعد ذلك يتسبب في العديد من الاضطرابات التطورية والنفسية التي تؤثر على اللغة والوظائف الاجتماعية (١٨،١٧)، ٢- دور تقنية التخلق المتوالي في تشكيل ذاكرة المدى الطويل (١٩،٢٠) و٣- تأثيرات الضغوط الاجتماعية المبكرة على التنظيم الجيني، وهو الأمر الذي سيؤدي بعد ذلك إلى تغيرات تدوم طويلاً في الاستجابات السلوكية والمعرفية والمزاجية والهرمونية العصبية التي تعرّض للإصابة بالأمراض التي ترتبط بالضغط أو تقي منها، وذلك لاحقاً على مدار الحياة (٢١-٢٣).

تقدّم الأبحاث التي تقوم على العامة وبصفة خاصة كبار البالغين أمثلة عن تأثير الضغوط الاجتماعية على التنظيم الجيني، وتقدم هذه تقاريراً تقول بأن العزلة الاجتماعية المدركة (الوحدة) والضغوط الاجتماعية الشديدة ترتبط بالتعبيرات التفاضلية للجينات الموالية للالتهابات والجينات المضادة للفيروسات (نموذج يُعرف بالاستجابة المحافظة والمنسوخة للمحن) (٢٤-٢٦). يبدو تغيير التعبير الجيني في الخلايا الجذعية البلازماوية ووحيدات الخلايا بأنه العامل الخلوي الأساسي للاستجابة النسخية للجهاز المناعي البشري تجاه الشعور بالوحدة الشديدة. وتُساهم هاتان الخليتان النخاعيتان المقدمتان للمستضد بصورة غير متناسبة في مجموعة الكتابات المُعبر عنها بطرق متفاوتة في تعميم الكريات البيضاء للأفراد الذين يعانون من وحدة شديدة، حيث أن الجينات المُعبر عنها بأنواع أخرى من الخلايا تُظهر القليل من التعبيرات متفاوتة كوظيفة من وظائف الشعور بالوحدة. وبالتوافق

مع الافتراض الذي يقول أن الاختلافات التي يتوسطها الجهاز العصبي المركزي في الإشارات العصبية والصماء (الغدة) مسؤولة عن هذه التأثيرات، نجد أن التعبيرات المتفاوتة للكتابات المستمدة من الخلايا الوحيدة والخلايا الجذعية ترتبط بقوة بالخبرة الشخصية للعزلة الاجتماعية، إلا أنها لم تظهر أية علاقة بحجم الشبكة الاجتماعية الموضوعية (٢٤).

لقد أظهرت التحاليل أيضاً أن الاختلافات الملحوظة لملامح التعبير الجيني في خلايا مقدمة المستضد لا تنتج من اختلافات في انتشار أنواع الخلايا هذه من خلال انتشار جميع الكريات البيضاء، بل تعكس التغييرات التي تحدث لكل خلية في تعبير الجينات القابلة للتحرير والتي يُمكن الكتابة عنها بسهولة، وذلك بحسب الحالة البيئية، وبالتالي، من بين كل أنواع الخلايا في نشر تجمّع الكريات البيضاء، يبدو أن الخلايا البلازمية الجذعية ووحيدة الخلية تُظهر درجة فريدة من حساسية الكتابة للبيئة الاجتماعية المُحسنة.

لقد قامت تحاليل جزيئية ميكانيكية بتأكيد أن الاستقرار التجريبي للتهديد الاجتماعي في نموذج فأر (يُمكن مقارنته بمعنى التهديد الاجتماعي الذي يُمكن أن يختبره البشر الذين يعانون من وحدة) يعمل بصورة سببية على زيادة إنتاج النخاع العظمي لنوع فرعي موالي للالتهاب وغير ناضج وحيدة الخلية (٢٨). لقد قامت التحاليل الدوائية والتحاليل البيوكيميائية للقشراني سكري في نموذج الفأر، بتعريف دور أساسي لإشارات الجهاز العصبي الحساس في توجيه الإنتاج المكون للدم للقشراني السكري وحيدة الخلية الغير حساس، عن طريق مسار المستقبلات الأدرينية البيتاوية ذات الوسيط، والتي تشمل عامل نمو النقويات GM-CSF (28).

لقد ظهر أن الشعور بالوحدة يزيد من قابلية الفرد لأعراض الاكتئاب (٢٩،٣٠) ويرتبط بمجموعة مختلفة من الاضطرابات النفسية (٣١)، وبالتالي فهناك احتمالية أن الدراسات الجزيئية المستقبلية التي تركز على التعبير الجيني أو على غيرها من الوسائط الوظيفية الوهمية، أن تلقي ضوءاً جديداً على التقنيات الضمنية التي يؤثر بواسطتها الشعور بالوحدة على القابلية للأمراض النفسية.

ثلاثة اضطرابات نفسية توضيحية

لقد قامت أبحاث التصوير العصبي في العلوم العصبية الاجتماعية بدراسة كيف يختلف أداء الدوائر العصبية لدى المرضى عن تلك لدى الأصحاء. وقد قامت تحاليل السلوكيات الاجتماعية بتعريف محتوى الوسائل التي قد تخدم في تقديم فهم أفضل لمجالات هذه الاضطرابات. نحن نقدم هنا استعراضاً مختصراً عن الأعمال الأخيرة التي قامت على الأسس العصبية لتوتر السلوكيات الاجتماعية المرتبطة بثلاثة اضطرابات نفسية.

اضطرابات الاكتئاب الشديدة

إن حالات الاكتئاب الشديدة بمثابة اضطراب نفسي ذات معدل انتشار على مدار الحياة يتراوح بين ١٥٪ و ١٧٪ (٣٢). تشير النظريات الخاصة بالاكتئاب إلى حدوث تشويش في العلاقات بين الأفراد (٣٣) وأيضاً في الجهاز العصبي الذي يدخل في العمليات العاطفية الاجتماعية (٣٤). يُظهر الأفراد الذين يعانون من اكتئاب وأيضاً هؤلاء الذين هم أمام خطر الإصابة باكتئاب، نطاقاً من العجز الاجتماعي ويبدو أنه من يقود علاقاتهم الاجتماعية التي تتصف بالضغط (٣٥-٣٧).

لقد عمل تطوّر مفهوم الاكتئاب الشديد (٣٨) والدراسة التجريبية عن حالات الاكتئاب الشديد لدى الحيوانات ودراسات تصوير الأعصاب لدى البشر، عملت كل هذه على إلقاء الضوء على كيف يُمكن أن تدخل الأنظمة العصبية في هذه الحالة (٣٩،٤٠،٤١،٤٢)، مثلاً مع ظهور تقنية تصوير الأعصاب الوظيفية - مثل التصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني (PET) والتصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي (fMRI) - تم اقتراح العديد من مناطق/شبكات المخ المرشحة لحالات الاكتئاب الشديدة (٤١-٤٣).

لقد قامت العديد من الدراسات بفحص الروابط العصبية لعمليات تنظيم العاطفة والتي هي من المظاهر الأساسية للاضطراب (٤٤-٥٠)، ولأن دراسات التصوير العصبي تشمل بصفة عامة حجم عينة صغير (تتراوح بين ٩ و ٤٤ مثلاً)، تفتقد العديد من دراسات التصوير العصبي هذه إلى قوة إحصائية كافية (٤٣)، مع العلم أن القوة الإحصائية المنخفضة تقلل

من فرص الكشف عن التأثير الحقيقي (٥١)، وبالتالي فمن الهام أن نتذكر دائماً أن نهج التحليل التلوي لدراسات التصوير الوظيفي لحالات الاكتئاب الشديدة، غالباً ما يُقدّم صورة أكثر دقة (٤٣).

ومن مجموعة دراسات التصوير العصبي هذه ودراسات التحاليل التلوية، بدأ يخرج إلى حيز الوجود نموذج القشرة الحوفية لحالات الاكتئاب الشديدة (٤١-٤٣، ٥٢-٥٥)، مما يقترح وجود خلل وظيفي في سبعة مناطق أساسية (الأجزاء الجانبية والوسطى والمدارية من القشرة الجبهية الأمامية، والأجزاء الجنسية والمنقارية من القشرة الحزامية الأمامية والحصين والمهاد الأمامي) في داخل وخارج الجهاز الحوفي. من المثير للاهتمام أن نموذج القشرة الحوفية لحالات الاكتئاب الشديدة لا يقترح فقط وجود فرط نشاط الجهاز الحوفي بل أيضاً عدم انتظام في قشرة الجبهة الأمامية (٥٦).

يتناسب هذا النموذج مع نموذج آخر قدمه فيليبس وآخرون (٤٧، ٤٨، ٥٧) لانتظام الحالة العاطفية، ويعمل هذا النموذج على تعريف نظامين أساسيين متوازيين، وهما ١- النظام البطني (والذي يشمل اللوزة المخية والجزيرة اللحائية والمخطط البطني والتلفيف الحزامي البطني الأمامي وقشرة الفص الجبهي البطني الإنسي والقشرة الأمامية المدارية الوسطى)، وهو بالأمر الهام للبناء على ما لدينا من معلومات وأيضاً للتقييم العاطفي التلقائي للمحفزات البارزة وتكاثر الحالات العاطفية؛ و٢- نظام ظهري (مثل تلفيف الحزام الأمامي الظهري وقشرة الفص الجبهي الظهري) والذي يُقترح أنه يلعب دوراً معرفياً أساسياً في البدء بما تم تحقيقه وصولاً إلى التفاصيل الدقيقة في التنظيم الطوعي للحالات العاطفية هذه (٤٧، ٤٨).

لقد عمل استطلاع حديث أشتمل على ٤٠ دراسة fMRI ودراسة واحدة (٤٤) PET، عمل على تأكيد (وتحديد) دور نموذج القشرة الحوفية في حالات الاكتئاب الشديدة، وذلك بتحليلها مع الوضع في اعتبار لستة عمليات فرعية للتنظيم العاطفي وهي: السيطرة السلوكية التلقائية والسيطرة السلوكية الطوعية والسيطرة على الانتباه التلقائي والسيطرة على المعرفة التلقائية الطوعي والسيطرة على المعرفة التلقائية

والسيطرة على المعرفة الطوعية. باختصار، لقد أظهر هذا الاستطلاع أن حالات الاكتئاب الشديدة ترتبط بقصور شاذ في نشاط قشرة الفص الجبهي الجانبي، وبصفة خاصة أثناء السيطرة الطوعية على الخبرات العاطفية، بينما أن التنظيم العاطفي التلقائي يأتي من تنشيط مناطق أخرى في المخ، مثل مناطق الفص الجبهي الإنسي، والتي تشمل تليف الحزام الأمامي الظهري والمنقاري (٤٤).

تقترح نتائج التصوير العصبي هذه أن الاكتئاب مرتبط بخلل في مناطق معينة بالمخ تدخل في التنظيم العاطفي والسيطرة على الدوافع والاستجابات العاطفية مع اختلافات ثقافية تلعب دوراً كعامل مساهم وأيضاً كنتيجة للعمليات العاطفية والأداء التنفيذي.

وبسبب النسبة العالية من الأسباب الوراثية التي تدخل في اعراض الاكتئاب (٥٨-٦٠)، قام العديد من الباحثين بدراسة دور العوامل الوراثية، وقد ركزت العديد من الدراسات على تعدد الأشكال الوظيفية المزعومة، إلا أنه قد تم التأكيد على القليل من هذه الجينات، وذلك في الدراسات اللاحقة وفي التحاليل التلوية (٦١). مثلاً لقد قام بيزازاس وآخرون (٦٢) باكتشاف أن المرضى ذي أليل قصير من تعدد أشكال الترويج الوظيفي لناقل جين السيروتونين (5-HTTLPR) لديهم حجم قليل لكلا من اللوزة المخية وقشرة الفص الجبهي الجينية الفرعية، وقد ظهر عدم تزاوج وظيفي لدوائر اللوزة المخية الجينية الفرعية. لدى الافراد ذي هذا الأليل صفات مزاجية مرتفعة ترتبط بالقلق، وزيادة في تفاعل اللوزة المخية وخطر متزايد للإصابة بالاكتئاب. لقد قامت العديد من التحاليل التلوية بتدعيم اشتراك تفاعل الأليل القصير هذا التابع لـ 5-HTTLPR والضعف في مسببات الاكتئاب (٦٣).

وبالرغم من أن دراسات روابط الجينوم الواسعة (٦٤) قد قامت بتعريف مناطق هامة وجينات مُرشحة جديدة للعديد من الاضطرابات النفسية، كان من الصعب في بعض الأحيان تكرار الدراسات السابقة (٦٥)، وقد أنتج كلاً من التطور التقني وكبير حجم العينة نتائج متوافقة لحالات الاكتئاب الشديدة، إلا أنه من الواضح أن حتى العينات الكبيرة والتحليل التلوية للعديد من مجموعات البيانات بالأمر المطلوب (٦٦)، (٦٧). تقدم دراسة الأنماط الظاهرية المتوسطة

نهجاً قيماً، وهو أن هذه الصفات الوراثية تتشارك في إبعاد اضطراب ما، إلا أنها نتيجة مباشرة للاضطراب ويُمكن تحديد كميتها لدى الأفراد المتأثرين وهؤلاء الغير متأثرين. لقد تم اقتراح أن الأنماط الظاهرية المتوسطة تتأثر بمجموعة أصغر من الجينات بالمقارنة مع الاضطرابات النفسية، مما يُسهل من أمر اكتشاف الجين. إن مكوّن العمليات الاجتماعية الذي يُفرّق بين مريض الاكتئاب عن غيره من المرضى، مثل الشعور بالوحدة المدركة - والذي ظهر بأنه يمثل حوالي ٥٠٪ من الحالات الوراثية (٦٨، ٦٩) - بمثابة فئة مثمرة من الأنماط الظاهرية المتوسطة.

قد يعمل أمر تعريف العلامات العصبية الحيوية للاكتئاب على مساعدة الأطباء النفسيين على استهداف العمليات والمناطق العصبية المحددة وأن يعملوا على تشخيص وسائل العلاج المضادة للاكتئاب، إلا أنه عندما يتم استهداف الاكتئاب من جانب أحداث بيئية متكررة (مثل ظروف الحياة الضاغطة أو مشكلات في العلاقات (٢٩، ٧٠))، يعمل الاتكال الحصري على العلاج الدوائي على جعل المريض عُرضة للانتكاسة، لكن بإمكان مجموعة ذاتية من وسائل العلاج المُقدمة من مجال العلوم العصبية الاجتماعية من تحسين النتائج بصورة كبيرة.

الشخصية المعادية للمجتمع والاعتلالات النفسية

تتصف اضطرابات الشخصية المعادية للمجتمع بنطاق من الانحرافات الاجتماعية التي تشمل عدم المبالاة لحقوق الآخرين بل وانتهاك حقوقهم. يركز مفهوم الاعتلالات النفسية المُعرّف بصورة دقيقة بل والمرتبط بالموضوع، على الظواهر الاجتماعية (مثل عدم المصادقية والاهتمام بالجمال الظاهري وعدم تحمل المسؤولية في العلاقات مع الآخرين) والظواهر العاطفية الاجتماعية (مثل عجز العواطف الاجتماعية كالشعور بالندم أو الخجل وعدم المقدرة على الوقوع في الحب والمشاعر السطحية) (٧١، ٧٢).

لقد قام عدد كبير من دراسات التصوير العصبي أثناء العقد الماضي بدراسة الركائز العصبية للسلوكيات المعادية للمجتمع وأيضاً للاعتلالات النفسية (٧٣-٨٢)، وتدل هذه

الدراسات أنه عندما يلاحظ أو يتخيل الأفراد الذين يعانون من اعتلالات نفسية الآخرين يتألمون، تكون مناطق المخ المسؤولة عن الشعور بالتعاطف والاهتمام بالآخرين (مثل الحزام الأمامي الظاهري) أقل نشاطاً أو قد لا تنشط، وتكون الروابط بين هذه المناطق وغيرها من المناطق الهامة المتضمنة في العمليات العاطفية واتخاذ القرارات، أضعف مما هي عليه لدى العامة الطبيعيين.

لقد أُقترح جدلاً أن الاستجابات الضئيلة لتلميحات التهديد هذه أو لكلمات العقاب أنها وراء فشل التعلم من الاستجابة للعقاب والاستغلال القاسي وقلة الشعور بالندم والتركيز على الإثابة المباشرة الي تصف الاعتلالات النفسية. وبالتوافق مع هذه الفكرة، أظهرت دراسات الـ fMRI أن دوائر الفص الجبهي والحوفي (التي تشمل اللوزة المخية والقشرة الأمامية المدارية والجزيرة اللحائية الأمامية والقشرة الحزامية الأمامية) التي قد نشطت أثناء مواقف تتسم بالخوف (باستخدام صوراً لوجوه محايدة) لدى الأفراد الأصحاء، لم تكن قد نشطت في حالة الاعتلالات النفسية (٨٣). وبالتوافق مع هذا الأمر، ترتبط الاعتلالات النفسية بنقص استجابة لإرادي لتوقع الأحداث التي تتسم بتهديد (٨٤) وتثبيط مفاجئ للمحفزات العاطفية السلبية (مثل مشهد به ضحايا) (٨٥). لقد تم اقتراح أن العجز الوظيفي التابع للفص الجبهي يرتبط بالعجز السلوكي والعاطفي الذي يظهر في حالات الاعتلالات النفسية (٨٦)، وتقترح الدراسات البنيوية أن اضطرابات الشخصية المعادية للمجتمع ترتبط بنقص في حجم المادة السنجابية في الفص الجبهي، وأن هذا العجز في المادة السنجابية في الفص الجبهي ينعكس في الاستجابات القليلة لكهربية الجلد (٨٧).

لقد قام هيكن وآخرون (٨٨) بدراسة الافتراض الذي يقول أن الاعتلالات النفسية الأولية (المظاهر العاطفية بين الأفراد) بالأمر المتوارث في غالب الأمر، بينما أن الاعتلالات النفسية الثانوية (الانحرافات الاجتماعية) بالأمر المُحدد بيئياً، وذلك بصورة أولية. لقد تم تقييم مؤشرات الميول إلى الاعتلالات النفسية الأولية والثانوية التي تقوم على سمات الشخصية، وذلك باستخدام الاستطلاع الشخصي المتعدد الأبعاد (MPQ) وذلك لتقدير مدى هيمنة الخوف والسلوك الاندفاعي

المعادي للمجتمع، بالتعاقب، وأيضاً الحالة البيئية للأسرة والمدرسة والأقران، وتم أيضاً تقييم أحداث الحياة الضاغطة. لقد كان السلوك الاندفاعي المعادي للمجتمع MPQ مرتبطاً بصورة أولية بعوامل الخطر البيئية، وكانت هذه التأثيرات البيئية هامة لانتشار الشعور بالخوف MPQ، إلا أن هيمنة الشعور بالخوف MPQ والسلوك الاندفاعي المعادي للمجتمع يُظهر جوانب مشابهة للقابلية للتورث، وقد ظهرت التأثيرات الجينية بأنها وراء الارتباطات بين السلوكيات الاندفاعية المعادية للمجتمع والسيقات البيئية. ويختم الكتاب بأن العلاقة بين البيئة والجينات - وليس التأثيرات الأساسية للجينات والبيئات - قد تكون وراء الروابط البيئية المختلفة للاعتلالات النفسية الأولية والثانوية.

وفي خلاصة الأمر، لقد كانت الدراسات الحديثة للاختلافات بين المرضى والعامّة الأوصاء فيما يخص الأسس العصبية للشعور بالتعاطف تجاه آلام الآخرين، تعليمية بصورة خاصة، ولا تزال أبحاث العلوم العصبية الاجتماعية في هذا المجال بالأمر الحديث، كما أن عدد المكونات الخاصة للعمليات الاجتماعية التي قمنا بفحص تقنياتها العصبية والجينية لدى المرضى والعامّة الأوصاء، لا يزال محدوداً.

اضطرابات قصور الرغبة الجنسية

يوجد في الوقت الحالي عدد كبير من الكتابات في مجالي الطب النفسي وعلم النفس التي تتحدث عن اضطرابات قصور الرغبة الجنسية لدى الإناث، وهو الأمر المعروف في الـ DSM-IV بكونه «عجز (أو غياب) مستمر أو متكرر للتخيلات الجنسية والرغبة للنشاط الجنسي» وهو الأمر الذي يتسبب في «ظهور ضغوط واضحة أو صعوبات في العلاقات بين الأفراد». لقد أقرت الدراسات الوبائية بأن حوالي ٤٠٪ من السيدات الأمريكيات بين العشرين والسبعين من العمر لديهن مشكلات تتمثل في انخفاض الرغبة الجنسية (٨٩)، ويؤثر هذا الاضطراب بصورة سلبية على جودة حياة المرأة التي تعاني من هذا الاضطراب وأيضاً جودة حياة الزوجين (٨٩-٩١).

لقد بدأ علماء الأعصاب الاجتماعية بدراسة اضطراب نقص الرغبة الجنسية، وذلك لإدراك

مناطق المخ والشبكات التي تدخل في هذه العملية، وذلك في حال أردنا تطوّر المزيد من التدخلات الجديدة، وبالرغم من أن هذا الأمر بمثابة مجال بحث جديد، إلا أن العمل الموجود يقترح أنه قد بدأ تعريف أهمية العمليات المركزية - بالمقارنة مع العمليات الهامشية - لدى كلا من المرضى والأوصاء (٩٢) ومناطق المخ والشبكات التي ترتبط بالرغبة الجنسية بالمقابل مع الوقوع في الحب.

لقد أظهرت الدراسات العصبية التي قامت على الأوصاء أن الرغبة الجنسية تتطلب ليس فقط المناطق الحوفية التي تتعلق بالعاطفة، مثل المنطقة اللوزية والمهاد ومنطقة الحصين والمخطط البطني والجزيرة اللحائية، بل أيضاً شبكة قشرية موزعة، وتشمل هذه (إلا أنها ليست محصورة) ثلاثة مناطق رئيسية، وهم: القشرة الحزامية الداخلية والفصيص الجداري والتلم الأوسط الصدغي العلوي الخلفي / التلفيف الصدغي (٩٣). يعمل التوزيع الطبيعي لهذه الشبكة لدى الأوصاء، على تأكيد كيف أن الرغبة الجنسية تشتمل على مناطق المخ التي تقف وراء أدوار مختلفة، مثل تقنية الإثابة (مثل المخطط البطني) وعمليات معرفية عالية الترتيب وترتبط بالمعرفة الاجتماعية والتمثيل الذاتي وصورة الجسم والانتباه (٩٤). تعمل وظائف شبكات المخ هذه على تدعيم رؤية الرغبة الجنسية كظاهرة يسوقها ليس فقط التأثيرات الإيجابية بل أيضاً التأثيرات السلبية من الماضي وخبرات الإثابة الجسدية المتكاملة المتعلقة بالنفس مُصاحبة بعمليات حسية (مثل الرؤية) وعاطفية (٩٤،٩٣).

لقد عملت دراسات التصوير العصبي لدى مرضى اضطرابات قصور الرغبة الجنسية على تشكيل فرصة فريدة لدراسة الدور المفترض لعمليات المخ الضمنية هذه (٩٥٠٩٨). لقد قام ستولبرو وآخرون (٩٥) بشرح حالات تنشيط المخ المختلفة أمام المحفزات المرئية الجنسية بين الرجال الذين يعانون من اضطرابات قصور الرغبة الجنسية وغيرهم من الرجال الأوصاء، وذلك باستخدام PET؛ فبينما أظهر الرجال الأوصاء نشاطاً منخفضاً في المنطقة الأمامية المدارية، لم يُظهر الرجال الذين يعانون من اضطراب انخفاض في النشاط المتعلق بالإثارة المرئية. وقد فسّر الكتاب هذا الاختلاف بكونه بسبب سيطرة مُثبّطة عندما رأى الرجال الذين

يعانوا من اضطراب المحفز المرئي، وقد أظهر الرجال ذي اضطراب قصور الرغبة الجنسية - بالمقارنة مع الأوصاء - تعطيلاً أكبر في مناطق المخ التي ترتبط بالعاطفة (مثل القشرة الحزامية الأمامية) وأيضاً في مناطق المخ التي تقف وراء عمليات التصوير الحركي والخبرات الجسدية والتمثيل الذاتي (مثل القشرة الحسية الجسدية).

لقد أثبتت دراسات التصوير العصبي اللاحقة في هذا المجال، والتي تمت بواسطة fMRI والمشاركين من الإناث (٩٧،٩٨)، أثبتت ما قد اكتشفه ستولبرو. وباختصار، قد أظهرت هذه الدراسات نوعين مميزين من التغييرات العصبية لدى المشاركين الذين يعانون من اضطرابات قصور الرغبة الجنسية، نسبة للأوصاء. أما الإناث الذين يعانون من هذا الاضطراب، فقد أظهرن قصوراً في الرغبة الجنسية في شبكات المخ، والذي هو بالأمر النشط لدى الأوصاء (مثل الجزيرة اللحائية الخلفية) وأيضاً نشاط مفرط في ثلاثة مناطق معينة في المخ لم تكن نشطة لدى المشاركين الأوصاء، وهذه المناطق هي الفصيص الجداري السفلي والتلفيف الأمامي السفلي والقشرة البصرية خارج الجسم المخطط.

يتوافق هذا الأمر مع الافتراض الحالي الذي يخص قلة الرغبة الجنسية (٩٩)، وهو الأمر الذي يقترح أن اضطراب قصور الرغبة الجنسية قد ينتج عن قصور في وظائف الإثارة وقصور في وظائف التثبيط، أو خليط بين الحالتين. ومن المثير للاهتمام أن هذه الاكتشافات تتوافق مع التعريف الإكلينيكي «للمشاهدة» التابع لـاستير وجونسون وكابلان وبارلو (١٠٠، ١٠١)، وهو التعريف الذي يقترح أن العجز في الوظائف الجنسية قد تكون (على الأقل بصورة جزئية) مرتبطة بإثارة مُثبّطة، ويرجع هذا إلى توتر في عملية المحفزات الجنسية وتحول في التركيز العاطفي من المحفزات الجنسية إلى مراقبة ذاتية للاستجابة الجنسية (أي التركيز الذي يركز على الذات).

يحتاج هذا الافتراض إلى المزيد من الاختبارات، إلا أن هذه النتائج تقدّم رؤية لعمليات المخ التي تقف وراء اضطراب الرغبة الجنسية وأيضاً دور المعلومات الاجتماعية في اضطراب قصور الرغبة الجنسية. يوضح هذا العمل وبصفة عامة قيمة العلوم العصبية

تستخدم وسائل التقارب التي تقيس الأحداث العصبية بمقاييس زمنية ومكانية مختلفة، وذلك لتقديم صورة شاملة أكثر عن وظائف المخ.

إن المقياس المتساوي الاضلاع المُقدّم في الصورة رقم ١ يُمثل الأهمية المتساوية لثلاثة نُهج تقاربية قد تساعدنا على إدراك تقنية المخ التي تكمن وراء الاضطراب النفسي (١٠٢)، وهي ١- التقييم السلوكي أو تحديد عمليات معالجة مكونات المعلومات، والتي تشمل مكونات خاصة بالعمليات الاجتماعية، و٢- معالجة تجريبية و٣- مقاييس نفسية. إن التصوير العصبي بمثابة مقياس متلائم، وبالتالي فإن الدراسات التجريبية التي تتضمن الضرر والتحفيز المغناطيسي للدماغ والتدخلات الدوائية (مثل اللجين والعقاقير) لدى البشر والحيوانات بالأمر اللازم وذلك لمزيداً من توضيح الدور السببي لأية بنية عصبية وأية دائرة أو عملية في مهمة ما. لدى كل واحد من ضلوع المثلث هذه محدودياته، إلا أن تجمّع الثلاثة معاً يُمكن أن يُسهّل إحداث تقدّم في إدراكنا للتقنية العصبية التي تكمن وراء الاضطرابات النفسية.

التقييمات السلوكية

(مثل وقت الاستجابة،
الأختيار،

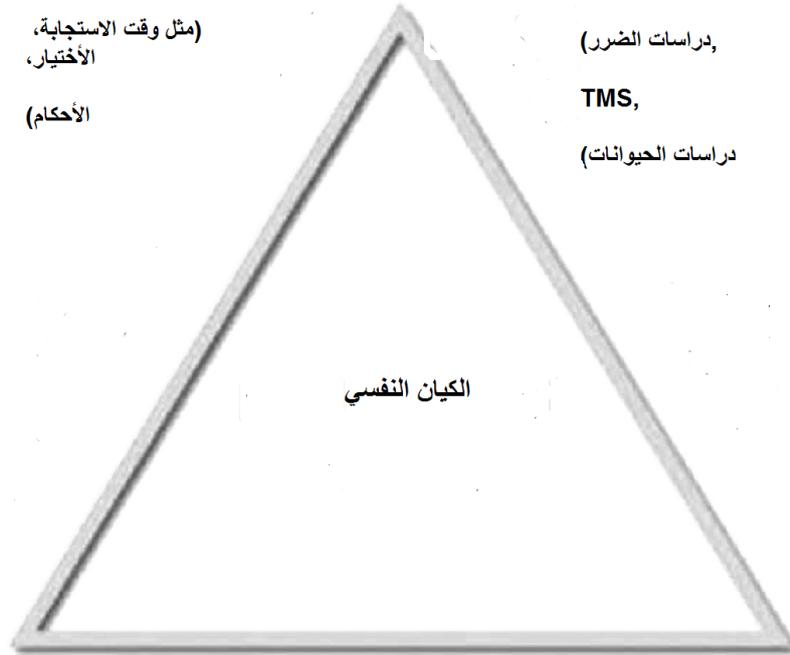
(الأحكام)

المعالجة التجريبية

(دراسات الضرر)

TMS،

(دراسات الحيوانات)



المقاييس النفسية (مثل EEG والديناميكية الدموية العصبية والANS)

الصورة رقم ١: المثلث الذهبي لأبحاث العلوم العصبية الاجتماعية. EEG- الرسم الكهربائي للدماغ، ERP- احتمالات الاستجابة للمنبهات المسموعة، ANS- الجهاز العصبي اللاإرادي، TNS- التحفيز المغناطيسي للدماغ

الخاتمة

لقد عمل التقدم الحسابي والتكنولوجي على مدار العقود القليلة الماضية على تحويل طبيعة البيانات المتاحة وكميتها على تركيب ووظائف المخ، وذلك في العديد من المقاييس، إلا أنه ومع هذا التقدّم، ظهرت إشارات عمل منهجية وتحليلية ومفهومية مميزة، وقد زاد أيضاً من التخصصات الفرعية والاهتمام بأمر العزل. وبالرغم من أن هذا التخصص بالأمر المفهوم جيداً، إلا أن بإمكانه أن يعمل ضد تكامل البيانات عبر مستويات التحليل، وبصفة خاصة عندما يرتبط بإزالة التقليل وليس زيادته، وهو الأمر الذي يفيد في دراسة جزء ما حتى يصبح إدراك الكل بالأمر الأسهل. وبالتالي فقد يكون إسهام النهج التكاملية المتعددة المستويات للعلوم العصبية الاجتماعية في الطب النفسي، الطريق الذي تترابط به المعلومات بعضها مع بعض على مستويات مختلفة من وظائف المخ والسلوكيات (التي تشمل السلوكيات الاجتماعية).

وبالرغم من أن العلوم العصبية الاجتماعية ليست بالأمر الفريد في مجال الطب النفسي، إلا

أن استهداف الأنماط الظاهرية الداخلية المعينة في كل اضطراب نفسي يثبت أنه بالأمر التعليمي. يكتسب هذا البحث الكثير من المصداقية، وذلك مع الزيادة المستمرة في قوائم الأنماط الظاهرية الحيوية والسلوكية. وبمعرفة أنه من بين أكثر الوظائف أهمية للعقل البشري هو إنتاج كيان نفسي مُنظم وتنظيم السلوكيات، والتي تشمل معرفتنا وتفاعلاتنا مع الآخرين، قد يثبت أيضاً أنه بالأمر التعليمي وذلك ليحدد مكونات الكيانات الاجتماعية والعمليات التي تدخل في الاضطرابات النفسية.

إن الاضطراب النفسي المعقد المترابط ذات مناطق تنشيط في المخ، بمثابة خطوة أولية تجاه تحديد تقنية المخ المسؤولة عن أي من الاضطرابات. لا يعمل المخ بصورة محصورة على مستوى مكان الجزيئات والخلايا والنواة والمناطق والدوائر والأنظمة، وهو أيضاً لا يعمل بصورة محصورة على مستوى زمني لواحد من الألف من الثانية والثواني والدقائق والساعات أو الأيام. تقدم أي منهجية لتصوير الأعصاب رؤية جزئية لنشاط المخ في نطاق محدود جداً لمستويات المكان والزمان، وبالتالي ينبغي أن

الاجتماعية - من تحليل أنشطة مناطق المخ وحتى تحليل محتويات الكيانات والعمليات الاجتماعية - في تحديد أفضل للتقنية التي تكمن وراء اضطراب نفسي ما وأيضاً لتطوير هدف أكثر فاعلية وقرباً للتدخلات (مثل العقاقير الدوائية والمجالات العصبية والمعرفية الاجتماعية).

الرؤى المستقبلية

إن العقل البشري هو أكثر البنيات الحيوية تعقيداً التي عُرفت حتى الآن، ويتقدم مدى تعقد العقل البشري ومدخلاته، نجد أن الأمر الجدير بالملاحظة هو أن ظهور اضطراب نفسي في أي مرحلة من مراحل العمر ليس أكثر شيوعاً. إن التركيز الأصلي على المجالات التناسلية والمجالات العصبية المرتبطة بفئات التشخيص النفسي، كان بمثابة خطوة أولية هامة، إلا أن هذا النهج يقترح أنه من الممكن تخطيط هذه الفئات في صورة ١:١ وذلك لتحديد الأسباب الضمنية. ويتقدم مدى تعقيد العقل البشري ونزوات الاضطرابات النفسية، ليس من المدهش

23. Cole SW, Conti G, Arevalo JM et al. Transcriptional modulation of the developing immune system by early life social adversity. *Proc Natl Acad Sci USA* 2012; 109:20578-83.
24. Cole SW, Hawkley LC, Arevalo JMG et al. Transcript origin analysis identifies antigen-presenting cells as primary targets of socially regulated gene expression in leukocytes. *Proc Natl Acad Sci USA* 2011;108:3080-5.
25. Irwin MR, Cole SW. Reciprocal regulation of the neural and innate immune systems. *Nat Rev Immunol* 2011;11:625-32.
26. Slavich GM, Cole SW. The emerging field of human social genomics. *Clin Psychol Sci* (in press).
27. Cacioppo JT, Hawkley LC. Perceived social isolation and cognition. *Trends Cogn Sci* 2009;13:447-54.
28. Powell ND, Sloan EK, Bailey MT et al. Social stress up-regulates inflammatory gene expression in the leukocyte transcriptome via β -adrenergic induction of myelopoiesis. *Proc Natl Acad Sci USA* 2013;110:16574-9.
29. Cacioppo JT, Hawkley LC, Thisted RA. Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychol Aging* 2010;25:453-63.
30. Vanderweele TJ, Hawkley LC, Thisted RA et al. A marginal structural model analysis for loneliness: implications for intervention trials and clinical practice. *J Consult Clin Psychol* 2011;79:225-35.
31. Ernst JM, Cacioppo JT. Lonely hearts: psychological perspectives on loneliness. *Appl Prev Psychol* 1998;8:1-22.
32. Ebmeier KP, Donaghey C, Steele JD. Recent developments and current controversies in depression. *Lancet* 2006; 367:153-67.
33. Coyne JC. Thinking interactionally about depression: a radical restatement. In: Joiner TJ, Coyne JC (eds). *The interactional nature of depression: advances in interpersonal approaches*. Washington: American Psychological Association, 2002: 11-24.
- during theory of mind (ToM) task performance in Japanese and Caucasian participants. *Soc Neurosci* 2011;6:615-26.
11. Wagner DD, Altman M, Boswell RG et al. Self-regulatory depletion enhances neural responses to rewards and impairs top-down control. *Psychol Sci* (in press).
12. Yeates KO, Bigler ED, Abildskov T et al. Social competence in pediatric traumatic brain injury: from brain to behavior. *Clin Psychol Sci* (in press).
13. Ito TA, Thompson E, Cacioppo JT. Tracking the timecourse of social perception: the effects of racial cues on event-related brain potentials. *Pers Soc Psychol Bull* 2004;30:1267-80.
14. Ortigue S, Bianchi-Demicheli F, Patel N et al. Neuroimaging of love: fMRI metaanalysis evidence toward new perspectives in sexual medicine. *J Sex Med* 2010; 7:3541-52.
15. Cacioppo S, Frum C, Asp E et al. A quantitative meta-analysis of functional imaging studies of social rejection. *Sci Rep* 2012;3:1-4.
16. He Y, Johnson MK, Dovidio JF et al. The relation between race-related implicit associations and scalp-recorded neural activity evoked by faces from different races. *Soc Neurosci* 2009;4:426-42.
17. Kendler KS, Jaffee SR, Romer D (eds). *The dynamic genome and mental health*. New York: Oxford University Press, 2011.
18. Reichenberg A, Mill J, MacCabe JH. Epigenetics, genomic mutations and cognitive function. *Cogn Neuropsychiatry* 2009;14:377-90.
19. Lubin FD. Epigenetic gene regulation in the adult mammalian brain: multiple roles in memory formation. *Neurobiol Learn Mem* 2011;96:68-78.
20. Puckett RE, Lubin FD. Epigenetic mechanisms in experience-driven memory formation and behavior. *Epigenomics* 2011; 3:649-64.
21. Cole SW. Social regulation of human gene expression: mechanisms and implications for public health. *Am J Public Health* 2013;103(Suppl. 1):S84-92.
22. Cole SW, Hawkley LC, Arevalo JM et al. Social regulation of gene expression in human leukocytes. *Genome Biol* 2007;8: R189.
- أنها قد تمثل نقطة تلاقي جيدة تقوم بمخاطبة ودمج النظريات والوسائل والبيانات من مستويات متعددة من المنظمات ومن الآراء التخصصية، وذلك لتقديم فهمًا أفضل للأسباب ووسائل علاج الاضطرابات النفسية، بالإضافة إلى ذلك، لقد أنقسم الطب النفسي إلى تخصصين فرعيين، حيث يقوم واحد بالتركيز على علاج الأمراض بالوسائل الحيوية وبالعقاقير، ويركز الآخر على العلاج بالتخاطب. قد تخدم العلوم العصبية الاجتماعية كنقطة تلاقي لوجهات النظر هذه، وأيضًا ك مجال يُمكن فيه أن ننظر إلى التدخلات بالعقاقير باعتبارها استراتيجية لتحسين الوظائف الاجتماعية.

المراجع:

1. Cacioppo JT, Patrick B. *Loneliness: human nature and the need for social connection*. New York: WW Norton & Company, 2008.
2. Meltzoff AN, Moore MK. Imitation of facial and manual gestures by human neonates. *Science* 1977;198:75-8.
3. Dunbar RIM. The social brain hypothesis and its implications for social evolution. *Ann Hum Biol* 2009;36:562-72.
4. Dunbar RIM, Shultz S. Evolution in the social brain. *Science* 2007;317:1344-7.
5. Cacioppo JT, Visser PS, Pickett CL. *Social neuroscience: people thinking about thinking people*. Cambridge: MIT Press, 2006.
6. Adolphs R. Conceptual challenges and directions for social neuroscience. *Neuron* 2010;65:752-67.
7. Mendez MF, Manes F. The emerging impact of social neuroscience on neuropsychiatry and clinical neuroscience. *Soc Neurosci* 2011;6:415-9.
8. Birmingham E, Cerf M, Adolphs R. Comparing social attention in autism and amygdala lesions: effects of stimulus and task condition. *Soc Neurosci* 2011;6:420-35.
9. Cacioppo JT, Amaral DG, Blanchard JJ et al. Social neuroscience: progress and implications for mental health. *Perspect Psychol Sci* 2007;2:99-123.
10. Koelkebeck K, Hirao K, Kawada R et al. Transcultural differences in brain activation patterns

- regulation: implications for understanding the pathophysiology and neurodevelopment of bipolar disorder. *Mol Psychiatry* 2008;13: 833-57.
58. Sullivan P, Neale M, Kendler K. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2000;157:1552-62.
 59. Levinson DF. The genetics of depression: a review. *Biol Psychiatry* 2006;60:84-92.
 60. Todd RD, Botteron KN. Etiology and genetics of early-onset mood disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2002; 11:499-518.
 61. Hart AB, de Wit H, Palmer AA. Candidate gene studies of a promising intermediate phenotype: failure to replicate. *Neuropsychopharmacology* 2013; 38:802- 16.
 62. Pezawas L, Meyer-Lindenberg A, Drabant EM et al. 5-HTTLPR polymorphism impacts human cingulate-amygdala interactions: a genetic susceptibility mechanism for depression. *Nat Neurosci* 2005;8:828- 34.
 63. Karg K, Burmeister M, Shedden K et al. The serotonin transporter promoter variant (5-HTTLPR), stress, and depression meta-analysis revisited: evidence of genetic moderation. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68:444-54.
 64. Hek K, Demirkan A, Lahti J et al. A genome-wide association study of depressive symptoms. *Biol Psychiatry* 2013; 73:667-78.
 65. Klein C. The promise and limitations of genome-wide association studies. *JAMA* 2012;308:1867.
 66. Major Depressive Disorder Working Group of the Psychiatric GWAS Consortium, Ripke S, Wray NR et al. A megaanalysis of genome-wide association studies for major depressive disorder. *Mol Psychiatry* 2013;18:497-511.
 67. Smoller JW, Craddock N, Kendler K et al. Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis. *Lancet* 2013;381:1371-9.
 68. Boomsma DI, Willemsen G, Dolan CV et al. Genetic and environmental contributions to loneliness in adults: the Netherlands twin register study. *Behav Genet* 2005;35:745-52.
 - depression and bipolar depression: current and future clinical and neuroimaging perspectives. *Biol Psychiatry* 2013;73:111-8.
 46. Gotlib IH, Joormann J. Cognition and depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol* 2010; 6:285-312.
 47. Phillips ML, Drevets WC, Rauch SL et al. Neurobiology of emotion perception I: The neural basis of normal emotion perception. *Biol Psychiatry* 2003;54:504-14.
 48. Phillips ML, Drevets WC, Rauch SL et al. Neurobiology of emotion perception II: Implications for major psychiatric disorders. *Biol Psychiatry* 2003;54:515-28.
 49. Ochsner KN, Gross JJ. The cognitive control of emotion. *Trends Cogn Sci* 2005;9: 242-9.
 50. Ochsner KN, Gross JJ. The neural architecture of emotion regulation. In: Gross JJ, Buck R (eds). *The handbook of emotion regulation*. New York: Guilford, 2007:87-109.
 51. Button KS, Ioannidis JPA, Mokrysz C et al. Power failure: why small sample size undermines the reliability of neuroscience. *Nat Rev Neurosci* 2013;14:365-76.
 52. Alexander GE, DeLong MR, Strick PL. Parallel organization of functionally segregated circuits linking basal ganglia and cortex. *Annu Rev Neurosci* 1986;9:357-81.
 53. Bora E, Yücel M, Fornito A et al. Gray matter abnormalities in major depressive disorder: a meta-analysis of voxel based morphometry studies. *J Affect Disord* 2012;138:9-18.
 54. Stefurak T, Mikulis D, Mayberg H et al. Deep brain stimulation for Parkinson's disease dissociates mood and motor circuits: a functional MRI case study. *Mov Disord* 2003;18:1508-16.
 55. Seminowicz DA, Mayberg HS, McIntosh AR et al. Limbic-frontal circuitry in major depression: a path modeling metanalysis. *Neuroimage* 2004;22:409-18.
 56. Mayberg HS, Liotti M, Brannan SK et al. Reciprocal limbic-cortical function and negative mood: converging PET findings in depression and normal sadness. *Am J Psychiatry* 1999;156:675-82.
 57. Phillips ML, Ladouceur CD, Drevets WC. A neural model of voluntary and automatic emotion regulation: implications for understanding the pathophysiology and neurodevelopment of bipolar disorder. *Psychological Association*, 1999: 365-92.
 34. Davidson RJ, Pizzagalli D, Nitschke JB et al. Depression: perspectives from affective neuroscience. *Annu Rev Psychol* 2002; 53:545-74.
 35. Hammen C, Brennan PA. Interpersonal dysfunction in depressed women: impairments independent of depressive symptoms. *J Affect Disord* 2002;72:145-56.
 36. Daley SE, Hammen C. Depressive symptoms and close relationships during the transition to adulthood: perspectives from dysphoric women, their best friends, and their romantic partners. *J Consult Clin Psychol* 2002;70:129-41.
 37. Joiner TE. Depression's vicious scree: self-propagating and erosive processes in depression chronicity. *Clin Psychol Sci Pract* 2000;7:203-18.
 38. Maj M. Development and validation of the current concept of major depression. *Psychopathology* 2012;45:135-46.
 39. Russo SJ, Nestler EJ. The brain reward circuitry in mood disorders. *Nat Rev Neurosci* 2013;14:609-25.
 40. Davidson RJ. Cognitive neuroscience needs affective neuroscience (and vice versa). *Brain Cogn* 2000;42:89-92.
 41. Drevets WC. Neuroimaging and neuropathological studies of depression: implications for the cognitive-emotional features of mood disorders. *Curr Opin Neurobiol* 2001;11:240-9.
 42. Mayberg HS. Modulating dysfunctional limbic-cortical circuits in depression: towards development of brain-based algorithms for diagnosis and optimised treatment. *BrMed Bull* 2003;65:193-207.
 43. Graham J, Salimi-Khorshidi G, Hagan C et al. Meta-analytic evidence for neuroimaging models of depression: state or trait? *J Affect Disord* 2013;151:423-31.
 44. Rive MM, van Rooijen G, Veltman DJ et al. Neural correlates of dysfunctional emotion regulation in major depressive disorder. A systematic review of neuroimaging studies. *Neurosci Biobehav Rev* (in press).
 45. Cardoso de Almeida JR, Phillips ML. Distinguishing between unipolar

- deficit in love following damage to the anterior insula. *Curr Trends Neurol* (in press).
93. Cacioppo S, Bianchi-Demicheli F, Frum C et al. The common neural bases between sexual desire and love: a multilevel kernel density fMRI analysis. *J Sex Med* 2012;9:1048-54.
 94. Ortigue S, Bianchi-Demicheli F. The chronoarchitecture of human sexual desire: a high-density electrical mapping study. *Neuroimage* 2008;43:337-45.
 95. Stoleru S, Redoute J, Costes N et al. Brain processing of visual sexual stimuli in men with hypoactive sexual desire disorder. *Psychiatry Res* 2003;124:67-86.
 96. Redout_e J, Stol_eru S, Pugeat M et al. Brain processing of visual sexual stimuli in treated and untreated hypogonadal patients. *Psychoneuroendocrinology* 2005; 30:461-82.
 97. Arnow BA, Millheiser L, Garrett A et al. Women with hypoactive sexual desire disorder compared to normal females: a functional magnetic resonance imaging study. *Neuroscience* 2008;158:484-502.
 98. Bianchi-Demicheli F, Cojan Y, Waber L et al. Neural bases of hypoactive sexual desire disorder in women: an eventrelated FMRI study. *J Sex Med* 2011;8: 2546-59.
 99. Pfaus JG. Pathways of sexual desire. *J Sex Med* 2009;6:1506-33.
 100. Barlow DH. Causes of sexual dysfunction: the role of anxiety and cognitive inference. *J Consult Clin Psychol* 1986; 54:140-8.
 101. Masters W, Johnson V. *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown, 1970.
 102. Decety J, Cacioppo J. *Frontiers in human neuroscience: the golden triangle and beyond*. *Perspect Psychol Sci* 2010;5: 767-71.
 - circuits involved in emotional learning in antisocial behavior and social phobia in humans. *Neurosci Lett* 2002;328:233-6.
 83. Birbaumer N, Veit R, Lotze M et al. Deficient fear conditioning in psychopathy: a functional magnetic resonance imaging study. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:799- 805.
 84. Lykken DT. *The antisocial personalities*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum, 1995.
 85. Levenston GK, Patrick CJ, Bradley MM et al. The psychopath as observer: emotion and attention in picture processing. *J Abnorm Psychol* 2000;109:373-85.
 86. Morgan AB, Lilienfeld SO. A meta-analytic review of the relation between antisocial behavior and neuropsychological measures of executive function. *Clin Psychol Rev* 2000;20:113-36.
 87. Raine A, Lencz T, Bihrl S et al. Reduced prefrontal gray matter volume and reduced autonomic activity in antisocial personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:119-27.
 88. Hicks BM, Carlson MD, Blonigen DM et al. Psychopathic personality traits and environmental contexts: differential correlates, gender differences, and genetic mediation. *Personal Disord* 2012;3:209-27.
 89. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB et al. Sexual problems among women and men aged 40–80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res* 2005;17:39-57.
 90. Nicolosi A, Laumann EO, Glasser DB et al. Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: the global study of sexual attitudes and behaviors. *Urology* 2004;64:991-97.
 91. Hatfield E, Rapson RL. Passionate love, sexual desire, and mate selection: crosscultural and historical perspectives. In: Noller P, Feeney J (eds). *Frontiers of social psychology close relationships*. Hove: Psychology Press, 2006:227-44.
 92. Cacioppo S, Couto B, Bolmont M et al. Selective decision-making
 69. Distel MA, Rebollo-Mesa I, Abdellaoui A et al. Familial resemblance for loneliness. *Behav Genet* 2010;40:480-94.
 70. Cacioppo JT, Berntson GG, Decety J. Social neuroscience and its relationship to social psychology. *Soc Neurosci* 2010; 28:675-85.
 71. Cleckley H. *The mask of sanity*. St. Louis: Mosby, 1976.
 72. Hare RD. *The Hare Psychopathy Checklist - Revised*. Toronto: Multi-Health System, 1991.
 73. Ermer E, Kiehl KA. Psychopaths are impaired in social exchange and precautionary reasoning. *Psychol Sci* 2010;21: 1399-405.
 74. Burris CT, Rempel JK, Munteanu AR et al. More, more, more: the dark side of self-expansion motivation. *Pers Soc Psychol Bull* 2013;39:578-95.
 75. Sato JR, de Oliveira-Souza R, Thomaz CE et al. Identification of psychopathic individuals using pattern classification of MRI images. *Soc Neurosci* 2011;6:627-39.
 76. Sobhani M, Bechara A. A somatic marker perspective of immoral and corrupt behavior. *Soc Neurosci* 2011;6:640-52.
 77. Vieira JB, Almeida PR, Ferreira-Santos F et al. Distinct neural activation patterns underlie economic decisions in high and low psychopathy scorers. *Soc Cogn Affect Neurosci* (in press).
 78. Marsh AA. What can we learn about emotion by studying psychopathy? *Front Hum Neurosci* 2013;7:181.
 79. Boccardi M, Ganzola R, Rossi R et al. Abnormal hippocampal shape in offenders with psychopathy. *Hum Brain Mapp* 2010;31:438-47.
 80. Decety J, Skelly LR, Kiehl KA. Brain response to empathy-eliciting scenarios involving pain in incarcerated individuals with psychopathy. *JAMA Psychiatry* 2013; 70:638-45.
 81. Veit R, Lotze M, Sewing S et al. Aberrant social and cerebral responding in a competitive reaction time paradigm in criminal psychopaths. *Neuroimage* 2010;49: 3365-72.
 82. Veit R, Flor H, Erb M et al. Brain

DOI 10.1002/wps.20118

العلوم العصبية الاجتماعية: الوصول لنهاية الفكرة المضللة والمدمرة بين

«الاجتماعية» مقابل البيولوجية في الطب النفسي

NICK CRADDOCK

National Centre for Mental Health, Cardiff
University, Cardiff CF24 4HQ, UK

إن الطب النفسي هو ذلك الفرع من فروع الطب الذي يتطلب إدراكًا وتقديرًا أكثر حذرًا للجوانب الاجتماعية والنفسية والحيوية للمريض ومشكلاته الصحية، وهذه المشكلة بالنسبة للكثير من الأطباء النفسيين هي محور الطب النفسي.

لكن تقدم هذه الحقيقة أيضًا التحدي الذي أدى إلى أن يقوم بعض الأطباء وأفراد العامة البسطاء بتبني المواضيع الراسخة، وذلك لأنهم يرون القضايا والكيانات الاكسينيكية بطريقة مبسطة ومستقطبة باعتبارها إما «اجتماعية» أو «حيوية» في طبيعتها وأصلها. إن هذا النوع من التفكير غالبًا ما تقوده السياسة والمذاهب، وهو بمثابة عائق كبير أمام إدراك العامة وعلاقاتهم بالأطباء وأيضًا أمام تطور خدمات فعالة، وما هو أكثر أهمية هو أنه عائق أمام العناية بالمريض (١).

يدرك الطبيب النفسي المحنك أن العناية الممتازة تتطلب انتباهًا حذرًا وماهرًا للقضايا الحيوية والنفسية والاجتماعية، وأن هذه الأمور غالبًا ما تكون متشابكة بطريقة لا تسمح بحدوث اختزال بسيط لأي منها، وذلك في أيه حالة إكسينيكية معينة. في حقيقة الأمر، إن التعامل مع هذه المعضلة بأسلوب واقعي وفعال إكسينيكيًا هو محور عمل الطب النفسي.

وبالتالي وفي هذا السياق الإكسينيكي والعلمي، نحن نسعد أن نقرأ المقالة التي قدمها كاسيوبو وآخرون (٢)، وهي تلك التي تركز على مجال تطور العلوم العصبية الاجتماعية واحتمالية إسهاماتها في مجال الطب النفسي. تتميز هذه المقالة بكونها واضحة ومتزنة ويقف الحديث الأساسي في صالح علاقة العلوم العصبية الاجتماعية وأهميتها للطب النفسي، وهذا بالأمر المقنع.

لقد ظهر تعريف العلوم العصبية الاجتماعية في أوائل «عقد المخ» (التسعينيات)، وهو التعريف الذي يجلب معدات العلوم العصبية القوية جدًا على نحو متزايد، وذلك لدراسة تقنيات المخ التي تقف وراء التفاعلات والسلوكيات الاجتماعية

(٣). ومن الناحية النظرية، إن وضع الكثير من الجهود لإدراك العلوم العصبية الخاصة بالسلوكيات الاجتماعية في أشكالها الطبيعية وعند دخولها في سياق الأمراض النفسية، سيقدم الكثير من المعاني الهامة. وعلى المستوى التجريبي، هناك العديد من الاكتشافات الهامة الجديدة التي تشير إلى مستقبل باهر لهذا المجال.

ومع تداخل مجالات العلوم العصبية المعرفية ونموها السريع وأيضًا العلوم العصبية العاطفية وتطور الأدوات مثل التصوير الوظيفي والبيولوجيا الجزيئية، أصبح لدى العلوم العصبية الاجتماعية الكثير لتقدمه لتزيد من إدراك المشكلات الاكسينيكية التي يمر بها المرضى النفسيون. إن هذه المجالات متحدة هي التي ستسد الفجوة بين الأنظمة الجزيئية والأنظمة الحيوية وأيضًا مع خبرات المرضى المعقدة التي نراها في العيادات.

من المتوقع أن هذه النهج ستسمح بإعادة صياغة مفاهيم الكيانات الاكسينيكية الكبرى في الطب النفسي، وهي تلك التي ستسمح بالتحرك بعيدًا عن التقسيمات التشخيصية البسيطة التي تقوم على وصف الاعراض والتوجه ناحية النهج التشخيصية التي تقوم على وظائف المخ الطبيعية وتلك الشاذة وهو الأمر الذي يدعمه اختبارات معملية، كما هو الحال في مجالات الطب الأخرى (٤،٥).

وبالطبع لا بد أن نكون واقعيين فيما يخص المقاييس الوقتية وما يمكن تحقيقه، فبينما نتحلى بالتفاؤل، من الهام أن نحذر من التحديات وأن نتحلى بالحكمة عند قبول الاكتشافات المبكرة بكل شغف، وحتى إذا كان لهذه الاكتشافات أستحسان معقول. إن الاختبار الحمضي في العلوم أمر تكراري مستقل وهو بمثابة تأكيد عن طريق التقارب وأيضًا كنهج اختبارية تكميلية. إن الكثير من الدراسات في الكتابات العلمية عصبية ضعيفة بصورة فعلية، ونتائجها غير مرغوبة حيث أن الكثير من النتائج «ذات أهمية كبيرة» والتي تم نشرها، ستمثل في حقيقة الأمر تأكيدات كاذبة (مهما كان مدى مصداقيتها الظاهرة) (٦)، وبالتالي وكما كانت الحالة في الجينات الجزيئية (٧) سيكون هناك احتياج إلى عينات كبيرة (آلاف وليس عشرات

من المشاركين الذين يتشاركون في العديد من الدراسات العصبية النفسية التي تم نشرها حتى يومنا هذا) وتعاون بين الباحثين وأيضًا تأكيد على التكرار المستقل.

لقد قام كاسيوبو وآخرون بطرح الفكرة المعقولة من الناحية الحدسية، وهي التي تقول أن الذي يُدعى «الانماط الظاهرية الداخلية» قد تكون أبسط إذا دُرست من الناحية الوراثية والحيوية، وذلك أكثر من اعتبارها اضطرابًا نفسيًا في حد ذاتها، إلا أن الدراسات الوراثية حتى يومنا هذا لم تُظهر أن هذه هي الحالة (٨). وبالتالي فبينما قد يثبت هذا أن هذه هي الحالة، لا يوجد حتى الآن دليلًا مقنعًا ليؤيد هذا التأكيد. في حقيقة الأمر يقترح عدد كبير من أبحاث الخبرة التي يدعمها العمل النظري والمنطق السليم، أن النهج التي تعمل على حل تعقد المسببات واستهداف الأمراض النفسية، ليست سهلة - ولا يُحتمل أن تكون العلوم النفسية الاجتماعية أستثناءً.

إن واحدة من المجالات التي لم يؤكد كاسيوبو وآخرون والتي ستكون بالأمر الهام لإدراك الأداء الطبيعي والأداء الشاذ للمخ، تعود إلى نماذج الحوسبة التي على نطاق واسع، مثلًا يسعى «مشروع المخ البشري» الذي تم تدعيمه من جانب الاتحاد الأوروبي، إلى تخطيط تطور الشبكات العصبية وإدراك الخصائص الجديدة، وذلك باستخدام الحوسبة القوية للنموذج التصاعدي لوظائف المخ البشري (٩). نحن نأمل أن هذا المشروع الذي يركز على تكامل متعدد المستويات يساعد على بناء الأسس اللازمة لإعادة بناء ومحاكاة العقل البشري وأمراضه. إن هذا النهج، بالتعاون مع مبادرات أخرى واسعة النطاق في مجال العلوم العصبية (٩)، سيعمل على تحسين إدراك الأمراض النفسية.

وباختصار، لدى العلوم العصبية الاجتماعية الكثير لتقدمه على المدى الطويل، وذلك لتحسين إدراك الجوانب المعقدة للطب النفسي، وعلى المدى القصير يُمكن أن نتوقع أن وجود هذا المجال سيساعد في مكافحة التفكير الذي يتسم بكونه سخيًا عن الصحة النفسية وهو الذي يقسم الأشياء إلى فئتين «اجتماعية» أو «حيوية»، وبالتالي سيكون هذا الأمر بمثابة نفعًا كبيرًا للطب النفسي ومرضاه.

- Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis. *Lancet* 2013;381:1371-9.
8. Walters JT, Owen MJ. Endophenotypes in psychiatric genetics. *Mol Psychiatry* 2007;12:886-90.
9. Kandel ER, Markram H, Matthews PM et al. Neuroscience thinks big (and collaboratively). *Nat Rev Neurosci* 2013;14:659-64.
- Kraepelinian dichotomy – going, going... but still not gone. *Br J Psychiatry* 2010;196:92-5.
5. Craddock N, Mynor-Wallis L. Psychiatric diagnosis: imperfect, impersonal and important. *Br J Psychiatry* 2014;204:93-5.
6. Button KS, Ioannidis JP, Mokrysz C et al. Power failure: why small sample size undermines the reliability of neuroscience. *Nat Rev Neurosci* 2013;14:365-76.
7. Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium.
1. Craddock N, Antebi D, Attenburrow MJ et al. Wake-up call for British psychiatry. *Br J Psychiatry* 2008;193:6-9.
2. Cacioppo JT, Cacioppo S, Dulawa S et al. Social neuroscience and its potential contribution to psychiatry. *World Psychiatry* 2014;13:131-9.
3. Adolphs R. Conceptual challenges and directions for social neuroscience. *Neuron* 2010;65:752-67.
4. Craddock N, Owen MJ. The

DOI 10.1002/wps.20119

هل ستحسن العلاجات الطبفسية من الدراسات التصاعدية (Bottom-up) أم الأنحدارية (Top-down) للعلوم العصبية الوجدانية؟

JAAK PANKSEPP

Department of Integrative Physiology and Neuroscience, College of Veterinary Medicine, Washington State University, Pullman, WA 99163, USA

لقد تحدث كاسيويو وآخرون (١) عن كيف يمكن أن يعمل منظور العلوم العصبية الاجتماعية الحديثة على تحسين إدراك الاضطرابات النفسية ووسائل علاجها؛ فيجادلون بأن كل هذه الاضطرابات موجودة في كيان اجتماعية تؤثر بقوة على أفكارنا ومشاعرنا.

إن هذا الأمر حقيقي، إلا أن الكيفية التي تنتج بها الرؤى التثقيفية الأنحدارية للعقول البشرية أفكارًا أساسية لوسائل العلاج النفسي تتجاوز ما قد حققه الطب النفسي حتى الآن، بالأمر الغامض. وبعيدًا عن الصلاح الجدلي لتصوير المخ الحديث، والتي دخلت حديثًا في مجال العلوم النفسية، كيف يمكن أن تقدم العلوم العصبية الاجتماعية رؤى نفسية نافعة جديدة لم يتم تطويرها في الطب النفسي الحيوي حتى الآن؟

من المؤكد أنه من الجيد أن الطب النفسي الاجتماعي بدأ أخيرًا يدرس المخ البشري مع الكثير من الإسهامات الفريدة، مثل إثارة ركائز المخ التي تتعلق بالشعور بالتعاطف (مثل رقم ٢)، إلا أنه لا يزال هناك الكثير والكثير من التحديات أمام العلوم العصبية الاجتماعية، وتتمثل هذه في تقديم وسائل علاج جديدة، وأيضًا تواجه العلوم العصبية الاجتماعية والعاطفية تحديات أخرى تتمثل في تسيق جهودها، وبصفة خاصة دمًا أفضل للرؤى الاجتماعية التصاعدية والرؤى التطورية العصبية الأنحدارية، لكن

لا يزال هذا العمل بالأمر النادر.

لقد كنت سعيدًا بحق أن كاسيويو كان من بين الأوائل في تبني المقالة الخاصة بي لعام ١٩٩٨ وهي ما جاءت تحت عنوان «العلوم العصبية العاطفية: أسس العواطف البشرية والحيوانية» (٣) للاستخدام بداخل الفصول التعليمية. لقد خدمت هذه الرؤية بكونها نقطة انطلاق لتأييد العلوم العصبية الاجتماعية، والتي تلت بصورة تاريخية البدايات النفسية الاجتماعية (٤)، إلا أنه سيكون من النافع إذا تم عمل توافق بصورة كاملة للنهج الأنحدارية التي تركز على البشر مع النهج العلمية العصبية العاطفية التصاعدية للفصائل البشرية. إن اكتمال أسس المعرفة بالأمر اللازم لتقليل احتمالية النهج المتعلقة بالأمر والتي تحدث أمام بعضها البعض وأيضًا لتسهيل الانقسام الذي كان بالأمر الشائع في الطب النفسي في القرن الواحد وعشرين.

كيف يمكننا أن ندمج العديد من النهج العلمية العصبية لتنتج رؤى نفسية جديدة؟ من الواضح أن الباحثين في العواطف البشرية والحيوانية في حاجة إلى البحث عن استراتيجيات بحث موحدة مع القضايا العصبية التطورية باعتبارها المحور، بينما لا ينافسوا العديد من أخطاء الطب النفسي التطوري الحديث، ومع الكثير من التفكير في تطوّر الميول البشرية المعرفية القشرية التي ظلت غير مدمجة مع العمليات العاطفية للتدبيبات (٥). وكذلك أيضًا، إن العديد من القضايا التي تختص بالعلوم العصبية الاجتماعية البشرية تأتي من التعلم الاجتماعي الذي لا يزال متصلًا بالأسس

العاطفية للتدبيبات، لكن للأسف ليس لدى العلوم العصبية البشرية إمكانية دخول مستمرة لمثل هذه القضايا بدون وجود بحث قوي عن المخ، وبالتالي فكيف نحل هذه المعضلة؟ أعتقد أن هذا السؤال حرج بسبب التأثير الذي قد تتركه العلوم العصبية الاجتماعية البشرية على القضايا النفسية الأساسية، ولا يمكن أن توجد وسائل علاج نفسي جديدة بدون إدراك حيوي نفسي للعمليات العاطفية الأساسية.

ستتطلب هذه القضية اندماجًا أقوى بين الأجناس البشرية، وبصفة خاصة من العلوم العصبية التي تم دراستها بصورة مكثفة في العمليات التحفيزية/العاطفية الاجتماعية للتدبيبات. إن الأبحاث الحيوانية التي تقوم على المخ بالأمر اللازم لتقديم رؤية أوضح عن أصول العقل البشري التي قد تطورت، وذلك حيث أنها تقدم إمكانية دخول إلى تقنيات المخ العاطفية ذات العمليات الأولية، وهي تلك التي لا يزال يقف عليها الإدراك في حد ذاته (٣،٦). لكن لا تستطيع النهج البشرية الأنحدارية تحقيق هذا الأمر بدقة علمية ماثلة، وعلى الناحية الأخرى، قد يكون من الحكمة تصوّر الفطنة المعرفية المؤسسة اجتماعيًا للعقل البشري، والتي قد خرجت من التوسّع في التطوّر السريع في القشرة المخية البشرية الحديثة، والتي يضع عليها التعليم – وليس البنية التطورية – التخصصات الوظيفية المتعددة (٧).

وبالتالي فلنعمل على تطوير الأفكار النفسية، لا بد أن يكون المفتاح الأساسي للعلوم العصبية الاجتماعية المعرفية البشرية (بدون اللجوء إلى جدل قديم عن الطبيعة) هو إلى أي

7. Sur M, Rubinstein JL. Patterning and plasticity of the cerebral cortex. *Science* 2005;310:805-10.
8. Burgdorf J, Panksepp J, Moskal JR. Frequency- modulated 50 kHz ultrasonic vocalizations: a tool for uncovering the molecular substrates of positive affect. *Neurosci Biobehav Rev* 2011;35:1831-6.
9. Coenen VA, Schlaepfer TE, Maedler B et al. Cross-species affective functions of the medial forebrain bundle – Implications for the treatment of affective pain and depression in humans. *Neurosci Biobehav Rev* 2011;35:1971-81.
10. Schlaepfer TE, Bewernick BH, Kayser S et al. Rapid effects of deep brain stimulation for treatment-resistant major depression. *Biol Psychiatry* 2013;73:1204-12.
11. Watt DF, Panksepp J. Depression: an evolutionarily conserved mechanism to terminate separation-distress? A review of aminergic, peptidergic, and neural network perspectives. *Neuropsychanalysis* 2009;11:5-104.
12. Panksepp J. The basic emotional circuits of mammalian brains: do animals have affective lives? *Neurosci Biobehav Rev* 2011;35:1791-804.
13. Panksepp J. Cross-species affective neuroscience decoding of the primal affective experiences of humans and related animals. *PLoS One* 2011;6:e21236.
14. Panksepp J, Biven L. *Archaeology of mind: the neuroevolutionary origins of human emotions*. New York: Norton, 2011.

البشر، قد يستنار إدراكنا عن المشاعر البسيطة الأساسية، وذلك عن طريق الدراسات الحيوانية أكثر من الدراسات البشرية (١٢،١٣)، وهذه استراتيجية أساسية سيكون من الحكمة إذا تدارستها العلوم العصبية الاجتماعية. إنني أسعى إلى العلوم العصبية الاجتماعية التي تكون أكثر إلمامًا بالعلوم العصبية العاطفية التي قد تعاملت طويلاً مع قضايا ذات اهتمامات نفسية. نحن نحتاج في الوقت الحالي إلى حديث ثنائي أفضل بين العلوم العصبية الحيوانية وتلك البشرية، وجهودنا الخاصة هي تلك التي تربط بين اكتشافات العلوم العصبية العاطفية المتعددة الأجناس البشرية وبين القضايا النفسية البشرية الأساسية، وسنجد هذه لدى بانكسيب (٣) وبانكسيب وبيفين (١٤).

المراجع:

1. Cacioppo JT, Cacioppo S, Dulawa S et al. Social neuroscience and its potential contribution to psychiatry. *World Psychiatry* 2014;13:131-9.
2. Decety J, Norman GJ, Berntson GG et al. A neurobehavioral evolutionary perspective on the mechanisms underlying empathy. *Progr Neurobiol* 2012;98:38-48.
3. Panksepp J. *Affective neuroscience: the foundations of human and animal emotions*. New York: Oxford University Press, 1998.
4. Manstead T, Wagner H (eds). *Handbook of psychophysiology*. Chichester: Wiley, 1989.
5. Panksepp J, Panksepp JB. The seven sins of evolutionary psychology. *Evol Cogn* 2000;6:108-31.
6. Solms M, Panksepp J. The “Id” knows more than the “Ego” admits: neuropsychanalytic and primal consciousness perspectives on the interface between affective and cognitive neuroscience. *Brain Sci* 2012;2:147-75.

مدى تصل وظائف القشرة المخية الحديثة لدى البالغين من البشر بسبب الاختيارات التطورية بالمقابل مع البناءات الاجتماعية؟ إن الوظائف الغرائزية تحت قشرية لعقول الثدييات متوارثة، وهذا الأمر واضح. وإن الدوائر من الناحية الموضوعية لأعمدة القشرة المخية الحديثة هي أيضاً مكونة بأسس تطورية قوية، كما هو حال في الكثير من روابط الحلقات بداخل القشرة، إلا أن هذا لا يعني أن أي من الوظائف الموصوفة يتعارض مع تقديم احتمالات (يتوقف هذا على الإدخالات تحت القشرية). من الواضح أن أغلب الوظائف القشرية الجديدة مُبرمجة لتكون إنمائية وليس تطورية (٧)، ولهذا الأمر تضمنات عميقة لخصوبة العلوم العصبية الاجتماعية البشرية التي لها إمكانية دخول محدودة على القضايا الأساسية. إن كل الثدييات أقارب للتطور فيما يتعلق بالتأثيرات تحت قشرية وشبكات التحفيز وتركيبهم الكيميائي وشبكاتهم التي تدعم العقل وتخلق الإدراك. وبالرغم من تعدد أشكال أنظمة كيمياء المخ الوراثية – من مستقبلات ومرسلات إلى كل العمليات العصبية التذبذبية التداخلية – إلا أن النتيجة النهائية بالأمر البسيط، وهو أننا نحن البشر لسنا مميزين في النوع والتوزيع المكاني العصبي لدوائر المخ المختارة بصورة وراثية ولا في كيميائيتها العصبية، وهذا الأمر بمثابة إدراك سيقود الطريق إلى وسائل علاج نفسية جديدة.

وحتى يكون للعلوم العصبية الاجتماعية البشرية تأثيراً حقيقياً على وسائل العلاج النفسي البشري، نحتاج إلى رؤية من النهج العلمية العصبية العاطفية التي بإمكانها الدخول على التقنيات العصبية الحقيقية للعقل العاطفي، مثلاً إن تقنية الألام النفسية الأساسية التي تنسب في آلام الانفصال لدى الثدييات، ذات تماثل ذاتي (٣) مما يسمح لنا بتقديم وسائل علاج أفضل للاكتئاب أكثر مما قدمته النهج السلوكية والمعرفية التي كانت في الماضي (مثل ٨-١١)، وبالتالي فعندما نتحدث عن الشعور بالوحدة والروابط الاجتماعية لدى

العلوم العصبية الاجتماعية وتقنيات الخطر للاضطرابات النفسية

ANDREAS MEYER-LINDENBERG

Central Institute of Mental Health, University of Heidelberg/Medical Faculty Mannheim, J5, D-68159 Mannheim, Germany

لقد أكد كاسيويو وآخرون (١) في المقالة العميقة الخاصة بهم، دور العلوم العصبية الاجتماعية كنقطة تلاقي للعديد من النهج المنهجية، التي منها «العصبية والهرمونية والجزئية والخلوية والوراثية» وأن تدعو إلى نهج حقيقي «يقوم على العديد من التخصصات». لقد قمنا بالمصادفة على هذه الرؤية، ونحن نود أن نؤكد على أهمية تطبيق هذه الاستراتيجية كرابط آخر هام بين التخصصات، يكون تحت الاختبار، أي العلاقة بين العلوم الوراثية النفسية والعلوم العصبية النفسية. ونحن نقترح بصفة خاصة أنه يوجد دليل متنامي يقول بأنه يمكن إدراك جانب الخطر الهام للإصابة بالأمراض النفسية الشديدة باعتبارها عمليات عصبية متغيرة لمحفزات اجتماعية معينة، وأنه يمكن أن يكون لهذا الأمر تطبيقات علاجية ووقائية في المستقبل.

من المعروف جيداً أن الحالة الاجتماعية الفاسدة تساهم في خطر الإصابة بأمراض نفسية (٢)، وتعمل الدراسات الحديثة على تدعيم فكرة أن عوامل الخطر الوراثية المثبتة، مثل العيش أو التربية في المناطق الحضرية أو الهجرة، لها مكون اجتماعي، وهذا ما تقترحه فرضية الهزيمة الاجتماعية (٣). لقد أقترح العمل الذي قمنا به في معاملنا الخاصة على وجود تأثير من نوع خاص للضغوط الاجتماعية على تنشيط دوائر اللوزة المخية في التلطف الحزامي حول الرُكبي لدى العامة الأصحاء الذين يتعرضون للعيش والتربية في المناطق الحضرية (٤) أو الهجرة. وكما قد أشار كاسيويو وآخرون، حيث أن الأعمال السابقة قد أظهرت أن ذات الدائرة منحصرة (بتأثير سيروتونيني) من جانب جين مُقترح يُظهر تفاعلات جينية بيئية (٥،٦)، قمنا حديثاً باقتراح أن هذه الدائرة والمناطق الحافية (مثل المخطط البطني والحصين) التي ترتبط بها ومناطق قشرة الفص الجبهي الجانبي والمتوسط التطورية التي تعمل على تنظيمها، قد تكون طريقاً أساسياً لتجمع عوامل خطر الإصابة بالاضطرابات النفسية التي تظهر من جراء الضغوط الاجتماعية (٧). في حقيقة الأمر، ويتقدم دليل عرضي، يبدو أنه من الممكن أن العوامل البيئية السلبية التي تحدث مبكراً في تطوّر المخ، أن تكون بمثابة مسببات للعجز الذي يرتبط بالضغوط الاجتماعية والذي يلاحظ لدى البالغين الذين يتعرضون للخطر. وحيث أن هذه الدائرة وتلك الدوائر المرتبطة بها بالأمر الشاذ، وترتبط بالأعراض التي تظهر على المرضى (كما يوضحها الثلاثة حالات الاكلينيكية التي قدمها كاسيويو وآخرون)، فقد تكون أيضاً

بالأمر الهام للعلاج. وبعد أن نظرنا إلى الأمر بهذه الطريقة، لاتزال البيئة الاجتماعية متعلقة بالأمر، وذلك على مدار مسار المرض النفسي، كلما يتشكل ويظهر ويتم مخاطبته. إن المزيد من توضيح هذه التقنيات الوراثية والعصبية والبيئية بالأمر الهام للعلاج وللوقاية.

يقترح هذا الأمر أن نقدم برنامج عمل طموحاً بل وعملي يمتد إلى أعماق الوصف، ولا بد أن يُلحق بدليل على التقنيات التي تؤيد العلاقة بين الجينات والبيئة على مستوى الأنظمة، وذلك من جانب البحث لتوضيح أسسه الجزئية لدى البشر. يحمل هذا الأمر الكثير من التحديات حيث أن الأنسجة المطلوبة لا توجد لدى الإنسان، بل قد تساعد بعض الوسائل مثل تحاليل الجينوم المثل في الأنسجة الهامشية في تعريف بعض الجينات والطرق التي غيرتها الضغوط البيئية الاجتماعية (٨). يمكن إضافة مستوى آخر من الوصف، وذلك عن طريق دراسة الخلايا العصبية البشرية المشتقة من خلال إدخال تقنية الخلايا الجذعية المتعددة القدرات (المحفزة) (٩)، بالرغم من أنه قد تم إزاحة أغلب برامج التخلق المتوالي في عملية إنتاج هذه الخلايا. ولا بد من تأكيد تأثيرات العلاقة بين الجينات والبيئة، وذلك بطريقة مباشرة عن طريق تجميع التعرض الاجتماعي مع التصور لدى العينات المنمطة جينياً.

وبحسب هذه المعلومات، لقد أكدنا على الاحتياج إلى المزيد من تحاليل الأسس العصبية في المكونات الفرعية للبيئة الاجتماعية التي قد تساهم في الدليل الوبائي (دراسة التأثيرات مثل الهزيمة الاجتماعية والتمييز والشعور بالوحدة - بحسب ما قد أكدته المقالة الخاصة بكاسيويو وآخرون). سيتطلب هذا الأمر وجود تفاعل قريب مع العلوم الاجتماعية في أمر تقديم المقاييس التي تقيس هذه الجوانب الخاصة بالمنظور الطبيعية البيئية بدقة وإحكام. وبالإضافة إلى النموذج المعمل، سيتطلب هذا الأمر دراسات ميدانية تجمع بين تأكيدات التصوير العصبي والعلامات الحيوية مع تأكيدات الخبرة والاختبارات النفسية العصبية المتحركة وأيضاً تتبع الحالات في سياقات الحياة الحقيقية المعرفة جيداً بصورة مكانية واجتماعية (١٠). وبحسب الدليل المرضي الذي يقول أن الفترات الزمنية مثل فترة ما قبل الولادة والطفولة المبكرة وفترة المراهقة، بمثابة فترات تنسم بالضعف أمام هذه التعرضات البيئية، لا بد من عمل اعتبارات تفق كأساس كالتغيرات الحيوية العصبية وراء الضعف الذي قد يحدث على مدار الحياة. يتطلب هذا الأمر دراسات بشرية بيئية مطولة تجمع بين نهج العلوم العصبية مع قوة الوسائل المرضية، مثل الدراسة الأوروبية (١١) IMAGEN. لقد بدأنا حديثاً دراسة تستخدم هذه الوسائل مجتمعة مع التصوير والجغرافيا الحضرية، وذلك للتأكيد

على مجالات البيئة الاجتماعية الحضرية. سيعمل الإدراك الجيد لهذه الدوائر العصبية على إعادة تفسير جيل من النماذج الحيوانية الأكثر تخصصاً والتي يمكن استخدامها في اكتشافات العقاقير المبكرة (١٢) ويمكن أيضاً أن تسهل تعريف الأهداف الجزيئية للعجز الاجتماعي، وذلك عن طريق النهج الخلوية والوراثية (أو الفوق وراثية). وبالإضافة إلى التطورات العلاجية، يمكن أن تشكل المعلومات الخاصة بالعلوم العصبية استراتيجيات عقاقير وعلاج نفسي تعمل على استهداف الدوائر المعرفية، مثلاً يمكن أن يبين الببتيد العصبي الأوكسيتوسين ١ والفازوبرسين ٢ للسلوكيات الاجتماعية أنها تعمل على وجه التحديد على الدوائر التنظيمية للوزة المخية في القشرة الحزامية المجاورة للرُكبي وذلك للتفاعل بين البيئة والجينات الوراثية وأيضاً الاختلافات الجينية الشائعة في مستقبلات المخ للببتيد العصبي للسلوكيات الاجتماعية هذه والتي تعدل نشاط وتركيب هذه المناطق لدى البشر (١٣). وكما قد شرحنا حديثاً حالة الأوكسيتوسين بالارتباط مع العلاج السلوكي (١٣)، يفتح هذا الأمر الباب أمام نهج تقوده التقنية لمواجهة المجالات المستقلة لوسائل العلاج الحيوية والنفسية، كما قد أشار إليها كاسيويو وآخرون في خاتمة مقالتهم. فكما تم التوضيح في هذه المقالة، لدى النهج الذي يجمع بين عدة تخصصات للعلوم العصبية الاجتماعية في الطب النفسي، الكثير ليقدمه لمرضى الأمراض النفسية وأيضاً لأطبائهم الاكلينكيين ولهذا العلم في حد ذاته.

المراجع:

1. Cacioppo JT, Cacioppo S, Dulawa S et al. Social neuroscience and its potential contribution to psychiatry. *World Psychiatry* 2014;13:131-9.
2. van Os J, Kenis G, Rutten BP. The environment and schizophrenia. *Nature* 2010; 468:203-12.
3. Selten JP, Cantor-Graae E. Social defeat: risk factor for schizophrenia? *Br J Psychiatry* 2005;187:101-2.
4. Lederbogen F, Kirsch P, Haddad L et al. City living and urban upbringing affect neural social stress processing in humans. *Nature* 2011;474:498-501.
5. Meyer-Lindenberg A, Buckholz JW, Kolachana B et al. Neural mechanisms of genetic risk for impulsivity and violence in humans. *Proc Natl Acad Sci USA*

- psychopathology. Mol Psychiatry 2010;15:1128-39.
12. Meyer-Lindenberg A. From maps to mechanisms through neuroimaging of schizophrenia. Nature 2010;468:194-202.
13. Meyer-Lindenberg A, Domes G, Kirsch P et al. Oxytocin and vasopressin in the human brain: social neuropeptides for translational medicine. Nat Rev Neurosci 2011;12:524-38. DOI 10.1002/wps.20121
- Clin Genet 2012; 81:341-9.
9. Brennand KJ, Simone A, Jou J et al. Modelling schizophrenia using human induced pluripotent stem cells. Nature 2011;473:221-5.
10. Ebner-Priemer UW, Trull TJ. Ecological momentary assessment of mood disorders and mood dysregulation. Psychol Assess 2009;21:463-75.
11. Schumann G, Loth E, Banaschewski T et al. The IMAGEN study: reinforcement-related behaviour in normal brain function and 2006;103:6269-74.
6. Pezawas L, Meyer-Lindenberg A, Drabant EM et al. 5-HTTLPR polymorphism impacts human cingulate-amygdala interactions: a genetic susceptibility mechanism for depression. Nat Neurosci 2005;8:828-34.
7. Meyer-Lindenberg A, Tost H. Neural mechanisms of social risk for psychiatric disorders. Nat Neurosci 2012;15:663-8.
8. Szyf M. The early life social environment and DNA methylation.

نشاط المخ الحقيقي والإدراك الزمني في حالة الفصام

GEORG NORTHOFF

University of Ottawa Institute of Mental Health Research, Ottawa, ON K1Z 7K4, Canada

كيف يُمكن أن يعتمد النشاط العصبي للمخ بصورة مباشرة على تذبذب المجتمع؟ إن هذا السؤال المحوري قد أثاره كاسيوبو وآخرون في مقالته المثيرة للاهتمام (١) والتي أود أن أستعرض البعض من أجزائها هنا لأقدم منظورًا جديدًا، وهو نشاط المخ الحقيقي.

لقد أعتبر شيرينجتون، وهو طبيب الأمراض العصبية الإنجليزي الذي بدأ عمله في بدايات القرن العشرين، أعتبر المخ مجرد جهاز حسي انعكاسي سلبي، وقال أن المحفزات الخارجية من البيئة تستهدف النشاط العصبي في المسارات التي تنتج انعكاسات حسية. لقد واجهت هذه الرؤية الخارجية للمخ تحديات من بعض الكتاب، مثل براون ولاشلي ولليانز، وذلك بسبب ملاحظة النشاط الذي يعمل بصورة طبيعية في المخ (٢).

لقد عمل الاكتشاف الحديث لنشاط حالة الاسترخاء في مجموعة معينة من مناطق المخ، أي شبكة الحالة الافتراضية، عمل على إثارة السؤال عن الرؤية الحقيقية للنشاط العصبي للمخ (٣)، ومنذ أن تم تقديم وصف أولي عن وظائف هذه الشبكة، كان هناك الكثير من الجدل حولها وتم ربط هذه الوظائف بالذات البشرية (٤) والوعي (٥-٩).

لكن من الأمور التي لاتزال مُحاطة بالكثير من الغموض هو المظاهر العصبية الحقيقية

أخرى غير هذه الشبكة، مثل في القشرة الحسية والقشرة الحركية والجزيرة اللحائية وأيضًا في المناطق تحت القشرية، مثل في العُقد القاعدية والمهاد. يبدو تردد التقلبات بأنه مظهر هام للنشاط العصبي في المنطقة، وذلك بدلًا من كونه منحصراً على شبكة النموذج الافتراضي.

وبالتالي فمن الواضح أنه يوجد بنية وتنظيم (ترتيب) صدغي لنشاط المخ الفعلي، والأكثر أهمية هو أن هذه البنية الصدمية تبدو وأنها تسد الفجوات الصدمية بين النقاط المنفصلة في الزمن، ويربط النشاط العصبي في نقاط مختلفة في الزمن، يتشكل نسبة معينة من الاستمرار الصدمي في نشاط المخ الفعلي.

لقد تم وصف الحالات الشاذة في الاستمرارية الزمانية والمكانية لكلا من النشاط الفعلي والوعي، وذلك في بعض الاضطرابات النفسية.

وبدلاً من تقديم شبكة أو قالب للاستمرارية الزمانية والمكانية، يبدو أن «الوعي بالمكان والزمان» في حالة الفصام يتصف بوجود خلل وتقطع زمني ومكاني، ولا يعد هؤلاء المرضى يختبرون استمراراً زمنياً، وبالتالي تدفق حيوي للزمان (والمكان) في وعيهم، لكن بدلاً من ذلك يكون تدفق الوعي مشوشاً ومعاقاً وذلك لكون الثلاثة أبعاد زمنية للماضي والحاضر والمستقبل منفصلين عن بعضهم البعض.

يبدو أن الرابط بين النقاط المنفصلة المختلفة في الزمن المادي مفقودة في الوعي بالزمان والمكان، ويفترض هذا الأمر أن المكونات المختلفة التي تشمل النقاط المنفصلة المحددة في الزمان والمكان المادي لا يُمكن أن

لحالة الراحة نفسها التي تجعل تفاعلاتها مع المحفزات الخارجية من العالم الخارجي بالأمر الممكن. إن هذه المظاهر العصبية لابد أن تكون ناشئة من حالة الراحة الداخلية بينما في ذات الوقت تعرّض المخ لروابط نشاطه الذي يتسبب في وجود محفز مع الذات والوعي، وبالتالي فنحن قد نحتاج إلى تطوير نموذج تفاعل بين الدواخل والخارج بما يتعلق بالمخ البشري.

يعمل تعبير النشاط الداخلي على وصف النشاط التلقائي الذي يبدأ داخل المخ (١٠، ١١)، وحيث أن ملاحظة النشاط العفوي يعني غياب محفزات خارجية، وبالتالي فهو مجرد حالة من الراحة، غالباً ما يُستخدم المصطلح النشاط الداخلي بالتبادل مع نشاط الراحة، وبصفة خاصة في السياق التجريبي والتشغيلي (١٠).

لقد اقترحت فكرة حديثة أن التقلبات البيئية لحالة الراحة في التوتر، والتي تتراوح بين ٠،٠٠١ و٤ هيرتز أنها محورية في إخضاع الوعي (٣، ٥، ١٢). وبسبب النافذة المطوّلة لدوائرها المستمرة، أي فترة الاستمرار، قد تصلح ترددات الأمواج البيئية هذه لدمج الكثير من المعلومات المختلفة، وبالتالي قد يسمح دمج المعلومات هذا لأن تصبح المكونات الخاصة به مرتبطة بالوعي (٧، ٩).

غالباً ما تلاحظ الترددات التلقائية للنشاط العصبي في حالة الراحة، وبصفة خاصة في شبكة الحالة الافتراضية، حيث تتصف في غالب الأمر بترددات منخفضة (> ٠،١ هيرتز)، إلا أنه من الممكن أيضاً ملاحظة تردد تقلبات منخفض (ومرتفع) في النشاط العصبي، وذلك في مناطق

6. Tononi G, Koch C. The neural correlates of consciousness: an update. *Ann NY Acad Sci* 2008;1124:239-61.
7. Northoff G. What the brain's intrinsic activity can tell us about consciousness? A tri-dimensional view. *Neurosci Biobehav Rev* (in press).
8. Northoff G. *Unlocking the brain. Volume I: Coding.* Oxford: Oxford University Press, 2013.
9. Northoff G. *Unlocking the brain. Volume II: Consciousness.* Oxford: Oxford University Press, 2013.
10. Logothetis NK, Murayama Y, Augath M et al. How not to study spontaneous activity. *Neuroimage* 2009;45:1080-9.
11. Northoff G. Immanuel Kant's mind and the brain's resting state. *Trends Cogn Sci* (in press).
12. He BJ, Snyder AZ, Zempel JM et al. Electrophysiological correlates of the brain's intrinsic large-scale functional architecture. *Proc Natl Acad Sci USA* 2008;105: 16039-44.
13. Fuchs T. *Das relationale Gehirn. Ein Beziehungsorgan.* Stuttgart: Kohlhammer, 2011.
14. Northoff G, Qin P. How can the brain's resting state activity generate hallucinations? A 'resting state hypothesis' of auditory verbal hallucinations. *Schizophr Res* 2011;127:202-14.
15. Javitt DC. Sensory processing in schizophrenia: neither simple nor intact. *Schizophr Bull* 2009;35:1059-64.

DOI 10.1002/wps.20122

الزمنية والمكانية، ثانيًا أن ارتباطها بشذوذ الظواهر التي تم وصفها سابقًا في سياق الزمان والمكان لدى هؤلاء المرضى ليس بالأمر الواضح في هذا الوقت.

قد تواجه المحفزات الخارجية استمرارًا زمنيًا ومكانيًا متحولًا، وذلك عند التفاعل مع نشاط المخ الفعلي. قد يظهر الشذوذ الزمني والمكاني عند ظهور المحفز الخارجي، والذي يختبره المريض بعد ذلك بطرق زمنية ومكانية شاذة في العقل الواعي، وقد يقف هذا الأمر وراء البعض من الاعراض الصعبة لهؤلاء الذين يعانون من الفصام، والتي قد تُصَف في آخر المطاف بكونها تعقدات زمنية ومكانية بين النشاط الفعلي والمحفز الخارجي - باختصار هو تفاعل بين الحافز وحالة الراحة، إلا أننا في حاجة إلى الكثير من العمل لتأسيس علاقة مباشرة بين المستويات العصبية وتلك الظاهرية لدى هؤلاء المرضى.

المراجع:

1. Cacioppo JT, Cacioppo S, Dulawa S et al. Social neuroscience and its potential contribution to psychiatry. *World Psychiatry* 2014;13:131-9.
2. Llinas R. *I of the vortex: from neurons to self.* Cambridge: MIT Press, 2002.
3. Raichle ME. A brief history of human brain mapping. *Trends Neurosci* 2009; 32:118-26.
4. Qin P, Northoff G. How is our self related to midline regions and the defaultmode network? *Neuroimage* 2011;57: 1221-33.
5. He BJ, Raichle ME. The fMRI signal, slow cortical potential and consciousness. *Trends Cogn Sci* 2009;13:302-9.

تتصل ببعضها البعض في الوعي، أي الرابط، وبالتالي فإن الاستمرارية الزمنية والمكانية قد فقدت. إن هذا الأمر واضح جدًا، مثل في الجملة التالية المأخوذة من حديث ما قدمه مريض بالفصام، قائلاً، «إن التحرك بسرعة بالأمر الذي يُرهقني، وأن الأمور تسير بسرعة كبيرة بالنسبة إلى عقلي، ثم تصبح ضبابية ثم تصبح كما لو أنني قد أصبت بالعمى. إن الأمر يبدو كما لو كنت ترى صورة ما في لحظة من الزمن ثم ترى صورة أخرى في لحظة أخرى».

يقول هذا المريض هنا أن مكونات عقله الواعي وأن الصور المختلفة لم تعد تتصل ببعضها البعض، فلا يوجد بعد أي انتقال بين النقاط المنفصلة للزمان والمكان التي ترتبط بصور مختلفة. يختبر هذا المريض الصور كما لو كانت مجموعة من اللؤلؤ الغير مُجمعة في سلسلة، وحيث أن السلسلة - الاستمرارية الزمانية والمكانية - تبدو وكأن بها الكثير من التقطع، لا يمكن أن تتجمع اللؤلؤ أو ترتب في الوعي.

وبمعنى آخر، إن كلا من «الزمان والمكان الحقيقيان في الوعي» و«الوعي بالمضمون» يصبح غير مرتبان أو مُنظمان، مما يؤدي إلى ما يُمكن وصفه بكونه خلل زمني ومكاني. يؤدي هذا الأمر بالمريض لأن يختبر مكونات الوعي بطريقة غير طبيعية، وهذا كما هو موضح في العديد من اعراض الفصام، مثل اضطرابات الأنا واضطرابات الفكر والهلاوس والضلالات.

لقد أظهرت حديثًا العديد من الدراسات شذوذ حالة الراحة في حالة الفصام (مثل ١٤)، وقد كانت هناك تقارير تقول بوجود تغييرات في اهتزازات جاما (واهتزازات منخفضة في الدلتا) (مثل ١٥)، مما يشير إلى استمرار زمني غير طبيعي في نشاط المخ الفعلي، ومع ذلك إلا أن الكثير لا يزال بالأمر الغير معروف حتى هذا الوقت، مثلًا وفي أول الأمر لازلنا نحتاج إلى تحديد الطبيعة الحقيقية لشذوذ حالة الراحة

العلوم العصبية الاجتماعية في الطب النفسي: المسار لاكتشاف عوامل الخطر البيولوجية العصبية والصمود

CHRISTOS PANTELIS^{1,2},
CALI F. BARTHOLOMEUS¹

¹Melbourne Neuropsychiatry Centre, Department of Psychiatry, University of Melbourne and Melbourne Health, Carlton South, VIC 3053, Australia, ²Florey Institute for Neuroscience and Mental Health, Melbourne Brain Centre, Parkville VIC 3010, Australia

لقد قدم كاسيو وآخرون (1) استطلاعاً مثيراً للاهتمام عن الطرق التي يُمكن أن تتفوق بها العلوم العصبية الاجتماعية على إدراكنا وأيضاً وسائل علاج الاضطرابات النفسية. وقد أتوا في هذا الاستطلاع إلى واحدة من الطرق التي يتمكن بها التنظيم الجيني والتخلق المتوالي والبيئة من تغيير مسارات التطور العصبي، وبالتالي يؤثر على السلوك الاجتماعي والوظائف الاجتماعية. نحن نود أن نؤكد هنا على أهمية الأبحاث المستقبلية التي تبحث في التغييرات الاجتماعية الديناميكية في المخ، والتي تحدث أثناء فترة المراهقة (٢)، (٣) باعتبارها أساساً لإدراك ظهور الاضطراب النفسي في تلك المرحلة الهامة من النضج، أي عندما يأتي عامل الخطر الخاص بهذا الاضطراب إلى ذروته.

لقد أظهر العمل الذي قمنا به حديثاً في معاملنا نمواً قليلاً في منطقة الحصين وانخفاضاً في حجم البطانة، وذلك في المرحلة العمرية بين الثانية عشرة والسادسة عشرة، وترتبط هذه بدايات الاكتئاب (٤)، ويبدو أن الجنس أيضاً عامل هام، حيث أن النمو الشاذ في اللوزة المخية لدى الإناث ونموها القليل لدى الذكور، يبدو وأنه يزيد من خطر الإصابة بالاكتئاب. وباعتبار خلفية التطور العصبي للفتيان والصبايا ذات صلة بكل جوانب المعرفة، والتي تشمل المعرفة الاجتماعية، بمثابة شرطاً لازماً لإدراك الاضطرابات النفسية والبيولوجيا العصبية الخاصة بهم.

إن ظهور أفكار اجتماعية في خصائص اضطرابات أطياف الذاتوية (ASD) يعمل أيضاً على تقديم حديث مختصر. إن العمل الحديث الذي قمنا به في مجال الـ ASD بالأمر المتعلق بالموضوع وذلك لكونه دراسة متعددة التخصصات وتشتمل على علم الأحياء وعلم الهندسة، وأيضاً تربط النهج الإحصائية بعلم الأحياء. من المثير للاهتمام هو بينما أن تأكيد

أغلب الدراسات كان على اكتشاف علامات خطر الأحياء العصبية لمثل هذه الاضطرابات، قمنا في دراستنا أيضاً بتعريف العديد من الأشكال المتعددة للنوكليوتيد الأحادي (SNPs) التي تعمل على الوقاية من الإصابة بالـ ASD والتي قد تكون مرتبطة بقابلية تطور الاضطراب. مثلاً لقد اكتشفنا أن الـ SNP rs12317962 يقي من الإصابة بالـ ASD (5)، ويكمن هذا الـ SNP في جين الـ KCNMB4 وهو يشفر قناة البوتاسيوم المتضمنة في حالات الهياج العصبي والتي يُعبر عنها بصورة عالية في التلفيف المغزلي ومناطق المخ الاجتماعية الأساسية، والتي تُدعى المنطقة الصدغية العلوية والقشرة الحزامية والقشرة الأمامية المدارية. وترتبط بـ SNP آخري، مثل الاختلافات في الـ rs3796863 في الـ CD38، وهو نوع من الجينات التي ترتبط بالـ ASD ويُعرف بكونه يدخل في عملية إفراز الأوكسيتوسين، ترتبط أيضاً بتنشيط اللوزة المخية، وبصفة خاصة التلفيف المغزلي، وذلك أثناء العمليات المرئية للمحفزات الاجتماعية لدى الشباب من الذكور (٦). نحن الآن في مرحلة تعزيز هذا البحث في حالة الـ ASD، وذلك عن طريق دراسة تأثير الاختلافات في الأليل في مناطق المخ، وذلك باستخدام التصوير العصبي.

إن الفصام واحد من الاضطرابات التي بها عجز في المعرفة الاجتماعية. تقترح النظريات الحديثة أن الانحرافات في دوائر الدوبامين والجلوتاميرجي في الفص الجبهي واللوزة المخية تحت القشرية، تزيد من عدم انتظام إشارات الظواهر، مما يتسبب في ضعف في المستقبلات المرتبطة بالعاطفة وأيضاً في التعلم والذاكرة (٧)، وذلك بالتشابه مع نموذج فيليبس وآخرون (٨) الذي أوضحه كاسيو وآخرون (٩) في سياق الاكتئاب.

لقد أظهر البحث المتعدد التخصصات التابع لوالتر وآخرون (٩) أنه لدى حاملات علامات الخطر المختلفة للإصابة بالذهان الـ SNP rs1344706 (الجين ZNF804A) تنشط عصبي شاذ في قشرة الفص الجبهي الإنسي وقشرة الفص الصدغي الجداري الأيسر وأيضاً في مناطق مرآة الجهاز العصبي، وذلك أثناء نظرية قامت على مهام المخ. قد يكون لهذا النمط الظاهري الوسيط المحتمل والمشتق من

التصوير العصبي، تضمنات لوسائل العلاج الحيوي لحالات العجز المعرفي الاجتماعي في داء الفصام.

من الأمور الواضحة في المقالة التي قدمها كاسيو وآخرون (٩) هي أن مناطق المخ الاجتماعية تصبح عاجزة أثناء الإصابة بأي اضطراب، وهذه المناطق هي اللوزة المخية والقشرة الأمامية المدارية وقشرة الفص الجبهي الإنسي والتلم الصدغي العلوي والجزيرة اللحائية الأمامية والقشرة الحزامية الأمامية، إلا أن الطريقة التي تخرج بها من الوظائف الطبيعية (النشاط المفرط بالمقابل مع قصور النشاط أو كليهما) تعتمد على المرض الذي يُدرس والعمليات الاجتماعية التي يُسأل عنها، وبالتالي فلا بد لنا ألا ندرس الأمر بما يتعلق فقط بعدة تخصصات طبية بل أيضاً بما يتعلق بالعديد من الاضطرابات النفسية، وأيضاً في سياق التدخلات العلاجية المحكّمة بصورة جيدة، وذلك لتقديم رؤية لكلا من عوامل الخطر وعوامل الانتكاسة المرتبطة بتطور اضطراب ما.

لقد تم اقتراح الأوكسيتوسين كوسيلة علاج إضافية لعلاج العجز السلوكي المعرفي الاجتماعي السائد في اضطرابات القلق الاجتماعي والـ ASD والفصام واضطرابات الشخصية الحدية (١٠). وبينما يوجد العديد من الأدلة الخطر المتعلقة بالأوكسيتوسين والتي ترتبط بالعجز في وظائف المخ، هناك القليل من الرؤى المتعلقة بتقنية نشاط الأوكسيتوسين في المخ، إلا أن هذا الطريق يحمل الكثير من الآمال لأبحاث الطب النفسي المستقبلية.

في نهاية الأمر، تقدم المقالة التي قدمها كاسيو وآخرون في مجال العلوم العصبية الاجتماعية والصحة النفسية الكثير الذي هو بمثابة طعام للعقل، إلا أن هناك احتياج إلى تبادل ديناميكي يجمع بين بعض التخصصات (وليس مجرد تبادل متعدد التخصصات) من الجوانب الحيوية وغيرها من العلوم، وذلك لتقييم التغييرات في مسارات تركيب المخ ووظائفه، ولربط بين التغييرات الديناميكية هذه والجينات التي قد تضع عوامل خطر أو تتسبب في تواتر المرض، وأيضاً لدراسة تأثير التدخلات التي تُغيّر المعرفة الاجتماعية. تقدم كل هذه النهج وأتحادها طريقاً لتسهيل إدراك بعض الاضطرابات التي تؤثر على البشر والتي هي أكثر تعقيداً وتمثل تحدياً.

8. Phillips ML, Drevets WC, Rauch SL et al. Neurobiology of emotion perception II: Implications for major psychiatric disorders. *Biol Psychiatry* 2003;54:515-28.
9. Walter H, Schnell K, Erk S et al. Effects of a genome-wide supported psychosis risk variant on neural activation during a theory-of-mind task. *Mol Psychiatry* 2011; 16:462-70.
10. Meyer-Lindenberg A, Domes G, Kirsch P et al. Oxytocin and vasopressin in the human brain: social neuropeptides for translational medicine. *Nat Rev Neurosci* 2011;12:524-38.
- adolescence: a longitudinal, prospective study. *Am J Psychiatry* (in press).
5. Skafidas E, Testa R, Zantomio D et al. Predicting the diagnosis of autism spectrum disorder using gene pathway analysis. *Mol Psychiatry* 2014;19:504-10.
6. Sauer C, Montag C, Werner C et al. Effects of a common variant in the CD38 gene on social processing in an oxytocin challenge study: possible links to autism. *Neuropsychopharmacology* 2012;37:1474- 82.
7. Laviolette SR. Dopamine modulation of emotional processing in cortical and subcortical neural circuits: evidence for a final common pathway in schizophrenia? *Schizophr Bull* 2007;33:971-81.
1. Cacioppo JT, Cacioppo S, Dulawa S et al. Social neuroscience and its potential contribution to psychiatry. *World Psychiatry* 2014;13:131-9.
2. Pantelis C, Yucel M, Bora E et al. Neurobiological markers of illness onset in psychosis and schizophrenia: the search for a moving target. *Neuropsychol Rev* 2009; 19:385-98.
3. Pantelis C, Yucel M, Wood SJ et al. Structural brain imaging evidence for multiple pathological processes at different stages of brain development in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2005;31:672-96.
4. Whittle S, Lichter R, Dennison M et al. Structural brain development and depression onset during

DOI 10.1002/wps.20123

العلوم العصبية الاجتماعية في الطب النفسي: العلاقة الواضحة

اللوزة المخية والقشرة الأمامية المدارية، حيث أن القشرة الأمامية المدارية والقشرة الإنسية في المهام التخيلية، مثل الـ TOM بالأمير البالغ الأهمية (٨).

أما في حالة الفصام، فقد أوضحت دراسات التصوير العصبي الوظيفي أن النشاط المنخفض للوزة المخية أثناء عملية العواطف الوجيهة، وبالمقارنة مع الأصحاء (٩) والنشاط المنخفض لقشرة الفص الجبهي (PFC) ترتبط بأداء ضعيف في مهام الـ TOM. في حقيقة الأمر، لقد أظهر تحليل تلوي حديث لدراسات التصوير الوظيفي، يتكون من ٤٥٠ مريضاً بالفصام و٤٢٢ فرداً صحيحاً، نشاطاً منخفضاً للوزة المخية والـ PFC وذلك في المعرفة الاجتماعية في حالة الفصام (١٠).

وعلى الناحية الأخرى من دراسات التصوير العصبي الوظيفي في حالة الفصام، قامت القليل من دراسات التصوير الهيكلي بفحص العلاقة بين شذوذ اللوزة المخية والـ PFC وظل المعرفة الاجتماعية الذي يظهر لدى المرضى، وقد كانت العينة الدراسية حتى وقتنا هذا صغيرة الحجم (تتراوح بين ١٦ و ٣٨ مريضاً) ولم يكن هناك أي اعتبار لتأثير الـ IQ والاعراض.

لقد قمنا حديثاً بإنهاء دراسة حيث قمنا بفحص ما إذا كان عجز المعرفة الاجتماعية

ليس هام في إدراك مسببات المرض (٢)، وعلى النقيض تتصف الشخصية المعادية للمجتمع في جوهرها بتفاعلات اجتماعية شاذة، وقد يستمر هذا الشذوذ طيلة الحياة بل وقد يتطور أخيراً، قد تؤدي اضطرابات قصور الرغبة الجنسية إلى شذوذ في التفاعلات الاجتماعية، إلا أن هذا الشذوذ ليس هو سبب المرض.

يذكر الكتاب - إلا أنهم لا يسترسلوا بذكر التفاصيل - اضطرابين نفسيين آخرين، حيث تكون التفاعلات الاجتماعية الشاذة - وبصفة خاصة ضعف المعرفة الاجتماعية - سبباً أساسياً للمرض، وهذه الاضطرابات هي الذاتية (٣) والفصام (٤).

إن الخلل المعرفي والخلل العاطفي بمثابة المظاهر الإكلينيكية الأساسية للفصام (٥)، بالإضافة إلى ذلك، كان هناك الكثير من الجدل حول أن العجز في المعرفة العاطفية ونظريات العقل (TOM) قد يتفوق على قيمة المعرفة العامة والاعراض، وذلك عند توضيح النتائج في حالة الفصام (٦).

لقد كان هناك العديد من الدراسات المكثفة حول المعرفة الاجتماعية لدى الأصحاء، وذلك باستخدام التصوير الوظيفي والتصوير الهيكلي، وتم تعريف شبكة مناطق المخ التي تخدمها (٧). وبأختصار، تعتمد عملية تعبيرات الوجه على

RENÉ KAHN

Department of Psychiatry, Rudolf Magnus Institut of Neuroscience, University Medical Center Utrecht, Utrecht, The Netherlands

لقد أوضح كاسيوبو وآخرون (١) أن دراسة السلوكيات الاجتماعية الطبيعية وتلك الشاذة بالأمير الضروري لإدراك الاضطرابات النفسية. من الصعب في حقيقة الأمر تصور اضطراب نفسي لا يتضمن - أو يؤدي إلى - شذوذ في العلاقات الاجتماعية، فيمكن أن نقول أن واحد من علامات المرض النفسي هو أن العلاقات الاجتماعية تتأثر، فمن الواضح - وكما أشار العديد من الناس - أن البشر اجتماعيين بطبيعتهم، وبالتالي فعقولهم تتطور لتدعم الأنشطة الاجتماعية.

تقدم هذه المقالة ثلاثة أمثلة من اضطرابات نفسية يتخللها شذوذ في الوظائف الاجتماعية، مثل اضطرابات الاكتئاب الشديدة والشخصية المعادية للمجتمع وقصور الرغبة الجنسية، إلا أن العلاقة بين الأنشطة الاجتماعية الشاذة والثلاثة اضطرابات هذه قد تكون متباينة. قد يُجادل البعض بالقول أنه في حالات الاكتئاب الشديدة، يكون الشذوذ في التفاعلات الاجتماعية ثانوي للمرض وبالتالي قد يكون بالأمير الهام في العلاج وإعادة التأهيل، لكن

لدى مرضى الفصام مرتبطاً بشذوذ في حجم المادة السنجابية للوزة المخية والـPFC، وقمنا بتقييم تمييز العواطف الوجهية والـToM لدى ١٦٦ مريضاً بالفصام و١٣٤ فرداً صحيحاً، وقد حصلنا أيضاً على مسح للدماغ باستخدام الرنين المغناطيسي. لقد كانت النتائج الأولية تقترح أن المعدلات المنخفضة لحجم المادة السنجابية في الـPFC - وليس للوزة المخية - ترتبط بعجز في المعرفة الاجتماعية في حالة الفصام (١١)، وبالتالي فإن الشذوذ التشريحي في حالة الفصام قد يكون مرتبطاً جزئياً بعجز معرفي اجتماعي. وسواء أكان هذا الأمر مقتصرًا على الفصام أم أن هذه التغييرات التشريحية تلاحظ أيضاً في اضطرابات أخرى تتصف بعجز اجتماعي، إلا أنه لا يزال بالأمر الذي لم يُدرس بعد.

وبصفة عامة، تقدم المقالة الخاصة بكاسيوبو وآخرون حالة هامة وهي تلك التي لا بد فيها من دمج العلوم العصبية الاجتماعية في الطب النفسي وهو الأمر الذي قد يساعد في إدراك مسببات الاضطرابات النفسية وعقابيلها، إلا أنه يوجد الكثير من الأعمال الرائدة التي تحتاج إلى إتمام، وذلك لندرك دور هذا الجانب البشري الهام في مسار المرض النفسي ومسبباته.

المراجع:

1. Cacioppo JT, Cacioppo S, Dulawa S et al. Social neuroscience and its potential contribution to psychiatry. *World Psychiatry* 2014;13:131-9.
2. Cusi AM, Nazarov A, Holshausen K et al. Systematic review of the neural basis of social cognition in patients with mood disorders. *J Psychiatry Neurosci* 2012;37: 154-69.
3. Muris P, Steerneman P, Meesters C et al. The ToMtest: a new instrument for assessing theory of mind in normal children and children with pervasive developmental disorders. *J Autism Dev Disord* 1999;29: 67-80.
4. Lee J, Altshuler L, Glahn DC et al. Social and nonsocial cognition in bipolar disorder and schizophrenia: relative levels of impairment. *Am J Psychiatry* 2013;170:334-41.
5. Kahn RS, Keefe RS. Schizophrenia is a cognitive illness: time for a change in focus. *JAMA Psychiatry* 2013;70:1107-12.
6. Fett AK, Maat A, GROUP Investigators. Social cognitive

DOI 10.1002/wps.20124

الربط بين الطب النفسي وطب الأمراض العصبية من خلال العلوم العصبية الاجتماعية

المتبادلة بين الطب النفسي والعلوم العصبية. إن الـBvFTD هو داء تنكسي عصبي غالباً ما تتداخل أعراضه الأولية مع حالات نفسية متعددة، يتصف هذا المرض بانحدار مبكر في السلوكيات الاجتماعية وتغييرات شخصية وتدهور متدرج في الوظائف الاجتماعية (٢). لم تكن التقييمات العصبية النفسية التقليدية وأيضاً تصوير الأعصاب الإكلينيكي الروتيني بالأمر النافع بصورة كبيرة في التشخيصات المبكرة (٢)، وقد عمل نهج العلوم العصبية الاجتماعية على فتح الباب أمام فرص جديدة للأبحاث والتطبيقات الانتقالية في الـbnFTD. أولاً لقد سمحت تقييمات المعرفة الاجتماعية في حالة الـbvFTD بالكشف عن حالات العجز السلوكي المبكر والدقيقة التي تظهر حتى قبل تقارير تصوير ضمور المخ أو حدوث انحدار واضح في الحالة المعرفية (٣). إن المهام المعرفية الاجتماعية، بصفة خاصة، التي تتشابه مع السلوكيات اليومية تبدو وأنها تقييم مناسب لهذا الغرض (٤)، وقد تصبح تقييمات المعرفة الاجتماعية قريباً جزءاً من

الاستفسار العلمي ذات مستويات مختلفة لتقييم ١- المعرفة الاجتماعية السلوكية الحساسة للأمراض النفسية و٢- الشبكات العصبية التي تدخل في السلوكيات الاجتماعية و٣- الأسس الجينية للظواهر الاجتماعية و٤- تأثير البيئة الاجتماعية على العمليات الاجتماعية.

يقترح التقدم الذي حدث في العلوم العصبية أن الفصل بين الطب النفسي وطب الأمراض العصبية بالأمر السلب، فتقدم حالات الأمراض العصبية التقليدية نطاقاً من العجز المعرفي الاجتماعي التي غالباً ما يتم تجاهلها وكثيراً ما لا تعالج كما ينبغي. لقد قدمت العلوم العصبية الاجتماعية تقدماً هاماً في توضيح البيولوجيا العصبية للمخ الاجتماعي، إلا أنها لم تركز بقدر كافي على الاضطرابات العصبية. سنقوم هنا باعتبار تضمينات أبحاث العلوم العصبية لعدد معين من الحالات العصبية والنفسية والاختلافات السلوكية في حالة الخرف الجبهي الصدغي (bvFTD)، بالإضافة إلى ذلك، نحن نركز على أهمية العلوم العصبية الاجتماعية للأحداث

AGUSTIN IBÁÑEZ¹⁻³,
RODRIGO O. KULJIĆ^{2,4},
DIANA MATALLANA⁵,
FACUNDO MANES^{1-3,6}

¹Laboratory of Experimental Psychology and Neuroscience, Institute of Cognitive Neurology, Favaloro University, Buenos Aires, Argentina; ²UDP-INECO Foundation Core on Neuroscience, Diego Portales University, Santiago, Chile; ³National Scientific and Technical Research Council, Buenos Aires, Argentina; ⁴Neurology Unit, El Carmen Hospital, Maipú, Chile; ⁵Intellectus Memory and Cognition Center, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia; ⁶Australian Research Council Centre of Excellence in Cognition and its Disorders, Macquarie University, Sydney, NSW, Australia

لقد بدأت العلوم العصبية الاجتماعية توضيحاً متعدد المستويات (عصبي وهرموني وجزئي ووراثي) للمعرفة الاجتماعية في مجال الطب النفسي. وقد قام كاسيوبو وآخرون (١) في المقالة الخاصة بهم بمحاولة استخدام

- potential contribution to psychiatry. World Psychiatry 2014;13:131-9.
- Ibanez A, Manes F. Contextual social cognition and the behavioral variant of frontotemporal dementia. Neurology 2012;78:1354-62.
 - Torralva T, Roca M, Gleichgerrcht E et al. A neuropsychological battery to detect specific executive and social cognitive impairments in early frontotemporal dementia. Brain 2009;132(Pt. 5):1299-309.
 - Burgess PW, Alderman N, Volle E et al. Mesulam's frontal lobe mystery re-examined. Restor Neurol Neurosci 2009;27:493-506.
 - Allman JM, Tetreault NA, Hakeem AY et al. The von Economo neurons in the fronto-insular and anterior cingulate cortex. Ann N Y Acad Sci 2011;1225:59-71.
 - Nguyen AD, Nguyen TA, Martens LH et al. Progranulin: at the interface of neurodegenerative and metabolic diseases. Trends Endocrinol Metab 2013;24:597-606.
 - Holwerda TJ, Deeg DJ, Beekman AT et al. Feelings of loneliness, but not social isolation, predict dementia onset: results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). J Neurol Neurosurg Psychiatry 2014;85:135-42.
 - Stutzki R, Weber M, Reiter-Theil S et al. Attitudes towards hastened death in ALS: a prospective study of patients and family caregivers. Amyotroph Lateral Scler Frontotemporal Degener 2014;15:68-76.
 - Pose M, Cetkovich M, Gleichgerrcht E et al. The overlap of symptomatic dimensions between frontotemporal dementia and several psychiatric disorders that appear in late adulthood. Int Rev Psychiatry 2013;25:159-67.
 - Kennedy DP, Adolphs R. The social brain in psychiatric and neurological disorders. Trends Cogn Sci 2012;16:559-72.
 - Maj M. From "madness" to "mental health problems": reflections on the evolving target of psychiatry. World Psychiatry 2012;11:137-8.

DOI 10.1002/wps.20125

يبدو إن إشارة هذا الحديث المتبادل بين أبحاث الأمراض العصبية والأبحاث النفسية، واحد من أكثر الأدوار إشراقاً للعلوم العصبية الاجتماعية. تُظهر العديد من الحالات العصبية ذات علامات نفسية صحية (مثل حالات التنكس العصبي وعمه التعرف على الوجوه والتصلب الحدبي ومتلازمة برادير ويلي ٣ ومتلازمة ويليامز ومتلازمة تورنير وكلينفيلتير) عجز في الأداء الاجتماعي (١٠). لقد قمنا هنا بإلقاء الضوء على نهج العلوم العصبية الاجتماعية المتعدد المستويات لـ bvFTD، إلا أن إدراك العديد من الحالات العصبية الأخرى من الممكن أن يستفيد من هذا النهج.

قد تؤثر العديد من مجالات المعرفة الاجتماعية (العاطفة الاجتماعية وصناعة القرارات ونظرية العقل والتعاطف والمعرفة الأخلاقية والمعايير الاجتماعية) بطرق مختلفة في العديد من الحالات النفسية والعصبية، وأن الاختلافات في مثل هذه المعايير قد يكون متضمناً في تقنيات التشخيص ومقياس كفاءة العلاج.

قد يتمكن الأطباء النفسيون وأطباء الأمراض العصبية من خلال هذا النهج الجديد الخاص بالعلوم العصبية الاجتماعية، من المساهمة بنهج قوي متعدد التخصصات (١١) ومرتبطة بصورة إكلينيكية ونظرية بالتطور الكبير في الطب النفسي العصبي المعاصر.

شكر خاص

لقد تم تدعيم هذه المقالة من جانب Comisi_on Nacional de Investigaci_on Cient_ifica y Tecnol_ogica/Fondo Nacional de Desarrollo Cient_ifico y Tecnol_ogico, Chile (CONICYT/FONDECYT-Regular-11 30920), Fondo para la Investigaci_on Cient_ifica y Tecnol_ogica/Proyectos de Investigaci_on Cient_ifica y Tecnol_ogica, Argentina (FONCyT-PICT2012-0412, FON CyT-PICT2012-1309) وأيضاً من جانب مجلس أبحاث التقنية العلمية الوطنية بالآرجنتين ومؤسسة INECO.

المراجع:

- Cacioppo JT, Cacioppo S, Dulawa S et al. Social neuroscience and its

التصوير الكلينيكي لـ bvFTD. ثانياً، لقد تم اقتراح أن نماذج المعرفة الاجتماعية المرتبطة بتدهور في المناطق الجبهية الصدغية (نموذج شبكة الإطار الاجتماعي) أو الجزيرة الجبهية (شبكة العلامات الظاهرة) قد توضح الحجم الكبير للعجز المعرفي الاجتماعي في الـ (٢) bvFTD، مثلاً أن الخلايا العصبية فون أيكونومو بمثابة خلايا كبيرة مغزليه الشكل، وهي بالأمر المتوافر بشدة في القشرة الحزامية الأمامية والجزيرية، وقد تطورت هذه الخلايا العصبية فقط لدى أحد الأسلاف ويبدو أنه بالأمر الضعيف في الحالات العصبية النفسية التي تؤدي إلى عجز معرفي اجتماعي. في حالة الـ bvFTD، ترتبط الخسارة المعينة في هذه الخلايا العصبية في حالات الضمور الجبهية الصدغية والجزيري في المراحل المبكرة، ترتبط إكلينيكيًا بتغييرات في التعاطف والوعي الاجتماعي وغيره من مناطق المعرفة الاجتماعية (٥).

ثالثاً، يرتبط مكون جيني هام لـ bvFTD بعجز معرفي اجتماعي. هناك ثلاثة جينات أساسية لـ bvFTD وهم MAPT والـ GRN والـ C90RF72. يُظهر المرضى ذي C90RF72 ضموراً جبهياً صدغياً كبيراً يرتبط بعلامات نفسية وأيضاً إهمال اجتماعي (٦). وبصورة مماثلة، أظهرت النماذج الحيوانية والدراسات الإكلينيكية التي قامت على الـ GRN تغييرات اجتماعية وعاطفية، وذلك بدون ظهور عجز عام في الصحة (٦).

رابعاً، يستحق الدور الذي يقوم به العالم الاجتماعي وتفاعلاته مع تغييرات المخ في حالة الـ bvFTD الكثير من الاعتبار، مثلاً يرتبط الشعور بالوحدة بزيادة في خطر الإصابة بالخرف (٧) وأيضاً بالرغبة في الموت، وذلك في حالة الـ (٨) FTD.

سيعمل نهج العلوم العصبية الاجتماعية المتعدد المستويات، والذي يجمع بين دراسة السلوكيات الاجتماعية والشبكات العصبية والتأثيرات الوراثية والتفاعل بين السلوكيات الاجتماعية والمعرفة الاجتماعية، على المساعدة في تقديم إدراكاً أعمق عن الـ bvFTD وفهمها عن تشابك هذا الاضطراب مع اعراض العديد من الحالات النفسية ومع الضعف المعرفي الاجتماعي (٩)، وبالتالي فقد يتطور نموذج جديد من الأحاديث المتبادلة بين الطب النفسي وعلم الأعصاب، وذلك في ساحة العلوم العصبية الاجتماعية، ويقودها عمل عن الـ bvFTD باعتباره المثل الأكثر وضوحاً عن الروابط بين التخصصين.

الشعور بالوحدة والعلوم العصبية الاجتماعية

DANIEL W. RUSSELL

Department of Human Development and Family Studies, Iowa State University, Ames, IA 50011-4380, USA

لقد أكتشف الباحثون أن الشعور بالوحدة يلعب دوراً كبيراً في تنشيط الجينات وأنه يرتبط باضطرابات نفسية مثل الاكتئاب واضطرابات الشخصية الحدية (مثل ١٢). أنه الآن وقت لندرس لماذا قد وُجد هذا الارتباط، وذلك لكي يتطور البحث في هذا المجال. سأقوم في هذا التعليق بطرح قضايا ليتم مخاطبتها في الأبحاث المستقبلية التي تتحدث عن الشعور بالوحدة والعلوم العصبية الاجتماعية.

من القضايا الأولى التي نرغب في مخاطبتها هي طبيعة الشعور بالوحدة. لقد عمل الباحثون وواضع النظريات تفرقة بين الشعور بالوحدة والعزلة الاجتماعية (٣). وقد أكدت هذه الدراسات أنه قد يكون لبعض الأفراد شبكة اجتماعية كبيرة ويشتركون في أنشطة اجتماعية متعددة، ومع ذلك يعانون من الوحدة، وعلى الناحية الأخرى، تجد هناك أفراد منعزلين اجتماعياً إلا أنهم لا يقرؤا بالشعور بالوحدة. يتضح أن الشعور بالوحدة ينتج من عدم الإشباع الذي يأتي من العلاقات مع الآخرين، مثل جودة العلاقة أو غياب نوع معين من العلاقات. من الواضح أن هناك احتياج إلى أن يتجه البحث إلى ما بعد دراسة العلاقة بين الشعور بالوحدة وحجم الشبكة الاجتماعية أو تكرار الاتصالات الاجتماعية.

والقضية الثانية هي مرضية الشعور بالوحدة، فالشعور بالوحدة بمثابة خبرة عامة، مثلاً لقد اكتشفت كوترونا (٤) أن ٧٥٪ من طلاب السنة الأولى بجامعة كاليفورنيا (UCLA) قد أدلوا بشعورهم بالوحدة أثناء أول أسبوعين من الجامعة. وبحلول فصل الربيع من عامهم الأول بالجامعة، أقر فقط ٢٥٪ من هؤلاء الطلاب بشعورهم بالوحدة. وكما قد تحدث وييس (٥)، يُمكن أن تتسبب بعض الأحداث مثل حدوث طلاق أو وفاة الزوج/الزوجة في الشعور بالوحدة العاطفية.

يتضمن الاستطلاع الذي قدمه كاسيويو وآخرون (٦) تأثيرات الوحدة الشديدة (مثل الأفراد الذين يعانون من الوحدة لفترة تزيد عن الثلاثة سنوات)، ويبدو أنه من الغير المحتمل أن الوحدة التي يختبرها المرء لمدة قصيرة من الزمن أثناء الانتقال إلى وضع اجتماعي جديد (مثل الانتقال إلى الجامعة) ستؤدي إلى مثل

هذه النتيجة البيولوجية مثل تنشيط الجين. وعند هذه المرحلة نحن لا نعرف المدة اللازمة التي يتطلبها الشعور بالوحدة حتى تأتي هذه النتائج، أم أن تجنب الشعور بالوحدة عن طريق تأسيس علاقات جديدة أو أكثر إشباعاً من الممكن أن يعمل على الوقاية من هذه التأثيرات السلبية للشعور بالوحدة.

هناك فكرة أخرى مشابهة لابد من طرحها بخصوص العلاقة بين الوحدة والاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب، فأن ظهور الشعور بالوحدة بعد الانتقال إلى وضع اجتماعي جديد لا يُحتمل أن يؤدي التطور إلى اكتئاب إكلينيكي، إلا أن عدم المقدرة على التغلب على مشاعر الوحدة هذه عن طريق عمل علاقات جديدة مع آخرين قد تؤدي بالفرد الذي ينتقل إلى وضع جديد إلى أن يُصاب بالاكتئاب. إن إدراك كيف أن العلاقة بين الشعور بالوحدة والاكتئاب تتغير مع الوقت، بالأمر الهام من الناحية الإكلينيكية.

من القضايا الأخرى الهامة لأبحاث المستقبل هي ما إذا كان الشعور بالوحدة الشديدة «سبباً» لتلك النتائج بينما ينشط الجين. يرتبط الجين بعدد من العوامل الأخرى التي قد تقف وراء الارتباطات التي وصفها كاسيويو وآخرون، مثلاً أن الخصائص الشخصية التي تتمثل في الفجوه والعصابية ترتبط وبشدة بالشعور بالوحدة (٧). فهل هذه الاختلافات مسئولة عن الارتباط الذي قد تم اكتشافه بين الشعور بالوحدة وتنشيط الجين؟ قد تمثل العصابية «الاختلاف الثالث» الذي هو سبب كلا من الشعور بالوحدة وتنشيط الجين، وإذا كان هذا الأمر صحيحاً، فلا بد إذاً أن نجد أن العلاقة بين الشعور بالوحدة وتنشيط الجين قد أصبحت بالأمر الغير هام إذا تحكمتنا في تأثيرات العصابية في كلاً من هذه الاختلافات. لقد تم طرح قضايا أخرى حول العلاقة بين الشعور بالوحدة وتلك الاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب واضطرابات الشخصية الحدية، مثلاً هل نجد الشعور بالوحدة مؤشراً لتطور مستويات إكلينيكية من الاكتئاب بسبب أن الأفراد الذين يشعروا بالوحدة يميلون أيضاً إلى إظهار نسب عالية من العصابية؟

إنه الآن وقت لأن نتجاوز دراسة العلاقة بين الشعور بالوحدة والنتائج العصبية والنفسية إلى تطوير واختبار نماذج نظرية لهذه العلاقات. تحتاج هذه النماذج إلى أن تتضمن العوامل التي يُفترض أنها تحدد الشعور بالوحدة، مثل الخصائص الشخصية وطبيعة علاقة الفرد مع

الآخرين، وبالتالي فلا بد أن تعمل هذه النماذج على تحديد كيف يؤدي الشعور بالوحدة إلى تلك النتائج مثل تنشيط الجين وتطور اضطرابات نفسية مثل الاكتئاب واضطرابات شخصية. تتضمن واحدة من القضايا الهامة التي نحتاج إلى اعتبارها على ما إذا كان الشعور بالوحدة يخدم كوسيط بين خصائص الفرد (مثل الشخصية) وشبكاتهم الاجتماعية وتلك الاضطرابات العصبية والنفسية. وكما قد علق ليويين (٨) ذات مرة بأنه لا يوجد أمر أكثر عملياً من وجود نظرية جيدة، وأن القدرة على التدخل ومنع هذه التأثيرات السلبية للوحدة، قد يعتمد على قدرتنا على إدراك هذه الأسباب وتغييرها.

المراجع:

1. Cole SW, Hawkey LC, Arevalo JMG et al. Transcript origin analysis identifies antigen-presenting cells as primary targets of socially regulated gene expression in leukocytes. Proc Natl Acad Sci USA 2011;108:3080-5.
2. Ernst JM, Cacioppo JT. Lonely hearts: psychological perspectives on loneliness. Appl Prev Psychol 1998;8:1-22.
3. Russell DW, Cutrona CE, McRae C et al. Is loneliness the same as being alone? J Psychol 2012;146:7-22.
4. Cutrona CE. Transition to college: loneliness and the process of social adjustment. In: Peplau LA, Perlman D (eds). Loneliness: a sourcebook of current theory, research, and therapy. New York: Wiley, 1982:291-309.
5. Weiss RS. Loneliness: the experience of emotional and social isolation. Cambridge: MIT Press, 1973.
6. Cacioppo JT, Cacioppo S, Dulawa S et al. Social neuroscience and its potential contribution to psychiatry. World Psychiatry 2014; 13:131-9.
7. Russell D. The UCLA Loneliness Scale (Version 3): reliability, validity, and factor structure. J Pers Assess 1996;66:20-40.
8. Lewin K. Psychology and the process of group living. J Soc Psychol 1943;17:113-31.

DOI 10.1002/wps.20126

الطب النفسي والعلوم العصبية الاجتماعية الغذائية

JANICE K. KIECOLT-GLASER,
LISA M. JAREMKA,
SPENSER HUGHES

Institute for Behavioral Medicine Research, Ohio
State University College of Medicine, Columbus,
OH 43210-1228, USA

لقد أوضح كاسيوبو وآخرون (١) وبطريقة جميلة الإسهامات المحتملة للعلوم العصبية الاجتماعية في الطب النفسي. ومن الممكن تعزيز النهج خاصتهم الذي يجمع بين أكثر من تخصص، وذلك عن طريق إدخال جانب غذائي. في حقيقة الأمر، وبالرغم من أن العقل البشري يُمثل فقط حوالي ٢٠٪ من حجم الجسم، إلا أنه يقف وراء ٢٠٪ من مجموع معدل أيض الراحة (٢). وكتيجة لاحتياج المخ إلى طاقة كثيفة، يُمكن أن يكون للشذوذ الأيضي نتائج مادية تتمثل في وظيفته، سنقوم في هذا التعليق بالتركيز على التقدم واحتمالية إسهام العلوم العصبية الغذائية، وهذا مجال ذات اهتمام بالغ للطب النفسي.

ومن حيث التقليد، تركز العلوم العصبية الغذائية على التأثيرات التي تتركها العديد من المكونات الغذائية على الكيمياء العصبية والحيوية العصبية والسلوكيات والمعرفة. تأخذ مثل هذه العلوم العصبية الغذائية رؤية واسعة تعمل على مزج التأثيرات الأساسية ثنائية الاتجاهات، أي العمليات الاجتماعية وتأثير النظام الغذائي على السلوكيات، وكلاهما يترك تأثيراً على الكيمياء العصبية والبيولوجيا العصبية. إن هذه التغييرات البيولوجية والغذائية الناتجة قد تعمل بعد ذلك على تغيير العمليات الاجتماعية والسلوكية، مما يخلق في نهاية الأمر حلقة التغذية المفرغة. قد تعمل الدراسات التي تخاطب نتائج الاكتئاب البيولوجية والغذائية، على المساعدة في توضيح أهمية رؤية هذه العلاقات باعتبارها طريقاً ذات اتجاهين.

يُمكن أن يكون للاكتئاب تأثيراً حقيقياً على مدخول الطعام، فأن التغييرات التي تحدث في الشهية مظهر من المظاهر الملحوظة لاضطرابات الاكتئاب الشديدة. في حقيقة الأمر، ترتبط واحدة من معايير التشخيص لهذا الاضطراب في الـ DSM-5 بالحمية الغذائية، مثل فقدان/زيادة وزن أو فرط الأكل/فقدان الشهية. يؤثر الاكتئاب أيضاً على الأنماط الغذائية (٣). مثلاً قد يزداد لدى بعض الأفراد الرغبة في تناول الطعام أثناء الشعور بالراحة وذلك عند شعورهم بالاكتئاب (٤).

قد يؤثر الاكتئاب والحمية الغذائية على بعض الأنظمة الوظيفية، فقد أثبتت الدراسات

الميكانيكية كيف يُمكن أن ينظم الاكتئاب المسارات الأساسية للالتهاب الذي يتضمن نشاط التعاطف والضغط المؤكسدة وتنشيط عامل النسخ والعامل النووي كابا-B (NF- κ B) وإنتاج السيروتونين الموالي للالتهاب (٥). تؤثر الحمية الغذائية على الالتهاب وتحسن من وظائف المخ، وذلك بواسطة هذه العمليات ذاتها (٣، ٥). لقد تم التوثيق بأن كلاً من الاكتئاب والضغط يؤثران بصورة سلبية على التنشيط المبهمي، ولأن العصب المبهم يعصب الأنسجة التي تدخل في عمليات الهضم والامتصاص والأيض والتغذية، يُمكن أن يؤثر التنشيط المبهمي بصورة مباشرة وقوية على الاستجابة الأيضية للطعام، وأيضاً الالتهاب، مما يساهم في حدوث تفاعل قوي بين المخ والقناة الهضمية (٥).

قد تعمل الحمية الغذائية والتغيير في المناعة على المساعدة في ظهور الاكتئاب، وتقتصر الدلائل أن الأفراد الذين يحصلون على طعام ذات قيمة صحية قليلة أمام احتمالات أكبر لأن يُصابوا باكتئاب، وذلك بالمقارنة مع هؤلاء الذين يحصلون على تغذية جيدة (٦). بالإضافة إلى ذلك، يؤدي أخذ السيروتونين الموالي للالتهاب إلى «سلوكيات مرضية»، أي تغييرات سلوكية تتشابه مع الاعراض الجسدية التي تكون دليلاً على وجود اكتئاب، مثل انعدام التلذذ والنوم (الخمول) (٧)، وبالتالي فقد يؤدي الاكتئاب إلى ظهور أندفاع سلبي حيث يعمل الاكتئاب على المساعدة في عدم انتظام هضم الطعام واستجابات عضوية تعزز بدورها الإصابة بالاكتئاب.

لقد تم شرح الروابط ثنائية الاتجاه بين الاكتئاب والحمية الغذائية والاستجابات البيولوجية، وذلك بطريقة ممتعة من جانب العلاقة بين الاكتئاب والسمنة، والتي ترتبط بصورة واضحة بكلاً من الحمية الغذائية والاستجابات النفسية الوظيفية الغير منتظمة، مثلاً غالباً ما يسير الاكتئاب والسمنة بجوار بعضهما البعض (٨)، وأن خطر تطور الاكتئاب مع مرور الوقت يصل إلى ٥٥٪ لدى الأفراد البدناء، ولدى الأفراد الذين يعانون من اكتئاب نسبة خطر أكبر تصل إلى ٥٨٪ لأن يصبحوا بدناء (٨)، بالإضافة إلى ذلك، لقد أظهرت العديد من الدراسات الاستطلاعية أن البالغين المتقدمين في العمر يكتسبوا دهون حشوية على مدار خمسة أعوام، بينما الأفراد الذين لا يعانون من اكتئاب يفقدون الدهون الحشوية (٩). من المثير للاهتمام هو أن هذه العلاقة لا تعكس تغييرات في السمنة بصفة عامة، مما يقترح أن

اعراض الاكتئاب ترتبط بصفة خاصة بتغييرات في الدهون الحشوية، وهذا إسهام هام ومحوري للالتهاب. ولأن الأنسجة الشحمية تعمل كعضو صماوي، تفرز عدداً من هرمونات الببتيد والسيروتونين الذي يؤثر على وظائف المخ والأيض والسلوكيات (٣).

وبينما أن سوء التغذية يزيد من خطر الإصابة بالاكتئاب، قد تكون التغذية الجيدة بالأمر الذي يقي من الاكتئاب. لقد وجدنا في دراسة استطلاعية قامت على ما يزيد عن ١٠,٠٠٠ مشاركاً، أن الأفراد الذين يأكلون طعاماً متوسطي (ذي علاقة بدول البحر الأبيض المتوسط) غني بالدهون الأحادية اللاإشباعية والأسماك والفواكه والبنودق والخضروات، أمام نسبة قليلة للإصابة بالاكتئاب بعد مرور أربعة سنوات، وذلك أكثر من الأفراد الذين يحصلون على وجبات بها القليل من هذا النوع من الطعام وكميات كبيرة من الدهون المشبعة (١٠). قد تعمل الوجبات الصحية أيضاً على تقليل اعراض القلق، هذا بالإضافة إلى اعراض الاكتئاب (٦).

وبعد أن قام كاسيوبو وآخرون (١) بتلخيص القضايا الأساسية في العلوم العصبية الاجتماعية وإسهاماتها المحتملة في الطب النفسي، يُختمون بالقول بأننا في حاجة إلى أبحاث التصوير العصبي والأبحاث الوراثية التي تركز على مكوّن العمليات التي تقف وراء الحياة الاجتماعية. وفي مجال العلوم العصبية الغذائية الاجتماعية، قد تكون أبحاث التصوير العصبي والأبحاث الوراثية بالأمر المفيد أيضاً، في حقيقة الأمر، قد يعمل النهج الذي يجمع بين عدة تخصصات ويتضمن كلاً من العلوم العصبية الاجتماعية والعلوم العصبية الغذائية الاجتماعية، على تبني الأسئلة الفريدة والمثيرة والتي ستزيد من إدراكنا للاضطرابات النفسية. قد يعمل أيضاً التأكيد القوي على دور السلوكيات كمرشد أساسي في العلوم العصبية الغذائية، على فتح آفاق وروى جديدة لأبحاث المستقبل.

شكر خاص

لقد تم تدعيم العمل المُقدم في هذه المقالة جزئياً من جانب منح NIH والتي هي CA158868 و CA172296 و CA154054.

المراجع:

1. Cacioppo JT, Cacioppo S, Dulawa S et al. Social neuroscience and its potential contribution to psychiatry.

- 2010;67:220-9.
9. Vogelzangs N, Kritchevsky SB, Beekman AT et al. Depressive symptoms and change in abdominal obesity in older persons. *Arch Gen Psychiatry* 2008;65:1386-93.
 10. Sanchez-Villegas A, Delgado-Rodríguez M, Alonso A et al. Association of the Mediterranean dietary pattern with the incidence of depression: the Seguimiento Universidad de Navarra/University of Navarra Follow-up (SUN) cohort. *Arch Gen Psychiatry* 2009;66:1090-8.
- DOI 10.1002/wps.20127
- nutrition at the cutting edge. *Psychosom Med* 2010;72:365-9.
6. Jacka FN, Mykletun A, Berk M et al. The association between habitual diet quality and the common mental disorders in community-dwelling adults: the Hordaland Health Study. *Psychosom Med* 2011;73: 483-90.
 7. Jaremka LM, Lindgren ME, Kiecolt-Glaser JK. Synergistic relationships among stress, depression, and distressing relationships: insights from psychoneuroimmunology. *Depress Anxiety* 2013;30:288-96.
 8. Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF et al. Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Arch Gen Psychiatry* 2014;13:131-9.
2. Fonseca-Azevedo K, Herculano-Houzel S. Metabolic constraint imposes tradeoff between body size and number of brain neurons in human evolution. *Proc Natl Acad Sci USA* 2012;109:18571-6.
 3. Hryhorczuk C, Sharma S, Fulton SE. Metabolic disturbances connecting obesity and depression. *Front Neurosci* 2013;7:177.
 4. Dallman MF, Pecoraro N, Akana SF et al. Chronic stress and obesity: a new view of “comfort food”. *Proc Natl Acad Sci USA* 2003;100:11696-701.
 5. Kiecolt-Glaser JK. Stress, food, and inflammation: psychoneuroimmunology and

عوامل الخطر في الوفيات الناتجة عن الانتحار وجميع الاسباب في حالات الاضطرابات النفسية: استطلاع تلوي

EDWARD CHESNEY, GUY M. GOODWIN, SEENA FAZEL

Department of Psychiatry, University of Oxford, Warneford Hospital, Oxford OX3 7JX, UK

لقد تم عمل استطلاع تلوي أو استطلاع قام على عدد من الاستطلاعات المنهجية لدراسة عوامل الخطر من كل الأنواع وأيضاً معدلات الوفيات الناتجة عن الانتحار، وذلك في حالات الاضطرابات النفسية الشديدة. لقد أنتج البحث المنهجي ٤٠٧ استطلاعاً متعلقاً بالأمر، وقد أقر ٢٠ منها بوجود خطر الموت في ٢٠ اضطراباً نفسياً مختلفاً وتضمن هذا ما يزيد عن ١,٧ مليون مريضاً وأكثر من ربع مليون حالة وفاة. لقد كان لكل الاضطرابات نسبة عالية من خطر الوفاة، وذلك بالمقارنة مع العامة الأضواء، وكان الكثيرون أمام خطر الموت، وذلك أكثر من - أو بالمقارنة مع - حالات شراهة التدخين. وكان الأفراد ذي أعلى معدلات خطر الوفاة مرضى اضطرابات تعاطي عقاقير ما وأيضاً اضطرابات القهيم العصابي ١. تفسر مخاطر الوفاة بانخفاض حقيقي في عمر الإنسان (من ١٠ إلى ٢٠ عاماً). لدى اضطرابات الشخصية الحدية والقهيم العصابي والاكتئاب والاضطراب الثنائي القطب، أعلى معدلات خطر الانتحار، وقد تم تعريف الفجوات الملحوظة في تدوين الاستطلاعات، وكانت جودة الاستطلاعات المتضمنة منخفضة بصورة كبيرة. وقد عمل أنتشار عامل خطر الوفاة والانتحار في كل الاضطرابات النفسية على تحديد أولوية الأبحاث ووسائل الوقاية ووسائل العلاج وتحديد علامات الوفاة المبكرة لدى المرضى النفسيين.

كلمات مفتاحية: الوفيات، الانتحار، الاضطرابات النفسية، اضطرابات تعاطي عقاقير ما، القهيم العصابي، استطلاع تلوي

(عالم الطب النفسي ٢٠١٤:١٣:١٦٠-١٦٠)

الكبير في الكتابات على مر العقود القليلة الماضية والتقدير المتناقضة في الدراسات اللاحقة التي قامت على الوفيات وعلاقتها بالحالة الصحية للفرد، مثلاً قد أقر استطلاع منهجي عام ٢٠٠٧ (١) أن معدلات الوفيات التقليدية (SMR) لمرضى الفصام تبلغ ٢,٥، بينما كانت تقديرات هاريس وباراكلوف ١,٦. يقدم استطلاع حديث آخر (٦) استخدام مخر الأفيون يصل إلى ١٤,٧، وهذه النسبة أكبر من ضعف النسبة التي أقر بها استطلاع هاريس وباراكلوف (٦,٤). بالإضافة إلى ذلك، يوجد في الوقت الحالي وعي كبير عن إسهامات الأمراض الجسدية القابلة للعلاج في حالات الوفاة المبكرة لدى المرضى النفسيين. هناك أيضاً في الوقت الحالي تتبع للبيانات الخاصة بالتعرض لعوامل الخطر الجسدية، مثل تدخين التبغ.

ومع زيادة الدلائل في العقود القليلة الأخيرة والتقدير المتفاوتة في التحاليل التلوية، هناك احتياج إلى استطلاع حديث؛ فسيمكن هذا الأطباء الاكليينكيين من أن يجعلوا التدخلات التي تقوم على خطر حدوث وفاة بين الاضطرابات، أولوية، وأيضاً سيساعد الباحثين على تعريف أين تكمن الفجوات في الكتابات المتاحة، وكذلك أيضاً سيساعد المفوضين وصانعي القرارات لأن يستهدفوا الموارد بأكثر فاعلية، وبالتالي فقد عملنا تحليل تلوي أو استطلاعاً يقوم على العديد من الاستطلاعات المنهجية، عن حالات الوفاة الناتجة عن الانتحار في كل الاضطرابات النفسية الشديدة.

الوسائل

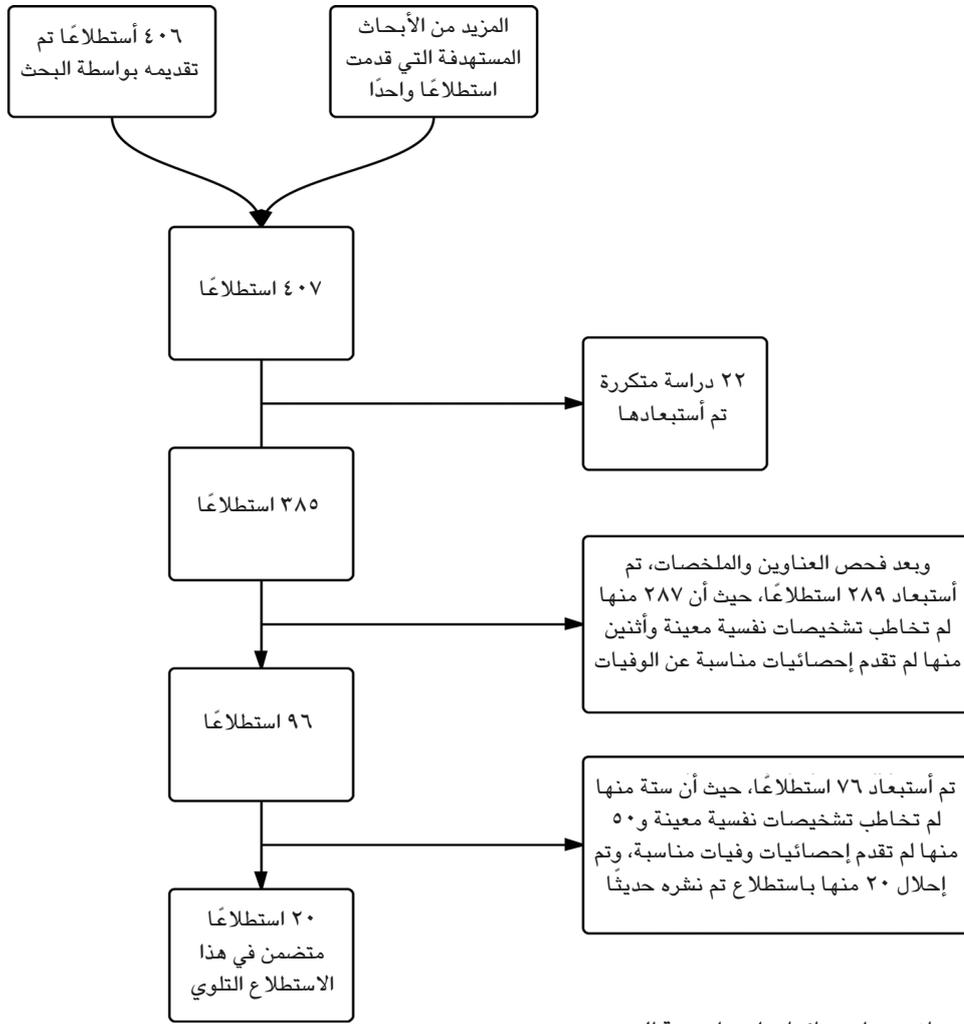
وباستخدام قاعدة بيانات الباحث التابعة لموقع غوغل، قمنا بعمل بحث منهجي لتعريف الاستطلاعات المنهجية والتحليل التلوية التي أقرت بوجود عوامل خطر ناتجة عن كل الأسباب وحالات وفيات ناتجة عن انتحار لمرضى اضطرابات الاكتئاب أحادية القطب واضطرابات القلق والاضطرابات الثنائية

إن النسبة العالية لخطر الوفاة في العديد من الاضطرابات النفسية بالأمر المعروف جيداً وهو يزداد سوءاً مع مرور الوقت (١,٢). لقد اقترحت البيانات الخاصة بدراسة العبء العالمي للمرض (GBD) أن الاضطرابات السلوكية والنفسية تفوق وراء ٨,٦ مليون أو ٠,٥٪ من كل سنوات العمر المفقودة بسبب الوفيات المبكرة (٣)، ويتساوى هذا مع ٢٣٢,٠٠٠ حالة وفاة عام ٢٠١٠، وقد ازدادت هذه النسبة عن عام ١٩٩٠، حيث قد بلغت حالات الوفاة المبكرة آنذاك ١٣٨,٠٠٠ وهي نسبة ثانوية للاضطرابات النفسية (٤). لقد كان ما يزيد عن ثلاثة أرباع عدد هذه الوفيات مرتبطاً باضطرابات تعاطي عقاقير ما، إلا أن تعاطي عقاقير ما والأمراض النفسية بالأمر المرضية التي تعمل على زيادة خطر الوفاة المبكرة، والتي غالباً ما تكون بالانتحار.

لقد أقرت دراسة الـ GBD أيضاً أن الانتحار كان السبب الثالث عشر وراء حالات الوفاة حول العالم، وكان بالأمر المنتشر في المناطق ذات أنظمة رعاية متطورة (٤). يقف الانتحار أيضاً وراء ٥٪ من حالات الوفاة بين الإناث و٦٪ بين الذكور، وذلك في الفئة العمرية التي تتراوح بين الرابعة عشرة والتاسعة وأربعين من العمر، وأيضاً ٨٨٤,٠٠٠ حالات انتحار في كل الفئات العمرية.

إن معدلات الوفيات القاتمة هذه تلقي الضوء على تحديات واضحة أمام وسائل العلاج الوقائية، وذلك لأنه لدى الاضطرابات النفسية واضطرابات تعاطي عقاقير ما وسائل علاج تقوم على الدليل. ولا بد أن يعمل توصيل وسائل العلاج هذه بصورة فعالة على تقليل نسب خطر الوفيات المبكرة بين المرضى، وبصفة خاصة بسبب الانتحار.

إن توضيح نماذج الخطر للاضطرابات النفسية هو بمثابة خطوة هامة لتعريف كيف يمكن أن تصبح الموارد مُستهدفة بفاعلية أكثر وكيف يمكن جعل التدخلات أولوية، إلا أنه لم يتم عمل تجميع لأشكال خطر الوفاة المرتبطة بتشخيصات متعددة منذ عام ١٩٩٨ الذي فيه تم نشر التحليل التلوي القوي الذي قدمه هاريس وباراكلوف (٥)، وهذا بالرغم من النمو



صورة رقم ١: رسم بياني عن إحصائيات استراتيجية البحث

النوع OR زوراني (بارانويدى) OR اعتمادي OR اجتنابي OR غير متزن عاطفياً OR تناول الطعام OR فقدان الشهية OR نهام OR EDNOS هروين OR أفيون OR أفيونيات المفعول OR كوكابين OR حشيش OR مريجوانا OR كحوليات OR إدمان الكحوليات OR بنزوديازيبين OR بنزوديازيبينات OR منوم OR تنومي OR أمفيتامين OR أنفتامين OR البريتورات OR البريتورات OR تدخين OR مدخنين OR سجائر OR سجائر. لقد استهدفنا المقالات التي نُشرت فيما بين الأول من يناير من عام ١٩٩٨ والتاسع عشر من فبراير من عام ٢٠١٤.

وقمنا باستبعاد المقالات التي لم تقدم إحصائيات بكل أسباب الوفيات المُجمعة أو حالات الانتحار الكاملة، وقد تم تقديم تقارير بالنوع، وذلك إذا كان ذلك بالأمر المتاح، وإذا كان هناك استطلاع ما حل محل استطلاع آخر حديث، كنا ننضم فقط المقالات الحديثة. أما بالنسبة للتشخيصات حيث لا يوجد إحصائيات مُجمعة عن الوفيات، كنا نقوم بتقديم الدراسة الأكبر والأحدث ($N < 1000$) مما يقدم معلومات عن الوفيات عن طريق عمل المزيد من قواعد البيانات والاستشهاد بالأبحاث.

قد تم أيضاً عمل بحث ثاني لتعريف الاستطلاعات والدراسات المنهجية عن متوسط العمر المتوقع في حالات الاضطرابات النفسية. وباستخدام قاعدة بيانات الباحث التابعة لغوغل، قمنا باستخدام مصطلحات البحث

القطب واضطرابات أطيف الفصام واضطرابات الأكل وصعوبات التعلم واضطرابات اطيف الذاتوية والاضطرابات السلوكية في مرحلة الطفولة (والتي تشمل اضطرابات التصرف واضطرابات المعارضة) واضطرابات الشخصية والخرف واضطرابات تعاطي العقاقير واضطرابات تعاطي الكحوليات والتدخين.

وقمنا باستخدام المصطلحات البحثية التالية: بحث: OR وفيات OR موت OR انتحار OR انتحاري OR السلوكيات الانتحارية OR استطلاع OR تحليل تلوي OR تحليلي تلوي OR الطب النفسي OR نفسياً OR عقلي OR مزاج OR مزاج OR عاطفة OR اكتئاب OR اكتئابي OR عسر المزاج OR دوروية المزاج OR التكيف OR هلع OR قلق OR «وسواس قهري» OR فوضى استحواذيه OR ربع OR «الكرب التالي للصدمة» OR «التالي للصدمة» OR عصاب OR عصابات OR ثنائي القطب OR هوس OR فصام OR زهاني OR زهان OR خرف OR مخرف OR الزهايمر OR «صعوبة التعليم» OR «صعوبات التعلم» OR IQ OR «تخلف عقلي» OR ذاتوية OR ذاتوى OR أسبرجر OR «اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة» OR ADHD OR فرط الحركة OR مفرط الحركة OR سلوك OR تخريبي OR شخصية OR شخصيات OR حدية OR معادي للمجتمع OR سيكوباتي OR غير اجتماعي OR شرعي OR نرجسي OR فصامي OR فصامي

جدول رقم ١: الوفيات الناتجة عن الانتحار لدى مرضى الاضطرابات النفسية

نتيجة الـ AMSTAR	سيدات (95%CI)	رجال (59%CI)	إحصائيات	تقدير خطر الانتحار (95%CI)	سيدات (95%CI)	رجال (95%CI)	إحصائيات	تقدير خطر حدوث وفاة (95% CI)	التشخيص
٧,١	(١٩,٩-٠,١)٣,٦	(١٢,١-٤,٤)٧,٦	SMR	(١٧,٢-١٠,٥)١٣,٥	(١٤,٠-٣,٩)٧,٨	(٨,١-٤,١)٥,٩	SMR*	SMR (١٦,٥-١٢,٨)١٤,٧	تعاطي أفيون (٦٠,١٤)
٨	(٤٤,٠-٢١,٠)٣,١	(١٢,١-٦,٤)٨,٨	SMR*		(٥,٤-٣,٩)٤,٦	(٣,٨-٣,٠)٣,٤	RR	SMR* (٨,٣-٤,٦)٦,٢	تعاطي الأفيون مين (١٥)
٧							SMRs	من ٨ إلى ٨	تعاطي كوكايين (١٦)
٢,٣	(٤٤,٠-٢١,٠)٣,١		SMR*		(١١,٧-٣,٠)٧,٢	(١٢,٧-١,٧)٢,١	SMR	SMR (٨,٣-٤,٢)٥,٩	القيم العصائبي (١٧,١٨)
٥,٥	(٢٥,٢-١٠,٧)١٦,٤	(١٢,١-٦,٤)٨,٨	SMR		(١١,٧-٣,٠)٧,٢	(١٢,٧-١,٧)٢,١	SMR	SMR (٧,٧-٢,٧)٤,٦	اضطراب تعاطي الكحوليات (١٩,٢٠)
٧							RR-WA	SMR (٤,٢-١,٨)٢,٨	اضطرابات اطياف الفصام (٢١)
٢							٢,٧	RR-WA	شراهة التدخين (٢٢)
٦			SMR*	*** (١٧,٤,٣-٠,٧)١٢,٩			٢,٤	SMR (١,٤-٢,٢)٢,٥	الفصام (١)
٥							٣,٠	RRs	الغرف (٢٣)
٢,٦	(٢,٧-١,٢)١,٨	(٢,١-١,٤)١,٧	RR	(٢,٢-١,٥)١,٨			٢,٠	RR-WA	تدخين معتدل (٢٢,٢٤)
٢,٣	(١١,٦-١,٦)٧,٥		SMR*					SMR (٢,٦-١,٤)١,٩	نهام عصائبي (١٧,١٨)
٢								SMR (٢,٥-١,٥)١,٩	اضطرابات الطعام NOS (١٧)
٧,٣			SMR	(٣٢,٠-١٢,٢)١٩,٧				RR (١,٧-١,٦)١,٦	الاكتئاب (٢٥,٢٦)
٤								RR (١,٨-١,٤)١,٦	الاكتئاب في سن متقدم (٢٧)
٤								RR (٢,٠-٠,٩)١,٤	اضطراب الاكتئاب الجزئي (٢٧)
٤					(١,٥-٠,٨)١,١	١,٢ إلى ١,٣	RRs	تعاطي مخدر الحشيش (٢٨)	
١			SMR*	(٦١,٣-٢٩,٠)٤٥,١					اضطرابات الشخصية الحدية (٢٩)
٣			SMR	(٢٩,٥-٩,٨)١٧,١					الاضطرابات الثنائية القطب (٣٦)
٣	(٥,٢-٠,٧)١,٨	(٥,٨-٣,٠)٤,١	RR	(٢٩,٥-٩,٨)١٧,١					الاضطرابات الشخصية (٣٠)
٧			OR	(٥,٣-٢,١)٣,٣					اضطرابات القلق (من أي نوع) (٣١)
٧			OR	(١٣,٤-٠,٥)٢,٥					اضطرابات كرب ما بعد الصدمة (٣١)

SMR- معدلات الوفيات الموحدة، OR- معدلات شاذة، RR- خطر نسبي، WA- المتوسط المرجح AMSTAR- تقييم الجودة المنهجية لمراجعة الاستطلاعات النظامية، NOS- مالم ينص على غير ذلك، x غير معدل للتأثيرات العشوائية، 90%xx فترات الثقة

التشخيص	إحصائيات	تقدير خطر الموت (95%CI)	رجال	سيدات
بدايات الخرف المبكرة (٣٢)	HR	٤٣.٣ (٣.١-٦٠٠.٤)		
الاحتجاز بالمستشفى النفسي بعد الولادة (عامًا) (٣٣)	SMR			١٩.٥ (١١.٧-٣٠.٤)
اضطراب السلوكيات التخريبية× (٣٤)	SMR		٥.٨ (٤.١-٨.٠)	٤.١ (١.٣-٩.٤)
تعاطي الميثامفيتامين (٣٥)	SMR	٤.٧ (٤.٥-٤.٨)	٤.٩ (٤.٧-٥.٠)	٤.٤ (٤.١-٤.٦)
اضطراب ذهاني شديد عابر (٣٦)	SMR	٤.٧ (٤.١-٥.٣)	٤.٩ (٤.٢-٥.٨)	٤.٤ (٣.٦-٥.٤)
الاضطرابات الشخصية (٣٧)	SMR	٤.٢ (٣.٠-٥.٦)	٣.٥ (٢.٢-٥.٥)	٥.٠ (٣.٢-٧.٥)
بدايات خرف متأخرة (٣٢)	aHR	٣.٣ (١.٨-٦.٢)		
الفصام لدى المتقدمين في العمر (٣٨)	SMR	٢.٧ (٢.٨-٢.٦)	٣.٠ (٢.٩-٣.١)	٢.٦ (٢.٥-٢.٦)
إعاقة ذهنية (من متوسط وحتى شديد) (٣٩)	SMR	٢.٨ (٢.٥-٣.٠)	٢.٣ (٢.٦-٢.٠)	٣.٢ (٢.٨-٣.٧)
الاضطراب الثنائي القطب (٤٠)	aHR		٢.٠ (١.٩-٢.٢)	٢.٣ (٢.٢-٢.٥)
بالغين ذي ADHD طفولي (٤١)	SMR	١.٩ (٠.٨-٤.٣)		
قلق مرضي/اكتئاب (٤٢)	OR	١.٤ (١.٢-١.٧)	١.٤ (١.١-١.٨)	١.٥ (١.٢-١.٨)

SMR- معدلات الوفيات الموحدة، HR- معدلات الخطر، AHR- معدلات خطر معدلة، OR- معدلات شاذة، ADHD- اضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة
×تتكون بشكل أساسي من اضطرابات سلوكية واضطرابات المعارضة والتحدي

النسبة.

لقد تم تقدير كل استطلاع باستخدام تقييم الجودة المنهجية لمراجعة الاستطلاعات النظامية (AMSTAR) (٩)، وهو نظام تسجيل متطور تم تطويره تجريبيًا لتقييم جودة الاستطلاعات المنهجية، وهو مكون من الإحدى عشر معيارًا التالية والمُسجلة من صفر إلى ١، وهم: هل تم تقديم نموذج «بديهي»؟ هل كان هناك اختيار لدراسة متكررة واستخراج لبيانات؟ هل تم عمل بحث كامل للمواد المطبوعة؟ هل تم استخدام حالة التكرار (أي المنشورات الغير رسمية) كمعيار اشتمال؟ هل تم تقديم قائمة بالدراسات (المتضمنة وتلك المستبعدة)؟ هل تم تقديم خصائص الدراسات المُشتملة؟ هل تم تقييم وتوثيق الجودة العلمية للدراسات المُضمنة؟ هل كانت الجودة العلمية للدراسات المتضمنة مُستخدمة بإحكام وتقدم استنتاجات؟ هل كانت الوسائل المُستخدمة لتجميع اكتشافات الدراسات بالأمر المناسب؟ هل تم تقييم انحياز تشابه المنشورات؟ هل تم توضيح صراع المصالح؟ لقد تم اعتبار أن النتائج التي تتراوح من صفر إلى ٣ منخفضة وتلك التي تتراوح من ٤ إلى ٧ متوسطة ومن ٨ إلى ١١ مرتفعة (١٠).

لقد قمنا باستبعاد استطلاع عن حالات الوفيات في حالة تعاطي البنزوديازيبين (١١)، وذلك لأنه يقدم فقط بيانات عن عوامل الخطر للاستخدام الموصي من جانب الطبيب وليس إساءة الاستخدام. بالإضافة إلى ذلك، تم أيضًا استبعاد استطلاع عن حالات الانتحار في حالة الاضطراب الثنائي القطب (١٢)، وذلك لأنه لم يقدم إحصائيات مُجمعة عن الوفيات. أخيرًا، قد تم استبعاد استطلاع قام عن حالات الانتحار في حالات اضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة (ADHD) (١٣)، وذلك لأنه لم يستخدم معلومات نسبية عن العامة الأصحاء.

التالية: بحث: «استطلاع، متوسط العمر المتوقع»، و«بحث: متوسط العمر المتوقع، OR عقلي OR الطب النفسي OR مزاج OR اكتئاب OR ثنائي القطب OR فصام OR شخصية OR قلق OR تدخين OR عقاقير OR أفيون OR كحوليات OR فقدان الشهية OR تناول الطعام». لقد قمنا باستهداف المقالات التي نُشرت ما بين الأول من يناير لعام ١٩٩٨ والتاسع عشر من فبراير لعام ٢٠١٤، وقمنا باستخدام استشهادات تكميلية لتعريف الدراسات الإضافية.

لقد قدمت أغلب الاستطلاعات SMR، ويعمل الـ SMR على مقارنة النوع والفئة العمرية المعيارية لحالات الوفيات في عينة واحدة (أي عينة مرضى الاضطرابات النفسية) للعامة. وقد أقرت بعض الدراسات بدلا من ذلك بوجود عوامل خطر نسبي (RRs) أو معدلات شاذة (ORs). وتُعرّف الـ RR بقسمة وقوع الحدث لدى الأفراد المعرضين للخطر على وقوع الحدث لدى الأفراد الغير معرضين للخطر، ويُعرف الـ OR بقسمة شذوذ الحدث (أي الموت أو الانتحار) لدى الأفراد المعرضين للخطر على شذوذ مثل ذلك الحدث لدى الأفراد الغير معرضين للخطر (٧). يميل الـ OR والـ RR إلى تقديم تقارير بتأثيرات أكبر من الـ SMR وذلك لأن القاسم في الـ SMR يتضمن مرضى الأمراض النفسية (حيث أن هؤلاء الأفراد يكونوا مستبعدين في قاسم أيه من الـ OR أو الـ RR). وبصورة نموذجية، تتشابه الـ OR مع الـ RR عندما تكون الأحداث نادرة، كما في حالة الموت والانتحار (٨).

لقد استخلص واحد من الكُتاب (EC) إحصائيات الوفيات بـ ٩٥٪ من فترات الثقة، وقد قام باحث آخر بإعادة تقييم استخراج البيانات - ولم يتم تعريف أيه حالات تعارض. نحن نختار تقديرات التأثيرات العشوائية، في حال تقديم تقارير بها، كما أن معدل التردد لدى الأفراد كان عالي

جدول رقم ٣: الدراسات والاستطلاعات الفردية عن متوسط العمر المتوقع لدى مرضى الاضطرابات النفسية

التشخيص	سنوات العمر المفقودة	رجال (95%CI)	سيدات (95%CI)	العامّة
نوبة اكتئاب/تواتر اضطراب الاكتئاب (43)		10.6 (9.5-12.8)	7.2 (6.3-8.1)	المملكة المتحدة
اضطرابات عاطفية (44)		15.6 إلى 17.4	11.1 إلى 13.6	الدنمارك وفنلندا والسويد
الاضطرابات الثنائية القطب (43)		10.1 (8.9-11.3)	11.2 (10.2-12.1)	المملكة المتحدة
الاضطرابات الثنائية القطب (45)		13.6 (13.2-14.0)	12.1 (11.8-12.4)	الدنمارك
الاضطرابات الثنائية القطب (46)		9.0	9.0	اسرائيل
الاضطرابات الثنائية القطب (40)		8.5	9.0	السويد
الاضطرابات الثنائية القطب (47)		12.7 إلى 19.8	11.0 إلى 16.2	الدنمارك وفنلندا والسويد
الاضطراب الفصامي العاطفي (43)		8.0	17.5 (14.4-20.7)	المملكة المتحدة
أطيايف الفصام (44)		15.5 إلى 20.0	10.9 إلى 17.3	الدنمارك وفنلندا والسويد
الفصام (43)		14.6 (12.3-15.8)	9.8 (8.9-10.7)	المملكة المتحدة
الفصام (45)		18.7 (18.4-19.0)	16.3 (16.2-16.8)	الدنمارك
الفصام (46)		11.0	13.0	اسرائيل
الفصام (48)	14.7	15.3	11.4	الدنمارك
الفصام (47)		17.1 إلى 20.0	15.6 إلى 16.9	الدنمارك وفنلندا والسويد
الفصام (49)		15.0	12.0	السويد
اضطرابات الشخصية (44)		13.0 إلى 21.9	14.5 إلى 20.0	الدنمارك وفنلندا والسويد
اضطرابات الشخصية (37)		17.7 (15.9-19.5)	18.7 (17.3-20.1)	المملكة المتحدة
بدايات الخرف في سن صغيرة (50)	9.6 إلى 19.4			استطلاع (1985-2010)
بدايات الخرف في سن متقدم (50)	1.3 إلى 9.2			استطلاع (1985-2010)
خرف الزهايمر (50)	0.9 إلى 16.7			استطلاع (1985-2010)
خرف جبهي (50)	11.5 إلى 15.4			استطلاع (1985-2010)
الخرف (50)		0.4 إلى 11.4	1.4 إلى 15.3	استطلاع (1985-2010)
تعاطي الكحوليات (51)		17.1 (15.4-18.8)	10.8 (9.6-12.1)	المملكة المتحدة
تعاطي الأفيون (51)		9.0 (7.8-10.2)	17.3 (15.4-19.2)	المملكة المتحدة
اضطرابات تعاطي عقاقير ما (43)		13.6 (12.5-14.8)	14.8 (13.4-16.2)	المملكة المتحدة
إدمان مخدر ما (44)		21.3 إلى 23.6	17.6 إلى 22.6	الدنمارك وفنلندا والسويد
شراهة التدخين (52)		9.2	9.4	الدنمارك
التدخين (53)		8.0	10.0	اليابان
التدخين (54)		8.7 (7.6-9.6)	7.6 (6.3-8.9)	الولايات المتحدة

النتائج

الذي قام على معدلات الوفيات بسبب الانتحار وغيرها من الأسباب، فقد عرّفت استطلاعاً منهجياً إضافياً وخمسة دراسات أولية متعلقة بالأمر، وبالتالي فقد قدمنا ١٤ منشوراً متعلقاً بالقضية (٣٧، ٤٠، ٤٣-٥٤) (الجدول رقم ٣).

لدى كل الاضطرابات النفسية معدلات مرتفعة لخطر الوفاة، وذلك أكثر من العينة المكونة من العامة الأصحاء، إلا أنه كان هناك نطاق واسع من عسر المزاج، مع RR يبلغ ١.٤ وحتى اضطراب تعاطي الأفيون، بـ SMR يبلغ ١٤.٧. وقد كان لدى اضطرابات تعاطي العقاقير والقهم العصابي أعلى معدلات لخطر الوفاة (أنظر الجدول رقم ١)، أما حالات الفصام والذاتوية، فقد كانت نسب الوفيات مرتفعة مثل حال شراهة التدخين على أقل تقدير (انظر الجدول رقم ٤).

لقد كان نمط تقدير الانتحار مختلفاً عن حالات الوفيات (انظر الجدول رقم ١). أما اضطرابات الشخصية الحدية والاكتئاب والاضطرابات الثنائية القطب وتعاطي الأفيون والفصام وأيضاً القهم العصابي واضطراب تعاطي الكحوليات لدى السيدات، كان لكل هذه معدلات انتحار مرتفعة أكثر من كل الاضطرابات الأخرى. وقد كانت عينة من مرضى القهم العصابي الذين تم عرضهم على عناية متخصصة (العيادات الخارجية وتلك الداخلية) بالأمر

لقد عمل البحث الذي قام على الاستطلاعات الخاصة بحالات الوفيات على تقديم ٤٠٦ اقتباساً، وقد قامت أبحاث اقتباسات إضافية بتقديم استطلاعاً واحداً. وبعد إزالة التكرار وفحص العناوين والملخصات، تم تقديم ٩٦ استطلاعاً، وبعد الاستثناءات، تم اشتغال عينة نهائية مكونة من ٢٠ استطلاعاً منهجياً وتحاليل تلوية (١٦،١٤-٣١) (انظر الصورة رقم ١ والجدول رقم ١). وبعد استبعاد استطلاع التدخين، أصبحت هذه الاستطلاعات تتكون مما يزيد عن ١٠٧ مليون فرداً يعاني من اضطرابات نفسية، وقامت بالتحقيق فيما يزيد عن ربع مليون حالة وفاة. بالإضافة إلى ذلك، قمنا بتعريف ١٢ تقديراً للوفيات من أكبر الدراسات الفردية التي قامت على الاضطرابات، حيث لم يوجد استطلاعات منهجية (٣٢-٤٢) (الجدول رقم ٢).

لقد أنتج البحث الذي قام على استطلاعات متوسط العمر المتوقع ٢٨ مقالة، ولم يكن أي منها متعلقاً بالموضوع. أما البحث الثاني الذي قام على الدراسات الفردية، فقد قام بتعريف ١٢٣ مقالة متعلقة بالأمر، وقد تم تضمين ٨ منها. أما أبحاث الاقتباسات الإضافية ونتائج البحث السابق

الخاتمة

إن هذا - على حد علمنا - أول استطلاع تلوي لأسباب الوفيات وخطر الانتحار في حالات الاضطرابات النفسية. لقد قمنا بتقديم 20 استطلاعاً منهجياً وتحليل تلوي أقرت بوجود عوامل الخطر هذه فيما يزيد عن 1.7 مليون فرداً يعاني من اضطرابات نفسية وما يزيد عن ربع مليون حالة وفاة.

لقد وجدنا أنه لدى كل الاضطرابات النفسية المُقدّم عنها تقاريراً نسبياً مرتفعة من خطر الوفاة، هذا بالمقارنة مع العامة من الناس. ولدى العديد من الاضطرابات المتعددة عوامل خطر أعلى أو متساوية بالمقارنة مع شراهة التدخين، إلا أنه يوجد اختلافات كبيرة بين التشخيصات، وذلك لكلا من حالات الوفاة وحالات الانتحار الكاملة. لدى اضطرابات تعاطي العقاقير والقهم العصابي أعلى معدلات وفيات، وقد كان يُمكن مقارنة بيانات الوفيات الخاصة بالفصام (SMR=2,5) والاضطرابات الثنائية القطب (معدلات خطر معدلة = 2,0-2,3) بالمعدلات الخاصة بشراهة التدخين (RR=2,4-2,7). لقد تم تأكيد هذه البيانات بالمعلومات الخاصة بمتوسط العمر المتوقع، حيث أن كل تشخيصات الاضطرابات النفسية الشديدة لديها انخفاضاً في متوسط العمر المتوقع (من 7 إلى 24 عاماً) يتشابه مع شراهة التدخين أو أكبر منها (من 8 إلى 10 سنوات).

وفيما يخص الوفيات الناتجة عن الانتحار، كان لدى اضطرابات الشخصية الحدية والاضطرابات الثنائية القطب وتعاطي الأفيون والفصام وأيضاً القهم العصابي واضطرابات تعاطي الكحوليات لدى النساء، نسب عالية (أكبر من 10 مرات) بالمقارنة مع العامة من الناس. لقد كان هناك أيضاً نسبة خطر متزايدة للانتحار بين المدخنين المعتدلين، إلا أن هذه النسبة أقل من تشخيصات الاضطرابات النفسية التي تم دراستها.

من المحدوديات التي واجهت التحليل التلوي هذا هو الجودة المتباينة للاستطلاعات (لدى 7 من أصل 20 جودة تقييم نتائج AMSTAR منخفضة، ولدى 12 نتائج متوسطة ومن الممكن اعتبار استطلاعاً واحداً فقط ذات جودة عالية). كانت حالات الحذف العامة من الاستطلاعات بسبب غياب اختبار تحيز العامة وعدم البحث في المنشورات الغير رسمية وعدم وجود مصدرين للمعلومات. من المحدوديات الأخرى هي تأكيد إحصائيات الانتحار والتي هي بالأمر السائد في بعض الدول (56) والإسهامات المحتملة للأمراض النفسية في نسب الوفيات.

لقد قام القليل من الاستطلاعات بالتعليق على العينات المتضمنة في التحليل التلوي. قد يعمل الاستخدام الشائع لبيانات المرضى المحتجزين بالمستشفيات وحدها على المبالغة في تقدير معدلات الخطر للاضطرابات المعتدلة بما يكفي حتى يتم معالجتها في مراكز الصحة الأولية (57)، إلا أنه ليس هذا الحال في حالات الفصام، حيث تُقارن معدلات الوفيات بين المرضى المحتجزين بالمستشفيات وهؤلاء الخارجيين، ولم نجد أية اختلافات بينهما (1). بالإضافة إلى ذلك، لدى الاستطلاع الذي قام على الاكتئاب (25) معدلات مشابهة لخطر الوفيات، وذلك لكل المرضى، وهذا بالمقارنة مع الأفراد الذين يعانون من اكتئاب والذين تم تعريفهم فقط باستخدام البيانات التي تقوم على المجتمع. تستخدم أيضاً الاستطلاعات التي تقوم على عسر المزاج والاكتئاب لدى البالغين (27) والخرف (23) فقط بيانات من العيادات الخارجية ومن المجتمع، وعلى الناحية الأخرى، لقد أقر الاستطلاع الذي قام على تعاطي الأمفيتامين بواحد SMR فقط، وهو الذي قد تم أخذه من عينة مكونة من مرضى داخليين (15).

الغريب لحالات الانتحار (SMR=31,0، 95%CI: 21,0-44,0) (18). ولأنه لم يقدم الاستطلاع الذي قام على الانتحار في حالات اضطرابات الشخصية الحدية (29) إحصائيات مجمعة عن الوفيات، قمنا بتشكيل معلومات لنقدم SMR متوسط (SMR=45,1، 95%CI: -29,0-61,3). ومرة أخرى، كان أغلب هؤلاء المرضى محتجزين بالمستشفى وبالتالي فهم يمثلون النهاية الشديدة لأطياف التشخيص.

لقد قام استطلاعان بتقديم تقريراً حول المعلومات الخاصة بأسباب الوفيات المتعلقة بالبالغين المتقدمين في السن. وقد رأينا زيادة في حالات الاكتئاب (RR=1,6، 95%CI: 1,4-1,8 الخرف (RRs) تبلغ من 1,5 إلى 3,0) ولا تختلف هذه عن خطر الموت للمدخنين المتقدمين في العمر (RR=1,8، 95%CI: 1,7-2,0) (55).

تتراوح نسبة الانخفاض في متوسط العمر المتوقع المرتبطة بالتدخين المعتدل وحتى الشراهة من 8 إلى 10 سنوات. ويتشابه هذا النطاق مع ذلك التابع لنوبات الاكتئاب الفردية أو نوبات الاكتئاب المتكررة (من 7 لـ 11 عاماً)، إلا أنها أقل من تلك الخاصة بتعاطي عقاقير ما (من 9 إلى 24 عاماً) واضطرابات الشخصية (من 13 إلى 22 عاماً) والفصام (من 10 إلى 20 عاماً) والاضطرابات الثنائية القطب (من 9 إلى 20 عاماً) (أنظر الجدول رقم 3).

لم نَقم بتقديم أي من الاستطلاعات التي قامت على حالات الوفيات لبعض فئات التشخيص الكبرى، والتي منها الاضطرابات الثنائية القطب واضطرابات القلق واضطرابات الشخصية والـ ADHD واضطرابات الوسواس القهري واضطرابات كرب ما بعد الصدمة. أما نسبة الانتحار، فلم نقدم استطلاعات منهجية لحالات تعاطي الكوكايين والأمفيتامين وأيضاً لحالات الخرف والـ ADHD. بالإضافة إلى ذلك، لم نَقدم أيه استطلاع عن حالات الوفيات لدى الأفراد الشخيصات المزدوجة.

جدول رقم 4: خطر الوفيات في بعض الاضطرابات النفسية بالمقارنة مع شراهة التدخين

التشخيص	سبب الوفيات (مقارنة معدلات الانتشار) (مقارنة عامل الخطر بالعامة) عامل خطر بذلك الخاص بشراهة التدخين
الاحتجاز بالمستشفى النفسي بعد الولادة (عند عام واحد) (23)	19,0
تعاطي الأفيون (6)	14,7
تعاطي الأمفيتامين (15)	6,2
تعاطي الكوكايين (16)	6,0
القهم العصابي (17)	5,9
اضطرابات السلوكيات التخريرية* (34)	5,0
تعاطي الميثامفيتامين (35)	4,7
اضطراب ذهاني حاد عابر (36)	4,7
اضطرابات تعاطي الكحوليات (19)	4,6
اضطرابات الشخصية (37)	4,2
إعاقة ذهنية (من متوسط إلى حاد) (39)	2,8
شراهة التدخين (22)	2,6
فصام (1)	2,5
الاضطراب الثنائي القطب (40)	2,2
النهام العصابي (17)	1,9
اضطرابات تناول الطعام NOS (17)	1,9
بالغين ذي ADHD طفولي (41)	1,9
الاكتئاب (25)	1,6
اضطرابات الاكتئاب الجزئي (27)	1,4
القلق المرضي/الاكتئاب (42)	1,4
تعاطي مخدر الحشيش (28)	1,2

ADHD - اضطراب نقص الانتباه/فرط الحركة، NOS - ما لم يُذكر غير ذلك
* يتكون بصفة أساسية من اضطرابات سلوكية واضطرابات التحدي والاعتراض، ** نقطة متوسطة من النطاق، *** متوسط معدل الوفيات بين الرجال والسيدات

4. Lozano R, Naghavi M, Foreman K et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012;380:2095-128.
5. Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry* 1998;173:11-53.
6. Degenhardt L, Bucello C, Mathers B et al. Mortality among regular or dependent users of heroin and other opioids: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Addiction* 2011;106:32-51.
7. Bland JM, Altman DG. Statistics notes. The odds ratio. *BMJ* 2000; 320:1468.
8. Viera AJ. Odds ratios and risk ratios: what's the difference and why does it matter? *South Med J* 2008;101:730-4.
9. Shea BJ, Hamel C, Wells GA et al. AMSTAR is a reliable and valid measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *J Clin Epidemiol* 2009;62:1013-20.
10. Amato L, Minozzi S, Davoli M. Efficacy and safety of pharmacological interventions for the treatment of the Alcohol Withdrawal Syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;6:CD008537.
11. Charlson F, Degenhardt L, McLaren J et al. A systematic review of research examining benzodiazepine-related mortality. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2009;18:93-103.
12. Pompili M, Gonda X, Serafini G et al. Epidemiology of suicide in bipolar disorders: a systematic review of the literature. *Bipolar Disord* 2013;15:457-90.
13. James A, Lai FH, Dahl C. Attention deficit hyperactivity disorder and suicide: a review of possible associations. *Acta Psychiatr Scand* 2004;110:408-15.
14. Wilcox HC, Conner KR, Caine ED. Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. *Drug Alcohol Depend* 2004;76:S11-9.
15. Singleton J, Degenhardt L, Hall W et al. Mortality among amphetamine users: a systematic review of cohort studies. *Drug Alcohol Depend* 2009;105:1-8.
16. Degenhardt L, Singleton J, Calabria B et al. Mortality among cocaine users: a systematic review of cohort studies. *Drug Alcohol Depend* 2011;113:88-95.
17. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J et al. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68:724-31.
18. Preti A, Rocchi MB, Sisti D et al. A comprehensive meta-analysis of the risk of suicide in eating disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2011;124:6-17.
19. Roerecke M, Rehm J. Alcohol use disorders and mortality: a systematic review and meta-analysis. *Addiction* 2013;108:1562-78.
20. Roerecke M, Rehm J. Cause-specific mortality risk in alcohol use disorder treatment patients: a systematic review and meta-analysis. *Int J Epidemiol* (in press).
21. Woolfenden S, Sarkozy V, Ridley G et al. A systematic review of two outcomes in autism spectrum disorder – epilepsy and mortality. *Dev Med Child Neurol* 2012;54:306-12.
22. Shavelle RM, Paculdo DR, Strauss DJ et al. Smoking habit and mortality: a meta-analysis. *J Insur Med* 2008;40:170-8.
23. Todd S, Barr S, Roberts M et al. Survival in dementia and predictors of mortality: a review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2013;28:1109-24.
24. Li D, Yang X, Ge Z et al. Cigarette smoking and risk of completed suicide: a meta-analysis of prospective cohort

بالإضافة إلى ذلك، لقد تم أخذ الحالتين الناشزتين لخطر الانتحار – القهيم العصابي (٠١٨) واضطرابات الشخصية الحدية (٢٩) – من عينات ذات نسبة عالية من المرضى الخارجيين، وبالتالي فتمثل أكثر الحالات شدة لهذه الاضطرابات.

إن أغلب الدراسات الأولية التي تشكل الاستطلاعات قد استغلت مجموعات البيانات الإدارية الكبرى، وكما قد أكد حديثاً أيونيديس (٥٨) لدى مجموعات البيانات هذه نقاط ضعفها بالرغم من الدقة المرتبطة بحجم العينة الكبير، وأن التحليل باستخدام تلك البيانات بالأمر الضعيف، حيث أنه من الممكن الحصول على النتائج الهامة من الناحية الإحصائية بالرغم من الاختلافات القليلة جداً في حالات الوفيات، وكنتيجة لذلك، ليس فقط الأهمية الإحصائية هو ما يهم، بل لا بد أيضاً من اعتبار حجم الاختلافات في خطر حدوث وفاة وأيضاً تعادلها مع عوامل الخطر القريبة، بالإضافة إلى ذلك، لم يتم تجميع البيانات بهدف البحث وبالتالي فقد يكون التشخيص معرضاً للكثير من التشويش. لا بد أن تمر التحاليل الحساسة بفحص التشخيص الذي يتم بطرق مختلفة، وأيضاً درجة غلط الترجمة. قد يؤدي غياب مقاييس المتغيرات – أو حدوث خطأ فيها – إلى صدور تقارير غير ملائمة، مثلما يمكن أن تفعل الاختلافات في التفسير ووسائل العلاج بين المستشفيات وغيرها من مراكز العناية الصحية (٢٣).

لقد كان التدخين هدفاً هاماً لتدابير الوقاية، وذلك لأنه بالأمر الشائع جداً ويُعتبر بالأمر الخطر جداً، وأن الاضطرابات النفسية بالأمر الشائع أيضاً عند اعتبار جميعها معاً، إلا أنه لا يُنظر إلى الخطر على حياة المرء بذات الطريقة. ومن منظور الصحة العامة، لا بد من اعتبار المرضى النفسيين بأنهم أمام خطر كبير للإصابة بأمراض جسدية، وذلك نظراً للفوارق الصحية الكبيرة بالمقارنة مع العامة. بإمكان الاستراتيجيات الوطنية أن تعمل على تحسين إمكانية الدخول على مراكز الصحة الجسدية، بل أنه لا بد لها أن تقوم بهذا الأمر (٥٩).

في خلاصة الأمر، إن التأثير على نسب الوفيات والانتحار من جانب الاضطرابات النفسية بالأمر الهام، بل وقد لا يُعتبر مشكلة صحية عامة كما ينبغي. يعمل مقياس الاحتياجات الغير مُلباه على زيادة الحمل الاجتماعي وتكاليف الاضطرابات النفسية (٦٠). وبالتالي فلا بد أن تعمل هذه الاكتشافات على تأكيد عدد كبير من الأبحاث ووسائل العلاج والوقاية وذلك كعلامات للموت المبكر بين المرضى النفسيين.

شكر خاص

يقدم الكتاب جزيل الشكر إلى هارت لكونه المستخرج الثاني للمعلومات، وقد تم تدعيم فائز من جانب شركة اثتمان ويلكوم (٠٩٥٨٠٦).

المراجع:

1. 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.
2. Hoang U, Stewart R, Goldacre MJ. Mortality after hospital discharge for people with schizophrenia or bipolar disorder: retrospective study of linked English hospital episode statistics, 1999- 2006. *BMJ* 2011;343:d5422.
3. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013;382: 1575-86.

44. Nordentoft M, Wahlbeck K, Hallgren J et al. Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PLoS One* 2013;8:e55176.
45. Laursen TM. Life expectancy among persons with schizophrenia or bipolar affective disorder. *Schizophr Res* 2011;131:101-4.
46. Kodesh A, Goldshtein I, Gelkopf M et al. Epidemiology and comorbidity of severe mental illnesses in the community: findings from a computerized mental health registry in a large Israeli health organization. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012;47:1775-82.
47. Laursen TM, Wahlbeck K, Hallgren J et al. Life expectancy and death by diseases of the circulatory system in patients with bipolar disorder or schizophrenia in the Nordic countries. *PLoS One* 2013;8:e67133.
48. Nielsen RE, Uggerby AS, Jensen SO et al. Increasing mortality gap for patients diagnosed with schizophrenia over the last three decades – a Danish nationwide study from 1980 to 2010. *Schizophr Res* 2013;146:22-7.
49. Crump C, Winkleby MA, Sundquist K et al. Comorbidities and mortality in persons with schizophrenia: a Swedish national cohort study. *Am J Psychiatry* 2013;170:324-33.
50. Brodaty H, Seeher K, Gibson L. Dementia time to death: a systematic literature review on survival time and years of life lost in people with dementia. *Int Psychogeriatr* 2012;24:1034-45.
51. Hayes RD, Chang CK, Fernandes A et al. Associations between substance use disorder sub-groups, life expectancy and all-cause mortality in a large British specialist mental healthcare service. *Drug Alcohol Depend* 2011;118:56-61.
52. Prescott E, Osler M, Hein HO et al. Life expectancy in Danish women and men related to smoking habits: smoking may affect women more. *J Epidemiol Community Health* 1998;52:131-2.
53. Sakata R, McGale P, Grant EJ et al. Impact of smoking on mortality and life expectancy in Japanese smokers: a prospective cohort study. *BMJ* 2012;345:e7093.
54. Mamun AA, Peeters A, Barendregt J et al. Smoking decreases the duration of life lived with and without cardiovascular disease: a life course analysis of the Framingham Heart Study. *Eur Heart J* 2004;25:409-15.
55. Gellert C, Schottker B, Brenner H. Smoking and all-cause mortality in older people: systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med* 2012;172:837-44.
56. Tollefsen IM, Hem E, Ekeberg O. The reliability of suicide statistics: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2012;12:9.
57. Crump C, Ioannidis JP, Sundquist K et al. Mortality in persons with mental disorders is substantially overestimated using inpatient psychiatric diagnoses. *J Psychiatr Res* 2013;47:1298-303.
58. Ioannidis JP. Are mortality differences detected by administrative data reliable and actionable? *JAMA* 2013;309:1410-1.
59. 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.
60. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol* 2011;21:655-79.
25. Cuijpers P, Vogelzangs N, Twisk J et al. Comprehensive metaanalysis of excess mortality in depression in the general community versus patients with specific illnesses. *Am J Psychiatry* (in press).
26. Neeleman J. A continuum of premature death. Meta-analysis of competing mortality in the psychosocially vulnerable. *Int J Epidemiol* 2001;30:154-62.
27. Baxter AJ, Page A, Whiteford HA. Factors influencing risk of premature mortality in community cases of depression: a metaanalytic review. *Epidemiol Res Int* 2011;2011:1-12.
28. Calabria B, Degenhardt L, Hall W et al. Does cannabis use increase the risk of death? Systematic review of epidemiological evidence on adverse effects of cannabis use. *Drug Alcohol Rev* 2010;29:318-30.
29. Pompili M, Girardi P, Ruberto A et al. Suicide in borderline personality disorder: a meta-analysis. *Nord J Psychiatry* 2005;59: 319-24.
30. Li Z, Page A, Martin G et al. Attributable risk of psychiatric and socio-economic factors for suicide from individual-level, population- based studies: a systematic review. *Soc Sci Med* 2011;72: 608-16.
31. Kanwar A, Malik S, Prokop LJ et al. The association between anxiety disorders and suicidal behaviors: a systematic review and meta-analysis. *Depress Anxiety* 2013;30:917-29.
32. Koedam EL, Pijnenburg YA, Deeg DJ et al. Early-onset dementia is associated with higher mortality. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2008;26:147-52.
33. Appleby L, Mortensen PB, Faragher EB. Suicide and other causes of mortality after post-partum psychiatric admission. *Br J Psychiatry* 1998;173:209-11.
34. Kjelsberg E. Adolescent psychiatric in-patients. A high-risk group for premature death. *Br J Psychiatry* 2000;176:121-5.
35. Callaghan RC, Cunningham JK, Verdichevski M et al. All-cause mortality among individuals with disorders related to the use of methamphetamine: a comparative cohort study. *Drug Alcohol Depend* 2012;125:290-4.
36. Castagnini A, Foldager L, Bertelsen A. Excess mortality of acute and transient psychotic disorders: comparison with bipolar affective disorder and schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2013;128: 370-5.
37. Fok ML, Hayes RD, Chang CK et al. Life expectancy at birth and all-cause mortality among people with personality disorder. *J Psychosom Res* 2012;73:104-7.
38. Talaslahti T, Alanen HM, Hakko H et al. Mortality and causes of death in older patients with schizophrenia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2012;27:1131-7.
39. Tyrer F, McGrother C. Cause-specific mortality and death certificate reporting in adults with moderate to profound intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 2009;53:898-904.
40. Crump C, Sundquist K, Winkleby MA et al. Comorbidities and mortality in bipolar disorder: a Swedish national cohort study. *JAMA Psychiatry* 2013;70:931-9.
41. Barbaresi WJ, Colligan RC, Weaver AL et al. Mortality, ADHD, and psychosocial adversity in adults with childhood ADHD: a prospective study. *Pediatrics* 2013;131:637-44.
42. Mykletun A, Bjerkeset O, Overland S et al. Levels of anxiety and depression as predictors of mortality: the HUNT study. *Br J Psychiatry* 2009;195:118-25.
43. Chang CK, Hayes RD, Perera G et al. Life expectancy at birth for people with serious mental illness and other major disorders from a secondary mental health care case register in London. *PLoS One* 2011;6:e19590.

فاعلية البرامج التي تعمل على تقليل وصمة الاضطرابات النفسية. تحاليل تلوية للتجارب العشوائية المرجعية

KATHLEEN M. GRIFFITHS¹, BRADLEY CARRON-ARTHUR¹, ALISON PARSONS¹, RUSSELL REID²

¹Centre for Mental Health Research, Australian National University, Acton, Canberra, ACT 0200, Australia; ²Directorate of Strategic and Operational Mental Health, Department of Defence, Canberra, Australia

إن الوصمة المرتبطة بالاضطرابات النفسية بمثابة مشكلة صحية عالمية، وبالتالي فلا بد أن تكون البرامج الخاصة بمكافحتها على علم بأفضل الدلائل المتاحة، وتحقيقاً لهذا الغرض شرعنا في تحليل تلوي لدراسة مدى فاعلية البرامج المتاحة. وقد أنتج بحث منهجي لقواعد بيانات الـ PubMed والـ PsycINFO و Cochrane 34 مقالة متعلقة بالقضية، مما يشكل ٣٣ تجربة عشوائية مرجعية، وقد أُنشئت ٢٧ مقالة (٢٦ تجربة) على بيانات يمكن دمجها في تحاليل كمية، وقامت ١٩ تجربة من هذه باستهداف الوصمة الذاتية أو البُعد الاجتماعي (٦,٣١٨ مشاركاً) وخاطبت ستة منها الوصمة المدركة (٣,٠٤٢ مشاركاً) وثلاثة منها خاطبت الوصمة الذاتية (٢٣٨ مشاركاً). لقد أنتجت التدخلات التي تستهدف الوصمة الذاتية أو البُعد الاجتماعي، انخفاضاً قليلاً - إلا أنه بالأمر الهام - فيما يخص الوصمة عبر كل الاضطرابات النفسية المركبة ($p < 0.001$, $0.39 - 0.17$; $95\% CI, 0.28 = d$) وكذلك أيضاً فيما يخص الاكتئاب ($0.10 - 0.95\% CI, 0.36 = d$) والذهان ($p < 0.01$, $0.60 - 0.20$; $95\% CI, 0.20 = d$) والأمراض النفسية العامة ($p < 0.01$, $0.50 - 0.10$; $95\% CI, 0.30 = d$). وقد كانت التدخلات التثقيفية بالأمر الفعال في تخفيض الوصمة الذاتية ($p < 0.001$, $0.42 - 0.19$; $95\% CI, 0.33 = d$) كما كانت أيضاً التدخلات التي تتضمن التواصل مع المستهلك ($p < 0.001$, $0.78 - 0.17$; $95\% CI, 0.47 = d$)، بالرغم من أنه لم يكن هناك ما يكفي من الدراسات لتوضيح تأثير التواصل مع المستهلك فقط. لقد كانت برامج الأنترنت فعالة في أمر تخفيض الوصمة الذاتية بقدر توصيل الخدمة وجهاً لوجه، لكن لم يكن هناك دليلاً يقول بأن التدخلات الخاصة بالوصمة فعالة في أمر تخفيض الوصمة الذاتية. في الخلاصة، هناك قاعدة دليل تقف وراء بدء تنفيذ البرامج الخاصة بتحسين أمر الوصمة الذاتية بين أفراد المجتمع، إلا أن هناك احتياج إلى دراسة وسائل تطوير فاعلية هذه البرامج وتطوير تدخلات تكون فعالة في تخفيض الوصمة المدركة والوصمة الداخلية.

كلمات مفتاحية: الوصمة، البُعد الاجتماعي، الاكتئاب، الفصام، الأمراض النفسية، الوصمة الشخصية، الوصمة المدركة، الوصمة الذاتية، تدخلات تثقيفية، التواصل مع المستهلك، برامج الأنترنت

(عالم الطب النفسي ٢٠١٤:١٣:١٦١-١٧٥)

الفعال في تقليل الوصمة العامة التي ترتبط بالأمراض النفسية. لقد أقرروا أيضاً أن التدخلات التي تقوم على التواصل مع المستهلك أكثر فاعلية من التدخلات التثقيفية، وذلك للبالغين، بينما أن العكس أكثر فاعلية للأصغر سناً.

لقد كان هناك بعض المحدوديات في هذا الاستطلاع؛ أولاً أنه من الواضح أن الكتاب قد استخدموا أحجام تأثير متعددة من دراسة أخرى باعتبارها كيانات منفصلة، وذلك بدلاً من إدماجها أو إدخال حجم تأثير واحد. ثانياً، لم يقدّم الكتاب دراسة إمكانية الاكتشافات المختلفة التي تعتمد على نوع الاضطراب النفسي الذي تم دراسته، ولم يقدموا معلومات توضيحية عن تصنيف الحالات المختلفة. أخيراً، لقد عملت المقالة على حصر أنواع التدخلات بحيث تكون فقط تدخلات للاعتراض وتدخلات للاتصال والتدخلات التثقيفية، وتضمنت فقط الدراسات والنتائج التي تركز على آراء الفرد الشخصية عن الوصمة. لم يتم دراسة أنواع أخرى من الوصمة، والتي منها معتقدات الفرد عن اتجاهات الآخرين ناحية الأمراض النفسية («الوصمة المدركة») واتجاهات الفرد السلبية ناحية مرضه النفسي («الوصمة الذاتية» أو الوصمة الداخلية).

لقد قام الاستطلاع الثاني بدراسة تأثير تدخلات «وسائل الإعلام العامة» في تخفيض التحيز واتجاهات المجتمع السلبية وأفكاره فيما يتعلق بالمرضى النفسيين (١٥)، وقد تضمن هذا الاستطلاع تجارب عشوائية مرجعية متعلقة بالقضية، وقام باعتراض الدراسات المتتالية زمنياً التي تم نشرها حتى أغسطس من عام ٢٠١١. لقد استخلص الكتاب أنه لدى التدخلات تأثيراً يتراوح من القليل وحتى المتوسط على الوصمة، ومرة أخرى لم يقدّم الكتاب بدراسة تأثير الاضطرابات المختلفة بصورة مستقلة. بالإضافة إلى ذلك، يبدو أن الاستطلاع قد عمل على تجميع بيانات النتائج الخاصة بالاتجاهات الشخصية ناحية الاضطرابات النفسية

إن اعتبار الاضطرابات النفسية وصمة بالأمر المسؤول عن ظهور الكثير من الضغوط والتردد في طلب مساعدة (١,٢) وأيضاً تقليل فرص حصول المرضى النفسيين على وظائف والتكيف معهم (٢,٣). بالإضافة إلى ذلك، ليست الوصمة مقتصرة على اضطراب نفسي واحد، بل هي موجهة إلى نطاق من الأمراض النفسية مثل الفصام والاضطرابات المزاجية واضطرابات القلق واضطرابات تناول الطعام (مثل ٤-٨).

هناك اعتراف كبير من جانب الحكومات وصانعي القرارات بمدى أهمية الوصمة باعتبارها مشكلة صحية كبيرة وهناك أيضاً اعتراف بالاحتياج إلى عمل استراتيجيات لمخاطبتها (مثل ٩-١١). إن الوصمة أيضاً بمثابة مركز الاستراتيجيات العالمية؛ فقد قامت منظمة الصحة العالمية بطلب أخذ خطوات من جانب الأمم الأعضاء بهدف تقليل الوصمة (١٢)، وقد تم تحقيق سبعة أنشطة في هذا المجال من جانب الجمعية العالمية للطب النفسي (مثل ١٣).

وبتقديم مدى أهمية هذه التدخلات لمستهلكي الصحة النفسية وتكلفتها للحكومات، من الهام أن يكون بدء برامج الوصمة على وعي بدليل بحثي عالي الجودة. ومن الناحية المثالية، لا بد أن يتم تجميع وتركيب مثل هذا الدليل باستخدام نهج نظامي.

هناك فقط استطلاعين منهجيين كميين - حتى يومنا هذا - عن تأثير التدخلات في تقليل الوصمة (١٥,١٤).

قام الاستطلاع الأول بالتركيز على التدخلات المصممة لتقليل الأفكار التي تنسم بالوصمة من جانب أفراد المجتمع تجاه المرضى النفسيين (١١)، وقد تم وصف هذا النوع من الوصمة بكونها وصمة عامة أو وصمة شخصية (أي اتجاه الفرد ناحية المرضى النفسيين). وبحسب التجارب الغير مرجعية وتلك المرجعية التي تم نشرها قبيل أكتوبر من عام ٢٠١٠، أستنتج النقاد أن التواصل مع المستهلك والتدخلات التثقيفية بالأمر

OR «دوروية المزاج»× OR «ثنائي القطب».

تعريف الدراسة

لقد تم تعريف الدراسات التي يُمكن أن تكون مُتعلقة بالقضية، وذلك باستخدام وسائل متعددة (أنظر الصورة رقم ١). وقد تم ذكر ٨٠٢٤٦ سجلاً من بحث الكلمات المفتاحية الأولية، والتي منها تم إزاحة ٢٠١٦٥ متكررات من بين قواعد البيانات (ومن بين فترات الزمن القصيرة المتداخلة للأبحاث الثلاثة)، مما يُبقي ٦٠٠٨١ ملخصاً (المرحلة ١). وبعد ذلك قام فردان من المقيمين بفحص العناوين والملخصات - إذا لزم الأمر - لإزالة أيه من الدراسات التي لم تذكر في العنوان (أو في الملخص، في حال كان العنوان غامضاً) الوصمة أو المرض النفسي أو مرادفاتهما (المرحلة ٢)، وقام بعد ذلك واحد من المقيمين بتشفير الملخصات المتبقية (N= 763)، وقام آخر بفحص ما إذا كانت متعلقة بالقضية/يُحتمل تعلقها بالقضية أو غير متعلقة بها، وذلك بحسب عدد من معايير الاستبعاد؛ فكان يتم استبعاد الدراسات إذا لم تقر بوضوح حدوث تغيير في أمر الوصمة أو قد فشلت في التقرير بمعلومات عن الوصمة أو قد أقرت بوجود روابط بالوصمة وليس تأثير التدخلات لتقليل الوصمة، أو تضمنت مشاركين تم تشخيصهم بحالات نفسية مرضية (مثل السرطان)، أو تهتم فقط بتطوير وحدات القياس، أو قد خاطبت الوصمة المرتبطة بعوامل غير الأمراض النفسية، مثل العرق والعقيدة والاعاقات الجسدية، أو قد اشتملت على استطلاع يتبع مقدم الرعاية أو ولي الأمر بحيث يكون المجيب قد أجاب عن الفرد الذي يعتني به. وقد قمنا بتسوية حالات التناقض بين المعدلات عن طريق المناقشة.

وبعد استبعاد الملخصات الغير متعلقة بالقضية (المرحلة ٣)، وجدنا أنه قد تبقى ١٥٤ مقالة قد تم ذكرها من جانب واحد من الكتاب لمزيداً من الاعتبارات ومراجعتها من جانب كاتب آخر، وقد تم إزالة المقالات التي توافقت مع معيار واحد أو أكثر من معايير الاستبعاد، حيث أنه قد كان هناك سبعة مقالات بلغة غير الإنجليزية وأيضاً تقرير واحد يتبع مؤتمر ما، مما أنتج ٩٦ مقالة متعلقة بالقضية (المرحلة ٤). لقد تم استبعاد المقالات التي كانت بلغة غير الإنجليزية لأسباب واقعية (تكاليف الترجمة)، وبحسب الملخصات الإنجليزية وجدول المحتوى، تم تقييم فقط اثنتين من تلك المقالات التي بلغة غير الإنجليزية باعتبارهما ذات تعلق محتمل أو واضح بالقضية (١٨، ١٩). وقد أقرت ٣٤ مقالة من تلك التي تم ذكرها بوجود اكتشافات من ٣٣ تجربة عشوائية مرجعية متميزة.

لقد أرجع البحث الذي يهدف إلى تعريف المقالات التي تركز بصورة خاصة على الاكتئاب والقلق والاضطراب الثنائي القطب، أرجع ٣٤٤ ملخصاً ثم ٣١٥ ملخصاً آخر ثم ٣٨ ملخصاً آخر، إلا أنه لم يُعرف أي من الدراسات الإضافية المتعلقة بالقضية. وبالتالي فقد تم عمل الاستطلاع المنهجي على الـ ٣٤ مقالة التي تم استرجاعها (١٧، ٢٠-٥٢).

تشفير المقالات المتضمنة

لقد تم تشفير كل واحدة من الدراسات المتعلقة بالقضية من جانب مقيمين، وذلك بصورة مستقلة، وتم أيضاً حل التعارض عن طريق بعض المناقشات. تم تشفير كل دراسة باستخدام ورقة شكلية للتدخلات والمشاركين وخصائص تصميم الدراسة ومقاييس نتائج الوصمة. لقد تضمنت خصائص تشفير التدخلات نوع التدخل العام (تثقيفي أو التواصل مع المستهلك أو الاحتجاج وغيرها) وطريقة التوصيل (عبر الأنترنت أو ذاتياً أو في مجموعات أو بواسطة توزيع مواد وغيرها من

(الوصمة العامة) مع البيانات التي تقر بالوصمة المدركة في المجتمع. لم يكن هناك حتى يومنا هذا أي استطلاع كمي عن التدخلات التي تهدف إلى تقليل الوصمة الداخلية المرتبطة بمرض الفرد النفسي (الوصمة الذاتية). لكن قد تم حديثاً نشر استطلاع غير كمي (١٦)، إلا أنه تقترح اعتبارات الدراسات الفردية في ذلك الاستطلاع أنه لم يكن منحصراً على الوصمة الذاتية، وقد قام ما يزيد عن نصف الدراسات بقياس الوصمة المدركة بصفة خاصة وليس الوصمة الذاتية (١٦). بالإضافة إلى ذلك، قامت على الأقل واحدة من الدراسات بقياس اتجاه الفرد الشخصي ناحية الأمراض النفسية (أو «الوصمة العامة») وليس اتجاهه ناحية الاعراض النفسية خاصته (١٧).

إن الغرض من هذه الدراسة هو الشروع في تحليل كمي لتحديد فاعلية أنواع مختلفة من التدخلات (مثل التثقيف والتواصل مع المستهلك والعلاج السلوكي الإدراكي) في تقليل أنواع مختلفة من الوصمة (الشخصية والمدركة والداخلية) المرتبطة بأنواع مختلفة من الاضطرابات النفسية.

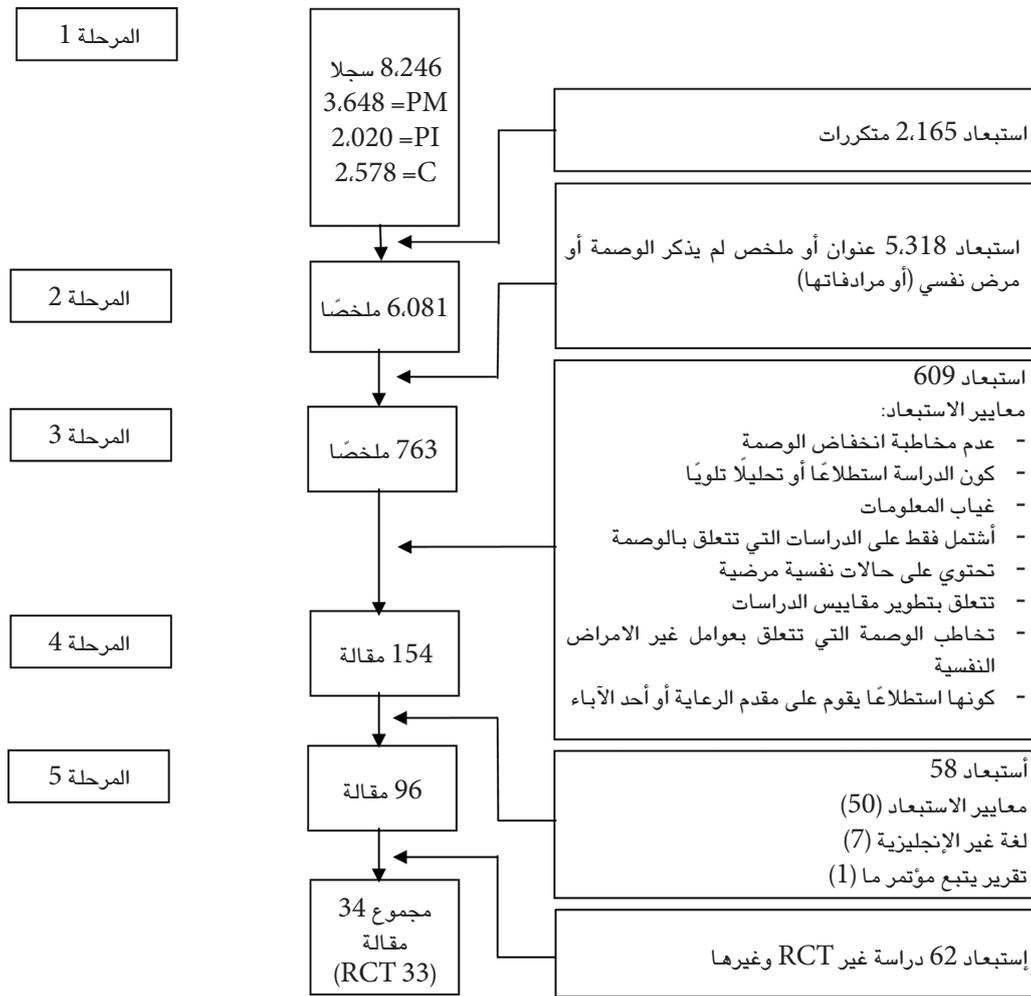
الوسائل

منهجية البحث

لقد تم بحث ثلاثة قواعد بيانات (PunMed والـ PsycINFO والـ Cochrane) للحصول على ملخصات متعلقة بالقضية تكون قد صدرت قبيل نوفمبر من عام ٢٠١٢. وقد تم هذا الاستطلاع في ثلاثة فترات زمنية، وهم نوفمبر من عام ٢٠٠٨ وديسمبر من عام ٢٠٠٩ ونوفمبر من عام ٢٠١٢.

وقد تم تطوير المصطلحات البحثية الخاصة بهذه الدراسة، وذلك بعمل بحث تمهيدي في الـ PubMed باستخدام المصطلحات «الوصمة» و«الأمراض النفسية»، وأيضاً بتعريف المصطلحات الأساسية باستخدام سلسلة من الوثائق المرجعة. وقد تم توسيع مفهوم المرض النفسي إلى مصطلحات بحثية عنه، مثل «المرض النفسي» و«الاضطراب النفسي» OR «العقلي»× OR «الصحة النفسية» OR «الحالة المزاجية»× OR «عاطفي»× OR «عقلي»× OR «ضغط نفسي»× OR «علم النفس»× OR «علم الأمراض النفسية»× OR «طبيب نفسي»× OR «عاطفي»× OR «الاتجاه ناحية الصحة»× OR «التثقيف»× OR «اضطرابات تناول الطعام»× OR «تعاطي عقاقير»× OR «إدمان عقاقير»× OR. وقد تم أيضاً توسيع مفهوم الوصمة ليتضمن المصطلحات البحثية التالية: «الوصمة»× OR «تحيز»× OR «مكافحة الوصمة» أو «تغيير الوصمة» أو «تقليل الوصمة» أو «سلوك متكرر»× OR «تحيز»× OR «بعد اجتماعي». وقد كان مجال البحث في كل الحالات مقتصرًا على «الإنسان» و«التجارب الكليينكية المرجعية»× OR «التجارب العشوائية المرجعية».

وللتأكد من أنه قد تم تضمين كل الدراسات المتعلقة بالاكتئاب والقلق والاضطراب الثنائي القطب في منهجية البحث، تم الشروع في أبحاث إضافية للمدة التي سبقت نوفمبر ٢٠١٢، وذلك باستخدام المصطلحات الخاصة التالية: «الاكتئاب»× OR «مريض بالاكتئاب»× OR «اكتنابي»× OR «عسر المزاج»× OR «مكتئب جزئياً»× OR «اكتئاب ما بعد الولادة»× OR PND، أو «الاضطراب العاطفي الموسمي»× SAD، و«القلق»× OR «الخوف»× OR «رهاب الميادين»× OR «رهاب المجتمع»× OR «اضطراب القلق المتعمم»× OR «GAD»× OR «السواس القهري»× OR «OCD»× OR «اضطرابات عدم التكيف»× OR «قلق الانفصال»× OR «كرب ما بعد الصدمة»× OR «PTSD»× OR «الرهاب»× OR «القلق الاجتماعي»× OR «مريض بالهوس»× OR «الهوس»× OR «هوس خفيف»×



صورة رقم ١: رسم تخطيطي لتعريف الدراسة. RCT- Cochrane, c- PsycINFO, PI- PumMed, PM- تجربة عشوائية مرجعية

مريض بالاكْتئاب)، بينما تشير الوصمة المُدرّكة إلى معتقدات المُجيب عن اتجاهات الآخرين ناحية المرضى النفسيين (مثل القول، «يعتقد أغلب الناس أنه لا بد أن يتخلص مرضى الاكْتئاب من هذا الشعور»). أما الوصمة الذاتية أو الداخلية فتشير إلى معتقدات الفرد عن اضطرابه النفسي (مثل القول، «اعتقد أنه لا بد لي أن أتخلص من مشاعر الاكْتئاب هذه»)، والتحيّز يشير إلى السلوكيات السلبية (مثل الابتعاد بعيدًا عن المرضى النفسيين). أخيرًا، لقد عمل التشفير على تسجيل ما إذا كانت الدراسة نوعية أم كمية وما إذا كانت النتائج هامة من الناحية الإحصائية فيما يخص الاتجاه المتوقع.

التحليل

لقد بدأت التحليل التلوي باستخدام البرنامج الإلكتروني للتحليل التلوي الشامل (CMA، النسخة ٢٠١٦، ٤٥)، وأيضًا نموذج التأثيرات العشوائية، وهو الذي قد تم اختياره لأنه كان يُتوقع أنه سيكون هناك تبايريه في أحجام التأثير بسبب الاختلافات في خصائص المشاركة والتدخلات وقياس النتيجة. كانت تُحسب أحجام التأثير بين المجموعات (متوسط الاختلافات المعيارية) وذلك من البيانات التي تلي الاختبار والمقدمة في المقالة، وتشمل هذه الانحرافات المتوسطة والانحرافات

الوسائل) ومشكلات الصحة النفسية المُستهدفة من جانب التدخلات (مثل الاكْتئاب والقلق والذهان وتعاطي المخدرات و«الامراض النفسية»). وقد تم تقييم كل تدخل في دراسة ما، وذلك بحسب ما إذا كانت قد أنتجت نتيجة إيجابية. وقد كانت خصائص المشاركين المشفرة هي النوع والفئة العمرية وما إذا كانت العينة قد تضمنت مجموعة ثقافية و/أو اجتماعية معينة، وقد تضمنت خصائص الدراسة المشفرة الدولة التي تم فيها التدخل وحجم العينة وعدد الحالات وطريقة التعيين وجهة التدخل (الجامعة أو مؤشر أو تشخيص) ومدة أطول عملية متابعة، وما إذا كانت الدراسة قد قامت بتوظيف تحاليل تستهدف إلى العلاج (ITT) (حيث تكون الإجابة بنعم أم لا)، وما إذا كانت الدراسة متأثرة بالأداء أو بالكشف و/أو بانحياز الاختيار (٥٣).

لقد تم تشفير مقاييس نتائج الوصمة التابعة لمشكلات صحية نفسية أو لاضطراب ما تعود إليه، وذلك في كل دراسة، وأيضًا نوع الوصمة التي تم تقييمها (شخصية/عامة والبُعد الاجتماعي والوصمة المُدرّكة والوصمة الذاتية/الداخلية والتحيّز وغيره). تشير الوصمة الشخصية إلى اتجاه المُجيب الشخصي ناحية المرضى النفسيين (مثل القول، «لا بد أن يتخلص مرضى الاكْتئاب من هذا الشعور») أو ردودهم العاطفية تجاههم (مثل الشعور «بالخوف»). أما البُعد الاجتماعي فيشير إلى رغبة الفرد في عمل تواصل اجتماعي مع مريض نفسي (مثل أن يعيش بالقرب من

المعيارية للمجموعة أو الترددات في حال البيانات الثنائية، وذلك أينما كان ذلك بالأمر متاح. وفي حال غياب البيانات البسيطة التي تلي الاختبارات، كانت تُحسب أحجام التأثير للدراستين، وذلك من تأثيرات التفاعل بين الزمن والشروط (٢٥،٣٩) وأيضًا كان يُحسب حجم تأثير الدراسة الثالثة (٢٠) من النتائج المكتسبة مسبقًا وانحرافها المعياري في كل حالة. أما أحجام التأثير الخاصة بالتجارب العشوائية المرجعية المتفاوتة، فكانت تُحسب باستخدام طريقة التقدير التقريبي الموجزة في كتيب Cochrane للاستطلاعات المنهجية (٥٥)، لقد حدث في دراسة ما أنه قد تم تجميع أحجام التأثير - باستخدام برنامج الـ CMA - بين مقاييس الوصمة وأنواع الأمراض النفسية والتدخلات، بحيث أن نقطة مرجعية واحدة لكل دراسة كانت تُدمج في كل تحليل تلوي. ولم يكن الهدف من التدخلات هو تقليل الوصمة (٢٩،٣٧) التي لم تكن مُضمنة في القيمة المجمعة.

لقد تم عمل تحاليل تلوية منفصلة للوصمة الشخصية (التي تشمل البُعد الاجتماعي) والوصمة المدركة، وذلك باعتبار كل الدراسات التي يُمكن فيها تقدير أحجام التأثير، بالإضافة إلى ذلك، لقد بدأ عمل تحاليل تلوية لمجموعات فرعية لما سبق (مثل التدخلات التثقيفية التي تستهدف الوصمة الشخصية المرتبطة بالاكتئاب) حيث كان هناك دراستين على الأقل في المجموعة الفرعية (أنظر ٥٦).

لقد تم حساب الـ Q والـ I² لكل تحليل تلوي، وذلك كمؤشر لدرجة التغايرية بين الدراسات باستخدام المعايير الموظفة من جانب حاجيزين وجريين (٥٥). لقد تم أيضًا دراسة مقاييس تحييز النشر، وذلك باستخدام Funnel Plots (خطة المراقبة) وإجراء trim and fill (قص ولصق) التابع لدوفال وتوييدي (٥٧) وأيضًا اختبار أيجير (٥٤).

خصائص الدراسة

لقد قامت أقلية أساسية من الـ ٣٣ تجربة التي تم تعريفها بتوظيف ما يزيد عن نوع واحد من نتائج الوصمة ($I=1$) والعديد من الوصمات المرتبطة بأكثر من اضطراب نفسي أو مشكلة واحدة ($N=4$).

وفيما يتعلق بنوع الوصمة، كان محور التركيز الأساسي على الوصمة الشخصية/العامية، يليها الوصمة المدركة، مع القليل من الدراسات التي تستهدف نتائج الوصمة الذاتية. وقد قامت ١٨ دراسة بتقديم تقارير عن واحدة أو أكثر من نتائج الوصمة الشخصية/العامية، والتي كان يدور سبعة منها حول الأمراض النفسية/الضغوط النفسية وتدور سبعة تقارير أخرى حول الاكتئاب، وخمسة حول الاضطرابات النفسية وواحدة حول القلق العام وواحد حول اكتئاب ما بعد الولادة وواحدة حول تعاطي العقاقير. لقد قامت عشرة دراسات بتقديم تقارير حول نتائج البُعد الاجتماعي (الأمراض النفسية، $N=3$ ، الذهان، $N=3$ ، الاكتئاب، $N=3$ ، تعاطي عقاقير ما، $N=1$ ، الفصام والاكتئاب (غير متمايز)، $N=1$)، بينما قدمت ثمانية دراسات تقاريرًا حول نتائج الوصمة المدركة (الاكتئاب، $N=4$ ، مرض نفسي، $N=2$ ، الذهان، $N=2$ ، الاضطراب الثنائي القطب، $N=1$). وقدمت ثلاثة دراسات تقاريرًا حول نتائج الوصمة الذاتية (الأمراض النفسية العامة، $N=2$ ، اضطرابات زهان، $N=1$).

لقد قامت ستة دراسات بالتركيز على الوصمة المرتبطة بالسعي وراء طلب مساعدة في الأمراض النفسية العامة/القضايا النفسية ($N=5$) والاكتئاب ($N=1$). وقد أقرت خمسة دراسات باكتشافات للمقاييس التي تتكون من خليط من أنواع مختلفة من الوصمة (٣٠،٣١،٣٦،٤٠،٥٠) مع دراسة واحدة تشمل نسبة أساسية من بنود الوصمة التي لا تخص الصحة النفسية (٣١). أخيرًا، لم يتضح أن تراكيب البنود في مقياس

الوصمة لواحدة على الأقل من الدراسات تقوم على المراجع المُقدمة، بل من الواضح أنه كان يرتكز بصورة أولية على الوصمة المدركة للسعي وراء طلب المساعدة (٢٦).

لقد تضمنت أكثر أنواع التدخلات شيوعًا عامل التثقيف، وقد تضمنت كل واحدة من الـ ١٨ تجربة - فيما عدا ثلاثة منها - التي تستهدف الوصمة الشخصية/العامية جانب واحد على الأقل، إما تضمنت التثقيف وحده ($N=12$) أو التثقيف بالإضافة إلى نوع آخر من التدخلات ($N=3$)، وبالمثل، قامت ثمانية من العشرة دراسات التي قامت على البُعد الاجتماعي بتوظيف عامل التثقيف في جانب واحد على الأقل، وقد تضمنت الثمانية دراسات - فيما عدا واحدة - التي قامت على الوصمة المدركة، عامل التثقيف، سواء أكان ذلك بمفرده أم بالاشتراك مع عامل آخر.

لقد كان التدخل التالي الأكثر شيوعًا هو التواصل مع المستهلك؛ فقد تضمنت ستة من الـ ١٨ دراسة التي قامت على الوصمة الشخصية، وأيضًا أربعة من العشرة دراسات التي قامت على البُعد الاجتماعي، تضمنت تدخلًا يشتمل على التواصل مع المستهلك، وذلك على الأقل بصورة جزئية. لم يكن أمر التواصل مع المستهلك بالأمر الشائع في الدراسات التي قامت على الوصمة المدركة (فهناك دراسة واحدة تتحد مع عامل التثقيف) أو في الدراسات التي قامت على الوصمة الذاتية (فهناك دراسة واحدة تتحد مع إعادة البناء الإدراكي).

لقد تضمنت التدخلات الأخرى العلاج السلوكي المعرفي/إعادة البناء الإدراكي والقبول والعلاج بالالتزام وتحسين السرد والمقابلات التحفيزية وإدارة خطر الصدمات ومحاكاة الهلاوس ووسائل الخدمات العامة ورودود الفعل المصممة وموارد طلب المساعدة.

ومن بين الثلاثة وثلاثين تجربة، قامت ١٠ بتوظيف وساطة عبر الأنترنت لتوصيل الخدمة ووساطتين تقوم على الحاسوب بلا شبكة أنترنت و١٨ نهجًا لمجموعات تعتمد على الاتصال وجه لوجه وثلاثة عمليات توزيع لمواد تعليمية. لقد قامت أربعة دراسات بتوصيل التدخلات في صورة فيديو فقط، وقامت دراستان بتوصيل التدخلات عن طريق الهاتف، ودراسة واحدة استخدمت تسجيل صوتي كندخل.

لقد تراوحت مدة التدخلات من دقيقة واحدة إلى ٢٠ ساعة ومن فترة واحدة أو نموذج حل واحد إلى عشرين، وكان توزيع مدة التدخلات ثنائي المراحل، وكانت المدة الشائعة ١٥ دقيقة وساعة واحدة. أما متوسط مدة التدخلات فكانت ساعة و٣،٧ ساعة على التوالي.

لقد اشتملت المجموعات المستهدفة - بحسب التردد - طلاب جامعيين ($N=12$ دراسة) ومستهلكين ($N=5$) وتلاميذ ($N=3$) وأعضاء من قوات الدفاع ($N=3$) وأعضاء من المجلس العام ($N=3$) وموظفين في مكان العمل ($N=2$) ومعلمين ($N=1$) وأطباء الصحة العامة ($N=1$) وأطباء الصحة النفسية ($N=1$) والعامية من الناس ($N=1$). وأفراد من خلفيات لا تتحدث الإنجليزية ($N=1$) ونخبة من الرياضيين ($N=1$). لقد قامت غالبية الدراسات بتعيين مشاركين عن طريق مؤسسات التعليم العالي ($N=12$) أو من خدمات الصحة النفسية ($N=8$). أما البقية فقد تم تعيينهم عن طريق الاتصال المباشر بالمجموعات الطبية ($N=4$) المدارس ($N=3$) والقوات العسكرية ($N=3$) والدعاية العامة ($N=3$) القوائم الانتخابية ($N=1$).

وقد تراوحت الفئة العمرية لعينة الدراسة من ١٤،٧ عامًا وحتى ٦٥،٤ عامًا، وقد قامت كل الدراسات بتعيين رجال وسيدات، إلا أن ١٧ دراسة قد تضمنت ما يزيد عن ٦٥٪ من الإناث وتضمنت خمسة ما يزيد عن ٦٥٪ من الذكور. وقد بدأت أغلب الدراسات في الولايات المتحدة ($N=18$) أو في أستراليا ($N=9$)، مع وجود دراستين بدأتا في المملكة المتحدة وواحدة في كل من هونج كونج وفنلندا وروسيا وتركيا.

لقد تم توزيع ما بين ٣٩ و ٢,٢٥٩ مشاركا على حالات التدخلات أو الحالات المرجعية لكل دراسة، وقد تضمنت غالبية الدراسات حالة تدخل واحدة (N= 21)، بينما قد وظفت ثمانية دراسات حالتين من التدخلات، واستخدمت أربعة دراسات ما يزيد عن تدخلين. لقد تضمنت غالبية الحالات المرجعية فحص الانتباه (N= 14 دراسة) مع وجود أربع أو خمس دراسات أخرى قامت بتوظيف وسائل العلاج المعتادة أو عنصر التحكم عن طريق قائمة الانتظار، على التوالي. لم تشمل عشرة من المجموعات المرجعية على أية نشاط. ومن بين الـ ٣٣ دراسة، تضمنت ٢٠ واحدة (٦١٪) على تقييمات متابعة، والتي أستلزم ستة منها (١٨٪) فترات متابعة لمدة ستة أشهر على الأقل.

ولم يكن في خمسة من الدراسات عامل الإنهاك، ومن بين الـ ٢٨ دراسة المتبقية، قامت ١٥ واحدة بتوظيف تحاليل تستهدف إلى العلاج (ITT)، وقد تأثرت ١٨ دراسة من الـ ٣٣ بانحياز الأداء، وتأثر ١١ منها بتحيز الإسناد وتأثرت اثنتان بتحيز الاختيار وواحدة تأثرت بتحيز التحري.

التحليل التلوي

لقد قامت ٢٧ دراسة من أصل ٣٣ بتقديم تقاريرًا عن بيانات يُمكن تضمينها في تحاليل تلوية. يقدم الجدول رقم ١ ملخصًا لهذه الدراسات، والتي تم تجميعها بحسب نوع الوصمة وتم أيضًا تقسيمها في فئات فرعية بحسب الحالة المستهدفة من جانب مقياس الوصمة، وتوجد تقاريرًا منفصلة عن نتائج التحاليل التلوية الكمية تخص الوصمة الشخصية/ البعد الاجتماعي (٦,٣١٨ مشاركا) والوصمة المدركة (٣,٠٤٢ مشاركا) والوصمة الذاتية (٢٣٨ مشاركا).

لكن لم يتم تضمين أي من الستة دراسات التي تركز على السعي المرضي وراء طلب مساعدة في التحاليل التلوية، وذلك لأنه قد اشتمل ثلاثة منها على بيانات لم تكن مطاوعة للغرض (٣٦, ٤٠)، وتضمنت واحدة منها نسبة عالية من البنود الخاصة بوصمة لا تتبع أمراض نفسية (٣١) وقامت أربعة منها باستخدام مقياس للوصمة يجمع خليطًا من أنواع مختلفة من الوصمات (٣٠, ٣٦, ٤٠, ٥٠).

الوصمة الشخصية

وبصورة عامة، لقد أنتجت ١٩ دراسة من أصل الـ ٢٣ التي تعمل على تقييم تأثير التدخلات على الوصمة الشخصية أو البعد الاجتماعي أو كلاهما، أنتجت بيانات أمكنت من عمل مقارنة بين تأثير تدخل ما والحالة المرجعية (١٧, ٢١, ٢٣-٢٥, ٣٢, ٣٣, ٣٧-٣٩, ٤٨, ٤٧, ٤٢, ٤١, ٥٠-٥٢). أما الأربعة دراسات الباقية فإما أنهم لم يقدموا ما يكفي من بيانات لحساب حجم التأثير المناسب (٢٢, ٢٨) أو أنهم احتوا على القليل من التفاصيل لتحديد اتجاه التأثير (٣٦) أو قد فسروا البيانات المقدمة بطريقة سرية (٤٥).

تجد في الجدول رقم ٢ ملخصًا عن نتائج التحاليل التلوية التي قامت على دراسات الوصمة الشخصية، وذلك بطريقة تفصيلية لكل الحالات النفسية (N= 19 دراسة) والاكتئاب (N= 8) والأمراض النفسية العامة/ مشكلات صحية نفسية (N= 6) والذهان/ الفصام (N= 6).

وبصفة عامة، كانت التدخلات فعالة في أمر تقليل الوصمة الشخصية، وتجد توضيحًا لذلك في الصورة رقم 2. لقد كان متوسط حجم التأثير المجمع من كل الحالات والتدخلات صغيرًا (d= 0,28; 95%CI, -0,17-0,39)، إلا أنه هام من الناحية الإحصائية (p<0,001). وكان هناك مستوى متوسط من التغايرية بين الدراسات، وهو الأمر الذي أختفى عندما

تم إزالة الدراسة الناشز (٤١)، وظل متوسط حجم التأثير المجمع هام من الناحية الإحصائية بعد إزالة الناشز (d= 0,22; 95%CI, -0,29-0,41). (p<0,001, 0,41).

لقد تم ملاحظة تأثير مجمع ومتغاير ذات أهمية مماثلة، وذلك للمجموعة الفرعية من الدراسات التي تضمنت عنصر تثقيفي (N=17, d= 0,30; 95%CI, -0,19-0,42; p<0,001)، ومرة أخرى قد أختفى المتغاير إلا أن التأثير ظل هامًا من الناحية الإحصائية بعد إزالة الدراسة الناشز (N= 16, d= 0,23; 95%CI, -0,15-0,31; p<0,001). وحيث أن ثلاثة من الدراسات التثقيفية قد تضمنت تدخلًا إضافيًا، إلا أنه قد تم تكرار التحليل الشامل بعد إبعاد البيانات من تلك الدراسات، وقد ظل التأثير هامًا بعد وقبل (N=15, d= 0,29; 95%CI, -0,16-0,42; p<0,001) إبعاد الدراسة الناشز (N=14, d= 0,21; 95%CI, -0,13-0,30; p<0,001).

لقد كان هناك أيضًا دليل يقول بأن التدخلات التي تتضمن عنصر التواصل مع المستهلك بالأمر الفعال، وكان التأثير المجمع هامًا من الناحية الإحصائية ومعتدلا في القدر (N= 5, d= 0,47; 95%CI, -0,17-0,78; p<0,01)، هذا بالرغم أن مستوى التغايرية كان هامًا. إن قدر حجم التأثير المجمع للثلاثة دراسات التي قامت على التواصل مع المستهلك والتي لم تتضمن إضافة، مماثلا، إلا أنه فشل في تحقيق أهمية إحصائية (d= 0,41; 95%CI, -0,15 إلى 0,98; p= 0,15).

ليس هناك دليلا يقول بأن العلاج السلوكي المعرفي عمل على تقليل الوصمة بصورة كبيرة (d= 0,18; 95%CI, -0,47 إلى 0,48; p= 0,58)، فقد كان التحليل قائما على دراستين فقط.

لقد اشتملت سبعة دراسات من أصل ١٩ على عنصر توصيل الخدمة عبر شبكة الأنترنت ووسيلتي توصيل عبر الحاسوب. وبصفة عامة، لقد كان التأثير المجمع هامًا من الناحية الإحصائية لكلا من التدخلات التي تقدم عبر شبكة الأنترنت (N=7, d= 0,36; 95%CI, -0,10-0,63; p<0,01) والتدخلات التي تقدم بلا حاسوب (N=10, d= 0,23; 95%CI, -0,13-0,33; p<0,001). لم يكن هناك اختلافات هامة من الناحية الإحصائية بين فاعلية توصيل الخدمة عبر الأنترنت وفاعلية الخدمة التي تقدم بلا شبكة أنترنت (Q= 1, 0,84; P= 0,36)، وقد ظل نموذج الاكتشافات كما هو بعد إبعاد الدراسة الناشز (٤١).

لقد كان هناك القليل من الدلائل التي تقول أنه قد تم تسوية الاستنتاجات بحسب تحيز النشر، وتدل قيمة N التقليدية المأمونة من الفشل للتحاليل التلوية الشاملة أن الأمر سيتطلب ٢١٨ دراسة إضافية تقدم نتائج باطلة حتى تتغير قيمة P وتزيد عن ٠,٠٥، وبالمثل لقد كانت N المأمونة من الفشل للتدخلات التثقيفية والتدخلات التثقيفية التي تقدم وحدها عبر كل الحالات، كانت ٢١٦ و ١٥٧ على التوالي. سيكون هناك احتياج إلى ٢٦ دراسة إضافية تقدم نتائج باطلة، لتغيير قيمة P حتى تتعدى الـ ٠,٠٥ للتدخلات التي تتضمن تواصل مع المستهلك وه للتدخلات التي تتضمن عنصر التواصل وحده. لقد تم تغيير أحجام التأثير المقدر عندما تم استخدام قيم Trim and Fill (قص ولصق) التابعة لدوفال وتوييدي لكل التدخلات، أي لكلا من التدخلات التثقيفية وحدها والتدخلات التي تقوم على الاتصال وحده. وقد انخفضت تقديرات الداء المنسوب بحسب تحاليل Trim and Fill (قص ولصق) لكل الحالات التي تتضمن عنصر تثقيفي، إلا أنها ظلت ذات أهمية إحصائية (d= 0,22; 95%CI, -0,08-0,36; p<0,01).

كان هناك دليلا أيضًا يقول بأن التدخلات المصممة لتقليل الوصمة المرتبطة بالاكتئاب، فعالة، وقد كان حجم التأثير المجمع للاكتئاب في

جدول رقم ١: ملخص التجارب العشوائية المرجعية للتدخلات الخاصة بالوصمة المتضمنة في التحاليل التلوية

الدراسة	الدولة	التدخل	طريقة التوصيل	المرجع	المشاركين (مجموعة/تعيين) (N،)	ITT	قصير الاجل	المتابعة	التأثير
الوصمة الشخصية/العامه الاكتئاب									
كوريغان وآخرون (٢٧)	الولايات المتحدة	تثقيفي	مجموعات	AC	١٥٢، طالبًا/ الكلية الأهلية المحلية	لا	لا	لا ينطبق	
		تواصل موالي للاختبار	مجموعات مجموعات			لا	لا	لا ينطبق	
جلانيفيس وآخرون (١٧)	أستراليا	CBT	عبر الأنترنت	AC	٥٢٥، العامة/ القوائم الانتخابية	نعم	نعم	لا ينطبق	
		تثقيفي	عبر الأنترنت			نعم	نعم	لا ينطبق	
جورم وآخرون (٣٨)	أستراليا	تثقيفي	أدوات	WLC	٢٦٢، العامة/ دعاية للصحة النفسية	نعم	نعم	نعم (٦ أشهر)	
		تثقيفي	الحاسوب مجموعات تدريس	WLC	٣٢٧، معلمين/ مدارس ١،٦٣٣، طلاب/ مدارس ٢٠٢، الجيل الأول من المهاجرين الإيطاليين واليونانيين/ دعاية	نعم	نعم	نعم (٦ أشهر) ١/٧ × لا ×	
كيريوبولوس وآخرون (٤١)	أستراليا	تثقيفي	عبر الأنترنت	AC	١٥٥، العامة/ الصحة النفسية عبر الهاتف	لا	نعم	نعم (أسبوع)	
فارير وآخرون (٣٢)	أستراليا	تثقيفي/ CRT	عبر الأنترنت	بلا تدخلات	١٢٠، نخبة من الرياضيين/ اتصال مباشر مع مجموعة طبية	نعم	نعم	لا (١٢ شهرًا)	
		تثقيفي/ CBT+ مشورة هاتفية	عبر الأنترنت+ الهاتف		خدمة مشورة	لا	لا	لا	
جوليفير وآخرون (٣٧)	أستراليا	تثقيفي	عبر الأنترنت	بلا تدخلات	١٢٠، نخبة من الرياضيين/ اتصال مباشر مع مجموعة طبية	نعم	لا	لا (٣ أشهر)	
اكتئاب ما بعد الولادة									
دياس فييرا (٥٠)	الولايات المتحدة	تثقيفي	أدوات	AC	٥٠٧، طلاب/ الجامعة	لا	نعم	لا ينطبق	
الجزع									
جوليفير وآخرون (٣٧)	أستراليا	تثقيفي	عبر الأنترنت	بلا تدخلات	١٢٠، نخبة من الرياضيين/ اتصال مباشر مع مجموعة طبية	نعم	لا	نعم (٣ أشهر)	
الفصام/الذهان									
كوريغان وآخرون (٢٧)	الولايات المتحدة	تثقيفي	مجموعات	AC	١٥٢، طلاب/ الكلية الأهلية	لا	لا	لا ينطبق	
		تواصل موالي للاختبار				لا	لا	لا ينطبق	
بين وآخرون (٥٢)	الولايات المتحدة	تواصل	فيديو	بلا تدخلات	١٥٨، طلاب/ الجامعة	لا	لا	لا ينطبق	
كوريغان وآخرون (٢٩)	الولايات المتحدة	تثقيفي	مجموعات	بلا تدخلات	١٠٣، طلاب/ الكلية الأهلية	لا	لا	لا ينطبق	
جورم وآخرون (٣٨)	أستراليا	تثقيفي	أدوات	WLC	٢٦٢، العامة/ دعاية - خدمات الصحة النفسية	نعم	نعم	لا (٦ أشهر)	
		تثقيفي	الحاسوب			نعم	نعم	نعم	
بليو إرفين وآخرون (٢٣)	الولايات المتحدة	تثقيفي	عبر الأنترنت	بلا تدخلات	١٧٢، عاملين مرخصين بالصحة العامة/ دعاية خدمات الصحة النفسية	نعم	نعم	نعم (٨ أسابيع)	
«الأمراض النفسية»/ «مشكلات الصحة النفسية»/ «الضغوط النفسية»									
شارب (٤٧)	الولايات المتحدة	تثقيفي	الحاسوب	AC	١٨١، طلاب/ الجامعة	لا	لا	لا (٤ أسابيع)	
فينكليشتاين وآخرون (٣٣)	روسيا	تثقيفي	عبر الأنترنت	بلا تدخلات	١٩٣، طلاب/ الجامعة	لا	لا	لا (٦ أشهر)	

الدراسة	الدولة	التدخل	طريقة التوصيل	المرجع	المشاركين (N، مجموعة/ تعيين)	ITT	التأثير	
							قصير الاجل	المتابعة
براون وآخرون (٢٤)	الولايات المتحدة	تواصل	أدوات	بلا تدخلات	١٤٤٣، طلاب/ الجامعة	لا	٢/٢	نعم (أسبوع واحد)
كانبيل وآخرون (٢٥)	المملكة المتحدة	تثقيفي وتواصل	سماعي	بلا تدخلات	١١٢٢، تلاميذ/ المدرسة	لا	٢/٢	لا
كوريجان وآخرون (٢٧)	الولايات المتحدة	تثقيفي	مجموعات	AC	١٥٢٢، طلاب/ الكلية الأهلية	لا	٢/٢	لا ينطبق
البُعد الاجتماعي الاكتئاب		تواصل	موالي للاختبار			لا		
كيتشينير وجورم (٤٢)	أستراليا	تثقيفي	مجموعات	WLC	٣٠١، موظفي الحكومة/ تواصل مباشر مع مجموعات الأطباء	نعم	٢/٢	نعم (٥ أشهر)
جورم وآخرون (٣٨)	أستراليا	تثقيفي	أدوات الحاسوب	WLC	٢٦٢، العامة/ رعاية خدمات الصحة النفسية	نعم	٢/٢	لا (٦ أشهر)
الفصام/ الذهان								
بين وآخرون (٥٢)	الولايات المتحدة	تواصل	فيديو	بلا تدخلات	١٥٨، طلاب/ الجامعة	لا	٢/٢	لا يسري
كيتشينير وجورم (٤٢)	أستراليا	تثقيفي	مجموعات	WLC	٣٠١، موظفي الحكومة/ تواصل مباشر مع مجموعة طبية	نعم	٢/٢	لا ينطبق (٥ أشهر)
جورم وآخرون (٣٨)	أستراليا	تثقيفي	أدوات الحاسوب	WLC	٢٦٢، العامة/ خدمات رعاية للصحة النفسية	نعم	٢/٢	لا (٦ أشهر)
الفصام والاكتئاب (غير متمايز) جورم وآخرون (٥١) «الامراض النفسية»	أستراليا	تثقيفي	مجموعات	WLC	٧٥٣، العامة الحضرين/ رعاية	نعم	٢/٢	نعم (٤ أشهر)
وود ووال (٤٨)	الولايات المتحدة	تثقيفي وتواصل	مجموعات	AC	١١٤، طلاب/ الجامعة	نعم	٢/٢	لا ينطبق
فينكليشتاين وآخرون (٣٣)	روسيا	تثقيفي	عبر الأنترنت أدوات	بلا تدخلات	١٩٣، طلاب/ الجامعة	لا	٢/٢	نعم (٦ أشهر)
بايار وآخرون (٢١)	تركيا	تثقيفي	عبر الأنترنت (البريد الإلكتروني)	بلا تدخلات	٢٠٥، الأطباء النفسيين (المرضى النفسيين المقيمين والمتخصصين)/ شبكة الرسائل الإلكترونية	لا	٢/٢	لا ينطبق
براون وآخرون (٢٤)	الولايات المتحدة	تواصل	فيديو	بلا تدخلات	١٤٤٣، طلاب/ الجامعة	لا	٢/٢	نعم (أسبوع واحد)
الوصمة المُدرّكة الاكتئاب		HalSim	سماعي					
جريفيتس وآخرون (١٧)	أستراليا	CBT	عبر الأنترنت	AC	٥٢٥، العامة/ القوائم الانتخابية	نعم	٢/٢	لا ينطبق
جورم وآخرون (٣٨)	أستراليا	تثقيفي	عبر الأنترنت	عبر الأنترنت	٢٦٢، العامة/ رعاية خدمات الصحة النفسية	نعم	٢/٢	لا (٦ أشهر)
جورم وآخرون (٣٨)	أستراليا	تثقيفي	مجموعات	WLC	٣٢٧، معلمين المدرسة الثانوية/ المدرسة	نعم	٢/٢	لا ينطبق (٦ أشهر)
			تدريس	١٠٦٣٣، طلاب- المدرسة				لا ينطبق (٦ أشهر)

الدراسة	الدولة	التدخل	طريقة التوصيل	المرجع	المشاركين (N، مجموعة/تعيين)	التأثير	
						ITT	قصير الاجل
كوروبولوس وآخرون (٤١)	أستراليا	تثقيفي	عبر الأنترنت	AC	٢٠٢، الجيل الأول من المهاجرين الإيطاليين واليونانيين/ دعاية	لا	لا (أسبوع واحد)
الاضطرابات الذهانية							
فونج وآخرون (٣٥، ٣٤)	هونغ كونغ	تثقيفي و CBT و MI و SST	مجموعات	AC	٦٦، مرضى الفصام/ خدمات الصحة النفسية	نعم	لا ينطبق
جورم وآخرون (٣٨)	أستراليا	تثقيفي	أدوات حاسوب	WLC	٢٦٢، العامة/ دعاية خدمات الصحة النفسية	نعم	لا (٦ أشهر)
«الامراض النفسية»							
اهو مستونين وآخرون (٢٠)	فنلندا	تثقيفي	مجموعات	TAU	٣٩، مرضى الفصام في مستشفيات الطب الشرعي/ خدمات الصحة النفسية	نعم	لا ينطبق
الوصمة الذاتية/ الداخلية الاضطرابات الذهانية							
فانج وآخرون (٣٥، ٣٤)	هونغ كونغ	تثقيفي و CBT و MI و SST	مجموعات	AC	٦٦، مرضى الفصام/ خدمات الصحة النفسية	نعم	٣/١ لا ينطبق
«الامراض النفسية»							
لاوما وآخرون (٤٣)	الولايات المتحدة	M و ACT	مجموعات	TAU	١٣٣، أفراد مقيمين في برنامج لعلاج الإدمان/ خدمات تعاطي عقاقير	نعم	نعم (٤ أشهر)
يانوس وآخرون (٤٩)	الولايات المتحدة	تثقيفي وتواصل و CR و NE	مجموعات	TAU	٣٩، مرضى اضطرابات اطياف الفصام ونسبة عالية من الوصمة الداخلية/ الصحة النفسية والخدمات المجتمعية	نعم	لا (٣ أشهر)

ITTT- التحاليل التي تهدف إلى العلاج، ACT- العلاج بالالتزام والقبول، CBT- العلاج السلوكي المعرفي، CR- إعادة البناء الإدراكي، HalSim- محاكاة الهلاوس، M- اهتمام، MI- المقابلات التحفيزية، NE- تعزيز السرد، SST- تدريب المهارات الاجتماعية، AC- فحص الانتباه، TAU- العلاج المعتاد، WLC- فحص قائمة الانتظار، NR- غير مُسجّل

× حجم التأثير ليس عاملاً في النتيجة الأساسية (في ظل غياب البيانات المناسبة لحساب متوسط الاختلاف المعياري فيما بعد الاختبار).

عندما تم استخدام قِيم Trim and Fill (قص و لصق) التابعة لدوفال وتوييدي، وكذلك أيضاً في حال التدخلات التثقيفية التي بلا ملحق. أما للمجموعة الفرعية من الدراسات ذات مكون تثقيفي، كان تقدير حجم التأثير المنسوب التابع لقيمة Trim and Fill (قص و لصق) ٠,١٦، (95%CI: 0.04-0.29)، وهذا بالمقارنة مع ٠,٢٢.

لقد كانت التدخلات في الدراسات التي توظف مرض نفسي عام أو قياس وصمة متعلقة بحالة صحية بالأمر الفعال أيضاً عندما تم إدماج كل أنواع التدخلات (p<0.01, 0.50-0.10: 95%CI, 0.30=d) وأيضاً للمجموعة الفرعية التي تشمل التدخلات التثقيفية (d=0.34, 95%CI: 0.56-0.12, p<0.01)، هذا بالرغم أن التدخلات التثقيفية التي بلا ملحق (d=0.22, 95%CI: 0.04-0.47) قد فشلت في تحقيق أهمية إحصائية (p=0.09). كان هناك أيضاً دليل يقول بأن التدخلات التي تتضمن عنصر التواصل مع المستهلك بالأمر الفعال وأن حجم التأثير المجمع معتدل (d=0.68, 95%CI: 0.40-0.95) وذات أهمية إحصائية (p<0.001).

وبصفة عامة، لم يكن خطر انحياز النشر في هذه الدراسات بالأمر الكبير، وكانت الـ N المأمون من الفشل ١٩ لكل التدخلات و ٢١ و ٣٨ للدراسات التي تتضمن عنصر تثقيفي وعنصر التواصل مع المستهلك، على التوالي. ولم تتغير أحجام التأثير المتوقعة للتدخلات المجمعّة،

كل حالات التدخلات، بالأمر الهام، وإن كان صغيراً (N=8, d=0.36, 95%CI: 0.10-0.60, p<0.01). لقد أختفى مستوى التغيرات الكبير عبر الدراسات عندما تم إبعاد الدراسة الناشئ (41)، إلا أن حجم التأثير المجمع ظل هاماً من الناحية الإحصائية (d=0.19, 95%CI: 0.06-0.33, p<0.01)، وكانت التدخلات التي تتضمن عنصر التثقيف مرتبطة بانخفاض كبير في الوصمة (d=0.36, 95%CI: 0.14-0.59, p<0.01) وظل التأثير هاماً من الناحية الإحصائية (d=0.22, 95%CI: 0.09-0.36, p<0.001)، إلا أن التغيرات التي في البيانات قد أخطفت مع إزالة الناشئ (41). لم يتغير نموذج الاكتشافات عندما تم استخراج التدخلات التثقيفية هذه مع العناصر الملحق من التحاليل (d=0.34, 95%CI: 0.10-0.59, p<0.01)، ولم تقم أية دراسة بالتركيز على تأثير عامل التواصل في حالة الاكتئاب، ولم يكن هناك أية دليل يقول بأن العلاج السلوكي المعرفي قد عمل على تقليل الوصمة (N=2, d=0.18, 95%CI: -0.47-0.84, p=0.58).

كان هناك أيضاً القليل من الدلائل الذي تقول بأن الاستنتاجات الخاصة بوصمة الاكتئاب قد سوتها أنحيات النشر. وكان N المأمون من الفشل للدراسات الخاصة بوصمة الاكتئاب ٤٧ لكل التدخلات و ٥٢ و ٣٨ للدراسات التي تضمنت عنصر التثقيف أو التدخل التثقيفي وحده. ولم تتغير أحجام التأثير لكل الدراسات التي قامت على الاكتئاب، وذلك

جدول رقم ٢: التحاليل التلوية للدراسات التي تقارن تأثير التدخلات على الوصمة الشخصية

N _{ال} المأمون من الفشل	I ²	P	Q	P	Z	(95%CI) d	N	كل الحالات
٢١٠	٥٠,٧٥	٠,٠٠٦	٣٦,٥٥	<٠,٠٠١	٤,٨٨	(٠,٣٩ - ٠,١٧) ٠,٢٨	١٩	كل التدخلات
١٣٤	٠,٠٠	٠,٤٦	١٦,٨٥	<٠,٠٠١	٥,٥٢	(٠,٢٩ - ٠,١٤) ٠,٢٢	١٨	إبعاد الناشر
٢١٦	٥٠,١٨	٠,٠١	٣٢,١٢	<٠,٠٠١	٥,١٤	(٠,٤٢ - ٠,١٩) ٠,٣٠	١٧	التدخلات التثقيفية
١٣٣	٠,٠٠	٠,٥٦	١٣,٥٣	<٠,٠٠١	٥,٨٠	(٠,٣١ - ٠,١٥) ٠,٢٣	١٦	إبعاد الناشر
١٥٧	٥٦,٠٢	٠,٠٠٤	٣١,٨٣	<٠,٠٠١	٤,٤٠	(٠,٤٢ - ٠,١٦) ٠,٢٩	١٥	تدخلات تثقيفية بلا ملحق
٨٧	٠,٠٠	٠,٥١	٢,٢	<٠,٠٠١	٥,٠٨	(٠,٣٠ - ٠,١٣) ٠,٢١	١٤	إبعاد الناشر
٢٦	٦١,٤٥	٠,٠٤	١٠,٣٨	٠,٠٠٣	٣,٠١	(٠,٧٨ - ٠,١٧) ٠,٤٧	٥	تدخلات ذات تواصل مع المستهلك
-	٧٨,٥٨	٠,٠٠٩	٩,٣٤	٠,١٥	١,٤٤	(٠,٩٨ إلى ٠,١٥) ٠,٤١	٣	بلا ملحق
-	٧٨,٤٨	٠,٠٣	٤,٦٥	٠,٥٨	٠,٥٥	(٠,٨٤ إلى ٠,٤٧) ٠,١٨	٢	تدخلات CBT
-	-	-	-	-	-	-	١	بلا ملحق
-	-	-	-	-	-	-	-	اكتئاب
٤٧	٧٠,٥٤	٠,٠٠١	٢٣,٧٦	٠,٠٠٥	٢,٨١	(٠,٦٠ - ٠,١٠) ٠,٣٦	٨	كل التدخلات
-	٠,٠٠	٠,٥٠	٥,٣١	٠,٠٠٥	٢,٨١	(٠,٣٣ - ٠,٠٦) ٠,١٩	٧	إبعاد الناشر
٥٢	٦٤,٨٤	٠,٠٠٦	١٩,٩١	٠,٠٠٢	٣,١٥	(٠,٥٩ - ٠,١٤) ٠,٣٦	٨	تدخلات تثقيفية
١٥	٠,٠٠	٠,٨٠	٣,٠٤	٠,٠٠١	٣,٢٥	(٠,٣٦ - ٠,٠٩) ٠,٢٢	٧	إبعاد الناشر
٣٨	٦٨,٨٣	٠,٠٠٤	١٩,٢٥	٠,٠٠٦	٢,٧٤	(٠,٥٩ - ٠,١٠) ٠,٣٤	٧	تدخلات تثقيفية بلا ملحق
-	-	-	-	-	-	-	صفر	تدخلات ذات تواصل مع المستهلك
-	٧٨,٤٨	٠,٠٣	٤,٦٥	٠,٥٨	٠,٥٥	(٠,٨٤ إلى ٠,٤٧) ٠,١٨	٢	تدخلات CBT
-	-	-	-	-	-	-	١	بلا ملحق
-	-	-	-	-	-	-	-	الامراض النفسية/ الضغوط
١٩	٤٣,١٥	٠,١٢	٨,٨٠	٠,٠٠٣	٢,٩٥	(٠,٥٠ - ٠,١٠) ٠,٣٠	٦	كل التدخلات
١٨	٤٧,٥٤	٠,١١	٧,٦٢	٠,٠٠٣	٢,٩٨	(٠,٥٦ - ٠,١٢) ٠,٣٤	٥	التدخلات التثقيفية
١	٣٩,١٩	٠,١٩	٣,٣٠	٠,٠٩٤	١,٦٧	(٠,٤٧ إلى ٠,٠٤) ٠,٢٢	٣	بلا ملحق
٢٢	٢٤,٣٢	٠,٢٧	٢,٦٤	<٠,٠٠١	٤,٨٤	(٠,٩٥ - ٠,٤٠) ٠,٦٨	٣	تدخلات ذات تواصل مع المستهلك
-	-	-	-	-	-	-	١	بلا ملحق
-	-	-	-	-	-	-	-	الفصام / الذهان
٧	٠,٠٠	٠,٦٧	٣,٢٢	٠,٠٠٥	٢,٨١	(٠,٣٤ - ٠,٠٦) ٠,٢٠	٦	كل التدخلات
٧	٠,٠٠	٠,٩١	١,٠٣	٠,٠٠٣	٢,٩٧	(٠,٣٧ - ٠,٠٨) ٠,٢٣	٥	التدخلات التثقيفية
-	٠,٠٠	٠,٦٩	٠,١٦	٠,٣١	١,٠١	(٠,٤٥ إلى ٠,١٤) ٠,١٥	٢	بلا ملحق
-	٠,٠٠	٠,٤٠	٠,٧٠	٠,٤٠	٠,٨٥	(٠,٤٥ إلى ٠,١٨) ٠,١٤	٢	تدخلات ذات تواصل مع المستهلك

تجد أن البيانات ذات أهمية إحصائية مُقدمة بخط أكثر وضوحاً. الدراسة الناشر هي تلك التابعة لكيروبولوس وآخرون (41) CBT- العلاج السلوكي المعرفي

المأمون من الفشل للدراسات ٧ لكل التدخلات و٧ للدراسات التي تتضمن عنصر تثقيفي. لقد أنخفض تقدير النقطة المنسوبة التي تقوم على تحاليل الـ Trim and Fill (قص و لصق) وذلك للتدخلات المركبة التي تستهدف الذهان/ الفصام، إلا أنها ظلت ذات أهمية إحصائية (d=0,16, 95%CI: 0,02 - 0,29, p<0,05). ولم يتغير حجم التأثير التقديري للتدخلات ذات مكون تثقيفي، ولم يكن من الممكن إنساب مقاييس تحيز النشر لعنصر التواصل مع المستهلك أو للعنصر التثقيفي بلا تدخلات ملحقه، وذلك لأنه يلزم ما يزيد عن دراستين لبدء هذه التحاليل.

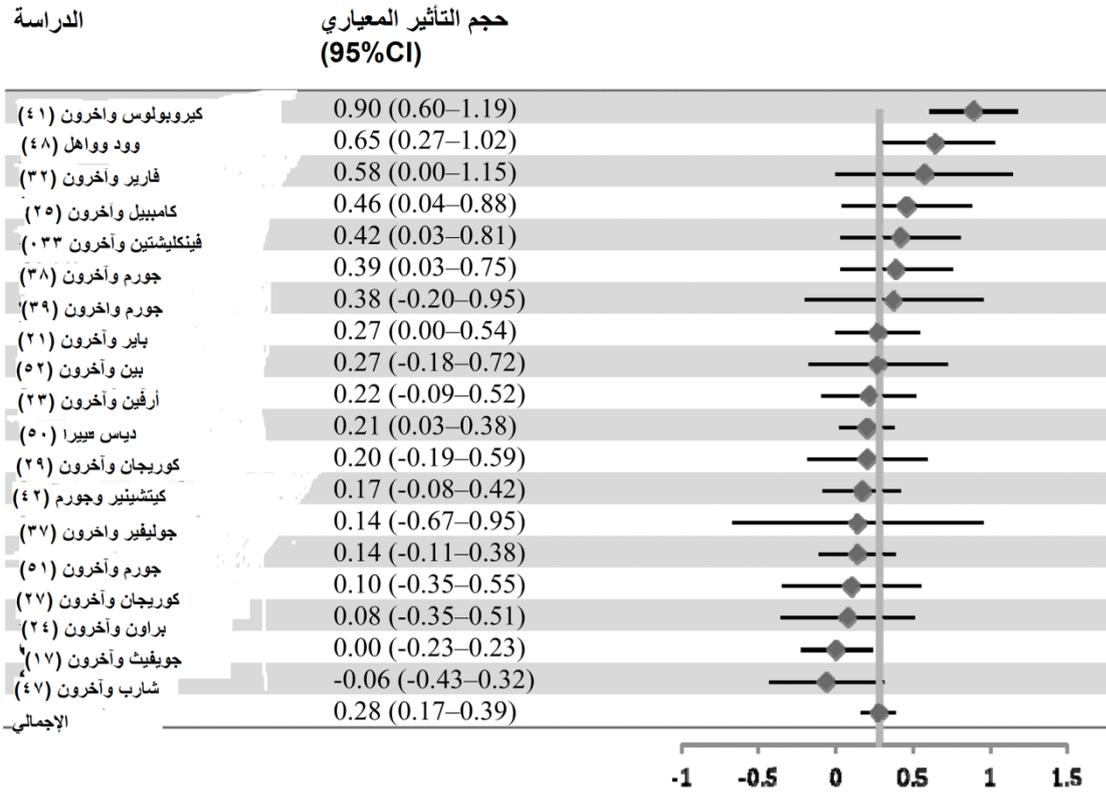
الوصمة المدركة

لقد أنتجت ستة دراسات من الثمانية التي تعمل على تقييم تأثيرات التدخلات على الوصمة المدركة، بيانات أمكنت من عمل مقارنة بين تأثير التدخلات والحالات المرجعية (١٧، ٢٠، ٣٤، ٣٥، ٣٨، ٣٩، ٤١). لم تكن البيانات المقدمة في التجريبتين اللاتي تم إزاحتها في هيئة مُمكننا

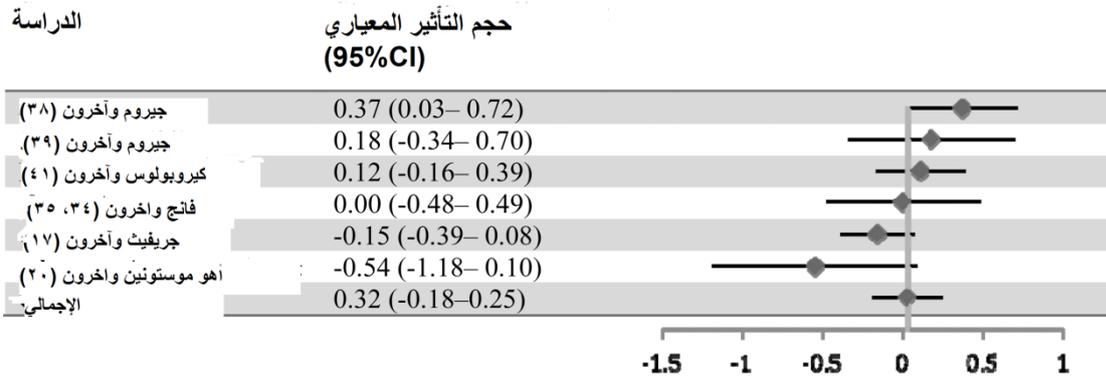
وذلك عندما تم استخدام قيم Trim and Fill (قص و لصق) التابعة لدوفال وتوييدي. كان حجم التأثير لكل الدراسات التي قامت على التدخل التثقيفي (0,22: 95%CI 0,01 إلى 0,44 =p, 0,05)، بالمقارنة مع ٠,٣٤. أما للتدخل التثقيفي وحده، فلم تتغير قيمة الـ Trim and Fill (قص و لصق).

وبصفة عامة، كانت التدخلات التي استهدفت الذهان أو الفصام فعالة، وكان حجم التأثير المُجمَع هاماً لكل التدخلات مجتمعة (N=6, d=0,20: 95%CI 0,06-0,34, p<0,01) وللمجموعة الفرعية من التدخلات التي تشمل عنصر تثقيفي (d=0,23: 95%CI 0,08-0,37, p<0,01). وقد فشلت التحاليل التلوية التي بلا ملحق (d=0,15: 95%CI 0,14 إلى 0,45) في تحقيق أهمية إحصائية (p=0,31)، وبالمثل لم تنتج التحاليل التلوية للتدخلات التي تتضمن تواصل مع المستهلك (وليس بها ملحق) تأثيراً ذات أهمية إحصائية (N=2, d=0,14: 95%CI 0,18-0,40 =p, 0,40). لم تكن التغييرات ذات أهمية إحصائية لأي من التحاليل التي تتضمن ذهان/ فصام. وكان الـ N

الوصمة الشخصية والبُعد الاجتماعي



الوصمة المُدرَكة



خاطبت الاكتئاب بصفة خاصة، ولم يكن متوسط حجم التأثير المُجمَع بين كل التدخلات بالأمر الهام من الناحية الإحصائية (95%CI: $d = 0.11$, $p = 0.15$ إلى 0.37 , $p = 0.39$)، وكذلك لم يكن أيضًا متوسط حجم التأثير المُجمَع للتدخلات التثقيفية (التي تتمكن جميعها من أن تقف بمفردها) بالأمر الهام من الناحية الإحصائية. كانت التغيرات معتدلة، إلا أنها لم تحقق أهمية إحصائية، ولم يكن هناك تدخلات أخرى بأكثر من دراسة واحدة.

لكن لم يكن هناك دراسة قامت على تأثير التدخلات لكل الأمراض النفسية، ولم يكن متوسط حجم التأثير المُجمَع بين الدراستين التي استهدفتا وصمة الفصام أو الذهان المُدرَكة، هامة من الناحية الإحصائية ($d = 0.21$, 95%CI: -0.10 إلى 0.52 , $p = 0.18$)، وقد اشتهلتا على عناصر تثقيفية، وكانت التغيرات منخفضة وغير هامة.

من حساب حجم التأثير المناسب. تجد ملخصًا لنتائج التحليل التلوية للدراسات التي قامت على الوصمة المُدرَكة في الجدول رقم 3. وبصفة عامة، لم تعمل التدخلات على تقليل الوصمة المُدرَكة بصورة كبيرة، وتجد رسمًا توضيحيًا في الصورة رقم 2، ولم يكن حجم التأثير المتوسط المُجمَع بين كل الحالات (95%CI: $d = 0.03$, $p = 0.25$) بالأمر الهام ($p = 0.77$). وبالمثل، لقد تم الحصول على نتائج باطلة للتدخلات التي تتضمن عنصر التثقيف وأيضًا للتدخلات التي تتضمن عنصر التثقيف وحده. وقد كانت التغيرات بالأمر المعتدل، إلا أنه ليس هامًا من الناحية الإحصائية. لقد وجدنا أيضًا تأثير باطل للعلاج السلوكي المعرفي، وكانت التغيرات منخفضة، ولم يكن هناك تدخلات أخرى بأكثر من دراسة واحدة. وقد كان هناك نموذج آخر من الاكتشافات متجلبًا في الدراسات التي

نطاق من الحالات الأخرى مثل الاضطرابات الثنائية القطب واضطرابات القلق والقلق الاجتماعي واضطرابات كرب ما بعد الصدمة واضطرابات تناول الطعام. من الواضح أن هناك احتياج إلى بدء المزيد من الأبحاث لتقييم فاعلية التدخلات التي تهدف إلى تقليل الوصمة لهذا الحالات.

تؤكد هذه الدراسة أن التدخلات التي تشمل عنصر تثقيفي وتلك التي تشمل عنصر التواصل مع المستهلك فعالة في تقليل الوصمة، إلا أنه لم تحقق التدخلات التي تشمل عنصر تثقيفي وحده لحالات الفصام والذهان أهمية إحصائية، وبالتالي فهناك احتياج إلى المزيد من الدراسات حول فاعلية التدخلات التثقيفية وحدها لهذه الحالات. بالإضافة إلى ذلك، بالرغم من أن التدخلات ذات عنصر التواصل مع المستهلك فعالة بصورة عامة، إلا أنه لا يوجد أدلة كافية من التحاليل التلوية تستنتج أن عنصر التواصل مع المستهلك وحده فعالاً، أو أن أمر التواصل فعال في تقليل الوصمة المرتبطة بالاكنتاب أو الفصام/الذهان، ومرة أخرى هناك احتياج واضح إلى المزيد من الأبحاث التي تدرس تأثير التواصل مع المستهلك، سواء كان هناك اختلافاً في فاعلية التواصل والتثقيف والتثقيف المرتبط بالتواصل وسواء كان للتواصل أيه تأثيراً يختلف عبر الاضطرابات النفسية.

ومن الاكتشافات الهامة للبحث هو حجم التأثير الصغير الذي تم الحصول عليه. هناك احتياج إلى المزيد من الأبحاث لتطوير تدخلات أكثر فاعلية وأيضاً لدراسة قيمة استهداف المجموعات التي أمام خطر. لقد قدم جريفيث وآخرون (٤) في دراستهم الأسترالية الوطنية التي قامت على مؤشرات الوصمة الشخصية، قدموا تقريراً يقول بأن البالغين المتقدمين في العمر والأفراد الذين ولدوا خارج أستراليا لديهم نسبة أعلى من الوصمة الشخصية، أكثر من نظرائهم. لقد قام كيربولوس وآخرون (٤١) في دراستهم الأسترالية التي قامت على التدخلات باستهداف المقيمين بأستراليا المتقدمين في العمر الذين لا يتحدثون الإنجليزية. قد يوضح هذا الأمر جزئياً لماذا أنتجت التجربة الأخيرة أعلى حجم تأثير لأي من الدراسات التي تستهدف الوصمة الشخصية، بالرغم من أن غياب المتابعة قد يكون بمثابة تفسيراً آخر. قد نقدم بعض الاعتبارات لاستهداف هؤلاء الذين هم أمام خطر أعلى لتطوير الوصمة الشخصية، والذين هم في حالات الاكنتاب واضطرابات القلق العام ويشملون الرجال وهؤلاء الذين لا يتعاملون كثيراً مع المرضى النفسيين (٤، ٥٨).

وبالرغم من أننا قد وجدنا أدلة تقول بأنه بإمكان التدخلات المتاحة لتقليل الوصمة الشخصية، إلا أنه تقترح اكتشافاتنا أن التدخلات حتى يومنا هذا قد فشلت في تقليل الوصمة المدركة، ولم تنتج أي من المقارنات التي أخذ بها تأثيرات ذات أهمية إحصائية. بالإضافة إلى ذلك، وبالمقارنة مع الوصمة الشخصية، لقد ركزت القليل من الدراسات على التدخلات بهدف تقليل الوصمة المدركة، وليس من المدهش أن نفترض أن الوصمة المدركة بمثابة تمثيلاً دقيقاً للمستويات الحقيقية من الشعور بالوصمة في المجتمع، إلا أنه وبتوظيف مقاييس موازية للوصمة الشخصية والوصمة المدركة، قام جريفيث وآخرون (٤، ٦) بتقديم تقاريراً تقترح بأنه قد يعمل العامة على زيادة تقدير مدى الوصمة في المجتمع، وهذا اكتشاف قد تم تقريره من جانب آخرين يستخدمون ذات المقاييس (٥٩، ٦٠). وحيث أنه قد تكون الوصمة المدركة حاجراً أمام طلب المساعدة من جانب المستهلكين الذين يعانون من اضطرابات نفسية (٦١)، بل وقد تمنع المرضى النفسيين من السعي وراء إحداث تغييراً في مكان العمل، هناك احتياج إلى تدخلات مُقننة تكون فعالة في تقليل هذا النوع من الوصمة.

إن قلة الدراسات ($N=3$) التي تبحث في التدخلات الخاصة بالوصمة الداخلية وغياب التدخلات الفعالة لتقليل هذا النوع من الوصمة، بمثابة مصدر للكثير من الاهتمام. وقد قامت كل واحدة من التدخلات التي تم

تجد ملخصاً عن نتائج التحاليل التلوية الخاصة بالدراسات التي قامت على الوصمة الداخلية في الجدول رقم 3. وقد أنتجت الثلاثة دراسات التي قامت بتقييم تأثير التدخلات على الوصمة الذاتية، بيانات أمكنت من عمل مقارنة بين تأثير تدخل ما والحالات المرجعية (٣٤، ٣٥، ٤٣، ٤٩)، وقد قامت تجربتان بتوظيف مقاييس ركزت على الامراض النفسية العامة وقامت تجربة ثالثة بالتركيز على الفصام، وقد تضمنت كل واحدة من الدراسات شكلاً من أشكال التدخلات النفسية (العلاج السلوكي المعرفي أو إعادة البناء الإدراكي أو العلاج بالالتزام والقبول). ولم يكن متوسط حجم التأثير المجمع بين الثلاثة دراسات بالأمر الهام من الناحية الإحصائية (0.16، 95%CI: -0.41 إلى 0.73، $p=0.57$)، وكان هناك تغييرية حقيقية وهامة في حجم التأثير.

الخاتمة

وبصفة عامة، كانت التدخلات التي تم تقييمها مرتبطة بانخفاض صغير في الوصمة الشخصية، إلا أنها بالأمر الهام. كان التأثير كبيراً عندما اجتمعت النتائج من كل الدراسات بغض النظر عن نوع الاضطراب النفسي والتدخل، كان أيضاً هاماً عندما كانت التحاليل منحصرة على الوصمة المرتبطة بالاكنتاب و«الامراض النفسية» والذهان/الفصام. كانت التدخلات التثقيفية، عندما تقف بمفردها أو عند ارتباطها بتدخلات أخرى، ترتبط بصفة مستمرة بانخفاض في الوصمة الشخصية، وذلك لأنواع مختلفة من الاضطرابات النفسية. كان الاستثناء الوحيد لهذا الأمر هو أنه قد فشلت التدخلات التثقيفية عندما كانت تقف بمفردها في تحقيق أهمية إحصائية للفصام/الذهان.

كان هناك القليل من التجارب العشوائية المرجعية لتأثير التواصل مع المستهلك، وكان هناك دليل على فاعلية التدخلات التي تتضمن اتصالاً مع المستهلك عندما تتحد كل النتائج من كل الدراسات التي تستهدف الوصمة الشخصية بغض النظر عن الاضطراب النفسي، وعندما كانت التحاليل منحصرة على الدراسات التي تشمل تواصل مع المستهلك بلا وجود ملحق، لم يحقق التأثير أهمية إحصائية. ولم يكن هناك أيضاً دليل يقول بأن التواصل مع المستهلك يرتبط بانخفاض في الوصمة في حالات الفصام/الذهان. كانت التدخلات ذات عنصر التواصل مع المستهلك مرتبطة بانخفاض في الوصمة المرتبطة «بالمريض النفسي»، إلا أنه لم يكن هناك ما يكفي من الدراسات التي قامت على تأثير عنصر التواصل مع المستهلك على وصمة «المريض النفسي».

يعمل التحليل التلوي هذا على تأكيد ما اكتشفه كوريجان وآخرون (١٤) الذي يقول بأن التدخلات الحالية الخاصة بالوصمة فعالة في أمر تقليل الوصمة الشخصية. إن هذا الاكتشاف المتكرر بالأمر الهام، في حال أننا قمنا - بما يتعارض مع دراسة كوريجان وآخرون - بتجميع أحجام تأثير مستقلة، بالإضافة إلى ذلك، تقدم هذه التحاليل ولأول مرة دليلاً كميًا يقول بأن التدخلات الخاصة بالوصمة فعالة لبعض الفئات من الاضطرابات النفسية، والتي منها الاكنتاب والذهان/الفصام.

لكن من الواضح أن أبحاث التدخلات التي قامت على الوصمة الشخصية قد أهملت أنواع أخرى من الاضطرابات النفسية، إلا أنه يوجد دراسة واحدة تم نشرها تستهدف اضطرابات القلق العامة (٣٧) وركزت دراستان على إدمان عقاقير (٢٢، ٢٧) ولم تستهدف أي من الدراسات

الجدول رقم ٣: التحاليل التلوية للدراسات التي تقارن تأثير التدخلات على الوصمة المدركة والوصمة الداخلية

N	I ²	P	Q	P	Z	(95%CI) d	N	
المأمون من الفشل								الوصمة المدركة
								كل الحالات
صفر	٤٩,٦٠	٠,٠٧٨	٩,٩٢	٠,٧٧	٠,٢٩	(٠,٢٥ إلى ٠,١٩)	٦	كل التدخلات
صفر	٤٦,٠٤	٠,١٠	٩,٢٧	٠,٧١	٠,٣٧	(٠,٢٥ إلى ٠,١٧)	٦	التدخلات التثقيفية
صفر	٥٦,٧٧	٠,٠٦	٩,٢٥	٠,٣٤	٠,٣٤	(٠,٢٩ إلى ٠,٢٠)	٥	بلا ملحوظ
-	٠,٠٠	٠,٤٩	٠,٤٧	٠,١٧	١,٣٦-	(٠,١٥ إلى ٠,٣٦)	٢	تدخلات CBT
						(٠,٠٧		
								الاكتئاب
								كل التدخلات
صفر	٦٠,٢٦	٠,٠٦	٧,٠٥	٠,٣٩	٠,٨٦	(٠,٣٧ إلى ٠,١٥)	٤	التدخلات التثقيفية
صفر	٥٥,٥٨	٠,٠٨	٦,٧٥	٠,٣٤	٠,٩٦	(٠,٣٦ إلى ٠,١٢)	٤	الامراض النفسية
-	-	-	-	-	-	-	١	كل التدخلات
								الفصام / الذهان
-	١٥,٣٥	٠,٢٨	١,١٨	٠,١٨	١,٣٥	(٠,٥٢ إلى ٠,١٠)	٢	كل التدخلات
								الوصمة الداخلية
								كل الحالات
صفر	٧٤,٠٠	٠,٠٢	٧,٦٩	٠,٥٧	٠,٥٧	(٠,٤١ إلى ٠,٧٢)	٣	كل التدخلات

CBT- العلاج السلوكي المعرفي

الاستنزاف وتوظيف تحاليل مناسبة تستهدف إلى العلاج وأيضاً تقليل تحييز الأداء.

إن المحدودية الأساسية للتحليل التلوي خاصتنا هو قلة الدراسات التي قامت على تأثير التدخلات الخاصة بالوصمة لأنواع مختلفة من الاضطرابات النفسية وأيضاً لأنواع مختلفة من التدخلات، وبصفة خاصة في حالة التواصل مع المستهلك. وقد عمل هذا الأمر على تقييد الاستنتاجات التي قد تصدر عن التأثير النسبي للتدخلات كوظيفة من وظائف الاضطراب النفسي أو نوع التدخل. بالإضافة إلى ذلك، لقد عملنا على تقييد تحاليلنا لتقوم على الدراسات التي قامت بنشر المعلومات اللازمة لحساب حجم التأثير. أخيراً، لقد كان الاستطلاع خاصتنا حبيس الدراسات التي تم نشرها باللغة الإنجليزية.

في النهاية، تقترح التحاليل التلوية خاصتنا أن التدخلات الحالية الخاصة بالوصمة فعالة فيما يخص تقليل الوصمة الشخصية، وهناك احتياج إلى المزيد من الدراسات لتحديد ما إذا كان يمكن أن تكون التدخلات الخاصة بالوصمة فعالة للوصمة المدركة أو الوصمة الداخلية وأيضاً لأنواع معينة من الاضطرابات النفسية. هناك أيضاً احتياج لمزيد من دراسة مدى فاعلية التواصل مع المستهلك في تقليل الوصمة وأيضاً فاعلية هذا الأمر فيما يتعلق بالتدخلات التثقيفية، وبصفة عامة، إن أحجام التأثير بالأمر الصغير ومن الواضح أن هناك احتياج إلى المزيد من الأبحاث لتطوير المزيد من التدخلات الفعالة لتقليل الوصمة. قد تُثبت شبكة الأنترنت أنها وسيلة فعالة من حيث التكلفة لتوصيل التدخلات الحالية. أخيراً، هناك قلة في الأبحاث التي تدرس فاعلية التدخلات التي تقوم على الوصمة في المدارس وأماكن العمل، هذا بالرغم من أنها تمثل مجالاً واضحاً لنشر برامج تقليل الوصمة حول العالم.

دراستها بتوظيف علاج إدراكي أو علاج سلوكي إدراكي (يشمل العلاج بالالتزام والقبول). هناك احتياج إلى تحديد ما إذا كانت هذه التدخلات مُصممة بصورة أفضل لتقليل الوصمة وأيضاً لاعتبار نهجاً بديلة قد تكون فعالة. إذا كانت الوصمة الذاتية تمثل اتجاه المجتمع السلبي الداخلي (٦٢)، من الممكن أن تكون التدخلات التي هي فعالة في تقليل الوصمة المدركة، فعالة أيضاً في تقليل الوصمة الذاتية.

يعمل الاكتشاف الذي أفاد بأن التدخلات الخاصة بالوصمة والتي تُقدّم عن طريق شبكة الأنترنت، فعالة كفاعلية التدخلات التي تُقدّم بواسطة طرق أخرى على زيادة احتمالية أن التوصيل بواسطة الأنترنت قد يكون بمثابة وسيلة فعالة في برامج تقليل الوصمة جملة. تُقدّم الكثير من برامج تقليل الوصمة التي تقوم على المدارس وأماكن العمل وجهاً لوجه، ولدى هذا الأمر الكثير من الآثار الحقيقية المترتبة على الموارد وأيضاً قد تختلف جودة التدريب بين المتدربين. يُمكن توصيل التدخلات التي تقوم على الأنترنت بطرق أكثر مرونة بالقليل من العمالة والموارد، وبالكثير من الولاء. وأن كانت اعتبارات التكلفة بالأمر الهام في سياق أحجام التأثير القليلة.

من الواضح أن أغلب أبحاث التدخلات العالية الجودة التي تقوم على الوصمة قد بدأت بين طلاب في المرحلة الثانوية وأن هناك القليل من الدراسات التي قامت بين أعضاء من عامة المجتمع والأطباء النفسيين وفي أماكن العمل والمدارس وبين المعلمين والمحاضرين بالجامعة وأيضاً بين المجموعات المختلفة ثقافياً ولغوياً وأيضاً بين أعضاء قوات الدفاع. بالإضافة إلى ذلك، لقد بدأت هناك القليل جداً من الأبحاث التي قامت على تدخلات الوصمة خارج الولايات المتحدة وأستراليا وفي الدول المتوسطة الأجور وتلك المنخفضة الأجور، و فقط ٢٠٪ من الدراسات قد بدأت في فترات متابعة لمدة ٦ أشهر أو أكثر. أخيراً، هناك احتياج إلى تطوير جودة الدراسات في هذا المجال، وبصفة خاصة فيما يتعلق بتخفيض تحييز

the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatr Serv* 2012;63:963-73.

15. Clement S, Lassman F, Barley E et al. Mass media interventions for reducing mental health-related stigma. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;7:CD009453.
16. Mittal D, Sullivan G, Chekuri L et al. Empirical studies of selfstigma reduction strategies: a critical review of the literature. *Psychiatr Serv* 2012;63:974-81.
17. Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF et al. Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2004;185:342-9.
18. Heilbig S, Hoyer J. A minimal intervention for waiting list patients in outpatient behavior therapy. *Verhaltenstherapie* 2007;17:109- 15.
19. Schenner M, Kohlbauer D, Gunther V. Communicate instead of stigmatizing – does social contact with a depressed person change attitudes. *Neuropsychiatrie* 2011;25:199-207.
20. Aho-Mustonen K, Tiihonen J, Repo-Tiihonen E et al. Group psychoeducation for long-term offender patients with schizophrenia: an exploratory randomised controlled trial. *Crim Behav Ment Health* 2011;21:163-76.
21. Bayar MR, Poyraz BC, Aksoy-Poyraz C et al. Reducing mental illness stigma in mental health professionals using a web-based approach. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2009;46:226-30.
22. Bennett JB, Lehman WE. Workplace substance abuse prevention and help seeking: comparing team-oriented and informational training. *J Occup Health Psychol* 2001;6:243-54.
23. Irvine AB, Billow MB, Eberhage MG et al. Mental illness training for licensed staff in long-term care. *Issues Ment Health Nurs* 2012;33:181-94.
24. Brown SA, Evans Y, Espenschade K et al. An examination of two brief stigma reduction strategies: filmed personal contact and hallucination simulations. *Community Ment Health J* 2010;46:494- 9.
25. Campbell M, Shryane N, Byrne R et al. A mental health promotion approach to reducing discrimination about psychosis in teenagers. *Psychosis: Psychol Soc Integr Approaches* 2010;3:41-51.
26. Castro CA, Adler AB, McGurk D et al. Mental health training with soldiers four months after returning from Iraq: randomization by platoon. *J Trauma Stress* 2012;25:376-83.
27. Corrigan PW, River LP, Lundin RK et al. Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophr Bull* 2001;27:187-95.
28. Corrigan PW, Rowan D, Green A et al. Challenging two mental illness stigmas: personal responsibility and

يتقدم الكتاب بجزيل الشكر إلى نورتون وريردون وجونز لإسهاماتهم في تفسير المقالات التابعة لهذه الدراسة. وقد تم تدعيم جريفيث من جانب زمالة مجلس الصحة الوطنية والأبحاث الطبية الأسترالي، تحت رقم ١٠٥٩٦٢٠.

المراجع:

1. Barney LJ, Griffiths KM, Jorm AF et al. Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40:51-4.
2. Corrigan PW, Edwards AB, Green A et al. Prejudice, social distance, and familiarity with mental illness. *Schizophr Bull* 2001; 27:219-25.
3. Link BG, Struening EL, Rahav M et al. On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *J Health Soc Behav* 1997;38:177-90.
4. Gerlinger G., Hauser M, De Hert M et al. Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry* 2013;12:155-64.
5. Griffiths KM, Christensen H, Jorm AF. Predictors of depression stigma. *BMC Psychiatry* 2008;8:25.
6. Griffiths KM, Batterham PJ, Barney L et al. The Generalised Anxiety Stigma Scale (GASS): psychometric properties in a community sample. *BMC Psychiatry* 2011;11:184.
7. Mond JM, Robertson-Smith G, Vetere A. Stigma and eating disorders: is there evidence of negative attitudes towards anorexia nervosa among women in the community? *J Ment Health* 2006;15: 519-32.
8. Griffiths KM, Nakane Y, Christensen H et al. Stigma in response to mental disorders: a comparison of Australia and Japan. *BMC Psychiatry* 2006;6:21.
9. Commonwealth of Australia. Fourth National Mental Health Plan: an agenda for collaborative government action in mental health 2009 - 2014. Canberra: Commonwealth of Australia, 2009.
10. Minister of Health. Te Tahuhu – improving mental health 2005- 2015. The second New Zealand Mental Health and Addiction Plan. Wellington: Ministry of Health, 2005.
11. The Scottish Government. Mental Health Strategy for Scotland: 2012-2015. Edinburgh: Scottish Government, 2012.
12. World Health Organization. Mental Health Action Plan: 2013- 2020. Geneva: World Health Organization, 2013.
13. Sartorius N, Schulze H. Reducing the stigma of mental illness: a report from a Global Programme of the World Psychiatric Association. Cambridge: Cambridge University Press, 2005.
14. Corrigan PW, Morris SB, Michaels PJ et al. Challenging

- a workplace setting: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2004;4:e23.
43. Luoma JB, Kohlenberg BS, Hayes SC et al. Slow and steady wins the race: a randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy targeting shame in substance use disorders. *J Consult Clin Psychol* 2012;80:43-53.
 44. Proudfoot J, Parker G, Manicavasagar V et al. Effects of adjunctive peer support on perceptions of illness control and understanding in an online psychoeducation program for bipolar disorder: a randomised controlled trial. *J Affect Disord* 2012;142:98-105.
 45. Saporito JM. Reducing stigma toward seeking mental health treatment. Charlottesville: University of Virginia, 2009.
 46. Seal KH, Abadjian L, McCamish N et al. A randomized controlled trial of telephone motivational interviewing to enhance mental health treatment engagement in Iraq and Afghanistan veterans. *Gen Hosp Psychiatry* 2012;34:450-9.
 47. Sharp WG. Help-seeking and mental health education: an evaluation of a classroom-based strategy to modify help-seeking for mental health problems. Mississippi: University of Mississippi, 2007.
 48. Wood AL, Wahl OF. Evaluating the effectiveness of a consumerprovided mental health recovery education presentation. *Psychiatr Rehabil J* 2006;30:46-53.
 49. Yanos PT, Roe D, West ML et al. Group-based treatment for internalized stigma among persons with severe mental illness: findings from a randomized controlled trial. *Psychol Serv* 2012;9: 248-58.
 50. Dias-Vieira C. An analogue study of stigma, help-seeking attitudes, and symptom severity in postpartum depression. Kingston: University of Rhode Island, 2005.
 51. Jorm AF, Kitchener BA, O'Kearney R et al. Mental health first aid training of the public in a rural area: a cluster randomized trial. *BMC Psychiatry* 2004;4:33.
 52. Penn DL, Chamberlin C, Mueser KT. The effects of a documentary film about schizophrenia on psychiatric stigma. *Schizophr Bull* 2003;29:383-91.
 53. Higgins J, Green S (eds). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* 4.2.6. Chichester: Wiley, 2006.
 54. Borenstein M, Hedges L, Higgins J et al. *Comprehensive metaanalysis* version 2. Englewood: Biostat, 2005.
 55. Higgins J, Green S. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* 5.1.0. www.cochrane-handbook.org.
 56. Valentine JC, Pigott TD, Rothstein HR. How many studies do you need? A primer on statistical power for meta-analysis. *J Educ Behav Stat* 2010;35:215-47.
 57. Duval S, Tweedie R. Trim and fill: a simple funnel-plot-dangerousness. *Schizophr Bull* 2002;28:293-309.
 29. Corrigan PW, Watson AC, Warpinski AC et al. Implications of educating the public on mental illness, violence, and stigma. *Psychiatr Serv* 2004;55:577-80.
 30. Demyan AL, Anderson T. Effects of a brief media intervention on expectations, attitudes, and intentions of mental health help seeking. *J Couns Psychol* 2012;59:222-9.
 31. Donohue B, Dickens Y, Lancer K et al. Improving athletes' perspectives of sport psychology consultation: a controlled evaluation of two interview methods. *Behav Modif* 2004;28:182-93.
 32. Farrer L, Christensen H, Griffiths KM et al. Web-based cognitive behavior therapy for depression with and without telephone tracking in a national helpline: secondary outcomes from a randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 2012;14:e68.
 33. Finkelstein J, Lapshin O, Wasserman E. Randomized study of different anti-stigma media. *Patient Educ Couns* 2008;71:204-14.
 34. Fung KM, Tsang HW, Cheung W. Randomized controlled trial of the self-stigma reduction program among individuals with schizophrenia. *Psychiatry Res* 2011;189:208-14.
 35. Fung MT. Stages of change, self-stigma, and treatment compliance among Chinese adults with severe mental illness. Hong Kong: The Hong Kong Polytechnic University, 2010.
 36. Greenberg N, Langston V, Everitt B et al. A cluster randomized controlled trial to determine the efficacy of Trauma Risk Management (TRiM) in a military population. *J Trauma Stress* 2010;23: 430-6.
 37. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H et al. Internet-based interventions to promote mental health help-seeking in elite athletes: an exploratory randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 2012;14:e69.
 38. Jorm AF, Kitchener BA, Fischer JA et al. Mental health first aid training by e-learning: a randomized controlled trial. *Aust N Z J Psychiatry* 2010;44:1072-81.
 39. Jorm AF, Kitchener BA, Sawyer MG et al. Mental health first aid training for high school teachers: a cluster randomized trial. *BMC Psychiatry* 2010;10:e51.
 40. Kaplan SA, Vogel DL, Gentile DA et al. Increasing positive perceptions of counseling: the importance of repeated exposures. *Counsel Psychol* 2012;40:409-42.
 41. Kiropoulos LA, Griffiths KM, Blashki G. Effects of a multilingual information website intervention on the levels of depression literacy and depression-related stigma in Greek-born and Italianborn immigrants living in Australia: a randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 2011;13:e34.
 42. Kitchener BA, Jorm AF. Mental health first aid training in

European countries baseline survey prior to the OSPI-Europe intervention. *J Affect Disord* 2013;150:320-9.

61. Barney LJ, Griffiths KM, Christensen H et al. Exploring the nature of stigmatising beliefs about depression and help-seeking: implications for reducing stigma. *BMC Public Health* 2009;9:61.
62. Corrigan PW, Rao D. On the self-stigma of mental illness: stages, disclosure, and strategies for change. *Can J Psychiatry* 2012;57: 464-9.

DOI 10.1002/wps.20129

based method of testing and adjusting for publication bias in meta-analysis. *Biometrics* 2000;56:455-63.

58. Batterham PJ, Griffiths KM, Barney LJ et al. Predictors of generalized anxiety disorder stigma. *Psychiatry Res* 2013;206:282-6.
59. Calear AL, Griffiths KM, Christensen H. Personal and perceived depression stigma in Australian adolescents: magnitude and predictors. *J Affect Disord* 2011;129:104-8.
60. Coppens E, Van Audenhove C, Scheerder G et al. Public attitudes toward depression and help-seeking in four

منبئات لمرض السكري ٢- في عينة قومية ممثلة من البالغين المصابين بالدهان

DEBRA L. FOLEY¹, ANDREW MACKINNON¹, VERA A. MORGAN², GERALD F. WATTS³, JOHN J. McGRATH⁴, DAVID J. CASTLE⁵, ANNA WATERREUS², CHERRIE A. GALLETLY⁶

¹Orygen Youth Health Research Centre and Centre for Youth Mental Health, University of Melbourne, 35 Poplar Road, Parkville, VIC 3052, Australia; ²School of Psychiatry and Clinical Neurosciences, University of Western Australia, Crawley, WA, Australia; ³Lipid Disorders Clinic, Metabolic Research Centre and Department of Internal Medicine, Royal Perth Hospital and School of Medicine and Pharmacology, University of Western Australia, Crawley, WA, Australia; ⁴Queensland Brain Institute, University of Queensland and Queensland Centre for Mental Health Research, Park Centre for Mental Health, St. Lucia, QLD, Australia; ⁵St Vincent's Hospital, Melbourne and Department of Psychiatry, University of Melbourne, VIC, Australia; ⁶Discipline of Psychiatry, School of Medicine, University of Adelaide and Ramsay Health Care, Mental Health Services and Northern Adelaide Local Health Network, Adelaide, SA, Australia

ترتبط العقاقير المضادة للدهان، مثل الكلوزابين والأولانزابين، بزيادة في خطر الإصابة بداء السكري من النوع الثاني، إلا أننا لا نعرف إلا القليل عن العلاقة بين عوامل الخطر والنوع الثاني من داء السكري لدى العامة وأيضاً النوع الثاني من السكري لدى مرضى الدهان. وقد قمنا بتقدير نسبة أنتشار عوامل الخطر الثابتة وارتباطها بالنوع الثاني من السكري في عينة تمثيلية وطنية من الأفراد الذين يعانون من الدهان التابع لـ ICD-10 (N= 1642) والذين قد قدموا عينة دم صائم (N= 1155). وقد تم استخدام التراجع اللوجستي لتلخيص الارتباطات المناسبة بحسب الفئة العمرية والنوع. وفي هذه العينة ذات متوسط عمر الدهان ١٤,٧ عاماً، قد ظهر لدى ١٢,١٪ (١٣,١٪ من النساء و ١١,٥٪ من الرجال) النوع الثاني من داء السكري عند عمر ١٨-٦٤ عاماً، هذا بحسب تحليل مستوى الجلوكوز في الدم الصائم أو بحسب العلاج بعقاقير تعمل على خفض نسبة السكر في الدم. لقد كانت نسبة الخطر مرتفعة لدى البالغين، هذا بالمقارنة مع العامة، وقد وصل الخطر ذروته لدى هؤلاء في منتصف العمر. كانت عوامل الخطر أيضاً بالأمر الشائع لدى مرضى الدهان وكانت ترتبط بقوة بقاء السكري من النوع الثاني. يرتبط التدواي باستخدام الجلوزابين بزيادة في نسبة الخطر، بينما يرتبط التدواي بالأولانزابين بأنخفاض في نسبة خطر الإصابة بالنوع الثاني من داء السكري. وبالتالي فقد يؤثر تطوّر السكري أو ظهور مقدماته على احتمالية التدواي بالأولانزابين مع مرور الوقت. إن المؤشر الأقوى للنوع الثاني من السكري لدى نموذج متعدد المتغيرات هو مؤشر كتلة الجسم الذي يبلغ على الأقل ٤٠ والتدواي ضد فرط كوليستيرول الدم، يليه مؤشر كتلة الجسم الذي يتراوح فيما بين ٣٥ و ٣٩,٩ وتاريخ مرضي به داء السكري والتدواي ضد ارتفاع ضغط الدم. كان هناك أيضاً حد أدنى لا يربك من الارتباط بين النوع الثاني من السكري والتدواي بالكلوزابين أو الأولانزابين، إلا أنه لم يعد هذا الارتباط بأي من وسيلتي العلاج بالأمر الهام بعد التعديل بحسب المؤشرات الأخرى. تميل العلاقات المطولة بين المؤشرات لأن تكون معقدة، وقد يتمكن أمر التدواي بعقاقير مضادة للدهان من أن يقدم توضيحاً جزئياً للخطر المرتبط بسمنة شديدة وخلل في شحميات الدم وارتفاع ضغط الدم وأيضاً يؤكد أمر فقدان الوزن لدى مرضى الدهان، إلا أنه لا بد من توسيع استراتيجيات الوقاية للنوع الثاني من داء السكري، حتى تشمل هؤلاء الذين يظهر عليهم خلل في شحميات الدم وارتفاع ضغط الدم ولديهم تاريخ مرضي به داء السكري.

الكلمات المفتاحية: النوع الثاني من داء السكري، الدهان، عوامل الخطر، الكلوزابين، الأولانزابين، مؤشر كتلة الجسم، فرط كوليستيرول الدم، ارتفاع ضغط الدم

(عالم الطب النفسي ٢٠١٤:١٣:١٧٦-١٨٣)

الخطر المعروفة وبالتالي قد يكون هذا مصدرًا هامًا للتوترات الغير مقاسة (١٦,١٧)، مثلاً لقد تمكنت الدراسة الدنماركية السالف ذكرها (٤) من فحص الفئة العمرية والنوع وعقاقير ضغط الدم وعقاقير الكوليستيرول. لكن لم يتم بعد دراسة أهمية عوامل الخطر للإصابة بالنوع الثاني من السكري المثبتة لدى العامة في مجموعة تمثيلية من البالغين الذين يعانون من الدهان، وبالتالي فنحن لا نعرف أي من العوامل لا بد من اختبارها كعنصر مرضي مُحتمل يقف وراء الارتباط الملحوظ بين النوع الثاني من السكري والتدواي بالعقاقير المضادة للدهان. إن أهداف هذه الدراسة هي ١- تقدير مدى أنتشار عوامل الخطر للإصابة بالنوع الثاني من السكري المثبتة لدى العامة في عينة وطنية مكونة من البالغين يعانون من الدهان، و٢- تقدير ارتباط هذه العوامل بالنوع الثاني من السكري في العينة المذكورة سلفاً، و٣- اختبار ما إذا كانت هذه تقف وراء الارتباط المستقطع الملحوظ بين النوع الثاني من السكري والتدواي بالكلوزابين أو الأولانزابين.

الوسائل

إن الاستطلاع الأسترالي الوطني الذي قام على الدهان هو دراسة مستقطعة تقوم على العامة مع وجود قطاع من العامة المستهدفين الذين

كان يُلاحظ أمر تزامن داء السكري والفصام لما يزيد عن عقد من الزمان (١,٢). وقد قام تحليل تلوي لهذه الحالة المرضية - باستخدام بيانات التسجيل الخاصة بالعامة في الدنمارك التي تم تجميعها مسبقاً - بتقديم دليل قوي يقول بأنه يوجد نسبة خطر عالية للإصابة بالنوع الثاني من السكري لمرضى الفصام، وذلك قبل تعاطي العقاقير المضادة للدهان (٣) وأيضاً بعد تعاطيها، وهذه بصفة خاصة (٤). ومن بين هؤلاء الأفراد الذين يأخذون الجيل الثاني من العقاقير المضادة للدهان التي تُوصف بصورة كبيرة من جانب الأطباء، إن خطر ظهور النوع الثاني من السكري أثناء الستة سنوات الأولى كبيراً لمستخدمي الكلوزابين والأولانزابين؛ فيستخدم الأول في العديد من دول العالم للحالات المقاومة للعلاج في الفصام (٥)، بينما أن الآخر هو واحد من أكثر العقاقير المضادة للدهان التي يصفها الأطباء (٦).

إن النوع الثاني من داء السكري لدى العامة من الناس بمثابة داء معقد ومتعدد العوامل (١٤)، وتشمل عوامل الخطر الثابتة: التقدم في العمر والسمنة ونمط الحياة الذي يتسم بقله الحركة والحمية وتاريخ مرضي وارتفاع ضغط الدم وارتفاع نسبة كوليستيرول الدم والإصابة بداء السكر أثناء فترة الحمل (١٥). لقد طُرح في الماضي الكثير من الاستفسارات حول الارتباط الملحوظ بين التدواي بالعقاقير المضادة للدهان وخطر الإصابة بالنوع الثاني من داء السكري، وذلك لأنه لم يكن هناك دراسة لعوامل

هم مرضى الزهان وأيضاً على مكان الإقامة والفئة العمرية التي تتراوح بين ١٨ و ٦٤ عاماً والتواصل مع خدمات الصحة النفسية العامة أو المنظمات الغير حكومية المتعلقة بالأمر (١٨). لقد تمت هذه الدراسة عام ٢٠١٠ في سبعة مواضع من الولايات الأسترالية الخمسة الأساسية، وقد تم الموافقة على بروتوكول الدراسة من جانب لجان المؤسسات الأخلاقية المتعلقة بالأمر وقد قدّم كل المشاركين موافقة رسمية مكتوبة.

إن البيانات المُقدمة هنا تتبع مشاركين تم تشخيصهم بذهان غير عضوي (1642=N) وقدموا عينة دم صائم (1155=N)، وقد تضمنت هذه المجموعة الفرعية أفراداً يعانون من الفصام (٥١,٢٪، ٥٩١/١١٥٥) وآخرين يعانون من الاضطراب الثنائي القطب مع مظاهر ذهانية (١٩,٥٪، ٢٢٥/١١٥٥)، وغيرهم ممن يعانون من اضطرابات فصامية عاطفية (١٨,٢٪، ٢٠١٠/١١٥٥) وأيضاً البعض ممن يعانون من الذهان الاكتنابي (٥,٥٪، ٦٣/١١٥٥) ومرضى الاضطرابات الضلالالية أو غيرها من حالات الذهان الغير عضوي (٥,٧٪، ٦٦/١١٥٥).

وقد قمنا باستخدام المقابلات التشخيصية لحالات الذهان (١٩) لتشخيص الذهان الذي يلي الـ ICD-10، وكان يُقدر متوسط عمر المرض بتقارير ذاتية. أما النوع الثاني من السكري فكان يُشخص بحسب جمعية داء السكري الأمريكية (٢٠) وذلك على أسس نسبة الجلوكوز في الدم الصائم التي تصل إلى ٧,٠ مليمول لكل لتر أو على أساس التدوي باستخدام العقاقير لعلاج فرط جلوكوز الدم. لم تتضمن تشخيصاتنا للنوع الثاني من داء السكري اختبار تحمل الجلوكوز عن طريق الفم، وهو بالأمر الذي يصعب الحصول عليه لدى مرضى الزهان.

كانت تُعرّف السمنة الوسطية بمحيط خصر يصل إلى ٩٤ سم على الأقل لدى الرجال أو ٨٠ لدى السيدات، وكانت تُقسّم السمنة بين الفئة ١ (مؤشر كتلة الجسم يبلغ ٣٠ على الأقل وأقل من ٣٥) والفئة ٢ (مؤشر كتلة الجسم تبلغ ٣٥ على الأقل وأقل من ٤٠) والفئة ٣ (مؤشر كتلة الجسم تبلغ ٤٠ على الأقل)، وكانت تُقدّر الكفاية الغذائية بعدد حصص الفاكهة والخضروات التي قد أستهلكها الفرد في اليوم الواحد على مدار الأسبوع السابق (كان يُعتبر هؤلاء الذين يستهلكوا على الأقل حصتين من الفاكهة وخمسة حصص من الخضروات بأنهم يحصلون على مأخوذ كافي من الطعام)، وكان يُقيّم مستوى النشاط الجسدي ومدى تكراره أثناء الأسبوع السابق باستخدام أستطلاع النشاط الجسدي العالمي (٢١) ويُعرّف بكونه أستطلاع المتغيرات ذات الأربعة فئات (١- ممارسة أي مستوى من مستويات الأنشطة القوية على الأقل مرة واحدة لمدة عشرة دقائق مستمرة، ٢- ممارسة أي مستوى من الأنشطة المعتدلة مرة واحدة لمدة عشرة دقائق مستمرة على الأقل، ٣- ممارسة رياضة السير مرة واحدة على الأقل لمدة ١٠ دقائق مستمرة على الأقل، ٤- غياب أي نوع من الأنشطة، أي ليس هناك ١ أو ٢ أو ٣). أخيراً كان يُقيّم تاريخ السكري لدى الأقارب من الدرجة الأولى باستخدام التقارير الذاتية).

كان يُسجّل استخدام العلاج الذي تم وصفه حديثاً على مدار الأربعة أسابيع السابقة بحسب تقارير المشاركين، مع فحص عبوات العقاقير للمرضى المحتجزين بالمستشفى في وقت المقابلة. وكان يُشفر العلاج بأربعة فئات (١- الكلوزابين وليس الأولانزابين، ٢- الأولانزابين وليس الكلوزابين، ٣- الكلوزابين والأولانزابين معاً، ٤- أي علاج آخر، أي أيه

عقاقير أخرى مضادة للذهان أو عدم أخذ أي عقاقير مضادة للذهان). كانت تُحسب فترات الثقة الـ ٩٥٪ لمعدلات أنتشار النوع الثاني من داء السكري المُقدرة باستخدام الـ STATA، النسخة ١٢,٠١ (٢٢)، وكانت تُحسب كل تحاليل البيانات الأخرى باستخدام الـ SPSS، النسخة ٢١ (٢٣). أيضاً كان يُستخدم الأنداد اللوجيستي لتقدير الارتباط بالنوع الثاني من السكري. كانت تتناسب النسب الأرجحية أحادية المتغير والمتعددة المتغيرات بحسب الفئة العمرية (وذلك لأن نسبة خطر الإصابة بالنوع الثاني من السكري تزداد مع تقدم العمر بين العامة، وكانت المجموعة خاصتنا تتراوح في الفئة العمرية من ١٨ إلى ٦٤ سنة) والنوع (وذلك لأن الرجال أمام نسبة أعلى لخطر الإصابة بالسكري بين العامة من الناس، وهناك في المجموعة خاصتنا معدلات غير متساوية بين الجنسين). لقد تم تقييم الأختلافات الجنسية فيما يخص نسب أنتشار عوامل الخطر، وذلك باستخدام أختبار خي مربع التابع لبيرسون، أيضاً تم تقييم الأختلافات الجنسية فيما يخص ارتباط عوامل الخطر بالنوع الثاني من السكري، وذلك باستخدام اختبار والد. لقد تم أيضاً تقييم الانحياز المرتبط بعينة الدم الصائم، وذلك بعمل مقارنة بين الأفراد الذين قدموا عينة دم مع هؤلاء الذين رفضوا استخدام أختبار خي مربع ثنائي الذيل التابع لبيرسون.

الجدول رقم ١: نسب أنتشار النوع الثاني من داء السكري بحسب الفئة العمرية والنوع في عينة وطنية مكونة من البالغين يعانون من الزهان

الفئة العمرية	المجموع (N=1155) % (95%CI)	سيدات (N=444) % (95%CI)	رجال (N=711) % (95%CI)
٢٤-١٨	٥,٨ (٢,٨-١١,٥)	٥,٣ (١,٥-١٧,٣)	٦,٠ (٢,٦-١٣,٣)
٣٤-٢٥	٧,١ (٤,٩-١٠,٢)	٩,٠ (٥,١-١٥,٤)	٦,١ (٣,٧-٩,٨)
٤٤-٣٥	١١,٧ (٨,٦-١٥,٧)	١٣,٣ (٨,٦-٢٠,١)	١٠,٤ (٦,٨-١٥,٧)
٥٤-٤٥	٢١,٣ (١٦,٦-٢٦,٩)	١٩,٢ (١٢,٦-٢٨,٠)	٢٢,٨ (١٦,٧-٣٠,٢)
٦٤-٥٥	١٧,١ (١١,١-٢٥,٥)	١٦,٠ (٨,٣-٢٨,٥)	١٨,٢ (١٠,٢-٣٠,٣)
٦٤-١٨	١٢,١ (١٠,٤-١٤,١)	١٣,١ (١٠,٢-١٦,٥)	١١,٥ (٩,٤-١٤,١)

النتائج

لقد كان من بين العينة الفرعية من المشاركين ذي تشخيص بالذهان يتبع الـ ICD-10 الذين قد قدموا عينة دم صائم (1642/1155=N) ٦١,٦٪ (٧١١/١١٥٥) من الذكور و ٣٨,٤٪ (٤٤٤/١١٥٥) من الإناث. وكان متوسط الفئة العمرية ٣٨,٤+١١,٥ عاماً (المدى = ١٨-٦٤ عاماً) ومتوسط عمر مرضى الزهان ١٤,٧+١٠,٢ عاماً (المدى = ٠-٥٠ عاماً). لقد توافق ١٤٠ مريضاً (١٢,٠٪) مع المعايير التابعة لجمعية داء السكري الأمريكية الخاصة بالنوع الثاني من داء السكري بحسب اختبار الجلوكوز في الدم الصائم أو بحسب العلاج بالعقاقير التي تعمل على خفض نسبة السكر في الدم (الجدول رقم ١). لم تكن معدلات أنتشار النوع الثاني من داء السكر عالية بشكل كبير بين السيدات (١٣,١٪، ٥٨/٤٤٤) بالمقارنة مع الرجال (١١,٥٪، ٧١١/٨٢) (٠,٦٧ = X^2 ، ٠,٤٥ = p). وكانت نسبة أنتشار ٥,٨٪ و ٧,١٪ على التوالي بين الأفراد الذين يتراوح عمرهم بين ٢٤-١٨ و ٢٥-٣٤ عاماً، بينما بلغت النسبة ٠,٣٪ لدى الأفراد الذين يتراوح عمرهم بين ٢٥ و ٣٤ وذلك في آخر أستطلاع أسترالي قام على

جدول رقم ٢: الروابط أحادية المتغير بين عوامل خطر الإصابة بالنوع الثاني من داء السكري المثبتة لدى العامة والنوع الثاني من السكري لدى البالغين من مرضى الذهان

رجال (711=N)				سيدات (444=N)				مجموع العينة (1155=N)				طريقة التقييم	عامل الخطر
P	CI٪٩٥	OR	٪	P	CI٪٩٥	OR	٪	P	CI٪٩٥	OR	٪		
٠.٨٤	٢.٣٩-٠.٣٤	٠.٩٠	٣٤.٠	٠.١٢	١٦.١٤-٠.٧٠	٠.٣.٣٦	٢٤.١	٠.٤٣	٣.٠٩-٠.٦١	١.٢٨	٣٠.٢	زيادة الوزن	السمنة
٠.٠٣	٦.٥٢-١.٠٨	٢.٦٦	٢٤.٠	٠.١٥	١٥.٣٩-٠.٦٤	٣.١٥	٢٢.٥	٠.٠١	٥.٩٩-١.٢٧	٢.٧٦	٢٣.٤	السمنة من الفئة ١	
٠.٠٠٠١	١٦.٠٣-٢.٤٨	٦.٣٠	١١.١	٠.٠٠٣	٤٧.٧٢-٢.٣٩	١٠.٤٠	١٦.٠	٠.٠٠٠١	١٥.٨٦-٣.٣٤	٧.٢٨	١٣.٠	السمنة من الفئة ٢	
٠.٠٠٠١	٢٤.٤٤-٣.٥٦	٩.٣٤	٨.١	٠.٠٠١	٦١.٨٤-٣.٠٦	١٣.٧٧	١٧.٦	٠.٠٠٠١	٢٣.١٨-٤.٦٤	١٠.١٥	١١.٧	السمنة من الفئة ٣	نمط الحياة
			٢١.٣				١٨.٥				٢٠.٢	المرجع: وزن طبيعي	
٠.٠٣	٤.٩٨-١.٠٨	٢.٣٢	٧٧.٧	x	x	x	٩٣.٧	٠.٠٠٦	٦.٠٤-١.٣٥	٢.٨٦	٨٣.٨	المرجع: محيط الخصر الطبيعي	
٠.٠٤	٠.٩٥-٠.١٢	٠.٣٤	٢٤.٢	٠.٢٠	١.٤٧-٠.١٦	٠.٤٩	١٧.٨	٠.٠١٥	٨٣.٠-٠.١٨	٠.٣٩	٢١.٧	أي نشاط قوي على مدار الأسبوع السابق (١٠+ دقيقة)	نمط الحياة
٠.٥٥	١.٧٩-٠.٣٣	٠.٧٧	٢٠.٧	٠.٥٩	١.٥٨-٠.٢٢	٠.٥٩	٢٠.٥	٠.٢٧	١.٣٢-٠.٣٧	٠.٧٠	٢٠.٦	أي نشاط معتدل على مدار الأسبوع السابق (١٠+ دقيقة)	
٠.٧٥	٢.٣١-٠.٥٤	١.١٢	٤٤.٧	٠.٩٣	٢.٠٤-٠.٤٢	٠.٩٣	٤٨.٦	٠.٨٩	١.٧٦-٠.٦١	١.٠٣	٤٦.٢	رياضة السير على مدار الأسبوع السابق (١٠+ دقيقة)	
			١٠.٤				١٣.١				١١.٤	مرجع: لا شيء مما سبق	التغذية
٠.٤٨	٣.٩٥-٠.٥١	١.٤٣	٤.٤	٠.٧٠	٣.٠١-٠.٤٧	١.١٩	٩.٠	٠.٤٥	٢.٥٧-٠.٦٥	١.٢٩	٦.٢	حصتين أو أكثر من الفاكهة وما يزيد عن خمسة حصص من الخضروات يوميًا	
			٩٥.٦				٩١.٠				٨.٩٣	المرجع: أقل مما سبق	
٠.٠٠٤	٣.٣٠-١.٢٦	٢.٠٤	٣٠.٥	٠.٠٠٠١	٩.٢٣-٢.٣٦	٤.٦٧	٤٨.١	٠.٠٠٠١	٤.٠٣-١.٨٨	٢.٧٦	٢٧.٣	تقرير ذاتي عن الأقارب من الدرجة الأولى	تاريخ الأسرة
			٦٩.٥				٥١.٩				٦٢.٧	المرجع: غياب تقارير عن تاريخ الأسرة	
٠.٠٠٠١	٥.٧٦-١.٧٥	٣.١٨	١٠.٥	٠.٠٠٠١	٧.٠٠-١.٦٥	٣.٤٠	١١.٧	٠.٠٠٠١	٥.١١-٢.٠٤	٣.٢٣	١١.٠	التداوي بعقاقير مضادة لارتفاع ضغط الدم	
			٨٩.٥				٨٨.٣				٨٩.٠	المرجع: غياب عقاقير لعلاج ارتفاع ضغط الدم	ارتفاع ضغط الدم
٠.٠٠٠١	٨.٤٠-٢.٨١	٤.٨٦	١٢.١	٠.٠٠٠١	١٥.١٥-٤.٠٦	٧.٨٥	١٣.٣	٠.٠٠٠١	٨.٩٢-٣.٨٧	٥.٨٨	١٢.٦	التداوي بعقاقير لتنظيم الدهون	
			٨٧.٩				٨٦.٧				٨٧.٤	المرجع: غياب عقاقير لتنظيم الدهون	
٠.١٤	٢.٦٥-٠.٨٦	١.٥٩	٢٠.٤	٠.١٤	٣.٥٢-٠.٨٣	١.٧١	١٣.٣	٠.٠٤٨	٢.٤٣-١.٠	١.٥٦	١٧.٧	الكولزابين وليس الأولانزابين	الذهان
٠.٠٤٩	٠.٩٩-٠.٢٣	٠.٤٨	٢٠.٨	٠.٥٥	١.٤٧-٠.٢١	٠.٥٥	١٥.٣	٠.٠٢	٠.٩١-٠.٢٨	٠.٥١	١٨.١	الأولانزابين وليس الكولزابين	
٠.٠٤١	-١.١٠ ١٤٦.١٣	١٢.٧٠	٠.٤	xx	xx	xx	٠.٩	٠.١٨	١٦.٤٥-٠.٥٨	٣.٠٩	٠.٦	الكولزابين + الأولانزابين ٠,٦	
			٥٨.٨				٧١.٤				٦٣.٦	المرجع: غياب الكولزابين والأولانزابين	النوع الذكري
-	-	-	-	-	-	-	-	٠.٩٠	١.٤٢-٠.٦٧	٠.٩٧	٦١.٦	المرجع: أنثى	

لم يتم تعديل نسبة الأرجحية للنوع الذكري في العينة الكلية بحسب الفئة العمرية، وتم تعديل كل نسب الأرجحية الأخرى في العينة الكلية بحسب الفئة العمرية والنوع، وأن النسب الأرجحية لدى الإناث والذكور معدلة بحسب الفئة العمرية
 ×لم تتمكن من تقدير نسبة الأرجحية لأن ١٠٠٪ من السيدات اللاتي يعانين من الذهان والنوع الثاني من السكري كن أمام خطر زيادة محيط الخصر، ×لم تتمكن من حساب نسبة الأرجحية لأنه لم تتعاطى أي من السيدات اللاتي يعانين من النوع الثاني من داء السكري الكولزابين والأولانزابين

العامة (٢٤). وقد زادت النسبة مع الفئة العمرية، وبلغت الذروة (٢١,٣٪) بين الأفراد الذين يتراوح عمرهم بين ٤٥ و٥٤ عامًا (الجدول رقم ١). وفي التحاليل الأحادية المتغير، وبعد التعديل بحسب الفئة العمرية، زاد خطر الإصابة بالنوع الثاني من السكري بالأرتباط بالفئة الرابعة من السمنة والسمنة الوسطية وأخذ عقاقير لمعالجة فرط كوليسترول الدم وأيضًا عقاقير لعلاج ارتفاع ضغط الدم ووجود تاريخ عائلي به داء السكري وكذلك أيضًا أخذ عقاقير الكولزابين (الجدول رقم ٢). بينما أنخفضت نسبة الخطر بصورة كبيرة بالأرتباط بتأدية نشاط قوي لمدة عشرة دقائق على الأقل في الأسبوع وأيضًا بالتداوي بعقاقير الأولانزابين (الجدول رقم ٢).
 أما في التحاليل المتعددة المتغيرات، وبعد التعديل بحسب الفئة العمرية والنوع وكل المؤشرات الأخرى، زادت نسبة خطر الإصابة بالنوع الثاني من داء السكري بالأرتباط مع الفئة الخامسة من السمنة ومداواه فرط كوليسترول الدم ومداواه ارتفاع ضغط الدم ووجود تاريخ مرضي به داء السكري (الجدول رقم ٣). وبعد التعديل بحسب التأثيرات الإضافية لمؤشرات أخرى، ضعف الأرتباط بمداواه ارتفاع ضغط الدم والسمنة

الجدول رقم ٣: الارتباطات المتعددة المتغيرات بين عوامل خطر الإصابة بالنوع الثاني من السكري المثبتة لدى العامة والنوع الثاني من السكري لدى البالغين من مرضى الزهان والمعدلة بحسب الفئة العمرية والنوع

عامل الخطر	طريقة التقييم	مجموع العينة (N=1155)			سيدات (N=444)			رجال (N=711)		
		P	CI%٩٥	OR	P	CI%٩٥	OR	P	CI%٩٥	OR
السمنة	زيادة الوزن	٠,٨٠	٢,٩٠-٠,٤٣	١,١٢	٠,٢٧	١٣,١٠-٠,٤٨	٢,٥١	٠,٢٧	٢,٥٣-٠,٢٢	٠,٧٥
	السمنة من الفئة ١	٠,٢٦	٤,٦٦-٠,٦٥	١,٧٥	٠,٥٧	٨,٨٦-٠,٢٩	٠,٦٢	٠,٣٦	٦,٤٧-٠,٥٠	١,٨٠
	السمنة من الفئة ٢	٠,٠٠٩	١٠,١٠-١,٣٩	٣,٧٤	٠,٠٥٤	٢٥,٣٤-٠,٩٧	٤,٩٦	٠,٠٦٩	١٢,٧٢-٠,٩١	٣,٤٠
	السمنة من الفئة ٣	٠,٠٠١	١٤,٦٢-٢,٠٦	٥,٤٩	٠,٠٤٢	٢٥,٧٨-١,٠٦	٥,٢٣	٠,٠٠٥	٢٤,٦٥-١,٧٤	٦,٥٥
	المرجع: وزن طبيعي الخصر ≤ ٨٤ (سيدات), ٩٠ (رجال)	٠,٩٥	٢,٧١-٠,٣٤	٠,٩٧	×	×	×	٠,٧٦	٢,٧٥-٠,٢٥	٠,٨٢
نمط الحياة	المرجع: محيط الخصر الطبيعي أي نشاط قوي على مدار الأسبوع السابق (١٠ دقيقة)	٠,١٣	١,٢٣-٠,٢١	٠,٥١	٠,٢٠	١,٦٧-٠,٠٨	٠,٣٨	٠,٤٨	٢,٠٤-٠,٢٢	٠,٦٧
	أي نشاط معتدل على مدار الأسبوع السابق (١٠ دقيقة)	٠,٦٢	١,٧٤-٠,٣٩	٠,٨٣	٠,٥٢	٢,٢٧-٠,٢٠	٠,٦٧	٠,٩٤	٢,٥٣-٠,٣٦	٠,٩٦
	رياضة السير على مدار الأسبوع السابق (١٠ دقيقة)	٠,٧٩	٢,٠٢-٠,٥٨	١,٠٨	٠,٨٣	٢,٤٢-٠,٢٣	٠,٩٠	٠,٦١	٢,٨٤-٠,٥٤	١,٢٤
التغذية	المرجع: لا شيء مما سبق حصتين أو أكثر من الفاكهة وما يزيد عن خمسة حصص من الخضروات يوميًا	٠,٨٦	٢,١٥-٠,٤٠	٠,٩٣	٠,٤٨	٢,١٤-٠,١٩	٠,٦٥	٠,٤٨	٢,١٤-٠,١٩	٠,٦٥
تاريخ الأسرة	المرجع: أقل مما سبق تقرير ذاتي عن الأقارب من الدرجة الأولى	٢,٢٢	٣,٤٤-١,٤٤	٢,٢٢	٠,٠١٨	٥,٥٩-١,١٧	٢,٥٦	٠,٠١٥	٣,٤٦-١,١٤	١,٩٩
ارتفاع ضغط الدم	المرجع: غياب التقارير عن تاريخ الأسرة التداوي بعقاقير مضادة لارتفاع ضغط الدم	٠,٠٢٥	٣,٢٦-١,٠٨	١,٨٧	٠,٠٨	٥,٤٨-٠,٩١	٢,٢٣	٠,١٦	٣,٤٧-٠,٨١	١,٦٨
ارتفاع نسبة كوليسترول الدم	المرجع: غياب عقاقير لعلاج ارتفاع ضغط الدم التداوي بعقاقير لتنظيم الدهون	٤,٢٦	٦,٨٥-٢,٦٤	٤,٢٦	>٠,٠٠٠١	١٣,٣١-٢,٧٩	٦,١٠	>٠,٠٠٠١	٧,٤٤-٢,٠٣	٣,٨٩
العقاقير المضادة للدهان	المرجع: غياب عقاقير لتنظيم الدهون الكولوزابين وليس الأولانزابين	١,٥٢	٢,٥٤-٠,٩١	١,٥٢	٠,١٤	٣,٥٦-٠,٦٣	١,٥٠	٠,١٤	٣,١٧-٠,٨٤	١,٦٤
	الأولانزابين وليس الكولوزابين	٠,٠٨	١,٠٨-٠,٢٨	٠,٥٥	٠,٠٦٢	١,٠٤-٠,٠٧	٠,٢٨	٠,٤٢	١,٦٠-٠,٣٢	٠,٧٢
	المرجع: غياب الكولوزابين والأولانزابين	٠,٣٠	١٨,٧٨-٠,٣٩	٢,٧٣	×	×	×	٠,١٣	٩٩,٨٦-٠,٥٥	٧,٤٦
النوع الذكري	المرجع: أنثى	٠,٠٣	٢,٦٤-١,٠٥	١,٦٦	-	-	-	-	-	-

كان النوع الذكري في مجموع العينة مرتبًا بصورة كبيرة بخطر الإصابة بالنوع الثاني من داء السكري وذلك بعد التعديل بحسب كل عوامل الخطر الأخرى (OR = 1.66, 95%CI: 1.04-2.64, p = 0.03) والفئة العمرية (OR = 1.028, 95%CI: 1.051-1.013, p = 0.013)

لم يتم تقدير نسبة الأرجحية لأن ١٠٠٪ من السيدات اللائي يعانين من الزهان والنوع الثاني من داء السكري كن أمام خطر زيادة محيط الخصر، ×× لم تتمكن من تقدير نسبة الأرجحية لأنه لم تتعاطى أي من السيدات ذى النوع الثاني من داء السكري الكولوزابين والأولانزابين

بنسبة ٤٠ إلى ٥٠٪ وضعف أيضًا الارتباط بتاريخ أسري به مرض السكري ومدواوه فرط كوليسترول الدم بنسبة ٢٠ إلى ٣٠٪. لقد أنخفضت الارتباطات التقديرية باستخدام عقاقير الكولوزابين والأولانزابين بصورة هامشية في مجموع العينة، إلا أنها أنخفضت بصورة أكثر قليلاً بين الرجال الذين يتلقون علاجًا بالأولانزابين بالإضافة إلى الكولوزابين. لم يرتبط التداوي بالكولوزابين والأولانزابين بالنوع الثاني من داء السكري، وذلك في النموذج المتعدد المتغيرات، وكذلك أيضًا السمنة الوسطية والنشاط الجسدي. كانت أقوى مؤشرات الإصابة بالنوع الثاني من داء السكري في النموذج المتعدد المتغيرات هو مؤشر كتلة الجسم التي تبلغ على الأقل ٤٠ (OR معدل = ٥,٥) وفرط كوليسترول الدم (OR معدل = ٤,٣)، وكان هذا بالأمر الحقيقي لمجموع العينة وأيضًا عند اعتبار الرجال والسيدات بصورة

مستقلة. كانت السمنة المفرطة وقلة النشاط الجسدي ووجود تاريخ مرضي به داء السكري بالأمر الشائعة بين السيدات أكثر من الرجال (الجدول رقم ٤)، وكان التداوي الجاري بالكولوزابين أو الأولانزابين بالأمر الشائع بين الرجال أكثر من السيدات (الجدول رقم ٤)، بينما لم تختلف نسب انتشار تداوي فرط كوليسترول الدم وتداوي ارتفاع ضغط الدم بين الجنسين. أيضًا لم يرتبط النوع الذكري بخطر الإصابة بالنوع الثاني من السكري (أنظر الجدول رقم ٢) إلا بعد التعديل بحسب كل أنواع المؤشرات الأخرى (أنظر الجدول رقم ٣)، وكانت العلاقة بين النوع الثاني من داء السكري ووجود تاريخ أسري به داء السكري بالأمر القوي بين السيدات (أنظر الجدول رقم ٢)، إلا أن هذا الاختلاف قد انخفض بعد التعديل بحسب المؤشرات الأخرى (أنظر الجدول رقم ٣).

الجدول رقم ٤: الأختلافات الجنسية فيما يخص أنتشار عوامل خطر الإصابة بالنوع الثاني من السكري المثبتة لدى العامة وارتباطها بالنوع الثاني من داء السكري لدى البالغين من مرضى الذهان

أختبار الأختلافات الجنسية فيما يخص أنتشار عامل الخطر	أختبار الأختلافات الجنسية فيما يخص النوع الثاني من السكري (المعدلة بحسب الفئة العمرية)	أختبار والد
عامل الخطر	طريقة التقييم	أختبار خي مربع التابع لبيرسون
السمنة العامة	السمنة من الفئة ١ أو ٢ أو ٣ أو زيادة الوزن أو انخفاضه أو ضبطه	$F > M, p < 0.0001, (5 = df) 42.06$
السمنة الوسطية	خطر زيادة محيط الخصر بالمقابل مع غياب الخطر	$F > M, p < 0.0001, (1 = df) 63.91$
نمط الحياة	أي نشاط قوي أو معتدل أو ممارسة رياضة السير أو غياب أي من هذه	$F > M, 0.042 = p, (3 = df) 8.19$
التغذية	حصتين أو أكثر من الفاكهة وخمس حصص أو أكثر من الخضروات يوميًا	$M > F, 0.002 = p, (1 = df) 10.08$
تاريخ مرضي	تقرير ذاتي عن الأقارب من الدرجة الأولى، نعم أم لا	$F > M, p < 0.001, (1 = df) 33.03$
ارتفاع ضغط الدم	تداوي بالعقاقير المضادة لارتفاع ضغط الدم أم لا	$0.34 = p, (1 = df) 0.92$
ارتفاع نسبة كوليسترول الدم	التداوي بعقاقير منظمة للدهون أم لا	$0.46 = p, (1 = df) 0.58$
عقاقير مضادة للذهان	التداوي بالكولوزابين أم لا	$M > F, p < 0.0001, (1 = df) 23.06$
	التداوي بالأولانزابين أم لا	$M > F, 0.005 = p, (1 = df) 7.89$

الذهان تبلغ ذروتها فيما بين ٤٥ و٥٤ عامًا، وبالتالي فقد تكون النتائج المضادة لحالات القلب المرضية ونسبة الوفيات أكبر دليلًا بعد هذه الذروة، ويتوافق هذا مع التقارير السابقة عن نسب الوفيات المرتفعة التي ترتبط بأمراض الشريان التاجي الذي يحدث في فترات مبكرة من العمر (٢٧).

أيضًا ترتبط بعض الأمور مثل التقدم في العمر ونمط الحياة وإن كان التاريخ الاسري به داء السكري وتداوي ارتفاع ضغط الدم وتداوي فرط كوليسترول الدم، ترتبط بالإصابة بالنوع الثاني من داء السكري، وذلك في العينة خاصتنا التي تتكون من مرضى الذهان. أيضًا أن مؤشر كتلة الجسم التي تبلغ ٤٠ على الأقل والعلاج ضد فرط كوليسترول الدم، بمثابة أقوى مؤشرات الإصابة بالنوع الثاني من السكري، وذلك بعد التعديل بحسب كل المؤشرات الأخرى. ترتبط أيضًا الفئة العمرية والنوع الذكري (بعد التعديل بحسب عوامل الخطر الأخرى) ومداوة ارتفاع ضغط الدم ووجود تاريخ مرضي به داء السكري، ترتبط بنسبة خطر مرتفعة، وذلك في النموذج المتعدد المتغيرات. إن الخطر الأكبر بستة أضعاف للإصابة بالنوع الثاني من السكري المرتبط بتداوي فرط كوليسترول الدم وأيضا الخطر الأكبر بأربعة أضعاف بعد التعديل بحسب المؤشرات الأخرى، كان عالي بنسبة تزيد عن الخطر الأكبر بـ ١٠.٠٩ مرات المرتبط باستخدام الاستاتين بين العامة، وذلك بحسب تحليل تلوي (٢٨).

لقد تم التأكيد أن السمنة بمثابة عامل خطر قوي للإصابة بالسكري، وأن إنقاص الوزن بمثابة محور تركيز كبير للجهود التي تسعى إلى تحسين الصحة النفسية لهؤلاء الذين يعانون من أمراض نفسية (٢٩). يرتبط مؤشر

لم تختلف نسب أنتشار عوامل الخطر للنوع الثاني من السكري بين الأفراد الذين قدموا عينة دم صائم وهؤلاء الذين لم يقدموا عينة دم صائم.

الخاتمة

لدى البالغين من مرضى الذهان في هذا الاستطلاع نسبة مرتفعة من أنتشار خطر الإصابة بالنوع الثاني من داء السكري، وهي نسبة قريبة من تلك الخاصة بالعامة من السكان (٢٤). لقد أشارت المبادئ التوجيهية والتوصيات الموجهة للممارسين العاميين أنه لا بد من فحص الأفراد الذين هم أمام نسبة عالية من خطر الإصابة بالنوع الثاني من السكري الغير مُشخص، ويشمل ذلك الأفراد الذين يتعاطوا عقاقير مضادة للذهان (٢٥)، إلا أنها لم تؤكد أنه لا بد أن يبدأ فحص مرضى الذهان في مراحل مبكرة كلما أمكن الأمر. إن البيان الذي تم نشره حديثًا عن الحياة الصحية والنشطة - وهو بيان متفق عليه دوليًا ويخص تحسين الصحة الجسدية لمرضى الذهان - يؤيد أمر تقييم خطر الإصابة بالسكري في خلال شهر واحد من تعاطي العقاقير المضادة للذهان (٢٦). إن التقييم قبيل التداوي بالعقاقير المضادة للذهان بالأمر المرغوب، وذلك لتحديد أساس حالة الخطر، إلا أنه من الصعب الحصول عليه عندما يكون سعي المريض في أول الأمر هو التداوي ضد الذهان الشديد.

لقد تم ملاحظة أن نسبة أنتشار النوع الثاني من السكري لدى مرضى

كتلة الجسم الذي يبلغ ٤٠ على الأقل بزيادة أكبر سبعة أضعاف في خطر الإصابة بالسكري لدى العامة من الناس (٣٠)، بينما يرتبط بزيادة أكبر ٩ مرات في خطر الإصابة بالسكري لدى الرجال الذين يعانون من زهان وزيادة أكبر ٤ مرات لدى السيدات اللاتي يعانين من الزهان.

من المعروف أن مرضى الزهان يميلون إلى حياة دون حركة (٣١)، إلا أنه يرتبط نسبة منخفضة جداً من أداء أنشطة قوية والتي تُقِيم بصورة ذاتية، بنسبة خطر منخفضة للإصابة بالنوع الثاني من السكري، وذلك قبل التعديل للمؤشرات الأخرى. إن هذا الأمر يحمل الكثير من الآمال لهؤلاء الذين يكافحون لتطوير تدخلات تعمل على عمل مصالحة بين المبادئ التوجيهية الوطنية و«أفضل» مستويات الأنشطة التي يكون تقييمها ذاتياً، وذلك لدى مرضى الزهان. هناك احتياج إلى المزيد من العمل لتعريف أدنى مستويات التمارين القوية المنتظمة اللازمة لتقليل خطر الإصابة بالنوع الثاني من داء السكري لمرضى الزهان، وذلك في ظل وجود عوامل الخطر الأخرى.

لقد زادت نسبة الإصابة بالنوع الثاني من داء السكري من ٢ إلى ٤ مرات بالارتباط مع وجود تاريخ مرضي إيجابي لهذا المرض، وهذا بحسب مدى قوة هذا التاريخ (٣٢)، وهذا بالضبط ما نلاحظه لدى مرضى الزهان.

إن الرجال أمام خطر منخفض للإصابة بالنوع الثاني من السكري، وذلك لدى العامة من الناس (٢٤)، إلا أنه لم يُلاحظ وجود تأثير للنوع الذكري على النوع الثاني من السكري لدى مرضى الزهان، وذلك حتى بعد التعديل بحسب الأختلافات الجنسية في نسب انتشار المؤشرات الأخرى. يؤكد هذا الأمر النسبة العالية لانتشار عوامل الخطر بين سيدات مرضى الزهان.

يرتبط كلا من الكولوزابين والأونزابين بزيادة في عوامل خطر الإصابة بالنوع الثاني من السكري (٤،٣٣). إلا أن ظهور هذا النوع من السكري قد يؤثر أيضاً على العقاقير المضادة للذهان التي تُوصف على مدار الوقت (٣٤، ٣٥). وفي الاستطلاع المستعرض الوصفي خاصتنا، يرتبط التداوي بالكولوزابين بنسبة خطر منخفضة. قد يكون قد طلب بعض الأطباء من مرضاهم الذين يعانون من السكري أو من بدايات ظهوره أن يقلعوا عن أخذ الكولوزابين، وذلك لأنهم على وعي بأن هذه العقاقير ترتبط بالسكري، وقد أنتشرت الأخبار حول هذا الخطر. يُستخدم الكولوزابين في أستراليا فقط مع هؤلاء الذين يُعتقد أنهم يقاومون العلاج، ولا يُحتمل أن يطلب الأطباء من مرضى السكري أن يقلعوا عن الكولوزابين، وذلك لأن هذا الأمر غير مُحدّد (٣٦). لا يرتبط التداوي بالكولوزابين والأونزابين بالإصابة بالنوع الثاني من داء السكري، وذلك بعد التعديل بحسب المؤشرات الأخرى.

لقد ظهر أن العلاج بالعقاقير المضادة للذهان يرتبط بزيادة في الوزن وتغييرات معاكسة في نسب الدهون بالدم، وذلك في الدراسات التجريبية (٣٧)، وتبدأ هذه التغييرات قليلاً بعد أول استخدام لهذه العقاقير (٣٨) وتستمر مع مرور الوقت (٣٩)، وبالتالي فإن البعض من عوامل الخطر التي ترتبط بزيادة في الوزن والتداوي ضد فرط كوليسترول الدم، ستُنسب إلى أخذ عقاقير مضادة للذهان في الماضي، وهو الأمر الذي لم يتمكن من صياغته، وقد يعود البعض إلى أسباب أخرى (مثل نمط الحياة والعوامل الوراثية). تتمكن فقط الدراسات المستقبلية المطوّلة التي تقوم على أول تعاطي للعقاقير المضادة للذهان، من إجابة هذه التأثيرات مع مرور الوقت،

إلا أنه بإمكاننا تقديم قائمة من المتغيرات التي لا بد من فحصها في مثل هذه النماذج، والتي قد تسبب في حدوث لبس في البعض من التقديرات المنشورة عن الارتباط بين العقاقير المضادة للذهان وخطر الإصابة بالنوع الثاني من السكري، مثل النوع الذكري والفئة العمرية ومدى شدة السمّة وفرط نسبة الكوليسترول في الدم التي تم مداواتها وأيضاً ارتفاع ضغط الدم الذي تم مداواته وتاريخ مرضي به داء السكري والخمول الجسدي والذهان. إن نسب الأرجحية المُعدّلة إحصائياً قد لا تنصف تعقّد العلاقات المتداخلة المطوّلة بين هذه العوامل. هناك احتياج إلى المزيد من العمل لحل احتمالية خطر الإصابة بالنوع الثاني من السكري لدى مرضى الزهان، وأيضاً لتعريف أكثر الأهداف التي تصلح كتدخل.

لم تشمل تشخيصاتنا للنوع الثاني من السكري الحالات التي تم تعريفها على أسس اختبار تحمل الجلوكوز، وبالتالي فهي تصغّر نسب الانتشار الحقيقية للنوع الثاني من السكري. إن تعريف هذه الحالات المفقودة بالأمر الهام في الاستطلاعات المستقبلية، وذلك لأنها أمام خطر أكبر لانتشار حالات الموت المبكر بين العامة من الناس (٤٠)، بالإضافة إلى ذلك، لم يتم الاستطلاع خاصتنا بتسجيل بعض الأمور مثل الوزن عند الميلاد والسكري الحملي وإصابة الأم بالسكر أثناء الحمل، وبالتالي فلم نتمكن من تقدير تأثير البيئة داخل الرحم أو السكري في فترة الحمل الذي يمثل خطراً. إن خطر الإصابة بالنوع الثاني من السكري المرتبط بأنخفاض الوزن عند الولادة بالأمر الأكثر انتشاراً لدى هؤلاء العامة من الناس الذين يختبرون زيادة سريعة ومفرطة في الوزن في فترات البلوغ المبكرة، وترتبط هذه الزيادة في الوزن ببداية مبكرة للنوع الثاني من السكري (١٤). غالباً ما يمر مرضى الزهان بزيادة مفرطة وسريعة في الوزن، وذلك في فترات البلوغ المبكرة، وهذا بالارتباط مع بداية الزهان وتعاطي العقاقير المضادة للذهان. إن العلاقة بين الوزن عند الميلاد والزيادة المفرطة والسريعة في الوزن في مرحلة البلوغ والنتيجة المتمثلة في خطر الظهور المبكر لبدايات النوع الثاني من السكري لدى الأفراد الذين قد تداؤوا من الزهان، بالأمر الغير معروف، إلا أنه يحث على الدراسة.

لا يعمل التداوي بالعقاقير المضادة للذهان على تحديد التأثير التراكمي لأستخدام العقاقير المضادة للذهان أو التأثيرات المرتبطة بالجرعات التراكمية على مدار الحياة. إن الإفراط الدوائي بالأمر الشائع ويحدث عبر العديد من فئات العقاقير المختلفة، وبالتالي فقد تعمل الخلفية العلاجية على التسبب في حدوث إرباك للتأثيرات التي تبدو وأنها بسبب العقاقير المضادة للذهان التي تم وصفها مؤخراً. إن تعريف مجموعة مرجعية مناسبة لعمل مقارنة بين العقاقير المضادة للذهان، بالأمر الصعب. لقد قامت بعض الدراسات السابقة بأستخدام الهالوبيريديول (٤١)، إلا أن القليل من المشاركين في الاستطلاع خاصتنا قاموا بالتداوي بهذه العقاقير، وبالتالي فقد رشحنا لعمل مقارنة بين هؤلاء من يتعاطون الكولوزابين أو الأونزابين مع هؤلاء الذين لا يتعاطون أي منهما، إلا أن استخدام مجموعة مرجعية مختلفة قد يؤدي إلى اكتشافات مختلفة.

في النهاية، إن عوامل خطر الإصابة بالنوع الثاني من السكري المُثبتة لدى العامة من الناس بالأمر الشائع بين مرضى الزهان وترتبط بقوة بالنوع الثاني من السكري لدى هؤلاء الأفراد. تقدم هذه الدراسة الكثير من الدلائل المرتبطة بالعينة والتي تقول بأن هذه العوامل قد تُحدث لبساً لعوامل الخطر المُقدّرة التي ترتبط بالتداوي بالعقاقير المضادة للذهان

- perspective. Br J Psychiatry 2004;184(Suppl. 47):S64-6.
3. Cohen D, De Hert M. Endogenic and iatrogenic diabetes mellitus in drug-naïve schizophrenia: the role of olanzapine and its place in the psychopharmacological treatment algorithm. Neuropsychopharmacology 2011;36:2368-9.
 4. 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.
 5. Meltzer HY. Treatment-resistant schizophrenia – the role of clozapine. Curr Med Res Opin 1997;14:1-20.
 6. Hollingworth SA, Siskind DJ, Nissen LM et al. Patterns of antipsychotic medication use in Australia 2002–2007. Aust N Z J Psychiatry 2010;44:372-7.
 7. Bobo WV, Cooper WO, Stein CM et al. Antipsychotics and the risk of type 2 diabetes mellitus in children and youth. JAMA Psychiatry 2013;70:1067-75.
 8. Baker RA, Pikalov A, Tran QV et al. Atypical antipsychotic drugs and diabetes mellitus in the US Food and Drug Administration Adverse Event database: a systematic Bayesian signal detection analysis. Psychopharmacol Bull 2009;42:11-31.
 9. DuMouchel W, Fram D, Yang X et al. Antipsychotics, glycemic disorders, and life-threatening diabetic events: a Bayesian datamining analysis of the FDA adverse event reporting system (1968–2004). Ann Clin Psychiatry 2008;20:21-31.
 10. Smith M, Hopkins D, Peveler RC et al. First- v. second-generation antipsychotics and risk for diabetes in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry 2008;192:406-11.
 11. Eapen V, Shiers D, Curtis J. Bridging the gap from evidence to policy and practice: reducing the progression to metabolic syndrome for children and adolescents on antipsychotic medication. Aust N Z J Psychiatry 2013;47:435-42.
 12. Bonfioli E, Berti L, Goss C et al. Health promotion lifestyle interventions for weight management in psychosis: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMC Psychiatry 2012;12:78.
 13. Fiedorowicz JG, Miller DD, Bishop JR et al. Systematic review and meta-analysis of pharmacological interventions for weight gain from antipsychotics and mood stabilizers. Curr Psychiatry Rev 2012;8:25-36.
 14. Chen L, Magliano DJ, Zimmet PZ. The worldwide epidemiology of type 2 diabetes mellitus – present and future perspectives. Nat Rev Endocrinol 2011;8:228-36.
 15. Manzella D. Top 7 risk factors for type 2 diabetes. <http://diabetes.about.com>.
 16. Bushe C, Leonard B. Association between atypical antipsychotic agents and type 2 diabetes: review of prospective clinical data. Br J Psychiatry 2004;184(Suppl. 47):S87-93.
 17. Haddad PM. Antipsychotics and diabetes: review of non-prospective data. Br J Psychiatry 2004;184(Suppl. 47):S80-6.

على مدار الوقت، وهذا كما قد حذر به آخرون (١٦، ١٧، ٤٢)، إلا أننا قد لاحظنا القليل جداً من الإلتباس المستعرض في عينة تم تشخيصها بالذهان لمدة تصل إلى ١٥ عاماً على الأقل. ومن المحتمل أن تكون نماذج الارتباط على مدار مدة مرض الذهان لمؤثرات النوع الثاني من السكري، والتي تشمل تأثيرات العقاقير المضادة للذهان، بالأمر المعقد، وبالتالي فلا بد أن يُفسر النموذج المستعرض المقدم هنا بحذر شديد.

من المضمون أنه سيكون هناك تركيزاً قوياً على أمر انخفاض الوزن، وذلك بهدف إنقاص نتائج الذهان المعادية على الصحة الجسدية، إلا أنه لا بد من توسيع استراتيجيات الوقاية الفعالة للإصابة بالنوع الثاني من السكري حتى تستهدف هؤلاء الذين تظهر عليهم أعراض خلل شحميات الدم وارتفاع ضغط الدم (٤٣) ووجود تاريخ مرضي به داء سكري أيجابي (٣١، ٤٤). إن العمل على خفض ضغط الدم من أكثر التدخلات فاعلية لتقليل الإصابة بأمراض القلب وأيضاً حدوث حالات وفاة بين هؤلاء حاملي النوع الثاني من داء السكري بين العامة من الناس (٤٥)، لكن ليس لدينا في الوقت الحالي قواعد دليل متساوية لإرشادنا لصالح مرضى الذهان.

من المحتمل أن يتطلب الأمر تغييرات مثابرة في نمط الحياة، وذلك لتحسين النتائج الصحية المعادية التي ترتبط بالنوع الثاني من داء السكري، فتدخلات المقاييس الصغيرة لمدة قصيرة من الزمن لن تفي بالغرض. إن هذا الأمر بمثابة تحدي حقيقي أمام الممارسات الحالية في الطب النفسي الإكلينيكي؛ فقد تكون العقاقير بالأمر الذي يستمر مدى الحياة، إلا أن التدخلات التي تخص نمط الحياة ليست بالأمر الشديد وهي أيضاً قصيرة الأجل، وتجد التأثيرات الصغيرة للتدخلات الخاصة بنمط الحياة ترحيباً كبيراً يتسم بالحماسة (٢٩)، إلا أن ضخامة التغييرات المطلوبة في حقيقة الأمر لإحداث تحسين في الصحة العامة الخاصة بمرضى الذهان بالأمر الذي يحمل الكثير من التناقض.

شكر خاص

يقوم هذا المنشور على البيانات التي تم تجميعها في إطار عمل الاستطلاع الوطني الأسترالي الذي قام على التأثيرات الشديدة للذهان لعام ٢٠١٠، وكان أعضاء المجموعة الدراسية هم مورجان (مدير المشروع الوطني) وجابلينسكي (رئيس المستشارين العلميين) وواتيروس (المنظم العام للمشروع الوطني) وبوش وكار وكاسل وكوهين وجاليتلي وهارفي وهوكينج وماخينون وماك جوري وماك جريث ونيل وساو وستاين. وقد تم تمويل هذه الدراسة من جانب قسم الصحة والشيخوخة الحكومي الأسترالي، ويتقدم الكتاب بجزيل الشكر إلى المئات من الأطباء النفسيين الذين شاركوا في إعداد وعمل هذا الاستطلاع وأيضاً إلى العديد من الأستراليين الذين يعانون من اضطرابات ذهانية الذين قدموا من أوقاتهم، وهم الذين تشكل ردودهم أساس هذا المنشور.

المراجع:

1. Rouillon F, Sorbara F. Schizophrenia and diabetes: epidemiological data. Eur Psychiatry 2005;20(Suppl. 4):S345-8.
2. Kohen D. Diabetes mellitus and schizophrenia: historical

- differs according to agent – results from a multisite epidemiologic study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2009;18:791-9.
34. Correll CU. From receptor pharmacology to improved outcomes: individualising the selection, dosing, and switching of antipsychotics. *Eur Psychiatry* 2010;25(Suppl. 2):S12-21.
 35. Buckley PF, Correll CU. Strategies for dosing and switching antipsychotics for optimal clinical management. *J Clin Psychiatry* 2008;69(Suppl. 1):4-17.
 36. Nielsen J, Correll CU, Manu P et al. Termination of clozapine treatment due to medical reasons: when is it warranted and how can it be avoided? *J Clin Psychiatry* 2013;74:603-13.
 37. Stroup TS, McEvoy JP, Ring KD et al. A randomized trial examining the effectiveness of switching from olanzapine, quetiapine, or risperidone to aripiprazole to reduce metabolic risk: comparison of antipsychotics for metabolic problems (CAMP). *Am J Psychiatry* 2011;168:947-56.
 38. Foley DL, Morley KI. Systematic review of early cardiometabolic outcomes of the first treated episode of psychosis. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68:609-16.
 39. Alvarez-Jimenez M, Gonzalez-Blanch C, Crespo-Facorro B et al. Antipsychotic-induced weight gain in chronic and first-episode psychotic disorders: a systematic critical reappraisal. *CNS Drugs* 2008;22:547-62.
 40. World Health Organization. Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycaemia. Report of a WHO/ IDF consultation. <http://whqlibdoc.who.int>.
 41. Lambert BL, Cunningham FE, Miller DR et al. Diabetes risk associated with use of olanzapine, quetiapine, and risperidone in veterans health administration patients with schizophrenia. *Am J Epidemiol* 2006;164:672-81.
 42. Vancampfort D, Wampers M, Mitchell AJ et al. A meta-analysis of cardio-metabolic abnormalities in drug naïve, first-episode and multi-episode patients with schizophrenia versus general population controls. *World Psychiatry* 2013;12:240-50.
 43. Ferrannini E, Cushman WC. Diabetes and hypertension: the bad companions. *Lancet* 2012;380:601-10.
 44. Valdez R. Detecting undiagnosed type 2 diabetes: family history as a risk factor and screening tool. *J Diabetes Sci Technol* 2009;3: 722-6.
 45. Rabi DM, Padwal R, Tobe SW et al. Risks and benefits of intensive blood pressure lowering in patients with type 2 diabetes. *CMAJ* 2013;185:963-7.
 18. Morgan VA, Waterreus A, Jablensky A et al. People living with psychotic illness in 2010: the second Australian national survey of psychosis. *Aust N Z J Psychiatry* 2012;46:735-52.
 19. Castle DJ, Jablensky A, McGrath JJ et al. The Diagnostic Interview for Psychoses (DIP): development, reliability and applications. *Psychol Med* 2006;36:69-80.
 20. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2008;31(Suppl. 1):S55-60.
 21. Craig CL, Marshall AL, Sjostrom M et al. International Physical Activity Questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc* 2003;35:1381-95.
 22. StataCorp. Stata Statistical Software: Release 12. College Station: StataCorp LP, 2011.
 23. IBM Corp. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk: IBM Corp, 2012.
 24. International Diabetes Institute. The Australian Diabetes, Obesity and Lifestyle Study (AusDiab) Report 2000. www.bakeridi.edu.au.
 25. Diabetes Australia. Best practice guidelines for health professionals. www.diabetesaustralia.com.au.
 26. International Physical Health in Youth Stream. Healthy Active Lives (HeAL) consensus statement. www.iphys.org.au.
 27. Osborn DP, Levy G, Nazareth I et al. Relative risk of cardiovascular and cancer mortality in people with severe mental illness from the United Kingdom's General Practice Research Database. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:242-9.
 28. Naci H, Brugts J, Ades T. Comparative tolerability and harms of individual statins: a study-level network meta-analysis of 246 955 participants from 135 randomized, controlled trials. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2013;6:390-9.
 29. Daumit GL, Dickerson FB, Wang NY et al. A behavioral weightloss intervention in persons with serious mental illness. *N Engl J Med* 2013;368:1594-602.
 30. Mokdad AH, Ford ES, Bowman BA et al. Prevalence of obesity, diabetes, and obesity-related health risk factors, 2001. *JAMA* 2003;289:76-9.
 31. Galletly CA, Foley DL, Waterreus A et al. Cardiometabolic risk factors in people with psychotic disorders: the second Australian national survey of psychosis. *Aust N Z J Psychiatry* 2012;46: 753-61.
 32. Heideman WH, Middelkoop BJ, Nierkens V et al. Changing the odds. What do we learn from prevention studies targeted at people with a positive family history of type 2 diabetes? *Prim Care Diabetes* 2011;5:215-21.
 33. Yood MU, DeLorenze G, Quesenberry CP, Jr. et al. The incidence of diabetes in atypical antipsychotic users

DOI 10.1002/wps.20130

العوارض الذهانية للتنبؤ بالمسار الطبيعي للفكر الانتحاري: دراسة استباقية سويدية

IAN KELLEHER^{1,2}, MARTIN CEDERLÖF², PAUL LICHTENSTEIN²

¹Department of Psychiatry, Royal College of Surgeons in Ireland, Beaumont Hospital, Dublin 9, Ireland; ²Department of Medical Epidemiology and Biostatistics, Karolinska Institutet, Nobels vag 12A, 17177 Stockholm, Sweden

تنتشر الخبرات الذهانية أكثر من الاضطرابات الذهانية بين العامة وهي ترتبط بنطاق واسع من اضطرابات الاكتئاب والقلق والاضطرابات السلوكية وكذلك أيضاً زيادة في انتشار عوامل خطر الإصابة باضطرابات الذهان. لقد تم حديثاً التأكيد على الخبرات الذهانية باعتبارها مؤشر إكلينيكي قوي لخطر السلوكيات الانتحارية، إلا أن هناك القليل من الدراسات حتى يومنا هذا التي تقيم الخبرات الذهانية باعتبارها مؤشر للانتحار مع مرور الوقت. لقد رغبتنا في تقييم ما إذا كان الشباب الذين يمرون بأفكار انتحار عند التقييم الأساسي ويدلون بوجود خبرات ذهانية أمام خطر أعلى لدوام الأفكار الانتحارية في فترات المتابعة أكثر من الشباب الذين يدلون أيضاً بوجود أفكار انتحار إلا أنهم لا يدلون بتزامن خبرات ذهانية. لقد تم تقييم 2,263 مراهقاً عند عمر الثالثة عشرة وحتى الرابعة عشرة لفحص الخبرات الذهانية والأفكار الانتحارية والأمراض النفسية الباطنية والجسدية، ثم تم بعد ذلك إعادة تقييم هؤلاء المشاركين عند عمر السادسة عشرة إلى السابعة عشرة وأيضاً عند عمر التاسعة عشرة والعشرين. لم تُشر الخبرات الذهانية المتزامنة فيما بين المشاركين من عمر الثالثة عشرة والرابعة عشرة الذين يعانون من أفكار انتحار، لم تُشير إلى حدوث زيادة شاذة في دوام الأفكار الانتحارية حتى عمر السادسة عشرة إلى السابعة عشرة (OR = 0.94، 95%CI: 0.19-4.78). ومن بين هؤلاء البالغين سن السادسة عشرة إلى السابعة عشرة ويعانون من أفكار انتحار، كان تزامن الخبرات الذهانية يُشير إلى زيادة ستة أضعاف في نسبة دوام أفكار الانتحار حتى عمر التاسعة عشرة والعشرين (OR = 5.53، 95%CI: 1.33-23.00). إن الخبرات الذهانية بمثابة مؤشر هام - إلا أنه غير مُعترف بها - لعلامات خطر دوام أفكار الانتحار، وبصفة خاصة في فترة منتصف المراهقة، وبالتالي فلا بد أن يكون الاهتمام بالتقييمات الإكلينيكية للخبرات الذهانية في خدمات الصحة النفسية، أولوية.

كلمات مفتاحية: خبرات ذهانية، أفكار انتحارية، فترة المراهقة، دراسة استباقية

(عالم الطب النفسي ٢٠١٤:١٣:١٨٤-١٨٨)

خبرات ذهانية، لديهم على الأقل اضطرابات المحور الأول الغير ذهانية (١٧)، وتشمل هذه اضطرابات الاكتئاب واضطرابات القلق والاضطرابات السلوكية.

لقد أوضح بحث مستعرض حديث وجود رابط قوي بين الخبرات الذهانية والانتحار (٧، ١٠، ١٩)، بينما قد أوضحت استطلاعات مطولة ظهور نسبة عالية من خطر محاولات الانتحار في عينات من العامة الذين أدلوا بوجود خبرات ذهانية (٩، ٢٠). لقد رغبتنا في دراسة ما إذا كانت خبرات الذهان تمثل علامة خطر تشير إلى دوام أفكار الانتحار، وذلك في دراسة مطولة قامت على مراهقين سويديين يتم تتبعهم حتى أوائل فترة البلوغ، وهذا بالأمر الذي لم يتم مخاطبته في الكتابات حتى يومنا هذا. لقد قمنا بصفة خاصة بتقييم ما إذا كان يُحتمل أن الشباب الذين يعانون من أفكار انتحار ويقرون بتزامن خبرات ذهانية، يُقرون أيضاً بوجود أفكار انتحار في فترات المتابعة، هذا بالمقارنة مع الشباب الذين يقرون بوجود أفكار انتحار وغياب خبرات ذهانية، حيث أنه بإمكان هذا الأمر أن يقدم علامة خطر إكلينيكية قوية لتعريف الأفراد الذين هم أمام خطر أن تقوى الأفكار الانتحارية.

الوسائل

لقد قامت هذه الدراسة على معلومات مأخوذة من دراستين لتوأمتين سويديتين قامتتا على تطور المراهقة والطفولة (TCHAD) (21)، وقد تكونت العينة المستهدفة من ٢,٩٦٠ توائم وُلدوا في السويد فيما بين مايو من عام ١٩٨٥ وديسمبر من عام ١٩٨٦ وهم على قيد الحياة ويقوموا في السويد عام ١٩٩٤. لقد تم تقييمهم ثلاثة مرات عن طريق إرسالهم استطلاعات، وذلك عند عمر ١٣ و١٤ و١٦ و١٧ ثم عند عمر ١٩ و٢٠، وكانت معدلات الإجابة في مختلف الموجات كالتالي: عند عمر ١٣ و١٤، ١٧، ١٠.٦٣٪ (٧٣٪)، والأبناء = ٢.٢٦٣٪ (٧٨٪)، وعند عمر ١٦ وحتى ١٧، الأباء = ١٠.٦٧٪ (٧٤٪) والأبناء = ٢.٣٦٩٪ (٨٢٪)، وعند عمر ١٩ وحتى ٢٠، الأباء = ١٠.١٥٨٪ (٧٨٪)، والأبناء = ١.٧٠٥٪ (٥٨٪). ولم يختلف

تمثل الأفكار والسلوكيات الانتحارية مصدرًا للكثير من الأمراض وحالات الوفيات حول العالم (١، ٢): فهناك تقدير يقول بأنه يُقدّر ما يزيد عن مليون حياة سنوياً من جراء الانتحار (٣)، وهناك عدد أكبر من ذلك من الأفراد الذي يدلون بوجود أفكار انتحار. وبالرغم من أن أغلب أفكار الانتحار عابرة ولا تتطلب رعاية إكلينيكية قريبة (٤)، إلا أنه تصبح هذه الأفكار لدى بعض الأفراد شديدة وتتسبب في أمراض طويلة الامد وضغوط نفسية وزيادة كبيرة في خطر نجاح عمليات الانتحار (٥)، إلا أن تحديد الأفراد الذين يُحتمل أن تصبح أفكارهم الانتحارية قوية ومثابرة، بمثابة تحدي معقد في مجال الطب النفسي الإكلينيكي. إن المثابرة الإكلينيكية للأمراض النفسية - والتي أبرزها الاكتئاب - بمثابة علامة خطر معروفة لقوة الأفكار الانتحارية (٤، ٦)، وبمعرفة أن شدة الاعراض بمثابة مقياس مستمر، نجد أن لها فائدة إكلينيكية محدودة، وذلك فيما يخص تحديد بعض الأفراد بكونهم «أمام خطر أعلى».

لقد ظهرت حديثاً الخبرات الذهانية في الكتابات باعتبارها علامة هامة ومُحتملة لخطر الانتحار (٧-١٠)، وبالمقابل مع اعراض الذهان الحقيقية، إن الخبرات الذهانية ضعيفة في طبيعتها، أي أنها مجرد خبرات هلاوس وضلالات مع اختبارات سليمة للواقع، مثلاً قد يُقر الفرد بأنه يسمع أصواتاً تتحدث في ظل غياب محفز خارجي، وهذا عكس ما يحدث في حالات الذهان الصريح، حيث غالباً ما يعتقد الفرد بأن الصوت هو من أنتاج عقله. إن الخبرات الذهانية أكثر انتشاراً بين العامة من حالات الذهان الصريحة، وبصفة خاصة بين الشباب. لقد اكتشف تحليل تلوي قام على كل الدراسات الاجتماعية أن ١٧٪ من الأطفال و٧.٥٪ من المراهقين من العامة يدلون بوجود خبرات ذهانية (١١)، وقد أوضح تحليل تلوي قام على الدراسات المطولة أن ٧.٤٪ من الأفراد الذين يدلون بوجود خبرات ذهانية يظهر عليهم فيما بعد أمراض ذهانية (١٢)، إلا أن الخبرات الذهانية ترتبط بنطاق واسع من الاضطرابات النفسية، وهي ليست مقصورة على الذهان (١٣-١٨). لقد اكتشف بحث قام حديثاً أن غالبية الأفراد الذين يعانون من

الاستنزاف بحسب الاعراض الذهانية عند المتابعة في عمر ١٦ و ١٧
($0.98 = p \cdot X^2 < 0.01$) أو في فترات المتابعة عند عمر ١٩ و ٢٠
($0.42 = p \cdot X^2$).

كان يتم تقييم أفكار الانتحار في كل فترة زمنية بحسب الإقرار بالبنود التالية في التقارير الذاتية في سن الشباب (22، YSR) عندما كان يبلغ المشاركين ١٣ و ١٤ وأيضًا ١٦ و ١٧، وأيضًا في التقارير الذاتية في سن البلوغ (23، ASR)، عندما كان يبلغ المشاركين ١٩ و ٢٠ عامًا، وهذه البنود هي «إني أفكر في قتل نفسي»، لكن لم يكن هناك معلومات عن محاولات الانتحار، وتم أيضًا تقييم اعراض الامراض النفسية باستخدام YSR/ASR، أما الأمراض النفسية الباطنية (مثل المزاج الاكتئابي والقلق وسلوكيات الانسحاب) فكان التقييم ذاتيًا باستخدام المقياس الداخلي للـ YSR عندما كان يبلغ المشاركين ١٣ و ١٤ وحتى ١٦ و ١٧ عامًا، وكان يُستخدم الـ ASR عندما كان يبلغ المشاركين ١٩ و ٢٠ عامًا. وكانت الأمراض النفسية الجسدية (مثل مشكلات التركيز وفرط النشاط والسلوكيات المعادية للمجتمع) فكانت تُقيم من جانب الآباء، وذلك باستخدام المقياس الخارجي لقائمة سلوكيات الطفل (CBCL، ٢٢) عندما كان يبلغ المشاركون ١٣ و ١٤ وحتى ١٦ و ١٧ عامًا، وكان يُستخدم قائمة سلوكيات البالغين (ABCL، 23) عندما كان يبلغ المشاركون ١٩ وحتى ٢٠ عامًا. إن الـ YSR والـ CBCL والـ ABCL بمثابة استبيانات معيارية للآباء والأبناء تهدف إلى تقييم شدة المشكلات السلوكية والعاطفية وتردها لدى الأبناء والتي ظهرت على مدار الستة أشهر السابقة. لقد تم دراسة خصائص القياسات النفسية لهذه المقاييس في عينات إكلينيكية وأخرى مجتمعية، وهي مصدر موثوقة كبير وأيضًا صلاحية متقاربة ومميزة (٢٢،٢٣). لقد تم تسجيل كل البنود على مقياس مكون من ثلاثة نقاط (الصفر = غير صحيح، ١ = صحيح بعض الأوقات، ٢ = غالبًا ما يكون صحيح). يقوم الـ YSR على التقييم الذاتي، وهو يتكون من ذات البنود التي يتكون منها الـ CBCL. ويتكون كلا من الـ ABCL والـ ASR من بنود مطابقة ومناسبة من الناحية التطورية وتستخدم في كلا من الـ CBCL والـ YSR. كان يُحسب المجموع الكلي في كل مرحلة زمنية للمشكلات الباطنية وتلك الجسدية، وكان يتم مراقبتها في تحاليلنا التي تقوم على العلاقة بين أفكار الانتحار وخبرات الزهان.

كان يتم تقييم خبرات الزهان في كل مرحلة زمنية باستخدام البنود التالية من الـ YSR/ASR: «إني أسمع أصواتًا لا يسمعها سواي». لقد أوضحنا مسبقًا أنه لدى هذا البند قيمة تنبؤية إيجابية وسلبية عن خبرات الزهان التي يمكن إثباتها بصورة إكلينيكية (٢٤). أما في استطلاع مجتمعي قام على المراهقين، فقد أشار هذا البند ليس فقط إلى الشباب الذين يعانون من هلاوس سمعية (بالمقارنة مع المقابلات الإكلينيكية التي أكدت الهلاوس السمعية، وكانت قيمة التنبؤ الإيجابي ٧١٪ وقيمة التنبؤ السلبي ٩٠٪) بل أيضًا الخبرات الذهانية بصفة عامة (الهلاوس الصريحة والهلاوس الضعيفة وأيضًا الضلالات) وكانت قيمة التنبؤ الإيجابي ١٠٠٪ وقيمة التنبؤ السلبي ٨٨٪ (٢٤)، وبالتالي فقد تم اختيار هذا البند بصفة خاصة لتقييم ما إذا كان يوجد خبرات زهان في العينة خاصتنا وفي المراحل الزمنية الثلاثة.

لقد تم اختبار حالات الاستنزاف الخاصة للمشاركين الذين يعانون من خبرات زهان، وذلك باستخدام حي مربع، وقمنا بتسجيل نسب أنتشار خبرات الزهان والأفكار الانتحارية في كل فترة تقييم، وقمنا باستخدام الانحدار اللوجستي لتقييم ما إذا كان الافراد الذين يعانون من أفكار انتحار عند عمر ١٣ و ١٤ ويقرون بوجود خبرات ذهانية، أكثر احتمالًا لأن تقوى لديهم الأفكار الانتحارية في فترات المتابعة عند عمر ١٦ و ١٧ عامًا، وذلك لفحص الامراض النفسية الباطنية وتلك الجسدية، وقمنا بعد ذلك

بتكرار هذه التحاليل للأفراد الذين يعانون من افكار انتحار عند عمر ١٦ و ١٧ ويقرون بوجود خبرات زهان، هذا بالمقارنة مع هؤلاء الذين لا يقرون بتزامن خبرات الزهان. لقد تم فحص التحاليل فيما يخص الجنس وتعاطي مخدر الحشيش، وقد قمنا باستخدام وسيلة تقدير مركبة وقوية لحساب احتمالية تكوّن مجموعات كنتيجة استخدام البيانات التوأمية.

النتيجة

لقد تم التقرير بوجود أفكار انتحار من جانب ١١٦ فردًا من الفئة العمرية ١٣-١٤ عامًا (٥٪) ومن جانب ١٩١ من الفئة العمرية ١٦-١٧ عامًا (٨٪) وأيضًا من جانب ١٣٨ من الفئة العمرية ١٩ إلى ٢٠ عامًا (٨٪). وكان لدى ٣٥٪ من هؤلاء من الفئة العمرية ١٣ إلى ١٤ عامًا الذين أدلوا بوجود أفكار انتحار، أفكار انتحار قوية عند عمر ١٦ إلى ١٧ عامًا، ولدى ٢٩٪ من هؤلاء في الفئة العمرية ١٦ إلى ١٧ عامًا والذين أقروا بوجود أفكار انتحار، أفكار انتحار قوية عند عمر ١٩ و ٢٠ عامًا (أنظر الجدول رقم ١).

وقد تم التقرير بوجود خبرات زهان من جانب ١٦٢ من بين هؤلاء في الفئة العمرية من ١٣ إلى ١٤ عامًا (٧،٣٥) ومن جانب ٨٩ من بين هؤلاء الذين في الفئة العمرية من ١٦ إلى ١٧ عامًا (٣،٩) وأيضًا من جانب ٤٤ من هؤلاء الذين في الفئة العمرية من ١٩ إلى ٢٠ عامًا (٢،٦). كان لدى ١٦٪ من هؤلاء في الفئة العمرية من ١٣ إلى ١٤ عامًا الذين أقروا بوجود خبرات زهان، خبرات زهان قوية عند عمر ١٦ إلى ١٧ عامًا، وأيضًا كان لدى ١٩٪ من هؤلاء في الفئة العمرية من ١٦ إلى ١٧ عامًا الذين أقروا بوجود خبرات زهان، خبرات زهان عند عمر ١٩ و ٢٠ عامًا.

لقد أشارت نتائج الأمراض النفسية الباطنية وتلك الجسدية في الفئة العمرية من ١٣ إلى ١٤ عامًا، أشارت إلى وجود خبرات زهان عند عمر ١٦ إلى ١٧ (على التوالي، $OR = 1.08$ ، $CI95\%: 1.05-1.11$ ، $OR = 1.06$ ، $CI95\%: 1.03-1.10$)، أيضًا قد أشارت نتائج الأمراض النفسية الباطنية وتلك الجسدية في الفئة العمرية من ١٦ إلى ١٧ عامًا إلى وجود خبرات زهان عند عمر ١٩ و ٢٠ عامًا (على التوالي، $OR = 1.09$ ، $CI95\%: 1.06-1.13$ ، $OR = 1.04$ ، $CI95\%: 1.00-1.08$)،

لكن لم يكن هناك اتجاهًا قويًا ناحية تعاطي مخدر الحشيش في الفئة العمرية من ١٣ إلى ١٤ لتشير إلى وجود خبرات زهان عند عمر ١٦ و ١٧ عامًا ($OR = 1.28$ ، $CI95\%: 0.69-2.40$)، بينما قد أشار أمر تعاطي الحشيش في الفئة العمرية بين ١٦ و ١٧ عامًا، إلى وجود خبرات زهان عند عمر ١٩ و ٢٠ عامًا ($OR = 3.79$ ، $CI95\%: 1.45-9.87$). لقد قمنا بفحص الامراض النفسية الباطنية وتلك الجسدية وأيضًا تعاطي الحشيش والجنس، وذلك في التحاليل اللاحقة التي قامت على العلاقة بين خبرات الزهان والانتحار (أنظر أسفل). ومن بين المراهقين الذين يعانون من أفكار انتحار عند عمر ١٣ و ١٤، لا يُشير تزامن الخبرات الذهانية إلى وجود زيادة شاذة في قوة أفكار الانتحار عند عمر ١٦ و ١٧ (أنظر الجدول رقم ٢)، إلا أنه من بين المراهقين الذين يعانون من أفكار انتحار عند عمر ١٦ و ١٧ عامًا، أشار تزامن الخبرات الذهانية بزيادة أكبر ستة مرات في شذوذ قوة أفكار الانتحار عند عمر ١٩ إلى ٢٠. في حقيقة الأمر، بينما أن ٢٧٪ من هؤلاء في الفئة العمرية من ١٦ إلى ١٧ عامًا ويعانون من أفكار انتحار ولا يقرون بوجود خبرات زهان، لديهم أفكار انتحار قوية عند عمر ١٩ و ٢٠، إلا أنه لدى ما يزيد عن نصف (٥٤٪) هؤلاء في الفئة العمرية من ١٦ إلى ١٧ ويعانون من أفكار انتحار ويقرون بتزامن خبرات الزهان، لديهم أفكار انتحار قوية عند عمر ١٩ إلى ٢٠ (أنظر الجدول رقم ٢).

جدول رقم ١: القيمة القاعدية لأفكار الانتحار وخطر الأفكار الانتحارية في تقييمات فترات المتابعة

الأفكار الانتحارية في فترات المتابعة					
	95%CI	OR	%	N	N
أفكار الانتحار في الفئة العمرية من ١٣ إلى ١٤ عامًا	٢.٢٠ - ٢.٨٠	٤.١٧	٣٤.٩	٣٧	١١٦
أفكار الانتحار في الفئة العمرية من ١٦ إلى ١٧ عامًا	٥.٤٦ - ٢.٧٨	٣.٩٠	٢٩.٤	٤٢	١٩١

كانت فترات المتابعة لهؤلاء في الثالثة عشرة أو الرابعة عشرة من العمر عند بلوغهم السادسة عشرة والسابعة عشرة، وكانت فترات المتابعة لهؤلاء في السادسة عشرة أو السابعة عشرة من العمر عند بلوغهم التاسعة عشرة والعشرين

الخاتمة

لقد وجدنا في دراسة مطوّلة قامت على عينة من المراهقين أن خبرات الذهان بمثابة علامة كبيرة على خطر أن تقوى أفكار الانتحار بداية من منتصف فترة المراهقة وحتى أواخرها/ بداية فترة البلوغ، وقد كان هذا هو الحال حتى بعد فحص الأمراض النفسية الجسدية وتلك الباطنية وتعاطي مخدر الحشيش، إلا أنه لم تشر الخبرات الذهانية في بدايات فترة البلوغ (من ١٣ إلى ١٤ عامًا) إلى زيادة في خطر أن تقوى أفكار الانتحار في فترة منتصف البلوغ. يتوافق هذا الأمر مع بحث قام على توضيح أن الخبرات الذهانية ترتبط بصورة أقرب بأمراض نفسية أقوى بداية من منتصف فترة المراهقة وحتى فيما بعد، هذا بالمقارنة مع فترة الطفولة وفترة بداية البلوغ (١٧)، وبالتالي ففي بداية فترة البلوغ قد تكون الخبرات الذهانية أقل إخبارًا عن خطر حدوث سلوكيات انتحارية من الحالات الخاصة بمنتصف فترة البلوغ. من الممكن أيضًا أن يكون صغار البالغين أكثر احتمالًا لأن يُسيئوا تفسير الأسئلة الخاصة بالخبرات الذهانية، هذا بالرغم من أن البحث السابق قد أظهر أن البند المستخدم في البحث الحالي بالأمر الواضح، حتى لهؤلاء في مرحلة بداية البلوغ (٢٤).

وبينما نعرف جيدًا أن الاعراض الذهانية الصريحة ترتبط بنسبة عالية من خطر حدوث سلوكيات انتحارية، مثل في حالات اضطرابات الذهان الشديدة ذات مظاهر ذهان، إلا أن نتائج هذه الدراسة توضح أن فئة أكبر وأكثر انتشارًا من الخبرات الذهانية (الضعيفة) تشير أيضًا إلى خطر حدوث انتحار. أيضًا لقد أستمرت أفكار الانتحار بين هؤلاء من الفئة العمرية من ١٦ إلى ١٧ عامًا حتى عمر ١٩ و ٢٠ عامًا، وذلك بين فقط أقلية صغيرة (٢٧٪) من هؤلاء الذين لم يُدلووا بوجود خبرات ذهان، إلا أن أفكار الانتحار أستمرت حتى عمر ١٩ و ٢٠ عامًا بين العامة (٥٤٪) الذين ينتمون إلى الفئة العمرية من ١٦ إلى ١٧ عامًا الذين قد أدلووا أيضًا بتزامن خبرات ذهانية.

هناك العديد من الأسباب لماذا تكون الخبرات الذهانية بمثابة مؤشر لخطر زيادة السلوكيات الانتحارية، وقد تم توضيح العديد من عوامل خطر حدوث خبرات ذهان، وذلك بصورة مستقلة في مجموعات تعاني من سلوكيات انتحار (٢٥-٢٩)، ومن الملحوظ أن الخبرات الذهانية ترتبط بوجود العديد من التشخيصات المرضية من المحور الأول (تعدد الحالات المرضية) (١٧، ١٩)، وهذا عامل خطر مُثبت لحدوث سلوكيات انتحارية (٢٥)، لكن وباعتبار الأمراض النفسية من المحور الثاني، من الهام أن نلاحظ أن فقط أقلية صغيرة من الأفراد الذين يعانون من خبرات ذهان - وحتى في العينات الكلينيكية - لديهم (أو يظهر عليهم فيما بعد)

اضطرابات الشخصية الحدية (١٨). وبحسب عوامل الخطر الأخرى، لقد ظهر أن لدى الشباب الذين يعانون من خبرات ذهان أداء مهني اجتماعي/ عالمي ضعيف، وحتى بالمقارنة بغيرهم من الشباب الذين يعانون من أمراض نفسية لكن لا يُدلوون بوجود خبرات ذهان (١٩)، وظهر أيضًا أن لديهم عجز إدراكي عصبي وبصفة خاصة في الأداء الذي يتطلب سرعة (٣٠، ٣١)، وهو العجز المعرفي الأكثر تواترًا بين الأفراد الذين يعانون من سلوكيات انتحارية (٢٦). لقد ظهر أيضًا أن لدى الخبرات الذهانية علاقة كبيرة بالصدمات التي تحدث في فترة الطفولة، مثل الانتهاكات الجسدية والجنسية والمضايقات والتعرض لعنف أسري (٣٢-٤١). وقد أظهرت بحوث أخرى أن الأفراد الذين يُدلوون بوجود خبرات ذهانية لديهم حساسية زيادة للضغوط (٤٢) والقليل من مهارات التعامل مع الآخرين (٤٣، ٤٤)، وهذه عوامل قد تُساهم أيضًا في خطر حدوث انتحار في سياق الضغوط الحياتية. أيضًا توضح أبحاث التصوير العصبي الجديدة وجود تداخل مثير للاهتمام بين هذه المجموعات، وهو الأمر الذي يشمل اختلافات حجمية في القشرة الحزامية والقشرة الأمامية لدى الشباب الذين يعانون من خبرات ذهانية (٤٥) وهذان مركزان يُعرف أنهما بالأمر الهام في تنظيم الضغوط (٤٦) وهو الأمر الذي تم تأكده في الدراسات التي قامت على التصوير لدى الأفراد الذين يعانون من سلوكيات انتحارية (٤٧)، بالإضافة إلى ذلك لقد أوضح بحث حديث قام على العلامات الحيوية التداخل الهام بين مؤشرات الانتحار والذهان (٤٨).

إن مواطن قوة هذه الدراسة هو في طبيعتها المطوّلة، لقد تمكنا أيضًا من تقييم - لأول مرة - العلاقة بين أفكار الانتحار وخبرات الذهان على مدار فترات البلوغ المبكرة وتلك المتأخرة وأيضًا في أوائل فترة الشباب. أما محدوديات هذه الدراسة فهو أنه بينما أن البيانات قد أمكنتنا من فحص عوامل خطر أفكار الانتحار، إلا أننا لم نتكمن من تحديد الأفراد في المجموعة الذين لديهم نيات صريحة للانتحار أو يخططون لمحاولات انتحار، إلا أن الأفكار الانتحارية القوية، والضغوط النفسية الطويلة الأمد والتي ترتبط بها، بمثابة نتيجة هامة في حد ذاتها، هذا بالإضافة إلى حالات الوفيات الناتجة عن الانتحار. وبالرغم من أن العينة خاصتنا كانت كبيرة إلى حد كبير، إلا أن التحاليل الخاصة بالمجموعات الفرعية تتضمن مجموعات صغيرة نسبيًا، ولهذا السبب كانت حدود الثقة واسعة. كانت معدلات الاستجابة بالأمر الجيد لكلا من الشباب والآباء، وذلك في الفئات العمرية من ١٣ إلى ١٤ ومن ١٦ إلى ١٧، إلا أنها كانت أقل من المرغوب بين الشباب في الفئة العمرية من ١٩ وحتى ٢٠ عامًا (٥٨٪) من الشباب بالمقابل مع ٧٨٪ من الآباء، لكن لم تختلف المشاركة بحسب الخبرات الذهانية.

في النهاية، لقد اكتشفنا في دراسة مطوّلة أن الخبرات الذهانية بمثابة مؤشرات خطر إكلينيكية عن مدى قوة أفكار الانتحار بداية من منتصف فترة البلوغ وحتى نهاية هذه الفترة وبدايات الشباب، إلا أنه لم يتم توضيح هذا الاكتشاف من جانب الأمراض النفسية الجسدية وتلك الباطنية أو من جانب تعاطي مخدر الحشيش. تؤكد هذه الاكتشافات الاحتياج إلى تقوية التقييمات الكلينيكية للخبرات الذهانية (الصريحة والضعيفة) في خدمات الصحة النفسية، أي أنه لا بد أن تعمل الخبرات الذهانية على تنبيه الطبيب الكلينيكي أن الأفكار الانتحارية قد لا تكون بالأمر الوقتي؛ ففي هذا البحث، كانت الأفكار الانتحارية بالأمر المثابر لمدة ثلاثة سنوات فيما بعد، وذلك بين الغالبية من هؤلاء في الفئة العمرية التي تتراوح بين ١٦ و ١٧ عامًا ويعانون من أفكار انتحار وأقروا بتزامن خبرات ذهانية. ونظرًا لمدى اهتمام الصحة العامة حول العالم بالسلوكيات الانتحارية، لا بد أن يكون المزيد من الأبحاث التي تهدف إلى تطوير إدراكنا عن هذه العلاقة وعن التقنية التي تكمن ورائها، وأولوية.

الجدول رقم ٢: خطر أفكار الانتحار في فترات تقييم المتابعة للمراهقين الذين يعانون من أفكار انتحارية مع خبرات ذهان أو لا

95%CI	OR	مع خبرات ذهان		بلا خبرات ذهان		N
		% مع أفكار انتحار في فترات المتابعة	N	% مع أفكار انتحار في فترات المتابعة	N	
٤,٧٨ - ٠,١٩	٠,٩٤	٪٢٩	٢١	٪٣١	٨٨	١٠٩

كانت فترات المتابعة لهؤلاء في الثالثة عشرة أو الرابعة عشرة من العمر عند بلوغهم السادسة عشرة والسابعة عشرة، و كانت فترات المتابعة لهؤلاء في السادسة عشرة أو السابعة عشرة من العمر عند بلوغهم التاسعة عشرة والعشرين كانت تُفحص التحاليل فيما يخص الجنس ومجموع الامراض النفسية الباطنية وتلك الجسدية وتعاطي مخدر الحشيش

شكر خاص

لقد تم تمويل هذا العمل من جانب مجلس الابحاث السويدي ومجلس الأبحاث الصحية السويدي والحياة العاملة والشؤون الاجتماعية، ويتقدم الكتاب بجزيل الشكر إلى الشباب البالغين وأبائهم الذين شاركوا في هذه الدراسة.

المراجع:

- psychotic symptoms in childhood and adolescence: a systematic review and meta-analysis of population-based studies. *Psychol Med* 2012;42: 1857-64.
- Linscott RJ, van Os J. An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: on the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders. *Psychol Med* 2013;43:1133-49.
 - Yung AR, Buckby JA, Cosgrave EM et al. Association between psychotic experiences and depression in a clinical sample over 6 months. *Schizophr Res* 2007;91:246-53.
 - Scott J, Martin G, Bor W et al. The prevalence and correlates of hallucinations in Australian adolescents: results from a national survey. *Schizophr Res* 2009;107:179-85.
 - Wigman JT, van Nierop M, Vollebergh WA et al. Evidence that psychotic symptoms are prevalent in disorders of anxiety and depression, impacting on illness onset, risk, and severity – implications for diagnosis and ultra-high risk research. *Schizophr Bull* 2012;38:247-57.
 - Bartels-Velthuis AA, van de Willige G, Jenner JA et al. Course of auditory vocal hallucinations in childhood: 5-year follow-up study. *Br J Psychiatry* 2011;199:296-302.
 - Kelleher I, Keeley H, Corcoran P et al. Clinicopathological significance of psychotic experiences in non-psychotic young people: evidence from four population-based studies. *Br J Psychiatry* 2012;201:26-32.
 - Addington J, Cornblatt BA, Cadenhead KS et al. At clinical high risk for psychosis: outcome for nonconverters. *Am J Psychiatry* 2011;168:800-5.
 - Kelleher I, Devlin N, Wigman JT et al. Psychotic experiences in an adolescent mental health clinic sample: implications for suicidality, multimorbidity and functioning. *Psychol Med* (in press).
 - Fisher HL, Caspi A, Poulton R et al. Specificity of childhood psychotic symptoms for predicting schizophrenia by 38 years of age: a birth cohort study. *Psychol Med* (in press).
 - Tuvblad C, Narusyte J, Grann M et al. The genetic and environmental etiology of antisocial behavior from childhood to emerging adulthood. *Behav Genet*
 - World Health Organization. The World Health Report 2001: mental health, new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001.
 - Wasserman D, Cheng Q, Jiang GX. Global suicide rates among young people aged 15-19. *World Psychiatry* 2005;4:114-20.
 - World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. www.who.int.
 - Garrison CZ, Addy CL, Jackson KL et al. A longitudinal study of suicidal ideation in young adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991;30:597-603.
 - Borges G, Angst J, Nock MK et al. Risk factors for the incidence and persistence of suicide-related outcomes: a 10-year follow-up study using the National Comorbidity Surveys. *J Affect Disord* 2008;105:25-33.
 - Wilcox HC, Arria AM, Caldeira KM et al. Prevalence and predictors of persistent suicide ideation, plans, and attempts during college. *J Affect Disord* 2010;127:287-94.
 - Kelleher I, Lynch F, Harley M et al. Psychotic symptoms in adolescence index risk for suicidal behavior: findings from two populationbased case-control clinical interview studies. *Arch Gen Psychiatry* 2012;69:1277-83.
 - Nishida A, Sasaki T, Nishimura Y et al. Psychotic-like experiences are associated with suicidal feelings and deliberate self-harm behaviors in adolescents aged 12-15 years. *Acta Psychiatr Scand* 2010;121:301-7.
 - Kelleher I, Corcoran P, Keeley H et al. Psychotic symptoms and population risk for suicide attempt: a prospective cohort study. *JAMA Psychiatry* 2013;70:940-8.
 - Saha S, Scott JG, Johnston AK et al. The association between delusional-like experiences and suicidal thoughts and behaviour. *Schizophr Res* 2011;132:197-202.
 - Kelleher I, Connor D, Clarke MC et al. Prevalence of

- trauma exposure and delusional experiences in a large community-based sample. *Br J Psychiatry* 2007;190:339-43.
36. Saha S, Varghese D, Slade T et al. The association between trauma and delusional-like experiences. *Psychiatry Res* 2011;189:259-64.
 37. Fisher HL, Schreier A, Zammit S et al. Pathways between childhood victimization and psychosis-like symptoms in the ALSPAC birth cohort. *Schizophr Bull* 2013;39:1045-55.
 38. Bentall RP, Wickham S, Shevlin M et al. Do specific early-life adversities lead to specific symptoms of psychosis? A study from the 2007 the adult psychiatric morbidity survey. *Schizophr Bull* 2012;38:734-40.
 39. Freeman D, Fowler D. Routes to psychotic symptoms: trauma, anxiety and psychosis-like experiences. *Psychiatry Res* 2009;169: 107-12.
 40. Heins M, Simons C, Lataster T et al. Childhood trauma and psychosis: a case-control and case-sibling comparison across different levels of genetic liability, psychopathology, and type of trauma. *Am J Psychiatry* 2011;168:1286-94.
 41. Janssen I, Krabbendam L, Bak M et al. Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatr Scand* 2004;109: 38-45.
 42. Lataster T, Wichers M, Jacobs N et al. Does reactivity to stress cosegregate with subclinical psychosis? A general population twin study. *Acta Psychiatr Scand* 2009;119:45-53.
 43. Lin A, Wigman JT, Nelson B et al. The relationship between coping and subclinical psychotic experiences in adolescents from the general population – a longitudinal study. *Psychol Med* 2011;41:2535-46.
 44. Wigman JT, Devlin N, Kelleher I et al. Psychotic symptoms, functioning and coping in adolescents with mental illness. *BMC Psychiatry* (in press).
 45. Jacobson S, Kelleher I, Harley M et al. Structural and functional brain correlates of subclinical psychotic symptoms in 11-13 year old schoolchildren. *Neuroimage* 2010;49:1875-85.
 46. Koolschijn PC, van Haren NE, Lensvelt-Mulders GJ et al. Brain volume abnormalities in major depressive disorder: a metaanalysis of magnetic resonance imaging studies. *Hum Brain Mapp* 2009;30:3719-35.
 47. Monkul ES, Hatch JP, Nicoletti MA et al. Fronto-limbic brain structures in suicidal and non-suicidal female patients with major depressive disorder. *Mol Psychiatry* 2007;12:360-6.
 48. Le-Niculescu H, Levey DF, Ayalew M et al. Discovery and validation of blood biomarkers for suicidality. *Mol Psychiatry* 2013;18: 1249-64.
 - 2011;41:629-40.
 22. Achenbach T. Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profile. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry, 1991.
 23. Achenbach T, Rescorla L. Manual for the ASEBA Adult Forms and Profiles. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families, 2003.
 24. Kelleher I, Harley M, Murtagh A et al. Are screening instruments valid for psychotic-like experiences? A validation study of screening questions for psychotic-like experiences using in-depth clinical interview. *Schizophr Bull* 2011;37:362-9.
 25. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Adolescent psychopathology: III. The clinical consequences of comorbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:510-9.
 26. LeGris J, van Reekum R. The neuropsychological correlates of borderline personality disorder and suicidal behaviour. *Can J Psychiatry* 2006;51:131-42.
 27. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ et al. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA* 2001;286:3089-96.
 28. Angst J, Sellaro R, Ries Merikangas K. Multimorbidity of psychiatric disorders as an indicator of clinical severity. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2002;252:147-54.
 29. Lopez-Castroman J, Melhem N, Birmaher B et al. Early childhood sexual abuse increases suicidal intent. *World Psychiatry* 2013;12:149-54.
 30. Kelleher I, Clarke MC, Rawdon C et al. Neurocognition in the extended psychosis phenotype: performance of a community sample of adolescents with psychotic symptoms on the MATRICS neurocognitive battery. *Schizophr Bull* 2013;39:1018-26.
 31. Barnett JH, McDougall F, Xu MK et al. Childhood cognitive function and adult psychopathology: associations with psychotic and non-psychotic symptoms in the general population. *Br J Psychiatry* 2012;201:124-30.
 32. Kelleher I, Keeley H, Corcoran P et al. Childhood trauma and psychosis in a prospective cohort study: cause, effect and directionality. *Am J Psychiatry* 2013;170:734-41.
 33. Arseneault L, Cannon M, Fisher HL et al. Childhood trauma and children's emerging psychotic symptoms: a genetically sensitive longitudinal cohort study. *Am J Psychiatry* 2011;168:65-72.
 34. Read J, van Os J, Morrison AP et al. Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatr Scand* 2005;112:330-50.
 35. Scott J, Chant D, Andrews G et al. Association between

DOI 10.1002/wps.20131

علامات الالتهاب في حالات الفصام: الترابط مقابل الاسباب

PETER MANU¹⁻³, CHRISTOPH U. CORRELL¹⁻³, MARTIEN WAMPERS⁴, ALEX J. MITCHELL^{5,6}, MICHEL PROBST^{4,7}, DAVY VANCAMPFORT^{4,7}, MARC DE HERT⁴

¹Zucker Hillside Hospital, Glen Oaks, New York, NY, USA; ²Albert Einstein College of Medicine, Bronx, NY, USA; ³Hofstra North Shore – LIJ School of Medicine, Hempstead, NY, USA; ⁴University Psychiatric Centre KU Leuven, Campus Kortenberg, Kortenberg, Belgium; ⁵Department of Psycho-oncology, Leicestershire Partnership NHS Trust, Leicester, UK; ⁶Department of Cancer and Molecular Medicine, University of Leicester, Leicester, UK; ⁷KU Leuven Department of Rehabilitation Sciences, Leuven, Belgium

فيزيولوجية مرضية، وكذلك أيضاً التماسك بين الاكتشافات الوبائية والمعملية، وأخيراً سَنَقِيم نوعية الشذوذ الالتهابي.

القوة والاتساق

لقد أشار استطلاع شامل قام على ٤٠ دراسة اختصت بالتغيرات التي يحدثها السيتوكين في حالات الفصام، أشار إلى اتفاق كبير تم بين الدارسين فيما يخص حجم الزيادة في مستويات الـ IL-6 ومستقبلات الـ IL-2 القابل للذوبان وأيضاً ألفا TNF في نوبات الذهان الأولى وحالات الانتكاس للمرضى الداخليين، هذا بالمقارنة مع الأصحاء (٣)، مثلاً أن حجم التأثير في حالات تعاطي المخدرات ومرضى النوبات الأولى ٠,٨١ لألفا TNF و١,٠٣ لمستقبلات IL-2 القابلة للذوبان و١,٤٠ للـ IL-6، أما غيره من السيتوكين (بيتا IL-1 وعامل نمو محول بيتا وأنترفيرون غاما وIL-12) فلهذه أحجام تأثير أقل.

الفترات الزمنية

لم يتم تقييم مستويات السيتوكين وغيرها من العلامات الحيوية للالتهابات بصورة مطوّلة قبيل العلامات الاكلينيكية للفصام، وبالتالي ليس هناك دليلاً مباشراً على وجود نمط ظاهري مرضي يسبق المرض. لقد تم اقتراح وجود علاقة زمنية في القليل من الدراسات التي قامت على المقاييس، وقد أظهرت هذه مستويات شاذة بصورة كبيرة من الإنترفيرون غاما (١٣) ومستقبلات الـ IL-2 القابل للذوبان (١٤,١٥) وIL-6 وزيادة ألفا TNF (15) لدى مرضى الفصام وأقاربهم، هذا بالمقارنة مع الأصحاء.

التدرج البيولوجي

لم يتم شرح التدرج البيولوجي الذي يربط بين مستويات السيتوكين المولية للالتهاب وشدة الفصام. إن العلاقة بين سيتوكين IL-1 بيتا والـ IL-6 والـ IL-9 والبيتا TNF مع النتائج الإيجابية والسلبية لمقياس الاعراض الإيجابي والسلبي (PANSS) التي تم تعريفها في دراسة مستقطعة، أصبح بالأمر الهام بعد تصحيح العديد من المقارنات، ولم يوجد هناك علاقات مع مجموع مقياس الاعراض الفرعي السلبي (١٦). يبدو أن مسارات مستويات السيتوكين بعد العلاج تبدو مختلفة في النوبات الأولى من الذهان، هذا بالمقارنة مع حالات انتكاس الفصام (١٧). لقد أظهرت بيانات من تحليل تلوي أن مستويات البعض من السيتوكين (IL-1، IL-6، بيتا وتحويل عامل نمو بيتا) تعود إلى طبيعتها بعد

إن الالتهاب هو رد فعل معقد للجسم لاذى في الأنسجة، مثل حدوث إصابة ما أو جرح جسدي (١). إن الدور الأساسي للالتهاب هو أن يقوم وبسرعة بإبعاد الكائن الذي يسبب مرضاً وذلك بأن يبدأ عملية استجابة مناعية تكيفية عن طريق إثارة مستضد T المحدد وليمفاويات B وناقيل المناعة المنظم والذي هو السيتوكين I الموالي للالتهاب. إن السيتوكين مُقسّم إلى نوعين، وهما النوع الموالي للالتهاب بصورة أساسية والنوع المضاد للالتهاب بصورة أساسية أيضاً (٢). ويُفرز السيتوكين الموالي للالتهاب، مثل الأنترلوكين ٦ (IL-6) وعامل ألفا لنخر الأورام (TNF-alpha) عن طريق الوحيدات ٢ والبلعم ٣ وهو أيضاً يعمل على تنشيط مكونات خلوية أخرى للردود الالتهابية. ويعمل السيتوكين المضاد للالتهاب، مثل الإنترلوكين ٤ (IL-4) على خفض تنظيم الرد المناعي الالتهابي.

لقد تلقى دور العملية الالتهابية في حالات الفصام الكثير والكثير من الاهتمام، وتمثل التقنيات التي تقف وراء السيتوكين محور عدد من الافتراضات التي ظهرت على مر العقود السابقتين (٢-٤). يدعي الافتراض الخاص ببلعم الخلايا للمفاوية التائية أن البلعم الذي تم تنشيطه بصورة مزمنة ينتج سيتوكين مثل أنترلوكين ١ (IL-1) وأنترلوكين ٢ (IL-2) وعوامل نخر الأورام وأنترفيرون ألفا وأنترفيرون جاما (٥). لقد عملت الفرضية التي تقول بوجود مساعد T على تعزيز فكرة الابتعاد بعيداً عن وظيفة الخلايا المناعية السامة والتوجه ناحية التفاعلات الخلوية المناعية (٦). أما الاقتراح الذي يتعلق بالديقات فيقول أن السيتوكين الموالي للالتهاب والجذور الحرة تُفرز من تنشيط ديبقات الجهاز العصبي المركزي، مما يتسبب في تخليق غير طبيعي للأنسجة العصبية وأيضاً تدهور عصبي وشذوذ في المادة البيضاء التي يُعرف أنها تلعب دوراً هاماً في داء الفصام (٧). لقد طُرِح أيضاً أمر حدوث تقارب بين التغيرات الالتهابية العصبية ومستقبلات الدوبامين والغلوتامات وتم مخاطبة التجارب الاكلينيكية مع وسائل العلاج الحيوية التي تم تطويرها بهدف تقليل الالتهاب (٨، ٩) وأيضاً اضطرابات المناعة الذاتية (١٠، ١١).

يُمكن دراسة مدى أهمية شذوذ السيتوكين والعلامات الأخرى للعجز المناعي التي تم تحديدها لدى مرضى الفصام، وذلك عن طريق المنظور الذي تقدمه المبادئ التوجيهية الخاصة ببرادفورد هيل (١٢)، والذي هو بمثابة نموذج مقبول على نطاق واسع لتحديد ما إذا كانت علاقة ما يُمكن أن تُساهم في التسبب في ظاهرة مرضية. وبحسب إطار العمل هذا نحن نقوم هنا بتقييم مدى قوة هذه العلاقة وأتساقها في الدراسات التي قدمها العديد من الدارسين في مختلف العينات، وأيضاً فترتها الزمنية، وذلك عن طريق محاولة تحديد ما إذا كان الالتهاب قد تفوق على بدايات الفصام، ونَقِيم أيضاً تدرجها البيولوجي، بمعنى أنه لا بد أن ترتبط مدى شدة الفصام بقدر عملية الالتهاب، وسَنَقِيم أيضاً مدى قبولها كتقنية

الناحية الأخرى كان حدوث الفصام بالأمر الأقل من المتوقع بين المرضى ذي حالات شائعة من المناعة الذاتية التي لا جدال فيها مثل آلام المفاصل الروماتويدي الإيجابي المصل وآلام العضلات الروماتزمي وآلام الفقار المقسّط والتهاب الدرقية الناجم عن المناعة الذاتية. لقد كانت معدلات نسب الحدوث للتهاب المفاصل الروماتويدي الإيجابي المصل عند بدايات اضطرابات الذهان ٠,٧٥ وقد انخفضت إلى ٠,٦٠ بعد مرور خمسة سنوات.

لكن قد حدث أنه في ذات الدراسة أن بعض النتائج قد اختلفت مع وجود علاقة واضحة بين الالتهاب والفصام، مثلاً لقد تم الاكتشاف أن الفصام يتواجد بصورة أكثر لدى الأفراد الحاملين داء كروهن ٤، هذا بالمقارنة مع العامة من الناس، بينما أنه أقل تواجداً بين الأفراد الحاملين التهاب القولون التقرحي (٢٠).

النوعية

ليس هناك دليلاً على نوعية ارتفاع نسب السيتوكين الموالي للالتهاب أو الأجسام المضادة الذاتية، فقد تم ملاحظة اكتشافات شبيهة في الاضطرابات النفسية الأخرى.

ترتبط المؤشرات المولية للالتهاب بالاكتئاب، وذلك بقوة وبصورة مستمرة، مثلاً لقد كان حجم تأثير الـ IL-6 في تحليل تلوي قام على ٢٥ دراسة قامت على مرضى يعانون من اكتئاب إكلينيكي وأيضاً البعض من الأصحاء، ٠,٧١، وتراوحت فترات الثقة الـ ٩٥٪ من ٠,٤٦ إلى ٠,٩٧ (٢١). وقد ظلت هذه العلاقة بالأمر الهام حتى بعد التصحيح بحسب الاضطرابات الجسدية المرضية التي يُمكن أن ترتبط بخلل في المناعة، مثل السرطان، وأيضاً بعد التصحيح بحسب التداعي بالعقاقير المضادة للذهان والذي قد يعمل على تخفيض إفراز السيتوكين الموالي للالتهاب من الدبقيات النشطة (٢٢).

لقد أكد الاستطلاع التركيز العالي للـ IL-6 والـ TNF الفا لدى مرضى الاكتئاب، هذا بالمقارنة مع الأصحاء، ولم يظهر أن حجم التأثير متأثر بنوع مقياس الـ ELISA المستخدم (٢٣).

لقد أكدت أيضاً معلومات حديثة أن التداعي بالعقاقير المضادة للالتهاب تعمل على تخفيض مستويات العلامات الحيوية للالتهاب (٢٤)، هناك أيضاً دليل - أتى من أربعة تجارب مُرقبة بغفال - يقول بأن التداعي بالعقاقير المضادة للالتهاب مثل السيليكوكسيب مثبطات انزيمات الأكسدة الحلقية ٢، يؤدي إلى متوسط انخفاض كبير في مقياس هاميلتون لتقييم الاكتئاب، ويؤدي أيضاً إلى تقليص كبير في المعدلات، أكثر من الغفال (٢٥).

وقد ظهر أن المستويات المرتفعة من السيتوكين الموالي للالتهاب يرتبط بشدة بالاكتئاب وأن مستويات الـ IL-6 و TNF الفا أعلى لدى مرضى الاكتئاب الذين يعانون من أفكار انتحار أو محاولات انتحار (٢٦). لكن في نماذج التحاليل التلوية ذات التأثيرات العشوائية والتأثيرات الثابتة، لا يرتبط التحسّن في أعراض الاكتئاب بتغيير في مستويات المصل الخاص بـ TNF الفا، وقد كان التدرج البيولوجي للـ IL-6 صغيراً جداً (٢٧). وتقتصر التحاليل التي قامت على المجموعات الفرعية - بعكس الفئات الأخرى من العقاقير المضادة للاكتئاب - أنه قد تعمل مثبطات امتصاص السيروتونين على خفض مستويات TNF الفا والـ IL-6، إلا أن هذا التأثير لم يؤثر على نسبة المرضى الذين يحققون ٥٠٪ من نسبة

التداعي بالعقاقير المضادة للذهان، بينما أن مستويات السيتوكين الأخرى (TNF ألفا والـ IL-2 القابل للذوبان والـ IL-12) تبقى مرتفعة حتى بعد مكافحة أعراض الاستنزاف الشديدة (٣). لقد تم تفسير هذه المتغيرات لتؤكد أن مستويات السيتوكين المختلفة قد تكون إما أنها سمة أو علامات تتبع حالة ما (٣)، ولم يتم إثبات أنه لدى هذا النظام أمراً يخص الفصام، بل أن له الكثير الذي يخص مظاهر الذهان (١٨).

لقد فشلت أيضاً الدراسات المطوّلة التي قامت على الأجسام المضادة الذاتية في حالة الفصام، في إثبات وجود تدرج بيولوجي. لقد بلغت نسبة المرضى ذي عيارات إيجابية من الأجسام المضادة للكارديولين والتي تم قياسها في وقت استنزاف مرض شديد ومرة أخرى بعد التحسّن من بعد تعاطي عقاقير مضادة للذهان، 19,3% بالقابل مع 23,8% (p=0,62) للـ IgG و 15,8% بالمقابل مع 26,2% (p=0,22) للـ IgM، وكانت العيارات مرتبطة بصورة سلبية بمجموع المقاييس الفرعية الإيجابية للـ PANSS (19).

القبول

يُمكن استنتاج هذه العلاقة المُحتملة من تجارب العقاقير المضادة للالتهاب كوسيلة علاج إضافية في حالات الفصام. يقترح تحليل تلوي حديث قام على مثبطات أنزيمات الأكسدة الحلقية 2 والأسبيرين الذي يُقدم كوسيلة علاج إضافية مع العقاقير المضادة للذهان، ويشمل هذا التحليل ثمانية دراسات (N= 774 مريضاً)، وكان متوسط حجم التأثير للمقياس الفرعي الإيجابي للـ PANSS - 0,189 وكان الحد الأقصى للـ ٩٥٪ من فترات الثقة - ٠,٠٠٥، يقترح أن نتيجة التدخلات الخاصة بهذا النوع من الأعراض بالأمر الصغير (٨)، بالإضافة إلى ذلك، كان متوسط حجم التأثير لمجموع الأعراض السلبية والكلية الـ PANSS بالأمر الغير هام.

لقد أكد تحليل تلوي انحداري قام على هذه البيانات وجود علاقة عكسية بين شدة الأعراض السلبية في التقديرات الأساسية وفعالية العلاج بالعقاقير المضادة للالتهاب الغير ستيرويدية، وهذا اكتشاف يقول بغياب التدرج البيولوجي ويُقلل من احتمالية وجود دور للالتهاب في تحديد مدى شدة الفصام، ومع ذلك، كانت أحجام تأثير مجموع نتائج الـ PANSS أكبر في تجارب الأسبيرين وفي الدراسات التي قامت على الكثير من مرضى النوبات الأولى (٨).

لقد اكتشف تحليل بحثي حديث آخر أنه لدى الأستروجين والأستيتيل N سيستئين حجم تأثير يتراوح بين الصغير والمتوسط عند إضافته إلى العقاقير المضادة للذهان لمجموع أعراض الـ PANSS (٩).

التماسك

من الناحية الوبائية، لقد تم دراسة العلاقة بين الالتهاب والفصام فقط في الدنمارك، وذلك في دراسة وطنية شاملة للدولة بأسرها قامت على خطر الإصابة بالأمراض المناعية الذاتية لدى الأفراد ذي تاريخ مرضي أسري أو شخصي به فصام (٢٠).

لقد أشارت نسب معدلات الحدوث وجود علاقة بين الفصام والحالات النادرة نسبياً، مثل التهاب الكبد بالمناعة الذاتية ومتلازمة غيلان باريه والتصلب المتعدد والتشمع الصفراوي الأولي وفقر الدم الخبيث، وعلى

وبصفة عامة يقترح الاستطلاع الخاص بالمعلومات المتاحة حالياً أنه لا يوجد ما يكفي من الدلائل التي تقول أن العلاقة المتكررة والقوية بين الفصام وزيادة العلامات الخاصة بالالتهاب لديها أهمية مرضية سببية. تحتاج الدراسات المستقبلية أن تباصر المرضى بداية من هؤلاء الذين يعانون من اعراض خفيفة للذهان وحتى هؤلاء الذين يعانون من فصام واضح وشديد، وأن تقيس مستويات السيتوكين الالتهابي لدى المرضى الذين ينتقلون إلى الذهان وأيضاً لدى هؤلاء الذين لا ينتقلون إلى الذهان. وحيث أنه من الممكن استهداف الالتهاب بالعديد من العوامل التي منها زيادة الوزن والسمنة والضغط النفسية، إلا أن كلا من الدراسات المستعرضة وتلك المطولة لمستويات السيتوكين الموالي للالتهاب في حالات الفصام، تحتاج إلى مراقبة هذه العوامل، وأيضاً لا بد أن تفحص هذه الدراسات إمكانية تأثير التغييرات الالتهابية الغير محددة على تعبيرات الذهان وغيره من الاضطرابات النفسية الشديدة. وإذا حدث أمر استهداف الالتهاب في الحالات المرضية النفسية هذا، على الأقل في مجموعات فرعية من المرضى أو في مراحل معينة من المرض، قد يؤدي الاكتشاف إلى نهج جديدة في العلاج.

شكر خاص

لقد ساهم الكاتبان الأولان بصورة متساوية في هذا العمل.

المراجع:

1. Spelling B, Edwards JE Jr. Type 1/Type 2 immunity in infectious diseases. Clin Infect Dis 2001;32:76-102.
2. Kirkpatrick B, Miller BJ. Inflammation and schizophrenia. Schizophr Bull 2013;39:1174-9.
3. Miller BJ, Buckley P, Seabolt W et al. Meta-analysis of cytokine alterations in schizophrenia: clinical status and antipsychotic effects. Biol Psychiatry 2011;70:663-71.
4. Miller BJ, Culpepper N, Rapaport MH et al. Prenatal inflammation and neuro-development in schizophrenia: a review of human studies. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2013;42: 92-100.
5. Smith RS, Maes M. The macrophage-T-lymphocyte theory of schizophrenia: additional evidence. Med Hypotheses 1995;45: 135-41.
6. Schwarz MJ, Muller N, Riedel M et al. The Th2-hypothesis of schizophrenia: a strategy to identify a subgroup of schizophrenia caused by immune mechanisms. Med Hypotheses 2001;56:483-6.
7. Busse S, Busse M, Schlitz K et al. Different distribution patterns of lymphocytes and microglia in the hippocampus of patients with residual versus paranoid schizophrenia: further evidence for disease course-related immune alterations? Brain Behav Immun 2012;26:1273-9.
8. Nitta M, Kishimoto T, Muller N et al. Adjunctive use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs for schizophrenia: a meta-analytic investigation of randomized controlled trials. Schizophr Bull 2013;39:1230-41.
9. Sommer IE, van Westhenen R, Begemann MJ et al. Efficacy of anti-inflammatory agents to improve symptoms in patients with schizophrenia: an update. Schizophr Bull 2014;40:181-91.
10. Keller WR, Kum LM, Wehring HJ et al. A review of anti-inflammatory agents for symptoms of schizophrenia.

لقد ظل ترابط وقبول هذه الاكتشافات بالأمر الضعيف، مثلاً بالرغم من أنه لدى المرضى الذين يعانون من اكتئاب إكلينيكي نسبة عالية من تعبيرات شذوذ المناعة الذاتية، كما هو موضح في معايير الأجسام المضادة للشحميات الفسفورية، هناك نسب منخفضة من المرضى الإيجابيين، أكثر من في حالات الذئبة الحمامية المجموعية، والذي هو اضطراب مناعة ذاتية تقليدي (٢٨). قد يكون الفئة العمرية والنوع مؤشرات قوية لعيارات الأجسام المضادة الذاتية أكثر من نوع الاضطراب العاطفي والحالة العاطفية أو العلاج ذات التأثير النفسي (٢٩). وعلى الناحية الأخرى، ويعكس حالات الفصام، يمكن دراسة تطور السلوكيات الشبيهة بالاكتئاب في نماذج اختبارية، وقد ظهر أنها ترتبط باستجابة مناعية خلوية (٣٠). لقد تم أيضاً تحديد التغييرات التي يحدثها السيتوكين والشبيهة بتلك التغييرات التي تحدث في حالات الفصام، لدى مرضى الاضطراب الثنائي القطب، وقد وجد تحليل تلوي قام على ٣٠ دراسة زيادة عالية في الـ IL-6 والـ IL-2 القابل للذوبان و TNF الفا لدى مرضى ثنائي القطب، هذا بالمقارنة مع الأصحاء (٣١): ففيما يخص الـ IL-6 كان الاختلاف بصورة أولية بسبب التغييرات المناعية أثناء حالات الهوس الشديد، حيث كانت المستويات طبيعية لدى مرضى الاكتئاب الثنائي القطب ومرض عسر المزاج. أما مستويات TNF الفا فكانت عالية لدى مرضى الهوس ومرضى الاكتئاب ولم يلاحظ الانحدار البيولوجي، أي الحالات الطبيعية أثناء فترات عسر المزاج.

الخاتمة والملخص

لقد وجد تطبيق معايير برادفورد هيل للتمييز بين الروابط والمسببات، مع اعتبار زيادة إفراز السيتوكين الموالي للالتهاب في حالات الفصام، وجد دليلاً قوياً على القوة والاتساق، إلا أنه لم يتم توضيح التدرج البيولوجي بصورة مقنعة، وليس هناك دليلاً مباشراً على الفترات الزمنية. إن تحقيق معايير القبول والتماسك بالأمر البسيط، وذلك في أفضل التقدير. والأكثر أهمية من ذلك هو أن هذه العلاقة تفتقر إلى النوعية، وذلك لأنه تم ملاحظة وجود علاقات مشابهة وأقوى في حالات الاكتئاب الشديد والاضطرابات الثنائية القطب.

نحن نعتقد أنه لا بد أن يتغير النموذج التوضيحي من كونه تركيزاً قوياً على دور الالتهابات السببي في حالات الفصام إلى تحديد أن العجز المناعي الملحوظ قد يكون مرتبطاً بعوامل أخرى، مثل السمنة والضغط النفسية. لطالما كانت ترتبط مستويات الدهون الحشوية (٣٢) وتضخم الخلايا الشحمية (٣٣) بنسبة عالية من الالتهابات، وقد لاحظنا أنه بينما أن الأنسجة الشحمية لدى الفرد النحيل قد تنتج على نحو تفضيلي أديبوكينز مضاد للالتهاب (يشمل أديبونيكتين و IL-10 و IL-4 و IL- و IL-13)، ترتبط السمنة بمستويات مرتفعة في السيتوكين الموالي للالتهاب (مثل TNF الفا واللبتين ومثبطات منشط البلازمينوجين والـ IL-6 والـ IL-1 بيتا) (٣٤) مقترنة بانخفاض في إفراز الأديبوكين المضاد للالتهاب (٣٥-٣٩). بالإضافة إلى ذلك، قد تعمل الضغوط النفسية على تنشيط الرد الالتهابي في المخ (٤٠). يرتبط كلا من الضغوط الشديدة وتلك العسيرة بزيادة في السيتوكين الموالي للالتهاب، والذي يشمل IL-6 والبروتينات C التفاعلية (٤١) وأيضاً بانخفاض في مستويات السيتوكين المضاد للالتهاب (٤٢).

27. Hannestad J, DellaGioia N, Bloch M. The effect of antidepressant medication treatment on serum levels of inflammatory cytokines: a meta-analysis. *Neuropsychopharmacology* 2011;36:2452-9.
28. Maes M, Meltzer H, Jacobs J et al. Autoimmunity in depression: increased antiphospholipid autoantibodies. *Acta Psychiatr Scand* 1993;87:160-6.
29. Horning M, Amsterdam JD, Kamoun M et al. Autoantibody disturbances in affective disorders: a function of age and gender? *J Affect Disord* 1999;55:29-37.
30. Maes M. Depression is an inflammatory disease, but cell-mediated immune activation is the key component of depression. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2011;35:664-75.
31. Modabbernia A, Taslimi S, Brietzke E et al. Cytokine alterations in bipolar disorder: a meta-analysis of 30 studies. *Biol Psychiatry* 2013;74:15-25.
32. Matsuzawa Y. Therapy insight: adipocytokines in metabolic syndrome and related cardiovascular disease. *Nat Clin Pract Cardiovasc Med* 2006;3:35-42.
33. Jernas M, Palming J, Sjöholm K et al. Separation of human adipocytes by size: hypertrophic fat cells display distinct gene expression. *FASEB J* 2006;20:1540-2.
34. Ouchi N, Kihara S, Arita Y et al. Adiponectin, an adipocyte-derived plasma protein, inhibits endothelial NF-kappaB signaling through a cAMP-dependent pathway. *Circulation* 2000;102:1296-301.
35. Berg AH, Combs TP, Du X et al. The adipocyte-secreted protein Acrp30 enhances hepatic insulin action. *Nat Med* 2001;7:947-53.
36. Cai D, Yuan M, Frantz DF et al. Local and systemic insulin resistance resulting from hepatic activation of IKK- β . *Nat Med* 2005;11:183-90.
37. 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.
38. Wampers M, Hanssens L, 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.
39. Ouchi N, Parker JL, Lugus JJ et al. Adipokines in inflammation and metabolic disease. *Nat Rev Immunol* 2011;11:85-97.
40. Wager-Smith K, Markou A. Depression: a repair response to stress induced neuronal microdamage that can grade into a chronic neuroinflammatory condition? *Neurosci Biobehav Rev* 2011;35:742-64.
41. Brydon L, Walker C, Wawrzyniak A et al. Synergistic effects of psychological and immune stressors on inflammatory cytokine and sickness responses in humans. *Brain Behav Immun* 2004;18:458-67.
42. Deinzer R, Granrath N, Stuhl H et al. Acute stress effects on local IL-1 β responses to pathogens in a human in vivo model. *Brain Behav Immun* 2004;18:458-67.
43. J Psychopharmacol 2013;27:337-42.
44. Girgis RR, Kumar SS, Brown AS. The cytokine model of schizophrenia: emerging therapeutic strategies. *Biol Psychiatry* 2014;75: 292-9.
45. Howick J, Glasziou P, Aronson JK. The evolution of evidence hierarchies: what can Bradford Hill's 'guidelines for causation' contribute? *J R Soc Med* 2009;102:186-94.
46. Arolt V, Weitzsch C, Wilke I et al. Production of interferon-gamma in families with multiple occurrence of schizophrenia. *Psychiatry Res* 1997;66:145-52.
47. Gaughran F, O'Neill E, Sham P et al. Soluble interleukin-2 receptor levels in families of people with schizophrenia. *Schizophr Res* 2002;56:2235-9.
48. Martinez-Gras I, Garcia-Sanchez F, Guaza C et al. Altered immune function in unaffected first-degree biological relatives of schizophrenia patients. *Psychiatry Res* 2012;200:1022-5.
49. Dimitrov DH, Lee S, Yantis J et al. Differential correlations between inflammatory cytokines and psychopathology in veterans with schizophrenia: potential role for IL-17 pathway. *Schizophr Res* 2013;151:29-35.
50. Borovcanin M, Jovanovic I, Radosavljevic G et al. Antipsychotics can modulate the cytokine profile in schizophrenia: attenuation on the type-2 inflammatory response. *Schizophr Res* 2013;147:103-9.
51. Hope S, Ueland T, Steen NE et al. Interleukin 1 receptor antagonist and soluble tumor necrosis factor receptor 1 are associated with general severity and psychotic symptoms in schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophr Res* 2013;145:36-42.
52. Ezeoke A, Mellor A, Buckley P et al. A systematic, quantitative review of blood autoantibodies in schizophrenia. *Schizophr Res* 2013;150:245-51.
53. Benros ME, Pedersen MG, Rasmussen H et al. A nationwide study on the risk of autoimmune diseases in individuals with a personal or a family history of schizophrenia and related psychosis. *Am J Psychiatry* (in press).
54. Howren MD, Lamkin DM, Suls J. Associations of depression with C-reactive protein, IL-1, and IL-6: a meta-analysis. *Psychosom Med* 2009;71:171-86.
55. Leonard BE. Impact of inflammation on neurotransmitter changes in major depression: an insight into the action of antidepressants. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2014;48: 261-7.
56. Dowlati Y, Herrmann N, Swardfager W et al. A meta-analysis of cytokines in major depression. *Biol Psychiatry* 2010;67:446-57.
57. Hiles SA, Baker AL, de Malmanche T et al. Interleukin-6, C-reactive protein and interleukin-10 after antidepressant treatment in people with depression: a meta-analysis. *Psychol Med* 2012;42:2015-26.
58. Na KS, Lee KJ, Lee JS et al. Efficacy of adjunctive celecoxib treatment for patients with major depressive disorder: a meta-analysis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2014;48:79-85.
59. Serafini G, Pompili M, Elena-Serretti M et al. The role of inflammatory cytokines in suicidal behavior: a systematic review. *Eur Neuropsychopharmacol* 2013;23:1672-86.

DOI 10.1002/wps.20117

التدابير العلاجية الخاصة بالسمنة في عيادات الأطباء النفسيين

LYDIA CHWASTIAK¹, CENK TEK²¹Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, University of Washington School of Medicine, Seattle, WA, USA; ²Department of Psychiatry, Yale University School of Medicine, New Haven, CT, USA

في كوليسترول البروتين الدهني الغير عالي الكثافة وفي الدهون الثلاثية ومستوى الجلوكوز. وفيما يخص الفحص الإكلينيكي القريب، يُمكن أن يتم أمر التحويل من نوع من العقاقير إلى آخر بدون زيادة في خطر الاحتجاز بالمستشفى النفسي أو استفحال الاعراض النفسية (٤).

هناك العديد من المبادئ الصريحة للتحكم في الآثار الجانبية المتمثلة في زيادة الوزن؛ فبإمكان أي عقاقير تعمل على غلق مستقبلات الهيستامين المركزي ١ (H1) أن تزيد من الشهية وتؤدي إلى زيادة في الوزن، وتتضمن مثل هذه العقاقير الأولانزابين والكييتيابين المضاد للذهان والميرتازابين المضاد للاكتئاب وأيضاً العديد من العقاقير الكلاسيكية المضادة للذهان الثلاثية الحلقات ومضادات الهيستامين المركزية التي تُستخدم لمعالجة القلق، مثل الهيدروكسيدين. لا بد من منع مثل هذه العقاقير في أول الأمر، أو يُمكن التحوّل عنها إلى عقاقير أخرى ذات تأثيرات أقل على الوزن، وذلك كلما أمكن الأمر. تعمل العديد من هذه العقاقير أيضاً على غلق مستقبلات السيروتونين 2C (5HT2C) والتي تؤثر أيضاً على الشهية (بنسبة أقل من غلق الـ H1). قد يوضح هذا الأمر لماذا تتسبب البعض من العقاقير المضادة للذهان من الجيل الثاني الغير مضادة للهيستامين في زيادة كبيرة في الوزن لدى البعض من المرضى.

أيضاً يرتبط غلق مستقبلات الدوبامين ٢ (D2) بزيادة كبيرة في الوزن، وبصفة خاصة لدى مرضى نوبات الـ D2 الأولى (٥). وحيث أن كل وسائل العلاج المضادة للذهان التي تُستخدم في الوقت الحالي هي محصرات الـ D2، من اللازم تجنب محصرات الـ D2 عند وصف عقاقير لمرضى الفصام وغيره من الاضطرابات الذهانية، إلا أنه يُستخدم في الوقت الحالي الجديد من عوامل العقاقير المضادة للذهان، وذلك للزيادة أو كوسائل علاج أولية لعلاج الاضطرابات الننائية القطب وغيرها من الاضطرابات المزاجية. هناك الكثير من استراتيجيات العلاج المحايدة للوزن لعلاج مثل هذه الحالات، ولا بد من تجربة هذه الاختيارات أولاً، وبصفة خاصة بين المرضى البدناء من البداية. إن العقاقير المثبتة للمزاج، مثل الليثيوم والفالبروات - وهم وسائل علاج تؤثر على الوزن عن طريق تقنيات غير معروفة حتى الآن - تؤدي إلى القليل من زيادة الوزن، أكثر من العقاقير المضادة للذهان. إن الكثير من العقاقير المضادة للاكتئاب محايدة للوزن، أو قد ترتبط حتى بفقدان الوزن، مثل في حالة بوبروبيون^٥.

التعديلات الحياتية

من الممكن أن يعمل فقدان الوزن عن طريق اتباع نمط حياة صحي (زيادة النشاط الجسدي وتقليل السرعات الحرارية) على منع أو تأخير بداية

إن السمنة بمثابة مرض وبائي في الدول المتقدمة، وتجد أن هذا الأمر بدأ ينتشر في بقية العالم. يعاني مرضى الامراض النفسية الشديدة (SMI) من السمنة بمعدلات أعلى مرتين أو ثلاثة مرات (١) ونتيجة هذا الأمر هو ظهور معدلات أعلى من الأمراض المتعلقة بالسمنة وأيضاً حالات وفيات مبكرة (٢). وهنا نستطيع ان نطرح السؤال ماذا يُمكن إضافته في التدابير العلاجية الخاصة بالسمنة إلى مسؤوليات الأطباء النفسيين المتوسعة، وتكون إجابتنا على هذا السؤال هو بنعم.

أولاً، إن السمنة بمثابة مشكلة سلوكية تتمثل في فرط الطعام وقلة الحركة. من أكثر الأدلة القوية على وجود تدابير علاجية قوية للسمنة هي وجود تدخلات سلوكية، والتي يُشار إليها دائماً باعتبارها تدخلات حياتية، وغالباً ما تقوم هذه على مبادئ العلاج السلوكي المعرفي وتغييرات معرفية اجتماعية. إن الأطباء النفسيين خبراء في مجال التغييرات السلوكية وهم مزودون بأدوات تمكنهم من مكافحة هذا المرض.

ثانياً، لقد أتضح الأمر أن وسائل العلاج النفسي، وبصفة خاصة العقاقير المضادة للذهان، تلعب دوراً هاماً في معدلات السمنة المرتفعة بين مرضى الـ SMI (٣)، وبينما أنه من المُفضّل أن نعمل على منع زيادة الوزن الذي يُكتسب من جراء العقاقير النفسية، إلا أن هذا الأمر ليس دائماً سهلاً؛ فقد يصبح العديد من المرضى بدناء منذ الزيارة الأولى للطبيب، وبالتالي فإن التحكم في أمر السمنة جزءاً من مهام الطبيب النفسي مثله مثل التدابير العلاجية للآثار الجانبية الخاصة بأمراض أخرى، والتي تتراوح بين اضطرابات الحركة وحتى حدوث خلل في الأداء الجنسي. ترتبط السمنة أيضاً بزيادة في معدلات الاكتئاب وانخفاض في التمتع بالحياة وأيضاً بزيادة في شعور هؤلاء الأفراد بالوصمة؛ إن السمنة بمثابة كارثة تحتاج إلى تدابير بداخل عيادة الطبيب النفسي.

السمنة باعتبارها آثار جانبية لعقاقير ما

إن أولى الخطوات تجاه التحكم في الوزن هو ألا نعمل على مفاكمة المشكلة عن طريق الآثار الجانبية الناجمة عن عقاقير ما. هناك الكثير والكثير من الدلائل التي تقول بأن التحوّل عن العقاقير التي قد تزيد من الوزن إلى العقاقير التي تؤدي إلى زيادة قليلة في الوزن أو تلك العقاقير المحايدة، يُمكن أن يؤدي إلى فقدان كبير في الوزن، وبالتالي فلا بد من أن يكون أمر التحوّل هذا مقصوداً على المرضى البدناء أو للمرضى الذين قد اكتسبوا وزناً كبيراً (أكثر من ٥% من وزن الجسم)، أو لديهم خلل استقلابي حاد (مثل ضعف التحكم في داء السكري). قد يؤدي مثل هذا التحوّل بين العقاقير المضادة للذهان إلى فقدان ما يصل إلى ٢-٣ كيلو جرام في مدة تصل إلى ٢٤ أسبوعاً، ويؤدي أيضاً إلى تغييرات إكلينيكية كبيرة

العقاقير الدوائية

من الممكن أن تساعد العقاقير الدوائية الأفراد الغير قادرين على فقدان ما يكفي من الوزن عن طريق التدخلات الحياتية (١١)، إلا أن الأختيارات الدوائية لفقدان الوزن لمرضى الفصام أو غيرها من اضطرابات الذهان بالأمر المحدود جداً؛ فهناك الأورليستات (مثبط ليباز البنكرياس) الذي يعمل على منع امتصاص الدهون في الأمعاء، إلا أنه غير فعال بين مرضى الفصام.

أما المحاكي الودي (ثنائي أيثيل بروبيون والفينترمين) فيرتبط بخطر تفاقم الذهان وهو ممنوع من الاستعمال. أما استعمال التوبرامات، وهو علاج مضاد للنوبات ويرتبط بفقدان في الوزن لدى مرضى الفصام، قد يكون محدوداً بسبب الآثار الجانبية المتمثلة في الإدراك العصبي وخطر الحماض الاستقلابي (أيضاً).

إن مدى فاعلية وأمان العناصر الجديدة التي تحمل الكثير من الآمال (اللوركاسيرين ومركب نالتريكسون وبوبروبيون) بين مرضى الفصام بالأمر الغير معروف (١٢). يتم تسويق اللوركاسيرين، وهو ناهض للـ 5-HT_{2C} مع تحذير ظهور الاعراض الخبيثة للعقاقير المضادة للذهان واعراض السيروتونين، وذلك عند استخدامه بالإضافة إلى عقاقير ذات تأثير نفسي، هذا بالرغم من أنه لم يتم تقديم تقارير بهذا الأمر حتى يومنا هذا.

إن العقاقير التي تحمل أقوى الدلائل على تخفيض الآثار الجانبية للسمنة لدى مرضى الفصام هو الميتفورمين، وهي عقاقير لا تحمل توجيه إدارة الغذاء والدواء (FDA) التي تشير إلى فقدان الوزن. إن فقدان الوزن الطبيعي في حالات تعاطي الميتفورمين هو ٣ كيلو غرام على مدار ١٦ أسبوعاً - مثل مع التدخلات الحياتية والانتقال بين العقاقير المضادة للذهان - وهذا بالأمر البسيط وشبهها بتأثيره مع المرضى الغير نفسيين (١٣)، لكن يعمل الميتفورمين أيضاً على تخفيض عوامل خطر الإصابة بأمراض القلب، مثل مستويات الدهون الثلاثية وقد يمنع أو يؤخر ظهور بدايات النوع الثاني من داء السكري.

وبمعرفة أن الميتفورمين من العقاقير التي يُمكن أن يتحملها أغلب المرضى، لا بد من وضعه في الاعتبار بين مرضى الفصام أو الاضطرابات الفصامية البدناء الخارجيين والذين تتسم حالاتهم بالثبات الإكلينيكي، فيعطون ما يصل إلى ١٠٠٠ ملج مرتين يومياً، وذلك في حال تحملهم له، إلا أن هناك العديد من العوامل التي تحد من انتشار استخدامه. ولا بد من توخي الحذر لتقليل خطر الحماض اللاكتيكي، أيضاً لا بد ألا يُصف الميتفورمين للمرضى الذين هم أمام خطر متزايد، مثل هؤلاء الذين يعانون من فشل القلب الاحتقاني أو قصور كلوي أو أمراض الكبد أو هؤلاء الذين يتعاطون كحوليات. ثانياً، لم يتم تعريف مدة العلاج بصورة كافية. يقترح الملصق الخاص بالـ FDA الإقلاع عن اللوركاسيرين أو الفينترامين مع التوبرامات بعد ١٢ أسبوعاً، وذلك إذا لم تتحقق البداية المتمثلة في فقدان ما يصل إلى أقل من ٥٪ من الوزن، وبالتالي فقد يعمل هذا الأمر على توجيه إدارة الميتفورمين، إلا أن المرضى يحتاجون إلى وسائل علاج أطول (من ١٦ - ٢٤ أسبوعاً من التجارب الإكلينيكية التقليدية) في حال أنهم قد فقدوا الوزن في أول الأمر. لقد كان هناك الكثير من القلق حيال خطر استخدام الميتفورمين على مدار مدة طويلة من الزمن؛ فالأدلة التي

النوع الثاني من داء السكري وأيضاً أمراض القلب، وبصفة خاصة بين الأفراد الذين هم أمام نسبة عالية من الخطر. يُمكن أن يؤدي حتى القليل من فقدان الوزن إلى تحسّن كبير في نسبة الخطر الاستقلابي (أيضاً)، أي أنه يُمكن أن يعمل فقدان القليل من الوزن الذي قد يبلغ ٥٪ من وزن الجسم الأولي على منع أو تأخير بدايات السكري وارتفاع ضغط الدم وفرط شحميات الدم وأمراض القلب (٦).

إن المراقبة الروتينية لوزن الجسم يُمكن أن تكون فرصة للطبيب النفسي لأن يُقدم نصائح للمريض تخص التغذية والأنشطة الجسدية، وأن الموازين بالأمر المتوافر حول العالم وهي آلة رخيصة ولا بد أن تكون بالأمر الأساسي في عيادة كل طبيب نفسي، أيضاً لا بد من تخصيص بضعة دقائق من وقت زيارة الطبيب لمناقشة أمر الوزن، وهذا الأمر فعّال في فقدان الوزن، كذلك أيضاً لا بد من تثقيف المريض (وأسرته) عن نمط الحياة الصحي، فهذا النوع من التثقيف لا يحتاج أن يوجهه أخصائي تغذية أو غيره من المختصين بل يُمكن أن يُقدمه أي من أفراد عيادات الصحة النفسية. يُمكن أن يؤدي تقديم القليل من المشورة من جانب الأطباء الإكلينيكيين الأوليين إلى إحداث تغيير في سلوكيات المريض الصحية (مثل زيادة ممارسة الرياضة وأكل الكثير من الخضروات) (٧)، وبالتالي فلا بد أن تكون تقييمات عوامل الخطر وتقديم نصائح مختصرة عن السلوكيات الخطر، جزءاً من الممارسات النفسية الروتينية، ولا بد أيضاً من فحص حالة المريض التغذوية ومجهوداته السابقة لفقدان الوزن، ولا بد من تقديم اقتراحات عند كل زيارة، وقد تشمل هذه الاقتراحات ١- تحديد مكون واحد من الوجبة الغذائية به الكثير من السعرات الحرارية، مثل المشروبات المسكرة والدجاج المقلي، واقتراح بديل لها (مثل الصودا الخالية من السكريات أو الدجاج المشوي/المطبوخ)، ٢- إدخال نشاط جسدي في الروتين اليومي، مثل الصعود على السلالم بدلاً من استخدام المصعد أو الذهاب إلى العمل سيراً على الأقدام، ٣- إخبار الوالدين عن بعض الممارسات الضارة مثل أخذ سعرات حرارية حتى عند عدم الشعور بالجوع، كتناول الطعام بين الوجبات وتناول الطعام كرد فعل للضغوط و٤- تقليل المحفزات، مثل إبعاد الطعام الذي به الكثير من السعرات الحرارية بعيداً عن النظر أو المتناول.

لا بد ألا يبدأ المريض بأخذ العقاقير الخاصة بالسمنة بدون أولاً محاولة تجربة برامج الحياة المنظمة، ولا بد أن تُواصل مثل هذه البرامج بعد أن يبدأ أي علاج يخص السمنة. لدى التدخلات الحياتية، مثل برامج الوقاية من السكري، دليلاً قوياً على الفاعلية في الترويج لفقدان الوزن ويُمكن توصيلها من جانب أفراد عاديي (٨)، لقد تم تسوية مثل هذه التدخلات حتى تتناسب مع مرضى الـ SMI، بل وقد أوضحت الكثير من التجارب المرجعية العشوائية مدى فاعليتها (٩). هناك سبعة تدخلات على الأقل جاهزة للتشغيل، ولم يتم الترويج عنها بصورة واسعة، وبينما من الممكن أن يخسر ما يزيد عن ٤٠٪ من المشاركين الكثير من الوزن (٥٪ من الوزن الأساسي) عن طريق المشاركة في مثل هذه البرامج (١٠)، قد يُمثل تشغيل هذه البرامج تحولاً كبيراً في الاستثمارات الصغيرة التي في وكالات الصحة النفسية العامة، وبالتالي فلا بد من أن تصبح هذه التدخلات التي تقوم على الدليل والتي تسعى إلى الترويج لفقدان الوزن وتقليل خطر الإصابة بالسكري، بالأمر المتاح في مراكز الصحة النفسية.

- among 10,084 psychiatric outpatients. Psychiatr Serv 2010;61:892-8.
2. Druss BG, Zhao L, Von Esenwein S et al. Understanding excess mortality in persons with mental illness: 17-year follow up of a nationally representative US survey. Med Care 2011;49:599-604.
 3. 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.
 4. Stroup TS, McEvoy JP, Ring KD et al. A randomized trial examining the effectiveness of switching from olanzapine, quetiapine, or risperidone to aripiprazole to reduce metabolic risk: comparison of antipsychotics for metabolic problems (CAMP). Am J Psychiatry 2011;168:947-56.
 5. Foley DL, Morley KI. Systematic review of early cardiometabolic outcomes of the first treated episode of psychosis. Arch Gen Psychiatry 2011;68:609-16.
 6. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. N Engl J Med 2002;346:393-403.
 7. Brunner EJ, Rees K, Ward K et al. Dietary advice for reducing cardiovascular risk. Cochrane Database Syst Rev 2007;4:CD002128.
 8. Ali MK, Echouffo-Tcheugui JB, Williamson DF. How effective were lifestyle interventions in real-world settings that were modeled on the Diabetes Prevention Program? Health Affairs 2012; 31:67-75.
 9. Daumit GL, Dickerson FB, Wang NY et al. A behavioral weightloss intervention in persons with serious mental illness. N Engl J Med 2013;368:1594-602.
 10. Bartels S, Desilets R. Health promotion programs for people with serious mental illness (prepared by the Dartmouth Health Promotion Research Team). Washington: SAMHSA-HRSA Center for Integrated Health Solutions, 2012.
 11. Yanovski SZ, Yanovski JA. Long-term drug treatment for obesity: a systematic and clinical review. JAMA 2014;311:74-86.
 12. Maayan L, Vakhrusheva J, Correll CU. Effectiveness of medications used to attenuate antipsychotic-related weight gain and metabolic abnormalities: a systematic review and meta-analysis. Neuropsychopharmacology 2010;35:1520-30.
 13. Jarskog LF, Hamer RM, Catellier DJ et al. Metformin for weight loss and metabolic control in overweight outpatients with schizophrenia and schizoaffective disorder. Am J Psychiatry 2013;170: 1032-40.
 14. Imfeld P, Bodmer M, Jick SS et al. Metformin, other antidiabetic drugs, and risk of Alzheimer's disease: a population-based casecontrol study. J Am Geriatr Soc 2012;60:916-21.
 15. Vest AR, Heneghan HM, Agarwal S et al. Bariatric surgery and cardiovascular outcomes: a systematic review. Heart 2012;98: 1763-77.
 16. Ahmed AT, Warton EM, Schaefer CA. The effect of bariatric surgery on psychiatric course among patients with bipolar disorder. Bipolar Disord 2013;15:753-63.

DOI 10.1002/wps.20138

تقترح أن استخدامه الكثير يُزيد من خطر الإصابة بالزهايمر (١٤) تقول أن هناك احتياج إلى المزيد من العمل لتقديم خوارزمية لقياس هذا الخطر مع خطر الإصابة بأمراض القلب، وذلك لدى أي فرد أو مجموعة فرعية من المرضى.

التدخل الجراحي لعلاج البدانة

يتم التدخل الجراحي لعلاج البدانة مع المرضى ذي سمعة شديدة (مؤشر كتلة الجسم > 40 كم/م²) أو ذي سمعة متوسطة ومعقدة من الناحية الطبية (مؤشر كتلة الجسم > 35-39.9 كم/م²) والذين قد فشلت معهم التدخلات الحياتية والتدخلات الدوائية. لقد أظهرت الدراسات المطولة أن الإجراءات في حد ذاتها تؤدي إلى فقدان في الوزن (أكثر من ٥٠٪ من وزن الجسم الأساسي) والتعافي من السكري وتراجع كبير في عوامل خطر الإصابة بأمراض القلب وانخفاضاً يصل إلى ٢٣٪ في معدلات الوفيات (١٥).

تقترح المعلومات القليلة عن فاعلية التدخل الجراحي لعلاج البدانة لمرضى الـ SMI أنه يُمكن مقارنة النتائج بالأفراد الذين لا يعانون من (١٦) SMI. يحتاج الأطباء النفسيون إلى إدراك كيف (ومتى) يؤيدون مرضاهم بحيث يُمكن الموافقة على إجراء جراحة لهم. غالباً ما نعرف نحن مرضانا أكثر من أي فرد آخر يعمل في المجال الطبي، ونحن في وضع يُمكننا من تقييم الدوافع والاتساق وتأثير المرض النفسي على القدرة على تحمل تدابير العناية الذاتية المُعقدة، بالإضافة إلى ذلك، بإمكاننا تقديم فترات متابعة أطول لفحص الاعراض النفسية التي قد تظهر بعد الفترة التي تلي الجراحة والمتابعة.

الخاتمة

يُمثل المرضى الذين يعانون من SMI مجموعة صحية متباينة، مع اعتبار السمعة وغيرها من عوامل خطر الإصابة بأمراض القلب. تُمثل السمعة نقطة البداية الواضحة لتوسيع مجال ممارسة الأطباء النفسيين حتى يقوموا بمخاطبة الاختلافات الصحية هذه، وذلك في ظل وجود سهولة مراقبة النتائج (الوزن ومؤشر كتلة الجسم) وإتاحة وسائل العلاج الفعالة والتأثير الكبير على نتائج تغيير السلوكيات الصحية.

إن السمعة بمثابة مرض مزمن، وحتى بين المرضى الذين يفقدون الكثير من الوزن يكون أمر الحفاظ على الوزن لمدة طويلة من الزمن بالأمر الصعب. إن زيادة الوزن هو الطبيعي، وحتى مع التحسينات الحياتية المستمرة. هناك احتياج إلى يقظة مستمرة لتدعيم التغييرات السلوكية في مواجهة الضغوط البيئية لزيادة الوزن. قد يواجه مرضى الـ SMI عوامل بيولوجية تعمل على زيادة الوزن، وتشمل هذه العقاقير المضادة للذهان من الجيل الثاني. يحتاج الأطباء النفسيون إلى تقديم المزيد الذي يفوق مجرد التعبير عن النتائج الصحية الضعيفة بين هؤلاء المرضى الضعاف، فهم يحتاجون إلى أن يعملوا بنشاط أكثر لمخاطبة هذه النتائج.

المراجع:

1. Correll CU, Druss BG, Lombardo I et al. Findings of a U.S. national cardiometabolic screening program

إطار عمل المحكات التشخيصية في مجال البحوث (RDoC): تعليقات مكملة

BRUCE N. CUTHBERT AND THE NIMH RDoC WORKGROUP*

National Institute of Mental Health, 6001 Executive Blvd., Bethesda, MD 20892-9632, USA

*تجد قائمة بأسماء أعضاء المجموعة العاملة في الملحق

فاعلية إجمالية أكبر.

ومن هذا الصدد، لقد قام العديد من المعلقين بإظهار العديد من الاختلافات في موضوع حساس، وهو أن إطار عمل الـ RDoC قد يُساهم في الممارسات الاكلينيكية المستقبلية، إلا أنه لا يُمكن أن يُساهم في الوقت الحالي، ونحن نتفق مع هذا؛ فلم يكن الغرض من الـ RDoC هو أن يكون إحصاءاً على المدى القريب للـ ICD/DSM. إلا أنه قد قام معلقون آخرون بالافتراض ضمناً بأن خطوات تقدم ضرورية في التشخيصات ووسائل العلاج المستقبلية ستحدث بصورة طبيعية في الوضع الراهن وذلك لأن عمل الأبحاث بالأمر المُعد جيداً، وهذا ما لا نتفق عليه، فتؤكد المعلومات الحيوية عصبية والسلوكية التي تظهر بشكل سريع أنه لا يُمكن تسديد الاحتياجات المستقبلية – أو ستكون بالأمر المؤجل – إذا لم يبدأ الآن ذلك البحث الصعب الذي يقوم بتنظيم التشخيصات مع المعلومات التجريبية. تأتي جوانب أخرى لهذا الموضوع من القلق حيال أن مشاريع الأبحاث الموجهة ناحية المستقبل مثل الـ RDoC تستهين بالاحتياج الملح للبحث وتهتم في الوقت الحالي بالمرضى. هناك فكرتين يُمكن ملاحظتهما رداً على هذا القلق، أولاً لا بد أن يعمل الـ NIMH (مثل أي وكالة تعمل على تمويل الأبحاث التي ترتبط بالاضطرابات) على أن توازن مصادرها بين دعم الأبحاث الأساسية والأبحاث الانتقالية والأبحاث التي تقوم على الخدمات/الانتشار، وأن الـ RDoC تهتم فقط بثاني هذه المجالات ولم يتغير الدعم الموجه للمجالات الأخرى – مثل أن مشروع NIMH RAISE (www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/raise/index.shtml) هو بمثابة جهود كبيرة لتطوير أفضل الممارسات للكشف عن حالات النوبات الأولى للذهان وأفضل طرق علاجها. ثانياً، إن الاحتياج لخدمات صحة نفسية متوسعة بالأمر الواضح جداً وذلك بسبب حمل الاضطرابات النفسية المتزايد (مثل 3) وأن إتاحة وسائل العلاج الخاصة بالاضطرابات النفسية بالأمر المعروف جيداً، ونحن نرى أن البحث لزيادة التشخيصات القوية ووسائل العلاج سيعمل على تشجيع – وليس تثبيط – الجهود لتطوير خدمات نفسية متقدمة في الولايات المتحدة وغيرها من دول العالم.

لقد اشار العديد من المعلقين أن الـ RDoC تتجاهل النفس والخبرة الشخصية أو المظاهر الاكلينيكية للاضطرابات – المقترنة بالفكرة المتعلقة بالأمر التي تقول أن الـ RDoC اختزالي بصورة كبيرة، ونحن نرد بالقول بأن إدخال العلوم العصبية والقياسات النفسية الحديثة في التشخيصات لا تعني أن خبرة المريض الموضوعية أو الاعراض الظاهرة بالأمر الغير

لقد كنا سعداء من جراء التعليقات الموقرة التي تلقيناها رداً على المقالة التي نتحدث عن مشروع معايير مجالات البحث التابع للمعهد الوطني للصحة النفسية (NIMH)، والذي وُرد في مقالة من مقالات مجلة عالم الطب النفسي (١) في فبراير من عام ٢٠١٤، ونحن نقدر إتاحة الفرصة لنا أن نقدم رداً مختصرة للأفكار الكبيرة التي وردت في الثلاثة عشرة تعليقاً (مع الاعتذار لأن المحدوديات المكانية تقف حبال الأخذ في الاعتبار بالعديد من النقاط المثيرة للاهتمام).

نحن نبدأ بتوضيح العديد من الجوانب وذلك لأننا نعتقد أننا نتفق بصورة أساسية مع هؤلاء الذين قدموا تلك التعليقات. أولاً، بالرغم من أنه قد تم اعتبار الـ RDoC بمثابة ابتعاد جزري عن البحث الحالي، قمنا باعتبار المشروع بكونه نتيجة تاريخ غني من الابحاث الانتقالية التي قامت على العلاقة بين السلوكيات والمخ البشري وأيضاً النهج البعدية للأمراض النفسية (مثل ٢)، وبالتالي فإن الجهود التي تسعى إلى إدخال معايير سلوكية/ نفسية حيوية وكمية في مجال التشخيص، لم تُغيّر الكثير من النهج القديمة.

نحن نعتقد أن المقابلات الاكلينيكية الحقيقية بمثابة مكوّن ضروري لعملية التشخيص التي سوف تُعزز (وليس تُستبدل) باختبارات حيوية عصبية أو سلوكية، وبالمثل نحن نتفق مع ضرورة وجود دراسات إكلينيكية وأيضاً دراسات للنتائج، وذلك فيما يتعلق بمجالات وأنظمة الـ RDoC. نحن أيضاً في اتفاق مع الاحتياج إلى تخطيط أبعاد الـ RDoC بحسب العوامل المسببة للأمراض من مختلف الأنواع، مثل تلك الجوانب كالحالات السابقة للولادة ونطاق كامل من الاختلافات البيئية التي ترتبط بعوامل الخطر والمرونة (في الحقيقة، وكما قد أشار كتاب التعليقات الآخرين، إن تلك الدراسات التي قامت على مسببات الأمراض هي تأكيداً للـ RDoC).

لقد أشار العديد من المعلقين إلى الاحتياج إلى تحديد عدد المرضى الذين يعانون من اضطرابات DSM/ICD المتضمنة في الدراسات التي يكون موضوعها الرئيسي الـ RDoC ونحن نتفق أن هذا الأمر سيكون بمثابة خطوة نافعة للحفاظ على وجود طريق إلى نظام الـ DSM/ICD (بينما نشير إلى أن العديد من المشاركين لن يصلوا إلى مستويات التشخيص التقليدية بسبب النهج البُعدي). أخيراً، نحن نتفق أن الحكم النهائي للمنفعة الاكلينيكية للـ RDoC – كما هو الحال مع أي بحث في مجال علم تصنيف الأمراض – سيكون بحسب إمكانيته في توجيه الأطباء الاكلينيكين لوسائل العلاج الشخصية (أو المُطبقة) التي لها

الآراء التي تقصّر إطار عمل الـ RDoC عن نُهج التشخيص الحالية. نحن نشجّع القراء المهتمين بالأمر لأن يقوموا بزيارة الموقع الخاص بالـ RDoC (www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/index.shtml) للحصول على المزيد من المعلومات والروابط للمقالات ذات توضيحات أوسع للعديد من جوانب هذا المشروع.

ملحق

إن أعضاء فريق عمل الـ NIMH RDoC هم: كوثبرت (الرئيس) وريببكا ستينير جارسيا ومارخوري جارفي ومارلين جوزمان وروبيرت هينسين ومايكل كوزاك وسارة موريس ودانيل بين وكيفين كوين وتشارلز سانيسلو وجانين سيمونز وفيليب وانج.

المراجع:

1. Cuthbert BN. The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry* 2014;13:28-35.
2. Helzer JE, Kraemer HC, Krueger RF et al. Dimensional approaches in psychiatric classification. Arlington: American Psychiatric Association, 2008.
3. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013;382:1575-86.
4. Insel TR. Rethinking schizophrenia. *Nature* 2010;468:187-93.

DOI 10.1002/wps.20140

هام، وكما قد أوضحنا سلفاً (بأعلى) إن ربط القياسات الحيوية عصبية والسلوكية المتعددة بالأعراض والظواهر المتجلية تمثل واحدة من المهام الهامة في مخطط الـ RDoC، إلا أننا نعرض مع فكرة أن خبرة المريض الشخصية في حد ذاتها سوف تمثل جوهر تركيز التقييمات ووسائل العلاج. نحن نعتز أن القليل من المظاهر الاكلينيكية الهامة يمثلها الـ RDoC بحد أدنى، ويعكس هذا الأمر قراراً تم اعتباره مسبقاً يقول بالبداية بمناطق مثبتة في العلاقة بين المخ والسلوكيات، بحيث يُمكن تأسيس أساساً صلباً يُمكن عليه البناء في صالح الجوانب الغير مُدركة بصورة جيدة في مجال الأمراض النفسية.

أخيراً، لا بد من ذكر أن حق شفعة الاضطرابات والوقاية منها تُمثل هدفاً كبيراً طويل الأمد لعمليات الـ RDoC. ومن المعروف جيداً الآن أنه من بين العديد من الاضطرابات النفسية والبيولوجية عصبية، تظهر حالات الضعف الصريح فقط كمرحلة متأخرة في مسار المرض المستمر - مما يمنع الجهود الموجهة ناحية التدخلات المبكرة. وفيما يخص الاضطرابات النفسية، لقد بدأنا حديثاً استهداف المراحل المبكرة للمرض، وذلك بصورة كبيرة عن طريق العلامات والأعراض الأولية، كما في حالات بواذر الفصام (٤). في المستقبل، ستتطلب الوقاية من الاضطرابات المثبتة إمكانية التدخل (مثل مع تدخلات المرونة العصبية و/أو المركبات العصبية) قبل ظهور أي من الأعراض. وفي هذا السياق، لا تُشكل المقاييس مثل فحوصات مجموعات الجينات الوظيفية والاختبارات المعرفية الحساسة والمقاييس مثل الاحتمالات التي قد ترتبط بالأحداث، لا تشكل نهجاً اختزالياً بحد ذاته، بل تُمثل التقييمات اللازمة التي ستُطلب للكشف الناجح عن عوامل الخطر وأيضاً الوقاية.

نحن نختتم بتأكيد تقديرنا لإعطائنا فرصة لتوضيح البعض من الأفكار التي يُساء فهمها وأيضاً الاعتراف بوجود اختلافات واضحة في

الأولويات العالمية للمجتمع المدني لخدمات الصحة النفسية: اكتشافات من ٥٣ استطلاعاً لدول مختلفة

والأرجنتين وأستراليا (4 = n) والنمسا (3 = n) وبنجلاديش والبوسنة/الهرسك والبرازيل (2 = n) ويوروندي وكامبوديا وكندا (3 = n) وكاب فيردا والصين وجزر الكوك ودولة الكونجو الديمقراطية وإنجلترا/المملكة المتحدة (2 = n) وأثيوبيا وفيجي وفرنسا وغانا (2 = n) وجبل طارق واليونان (4 = n) وهيتي وهونج كونج والمجر والهند (4 = n) وإيرلندا وإيطاليا وساحل العاج وكينيا (4 = n) ولبنان ولوكسمبرج ومدغشقر ومالوي وماليزيا (2 = n) ومالطا (2 = n) والمكسيك (3 = n) ونيبال (6 = n) وهولندا ونيوزيلاندا (2 = n) ونيجيريا (2 = n) وبيرو والبرتغال (2 = n) ورواندا (2 = n) وسلوفينيا والصومال وجنوب أفريقيا (3 = n) وإسبانيا وجنوب السودان وسويسرا وتانزانيا وأوروغواي والولايات المتحدة (12 = n).

لقد أظهر الانحدار اللوجستي الخاص باستجابة فئة الدخل أن الـ ١٧٪ من معدلات الرد من ٢٥٧ منظمة عالية الدخل منخفض بصورة كبيرة (B = 0.583, p < 0.001) أكثر من ٣٨ دولة منخفضة الأجر (٣٩٪) والـ ١٦ منظمة دولية (٦٣٪) إلا أنه ليس أقل من الـ ١٦٢ منظمة متوسطة الأجر.

لقد حققت الإحدى عشرة أولوية عامة اتفاقاً جماعياً، مما يوضح وجود اتفاقاً دولياً على المبادئ العامة لأنظمة الصحة النفسية، وقد كانت الأولويات ذات أعلى تصنيف هي «عمل سياسة أو استراتيجية الصحة النفسية الوطنية» (رقم ١) و«عمل حملات للحد من فكرة الوصمة والتمييز» (رقم ٢) و«تقوية وتمكين وسائل العلاج النفسي التي تهدف إلى التعافي ومساعدة المرضى على العودة إلى العمل كلما كان ذلك بالأمر الممكن» (رقم ٣) و«تسهيل عملية الانتقال من المستشفى النفسي إلى مراكز العناية المجتمعية» (رقم ٤).

لقد حققت أربعة عشرة من أصل ثمانية عشرة من المبادئ المعينة اتفاقاً جماعياً بين مجموعات الدخل، وتم اعتبار أربعة منها (الـ AIDS/HIV والكوارث التي من صنع الإنسان والإبادة الجماعية وضغوط الحروب والكوارث الطبيعية والأمراض الاستوائية) بأنها الأعلى في دول الأجر المنخفضة والأقل في دول الأجر المرتفعة. وقد اتفقت كل مجموعات الدخل على أن الأولوية الأعلى هي «تمكين وسائل علاج الأمراض النفسية التي تقوم على المجتمع».

وقد حققت كل الخصائص الإحدى عشر لمراكز عناية الصحة النفسية المجتمعية اتفاقاً جماعياً، مما يؤكد الاتفاق العالمي على معنى العناية المركزية، وقد كانت الخصائص التي حققت أعلى تصنيف هي «أنه سيكون هناك برنامج فعال لتحفيز التأيد والبحث في مجال الوقاية من العجز والأمراض النفسية وتحفيز الصحة النفسية».

وقد حقق كل - فيما عدا اثنين (نسبة من الدخل الإلزامي للمستشفى النفسي ونسبة من الأطباء النفسيين) - من مؤشرات التقدم اتفاقاً جماعياً، وقد كانت المؤشرات التي حققت أعلى تصنيف هي «تخصيص ميزانية للصحة النفسية كجزء من مجموع الصحة العامة» (رقم ١) و«وجود أسس رسمية وبرامج أو خطط للصحة النفسية، سواء كانت تتضمن سياسة تخص

تقف الاضطرابات النفسية وراء ١٣٪ من حمل الأمراض العالمية ويُقدّر أنه مع مجيء عام ٢٠٣٠ ستكون حالات الاكتئاب وحدها هي المساهم الأكبر في هذا الحمل (١). يقل متوسط العمر المتوقع للأفراد الذين يعانون من اضطرابات نفسية من ١٥ إلى ٢٠ عاماً (٢)، ويُقدّر أن الاضطرابات النفسية عام ٢٠٣٠ ستكون وراء حوالي ربع الـ ٤٧ ترليون دولارًا الموجهة للمشاريع الخاصة بكل الأمراض الغير مُعدية (٣)، تتطلب أيضاً الأمراض النفسية تكاليف سياسية - بسبب تأثير الاضطرابات النفسية على التطور في الأهداف الإنمائية للألفية (٤).

إن الخدمات الخاصة بالأفراد الذين يعانون من اضطرابات نفسية ليست كافية وهي موزعة بصورة غير عادلة ولا تُستخدم بكفاءة (٥)، وبصفة خاصة في الدول الأقل تقدماً (٦)، فتخصص أغلب الدول أقل من ٢٪ من ميزانية الصحة لما يخص الصحة النفسية (٧)، وقد أصبح يُعرف هذا الاختلاف بين الاحتياج الصحي (١٣٪) وتوزيع المصادر (٢٪) بكونه «الفجوة العلاجية» (٨).

وواحدة من طرق تقليل الفجوة العلاجية هذه هي عن طريق عمل سياسة دولية. لقد عمل الاتحاد العالمي للصحة النفسية (WFMH) - بالتحالف الاستراتيجي مع خطط الصحة النفسية العالمية - «الدعوة الأكبر للصحة النفسية»، وواحدة من أهداف هذه الحملة هو تحقيق ما يُعرفه الأفراد ذي اهتمام شخصي أو مهني بالصحة النفسية بكونه أولويات الخدمة. لقد قمنا في الفترة من يونيو إلى نوفمبر من عام ٢٠١٢ بدراسة ٤٧٣ عضواً في الـ WFMH (منهم منظمات وأفراد) وذلك لعمل أولويات لخدمات الصحة النفسية تكون ذات اهتمام لأصحاب المصالح الأساسيين في المجتمع، والذين منهم بصفة خاصة المستهلكين وأفراد الأسرة والأطباء. لقد تضمن الاستطلاع أولويات عامة وأخرى خاصة وأيضاً خصائص مراكز العناية النفسية وعلامات التطور التي تقدمها مجموعة الصحة النفسية العالمية (٩). كان يتم تقييم البنود بصورة شخصية وذلك من حيث الأهمية، وكان يُصنّف أربعة أولويات أساسية في كل مجموعة. كانت تجتمع المنظمات في مجموعات دول الأجر المنخفضة أو المتوسطة أو العالية، وذلك باستخدام وسيلة أطلس البنوك.

لقد تم الحصول على ردود من ٩٦ منظمة (٢٠٪) تمثل ١٥ دولة من دول الأجر المنخفضة (١٦٪) و٢٨ دولة من دول الأجر المتوسطة (٢٩٪) و٤٣ دولة من دول الأجر المرتفعة (٤٥٪) و١٠ دول متعددة الأجر (١٠٪). وقد مثل ٥٩ فرداً (٦٢٪) من مستخدمي الخدمة (معدل من ٣ إلى ٢٥٠,٠٠٠، مجموع ٥٨٩,٩٠٠) ومثل ٤٩ آخرين (٥١٪) أفراد الأسرة (معدل من ١ إلى ٤٠٠,٠٠٠، مجموع ٥٣٠,٩١٦)، ومثل ٥٠ فرداً (٥٢٪) أطباء الصحة النفسية (معدل من ٢ إلى ٢٥,٠٠٠، مجموع ٥٥٠,٤١١)، ومثل ٢٣ (٢٤٪) مجموعات منظمات الصحة النفسية (معدل من ١ إلى ٢٨٣، مجموع ٥١٩). وقد قدّم ستون فرداً (٦٣٪) خدمات صحة نفسية إلى ٦٨١,٧٦١ فرداً (معدل من ١٠ إلى ٣٥٠,٠٠٠)، وعمل ٩٢ فرداً (٩٦٪) على التأثير على مبادئ الصحة النفسية الوطنية.

لقد مثل المجيبون ٥٣ دولة وهم أفغانستان (n = 2) وألبانيا (n = 2)

الصحة النفسية للأطفال والمراهقين أم تصاحبها» (رقم ٢)، و«إنفاق جزء من ميزانية الصحة النفسية على الخدمات التي تقوم على المجتمع والتي تتضمن خدمات الرعاية الصحية الأولية وتلك العامة» (رقم ٣).

لقد طُلب من المجهيين أن يُحددوا نسبة معقولة من ميزانية الصحة للإنفاق على خدمات الصحة النفسية، وبالرغم من أن الرد كان بالأمر المستمر (أي ليس مقصوراً على المجموعات التي تم تحديدها مسبقاً)، كان هناك اتفاقاً جماعياً بين كل مجموعات الدخول بأنه ينبغي تخصيص ١٠٪ من ميزانية الصحة للصحة النفسية. لقد تم أيضاً تدعيم التكنولوجيا الإلكترونية والعناية التي مركزها الإنسان وإشمال مجموعات المستهلك في صناعة القرارات.

أخيراً، لقد تم تقييم مجموعات الأطباء بحسب القيمة المالية، ولم يوجد هناك اختلافات بين مجموعات الدخول، وقد أتى في أول التصنيفات المرضيين العاملين بالصحة النفسية/النفسيين (أفضل قيمة مقابل المال) يليها في التصنيف الأطباء النفسيين والممارسين العاميين والعاملين الاجتماعيين والعاملين الصحيين بالمجتمع وعلماء النفس وأعضاء مجموعات الدعم والمرضى العاميين/العاملين في مجال الصحة الجسدية (أسوأ قيمة مقابل المال).

وفي ملخص الأمر، لقد أوضحنا في هذا الاستطلاع الذي قام على ٥٣ دولة الجديد الذي يحدث على المستوى العالمي من الاتفاق المستعرض على النظام الجيد لخدمات الصحة النفسية، والذي يشمل الكثير من التوجّه ناحية المجتمع وليس مراكز العناية بالمستشفى، مع وسائل العلاج النفسي والدوائي المتاحة للمجموعة العاملة في مراكز الرعاية الأولية والثانوية.

لقد كانت الأولوية القصوى والمحددة هي عمل استراتيجية للصحة النفسية الوطنية. هناك في الوقت الحالي اختلافات كبيرة بين المناطق؛ فلدَى أربعة عشر (٩٣٪) دولة من الخمسة عشر في شرق وجنوب شرق آسيا سياسات ولدى عشرة دول (٦٧٪) تشريعات (١٠)، ومن بين ٥٣ دولة أوروبية، لدى ٤٤ (٨٣٪) سياسات ولدى ٥٠ (٩٥٪) تشريعات (١١)، ومن بين ٣٤ دولة لاتينية، لدى ٢٤ (٧٠٪) سياسات ولدى ثلاثة (١٠٪) تشريعات (١٢).

لقد كانت وسائل العلاج التي تقوم على المجتمع بالأمر المتفق عليه بصورة عالمية، إلا أن خبرة الصين توضح أن الانتقال من سياسات الصحة النفسية التي توالي المجتمع إلى القليل من الإنفاق على المستشفيات، بالأمر الذي لا يزال صعباً (١٣). تتضمن التحديات التي تم التعرف عليها عبر الدول الأفريقية التنافس بين الأولويات وتراجع المشاركة المجتمعية وعدم استدامة الاعتماد على المتطوعين المجتمعيين (١٤).

لقد تم التأكيد على مدى أهمية الرعاية التي يكون محورها الفرد ومساهمة المستهلك في السياسة، ويعكس هذا الأمر في الدول المتحدثة الإنجليزية العالية الأجور وجود توجه متنامي للخدمات تجاه التعافي (١٥). لقد قام استطلاع منهجي بتعريف عمليات التعافي الأساسية، وهم التواصل والأمل والتفاؤل بشأن المستقبل والهوية ومعنى الحياة والتمكين (وتم تقديم أسم تاجي لهذه وهو CHIME) (١٦)، هذا بالرغم من البيانات كانت من الدول المتحدثة الإنجليزية بصفة أساسية (١٧). ومن أولويات البحث هو إدراك معنى التعافي في الثقافات الأخرى (١٨).

هناك اتفاق عالمي على أنه لا بد من تخصيص ١٠٪ من إنفاق الصحة على خدمات الصحة النفسية، وسيعمل أمر إعادة توزيع الموارد حتى تكون متوافقة مع حمل المرض على السماح بتوسيع نطاق تغطية الخدمات الخاصة بالاضطرابات النفسية. لقد ظهر أمر توسيع النطاق هذا كأولوية

عالمية (٩) وبصفة خاصة في دول الأجور المنخفضة والأجور المتوسطة (١٩). إن الموارد المالية التي نحتاج إليها بالأمر البسيط؛ وتتمثل في دولارين أمريكيين من كل فرد في الدول المنخفضة الأجور ومن ثلاثة إلى أربعة دولارات من كل فرد في الدول المتوسطة الأجور (٢٠). لقد تم إرسال هذه النتائج إلى منظمة الصحة العالمية، وذلك للاعتبار وقد تم تضمينها في ميثاق الشعوب الخاص بالصحة النفسية.

John Copeland¹, Graham Thornicroft², Victoria Bird²,
John Bowls¹, Mike Slade²
¹World Federation for Mental Health: Great Push for
Mental Health, P.O. Box 807, Occoquan, VA 22125,
USA and Division of Psychiatry, University of
Liverpool, UK; ²King's College London, Health Service
and Population Research Department, Institute of
Psychiatry, Denmark Hill, London SE5 8AF, UK

شكر خاص

يتقدم الكتاب بتقديم جزيل الشكر إلى دابورة ماجوير لمساعدتها الكريمة في تجميع البيانات.

المراجع:

1. Hock RS, Or F, Kolappa K et al. A new resolution for global mental health. *Lancet* 2012;379:1367-8.
2. Thornicroft G. Premature death among people with mental illness. *BMJ* 2013;346:f2969.
3. Bloom DE, Cafiero ET, Jan_e-Llopis E et al. The global economic burden of noncommunicable diseases. Geneva: World Economic Forum, 2011.
4. Miranda JJ, Patel V. Achieving the Millennium Development Goals: does mental health play a role? *PLoS Med* 2005;2:e291.
5. World Health Organization. Mental Health Gap Action Programme (mhGAP): scaling up care for mental, neurological and substance use disorders. Geneva: World Health Organization, 2008.
6. WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004;291:2581-90.
7. Saxena S. Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) 4th meeting summary report. Geneva: World Health Organization, 2012.
8. Thornicroft G. Most people with mental illness are not treated. *Lancet* 2007;370:807-8.
9. Chisholm D, Flisher AJ, Lund C et al. Scale up services for mental disorders: a call for action. *Lancet* 2007;370:1241-52.
10. Ito H, Setoya Y, Suzuki Y. Lessons learned in developing community mental health care in East and South East Asia. *World Psychiatry* 2012;11:186-90.
11. Semrau M, Barley EA, Law A et al. Lessons learned in developing community mental health care in Europe. *World Psychiatry* 2011;10:217-25.

- 2011;199:445-52.
17. Slade M, Leamy M, Bacon F et al. International differences in understanding recovery: systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2012;21:353-64.
 18. Slade M, Amering M, Farkas M et al. Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry* 2014;13:12-20.
 19. Eaton J, McCay L, Semrau M et al. Scale up of services for mental health in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2011; 378:1592-603.
 20. Lund C, Chisholm D, Saxena S. The cost of scaling up mental health care in low- and middle-income countries. *S Afr J Psychiatry* 2008;14:106.
 12. Razzouk D, Gregorio G, Antunes R et al. Lessons learned in developing community mental health care in Latin American and Caribbean countries. *World Psychiatry* 2012;11:191-5.
 13. Liu J, Ma H, He YL et al. Mental health system in China: history, recent service reform and future challenges. *World Psychiatry* 2011;10:210-6.
 14. Hanlon C, Wondimagegn D, Alem A. Lessons learned in developing community mental health care in Africa. *World Psychiatry* 2010;9:185-9.
 15. Bellack A, Drapalski A. Issues and developments on the consumer recovery construct. *World Psychiatry* 2012;11:156-60.
 16. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C et al. A conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry*

DOI 10.1002/wps.20133

هل العقاقير المضادة للاكتئاب نافعة من الناحية الاكلينيكية؟ استنتاجات عقد طويل من الجدل

لا بد أن ينظر المرء إلى التحاليل التلوية على مدار العقد السابق بدراسة الفائدة الاكلينيكية للعقاقير المضادة للاكتئاب وأوضح نسبة كبيرة من تحييز النشر وحجم تأثير صغير بالمقارنة مع العقاقير الوهمية (الغفل) (١ - ٩). إن أكثر التضمنات أهمية هي أنه قد لا يكون للعقاقير المضادة للذهان أي تأثير على الإطلاق لدى الأفراد الذين يعانون من اكتئاب متوسط (١، ٤، ٥)، وقد أقتراح العديد من الكتاب والوكالات، مثل المعهد الوطني للتميز الاكلينيكي والصحي (NICE) الاستفادة من اختيارات العلاج «البديل» (مثل التمرن والطب النفسي) للمرضى الذين يعانون من اكتئاب متوسط والاستفادة من العلاج الدوائي فقط مع الحالات الشديدة. من النتائج المباشرة لهذا الأمر هو أن المرضى الذين يعانون من اكتئاب متوسط قد يحرموا من تلقي العقاقير المضادة للاكتئاب.

لقد قامت العديد من التحاليل التلوية على مدار العقد السابق بدراسة الفائدة الاكلينيكية للعقاقير المضادة للاكتئاب وأوضح نسبة كبيرة من تحييز النشر وحجم تأثير صغير بالمقارنة مع العقاقير الوهمية (الغفل) (١ - ٩). إن أكثر التضمنات أهمية هي أنه قد لا يكون للعقاقير المضادة للذهان أي تأثير على الإطلاق لدى الأفراد الذين يعانون من اكتئاب متوسط (١، ٤، ٥)، وقد أقتراح العديد من الكتاب والوكالات، مثل المعهد الوطني للتميز الاكلينيكي والصحي (NICE) الاستفادة من اختيارات العلاج «البديل» (مثل التمرن والطب النفسي) للمرضى الذين يعانون من اكتئاب متوسط والاستفادة من العلاج الدوائي فقط مع الحالات الشديدة. من النتائج المباشرة لهذا الأمر هو أن المرضى الذين يعانون من اكتئاب متوسط قد يحرموا من تلقي العقاقير المضادة للاكتئاب.

Konstantinos N. Fountoulakis¹, Hans-Jürgen Möller²
13rd Department of Psychiatry, School of Medicine,
Aristotle University of Thessaloniki, Greece;
2Department of Psychiatry, Ludwig-Maximilians-
University, Munich, Germany

المراجع:

1. Khan A, Leventhal RM, Khan SR et al. Severity of depression and response to antidepressants and placebo: an analysis of the Food and Drug Administration database. *J Clin Psychopharmacol* 2002; 22:40-5.
2. Khan A, Warner HA, Brown WA. Symptom reduction and suicide risk in patients treated with placebo in antidepressant clinical trials: an analysis of the Food and Drug Administration database. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:311-7.
3. Turner EH, Matthews AM, Linardatos E et al. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *N Engl J Med* 2008;358:252-60.
4. Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB et al. Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med* 2008;5:e45.
5. Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD et al. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *JAMA* 2010;303:47-53.
6. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G et al. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multipletreatments meta-analysis. *Lancet* 2009;373:746-58.
7. Gartlehner G, Gaynes BN, Hansen RA et al. Comparative benefits and harms of second-generation antidepressants: background paper for the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2008;149:734-50.
8. Undurraga J, Baldessarini RJ. Randomized, placebo-controlled trials of antidepressants for acute major depression: thirty-year metaanalytic review.

تقول فرضية كيرش التي تخص الاكتئاب (١٠، ١١) أنه يوجد رد فعل من جراء الاستمرار بلا تدخلات على الإطلاق (مثل قائمة الانتظار) ثم الانتقال إلى عقاقير الغفل المحايدة ثم إلى عقاقير الغفل النشطة والمتعددة والتي تشمل العلاج النفسي وأخيراً إلى العقاقير المضادة للاكتئاب التي تؤدي إلى نسبة أعلى قليلاً من الفاعلية، وذلك في الغالب بسبب أن التعمية بالأمر الغير جيد بسبب الآثار الجانبية (عقاقير الغفل الزائدة). لقد أثار هذا الافتراض الكثير من الاهتمام من جانب وسائل الإعلام الجماهيرية والمفكرين خارج الصحة النفسية، وغالباً ما يكون هذا بنهج انحيازية وأيدولوجية (١٢).

لقد أنتهر العديد من الكتاب تلك الفرضية، وذلك عن طريق التركيز على محدوديات التجارب العشوائية المرجعية وعلى محدوديات مقياس تقييم الاكتئاب التابع لهاميلتون (HDRS) وأيضاً على حقيقة أن فاعلية العقاقير المضادة للاكتئاب في الممارسات الاكلينيكية غالباً ما تتحسن بنهج تسلسلية ووسائل علاج متعددة (١٣، ١٤).

لقد قدمت سلسلتان من الجهود التي عملت على إعادة تحليل مجموعة بيانات كيرش باستخدام نهج منهجية متعددة (١٥، ١٦)، قدمتا وبصورة مستقلة عن بعضهما البعض تقاريراً بالنتائج، وكانت هذه متشابهة إلى حد كبير، إلا أنها كانت مختلفة عن تلك النتائج التي قام كيرش بنشرها. وقد قام تحليل تلوي متعدد (١٧) باستغلال مجموعة البيانات الخاصة بكيرش وآخرون وأستنتج أن حجم التأثير الأكثر احتمالاً للعقاقير المضادة للذهان القريبة من عقاقير الغفل هو ٠,٣٤ (٠,٢٧-٠,٤٢) وأنه لا يوجد تأثير كبير للشدة الأولية للاكتئاب. إن أكثر تغييرات نتائج الـ HDRS الأولية المحتملة بعد التداوي بالعقاقير المضادة للاكتئاب هي ٢,٨٢ (٢,٢١-٣,٤٤).

وقد أظهر ذات التحليل أن العقاقير المضادة للاكتئاب ليست متساوية الفاعلية، فالفينلافاسين أكثر فاعلية من البقية، والفلوكسيتين أقل فاعلية.

يعمل الاقتراح الذي يقول بأن متوسط الاختلاف المعياري (SMD) البالغ ٠,٣٠-٠,٣٥ بالمقابل مع عقاقير الغفل ضعيف، مما يقترح أن وسائل العلاج ليست نافعة أو لا تقدم أي اختلاف إكلينيكي يُذكر، يعمل على إهمال حقيقة أن مثل حجم التأثير هذا هو الحكم وليس استثناء وسائل العلاج الفعالة في الطب النفسي والطب العام (مثل ١٨). وللمقارنة.

- and PLoS: significant lessons for psychopharmacology. *J Psychopharmacol* 2011;25:1277-88.
17. Fountoulakis KN, Veroniki AA, Siamouli M et al. No role for initial severity on the efficacy of antidepressants: results of a multimeta- analysis. *Ann Gen Psychiatry* 2013;12:26.
 18. 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.
 19. Tarr GP, Glue P, Herbison P. Comparative efficacy and acceptability of mood stabilizer and second generation antipsychotic monotherapy for acute mania – a systematic review and metaanalysis. *J Affect Disord* 2011;134:14-9.
 20. Yildiz A, Vieta E, Leucht S et al. Efficacy of antimanic treatments: meta-analysis of randomized, controlled trials. *Neuropsychopharmacology* 2011;36:375-89.
 9. Khan A, Faucett J, Lichtenberg P et al. A systematic review of comparative efficacy of treatments and controls for depression. *PLoS One* 2012;7:e41778.
 10. Kirsch I. Antidepressants and the placebo response. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2009;18:318-22.
 11. Kirsch I. Antidepressant drugs ‘work’, but they are not clinically effective. *Br J Hosp Med* 2008;69:359.
 12. Fountoulakis KN, Hoschl C, Kasper S et al. The media and intellectuals’ response to medical publications: the anti-depressants’ case. *Ann Gen Psychiatry* 2013;12:11.
 13. Fountoulakis K, M€oller H. Antidepressants vs. placebo: not merely a quantitative difference in response. *Int J Neuropsychopharmacol* 2011;14:1435-7.
 14. Fountoulakis KN, Samara MT, Siamouli M. Burning issues in the meta-analysis of pharmaceutical trials for depression. *J Psychopharmacol* (in press).
 15. Fountoulakis KN, M€oller HJ. Efficacy of antidepressants: a reanalysis and re-interpretation of the Kirsch data. *Int J Neuropsychopharmacol* 2011;14:405-12.
 16. Horder J, Matthews P, Waldmann R. Placebo, Prozac

DOI 10.1002/wps.20112

عندما يضطر الطبيب النفسي إلى التعامل مع العقيدة الدينية في الممارسات اليومية

أثناءها أنه قد قام ذلك المريض بتدمير الأساس في مكان عمله وبالتالي قد تم إدخاله السجن لمدة ثلاثة أشهر.

غالبًا ما يأتي ذكر «الجن» من جانب المريض أو أسرته كتفسير للعديد من مظاهر الأمراض النفسية (الهلاوس والنوبات العصبية والكوابيس ونوبات الهوس). وغالبًا ما يسأل هؤلاء المرضى وأسرة الطبيب النفسي عما إذا كان لدى ذلك الطبيب ذات الإطار المرجعي الديني، ويسأل هذا السؤال أيضًا من جانب الصحفيين عند الحديث عن الاضطرابات النفسية. ولأنه كان على أن أتعامل مع هذا الموقف عدة مرات، قررت أن أحاطب هذا الموضوع بطريقة حديثة أكثر: فبدلاً من أن أجعل نهج «الجن» السحري والفائق للطبيعة والمنهجي التفسير السائد للحالة المرضية على مدار المقابلات النفسية، اقترحت تقديم تفسير آخر للمريض، وهو «أنه بحسب القرآن «الجن» هو كائن حي وهو غير مرئي ويُمكن أن يكون صالح أو شرير وقد يكون ضارًا إذا تملك جسد الإنسان (وهذا نوع من المس)، وبالتالي فيمكن مقارنة هذا بالميكروبات والبكتيريا والفيروسات». أيضًا يُقدّم للمريض وأسرته لمحة من حياة النبي محمد، وهذا الأمر يُقوي من النظرية. لقد كان رد الفعل في أول الأمر تجاه التفسير المقترح لهذه القوى الغامضة - أي «الجن» - مفاجئ ثم لاقى قبولا، وبعد ذلك بدأنا نتحدث عن جوانب أخرى من المرض مثل الاعراض والتشخيص والأسرة والجوانب الاجتماعية للمرض ووسائل علاجه.

من الواضح جدًا أن هذا التفسير لن يقبله الجميع وأن البعض سيرفض هذه الطريقة الحديثة للنظر إلى ذلك المفهوم القديم، وهو مفهوم موجود حتى قبل ظهور الإسلام، إلا أنه لدينا حوالي مليون ونصف مسلمًا على وجه هذا الكوكب يؤمن بهذه الكيانات، وذلك لأنها جزء من الكتاب الذي يقدسونه، وقد يستخدم البعض هذه المعتقدات لتفسير مرض جسدي أو نفسي. إن عدم مخاطبة هذا الأمر بطريقة أو بأخرى قد يؤثر سلبًا على العلاقة بين الطبيب والمريض، مثلًا إن المريض الذي يقتنع أن الهلاوس التي يعاني منها تأتي من مس الجن له، قد يسمع القليل من الأصوات أو قد لا يسمع أي منها بعد مرور أسابيع قليلة من العلاج باستخدام العقاقير المضادة للذهان. وقد يُعلق الطبيب النفسي بالقول، «إذا كنت لا تسمع أي أصوات للجن بعد الآن فقد يكون هذا لأن الجن قد تأثر من تأثير العلاج، فما رأيك؟»

قد يكون من النافع لنا أن نُذكر أنفسنا أن ٨٠٪ من مجموع سكان العالم يعيشون في الـ LAMIC، والعقيدة/المعتقدات الروحية بالنسبة لهؤلاء بمثابة جزء لا يتجزأ من الحياة اليومية، وأن التردد في مخاطبة أمر العقيدة والروحانيات بالأمر الذي سيظهر في الـ LAMIC في المستقبل، لكن في الوقت الحالي لا بد أن يتذكر الأطباء النفسيون هذه الأمور عند مساعدتهم لمرضاهم.

Driss Moussaoui
Faculty of Medicine and Pharmacy,
Hassan II University, Casablanca, Morocco

إن المنتدى الذي يتحدث عن العقيدة والأمراض النفسية الذي تم نشره في عدد شهر فبراير من عام ٢٠١٣ في مجلة عالم الطب النفسي، نافع بقدر كبير؛ فهو يُذكرنا بضرورة أن يُقيم الأطباء الحياة الدينية/الروحية الخاصة بمرضاهم وأن يكون لديهم في بعض الأحيان مراجع دينية لإدارة المرض النفسي (٤-١).

يحدث في الكثير من الدول المتقدمة أنه يكون من السهل جدًا أن يطرح الطبيب النفسي أسئلة عن العلاقة الحميمة الخاصة بمرضاها، بينما يكون من الصعب أن يطرح أسئلة عن حياتهم الروحية/الدينية. ينبع هذا التردد في مخاطبة أمر العقيدة أو الحياة الروحية من المرضى أنفسهم، وعلى الناحية الأخرى، يحدث في الكثير من دول الأجر المنخفضة ودول الأجر المتوسطة (LAMIC) أن يكون أمر العقيدة بمثابة أمر هام لأغلب المرضى وأسرةهم وأن التردد في مخاطبة هذا الجانب يأتي من الطبيب النفسي. إن السياق في هذا الأمر هو التقليد المجتمعي (الريفي في غالب الأمر والبطريكي والقرب من الطبيعة الأم ومعتقدات قديمة واضحة وغيرها الكثير) الذي يحول ذاته تدريجيًا إلى طريقة حديثة من العيش في المدينة، ففي هذه الحالات يكون الطبيب النفسي مضطرًا لأن يتعامل مع المعتقدات الدينية الخاصة بالمريض والأسرة، وهذا بالرغم من ترده في ذلك.

من الأمثلة الجيدة لهذا الأمر هو الاعتقاد «بالجن» في الدول الإسلامية؛ فقد كانت الغالبية العظمى من المجتمعات الإسلامية تعتقد منذ عدة عقود مضت - وقد لا تزال تعتقد في ذلك حتى الآن - أن الصرع وغيره من المظاهر الشديدة في حالات الأمراض النفسية بمثابة الأمور الثانوية للمس بتلك الأرواح التي تُدعى «الجن». إن مفهوم «الجن» مذكور بوضوح في القرآن، وهو الكتاب الذي يقده المسلمون، وبالتالي فإن عدم الاعتقاد بهذه الكيانات والمس بها بالنسبة للكثير من الأفراد في هذه الدول هو عدم الأيمان بوحى الله. إن وسائل العلاج التقليدي التي تُقدم للأفراد الذين يعانون من الصرع وغيره من الحالات التي يُعتقد أنها مس هي قراءة القرآن وزيارة مقابر الأولياء والامتناع عن أخذ العقاقير.

لقد حدث منذ عقدين مضوا أنه قد طلب من فتاة ما تعاني من الصرع أن تتوقف عن أخذ العقاقير، وذلك أثناء زيارتها لأحد مقابر الأولياء بالقرب من مراكش بالمغرب، وقد حدث أثناء إحدى نوبات الصرع أنها وقعت في كومة من النار وقد أحرقت بشدة، ومرة أخرى أثناء إحدى نوبات الصرع أيضًا، وقعت في نهر صغير وكادت أن تموت، وقد حاول الطبيب النفسي أن يوضح لها أنها تعاني من مرض عضوي في المخ ويحتاج بشدة إلى علاج مضاد للصرع، ولم يمنعها الطبيب من زيارة مقابر الأولياء أو ارتداء تلك التميمات، إلا أنه قد طلب منها ألا تتوقف عن العلاج. وكان هناك مريض آخر يعاني من اضطرابات فصامية، وقد ذهب إلى إحدى المعالجات التقليدية الذي قام بدوره بممارسه طقس إخراج الأرواح الشريرة وطلب منه أن يتوقف عن أخذ العلاج وأعطاه شهادة تقول بأنه قد تخلص من تلك الأرواح، وقد كانت النتيجة هي حدوث نوبات ذهان أخرى والتي حدث

routine psychiatric evaluation: problems and implications.

World Psychiatry 2013;12:35-6.

4. Hansdak SG, Paulraj R. Are we doing harm by omission? Addressing religiosity of the mentally ill. World Psychiatry 2013;12:40.

DOI 10.1002/wps.20142

المراجع:

1. Pargament KI, Lomax JW. Understanding and addressing religion among people with mental illness. World Psychiatry 2013;12: 26-32.
2. van Praag HM. Religiosity, a personality trait to be reckoned within psychiatry. World Psychiatry 2013;12:33-4.
3. Huguelet P, Mandhouj O. Spiritual assessment as part of

أخبار من الأقسام العلمية التابعة للجمعية العالمية للطب النفسي (WPA)

Afzal Javed

WPA Secretary for Sections

يستمر القسم العلمي التابع للجمعية العالمية للطب النفسي (WPA) (المكوّن حالياً من ٦٨ عضواً) في دوره الفعال في ترويج ونشر المعرفة العلمية في مجالات مختلفة من الطب النفسي؛ فيُعطي عملهم تقريباً كل جوانب مهنتنا هذه - من الجانب النظري إلى الجانب العملي ومن العمل الإكلينيكي إلى التميز الأكاديمي ومن تطوير المبادئ التوجيهية التعليمية إلى توجيه إمدادات الخدمات.

تتمتع الأقسام بدرجة من الاستقلال في إطار عمل تشريعات وقوانين الجمعية العالمية للطب النفسي، ومن المشجّع أن نلاحظ أنه على مدار السنوات القليلة السابقة قد حققوا مكانة هامة في عمل الـ WPA؛ فقادتهم خبراء مشهورين عالمياً في مجالات الخبرة خاصتهم وقد ساهموا في ترويج الطب النفسي بين العديد من التخصصات في مجال الصحة النفسية والمجالات الحليفة.

وبحسب القوانين الخاصة بالـ WPA، يُطلب من الأقسام التأكيد على التقدم الحالي وتحليل ونشر المعلومات التي تخص مجالات البراعة في الأبحاث والتثقيف والتعليم والتدريب وأن يقدموا أفكار واقتراحات عن شروط الخدمة. ومن الجدير بالذكر أن الأقسام قد حققت هذه الأهداف عن طريق البدء في بعض الأنشطة التي تتضمن عمل اجتماعات علمية وندوات عن مواضيع ذات اهتمام للأطباء وتنظيم أنشطة تثقيفية في مؤتمرات مختلفة تتبع الـ WPA وتطوير برامج تثقيفية ومبادئ توجيهية ونشرات واقتراحات جديدة مثل الاتفاقيات الجماعية في الـ WPA وتقديم تقارير وتوصيل البحوث التعاونية الدولية.

لقد تم عمل ٣٦ مؤتمراً برعاية مشتركة مع الـ WPA على مدار الثلاثة سنوات الماضية وذلك من جانب أقسام مختلفة. وقد شهد وجود الأقسام تفوقاً في المؤتمرات التي كانت تحت رعاية الـ WPA وأيضاً في تلك التي اشتركت الـ WPA في رعايتها والتي تكوّنت من ٦٠ جلسة. بالإضافة إلى ذلك، إن تنظيم المنتديات ذات قطاعات متعددة هي الإضافة الجديدة لتطوير التعاون بين عمل الأقسام. لقد تم اختيار المواضيع التي تتحدث عن التثقيف والانتحار لهذه المنتديات، والتي تمت في مؤتمرات الـ WPA في مدينة بوخاريسست برومانيا وفيينا

بالنمسا عام ٢٠١٣. بالإضافة إلى ذلك، قد قامت الأقسام بتنظيم ١٩ برنامج ودورة تثقيفية وأنتجت ٩ مبادئ توجيهية ونشرت ٢٨ كتاباً أو رسالة علمية.

يتم مراقبة أداء الأقسام من جانب سكرتير الأقسام واللجنة التنفيذية وكانت تُدعم من جانب اللجنة التشغيلية التي تتضمن أعضاء خبراء من الـ WPA يعملون على تقديم مساعدة قيمة (سولداتوس واميرينج وهارفي وسكليبير). وعلى مستوى المنظمة، كانت تُقام مؤتمرات العمل التي تخص الأقسام وتُجرى الانتخابات كل ثلاثة سنوات وذلك لاختيار عاملين المكتب. إن تضمن أعضاء جدد إلى القائمة خاصتهم بالأمر المشجّع جداً وكانت كل الأقسام في الغالب تحظى باهتمام من جانب الأطباء النفسيين الشباب.

لقد كانت الـ WPA تعمل على تحسين هيئتها وكيانها التنظيمي حتى يتناسب مع خطة عملها للأعوام من ٢٠٠٨ إلى ٢٠١١ ومن ٢٠١١ إلى ٢٠١٤. وقد لعب الموقع الرسمي للـ WPA، بالإضافة إلى قنوات الإعلام الأخرى (أخبار الـ WPA والنشرة الإخبارية الخاصة بالـ WPA والبيان الإلكتروني التابع للـ WPA) دوراً هاماً في هذه العملية. تحظى أقسام الـ WPA بالكثير من التقدير على الموقع (١) وعلى قنوات الإعلام الأخرى هذه.

يشارك العديد من الخبراء العاملين في أقسام الـ WPA في تطوير الـ ICD-11 والتجارب المتعلقة بالأمر في هذا المجال، أيضاً إن العمل الذي يساهم في عملية التوازن بين الـ ICD-11 والـ DSM-5 يجد تدعيمه من جانب العديد من الخبراء الذين هم أعضاء نشطين في العديد من أقسام الـ WPA (٦-٢). يواصل أعضاء أقسام الـ WPA المساهمة في مجلة عالم الطب النفسي، والتي هي الجريدة الرسمية التابعة للـ WPA وذلك بالعديد من المواضيع ذات الاهتمام (٧-١٣).

تتضمن الاتجاهات المستقبلية لعمل الأقسام تجميع الأقسام على أساس الاهتمامات والأنشطة المشتركة. ونحن نأمل أن الحماسة الحالية التي تسود عمل الأقسام ستؤدي أيضاً إلى المزيد من العطاء لتميز المعرفة العلمية وأيضاً لعمل تجديرات في مجال ممارسات العناية النفسية للمرضى. يتطلب هذا الأمر في حقيقة الأمر خبراء متخصصين، ومن المتوقع أن تتمكن القيادة الحالية في الأقسام من تقديم توجيه قيم لهذه المهنة.

المراجع:

1. Kuey L. The characteristics, content, performance, and impact of the WPA website (www.wpanet.org). World Psychiatry 2013;12:85-6.
2. Gaebel W, Zielasek J, Cleveland H-R. Psychotic disorders in ICD-11. Die Psychiatrie 2013;10:11-7.
3. Maj M. Mood disorders in ICD-11 and DSM-5. A brief overview. Die Psychiatrie 2013;10:24-9.
4. Maj M. Bereavement-related depression in the DSM-5 and ICD-11. World Psychiatry 2012;11:1-2.
5. 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.
6. Volpe U. WPA contribution to the development of the chapter on mental disorders of the ICD-11: an update. World Psychiatry 2013;12:183-4.
7. Br€une M, Belsky J, Fabrega H et al. The crisis of psychiatry – insights and prospects from evolutionary theory. World Psychiatry 2012;11:55-7.
8. Stanghellini G, Langer AI, Ambrosini A et al. Quality of hallucinatory experiences: differences between a clinical and a non-clinical sample. World Psychiatry 2012; 11:110-3.
9. Berrios GE, Markova IS. Is the concept of “dimension” applicable to psychiatric objects? World Psychiatry 2013;12:76-8.
10. van Praag HM. Religiosity, a personality trait to be reckoned within psychiatry. World Psychiatry 2013;12:33-4.
11. Lopez-Ibor JJ, Jr., Lopez-Ibor MI, Gonzalez-Vives et al. Disentangling complexity in the relationship between religion and psychiatry. World Psychiatry 2013;12:42.
12. Verhagen PJ. A “complex” subject matter asks for a clear lead. World Psychiatry 2013;12:43.
13. Economou M, Madianos M, Peppou LE et al. Suicidal ideation and reported suicide attempts in Greece during the economic crisis. World Psychiatry 2013;12:53-9.

DOI 10.1002/wps.20135

مقترحات للتصنيف العالمي للتشخيصات (ICD-11): تقرير أعضاء الجمعية العالمية للطب النفسي (WPA)

MARIO LUCIANO

WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health, Naples, Italy

إن إصدار الفصل الذي يتحدث عن الاضطرابات السلوكية والنفسية في الطبعة الحادية عشرة من التقسيم العالمي للأمراض (ICD-11) بالأمر الجاري بنشاط. ونحن نتوقع أن تتم الموافقة على كامل التقسيمات من جانب منظمة الصحة العالمية في مايو من عام ٢٠١٧.

سيكون هناك على الأقل نسختين من هذا الفصل؛ واحد للاستخدام في مواضع التخصصات (المواصفات الاكلينيكية والمبادئ التوجيهية التشخيصية) والآخر للاستخدام في مراكز العناية الأولية، ولا يزال الحديث جارياً عما إذا كان سيتم إصدار نسخة لأغراض البحث.

ومن التطورات الجديدة الهامة هي أنه سيتم تغطية اضطرابات السير أثناء النوم والحالات التي تتعلق بالجنس وأيضاً العجز في فصول مستقلة في ذلك التقسيم.

تجد في الـ ICD-10 أنه قد تم تضمين اضطرابات النوم في الفصل الذي يتحدث عن الاضطرابات السلوكية والنفسية، بينما أن أغلب اضطرابات النوم «العضوية» تأتي في الفصل الذي يتحدث عن أمراض الجهاز العصبي، وقد تم اعتبار هذا التمييز بأنه بالي. سيرق الفصل الجديد في الـ ICD-11 الذي يتحدث عن اضطرابات السير أثناء النوم بأن اضطرابات النوم بمثابة مجال متميز من الممارسة التي تتطلب أنتباه إكلينيكي مستقل.

وبالمثل، إن العجز الجنسي «الغير عضوي» متضمن في إحدى فصول الـ ICD-10 التي تتحدث عن الاضطرابات النفسية والسلوكية، بينما أن أغلب حالات العجز الجنسي «العضوي» تأتي في الفصل الذي يتحدث عن الأمراض في الجهاز البولي التناسلي. سيعمل الفصل الجديد في الـ ICD-11 الذي يتحدث عن الحالات التي ترتبط بالجنس والعجز على تقديم - وبصورة ملائمة - الممارسات الاكلينيكية الحالية، مما يسلم بأن العجز الجنسي له مكونات نفسية وحيوية.

هناك مجموعة استشارية دولية تعمل على توجيه تطور الفصل الذي يتحدث عن الاضطرابات النفسية في الـ ICD-11 وتجد هذه المجموعة

تدعيمها من جانب إحدى عشر مجموعة عاملة تتعامل مع مراكز العناية المجتمعية واضطرابات الأطفال والمراهقين واضطرابات التطور الفكري والاضطرابات الشخصية والاضطرابات الذهانية والاضطرابات الجسدية والاضطرابات التفارقية والاضطرابات التي ترتبط بالضعف والاضطرابات التي تتعلق بالمخدرات وتلك التي تتعلق بالإدمان وأيضاً اضطرابات المزاج والقلق والوسواس القهري والاضطرابات التي تتعلق بها واضطرابات الطعام وتناول الطعام، وذلك بالتعاقب، بالإضافة إلى ذلك هناك أيضاً مجموعة مشورة تتعلق بالبالغين المتقدمين في السن، ومجموعتين عاملتين على الاضطرابات العصبية واضطرابات النوم، وهذه تقدم تقاريراً إلى المجموعة الاستشارية لكلا من الاضطرابات النفسية والسلوكية وأمراض الجهاز العصبي، وهناك أيضاً مجموعة عاملة على الاضطرابات الجنسية والصحة الجنسية، وتقدم هذه تقاريراً إلى المجموعة الاستشارية لكلا من الاضطرابات النفسية والسلوكية والصحة الإنجابية.

لقد تم أيضاً إصدار الفصل الذي يتحدث عن الاضطرابات النفسية في الـ ICD-11 بالتشاور مع أصحاب المصالح المتعلقين بالأمر، ومنهم الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية والعديد من مجموعات الأطباء ومستخدمي خدمات الصحة النفسية وأسرهم. إن الانتباه إلى إطار العمل الثقافي هو المكون الأساسي، وتعتبر المراجعة بمثابة فرصة لتحسين المنفعة الاكلينيكية للتقسيمات وبصفة خاصة في الدول المنخفضة الأجور وتلك المتوسطة الأجور (١-٣).

سيظل الفصل قائماً على المبادئ التوجيهية للتعريف والتشخيص لكل الاضطرابات النفسية، وليس على معايير التشخيص التشغيلية كما في الـ DSM. لقد تم حديثاً تناول مميزات النهجين ومحدودياتهم المحتملة (٤-١٠). ومن الأفكار الهامة التي تؤيد النهج السابق هو أنه يتوافق مع العملية الاكلينيكية الطبيعية التي لا تتضمن فحص مريض ما عما إذا كانت سلسلة نوع معين من الأعراض موجودة أم لا، بل فحص عما إذا كانت خصائص المريض تتطابق مع قالب الاضطراب النفسي الذي جعله الطبيب الاكلينيكي في ذهنه.

لقد كان هناك الكثير من الجهود التي تهدف إلى توافق مجموعات الاضطرابات («قوالب») المقترحة للـ ICD-11 مع تلك المتضمنة في الـ DSM-5، إلا أنه سيكون هناك العديد من الاختلافات على مستوى فئات التشخيصات المعينة. وبالرغم من أنه لم يتم اتخاذ القرارات الأخيرة التي تخص مكونات الـ ICD-11، إلا أنه قد تم مخاطبة العديد من نقاط الاختلاف والتباعد بين الـ ICD-11 والـ DSM-5. وفي مجال الاضطرابات الذهانية، سيتم إزالة التأكيد عن الاعراض التي أحتلت المرتبة الأولى والخاصة بسكنيدر - في الـ ICD-11 كما في الـ DSM-5 - وذلك في وصف الفصام وسيتم حذف الأنواع الفرعية من ذلك الاضطراب. وبالعكس الـ DSM-5، من المتوقع أن يُبقي الـ ICD-11 معيار مدة الشهر الواحد لتشخيص الفصام وألا يتضمن العجز الوظيفي كمعيار إلزامي (١١،١٢).

- will this relic from the past become the wave of the future? World Psychiatry 2012;11:26.
8. Wakefield JC. Are you as smart as a 4th grader? Why the prototype-similarity approach to diagnosis is a step backward for a scientific psychiatry. World Psychiatry 2012;11:27-8.
 9. Ayuso-Mateos JL. Prototype diagnosis of psychiatric syndromes and the ICD-11. World Psychiatry 2012;11:30-1.
 10. Westen D, Malone JC, DeFife JA. An empirically derived approach to the classification and diagnosis of mood disorders. World Psychiatry 2012;11:172-80.
 11. Gaebel W. Status of psychotic disorders in ICD-11. Schizophr Bull 2012;38:895-8.
 12. Gaebel W, Zielasek J, Cleveland H-R. Psychotic disorders in ICD-11. Die Psychiatrie 2013;10:11-7.
 13. Maj M, Reed GM (eds). The ICD-11 classification of mood and anxiety disorders: background and options. World Psychiatry 2012;11(Suppl. 1).
 14. Maj M. Mood disorders in ICD-11 and DSM-5. A brief overview. Die Psychiatrie 2013;10:24-9.
 15. Maj M. Bereavement-related depression in the DSM-5 and ICD-11. World Psychiatry 2012;11:1-2.
 16. Wakefield JC, First MB. Validity of the bereavement exclusion to major depression: does the empirical evidence support the proposal to eliminate the exclusion in DSM-5? World Psychiatry 2012;11:3-10.
 17. Corruble E. The bereavement exclusion may not be applicable in real world settings. World Psychiatry 2012;11:202.
 18. Pies R. Was the bereavement exclusion originally based on scientific data? World Psychiatry 2012;11:203.
 19. Wakefield JC, First M. Fallacious reasoning in the argument to eliminate the major depression bereavement exclusion in DSM-5. World Psychiatry 2012;11:204-5.
 20. Maj M. "Clinical judgment" and the DSM-5 diagnosis of major depression. World Psychiatry

الخاصة بالـ ICD-11 وذلك باستخدام نهجين: الأول هو اختبار ميداني يقوم على شبكة الأنترنت ويتم تنفيذه عن طريق شبكة الممارسات الاكلينيكية العالمية، وهي شبكة من الصحة النفسية الذاتية والممارسين العاملين في مجال العناية الأولية، وتتضمن هذه الشبكة في الوقت الحالي حوالي ١٠,٠٠٠ ممارسًا مسجلاً من ١٢٧ دولة. تستخدم هذه الدراسات التي تقوم على الأنترنت منهجية مصغرة لدراسة صناعة القرارات الاكلينيكية المتعلقة بفئات التشخيص والمبادئ التوجيهية الخاصة بالـ ICD-11 المقترح. أما النهج الثاني فهو الاختبار الميداني الذي يقوم على العيادات، وهو الذي سيقم فائدة المبادئ التوجيهية التشخيصية التابعة للـ ICD-11 المقترح في عيادات الحياة الواقعية، مع تركيز خاص على دول الأجر المنخفضة ودول الأجر المتوسطة. سيكون هناك سلسلة من الندوات التي تتحدث عن تطور الفصل الخاص بالاضطرابات النفسية التابع للـ ICD-11، وذلك في المؤتمر العالمي للطب النفسي الذي سيعقد في مدريد بإسبانيا من ١٤ إلى ١٨ سبتمبر عام ٢٠١٤.

المراجع:

1. International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders. A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. World Psychiatry 2011;10:86-92.
2. Reed GM. Toward ICD-11: improving the clinical utility of WHO's International Classification of Mental Disorders. Prof Psychol Res Pract 2010;41:457-64.
3. Gureje O, Reed G. Revising the classification of mental disorders: do we really need to bother? Int Rev Psychiatry 2012; 24:511-3.
4. Westen D. Prototype diagnosis of psychiatric syndromes. World Psychiatry 2012; 11:16-21.
5. Jablensky A. Prototypes, syndromes and dimensions of psychopathology: an open agenda for research. World Psychiatry 2012;11:22-3.
6. First MB. A practical prototypic system for psychiatric diagnosis: the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. World Psychiatry 2012;11:24-5.
7. Frances A. Prototypal diagnosis:

تشويش في مجال العاطفة والمفهوم الذاتي والأداء في العلاقات، هذا بالإضافة إلى المظاهر الأساسية الثلاثة للـ PTSD (22).

وفي مجال اضطرابات تناول الطعام، يُتوقع أن يتم توسيع فئة القهم العصابي في الـ ICD-11 وذلك عن طريق طرح متطلبات انقطاع الحيض ومد معيار الوزن إلى أي مستوى من نقص الوزن ومد معيار المعرفة حتى يتضمن مظاهر لها ارتباطات تطويرية وثقافية، بالإضافة إلى ذلك إن تعريف العُسر بكونه «انخفاض في الوزن يتسم بالخطر» يُتوقع أن يميز الحالات الشديدة من القهم العصابي التي تحمل أقصى علامات الخطر. ويُحتمل أن يتم مد فئة النهام العصابي حتى تتضمن شراهة الطعام الموضوعي وسيتم تضمين اضطراب شراهة الطعام كعيار تشخيصي محدد، بالاتفاق مع الـ DSM-5 (23).

سيتم تعريف اضطرابات النمو الفكري (وهو مصطلح يحل محل «التخلف العقلي») بأنه «مجموعة من الحالات التنموية التي تتصف بضعف كبير في الأداء المعرفي الذي يرتبط بمحدوديات في التعلم والسلوك التلائمي والمهارات». وسيتم إبقاء الفئات الفرعية الحالية التي تقوم على الشدة الاكلينيكية بينما سيتم تعريف السلوكيات الإشكالية بكونها مظاهر مرتبطة (٢٤).

تجد متاحًا أيضًا التقارير التمهيديّة من المجموعات التي تعمل على الأمراض الجسدية والاضطرابات التفارقية والاضطرابات الشخصية، وذلك في النشرات (٢٥، ٢٦) وتجد أيضًا حديثًا أكثر عمومية عن المواضيع التشخيصية التي ترتبط بالـ ICD-11 والـ DSM-5، وذلك في الأعداد الأخيرة من مجلة عالم الطب النفسي وغيرها من الجرائد (مثل ٢١-٤١). لقد بدأت دراستان ميدانيتان بنائيتان في وقت مبكر في عملية تطور الفصل الخاص بالـ ICD-11 وذلك لدراسة آراء الأطباء العاملين في مجال الصحة النفسية حول العالم عن العلاقات بين الاضطرابات النفسية، وأيضًا لتقديم قرارات عن كيان التقسيم (٤٢، ٤٣).

تم أيضًا عمل استطلاعين عالميين عن اتجاه الطبيب ناحية تقسيم الاضطرابات النفسية؛ واحد بالتعاون مع جمعية العالمية للطب النفسي، وتشمل هذه حوالي ٥,٠٠٠ طبيبًا نفسيًا من ٤٤ دولة (٤٤) والآخر بالتعاون مع الاتحاد العالمي للعلوم النفسية، وذلك بمشاركة ٢,١٥٥ عالمًا نفسيًا من ٢٣ دولة (٤٥). يتم الآن عمل اختبار ميداني للمقترحات

- 2013;12:24-5.
40. Wakefield JC, Schmitz MF. When does depression become a disorder? Using recurrence rates to evaluate the validity of proposed changes in major depression diagnostic thresholds. *World Psychiatry* 2013;12:44-52.
 41. Berrios GE, Markova IS. Is the concept of “dimension” applicable to psychiatric objects? *World Psychiatry* 2013;12:76-8.
 42. Roberts MC, Reed GM, Medina-Mora ME et al. A global clinicians’ map of mental disorders to improve ICD-11: analysing meta-structure to enhance clinical utility. *Int Rev Psychiatry* 2012;24:578-90.
 43. Reed GM, Roberts MC, Keeley J et al. Mental health professionals’ natural taxonomies of mental disorders: implications for the clinical utility of the ICD-11 and the DSM-5. *J Clin Psychol* 2013;69: 1191-212.
 44. 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.
 45. 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.
 30. Frances A. The past, present and future of psychiatric diagnosis. *World Psychiatry* 2013;12:111-2.
 31. Maj M. Adherence to psychiatric treatments and the public image of psychiatry. *World Psychiatry* 2013;12:185-6.
 32. 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.
 33. Volpe U. WPA contribution to the development of the chapter on mental disorders of the ICD-11: an update. *World Psychiatry* 2013;12:183-4.
 34. van Os J, Delespaul P, Wigman J et al. Beyond DSM and ICD: introducing “precision diagnosis” for psychiatry using momentary assessment technology. *World Psychiatry* 2013;12:113-7.
 35. Ghaemi SN. Taking disease seriously in DSM. *World Psychiatry* 2013;12:210-2.
 36. McGorry PD. The next stage for diagnosis: validity through utility. *World Psychiatry* 2013;12:213-5.
 37. Maj M. Mental disorders as “brain diseases” and Jaspers’ legacy. *World Psychiatry* 2013;12:1-3.
 38. Parnas J. The Breivik case and “conditio psychiatricae”. *World Psychiatry* 2013;12: 22-3.
 39. Bolton D. Should mental disorders be regarded as brain disorders? 21st century mental health sciences and implications for research and training. *World Psychiatry* 2013;12:89-91.
 21. Wakefield JC. DSM-5 grief scorecard: assessment and outcomes of proposals to pathologize grief. *World Psychiatry* 2013; 12:171-3.
 22. Maercker A, Brewin CR, Bryant RA et al. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry* 2013; 12:198-206.
 23. Uher R, Rutter M. Classification of feeding and eating disorders: review of evidence and proposals for ICD-11. *World Psychiatry* 2012;11:80-92.
 24. 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.
 25. Creed F, Gureje O. Emerging themes in the revision of the classification of somatoform disorders. *Int Rev Psychiatry* 2012; 24:556-67.
 26. Tyrer P, Crawford M, Mulder R et al. Reclassifying personality disorders. *Lancet* 2011;377:1814-5.
 27. Rutter M, Uher R. Classification issues and challenges in child and adolescent psychopathology. *Int Rev Psychiatry* 2012; 24:514-29.
 28. Regier DA, Kuhl EA, Kupfer DJ. The DSM-5: classification and criteria changes. *World Psychiatry* 2013;12:92-8.
 29. Garb HN. Cognitive and social factors influencing clinical judgment in psychiatric practice.

DOI 10.1002/wps.20136

المجلة العالمية للطب النفسي

الناطقة باسم الجمعية العالمية للطب النفسي



