

المجلة العالمية للطب النفسي

الناطقة باسم الجمعية العالمية للطب النفسي

فبراير ٢٠١٤



المجلد الثالث عشر - العدد الأول

محتويات العدد

- المقالة الافتتاحية**
- الحفاظ على الموقف الإيجابي تجاه مشروع المحكات الاجرائية للبحوث التشخيصية (RDoC) ٤
MARIO MAJ
- مقالات خاصه**
- مميزات ومحدوديات التدخلات القائمة على شبكة الأنترنت ٦
لعلاج الاضطرابات النفسية الشائعة
G. ANDERSSON, N. TITOV
- استخدام وإساءة استخدام التعافي: تحقيق الممارسات الموجهه ١٤
نحو التعافي في أنظمة الصحة النفسية
M. SLADE, M. AMERING, M. FARKAS, B. HAMILTON,
M. O'HAGAN ET AL
- وجهات نظر**
- تحديات وسائل الإعلام الاجتماعية للطب النفسي ٢٣
P.S. APPELBAUM, A. KOPELMAN
- توقعات عظيمة لأبحاث المشاركة: ما الذي قد حققناه في العشر سنوات الأخيرة؟ ٢٥
T. WYKES
- منتدى - مشروع معايير نطاق البحث: وعود ومحدوديات**
- إطار عمل مشروع المحكات الاجرائية للبحوث التشخيصية (RDoC): ٢٨
تسهيل الانتقال من الـ ICD/DSM إلى النهج البعدية التي تدمج كلا من
العلوم العصبية والمرضية النفسية
B.N. CUTHBERT
- تعليقات**
- عودة مشروع المحكات الاجرائية للبحوث التشخيصية (RDoC). ٣٥
D.R. WEINBERGER, T.E. GOLDBERG
- الكابوس الذي يواجهه وبتيجستين: لماذا تحتاج شبكة مشروع المحكات ٣٧
الاجرائية للبحوث التشخيصية (RDoC) إلى بعد مفاهيمي
J.C. WAKEFIELD
- هل يُعجل مشروع المحكات الاجرائية للبحوث التشخيصية (RDoC) ٣٩
من اندحار القيادة الأمريكية العالمية في مجال الصحة النفسية؟
M.R. PHILLIPS
- الأقتراب إلى العلوم العصبية البشرية بغرض إدراك المرض ٤٠
C.A. TAMMINGA
- مشروع المحكات الاجرائية للبحوث التشخيصية (RDoC): ٤١
هل يُمكن أن يكون خارطة طريق إلى الآلية المرضية؟
A. JABLENSKY, F. WATERS
- الرحلة المتجهه من تشخيصات الـ RDC/DSM إلى أبعاد مشروع ٤٣
المحكات الاجرائية للبحوث التشخيصية (RDoC)
M.S. KESHAVAN, D. ONGUR
- برنامج مشروع المحكات الاجرائية للبحوث التشخيصية (RDoC): ٤٤
هل ينفذ أن يكون الطب النفسي بدون روح؟
J. PARNAS
- مشروع المحكات الاجرائية للبحوث التشخيصية (RDoC) ٤٦
أمر ضروري إلا أن هناك فرط في بيعه
A. FRANCES
- الطريق ذو النهايه الغير معروفه ٤٧
G.A. FAVA
- هل هو الوحيد أم هو واحد من بين العديد؟ تعليقاً على مشروع المحكات ٤٨
الاجرائية للبحوث التشخيصية (RDoC)
N. SARTORIUS
- نهج تكاملي لتشخيصات الطب النفسي وأبحاثه ٤٩
D.J. STEIN
- الحفاظ على واجهة الطبيب الاكلينيكي-الباحث في عهد مشروع المحكات ٥١
الاجرائية للبحوث التشخيصية (RDoC): استمرار الاحتياج إلى خصائص
الـ DSM-5/ICD-11 للتجارب الاكلينيكية
M.B. FIRST
- مشروع المحكات الاجرائية للبحوث التشخيصية (RDoC): ٥٢
الجديده في أمر الانتقال
K.W.M. FULFORD
- تقارير بحثية**
- إضافة العلاج النفسي إلى العقاقير المضادة للاكتئاب في حالات ٥٤
اضطرابات الاكتئاب والقلق: تحليل تلوي
P. CULPERS, M. SIJBRANDIJ, S.L. KOOLE,
G. ANDERSSON, A.T. BEEKMAN ET AL
- تطبيق علاجي لتجربة وسيلة أخذ العينات في علاج الاكتئاب: ٦٦
تجربة عشوائية مُحكمة
I. KRAMER, C.J.P. SIMONS, J.A. HARTMANN,
C. MENNE-LOTHMANN, W. VIECHTBAUER ET AL
- مجموعة جديدة من المراهقين أمام خطر « غير مرئي » للإصابة بمرضية ٧٦
نفسية وسلوكيات أنتحارية: أكتشافات من دراسة الـ SEYLE
V. CARLI, C.W. HOVEN, C. WASSERMAN,
F. CHIESA, G. GUFFANTI ET AL
- وجهات نظر**
- التفاعل بين الجينات الوراثية والبيئة من منظور تطوري: ٨٤
قابلية متفاوتة للتأثيرات البيئية
J. BELSKY, S. HARTMAN
- تطور التعليم النفسي للاضطرابات ثنائية القطب: من عيادات الليثيوم ٨٦
إلى تعليم نفسي تكاملي
F. COLOM
- خطابات الى رئيس التحرير** ٨٨
- أخبار الجمعية العالمية للطب النفسي** ٩٥

المجلة العالمية للطب النفسي

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

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

1. Bathe KJ, Wilson EL. Solution methods for eigenvalue problems in structural mechanics. Int J Num Math Engng 1973;6:213-26.
2. McRae TW. The impact of computers on accounting. London: Wiley, 1964.
3. 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.

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

رئيس التحرير:

M. Maj (Italy)

مساعد رئيس التحرير:

P. Ruiz (USA).

أعضاء هيئة التحرير:

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

هيئة التحرير الاستشارية:

H.S. Akiskal (USA), R.D. Alarcón (USA), J.A. Costa e Silva (Brazil), J. Cox (UK), H. Herrman (Australia), M. Jorge (Brazil), H. Katschnig (Austria), F. Lieh-Mak (Hong Kong-China), F. Lolas (Chile), J.J. López-Ibor (Spain), J.E. Mezzich (USA), D. Moussaoui (Morocco), P. Munk-Jorgensen (Denmark), F. Njenga (Kenya), A. Okasha (Egypt), J. Parnas (Denmark), V. Patel (India), N. Sartorius (Switzerland), C. Stefanis (Greece), M. Tansella (Italy), A. Tasman (USA), S. Tyano (Israel), J. Zohar (Israel).

مكتب رئيس التحرير:

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

رئيس مجلس الإدارة:

Vincenzo Coluccia (Italy)

المدير المسؤول:

Emile Blomme (Italy)

الجمعية العالمية للطب النفسي (WPA)

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

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

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

www.wpanet.org

اللجنة التنفيذية للجمعية العالمية للطب النفسي

الرئيس: P. Ruiz (USA)

الرئيس المنتخب: D. Bhugra (UK)

السكرتير العام: L. Küey (Turkey)

سكرتير الشؤون المالية: T. Akiyama (Japan)

سكرتير شؤون الأبحاث: T. Okasha (Egypt)

سكرتير شؤون التعليم: E. Belfort (Venezuela)

سكرتير شؤون المطبوعات: M. Riba (USA)

سكرتير شؤون الأقسام: A. Javed (UK)

سكرتارية الجمعية العالمية للطب النفسي

Psychiatric Hospital, 2 Ch. du Petit-Bel-Air, 1225 Chêne-Bourg, Geneva, Switzerland.

Phone: +41223055736; Fax: +41223055735;

E-mail: wpasecretariat@wpanet.org.

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

رئيس مجلس الإدارة: عبد الغني الأنصاري

الترجمة من الإنكليزية للعربية: أميره عاطف

الناشر للمجلة الأم: Wiley Blackwell

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* مجانا من خلال نظام PubMed

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

المجلة العالمية للطب النفسي

هيئة التحرير باللغة العربية

رئيس التحرير:

أحمد عكاشه

أعضاء هيئة تحرير:

المملكة العربية السعودية

طارق الحبيب

المملكة الأردنية الهاشمية

وليد سرحان

المملكة المغربية

دريس موسى

مملكة البحرين

شارلوت كامل

إمارة دولة الكويت

صلاح عيد

الإمارات العربية المتحدة

طارق درويش

طلعت مطر

دولة فلسطين

بسام الإشهب

جمهورية مصر العربية

طارق عكاشه

احمد عبد اللطيف

الجمهورية اللبنانية

إيلي كرم

الجمهورية التونسية

جمال التركي

الجمهورية الليبية

على الرويعي

الجمهورية العراقية

قاسم العوادي

جمهورية السودان

عبد الله عبد الرحمن

الجمهورية العربية السورية

بيار شينيارا

الجمهورية الجزائرية

فريد كاشا

تقدير

تم دعم وترجمه ونشر عدد فبراير 2014 للمجلة العالمية للطب النفسي باللغة العربية بواسطة Lundbeck ونقدر هذا المجهود

ملاحظة: لا تقع على الناشر أي مسؤولية لأي ضرر أو أذى أو كلاهما قد يلحق بأي شخص أو ملكية من جراء مسؤولية المنتجات أو نتيجة إهمال 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.

الحفاظ على الموقف الإيجابي تجاه مشروع المحكات الاجرائية للبحوث التشخيصية (RDoC)

MARIO MAJ

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

في تفسير البرنامج الذي بدأ في السبعينيات، ومرة أخرى، واحد من أهدافه هو تسهيل شرح الركائز العصبية الحيوية لعلم النفس المرضي. أما الهدف الثاني فهو عمل نظام تشخيص يكون أكثر فاعلية من ذلك الذي أتى به البرنامج السابق والذي يقوم على مقاييس حيوية من جراء اعتماده على التشابه مع باقي مجالات الطب. ولكي نتقّى أثر هذه الأهداف المختلفة نقوم باعتبار نفس الأداة بكونها مناسبة، وهي إطار بحثي يشمل بعض مجالات الأداء، ويتكون كل منها من ابعاد سلوكية ترتبط بشكل مبدئي بدائرة أو بمنطقة في المخ.

إن الخطوط العريضة لإبعاد مشروع المحكات الاجرائية للبحوث التشخيصية ((RDoC المقترحة والمتاحة على الموقع التابع للمعهد الوطني للصحة النفسية، هي في حقيقة الأمر مذهلة. وبعبارة ما قد نظنه من التقارير المنشورة في الجرائد العلمية، لا تشتمل هذه الأبعاد فقط على «سلوكيات ملحوظة»، بل تشكل أيضًا بعض النظم مثل «فهم وإدراك الذات» و«إدراك الحالة النفسية الخاصة بالآخرين»، وبالتالي فهناك تمثيل للمكون «التجريبي» لعلم النفس المرضي. إن قائمة الاختلافات العصبية الحيوية هي أكثر شمولاً، وبالتالي فلا يستطيع القارئ تحديد أي من هذه تحمل الكثير من الآمال (فهل ستكون بعض العلامات المتاحة على مستوى الدليل لكل بند بالأمر النافع؟). هناك قائمة (صغيرة) في آخر كل فقرة، إلا أن هذه الإشارات لا تنقل على الاختلافات المقترحة. لكن، وبشكل عام إن إطار العمل بمثابة أمر تثقيفي للباحثين.

ومع ذلك، فأن الفجوة بين الاتجاهات المقترحة والعلامات والاعراض التي هي، بحسب كوثبرت، «المظاهر السريرية الحقيقية التي تأتي بالمرضى إلى العيادات»، (8) بالأمر الحساس في العديد من النواحي. إذا كانت المشكلة مع فئات الـ DSM هي أنهم بعيدين جداً عن مستوى العلوم العصبية، فقد تكون مشكلة البعض مع نظم مشروع المحكات الاجرائية للبحوث التشخيصية ((RDoC. على الأقل، هي أنهم بعيدين إلى حد ما عن مستوى المظاهر السريرية. يبدو أن كوثبرت وثاقاً من أنه «عاجلاً أم آجلاً» سيكون أمر شرح حتى الاعراض المعقدة مثل الضلالات، ممكناً وهذا «بحسب التقلبات في عمليات المخ الأساسية» (8). لكن ماذا يحدث إذا كان البعض من هذه الاعراض غير قابل للتفسير بحسب المفاهيم العصبية الحيوية؟ فهل سيقوموا باتباع مصير فئات التشخيص الحالية بحيث يتم اعتبارها نظم «غير صالحة»؟ في حقيقة الأمر، قد يعتبر بعض العلماء أن مشروع المحكات الاجرائية للبحوث التشخيصية ((RDoC خطوة متقدمة في عملية الإفراط في تبسيط علم النفس المرضي وتجريد الممارسات النفسية من المبادئ الإنسانية، وذلك بعد تقديم معايير التشخيص التنفيذية. قد يظهر الكثير من القلق لأننا نخرج بصورة تدريجية من جوهر علم النفس المرضي بدلا من الوصل إليه، وما هو أكثر من ذلك هو أننا نحط من قدر المكونات الإنسانية لمهنة الطب النفسي في وقت يتم فيه إعادة تقييم هذه المكونات في باقي جوانب الطب.

لكن هناك منظور آخر بديل، وهو أن مشروع المحكات الاجرائية للبحوث التشخيصية ((RDoC قد يقدم تحفيزاً إلى إعادة تصوّر بعض الاعراض المعقدة. لقد تم حديثاً، في حقيقة الأمر، تدارس العديد من عناصر التعريف الحالي للضلالات (أي أنه يقدم «معتقدات كاذبة» وأنه يقوم على «استنتاج

لقد بدأ في الولايات المتحدة الأمريكية مع أوائل السبعينيات برنامج ذي هدفين، وكانت هذه الأهداف هي 1- تحسين مصداقية التشخيصات النفسية في ظل الظروف السريرية العادية و-2 تسهيل عملية توضيح الفيسيولوجية المرضية للاضطرابات النفسية. ومن أجل تحقيق هذه الأهداف المختلفة، تم اعتبار الأداة نفسها بكونها مناسبة، وهي نظام تشخيصي يقوم على المعايير التشغيلية التي تعرّف بطرق واضحة ودقيقة العديد من الاضطرابات النفسية.

لكن يبدو أنه قد تم تحقيق الهدف الأول، وهذا إلى حد ما وبالرغم من غياب دليل بحثي قاطع يتم جمعه من مواضع سريرية عادية (1). لقد تم تحقيق تطوراً في مصداقية التشخيصات النفسية، لكن كان هذا على حساب الإفراط في تبسيط الفيسيولوجيا المرضية (2) وتجريد الممارسات النفسية من المبادئ الإنسانية (3). قد نكون خسرن جزءاً من جوهر نظام علم النفس المرضي، وذلك من جراء ترجمته إلى مصطلحات تشغيلية، بل وقد نكون قد خسرن أيضاً جزء من جوهر مهنة الطب النفسي، وذلك من جراء الانحدار بقيمة عملية التشخيص حتى أصبحت مجرد تقرير بوجود أو غياب مجموعة من الاعراض.

ومن الواضح أنه لم يتم تحقيق الهدف الثاني من الهدفين السابقين، وهذا بحسب ما قاله قادة مجموعة عمل الـ (4) DSM-5. وبالرغم من مرور أربعة عقود من الأبحاث المكلفة والمكثفة، إلا أنه لا تزال الفيسيولوجيا المرضية للاضطرابات النفسية بالأمر المراوغ؛ فقد يُجادل فرد ما أنه قد تم جمع كم هائل من المعلومات العصبية الحيوية وتم تطوير العديد من النماذج، لكن قد تكون المعضلة أكثر تعقيداً من المتوقع، بل وقد يكون إعلان الفشل سابقاً لأوانه.

إذا فشل البرنامج في آخر الأمر في تحقيق هدفه الثاني، سيكون هناك العديد من التفسيرات المحتملة لهذا الأمر: الأول - وهو الأبسط - هو أن كل الاضطرابات النفسية التي تم تعريفها في هذا البرنامج ليست كيانات مرضية معروفة، أي أن نظام التشخيص بأكمله لم ينخر الطبيعة حتى مفاصلها، والتفسير الثاني هو أنه بالرغم من أن بعض هذه الاضطرابات قد تكون كيانات مرضية معروفة، إلا أن المستوى الذي تم تعريفها عليه أعلى من المستوى الذي يُمكن أن يخرج منه روابط فيسيولوجية مرضية ذات معنى، أي أننا نحتاج إلى بعض الكيانات المتوسطة التي يُمكن أن نقيم عليها أبحاثنا عن الآليات العصبية الحيوية. أما التفسير الثالث فهو أنه لا بد من اعتبار غياب الدليل بمثابة دليل على الغياب، أي أنه قد لا تكون الاضطرابات النفسية قابلة لتفسيرات الفيسيولوجية المرضية بنفس معنى أمراض القلب أو الأمراض العصبية مثلاً، فقد لا يكون حدوث تلف في الركيزة العصبية أمراً ضرورياً لحدوث فشل في الأداء النفسي (5,6) و/أو قد تتدخل مجموعة العمليات العليا بين مستوى الضعف العصبي الحيوي ومستوى علامات علم النفس المرضي، وبالتالي فيكون أتباع نهج اختزالي من القمة إلى القاع غير كافي (7). ومن هذا المنطلق قد تكون طبيعة الأمراض النفسية متنوعة في جوهرها، مع وجود عمليات عليا تمثل شخصية بعض الاضطرابات النفسية (مثل داء فقدان الشهية العصبي) أكثر من غيرها من الاضطرابات.

إن مشروع المحكات الاجرائية للبحوث التشخيصية ((RDoC يستمر

غير صحيح» وأنه دائماً ما يتعلق هذا الاستنتاج «بالحقائق الخارجية»، وهذا على الأقل في حالة الفصام (9). إن ما يُمكن تفسيره بطرق عصبية حيوية قد لا يكون ما ينطق به المريض بشكل مجازي، بل هي تعبيرات مرضية أساسية يحاول المريض نقلها إلى الطبيب بواسطة هذه الكلمات. وبالتالي فمن الأمور المضمونة هي عمل بحث دقيق لمثل هذه الخبرات.

من المتوقع أن الأبعاد السلوكية (والتجريبية) التي يقترحها مشروع المحكات الاجرائية للبحوث التشخيصية ((RDoC) «ستتخطى الكيانات التشخيصية التقليدية» (8)، وبالتالي فإن هذه الكيانات الأخيرة ستكون في المفاهيم الخاصة بجاسبير «نظم تشبه الفسيفساء» وتتكون من العناصر المتكررة. لكن لا يزال هذا الأمر مجرد افتراض، لكن يُمكن على الأقل أن يُظهر البعض من هذه الأبعاد فروق دقيقة وروابط نفسية عصبية في علاقة جزئية أو كاملة بالبناء التشخيصي الحالي. نحن نأمل أن تقوم تصاميم البحث في المشروع بالسماح بالتمييز بين هذه الاحتمالات البديلة. يُجادل كوثبرت بقوله أن التحاليل «قد تتم بحسب عامل الـ DSM وابعاد مشروع المحكات الاجرائية للبحوث التشخيصية ((RDoC) ويبدو أن التفاعل يشير إلى هذا الاتجاه» (8).

لقد ذُكر أن مشروع المحكات الاجرائية للبحوث التشخيصية ((RDoC) «يبتعد بشكل كبير عن الـ DSM وعمليات الـ ICD» التي كانت تقوم على «اجتماعات مجموعات عمل مكثفة» والتي «أنتجت مجموعات التشخيص» (8)، لكن قد يُجادل البعض بقول أن المجالات الوظيفية لمشروع المحكات الاجرائية للبحوث التشخيصية ((RDoC) والابعاد المتضمنة في كل مجال قد تم تعريفها بواسطة عملية مشابهة. إن هذا في الوقت الحالي بمثابة ناتج أفاق جماعي بين الخبراء. وقد كان هذا الاتفاق بالطبع قائماً على الدليل البحثي المتاح وسيتم إعادة وضعه في الاعتبار خلال العملية، لكن علينا ألا نغفل أن نفس هذا الأمر يسري على نظم DSM و ICD الحالية، والتي كان العديد منها الموضوع الأساسي للمئات من الدراسات، وتم إعادة تشييدها عدة مرات ومراجعتها أيضاً على مدار السنين وذلك على أساس دليل بحثي. ومن قبيل المصادفة أن سمة هامة من سمات مجموعات عمل الـ DSM و ICD كانت المكون الدولي الدائم الخاص بهم، وبينما كانت الشكوى المتكررة هي أن الممارسين السريريين الذين قد يقدموا وجهة نظر جيدة عن تطبيق النظام المقترح في ظل ظروف سريرية عادية، لم تكن ممثلة بشكل كافي. وقد يكون من الهام أن نتفكر في هذا الأمر.

وبصورة عامة، يبدو أن مشروع المحكات الاجرائية للبحوث التشخيصية ((RDoC) أكثر احتمالية لأن يحقق - إلى حد ما وفي المستقبل المنظور أول هدف أمامه (أي أن يُسهّل شرح الأسس العصبية الحيوية)، وهذا أكثر من احتمال تحقيق الهدف الثاني، فهذا على الأقل كما هو مُصاغ حالياً (أي أن يؤدي إلى نظام تشخيصي «يقوم على العلوم العصبية والعلوم السلوكية، وليس الظواهر الوصفية»). في حقيقة الأمر، سيتطلب تحقيق هذا الهدف الأخير تطوير مجموعة من المقاييس السلوكية والحيوية، والتي يكون الاختبار وإعادة الاختبار/ والمصادقية بين التشغيل وأيضاً الحساسية/الخصوصية في التكهّن بالنتائج (والتي تشمل الاستجابة لوسائل العلاج المختلفة) على الأقل مثل تلك الخاصة بالمقاييس الحالية التي تقوم على الاعراض، والتي يكون تقييمها بالأمر المعقول والفعال من ناحية التكلفة وفي نطاق معقول من المواضع السريرية حول العالم. ومن المحتمل أنه يصعب تحقيق هذا الأمر حتى على المدى البعيد، وبالتالي سيكون من الحكمة في غالب الأمر الابتعاد عن مواجهة الجدل مع الـ DSM و ICD والذي هو بالأمر الغير مضمون بل ويمثل تعطيلاً للمجال ومربكاً للمرضى والأسر وأيضاً للزملاء في المجالات الطبية الأخرى ولصانعي السياسة وأيضاً للرأي العام.

قد يكون من اللائق أن نضع الكثير من التأكيد على النسخة الأقل أملاً في الهدف الثاني، والتي تظهر أيضاً في وثائق كوثبرت، أي تطوير مقاييس عصبية حيوية يُمكن أن تساعد في عمل تصنيف فرعي وليس إحلال الكيانات التشخيصية الحالية، بحيث نتمكن من تحسين التكهّن بالنتائج والاستجابة للعلاج. وكما جاء في وثيقة حديثه شارك انسيل في تأليفها (10)، «إن الفرصة الحقيقية للطب النفسي هي أن يستخدم التطورات الجديدة في علم الوراثة والبيولوجيا الجزيئية والعلوم المعرفية وعلم التصوير، وذلك لتكملة وليس لإحلال التشخيصات المأخوذة من الاعراض».

وعلى الناحية الأخرى، وبالأخذ في الاعتبار كل ما ذكر أعلى، من الجيد لكل العلماء أن يحتفظوا باتجاه إيجابي ناحية مشروع المحكات الاجرائية للبحوث التشخيصية ((RDoC. وبالتفاعل بصورة مباشرة أكثر مع مستوى العلوم العصبية، يُحتمل أن يعمل هذا المشروع على تكملة نظام التشخيص الحالي وبنجاح، والذي يتفاعل بشكل مباشر مع مستوى الحقيقة السريرية. إن تطوير وسيلة عبور بين النهجين في بيئة الاحترام المتبادل، بمثابة سعي يُمكن أن يُغني الطب النفسي والمجالات المرتبطة به وأيضاً يزيد من مدى مصداقيته.

المراجع:

1. Westen D. Prototype diagnosis of psychiatric syndromes. World Psychiatry 2012;11:16-21.
2. Parnas J. The Breivik case and «conditio psychiatrica». World Psychiatry 2013;12:22-3.
3. Andreasen N. DSM and the death of phenomenology in America: an example of unintended consequences. Schizophr Bull 2007; 33:108-12.
4. 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.
5. Bolton D. What is mental disorder? An essay in philosophy, science, and values. Oxford: Oxford University Press, 2008.
6. Maj M. Mental disorders as «brain diseases» and Jaspers' legacy. World Psychiatry 2013;12:1-3.
7. Kendler KS. Toward a philosophical structure for psychiatry. Am J Psychiatry 2005;162:433-40.
8. Cuthbert BN. The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. World Psychiatry 2014;13:28-35.
9. Maj M. Karl Jaspers and the genesis of delusions in schizophrenia. Schizophr Bull 2013;39:242-3.
10. Kapur S, Phillips AG, Insel TR. Why has it taken so long for biological psychiatry to develop clinical tests and what to do about it? Mol Psychiatry 2012;17:1174-9. DOI 10.1002/wps.20111

مميزات ومحددات التدخلات القائمة على شبكة الأنترنت لعلاج الاضطرابات النفسية الشائعة

GERHARD ANDERSSON^{1,2}, NICKOLAI TITOV³

¹Department of Behavioural Sciences and Learning, Swedish Institute for Disability Research, University of Linköping, Sweden; ²Department of Clinical Neuroscience, Division of Psychiatry, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden; ³eCentreClinic, Centre for Emotional Health, Department of Psychology, Macquarie University, Sydney, Australia

لقد تم تطوير واختبار العديد من تدخلات الأنترنت للاضطرابات النفسية الشائعة، ويقول الدليل حتى يومنا هذا أن نتائج وسائل العلاج هذه غالبًا ما تكون متشابهة، مثل في العلاج النفسي الذي يكون وجهًا لوجه، وأيضًا أنها فعالة من ناحية التكلفة. سنقوم أولاً في هذه المقالة بعرض الإيجابيات والسلبيات الخاصة بالكيفية التي تم بها تعيين المشاركين في تجارب العلاج بواسطة الأنترنت، وسنقوم بعد ذلك بالتعليق على إجراءات التقييم التي غالبًا ما تكون متضمنة في تدخلات الأنترنت، وسنلخص بالقول أنه بينما تأتي الاستبيانات التي تكون عبر الأنترنت بنتائج قوية، إلا أنه لا يمكن التشخيص بدون أي اتصال مع المريض. سنقوم بعد ذلك بعرض الدور الذي يقوم به المعالج المختص، ونلخص أنه بينما تبدو وسائل العلاج التي تحتوي على إرشادات أنها تؤدي إلى نتائج أفضل من وسائل العلاج الغير موجهة، إلا أنه يمكن أن يكون هذا التوجيه عمليًا وتدعيميًا بصفة أولية وليس ذات توجهات علاجية خالصة. وبعد ذلك سنقدم وصفًا موجزًا لإيجابيات وسلبيات وسائل العلاج الخاصة باضطرابات المزاج والقلق، وسنعلق على وسائل معالجة الاعتلالات المشتركة التي غالبًا ما تكون مرتبطة بهذه الاضطرابات. أخيرًا، سنناقش التحديات التي تواجهها عند نشر تدخلات الأنترنت. وفي نهاية الأمر، هناك الكثير جدًا من الدلائل التي تقترح أن تدخلات الأنترنت بالأمر الناجح. ولاتزال العديد من الأسئلة البحثية مفتوحة، وتشمل كيف يمكن اختلاطها مع أشكال العناية التقليدية..

كلمات مفتاحية: تدخلات الأنترنت، العلاج السلوكي المعرفي، اضطرابات المزاج والقلق، التعميم.

(عالم الطب النفسي 2014: 11-13:4)

هناك بُعدين يُمكن استخدامهما لتصنيف الـ ICBT، وهما ما إذا كان يحتاج إلى الاتصال بمعالج مختص وما إذا كان الهدف منه هو علاج الاضطرابات النفسية لمنع تطورها. يُمكن أن تُقسّم تدخلات الأنترنت التي تشتمل على اتصال بمعالج نفسي بين التدخلات التي تشتمل على تفاعل متزامن أو تفاعل غير متزامن مع المرضى. ومن الأمثلة على التفاعل المتزامن هي الاتصال عبر الهاتف والفيديو أو خدمات الماسنجر (9)، أما الأمثلة على التفاعل الغير متزامن فهي الأحاديث عبر البريد الإلكتروني. يُمكن أن يستخدم المعالجون خليطًا من الاتصال المتزامن والغير متزامن أثناء فترة العلاج، وذلك لأهداف أكثر واقعية.

تختلف المدة التي يقضيها المعالج المختص مع المرضى كثيرًا، فهناك بعض المعالجين الذين يطلبون من المرضى أن يقضوا وقتًا في القراءة والتجارب مع كتابة الواجبات (8). لكن تشتمل العديد من البرامج على إرشاد قليل عن طريق البريد الإلكتروني (أو نظام تواصل آمن وغير متزامن) والذي يتطلب وقتًا أقل من العلاج بواسطة المقابلات وجهًا لوجه (9,10). سنقوم في هذه المقالة بمناقشة مميزات وعيوب العلاج الذي يقوم على الأنترنت وذلك للاضطرابات النفسية الشائعة، مع التركيز على الـ ICBT. بالرغم من أن هناك ذكر عن مظاهر أخرى من تدخلات الأنترنت. نحن نقوم بفحص نطاق واسع من القضايا التي تخص التوظيف والتقييم ودور المعالج المختص في الـ ICBT الموجّه وعلاج اضطرابات المزاج والقلق وإدارة الاعتلالات المشتركة والتعميم.

توظيف المرضى

يُمكن أن يتم توظيف المرضى للحصول على العلاج بواسطة الأنترنت بعدة وسائل، تشمل الدعاية والترويج عن طريق الإعلام وشبكة الأنترنت والمسوحات الوبائية (11) وصفحات الأنترنت، والأقل شيوعًا هو إحالات من ممارسين صحيين.

إن وسائل العلاج النفسي التي تقوم على الأنترنت ذات تاريخ قصير، إلا أنها تمتد إلى أسس ودلائل تم تأسيسها من قبل تدخلات الحاسوب (1) والعلاج بالقراءة (2).

وبالوضع في الاعتبار الطبيعة التطورية لهذا المجال، تم استخدام نطاق واسع من المصطلحات لوصف وسائل العلاج التي تأتي بواسطة الأنترنت (3). سنقوم باستخدام المصطلح: «تدخلات قائمة على الأنترنت» للإشارة إلى وسائل العلاج التي تصل بصورة مباشرة عن طريق الأنترنت، مع بعض المهام العلاجية التي ينتدبها الحاسوب.

سنقوم بالتركيز على وسائل العلاج النفسية التي تأتي عن طريق الأنترنت، لكن لا بد أن نشير إلى أن المرضى قد يستخدمون شبكة الأنترنت بكثافة وأيضًا غيرهم من المهتمين بأمرهم والذين يسعون إلى الحصول على معلومات عن قضايا الصحة النفسية (4)، وقد يستخدم المرضى الأنترنت أيضًا لغرض التشارك مع مجموعات الدعم عبر الأنترنت (5). لكن ليس طلب المعلومات ومجموعات الدعم عبر الأنترنت هو الموضوع الأساسي لهذا المقال، إلا أنه لا بد من ذكر أهميته في الطب النفسي، وذلك لأنه قد يؤثر على إدارة المرضى (6).

إن العلاج بواسطة الأنترنت، والذي قامت عليه الكثير من الأنشطة البحثية، بمثابة علاج سلوكي معرفي يقوم على الأنترنت (ICBT)، لكن يتم توصيل أشكال أخرى من العلاج النفسي (مثل المتغيرات النفسية والعلاج النفسي بين الأشخاص) عن طريق الأنترنت أيضًا، وذلك بمدى أقل بكثير.

يقوم المرضى أثناء الـ ICBT بالدخول على موقع آمن وذلك بمدة معينة للتصفح والقراءة وتحميل مواد تم ترتيبها في صورة دروس أو وحدات (8)، ويتلقى المرضى واجبات يقوموا بعملها بالبيت، والتي عليهم أن ينهوها قبل إتاحة الوحدة التالية. يقوم المرضى أيضًا بملاء استبيان يُدار بواسطة الحاسب الآلي ويتعلق بمشكلاتهم، والذي يسمح للطبيب المعالج أن يراقب التقدم وعنصر الأمان والنتائج.

تشخيصات وتقييمات قائمة على الإنترنت

إن التشخيصات والمقاييس الدقيقة والموثوق فيها للأعراض بالأمر الهام جدًا في عملية العلاج عن طريق الإنترنت، وذلك بقدر أهميته في العلاج التقليدي الذي يكون وجهًا لوجه. لقد تم عمل محاضرة ممتدة حول كيف يتم جمع بيانات المرضى بواسطة الإنترنت (17)، وهي فعالة جدًا في تحديد إيجابيات وسلبيات عملية جمع البيانات بواسطة الإنترنت.

يُمكننا أن نستخلص من العديد من الدراسات أنه يُمكن جمع بيانات الاستبيانات بدون المساس بخصائص القياس النفسي (18-20)، إلا أنه يوجد احتياج إلى استعراض منهجي لهذه القضية، ومن الشائع أن هناك احتياج إلى جمع المعايير بصورة منفصلة عن القلم والورقة وأيضًا لإدارة الإنترنت (17). إن إيجابيات إدارة الإنترنت للاستبيانات هي أنه يُمكن التقليل من خطر الإغفال عن أي بند، وأنه يُمكن تحديد البنود الهامة جدًا بشكل أوتوماتيكي وذلك للأطباء السريريين (مثل علامات حمراء في حال ارتفاع نسبة حدوث انتحار)، بالإضافة إلى ذلك، يُمكن الحصول على ملخص النتيجة بشكل أوتوماتيكي ويُمكن تطوير خوارزميات وذلك لمساعدة الممارسين المختصين على رصد التقدم وأن يتدخلوا بشكل فعال في حال الاشتباه في حدوث خطأ ما. تؤدي الإدارة الأوتوماتيكية أيضًا إلى انخفاض التكلفة المرتبطة بنشر الاستبيانات وتسجيل النقاط.

تشمل سلبيات إدارة الإنترنت أولاً وقبل كل شيء القضايا الأمنية. وهذا الأمر له صلة كبيرة ليس فقط بتخزين المعلومات بل أيضًا بوسائل الجمع؛ فبينما يخضع أغلب الباحثين والأطباء السريريين لإطار حماية المعلومات الذي يتشابه مع مبادئ الخدمات المصرفية عبر الإنترنت، إلا أن أحدث ظهور للهواتف النقالة الذكية يُذكرنا بالقضايا الخاصة بعنصر الأمان الذي يرتبط بالتكنولوجيا الحديثة. ومن السلبيات الإضافية هي صعوبة التحقق من دقة الردود وأيضًا الحصول على معلومات إضافية، إلا أنه يُمكن مخاطبة السلبية الأولى - إلى حد ما - بواسطة الطلب من المرضى لأن يؤكدوا أن الردود التي يقدمونها صحيحة، بينما يُمكن إدارة السلبية الثانية بواسطة تبني بروتوكولات سريرية تتطلب الاتصال بواسطة الهاتف، وذلك عند التأكد من الناحية السريرية. ولابد من تنفيذ هذه الإجراءات في خلال إطار حكومي يعترف بالمسائل القانونية.

هناك سؤال أكثر خطورة ويهتم بمحدوديات تشخيص المرضى بواسطة الإنترنت، ومن الواضح أن للتشخيص الذاتي العديد من الإيجابيات، مثل توفير الكثير من وقت الأطباء السريريين، لكن يوجد القليل جدًا حتى يومنا هذا من الذي يُقترح أنه بإمكان التقييم الذاتي أن يحل محل المقابلات التشخيصية المهيكله، ولا تقوم إدارة الإنترنت إلا بالقليل الذي بإمكانه تغيير هذه الحقيقة (21)، وعلى الناحية الأخرى، إذا كان من الضروري أن يتلقى المرضى أولاً تقييمًا تشخيصيًا وجهًا لوجه في عيادة ما، قد تقل بعض إيجابيات تدخلات الإنترنت. إن هذا هو الحال، في حقيقة الأمر، في وحدة الطب النفسي بواسطة الإنترنت في ستوكهولم، وذلك عندما يتم تشخيص المرضى في العيادة (22).

من الشائع في الأبحاث أن يتم عمل مقابلة نفسية مُهيكله، مثل المقابلة العصبية النفسية الدولية المصغرة (23) والتي تتم عبر الهاتف. إن هذه الإجراءات أفضل بكثير من عدم الحصول على أي تشخيصات، بل ويُمكن أن تؤدي إلى اكتشافات فعالة (24)، إلا أن ما ينتقص من هذه الإيجابية هو عدم رؤية المريض، وأيضًا قد تفقد المعلومات بشكل لا يُمكن تجنبه، أيضًا إن تبني بروتوكولات سريرية واقعية يتطلب تقييمات وجهًا لوجه وفي حضور ما يكفي من الاعراض المعقدة التي بإمكانها أن تخاطب

إن السماح للمرضى أن يلجؤوا من تلقاء أنفسهم إلى تدخلات الإنترنت يقدم الكثير من المميزات؛ فمن الحقائق المعروفة جيدًا هي أن العديد من الأفراد الذين يعانون من اضطرابات مزاجية واضطرابات القلق لا يلجؤوا أبدًا إلى عيادات المتخصصين بل وأنهم يترددوا في الكثير من الأحيان لأن يذكروا مشكلتهم هذه عند استشارة الممارسين العاميين. أما باستخدام التوظيف عبر الإنترنت، يُمكن أن تقل الفجوة بين العلاج بالمقابل مع الطلب (12). وبمعنى آخر قد يُقدم للمرضى الذين ظلوا بلا علاج لعدة سنوات وسائل علاج نفسي تقوم على الدليل، وذلك للمرة الأولى. إن هذه ملاحظة قمنا نحن بها، حيث أن المشاركين في عملية البحث في التجارب والعيادات خاصتنا لديهم الكثير من المشكلات منذ عدة عقود (مثل اضطرابات الهلع الاجتماعي). وما هو أكثر من ذلك تمكّن صيغة تدخلات الإنترنت المرضى المرتقبين لأن يتفكروا في أمر العلاج، وذلك قبل أن يأخذوا قرارًا بالالتزام به.

لكن قد أثار التوظيف عبر الإنترنت، وبصفة خاصة التوجيه الذاتي من جانب المرضى، العديد من الأسئلة عما إذا كانت خصائص المرضى الذين يستخدمون الخدمات المقدمة عبر الإنترنت تتشابه مع خصائص هؤلاء الذين يدخلون على العيادات التقليدية وإجراء مقابلات وجهًا لوجه. إن هذا الأمر هام من جهة تحديد ما إذا كان من الممكن توصيل هذا النوع من الخدمات على مستوى الصحة العامة. من الملحوظات الشائعة عن تجارب الإنترنت هي أنه يميل المشاركون في الأبحاث إلى أن يكونوا أكثر ثقافة من العامة، وقد يعمل هذا الأمر على انعكاس الحرفية عن الفجوة الرقمية، أي حقيقة أن الدخول على شبكة الإنترنت يعكس خصائص اقتصادية اجتماعية، هذا بالرغم من أن هذه الاختلافات قد تقل بينما يستمر الدخول على شبكة الإنترنت يزداد بين المجموعات الاجتماعية، لكن قد يكون الأمر أنه بفضل المستوى المرتفع من التعليم وطبيعة الاختيار الذاتي للتوظيف، أصبح المرضى الإلكترونيون أكثر تحفيزًا للمشاركة في العلاج، وبالتالي هم أكثر استجابة.

إن خبراتنا هي أن المرضى الذين يستخدمون وسائل العلاج المقدمة عبر الإنترنت يمثلون نطاقًا واسعًا من الأفراد، ويشمل هذا الأفراد ذي مستوى عالي من التعليم وأيضًا هؤلاء ذي مستوى منخفض من التعليم، وكذلك أيضًا مجموعات ثقافية مختلفة. يمثل هذا الأمر تحدي لتصميم ال-ICBT وتوصيله، بالرغم من أنه قد تم أخذ بعض الخطوات الأولية في وسائل العلاج المناسبة من الناحية الثقافية (13). يتواجد أيضًا المرضى ذو طيف الخبرات السابقة مع خدمات الصحة النفسية، فقد تلقى البعض منهم وسائل علاج تقليدية تتمثل في مقابلات وجهًا لوجه بينما لم يسعى البعض الآخر وراء العلاج، بالرغم من مرور العديد من السنوات أو العقود من الاعراض المؤلمة. هناك القليل من الأبحاث التي قامت على خصائص المرضى في ال-ICBT بالمقابل مع تجارب أخرى وعيادات تقليدية، إلا أن هناك دليل يقترح أن المشاركين في تجارب الإنترنت يتشابهون كثيرًا مع الأفراد من العامة الذين يعانون من ذات المشكلات، وذلك أكثر من المرضى الذين نراهم في العيادات التخصصية (14،15).

يوجد في الوقت الحالي عدد متزايد من التجارب التي قامت على الفاعلية، وذلك في حالة ال-ICBT، أي التجارب التي تمت في المواضيع السريرية التقليدية. لقد قام استعراض حديث بتعريف أربعة دراسات قامت على الحالات والشواهد وثمانية دراسات مفتوحة تم عملها في العيادات التقليدية (16). وقد أظهرت كل الدراسات وبصورة واضحة أن التأثير الجيد لل-ICBT في التجارب التي قامت على مرضى تم توظيفهم بواسطة الإعلانات، يُمكن أن يُلاحظ أيضًا عندما يتم تحويل العلاج إلى العيادات التقليدية.

القضايا التي ترتبط بدقة التشخيص.

في خلاصة الأمر، إن الاستبيانات الإلكترونية تعمل بشكل جيد، إلا أن التشخيصات النفسية لا يُمكن أن تتم بصورة فعالة باستخدام التقرير الذاتي فقط. من الطول الوسط هي عمل مقابلات عبر الهاتف، وقد تفيد أيضًا برامج المقابلات الآمنة بالصوت والصورة عبر الهاتف، بالرغم من أن هناك احتياج إلى عمل بحث لتدارس التكلفة والفائدة النسبية التي ترتبط بهذا الاختيار.

الدور الذي يقوم به المعالج المختص في عملية العلاج عبر الأنترنت

تهتم الأحاديث العامة في مجال تدخلات الأنترنت بالدور الذي يقوم به المعالج المختص أو الطبيب، وذلك بالمقارنة مع البرامج الأوتوماتيكية التي لا تشتمل على أي تفاعل مع بشر (25). تُبين استطلاعات هذه المحاضرة وبصورة مستمرة أن وسائل العلاج التي تحتوي على إرشادات تؤدي إلى نتائج أفضل من وسائل العلاج البلبا إرشادات (26-28)، إلا أن هناك استثناءات عرضية، ويظهر في الوقت الحالي وسائل علاج بلا إرشادات بإمكانها أن تعمل بواسطة وسائل تذكرة إلكترونية وغيرها من الوسائل المشابهة (29,30).

يؤكد الدليل المتاح لدينا أن أي اتصال مع الطبيب السريري قد يعمل على تحسين النتائج، مثلًا إن استطلاع منهجي عن تدخلات الأنترنت الخاصة بالاكْتئاب، أكتشف تأثيرًا خطيًا لدور الاتصال بالطبيب السريري، مثل التأثير الخطي بين مجموعة الـ d التابعة لكوهين والخاصة بحجم التأثير والذي بلغ $d=0.21$ وذلك إذا لم يكن هناك اتصال مع المعالج المختص سواء قبل أو أثناء العلاج، و $d=0.44$ إذا كان هناك اتصال مع المختص المعالج قبل العلاج فقط، و $d=0.58$ إذا كان هناك اتصال مع المختص المعالج أثناء العلاج فقط و $d=0.76$ إذا كان هناك اتصال مع المختص المعالج قبل وأثناء العلاج (31).

وبينما تدل بعض المعلومات أنه قد يكون المرضى أكثر احتمالًا لأن يختاروا وسائل العلاج البلبا إرشاد، وذلك إذا كان لديهم اختيار، إلا أن هناك إيجابيات هامة لوسائل العلاج ذات إرشادات؛ فأول كل شيء يتمكن المختص المعالج من عمل تشخيص وذلك للمساعدة في تحديد أنسب علاج للمريض، ثانيًا يُمكن أن يُجرى تغييرات في التدخلات وأن تكون النصائح بصورة شخصية وذلك بعد التشاور مع أطباء سريريين محترفين: ففي حقيقة الأمر إن بعض الدعم الموجه في الـ ICBT غير متزامن، ويعني هذا أنه بإمكان الأطباء السريريين أن يستشيروا زملائهم وغيرهم من المحترفين وذلك قبل أن يُجيبوا على المريض أو أن يقدموا له تقريرًا (32). ثالثًا، هناك دلائل واضحة بأن الدعم يزيد من الالتزام بالعلاج ويمنع الانقطاع عنه، وهذه قضية هامة في حين أن البعض - على الأقل - من التدخلات البلبا توجيه قد عانت من معدلات مرتفعة من الانقطاع عن العلاج (33). رابعًا، بإمكان المختص المعالج أن يساعد المريض بشكل فعال بحيث يتمكن من الدخول على الخدمات الأخرى التي قد تكون لازمة، والتي تشمل الخدمات الصحية والاجتماعية والخدمات الخاصة بالأزمات.

لكن هناك الكثير من الاستفسارات البارزة عن أفضل أشكال التردد على المساعدة وأيضًا أشكالها التي لا بد من تقديمها. أولاً لا يوجد هناك علاقة تخص الاستجابة لجرعة العلاج بين الدعم والنتائج، ولا يبدو أن العلاج الذي به دعم بصورة أساسية يختلف عن وسائل العلاج ذات الحد الأدنى (مثل 10 دقائق في الأسبوع أو أقل لكل مريض) (28)، ثانيًا، أنه بالرغم

من تأكيد الدراسات أنه تم الحصول على نتائج سريرية مرادفة، سواء كان هناك دعم من جانب أطباء نفسيين محترفين أو من مُدرب، بشرط أن يكون المدرب تحت مراقبة سريرية وأن تكون الـ ICBT منظمًا للغاية (34-36)، إلا أنه ليس من الواضح ما إذا كان سيتم الحصول على نتائج مرادفة مع القليل من التدخلات المهيكلة، ثالثًا، بينما أن التدخلات التي تكون تحت قيادة الأنترنت فعالة من حيث التكلفة (37,38)، إلا أن الاحتياج إلى توفير عامل المراقبة باهظ الثمن أكثر من وسائل العلاج الآلية، ويُمكن أيضًا أن تكون وسائل العلاج ذات مراقبة وتأثيرات قليلة فعالة من حيث التكلفة (39). وبالتالي، ومن وجهه نظر الصحة العامة، إن الحد الأدنى من توفير تدخلات الأنترنت وبدون مراقبة، يُمكن في بعض الحالات أن تُبرر، وذلك إذا كانت آمنة. أما السؤال الرابع فهو يرتبط بالمعرفة المحدودة عن عوامل المعالج المختص والتي تُعرف بأنها هامة في وسائل العلاج التي تكون وجهًا لوجه (40). بالإضافة إلى الاكتشافات التي ترتبط بدور المراقبة الفنية بالمقابل مع المراقبة النفسية (34-36)، هناك القليل من الدراسات التي تفحص عامل المعالج المختص، ولم تُظهر أي تأثيرات، أو حتى القليل منها (41,42).

وعلى الناحية الأخرى، يبدو أهمية الطريقة التي تُقدّم بها المراقبة، وذلك حتى إذا كانت أغلب الأحاديث تميل إلى أن تكون ذات طبيعة تآبيديه (43). لقد تم الاكتشاف أن الاتجاه المتساهل ناحية الواجبات المنزلية يرتبط بأسوأ أشكال النتائج، وذلك في دراسة قامت بصياغة مراسلات المعالج المختص (10)، وبالنتاسق مع هذا الأمر، تدل ملاحظتنا من البحث على شبكة الأنترنت ومن العمل السريري، أن أفضل النتائج يرتبط بالاتصال بالسيناريوهات التي توجه المرضى إلى القضايا الأساسية، بينما تقلل من تحركات المعالج المختص.

إن التحالف العلاجي بمثابة عامل آخر يُعتبر على نحو واسع هام في أبحاث نتائج العلاج النفسي. لقد قدمت العديد من الأبحاث على تدخلات الأنترنت معلومات من مرضى عن كيف يقيمون التحالف العلاجي مع المعالجين المختصين عبر الأنترنت (44): لا تُظهر أغلب الدراسات وجود علاقة مع النتائج، حتى إذا كان تقييم التحالف يميل إلى أن يكون عاليًا (45,46). لكن هناك القليل من الدراسات التي يتكهن فيها التحالف مبكرًا بالنتائج (47,48).

في نهاية الأمر، تقترح أغلب الدراسات حتى يومنا هذا أن الاتصال بالمعالج النفسي يرتبط بنتائج أفضل في تدخلات الأنترنت، لكن في حال أن مكونات العلاج عبر الأنترنت عالي الجودة وممتع للمرضى، قد تكون خبرة المختص المعالج أقل أهمية من المختص المعالج الذي يقدم علاجًا وجهًا لوجهًا، وبالتالي فإن الاعتماد على درجة هيكل نموذج تدخلات الأنترنت التي تم تبنيها، يُمكن أن تكون فيها المراقبة عملية وتعاونية بشكل أساسي، وذلك بدلًا من أن تكون علاجية بشكل حصري في توجيهها. يقدم هذا الأمر مميزات فيما يخص دقة وكفاءة الوقت الذي يُقضى بين المريض والمعالج المختص، في حقيقة الأمر، يُمكن أن يركز المعالج المختص على مساعدة المرضى ليتمكنوا من إتقان المهارات والتغلب على العقبات في تطبيق التدخلات.

وسائل العلاج التي تعتمد على الأنترنت لعلاج اضطرابات المزاج والقلق

لقد قامت أغلب الدراسات على وسائل العلاج القائمة على الأنترنت، بتقييم التدخلات لعلاج اضطرابات المزاج والقلق الخفيف وحتى المعتدل (باستثناء بعض اضطرابات القلق التي تُعتبر شديدة). لقد تم في وقت قصير تطوير واختيار وسائل علاج وذلك لنطاق واسع من اضطرابات

الاستجابة له، وأيضاً الفوائد المحتملة لتسلسل الـ ICBT مع العلاج النفسي الذي يكون وجهاً لوجه.

إدارة الاعتلالات المشتركة

لقد قامت أغلب تدخلات الأنترنت حتى يومنا هذا على استهداف اضطرابات معينة، إلا أن من محدوديات هذه التدخلات هي انتشار الاعتلالات المشتركة (سواء كانت تزامن اضطرابات المزاج أو اضطرابات القلق أو تزامن اضطرابات المزاج أو اضطرابات القلق مع اضطرابات جسدية أو نفسية أخرى). هناك استراتيجيتان حديثتان متطورتان لمخاطبة هذه المشكلة، وهما أن العلاج بواسطة الأنترنت يتصف بكونه يتعدى التشخيص وأيضاً يتناسب بصفة شخصية مع المريض، وقد تلقى كلا منهما تدعيماً تجريبياً في التجارب المحكمة (65، 72-74) ويرتبطان بسلبيات وإيجابيات مختلفة.

وتشمل الإيجابيات الأساسية لوسائل العلاج التي تتعدى التشخيص إمكانية التفاعل وجهاً لوجه مع المرضى الذين يُدلون بأنهم يدركون أهمية التعرف على الأعراض مع توفير الوقت لكلا من المرضى الذين لا يتوجب عليهم العمل من خلال البروتوكولات المختلفة للاضطرابات المعنية والمعالجين المختصين الذين يتوجب عليهم إدارة واحدة من الأثنين، بدلاً من العديد من التدخلات التي تسمح فيما بعد بوجود سعة لإضفاء الطابع الشخصي على العلاج الذي يقوم على خصائص معينة للمريض، وفي غالب الأمر معدلات منخفضة من حدوث انتكاسة بسبب زيادة المرونة العاطفية. أما السلبيات الأساسية فهي الأسئلة البارزة عما إذا كان المرضى ذوي بعض التشخيصات، مثل التشخيص بوجود اضطرابات الرهاب الاجتماعي، سينتفعون من العلاج الذي يتعدى التشخيص، بصورة أقل من وسائل العلاج التي تختص باضطراب معين. يُمكن أن يتم مخاطبة هذا الأمر عن طريق توفير المزيد من المواد التي يُمكن استهدافها تجاه احتياجات معينة (75).

تشمل إيجابيات العلاج الذي يوجه بطريقة تتناسب مع المريض، معرفة ما يفضله المريض وتحققها، وذلك عن طريق تقديم اختيارات لنماذج العلاج (76)، بالإضافة إلى ذلك لا يحتوي فقط أمر تناسب مكونات العلاج بحسب ملف الأعراض اختيار برنامج علاجي مناسب للمريض (مثل الوحدات التي تختص باضطرابات القلق العام والأرق وحل المشكلات)، بل أيضاً تتبنى وسائل العلاج بحسب إمكانية المريض (65).

أخيراً يُمكن أن تكون وسائل العلاج التي تتناسب مع خصائص المريض أكثر ملائمة لتحمل الاضطرابات الأكثر شدة، والتي وُجدت في حقيقة الأمر في تجربة مُحكمة تقارن الـ ICBT القياسية بالمقابل مع التدخلات التي تتناسب مع خصائص المريض في حالة الاكتئاب مع مشكلات الاعتلالات المشتركة (65). ومن بين سلبيات تصميم الـ ICBT كما يتم تعيينها حالياً، هو حقيقة أن عملية تخصيص العلاج لاتزال تقوم على أفضل الممارسات، وذلك حيث أنه يتم الآن تقييم خوارزميات معينة عن كيف يتم التناسب وأيضاً خطر إضافة العديد من المواد والمشكلة المحتملة المتمثلة في تحميل المريض بما لا يتناسب مع طاقته.

وبصورة عامة يوجد في الوقت الحالي الكثير من الأدلة التي تقترح أن كلا من الاتجاهات التي تتعدى التشخيص والاتجاهات التي تتناسب مع تدخلات الأنترنت، وبالرغم من إيجابياتهم النسبية بالمقارنة مع وسائل العلاج التي تختص بتشخيص معين، أقل شعبية، وذلك في ظل وجود بعض الدراسات التي تقر بأسبقية تلك المذكورة أولاً (مثل 65) وغيرها من الدراسات التي تقر بعدم وجود اختلافات بين الأثنين (مثل 76).

القلق، والتي تشمل اضطرابات الهلع (49) واضطرابات الرهاب الاجتماعي (50-52) واضطرابات القلق العام (53،54) واضطرابات كرب ما بعد الصدمة (8،55) واضطرابات الوسواس القهري (56،57) والقلق حيال الصحة (58) وأنواع رهاب مختلفة (59). لقد قامت اغلب الدراسات على بالغين، إلا أنه يوجد أيضاً العديد من الدراسات التي قامت على أطفال/مراهقين (60،61) وبالغين متقدمين في العمر (62).

لقد كانت أغلب الدراسات التي قامت على اضطرابات المزاج بفحص حالات الاكتئاب الشديدة وعملت أيضاً على تطوير أشكال مختلفة من الـ CBT (35،63،64). بالإضافة إلى ذلك، عملت العديد من تدخلات الأنترنت على تقييم أشكال أخرى من العلاج، والتي تشمل العلاج النفسي الديناميكي (65) والنشاط الجسدي (66)، وقد أظهرت المقارنة المباشرة بين الـ CBT الذي يكون وجهاً لوجه والـ ICBT نتائج مشابهة، مع العديد من المكاسب تمتد على المدى البعيد (67)، وقد تم إعادة نموذج النتائج هذا في الدراسات التي قامت على الفاعلية (16).

يظهر في الوقت الحالي العديد من الإيجابيات والسلبيات؛ وتشمل الإيجابيات إمكانية دخول متطورة على وسائل العلاج التي تقوم على الأنترنت، وذلك للمرضى وأيضاً الفاعلية من ناحية التكلفة، وهذا بالمقارنة مع وسائل العلاج التي تكون وجهاً لوجه. بالإضافة إلى ذلك، وحيث أنه بإمكان المريض العودة إلى البرنامج بالكيفية التي تناسبه وذلك للدخول على معلومات العلاج، بإمكان هذا أن يُسهل التعلم والاستبقاء، بالإضافة إلى ذلك، وبمساعدة خصائص البرنامج الآلي، أصبح بإمكان المعالجين المختصين أن يراقبوا النتائج وتقدم المرضى، وأن يساعدوا المرضى على نحو استباقي قبل تطور الأزمة. يعني هذا الأمر أنه قد يلقي المرضى في تدخلات الأنترنت مساعدة من المعالج المختص بصورة أسرع من إذا كانوا يتلقوا زيارات أسبوعية فقط.

لكن يبدو أن السلبية الأساسية تعكس الطبيعة الجديدة النسبية لهذا المجال، مثلاً، يوجد هناك معرفة محدودة عن خصائص المرضى الذين يُحتمل أن ينتفعوا، وقد قامت العديد من الدراسات بفحص هذه القضية، إلا أنه قد تم تعريف القليل من العلامات المتسقة (68،69)، وبالتالي فهناك احتياج إلى المزيد من الأبحاث. وهناك أيضاً موضوع إضافي يتعلق بالأمر ويتطلب المزيد من المعلومات، وهو معدل النتائج السلبية وخطر عدم الكشف عنها. إن النتائج السلبية التي تلي العلاج النفسي هي جوانب مُهملة (70)، ولم يُكتب أي شيء عن هذا الموضوع الذي يتعلق بتدخلات الأنترنت.

أما من وجهة نظر دمج تدخلات الأنترنت مع خدمات الصحة النفسية المتاحة، هناك العديد من الأسئلة البارزة، والتي تشمل فوائد محتملة لتسلسل الـ ICBT مع العلاج النفسي الذي يكون وجهاً لوجه. يُمكن أن يعمل سيناريو واحد على تصور تدخلات الأنترنت بأنها خطوة أولى يليها وسائل علاج وجهاً لوجه أكثر شدة، وذلك عند الاحتياج (71). قد يكون هذا التسلسل أكثر ملائمة عندما تكون الخطوة الأولى ICBT غير موجّه.

وعلى الناحية الأخرى، لقد رأينا مرضى فشلوا في وسائل العلاج الوجه لوجه، إلا أنهم تحسّنوا فيما بعد في الـ ICBT اللاحق، وهو بالأمر الذي قد يعكس بعض القضايا التي ترتبط بالاستعداد لتلقي العلاج. هناك احتياج إلى المزيد من الأبحاث في هذا المجال، حيث أننا لا نعرف الكثير عن الـ ICBT كخطوة في نماذج العلاج المكثفة.

في خلاصة الأمر، هناك دليل قوي يقوم لصالح الـ ICBT. ومن المحتمل أن تكون العوامل التي ترتبط بوسائل العلاج التي تكون الوجه لوجه، والتي تشمل الاستعداد للعلاج، متعلقة بالأمر، لكن هناك احتياج إلى المزيد من المعلومات عن معدل وعلامات الامتناع عن العلاج وعدم

مناسبة وتم تأسيس إرشادات تشخيصية مما يجعل الإحالات بالأمر الآمن. وقد يكون التقدم في إجراءات العناية إحدى الحلول حيث تُقدّم تدخلات الأنترنت كخطوة في عملية تقديم العناية (85).

في خلاصة الأمر، لا يزال هناك القليل من الخبرات ذات تعميم واسع النطاق لتدخلات الأنترنت حول العالم. وبينما تقترح الأدلة حتى يومنا هذا أن تدخلات الأنترنت فعالة عندما تُقدم في المواضيع السريرية العادية وأنه بإمكان الكثير من المرضى الدخول على مراكز العناية، سواء كان ذلك في الحال أو كخطوة في إجراءات تقديم العناية، إلا أنه لا تزال الحالة هي أن الأطباء السريريين والمرضى يحتاجون إلى معرفة المزيد عن هذه التدخلات، بالإضافة إلى ذلك، لا بد من تطوير الإرشادات السريرية.

الخاتمة وإرشادات مستقبلية

مع زيادة عدد الدراسات عن تدخلات الأنترنت إلى ما يفوق المائة (86)، يوجد في الوقت الحالي الكثير من الدعم لاستخدام الأنترنت لتوصيل العلاج النفسي الذي يقوم على الدليل إلى حالات الاضطرابات النفسية، وقد تطور هذا المجال حديثاً إلى درجة أن العديد من العيادات يقدمون هذه الخدمة في الوقت الحالي كجزء من العناية الصحية التقليدية.

أما الخلاصة التي يُمكن أخذها من العمل حتى يومنا هذا هي ان التقييمات التي تستخدم الأنترنت تُقدّم إيجابيات كثيرة للعناية بالمرضى، وبصفة خاصة لمراقبة عنصر الأمان والتقدم والنتائج وأيضاً لأغراض البحث، إلا أنه وبسبب عدم التيقن من صلاحية التشخيص عبر الأنترنت، ننصح بأن يتم توجيه المرضى ذي اعراض معقدة إلى الخدمات التي تُقدم وجهاً لوجه، وذلك كلما أمكن الأمر، وهذا بدلا من نظام التشخيص الآلي عبر الأنترنت.

إن تدخلات الأنترنت للاعتلالات المشتركة الخاصة باضطرابات المزاج والقلق، والتي تشمل ما بعد التشخيص والعلاج الذي يتناسب مع خصائص المريض، قد أدت إلى نتائج مُشجعة، لكن تستهدف هذه التدخلات بصفة أساسية الاعتلالات المشتركة بين الأشكال المختلفة للاضطرابات النفسية، وهناك احتياج إلى تطوير وسائل علاج تستهدف أيضاً الاضطرابات الجسدية، وهذا حيث أنه تُظهر العديد من الدراسات حول تدخلات الأنترنت نتائج مُشجعة (87).

أخيراً، تدل التقارير الحديثة أن تدخلات الأنترنت تعمل بشكل جيد في الأوضاع التقليدية، ونحن الآن نعمل على أمر تعميم تدخلات الأنترنت لتخدم مجموعات الأقلية بصورة أفضل، فقد يكون لدى هؤلاء إمكانية دخول قليلة على خدمات الصحة النفسية (13)، وأيضاً إلى أفراد في الدول التي تكون فيها خدمات الصحة النفسية أقل تطوراً (88).

من المحتمل أن تشمل مجالات التطور وأبحاث المستقبل فحص الأسئلة الهامة عن خصائص الأفراد الذين قد ينتفعوا من الخدمة وأفضل طرق لدمج تدخلات الأنترنت مع الخدمات الموجودة بالفعل وأفضل استراتيجيات لتوحيد تدخلات الأنترنت والعلاج. أما السؤال الأخير فهو وثيق بالموضوع، وذلك في حال أنه يقدم السيناريو الشائع في مواضيع العناية العامة، وهو وصف موانع مثبتات السيروتونين المختارة لحالات اضطرابات المزاج والقلق وذلك بجانب العلاج النفسي، وغالباً ما تنتج هذه المكونات نتائج أفضل من العلاج الأحادي (89).

هناك احتياج إلى المزيد من العمل لمخاطبة قلة الدراسات التي تقوم على الأطفال والمراهقين والبالغين كبار. ولا يزال يقف السؤال الكبير عن دور المعالج المختص وأفضل طرق تقديم إرشاد أثناء تدخلات الأنترنت. هناك احتياج أيضاً إلى دمج تكنولوجيا المعلومات الحديثة مع العلاج

لقد قامت العديد من الدراسات بفحص تأثير تدخلات الأنترنت التي تُقدّم في الخدمات السريرية التقليدية (16)، وقد أظهرت هذه الدراسات بصورة مستمرة أن النتائج الواعدة للعلاج عن طريق الأنترنت التي تم اكتشافها في الدراسات التي قامت على الفاعلية (وبصورة خاصة مع الـ ICBT) تتكرر في الدراسات التي تقوم على التأثير، مع حجم تأثير يتراوح من المتوسط وحتى الكبير.

هناك إيجابيات وسلبيات في عملية استخدام تدخلات الأنترنت في المواضيع السريرية التقليدية؛ أولاً وبسبب طبيعة التدخلات المنظمة جداً وغالباً ما تكون مكتوبة، لا يُحتمل أن يحدث انجراف للمختص المعالج، وهذا بالمقارنة مع العلاج الذي يكون وجهاً لوجه. ثانياً، غالباً ما يكون أمر مراقبة العلاج متضمناً في التطبيقات السريرية، وبالتالي يُسهل تقييم التطور وعنصر الأمان (22)، ثالثاً، يُمكن أن تنظم تدخلات الأنترنت بكونها رعاية صحية مركزية وطنية (أي مراكز متخصصة) بإمكانها تقليل الاحتياج إلى تكرار المصادر وتسهيل التدريب والمراقبة. يعمل هذا الأمر على تحرير المصادر الأخرى من الأنشطة الهامة، مثل تبني وتطوير وسائل العلاج للاحتياجات الأخرى (مثلاً، توصيل العلاج بلغات متعددة). رابعاً، يُمكن توصيل تدخلات الأنترنت كعناية محلية، وذلك في الممارسات العامة، وبالتالي تتحد مع اختيارات علاجية أخرى، مثل التداوي والعلاج النفسي الذي يكون وجهاً لوجه.

وفيما يخص السلبيات، هناك أولاً وقبل كل شيء الاتجاه السلبي الشائع للمعالج المختص والمريض تجاه تدخلات الأنترنت (77،78)، ومع ذلك تظهر بعض الاستطلاعات أن الاتجاهات بين الأفراد الذين يعانون من اضطرابات نفسية والذين تم توظيفهم من العامة من الناس، قد تكون أكثر إيجابية (79،80)، ويُحتمل أن هناك اختلافات بين الدول، وهذا يعتمد على مستوى الدخول على الأنترنت. وما هو أكثر من ذلك هو أنه يُمكن مخاطبة شكوك الأطباء السريريين عن طريق التعليم (81).

ومن المشكلات الأخرى المتعلقة بالأمر هي أنه قد يشعر الأطباء السريريون بالتهديد والخوف من فقدان عملهم كمعالجين نفسيين، وذلك في حال أنتشار تدخلات الأنترنت. وفي ظل قلة الأطباء النفسيين المتمرسين والعدد الكبير من الأفراد الذين يحتاجون إلى وسائل علاج نفسية تقوم على الدليل، لا يُحتمل أن يكون هذا الأمر مؤسس جيداً، ولا بد من اعتبار تدخلات الأنترنت كمكمل للخدمات الأخرى بدلا من اعتبارها بديلاً كاملاً للعلاج الذي يكون وجهاً لوجه (وبصفة خاصة لمرضى الحالات الشديدة). ثالثاً، يُمكن أن يُمنع أنتشار هذه التدخلات أو حتى تصبح مستحيلة، وذلك من جانب كيفية تطبيق الضوابط القانونية والأخلاقية التي تسري على العلاقة بين الطبيب السريري والمريض على الأنترنت (82). مثلاً لم يكن تبادل البريد الإلكتروني في الترويج بالأمر المسموح به (وحتى في الأنظمة المغلقة الآمنة)، وكانت تداعيات هذا الأمر هو أنتشار برنامج السويد في دولة النرويج (83) حيث كان لا بد من أن يكون الإرشاد عبر الهاتف (لقد تغير هذا الأمر في الوقت الحالي). وما هو أكثر من ذلك هو أنه في بعض الدول مثل ألمانيا، يُعتبر تقديم علاج نفسي عبر الأنترنت كعلاج ثانوي تقليدي من غير اللائق، هذا بالرغم من أنه يتغير بصورة تدريجية (84).

رابعاً، يعتمد أمر النشر في مواضيع العناية الأولية على رغبة الممارسين في تحويل المرضى إلى تدخلات الأنترنت. قد يكون من الصعب ترتيب الخدمات المحلية (مثل الممارسات العامة) إلا إذا كان هناك تدريبات

13. Choi I, Zou J, Titov N et al. Culturally attuned Internet treatment for depression amongst Chinese Australians: a randomised controlled trial. *J Affect Disord* 2012;136:459-68.
14. Spence J, Titov N, Solley K et al. Characteristics and treatment preferences of people with symptoms of posttraumatic stress disorder: an internet survey. *PLoS One* 2011;6:e21864.
15. Titov N, Andrews G, Kemp A et al. Characteristics of adults with anxiety or depression treated at an internet clinic: comparison with a national survey and an outpatient clinic. *PLoS One* 2010; 5:e10885.
16. Andersson G, Hedman E. Effectiveness of guided Internet-delivered cognitive behaviour therapy in regular clinical settings. *Verhaltenstherapie* 2013;23:140-8.
17. Buchanan T. Internet-based questionnaire assessment: appropriate use in clinical contexts. *Cogn Behav Ther* 2003;32:100-9.
18. Hedman E, Ljotsson B, Ruck C et al. Internet administration of self-report measures commonly used in research on social anxiety disorder: a psychometric evaluation *Comp Human Behav* 2010; 26:736-40.
19. Coles ME, Cook LM, Blake TR. Assessing obsessive compulsive symptoms and cognitions on the internet: evidence for the comparability of paper and Internet administration. *Behav Res Ther* 2007;45:2232-40.
20. Carlbring P, Brunt S, Bohman S et al. Internet vs. paper and pencil administration of questionnaires commonly used in panic/agoraphobia research. *Comp Human Behav* 2007;23:1421-34.
21. Carlbring P, Forslin P, Ljungstrand P et al. Is the Internet-administered CIDI-SF equivalent to a human SCID-interview? *Cogn Behav Ther* 2002;31:183-9.
22. Hedman E, Ljotsson B, Ruck C et al. Effectiveness of Internet-based cognitive behaviour therapy for panic disorder in routine psychiatric care. *Acta Psychiatr Scand* 2013;128:457-67.
23. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59(Suppl. 20):22-33.
24. Crippa JA, de Lima Osorio F, Del-Ben CM et al. Comparability between telephone and face-to-face structured clinical interview for DSM-IV in assessing social anxiety disorder. *Perspect Psychiatr Care* 2008;44:241-7.
25. Newman MG, Erickson T, Preworski A et al. Self-help and minimal-contact therapies for anxiety disorders: is human contact necessary for therapeutic efficacy? *J Clin Psychol* 2003;59:251-74.
26. Richards D, Richardson T. Computer-based psychological treatments for depression: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2012;32:329-42.
27. Spek V, Cuijpers P, Nyklicek I et al. Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychol Med* 2007;37:319-28.

الذي يكون وجهًا لوجه، ولم يصبح هذا الأمر حتى الآن موضوع الكثير من الأبحاث (90).

في النهاية، نحن نتوقع أن يستمر تطور مجال تدخلات الأنترنت بمعدلات سريعة. وبينما أن نتائج الدراسات في هذا المجال مبشرة كثيرًا، نحن نحذر أنه لا بد من تطوّر مجهودات التعميم بصورة مستمرة، وذلك للتأكد من الحصول على أفضل النتائج للمرضى ونحن نتوقع أيضًا أن يكون هناك المزيد والكثير من التطور في الأبحاث التي لها صلة بالأمر، هذا بينما تتحرك الدراسات من السعي وراء الفاعلية إلى دراسة عمليات التغيير.

شكر خاص

يتقدم اندريسون بتقديم جزيل الشكر إلى زملائه وطلابه العاملين في مجال تدخلات الأنترنت، وأيضًا إلى جامعة لينكولنج ومؤسسة العلوم السويدية وشركة فورتني للمساعدات المالية. يقوم أيضًا بتقديم جزيل الشكر إلى زملائه ومشاركه ومرضاه وأيضًا جامعة ماكوير ومجلس الصحة الوطنية والأبحاث الطبية.

المراجع:

1. Marks IM, Cavanagh K, Gega L. Hands-on help. Maudsley Monograph no. 49. Hove: Psychology Press, 2007.
2. Watkins PL. Self-help therapies: past and present. In: Watkins PL, Clum GA (eds). *Handbook of self-help therapies*. New York: Routledge, 2008:1-24.
3. Barak A, Klein B, Proudfoot JG. Defining Internet-supported therapeutic interventions. *Ann Behav Med* 2009;38:4-17.
4. Reavley NJ, Jorm AF. The quality of mental disorder information websites: a review. *Patient Educ Couns* 2011;85:e16-25.
5. Kaplan K, Salzer MS, Solomon P et al. Internet peer support for individuals with psychiatric disabilities: a randomized controlled trial. *Soc Sci Med* 2011;72:54-62.
6. Maj M. Adherence to psychiatric treatments and the public image of psychiatry. *World Psychiatry* 2013;12:185-6.
7. Andersson G. Using the internet to provide cognitive behaviour therapy. *Behav Res Ther* 2009;47:175-80.
8. Lange A, van de Ven J-P, Schrieken B. Interapy: treatment of posttraumatic stress through the Internet. *Cogn Behav Ther* 2003;32: 110-24.
9. Titov N. Email in low intensity CBT interventions. In: Bennett-Levy J, Christensen H, Farrand P et al (eds). *Oxford guide to low intensity CBT interventions*. Oxford: Oxford University Press, 2010:287-93.
10. Paxling B, Lundgren S, Norman A et al. Therapist behaviours in Internet-delivered cognitive behaviour therapy: analyses of e-mail correspondence in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behav Cogn Psychother* 2013;41:280-9.
11. Christensen H, Griffiths KM, Jorm A. Delivering interventions for depression by using the internet: randomised controlled trial. *BMJ* 2004;328:265-8.
12. Kohn R, Saxena S, Levav I et al. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ* 2004;82:858-66.

- self-care treatment for bulimia nervosa. *Eur Eat Disord Rev* 2011;19:342-8.
44. Socala M, Schnur JB, Constantino MJ et al. The therapeutic relationship in e-therapy for mental health: a systematic review. *J Med Internet Res* 2012;14:e110.
 45. Andersson G, Paxling B, WiweMet al. Therapeutic alliance in guided Internet-delivered cognitive behavioral treatment of depression, generalized anxiety disorder and social anxiety disorder. *Behav Res Ther* 2012;50:544-50.
 46. Knaevelsrud C, Maercker A. Does the quality of the working alliance predict treatment outcome in online psychotherapy for traumatized patients? *J Med Internet Res* 2006;8:e31.
 47. Bergman Nordgren L, Carlbring P, Linna E et al. Role of the working alliance on treatment outcome in tailored internet-based cognitive behavioural therapy for anxiety disorders: randomized controlled pilot trial. *JMIR Res Protoc* 2013;2:e4.
 48. Wagner B, Brand J, Schulz W et al. Online working alliance predicts treatment outcome for posttraumatic stress symptoms in Arab war-traumatized patients. *Depress Anxiety* 2012;29:646-51.
 49. Carlbring P, Bohman S, Brunt S et al. Remote treatment of panic disorder: a randomized trial of Internet-based cognitive behavioral therapy supplemented with telephone calls. *Am J Psychiatry* 2006;163:2119-25.
 50. Andersson G, Carlbring P, Holmström A et al. Internet-based self-help with therapist feedback and in-vivo group exposure for social phobia: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2006;74:677-86.
 51. Berger T, Hohl E, Caspar F. Internet-based treatment for social phobia: a randomized controlled trial. *J Clin Psychol* 2009;65: 1021-35.
 52. Titov N, Andrews G, Schwencke G et al. Shyness 1: distance treatment of social phobia over the Internet. *Aust N Z J Psychiatry* 2008;42:585-94.
 53. Paxling B, Almlöv J, Dahlin M et al. Guided internet-delivered cognitive behavior therapy for generalized anxiety disorder: a randomized controlled trial. *Cogn Behav Ther* 2011;40:159-73.
 54. Titov N, Andrews G, Robinson E et al. Clinician-assisted Internet-based treatment is effective for generalized anxiety disorder: randomized controlled trial. *Aust N Z J Psychiatry* 2009;43:905-12.
 55. Spence J, Titov N, Dear BF et al. Randomized controlled trial of Internet-delivered cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. *Depress Anxiety* 2011;28:541-50.
 56. Wootton BM, Dear BF, Johnston L et al. Remote treatment of obsessive-compulsive disorder: a randomized controlled trial. *J Obsessive Compuls Relat Disord* 2013;2:375-84.
 57. Andersson E, Enander J, Andrén P et al. Internet-based cognitive behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder: a randomised controlled trial. *Psychol Med* 2012;42:2193-203.
 58. Hedman E, Andersson G, Ljótsson B et al. Internet-
 28. Palmqvist B, Carlbring P, Andersson G. Internet-delivered treatments with or without therapist input: does the therapist factor have implications for efficacy and cost? *Expert Rev Neurother* 2007;7:291-7.
 29. Titov N, Dear BF, Johnston L et al. Improving adherence and clinical outcomes in self-guided internet treatment for anxiety and depression: randomised controlled trial. *PLoS One* 2013;8: e62873.
 30. Boettcher J, Berger T, Renneberg B. Does a pre-treatment diagnostic interview affect the outcome of Internet-based self-help for social anxiety disorder? A randomized controlled trial. *Behav Cogn Psychother* 2012;40:513-28.
 31. Johansson R, Andersson G. Internet-based psychological treatments for depression. *Expert Rev Neurother* 2012;12:861-70.
 32. Andersson G, Carlbring P, Berger T et al. What makes Internet therapy work? *Cogn Behav Ther* 2009;38:55-60.
 33. Christensen H, Griffiths KM, Farrer L. Adherence in internet interventions for anxiety and depression. *J Med Internet Res* 2009;11:e13.
 34. Robinson E, Titov N, Andrews G et al. Internet treatment for generalized anxiety disorder: a randomized controlled trial comparing clinician vs. technician assistance. *PLoS One* 2010;5:e10942.
 35. Titov N, Andrews G, Davies M et al. Internet treatment for depression: a randomized controlled trial comparing clinician vs. technician assistance. *PLoS One* 2010;5:e10939.
 36. Titov N, Andrews G, Schwencke G et al. An RCT comparing the effects of two types of support on severity of symptoms for people completing Internet-based cognitive behaviour therapy for social phobia. *Aust N Z J Psychiatry* 2009;43:920-6.
 37. Hedman E, Andersson E, Lindefors N et al. Cost-effectiveness and long-term effectiveness of Internet-based cognitive behaviour therapy for severe health anxiety. *Psychol Med* 2013;43:363-74.
 38. Hedman E, Andersson E, Ljótsson B et al. Cost-effectiveness of Internet-based cognitive behavior therapy vs. cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: results from a randomized controlled trial. *Behav Res Ther* 2011;49:729-36.
 39. Gerhards SA, de Graaf LE, Jacobs LE et al. Economic evaluation of online computerised cognitive-behavioural therapy without support for depression in primary care: randomised trial. *Br J Psychiatry* 2010;196:310-8.
 40. Ahn HN, Wampold BE. Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *J Counsel Psychol* 2001;48:251-7.
 41. Almlöv J, Carlbring P, Källqvist K et al. Therapist effects in guided Internet-delivered CBT for anxiety disorders. *Behav Cogn Psychother* 2011;39:311-22.
 42. Almlöv J, Carlbring P, Berger T et al. Therapist factors in Internet-delivered CBT for major depressive disorder. *Cogn Behav Ther* 2009;38:247-54.
 43. Sanchez-Ortiz VC, Munro C, Startup H et al. The role of email guidance in internet-based cognitive-behavioural

75. Titov N, Dear BF, Schwencke G et al. Transdiagnostic internet treatment for anxiety and depression: a randomised controlled trial. *Behav Res Ther* 2011;49:441-52.
76. Andersson G, Estling F, Jakobsson E et al. Can the patient decide which modules to endorse? An open trial of tailored Internet treatment of anxiety disorders. *Cogn Behav Ther* 2011;40:57-64.
77. Stallard P, Richardson T, Velleman S. Clinicians' attitudes towards the use of computerized cognitive behaviour therapy (cCBT) with children and adolescents. *Behav Cogn Psychother* 2010;38:545-60.
78. Mohr DC, Siddique J, Ho J et al. Interest in behavioral and psychological treatments delivered face-to-face, by telephone, and by internet. *Ann Behav Med* 2010;40:89-98.
79. Wootton BM, Titov N, Dear BF et al. The acceptability of Internet-based treatment and characteristics of an adult sample with obsessive compulsive disorder: an Internet survey. *PLoS One* 2011;6:e20548.
80. Gun SY, Titov N, Andrews G. Acceptability of Internet treatment of anxiety and depression. *Australasian Psychiatry* 2011;19:259-64.
81. Hadjistavropoulos HD, Thompson MJ, Klein B et al. Dissemination of therapist-assisted internet cognitive behaviour therapy: development and open pilot study of a workshop. *Cogn Behav Ther* 2012;41:230-40.
82. Dever Fitzgerald T, Hunter PV, Hadjistavropoulos T et al. Ethical and legal considerations for internet-based psychotherapy. *Cogn Behav Ther* 2010;39:173-87.
83. Nordgreen T, Standal B, Mannes H et al. Guided self-help via Internet for panic disorder: dissemination across countries. *Comp Human Behav* 2010;26:592-6.
84. Berger T, Andersson G. Internetbasierte psychotherapien: Besonderheiten und empirische evidenz. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2009;59:159-70.
85. Clark DM. Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: the IAPT experience. *Int Rev Psychiatry* 2011;23:318-27.
86. Hedman E, Ljotsson B, Lindfors N. Cognitive behavior therapy via the Internet: a systematic review of applications, clinical efficacy and cost-effectiveness. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2012;12:745-64.
87. Beatty L, Lambert S. A systematic review of internet-based selfhelp therapeutic interventions to improve distress and disease control among adults with chronic health conditions. *Clin Psychol Rev* 2013;33:609-22.
88. Wagner B, Schulz W, Knaevelsrud C. Efficacy of an Internetbased intervention for posttraumatic stress disorder in Iraq: a pilot study. *Psychiatry Res* 2012;195:85-8.
89. Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL et al. Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. *World Psychiatry* 2014;13:56-67.
90. Craske MG, Rose RD, Lang A et al. Computer-assisted delivery of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in primary-care settings. *Depress Anxiety* 2009;26:235-42.
91. Titov N, Dear BF, Schwencke G et al. Transdiagnostic internet treatment for anxiety and depression: a randomised controlled trial. *Behav Res Ther* 2011;49:441-52.
92. Andersson G, Waara J, Jonsson U et al. Internet-based self-help vs. one-session exposure in the treatment of spider phobia: a randomized controlled trial. *Cogn Behav Ther* 2009;38:114-20.
93. Spence SH, Donovan CL, March S et al. A randomized controlled trial of online versus clinic-based CBT for adolescent anxiety. *J Consult Clin Psychol* 2011;79:629-42.
94. Vigerland S, Thulin U, Svirsky L et al. Internet-delivered CBT for children with specific phobia: a pilot study. *Cogn Behav Ther* 2013;42:303-14.
95. Zou JB, Dear BF, Titov N et al. Brief internet-delivered cognitive behavioral therapy for anxiety in older adults: a feasibility trial. *J Anxiety Disord* 2012;26:650-5.
96. Andersson G, Bergström J, Holländare F et al. Internet-based self-help for depression: a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2005;187:456-61.
97. Meyer B, Berger T, Caspar F et al. Effectiveness of a novel integrative online treatment for depression (Deprexis): randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 2009;11:e15.
98. Johansson R, Sjögberg E, Sjögren M et al. Tailored vs. standardized Internet-based cognitive behavior therapy for depression and comorbid symptoms: a randomized controlled trial. *PLoS One* 2012;7:e36905.
99. Ström M, Uckelstam C-J, Andersson G et al. Internet-delivered therapist-guided physical activity for mild to moderate depression: a randomized controlled trial. *PeerJ* 2013;1:e178.
100. Andersson G, Hesser H, Veilord A et al. Randomized controlled non-inferiority trial with 3-year follow-up of internet-delivered versus face-to-face group cognitive behavioural therapy for depression. *J Affect Disord* 2013;151:986-94.
101. Nordgreen T, Havik OE, Øst L-G et al. Outcome predictors in guided and unguided self-help for social anxiety disorder. *Behav Res Ther* 2012;50:13-21.
102. Andersson G, Carlbring P, Grimsrud A. Predicting treatment outcome in Internet versus face to face treatment of panic disorder. *Comp Human Behav* 2008;24:1790-801.
103. Barlow DH. Negative effects from psychological treatments. A perspective. *Am Psychol* 2010;65:13-20.
104. Bower P, Gilbody S. Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency. *Br J Psychiatry* 2005;186: 11-7.
105. Silfvernagel K, Carlbring P, Kåbo J et al. Individually tailored internet-based treatment of young adults and adults with panic symptoms: a randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research* 2012;14:e65.
106. Titov N, Andrews G, Johnston L et al. Transdiagnostic Internet treatment for anxiety disorders: a randomized controlled trial. *Behav Res Ther* 2010;48:890-9.
107. Carlbring P, Maurin L, Törngren C et al. Individually tailored internet-based treatment for anxiety disorders: a randomized controlled trial. *Behav Res Ther* 2010;49:18-24.

DOI 10.1002/wps.20083

استخدام وإساءة استخدام التعافي: تحقيق الممارسات الموجهة نحو التعافي في أنظمة الصحة النفسية

MIKE SLADE¹, MICHAELA AMERING², MARIANNE FARKAS³, BRIDGET HAMILTON⁴, MARY O'HAGAN⁵, GRAHAM PANTHER⁶, RACHEL PERKINS⁷, GEOFF SHEPHERD⁷, SAMSON TSE⁸, ROB WHITLEY⁹

¹King's College London, Health Service and Population Research Department, Institute of Psychiatry, Denmark Hill, London SE5 8AF, UK; ²Department of Psychiatry and Psychotherapy, Medical University of Vienna, Austria; ³Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University, West Boston, MA 02215, US; ⁴University of Melbourne, School of Health Sciences, Parkville, Melbourne 3010, Australia; ⁵Education House, Wellington, New Zealand; ⁶Redpanther Research Auckland, New Zealand; ⁷Centre for Mental Health, Maya House, London, UK; ⁸Department of Social Work and Social Administration, University of Hong Kong, Hong Kong; ⁹Douglas Hospital Research Centre, McGill University, Montreal, Canada

لقد ظهر إدراك التعافي كخبرة شخصية ذاتية في أنظمة الصحة النفسية، ويُدعم هذا المعنى للتعافي سياسة الصحة النفسية في العديد من الدول. سيشمل التركيز على هذا النوع من التعافي التحول في أنظمة الصحة النفسية؛ فالأنظمة البشيرية لا تتحول بسهولة. سنقوم في هذه المقالة بتعريف سبعة انتهاكات في مفهوم التعافي، وهم: التعافي هو آخر النماذج؛ لا يسري التعافي على «مرضى»؛ يمكن أن تساعد الخدمات الأفراد على التعافي عن طريق وسائل العلاج الفعالة؛ الاحتجاز الإلزامي والعلاج الذي يساعد على التعافي؛ يعني أمر التوجه ناحية التعافي غلق الخدمات؛ التعافي هو جعل الأفراد مستقلين وطبيعيين؛ يحدث أمر الإسهام في المجتمع فقط بعد أن يتعافى الفرد. سنقوم بعد ذلك بتعريف عشرة تدخلات صالحة بصورة تجريبية، تدعم أمر التعافي، وذلك عن طريق استهداف عمليات التعافي الأساسية التي تشمل الترابط والأمل والذات والمعنى والتمكين (إطار عمل الـ CHIME). تتم التدخلات العشرة هذه من قبل عاملين لدعم الأقران وتقديم تعليمات وخطة عمل لاسترداد العافية وبرنامج التعافي وإدارة المرضى وإعادة التركيز ونماذج القوة وكليات عن التعافي أو برامج التعليم عن التعافي وتعيين الأفراد والدعم وتسكين مدعم الحوار الثلاثي للصحة النفسية. أخيرًا، تم تعريف ثلاثة تحديات علمية، وهم: توسيع الإدراك الثقافي عن التعافي وتحقيق التحول التنظيمي وتطوير المواطنة.

كلمات مفتاحية: التعافي، خدمات الصحة النفسية، عاملين لدعم الأقران، تقديم توجيهات، خطة عمل استرداد العافية، الدعم وتعيين الأقران، التسكين المدعم، الحوار الثلاثي الخاص بالصحة النفسية، التحول التنظيمي، تطوير المواطنة.

(علم الطب النفسي: 13: 12-20 2014)

الانتهاك الأول: التعافي هو آخر النماذج

تحاول المنظمات جاهدة إلى تنفيذ الممارسات الموجهة ناحية التعافي، وذلك في ظل أنتشار الحركة الدولية تجاه الخدمات الصحية الموجهة ناحية التعافي.

تقوم بعض المنظمات باستئجار أقران باعتبارهم إعلان قوي للتوجه ناحية التعافي، مثلًا قد قامت ثلاثة عشر ولاية في الولايات المتحدة بالتعهد باستئجار أقران، وبإمكان المنظمات في هذه الولايات الآن أن تستقبل إمدادات لخدمات دعم الأقران وذلك عن طريق خطة تأمين وطنية (10).

لا يعمل أمر إضافة أقران إلى العاملين في منظمة الصحة النفسية من تلقاء ذاته إلى تحقيق النقلة النوعية التي تحتاج إليها، وهذا بالتزامن مع قيم ممارسات التعافي (11)، ففي حقيقة الأمر يمكن أن يتلف غياب الالتزام التنظيمي فاعلية الأقران العاملين، وذلك إذا كان هؤلاء العاملين لا يحصلون على الاحترام اللازم أو كانوا مهمشين، أو إذا كان يتم استيعاب الأدوار في الحالات العامة أو السريرية (12).

لا بد أن يكون مركز تنفيذ الممارسات الموجهة ناحية التعافي هو الفرد، ولا بد أن يكون تركيزها على مساعدة الأفراد أن يحيوا حياة ذات معنى (13)، هذا بالمقابل مع وضع أهداف سريرية يُملئها أطباء (14). إن أمر التحول إلى الممارسات التي تقوم على شراكة متساوية وتحفيز الأمل وتسهيل حرية الإرادة، يتطلب تحويل الخدمات والممارسات والنماذج المتضمنة والتي يقوموا بتوصيلها للمرضى.

لقد واجه إدراك التعافي بالمقابل مع الحياة الطبيعية الخالية من الاعراض، الكثير من التحديات في خدمات الصحة النفسية، فقد أصبح الأفراد المتأثرون بصورة شخصية بالأمراض النفسية مقدمين على مخاطبة ما يساعد على التحرك فيما بعد دور «المرضى». وقد تم تعريف التعافي بكونه «شخصي جدًا وأيضًا عملية فريدة لتغيير اتجاهات الفرد وقيمه ومشاعره وأهدافه ومهاراته و/أو دوره» وأيضًا بكونها «طريقة عيش حياه مرضية مليئة بالأمل والإسهامات، وحتى في ظل المحدوديات التي يسببها المرض» (1). يعمل هذا التعريف على تدعيم مبادئ الصحة النفسية في الدول الناطقة بالإنجليزية (2-6) وغيرها (7).

إن عملية التعافي الشخصية في جوهرها عبارة عن خبرة ذاتية (8)، وقد يكون هناك تداخل بين الأفراد، إلا أنه سيكون هناك العديد من التعريفات الذاتية عن التعافي، وليس القليل منها، وذلك بسبب أنه قد يتغير إدراك الفرد عن تعافيه مع مرور الوقت. وبالرغم من الإجماع السياسي، قد تم إثبات أنها تتحدى تطوير توجهات التعافي في خدمات الصحة النفسية التي تعطي أولوية لإدراك الأفراد. يقترح البعض من المعلقين في حقيقة الأمر أنه قد تم «سرقة» (9) التعريف من قبل أطباء.

تقدم هذه المقالة البعض من انتهاكات التعافي وتدعم بشكل تجريبي الاتجاهات التي تحض على التعافي (استخدامات). يتضمن كتاب هذه المقالة خبراء دوليين من سبعة دول وأيضًا خبرة معاشه (أي خبرة شخصية عن داء في الصحة النفسية) وباحثين وصانعي قرارات وآراء سريرية. نقوم هنا بتعريف سبعة انتهاكات لمفهوم «التعافي».

لقد كان تطور فكرة وممارسة التعافي مركز ثقل في حالة الزهان - مثلها مثل الطب النفسي. يقترح بعض الأطباء السريريون أن التعافي كنهج لا يرتبط بالأفراد الذين يعملون معهم، وذلك بسبب إما أن الأفراد «في مراحل متأخرة من المرض» أو أنه لم يتم تشخيصهم بالذهان. لكن لا يُمكن الدفاع عن أي من هذه الحالات بصورة تجريبية؛ فتسري العديد من التدخلات التي تحض على التعافي والمقدمة في هذه المقالة على الأفراد الذين في أزمات شديدة، بل وقد تم تقييمها على مثل هؤلاء أيضًا. وبالمثل، لقد بدأت التحقيقات التجريبية في العديد من الأوضاع السريرية الغير ذهانية (مثل اضطرابات الشخصية الحدية (15) واضطرابات الطعام (17) والطب الشرعي (16) وفي العديد من المجموعات السكانية (مثل الأطفال (18) وبالغين الكبار (19) والأقليات العرقية (20)). وبالرغم من أن قاعدة الدليل أقل تطورًا من تلك التي تتعلق بالذهان، إلا أنه من الواضح أن التعافي أقل حينما يتعلق بمجموعة واسعة من المجموعات السريرية.

الانتهاك الثالث: يُمكن أن تجعل الخدمات الناس يتعافوا من خلال مجموعة من وسائل العلاج الفعالة

غالبًا ما يكون الأطباء معتادين على المعنى السريري للتعافي أكثر من فكرة التعافي الشخصية كما تدرجها حركة التعافي في الصحة النفسية (1).

يقوم الأطباء في عملية التعافي السريرية بالتشخيص مع اعتبار الهدف الأساسي الذي هو الشفاء أو تقليل الأعراض. لقد أظهر استطلاع قام على كل الدراسات الوبائية بما يزيد عن عشرين عامًا من المتابعة، أن أغلب الأفراد ذى تشخيص بالفصام يحصلون على تعافي سريري (21)، هذا بالرغم من أن الاختلاف في معدل الانتشار هذا، والذي يُمكن إنسابه إلى وسائل العلاج الفعالة، غير معروف. يقوم الفرد في عملية التعافي الذاتية بقيادة رحلته في اتجاه حياة ذات معنى ولأداء أدوار قيمة (22).

يُمكن أن يتشابك مساري التعافي هذه، إلا أن الفرد قد يختبر واحد منهما بدون الآخر. وعلى نحو تقليدي. تقوم خدمات الصحة النفسية إما على مسار سريري للتعافي، أو - وهذا في أسوأ الأحوال - على اعتقاد بأن التعافي من أي نوع بالأمر المستحيل للكثير من الأفراد. تتطلب في الوقت الحالي سياسات الصحة النفسية في العديد من الدول أن تقوم الخدمات على المسار الشخصي من التعافي، وأن تقدم تصديق للمعرفة التي تأتي من خبرة معاشه للأزمات النفسية والتعافي (23).

ستحتاج أنظمة الصحة النفسية إلى التحول بعيدًا عن هيمنة الاستجابات المؤسسية والعلاج بالعقاقير والتدخلات القهرية، وذلك لتدعيم أمر التعافي الشخصي. ولا بد أن يكون التركيز على تعزيز الأمل والأيمان بالأفراد وتدعيم أمر تقرير المصير وتأكيد إمكانية الدخول على نطاق واسع من الخدمات التي تكون موجهة نحو المجتمع (والتي تشمل الإسكان والتعليم والتوظيف ودعم الأقران والتعليم عن التعافي والدعم في حالة الأزمات والدعم اليومي والعلاج بالعقاقير وأخذ العلاج والنصائح) وتحفيز الاندماج الاجتماعي وحقوق الإنسان (24). قد يُساعد العلاج أمر التعافي الشخصي، إلا أنه من الممكن أيضًا أن يمنعه، وخاصة إذا كان هو الرد الغالب وكان مرتبطًا بممارسات تعسفية.

إن وسائل العلاج الإجباري بالأمر المُحفز كوسيلة فعالة «للعناية» بالفرد عندما لا يكون بإمكانه العناية بذاته، مثلًا لقد كان الهدف من إدخال أنظمة العلاج المجتمعي (CTOs) في إنجلترا عام 2008 هو تقليل عدد الأفراد الذين تم احتجازهم بصورة إجبارية في المستشفيات. وبالرغم من أنه قد تم عمل 4,220 CTOs عامي 2011 و2012، إلا أن معدلات الدخول الإجباري قد ارتفعت (من 44,093 عامي 2007 و2008 إلى 48,631 عامي 2011 و2012) (25).

لقد أكتشف استطلاع تنظيمي قام على المحاضرة التي تحدثت عن أنظمة العلاج القهري، القليل من الأدلة عن الفاعلية فيما يخص استخدام الخدمات الصحية والأداء الاجتماعي والحالة العقلية وجودة الحياة أو الرضى بمستوى العناية (26). بالإضافة إلى ذلك، أكتشف الاستطلاع أيضًا أن الموضوع سيتطلب 85 أمرًا بالالتزام بالعيادات الخارجية وذلك لمنع حالة واحدة من إعادة الاحتجاز بالمستشفى و27 أمرًا لمنع نوبة واحدة من نوبات التشرد و238 أمرًا لمنع حالة اعتقال واحدة.

تظهر وسائل العلاج القهرية بانها تدخل واسع الاستخدام، والذي تقترح الدلائل الحديثة أنه غير فعال في أمر تقليل إعادة الاحتجاز بالمستشفى (27)، بالإضافة إلى ذلك، تعمل وسائل العلاج القهرية ضد هدف التعافي والذي هو استعادة حياة ذات معنى - وهي عملية تقوم على تقرير المصير واحترام الفرد بكونه مواطن في المجتمع. لقد اكتشفت دراسة في حقيقة الأمر قامت على 136 وحدة تتبع الصحة النفسية للمرضى الداخليين في إنجلترا، أن التركيز على التحكم (تخفيض الوصول الى الطاقم الطبي وزيادة استخدام حراس الأمن وسوء بنية الاقسام) يرتبط بزيادة في استخدام ضبط النفس وتُظهر القوة من جانب العاملين (28).

تقوم العديد من الدول في الوقت الحالي بتمويل المبادرات التي تعمل على تقليل التعسف (29)، مثلًا لقد كان لدى النرويج منذ عام 2006 خطة عمل وطنية لتقليل القهر (30).

الانتهاك الخامس: التوجه نحو التعافي يعني إغلاق الخدمات

ليس التوجه ناحية التعافي تبريرًا فعالًا لقطع الخدمات. من المعقول أن نقترح أن الحياة ذات معنى لا تعاش بين حدود خدمات الصحة النفسية، وغالبًا ما يعتبر مستخدمو الخدمات الاتصالات الكثيرة مع وكالات الصحة الغير نفسية والأشكال الطبيعية للدعم باعتبارها أكثر قيمة من الاتصال بالخدمات الرسمية (31)، وبالتالي فيحتمل أن التقليل التدريجي في الاتصال بخدمات الصحة النفسية الرسمية كجزء من خطة متفق عليها وبالمساعدة على الدخول على وسائل الدعم الطبيعية في المجتمع (الصدقة، الاتصال بالأقران والتوظيف وغيرها الكثير)، أن تساعد في عملية تعافي الفرد.

لكن ليس التعافي عملية خطية (32) ولا بد أن تكون الخدمات متاحة لإعادة التواصل مع الأفراد عندما يلزم الأمر.

وبالتأكيد لا بد من إحلال الخدمات الغير فعالة، لكن لا بد أن يكون هذا الأمر بمثابة قضية ترتبط بتطوير خدمات الصحة النفسية وليس لتنفيذ الخدمات الموجهة ناحية التعافي. لا يُمكن تبرير أمر تقليل الخدمات التي تكون على أساس تحقيق هدف تدعيم التعافي.

الانتهاك السادس: التعافي هو أن يحيا الناس بصورة طبيعية ومستقلة

يقوم إطار العمل السريري الذي يدعم أغلب خدمات الصحة النفسية بتحديد مشكلات الإقصاء بين الأفراد، وبالتالي فتركز الجهود السريرية على تغيير الأفراد عن طريق العلاج (المعالجة والتدريب على المهارات وغيرها)، بحيث «يتناسبوا»، أي يصبحوا «طبيعيين» و«مستقلين» عن الدعم والخدمات.

لكن ليس التعافي هو أن «يتحسن» الفرد أو أن يتوقف عن طلب الدعم – بل هو عبارة عن «استرداد حياة»، وهو أيضاً الحق في المشاركة في كل نواحي الحياة الاقتصادية والمدنية كمواطن متساوي (33). يتطلب هذا الأمر إطار عمل يقوم على حقوق الإنسان ونموذج اجتماعي للإقصاء: «أنه المجتمع الذي يعيق الإنسان: أنها الاتجاهات والأفعال والاقتراحات – أي الهياكل الاجتماعية والثقافية والجسدية التي تعيق، وذلك بوضع موانع وطرح قيود واختيارات» (34).

وليس الأشمال والمواطنة هو «أن يكون الإنسان طبيعي»، بل هو خلق مجتمعات شاملة بإمكانها استيعابنا جميعاً، فهو ليس أن يكون الفرد «مستقلاً»، بل أن يكون لديه الحق في الدعم والتسويات (بالتوازي مع الاختيارات والطموحات) وذلك للتأكد من وجود مواطنة ومشاركة كاملة وعادلة (35).

تجد توضيحاً لحقوق الإنسان الخاصة «بالمعاقين» – والتي تشمل الأفراد الذين يعانون من حالات نفسية – في اتفاقية الأمم المتحدة عن حقوق الأفراد المعاقين (36)، وتشمل هذه «حق العيش باستقلال وحق الأشمال في المجتمع» (المقالة التاسعة عشرة). ولا يشترط الحق على «التحسن» أو العيش بدون دعم، وهو يتضمن بصورة واضحة حق الحصول على «الدعم اللازم لتسهيل المعيشة والأشمال في المجتمع ومنع الانعزال أو الانفصال».

لا يتضمن المشاركة والأشمال عملية تغيير الأفراد حتى يتناسبوا للعيش في المجتمع، بل تتضمن تغيير العالم: «فإن يعاني الإنسان من إعاقة نفسية ليست إلا أمر مسلم به، وهذا للكثيرين منا. تظهر المشكلات الحقيقية في صورة موانع في البيئة تمنعنا من العيش والعمل والتعلم في البيئة التي نختارها... والمهمة التي أمامنا هي أن نواجه ونتحدى ونغير هذه الموانع التي تعرقل وتفشل جهودنا للعيش بحرية وأن نتحكم في حياتنا والمصادر التي تؤثر على حياتنا» (37).

الانتهاك السابع: يحدث أمر المساهمة في المجتمع فقط بعد أن يتعافى الفرد

إن القيام بعمل – سواء أكان مدفوع الأجر أم تطوعياً أم عمل منزلي – هو أكبر وسيلة يتمكن بها الأفراد من الإسهام في المجتمع؛ وللعمل دور كبير في تدعيم التعافي (38). إن أغلب الأفراد الذين يلجؤون إلى خدمات الصحة النفسية يتمكنون من العمل، إلا أن 70%–80% من الأفراد الذين يلجؤون إلى خدمات الصحة النفسية في أغلب الدول الغربية لا يعملون، وهذه النسبة أعلى من غيرها في مجموعات المعاقين (39،40).

تساهم بعض الأمور مثل الوصمة الذاتية وتوقع التمييز والتمييز في الخدمات والمجتمع، في معدلات البطالة هذه (41–43). مثلما تعمل الخدمات التي تقوم على العجز في أمر توقعات العمل المنخفضة لدى الأفراد ذي أزمة نفسية كبيرة وأيضاً العاملين الذين ينقصهم المعرفة عن

ممارسات التوظيف الجيدة لهذه المجموعات من الأفراد (44).

تسعى الحكومات في العديد من الدول الغربية في الوقت الحالي إلى تقليل عدد الأفراد الذين يحصلون على استحقاقات الرعاية الاجتماعية أو المعاش، وهذا غالباً ما يكون بأبتاع نهج يقوم على العقاب وليس التحفيز. وقد قام المؤيدون الذين يحاربون ضد نهج استحقاقات الرعاية الاجتماعية هذا بخلق حديث غير مقصود يركز على حق الحصول على استحقاقات الرعاية الاجتماعية أكثر من حق العمل، وذلك للأفراد الذين يعانون من مشكلات نفسية.

إن نظام استحقاقات الرعاية الاجتماعية العقابي ليس أقصى أنواع الظلم؛ بل هو عدد الأفراد العاطلين عن العمل. يحصل كل المجتمع على فوائد عندما يعلن أنه بإمكان الأفراد الذين يعانون من مشكلات نفسية الحصول على عمل، وأيضاً عندما يحصل هؤلاء على نفس الحقوق التي لدى الآخرين والتي تمكنهم من تحديد ما يساهمون به وأيضاً عندما يكون لديهم إمكانية الدخول على استحقاقات الرعاية الاجتماعية حتى وإذا كانوا لا يستطيعون العمل.

زيادة الدعم للوصول إلى التعافي

هل التعافي مجرد خمر جديدة في زقاق قديم (45)؟ بمعنى آخر، هل تدعيم التعافي يعني أكثر من مجرد تنفيذ أمثل لما نعرفه بالفعل عن أفضل أشكال الممارسة؛ بالتأكيد أنه لأمر معقول لأن نقترح أن التنفيذ المستمر لأفضل الممارسات أفضل من التنفيذ الغير مستمر، مع بعض التقديرات التي تقول بأن أفضل وسائل العلاج والتغطية ستعمل على تفادي 28% من العبء (بالمقارنة مع 13% من العبء الذي تم تجنبه في الوقت الحالي) (46). لكن قد قام استطلاع منظم بتعريف خمسة عمليات تعافي أساسية، مثل الترابط والأمل والتفاؤل والشخصية والمعنى والهدف والتمكين (إطار عمل الـ 32) (CHIME). تختلف عمليات التعافي هذه عن أهداف النتائج السريرية التقليدية، وأيضاً هناك احتياج إلى التدخلات المستهدفة في هذه العمليات.

نحن نقوم في الوقت الحالي بتعريف عشرة تدخلات تحض على التعافي وتم تدعيمها بصورة تجريبية، وقد كانت معايير الاشتمال هي للتدخلات التي تستهدف نتائج التعافي، مثل إطار عمل الـ CHIME وقد أنتجت أو أسست دليل تجريبي داعم يقوم على تحقيقات تجريبية. إن القصد من هذه هو أن تكون نماذج توضيحية وليس قائمة توجيهية من التدخلات. إن الهدف هو تعريف أنواع التدخلات التي يمكن توقع تقديمها في أنظمة الصحة النفسية التي تكون موجهة ناحية التعافي.

العاملين في دعم الأقران

لقد ظهر أمر مساعدة الأقران من حركة المستخدم/الناجي، وقد تطورت في الأصل خارج تيار أنظمة الصحة النفسية، وتقوم على قيم التعافي المتمثلة في الأمل وتحديد المصير والمشاركة في الخدمة والتبادلية واستخدام الخبرات المعاشة لمساعدة الآخرين.

تأتي مساعدة الأقران الغير رسمية من أشكال الدعم الطبيعية، مثل الأسرة والأصدقاء، وعلى الناحية الأخرى، تشمل مساعدة الأقران الرسمية العاملين الذين أما أنهم يعملون في الخدمات المستقلة التي يقودها الأقران بعيداً عن خدمات الصحة النفسية التقليدية، أو شريك مع طبيب في خدمات الصحة النفسية أو الاجتماعية التقليدية.

إن العاملين في مساعدة الأقران أفراد يعانون من أمراض نفسية،

ويعرفون ذواتهم بهذا الأمر، وهم يستخدمون الخبرات التي مروا بها لمساعدة الآخرين على التعافي. إن المظاهر الأساسية للدور الذي يقوموا به واضح (47) وأن المبادئ التوجيهية التنفيذ متاحة الآن (48).

يوجد في الوقت الحالي قاعدة دليل إيجابية وجوهية لخدمات مساعدة الأقران (47) وتعريف الخبرة والاعتقاد بكون المرء عامل في مساعدة الأقران (49-51) والتغييرات في هيكل مكان العمل بهدف المساعدة في توصيل خدمات مساعدة الأقران (52-54) ووصف التغييرات التي بدأها العاملون في مساعدة الأقران (55,56).

لقد اكتشفت الدلائل التي تم الحصول عليها من سبعة تجارب عشوائية مُحكمة (RCTs) والتي تقيّم تأثير العاملين بمساعدة الأقران، اكتشفت فوائد مستمرة فيما يتصل بالنتائج السريرية (التشارك والاعراض والاداء ومعدلات الاحتجاز) والنتائج الذاتية (الأمل والتحكم والقوة والتمكين) والنتائج الاجتماعية (الصدقة والاتصالات الاجتماعية (57). وقد أظهرت الـ RCTs التي قامت على تدخلات الإدارة الذاتية، والتي يقودها أقران في هولندا (58) والولايات المتحدة (59,60)، نتائج فيما يخص وجود نموذج لدور التعافي والسعي وراء التعافي والأمل والإدراك الذاتي للتعافي ومجموع الاعراض وجودة الحياة. وقد قام استطلاع كوكرين بتعريف سبعة تجارب عشوائية، اشتملت على 2,796 فرداً في ثلاثة دول (أستراليا والمملكة المتحدة والولايات المتحدة)، وظهرت نتائج مرادفة من العاملين بمساعدة الأقران، هذا بالمقارنة مع أطباء تم تعيينهم للقيام بنفس الدور (61).

تقديم نصائح

يتم تعريف المرضى النفسيين بكونهم عرضة لاختبار أزمات عاطفية، فتقوم مراكز العناية الصحية الحديثة بتدعيم الناس ليتحكموا في أنفسهم أثناء الأزمات، مثلاً يشمل أمر تقديم النصائح تحديد بعض الأفعال التي تؤخذ لصالح صحة الفرد، وذلك إذا حدث وفقد القدرة في المستقبل، وقد تشمل الأفعال وسائل علاج أو تحديد وكيل لصناعة القرارات.

لدى أمر تقديم النصائح تدعيم تجريبي قوي (62)، ومن الاختلافات التي تُستخدم بكثافة في مواضع الصحة النفسية هي خطط للأزمات المشتركة، والتي تم تطويرها بالتعاون مع الفريق السريري. يُظهر دليل الـ RCT الذي يخص خطط للأزمات المشتركة في حالة الدهان، فوائد من جراء تقليل وسائل العلاج الإيجابية (63) واستخدام الخدمة (64) وزيادة التحكم (65). أما التجارب في غيرها من المجتمعات السريرية فهي جارية (66).

خطة عمل لاسترداد العافية

إن التحكم الذاتي في الاعراض بالأمر السائد في كل مجموعات الأمراض الشديدة. وتعمل أدوات ووسائل خطة العمل الخاصة باستعادة العافية (WRAP) على دعم الإدارة الذاتية مع تركيز كبير على خدمات الصحة النفسية التي تكون موجهة ناحية التعافي.

تُستخدم الـ WRAP لخلق خطط للتعافي، وذلك بتوجيه الأفراد والمجموعات لإظهار ما الذي قد ساعدهم في الماضي لأن يكونوا أصحاء، وأيضاً بالأخذ في الاعتبار بالاستراتيجيات التي قد ساعدت الآخرين في عملية شفائهم (67). تركز أدوات التخطيط في «صندوق أدوات التعافي» على الإدارة الذاتية، وذلك عن طريق تعريف الاستراتيجيات الأساسية التي تُعزز الصحة اليومية، وتحديد المخاطر التي قد تؤدي إلى ضغوط وذلك عن طريق تخطيط الأزمات.

إن التركيز على تحفيز النهج (تعريف الصحة وتعزير السعي نحو

الهدف) وليس تجنب المحفزات (مثل الراحة من الاعراض)، هذا بالتوازي مع البصيرة التي اكتسبت من علم النفس الإيجابي بأن الأهداف الإيجابية («النهج») أكثر احتمالاً لأن يتم الحصول عليها على نحو مستدام أكثر من الأهداف السلبية («التجنب») (68). تعتمد هذه العملية على التيسيرات التي يقدمها الأقران، وذلك لتفعيل فوائد نماذج الأدوار الوثيقة والتي تحت على الأمل (69).

لقد أظهر تقييم الـ RCT لنتائج المشاركين (n=519) في ثمانية مراكز للصحة النفسية في العيادات الخارجية، بتدخلات يقودها الأقران لمدة ثمانية أسابيع، أظهرت فوائد في ملف الاعراض وأيضاً فيما يخص الأمل وجودة الحياة (60).

التعافي وإدارة المرض

إن برنامج التعافي وإدارة المرض (IMR) هو بمثابة تدخل موحد مُدعم بصورة تجريبية، وذلك لتعليم استراتيجيات الإدارة الذاتية للمرض للأفراد ذي الأمراض النفسية الشديدة (70).

ويُمكن تقديم هذا البرنامج بصورة شخصية أو في مجموعات، وهو يستمر من خمسة إلى عشرة أشهر، ويحتوي على استراتيجيات تجريبية، وهم: التعليم النفسي لتحسين إدراك المرض النفسي وعلاجه، والنهج السلوكية المعرفية، وذلك لتحسين الالتزام بالعلاج وتدريب لمنع حدوث انتكاسة وتدريب على المهارات الاجتماعية وذلك لتخفيف الضغط وتقوية الدعم الاجتماعي، وأيضاً التعليم عن مهارات التأقلم لتخفيف الضغط وشدة الاعراض.

من الممكن أن يُقدم أمر مركزية الالتزام بالعلاج والتعليم النفسي عن الامراض النفسية في الـ IMR مانع لاستخدامه من قبل الأفراد الذين يسعون إلى تدعيم التعافي. إن تدعيم التعافي لا يتعارض مع الاعراض والعلاج، بل هو مانع يظهر عندما يُقترح أن التشخيص والعلاج يأتيان أول الأمر في الخطوات ناحية التعافي (71) (أنظر أيضاً الانتهاك الثالث)، لكن تبدأ الـ IMR وتركز على تعريف المشكلات التي توجه توجيهاً ذاتياً، وعلى حل المشكلات والسعي وراء الأهداف الشخصية التي تحمل الكثير من المعاني وعلى كل العناصر الحيوية لتدعيم التعافي (72,73).

يدل تقييم الـ RCT أنه بإمكان الـ IMR أن يحسن الاعراض والأداء والمعرفة والتقدم تجاه أهداف الأفراد وذلك في التسكين المدعم (74) وخدمات العيادات الخارجية (75) ومراكز التأهيل المجتمعي (76).

إعادة التركيز

يعمل تدخل الـ REFOCUS على زيادة التوجه ناحية التعافي لفريق البالغين في الصحة النفسية المجتمعية.

يقوم التدخل الذي تم وضعه في كتيب (77) على علم النظريات (32,78)، ويتم تدريب الاعضاء وتدعيمهم خلال فترات التأمل والمراقبة، وذلك لاستخدام ثلاثة ممارسات عمل؛ وهم أولاً زيادة خطة العناية التي يكون مركزها الفرد، ويقوم فيها الأفراد بمناقشة قيم وأولويات العلاج لمستخدم الخدمة، وذلك باستخدام نهج تحاديه وقصصية ومرئية. ثانياً، يستخدم الفريق التقييم القياسي (79)، وذلك لتعريف قوة مستخدم الخدمة، بحيث يكون تخطيط العناية مركزاً على زيادة القوة والقدرة على الدخول على الدعم المجتمعي وأيضاً على تحسين العجز. ثالثاً يقوم الفريق بتدعيم السعي الفعال نحو الهدف من جانب مستخدم الخدمة وذلك في اتجاه الاهداف الشخصية القيمة، بالإضافة إلى ذلك، يتم استهداف العلاقة بين

مستخدم الخدمة والعاملين، وذلك من جانب طاقم المدربين وذلك بهدف استخدام مهارات التدريب.

يتم الآن تقييم تدخل الـ REFOCUS في مجموعات الـ RCT المتعددة المواقع (80)، والتي تستخدم نهج جديدة لتقييم دعم التعافي (81) والأمل (82).

نموذج القوة

يهدف نموذج القوة لإدارة الحالات إلى مساعدة الأفراد الذين يعانون من مشكلات في الصحة النفسية للحصول على الأهداف التي يحددها بأنفسهم، وذلك بواسطة تعريف وتأمين وتعويض نطاق المصادر البيئية والشخصية اللازمة للعيش واللعب والعمل بطريقة طبيعية ومترابطة في المجتمع (83).

لقد تم استخدام هذا النموذج بكثافة وعبر العقود في العديد من قطاعات العناية المجتمعية في الولايات المتحدة وأيضاً في الخدمات السريرية في اليابان وهونج كونج وأستراليا (84). تشمل قاعدة الدليل أربعة RCT (85-88) والعديد من التقييمات المسبقة (89)، مما يُظهر نتائج نفسية اجتماعية متقدمة (وبصفة خاصة للأعراض والأداء الاجتماعي) وأيضاً رضا العميل (84). وترتبط الدقة العامة بنتائج متقدمة أكثر للعميل (90).

الكليات التي تعلّم عن التعافي أو برامج التعافي التعليمية

لقد قام الأفراد الذين يعانون من إعاقات نفسية بتأكيد أهمية التعليم كأداة لمساعدتهم في الحصول على الكفاءة اللازمة لتمكينهم من تقبل المواطنة الكاملة (91).

إن الكليات التي تعلّم عن التعافي أو برامج التعافي التعليمية هي بمثابة نهج تعليمي يهدف إلى دعم عملية التعافي وإعادة إدماج الأفراد الذين يعانون من إعاقات نفسية. لقد بدأ تقديم نموذج الخدمة هذا في جامعة بوسطن عام 1984 (92) ويتم إدخاله في الوقت الحالي في إيطاليا وإيرلندا وبريطانيا (93).

يوجد دليل تدعيمي قوي للعديد من المظاهر الأساسية (94)، ويشمل هذا الإنتاج المشترك (95) وتدعيم الإدارة الذاتية عن طريق التعليم (96). إن دليل التقييم الذي يختص بالكليات إيجابي، إلا أنه محدود (97).

الدعم وتعيين الأفراد

لا بد أن يحظى الأفراد الغير قادرين على العمل بإمكانية دخول سهلة على خدمات الإعالة الاجتماعية وعلى محفزات قوية للعودة إلى العمل، إلا أن كل الأفراد الذين يعانون من مشكلات نفسية يرغبون في العمل (98)، هذا بالرغم من أنهم في حاجة إلى اختيار العمل وإيجاده والحفاظ عليه (99). إن الدعم وتعيين الافراد بمثابة تدخل يقدم هذا النوع من المساعدة (100) ولديه أيضاً قاعدة بيانات قوية (101). لقد قام استطلاع كوكرين بتجميع 18 RCT ذي جودة عالية وإظهار معدلات توظيف في خلال 18 شهراً، تبلغ %34 من مستقبلي التدخل، هذا بالمقارنة مع %12 من التدريب الذي يسبق العمل (102)، مثلاً قد أظهر RCT يخص ستة دول أوروبية، أن الدعم وتعيين الأفراد كان يفوق البديل المحلي في كل موضع، وذلك فيما يخص مساعدة الأفراد على أيجاد وظيفة تدري عليهم دخلاً وأيضاً الحفاظ عليها (103).

وقد أكدت دراسات المتابعة التي تمت بعد 8-12 عامًا، أن التأثير

الأقوى لهذه التدخلات يستمر على المدى البعيد (104،105)، وهناك دليل على وفرة التكاليف عن طريق تخفيض استخدام خدمات الصحة النفسية وقلّة الاعتماد على استحقاقات الرعاية الاجتماعية (106،107).

التسكين المدعّم

يقترح البحث أن حوالي 30-40% من سكان المدن البلا مأوى يعيشون في ظل امراض نفسية حادة، ويُمكن أن يعمل أمر التسكين الدائم الآمن كقاعدة يتمكن من خلالها الأفراد الذين يعانون من أمراض نفسية لأن يحققوا العديد من أهداف التعافي وأن يحسنوا من جودة الحياه (108،109). يشمل التدخل الأول للتسكين تسكين سريع في أماكن السكن المستقلة. لدى هذا النهج دليل جديد يُظهر نتائج متقدمة (110) وتكاليف منخفضة (111).

ولا بد أن يكون لدى الأفراد الذين يعانون من امراض نفسية إمكانية الدخول على نطاق واسع من خيارات التسكين، مع إمكانية ممارسة الاختيار فيما يخص التفضيل.

الأحاديث الثلاثية الخاصة بالصحة النفسية

إن التدخل الفعال لمستخدمي الخدمات النفسية وأقربهم وعائلاتهم بالأمر اللازم لتطوير ممارسات وأبحاث الصحة النفسية التي تكون موجهة ناحية التعافي (112)، إلا أن الاعتقاد بأن الصحة النفسية من شأن كل فرد، وبغض النظر عن خلفياتهم وخبراتهم، وقبول الآخرين على أساس كونهم خبراء رسميين، لا يزال تحدي كبير. إن مجموعات الأحاديث الثلاثية (والتي تُعرف أيضاً بكونها ندوات عن الذهان) بمثابة نهج لمخاطبة هذا التحدي.

إن اجتماعات الأحاديث الثلاثية بمثابة منتدى اجتماعي فيه يتشارك مستخدمو الخدمة ومقدمو العناية والأصدقاء والعاملين في مجال الصحة النفسية وغيرهم من يهتمون بالصحة النفسية في أحاديث مفتوحة. تقوم هذه الاجتماعات بمخاطبة العديد من المواضيع، مثل فرقة عمل تقوم بتنبيط فكرة الوصمة أو فرقة عمل تقوم على الصدمات النفسية وداء الذهان. يحدث في الدول التي تتحدث الألمانية أن يجتمع 5.000 فرداً فيما يزيد عن مائة مجموعة من الأحاديث الثلاثية بصفة مستمرة (113)، وتزداد الاهتمامات والخبرات الدولية (114).

تعمل الأحاديث الثلاثية على تسهيل وجود شكل منفصل ومستقل من التعارف وأيضاً تسهيل عملية إنتاج المعلومات والحث على التغيير الذي يكون موجهاً ناحية التعافي وذلك في الأحاديث والهياكل.

الحفاظ على التحديات العلمية

وبالرغم من أنه قد تم إثبات أن إطار عمل الـ CHIME يسري بين هذه الثقافات التي أنتجت المبادئ التوجيهية المتضمنة في الاستطلاع (115)، إلا أن تعميم مفهوم التعافي لا يزال محور اهتمام. وبصورة محددة، إن الافتراضات المتضمنة في التعافي قد تكون «أحادية الثقافة»، وقد يكون هناك احتياج إلى مفاهيم أكبر عن المجتمع والقدرة على التكيف الاجتماعي والرفاهية، مثلاً أن واحدة من القضايا الهامة هي تلك التي تتحدث عن القيمة النموذجية الجماعية بالمقابل مع القيمة النموذجية الفردية (116)؛ ففي الثقافات الجماعية، مثل الماوري (وهو السكان الأصليون في نيوزيلندا) والثقافات الجماعية الصينية، يكون التأكيد على الترابط بين أفراد الأسرة والأقارب بصورة أكبر من الاستقلال الذي

المراجع:

1. Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health system in the 1990s. *Psychosoc Rehabil J* 1993;16:11-23.
2. Department of Health and Ageing. Fourth national mental health plan: an agenda for collaborative government action in mental health 2009–2014. Canberra: Commonwealth of Australia, 2009.
3. Mental Health Commission of Canada. Changing directions, changing lives: the mental health strategy for Canada. Calgary: Mental Health Commission of Canada, 2012.
4. Department of Health Social Services and Public Safety (Northern Ireland). Service framework for mental health and wellbeing. Belfast: Department of Health Social Services and Public Safety, 2010.
5. New Freedom Commission on Mental Health. Achieving the promise: transforming mental health care in America. Final report. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services, 2003.
6. Her Majesty's Government. No health without mental health. Delivering better mental health outcomes for people of all ages. London: Department of Health, 2011.
7. Slade M, Adams N, O'Hagan M. Recovery: past progress and future challenges. *Int Rev Psychiatry* 2012;24:1-4.
8. Bellack A, Drapalski A. Issues and developments on the consumer recovery construct. *World Psychiatry* 2012;11:156-60.
9. Mental Health «Recovery» Study Working Group. Mental health «recovery»: users and refusers. Toronto: Wellesley Institute, 2009.
10. Salzer MS, Schwenk E, Brusilovskity E. Certified peer specialist roles and activities: results from a national survey. *Psychiatr Serv* 2010;61:520-3.
11. Farkas M. The vision of recovery today: what it is and what it means for services. *World Psychiatry* 2007;6:68-74.
12. Richard A, Jongbloed L, MacFarlane A. Integration of peer support workers into community mental health teams. *Int J Psychosoc Rehabil* 2009;14:99-110.
13. 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.
14. Andresen R, Oades L, Caputi P. Psychological recovery: beyond mental illness. London: Wiley, 2011.
15. Katsakou C, Marougka S, Barnicot K et al. Recovery in borderline personality disorder (BPD): a qualitative study of service users' perspectives. *PLoS One* 2012;7(5).
16. Drennan G, Alred D (eds). Secure recovery. Approaches to recovery in forensic mental health settings. Milton: Willan, 2012.
17. Couturier J, Lock J. What is recovery in adolescent anorexia nervosa? *Int J Eat Disord* 2006;39:550-5.
18. Friesen BJ. Recovery and resilience in children's mental health: views from the field. *Psychiatr Rehabil J* 2007;31:38-48.
19. Daley S, Newton D, Slade M et al. Development of a framework for recovery in older people with mental disorder. *Int J Geriatr Psychiatry* 2013;28:522-9.
20. Sass B, Moffat J, McKenzie K et al. A learning and action manual to improve care pathways for mental health

تُنادى به الثقافات الغربية (117). وبعيداً عن الثقافات، إن نظام الصحة النفسية وحالة الخدمات (118)، من الاعتبارات الهامة أيضاً، مثلاً قد لا يكون لدى دول الدخول المتوسطة ودول الدخول المنخفضة بنية تحتية، مثل الخدمات التي تقوم على المجتمع والميزانية، وذلك لدعم مراكز العناية النفسية (119)، بل لديهم فقط نهج التعافي.

من الهام جداً أن يتم تدارس كيف يترجم مستخدمو الخدمات والأطباء مفهوم التعافي في الثقافات الغير غربية (120-123)، فهل يُمكن أن تُطبّق التقييمات التي ترتبط بالتعافي وأيضاً مقاييس الدقة على الموثوقية والصلاحية (124)؟ بفحص العوامل التي تسهل أو تمنع التعافي لأفراد من مختلف البيئات، عرفنا أنه يُمكن أن يتم تطوير العديد من مفاهيم التعافي التي تسري من الناحية الثقافية، والتي ستكون أفضل ما يخاطب احتياجات وحقوق مستخدمي الخدمة.

يتم في الوقت الحاضر إدراك كيفية تحويل الخدمات. تجميع التوجيهات الدولية فيما يخص تدعيم التعافي، بتعريف أربعة مستويات من الممارسة، وهم: تدعيم التعافي الذي تم تعريفه بصورة ذاتية (التدخلات التي تم تقديمها) وعلاقة العمل (كيف تم تقديم التدخلات) والالتزام التنظيمي (ما هي «الأعمال الجوهرية» لنظام الصحة النفسية؟) وتحفيز المواطنة (تدعيم خبرة توسيع استحقاقات المواطنة) (78). لقد قامت أغلب التدخلات المقدمة في هذه المقالة بمخاطبة أول مستويين من هذه المستويات. وتقوم مبادرة تنفيذ التعافي - التغيير التنظيمي (ImROC) - عبر إنجلترا بمخاطبة ثقافة خدمات الصحة النفسية (93)، وذلك باستخدام نهج مجموعة التعليم لمساعدة المنظمات على مخاطبة عشرة تحديات تنظيمية أساسية (125).

أما الحدود الأخيرة فهي بالطبع تقليل وإزالة الموانع التي تمنع الأفراد من اختبار استحقاقات المواطنة الكاملة (126). وفيما يخص أنظمة الصحة النفسية، سيشمل الأمر التحول بعيداً عن رؤية العالم «لللعلاج والتعافي»، والتي تكون الأولوية بها هي تقديم العلاج بهدف أن يصبح الفرد بعد ذلك مستعداً لأن يعود إلى ممارسة حياته. لقد اكتشفت الأبحاث التجريبية عن مفهوم «الاستعداد للعمل» (في الدعم والتعيين الشخصي) والاستعداد للتسكين» (في التسكين أولاً) أنها مفاهيم سامة عن غير قصد، فهي تعمل على تخفيض الأمل وتحد التوقعات. وقد كان هناك الكثير من الجدل بأن هذا التغيير في التأكيد يسري بصورة واسعة أكثر من مجرد تدعيم للحصول على وظيفة وأيضاً للتسكين (127).

لكن أوسع - وأهم - تحدي هو التغيير المجتمعي، والذي يشمل الأفراد والأطباء ذي خبرات معاشه لأن يصبحوا شركاء (112) ونشطاء اجتماعيين (128) وذلك لكي يتحدوا أمر وصمة الافتراضات التي تقول أن الأفراد الذين يعانون من أمراض لا يستطيعوا أو لا ينبغي أن يكون لديهم نفس الاستحقاقات التي لدى الآخرين في مجتمعهم.

شكر خاص

إن تدخل الـ REFOCUS هو بحث مستقل تم تدعيمه من قبل المعهد الوطني للأبحاث الصحية (NIHR) تحت قائمة منح البرامج الخاصة بتطبيق الأبحاث (رقم مرجعية المنحة 10040-RP-PG-0707) وذلك فيما يتعلق بأخصائيين الـ NIHR لمركز بحث الطب الحيوي للصحة النفسية في معهد الطب النفسي بالكلية الملكية بمدينة لندن وفي جنوب لندن ومودسلي NHS المؤسسة الائتمانية. إن الآراء المقدمة في هذه المجموعة تتبع المؤلف وليس بالضرورة مؤلفين أي من منظمات العناية الصحية الأخرى أو وكالات الدعم.

- social exclusion. Social Exclusion Unit report. June 2004. London: Office of the Deputy Prime Minister, 2004.
40. Australian Government. People living with psychotic illness 2010. Canberra: Department of Health and Ageing, 2011.
 41. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med* 2010;71:2150-61.
 42. Lasalvia A, Zoppi 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.
 43. Thornicroft G, Brohan E, Rose D et al. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet* 2009;9661:408-15.
 44. Thornicroft G. Shunned: discrimination against people with mental illness. Oxford: Oxford University Press, 2005.
 45. Davidson L, O'Connell M, Tondora J et al. Recovery in serious mental illness: a new wine or just a new bottle? *Prof Psychol Res Pr* 2005;36:480-7.
 46. Andrews G, Issakidis C, Sanderson K et al. Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *Br J Psychiatry* 2004;184:526-33.
 47. Davidson L, Bellamy C, Guy K et al. Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry* 2012;11:123-8.
 48. Repper J. ImROC briefing paper 7. Peer support workers: a practical guide to implementation. London: Centre for Mental Health, 2013.
 49. Moran GS, Russionova Z, Gidugu V et al. Benefits and mechanisms of recovery among peer providers with psychiatric illnesses. *Qual Health Res* 2012;22:304-19.
 50. Grant EA, Reinhart C, Wituk S et al. An examination of the integration of certified peer specialists into community mental health centers. *Community Ment Health J* 2012;48:477-81.
 51. Moran GS, Russionova Z, Stepas K. Toward understanding the impact of occupational characteristics on the recovery and growth processes of peer providers. *Psychiatr Rehabil J* 2012;35: 376-80.
 52. Kemp V, Henderson AR. Challenges faced by mental health peer support workers: peer support from the peer supporter's point of view. *Psychiatr Rehabil J* 2012;35:337-40.
 53. Singer G. Managing my life as a peer support worker. *Psychiatr Rehabil J* 2012;35:149-50.
 54. Creamer MC, Varker T, Bisson J et al. Guidelines for peer support in high-risk organizations: an international consensus study using the Delphi method. *J Trauma Stress* 2012;25:134-41.
 55. Pickett SA, Phillips H, Nobiling J. Recovery international groups for mental health consumers. *Psychiatr Serv* 2012;63:295.
 56. West C. Powerful choices: peer support and individualized medication self-determination. *Schizophr Bull* 2012;37:445-50.
 57. Repper J, Carter T. A review of the literature on peer support in mental health services. *J Ment Health* and recovery among BME groups. *Int Rev Psychiatry* 2009;21:472-81.
 21. Slade M, Amering M, Oades L. Recovery: an international perspective. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2008;17:128-37.
 22. Slade M. Personal recovery and mental illness: a guide for mental health professionals. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.
 23. Lapsley H, Nikora LW, Black R. Kia mauri tau! Narratives of recovery from disabling mental health problems. Wellington: Mental Health Commission, 2002.
 24. Mental Health Advocacy Coalition. Destination: recovery: Te _unga ki uta: te oranga. Auckland: Mental Health Foundation of New Zealand, 2008.
 25. Health and Social Care Information Centre. Inpatients formally detained in hospitals under the Mental Health Act 1983, and patients subject to supervised community treatment, Annual figures, England, 2011/12. London: Health and Social Care Information Centre, 2012.
 26. Kisely SR, Campbell LA, Preston NJ. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011(2):CD004408.
 27. Burns T, Rugkasa J, Molodynski A et al. Community treatment orders for patients with psychosis (OCTET): a randomised controlled trial. *Lancet* 2013;381:1627-33.
 28. Bowers L, Van Der Merwe M, Paterson B et al. Manual restraint and shows of force: the City-128 study. *Int J Ment Health Nurs* 2012;21:30-40.
 29. Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrutter R et al. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010;45:889-97.
 30. Helsedirektoratet. Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern [National action plan for reducing use of coercion in mental health care]. Oslo: Norwegian Health Department, 2006.
 31. Davies S, Wakely E, Morgan S et al. Mental health recovery heroes past and present. A handbook for mental health care staff, service users and carers. Brighton: Pavilion Press, 2012.
 32. 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.
 33. Perkins R. UK mental health policy development – An alternative view. In: Phillips P, Sandford T, Johnston C (eds). *Working in mental health: practice and policy in a changing environment*. Oxford: Routledge, 2012:14-24.
 34. Oliver M. If I had a hammer: the social model in action. In: Sawin J, French S, Barnes C et al (eds). *Disabling barriers – Enabling environments*. London: Sage, 2004:7-12.
 35. Disability Rights Commission. *Independent living and the Commission for Equality and Human Rights*. London: Disability Rights Commission, 2007.
 36. United Nations. *Convention on the rights of persons with disabilities*. New York: United Nations, 2006.
 37. Deegan P. The independent living movement and people with psychiatric disabilities: taking back control over our lives. *Psychosoc Rehabil J* 1992;15:3-10.
 38. Warner R. Recovery from schizophrenia and the recovery model. *Curr Opin Psychiatry* 2009;22:374-80.
 39. Office of the Deputy Prime Minister. *Mental health and*

- program for persons with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2011;62:606-12.
76. Hasson-Ohayon I, Roe D, Kravetz S. A randomized controlled trial of the effectiveness of the illness management and recovery program. *Psychiatr Serv* 2007;58:1461-6.
 77. Bird V, Leamy M, Le Boutillier C et al. REFOCUS: promoting recovery in community mental health services. London: Rethink, 2011.
 78. 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.
 79. 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.
 80. 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.
 81. 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.
 82. Schrank B, Bird V, Rudnick A et al. Determinants, self-management strategies and interventions for hope in people with mental disorders: systematic search and narrative review. *Soc Sci Med* 2012;74: 554-64.
 83. Rapp C, Goscha R. The strengths model: case management with people with psychiatric disabilities, 3rd ed. New York: Oxford University Press, 2012.
 84. Hamilton B, Bichara E, Roper C et al. Gaining strength: consumers' experiences of case management with the strengths model. Melbourne: St Vincent's Health, Victorian Department of Health, 2012.
 85. Modrcin M, Rapp CA, Poertner J. The evaluation of case management services with the chronically mentally ill. *Eval Program Planning* 1988;11:307-14.
 86. Macias C, Kinney R, Farley OW et al. The role of case management within a community support system: partnership with psychosocial rehabilitation. *Community Ment Health J* 1994;30: 323-39.
 87. Macias C, Farley OW, Jackson R et al. Case management in the context of capitation financing: an evaluation of the strengths model. *Adm Policy Ment Health* 1997;24:535-43.
 88. Stanard RP. The effect of training in a strengths model of case management on client outcomes in a community mental health center. *Community Ment Health J* 1999;35:169-79.
 89. Teague GB, Mueser KT, Rapp CA. Advances in fidelity measurement for mental health services research: four measures. *Psychiatr Serv* 2012;63:765-71.
 90. Fukui S, Goscha R, Rapp CA et al. Strengths model case management fidelity scores and client outcomes. *Psychiatr Serv* 2012;63:708-10.
 91. Mowbray CT, Collins ME, Bellamy CD et al. Supported education for adults with psychiatric disabilities: an innovation for social work and psychosocial rehabilitation practice. *Soc Work* 2005; 50:7-20.
 92. Hutchinson DS, Gagne C, Bowers A et al. A framework for health promotion services for people with psychiatric disabilities. *Psychiatr Rehabil J* 2006;29:241-50.
 - 2011;20:392-411.
 58. van Gestel-Timmermans JA, Brouwers EPM, van Nieuwenhuizen C. Recovery is up to you, a peer-run course. *Psychiatr Serv* 2010; 61:944-5.
 59. Cook JA, Steigman P, Pickett SA et al. Randomized controlled trial of peer-led recovery education using Building Recovery of Individual Dreams and Goals through Education and Support (BRIDGES). *Schizophr Res* 2012;136:36-42.
 60. Cook JA, Copeland ME, Jonikas JA et al. Results of a randomized controlled trial of mental illness self-management using Wellness Recovery Action Planning. *Schizophr Bull* 2012;38: 881-91.
 61. Pitt V, Lowe D, Hill S et al. Consumer-providers of care for adult clients of statutory mental health services. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013(3):CD004807.
 62. Campbell LA, Kisely SR. Advance treatment directives for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009(1):CD005963.
 63. Henderson C, Flood C, Leese M et al. Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. *BMJ* 2004;329:136-40.
 64. Flood C, Byford S, Henderson C et al. Joint crisis plans for people with psychosis: economic evaluation of a randomised controlled trial. *BMJ* 2006;333:729.
 65. Henderson C, Flood C, Leese M et al. Views of service users and providers on joint crisis plans: single blind randomized controlled trial. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009;44:369- 76.
 66. Moran P, Borschmann R, Flach C et al. The effectiveness of joint crisis plans for people with borderline personality disorder: protocol for an exploratory randomised controlled trial. *Trials* 2010;11:18.
 67. Doughty C, Tse S, Duncan N et al. The Wellness Recovery Action Plan (WRAP): workshop evaluation. *Australasian Psychiatry* 2008;16:450-6.
 68. Sheldon KM, Williams G, Joiner T. Self-determination theory in the clinic: motivating physical and mental health. New Haven: Yale University Press, 2003.
 69. Smith-Merry J, Freeman R, Sturdy S. Implementing recovery: an analysis of the key technologies in Scotland. *Int J Ment Health Syst* 2011;5:11.
 70. Mueser KT, Corrigan PW, Hilton DW et al. Illness management and recovery: a review of the research. *Psychiatr Serv* 2002;53: 1272-84.
 71. Deegan P, Drake R. Shared decision making and medication management in the recovery process. *Psychiatr Serv* 2006;57:1636- 9.
 72. Mueser KT, Meyer PS, Penn DL et al. The Illness Management and Recovery program: rationale, development, and preliminary findings. *Schizophr Bull* 2006;32(Suppl. 1):S32-43.
 73. Whitley R, Gingerich S, Lutz WJ et al. Implementing the illness management and recovery program in community mental health settings: facilitators and barriers. *Psychiatr Serv* 2009;60: 202-9.
 74. Levitt AJ, Mueser KT, Degenova J et al. Randomized controlled trial of illness management and recovery in multiple-unit supportive housing. *Psychiatr Serv* 2009;60:1629-36.
 75. Fardig R, Lewander T, Melin L et al. A randomized controlled trial of the illness management and recovery

- of housing for chronically homeless persons with severe alcohol problems. *JAMA* 2009;301:1349-57.
112. 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.
 113. Bock T, Priebe S. Psychosis seminars: an unconventional approach. *Psychiatr Serv* 2005;56:1441-3.
 114. MacGabhann L, McGowan P, Ni Cheirin L et al. Mental Health Dialogue Network Ireland: transforming dialogue in mental health communities. Dublin: Dublin City University, 2012.
 115. Slade M, Leamy M, Bacon F et al. International differences in understanding recovery: systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2012;21:353-64.
 116. Papadopoulos C, Foster J, Caldwell K. 'Individualism-Collectivism' as an explanatory device for mental illness stigma. *Community Ment Health J* 2013; 49:270-80.
 117. Tse S. Use of the recovery approach to support Chinese immigrants recovery from mental illness: a New Zealand perspective. *Am J Psychiatr Rehabil* 2004;7:53-68.
 118. Perkins R, Slade M. Recovery in England: transforming statutory services? *Int Rev Psychiatry* 2012;24:29-39.
 119. Hanlon C, Wondimagegn D, Alem A. Lessons learned in developing community mental health care in Africa. *World Psychiatry* 2010;9:185-9.
 120. Ng RKM, Pearson V, Chen E. What does recovery from schizophrenia mean? Perceptions of psychiatrists. *Int J Cult Ment Health* 2008;1:118-30.
 121. Lam M, Pearson V, Ng RKM et al. What does recovery from schizophrenia mean? Perceptions of young first episode patients. *Int J Soc Psychiatry* 2009;57:580-7.
 122. Thara R. Consumer perception of recovery: an Indian perspective. *World Psychiatry* 2012;11:169-70.
 123. Katontoka S. Consumer recovery: a call for partnership between researchers and consumers. *World Psychiatry* 2012;11:170-1.
 124. Shanks V, Williams J, Leamy M et al. Measures of personal recovery: a systematic review. *Psychiatr Serv* 2013;64:974-80.
 125. Shepherd G, Boardman J, Burns M. Implementing recovery. A methodology for organisation change. London: Sainsbury Centre for Mental Health, 2010.
 126. 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.
 127. Slade M. Everyday solutions for everyday problems: how mental health systems can support recovery. *Psychiatr Serv* 2012;63:702-4.
 128. Slade M. Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Serv Res* 2010;10:26.
 93. NHS Confederation Mental Health Network. Supporting recovery in mental health. London: NHS Confederation, 2012.
 94. Perkins R, Repper J, Rinaldi M et al. ImROC 1. Recovery Colleges. London: Centre for Mental Health, 2012.
 95. Boyle D, Harris M. The challenge of co-production. London: New Economics Foundation, 2009.
 96. Foster G, Taylor SJ, Eldridge SE et al. Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007(4):CD005108.
 97. Dunn EC, Sally Rogers E, Hutchinson DS et al. Results of an innovative university-based recovery education program for adults with psychiatric disabilities. *Adm Policy Ment Health* 2008;35:357-69.
 98. Grove B, Secker J, Seebohm P. New thinking about mental health and employment. Oxford: Radcliffe, 2005.
 99. Dixon LB, Dickerson F, Bellack AS et al. The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophr Bull* 2010;36:48-70.
 100. Grove B, Lockett H, Shepherd G et al. Doing what works – Individual Placement and Support into Employment. London: Sainsbury Centre for Mental Health, 2009.
 101. Bond GR, Drake RE, Becker DR. Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. *World Psychiatry* 2012;11:32-9.
 102. Crowther R, Marshall M, Bond GR et al. Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010(2):CD003080.
 103. Burns T, Catty J, Becker T et al. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet* 2007;370:1146-52.
 104. Becker D, Baker SR, Carlson L et al. Critical strategies for implementing supported employment. *J Vocat Rehabil* 2007;27:13-20.
 105. Salyers MP, Becker DR, Drake RE et al. A ten-year follow-up of a supported employment program. *Psychiatr Serv* 2004;55:302-8.
 106. Sainsbury Centre for Mental Health. Commissioning what works: the economic and financial case for supported employment. London: Sainsbury Centre for Mental Health, 2009.
 107. Knapp M, Patel A, Curran C et al. Supported employment: cost effectiveness across six European sites. *World Psychiatry* 2013; 12:60-8.
 108. Padgett D. There's no place like (a) home: ontological security among people with serious mental illness in the United States. *Soc Sci Med* 2007;64:1925-36.
 109. Whitley R, Harris M, Drake RE. Safety and security in smallscale recovery housing for people with severe mental illness: an inner-city case study. *Psychiatr Serv* 2008;59:165-9.
 110. Padgett D, Gulcur L, Tsemberis S. Housing first services for people who are homeless with co-occurring serious mental illness and substance abuse. *Res Soc Work Pract* 2006;16:74-83.
 111. Larimer ME, Malone DK, Garner MD et al. Health care and public service use and costs before and after provision

تحديات وسائل الإعلام الاجتماعية للطب النفسي

PAUL S. APPELBAUM^{1,2}, ANDREW KOPELMAN³¹Department of Psychiatry, College of Physicians and Surgeons, Columbia University, New York, NY, USA; ²New York State Psychiatric Institute, New York, NY, USA; ³Department of Psychiatry, Division of Forensic Psychiatry, New York University/Bellevue Hospital, New York, NY, USA

للأحاديث عبر الأنترنت وتقليل السلطة المركزية وزيادة أمر إخفاء الاسم المتواجدة في إطار العمل الاجتماعي لشبكة الأنترنت (9). وحتى إذا كانت مثل هذه المعلومات دقيقة، هناك اهتمامات أخرى حول دخول الأطباء النفسيين على بصمات القدم الرقمية لمرضاهم، والتي هي أكثر عمليات التسلسل بروزًا في حيوات المرضى والتي قد يعتبروها خروج المختص المعالج عن الحدود. من الممكن تلطيف أمر الاقتحام هذا بواسطة الدخول على المعلومات عن طريق وسائل الإعلام وبدون رضا المريض، وذلك بواسطة ما يبدو أنه سلوك المريض في نشر معلومات على مواقع غير محظورة. إلا أن مسح قد قام على 492 من المدونين قد أوضح أنه غالبًا ما يقوم الأفراد بالإفصاح عن بعض المعلومات عبر الأنترنت مع جمهور معين ولمدة معينة في الذهن، وحتى إذا أصبحت المعلومات بعد ذلك متاحة وبشكل واسع لمدة غير محددة من الزمن (10).

أما الدوافع المضللة فهي مصدر اهتمام آخر فيما يخص البحث عن معلومات تخص المريض، بل وقد يكون مجرد حب الاستطلاع والتلصص أو حتى الاهتمام الذاتي، وراء البحث على الأنترنت. أوضح تقرير عن حالة قام فيها الطبيب النفسي بتقييم الحالة المادية الخاصة بمرضى لم يكن يسد فواتيره، وذلك عن طريق النظر إلى بيته عبر موقع جوجل إيرث (Google Earth)، يوضح هذا الأمر الدوافع التي تخدم المصالح الذاتية والتي تتمثل في محاولات الدخول على معلومات تخص المريض (11).

أخيرًا، قد لا يكون الأطباء النفسيين قد تفكروا في كيفية استخدام المعلومات المتاحة عبر الأنترنت والتي تخص مرضاهم؛ فإذا أراد المعالج المختص أن يستخدم هذه المعلومات في العلاج، مثلًا في مواجهه المريض بأمر استمرار سوء استخدامه لعقاقير ما والموثقة في موقع على شبكة اجتماعية، سيكون لابد من الكشف عن مصادر هذه المعلومات، وقد يكون نتائج هذا الكشف عن المصادر صعب التكهن به، إلا أنه يعكس كيف سيُشعر المختص المعالج إذا قام المريض خلسةً بالدخول على معلومات شخصية مشابهة، أما إذا لم يتم الكشف عن هذه المصادر، فقد يتساءل المرء عن التأثيرات السيئة على تفاعل المريض مع الطبيب - وبصفة خاصة في العلاج النفسي المستمر - والتي قد تنتج من إخفاء المعرفة.

وفي خلاصة الأمر، هناك احتياج إلى الحذر عند الدخول على المعلومات الخاصة بالمريض، وبصفة خاصة المعلومات الشخصية الحساسة، والتي يُحتمل أن تكون على موقع من مواقع وسائل الإعلام الاجتماعية. ولا بد أن يحدد الطبيب كيف سينتفع أمر العناية بالمريض من هذه المعلومات، ولا بد من عمل خطة مسبقة لاستخدام هذه المعلومات. وبتقديم التعليمات على خصوصية المريض، لابد من الأخذ في الاعتبار الحصول على موافقة المريض. ومثل التدخلات الطبية الأخرى، بالطبع لابد من تجنب طلب الموافقة هذا في المواقف الطارئة، حيث تكون المخاوف المتعلقة بالسلامة لها الأهمية القصوى، وبالطبع أيضًا وقبل أي استخدام للمعلومات التي تم الحصول عليها، من المحتمل أن يؤخذ عامل الدقة في الاعتبار.

الأطباء النفسيين كمنتجين لوسائل الإعلام الاجتماعية

لدى الأطباء النفسيين وغيرهم من الممارسين المختصين وجودًا على شبكة الأنترنت، والتي منها وسائل الإعلام الاجتماعية. وجزئًا من هذا الوجود هو المحتويات التي يصنعها المريض عن المعالجين المختصين، مثل المواقع التي تقوم بجمع استطلاعات المرضى عن اطبائهم (12). لكن غالبًا ما تكون مدونات النشر من قبل المختصين الممارسين وطلاب كلية الطب وغيرهم من مقدمي العناية الصحية مصدرًا للكثير من

لقد عمل تطور الأنترنت حتى أصبح يشمل مكونات من إنتاج المستخدم، والذي غالبًا ما يُشار إليه بكونه شبكة 2.0، على تغيير مفاهيمنا الأساسية للخصوصية والاتصال والتواصل. وبينما يقوم الكثير من الناس بالتغريد (نسبة إلى موقع تويتر) وكتابة التدوينات والنشر على مواقع وسائل الإعلام الاجتماعية وتحميل الفيديوهات الشخصية، كانت واحدة من النتائج هي عدم وضوح الحدود بين النواحي الاجتماعية والنواحي المهنية. وسواء قام آخرون بالنشر كمستخدمي البيانات أم كصانعي المعلومات التي بإمكان الآخرين الدخول عليها، إلا أن الأطباء النفسيين مشاركين جديدين في تطور وسائل الإعلام الاجتماعية، مما ينتج مجموعة معقدة من التحديات العملية والأخلاقية لممارسة الطب النفسي.

يلجأ المرضى كثيرًا إلى الأنترنت ليعرفوا المزيد عن حالاتهم المرضية وعن الأطباء ووسائل العلاج (1)، وبعد أن يدخل المرضى على الأنترنت، لا يعثروا فقط على معلومات ترتبط بالصحة والأطباء، بل أيضًا على بصمات القدم الرقمية للأطباء. وبالمثل، لدى الأطباء إمكانية دخول جديدة على حياة مرضاهم الشخصية، والتي تشمل احتمالية الحصول على معلومات لم يعلنها المرضى بشكل مباشر، وقد لا يرغبوا أن يعرفها الأطباء. نحن هنا أمام بعض الطرق التي قد تؤثر بها وسائل الإعلام الاجتماعية - والتي تقوم على الأنترنت - على الممارسات النفسية، وأيضًا نخاطب البعض من القضايا التي تظهر عندما يقوم الأطباء النفسيون باستهلاك أو إنتاج مكونات وسائل إعلام اجتماعية.

المرضى النفسيين كمستهلكين لوسائل الإعلام الاجتماعية

قد تكون وسائل الإعلام الاجتماعية بمثابة مصادر غنية للحصول على معلومات مباشرة بإمكانها المساعدة في التشخيص وإدارة الاضطرابات النفسية، وبصفة خاصة في حالة عدم مصداقية المعلومات التي يتم جمعها في المقابلات السريرية (2). لقد أظهر فحص صفحات الفيسبوك الاستخدام المتكرر للمعلومات التي يُمكن الوصول إليها بصورة علنية والتي تصف اعراض الاكتئاب (3) ونماذج متكررة لسوء استخدام العقاقير (4). وقد أوضحت تقارير الحالات الاستخدام السريري المحتمل لمعلومات الطب النفسي التي تقوم على الأنترنت، مثل تغيير تقييمات الخطر للمرضى الانتحاريين في غرف الطوارئ (5).

لكن في حقيقة الأمر، قد يكون هناك إفراط في تمثيل الأفراد الذين يعانون من اضطرابات نفسية بين هؤلاء الذين يفحصون أنفسهم ذاتيًا عبر الأنترنت، مثلًا لقد اكتشف مسح عن سلامة الشباب على الأنترنت قام على ما يزيد عن 1501 مستجيبًا، تتراوح أعمارهم من 10 إلى 17 عامًا، اكتشف أن 5% من الأفراد الذين أقرروا بوجود اعراض اكتئاب حاد يقضون وقتًا أطول على شبكة الأنترنت، ويميلون إلى أن ينشروا معلومات محددة (إذا كانوا ذكورًا) وصورًا (إذا كانوا إناثًا) أكثر من الأفراد بلا اعراض اكتئاب (6). وقد اقترحت دراسات أخرى أن زيادة استخدام الأنترنت قد يرتبط بالرهاب الاجتماعي والاكتئاب والانطواء (7).

لكن ما الذي قد يؤثر اهتمام الأطباء النفسيين فيما يخص تتبع المعلومات التي أصبحت حديثًا متاحًا في مواقع وسائل الإعلام الاجتماعية وغيرها على شبكة الأنترنت؟ إن الافتراض الذي يقول أن المعلومات المتاحة على شبكة الأنترنت دقيقة، ليس مضمونًا بصورة واضحة، فقد أوضح الباحثون أن الناس أكثر استعدادًا لأن يدخلوا في أدوار وخيالات في المحتوى المقدم من المستخدمين عبر شبكة الأنترنت (8). قد تؤكد هذه السلوكيات «تأثير السلوكيات الفاضحة عبر الأنترنت» والتي تحفزها الطبيعة الغير متزامنة

مسؤوليتها على الأطباء النفسيين أنفسهم. كقاعدة عامة، قد يكون من الهام أن يسأل المرء نفسه، «هل سأشعر بالراحة إذا كشف مرضاي أمرهذه المعلومات؟» إن التعليقات الإذرائية عن التسهيلات أو عن المرضى ليس لها مكان في وسائل الإعلام الاجتماعية. ولا يتوجب على الأطباء النفسيين فقط أن يدركوا المدونات التي يقوموا بنشرها والأفراد الذين بإمكانهم كشفها، بل عليهم أيضاً تفحص الأنترنت بصفة روتينية عن معلومات تخصهم قام آخرون بنشرها، والتي قد تكون غير دقيقة أو كيدية. وبتقديم هذه الاحتياطات والتي لا بد من تنميتها كجزء من التدريبات في الطب النفسي (20)، لا بد أن يتمكن الطبيب النفسي في القرن الواحد وعشرين لأن يكون مشاركاً حذراً ويقظاً في ثورة وسائل الإعلام الاجتماعية.

المراجع:

1. Yellowlees P, Nafiz N. The psychiatrist-patient relationship of the future: anytime, anywhere? Harv Rev Psychiatry 2010;18:96-102.
 2. Achenbach TM, Krukowski RA, Dumenci L et al. Assessment of adult psychopathology: meta-analyses and implications of crossinformant correlations. Psychol Bull 2005;131:361-82.
 3. Moreno MA, Jelenchick LA, Egan KG et al. Feeling bad on Facebook: depression disclosures by college students on a social networking site. *Depress Anxiety* 2011;28:447-55.
 4. Ridout B, Campbell A, Ellis L. "Off your Face(book)": alcohol in online social identity construction and its relation to problem drinking in university students. *Drug Alcohol Rev* 2012;31:20-6.
 5. Neimark G, Hurford MO, DiGiacomo J. The Internet as collateral informant. *Am J Psychiatry* 2006;163:1842.
 6. Ybarra ML, Alexander C, Mitchell KJ. Depressive symptomatology, youth Internet use, and online interactions: a national survey. *J Adolesc Health* 2005;36:9-18.
 7. Caplan SE. Relations among loneliness, social anxiety, and problematic Internet use. *Cyberpsychol Behav* 2007;10:234-42.
 8. Bessie`re K, Seay AF, Kiesler S. The ideal elf: identity exploration in World of Warcraft. *Cyberpsychol Behav* 2007;10:530-5.
 9. Suler J. The online disinhibition effect. *Cyberpsychol Behav* 2004;7:321-6.
 10. Vi`egas FB. Bloggers' expectations of privacy and accountability: an initial survey. *Journal of Computer-Mediated Communication* 2005;10: article 12.
 11. Clinton BK, Silverman BC, Brendel DH. Patient-targeted Googling: the ethics of searching online for patient information. *Harv Rev Psychiatry* 2010;18:103-12.
 12. Lagu T, Hannon NS, Rothberg MB et al. Patients' evaluations of health care providers in the era of social networking: an analysis of physician-rating websites. *J Gen Intern Med* 2010;25:942-6.
 13. Lagu T, Kaufman EJ, Asch D et al. Content of weblogs written by health professionals. *J Gen Intern Med* 2008;23:1642-6.
 14. Ponce BA, Determann JR, Boohaker HA et al. Social networking profiles and professionalism issues in residency applicants: an original study-cohort study. *J Surg Educ* 2013;70:502-7.
 15. Greysen S, Chretien KC, Kind T et al. Physician violations of online professionalism and disciplinary actions: a national survey of state medical boards. *JAMA* 2012;307:1141-2.
 16. Freud S. Papers on technique: recommendations to physicians practicing psycho-analysis. In Strachey J (ed). Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, Vol. 12. London: Hogarth Press, 1958:111-20.
 17. Henretty JR, Levitt HM. The role of therapist self-disclosure in psychotherapy: a qualitative review. *Clin Psychol Rev* 2010;30: 63-77.
 18. Devi S. Facebook friend request from a patient? *Lancet* 2011; 377:1141-2.
 19. McCartney M. How much of a social media profile can doctors have? *BMJ* 2012;344:e440.
 20. DeJong SM, Benjamin S, Anzia JM et al. Professionalism and the Internet in psychiatry: what to teach and how to teach it. *Acad Psychiatry* 2012;36:356-62.
- DOI 10.1002/wps.20085

المشاكل: فقد أكتشف فحص قام على 271 مدونه تم كتابتها من قبل أطباء وممرضين، أن 42% من هذه المدونات تصف المرضى، بينما قامت 18% منها بوصفهم بصورة سلبية. ومن بين المدونات التي تصف المرضى، تم إدانة 17% منها بسبب احتوائها على ما يكفي من المعلومات التي تشير إلى بعض المرضى أو أطبائهم، وقد احتوت ثلاثة مدونات على صور مميزة لبعض المرضى (13). لقد أظهرت دراسة استباقية عام 2013 قامت على صفحات الأنترنت لمائتي طالباً في كلية الطب يقدمون على مباراة تنافسية للمقيمين، أن 16% من هذه الصفحات احتوت على مواد غير طبية تختلف عن المبادئ التوجيهية للاعتمادية (14).

إلى أي مدى ينبغي أن يشكل دخول المرضى على المعلومات التي على شبكة الأنترنت استخدام الأطباء النفسيين لوسائل الإعلام الاجتماعية؟ يمكن أن يثير كشف المعلومات التي ترتبط بالمرضى، وحتى إذا لم يُشر إلى المريض بصورة مباشرة، الكثير من الشكوك حول الأسس الخاصة بخصوصية التفاعلات الطبية، وبصفة خاصة عدم رغبتهم في التحدث بوضوح مع أطبائهم. عندما تحتوي المنشورات على تعليقات سلبية عن نظام العناية الصحية بشكل عام أو عن منشأة خاصة، يمكن أن يعمل هذا الأمر على إضعاف ثقة المريض في النظام الطبي، وبالتالي يمنعه من السعي وراء العناية، بالإضافة إلى ذلك، قد تؤدي المدونات التي تظهر الأطباء وغيرهم من الممارسين الصحيين بأنهم «يسلكون بشكل سيئ» إلى جلب الكثير من الاستفسارات حول القرارات السريرية، مما يثير الشكوك في ذهن المريض حول جودة العلاج الذي سيتلقونه. قد تكون لمثل هذه السلوكيات نتائج سلبية على الأطباء النفسيين، والتي تشمل التأديب من قبل مجلس منح التراخيص (15).

إن إفراط الأطباء النفسيين في الكشف الذاتي والغير هادف عن المعلومات، وبصفة خاصة عندما يكونوا يقدمون علاجاً نفسياً، بمثابة قلق آخر متواصل في استخدامهم لوسائل الإعلام الاجتماعية. يرجع نموذج المعالج المختص بكونه «لائحة بيضاء» إلى فرويد الذي قام بتصوير المحلل المثالي بكونه «غامض لمرضاه ويظفهم - مثلما تفعل المرأة - لا شيء إلا بالكيفية الواضحة له» (16). وبالرغم من أن العديد من مدارس العلاج النفسي تتبنى نهج مختلفة للكشف الذاتي للمعلومات، إلا أنه يتفق الجميع تقريباً أنه لا بد أن يكون الكشف عن المعلومات بالأمر القليل جداً وأيضاً يكون محدوداً بوقت معين ويتم فقط عندما يحتمل أن يكون لهذه المعلومات تأثيراً طبياً (17). لكن، وبصفة عامة يفترض أمر الكشف عن المعلومات عبر الأنترنت إلى أغلب هذه الخصائص. وبشكل مؤكد، قد لا يبالي الأطباء النفسيون إذا تم أي كشف ذاتي عن المعلومات، أو حتى عن توقيت هذا الأمر، وبالتالي لن يتمكنوا أبداً من مخاطبة أهميته مع المريض.

وعلى النقيض من ذلك، قد يساهم أمر الاندماج في وسائل الإعلام الاجتماعي في إضعاف الحدود بين الطبيب المختص والمريض؛ فعندما يقبل طبيب عرض المريض لأن يكون صديقه عبر الأنترنت، تصبح الحدود بين العلاقة الشخصية والعلاقة المهنية بالأمر الغير واضح (18)، بل ويقترح المصطلح في حد ذاته أنه قد حدث انتقال في العلاقة.

وبالرغم من أنه يسهل التركيز على النتائج السلبية التي تتركها وسائل الإعلام الاجتماعية على الطب النفسي، إلا أنه لا ينبغي التغاضي عن الدور الإيجابي الذي يمكن أن يلعبه هذا الإعلام، فبالإضافة إلى أنه يستخدم في العلاقات الاجتماعية، تقدم وسائل الإعلام الاجتماعية فرصة للأطباء النفسيين وغيرهم من المعالجين المختصين ليشكلوا مجموعات من محترفي الصحة ذي اهتمامات مشتركة؛ أي أن يشاركوا بالمصادر مع زملائهم (مثل مواقع السلايدشير التي تمكن المستخدم لأن يحمل ويشارك بمكونات باور بوينت وغيرها من المواد التعليمية)، ويقوموا بجمع بيانات بحثية وينشروا معلومات طبية نافعة للعامة من الناس (مثل خلق صفحات على الفيسبوك للتعليم والمناقشة فيما يخص اعراض نفسية معينة). وبالتالي، فلا يتضح الأمر أن الامتناع هو الرد الصحيح للتحديات المقدمة من جانب وسائل الإعلام الاجتماعية.

نحن نؤمن بقوة أنه لا يتوجب على الأطباء أن يتجنبوا وسائل الإعلام الاجتماعية كثيراً بينما يجب أن يستخدموها بحكمة (19). يتضمن سلوك الحذر على الأنترنت الاستفادة من الخصوصية المناسبة، والتي تعني أن يكون هناك سبب جيد لجعل المعلومات الشخصية متاحة للجميع. ومن الأمور التي تحمل ذات الأهمية هي تجنب المحتويات الغير طبية ونتائجها التي قد تؤثر على المرضى الحاليين أو المستقبلين، وأيضاً تأثير تحمل

توقعات عظيمة لأبحاث المشاركة: ما الذي قد حققناه في العشر سنوات الأخيرة؟

TIL WYKES

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

قبل المعهد الوطني في المملكة المتحدة (NIHR). تقوم INVOLVE بتعزيز إشراك المرضى والعامّة في الأبحاث التي تجرى في خدمات الصحة الوطنية في المملكة المتحدة والعناية الاجتماعية والصحة العامة (3)، وقد تم شرح ثلاثة مستويات عامة من الإشراك في تعريف تم ميكرًا، وهم: التشاور والتعاون والأبحاث التي يقوم بها المستخدم، لكن قبل أن نأتي إلى هذا السلم الجديد، نحتاج أن نعتبر أقل مستويات الإشراك، والذي هو عندما يقوم المشارك فقط بتقديم معلومات للباحثين؛ فيجد الكثير من الناس سعادة من أداء المهام التي قد تكون في وجهه نظر الباحثين طويلة ومملة وفي بعض الأحيان بغیضة، وذلك بإدراك أن هذه المهام ستجيب على بعض الأسئلة التي قد تساعد الآخرين. لقد وافق ما يزيد عن 40,000 فردًا في المملكة المتحدة العام الماضي أن يشاركوا في الدراسات التي بها مكونات صحة نفسية، وقد كانت موافقة مشاركة الكثير من هؤلاء المواطنين بحرية. يحتاج هذا المستوى من المشاركة أيضًا إلى أن يُحتفل به، إلا أن العديد من التقارير تقترح أنه نادرًا ما يكتشف هؤلاء الأفراد ما هي نتائج الأبحاث، إلا إذا كانوا راعين جدًا بحيث أنهم يظهروا على شاشات التلفاز أو يكتبوا في الجرائد (4). إن غياب النشر هذا قد يعرض المشاركة المستقبلية للخطر، ومن الواضح أنه يحتاج أن يكون أول الأمور في قائمة عمل كل الباحثين، وذلك إذا أردنا إشراك السلسلة التالية من المتطوعين الراغبين.

إن المستوى الأول من INVOLVE هو التشاور، وتقوم العديد من الدراسات في الوقت الحالي بإجراء هذه المهمة؛ فهو بالأمر النافع، حتى أنه قد تعمل بعض الأمور مثل التعاون في لغة ورقة المعلومات وقبول تصميم بحثي معين أو حتى طرح السؤال الواقعي، قد تعمل مثل هذه الأمور على المساعدة في تسهيل توظيف الدراسة. ومن الأمور التي عملت أيضًا على تركيز عقول الكثير من الباحثين في المملكة المتحدة على هذا النشاط هو طلب الممولون في الوقت الحالي أن يقوم قسم يتبع تقديم هذا الاقتراح بتفصيل هذه الأنشطة، إلا أن التشاور الفعال يتطلب عملاً - فقد يحدث هذا الأمر فقط عندما يقدم الباحثون معلومات واضحة عما قد تم تخطيطه - وأيضًا تقديم اقتراحات والاستماع إلى التعليقات (المزيد من المعلومات)، وذلك في ظل وجود الإمكانية الحقيقية بأن يقوم الباحثون حقًا بتغيير بحثهم. ويقترح ارنشتاين أنه بدون هذه المكونات تصبح عملية التشاور رمزية بصورة أكثر أو تستخدم مصطلحات تريفيدي ووايكس (1)، أي أنها تصبح خدمة شفوية.

أما المستوى الثاني فهو التعاون، وهو بالأمر الصعب تنفيذه، وذلك لأنه يتطلب كلا من التعاون وتطوير ثقة متبادلة، حيث أن الشراكة ستستمر حتى بعد أن يتم تمويل الاقتراح، يعني هذا الأمر تشجيع بعض الأفكار والاختيارات الإضافية وتقرير - بصورة جماعية - أفضل الطرق للتقدم إلى الأمام. ومرة أخرى، أن المعلومات والدعم أمور حيوية وتتطلب عنصر الصبر من جانب الباحثين، وذلك لتأكيد أنه يوجد الكثير من الوقت للخطو بالثقة والمصادر - وحتى المال - التي تشجع إشراك مستخدم الخدمة. والمستوى الأخير هو الأبحاث التي يقودها المستخدم، وهو عندما تنعكس القوة في العلاقة، فيدرك مستخدمو خدمة الصحة النفسية أفكار البحث ويقومون به - بعض الأحيان بالتشاور مع باحثين أكاديميين غير مستخدمين للخدمة.

لقد كان هناك تغييرات ملموسة منذ أن قام تريفيدي وأنا بكتابة مقالنا التي نتحدث عن القضايا التي لا بد من اعتبارها عند العمل مع مستخدم الخدمة في الأبحاث، وقد زاد دعم إشمال مستخدم الخدمة في المملكة المتحدة. وقد تضمن هذا الأمر ثلاثة مكونات، وهم: 1- استثمار من جانب الـ NIHR وذلك للحصول على دعم مبكر، و- 2- إرشاد واضح للباحثين عما هو متوقع لأشمال المرضى والعامّة، و- 3- إدراك أن هذا جزء

لقد كان في الماضي إشراك مستخدم الخدمة في الأبحاث من النوع الذي يكون فيه الأفراد «موضوع» البحث، مما يعطي معنى التعرض أو حتى الإخضاع في وضع تكون فيه كل القوة مع المختبر. لقد مر الآن أكثر من عشرة سنوات منذ أن قدمنا تريفيدي وأنا توجيهًا عن كيفية تحريك الأبحاث من وضع يكون فيه الفرد مادة سلبية، إلى وضع يصبح فيه شريكًا متساويًا (1). والآن هو الوقت لمعرفة ما إذا قد تغير أي شيء.

لقد كان يُظن أن إشراك مستخدم الخدمة بالأمر النافع في العديد من الطرق؛ ففي أبحاث العناية الصحية، يجعل النتائج أكثر صلة بالمجتمع المستهدف للانتفاع، وما هو أكثر من ذلك، يُحتمل أن يوفر هذا الأمر الكثير من المال في عالم انخفاض مصادر الأبحاث الجديدة، وذلك لأن البحث الذي ينطوي على المستهلكين في تشكيل الأسئلة - وبصفة خاصة كيفية طرحها - يجعل البحث أكثر فاعلية وبالتالي يتطور العلم بخطوة أسرع.

لقد تعلمنا درسًا واحدًا على مدار العشرة سنوات الماضية، وهو أن ندعو تابعينا «مشاركين». لكن هل يوجد هناك أي دليل بأن هذا الأمر قد أثر على قوة العلاقات؟ فهل يعني الأمر أكثر من مجرد تعلم استخدام التعبير السياسي الأكثر صحة، والمؤكد في أغلب توجيهات أسلوب النشر؟ فإلى جانب دراسة ما إذا كان قد أثرت التسمية على البحث وبصفة خاصة الباحثين، قمت أيضًا بدراسة ما إذا كان هناك معلومات عن كيف أثرت على نتائج البحث خاصتنا.

وبالرغم من أن الانتقال إلى بحوث تشاركية أكثر بالأمر المثير للاهتمام في كل أنحاء العالم، إلا أنني أعتبر المملكة المتحدة مثالًا مركزيًا (وتفصيليًا) عن كيف تتغير الأمور بالجهد والقليل من الاستثمار المالي. ليس هذا الأمر بسبب قاعدة البحث الخاصة بي، بل أيضًا بسبب أنه يوجد القليل من الدول التي أخذت دور الباحثين في مستخدم الخدمة وإشراك مستخدم الخدمة بشكل جاد مثلما فعلت المملكة المتحدة، وهذا بحسب تقييم عدد من التقارير في المحاضرات التي قام بمراجعتها أقران.

أنواع المشاركة في الأبحاث

إذا قمت بإدخال «الأبحاث التشاركية» في قاعدة بيانات مثل شبكة المعرفة، سينتج البحث ما يزيد عن 1,8 مليون منشورًا، لكن عندما تضيف التعبير «الصحة النفسية»، سيقبل هذا العدد إلى ما يزيد عن 400، وبالتالي فبالرغم من أن اضطرابات الصحة النفسية تنتج مستوى عالي من العبء وتحظى باهتمام مجموعات كبيرة من الباحثين وصانعي القرارات، إلا أن عدد الوثائق التي تتحدث عن هذا الموضوع أقل من 0,02% من المجموع الذي يستخدم هذه الوسيلة، وبالتالي فهو مصدر نادر.

يمثل تعبير الأبحاث التشاركية الكثير من المشاكل أيضًا، وذلك عند اعتبار أمر المحاضرة؛ فقد أدعت العديد من الوثائق في البحث الخاص بي وسألها بكونها أبحاث الفعل التشاركي، وقد تم تجميع هذه الوسائل من عمل قام به ارنشتاين (2) عن إحياء المدن الداخلية، وهو الأمر الذي أنتج «سلاً يمكن المواطنين من التشارك». إن هذا نوع من أنواع الأبحاث التشاركية، حيث يقوم المجتمع باقتراح سؤال بحثي يتضمن إحداث تغييرات ويقدم الباحثون للمجتمع خبرة عن كيف يتم الرد على مثل هذا التساؤل. لكن ليس هذا هو حال العمل في أبحاث الصحة النفسية، فالأسئلة بصفة عامة هي مجموعة من وجهات نظر علمية وغالبًا ما تكون عن إدراك الوسيلة، وليس وجود تغيير معين كهدف أقرب، وبالتالي فهو بعيد جدًا عن أبحاث الفعل التشاركي، ففي حقيقة الأمر تبدو الوسائل أنها من ضمن تنوع المشورة (أنظر أسفل)، ولا يتضح أن توقعات ارنشتاين عن تشارك المجتمع قد تحققت.

لقد قمت برسم تعبيرًا جديدًا للأبحاث التشاركية، وذلك من جراء عملي في منظمة تدعى INVOLVE (أي التشارك)، والتي قد تم تأسيسها من

هام من عملية تقديم استطلاع والتي سوف ينظر فيها المراجعين العاديين. مثلاً لقد طرح تقديم تطبيق الـ NIHR سؤالين محددتين، وهما: كيف كان المرضى والعامّة مُتضمنين في عملية تطوير الاقتراح، وكيف سيتم تضمينهم في قيادة البحث. لكن للأسف ليس كل الكلام المقدم في صيغ صحيحاً! فقتحت دراسة قامت على الأخلاقيات، تم اقتراحها للأبحاث عن الاضطرابات النفسية والجسدية، تقترح أنه يكون لدى الباحثين في بعض الأحيان خطط كبيرة لم يتم ممارستها (5)، إلا أن الخبر السار في مجال الصحة النفسية هي أن الوضع صعب؛ فقد قام بيان نهائي حديث لدراسات الصحة النفسية باختبار شامل لخطط الأشمال، وذلك عن طريق إجراء مقابلات مع مستخدمي الخدمة وأيضاً مع فرق الدراسة، وتوضيح المعلومات أنه يوجد خطط إشمال لـ 85% على الأقل من الدراسات (6).

هل هناك أمثلة جيدة عن إشراك مستخدمي الخدمة؟

من الواضح أنه إذا كانت الأسئلة البحثية من عقل الباحثين، سيكون هناك القليل من المساحة لإشراك مستخدمي الخدمة، إلا أنه يوجد في الوقت الحالي الكثير من الأمثلة عن كيف يتم وضع أسس الأبحاث مع إشراك كل أصحاب المصالح المحتملين. فالبعض يجلب مجموعات كبيرة من مستخدمي الخدمة المحليين، وينتجون قائمة من الأولويات وذلك بعد عملية من التصويت والاقتراحات (7،8)، بينما تتضمن الأنظمة الأخرى نهج تعاونية أكثر، مثل العملية التي قام تحالف جيمز لند بتبنيها في قاعدة بيانات عدم اليقين فيما يخص تأثيرات العلاج (DUETS) (أنظر أيضاً www.duets.nhs.uk). تحتوي قاعدة البيانات هذه على قائمة من الأسئلة التي تمثل أولوية والتي قام أصحاب المصالح بتقديمها (مستخدمو الخدمة والاسر والأطباء السريريون). أما العملية فهي تعريف الأولويات من الاستطلاعات السريرية والنظامية وأيضاً إضافة هذه الأمور إلى تلك التي قدمها مستخدمو البيانات والأطباء السريريين، وبالتالي فهناك تحديد لأولويات الشراكة، تم تقديمها من جانب ممثلو مجموعات المرضى والأطباء السريريين والاكاديميين. وقد كان هناك 237 أولوية تم تعريفها عند تطوير أسئلة تحتاج إلى اجابة في مجال الفصام، وقد تم تخفيض هذه الأولويات عن طريق المناقشة وصولاً إلى 26 أولوية بالغة الأهمية (تم تحديدها بواسطة عمل استطلاع رأي). أما الخطوة التالية فقد كانت اجتماع وجهاً لوجه، تم فيه تخفيض هذه القائمة إلى 10 أولويات ذات صيغة «ما هي أفضل طريقة لمعاملة الأفراد الذين يعانون من الفصام ولا يستجيبوا للعلاج؟» (9،10)، ويتم في الوقت الحالي تبني هذه الأولويات من جانب ممولين البحث (11).

تقوم شبكة أبحاث الصحة النفسية للـ NIHR في المملكة المتحدة بتدعيم أمر إشراك المستخدم (MHRN)، وتركز هذه الشبكة على تأكيد أن الدراسات البحثية عالية الجودة مصممة عن طريق عمل شراكة شبيهة بالـ DUETS، ويتم تقديم البروتوكولات اللاحقة للتمويل ويُمكن أن تذهب إلى مرحلة ثانية من الإشراك في خدمة الـ FAST-R (أي التنفيذ والتدعيم وصولاً إلى التوظيف المناسب). تحظى خدمة الـ FAST-R بتدعيمها من جانب MHRN وهي خدمة تحويل لمدة سبعة أيام مجانية من مجموعة مُدرّبة في بروتوكولات البحث الذين لديهم أيضاً خبرة في مشكلات الصحة النفسية، يقوموا بتقديم نصائح عن البروتوكول ويقترحوا بعض القضايا التي قد تساعد في التوظيف، وبالتالي فقد يقترحوا كحد أدنى مثلًا بعض التعبيرات المختلفة قليلاً عن ورقة المعلومات أو إحداث تغيير في التصميم، بحيث تكون مقبولة بشكل أكبر لمستخدمي الخدمة. تقدم الـ MHRN أيضاً معلومات عن الممارسات الجيدة للعمل مع مستخدمي الخدمة والوظائف عبر موقعها الخاص (www.mhrn.info).

بالإضافة إلى هذا الدعم الوطني، هناك أيضاً العديد من جزر الممارسات الجيدة والتجديدات، وواحدة من هذه الوحدات في مشروع أبحاث مستخدمي الخدمة (SURE) في معهد الطب النفسي بالكلية الملكية بلندن، وقد قامت هذه الخدمة بقيادة مستخدمي الخدمة كباحثين، وتم تأسيسها من جانب ذلك الكاتب، وهو أول مخرجيها، لكن الآن يقوم روس، وهو باحث في مستخدمي الخدمات، بالمشاركة في قيادتها. يختلف البحث في SURE عن أبحاث الفعل التشاركي، حيث لا يكون الباحث جزءاً من المجتمع، بل يمثل بالنيابة عن المجموعة التي في البحث. في النموذج

خاصتنا، لدى مستخدمي الخدمة مهارات الباحث، إلا أنه وبالإضافة إلى ذلك يُعتبروا جزءاً من المجموعة التي يتم دراستها، وذلك بسبب وضعهم كأفراد يستخدمون أو يقوموا باستخدام خدمات الصحة النفسية. وبالإضافة إلى نهج الباحثين في أمر تعيين مستخدمي الخدمة العام خاصتنا، قامت SURE أيضاً بتطوير مجموعة من أساليب المشاركة المختلفة. لقد أدركنا الاحتياج إلى دليل على نتائج وسائل العلاج، وبالتالي فنحن لدينا طريقة لإنتاج استطلاعات نظامية تشمل مستخدمي الخدمة ذي خبرة في المشكلات التي يتم تدارسها ووسائل العلاج التي يتم اعتبارها. لقد قام أول استطلاع نظامي خاصتنا (12) عن نتائج العلاج باستخدام الصدمة الكهربائية (ECT) باستخدام محاضرة تم مراجعتها من قبل أقران وأيضاً دلائل تاريخية من مكتبات وسائل الإعلام ومنتديات الأنترنت. وقد قامت مجموعة من الأفراد قد تلقوا الـ ECT، وأيضاً اثنين من الباحثين قد حصلوا على هذه الخبرة أيضاً، بقيادة هذا الأمر. لدى الخاتمة خاصتنا الكثير من التأثيرات، وذلك بسبب الاكتشافات الجديدة التي ساعدت على إدراك تأثر الذاكرة الذي يلي العلاج، وقد عملت أيضاً على تغيير التوجيهات السريرية في المملكة المتحدة.

ومن الأمور التي أصبحت واضحة في دراستنا لدليل الـ ECT هي أنه قد تم التغاضي عن بعض الآثار الجانبية أو قد تم إساءة تفسيرها، وذلك بسبب غياب دليل عن قياس النتائج القيمة لمستخدمي الخدمة. سيتم تسوية نتائج التجارب، وذلك إذا كانت التقييمات لا تحظى بالكثير من الرضى أو غير مُدركة من جانب مستخدمي الخدمة، أو لا تحتوي على روح خيرااتهم؛ وقد قمنا بمواجهة هذه المشكلة بطريقتين، أولاً، قد تم استخدام لوحات مستخدمي الخدمة التي تم مراجعتها وأيضاً النتائج الأولية التي تم استخدامها في التجارب السريرية الحالية، وذلك للتأكد من أننا نستطيع نصح الباحثين حول أي من الأنواع الشائعة أكثر قيمة وأهمية (13)، وبدأنا بعد ذلك بتطوير وسائل لإشراك المستخدم، وذلك لخلق وسائل قياس جديدة (14،15).

لقد قام أقل من ربع التجارب السريرية بتوظيف الهدف (16)، واحتمال واحد لأشمال مستخدمي الخدمة هو تحسين نجاح التعيين. قد يعمل التأثير الحقيقي والمحتمل على تحفيز الباحثين (والممولين) حتى يبذلوا المزيد من الجهد مع إشراك المستخدم. لقد قمنا بدراسة ملف دراسات الأبحاث السريرية المحفوظ في قاعدة بيانات الـ MHRN، وقد اكتشفنا أنه كان يوجد زيادة في استخدام إشراك مستخدم الخدمة في الوقت الذي تم تشغيل قاعدة البيانات (حوالي 8 سنوات) مع المزيد من الدراسات التعاونية ودراسات حديثة قام بقيادتها مستخدم الخدمة، وقد اكتشفت بعض نواحي التشخيص ووضوح تحديات الإشراك، إلا أن هذا الأمر كان مقصوراً على ناحيتين أو ثلاثة فقط. أما أكثر النتائج تميزاً هي أن إشراك مستخدمي الخدمة قد ساهم في تعيينات ناجحة في الدراسة، وقد حدث هذا الأمر بعد وضع أمر الممول في الحساب، ومجموعة الدراسة السريرية التي يتم تدارسها وتعقيدات تصاميم الدراسة، سواء كانت عشوائية سواء كانت قد خططت لعمل متابعة وسواء كانت تداخلية (17). إن هذا بالحق دليل ملموس بأن الباحثين (والممولين) سينتفعوا من المزيد من الإشراكات.

هل يوجد هناك حدود لإشراك مستخدمي الخدمة؟

دائماً ما يكون هناك ميل إلى افتراض بأن هناك احتياج إلى إشراك مستخدمي الخدمة فقط عندما يكون للبحث نتائج سريرية ملموسة وواضحة، مثل علاج أو خدمة - وبصورة فعالة عند نهاية السبيل المباشر لاستقاء الأخبار الانتقالية. لم يرق بعض الممولين في دراسة انيس وويكنس (17) بتشجيع أمر اشتمال المستخدمين، مثل مجلس الأبحاث الطبية، وقد كان الملف الخاص بهم يتكون من دراسات المراحل المتقدمة، والتي غالباً ما تكون ذات دليل على المفهوم، وقد يُجادلوا - كما قام آخرون - بأن اشتمال مستخدم الخدمة أقل ضرورة في هذه المرحلة المبكرة، لكن قد أقترح الزملاء وأنا أنه لا بد أن يبدأ الاشتمال في مراحل مبكرة، وحتى عند الأخذ في الاعتبار بالعلامات الحيوية، وأن هذا الأمر بمثابة مفتاح واحد من مفاتيح التحويلات المبكرة الناجحة (18). إن النزاع الذي نواجه هو أن وضع مستخدمي الخدمات في قلب الترجمة سيعني أن القليل من المصادر ستفقد من خلال القرارات القليلة التي تُؤخذ في المراحل المبكرة. يُظن في الوقت الحالي أن فقط الإشراكات التي تحدث في المراحل المتأخرة من تطور

- Planners 1969;35:216-24.
3. INVOLVE. Briefing notes for researchers: public involvement in NHS, public health and social care research. Eastleigh: INVOLVE, 2012.
 4. Sweeney A, Beresford P, Faulker A et al. This is Survivor Research. Herefordshire: PCCS Books Ltd, 2009.
 5. Tarpey M. Public involvement in research applications to the National Research Ethics Service. Eastleigh: INVOLVE, 2011.
 6. Staley K. An evaluation of service user involvement in studies adopted by the Mental Health Research Network. London: Mental Health Research Network, 2012.
 7. Thornicroft G, Rose D, Huxley P et al. What are the research priorities of service users? J Ment Health 2002;11:1-5.
 8. Rose D, Fleischman P, Wykes T. What are mental health service users' priorities for research in the UK? J Ment Health 2008;17: 520-30.
 9. Lloyd K, Cella M, Tanenblatt M et al. Analysis of clinical uncertainties by health professionals and patients: an example from mental health. BMC Med Inform Decis Mak 2009;9:34.
 10. Rapport FL, Jerzembek GS, Doel MA et al. Narrating uncertainties about treatment of mental health conditions. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2010;45:371-9.
 11. Lloyd K, White J, Chalmers I. Schizophrenia: patients' research priorities get funded. Nature 2012;487:432.
 12. Rose D, Fleischmann P, Wykes T et al. Patients' perspectives on electroconvulsive therapy: systematic review. BMJ 2003;326: 1363-6.
 13. 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.
 14. Sweeney A, Rose D, Clement S et al. Understanding service userdefined continuity of care and its relationship to health and social measures: a cross-sectional study. BMC Health Serv Res 2012;12: 145.
 15. 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.
 16. McDonald AM, Knight RC, Campbell MK et al. What influences recruitment to randomised controlled trials? A review of trials funded by two UK funding agencies. Trials 2006;7:9.
 17. Ennis L, Wykes T. Impact of patient involvement in mental health research: longitudinal study. Br J Psychiatry 2013;203:381-6.
 18. Callard F, Rose D, Wykes T. Close to the bench as well as at the bedside: involving service users in all phases of translational research. Health Expect 2012;15:389-400.
 19. Woolf SH. The meaning of translational research and why it matters. JAMA 2008;299:211-3.
 20. Goodare H, Lockwood S. Involving patients in clinical research. BMJ 1999;319:724-5.

DOI 10.1002/wps.20086

العقاقير، بالأمر الضروري، وكما يوضح وولف (19) «إن جلب عقاقير ما إلى السوق بدون إدراك كيف يتم جلبها إلى المرضى، أمر يعمل على تعريض الغرض الأكبر منه للخطر، بل ويمكن أن يقلل من أرباح المستثمرين فيه»، إلا أننا نجادل بأن الاستخدام الفعال للمصادر والاتجاه العلمي يمكن أن يتم تتبعه فقط من خلال إشراك مستخدم الخدمة، وحتى في مرحلة تطوير العلامات الحيوية (18). إذا كنا نملك معلومات عن أي من الآثار الجانبية تُعتبر هامة، ونستخدم هذا الأمر لتحديد المرحلة التابعة لتطوير العقاقير، قد تكون المكونات أكثر قبولاً بعد الوصول إلى المراحل الأخيرة.

أين يكمن المستقبل في أبحاث مستخدم الخدمة التشاركية؟

من الواضح أن المنهجية التشاركية ستستمر في التطور وصولاً إلى التجارب وعلم الأوبئة، وباستخدام بحوث المواطنين قد تتمكن من الوصول إلى المجتمع الأوسع لنقوم بجمع المعلومات ونوصلها إلى العلم خاصتنا، مثلاً يستخدم الموقع www.patientslikeme.com آراء مستخدمي الخدمة لزيادة إدراكنا عن الآثار الجانبية والاستخدام الحالي للعلاج وقبوله. قد لا تكون هذه المعلومات تُستخدم لتطوير البحث والعلاج، بل أيضاً لأمر «الترجمة العكسية» الهام للمراحل الأولية للعلاج. إن امتداد هذا الأمر هو دراسة التمكين الجديدة، والتي تسمح لمستخدمي الخدمة لأن يدخلوا على سجلات العناية الإلكترونية. لقد تم تنفيذ هذا البرنامج بالتعاون الكامل من جانب مستخدمي الخدمة. يقوم النظام الأخير بجمع معلومات من المستشفيات والمجتمع وسجلات الممارسين العاميين، وأيضاً بتقديم روابط مفيدة لمعلومات هامة عن إعانات الإعاقة والعلاج، إلا أنه يسمح أيضاً لمستخدمي الخدمات لأن يضعوا معلوماتهم الخاصة في سجلات عناية الصحة النفسية.

نحن نقوم في الوقت الحالي باستخدام وسائل تشاركية، وذلك لتطوير وسائل لقياس الآثار الجانبية والتعافي وذلك لإضافتها إلى وسائل قياس الرفاهية خاصتنا، وقریباً سنبدأ في تقييمات مطلوبة تخص مستخدم الخدمة، ونحن نأمل أن المعلومات التي تأتي من هذا النظام تساعد في تعريف نتائج سريرية جيدة (ورديئة) لكلا من العلاج والخدمات، بالإضافة إلى ذلك ستقدم مقياس كبير للمعلومات ذات احتمالية بحث كبيرة للمزيد من مقاييس العمليات الدقيقة وعوامل ملطفة تكون هامة في تعريف العقاقير الطبقيّة التي نعشم إليها.

الخاتمة

لقد كان هناك على مدار العشر سنوات السابقة تقدم نوعي (على الأقل في المملكة المتحدة) وليس فقط في أمر إشراك مستخدمي الخدمة، بل أيضاً في وسائل التشارك المتاحة. هناك دعم بحثي للإشراك وأنا أعرف أنه يوجد باحثين في الولايات المتحدة وكندا وأستراليا يهتمون بهذا النوع من التقدم. نحن نرغب في أن نرى المزيد من الناس ينتقلون من الاهتمام إلى التنفيذ، وذلك لأننا قد وجدنا الكثير من الفوائد الملموسة للباحثين، لكننا نأمل أن أي تبني للنهج المقدمة هنا سيكون من منطلق أنه يوجد اعتقاد أساسي أنه يوجد قيمة في إشراك المستخدم (20) وليس فقط استجابة إلى متطلبات الكيانات الممولة - وبالرغم من أن هذا سيكون البداية.

شكر خاص:

يتقدم الكاتب بجزيل الشكر لدعم مركز الأبحاث الطبية الحيوية للصحة النفسية الـ NIHR في مؤسسة جنوب لندن ومودسلي ترست NHS، ويشكر أيضاً الجائزة المقدمة منها لكبار الباحثين NIHR.

المراجع:

1. Trivedi P, Wykes T. From passive subjects to equal partners – qualitative review of user involvement in research. Br J Psychiatry 2002;181:468-72.
2. Arnstein SR. Ladder of citizen participation. J Am Inst

إطار عمل مشروع المحكات الاجرائية للبحوث التشخيصية (RDoC): تسهيل الانتقال من الـ ICD/DSM إلى النهج البعدية التي تدمج كلا من العلوم العصبية والمرضية النفسية

BRUCE N. CUTHBERT

National Institute of Mental Health, 6001 Executive Blvd., Bethesda, MD 20892-9652, USA

لقد قام المعهد الوطني للصحة النفسية (NIMH) عام 2008 بتضمن الأهداف التالية في خطته الاستراتيجية الجديدة: «التطوير، وذلك لأهداف البحث، وطرق جديدة لتقسيم الاضطرابات النفسية التي تقوم على أبعاد السلوكيات التي يمكن ملاحظتها وأيضاً على المقاييس العصبية الحيوية». وقد تم تسمية متضمنات هذا الهدف مشروع معايير نطاق البحث، أو مشروع المحكات الاجرائية للبحوث التشخيصية (RDoC). إن الـ RDoC بمثابة مبادرة برنامجية ستقوم بتمويل المنح والعقود وتجارب المراحل المبكرة وغيرها من الأنشطة المماثلة، وذلك بهدف عمل الدراسات التي تهدف إلى تشكيل محاضرة بحثية بإمكانها إمداد الإصدارات المستقبلية من علم تصنيف الأمراض النفسية التي تقوم على العلوم العصبية والعلوم السلوكية، وليس المظاهر الوصفية. يبتعد مشروع المحكات الاجرائية للبحوث التشخيصية (RDoC) بصورة واضحة عن عمليات الـ DSM والـ ICD، والتي يقوم فيها اجتماعات مكثفة لمجموعات العمل بإنتاج مجموعات جيدة وقوية من التشخيصات التي تم تشكيلها في مجال الاختبارات فقط إذا ظهرت مشكلات في الفوائد السريرية، لكن بدلاً من ذلك، يقدم مشروع المحكات الاجرائية للبحوث التشخيصية (RDoC) إطار عمل يمكن من عمل أبحاث تخص أبعاد سلوكية أساسية تقوم على الدوائر الكهربائية وتقطع معايير التشخيص التقليدية، وذلك للحفاظ على المصدر كنظام اختياري. وبينما أن واحد من الأهداف الهامة للمشروع هو تشريع أبعاد معينة لكونها هامة لنتائج العمل السريري، إلا أنه يوجد هدف مساوي الأهمية، وهو تقديم معلومات وخبرات عن كيفية عمل وتنفيذ ذلك النهج البديل لممارسات التشخيص المستقبلية التي بإمكانها استخدام العلوم الوراثية والعلوم العصبية في خدمة وسائل العلاج والوقاية الفعالة. تقوم هذه الوثيقة بتلخيص الأسس المنطقية لمشروع المحكات الاجرائية للبحوث التشخيصية (RDoC) ومميزاته الأساسية وتلخص أيضاً طرقاً محتملة للانتقال من معايير الـ DSM/ICD إلى تصميمات موجهة ناحية الأبعاد، وذلك في الدراسات البحثية.

كلمات مفتاحية: تشخيص الأمراض النفسية، بحث عن معايير المجال، مشروع المحكات الاجرائية للبحوث التشخيصية (RDoC، NIMH، DSM-5)، بحث متعددي.

(عالم الطب النفسي 2014: 35-28:13)

مميزة لأسباب الأمراض من بين الاعراض الحالية» (4، ص 27)؛ «لقد كانت المعلومات التجريبية متناسقة مع احتمالية أن المصطلحات التي تستخدم بصفة روتينية في الاستفسارات السريرية، والتي تتراوح بين عصابية وحالات انبساطية وحتى الاكتئاب واضطرابات كرب ما بعد الصدمة، لا تمثل في حقيقة الأمر بنايات نفسية ذات معنى أو متماسكة، بل تمثل خليطاً من البنائيات» (5، ص 281)؛ «من النهج الأكثر قوة هو التحرك إلى ما بعد إعادة ترتيب مجموعات الاعراض وإدراك كيف يمكن إعادة تركيب الحقائق المعروفة بين المجالات الجينية والبيئية والظواهرية، وذلك لتعريف مجموعات الكيانات التي تكون ذات معنى في الباثولوجيا السببية ويمكن اختبارها بصورة تجريبية، بينما لا نزال غير مبالين بالحدود التقليدية والظاهرية» (6 ص 11)؛ «سيتوجب على هذا المجال جمع معلومات من كل فئات التشخيص الحالية، والتركيز على المقارنة بين الاضطرابات بقدر المقارنة بين الضوابط الطبيعية، وسيحتاج أيضاً إلى جمع المعلومات والحفاظ عليها، بحيث يمكن المشاركة بها على نطاق واسع» (7، ص 4). وبينما أن الـ NIMH مكلفة بتصوير وتنفيذ الخطط المستقبلية، إلا أن أهدافها تتناسب وبقوة مع هذه الرؤى.

لكن للأسف تعمل هذه التعليقات القوية على إزاحة حقيقة واحدة غير مناسبة في النداءات صاحبة الأسباب الجيدة لاتجاهات البحث الجديدة، وهي أنه قد أصبح نظام الـ

إلا أنه قد استمرت الأهمية العلمية لهذه الأحاديث، وهي أن الـ DSM-5 لم يُظهر تقريباً أي تأثير للتقدم الكبير في التكنولوجيا الجديدة والمعرفة الموضوعية في العلوم العصبية والعلوم السلوكية منذ أن صدر الـ DSM-IV عام 1994، هذا بالرغم من مراجعة المؤلفات الذي استمر إلى ما يقرب من قرن من الزمان من جانب لجان الخبراء للمراجعة الجديدة. وقد كان الدكتور ديفيد كوفيفر، وهو المدير الموقر لعملية الـ DSM-5 صادقاً في قوله أن «المشكلة التي كنا نواجهها في التعامل مع البيانات التي كانت لدينا في المدة التي تراوحت ما بين الخمسة والعشرة سنوات، ومنذ أن بدأنا عملية المراجعة للـ DSM-5، بمثابة فشل للعلوم العصبية خاصتنا وعلوم الأحياء، وذلك في أن تقدم لنا مستوى للمعايير التشخيصية ومستوى من الحساسية والخصوصية التي يمكننا إدخالها في كتيب التشخيصات» (3). لقد أثار تعليقه هذا السؤال الواضح، «كيف يقوم المجال بتغيير الاتجاهات لعلاج هذه المشكلة الملحة؟

لقد أعتبر طلاب علم تصنيف الأمراض - إلى حد ما - أنواع الأبحاث التي لا بد من عملها بحيث تتمكن من التقدم بشكل أكبر إلى تعريفات علمية للتشخيصات وإلى علم مسببات الأمراض. وباعتبار النطاق الواسع من الضوابط التي تقدمها هذه التعليقات، هناك إجماع كبير تُظهر العينة الصغيرة من الاقتباسات التالية: «إن المعايير الوصفية للـ DSM مصممة لأن تكون انتقالية، حتى أظهرت الأبحاث اضطرابات

لقد ظهر جدل حماسي عن التشخيصات النفسية في عشية إصدار الـ DSM-5، وقد كان ذلك بعد أن قام مدير المعهد الوطني للصحة النفسية (NIMH)، وهو الدكتور توماس أنسيل، بنشر مدونه تحت عنوان تحويل التشخيصات (1). لقد قام الدكتور أنسيل في هذا المنشور باستعراض التوافق المشترك في مجتمع البحث على وجود مشكلات في نظام الـ DSM، أي التشخيصات التي تقوم على تقديم علامات واعراض ذات مصداقية مقبولة، إلا أنه قد قيل عنها أنها لا تمثل كيانات مرضية مقبولة. لكن بدلاً من ذلك، قال الدكتور أنسيل أن الـ NIMH سيعمل على «إعادة توجيه» بحثه بعيداً عن الـ DSM-5 متوجّهاً بذلك إلى مشروع معايير نطاق البحث (RDoC) والخاص بالـ NIMH، والتي قد تم تطويرها لاستكشاف سبل دمج هذه الوسائل مثل العلوم الوراثية والتصوير العصبي والعلوم المعرفية في مخططات التشخيص المستقبلية، والتي تقوم على الأبعاد السلوكية والأنظمة العصبية. لكن للأسف لقد كان تتبع الأحاديث عبر الأنترنت مضللاً، بحيث أن المنشور الخاص بالدكتور أنسيل قد خاطب مجتمع الأبحاث (وبصفة خاصة نقاد تطبيق منح بحث الـ RDoC من الأقران) وليس إلى نقاد الـ DSM-5، وقد هدأ الجدل بعد صدور بيان صحفي مشترك من جانب الـ NIMH والجمعية الأمريكية للطب النفسي وهو الذي أعاد تأكيد اهتمامات الوكالة المشتركة بالتشخيصات النفسية والدور الهام الذي لعبه الـ DSM في الاستخدام السريري (2).

DSM/ICD المعيار الدولي الحقيقي لتقديم طلبات المنح البحثية لوكالات التمويل الخاصة والعامّة، وأن عمليات الاستعراض المعتدلة لا تغفر أي انحراف عما هو قويم، بالإضافة إلى ذلك، لقد خدم هذا النظام جيداً الأغراض السريرية والخدمية والإدارية والقانونية، حيث يتم تفعيل أي تغييرات بسبب التأثيرات المتموجة والتي قد تكون حتى لأصغر التغييرات في الفئات أو المعايير على جدارة خدمات الصحة النفسية ودفع التأمينات والاتجاهات العلمانية في معدلات الانتشار وتكاليف العناية الصحية والأبحاث باستخدام الفئات وهكذا، وبالتالي فقد أصبح نجاح النظام واحداً من أكبر العوائق أمام التغيير. وفي هذا الضوء يتم تقديم المشاريع البحثية مع متناقضتها. ولكي نحصل على نهج بارز لتصنيف الأمراض في المستقبل يقوم على علم الوراثة وجوانب أخرى من علم الأحياء العصبية والعلوم السلوكية، هناك احتياج إلى المؤلفات المطلوبة التي بإمكانها مخاطبة هذه التجديدات في القياس والتقسيم، إلا أنه لا تستطيع مؤلفات البحث هذه أن تتم بينما أن الدراسات تخرج بشكل أساسي في ظل قيود فئات الـ ICD/DSM. إن هذا هو الأساس المنطقي لتطوير مشروع RDoC.

مشروع المحكات الاجرائية للبحوث التشخيصية (RDoC):

علام يحتوي مشروع المحكات الاجرائية للبحوث التشخيصية (RDoC)؟ يمكن أن يُستدل بالنص الرسمي لأهداف الـ RDoC والذي هو «التطور، وذلك للأغراض البحثية، وطرق جديدة لتقسيم الاضطرابات النفسية ...» وذلك ليعني أن الـ NIMH قد أسس علم تصنيف جديد للأمراض كامل الأهلية، وأصبح في الوقت الحالي مستعداً لتجارب المجال، لكن هذا الأمر مضلل. إن هدف الـ RDoC في حقيقة الأمر هو تعزيز الأبحاث للتأكد من صحة الأبعاد التي تم تعريفها من قبل العلوم العصبية والمقاييس السلوكية التي تقطع بعرض فئات الاضطرابات الحالية، والتي بإمكانها مخاطبة الرؤى المستقبلية لنظام التشخيص خاصتنا. وبمعنى آخر، يهدف الـ RDoC إلى تدعيم البحث في اتجاه نظام تصنيف جديد، إلا أنه لا يدعي أنه نظام كامل في الوقت الحالي، وعلى النقيض من ذلك، يمثل الـ RDoC إطار عمل لعمل أبحاث تقوم على علم النفس المرضي بطرق تخرج قليلاً عن المعايير الحالية. إن الهدف الأقصى هو عمل مؤلفات بحثية بإمكانها عكس التقدم الذي حدث في علم الوراثة والنواحي الأخرى من العلوم العصبية والعلوم السلوكية، وذلك لعمل أساس للتشخيصات الدقيقة وعلاج الاضطرابات النفسية.

يتم تقييم تطبيقات البحث لمشروع الـ RDoC بوسيلة الـ NIMH التقليدية -

وبواسطة اللجان التي تقوم بتقديم مراقبة الأقران وتقدم درجات عالية للتطبيقات التي تُعتبر عالية التقدير. تعتمد الـ NIMH حتى يومنا هذا على خليط من التمويل الموضوع جانباً وتطبيقات يبادر بها محققون وذلك لتدعيم بحث الـ RDoC.

لقد تم مراجعة عملية التطور وأيضاً المنظمة الكلية لمشروع الـ RDoC بشكل كامل في مكان آخر (8,9) ولن نقوم هنا بتغطيتها بالتفصيل. وباختصار، لقد تم انعقاد مجموعة عمل الـ NIMH في أوائل عام 2009، وذلك لتجهيز نهج للنظام الجديد، وقد حددت مجموعة العمل هذه خمسة مجالات كبرى للأداء وذلك لتنظيم المواضيع وتصنيف الأبعاد المتعددة، والخمسة مجالات هي: أنظمة التكافؤ السلبية (أي تلك الأنظمة التي تستجيب للمواقف البغيضة) وأنظمة التكافؤ الإيجابية والأنظمة المعرفية وأنظمة العمليات الاجتماعية والأنظمة التحفيزية/التنظيمية. لقد تم عمل ورشة عمل لكل واحدة من الخمسة مجالات هذه، وذلك مع خبراء ممثلين من مناطق أساسية ومتعددة. وقد حققت كل ورشة عمل ثلاثة مهام على أساس المؤلفات السريرية والأساسية المتاحة، وهي: 1- تحديد الأبعاد التي سيتم تضمينها في المجال، ولتكن البداية مع قائمة من المرشحين المعينين من قبل مجموعة عمل الـ NIMH، و2- تقديم تعريف لكل بُعد و3- تحديد عناصر متعددة لكل بُعد (كما تدعمها المعلومات المتعلقة) والتي يُمكن استخدامها لتمييز البُعد في كل وحدة من وحدات التحليل المتعددة (انظر أسفل). ويتم تضمين الأبعاد في مصفوفة، وذلك إذا اعتبر أعضاء ورش العمل أنهم قد حققوا معيارين صارمين، وهما 1- لا بد أن يكون هناك دليل أن البُعد أداء سلوكي سليم و2- لا بد من وجود دليل على توافر دائرة أو نظام عصبي يلعب دوراً غالباً في تنفيذ الأداء.

تركيب قالب مشروع المحكات الاجرائية للبحوث التشخيصية (RDoC)

يُمكن تمثيل العناصر الكبرى للمخطط التنظيمي هذا باعتباره مصفوفة ذي بُعدين (الصورة رقم 1، انظر أيضاً www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/index.shtml). تظهر الأبعاد المتعددة المشار إليها فيما سبق في صفوف هذه المصفوفة، ويستخدم لها المصطلح «بنايات» وذلك للإشارة إلى حالتهم بكونهم مفاهيم غير محسوبة وتقوم على مجموعة متقاربة من البيانات، تتغير أهميتها الوظيفية بينما تجتمع الكميات المتزايدة من البيانات لتخاطب إدراكنا (انظر رقم 5). تجتمع هذه البنايات في مجالات عالية المرتبة («مجالات البحث») كما هو موضح بأعلى، مما يعكس علاقات هامة

بين البنايات في كل مجال، إلى جانب أنها تقدّم مخطط تنظيم إرشادي.

تمثل السبعة أعمدة في هذه المصفوفة فئات مختلفة من المقاييس التي يُمكن استخدامها لتقييم كل بناية، وهي تُسمى «وحدات التحليل» (هناك أيضاً عمود يمثل العديد من النماذج التي تُستخدم للدخول على البناية). وكما أشرنا سابقاً، لقد تم تعيين وفحص الإدخالات في كل خلية - بحسب تعريف تقاطع الصفوف (البُعد) والأعمدة (وحدات التحليل) - من جانب المشاركين في ورش العمل. يُشير العمود المركزي إلى قياس دوائر مخية معينة، بينما تدل الثلاثة أعمدة التي تقع على يساره إلى الجينات والجزيئات والخلايا التي تحتوي على الدوائر، بينما يُمكن النظر إلى الأعمدة التي تقع على اليمين إلى نواتج مختلفة للدوائر (سلوكيات واستجابات نفسية وتقارير لفظية أو التعليمات المتبعة بصورة سريرية). تحتوي الثلاثة أعمدة الأخيرة على مقاييس يُمكن استخدامها لتقييم العلامات والاعراض من العديد من التقارير الذاتية أو التعليمات التي تعتمد على مُجري المقابلات.

تحتوي المصفوفة على بُعدين آخرين يمثلون خطراً على أهداف الـ RDoC ولا بد من اعتبارهم مكونات متكاملة للبناية. غالباً ما يتفاعل هذان البعدان بقوة، مما يشكل استراتيجيات تطويرية وتأثيرات بيئية (تم اعتبارها على نطاق واسع). تُعتبر أغلب الأمراض النفسية في الوقت الحالي اضطرابات نمو عصبي ونضوج الجهاز العصبي، وتتفاعل مع مجموعة متنوعة من التأثيرات الخارجية والتي تبدأ من التعريف. لقد كان هناك أبحاث كثيرة عن عوامل خطر متعددة، وذلك في النواحي المختلفة مثل العدوى التي تحدث قبل الولادة وحالات الإهمال أو الأذى الذي قد يحدث في مراحل مبكرة من الحياة، لكن ليس من الضروري أن أنظمة التشخيص الحالية تحفز على وجود حساب تكاملي من الأنظمة التطورية والتي قد تؤدي بصورة متفاوتة إلى مرونة أو إلى اضطرابات، لكن لا تؤدي إلى فهم دقيق عن سبب تسبب إهانة معينة في اضطرابات مختلفة (مثل أن الضغوط الحياتية المبكرة تمثل خطراً مختلفاً لحدوث اكتئاب واضطرابات كرب ما بعد الصدمة (PTSD) أو اضطرابات الشخصية الحدية). من الأهداف الكبيرة للـ RDoC هو تركيز البحث على الأنظمة المتعلقة، وذلك لتوثيق كشف المسارات التي تتفاعل مع مختلف الأحداث - ليس فقط في حالات الطفولة، بل في فترات العمر المختلفة.

لقد علق بعض الكتاب أن الـ RDoC يجسّد نهج اختزالي يركز بصورة حصرية على علم الوراثة والعلامات الحيوية وحتى استبعاد التأثيرات الاجتماعية (مثل 10). في حقيقة الأمر - وبحسب ما لاحظته بعض المعلقين الأذكياء (مثل 11) - ليس هذا هو الحال؛ فهناك تأكيد قوي على تطوير إدراك ميكانيكي أكثر عن كيف

تقوم هذه العوامل مثل أحداث الحياة والبيئة الاجتماعية بالتفاعل مع التطور لتنتج نطاقاً من النتائج الملحوظة.

وكما ذكرنا سابقاً، إن الـ RDoC هو إطار عمل يُقصد من تصميمه أن يحفّز ويستوعب اكتشافات الأبحاث الجديدة على أسس مستمرة. لكن كيف تم تصوّر هذا الأمر في ظل وجود البنية الحالية للمصنوفة؟ لا بد من اعتبار البنية كُبعد واعد بصورة خاصة ولا بد من تدارسه في الخطة الاختبارية الشاملة، وذلك كما قد فحصه المشاركون في ورش العمل، وذلك فيما يخص تطبيقه المحتمل على المشكلات السريرية المتعددة، وبالتالي فتخدم البنائيات الحالية كمرشح جيد بصفة خاصة للباحثين الراغبين في عمل أبحاث تحت عنوان الـ RDoC ويخدم أيضاً كأمثلة للباحثين المهتمين بعمل دراسات لتشريع بنية جديدة، إن ورشة عمل الـ RDoC مخصصة لتطوير المصنوفة بصفة مستمرة، إلا أن هذا ليس بالأمر الضروري، حيث أن الباحثين أحرار دائماً لتقديم تطبيقات المنح للبنى الجديدة (أو مراجعات للبنى الحالية)، ودائماً ما يتم تقييم إيجابيات هذه الأفكار الجديدة بواسطة الـ NIMH والذي هو نظام مراجعة الأقران في المعهد الوطني للصحة (NIH).

افتراضات كبيرة لمشروع المحكات الاجرائية للبحوث التشخيصية (RDoC)

لقد قام الـ RDoC بتبني وجهات نظر مختلفة جداً بالمقارنة مع الأنظمة التقليدية في اعتبار الأمراض النفسية، وبينما أن البعض من هذه التضمنات دقيق، إلا أن المزيد من الإعدادات سيكون بالأمر النافع فيما يخص عملها.

تدور واحدة من الأمور الجدلية التي تحيط بالـ DSM-5 حول قضية ما إذا كانت الاضطرابات تُعتبر مختلفة نوعياً عن الطبيعية (مثل 12)، أم أنها تقع في سلسلة مستمرة بلا تمييز دقيق بين الأداء الطبيعي والاضطراب (مثل 13). سيتم مخاطبة حلول هذا الجدل المستمر بواسطة معلومات تخص التوزيع الشامل «للطبيعية» مع الأخذ في الاعتبار بالأداء التكيفي والأداء الضعيف نسبياً والأداء الشديد. لكن للأسف، لقد كان هناك في الماضي القليل من الاتفاق حول مجالات الأداء الطبيعي في النواحي المعرفية والعاطفية، أو كيفية قياسهم، لكن وفي خلال العقود القليلة السابقة، وكننتيجة التطور الشديد في التكنولوجيا في مجال التحليل التركيبي والأدائي لدوائر المخ، كذلك أيضاً الزيادة المتساوية في الرضى بالقياسات السلوكية، تم تحديد الأنظمة الكبرى في المخ وربطها بنتائجها الوظيفية. وقد عمل بحث نسبي على الإزاحة النسبية للرأى الاستثنائية البشرية التي أيدت ثنائيات العقل والدماغ وأوضحت الحفاظ المدهش للجينات والناقلات

العصبية والأداء السلوكي عبر عمليات التطور - وحتى في نماذج الحيوانات، مثل ذباب الفاكهة وأسماك الزرد، فيما عدا فصائل الثدييات، مثل القوارض والرئيسيات (14).

ولتقديم ثلاثة أمثلة، نقول: 1- «نظام المكافئة» الخام الذي تم تعريفه من قبل أولدر وملنر (15) والذي قد أفسح المجال للتفسيرات التي حظت بالكثير من الرضى للمخطط الظهري والبطني وأيضاً التمييزات المختلفة للأداء لاختبار المكافئة والسعي وراء المكافئة وتعلم احتمالات المكافئة وأيضاً تشكيل العادات (مثل 16، 17). وكل هذه الأمور المتعلقة بالأمر؛ 2- قد تم تمييز الاستجابة للتهديدات الشديدة والتهديدات المحتملة بطرق سلوكية ترتبط بالدوائر التي يُمكن تمييزها وذلك مع المكونات التي تنظم هذه الاستجابات بصورة حيوية (18، 19)، و-3 قد تم تمييز الأنظمة التي تنفذ العمليات المعرفية عن الذاكرة العامة والتي تم افتراضها أولاً على أساس الدراسات السلوكية في أواخر الستينيات وأوائل السبعينيات، وذلك بصورة موثوق منها (20، 21). وما هو أكثر أهمية هو أنه قد تم تطوير العديد من النماذج والتي بإمكانها تقديم مقاييس لكلا من الأداء السلوكي ولأنشطة المخ المتعلقة وذلك في الجماعات الكبرى من السكان، وبالتالي تقدم بعض المعنى للتوزيع الطبيعي للسلوك، وبالطبع ستسمح هذه الإمكانية في المقابل بوجود وصف كمي للحد الذي تنحرف منه نواحي متعددة من الأداء عن الطبيعية. وما هو أكثر أهمية أيضاً هو أن هذه التطورات الجديدة لا تقتصر فقط على المهام المعملية، بل أيضاً على المخزونات المشتقة من جانب القياسات النفسية والتي ترتبط بقوة بالأداء الواقعي (مثل 22).

وبحسب نظام الـ RDoC، تظهر العديد من النتائج المترتبة على هذه التطورات؛ فقد قام أولاً الـ RDoC بتبني نهج متعددي للاضطرابات، يقوم بتفسير (للاغراض الاختبارية هذه) علم الأمراض بحسب الانحرافات في نظم الأداء الأساسية، وبينما قد أصبح البحث المتعددي مبدئياً تقريباً في البحث المعاصر، يقوم الـ RDoC بالإشارة إلى تحويل دقيق، إلا أنه كبير، في الاتجاهات الخاصة بعلم النفس. لقد كان النهج القياسي للأمراض النفسية هو لتعريف اضطراب نفسي ما (على أساس العلامات والاعراض)، ويسعى بعد ذلك إلى تقييم فيسيولوجي مرضي لهذه الاعراض، وبالمقابل، يطرح الـ RDoC الاسئلة التالية: «ما هو التوزيع الطبيعي لخصائص أو لتجربة معينة؟» و«ما هو النظام العقلي الذي ينفذ هذه العملية بصورة أولية؟» و«كيف يُمكننا إدراك ما الذي يُبرر ظهور تقلبات أو ضعف في الأداء في هذه الأنظمة وعلى مدار الأبعاد الطبيعية والغير طبيعية، وذلك على مستويات مختلفة من الأليات؟» (23)

لدى هذه الاستراتيجية مميزات واضحة فيما يخص تطبيق بحث أساسي في جميع مستويات التحليل للمشكلات السريرية، بينما أن الترجمة واضحة بصورة نسبية، وعلى الناحية الأخرى، قد تكون من الصعوبة على الباحثين السريريين حيث أن الاعراض التي اعتادوا على دراستها بصورة حرفية لا تظهر في مصنوفة الـ RDoC. ومن التضمنات الإضافية للنهج المتعددي هو أن الـ RDoC لا يبالي بفئات الاضطرابات الحالية، ولا يوجد هناك ادعاء «بفهم» أو «توضيح» اضطرابات الـ DSM/ICD فيما يخص هذه الوظائف، بل أن الهدف هو ببساطة قد تصبح متقلبة بدرجات متفاوتة وترتبط هذا التقلب بأعراض ذات صلة.

ومن جهة ذات صلة بالأمر، يقوم الـ RDoC بدمج نهج بُعدي مع الأمراض النفسية في حد ذاتها وذلك للاستشهاد بالخطة الاستراتيجية الخاصة بـ NIMH للـ RDoC، والتي هي «النطاق الكامل للانحراف من الطبيعية إلى الغير طبيعية وذلك من بين المكونات الأساسية (الأبعاد) وذلك لتحسين إدراك ما هو أصلي بالمقابل مع ما هو مرضي». في حقيقة الأمر، يقوم إطار العمل هذا على إزاحة أي تعريف للأمراض وبدائيات الاضطرابات أو النقاط الفاصلة للعديد من مستويات الأمراض النفسية، وذلك لأن بإمكان هذه الحدود أن تنحاز إلى الطريقة التي يتم بها البحث (وبصفة خاصة في ظل جمود تحديد فئات الاضطراب في الـ ICD/DSM) فأن الهدف ببساطة هو جمع معلومات عن الأبعاد التي ستؤيد القرارات المستقبلية في هذا الصدد، والتي تقوم على أسس البيانات الكمية وليس الإجماع السريري. بالإضافة إلى ذلك، يُمكن أن يسمح إتاحة المقاييس الكمية التي تكون صحيحة وثابتة بالتعديلات مع مرور الوقت والتي تنشأ عن الدراسات الوبائية للخطر والنتائج، وهذا كما حدث كثيراً مع مرور السنوات في تلك المناطق مثل ارتفاع ضغط الدم (24).

من الأمور الهامة في هذا الصدد هو أنه لا يوجد اقتراح بأن العلاقات بين العديد من مقاييس بنية معينة خطية، وهذا كما يُمكن أن يُظن في ظل نموذج بسيط عن الشدة. في حقيقة الأمر، إن البحث عن نقاط وظائف غير خطية ومنفصلة بمثابة سبب كبير لنهج تجريبي خالص. ومن الأمثلة على هذه الظاهرة هي الانحناء الكلاسيكي الذي يأخذ شكل حرف U مقلوب، والذي يربط بين التحفيز والأداء (25). لقد قام توكير وآخرون (26) في دراسة أخرى مثيرة للاهتمام بتسجيل احتمالية قشرية ترتبط بالحدث، تُدعى السلبية التي ترتبط بالخطأ (ERN) والتي قد أوضحت في هذه الحالة رد فعل أكبر، وذلك عندما تلتقت المادة تعليقات تخص الأخطاء المتعلقة بالمهمة. وقد أظهر مرضى الاكتئاب ERN أكبر من

وحدات التحليل								
المجالات/البنىات	الجينات	الجزينات	الخلايا	الدوائر	علم النفس	السلوكيات	التقرير الذاتي	نماذج
أنظمة التكافؤ السلبية								
تهديد حاد («الخوف»)								
تهديد محتمل («هلع»)								
تهديد مستمر								
خسارة								
إحباط غير مُجدي								
انظمة التكافؤ الإيجابية								
تحفيز النهج								
استجابة أولية للمكافئة								
استجابة مستمرة للمكافئة								
تعلم المكافئة								
التقليد								
الأنظمة المعرفية								
الانتباه								
الإدراك								
الذاكرة العاملة								
الذاكرة التصريحية								
السلوكيات اللغوية								
التحكم المعرفي (الجهدي)								
أنظمة العمليات الاجتماعية								
الانتماء/التعلق								
التواصل الاجتماعي								
الإدراك/فهم الذات								
الإدراك/فهم الآخرين								
التحفيز/الأنظمة التغييرية								
التحفيز								
التناغم البيولوجي								
السير أثناء النوم								

الشكل 1 البحث بمجال ومعيار الجدول المقسم لخانات

الحقيقية التي تأتي بالمرضى إلى العيادات. إن تأسيس علاقات ميكانيكية، يُمكن بواسطتها أن ينتج التوزيع في وظائف واحدة أو أكثر من البنىات (بحسب تقييم وحدات تحاليل مختلفة) في اعراض معينة أو ضعف، يُعتبر مهمة مركزية لمشروع الـ RDoC وأيضاً مكوناً كبيراً لبرنامج تمويل المنح. وبالرغم من النهج البُعدي، إلا أن مشروع الـ RDoC متجهاً بقوة ناحية إدراك الضعف الذي يختبره المرضى في حياتهم، وقد تم تأكيد هذه الأهمية من قبل ورشة عمل الـ RDoC في تحديد البنىات. لم يظهر الاهتمام بالبيئة التشخيصية الحالية كثيراً في الاعراض نفسها، وأيضاً في الطريقة التي جمعت بها الاضطرابات في نظام الـ DSM المتعدد التخصصات. تخدم الخوارزميات متعددة التخصصات بتأكيداتها للأعراض الشخصية، وذلك لأنها هامة فقط بسبب أنها تساهم في عملية التشخيص، وذلك بصفة خاصة في الأبحاث وفي تطور العلاج (حيث تكون فئة

عن طريق الاخذ في الاعتبار بالأنظمة التي تمثل تكامل المعلومات الحسية (27). بينما تبدو الشبكات التي تتوسط الوظائف المتضمنة في اللغة والذاكرة العاملة والذاكرة التقريرية والتعلم، بأنها مجالات واعدة لدراسة الضلالات (28). يتماشى الإدراك المتنامي بأن بعض درجات مظاهر الذهان تتواجد في العامة من الناس (29)، وأيضاً في نطاق واسع من مرضى الذهان الخارجيين (30)، يتماشى مع الفكرة التي تقول أن هذه الاعراض تنتظم في العامة من الناس وليست مجرد إظهاراً لعلم أمراض جديد متميز بصورة نوعية، وبالتالي فيشتمل المكون الضروري لنظام التقسيم الاختباري تحدي الباحثين لأن يبتعدوا عن الطرق التقليدية للتفكير عن الاضطرابات، وذلك للسعى وراء أفكار اختبارية واعدة جديدة. تهتم قضية أخرى بعلاقة مقاييس الـ RDoC المختلفة بتقديم العلامات والاعراض، حيث أن الاعراض بالطبع هي الظواهر السريرية

الضوابط، وهذا ما قد تم التكهّن به، لكن قد كان الاكتشاف الغير متوقع هو علاقة تربيعية مع شدة الاكتئاب، ومثل هذا، كانت الـ ERN تظهر فقط لدى مرضى ذي درجات معتدلة (لكن ليس متوسطة أو شديدة) من الاكتئاب. قد يحتج بعض الملاحظين على أن هذا التأكيد البُعدي يُفرض في تبسيط غنى الأمراض النفسية، أو أن الاعراض النفسية المعقدة غير مستعدة لأن تُشرح بمثل هذه الطريقة البُعدية المباشرة. مثلاً قد يسمع المرء تعليقات غير رسمية في المؤتمرات بأن الذهان هو «الصدوق الاسود» في الـ RDoC. إن الرد السريع على هذا الرأي هو أنه إذا كان الهدف من المجال هو تأسيس نظام تشخيصي يقوم على العلوم العصبية، سيكون من الضروري أجلاً أم عاجلاً أن نُشرح الاعراض المعقدة فيما يخص التقلبات في عمليات المخ الأساسية (كما هو موضح في الاقتباس المذكور بأعلى)،. مثلاً يُمكن أن تقسم الهالوس إلى عدة أقسام، وذلك

التشخيص بارزة كمتغير مستقل أو كدليل على العلاج، (على التوالي)، وبالتالي، سيقوم مشروع بحث الـ RDoC بالتركيز على مشكلة سريرية معينة يُمكن أن تُشرح بشكل أفضل عن طريق تصميم بحثي يقوم بجمع وحدات التحليل المناسبة لتوضيح تقنيات الضعف.

الانتقال من الـ ICD/DSM إلى مشروع المحكات الاجرائية للبحوث التشخيصية ((RDoC

كيف سيكون شكل النموذج الأولي من تصميم الـ RDoC؛ ستشتمل مثل هذه الخبرة على مواد ذات نطاق واسع من الوظائف الطبيعية والضعيفة، مع الأخذ في الاعتبار بالبنية البعدية التي هي محور الاهتمام. بينما ستقوم العديد من الدراسات بتوظيف عينات قوية من المواد التي تثبت مستويات من الضعف تتساوي مع معايير التشخيص الحالية، سيقوم التركيز على بنائيات الـ RDoC بشكل حصري، وبدون اللجوء إلى تشخيصات الـ ICD/DSM التي في النموذج. (هناك إقرار بأنه سيكون هناك احتياج إلى هذه التشخيصات في المستقبل المنظور، وذلك للسجلات الطبية ولأغراض التأمين). وعلى النقيض من ذلك، قد تخرج مثلاً عينات لدراسة أنشطة دوائر المكافئة (كما هو يرتبط بانعدام التلذذ أو/والهوس) من كل البالغين الذين يسعون وراء العلاج وأطراف المزاج/الهلع وأطراف الذهان واضطرابات الطعام والاضطرابات الشخصية وذلك لدراسة البعدية بصورة جيدة، ستشتمل العينة أيضاً على أمراض نفسية صغيرة بصورة نسبية، مثل تشخيصات رد فعل التكيف، وأيضاً الأفراد الذين لا يتوافقون مع معايير أي تشخيص. قد يُستخدم نهج مماثل لدراسة الوظائف التنفيذية لدى الأطفال في نطاق من أطراف الذاتية واضطرابات نقص الانتباه/ فرط النشاط والاضطرابات المزاجية/الهلع (ومرة أخرى الأفراد الذين لا يتوافقون مع معايير أي اضطرابات).

هناك تحذيرين هامين جداً وضروريين لوضع هذا النوع من التصميم في سياقه، وهما: الأول هناك اعتبارات واضحة لمعايير الاشتغال والاستبعاد المناسب؛ فيستمر تطبيق الاستبعاد التقليدي للحالات أو الإصابات العصبية والإعاقات الفكرية، وعلى الناحية الأخرى، إن واحدة من خطط دراسة الأبعاد هي توسيع معايير الاشتغال لعينات الضوابط، وذلك بالسماح للمزيد من الأمراض النفسية السابقة أو الحالية. إن الأمر حرج جداً للبالغين والأطفال للوضع في الاعتبار لمراحل التطور الطبيعية (مثل التطور المعرفي والجسدي لدى الأطفال وضعف المعرفة في مراحل الحياة اللاحقة)، وذلك في ظل التأكيد على المقاييس المعيارية. ثانياً قد تكون الدراسات من هذا النوع أكثر تثقيفاً، وذلك عندما يبنيوا على أسس سابقة للأبحاث

مع البنائيات المتعلقة وتصاميم الأبحاث، مثلاً سيكون للدراسات التي أسست نتائج ثابتة لأبعاد انعدام التلذذ بين أطراف المزاج/الهلع، أساساً أقوى للاعتداد إلى اضطرابات الذهان وغيرها من الاضطرابات.

قد تُعتبر التصميمات كذلك المذكورة بأعلى (والتي أفرطنا في تبسيطها هنا وذلك للإيجاز) «المعيار الذهبي»، وذلك فيما يخص تجسيد الـ RDoC للهدف المتماثل في خطة الـ NIMH الاستراتيجية، وبالتالي يُساعد الجانب الحرج من برنامج الـ RDoC الباحثين في عمل التحول - بصورة مفاهيمية وعملية - من الـ ICD/DSM إلى مظهر بُعدي. لقد كان هذا الأمر مصدر الكثير من القلق لورشة عمل الـ NIMH، وذلك حيث أن نظام الـ DSM/ICD كان يُستخدم منذ أمد في الأبحاث وفي الممارسات السريرية، حيث أن هناك احتياج إلى البعض من التحول وذلك للأخذ في الاعتبار بالجوانب الأخرى للأمراض النفسية. لا تعتمد هذه القضايا فقط على التعود على أهمية مقياس جديد للقيم (مثل انعدام التلذذ والذاكرة العاملة) بل أيضاً على تحقيق «نموذج نفسي» للمرضى الذين نراهم عبر عدسة الـ RDoC. وبالطبع ستتواجد نفس الأمراض النفسية، إلا أنها ستدرج وتقاس بطرق مختلفة.

سيتضمن النهج العام لهذا التحول العديد من المجموعات المختلفة لبنائيات الـ RDoC وفئات اضطراب الـ DSM/ICD في التجارب. وبينما أنه قد تكون هذه الخطوات نافعة في عملية التحول، إلا أن هناك احتمالات وجود عقبات مُحتملة؛ فواحدة من المشاكل هي إغراء فئات الاضطراب لتبقى مميزة فيما يتعلق بالأبعاد: قد يستمر الباحثون في اعتبار بدايات التشخيص بمثابة نقاط تحدد حدود المرض بالمقابل مع الصحة، وأيضاً يستمرون في النظر إلى المرض من عدسة الـ DSM/ICD بدلا من التأقلم مع فكرة البنائيات الوظيفية التي تقوم على الجهاز العصبي. هناك أيضاً الانحياز المحتمل والواضح في تقسيم المرضى الذين يتوافقون مع معايير التشخيص الحالية في عينات المرضى الذين يسعون وراء العلاج أو مع استراتيجيات تعيين أخرى، وبالتالي فيكون لدينا دراسة بُعدية في دائرة قصيرة، وبإيجاز ستعمل خطوات التحول هذه على إظهار الخطر في ان يستمر الباحثون في النظر إلى مرضاهم على حد سواء سريرياً أو بحسب تصاميم البحث - بمفاهيم DSM المألوفة، ويفشلون في عمل التقدير الكافي للعلاج الدقيق زايجتست (أي روح العصر) بأن الهدف من الـ RDoC هو التسهيل. ولهذه الاسباب، إن أفضل اعتبار لتصاميم الأبحاث الانتقالية هو استدلال مؤقت لعدد محدود من الدراسات، وذلك إذا كان الهدف هو الوصول إلى الاحتمالية الكاملة لإطار عمل الـ RDoC. وبأخذ هذه التحذيرات في الحسبان، هناك

نهجين واسعين بإمكان الباحثين استخدامهما للتصاميم الانتقالية؛ الأول هو دروس تقوم على أبعاد الـ RDoC في أبعاد تشخيصية متعددة. وسيقوم أبسط شكل لهذا النوع بتحديد اضطرابين أو ثلاثة من الـ DSM في التصميم، وقد تم توظيف كل منهما لـ N معينة، وذلك لتحقيق قوة احصائية مقبولة. يُمكن عمل التحليل بعد ذلك بحسب عامل الـ DSM ويُعد الـ RDoC والتفاعل. وعندما تكون الـ N صغيرة جداً بحيث تسمح بوجود تصميم تفاعلي، قد يكون الرقم كبير بما يكفي لعمل اختبارات للتأثيرات الأساسية المنفصلة لعامل الـ DSM ويُعد (أبعاد) الـ RDoC. ستضمن الإضافات الهامة لهذه التصميمات المواد التي تساهم في دراسة نطاق واسع من الأبعاد التي يتم دراستها. وكما قد ذكرنا سابقاً، سيكون تضمن مجموعات الضوابط مع المعايير الليبرالية بالأمر الهام؛ فسيتمكن الآخرون من إشمال الأفراد الذين يسعون لطلب علاج والذين لا يتوافقون مع معايير تشخيص الـ DSM (مثل أن يأتي عرض واحد أقل في قائمة التخصصات، أو شكل مُسدف)، أو الأفراد الذين لم يتم تشخيصهم بأي تشخيصات أخرى (NOS). وكما في كل الدراسات التي تقوم على DSM، يُعاني هذا النوع من التصميمات مشكلة كيف يتم استيعاب وتحليل عدد ونماذج متنوعة من تشخيصات الـ DSM المرضية المتزامنة - وهذا الأمر بمثابة عقبة مستمرة قد كانت أساساً منطقياً لنهج الـ RDoC. ومن النهج البديلة والتي قد تكون مناسبة أكثر مع تصميم الـ RDoC والتي تتضمن مواد من كل المجموعات التشخيصية في واحد من فصول «البنية الفوقية» الجديدة، والتي تم وضعها بشكل مشترك بين الـ DSM-5 والـ ICD-11 الجديد، وذلك بدون استهداف N معينة لكل فئة. تشمل هذه الفصول بصفة عامة عدد من الاضطرابات التي تختلف من حيث الشدة، مثلاً يحتوي فصل اطراف الفصام على اضطرابات فصامية واضطرابات فصامية الشكل واضطرابات ضلالية بسيطة، وغيرها. وكما قد ذكرنا بأعلى، إن اشتغال مواد مع أمراض فرعية الأعراض أو أقارب لم يتأثروا، بالإضافة إلى مجموعات الضوابط، كما هو موضح بأعلى، سيساهم هذا الأمر في الأهداف البُعدية. وكنوع من الفوائد المضافة، يُمثل اشتغال هذه المجموعات المتنوعة بصورة أكبر اسهاماً كبيراً في الصحة العامة، في أمر أن هؤلاء مرضى يعانون من ضعف واضح وقد تم استبعادهم من أغلب الفيزيولوجيا المرضية ودراسات العلاج، وذلك بسبب أنهم قد فشلوا في التناوب مع واحد من شروط التشخيص. وعلى حد علمنا، لا يوجد هناك تقديرات جيدة عن نسبة المرضى في هذه المجموعات المظلمة، ولا يوجد أيضاً تقديرات عن مدى أهمية الصحة

العامّة والتي تُظهرها الأعراض والضعف. أخيرًا، لقد أوضح عدد من الدراسات حالات ضعف واضحة في العديد من المهام المعملية في الأقارب الذين لم يتأثروا (مثل 31). بينما أنه قد تم استخدام هذه الدراسات لتوضيح الأخطار الوراثية، إلا أن هناك القليل من الانتباه حتى يومنا هذا حول إلى أي مدى يُمكن أن تخاطب النتائج الاختلافات الفيزيولوجيا المرضية التي (وكما قد ذكرنا أعلى) «تحسّن من إدراكنا عما هو نموذجي بالمقابل مع ما هو مرضي».

ستشمل الرؤية الأوسع لاستراتيجية هذا التقسيم البديل مواد ذي تشخيصات أولية من فصول مختلفة من البنية الفوقية الخاصة بالـ ICD/DSM، ومرة أخرى بدون تقييد المواد على فئتين أو ثلاثة محددتين. قد تتضمن هذه المجموعات في أول الأمر اضطرابات من علم النفس المرضي المماثل، مثل اطياف الفصام / اطياف ثنائي القطب أو اضطرابات الهلع/ المزاج أحادي القطب. لكن لن يكون الهدف هو تمييز بعض المجموعات المعينة كما حدث في الحقيقة، بل دراسة الأبعاد الضمنية، حيث يتم اكتساب فهمًا شاملاً عن الميكانيكية المرضية، ومن هذا المنطلق مثلاً، افترض كرادوك واوين (32) درجة اندثار الأمراض النمائية العصبية، والتي تتراوح في أشكال مستمرة تبدأ بضعف فكري وتطور وصولاً إلى الذاتية والفصام والاضطرابات الفصامية العاطفية والاضطرابات الثنائية القطب والاكْتئاب الأحادي القطب. لا يُعتبر كل اضطراب كيان مرضي وحدوي، بل ك نطاق معين في التدرج الشامل. (من الجدير بالذكر أنه إذا قام فرد باختيار مواد من نطاقين متجاورين من درجة اندثار أكبر، سنضمن الحصول على نتيجة هامة بصورة إحصائية؛ وأن الأمر مضلل بشكل كبير لأن نستخلص أن هذه تقدم كيانين مرضيين متميزين بصورة نوعية).

وقد يستخدم النوع الثاني الواسع من التصميم الانتقالي مجموعة واحدة من الـ ICD/DSM، وذلك في الشكل العام، لكن سيفترض الباحثون تحليل متعدد الأبعاد في المجموعة التي قد تقدم معلومات أكثر عن الأنواع الفرعية أو النطاقات في أبعاد متعلقة من المعلومات التي تأتي من الجهود التي تقوم على الاعراض (مثل النجاح البسيط في إدراك أو علاج العلامات النامية أو حالات الاكتئاب الغير نمطي في الفئة الشاملة من الاكتئاب الأحادي القطب). سيكون لهذا النوع من التصميم في أغلب الحالات احتمالية نسبية من الأهداف القصوى لمخطط الـ RdoC وذلك لأنه لا يستطيع أن يُساهم في إدراك بنائيات أو ميكانيكيات معينة بإمكانها أن تمثل معيار تشخيصي قاطع في تصنيف الأمراض المستقبلية، لكن قد يمثل هذا النهج طريقة ناعمة للباحثين الذين يملكون برامج بحثية موجهة ناحية اضطراب ICD/DSM واحد لبدء التحول إلى دراسة أبعاد الـ

RDoC . ولتكرار فكرة ما قد قدمت سابقاً، نقول أن مكوّن واحد من هذه الدراسات (مثل مع أي تصميم RDoC) قد يقوم بدراسة المسارات التنموية - وهي دراسة مُربحة - بحيث يُمكن إدراك كيف يُمكن أن تساهم الاختلافات الشخصية في المرونة العصبية مع مرور الوقت في عدم تجانس الاعراض الحالية وفي الأنشطة في الأجهزة المتعلقة.

مشروع المحكات الاجرائية للبحوث التشخيصية ((RDoC) وتطور العلاج

وبينما تتجه الخطوات السابقة ناحية الأمراض النفسية، إلا أنه يوجد احتمالات على المدى القريب لاستخدام تعريفات الـ RDoC في العلاج أيضاً. سيتطلب العنصر العام لأي تجربة علاج بالـ RDoC مجموعة صالحة من المقاييس التي يُمكن أن تميز بصورة قوية مجموعات فرعية معينة، أو أماكن خطرة في بُعد ما، وذلك للتكهن بنتائج العلاج الناجحة. ومن الأمثلة على هذا الأمر وفي ظل عدم التجانس المعروف لفئات الـ ICD/DSM، قد يعمل تأسيس مجموعات فرعية تقوم بصورة ميكانيكية للاضطرابات الحالية على تعزيز تحديد وسائل العلاج للمرضى، مثلاً غالباً ما يُعتبر الـ PTSD نموذج اضطراب «دائرة خوف»، لكن يُظهر العديد من المرضى الذين يعانون من PTSD رد فعل عاطفي ضعيف للتحديات المؤثرة (33) والتي قد ترتبط بالعديد من الصدمات و/أو المسارات المزمنة (34)، وبالتالي، يُمكن التكهن بأن التعرض الكلاسيكي لعلاج الـ PTSD فعال فقط للمرضى الذين يتفاعلون بشدة مع المخاوف (بحيث يُمكن إخماد الشعور بالخوف)، بينما يُمكن وصف وسائل علاج مختلفة للمرضى ذي نماذج استجابة ضعيف. يُمكن أن يسمح التقييم المناسب لقياس الاستجابة للخوف بأسلوب موثوق ومقارن بالذات، والذي له العديد من المرشحين المحتملين، لكن ليس هناك وسائل موثوقة، يُمكن أن تسمح باختبار هذا الافتراض - والذي يبدو أنه ينطبق على اضطرابات الهلع الأخرى أيضاً (34).

وبالمثل، يُمكن أن يُسهّل أمر تطوير وسائل علاج جديدة بتعريف مجموعات فرعية متجانسة أكثر للمرضى، وكما أشار مجموعة من علماء الصناعة، أنه «بزيادة الإدراك الميكانيكي للمرض ووصف العلاج المناسب للمريض، يُمكن أن ينتقل المرء من فكرة العلاج الواحد الذي يناسب الجميع، إلى العلاج الموجه وزيادة نسبة خطر الفائدة للمرضى» (35). وبمعنى آخر، قد يكون لوسائل العلاج الجديدة التي تستهدف الميكانيكية التي ترتبط بعرض واحد معين، احتمالية نجاح منخفضة في تجارب دلائل الـ DSM/ICD، وذلك لأن كل المرضى لا

يتشاركون في عرض معين في التشخيص. وعلى النقيض، قد تتضمن مواضيع البحث المثالية في الـ RDoC إدراكاً مُعزّزاً عن كيف ترتبط الجوانب المتعددة للأنظمة التي تتعلق بالمكافئة بانعدام اللذة السريرية (عرض من اعراض الاكتئاب قد يكون هو ذاته بناية سريرية متعددة الأوجه). إذا تم تطوير وسائل علاج جديدة لانعدام اللذة تستهدف آلية جديدة تقوم على تطورات هذا البحث و سيكون التكهن هو أنه لدى وسائل العلاج آثار علاجية فقط لمرضى الاكتئاب الذين يعانون من انعدام اللذة، إلا أنه لا بد أن يكون فعالاً للمرضى ذي تشخيصات أخرى ويعانون من انعدام قياسي للذة، ومرة أخرى، إن «انعدام اللذة القياسي» مرحلة مفتاحية تتطلب تقييماً سابقاً للإجراءات الخاصة بهذا النوع من التجارب المقبولة على نحو واسع.

الخاتمة

وكما أشرنا في البداية، إن الـ RDoC بمثابة مشروع تمويل طويل الأمد، تم تصميمه لمخاطبة الأفكار المستقبلية من أنظمة التقسيم. أما الهدف من الأبحاث التي تمت تحت رعاية الـ RDoC هو تقديم إسهاماً تعريفياً تجاه علاج دقيق في الطب النفسي، وذلك عن طريق تعريف العلاقات بين الانحرافات في النظم العصبية الأساسية والضعف الوظيفي - ولا سيما بما في ذلك التأكيد على مسارات النمو العصبي والعوامل البيئية.

ومن أهم الأفكار عن الـ RDoC هو بالطبع أن جوهره هو تقديم إطار عمل واسع لعمل أبحاث عن الاضطرابات النفسية من وجهات نظر جديدة. وبهذا المعنى، إن أكثر الأمور أهمية عن الـ RDoC ليس هو قائمة البنائيات والمصنوفة في حد ذاتها - بالرغم من أنه قد تم تكريس الآلاف من الساعات والأفراد لصنع المنظمة بصفة عامة وعناصرها المحددة - بل فكرة تحرير الباحثين بحيث يتمكنوا من متابعة الأسئلة البحثية المتعدية المثيرة، والمستخرجة من العلوم العصبية والعلوم السلوكية وليس عن طريق تكليف مجموعات بتجميع الاعراض.

إن الفكرة الأساسية لقلب الـ RDoC هو تقديم إرشاد للباحثين عن كيف يبدأوا في التحدث عن أول الخطوات على الطريق الطويل والشاق والذي لا بد من اجتيازه للوصول إلى نقطة يكون فيها تصنيف الأمراض الذي يقوم على العلوم العصبية بالأمر الممكن (وأيضاً) تصميم بحثية متوسطة مثل الخطوات التي تم مناقشتها أعلى والتي تعكس حقيقة أنه لا بد من توقع بعض فترات التحول). وبالطبع يُمكن تقييم نتائج الـ RDoC بالكثير من برامج الأبحاث التي تسبق مصنوفة الـ RDoC - وبعد أن يتحرر من قيود المبادئ التوجيهية الحالية

- Blackwell, 2007: 172-98.
24. Kotchen TE. Historical trends and milestones in hypertension research: a model of the process of translational research. *Hypertension* 2011;58:522-38.
 25. Mattay VS, Goldberg TE, Fera F et al. Catechol O-methyltransferase val158-met genotype and individual variation in the brain response to amphetamine. *Proc Natl Acad Sci USA* 2003;100:6186-91.
 26. Tucker DM, Luu P, Frishkoss G et al. Frontolimbic response to negative feedback in clinical depression. *J Abnorm Psychol* 2003;112:667-78.
 27. Ford JM, Dierks T, Fisher DJ et al. Neurophysiological studies of auditory verbal hallucinations. *Schizophr Bull* 2012;38: 715-23.
 28. Tamminga CA, Stan AD, Wagner AD. The hippocampal formation in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2010;167:1178-93.
 29. Verdoux H, van Os J. Psychotic symptoms in non-clinical populations and the continuum of psychosis. *Schizophr Res* 2002;54:59-65.
 30. Gaudiano BA, Zimmerman M. Prevalence of attenuated psychotic symptoms and their relationship with DSM-IV diagnoses in a general psychiatric outpatient clinic. *J Clin Psychiatry* 2013;74:149-57.
 31. Snitz BE, MacDonald AW III, Carter CS. Cognitive deficits in unaffected first-degree relatives of schizophrenia patients: a meta-analytic review of putative endophenotypes. *Schizophr Bull* 2006;32:179-94.
 32. Craddock N, Owen MJ. The Kraepelinian dichotomy – going, going. . . but still not gone. *Br J Psychiatry* 2010;196:92-5.
 33. Lanius R, Bluhm R. A review of neuroimaging studies in PTSD: heterogeneity of response to symptom provocation. *J Psychiatr Res* 2006;40:709-29.
 34. McTeague LM, Lang PJ. The anxiety spectrum and the reflex physiology of defense: from circumscribed fear to broad distress. *Depress Anxiety* 2012;29:264-81.
 35. Wong EH, Yocca F, Smith MA et al. Challenges and opportunities for drug discovery in psychiatric disorders: the drug hunters' perspective. *Int J Neuropsychopharmacol* 2010;13:1269-84.
 - and training. *World Psychiatry* 2013;12:24-5.
 12. Wakefield JC. The perils of dimensionalization: challenges in distinguishing negative traits from personality disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2008;31:379-93.
 13. Krueger RF, Eaton NR. Personality traits and the classification of mental disorders: toward a more complete integration in DSM-V and an empirical model of psychopathology. *Pers Disord Theory Res Treat* 2010;1:97-118.
 14. Razafsha M, Behforuzi H, Harati H et al. An updated overview of animal models in neuropsychiatry. *Neuroscience* 2013; 240:204-18.
 15. Olds J, Milner P. Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and other regions of rat brain. *J Comp Physiol Psychol* 1954;47:419-27.
 16. Berridge KC. Food reward: brain substrates of wanting and liking. *Neurosci Biobehav* 1995;20:1-25.
 17. Treadway MT, Zald DH. Reconsidering anhedonia in depression: lessons from translational neuroscience. *Neurosci Biobehav Rev* 2011;35:537-55.
 18. Davis M. Neural systems involved in fear and anxiety measured with fear-potentiated startle. *Am Psychol* 2006;61:741-56.
 19. Ochsner KN, Silvers JA, Buhle JT. Functional imaging studies of emotion regulation: a synthetic review and evolving model of the cognitive control of emotion. *Ann NY Acad Sci* 2012;1251:E1- 24.
 20. Baddeley AD, Hitch G. Working memory. In: Bower GH (ed). *Recent advances in learning and motivation*, Vol. 8. New York: Academic Press, 1974:47-89.
 21. Barch DM, Smith E. The cognitive neuroscience of working memory: relevance to CNTRICS and schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2008;64:11-7.
 22. Patrick CJ, Venables NC, Yancey JR et al. A construct-network approach to bridging diagnostic and physiological domains: application to assessment of externalizing psychopathology. *J Abnorm Psychol* 2013;122:902-16.
 23. Bechtel W. Reducing psychology while maintaining its autonomy via mechanistic explanations. In: Schouton M, de Jong HL (eds). *The matter of mind: philosophical essays of psychology, neuroscience, and reduction*. Malden:
- للتشخيص - ويتجه في اتجاه جديد يتجاوز منظومة النظام الحالي. ستكون هذه النتيجة بمثابة اختبار للشجاعة العلمية والخيالية لمجتمع الأبحاث السريرية، والذي سيلعب أكبر دور في كيف تساهم الأبحاث التي تمت في روح نهج الـ RDoC في تطوير الإدراك وعلاج الاضطرابات النفسية في السنوات المقبلة.
- المراجع:**
1. Insel TR. Transforming diagnosis. www.nimh.nih.gov.
 2. Insel TR, Lieberman JA. DSM-5 and RDoC: shared interests. www.nimh.nih.gov.
 3. Belluck P, Carey B. Psychiatry's guide is out of touch with science, experts say. *New York Times*, May 6, 2013. www.nytimes.com.
 4. 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.
 5. Smith GT, McCarthy DM, Zapolski TCB. On the value of homogeneous constructs for construct validation, theory testing, and the description of psychopathology. *Psychol Assess* 2009;21:272-84.
 6. Keshavan MS, Nasrallah HA, Tandon R. Schizophrenia, «Just the facts» 6. Moving ahead with the schizophrenia concept: from the elephant to the mouse. *Schizophr Res* 2011;127:3-13.
 7. Kapur S, Phillips AG, Insel TR. Why has it taken so long for biological psychiatry to develop clinical tests and what to do about it? *Mol Psychiatry* 2012;17:1174-9.
 8. Sanislow CA, Pine DS, Quinn KJ et al. Developing constructs for psychopathology research: Research Domain Criteria. *J Abnorm Psychol* 2010;119:631-9.
 9. Morris SE, Cuthbert BN. Research Domain Criteria: cognitive systems, neural circuits, and dimensions of behavior. *Dialogues Clin Neurosci* 2012;14:29-37.
 10. McLaren N. Cells, circuits, and syndromes: a critical commentary on the NIMH Research Domain Criteria project. *Ethical Hum Psychol Psychiatry* 2011;13: 229-36.
 11. Bolton D. Should mental disorders be regarded as brain disorders? 21st century mental health sciences and implications for research

عودة مشروع المحكات الاجرائية للبحوث التشخيصية (RDoC)

**DANIEL R. WEINBERGER¹,
TERRY E. GOLDBERG²**

¹Lieber Institute for Brain Development; Departments of Psychiatry, Neurology, Neuroscience and Institute of Genetic Medicine, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, MD 21230, USA; ²Department of Psychiatry and Behavioral Science, Hofstra North Shore - LIJ School of Medicine, Manhasset, NY 11030, USA

نحن سعداء بتقديمنا الجدل الذي ثار حول برنامج الـ RDoC، وذلك لأننا نشعر بتحملنا مسؤولية ظهوره على الساحة. في حقيقة الامر، أن الفكرة الموضحة في الـ RDoC تخاطب أمر أن «الإصدارات المستقبلية لعلم تصنيف الأمراض النفسية يقوم على العلوم العصبية والعلوم السلوكية وليس الظواهر الوصفية» عن طريق تقديم «إطار عمل للأبحاث التي تقوم على الأبعاد السلوكية الأساسية التي تعتمد على الدوائر وتتخطى فئات التشخيص التقليدية» (1)، إن هذه الفكرة بمثابة امتداد مباشر للدراسات التي بدأت في فرع اضطرابات المخ السريرية التابع لبرنامج الأبحاث الجماعية للمعهد الوطني للصحة النفسية (NIMH) بمستشفى سانت إليزابيث في أوائل الثمانينات. لقد أدى هذا الكم من العمل إلى خلق برنامج يختص بالجينات والمعرفة والذهان وأيضاً برنامج يختص بالبحوث متعددة التخصصات، والذي يوحي عنوانه أن حيوية الأمراض النفسية لم ترتبط بالتسميات التشخيصية. لقد كان عمل هذا البرنامج الذي هو تعريف الآليات في المخ والتي تتمكن عوامل الخطر بواسطته من التأثير على القابلية الحيوية، كان أساس الخطة الاستراتيجية التي بدأتها الـ NIMH عام 2008 والتي تم فيها عرض خطة الـ RDoC. إن خبراتنا مع العمل الذي يشكّل الكثير من الأساس المنطقي للـ RDoC تجلب الكثير من الحماسة، لكن لماذا نحن غير متحمسين؟

في حقيقة الامر، إن الجدل بين «البنائين» والمشككين، سواء أكان ذلك في حقل علم النفس الوصفي أم في مقاييس تصوير المخ أم في علم الوراثة، مستمراً لأكثر من قرن من الزمان في مجال الطب النفسي. يدعي مشروع الـ RDoC أنه طريقة جديدة ومتقدمة للتقسيم وبعد ذلك للبناء، وذلك لأنه يجادل أن العلوم العصبية والعلوم الوراثية في الاضطرابات النفسية تفتح ساحات جديدة لهذا النوع من التقدم، يبدو هذا

الأمر مبشراً بالخير، لكن هل إعادة صياغة إعلان شهير عن الجعة في الولايات المتحدة يجعلها أفضل مذاقاً؟

نحن نرى أن الاهتمامات الأساسية بفكرة الـ RDoC ليست على أساسها التعريفي، بل بسبب اعتمادها على الموثوقية المفترضة في الأبعاد السلوكية والوظائف العصبية والوراثية، والتي تشير إليهم بكونهم من الأمور الأساسية لمراجعة التسميات النفسية. أخيراً، إن أي مراجعة للتشخيصات النفسية، والذي هو هدف الـ RDoC، لا بد أن يكون أفضل من النظام الموجود، أي أفضل فيما يخص التشخيصات في حد ذاتها؛ فالتشخيص في أول الأمر هو أداة يستخدمها الأطباء السريريون لغرضين أوليين، وهما: التكهّن بالتاريخ الطبيعي لمرض ما والتكهّن بأفضل أشكال العلاج. سيكون هذا الأمر أيضاً هو المعيار لـ RDoC، وذلك إذا كان هدفه الطويل الأمد من إحلال ممارسات التشخيص الحالية هو إدراكها.

وحتى الأبعاد الواضحة والهامة من السلوك والاسس التي تقوم على المكافئة، قد يكون لها تعقيدات غير متوقعة عند النظر إليها من خلال عدسة الـ RDoC. لقد قام جولد وآخرون (2) في دراسة دقيقة وحديثة بتوضيح أن الاعراض السلبية في حالات الفصام ترتبط بفرط تقدير التكلفة (أو الجهود) اللازمة للحصول على نتيجة. من السهل أن يعتبر المرء هذا الامر بكونه بُعد يقترح وجود «درجات» من الاعراض السلبية. قد يتصور المرء أن تظهر دراسات تقوم على تصوّر الأعصاب وتقدير التكلفة، تدخلات مختلفة من وظائف الفص الجبهي والوظائف الانعزالية وتلك المخططة.

يمثل اقتراح كوثبرت الذي يقول أن الهدف من إجراء دراسة بحث جيدة هو لفحص الأبعاد السلوكية وأبعاد الجهاز العصبي بين مجموعات التشخيص الحالية لدى الأفراد الذين لم يتم تشخيصهم نفسياً، يمثل مثل هذا الاقتراح معضلة كبيرة، مثلاً يبدو أيضاً أن الفرط في تقدير التكاليف (أو الجهود) التي تدخل حتى يتم الحصول على نتائج، بأنه «تعريف وظيفي مناسب أيضاً للكسل - كما يستخدمه أفراد عاديون - وبالتالي فالسؤال الهام الآن هو ما إذا كان هذا الأمر أو أي من أبعاد الـ RDoC يحمل ذات المعنى عند الارتباط بالفصام بوصفه فصام، أم إذا كان يتم ملاحظته بين تشخيصات أخرى وفي أطياف ما هو طبيعي

وحتى لو كان أفراد يتسمون بالكسل، وما هو أكثر من ذلك، هل ستكون الانظمة العصبية وعلوم الجينوم التي ترتبط بهذه المجموعة من السلوكيات، كما هي في كل الحالات؟ تقوم العديد من الجرائد بالتركيز على هذه القضية؛ ويقترحون مثلاً أن آليات الهالوس السمعية في الأفراد الأصحاء من ناحية الأداء (والذين يدعون «سامعي الاصوات») قد تختلف عن الآليات التي ترتبط بهذه الاعراض في حالات الفصام (3).

لقد كان من الشائع جداً الاعتقاد بأن نماذج مشابهة لنشاط المخ لدى مرضى الأمراض النفسية وفي بعض عينات الأبحاث الغير نفسية تكمن وراء أبعاد الأمراض النفسية من نوع الـ RDoC. تقوم هذه الدراسات على بروتوكولات معينة بأن الحصول على رد فعل نفسي يعتمد بصورة حرجة على السياق. وتقول واحدة من الاقوال القديمة في معجم أبحاث وظائف التصوير العصبي أن معلومات وظائف التصوير العصبي تعكس ما كان يعمل المخ أثناء بروتوكول التصوير، إلا أن التحدي الذي هو أمام الباحثين هو إدراك ما كان المخ يفعله بحق. إن معنى هذا القول هو أن نماذج إشراك الأنظمة الوظيفية للمخ أثناء خبرة التصوير، لا تعكس بالضرورة حالة معينة للمخ أو حتى حالة يمكن وصفها. ومن التوضيحات الهامة لهذا الأمر هو الافتتان الحالي بما يُسمى خبرة حالة حمول الرنين المغناطيسي الوظيفي (fMRI). حيث يُسمح للعينات، والتي تشمل عينات مختلفة من المرضى النفسيين، بالاستلقاء في بيئة الرنين المغناطيسي (MRI) المزججة والمحصورة لمدة خمسة أو عشرة دقائق، دون أن يفعلوا أي شيء. يُقال أن هذا الأمر هو حالة من الراحة، ويُسمى نموذج النشاط الذي يُرى في الأفراد الطبيعيين بعد أن يكونوا قد تأقلموا على بيئة الرنين «الشبكة الافتراضية». إن جزء من الرضى بهذا النموذج هو أنه من السهل عمل وإيجاد اختلافات بين المرضى وعينات الضوابط.

لقد تم ملاحظة أنه لدى الأفراد ذي مجموعة مختلفة من التشخيصات النفسية انحراف عن النموذج الافتراضي، وغالباً ما يُقال أنهم يُظهرون نقصاً أو شذوذاً عن الشبكة الافتراضية، وكأن هذا نوع من أنواع العيوب العصبية. من الواضح أن الإشراك أو الغياب النسبي للشبكة الافتراضية بمثابة بُعد يرتبط بصورة ظاهرية بدائرة عصبية. هل تنصير أن المرضى الذين تم تشخيصهم حديثاً بالفصام أو الأطفال الذين

يعانوا من الذاتية أو مرضى الزهايمر، قد يُظهروا نماذج مشابهة من انحرافات الشبكة الافتراضية ويشاركون بالمرض في هذا البعد؛ يبدو هذا بالأمر الجيد، لكن هل مزاقة جيد أيضاً؟ في حقيقة الأمر أنه أمر لا يُصدق أن مرضى الفصام أو الذاتية سيختبرون بيئة الرنين المغناطيسي (MRI) كما يختبره متطوع صحيح يحصل على مال مقابل هذا الأمر، ومن المحتمل أن كل منهما يختبر هذا الأمر بذات الكيفية. إن الطرق المختلفة التي يخضعون بها للتفكير والشعور بالضجة والانحصار، ستتدخل مع ما يدعى النظام الافتراضي، مما ينتج درجة مماثلة من الشذوذ في هذا البعد، إلا أنها تقوم على أسباب غير متشابهة.

تمتد جذور النهج الحالي عن الحالات إلى قرون عديدة من الملاحظات والتوضيحات المفصلة للمسارات السريرية والتاريخ الطبيعي، ويجادل الكثير من الأكاديميون عن أفضل الطرق لتقديم الحقيقة السريرية. لقد شهد أيضاً التاريخ الغني هذا ظهور العديد من الحركات المستنيرة التي أعلنت عن ذاتها لتغيير النموذج. وفي ظل غياب الاكتشافات الواضحة، تجد أن التشخيصات غير دقيقة بل ومتعددة الأبعاد، كما هو حال المجالات الأخرى من الطب. إن فكرة أن الـ RDoC بمثابة برنامج عمل للبحث ليملاً المكان في هذه الصورة المتعددة الأبعاد، بالأمر الجذاب والمثير للاهتمام، إلا أنه كنهج للمراجعة النهائية لمفهوم الحالات، لديه الكثير والكثير من المهام الصعبة.

إن واحدة من أهم المكونات الغائبة بشكل واضح في أي مخطط تشخيصي من مصفوفة الـ RDoC التشخيصي هو بُعد الوقت؛ فيعتبر الـ DSM-5 عنصر الوقت جانب ضروري لأغلب فئات التشخيص. ويُقال في علم الأعصاب أن الوقت هو أفضل خبير بتشخيص الأمراض. ويدرك الأطباء النفسيون السريريون المتمرسون أن الظواهر المقطعية مصدر للكثير من المشاكل، وما قد يبدو وسواس قهري اليوم، قد يظهر بأنه حالة من حالات الذهان غداً، وما يبدو فصام في المراحل الأولى من مسار تاريخ المريض قد يظهر فيما بعد بأنه اضطراب ثنائي القطب. وإذا تم التعامل مع هذه الأمثلة بحسب أبعاد الـ RDoC قد لا تكون النتائج جيدة، وهذا على أقل تقدير. في حقيقة الأمر، يحدث أنه يوجد الكثير من التراكيب الظاهرية وبالطبع الجينية فيما ندعوه الفصام وما ندعوه الثنائي القطب، ويُشارك المرضى في هذه الفئات العديد من أبعاد الـ RDoC، والأمر الذي لا يقبل الجدل هو أن الليثيوم بمثابة علاج معجزي للمرضى أصحاب التشخيصات الأخيرة، وهذا مثل أي علاج آخر في الطب النفسي، إلا أنه بلا تأثيرات مضادة للذهان للمرضى ذي التشخيصات الأولى.

هناك دليل جيد بأن التشخيصات في حد ذاتها بمثابة بناية اجتماعية وتعتمد على أين تُعمل البعض من البدايات الاعتباطية لنداء الحالة في سلسلة متصلة (4)، لطالما كان نظام الـ DSM يوضح أن الاعراض لا تكفي لعمل تشخيص سريري، فلا بد أيضاً من وجود ضعف ما؛ فالداء والضعف أو التسوية الوظيفية مفاهيم لا تنقسم عن بعضهما البعض. وبغض النظر عن الظواهر الشهيرة يؤدي المرض إلى ضعف، وحتى بين الضعف المعرفي المتوسط وأمراض الزهايمر، هناك منطقة رمادية. كان يُظن أن الطريقة الغير منحازة للنظر إلى الاعراض والمعرفة وغيرها، والتي تتضمن أبعاد حرة من حيث البدايات، بأنها بديلاً شرعياً، لكن يفشل هذا الأمر في اعتبار الاختلافات الجديرة بالذكر في النهايات الحادة من الأطياف التي قد تتضمن العديد من الأبعاد وأيضاً احتمالية أن ينمو «مرض» بيولوجياً الأعصاب.

ليس من المعقول أن نقول أن التشخيصات النفسية غير جيدة وذاتية ولا تقوم على الفيزيولوجيا المرضية أو علم مسببات الأمراض، وأن هذا المجال أمام مستقبل ستكون هذه الأمور فيه بالأمر الصعب. يتقابل الممارسون النفسيون مع مرضى من العالم الحقيقي ويعانون من مشكلات حقيقية، ولا تحمل قراراتهم نماذج الـ FMRI والروابط الوراثية الضعيفة؛ بل يستخدمون تشخيصات لمساعدتهم على ترتيب الصورة السريرية المعقدة.

يدرك أغلب الأطباء السريريين أن التشخيصات التي يقوموا بتطبيقها نسبية، حتى أنهم يشيرون إلى اعراض وليس إلى كيانات مرضية معينة، ولا يعيرون عن حدود معينة. إنهم يدركون أن تشخيصاتنا بمثابة بنايات وأن المرضى لا يعانون من فصام أو اضطرابات ثنائية القطب في حد ذاتها، بل هي مجرد التشخيصات التي تُقدم لهم. يبدو أن لهذه الحقائق باحثين مندهشين، ويعرف الكثير منهم للأسف عن الأمراض النفسية فقط مما يطلعون عليه في الأبحاث أو على شاشات الحاسب الآلي.

إن النهج الحالي الذي نتبعه في التشخيصات النفسية هو نتيجة قرون عديدة من الخبرات السريرية العميقة وجدل العلماء، ويقدر بساطته إلا أنه آلة عملية ونافعة من الناحية السريرية والتي قد ساعدت في تحول علم النفس من كونه شخصي وتصنيف للأعراض السريرية يقوم على الانطباع إلى كونه تعريفات موضوعية وقوية من الناحية التشخيصية. سيتم تعزيز هذا المجال بنظام أفضل، وهكذا أيضاً العديد من مجالات الطب، إلا أنه لا بد من اعتبار تبني ظاهرة بديلة بحذر ولا بد أن تنتج أمراً أفضل مما هو متاح لدينا، ويعني هذا الأمر أن يكون الإنتاج قيماً أكثر من الناحية السريرية لكلاً من

الممارسين والمرضى.

نحن نعتقد أنه سيتم إطلاق الـ RDoC إلى البعض من الباحثين، وذلك لأنهم سيتشجعون نحو التحرك إلى ما بعد التشخيصات الحالية في تشكيل مشاريع الأبحاث السريرية، فهل يتطلب هذا الأمر مبادرة كبيرة من جانب الـ NIMH لتشارك في اختيار عملية استعراض المنحة ولأن لديها النتائج الغير مقصودة التي تتمثل في تخفيض الإبداع من جانب تفويضها وأيضاً احتمالية تعريض الممارسات السريرية للخطر؟ قد يأمل البعض أن الباحثين والأطباء السريريين على حد واحد يستمرون في التفكير بطرق جديدة وأيضاً يدرسون طرقاً فعالة لحل المشكلات القديمة بدون أن تخبرهم الـ NIMH أنهم لا يعملون على هذا الأمر.

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. Gold JM, Strauss GP, Waltz JA et al. Negative symptoms of schizophrenia are associated with abnormal effort-cost computations. *Biol Psychiatry* 2013;74:130-6.
3. David AS. Why we need more debate on whether psychotic symptoms lie on a continuum with normality. *PsycholMed* 2010; 40:1935-42.
4. Gomar JJ, Bobes-Bascaran MT, Conejero- Goldberg C et al. Utility of combinations of biomarkers, cognitive markers, and risk factors to predict conversion from mild cognitive impairment to Alzheimer disease in patients in the Alzheimer's disease neuroimaging initiative. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68:961-9.

الكابوس الذي يواجهه وبتجنيستين : لماذا تحتاج شبكة مشروع المحكات الاجرائية للبحوث التشخيصية (RDoC) إلى بُعد مفاهيمي

JEROME C. WAKEFIELD

School of Social Work and Department of
Psychiatry, New York University, New York, NY
10003, USA

يحاول الـ RDoC مواجهة المشكلة الوجودية التي تواجه الطب النفسي، وهي أن الطب النفسي مجال من مجالات الطب، وذلك إذا كانت الاضطرابات النفسية بالأمر الذي يُمكن إدراكه مثل اضطرابات المخ، إلا أن اضطرابات المخ تقع في فئة الأمراض العصبية. يحاول الـ RDoC حل هذه المعضلة، وذلك بتعريفه لضعف دائرة المخ بكونها مجال متميز في الطب النفسي؛ فيقوم «إطار عمل الـ RDoC بتعريف الأمراض النفسية، مثل اضطرابات المخ، على نقيض الاضطرابات العصبية مع الاصابات التي يُمكن تعريفها. ويُمكن مخاطبة الاضطرابات النفسية باعتبارها اضطرابات في دوائر المخ» (1). يقوم الـ RDoC بما هو أكثر من ذلك، وذلك بأنه يحدد أوار دوائر المخ في شبكة من مستويات وأبعاد التحليل والنمو، والتي تقترح أن تقوم هذه الأمور بإحلال فئات الـ DSM/ICD بتشخيصات أكثر شرعية.

لقد أشتهر وبتجنيستين بقوله، «أنه يوجد في علم النفس وسائل اختبارية وخط مفاهيمي ... فيجعل وجود وسائل اختبارية أن نظن أننا نملك الوسائل لحل المشاكل التي تورقنا، هذا بالرغم من أن المشكلات والوسائل تمر الواحدة تلو الآخر» (2). إن الـ RDoC بمثابة تعبير نموذجي لمفاهيم وبتجنيستين؛ فهو يربط برنامج بحث تجريبي طموح بإطار عمل مفاهيمي ضعيف جداً بحيث يكون من الصعب تخيل النجاح. أقدم فيما يلي البعض من التحديات المفاهيمية الواضحة للـ RDoC.

يقوم الـ RDoC بتبني صلاحية بناية دوائر المخ، وذلك بدون مخاطبة الصلاحية المفاهيمية، وبالتالي فتكون العلاقة بينه وبين الـ DSM/ICD خاطئة. يري الـ RDoC عناصر فشل الـ DSM/ICD عندما يأتي إلى صلاحية بناية (أي تعريف كل تشخيص خاص بفئة واحدة من مسببات الأمراض)، إلا أنه يفشل في تقدير الدور الأساسي للـ DSM/ICD في شرعية الأمراض النفسية. يقوم الـ DSM/ICD بتعريف الحالات التي تقع في قائمة مفاهيم الاضطرابات، وذلك بالحكم على سطحية الاعراض والحالة والخلفية المعرفية للوظائف البشرية الطبيعية. إن التمييز

الصحيح بين الاضطراب والطبيعة هو ما قد أسميته الشرعية المفاهيمية. إن الشرعية المفاهيمية بالأمر المستقل عن شرعية البناء، بحيث يُمكن أن تتضمن فئات اضطراب الـ DSM/ICD عشرة اضطرابات مختلفة، وبالتالي يفترق إلى شرعية البناء، بل يكون شرعي بصورة مفاهيمية إذا كان يتضمن فقط الاضطرابات، ويُمكن أن يكون بناية شرعية بل يعرف حالات غير الاضطرابات، وبالتالي لا يكون شرعياً من ناحية المفاهيم. لقد كان أغلب النقد الموجه إلى الـ DSM-5 اتهامات لغياب الشرعية المفاهيمية وأن الفئات تتضمن اختلافات طبيعية، لكن مهما كانت أخطاء الـ DSM/ICD إلا أنه يبقى محاولة لتخطيط مجال الحالات النفسية التي تقع تحت مفهوم الاضطراب. لا يقدم الـ RDoC أي شيء لإحلال جهود الـ DSM/ICD لتخطيط مجال الاضطرابات وتقديم هدف يُمكن أن تستهدفه شرعية البناء، بينما يقدم الـ DSM/ICD التوجيه الهام والوحيد إلى أي حالات ينبغي على الـ RDoC أن يشرحه فيما يخص دوائر الضعف.

لا يُعير الـ RDoC اهتماماً كافياً بالسياق. تشمل شبكة الـ RDoC التأثيرات البيئية، لكن يعني الـ RDoC بهذا الأمر عوامل خطر بيئية، مثل الصدمات التي حدثت في فترات الحياة الأولى وروابط علاقات التعلق التي تتسم بالتوتر، وهي الأمور التي تؤثر على مسار نمو الاضطراب. لا يوجد في شبكة الـ RDoC تمييزاً مناسباً بأن الآليات النفسية البشرية مُصممة بصورة حيوية لتستجيب بصورة حساسة للسياق الاجتماعي والبيئي. ولا يُمكن أن تكون خطة تشخيصية صالحة بدون تشكيل العديد من المراجع السياقية في فئات التشخيص، كما يفعل الـ (DSM 3).

يتحير الـ RDoC في أمر أي من المعنيين الخاصين «بمسببات الأمراض» ذات الصلة بتشخيصات الاضطرابات، فسيعمل في نهاية الأمر علم مسببات الامراض على تمييز الاضطرابات، ولهذا عندما يتم اكتشاف العديد من مسببات الأمراض في كيانات التشخيص التي تم توحيدها سابقاً، ستنقسم إلى العديد من الاضطرابات، كما في التطورات الحديثة التي تخص سرطان الثدي، لكن ما هو علم مسببات الأمراض؟ في سياق الاضطرابات النفسية، «علم مسببات الأمراض» بالأمر الغامض وذات معاني أوسع واضيق (4)؛ ففي المعنى الأوسع، يشير «علم مسببات الأمراض» إلى القصة العرضية التي

يحدث بواسطتها الاضطراب. يُمكن أن تتضمن مثل هذه السجلات العرضية أي أمر قد أدى إلى اضطراب، والتي تشمل عوامل خطر وأحداث بيئية واختلافات وراثية عامة وغيرها من العوامل التي لا تكون في حد ذاتها اضطرابات بل جزءاً من المسار الذي أدى إلى حدوث اضطراب. تقوم الـ RDoC بدراسة مسار النمو بالكامل الذي يؤدي إلى اضطرابات - وهذا كما أُستدل عليه في شبكته - مما يجعله يتبنى ما أدعوه نهج «حوض المطبخ»، والذي يؤديه البعض من اصحاب النظريات المكافحين للجوهريّة (5,6)، وبالتالي فيشتمل التشخيص على السجل الكامل لعوامل الخطر المساعدة والتي قد تسببت في الاضطراب في التشخيصات الجامعة. تتمثل المشكلة في أن أغلب هذه العوامل طبيعية بصورة مذهلة، ولا يتماشى أمر إدخال هذه العوامل في التشخيص مع ما نلظنه عن الاضطراب بأنه ضعف وظلفي ضار (7) وهو غالباً ما يكون عن الفوائد التشخيصية مثل تسجيل «الجابية» عند محاولة توضيح انفجار طائرة. يهتم التشخيص بعلم مسببات الأمراض بالمعنى الضيق؛ فمن بين العدد الكبير من العوامل العرضية، ما الخطأ الذي حدث؟ أي ما هو الضعف الحالي المسؤول عن الاعراض؟ ينفع علم المسببات الواسع في أمر الوقاية، إلا أنه لا ينفع في أمر التشخيص أو العلاج؛ فقد يُصاب المرء بالكوليرا من شربه لماء ملوث، لكن بعد أن تحدث الإصابة، يكون التشخيص والعلاج مشتملا على التعريف والقضاء على العامل المسبب، ويبقى إمداد الماء متعلقاً بالأمر فقط فيما يخص الوقاية من تكرار الإصابة المستقبلية.

التأكيد الغير كافي على مركزية المعنى وعلى التجارب الواعية. وحتى إذا أظهرت التجارب أن الاستثنائية البشرية خطأ، لا يزال نظام المعاني البشرية كياناً معقداً بشكل فريد، لكن المعنى هو خبرات شخصية ويعمل الـ RDoC على التقليل من التمثيلات النفسية، فيما عدا دخولهم على المجالات «الفكرية» والتي - في ظل التأكيد على الدوائر - تبدو جزءاً من تعريف الحقائق. إلا أن المعاني بالأمر الحقيقي ووظيفتهم بمثابة جزء من تصاميمنا الحيوية. هناك شيء أقل من الناحية الطبية في التعامل مع عمليات المعنى المختلفة. إن الذي يجعل الـ RDoC هذا مخطئ بل وسبباً للكثير من الإشكالات هو عدم ثبات السلوك تحت القليل من التضارب في نظام المعاني. إذا حدث أن نشطت دوائر الرغبات الجنسية - باستثناء اعتقاد

واحد إضافي، مثل، «هذا خطأ لأني متزوج» أو «قد يكون/ تكون يعاني من أمراض تناسلية» - قد يتجاوز المرء هذه الدوائر ويُغيّر من سلوكياته. لقد كانت «الفضائل» التقليدية ببساطة هي تلك الإمكانات لمقاومة الميول البيولوجية الطبيعية، والتي تقوم على الاعتقادات بما هو صحيح. بالطبع تهتم كل هذه الظواهر بالدوائر النشطة التي تهزم الآخرين، إلا أننا لسنا قريبين من إدراك كيف نعرف ونقيّم قوة الاعتقادات الفردية عند مستوى المخ والتي تتفاعل مع تنشيط الدوائر المعيارية. يضع هذا الأمر حدوداً على مدى التكهن الذي قد يصل إليه الـ RDoC.

الخلط بين التنشيط العالي للدوائر والاضطرابات. إن الأمر الخبيث بصفة خاصة هي الفكرة الكسولة بأن الاضطراب هو تنشيط عالي للدوائر؛ فيدرك كل إنسان أختبر الخوف من خطر وشيك أو أختبر الشعور بالنشوة الجنسية، أن هذا الكلام ليس صحيحاً. قد يعترض شخص ما ويقول أن الـ RDoC يرى التنشيط الشاذ أو الضعيف بكونه مضطرباً، لكن وبحسب الكيفية التي تختار بها أبعادك، يُمكنك أن تجعل أي شيء شاذاً؛ فمن الطبيعي إحصائياً أن تنام، إلا أن تنشيط الدوائر أثناء النوم يكون منحرفاً بصورة عالية عن حالات الدوائر الطبيعية عند اليقظة، وهو ضعف اجتماعي عالي. ولن تخبرك أي خلية للـ RDoC أن النوم هو حالة مُصممة بيولوجياً وليس اضطراباً، ولهذا الأمر أنت تحتاج إلى بُعد تطوري، وهو بالأمر الغائب في الـ RDoC. فهل يعاني الطفل المتململ والذي يكون مخرباً وضعيفاً في الأعمال المدرسية من ضعف آليات التركيز أم هو طبيعي ويتصف بكونه كثير الطاقة ومحصور في بيئة المدارس الحديثة التي تتسم بفرط التقيد؛ في كلا الحالتين، يختلف مخ وسلوكيات الطفل المتململ عن مخ وسلوكيات الأطفال الآخرين. يتطلب تقييم هذه الافتراضات البديلة فهماً لمفهوم الاضطرابات فيما بعد تنشيط ضعف المخ المنحرف إحصائياً.

قد لا تخرج النقاط الفاصلة للاضطرابات الشرعية من أبعاد الـ RDoC التجريبية وحدها. تستشهد الـ RDoC بالأمثلة المعيارية من ارتفاع ضغط الدم وارتفاع نسبة الكوليسترول، وذلك لتوضيح أن الأبعاد بمثابة نهج طبية علمية. إن هذه الأمور جدلية في حقيقة الأمر، وذلك فيما يخص اضطراباتهم بالمقابل مع حالة عوامل الخطر وأن الأغلبية الكبيرة من الحالات المرضية فتوية. إن الفكرة التي تقول أن الشرعية المفاهيمية ستخرج من التجريبية، بالأمر التذكيري للاقتراح الذي قاله الدكتور ريجير، وهو أن الـ DSM-5 سيجعل عامل

الشدة بُعداً وبالتالي ستخرج النقاط الفاصلة الشرعية من الناحية المفاهيمية، لكن تهاجم الكثير من المشكلات هذه الاستراتيجية؛ أولاً أن عامل الشدة ليس دائماً مقياساً للاضطراب (فآلام الولادة والأمية وحالات الحزن الطبيعية أكثر شدة من آلام التهاب المفاصل وعسر القراءة البسيط واضطرابات الاكتئاب البسيطة، بالتوالي، إلا أن الأولين طبيعيين والآخرين اضطرابات). ثانياً، لا تظهر دائماً النقطة التي تصبح عندها الخصائص البعدية اضطراباً بأنها تحول حرفي، بل قد يتطلب بدلا من ذلك نظرية لتعريف الحدود المفاهيمية الكامنة.

يُعرف الـ RDoC التشخيصات بحسب عوامل الخطر المشتركة، إلا أن خطر الاضطراب ليس اضطراباً، لا يعني بالضرورة تشارك عوامل الخطر أن اضطرابين هما ذات الاضطراب (بالرغم من أن هذا قد يحدث في بعض الأحيان)، مثلاً، إن حقيقة أن الأفراد ذوي استعداد وراثي عالي للإصابة بأمراض عصبية أمام خطر أكبر لأن يتطور لديهم حالات اكتئاب حادة واضطرابات قلق عامة (8)، لا يعني أن هذين الاضطرابين هما ذات الاضطراب؛ فقد يكون فيهما حالات ضعف متباينة، أحدهما عامل الخطر الوراثي الشائع. لا بد أن يكون هذا الأمر واضحاً في مجال الاضطراب النفسي؛ فحقيقة أن التدخين عامل خطر للإصابة بالسرطان وأمراض القلب، لا تعني أن هذه الأمراض مرض واحد أو أنهم حتى اضطرابات متشابهة.

يوضح الـ DSM-5 كيف أن الجهود الحسنة النية قد تكون خاطئة إلى حد كبير إذا كان هناك أخطاء مفاهيمية. من الأمور الغريبة جداً هو أنه يبدو أن الـ RDoC يُكرر أخطاء الـ DSM-5؛ فقد رفضت قيادات فرقة العمل الخاصة بالـ DSM-5 اقتراحاً للجنة المفاهيمية لتوضيح الافتراضات المفاهيمية ومخاطبة الجدل المفاهيمي (9)، وقد كانت اعتراضات الـ DSM-5 مفاهيمية بشكل أساسي.

تتشارك كل العمليات النفسية في خلايا المخ، وبالتالي فلا بد أن تكون الاضطرابات النفسية اضطرابات مخية، وقد تأكدنا كثيراً من هذا الأمر. يقترح التشابه ببرامج الحاسوب/ أجهزة (تشتغل البرمجيات بداخل الأجهزة إلا أنه ليس كل عيوب البرمجيات هي عيوب في الأجهزة التشغيلية) أن الاستنتاج بالأمر الغير شرعي، لكن وحتى مع قبول الاستنتاج تبقى حقيقة أن كل العمليات النفسية الطبيعية تحدث بالنسوي في خلايا المخ، وبالتالي فإن دراسة المخ لا تتجنب التحديات المفاهيمية التي تتمثل في التمييز بين الاضطراب والحالات الطبيعية، بل هو يزعج بها إلى الداخل. يفترض الـ RDoC

إلى أي مكوّن مفاهيمي جاد بإمكانه توصيل التجارب الطموحة في المشكلات المفاهيمية للتشخيص الذي تهدف إلى حله.

المراجع:

1. Insel T, Cuthbert B, Garvey M et al. Research Domain Criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *AmJ Psychiatry* 2010; 167:748-51.
2. Wittgenstein L. Philosophical investigations. Oxford: Blackwell, 1953. 3. Wakefield JC, First MB. Placing symptoms in context: the role of contextual criteria in reducing false positives in DSM diagnosis. *Compr Psychiatry* 2012;53;130-9.
4. 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.
5. Kendler KS. Levels of explanation in psychiatric and substance use disorders: implications for the development of an etiologically based nosology. *Mol Psychiatry* 2012; 17:11-21.
6. Kendler K, Zachar P, Craver CF. What kinds of things are psychiatric disorders? *PsycholMed* 2010;41:1143-50.
7. Wakefield JC. The concept of mental disorder: diagnostic implications of the harmful dysfunction analysis. *World Psychiatry* 2006;6:149-56.
8. Kendler KS, Neale MC, Kessler RC et al. Major depression and generalized anxiety disorder. Same genes, (partly) different environments? *ArchGen Psychiatry* 1992; 49:716-22.
9. Kendler KS, Appelbaum PS, Bell CC et al. Issues for DSM-V: DSM-V should include a conceptual issues work group. *AmJ Psychiatry* 2008;165:174-5.

DOI 10.1002/wps.20097

هل يُعجل مشروع المحكات الاجرائية للبحوث التشخيصية (RDoC) من انحدار القيادة الأمريكية العالمية في مجال الصحة النفسية؟

MICHAEL R. PHILLIPS

Shanghai Mental Health Center, Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai, China; Departments of Psychiatry and Global Health, Emory University, Atlanta, GA, USA

تخصيص المصادر المالية وغيرها من المصادر التي تتساوى في أهميتها مع المجتمعات الصحية، لمشكلات الصحة النفسية. توضح نتائج إصدار عام 2011 من الدراسة الجديدة للعبء العالمي للمرض (GBD) الأهمية المتزايدة لمشكلات الصحة النفسية كمكون هام من صحة العامة في الدول عالية الأجر والدول المتوسطة الأجر وأيضاً دول الأجر المنخفضة (1,2). لقد قدمت جمعية الصحة العالمية في مايو من عام 2013 - وهو الاجتماع السنوي لمنظمة الصحة العالمية (WHO) لوزراء الصحة من كل أنحاء العالم - مبادرة كبرى في الصحة النفسية، وهي خطة عمل الصحة النفسية من عام 2013 وحتى عام 2020 (3).

وعند هذه المرحلة الهامة للصحة النفسية، أعلنت مبادرة الـ RDoC الخاصة بالمعهد الوطني الأمريكي للصحة النفسية (NIMH) أن الاسس التقليدية لتعريف مشكلات الصحة النفسية - تشخيصات الـ ICD والـ DSM - معيبة بصورة كبيرة وتحتاج إلى إعادة تشكيل (4). وبالرغم من التصريحات التي على العكس من ذلك (5,6) إلا أن الرسالة المستفادة من مبادرة الـ RDoC لمجتمع الصحة النفسية هي أن الجهود الكبيرة التي تضعها جمعية الطب النفسي الأمريكية في تشغيل الـ DSM-5 وجهود منظمة الصحة العالمية التي لاتزال تتوسع لتؤسس قسم الصحة النفسية للـ ICD-11 الآتي، مضلة وذات فائدة قليلة لترويج الصحة النفسية.

إذا كان هذا الصراع الشديد يؤخذ بصورة جادة من جانب جمعية الـ GBD وأيضاً وزراء الصحة في دول القيادة، سيتمكن وضع الـ NIMH من جعلهم يُعيدوا التفكير في الاساس المنطقي للحث على مد جهود الصحة النفسية. تقوم معلومات الـ GBD عن الأمراض النفسية على دراسات وبائية باستخدام فئات تشخيص الـ DSM ومكون هام من خطة الصحة النفسية العالمية التابعة لمنظمة الصحة العالمية، وهي برنامج فجوة الصحة النفسية (7) الذي يقوم على تقديم وسائل علاج للمجموعة الأساسية

للحالات التي تم تعريفها بالـ ICD. إذا كانت اكتشافات الـ GBD وتدخلات منظمة الصحة العالمية المقترحة تقوم على بنايات معيبة، فلماذا لا ننتظر حتى ينظم مجتمع الصحة النفسية منزله قبل توزيعه للمصادر النادرة للتعامل مع هذه المشكلات؟

بالرغم من أن مبادرة الـ RDoC تحظى بالكثير من الإعجاب من الناحية الفكرية (من جانب علماء الأعصاب)، إلا أن المسارات العالمية للصحة النفسية لا تستطيع تمييزها. يطالب العالم ويصخب حلولاً للمشكلات السريرية والإدارية التي تحد من إمكانية الدخول على مراكز العناية وأيضاً تحد من جودة العناية لعدد كبير من الأفراد الذين يعانون من مشكلات صحية (8). سيعمل تركيز تمويل الـ NIMH العالي المستوى على الهدف البعيد المدى لتأسيس فئات تشخيصية تقوم على أسس حيوية - والتي قد تثبت في نهاية الامر أن هذا الأمر مستحيل لنسب عالية من الأفراد الذين نعالجهم في الوقت الحالي - على إبعاد الجهود البحثية للـ NIMH من الاهتمام المركزي للأطباء النفسيين والإداريين في مجال الصحة النفسية، وبصفة خاصة هؤلاء في دول الأجر المتوسطة ودول الأجر المنخفضة.

لن يقوم العالم بطرح نظام التشخيص الحالي للأمراض النفسية التي تقوم على سلطة الـ NIMH، فهناك احتياج إلى أدلة مقنعة بأن أي تغييرات كبيرة مُقترحة ستعمل على تطوير النتائج. وإذا كان هناك ضرورة لنهج إضافي فهو أن تقوم الـ NIMH بتأكيد الاحتياج إلى تعريف قياسات العلوم العصبية البُعيدة، وذلك للمساعدة في تطوير وسائل علاج مَهْدفة بصورة أكثر للأفراد الذين تم تصنيفهم بحسب أنظمة التشخيص الحالية. سيسمح هذا الأمر للبحث لأن يظل مرتبطاً باحتياجات الاطباء النفسيين وأنظمة العناية الصحية (التي تحتاج إلى تشخيصات ثابتة للأداء)، وبالتالي يستمر في الحصول على الدعم السياسي اللازم للحصول على تمويل مستمر. وبمجرد أن يعطى هذا النهج أدلة على قدرته على تطوير العلاج بواسطة تعريف مجموعات فرعية معينة في فئات التشخيص الحالية، ستكون الـ NIMH بعد ذلك في وضع يُمكنها أكثر جداً لاقتراح تغييرات في نظام التشخيص الذي يركز على إعادة تقسيم الحالات في مجموعات تستجيب لتدخلات شبيهه (أو يُمكن منعها بواسطتها).

إن نظام التشخيص هونائج ثقافي في المقام الأول ومحاولة المجتمع لتقديم معنى وتصنيف الظواهر التي تحظى بالاهتمام بطرق تسهل التكهن - وربما - تغيير النتائج المستقبلية. تُشارك العديد من المعاهد في المجتمع - فكرياً وثقافياً واجتماعياً واقتصادياً وعلمياً - في عملية التصنيف وإدارة الحالات الصحية التي تُعتبر انحرافات عن «الطبيعية». إن البحث العلمي هو واحد من العديد من الأمور صاحبة المصالح في هذه العملية، ولا تعمل بصورة منفصلة عن الأمور الأخرى صاحبة المصالح؛ أي كلا من نتائج البحث العلمي عن الصحة واستغلال هذه النتائج التي تتأثر بصورة كبيرة بالبيئة الاجتماعية والاقتصادية التي قد نشأت وتُستخدم فيها. إن تضمن نطاق واسع من أصحاب المصالح في عملية تطور كلا من الـ DSM-5 والـ ICD-11 بمثابة مثال واضح عن هذه العملية، وعلى النقيض من ذلك، ستحاول مبادرة الـ RDoC أن تطور نظام تشخيص بالقليل من الإدخالات - كلما أمكن الأمر - من غير علماء الأعصاب: إن الرسالة الغير ضمنية هي أن الحقائق الاقتصادية والعوامل الاجتماعية والتفضيلات الثقافية لا بد أن تنتظر حتى يكتشف علماء الأعصاب «الحق» وبعد ذلك تتفق وفقاً لذلك. إن النهج البيولوجي الاخرتالي سانج فيما يخص دور الأنظمة التشخيصية في العالم الحقيقي؛ فلا بد أن يخدم النظام التشخيصي الاحتياجات التي تتغير باستمرار لكل أصحاب المصالح، وما هو أكثر من ذلك أن احتياج أصحاب المصالح هؤلاء إلى أن يكونوا منتمون لعملية تطوير التكرار المتتالي لنظام التشخيص، وليس أن يكونوا كالمترجمين.

هل يقوم ممولون الصحة النفسية الكُبار في الدول الأخرى باتباع الـ NIMH على طول طريق الـ RDoC؟ لقد سمحت قوة الولايات المتحدة الاقتصادية في الماضي وقدرتها على جذب المتخصصين القيايين من حول العالم، أن تحافظ على قيادة فكرية في العديد من المجالات، والتي تشمل الصحة النفسية، لكن بينما تزيد دول الدخول المتوسطة بصورة تدريجية من تمويل أبحاثها للصحة النفسية وتزيد غيرها من دول الأجر العالية من تمويل مشاريع الصحة النفسية المتعددة الجنسيات، ستخفف حتماً مشاركة الـ NIMH النسبية في التمويل العالمي لأبحاث الصحة النفسية.

وبينما يحدث هذا الأمر، يُحتمل أن يصبح القادة الفكريون في مجال الصحة النفسية متعددي الأقطاب، لكن يبقى الأمر في الوقت الحالي غير واضح فيما يخص كيف أن هذا التغيير التدريجي في الحرس سيؤثر على الأولويات في أبحاث الصحة النفسية العالمية.

المراجع:

إن الدعوات الإنذارية للإصلاحات البيولوجية للمشكلات البيولوجية النفس اجتماعية قد قادت البحث الطبي للعديد من العقود، وبالتالي فقد يتبع أولويات البحث في الصحة النفسية في الدول الأخرى نداء الـ NIMH، إلا أن التأكيد الجديد على عبء الصحة العامة للاضطرابات النفسية التي أكدها اكتشافات الـ GBD وضرورة الاحتياج إلى حل هذه المشكلات الضاغطة التي تؤكدتها خطة الصحة النفسية التابعة لمنظمة الصحة النفسية، قد يعمل على استمالة بعض الدول إلى الخروج من الـ NIMH عند مرحلة الـ RDoC وتخصيص النسب المتزايدة من تمويل أبحاث الصحة النفسية إلى المشكلات العالمية

CAROL A. TAMMINGA

Department of Psychiatry, University of Texas Southwestern Medical School, Dallas, TX, USA

تنمو العلوم العصبية في أبحاث الطب النفسي بمعدلات غير مسبوقه، وذلك في كلا من معرفة الحقائق وتطوير فهمًا أليًا على مستوى الجزيئات والمشبك والخلية وأيضًا الجهاز العصبي. وبينما أنه قد مر على ذلك 20 عامًا فقط، إلا أننا قد تحدثنا عن وظائف المخ بكونها «الصدوق الأسود»، ونحن ندرک اليوم العديد من أبعاد ووظائف المخ، وذلك بصورة آليّة، وبصفة خاصة حيث تدعم خصائص السلوكيات الجزيئات وعلم وظائف الأعضاء (1). لا تنمو المعرفة فقط في العلوم الوراثية ووظائف المشبك، بل أيضًا في تعريف مسارات الإشارات البعد مشبكيه وآليات الإدراك والتعديلات الجينية وأنظمة العلوم العصبية، وهذا ليس إلا القليل جدًا من المجالات.

يواجه العلماء المتعديون تحديات تتمثل في مواكبة التكنولوجيا الحديثة المتعلقة بالأمر، ومن الجيد أن إداريين العلوم يفكرون في أمر تحفيز المجال حتى يستخدم المعرفة الأساسية لغرض إدراك ووظائف المخ الطبيعية ولتعريف القلق الذي يسببه الداء في الحالات المرضية. ليس هناك أفضل من هذا الوقت لتنمية العلوم العصبية أو لتطوير العلامات الحيوية والاهداف الجزيئية لأمراض المخ. يتحدى نظام الـ

التي تتمثل في إمداد نطاق الخدمات وجودتها واستخدامها. إذا حدث هذا الأمر، سيسرع الانحدار البطيء للقيادات الفكرية الأمريكية في الصحة النفسية العالمية.

1. Vos T, Flaxman AD, Naghavi Met al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2012;380: 2163-96.
2. 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.
3. World Health Association. Mental Health

الأقتراب إلى العلوم العصبية البشرية بغرض إدراك المرض

لكن كيف يرتبط القلق الخاص بالأنظمة الطبيعية التي تقوم على البشر بأعراض نفسية؟ مرة أخرى، هذه هي الكيفية التي يدخل بها نظام الـ RDoC. إن الأمر الذي يساهم به إطار عمل الـ RDoC هو نظام لتشغيل وتصنيف الحقائق الخاصة بالمخ بينما ترتبط بحالات سلوكية أساسية قاطعة ووهمية، تاركة تعريف هذه التشخيصات في علم أمراض المخ. من الخطأ تصوّر الـ RDoC بكونه نظام تشخيصي، بل هو نهج لتصنيف المعرفة المخية لجعلها ذات صلة بالأنظمة الوظيفية وتلك الأنظمة ذات خلل وظيفي في المخ، والتي ترتبط بنتائج سلوكية. إن الـ RDoC غير مستعد لتحويل التشخيصات النفسية لكل الأغراض العملية التي تُستخدم لها الـ RDoC والـ DSM، بل يجذب نظام الـ RDoC الانتباه إلى الاحتياج الأساسي في العلوم العصبية المتعدية والذي يتمثل في التشخيصات، وذلك لتأسيس التشخيصات على إدراك المرض وأيضًا لربط التطور في الأهداف الجزيئية بفيزيولوجيا مرضية مفصلة ومشروحة.

يتضح التأكيد في المقالة التي كتبها كوثيرت عن تطوير نهج بعدي في الأمراض النفسية في مجال الذهان، وذلك من جانب شبكة الثنائي القطب والفصام لمشروع وساطة النمط الظاهري (BSNIP). وقد تم عمل إشارات «للذهان» في الأبحاث منذ عدة سنوات، مما جعلها تخلق توقعات لتدخلات قابلة للقياس

RDوC كل عالم من علماء المخ يركز على الأمراض النفسية لغرض تجميع وتطبيق حقائق المخ المتعلقة بالأمر وذلك لإفادة إدراك الأمراض الآلية (2).

يوجد في الوقت الحالي الكثير من النهج لاختبار ووظائف المخ في أجسام بشرية حية، وذلك بصورة تشريحية وجزيئية وظاهرية، مما يسهل قياس السلوكيات البشرية التي تقوم على المخ (3). إن المعرفة بمثابة مثال جيد على هذا الأمر، حيث أنه يُمكن تقييم الإمكانية المعرفية بصورة اختبارية، وهي غالبًا ما تستخدم لعمل استدلالات عن وظائف المخ ذاته. أما النهج الأخرى، مثل تصوير المخ البشري والتحليل المحتمل والمثارة مع الرسم الكهربائي للدماغ (EEG)، تستخدم مقاييس لجزيئات المخ وأنشطة أيضية أو كهربائية، وذلك لتمثيل الأنشطة العصبية على الصعيد الإقليمي، وبالتالي أيضًا، تستخدم بعض النهج الاختبارية أنسجة مخية من أجسام ميتة، وذلك لعمل تحاليل نسيجية أو جزيئية مباشرة، ولو كان ذلك في أنسجة مخية تخص أموات. من الممكن أن تكون التعبيرات الجينية الإقليمية والتي تشغل البروتينات - أو الخلايا الإقليمية، بالأمر الحرج، وذلك لتصويرها ووظائف مخية معقدة وأيضًا بسبب ضعفها الإقليمي في المرض، بل ويُمكن أن تساهم النماذج الحيوانية - في حال التحقق منها جيدًا - في نماذج اختبارية مُثبتة.

المراجع:

1. CharneyDS, BuxbaumJ, SklarP et al. Neurobiology of mental illness, 4th ed. New York:OxfordUniversity Press, 2013.
2. Cuthbert BN. The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. World Psychiatry 2014;13:28-35.
3. TammingaCA, PearlsonGD, Keshavan MS et al. Bipolar and Schizophrenia Network for Intermediate Phenotypes (B-SNIP): outcomes across the psychosis continuum. Schizophr Bull (in press).
4. Tamminga CA, Ivleva EI, Keshavan MS et al. Clinical phenotypes of psychosis in the Bipolar and Schizophrenia Network on Intermediate Phenotypes (B-SNIP). Am J Psychiatry 2013;170:1263-74.
5. HillSK, Reilly JL, KeefeRS et al. Neuropsychological impairments in schizophrenia and psychotic bipolar disorder: findings from the Bipolar and Schizophrenia Network on Intermediate Phenotypes (BSNIP) Study. Am J Psychiatry 2013;170: 1275-84.
6. KeshavanMS, ClementzBA, Pearlson GD et al. Reimagining psychoses: an agnostic approach to diagnosis. Schizophr Res 2013;146:10-6.

DOI 10.1002/wps.20099

المجموعات المتشابهة من الناحية الحيوية في الأبعاد واستخدام تجمعات العلامات الحيوية لعمل مجموعات أمراض تم تعريفها من الناحية الحيوية. إن تطوير الخصائص الشرعية للمجموعات بمثابة التحدي الذي يواجه البحث، وهو الذي يُدعى أنظمة إدراك مشتركة أو توحيد الأمراض الجزيئية لمجموعات العلامات الحيوية هذه. يبدأ نهج الـ BSNIP بطريقة بُعدية، وذلك باستخدام خصائص العلامات الحيوية الشديدة، وذلك لتشكيل مجموعات مشتركة من الناحية الحيوية، وهو بالأمر النافع لتعريف الأمراض بأهداف حيوية.

وعلى الناحية الأخرى، وكما يقترح كوثبرت، يُمكننا الاقتراب من تعريفات الأمراض بصورة حيوية، وذلك عن طريق تعريف الجينات والجزيئات والخلايا ودوائر السلوكيات الطبيعية، وبعد ذلك نحدد أي من الوظائف الطبيعية يُمكن تغييرها عندما تنحرف هذه الأنظمة. يبدأ إطار عمل نظام الـ RDoC. كما هو موضَّح حاليًا، على مستوى مُفصل من المعرفة بمجالات السلوكيات الطبيعية (6). إن العديد من هذه المجالات بالأمر المدرك إلى حد ما، ومن الأمثلة على ذلك هو بنايات «الذاكرة التقريرية» و«التهديدات الشديدة»، ومن المحتمل أيضًا «تعلُّم المكافئة». من الممكن أن تُظهر هذه الأنظمة الطبيعية ذاتها - في حال تنفيذها بصورة شاذة - بكونها «حالات زهان» و«اضطرابات كرب ما بعد الصدمة» أو «سوء استخدام عقاقير ما»، على التوالي، وذلك إذا انحرف المسار الطبيعي.

أما في ظل حالة المعرفة الحالية خاصتنا، والتي ينقصها حتى الدلائل الحيوية الأساسية عن طبيعة الأمراض النفسية، فيما عدا الأهداف الحيوية، يكون الاعتقاد بأنه يتوجب علينا تضمين كلا النهجين في الاكتشاف وأن نستخدم التداخلات كتوضيح للمفهوم وليس إفراطًا في التوسع.

العلامات الحيوية في أمراض المخ مع مظاهر هامة للذهان. وقد بدأت حديثًا دراسة الـ BSNIP بدراسة أبعاد الذهان بعلامات حيوية حديثة (4)، وذلك باستخدام علامات حيوية شديدة لتمييز الذهان، والذي يشمل الفصام والأمراض الفصامية العاطفية والاضطراب الثنائي القطب مع الذهان.

لقد قامت الدراسة بتعيين أفراد يعانون من الذهان وجعلتهم أنماطًا ظاهرية، وذلك باستخدام اختبار المعرفة وتقييم مُحتمل مُثار وتقييم حركة العين وتصوير المخ وتقييم EEG للراحة، هذا بالإضافة إلى تقييم سريري شامل. لقد أظهرت دراسة الـ BSNIP كيف قد تجمعت العلامات الحيوية في تشخيصات الـ DSM الحالية، وأيضًا وبصفة عامة، في أبعاد الذهان. تقترح الاختلافات الكبيرة والتداخلات الواسعة للعلامات الحيوية بين التشخيصات، أن تشخيصات الـ DSM خاصتنا متنوعة بصورة حيوية. أما المفاجئة الإضافية في هذه المعلومات هي التداخلات الكثيرة في الخصائص السريرية والتشخيصية. إن سؤال الـ BSNIP الحالي هو كيف يتم التحوُّل من الحالة الحالية من المعرفة الجزيئية في الظواهر السريرية والحيوية العصبية الجديدة، إلى حالة من الإدراك الحيوي في الحالات النفسية خاصتنا، وهذه بمثابة جدول أعمال البحوث.

إن تضمنات نتائج الـ BSNIP وتكهانات الـ RDoC هي أنه إذا قمنا بدراسة مجموعات التشخيص الحالية للذهان، باستخدام علامات حيوية عصبية مثالية، سيكون هناك احتمالات أننا لا ننجح في تعريف الفيزيولوجيا المرضية بسبب عدم التجانس الإجمالي للمجموعات التي تم تعريفها (5). وإذا قمنا بالاقتراب إلى الأمراض باستخدام بُعد بدلًا من تشخيص واحد، سنتوقع في حقيقة الأمر استخدام عدم التجانس الملحوظ للمجموعة لتعريف

مشروع المحكات الاجرائية للبحوث التشخيصية (RDoC): هل يُمكن أن يكون خارطة طريق إلى الآلية المرضية؟

الفكري والصرع (2). يقدم هذا الأمر جدلاً قويًا لتعدد النمط الظاهري كقاعدة، وليس كاستثناء في الدعم الوراثي للاضطرابات النفسية. إن تسلسل الجيل التالي من الاكسومات والجينوم الكامل للمرضى النفسيين، والذي يجمع السرعة بسبب الزيادة في قدرة تحمل التكنولوجيا المتقدمة، قد تعمل في نهاية الأمر على تقديم الرد النهائي. يقدم مشروع الـ ENCODE معلومات جديدة عن الشبكة التنظيمية لعوامل النسخ، والذي هو بالأمر الهام

النفسية والوراثية وفي العلوم العصبية الأساسية. وقد قامت الدراسات التي ترتبط بالجينات على نطاق واسع، والتي تم عملها من جانب جمعيات الاتحاد الألماني العالمية وباستخدام معلومات من أكثر من 100.000 فردًا، قامت - من بين هؤلاء - بتعريف تعدد الأشكال الشائع والذي تشارك فيه اضطرابات يبدو أنها لا ترتبط بالأمر، والتي تشمل الفصام والاضطرابات الثنائية القطب والذاتوية واضطرابات نقص الانتباه/فرط الحركة ومن الممكن أيضًا بعض أشكال العجز

ASSEN JABLENSKY, FLAVIE WATERS
Centre for Clinical Research in Neuropsychiatry,
School of Psychiatry and Clinical Neurosciences,
University of Western Australia, Perth, Australia

«من الضروري في الوقت الحالي أن نتعد عن تنظيم الأمراض في مجموعات منظمة ومعرفة بصورة جيدة وأن نضع لأنفسنا بدلًا من ذلك الهدف الأسمى بصورة أكيدة والأكثر إشباعًا، والذي هو إدراك بنايات هذه الأمراض الضرورية» (1).

لقد شهدنا في السنوات القليلة الماضية علامات لا لبس فيها عن تغيير جذري في العلوم

جدًا لتفسير الجينات الشخصية التي تُسلسل وتُدرَك الأسس الأساسية للحويوية البشرية وللأمراض (3). يهدف مشروع خريطة النشاط المخي الذي بدأ حديثًا، إلى تحقيق على مدار العشرة سنوات القادمة خريطة شاملة لنشاط الخلية العصبية الواحدة واتصالاتها، وذلك بتطبيق تكنولوجيا نانو (الصغائر) والتقنيات الحسابية على نطاق واسع.

وبالتناقض مع الخلفية التي تتغير بصورة سريعة، تُعاق الممارسات السريرية للطب النفسي من جانب الفجوة المعرفية، والتي تعرقل انتقال مثل هذا التقدم الرائد إلى صياغة تشخيصية «شخصية» ووقاية أو علاج مُستهدف. وبينما أن جزءًا من السبب هو التعقيد المانع للاضطرابات النفسية، إلا أن جزءًا آخر هو «إضفاء الطابع المادي» للتشخيصات الحالية والخطط التقسيمية، والتي يبقى افتراضها الأساسي لفئات تصنيف الأمراض المنفصلة ثابتًا بصفة ضرورية منذ زمن كرايبلين وبولوير.

يؤكد كل ما سبق تحفيز المعهد الوطني للصحة النفسية وأساسه المنطقي، لاقتراح وتنفيذ مشروع فئة مجال البحث (RDoC) كعلوم استراتيجية بديلة (أو نظيرة) لتقسيمات الـ DSM/ICD، والتي تشمل «أعمده السبعة» (5): صدارة البحث المتعددي وكمال العلوم العصبية والعلوم السلوكية ونهج بُعدي كمي للأمراض النفسية وتطوير المقابلات وموازن القياسات التي تسمح بدراسة النطاق الكامل من الاختلافات، من الحالات الطبيعية إلى الحالات الشاذة واستراتيجيات التقسيم إلى عينات والتي تكون بلا ميل من جانب تشخيصات الـ DSM/ICD أو أي تعريف ثابت للاضطراب وأيضًا نهج اختياري للاختلافات المستقلة والتي يُمكن أن تُختار من بين أي واحدة من «وحدات التحليل» أو «بنايات» النموذج المفاهيمي.

هناك مواطن قوة واضحة وتنازل الكثير من الإعجاب في تصميم الـ RDoC. ستعمل دراسة العمليات الأساسية التي تقطع بعرض حدود التشخيصات التقليدية، على إظهار نماذج غير متوقعة من العلاقة بالأعراض وخصائص الشخصية والسلوك، وسينتج تخطيط المظاهر السريرية في مواضع الضعف المحددة في المخ «علم نفس مرضي وظيفي» (6) والذي قد يُضيف الكثير لإعادة صياغة تصنيف الاضطرابات النفسية، وبالتالي فيضع الـ RDoC جدول أعمال شائع وأيضًا إطار عمل للباحثين في الطب النفسي والعلوم العصبية، والتي قد توحد وتركز الجهود تجاه الهدف الأساسي لإعادة تصنيف إدراكنا عن «التراكيب الضرورية» للاضطرابات النفسية، والتي إذا حدث وتحققت ستنظم الطب النفسي مع ضوابط طبية أخرى، مثل طب القلب وعلوم الأورام، والتي تعتبر روادًا في الأبحاث المتعدية.

لكن هناك الكثير من الغموض والتحديات والتحذيرات على طول طريق مشروع الـ RDoC؛ أولاً أن العلاقة بين فلسفة الـ RDoC والحقيقة السريرية لا تزال غامضة، فيتواجد المرضى الذين يدخلون إلى مكاتب الأطباء النفسيين مع أنماطهم الظاهرية وليس مع أنماطهم الجينية أو الحويوية، وليس من المتوقع أن تقديم معنى تشخيصي من قصصهم المرضية سيتجنب ضرورة نهج ظاهري سليم وتكليف تشخيصات فئوية تقوم على الدور، والتي لا بد أن تتبعها الإحالة للفحوصات المعملية وخطط العلاج - وتكون مُدعمة من جانب أفضل الدلائل المتاحة، وبالتالي فيُحتمل أن تستمر كلا من الفئات والأبعاد في التواجد معًا كجانبيين لعملة واحدة وتذكيرًا لنموذج موجة الجسيمات في الذهان. إن استخدام أي صيغ مستقبلية من الـ DSM/ICD سيعتمد بالتالي على المدى الذي يقدمون إليه معلومات هامة عن التكهن، ونتائج العلاج المتوقعة و/أو مقترحات قابلة للاختبار عن الروابط الحويوية والاجتماعية (7,8).

ثانيًا، هناك في الوقت الحالي فجوة كبيرة - وقابلة للتفسير - في الأبحاث الوراثية بين اكتشافات الروابط الإحصائية لاختلافات الجينوم الشائعة مع الاضطرابات المعينة والاعراض أو الخصائص وأيضًا مظاهر السببية. وباعتبار أنه لدى هذه الروابط الكبيرة حجم تأثير صغير، تقترح المعلومات الحديثة أن المئات العديدة من الجينات تقدم أهمية كبيرة ولكن أيضًا القليل من الإسهامات لتقدير خطر الأمراض، ويبقى الغموض يحيط حول ما إذا كانت الاختلافات النادرة، مثل الاختلافات في عدد النسخ وحركات الطفرات «الخاصة» وتسلسل الجينوم، ستقدم في الحالات الفردية أكثر من مجرد تقييم احتمالي للخطر وليس سببًا قطعيًا يكون بمثابة سبب جزري للاضطراب، وفي المقابل، إن قياسات الفيزيولوجيا العصبية المستقبلية المكررة وأيضًا التصوير العصبي، أكثر احتمالًا لأن يقدموا أنماطًا ظاهرية داخلية وعلامات حويوية، وبالتالي فتكون بمثابة فائدة حقيقية لتقدير نماذج الأمراض الفردية.

أخيرًا، تتطلب الخمسة مجالات الحالية من إطار عمل الـ RDoC تخصيص مفاهيمي في مكونين على الأقل. وتحتاج «مجالات التمثيل الذاتي» إلى المزيد من التفصيل لتشمل فوضى الوعي الذاتي، والتي هي جوهر اضطرابات الذهان (الفصام والاضطرابات الذهانية الحادة والعابرة) والاضطرابات العصبية، مثل صرع الفص الصدغي مع نوبات جزئية: خبرات تبدد الشخصية والغربة عن الواقع وارتباك الهوية وتضارب الأفكار والازدواجية وفقدان الشعور بالوعي الذاتي (9). بالإضافة إلى ذلك، إن الاعراض الشائعة مثل

الهلاوس السمعية معقدة ومتجانسة، وتحتاج إلى أن تنقسم إلى العديد من الخصائص الظاهرية، بحيث أن توضع كل منها في نطاق من العمليات المعرفية والاجتماعية (10).

في الخلاصة، وبالرغم من هذه التحذيرات، إلا أن الـ RDoC سيقدّم خارطة طريق تجاه إدراك أفضل للفيزيولوجيا المرضية والآلية المرضية للأمراض النفسية، وذلك بواسطة دمج المعرفة في مجالات مختلفة من الأبحاث وقيادة الطريق إلى تشخيصات ووسائل علاج متطورة، ولابد ألا يكون تركيزه فقط على ما يُمكن أن تقدمه العلوم العصبية والعلوم الوراثية، بل أيضًا على التفاعل بين الأبحاث الحويوية والنفسية والاجتماعية.

المراجع:

1. Kraepelin E. Die Erscheinungsformen des Irreseins. Z Ges Neurol Psychiatr 1920;62: 1-29.
2. Cross-disorder Group of the Psychiatric Genomic Consortium. Genetic relationships between five psychiatric disorders estimated from genome-wide SNPs. Nature Genetics 2013;45:984-94.
3. The ENCODE Project Consortium. An integrated encyclopedia of DNA elements in the human genome. Nature 2012;489:57-74.
4. Alivisatos A, Chun M, Church G Met al. The Brain Activity Map Project and the challenge of functional connectomics. Neuron 2012;74:970-4.
5. Cuthbert BN, Insel TR. Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC. BMC Med 2013;11:126.
6. Van Praag HM. Nosologomania: a disorder of psychiatry. World J Biol Psychiatry 2000; 1:151-8.
7. Jablensky A. Subtyping schizophrenia: implications for genetic research. Mol Psychiatry 2006;11:815-36.
8. Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. Am J Psychiatry 2003;160:4-12.
9. Parnas J, Mller P, Kircher T et al. EASE: Examination of anomalous self-experience. Psychopathology 2005;38:236-58.
10. Ford J, Cuthbert B, Hoffman R et al. Studying hallucinations within the NIMH RDoC framework: Report from the 2nd International Consortium on Hallucination Research. Schizophr Bull (in press). DOI 10.1002/wps.20100

الرحلة المتجهه من تشخيصات الـ RDC/DSM إلى أبعاد مشروع المحكات الاجرائية للبحوث التشخيصية (RDoC)

MATCHERI S. KESHAVAN^{1,2},
DOST ONGUR^{1,3}

¹Department of Psychiatry, Harvard Medical School, Boston, MA, USA; ²Beth Israel Deaconess Medical Center, Boston, MA, USA; ³McLean Hospital, Belmont, MA, USA

لقد ساهمت عمليات التنقيح المتتالية لـ DSM والـ ICD في تحسين مصداقية التشخيصات النفسية، وأدى تطوّر فئات تشخيص الـ RDC (RDC,1) بصفة خاصة إلى التنقيح الكبير في الـ DSM-11 تجاه هذا الهدف، إلا أنه تستمر معاناة هذه التصنيفات من عدم التجانس بين الاضطرابات والحدود الضعيفة بين الاضطرابات والاستخدام المتزايد للفئات «ما لم يتم تحديد غير ذلك» (NOS) والمستويات العالية من الاعتلالات المشتركة، وقد ساهمت كل هذه الأمور في تحديد الاستخدام السريري. ومن الأمور الهامة هو أنه لا تزال الشرعية، والتي هي الكأس المقدس للتصنيفات النفسية، بالأمر المراوغ، وهو الأمر الذي يقف وراء غياب العلامات الحيوية للتشخيصات في الطب النفسي (2).

إن أمر غياب التجانس ليس فريداً في الطب النفسي، فالعديد من الاضطرابات المرضية الشائعة غير متجانسة، مع العديد من عوامل الخطر المختلفة وفيزيولوجيا مرضية معقدة (مثل ارتفاع ضغط الدم وداء السكري الذي لا يقوم على الأنسولين (NIDDM))، لكن لا تشترك المجموعة الأخيرة من الاضطرابات في داء السكري مثل تلك التي ترى في الطب النفسي، وذلك لأن المقاييس الحيوية التي تُعرف بأنها ترتبط بالاضطراب متاحة الآن للأطباء السريريين. وليس من المدهش أنه قد تحدث الإصابة بالفشل الكلوي لدى البعض من مرضى الـ NIDDM بينما قد يُصاب البعض الآخر بالعمى، وهناك البعض من هؤلاء المرضى الذين قد يُصابوا بأمراض الشريان التاجي أو يحتاجون إلى بتر إحدى الأطراف، وذلك لطالما أنه يُمكن قياس نسب الجلوكوز والأنسولين والهيموجلوبين A1C لإظهار أن هذه عروض مختلفة لنفس الشذوذ الأيضي الأساسي. تسعى العلوم النفس عصبية إلى هذه الأنواع من المقاييس بعينها، وذلك للمساعدة في التصنيف النفسي، وبالرغم من أنه ليس هناك احتياج إلى المزيد من العلامات الحيوية في الطب النفسي، إلا أنها تفتقر إلى المحدودية، وذلك لأن التشخيصات التي تقوم على الاعراض، مثل فئات الـ DSM والـ ICD

ليست مناسبة كمعايير ذهبية لتقييم مثل هذه العلامات الحيوية (2).

ولمواجهة هذا المأزق، يقدم كوثيرت (3) رؤية موجزة عن الخطوات اللازمة للطب النفسي للسير قدماً في الطريق الوعر من التصنيف الذي يقوم على الاعراض وصولاً إلى علم تصنيف الأمراض ومطعماً على العلوم العصبية، وذلك باستخدام إطار عمل معايير مجالات البحث (RDoC). إن الهدف الأساسي للمجال هو كيفية الانتقال من تقسيمات الـ DSM الحالية (DSM-5) إلى نهج يقوم على أبعاد العلوم العصبية (4). إن التقدم الهائل في المعرفة في مجال العلوم العصبية الحيوية والعلوم الوراثية الخاصة بالاضطرابات النفسية في السنوات القليلة الأخيرة، يجعل هذا الهدف مناسباً، بل ويقدم فرصاً غير مسبوقة. ونحن نرى إننا في حاجة إلى بعض الخطوات الأساسية التي قد تجعل هذه الجهود مثمر.

الخطوة الأولى هي دمج مقاييس الـ RDoC في الممارسات السريرية؛ وقد قدم الـ DSM-5 جهوداً كبيرة ومعقولة تجاه عمل نهج بُعدي، وذلك عن طريق تضمين مقاييس اعراض قاطعة (الفقرة III)؛ يسمح هذا الأمر بتقييم مجموعة كبيرة من مجالات الأمراض النفسية (التي تتشابه مع أنظمة المراجعة في الطب) والتي قد تتناسب أو لا في التشخيصات المقترحة من جانب الشكاوي المقدمة، مثلاً أنه قد تم تقييم الضعف المعرفي، والذي هو واحد من أبعاد شدة الذهان المقترحة، على مقياس يتراوح من الصفر وحتى الأربعة، ويقوم على مدى الانحراف لمعايير العمر المناسبة. ولكي يتم تقييم هذا الأمر، سيحتاج الأطباء السريريون لتنفيذ البطارية المعرفية للتقييم والتي تشمل المجالات الأساسية، مثل الذاكرة العاملة والذاكرة اللفظية والانتباه وغيرها الكثير، والمعروفة جيداً بأنها منتشرة على نطاق واسع وقوي وتتكهن بالنتائج في حالة الفصام (5). إن المقاييس المعرفية، مثل الذاكرة العاملة، هي مجالات الـ RdoC، ويتم العمل بروابطها الحيوية العصبية والوراثية بشكل سريع (6)، وبالتالي فنحن قد نكون في وضع يجعلنا ندمج البعض من مجالات الـ RDoC المعينة في الممارسات السريرية، إلا أن الـ DSM-5 لم يحقق ما يكفي من النجاح (4)، لأنه يشمل مقياس معرفي عالمي فقط في القسم الاختياري من الكتيب. لكن ولحسن الحظ، إن الـ DSM بمثابة «وثيقة حية»، ونحن نأمل أن تتضافر مقاييس الـ DSM والـ RDoC في المستقبل

القريب. وبعد أن يتم تضمين هذه المقاييس في الممارسات السريرية وتجارب المجال، سيكون بإمكانها تقديم معلومات بُعدي يمكن بعد ذلك دراستها فيما يتعلق بالفيزيولوجيا النفسية ومقاييس مسببات الأمراض، وبالتالي تنتقل نحو العلوم العصبية التي تقوم على التصنيف. وكما ذكرنا فيما سبق، تبقى قلة الشرعية

بمثابة محدودية كبرى أمام التصنيف في نهج الـ ICD/DSM، ومن الاتجاهات الأساسية لمخاطبة هذا الأمر في الأبحاث المستقبلية هو ما قد أقترحه كوثيرت، والذي هو فحص العلاقات التي تتشابه مع الـ RDoC بين المجالات السلوكية والحيوية العصبية التي توجد في اضطراب DSM ما وفي وبين مجموعات الاضطرابات المتعلقة في البنية الفوقية الخاصة بالـ DSM/ICD. إن الروابط الفيزيولوجيا المرضية ومسببات الأمراض (الوراثية والبيئية) الخاصة بمجالات الاعراض بين وحدات تحليل الـ RDoC والموضحة في هذه الطريقة، بالأمر المتوقع لأن يمهّد الطريق تجاه تصنيفات الاضطرابات النفسية التي تقوم على مسببات الأمراض (7)، إلا أن الفيزيولوجيا المسببة للأمراض هي واحدة من المدققات الأساسية الخارجية تجاه تصنيف سريري ذات معنى، فيحتاج الطبيب السريري إلى أن يتمكن من تشخيص الاضطرابات المتميزة عن بعضها البعض بصورة كافية، وأن يميز الحالات التي تسبق المرض في الاسلاف وأن يتكهن بال مسار الطبيعي للمرض ونتائجه وأيضاً الاستجابة لوسائل علاجه (8)، وبالتالي فيحتاج بُعدي الـ RDoC أن يتم تخطيطه لدى مقيمين مسببات الأمراض والمقيمين السريريين والنتائج والاستجابة للعلاج، وذلك في الأبحاث المستقبلية. نحن نقدم هنا تمهيداً لبعض الاتجاهات المحتملة.

بإمكان أبعاد الـ RDoC إظهار الاختلافات التي ترتبط بالأمراض بين الأشخاص الذين يرتبطون بمسارات تطور تسبق المرض، وذلك أفضل من الفئات التي تقوم على الاعراض، وبالتالي فقد يكون لا بد من السؤال عما إذا كان من الأفضل تتبع مجالات الـ RDoC العصبية المعرفية مع اضطرابات التعلم والاضطرابات المعرفية السابقة للمرض، بينما يكون الانحراف في التكافؤ الإيجابي أو السلبي أكثر احتمالاً لأن يرتبط بالاختلافات المزاجية التي تقترح وجود ضعف في نظم العاطفة.

سيعمل، مثلاً، تصميم بحثي نافع يقوم بالتكهن بالنتائج بالتمييز الطولي لمجالات

الـ RDoC في مرضى نوبات الذهان الأولى، وذلك بين أطراف الـ DSM/ICD (الفصام والاضطرابات الفصامية العاطفية والاضطرابات العاطفية الذهانية) وأيضاً بدراسة أبعاد الـ DSM والـ RDoC وتأثيرات التفاعل على مقاييس النتيجة الافتراضية ورد الفعل تجاه العلاج (مثل التدهور المعرفي واستمرار الاعراض السلبية). من الممكن استخدام تصميم مشابه مع الأقارب الأصغر سناً والذين هم أمام خطر الإصابة باضطرابات ذهان كبيرة، وذلك لمعرفة ما إذا كان بإمكان المرء التكهن بحدوث الإصابة بالذهان ونوبات فعالة أو كلا منهما، وذلك في المتابعة أثناء فترات الخطر الشديدة في سن المراهقة).

ومن القيم الأخرى المحتملة لنهج الـ RDoC هي مساعدة التكهن بالاستجابة للعلاج على تعريف المجموعات الفرعية من المرضى الذين يعانون من ذات الاضطراب، والذين قد يستجيبوا بطرق مختلفة لعلاج ما أكثر من غيره، وبالتالي فقد يؤكد وجود ضعف في واحد من مجالات الـ RDoC في حالة الفصام، مثل الذاكرة العاملة، علاجاً في نهج ما مثل المعالجة المعرفية، بينما قد يؤكد تغيير مجال الـ RDoC آخر مثل التكافؤ السلبي المشدد، نهجاً مختلفاً مثل التدريبات التي تميل إلى المعرفة، وبالتالي قد تصبح تعريف التكهّنات التي تقوم على العلوم العصبية وعلامات الاستجابة للعلاج، بالأمر القيم.

بإمكان أيضاً نهج مطوّل يعمل على دراسة مجالات الـ RDoC أن يحل المشكلة الشائعة التي تخص ثبات التشخيصات، أي أن التشخيصات السريرية لا تكون ثابتة دائماً مع مرور الوقت (9). يُمكن أن تقدم الاستفسارات العصبية العلمية دليلاً متقارباً عن ما إذا كان

عدم الثبات في التشخيصات هذا بسبب عدم كفاءة النظام التشخيصي خاصتنا لتصور مظاهر المرض مع مرور الوقت، أم أن هناك تطور حقيقي لمظاهر المرض. وواحد من العديد من الأسئلة الغير مُجابهة في هذا المجال خاصتنا حيث يُمكن أن يكمل النهج الذي يقوم على العلوم العصبية العمل الذي يتم حتى وقتنا هذا، هو لماذا تتغير مظاهر المرض لدى ذات المريض مع مرور الوقت.

إن أهداف النهج التي تقوم على العلوم العصبية والسريرية لتقسيم الاضطرابات النفسية، متقاربة، وبينما تنكسر هذه الصوامع، سيصبح الوقت مناسباً لأن يجتمع التقليدان، وقد يكون الطريق من الـ RDC (والـ DSM) وصولاً إلى الـ RDoC طويلاً إلا أنه سيحمل الكثير من الآمال لممارسة الطب النفسي.

شكر خاص

لقد تم تدعيم هذا العمل جزئياً من جانب منحة الـ NIMH، وهي MJ 78113.

المراجع:

1. Spitzer RL, Robins E. Research Diagnostic Criteria: rationale and reliability. Arch Gen Psychiatry 1978;35:773-82.
2. Kapur S, Phillips AG, Insel TR. Why has it taken so long for biological psychiatry to develop clinical tests and what to do about it? Mol Psychiatry 2012;17:1174-9.
3. Cuthbert BN. The RDoC framework: facilitating transition from ICD/

DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. World Psychiatry 2014;13:28-35.

4. Keshavan MS. Classification of psychotic disorders: need to move toward a neuroscience-informed nosology. Asian J Psychiatry 2013;6:191-2.
5. Barch DM, Keefe RS. Anticipating DSM-V: opportunities and challenges for cognition and psychosis. Schizophr Bull 2010;36:43-7.
6. Bilder RM, Howe AS, Sabb FW. Multilevel models from biology to psychology: mission impossible? J Abnorm Psychol (in press).
7. Andrews G, Goldberg DP, Krueger RF et al. Exploring the feasibility of a meta-structure for DSM-V and ICD-11: could it improve utility and validity? Psychol Med 2009;39:1993-2000.
8. Robins E, Guze SB. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. Am J Psychiatry 1970;126:983-7.
9. Salvatore P, Baldessarini RJ, Tohen M et al. McLean-Harvard International First-Episode Project: two-year stability of ICD-10 diagnoses in 500 first-episode psychotic disorder patients. J Clin Psychiatry 2011;72:183-93.

DOI 10.1002/wps.20105

برنامج مشروع المحكات الاجرائية للبحوث التشخيصية (RDoC): هل ينفع أن يكون الطب النفسي بدون روح؟

بإصرار أن «إدراكاً آلياً» هو الهدف الأخير للـ RDoC. إن اختزال «النوع الفيزيائي» هو بالطبع وضع نظري شرعي، بل هو وضع بعيد عن أن يكون شائع عالمياً، وربما يكون أيضاً مُهملًا (2).

ليس هناك أي اعتبار في الـ RDoC بأن الاختزال الحيوي، والذي هو بالأمر الناجح جداً في الطب الجسدي، قد يواجه في الطب النفسي التعقيدات التي يدعوها الفلاسفة «الفجوة التفسيرية» (3)، و«المشكلة الكبرى في العقل الواعي» (4)، أو التمييز القوي لعلم الوجود (طبيعة الوجود) والنظرية المعرفية

الأمراض النفسية والتي يقوم على العلوم العصبية والعلوم السلوكية أكثر من المظاهر الوصفية، أي «تقوم على أبعاد السلوكيات الملحوظة وعلى المقاييس الحيوية العصبية». يبدو أن الدعم النظري الخاص بالـ RDoC هو تقليصاً «لنوع الفيزيائية»: قطع (أنواع) خاصة من الحياة النفسية (مثل الهلاوس وانعدام التلذذ) تتشابه مع قطع (أنواع) خاصة ومعينة من النشاط العصبي (نقول مثلاً تصور معين عن التفاعلات بين شبكات الضعف العصبية). من الصعب تتبع منطق تأكيد كوثبرت بأن الـ RDoC غير اختزالي، وذلك عندما يؤكد

JOSEF PARNAS

Psychiatric Center Hvidovre and Center for Subjectivity Research, University of Copenhagen, Denmark

تطرح الخلاصة الغنية التي قدمها كوثبرت عن عرض معايير مجالات البحث (RDoC) التابعة للمعهد الوطني للصحة النفسية (1) العديد من الأسئلة، وسأقوم هنا بحصر ذاتي في القليل من القضايا النظرية والعامّة إلى حد ما والخاصة بعلم النفس المرضى. يقترح الـ RDoC تطوير «علوم تصنيف

وذلك لأن المرضى لن ينتهوا من العالم، إلا أن الطب النفسي الذي يهمل أساسه الذي هو علم النفس المرضي، أي دراسة متخصصة ونظرية وتجريبية للذاتية، يخاطر بانقراضه ككونه نظام طبي أكاديمي (10).

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. Bennett MR, Hacker PMS. Philosophical foundations of neuroscience. Oxford: Blackwell, 2003.
3. Levine J. Materialism and qualia: the explanatory gap. *Pac Phil Quart* 1983;64:354-61.
4. Chalmers D. Facing up to the problem of consciousness. *J Consc Studies* 1995;2: 200-19.
5. Parnas J, Sass LA, Zahavi D. Rediscovering psychopathology: the epistemology and phenomenology of the psychiatric object. *Schizophr Bull* 2013;39:270-7.
6. Nagel T. *Mortal questions*. Cambridge: Cambridge University Press, 1979.
7. Hyman SE. The diagnosis of mental disorders: the problem of reification. *Ann Rev Clin Psychol* 2010;6:155-79.
8. Parnas J. The Breivik case and «conditio psychiatrica». *World Psychiatry* 2013;12: 22-3.
9. Ey H. *Trait_e des hallucinations*. Paris: Masson, 1973.
10. Kleinman A. Rebalancing academic psychiatry: why it needs to happen—and soon. *Br J Psychiatry* 2012;201:421-2.

DOI 10.1002/wps.20101

بالتقسيمات التي تقوم على النمط الظاهري (DSM-IV): ومع مرور الوقت أصبحت فئات التشخيص «مجسمة»، أي أصبحت تُعتبر بصورة مبدئية كيانات «حقيقية» وشرعية تحتكر الأبحاث وتمنع العلماء من طرح أسئلة جديدة بعيداً عن مساحة الـ DSM المحددة (7). لكن من الممكن إلى حد ما، وفي رأيي، ومن المحتمل أيضاً أن يرتبط قلة التقدم بوجود تقسيمات تقوم على النمط الظاهري على هذا النحو، بل يرتبط بصورة أهم بالطبيعة القوية للتقسيمات التشغيلية الـ DSM-III+.

تتضمن «الثورة التشغيلية» مواقف سلوكية وكريهة من الناحية الشخصية وأمراض نفسية بالغة التبسيط على مستوى عادي، مما يجدها من أي إطار عمل مفاهيمي أو ظاهري، ويؤدي إلى تمييزات نمطية ظاهرية مشوهة أو غير مناسبة. ليست المعايير «التشغيلية» في حقيقة الأمر «تشغيلية» بأي صورة من الصور النظرية (8)، بل أن التشخيصات التي تقوم على «حساب الاعراض» وإهمال بنايات الصور النمطية الظاهرية للاضطرابات النفسية، مما ينتج بشكل ضروري اعتلالات مشتركة تافهة وبيانات تشخيصية اعتباطية وقد منعت الاعتبارات البعيدة.

قد يكون من السهل توضيح تأثير التبسيط «التشغيلي». لقد تم إهمال تأثير أصل ضلالات الفصام بصورة تجريبية، وذلك من جانب كل تعريفات الـ DSM/ICD المتعاقبة، وربما كان السبب هو أنه لا يمكن إدراك الضلالات بواسطة التعريفات العادية العقلانية، بل يتطلب دائماً تضمينها في إطار عمل ظاهري أكثر تجاوراً (8). أما الهلوس ففي مثال آخر: فالذي يُدعى هلوس سمعية لفظية هو لا تجانس ظاهري (من حيث النوع) ملحوظ (9)، ومن المؤكد أن التعامل مع هذا النوع من الهلوس بكونها نمط ظاهري متمائل سيضع البحث التجريبي في خطر، وبمعنى آخر، تعتمد الأبحاث التجريبية وبشدة على كفاءة اختلافات الانماط الظاهرية المستخدمة، ولا يمكن تحقيق هذه الكفاءة عن طريق نهج قائمة السلوكيات التبسيطية.

إن الـ RDoC أمر شرعي من حيث كونه برنامج لأبحاث العلوم العصبية، إلا أنه «تصميم كبير» يحمل الكثير من المخاطر، ونموذج شامل مُكتسب للطب النفسي، ومن ناحية استخدامه كأداة، أنه يُعرق مفهوم ما أو فكرة ما تخص شيء ما قائم ومستنكرًا في سياق الـ DSM-IV (7)، وسيكرر ذاته بكل الاحتمالات مع الـ RDoC، إلا أنه في هذه المرة سيكون هناك نتائج أكثر صرامة. نحن نجارزف بما قد توقعه جاسبر بقوله، «طب نفسي بدون روح»، لكن سيستمر الطب النفسي بكونه نشاطاً علاجياً،

للوعي البشري (5). لا يمكن مخاطبة هذه القضايا بصورة مناسبة بواسطة أفكار صريح «للاستثنائية البشرية»، وذلك بسبب الاستمرار الجيني بين ذباب الفاكهة والبشر. تجد أن مشروع الـ RDoC صامت فيما يخص قضايا الوعي والخبرات الفردية، وبالرغم من أنه يعترف، هنا وهناك، بأن «التقارير اللفظية» هي الإشارة الأولية للمريض في السياق السريري، إلا أن الـ RDoC لا يقدم أي اقتراحات عن مشروع علم النفس المرضي، وهو الأمر الذي نحتاج إليه لفك شفرة الأمراض الذاتية والتي يُعبر عنها بواسطة تلك «التقارير الذاتية».

يدعي كوثربرت أن المفاهيم السريرية التقليدية (مثل اضطرابات كرب ما بعد الصدمة) ليست «بنايات نفسية متماسكة»، إلا أنه يفشل في تحديد ماذا تكون البنايات النفسية (أو الحيوية) «المتماسكة».

لقد افترض مسبقاً مشروع مسببات الأمراض في الطب النفسي عمل سلسلة دراسية عن الـ Explanandum (التجريف) في حد ذاته، أي الوعي وأمراضه، وذلك لأنه «بدون وجود بعض الأفكار عما هي الشخصية الذاتية للخبرة، لن تتمكن من معرفة ما هو المطلوب (الاختزال) من النظرية» (6). إن هدف مشروع الطب النفسي هو خبرة المريض المتغيرة وتعبيراته ووجوده، أي هذه الأمور التي تكون مرتبطة بالمعاناة في الذات و/أو غيرها، ويقوم الطبيب النفسي بمعالجة شخص وليس دائرة مخية، وبالتالي سنستمر نحن في الاحتياج إلى تقسيم يرتكز على علم الظواهر والتي يدخل فيها المخ بحيث أن الأمراض العصبية ترتبط بصورة تشخيصية وعلاجية بهذه المعاناة وليس بسبب أن شرعية المخ ذات اهتمام أساسي للطب النفسي.

لكن ستفشل وبكل الاحتمالات البنايات المستهدفة الخاصة بالـ RDoC، والتي يُعتقد أنها تعكس وظائف سلوكية من النوع الطبيعي والبسيط وأيضاً المتمثلة في الشبكات العصبية المحصورة (والتي كانت تدعى فيما سبق «نماذج»). ستفشل في أن تكون تجريبياً شاملاً أو حتى تجريبياً مرتبطاً بالاضطرابات العقلانية ورؤية العالم والتمثيل والوعي الذاتي والشخصية الذاتية، وهذه الأمور بمثابة السمة المميزة لأكثر الاضطرابات النفسية شدة. هل سيعاني مرضى الفصام السريري القياسي ومرضى الثنائي القطب من ذات الاضطرابات النفسية (أي أن يتشاركوا ذات «التشخيصات المستقبلية الثمينة») إذا أظهروا ملفات مماثلة من ضعف في العصبية الحيوية وفي النفسية عصبية؟

لقد كان مبرر بدء الـ RDoC بمثابة فشل في تفسير التقدم في العلوم العصبية الأساسية إلى معرفة نفسية عملية، وقد ارتبط هذا الفشل

مشروع المحكات الاجرائية للبحوث التشخيصية (RDoC) أمر ضروري إلا

أن هناك فرط في بيعه

ALLEN FRANCES

Department of Psychiatry, Duke University,
Durham, NC, USA

لقد شهد نصف القرن الماضي تقدماً كبيراً في العلوم الأساسية لأبحاث المخ والوراثة والأحياء الجزيئية، إلا أنه قد كان هناك أيضاً تناقضاً مثيراً ومخيباً للأمل أيضاً، وهو أنه لم يكن لأي من الاكتشافات العلمية المثيرة أي تأثير من أي نوع على الممارسات اليومية للطب النفسي السريري، لكن ولحسن الحظ لدينا وسائل علاج فعالة ومتاحة لأغلب الاضطرابات النفسية، إلا أنه لم يكن هناك أي تقدم مفاجئ حقيقي في إدراكنا للأمراض النفسية وطرق علاجها.

لكن لماذا هذا الفصل الهائل بين مبادرة علوم أساسية تتصف بكونها ديناميكية وبين ممارسات سريرية تتصف بكونها ساكنة نسبياً؟ في حقيقة الأمر لا يختلف الطب النفسي كثيراً عن بقية مجالات الطب في هذا الصدد؛ فقد واجهت كل تخصصات الطب (وتفشل حتى الآن في التفاوض) مأزقاً مشابهاً في الأبحاث المتعدية، ويتضح الأمر أنه من الأسهل جداً اكتشاف الاسرار الخالصة للوظائف الجسدية أكثر من جعلها مميزات سريرية عظيمة.

ولأن العقل البشري أكثر تعقيداً عن كل الأعضاء الأخرى، يواجه الطب النفسي أكثر التحديات في الطفرات المتعدية؛ فيتمكن المخ البشري الذي يبلغ وزنه ثلاثة أربال من احتواء خلايا عصبية أكثر من عدد النجوم في مجرة واحدة، وكل واحدة من هذه الخلايا العصبية تتصل بالآلاف الأخرى من الخلايا العصبية وتطلق ألف مرة كل ثانية المئات من البروتينات التي تتوسط الحركة المزدحمة في 100 ترليون مشبك عصبي. أنه لأمر مذهل أن تعمل ماكينة تتكون من العديد من الأجزاء المتحركة بدون أي خطأ وعلى طول الوقت. ومن وجه المقارنة، تجد أن الثدي هو أبسط الأعضاء، وبه العديد من الأنظمة الكبيرة والتي تكون أبسط بكثير من المخ. إذا كان لا يزال ينقصنا العديد من السنوات لإدراك سرطان الثدي - بالرغم من العديد من العقود من الأبحاث المكثفة - لماذا ندهش لأننا لا زلنا نفتقر إلى الكثير من إدراك الفصام ؟

لقد بدأ مستقبل الأبحاث في مجال الطب النفسي مشرقاً وقد يقدم للمرضى الكثير من النتائج، وذلك عندما قمنا بنشر الـ DSM-III عام 1980؛ فقد كان لدينا الكثير من

الأمل بأنه سيخرج وبسرعة فهم عميق وحلول عملية من الدمج الجيد لأدوات بحث قوية واكتشافات جيدة من المعهد الوطني للصحة النفسية (NIMH) وشركات العقاقير وأيضاً من إتاحة نظام تشخيص موثوق بشكل معقول يقوم بتقديم أهداف معينة للدراسة والعلاج.

وبعد مدة وجيزة أصبحت الجرائد مليئة باكتشافات عظيمة عن علم الوراثة الخاص بالأمراض النفسية، وكانت أيضاً مزخرفة بالعديد من الصور الجميلة التي ساعدت في إظهار ضعف وظائف المخ في العديد من الاضطرابات النفسية.

لقد كانت الـ NIMH في مركز حماسة العلوم العصبية، مقدمة في ذلك لقب للتسعينيات بأنها «العقد الذي أهتم بالمخ البشري»، وراهننت على برنامج حيوي ضيق وذلك لإجلال ما قد كان من قبل ملفات أكثر أتراناً للأبحاث في ليس فقط العلوم الأساسية بل أيضاً في وسائل العلاج والخدمات الصحية. في الواقع، لقد جعلت الـ NIMH من ذاتها «معهد للمخ» بدلا من «معهد للصحة النفسية»، وقد نجحت جهودها في إنتاج علم رائع، إلا أنها قد فشلت في مساعدة المرضى. لقد أظهر المخ البشري الأسرار التي تكمن وراء الأمراض النفسية، وذلك فقط في علب صغيرة محبطة، والتي لا تتوالد ولم يكن أي منها قوي بما يكفي ليُجرى اختبار تشخيص أو ليُقدم علاج بإمكانه تحسين الممارسات السريرية.

لقد نمت الـ NIMH محبباً بشكل واضح من جراء هذا النقص في التقدم، وقد قررت - وكان هذا بالأمر الصائب - أن تتحول إلى مسار بحث الـ RDoC الجديد، والذي تجده مشروحاً في وثيقة كوثيرت (1). وبدلاً من أن تستمر في دراسة فئات الاضطرابات النفسية الخاصة بالـ DSM والغير متجانسة بشكل بائس، ستقوم بدلا من ذلك بتركيز أُنْتباهها على بُعد أكثر بساطة من الوظائف النفسية، أملاً أن ينتج هذا الأمر رويداً حيوية أوضح.

وبالرغم من أن استراتيجية الـ RDoC ضرورية وسليمة، إلا أن طريقة الإعلان عنها حديثاً للعامة كانت مشوشة بصورة سيئة - أي مضللة وفي توقيت سيء ومهين لمصادقية كلاً من الـ NIMH وممارسة الطب النفسي السريري. وقد كان هناك تحريضاً متمثلاً في بيان صحفي مشهور على نطاق واسع، وقد ظهر هذا قبل إعلان الـ DSM-5 بثلاثة أسابيع، وقد قامت الـ NIMH صراحة بالتخلص من كل التشخيصات النفسية الموجودة، وقدمت بدلا من ذلك الـ RDoC منهج بديل أفضل وقائماً

على أساس حيوي. لقد عمل هذا الفرط في الوعود المستقبلية والغير حكيم على تجنب الدروس الحكيمة من الماضي والاحتياجات القوية التي لمرضانا في الوقت الحالي. ومن الأمور التي فُقدت في الكلام المنمق للبيان الصحفي التابع للـ NIMH هو أنه ليس لدى الـ RDoC أي شيء ليقدمه في المستقبل، فيما عدا أداة بحث لم يتم اختبارها بعد؛ فلن تقوم الـ RDoC بتوصيل أي شيء تقريباً ذات أهمية عملية في خلال هذا العقد، وأني أعتقد أنه سيتكون من خطوات بطيئة وصغيرة من كفاح مستمر وأيضاً العديد من الصفات المحبطة، وذلك أكثر من أي طفرات كبيرة تدفع إلى الامام.

وبتقديم أنه لدى الطب النفسي الوصفي (كما هو موضح في كلاً من الـ DSM والـ ICD) خصوصية محدودة ولا يوجد لديه أي قوة تفسيرية، إلا أنه تبقى حقيقة أنه في الوقت الحالي النهج الفعال الوحيد في التشخيصات النفسية ويستمر في كونه ضروري وفعال في الممارسات السريرية، ويُمكنك أخذ «الفصام» كمثال. أما البنية الحالية خاصتنا، فمن الواضح أنها كابوس بحثي، فهو غير متجانس ويتداخل مع الجيران الاقربين وليس به مسار موحد أو استجابة لوسائل علاج وليس به أيضاً نموذج واضح للجينات أو اكتشافات مخية. لكن سيتضح في نهاية الأمر أنه لدى المسار الوصفي الشائع الأخير - الفصام - المئات من الحالات المختلفة وسيطلب الكثير من وسائل العلاج المختلفة، لكن يُفيد «الفصام» كثيراً في الممارسات السريرية وليس لدى الـ RDoC بدائل له.

وما هو أكثر من ذلك هو أن الافتراض الذي يقول أن المرضى الذين يتوافقون مع فئات «الفصام» يعانون فقط من أمراض في المخ، بمثابة خرافة خطيرة؛ فتلعب القوى القرينية دوراً كبيراً في بداية الفصام، وكثيراً ما تكون العنصر الأساسي في إدارته الناجحة. إن الأمور التي كانت وستكون دائماً ضرورية هي بيئة مدعمة ومكان جيد للعيش وتشارك في المدرسة التي تقوم على العلاج وعلى الأنشطة الاجتماعية.

لقد كان انتباه الـ NIMH مشتتاً كثيراً بسبب الأحلام الرائعة التي تتمثل في ثورة بحث مستقبلية، حتى أنها قد فقدت الاتصال مع مرضى الفصام الذين يعانون بشدة في الوقت الحاضر؛ وهي لا تترعى أي اهتمام أو حتى تأخذ أي مسؤولية للفوضى المتمثلة في مركز الصحة النفسية الأمريكي؛ فقد قامت الولايات المتحدة أثناء الخمسين عاماً ذاتها التي شهدت فيها

ثورة في البحث العلمي الاساسي، قامت بإغلاق مليون سرير بمستشفيات الامراض النفسية، وبتقديمها القليل جداً من العناية والتسكين في المجتمع، أصبحنا مجبرين لأن نوفر مليون سريرًا بالسجون وذلك ليكفي المرضى النفسيين الذين تم القبض عليهم بسبب ارتكابهم جرائم ضارة، والتي كان من الممكن تجنبها إذا كانوا قد تلقوا خدمات مجتمعية وتسكين مناسب. يعاني هؤلاء الأفراد بشدة، وليس هذا بسبب غياب المعرفة عن كيفية الاعتناء بهم، بل بسبب غياب الاهتمام بهم وأيضاً غياب المصادر اللازمة. إن مرضى الأمراض النفسية الشديدة في حال أسوأ في الولايات المتحدة عن غيرها من الدول المتقدمة، وأن حبسهم بالجملة بمثابة

إرث البربرية التي ترجع إلى عقدين سابقين من الزمان.

وفي نفس الوقت، لقد كانت الـ NIMH ساكنة ومتجنبة هذه الأمور الفاضحة التي تحدث بين المؤسسات، ولا بد أن تشعر بمسؤولية قوية - إلا أنها لا تفعل ذلك - لتحسين حياة مرضانا الآن، وذلك بالعديد من الطرق القوية المتاحة لنا في الوقت الحالي فقط إذا كان هناك تمويلاً مناسباً لهم، ولا بد أن تؤيد الـ NIMH أيضاً المرضى، وذلك ليس فقط لميزانية أبحاثها الخاصة. ولا بد أن تدعم ميزانية أبحاث الـ NIMH ملفاً موزوناً بين كل الأطياف - من الحكم إلى العلاج ومن العلاج إلى الخدمات الاجتماعية.

إن المقامرة على أبحاث المخ بالأمر الضروري لمستقبل أفضل، إلا أنه لا بد ألا يسيطر بالكامل على الاحتياج الحالي.

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.

DOI 10.1002/wps.20102

الطريق ذو النهاية الغير معروفه

GIOVANNI A. FAVA

Affective Disorders Program, Department of Psychology, University of Bologna, Bologna, Italy

يقدم كوثيرت نموذجاً يهدف إلى دمج العلوم العصبية والأمراض النفسية التي قد تنتج تقدماً في تقييم النتائج وعلاجها (1)، لكن هناك أدعاء بأن هذا النهج مختلف جوهرياً عن تلك النهج التي كانت في العقود الماضية، والتي لم تتمكن من إنتاج اختبارات حيوية لتستخدم بصفة روتينية في تشخيص الاضطرابات النفسية وعلاجها (2). لكن لا يوجد هناك اكتشافات تمهيدية لتقترح أن هذه هي الحالة، ولا يوجد هناك أيضاً تمثيلاً سريرياً عن فائدة هذا النموذج، ففي حقيقة الأمر هناك العديد من المشاكل التي تظهر.

يتبع النموذج نهج «البطانية»، أي أنه يتم استخدام كل المقاييس الحيوية والسلوكية الممكنة، وحتى إذا كانوا ذات طبيعة تتم بالإسهاب، وتحت الاقتراح المضلل بأنه لن يُفقد أي شيء مع هذه الاستراتيجية وأن نظم التقسيم الجديدة ستنشأ بصورة تلقائية. وعلى الناحية الأخرى، من المحتمل أن تظهر نتائج متضاربة وذلك مع اكتشافات قد يصعب تفسيرها.

من الواضح أن هذا النموذج هو انعكاس أزمة فكرية في الطب النفسي يُمكن أن ترتبط بانحدار في الملاحظة السريرية كمصدر التحديات العلمية الأساسية (3). وكما علق فينشتاين في مجال الطب السريري، «تأتي كل الأفكار العلمية من مكان آخر، ومن الواضح أنه ليس لدى الأطباء السريريين شيئاً هاماً ليساهموا به فيما بعد عملهم الذي يتمثل في تطبيق الأفكار الأساسية» (4). لقد قامت العلوم العصبية بتصدير إطار عملها المفاهيمي في

الطب النفسي أكثر من مساعدتها كأداة فحص لمخاطبة الاسئلة التي تخاطبها الممارسات السريرية.

هناك العديد من التحديات السريرية الكبرى المتروكة بلا أبحاث مستقلة مناسبة تدعم من جانب المصادر العامة، مثلاً لا يوجد هناك ما يكفي من الأبحاث عن المشكلة المتكررة والمزعجة والمتمثلة في فقدان التأثيرات السريرية أثناء العلاج الطويل الامد المضاد للاكتئاب، والذي يشمل دراسة روابطه الحيوية العصبية، هذا بالرغم من التضمنات العملية بأن الأبحاث في هذه المنطقة ستكون بالأمر اللازم (5). ومن الأمثلة الأخرى هي أنه قد أصبحت وسائل العلاج المضادة للاكتئاب شائعة جداً في الخط الأول من علاج اضطرابات القلق، هذا بالرغم من غياب أي دليل يعمل على تدعيم تفوقها (6). ويتساءل ريكلز، وهو أب الفكرة الحديثة للعلاج بالدواء لاضطرابات القلق، عما إذا كان سيقوم مصدر عام بتدعيم دراسة معينة تقوم بدراسة الفاعلية النسبية والاستجابة المختلفة لوسائل العلاج الجديدة المضادة للاكتئاب بالمقابل مع البنزوديازيبين (7). وفي ذات الامر، تقوم مقالة تتحدث عن الطبيعة (8) بإدانة الدراسات التي قامت على وسائل العلاج النفسية والتي هي في إطار دعم بشكل فاضح، هذا بالرغم من «احتمالية تحقيقها بعض الاختلافات الجوهرية للمرضى». وقد ختمت بأن «العديد من وكالات التمويل حول العالم تحرص على تدعيم الدراسات الآلية بفوائد مُحتملة طويلة الأمد، وهم لا يرغبون أبداً في تقدير أنه لا بد من توجيه جزء من ملفهم ناحية تعريف التدخلات النفسية التي تؤثر على الفور» (8).

لقد جادل فينشتاين (9) الأطباء السريريين

عام 1967 لأن يقوموا بتطوير «علم أساسي» يخصهم - لدراسة الظواهر السريرية بصورة مباشرة ولتحديد أهمية الأنواع المختلفة من المعلومات السريرية ولتأسيس أنظمة مناسبة من علم التصنيف لتقسيم المعلومات وأيضاً لتطوير نماذج فكرية ووسائل واقعية بإمكانها مخاطبة العملية السريرية واستخدام النتائج في التحاليل المحددة بالكم. إن هذا الخط من الأبحاث، الذي غالباً ما يندرج تحت عنوان المقاييس السريرية، مُهملاً (10). إن حقيقة أنه قد لا يجد الأطباء السريريون الذين يتصفحون قضايا الجرائد أي مقالة ذات صلة بممارساتهم، بمثابة نتيجة مباشرة لهذا الإهمال.

لقد عمل الاعتماد المصري على معايير التشخيص على سلب العمليات السريرية، وهو لا يعكس التفكير المعقد الذي يكمن وراء القرارات في الممارسات السريرية (10)، لكن تجد أن العلاج النفسي والقرارات السريرية بالأمر المنبذ لكونها غير علمية وقديمة، إلا أن الأطباء النفسيين في الممارسات اليومية يستخدمون الملاحظة والوصف والتقسيم واختبار الافتراضات التفسيرية وتشكيل القرارات السريرية. لا يستخدم الطبيب النفسي في تحديد ما إذا كان المريض يحتاج إلى الاحتجاز بالمستشفى (أو الخروج منها)، وفي تقرير ما إذا كان المريض يحتاج إلى علاج (وأي نوع من العلاج)، وأيضاً في تخطيط جدول زيارات المتابعة أو جدول التدخلات، لا يستخدم أي شيء غير علوم الأمراض النفسية والقرارات السريرية.

تقدم رؤية المقاييس السريرية منزلاً فكرياً لإعادة أنتاج الحدس السريري وجعله معيارياً، مثل عمل مجموعات فرعية ومراحل مختلفة (10)، وهناك عدد كبير من الأبحاث السريرية

- Progr Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2011;35:1593602-.
6. Offidani E, Guidi J, Tomba E et al. Efficacy and tolerability of benzodiazepines versus antidepressants in anxiety disorders. Psychother Psychosom 2013;82:35562-.
7. Rickels K. Should benzodiazepines be replaced by antidepressants in the treatment of anxiety disorders? Psychother Psychosom 2013; 82:3512-.
8. Editorial. Therapy deficit. Studies to enhance psychological treatments are scandalously under-supported. Nature 2012; 489:4734-.
9. Feinstein AR. Clinical judgment. Baltimore: Williams & Wilkins, 1967.
10. Fava GA, Rafanelli C, Tomba E. The clinical process in psychiatry: a clinimetric approach. J Clin Psychiatry 2012;77:1738-.
11. Engel GL. How much longer must medicine's science be bound by a seventeenth century world view? Psychother Psychosom 1992; 57:316-.

DOI 10.1002/wps.20108

القوي لفكرها من جانب البارزة في المعهد الوطني للصحة النفسية قد أدى إلى قمع جدل مقبول. فكم باحث من الذين يستطيعوا تقديم تطبيقات التمويل لهذه الوكالة، يتمكن من كشف أمر أن الإمبراطور ليس لديه ملابس وأن الاستراتيجية قد تكون طريقًا ذات نهاية غير معروفة؟

المراجع:

1. Cuthbert BN. The RDoC framework: facilitating transition from ICD-DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. World Psychiatry 2014;13:2835-.
2. Kapur S, Phillips AG, Insel TR. Why has it taken so long for biological psychiatry to develop clinical tests and what to do about it? Mol Psychiatry 2012;17:11749-.
3. Fava GA. The intellectual crisis of psychiatric research. Psychother Psychosom 2006; 75:2028-.
4. Feinstein AR. The intellectual crisis in clinical science. Persp Biol Med 1987;30:215- 30.
5. Fava GA, Offidani E. The mechanisms of tolerance in antidepressant action.

المشتقة، وهي الطرق التي غالبًا ما تُطبق في الدراسات السريرية، وذلك ببساطة لأنها قد أصبحت متاحة، وإذا كان تفسير المشكلة السريرية فقيرًا، سيكون تركيز الأبحاث الحيوية العصبية على الجهود العشوائية وعلى سوء الفهم.

لقد قام أنجل (11) بتفسير الخصائص الأساسية للعلوم السريرية فيما يخص اهتمامها الواضح للبشرية، حيث تكون الملاحظة (الرؤية الخارجية) والاستبطان (الرؤية الداخلية) والحديث (المقابلات) بمثابة المنهجية المثلى للتقييمات السريرية وأيضًا لجعل المعلومات الخاصة بالمريض علمية. يعمل إبعاد هذا التفاعل من جانب ولاء العلوم الطبية المستمر للرؤية العالمية العلمية للقرن السابع عشر، يعمل على جعل هذا النهج غير علمي، وبالعكس فيزياء القرن العشرين، «لقد تم إما استبعاد العالم البشري من إمكانية الدخول على الاستفسارات العلمية أو أنه يتطلب من النهج العلمي للمظاهر البشرية أن يتكيف مع ازدواجية النموذج الطبي الحيوي ومع آليته وألقابه الثنائية» (11).

يُميز هذا الفكر المحصور معايير مجال البحث، ولذلك فالآن هو وقت إحلال الشعبية المألوفة للاستراتيجيات التي تم تطويرها خارج الطب النفسي بواسطة بحث خلاق يقوم على رؤية القرارات السريرية.

ومن المشكلات الكبرى أمام تطوير مشروع معايير مجالات البحث هي حقيقة أن التأييد

هل هو الوحيد أم هو واحد من بين العديد؟ تعليقًا على مشروع المحركات الاجرائية للبحوث التشخيصية (RDoC)

الغير تجارية. لقد كانت الممارسة السريرية التي تعمل مع التشخيصات القائمة على الاعراض التي تظهر من جراء الملاحظة وتقارير المرضى، كانت مصدرًا لإلهام الدارسين، وذلك في كل مجالات الطب؛ فهل سيكون من الممكن أن نفسر الأفكار المكتسبة من المجال السريري ونستخدم التشخيصات، في الافتراضات التي يكون تأكيدها قائمًا على مقاييس الـ RDoC؟

ويطرح نهج الـ RDoC أيضًا السؤال حول أفضل الطرق لتحقيق متطلبات جاسبير - وهذا إذا تم إدراكها بهذه الطريقة - وهي أنه لا يتوجب علينا فقط الوصف، بل أيضًا محاولة إدراك وتفسير معنى مكونات الأمراض النفسية في سياقهم الاجتماعي والحيوي والنفسي. إن دراسة الأبعاد ومقاييسهم هي مجرد بداية عملية الوصول إلى خلق نموذج بدائي ذو معنى يتوافق مع الأفراد في سياقاتهم. نحن نأمل أن يكون مشروع الـ RDoC قد تكهن بطريقة عمل

RDoC هو «تطوير طرق جديدة لتقسيم الاضطرابات النفسية التي تقوم على أبعاد السلوكيات التي يُمكن ملاحظتها والمقاييس الحيوية العصبية، وذلك لأغراض البحث». وبينما أن كلا من الدراسة المتعمقة في أبعاد السلوكيات وأيضًا استخدام المقاييس الحيوية العصبية في دراسة الوظائف النفسية، بمثابة نهج جديدة بالتقدير، إلا أن الهدف الأقصى من مشروع الـ RDoC يحتاج إلى المزيد من الانتباه اليقظ والإضافي، أي هل أوشك الـ RDoC على تطوير تقسيمات للأبحاث ستكون مختلفة عن تقسيمات الاضطرابات النفسية للعمل السريري؟ وأيضًا لبعض التقسيمات الأخرى التي سيُوصى باستخدامها في تدريب فئات مختلفة من العاملين في خدمات الصحة النفسية؟ وهل سيكون هذا التقسيم الذي يقوم على الـ RDoC الوحيد الذي لا بد أن يُستخدم عند التقديم على منح لواحد من أقوى المصادر

NORMAN SARTORIUS

Association for Improvement of Mental Health Programmes, Geneva, Switzerland

أنه لأمر سعيد ومفاجئ دائمًا أن نرى مصادفات ذات معنى في مجال العلوم والطب، مثل نشر المقالة التي كتبها كوثيرت (1) في الذكرى المائة لأول تنقيح لعمل كارل جاسبير العظيم في مجال الأمراض النفسية (2). لقد أسمى هيلميكس (3) كتاب جاسبير هذا «الضمير المنهجي للطب النفسي»، وذلك لسبب يرتبط بصورة مباشرة بنهج الـ RDoC والذي يصفه كوثيرت بقوله بأن جاسبير يؤيد وصفًا تم تعريفه بصورة جيدة وأيضًا نهجًا تفسيريًا لمجموع المظاهر النفسية المرضية في سياقها النفسي والحيوي والاجتماعي وأيضًا في ضوء نتائجها.

يقول كوثيرت أن الهدف من نهج الـ

هذا الأمر، وذلك في البدء بها بالتوازي مع إدراك البيانات عن مجالات البحث.

من القضايا الأخرى التي لا بد من اعتبارها هي التأكيد على جمع المعلومات التي تهتم بالمجالات التي تم تعريفها على أساس اتفاق جماعي من عدد محدود من الخبراء الذين قد اجتمعوا عام 2009. وقد قام الاتفاق الجماعي الذي توصلوا إليه بتوجيه عمل خمسة ورش عمل تلت الاجتماع الأول، وذلك حتى يتم تعريف الأبعاد التي سيتم تضمينها في المجال وتقديم تعريفات لهذه الأبعاد وتحديد العناصر التي يمكن استخدامها لتمييز كل بُعد. من الممكن أن يقوم مجموعة أخرى من الخبراء باختيار مجموعة أخرى من المجالات التي قد توجه البحث في اتجاه آخر. إن هذا الأمر صحيح فيما يخص مجال «أنظمة العمليات الاجتماعية» إلا أنه يصلح أيضًا - بنسبة أقل - لمجالات «أنظمة التكافؤ السلبية» و«أنظمة التكافؤ الإيجابية». لقد قام المشاركون في ورش العمل «بتعيين وفحص» فئات المقاييس المختلفة؛ ولا يوجد ما هو خطأ بصورة أساسية في هذا النهج، إلا إذا كان العمل على طول هذه الخطوط يستخدم كل المصادر المتاحة، ويصبح النهج الفكرة السائدة للمعهد الوطني للصحة النفسية، وهو الذي كان أهم عنصر في إدارة الأبحاث، وتوجيهها ليس فقط في الولايات المتحدة بل أيضًا حول العالم. وربما تقوم مجموعة أخرى باختيار مجموعة أخرى من المجالات التي تحتوي على مجموعة مختلفة من الأبعاد، والتي قد تكون مُساعدة

أكثر: فلا بد أن يكون هناك مكانًا ودعمًا لمثل هذا المشروع، وبالتالي سيكون من الهام تذكر أن التركيز الأساسي لمشروع الـ RDoC هو القرار الجماعي لمجموعة صغيرة نسبيًا من الخبراء عن المجال الذي لا بد من دراسته. وهناك قضية ثالثة لم يتم مخاطبتها صراحةً في المقالة الجيدة التي كتبها كوثيرت، وهي عن قياس تطور وحدات التحليل عبر الزمن؛ فتنغير العلامات النفسية التي ترتبط «بتهديد شديد» وأي بُعد آخر متضمن في الـ RDoC يتغير مع مرور الوقت، وقد يكون الملف المطول لهذا التغيير واضحًا مثل ارتباطه بعوامل وخصائص أخرى للفرد. ولإدراك تأثير هذه العوامل، ربما يكون من النافع إنشاء مصفوفة ذات ثلاثة أبعاد تتضمن المجالات وأساليب الدراسة والفئة العمرية والنوع وخصائص أخرى للأفراد الذين تكون أبعادهم في محض القياس، كل هذه في محور الوقت والنمو الطولي للظاهرة. ويسري هذا الجدل - بشكل أقل اختلافًا - على قرار تجنب تمويل البحث الذي سيكون قائمًا على الفئات التشخيصية للـ DSM والـ ICD. إن البحث الذي يستخدم الفئات التي تمت على أساس ملاحظة السلوكيات وتطور الاضطراب مع مرور الوقت، بالأمر المبرر مثل النهج الأخرى. لم تكن فئات التشخيص أبدًا أكثر من مجرد افتراضا عن طبيعة الاضطراب الذي يتقابل معه الأطباء الممارسون، ولا بد من استمرار دراسة هذه الافتراضات ولا بد أيضًا من استمرار تغيير تعريفاتها مع مرور الزمن، وذلك في ضوء

المعلومات عن تفاعلات الاضطرابات مع العلاج وعن النتائج الطويلة الامد وأيضًا عن تراكيب ووظائف المخ التي تسجلها الوسائل الحديثة. في خلاصة الأمر، علينا أن نهنئ المعهد الوطني للصحة النفسية ونشكره أيضًا على قراره بتمويل العمل على مدار سبيل جديد ومُعرف جيدًا للبحث، ونأمل في ذات الوقت أن هذا الطريق لن يُغلق تمويل الطرق البديلة لدراسة السلوكيات البشرية وأسسها في الصحة وفي المرض.

المراجع:

1. Cuthbert BN. The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry* 2014;13:2835-.
2. Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer, 1913.
3. Helmchen H. *Psychopathology and the social context*. Presented at the Symposium «One hundred years of Karl Jaspers' General Psychopathology», Berlin, October 2013.

DOI 10.1002/wps.20103

نهج تكاملي لتشخيصات الطب النفسي وأبحاثه

DAN J. STEIN

Department of Psychiatry, University of Cape Town
Cape Town, South Africa

لقد كان هناك الكثير من الاهتمام الموجه إلى أنظمة التقسيم النفسية، ومع ذلك هناك الكثير من عدم الرضى بعلم تصنيف الأمراض؛ فمن وجه نظر العلوم العصبية، قد فشلت معايير التشخيص في مزج المعلومات الحيوية العصبية، وسيعمل التركيز على الأبعاد السلوكية التي «تقوم على الدوائر» (1) على تحسين التشخيص. ومن وجهة نظر سريرية أكثر، وبمعرفة أن الاضطرابات النفسية لا تمثل كيانات مرضية شرعية (1)، يجعل التشخيص المشكلات وبكل بساطة أمراضًا لدى البشر.

إن هذا الجدل البسيط ليس إلا صدى لجدل أكبر عن التقسيمات في الطب، والتي تؤكد الكثير

منها أفكارًا عن المرض وتجادل بأنه لا بد أن يكون الأطباء السريريون علماء يدركون الطب النفسي، بينما يؤكد البعض الآخر خبرة المرض، بقولهم أنه لا بد أن يكون الأطباء السريريون بشرًا يدركون المعاناة (2). يدرك الطب التكاملي والطب النفسي على نحو قابل للجدل كل من هذه الجوانب بكونها مشخصات جيدة وأيضًا باحثين جيدين (3,4).

ومن وجهة نظر تكاملية، هناك احتياج إلى عمل مستمر على أنظمة علم تصنيف الأمراض، وذلك لتحسين شرعية التشخيصات واستخدامها. ولا بد من تدعيم إطار عمل الـ RDoC ووصولًا إلى الحد الذي يؤدي عنده إطار العمل هذا إلى البحث الذي يسمح بهذا التقدم. لكنني أقلق لأنه قد يكون لدى العديد من نقاد الـ DSM-5 والـ ICD-11 توقعات عالية على نحو مُفرط من الأنظمة التشخيصية، وبقدر ما يضع إطار عمل الـ RDoC أهدافًا غير واقعية لعلم تصنيف

الامراض، هناك احتياج إلى الكثير من الحذر. سأقوم على مدار هذه السطور التالية بالتأكيد على النقاط الآتية:

أولاً لأن الهدف الواضح من التقسيمات الطبية والنفسية هي الاستخدام السريري الذي يرتبط جزئيًا بالأمراض النفسية الضمنية. في مجال الطب، قد يقدم تشخيص عرض ما من الاعراض، مثل قصور القلب، القليل من المعلومات عن مسببات أمراض قوية، لكن ومع ذلك قد يساعد في توجيه العلاج (5). وفي مجال الطب النفسي، يكون الكثير من الكيانات بمثابة اعراض؛ فبينما قد يكون لدى الاعراض العديد من المسببات، إلا أن الحدود الضعيفة وغياب العلامات الحيوية بالأمر المفيدة سريريًا أيضًا.

قد يكون من الجدل أن الكثير من الطب يركز على كيانات معينة تقوم على علم مسببات الأمراض، مثل الالتهاب الرئوي الفيروسي. لدى الطب النفسي أيضًا أمراض معينة، مثل

الذهان الناتج عن الزهري العصبي، إلا أن هذه الاستثنائيات تثبت القاعدة التي هي أن الكثير من التشخيصات في الطب والطب النفسي تعكس حقيقة أنه لدى المرضى أعراض متغيرة تؤكدتها العديد من الآليات المتعددة (6): فقد تكون بعض حالات ارتفاع ضغط الدم أو الصداع والاكتئاب بسبب اختلافات جين واحد أو فيزيولوجيا مرضية معينة؛ إلا أن الغالبية تعكس تأثيرات متعددة.

ثانياً، وفي ظل معرفة أن العديد من الآليات تلعب دوراً في إنتاج علامات واعراض نفسية، سيكون أمر جعل الأولوية للتقييمات التشخيصية المعينة، مثل «الأبعاد السلوكية التي تقوم على الدوائر»، والتي لها إيجابيات وسلبيات. لقد تقدم العلم من أفكار أبقراط عن «الفكاهة» إلى نظريات عن أسس الدوائر العصبية للتكافؤ السلبي والإيجابي، إلا أنه من المستحيل أن بعد مرور عقد من الآن أن تُعتبر المفاهيم الدائرية بدائية، وعلى الناحية الأخرى، قد تستمر بناية الاكتئاب، والتي تقوم على العديد من التقييمات الأخرى، في ترديد صداها على مر عصور من الاوصاف السريرية.

يعمل الـ DSM-5 على التفرقة بين اضطرابات القلق والاضطرابات التي ترتبط بالسواس القهري، وذلك جزئياً على أساس الدوائر العصبية المختلفة التي تؤكد هذه الحالات، إلا أن هناك أيضاً الكثير من الجدل القوي حول تجميع هذه الاضطرابات على أساس الاعتبارات، مثل الاستجابة إلى مثبطات امتصاص السير وتونين والعلاج السلوكي المعرفي (7). علينا أن نقبل أن الأنظمة التشخيصية لا تستطيع أن تصل إلى «جوهر الطبيعة» بل هناك احتياج إلى إعادة التقييم المستمر للحقائق والقيم، وذلك لمحاولة تحسين التقسيمات.

ثالثاً، في ظل العديد من الآليات المتعددة المتضمنة في الشكاوي في مجال الطب النفسي والعديد من الاعتبارات التي ترتبط بالقرارات العلاجية، علينا أن نحذر في توقعاتنا بأن المعايير التشخيصية أو البدايات ستقوم في نهاية الأمر على الأبعاد السلوكية أو العلامات الحيوية. يُمكن أن تقدم التقييمات البسيطة مثل قياس ضغط الدم أو اختبار الحالة النفسية في مجال الطب والطب النفسي، الكثير من المعلومات الهامة، إلا أن هذه المعلومات جزئية. في مجال الطب والطب النفسي، يكون أمر التقرير حول ما - ومتى - إذا كان التدخل بالأمر الضروري، يتطلب تقييمات معقدة لنطاق واسع من العوامل، والتي تشمل إدراك دور الاعراض وسياقها الاجتماعي والمخاطر بالمقابل مع

فوائد العلاج.

قد تخرج مجموعة واحدة من العوامل والتي قد تكون مُهمله من جانب نقاد علم تصنيف الأمراض من وجهة نظر الصحة العامة. تركز التقسيمات النفسية على الاضطرابات الفردية، حيث تكون «الأنماط الظاهرية الباطنية» مرتبطة بالأمر، لكن من الأمور التي قد تحمل ذا الأهمية هي مخاطبة «الأنماط الظاهرية الخارجية»، أي المظاهر المجتمعية، مثل العنف بين الأفراد والتي ترتبط بقوة بعبء المرض (8)، بالإضافة إلى ذلك، قد تحتاج القرارات التي تخص بدايات التدخلات النفسية إلى أن تتضمن ليس فقط حقائق عن الآليات الحيوية العصبية، بل أيضاً بعض الاعتبارات الأخرى، مثل فاعلية تكلفة بعض التدخلات المعينة.

وبينما أن إطار عمل الـ RDoC يُشجّع الأبحاث على نطاق واسع من الظواهر والآليات، إلا أنه من الصعب أن يكون شديد النقد؛ فقد يتمكن الـ RDoC من المساهمة في تطوير الطب الشخصي، وذلك بتبنيه نهج متعدي يتكون من مستويات متعددة من الدراسات. إلا أننا لانزال نحتاج أن نحذر من الأمور الخداعة في مجال الطب، مثل الطبيب الذي يعتمد بصفة أساسية على الاختبارات المعملية لتحديد التشخيص، أو الممارس العام الذي يستأصل الجينات المرضية باستخدام تدخلات بسيطة مثل غسل الأيدي. لا يهم كم الدولارات التي ننفقها في العلوم العصبية السلوكية، فقد يكون علينا أن نقبل أنه يوجد القليل من العلامات التشخيصية للاضطرابات النفسية، والقليل من الشبكات لمكافحتها (9).

في حقيقة الأمر، بينما يوجد تعقيد في مجال الطب، يقدم الطب النفسي عدداً من النهج التي تستحق الدراسة، وبالتالي فلا بد أن يتمكن الطبيب الذي يواجه مريضاً يعاني من صداع، من تشخيص اعراض الصداع المعينة (في الحقيقة، يأخذ تقسيم الصداع نهجاً يتشابه مع الـ DSM(10)، وذلك بعد دراسة التاريخ المرضي بحرص، وبعد ذلك، يتم اختيار تدخل أو تدخلين، وذلك بالاعتماد على المعرفة بمجال العلوم العصبية وأيضاً على نطاق من الاعتبارات الأخرى، وبالمثل، يدرك الطبيب الذي يواجه مشكلات معقدة في الصحة العامة، مثل سوء استخدام عقاقير ما، أن الأسباب معقدة وأن هناك احتياج إلى نطاق من الاستجابات (وأنه - كما في الكثير من الحالات النفسية - لا يوجد شبكة لمكافحة هذا الأمر).

وفيما يخص المستقبل الذي يُمكن التكهن به، من اللازم أن يتضمن النهج التكاملية للتشخيصات

والابحاث النفسية DSM/ICD و RDoC وأيضاً نطاق واسع من البنائيات الأخرى.

المراجع:

1. Cuthbert BN. The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry* 2014;13:2835-.
2. Kleinman A. Rethinking psychiatry: from cultural category to personal experience. New York: Free Press, 1988.
3. Stein DJ. Philosophy and the DSM-III. *Compr Psychiatry* 1991;32:404-15.
4. Stein DJ. The philosophy of psychopharmacology: happy pills, smart pills, peppy pills. Cambridge: Cambridge University Press, 2008.
5. Nesse RM, Stein DJ. Towards a genuinely medical model for psychiatric nosology. *BMC Med* 2013;10:5.
6. Kendler KS. Levels of explanation in psychiatric and substance use disorders: implications for the development of an etiologically based nosology. *Mol Psychiatry* 2011; 17:1121-.
7. Stein DJ, Fineberg NA, Bienvenu OJ et al. Should OCD be classified as an anxiety disorder in DSM-V? *Depress Anxiety* 2010;27: 495-506.
8. Stein DJ, Lund C, Nesse RM. Classification systems in psychiatry: diagnosis and global mental health in the time of DSM-5 and ICD-11. *Curr Opin Psychiatry* 2013;26:4937-.
9. Stein DJ. Is there a «mosquito net» for anxiety and mood disorders? *Curr Psychiatry Rep* 2009;11:2645-.
10. Olesen J. The international classification of headache disorders. *Headache* 2008;48: 6913-.

DOI 10.1002/wps.20104

الحفاظ على واجهة الطبيب الاكلينيكي-الباحث في عهد مشروع المحكات الاجرائية للبحوث التشخيصية (RDoC): استمرار الاحتياج إلى خصائص ال DSM-5/ICD-11 للتجارب الاكلينيكية

MICHAEL B. FIRST

Columbia University and New York State
Psychiatric Institute, New York, NY, USA

نفس النظام التشخيصي لأهداف وصف
ظهور الاعراض لدى المرضى.

لقد كان لوجود تعريفات تشخيصية شائعة
لكلا من الأبحاث والممارسات السريرية عدداً
كبيراً من الإيجابيات؛ فقد أصبح من الممكن
تحويل المعلومات بين الأبحاث السريرية النامية
والممارسات السريرية، ولأنها تُستخدم ذات
المعايير لتشخيص المرضى في كلا الأوضاع،
فمن السهل تفسير الاكتشافات الخاصة بوثيقة
بحث لتشخيص وعلاج المرضى التاليين الذين
قد نراهم في الممارسات المكتبية. يؤكد هذا
النهج أيضاً توضيحاً أكثر للاتصال في وبين
مناطق الممارسة السريرية، وما هو أكثر أهمية
هو أن هذا النهج يُسهل إجراء الحديث اللازم
والتأثيرات المتبادلة بين الأطباء السريريين
والباحثين.

بإدراك قيمة معايير التشخيص التشغيلية
لتسهيل الاتصال بين الأطباء السريريين
والباحثين وتحسين أمر مصداقية التقييمات
التشخيصية، قامت الجمعية الأمريكية للطب
النفسي عام 1980 بتبني معايير تشخيص
كمحور تقسيمات الـ DSM-III، وقد كانت
التوقعات هي أنه بالإضافة إلى اشتغال
التقييمات السريرية، سيتم تبنيها على نحو
واسع من جانب مجتمع البحث.

ومن ثم، أصبحت أغلب الأبحاث النفسية منذ
الـ DSM-III مغلقة على فئات الـ DSM،
وبالتالي تُسهل تطبيقها على الممارسات
السريرية. لقد كان الأمل من وراء ذلك هو أن
يوضح في نهاية الأمر التحسين المتكرر لمعايير
التشخيص التي تم وضعها من خلال مجموعة
متتالية من الدراسات التقييمية، مسببات
الأمراض المتضمنة (1,2). لكن وبالرغم من
مرور العديد من السنوات من الدراسة المكثفة،
إلا أن الباحثين الذين يستخدمون نموذج الـ
DSM الحالي قد «فشلوا في تعريف علامة
حيوية عصبية نمطية ظاهرية، أو حتى جين
يكون نافعاً في تقديم تشخيص للاضطرابات

النفسية الكبرى» (3، ص 33).

وبينما تعكس الكثير من حالات الفشل هذه
التعقيد وصعوبة الدخول على المخ البشري (4)
إلا أنه ويلا شك من المساهمين الهامين هي
حقيقة أن فئات الـ DSM بمثابة مرآة ضعيفة
للطبيعة.

وبالرغم من أنه قد أصبح دليلاً كبيراً
للباحثين على مدار العشرين عاماً السابقة
أن فئات الـ DSM لا تمثل كيانات مرضية
شرعية، إلا أن هيمنة نظام الـ DSM الراسخ
والطبيعة المحافظة لعمليات المراجعة، قد أدت
إلى أن يكون الباحثين تحت ضغط لاستخدام
فئات الـ DSM-IV وذلك «لإرضاء أغلب
الكيانات الممولة ومراجعين الجرائد والمحررين
ومنظمين الاجتماعات العلمية» (5، ص 156).

إن واحد من أكبر أهداف مشروع الـ RDoC
التابع للمعهد القومي للصحة النفسية هو تحرير
مجتمع البحث من قيود نظام فئات الـ DSM/
ICD وذلك بتقديم إطار عمل بديل لعمل
الابحاث فيما يخص الأبعاد السلوكية الأساسية
التي تقوم على الدوائر لدى الـ NIMH وضماً
مركزياً فريداً لتحفيز الباحثين لأن يتبنوا إطار
العمل هذا، وهذا بسبب الدور الذي تلعبه ككيان
حكومي أولي يقوم بتمويل الابحاث النفسية
في الولايات المتحدة؛ وبالتالي فمن المحتمل
أن أغلب الأبحاث التي يتم تمويلها بواسطة الـ
NIMH في خلال العقد التالي ستبني إطار
عمل الـ RDoC.

وبالرغم من الاحتمالية التي لدى هذا
الامر في أن يكون خطوة إيجابية تُسهل تطوير
البحوث المطلوبة «للحصول على نهج رائدة في
علم تصنيف الأمراض تقوم على علوم الوراثة
ومجالات أخرى في العلوم الحيوية العصبية
والعلوم السلوكية في المستقبل» (6)، إلا أن هناك
احتمالية وجود عقبة تقوم باعتراض قدرة
الأطباء السريريين على فهم هذا البحث بصورة
سريرية وتطبيقه على مرضاهم الذين يُحتمل أن
تستمر اعراضهم السريرية في المستقبل المنظور
حتى يُنظر إليهم باعتبار الفئات من نوع الـ
DSM/ICD.

في حقيقة الأمر، إن واحدة من الدوافع
المركزية لـ RDoC هي تحبيب استخدام

بنايات الـ DSM/ICD للأعراض من
جانِب الباحثين في تصاميم الأبحاث أو في
اختيار المواد، فيما عدا بقدر ما هو ضروري
أثناء «انتقال» مجتمع البحث من الـ DSM/
ICD إلى الـ RDoC. وكما اشار كوثيرت، إن
العديد - إذا لم يكن أغلب - الاعراض التي تُشكل
أسس تقييمات الـ DSM النفسية ووسائل
العلاج أيضاً لا تظهر في مصفوفة الـ RDoC
بأنها تعرقل إمكانية الأطباء السريريين لأن
ينتسبوا إلى الدراسات البحثية التي تبحث في
الـ RDoC.

فما ينبغي علينا فعله لنلطف من هذا
الوضع؛ بالرغم من أن كوثيرت قد ناقش كثيراً
في وثيقته الاحتياج إلى «الانتقال» من الـ
DSM/ICD إلى الـ RDoC وقدم اقتراحات
قوية لإمكانية فعل هذا الانتقال (مثل إشمال
«تراكيب مختلفة من بنايات الـ RDoC وفئات
اضطرابات الـ DSM/ICD في الاختبارات»)،
إلا «أن أفضل اعتبار لتصاميم البحث الانتقالي
هذا هو بكونها مساعدة مؤقتة لعدد محدود من
الدراسات».

وبدلاً من اعتبار الحفاظ على عناصر نظام
الـ DSM/ICD كأمر مساعد يتم إبعاده
بسرعة كلما أمكن الامر، لابد أن يكون من
الاجزاء المطلوبة لأي مشروع بحثي موجهاً
ناحية الـ RDoC هو تقديم روابط أو مرات
بين تصميم الـ RDoC وتقسيمات الـ DSM/
ICD. وعلى أقل تقدير، لابد من توضيح التجارب
السريرية المستخدمة في البروتوكولات الموجهة
ناحية الـ RDoC، وذلك بحسب تشخيصات
الـ DSM-5/ICD-11 ولأي أسباب أخرى
غير تقديم مقياس للطبيب السريري لأن يقدّر
أنواع المواد المتضمنة في الدراسة.

مثلاً، وبحسب كوثيرت، «ستتضمن النماذج
البداية الـ RDoC مواداً ذات نطاق واسع من
الوظائف التي تتراوح بين الطبيعية والضعيفة،
مع اعتبار البنائيات البعدية التي تحظى بالكثير
من الاهتمام». سيكون من الاستقامة النسبية
أن نقوم بالتقييم التشخيصي لهذه المواد، وهذا
ليس لأهداف التصميم الاختباري بل لتمييز
التجارب السريرية بمقاييس يدركها الأطباء
السريريون.

complex disorders of neural circuitry and neural communication. *Neuron* 2000;28:3213-.

5. Hyman SE. The diagnosis of mental disorders: the problem of reification. *Annu Rev Clin Psychol* 2010;27:15579-.

6. Cuthbert BN. The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry* 2014;13:2835-.

DOI 10.1002/wps.20107

2. Spitzer R, Williams J. Having a dream: a research strategy for DSM-IV. *Arch Gen Psychiatry* 1988;46:95960-.

3. Charney D, Barlow D, Botteron K et al. Neuroscience research agenda to guide development of a pathophysiologically based classification system. In: Kupfer D, First M, Regier D (eds). *A research agenda for DSM-V*. Washington: American Psychiatric Association, 2002:3184-.

4. Hyman S. Mental illnesses: geneticall

سيتمكن هذا المجال من تحسين بعض مستويات التواصل والتفاعل بين الأطباء السريريين والأبحاث فقط عن طريق بناء ممرات واضحة بين عالم الـ DSM/ICD وعالم الـ RDoC.

المراجع:

1. Robins E, Guze S. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *AmJ Psychiatry* 1970;126:9837-.

مشروع المحكات الاجرائية للبحوث التشخيصية (RDoC) + : الجدية في أمر الانتقال

لآليات المخ، إلا أن جميعها يقدر الجوانب المستقيمة للذاتية بالمقارنة مع لطف هذه المواضيع الرئيسية للاضطرابات النفسية، مثل الاعتقاد والإدراك والإرادة والعاطفة. وبالمثل يكتب أنسيل في إشارته لك EKG. كما لو أن أمراض القلب تُشخص بطرق سريرية من جانب آلام الصدر كهذه، بينما أنها آلام تتعلق بالتهاب الحلق، وهي من التشخيصات التي ترتبط بأمراض القلب، والتي في حقيقة الأمر قد لا تكون في الصدر على الإطلاق بل في الحلق أو الذراع اليسرى، ومرة أخرى نجد أن كوثبرت على وعي تام بالتعقيدات الذاتية. يكمن القلق في أن تفشل هذه التعقيدات في التحول إلى الخط الرئيسي لـ RDoC، هذا بالمقارنة مع الآليات. تعتمد الوحدات المتعلقة بالأمر في التحليل، والتي هي «التقرير الذاتي» والسلوكيات - في حال إذا كانت قوائم الوسائل المقدمة في تقارير ورشة عمل مجال الـ NIMH، مصدرًا إرشاديًا - على الاستبيانات والموازنات التصنيفية التي لا تختلف في المبدأ عن تلك التي قامت عليها الـ DSM في الأساس، وبالتالي، وبينما لا يوجد ما هو جديد من جانب الاعراض الخاصة بالـ RDoC، هناك خطر واضح بأنه هو أيضًا - مثل الـ DSM - سيفشل في تدعيم التحول الفعال للأبحاث المستخدمة (3).

وبعد أن قدمنا هذا، يؤكد كوثبرت أن الـ RDoC بمثابة إطار عمل شامل وليس مقصورًا، ويقول أنه سيقاس «بسحب عدد برامج البحث التي ستفوق على مصفوفة الـ RDoC

ذلك فالاهتمام هو أن الـ RDoC في خطر إهمال جانب الاعراض الخاص بالظاهرة، وذلك بنفس المعنى.

وبالطبع يهتم مجال الطب، وبنفس المقدار، بالاعراض وبالآلية المتضمنة؛ وبالتالي فإن إهمال أي جانب من جوانب النظرية، أي إهمال إما جانب الاعراض أو جانب الآليات، يُمكن أن يثبت أنه بالأمر الكارثي وبنفس المقدار للانتقال الفعال للبحث المُستخدم.

ولتوضيح الامر، ليس الاهتمام هنا هو أنه قد تم استبعاد من الـ RDoC الاعراض (التي تم تفسيرها على نطاق واسع): فإنه صحيح أن الاعراض المعينة التي تقوم عليها الـ DSM ليست في الـ (1 RDoC)، إلا أنه قد تم إشمال «السلوكيات التي يُمكن ملاحظتها» في الموجز الاستراتيجي الخاص بالـ NIMH، أي أن هناك تغطية للاعراض في الـ RDoC ذاته (بالتعاقب مع «التقارير الذاتية» والسلوكيات)، وهناك إشارة إلى الأمراض النفسية في العنوان الخاص بتعليق كوثبرت، وكما يدل كوثبرت (1)، أنه قد كان «الضعف الذي يختبره المرضى في حيواتهم» بالأمر الهام في تطوير إطار عمل الـ RDoC، وبالتالي فإن الاهتمام ليس أن الاعراض قد تم استبعادها، بل بدلا من ذلك، وبالمقارنة مع الآليات، إن الـ RDoC أمام خطر عدم أخذه بجدية.

وبالتالي وبالرغم من أن أمثلة كوثبرت - المكافئة والتهديد والذاكرة - تُظهر وبصورة أكيدة قيمة الإدراك الثمين للاعراض وأيضًا

KENNETH W.M. FULFORD
University of Oxford, Oxford, UK

تقدم وثيقة كوثبرت مقدمة مفصلة مفيدة لإطار عمل الـ RDoC لاستيعاب اكتشافات العلوم العصبية، التي تستهدف في نهاية الأمر إلى عمل تفسير أكثر فاعلية للأبحاث التي تُستخدم (1). سأقوم في هذه المقالة بأخذ خطوة إلى الوراء من التفاصيل لألقي نظرة على النظرية المدعمة لـ RDoC وأيضًا على تضمنات هذه النظرية للأهداف الانتقالية الخاصة بالـ RDoC.

إن النظرية المدعمة لـ RDoC هي أن الاضطرابات النفسية تتماثل مع الاضطرابات في مجالات أخرى من الطب، مثل طب القلب؛ فيقوم كوثبرت مثلًا بمقارنة أبعاد الـ RDoC مع ارتفاع ضغط الدم (البُعدي أيضًا) (1)، وقام أنسيل أيضًا بالاقتراب من هذا التشابه في العديد من النقاط في البلوق الخاص به والذي يقدم الـ RDoC كمدير المعهد الوطني للصحة النفسية (NIMH)، فكتب يقول، «تخيل الرجوع إلى فشل الـ DSM بصفة خاصة لتفسير الأبحاث المستخدمة - التقرير بأن الـ EKG لم تكن نافعة بسبب أن العديد من المرضى الذين يعانون من آلام الصدر لم يكن لديهم تغييرات في الـ (2) (EKG).

وبالتالي فإن التضمن هو أن بالتركيز على الآليات المرضية، يأخذ الـ RDoC التجانس مع الطب بشكل أكثر جدية من الـ DSM، ومع

- 2004.
5. 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, 2013:111-.
 6. Maj M. Introduction: the relevance of Karl Jaspers' General Psychopathology to current psychiatric debate. In: Stanghellini G, Fuchs T (eds). One century of Karl Jaspers' General Psychopathology. Oxford: Oxford University Press, 2013:xxiv-viii.
 7. Zahavi D. Naturalized phenomenology. In: Schmicking D, Gallagher S (eds). Handbook of phenomenology and cognitive science. Dordrecht: Springer, 2010:219-.
 8. Broome M, Bortolotti L (eds). Psychiatry as cognitive neuroscience: philosophical perspectives. Oxford: Oxford University Press, 2009.
 9. Fulford KWM, Broome M. Computational psychopathology: do it now! <http://blog.oup.com>.
 10. Weinberg S. The first three minutes: a modern view of the origin of the universe. New York: Basic Books, 1977.

DOI 10.1002/wps.20106

(9) والتي تتناسب بصورة مباشرة مع التراكم البعدية لإطار عمل الـ RDoC و"الطب الدقيق" (1) الذي تستهدف إلى تبنيه.

لقد حذر ستيفن وينبرج في كتابه *The First Three Minutes* (أي الدقائق الثلاثة الأولى)، وهو عالم في الفيزياء النظرية وحاصل على جائزة نوبل، حذر بأن خطأنا في مجال العلوم، «ليس هو أننا نأخذ نظرياتنا بجدية شديدة، بل هو أننا لا نأخذها بجيدة كما ينبغي» (10). تأخذ الـ RDoC التشابه بين الاضطرابات النفسية والاضطرابات في مجال آخر من الطب، مثل في مجال طب القلب، وذلك بجدية أكثر مما تفعل الـ DSM، وذلك لغرض إعادة التوازن بين الاعراض والآليات؛ فيعني أخذ التشابه بجدية أكثر لعمل انتقال ناجح للأبحاث المستخدمة إضافة مصادر العلوم الجديدة للعقل إلى الـ RDoC.

المراجع:

1. Cuthbert BN. The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry* 2014;13:2835-.
2. Insel TR. Transforming diagnosis. www.nimh.nih.gov.
3. Fulford KWM. From RDC to RDoC: a history of the future? <http://blog.oup.com>.
4. Popper K. *Conjectures and refutations: the growth of scientific knowledge*. London: Routledge,

حتى تتحرك في اتجاه جديد بالكامل» (1). ومن الناحية العلمية، إن هذه الملحوظة التعهدية تجاه الـ RDoC+، وكما يمكن أن ندعوها، هي بالطبع أكثر الجمل أهمية في المقالة التي قدمها كوثيرت. يعتمد التقدم في العلوم، كما يشير فيلسوف العلوم كارل بوبر (4)، على الجمع بين الحدس التخيلي مع ضوابط الاختبار، وذلك بالتجارب. لقد قامت أبحاث العلوم الاجتماعية بتعريف حالات مشابهة للإبداع (5). سيتمكن الـ RDoC المنفتح والشامل، ومن النوع الذي يتوقعه كوثيرت بتدعيم هذا الاتحاد الحيوي بين الخيال والتجربة.

وإذا فشل الـ RDoC في تقديم هذه الملحوظة التعهدية، لن يكون السبب هو غياب المصادر. هناك مجموعة كبيرة وحقيقية من علوم العقل الجديدة التي يمكن إضافتها إلى الـ RDoC الذي يركز على العلوم العصبية، وذلك لتقديم الـ RDoC+ غني بالأعراض. من الأمور البارزة بين علوم العقل الجديدة هذه، وفي عام الـ 2010، اليوبيل الفضي هذا للأمراض النفسية العامة الخاصة بكارل جاسبير هي استمرار أهمية علم الظواهر (6). لقد كان كوثيرت على حق عندما تخلص من «علم الظواهر» المجرّد (1) الـ DSM، إلا أن هناك ظواهر سريرية واقعية أخرى متاحة للـ RDoC+، ومن بين هذه «علم الظواهر الطبيعية» (7) الذي يربط وبشكل مستمر بين الظواهر الفلسفية وكل مصادر العلوم المعرفية، والتي تقدم بدورها في نهاية الأمر كوبري طبيعى يصل إلى العلوم العصبية (8)، وهذا كما كان كوثيرت وغيره الذين اشتروا في تخطيط الـ RDoC على وعي كامل به (المرجع 9 في 1). وما هو أكثر من ذلك، هو أن هذه المصادر تدعم معاً النهج الحاسوبية للأمراض النفسية

إضافة العلاج النفسي إلى العقاقير المضادة للاكتئاب في حالات اضطرابات الاكتئاب والقلق: تحليل تلوي

PIM CUIJPERS^{1,3}, MARIT SIJBRANDIJ^{1,2}, SANDER L. KOOLE^{1,2}, GERHARD ANDERSSON^{4,5},
AARTJAN T. BEEKMAN^{2,6}, CHARLES F. REYNOLDS III⁷

¹Department of Clinical Psychology, VU University Amsterdam, The Netherlands; ²EMGO Institute for Health and Care Research, VU University and VU University Medical Center Amsterdam, The Netherlands; ³Leuphana University, Lüneburg, Germany; ⁴Department of Behavioural Sciences and Learning, Swedish Institute for Disability Research, University of Linköping, Sweden; ⁵Department of Clinical Neuroscience, Psychiatry Section, Karolinska Institutet, Stockholm, den; ⁶Department of Psychiatry, VU University Medical Center Amsterdam, The Netherlands; ⁷Department of Psychiatry, University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh, PA, USA

لقد قمنا بعمل تحليل تلوي لعدد من التجارب العشوائية، حيث تم مقارنة تأثير العلاج باستخدام العقاقير المضادة للعلاج بتأثير اتحاد العلاج النفسي مع العلاج الدوائي لدى البالغين الذين تم تشخيصهم باضطرابات قلق أو اكتئاب. وقد توافق مجموع يصل إلى 52 دراسة (3,623 مريضاً) مع معايير الاشتمال، 32 في اضطرابات الاكتئاب، 21 في اضطرابات القلق (واحد في كلا من اضطرابات الاكتئاب والقلق). وقد كان الاختلاف الكلي بين العلاج بالعقاقير ووسائل العلاج المتعددة هي $g=0.43$ (95% CI: 0.31–0.56) التابع لهيدج، والذي يؤكد وجود تأثير كبير ومعتدل واختلاف يحمل معنى سريري في صالح وسائل العلاج المتعددة، والتي تتشابه مع العدد اللازم لعلاج (NNT) ذات 4.20. لقد كان هناك ما يكفي من أدلة بأن وسائل العلاج المتعددة تتفوق في حالات الاكتئاب الشديدة واضطرابات القلق والوسواس القهري (OCD). وكانت تأثيرات وسائل العلاج المتعددة، بالمقارنة مع وسائل العلاج البديل وحدها، ضعف حجم تأثيرات العلاج بالعقاقير بالمقارنة مع وسائل العلاج البديلة وحدها، مما يؤكد الميزة السريرية لوسائل العلاج المتعددة. تقترح النتائج أيضاً أن تأثيرات العلاج بالعقاقير وتأثيرات العلاج النفسي لا تعتمد على بعضهما البعض؛ حيث يُشارك كل منهما بالتساوي في تأثيرات وسائل العلاج المتعددة. ونستخلص من هذا كله أن وسائل العلاج المتعددة تبدو بأنها أكثر فاعلية من العلاج باستخدام العقاقير المضادة للاكتئاب وحدها في حالات الاكتئاب الشديدة واضطرابات القلق والوسواس القهري (OCD). وتبقى هذه التأثيرات قوية ومستمرة لما قد يصل إلى عامين بعد الانقطاع عن العلاج، لكن قد لا يحل العلاج الأحادي باستخدام العقاقير ذات التأثير النفسي محل الرعاية الكبيرة اللازمة لحالات الاضطرابات النفسية.

كلمات مفتاحية: وسائل العلاج المتعددة، العلاج النفسي، العقاقير المضادة للذهان، اضطرابات الاكتئاب، اضطرابات القلق، الاكتئاب الخفيف، الوسواس القهري، تحليل تلوي

(عالم الطب النفسي 2014: 67–13: 56)

ما إذا كانت الاختلافات بين وسائل العلاج المتعددة والعلاج البديل وحده أكبر من الاختلافات بين وسائل العلاج المتعددة والعلاج بالعقاقير، وذلك حتى تتمكن من تحديد الإسهام النسبي للعلاج النفسي والعلاج بالعقاقير في تأثيرات وسائل العلاج المتعددة.

الوسائل

تعريف الدراسات واختيارها

لقد استخدمنا استراتيجيات متعددة لتعريف الدراسات المتعلقة بالأمر، وقمنا أيضاً بدراسة أربعة قواعد بيانات ببيولوجرافية (الـ PubMed والـ PsycInfo والـ Embase وقاعدة بيانات كوكرين للتجارب العشوائية). قمنا أولاً بتطوير سلسلة من الأبحاث للعلاج النفسي، وذلك بكلمات وجمل مفتاحية تشير إلى الأنواع المختلفة من العلاج النفسي ووسائل العلاج النفسية. وقد تضمنت هذه السلسلة من الأبحاث سلاسل أبحاث أخرى تشير إلى كل الاضطرابات التي تضمنهاها، والتي هي: حالات الاكتئاب الشديدة والاكتئاب الخفيف واضطرابات القلق العام (GAD) والـ SAD واضطرابات القلق والـ OCD واضطرابات كرب ما بعد الصدمة (PTSD). وقد أقصرنا البحث خاصتنا على التجارب العشوائية المحكمة، قمنا أيضاً بفحص المراجع الخاصة بـ 116 تحليل تلوي قديم لوسائل العلاج النفسية للاضطرابات (صورة رقم 1).

اشتملنا أيضاً تجارب عشوائية حيث تم بها مقارنة تأثيرات وسائل العلاج باستخدام العقاقير المضادة للاكتئاب بتأثيرات اتحاد علاجي بين العقاقير المضادة للاكتئاب والعلاج النفسي لدى البالغين الذين يعانون من

إن اضطرابات القلق واضطرابات الاكتئاب من الحالات المنتشرة على نطاق واسع (1,2) وترتبط بصورة أساسية بفقدان المريض أو أسرته لجودة الحياة (3,4) وكثافة استخدام الخدمات وتكاليف اقتصادية كبيرة (5–7) وتحمل الصحة العامة عبء المرض (8)، إلا أن وسائل العلاج الفعالة بالأمر المتاح لهذا النوع من الاضطرابات، والتي تشمل أنواع متعددة من وسائل العلاج النفسي والعقاقير المضادة للذهان (9–11)، وبالرغم من أن تأثيرات العلاج النفسي والعقاقير المضادة للاكتئاب ذات تأثير متساوي لأغلب اضطرابات القلق والاكتئاب (12)، إلا أن هناك بعض الدلائل التي تقول بأن وسائل العلاج التي تجمع بينهما قد تكون أكثر فاعلية من التداوي بأي منهما على حدى (13–15)، لكن وفي نفس الوقت، لقد تلقى عدد متزايد من مرضى الاضطرابات النفسية في العقد السابق، ووسائل علاج ذات تأثير نفسي بدون علاج نفسي (16,17)، وبالتالي فمن المهم أن ندرس ما إذا كان لهذا الأمر تأثير سلبي على جودة العناية.

لقد قمنا بعمل تحليل تلوي على الدراسات التي تقارن بين العلاج بالعقاقير وحدها والعلاج بالاتحاد بين العلاج النفسي والعقاقير. وبالرغم من أنه قد قامت تحاليل تلوية مبكرة بدراسة هذا التساؤل، إلا أن الهدف من جميعها كان اضطراب واحد، وهو الاكتئاب (13–15) والقلق (18–19)، أما لبعض الاضطرابات الأخرى – مثل اضطرابات الرهاب الاجتماعي (SAD) والوسواس القهري (OCD) – تم عمل العديد من الدراسات الابتدائية، إلا أنه لم يتم دمجها بتحليل تلوية، وبالتالي فإن الهدف الأساسي من هذه المقالة هو تقديم تحليل تلوي شامل للدراسات التي تقارن بين العلاج بالعقاقير المضادة للاكتئاب ووسائل العلاج المتعددة لاضطرابات القلق واضطرابات الاكتئاب. لقد قمنا أيضاً بدراسة

عمل التحاليل التي هدفها العلاج، ويعنى هذا الأمر أنه قد تم اشتغال كل المرضى العشوائيين). وقد قام باحثان مستقلان بعمل تقييمات لشريعة الدراسات المتضمنة، وتم حل عدم الاتفاق بواسطة النقاش.

قمنا أيضًا بإخفاء خصائص المرضى (الاضطراب وطريقة تطويعه والمجموعة المستهدفة) ونوع العقاقير المضادة للذهان التي كان يستخدمها (مثبطات امتصاص السيروتونين المُختارة الـ SSRI والعقاقير المضادة للاكتئاب ثلاثية الحلقات والـ TCA ومثبطات أمتصاص النورابيريفرين السيروتونين والـ SNRI مثبطات أكسيداز أحادي الأمين والـ MAOI وغيرها، أو وسائل العلاج المذكورة في الكتيب، والتي تشمل العديد من العقاقير المضادة للاكتئاب) وأيضًا خصائص العلاج النفسي (شكله وعدد الجلسات ونوع العلاج النفسي). إن أنواع العلاج النفسي الذي قمنا بتمييزه هو العلاج السلوكي المعرفي (CBT) والعلاج النفسي بين الأفراد (IPT) وغيره الكثير. ولأن أغلب وسائل علاج الـ CBT تستخدم خليطًا من الآليات المختلفة، قمنا بتجميعها معًا في أسرة واحدة كبيرة من وسائل علاج الـ CBT، وقمنا بتقييم علاج ما يكونه CBT عندما يشمل على إعادة الهيكلة المعرفية أو نهج سلوكي (مثل التعرض ومنع الاستجابة للعلاج). وعندما تستخدم وسيلة العلاج خليطًا من CBT و IPT كنا نقيمه تحت فئة «وسائل علاج أخرى»، مع نهج علاجية أخرى (مثل العلاج النفسي الديناميكي).

اضطرابات اكتئاب واضطرابات قلق بمصاحبة رهاب الخلاء أو بدونه والـ GAD أو SAD أو OCD أو PTSD. وقد تم اشتغال فقط الدراسات التي توافق بها المرضى مع الفئات التشخيصية للاكتئاب بحسب مقابلة تشخيصية - مثل المقابلات السريرية المهيكلة لاضطرابات الـ DSM-IV المحور I (SDID-I) ومقابلة التشخيص الدولية المركبة (CIDI) أو المقابلة النفسية العصبية الدولية المصغرة (MINI). لكن قد تم استبعاد الدراسات التي قامت على المرضى الداخليين والبالغين والأطفال (تحت سن الثامنة عشرة)، قمنا أيضًا باستبعاد الدراسات الداعمة التي تستهدف الأفراد الذين قد تعافوا أو تعافوا جزئيًا بعد فترة علاج سابقة، واشتملنا أيضًا الدراسات التي باللغة الإنجليزية والألمانية والإسبانية والهولندية.

تقييم الجودة واستبعاد البيانات

لقد قمنا بتقييم شريعة الدراسات المشتملة، وذلك باستخدام أداة تقييم «خطر الانحياز» التي تم عملها بالتعاون مع كوكرين (20). تقوم هذه الأداة بتقييم المصادر الممكنة للانحياز في التجارب العشوائية، والتي تشمل الجيل المناسب من تسلسل التوزيع وإخفاء التعاون للحالات ومنع المعرفة الخاصة بتدخلات التوزيع (إخفاء المقيمين) والتعامل مع بيانات النتائج الغير كاملة (تم تقييم هذا الأمر بالإيجاب، وذلك عندما تم

المجموع	PTSD /OCD	القلق	SAD	GAD	اكتئاب	
5103	91	849	296	547	3320	21,729 مرجع تم تعريفه بواسطة محاضرات بحثية PUBMED
6613	128	1436	752	1309	2988	كوكرين
3749	32	424	246	337	2710	PsychInfo
6264	78	764	661	372	4389	Embase
21729	329	3473	1955	2565	13407	المجموع
↓						
14903	221	2032	1228	1562	9860	بعد إزالة التكرارات
↓						
116	27	26	14	7	42	تحاليل تلوية قديمة تم دراستها للحصول على المراج
↓						
2278	58	493	247	136	1344	مقالات كاملة تم استعادتها
↓						
577	29	170	86	49	243	أسباب الاستبعاد
419	5	52	24	32	306	مقارنة غير صحيحة
363	2	112	52	32	165	دراسة مكررة
249	3	33	39	7	167	لا وجود للتشخيص
238	3	76	1	7	151	لا وجود لمجموعات مُحكمة
379	10	40	41	8	280	لا وجود لعلاج النفسي
2226	52	483	243	135	1312	أسباب أخرى
↓						
52	OCD:4 PTSD:2	10	4	1	32	تم أشماله في التحاليل التلوية

الصورة رقم ١: اختيار الدراسات واشتمالها. GAD - اضطرابات القلق العام، OCD - اضطرابات الوسواس القهري، PTSD - اضطرابات كرب ما بعد الصدمة، SAD - اضطرابات الرهاب الاجتماعي

اختيار الدراسات واشتمالها

وبعد اختبار ما يصل إلى 21,729 ملخصًا تجريديًا (14,903 بعد إزالة التكرارات)، قمنا باسترجاع 2,278 مقالة كاملة، وذلك للمزيد من الدراسة، وتم استبعاد 2,226 من تلك المقالات التي استرجعناها. تجد الرسم البياني الذي يوضح عملية الاشتمال والذي يتضمن أيضًا أسباب الاستبعاد، في الصورة رقم 1. لقد توافقت 52 دراسة مع معايير الاشتمال للتحليل التلوي هذه (28-79). وتجد تقريرًا عن الخصائص المختارة من الدراسات المشتملة في الجدول رقم 1.

خصائص الدراسات المشتملة

لقد قام 3,623 مريضًا بالمشاركة في 52 دراسة (1,767 مريضًا في حالات العلاج المتحد و1,856 في حالات العلاج بالعقاقير فقط). وقد استهدفت 32 دراسة اضطرابات الاكتئاب (22 دراسة لحالات الاكتئاب الشديدة، وتشمل هذه دراسة واحدة تستهدف المرضى الذين يعانون من اكتئاب شديد والـ OCD وخمسة دراسات تستهدف الاكتئاب الخفيف وخمسة دراسات أخرى تستهدف اضطرابات مزاجية مختلطة)، بينما استهدفت 21 دراسة اضطرابات القلق (عشرة دراسات لاضطرابات القلق بمصاحبة رهاب الخلاء أو بدونه، واستهدفت أربعة دراسات الـ OCD بينما استهدفت أربعة دراسات أخرى الـ SAD واستهدفت دراستان الـ PTSD واستهدفت دراسة واحدة الـ GAD). لقد قامت أغلب الدراسات (n=32) بتعيين مرضى بصفة حصرية من عينات سريرية، وكانت تستهدف البالغين بصفة عامة، بدلا من مجموعة خاصة بشكل أكبر (مثل البالغين الكبار أو مرضى الاضطرابات الجسدية المترامنة).

لقد كانت العديد من وسائل العلاج النفسية تنتمي إلى أسرة العلاج السلوكي والمعرفي، بينما قامت تسعة دراسات باختبار الـ IPT واختبرت العشرة دراسات الأخرى وسائل علاج أخرى (والتي تشمل وسائل العلاج الديناميكي النفسي). وقد تراوح عدد جلسات العلاج من 5 إلى 56، بينما كان لدى أغلب وسائل العلاج (n=36) جلسات تتراوح بين 10 إلى 20 جلسة. وقد اشتملت العقاقير المضادة للاكتئاب والتي تم تناولها في الدراسات، على الـ SSRI (n=22) والـ TCA (n=13) والـ SNRI (n=3) والـ MAOI (n=4) وأيضًا بروتوكولات العلاج بأنواع مختلفة من وسائل العلاج المضادة للاكتئاب (n=10).

وقد تمت أغلب الدراسات في الولايات المتحدة (n=20) أو في أوروبا (n=19)، وتم نشر مقالتي باللغة الألمانية، بينما نُشرت البقية بالإنجليزية.

تقييم الجودة

لقد كانت جودة الدراسات بالأمر المتراوح (أنظر الجدول رقم 1)؛ فقد أقرت 21 دراسة بوجود جيل من التسلسل الجيد، بينما لم تفر البقية من الدراسات (31 دراسة) بهذا الأمر. وأقرت تسعة عشر دراسة بأن توزيع الحالات كان من جانب طرف (ثالث) مستقل، وأقرت تسعة وثلاثون دراسة بتعمية مقيمين النتائج أو أنها استخدمت فقط التقييم الذاتي للنتائج، بينما لم تفر 13 دراسة أخرى بأمر التعمية هذا. قامت واحد وثلاثون دراسة بعمل تحاليل تستهدف العلاج (تم تحليل نتيجة بعد العلاج وذلك لكل مريض حتى إذا وجب المضي قدمًا بالملاحظة الأخيرة التي تسبق الإنهاك أو أن تُقدَّر هذه النتيجة من مسارات استجابات سابقة). وقد توافقت ثلاثة عشر دراسة مع الأربعة معايير للجودة، بينما تقابلت ستة دراسات أخرى مع ثلاثة معايير، أما البقية المتمثلة في ثلاثة وثلاثون دراسة فقد تقابلت مع معيارين أو أقل.

لقد كان لكل مقارنة بين العلاج بالعقاقير ومجموعات العلاج المتحد حساب حجم التأثير الذي يُشير إلى الاختلاف بين المجموعتين، وذلك في الاختبارات السابقة (الـ g الخاصة بهيدج). وكانت تُحسب أحجام التأثير عن طريق طرح (في الاختبارات السابقة) المجموع المتوسط لمجموعة العلاج بالعقاقير من المجموع المتوسط لمجموعة العلاج المتحد، ثم نقوم بقسمة النتيجة على الانحراف المعياري للمجموع. ولأنه لدى بعض الدراسات أحجام عينات صغيرة نسبيًا، قمنا بتصحيح حجم التأثير من انحراف العينة الصغير (21).

وعند حساب أحجام التأثير في الدراسات التي تهدف إلى المرضى الذين يعانون من اضطرابات اكتئاب، قمنا باستخدام تلك الأدوات التي تقيس وبوضوح اعراض الاكتئاب. أما في الدراسات التي تقيس اضطرابات القلق، قمنا باستخدام فقط الأدوات التي تقيس وبوضوح اعراض القلق. وإذا كان يُستخدم أكثر من وسيلة قياس، كنا نحسب أقل أحجام تأثير، وبالتالي فقد قدمت كل دراسة حجم تأثير واحد فقط. وإذا لم يتم التقرير عن الانحرافات القياسية والقليلة، كنا نستخدم إجراءات برامج التحاليل التلوية الشاملة (النسخة 2.2.021) وذلك لحساب حجم التأثير باستخدام نتائج منقسمة إلى قسمين، وإذا لم تكن هذه متوافرة أيضًا، كنا نستخدم إحصائيات أخرى (مثل قيمة الـ t أو قيمة الـ p). ولحساب متوسط أحجام التأثير المجتمعة، كنا نستخدم البرنامج المذكور بأعلى، ولأننا كنا نتوقع وجود تجانس نسبي بين الدراسات، قمنا بتوظيف نموذج تأثيرات عشوائية مجتمعة.

ولأنه يصعب تفسير الاختلاف المعياري المتوسط (الـ g الخاصة بهيدج) من وجهه نظر سريرية، قمنا بتحويل هذه القيم إلى الرقم الذي يحتاج إلى علاج (NNT)، وذلك باستخدام الوصفة الطبية التي قدمها كرايمر وكوبفير (22). يشير الـ NNT إلى عدد المرضى الذين يحتاجون إلى علاج، وذلك لكي تظهر نتيجة إيجابية واحدة إضافية (23).

قمنا أيضًا بحساب الخطر النسبي (RR) للتوقف عن أخذ العلاج في حالات التداوي بالعقاقير، هذا بالمقارنة مع وسائل العلاج المتحد. ولكي نقارن بين التأثيرات الطويلة الأمد لوسيلتي العلاج، قمنا بحساب الـ RR الخاص بوجود نتيجة إيجابية في فترة المتابعة.

وكاختبار تجانس لأحجام التأثير، قمنا بحساب إحصائية I² والتي هي دلالة على تجانس النسب؛ فتدل قيمة الصفر بالمائة على عدم وجود تجانس ملحوظ، بينما تدل القيم الأكبر على زيادة في التجانس، وتدل 25% على تجانس منخفض والـ 50% على تجانس معتدل و75% على تجانس عالي (24). لقد حسبنا أن فترات الثقة تصل إلى 95% حوالي I² (25)، وذلك باستخدام النهج الذي يقوم على مربع شى والغير مركزي في وحدة هنتيروج الحسابية (26).

قمنا بعمل تحاليل للمجموعات الفرعية بحسب نموذج التأثيرات المختلطة، والتي تجتمع فيها الدراسات في المجموعات الفرعية مع نموذج التأثيرات العشوائية، بينما يتم عمل اختبارات للاختلافات الكبيرة بين المجموعات الفرعية بواسطة التأثيرات الثابتة. وللحصول على اختلافات مستمرة، قمنا باستخدام تحاليل تلوية تراجمية، وذلك لاختبار ما إذا كان هناك علاقة هامة بين الاختلاف المستمر وحجم التأثير، كما يُستدل عليه من قيمة Z وقيمة p المرتبطة به.

قمنا أيضًا باختبار انحياز النشر، عن طريق استعراض قمع تخطيط مقاييس النتائج الأولي وأيضًا عن طريق إجراءات التقليل والتسديد الخاصة بدوفال وتوييدي (27)، والتي تنتج تقديرًا لحجم التأثير بعد الاخذ في الاعتبار بالتحيز في النشر. قمنا أيضًا بعمل اختبار أيجر لعامل الاعتراض، وذلك لتحديد كم التحيز الذي يوضحه قمع التخطيط، واختبار ما إذا كان الامر بالغ الأهمية.

الجدول رقم 1: خصائص مختارة للدراسات التي تقارن بين العلاج باستخدام العقاقير المضادة للاكتئاب ووسائل العلاج المتحدة مع العلاج النفسي والعقاقير

البلد	الجودة*	Nmed	Ncom	العلاج	العلاج النفسي	الاضطراب	الدراسة
أخرى	----	17	17	SSRI	CBT	PAN	أزهار (28)
الولايات المتحدة	++--	83	65	TCA	CBT	PAN	باربو وآخرون (29)
الولايات المتحدة	-+--	18	17	TCA	أخرى	مزاج	بيلاك وآخرون (30)
أوروبا	-+--	16	16	SSRI	IPT	MDD	بيلينغو وآخرون (31)
أوروبا	----	38	35	SSRI	أخرى	PAN	بيرجير وآخرون (32)
الولايات المتحدة	----	20	22	TCT	CBT	MDD	بلاكبورن وآخرون (33)
الولايات المتحدة	++++	35	32	MAOI	CBT	SAD	بلانكو وآخرون (34)
أوروبا	++--	30	33	SNRI	IPT	MDD	بلوم وآخرون (35)
أوروبا	++++	95	98	SSRI	BT	SAD	بلومهورف وآخرون (36)
كندا	-+++	117	122	SSRI	IPT	DYS	بروني وآخرون (37)
أوروبا	-+--	38	33	TCA	DYN	MDD	بورناند وآخرون (38)
الولايات المتحدة	-+--	24	17	SNRI	CBT	GAD	كريتس-كريستوف وآخرون (39)
الولايات المتحدة	++++	39	42	SSRI	CBT	SAD	ديفيدسون وآخرون (40)
أوروبا	++--	84	83	أخرى/Prot	DYN	MDD	دي جونغي وآخرون (41)
أخرى	-+--	13	11	MAOI	IPT	DYS	دي ميلو وآخرون (42)
كندا	--+-	21	21	أخرى/Prot	CBT	MDD	دوزويس وآخرون (43)
أوروبا	++++	24	23	SSRI	IPT	MDD	فينكينزيلير وآخرون (44)
الولايات المتحدة	-+--	27	19	TCA	BT	OCD	فوا وآخرون (45)
أوروبا	++--	24	32	TCA	CBT	مزاج	هوتزينغر وآخرون (46)
الولايات المتحدة	----	17	18	SSRI	أخرى	DYS	هيليرستين وآخرون (47)
الولايات المتحدة	++--	57	25	TCA	CBT	MDD	هولون وآخرون (48)
أخرى	++++	26	24	أخرى/Prot	أخرى	MDD	هسيو وآخرون (49)
الولايات المتحدة	++++	220	226	SNRI	أخرى	MDD	كيلير وآخرون (50)
أخرى	-+--	25	25	أخرى/Prot	CBT	PAN	كينج وآخرون (51)
كندا	++++	62	59	SSRI	CBT	PAN	كوزيخي وآخرون (52)
كندا	++++	75	67	SSRI	IPT	MDD	ليسييرانس وآخرون (53)
أوروبا	++--	16	14	MAOI	CBT	PAN	لويرخ وآخرون (54)
الولايات المتحدة	----	16	15	أخرى/Prot	أخرى	MDD	لينش وآخرون (55)
أوروبا	----	9	9	TCA	CBT	MDD	ماكاسكيل & ماكاسكيل (56)
أوروبا	++++	29	25	SSRI	DYN	MDD,OCD	ماينا وآخرون (57)
الولايات المتحدة	++++	24	21	SSRI	IPT	DYS	ماركوييتز (58)
كندا	++++	16	19	SSRI	CBT	مزاج	ميسري وآخرون (59)
الولايات المتحدة	++++	53	45	أخرى/Prot	أخرى	مزاج	ميتشيل وآخرون (60)
الولايات المتحدة	-+--	24	22	TCA	CBT	MDD	مورفي وآخرون (61)
أوروبا	++++	36	35	SSRI	PST	MDD	مينورز-واليسز وآخرون (62)
أخرى	++++	17	17	SSRI	CBT	MDD	ناعيم وآخرون (63)
الولايات المتحدة	----	5	5	SSRI	CBT	PTSD	أوتو وآخرون (64)
أوروبا	-+--	20	22	MAOI	CBT	SAD	براسكو وآخرون (65)
كندا	-+++	22	24	SSRI	CBT	DYS	رافيندران وآخرون (66)
الولايات المتحدة	++--	25	16	TCA	IPT	MDD	رينولدز وآخرون (67)
الولايات المتحدة	++--	31	34	SSRI	BT	PTSD	روثباوم وآخرون (68)
أخرى	-+--	40	40	SSRI	CBT	MDD	شامسي وآخرون (69)
أخرى	----	6	6	SSRI	CBT	OCD	شاريه وآخرون (70)

تابع الجدول رقم 1: خصائص مختارة للدراسات التي تقارن بين العلاج باستخدام العقاقير المضادة للاكتئاب ووسائل العلاج المتحددة مع العلاج النفسي والعقاقير

البلد	الجودة×	Nmed	Ncom	العلاج	العلاج النفسي	الاضطراب	الدراسة
أوروبا	----	29	29	SSRI	CBT	PAN	شارب وآخرون (71)
الولايات المتحدة	+++--	24	21	أخرى/Prot	أخرى	MDD	سيربي وآخرون (72)
أوروبا	+---	19	20	SSRI	CBT	PAN	سبينهوفن وآخرون (73)
أوروبا	+++--	46	34	أخرى/Prot	BT	OCD	تينيجي وآخرون (74)
الولايات المتحدة	+++--	33	36	TCA	CBT	MDD	ثومبسون وآخرون (75)
أوروبا	++++	37	36	أخرى/Prot	CBT	PAN	فان ايلدورن وآخرون (76)
الولايات المتحدة	-+--	20	23	TCA	IPT	MDD	ويسمان وآخرون (77)
أوروبا	++++	20	20	TCA	DYN	PAN	ويبورج & داهل (78)
أوروبا	++++	11	11	أخرى/Prot	CBT	مزاج	وايلز وآخرون (79)

×هناك علامة إيجابية أو سلبية لأربعة من فئات الجودة: تسلسل التوزيع وإخفاء أمر التوزيع عن الحالات وتعمية المقيمين والتحليل التي تستهدف العلاج. IPT - العلاج السلوكي، CBT - العلاج السلوكي المعرفي، DYN - العلاج النفسي الديناميكي، DYS - اضطرابات الاكتئاب الخفيفة، GAD - اضطرابات القلق العام IPT - العلاج النفسي بين الافراد، MAOI - مثبط أكسيداز أحادي الأمين، MDD - اضطرابات اكتئاب حادة، MOOD (مزاج) - اضطرابات مزاجية مختلطة، Ncom - عدد المرضى الذين يتلقون وسائل العلاج المتحددة، Nmed - عدد المرضى الذين يتلقون العلاج بالعقاقير، OCD - الوسواس القهري، PAN - اضطرابات القلق بمصاحبة رهاب الخلاء أو بدونه، أخرى/Prot - عقاقير أخرى مضادة للاكتئاب أو وسائل علاج ذات بروتوكول مع عقاقير مضادة للاكتئاب، PST - علاج حل المشكلات، PTSD - اضطرابات كرب ما بعد الصدمة، SAD - اضطراب الرهاب الاجتماعي، SNRI - مثبط امتصاص النورابينيفرين السيروتونين، SSRI - مثبط امتصاص السيروتونين المختار، TCA - العقاقير المضادة للاكتئاب ثلاثية الحلقات

NNT=6.17 وقد كان عدد الدراسات المنسوبة إليها هو 10. (لقد أشار أيضاً اختبار الاعتراض الخاص بايجير، إلى وجود تحيز محتمل في النشر (الاعتراض: 1.33; 95% CI: 0.24-2.42; p<0.01).

لم نجد أي دليل يقول بأن وسائل العلاج المتحددة تؤدي إلى معدل أقل في نسب الانقطاع عن العلاج، بالمقارنة مع العلاج بالعقاقير وحدها. إن RR الخاصة بالانقطاع عن العلاج في الخمسة وثلاثون دراسة التي أقر فيها بوجود حالات انقطاع عن العلاج، هي (95% CI: 0.99-1.03; 95% CI: 0.95-1.03).

تدل تحاليل المجموعات الفرعية على عدم وجود أي اختلافات تذكر بين أحجام تأثير اضطرابات الاكتئاب واضطرابات القلق، وأيضاً بين اضطرابات الاكتئاب المختلفة (بينما نستبعد اضطرابات القلق) وكذلك أيضاً بين اضطرابات القلق المختلفة (بينما نستبعد اضطرابات الاكتئاب) (الجدول رقم 2). لم نجد أيضاً أي دليل بأنه تختلف أحجام التأثير بحسب نوع العلاج (SSRI والـ TCA، وغيرها من الحالات ذات البروتوكولات) والمجموعات المستهدفة (البالغين بصفة عامة أو مجموعة مستهدفة أكثر تحديداً) أو أشكال العلاج النفسي (فردية أو مجموعات) ونوع العلاج (CBT أو IPT أو غيرها) وعدد جلسات العلاج (5-9; 10-12; 13-18; <19) وجودة الدراسات (التوافق مع ثلاثة معايير أو أربعة بالمقابل مع التوافق مع أقل من ثلاثة معايير)، إلا أننا قد وجدنا اتجاهها (p<0.1) يشير إلى أن حجم التأثير قد يكون أعلى في العينات السريرية (g=0.49)، هذا بالمقارنة مع العينات التي اشتمت على مرضى تم تعيينهم من جانب المجتمع (g=0.27).

لقد درسنا ما إذا كان أساس الشدة مرتبطاً بالنتائج في العشرين دراسة التي قامت على اضطرابات الاكتئاب. وقد كان متوسط أساس الشدة، بحسب مقياس تقييم الاكتئاب الخاص بهاميلون (HAM-D) معتدلاً في ستة عشر دراسة من العشرين (مجموع 18-24)، وشديد في ثلاثة دراسات (مجموع <24)، ومتوسط في دراسة واحدة (مجموع >18) (80). لكن لم نجد في التحليل التلوي التراجعي أي دلائل تقول بأن حجم تأثير الاختلاف

تأثيرات وسائل العلاج المتحددة بالمقابل مع العقاقير المضادة للاكتئاب وحدها

لقد كان حجم التأثير المتوسط الشامل الذي يشير إلى الاختلاف بين العلاج بالعقاقير وحدها ووسائل العلاج التي تجمع بين العقاقير والعلاج النفسي في الاختبارات السابقة للأثنين وخمسين دراسة، كان (95% CI: 0.3-0.56) وكان هذا الصالح وسائل العلاج المتحددة. يتشابه هذا الأمر مع الـ NNT الذي يبلغ 4.20، وتراوحت نسبة التجانس من المعتدل إلى العالي (95% CI: 52; I2=64; 73). وبعد استبعاد احتمال ثلاثة قيم متطرفة ذات حجم تأثير بالغ (g>1.5، أنظر الجدول رقم 2)، أصبح حجم التأثير أصغر إلى حد ما (95% CI: 0.27; g=0.37). (NNT=4.85; 0.47)، إلا أنه قد تقلصت نسبة التجانس وصولاً إلى المستوى المعتدل (I2=48). يُمكنك أن تجد نتائج هذه التحاليل في الجدول رقم 2، وستجد تخطيطاً للدراسات وأحجام تأثيرها في الصورة رقم 2.

ولبعض الاضطرابات المعينة، وجدنا دليل بأن وسائل العلاج المتحددة أكثر فاعلية من العلاج بالعقاقير وحده، وذلك في حالات الاكتئاب الشديدة (95% CI: 0.29; g=0.43; NNT=4.20; 0.57) وحالات اضطرابات القلق (95% CI: 0.25; g=0.54; NNT=3.36; 0.82) وحالات الوسواس القهري (95% CI: 0.14; g=0.70; NNT=2.63; 1.25). وجدنا أيضاً بعض العلامات التي تقول بأن وسائل العلاج المتحددة قد تكون أكثر فاعلية من العلاج بالعقاقير وحده، وذلك في حالات الـ SAD (95% CI: -0.01; g=0.32; NNT=5.56; 0.71)، بالرغم من أنه لم يكن بالأمر الهام (p<0.1). كان هناك القليل من الدلائل حول اضطرابات الاكتئاب الخفيف والـ PTSD والـ GAD.

لقد أشارت الدراسات التي قامت على قمع التخطيط وإجراءات التقليل والتسديد الخاصة بدوفال وتوبيدي، إلى وجود خطر التحيز في النشر. وبعد تعديل هذا الأمر، أنخفض متوسط حجم التأثير الشامل من (95% CI: 0.15; g=0.43; NNT=4.20) إلى (95% CI: 0.29; g=0.43).

الجدول رقم 2: تأثيرات وسائل العلاج المتحددة لاضطرابات الاكتئاب والقلق لدى البالغين، بالمقارنة مع العلاج باستخدام العقاقير المضادة للاكتئاب وحدها

NNT	p	95% CI	I ²	95% CI	g	Ncom	
4.20	0.81	52-73	64	0.31-0.56	0.43	52	اضطرابات الاكتئاب والقلق
4.85		28-63	48	0.27-0.47	0.37	49	احتمالية القيم المتطرفة المستبعدة (g>1.5)
4.39	0.17	25-67	50	0.28-0.54	0.41	32	اضطرابات الاكتئاب
4.20		0-58	30	0.29-0.57	0.43	23	اكتئاب شديد
8.93		0-79	صفر	0.21-0.60-	0.20	5	اكتئاب خفيف
3.25		32-89	73	0.12-0.99	0.56	5	اضطرابات الاكتئاب المختلطة
3.85	0.66	61-84	75	0.23-0.71	0.47	21	اضطرابات القلق
3.36		68-90	82	0.25-0.82	0.54	10	اضطراب الهلع
2.63		5-89	67	0.14-1.25	0.70	4	OCD
5.56		0-88	65	0.01-0.71-	0.32	4	SAD
5.75		-	صفر	0.39-1.00-	0.31	2	PTSD
(3.55)		-	-	1.42-0.40-	0.51-	1	GAD
تحاليل المجموعات الفرعية							
5.26	0.45	63-84	76	0.15-0.53	0.34	22	SSRI العلاج
3.91		0-47	9	0.22-0.71	0.46	13	TCA
3.55		0-67	41	0.31-0.72	0.51	17	أخرى/بروتوكول
3.68	0.09	46-75	63	0.34-0.64	0.49	32	عينات سريرية التوظيف
6.41		2-70	45	0.08-0.47	0.28	16	المجتمع
4.10	0.89	51-74	65	0.30-0.57	0.44	43	البالغين بصفة عامة المجموعات المستهدفة
4.39		27-83	64	0.12-0.71	0.41	9	مجموعات معينة
3.55	0.20	58-79	70	0.35-0.66	0.51	33	CBT نوع العلاج
7.46		0-69	32	0.05-0.53-	0.24	9	IPT
4.85		0-50	10	0.09-0.064	0.37	10	أخرى
2.75	0.10	76-91	86	0.40-0.93	0.67	11	5-9 عدد الجلسات
7.46		8-71	48	0.03-4.46	0.24	16	10-12
3.85		0-52	4	0.26-0.67	0.47	18	13-18
4.39		0-72	33	0.06-0.76	0.41	7	19<
3.91	0.35	55-76	68	0.32-0.59	0.46	42	فردى شكل العلاج
6.17		0-73	40	0.02-0.60-	0.29	9	مجموعة
3.68	0.23	44-74	62	0.33-0.66	0.49	32	3> مجموع الجودة
5.10		47-79	67	0.16-0.54	0.35	20	4 أو 3

CBT- العلاج السلوكي المعرفي، GAD- اضطرابات القلق العام، IPT- العلاج النفسي بين الأشخاص، Ncomp- عدد المقارنات، NNT- العدد الذي يحتاج إلى علاج، OCD- اضطرابات الوسواس القهري، PTSD- اضطرابات كرب ما بعد الصدمة، SAD- اضطراب الرهاب الاجتماعي، SNRI- مثبطات امتصاص النورابينفرين السيروتونين، TCA- العقاقير المضادة للاكتئاب ثلاثية الحلقات

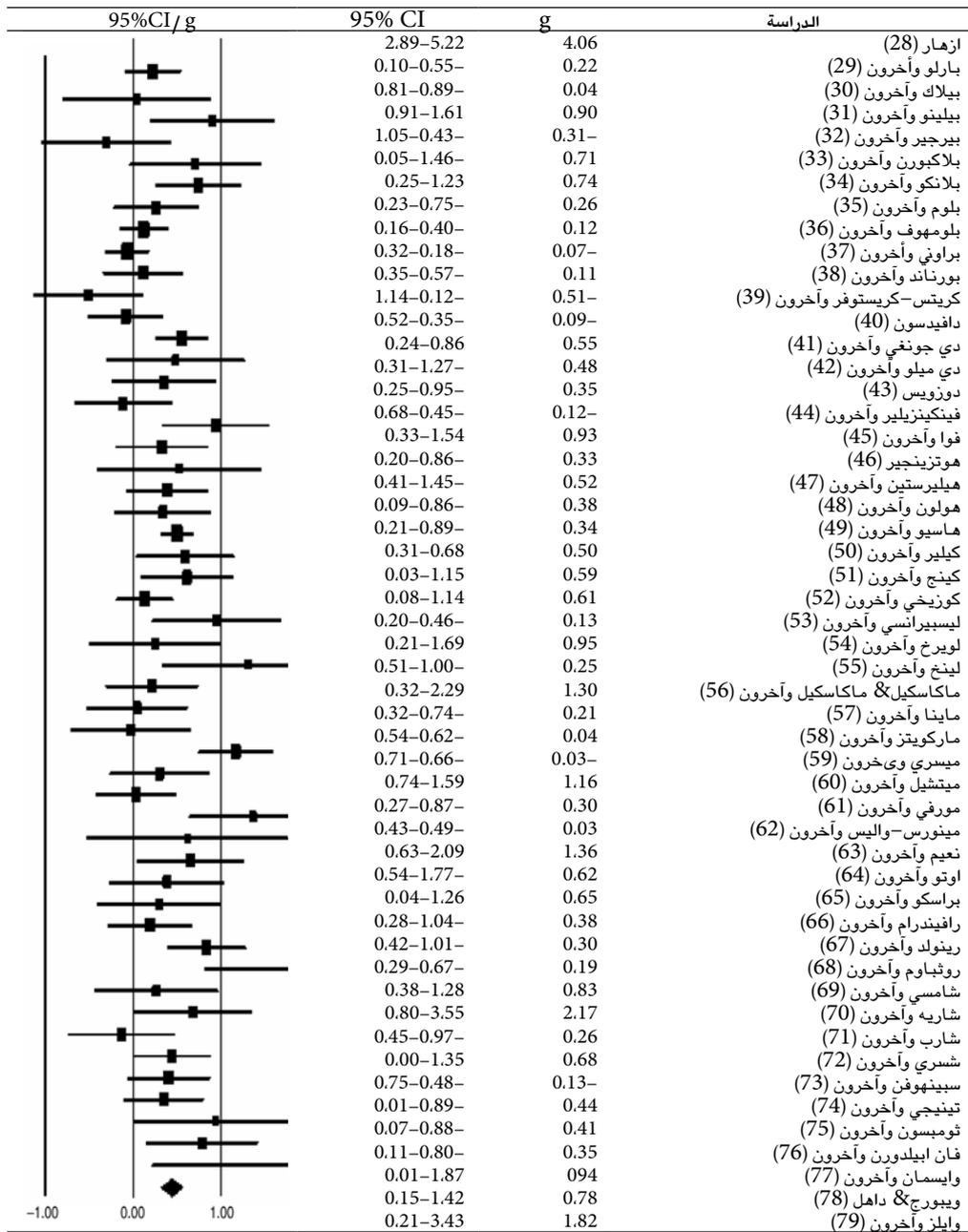
يسمح لنا هذا الأمر بحساب أحجام التأثير التي تشير إلى الاختلاف بين العلاج بالعقاقير والعلاج البديل وأيضًا بين العلاج النفسي (بمصاحبة حبوب العلاج البديل أو لا) والعلاج البديل، وكذلك أيضًا بين وسائل العلاج المتحددة والعلاج البديل. يُمكننا أن نقدر باستخدام أحجام التأثير هذه مدى إسهام العلاج بالعقاقير والعلاج النفسي في تأثيرات وسائل العلاج المتحددة.

وتجد نتائج التحاليل هذه في الجدول رقم 3: فتأثيرات وسائل العلاج المتحددة، بالمقارنة مع العلاج البديل، أكبر (g=0.74; 95% CI:0.48-1.01)، أما نسبة التجانس فتتراوح بين العالي والمتوسط

بين وسائل العلاج بالعقاقير والعلاج المجتمعي، ترتبط بالشدة الأساسية في حالات الاكتئاب (معدل انحدار: 0.007; 95% CI:-0.022-0.038; p=0.63).

وسائل العلاج المتحددة بالمقارنة مع وسائل العلاج البديلة

يُمكن مقارنة وسائل العلاج المتحددة بمجموعات ضوابط حبوب العقاقير البديلة، وذلك في 11 دراسة من أصل 53. لقد اشتملت كل هذه الدراسات أيضًا على حالات العلاج النفسي وحده (بمصاحبة حبوب العقاقير البديلة أو لا)، وأيضًا حالات العلاج باستخدام العقاقير وحدها.



الصورة رقم ٢: تأثير العلاج بالعقاقير بالمقارنة مع وسائل العلاج المتحددة بين العقاقير والعلاج النفسي (الـغ الخاصة بهيدج).

جدول رقم 3: مقارنة مباشرة بين العلاج النفسي والعلاج بالعقاقير والعلاج الذي يجمع بين العلاج النفسي والدوائي والعلاج البديل في اضطرابات القلق والاكتئاب (الـغ التابعة لهيدج)

NNT	95% CI	I ²	95% CI	g	Ncomp	العلاج المتحد بالمقابل مع العلاج البديل
2.50	33-82	65	0.48-1.01	0.74	11	العلاج المتحد بالمقابل مع العلاج البديل
4.85	0-72	43	0.12-0.63	0.37	11	العلاج بالعقاقير بالمقابل مع العلاج البديل
5.10	0-60	صفر	0.21-0.49	0.35	11	العلاج بالعقاقير بالمقابل مع العلاج البديل
4.72	8-76	53	0.16-0.59	0.38	11	العلاج النفسي بالمقابل مع العلاج المتحد
4.85	41-83	68	0.11-0.64	0.37	11	العلاج النفسي بالمقابل مع العلاج البديل

-NNT- العدد الذي يحتاج إلى علاج

الإحدى عشر دراسة هذه، وبالمقارنة مع العلاج البديل، $g=0.35$ (95% CI: 0.21-0.49)، أما حجم تأثير العلاج النفسي بالمقارنة مع العلاج البديل، $g=0.37$ (95% CI: 0.11-0.64). يقترح هذا الأمر أن تأثيرات العلاج النفسي وتأثيرات العلاج بالعقاقير لا يعتمدون على بعضهم البعض، بل يشارك كل منهما بحوالي 50% من حجم التأثير العام للعلاج المتحد. تساعد أحجام تأثير العقاقير بالمقارنة مع وسائل العلاج المتحددة $g=0.37$ في هذه العينة) في استقلال تأثيرات النوعين من العلاج، وكذلك أيضاً أحجام تأثير العلاج النفسي بالمقارنة مع وسائل العلاج المتحددة ($g=0.38$).

الجدول رقم 4: تأثيرات فترات المتابعة المطولة في الدراسات المتضمنة: تعريفات النتيجة الإيجابية والخطر المحتمل المرتبط بكل نتيجة

95% CI	RR	المتابعة (الشهور)	النتيجة	الدراسة
1.07-2.16	1.52	6-8	استجابة لـ CGI	بارلو وآخرون (29)
0.75-2.58	1.39	9-12	استجابة لـ CGI	بارلو وآخرون (29)
1.07-2.16	1.52	6-8	استجابة لـ PDSS	بارلو وآخرون (29)
0.96-2.45	1.31	9-12	استجابة لـ PDSS	بارلو وآخرون (29)
0.53-3.16	1.30	6-8	BDI+HAMD >10 على الـ	بيلاك وآخرون (30)
1.08-3.96	2.07	3-5	إعفاء	بلانكو وآخرون (34)
1.09-2.37	1.61	3-5	استجابة	بلانكو وآخرون (34)
1.07-3.39	1.91	9-12	استجابة	هوتزينجر وآخرون (46)
0.23-1.66	0.62	3-5	إعفاء	هيليرستين وآخرون (47)
0.74-0.14	1.53	3-5	استجابة	هيليرستين وآخرون (47)
0.99-3.52	1.87	9-12	لا انتكاسة	هولون وآخرون (48)
0.90-3.32	1.73	13-24	لا انتكاسة	هولون وآخرون (48)
0.95-1.08	1.01	3-5	لا انتكاسة	كيلير وآخرون (50)
0.79-1.74	1.17	6-8	FQ<10	لوريخ وآخرون (54)
0.79-1.74	1.17	6-8	FQ>50% تقدم	لوريخ وآخرون (54)
0.43-3.88	1.29	6-8	BDI<9	لينوخ وآخرون (55)
1.07-5.16	2.35	6-8	HAMD<7	لينوخ وآخرون (55)
0.62-3.86	1.55	6-8	نجاح الـ CGI	ماينا وآخرون (57)
0.47-2.86	1.16	6-8	استجابة لـ HAMD	ماينا وآخرون (57)
0.38-1.58	0.77	6-8	استجابة لـ YBOCS	ماينا وآخرون (57)
1.13-3.82	2.08	3-5	HAMD<9	ميتشيل وآخرون (60)
1.01-3.08	1.76	9-12	HAMD<9	ميتشيل وآخرون (60)
0.91-2.23	1.42	13-24	HAMD<9	ميتشيل وآخرون (60)
0.61-4.80	1.71	9-12	لا انتكاسة	مورفي وآخرون (61)
0.81-1.73	1.18	9-12	تعافى	مينورس-واليس وآخرون (62)
0.89-2.95	1.62	3-5	لا انتكاسة	براسكو وآخرون (65)
0.81-5.77	2.16	9-12	لا انتكاسة	براسكو وآخرون (65)
0.71-5.31	1.94	13-24	لا انتكاسة	براسكو وآخرون (65)
2.09-43.94	9.58	3-5	لا انتكاسة	رينولد وآخرون (67)
0.88-2.91	1.60	6-8	FQ-AG: تغييرات سريرية هامة	شارب وآخرون (71)
0.95-2.82	1.64	6-8	HAMA: تغييرات سريرية هامة	شارب وآخرون (71)
0.88-7.07	2.50	6-8	SRT: تغييرات سريرية هامة	شارب وآخرون (71)
0.63-3.47	1.48	6-8	إعفاء	فان ابلدورن وآخرون (76)
0.87-4.27	1.93	9-12	إعفاء	فان ابلدورن وآخرون (76)
1.45-7.05	3.20	9-12	لا انتكاسة DSM	ويلبورج & داهل (78)
1.45-7.05	3.20	9-12	إعفاء	ويلبورج & داهل (78)

BDI- مقياس بك للاكتئاب، CGI- الصورة السريرية العالمية، FQ- استبيان الخوف، FQ-AG- استبيان الخوف - المقياس الفرعي لرهاب الخلاء، HAMA- مقياس تقييم القلق التابع لهاميلتون، HAMD- مقياس تقييم الاكتئاب التابع لهاميلتون، PDSS- مقياس تصوير اكتئاب ما بعد الولادة، RR- خطر نسبي، SRT- مقياس تقييم الاعراض التابع لكيلنير وشيفيلد، YBOCS- مقياس بيل براون للوسواس القهري

الجدول رقم 5: تأثيرات طويلة المدى لوسائل العلاج المتعددة لاضطرابات القلق والاكتئاب، بالمقارنة مع العلاج بالعقاقير وحدها: خطر نسبي لوجود نتيجة إيجابية

NNT	95% CI	I ²	95% CI	RR	N
3.41	43-89	75	1.03-2.48	1.60	6
6.90	0-71	صفر	1.13-1.73	1.40	7
4.52	0.56	13	1.25-1.84	1.51	10
4.35	0-85	صفر	1.12-1.98	1.49	4
4.29	25-73	55	1.23-1.78	1.48	19

Ncomp - عدد المقارنات، -NNT - العدد الذي يحتاج إلى علاج

اختلافات طويلة الأمد بين العلاج بالعقاقير ووسائل العلاج المتعددة

لقد كان هناك تقارير عن وجود اختلافات طويلة الأمد بين العلاج بالعقاقير ووسائل العلاج المتعددة، وذلك في تسعة عشر دراسة، مع فترات متابعة تتراوح بين الثلاثة أشهر وحتى 24 شهراً. ولأن طريقة تعريف النتائج الإيجابية تختلف من دراسة لأخرى، قدمنا تقارير عن تعريف النتائج الإيجابية في كل نقطة متابعة، وذلك في الجدول رقم 4. وقد كان الـ RR لكل النتائج الإيجابية لكل فترات المتابعة معاً، هو 1.48 (95% CI: 1.23-1.78; NNT=4.29) وتراوحت من RR= 1.40 إلى 1.51 (NNTs: 3.41 إلى 6.90) لكل فترات المتابعة الأربعة التي قمنا بتحديددها. وقد كانت وسائل العلاج المتعددة في كل فترات المتابعة الأربعة، أكثر فاعلية من العلاج بالعقاقير وحدها (الجدول رقم 5).

الخاتمة

لقد وجدنا في التحليل التلوي هذا دليل قوي يقول بأن وسائل العلاج التي تجمع بين العلاج النفسي والعقاقير المضادة للاكتئاب، أكثر فاعلية من العلاج بالعقاقير المضادة للاكتئاب وحدها. وقد كان هذا الاختلاف بالأمر الواضح في حالات الاكتئاب الشديدة واضطرابات الهلع والـ OCD، بينما قد أكد الاتجاه تفوق تأثير الـ SAD، إلا أننا لم نجد دليل كافي لوجود اختلاف كبير في حالات الاكتئاب الخفيف والـ PTSD والـ GAD، لكن قد يكون هذا الأمر بسبب عدد الدراسات الصغير وأيضاً قلة القوة الإحصائية لهذه الاضطرابات. لقد ظل التأثير الفائق لوسائل العلاج المتعددة كبير، وذلك في خلال عام أو عامين من المتابعة.

لقد وجدنا أنه قد يكون هناك إفراط في تقدير التأثير الفائق لوسائل العلاج المتعددة، وذلك من جانب انحياز النشر، وهو الأمر الذي يتماشى مع الأبحاث السابقة التي قامت على العلاج بالعقاقير (81) وأيضاً العلاج النفسي (82)، مما يظهر دليل على انحياز النشر في كلا المجالين، لكن وحتى بعد تعديل أمر تحيز النشر هذا، كان تفوق وسائل العلاج المتعددة عالي بصورة كبيرة.

وجدنا أيضاً بعض الدلائل بأن الاختلاف بين العلاج بالعقاقير ووسائل العلاج المتعددة، عالي بصورة كبيرة في العينات السريرية، هذا

بالمقارنة مع العينات التي تم تعيينها (جزئياً) من المجتمع. وبالرغم من أن هذا الاختلاف كان كبيراً بصورة هامشية ($p < 0.1$)، إلا أنه لا يقترح أن المرضى الذين يسعون للحصول على علاج قد ينتفعوا بشكل أكبر من وسائل العلاج المتعددة، أكثر من الأفراد الذين قام المجتمع بتعيينهم.

لم يتمكن البحث حتى الآن من الإجابة على السؤال الذي يدور حول إلى أي مدى يمكن أن تُقارن تأثيرات وسائل العلاج المتعددة بحبوب العلاج البديل وحدها. لقد وجدنا دلائل بأن تأثيرات وسائل العلاج المتعددة، بالمقارنة مع العلاج البديل وحده، أكبر مرتين من تأثيرات العلاج بالعقاقير بالمقارنة مع العلاج البديل وحده.

إلا أننا لم نؤكد حتى الآن ما إذا كانت تأثيرات العلاج بالعقاقير وتأثيرات العلاج النفسي مكملين لبعضهما البعض، وما إذا كان لديهم تأثيرات مستقلة عن بعضهما البعض، أو ما إذا كانت وسائل العلاج المتعددة تؤدي إلى تأثيرات أعلى من مجموع وسيلتي العلاج وحدهما (83،84). تدل الدراسة الراهنة أن تأثيرات العلاج النفسي والعلاج بالعقاقير قد تكون مستقلة عن بعضهم البعض بصورة كبيرة، بل وملحقة ببعضهم البعض، ولا يتداخلون في بعضهم البعض، ويُشارك كل منهما بالتساوي في حجم العلاج المتحد.

ومن وجهة نظر سريرية، تقترح هذه المقالة أنه لا بد من استخدام وسائل العلاج المتعددة بصورة أكثر مع المرضى مما هو يحدث في الوقت الحالي في الممارسات السريرية؛ فيتلقي أغلب المرضى إما علاجاً بالعقاقير أو علاجاً نفسياً (16،17)، ويتلقى الأقلية منهم علاجاً متحداً. يُقدم العلاج المتحد بصورة خاصة في الحالات الشديدة والمزمنة. وتقترح البيانات خاصتنا أن التأثيرات الفائقة لوسائل العلاج المتعددة لا ترتبط بعامل الشدة الأساسي، على الأقل في حالات الاكتئاب. ولأنه تبدو تأثيرات وسيلتي العلاج مستقلة بصورة كبيرة عن بعضهما البعض، إلا أنه قد تكون وسائل العلاج المتعددة بالأمر النافع في الحالات الأقل شدة.

لدى هذه الدراسات بعض المحدوديات؛ أولاً لا يمكن تعميمية مقارنات العلاج بالعقاقير لوسائل العلاج المتعددة، وقد يكون هذا الأمر وراء الانحياز في النتائج. ثانياً، قد يكون هناك تحيز في العينات بإمكانه أن يحد من هذه الاكتشافات، وذلك لأنه قد لا يكون المرضى الذين يرفضوا أخذ العقاقير المضادة للاكتئاب يرغبون في الدخول في تجارب. ثالثاً، لقد اكتشفنا مستويات هامة من التجانس بين الدراسات، والذي لا يمكن توضيحه وبصورة كاملة من جانب توسط تحاليل ما. من المحدوديات الأخرى هي العدد الصغير نسبياً من الدراسات المشتملة لبعض الاضطرابات. أما المحدودية الأخيرة فهي أننا قد اعتبرنا العلاج النفسي والعلاج بالعقاقير بمثابة وسائل علاج متألّفة، بينما في حقيقة الأمر قد تم استخدام العديد من وسائل العلاج المختلفة في الدراسات المشتملة.

في الخلاصة، لقد وجدت الدراسة الراهنة تأثيرات فائقة لوسائل العلاج المتعددة أكثر من العلاج بالعقاقير وحده، وهذه بالأمر الهام والذي يستمر إلى ما يصل إلى عامين من بعد العلاج. وبالتالي فتدعم هذه النتائج استخدام وسائل العلاج المتعددة للاضطرابات النفسية الشائعة، وذلك بدلا من العلاج الأحادي باستخدام وسيلة علاج ذات تأثير نفسي وبدون علاج نفسي.

المراجع:

1. Kessler RC, Berglund P, Demler O et al. National Comorbidity Survey Replication. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). JAMA 2003;289:3095-105.
2. Kessler RC, Berglund P, Demler O et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in

- with or without agoraphobia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007 (1): CD004364.
19. Hofmann SG, Sawyer AT, Korte KJ et al. Is it beneficial to add pharmacotherapy to cognitive-behavioral therapy when treating anxiety disorders? A meta-analytic review. *Int J Cogn Ther* 2009; 2:160-75.
 20. Higgins JPT, Green S (eds). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. Version 5.0.1. Oxford: Cochrane Collaboration, 2008.
 21. Hedges LV, Olkin I. *Statistical methods for meta-analysis*. San Diego: Academic Press, 1985.
 22. Kraemer HC, Kupfer DJ. Size of treatment effects and their importance to clinical research and practice. *Biol Psychiatry* 2006;59:990-6.
 23. Laupacis A, Sackett DL, Roberts RS. An assessment of clinically useful measures of the consequences of treatment. *N Engl J Med* 1988;318:1728-33.
 24. Higgins JP, Thompson SG, Deeks JJ et al. Measuring inconsistency in meta-analyses. *BMJ* 2003;327:557-60.
 25. Ioannidis JPA, Patsopoulos NA, Evangelou E. Uncertainty in heterogeneity estimates in meta-analyses. *BMJ* 2007;335:914-6.
 26. Orsini N, Higgins J, Bottai M et al. *Heterogi: Stata module to quantify heterogeneity in a meta-analysis*. Boston: Boston College Department of Economics, 2005.
 27. Duval S, Tweedie R. Trim and fill: a simple funnel-plot-based method of testing and adjusting for publication bias in meta-analysis. *Biometrics* 2000;56:455-63.
 28. Azhar MZ. Comparison of Fluvoxamine alone, Fluvoxamine and cognitive psychotherapy and psychotherapy alone in the treatment of panic disorder in Kelantan – implications for management by family doctors. *Med J Malaysia* 2000;55:402-8.
 29. Barlow DH, Gorman JM, Shear MK et al. Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: a randomized controlled trial. *JAMA* 2000;283:2529-36.
 30. Bellack AS, Hersen M, Himmelhoch J. Social skills training compared with pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of unipolar depression. *Am J Psychiatry* 1981;138:1562-67.
 31. Bellino S, Zizza M, Camilla R et al. Combined treatment of major depression in patients with borderline personality disorder: a comparison with pharmacotherapy. *Can J Psychiatry* 2006;51:253-60.
 32. Berger P, Sachs G, Amering M et al. Personality disorder and social anxiety predict delayed response in drug and behavioral treatment of panic disorder. *J Affect Disord* 2004;80:75-8.
 33. Blackburn IM, Bishop S, Glen AI et al. The efficacy of cognitive therapy in depression: a treatment trial using cognitive therapy and pharmacotherapy, each alone and in combination. *Br J Psychiatry* 1981;139:181-9.
 - the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62: 593-602.
 3. Ustun TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S et al. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry* 2004;184: 386-92.
 4. Saarni SI, Suvisaari J, Sintonen H et al. Impact of psychiatric disorders on health-related quality of life: general population survey. *Br J Psychiatry* 2007;190:326-32.
 5. Berto P, D'Ilario D, Ruffo P et al. Depression: cost-of-illness studies in the international literature: a review. *J Ment Health Policy Econ* 2000;3:3-10.
 6. Greenberg PE, Birnbaum HG. The economic burden of depression in the US: societal and patient perspectives. *Exp Opin Pharmacother* 2005;6:369-76.
 7. Smit F, Cuijpers P, Oostenbrink J et al. Excess costs of common mental disorders: population based cohort study. *J Ment Health Policy Econ* 2006;9:193-200.
 8. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 2006;3:e442.
 9. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). *Depression; the treatment and management of depression in adults*. Holborn: NICE, 2009.
 10. Bauer M, Bschor T, Pfennig A et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders in primary care. *World J Biol Psychiatry* 2007;8:67-104.
 11. Bandelow B, Sher L, Bunevicius R et al. Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2012;16:77-84.
 12. Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL et al. The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: a meta-analysis of direct comparisons. *World Psychiatry* 2013;12:137-48.
 13. Cuijpers P, Dekker J, Hollon SD et al. Adding psychotherapy to pharmacotherapy in the treatment of depressive disorders in adults: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2009;70:1219-29.
 14. Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L et al. Psychological treatment versus combined treatment of depression: a meta-analysis. *Depress Anx* 2009;26:279-88.
 15. de Maat SM, Dekker J, Schoevers RA et al. Relative efficacy of psychotherapy and combined therapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *Eur Psychiatry* 2007;22:1-8.
 16. Olfson M, Marcus SC. National trends in outpatient psychotherapy. *Am J Psychiatry* 2010;167:1456-63.
 17. Marcus SC, Olfson M. National trends in the treatment for depression from 1998 to 2007. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67:1265-73.
 18. Furukawa TA, Watanabe N, Churchill R. Combined psychotherapy plus antidepressants for panic disorder

47. Hellerstein DJ, Little SAS, Samstag LW et al. Adding group psychotherapy to medication treatment in dysthymia: a randomized prospective pilot study. *J Psychother Pract Res* 2001;10:93-103.
48. Hollon SD, DeRubeis RJ, Evans MD et al. Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: singly and in combination. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:774-81.
49. Hsiao FH, Jow GM, Lai YM et al. The long-term effects of psychotherapy added to pharmacotherapy on morning to evening diurnal cortisol patterns in outpatients with major depression. *Psychother Psychosom* 2011;80:166-72.
50. Keller MB, McCullough JP, Klein DN et al. A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *N Engl J Med* 2000;342:1462-70.
51. King ALS, Valenca AM, de Melo-Neto VL et al. Efficacy of a specific model for cognitive-behavioral therapy among panic disorder patients with agoraphobia: a randomized clinical trial. *Sao Paulo Med J* 2011;129:325-34.
52. Koszycki D, Taljaard M, Segal Z et al. A randomized trial of sertraline, self-administered cognitive behavior therapy, and their combination for panic disorder. *Psychol Med* 2011;41:373-83.
53. Lesperance F, Frasere-Smith N, Koszycki D et al. Effects of citalopram and interpersonal psychotherapy on depression in patients with coronary artery disease: the Canadian Cardiac Randomized Evaluation of Antidepressant and Psychotherapy Efficacy (CREATE) trial. *JAMA* 2007;297:367-79.
54. Loerch B, Graf-Morgenstern M, Hautzinger M et al. Randomised placebo-controlled trial of moclobemide, cognitive-behavioural therapy and their combination in panic disorder with agoraphobia. *Br J Psychiatry* 1999;174:205-12.
55. Lynch TR, Morse JQ, Mendelson T et al. Dialectical behavior therapy for depressed older adults: a randomized pilot study. *Am J Geriatr* 2003;11:33-45.
56. Macaskill ND, Macaskill A. Rational-emotive therapy plus pharmacotherapy vs. pharmacotherapy alone in the treatment of high cognitive dysfunction depression. *Cogn Ther Res* 1996;20: 575-92.
57. Maina G, Rosso G, Rigardetto S et al. No effect of adding brief dynamic therapy to pharmacotherapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder with concurrent major depression. *Psychother Psychosom* 2010;79:295-302.
58. Markowitz JC, Kocsis JH, Bleiberg KL et al. A comparative trial of psychotherapy and pharmacotherapy for «pure» dysthymic patients. *J Affect Disord* 2005;89:167-75.
59. Misri S, Reebye P, Corral M et al. The use of paroxetine and cognitive-behavioral therapy in postpartum depression and anxiety: a randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry* 2004;65:1236-41.
60. Mitchell PH, Veith RC, Becker KJ et al. Brief 34. Blanco C, Heimberg RG, Schneier FR et al. A placebo-controlled trial of phenelzine, cognitive behavioral group therapy, and their combination for social anxiety disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67:286-95.
35. Blom MB, Spinhoven P, Hoffman T et al. Severity and duration of depression, not personality factors, predict short term outcome in the treatment of major depression. *J Affect Disord* 2007;104: 119-26.
36. Blomhoff S, Haug TT, Hellström K et al. Randomised controlled general practice trial of sertraline, exposure therapy and combined treatment in generalised social phobia. *Br J Psychiatry* 2001;179:23-30.
37. Browne G, Steiner M, Roberts J et al. Sertraline and/or interpersonal psychotherapy for patients with dysthymic disorder in primary care: 6-month comparison with longitudinal 2-year follow-up of effectiveness and costs. *J Affect Disord* 2002;68:317-30.
38. Burnand Y, Andreoli A, Kolatte E et al. Psychodynamic psychotherapy and clomipramine in the treatment of major depression. *Psychiatr Serv* 2002;53:585-90.
39. Crits-Christoph P, Newman MG, Rickels K et al. Combined medication and cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord* 2011;25:1087-94.
40. Davidson JRT, Foa EB, Huppert JD et al. Fluoxetine, comprehensive cognitive behavioral therapy, and placebo in generalized social phobia. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:1005-13.
41. de Jonghe F, Kool S, van Aalst G et al. Combining psychotherapy and antidepressants in the treatment of depression. *J Affect Disord* 2001;64:217-29.
42. de Mello MF, Myczcowisk LM, Menezes PR. A randomized controlled trial comparing moclobemide and moclobemide plus interpersonal psychotherapy in the treatment of dysthymic disorder. *J Psychother Pract Res* 2001;10:117-23.
43. Dozois DJA, Bieling PJ, Patelis-Siotis I et al. Changes in self-schema structure in cognitive therapy for major depressive disorder: a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 2009;77:1078-88.
44. Finkenzeller W, Zobel I, Rietz S et al. Interpersonal psychotherapy and pharmacotherapy for post-stroke depression. Feasibility and effectiveness. *Nervenarzt* 2009;80:805-12.
45. Foa EB, Liebowitz MR, Kozak MJ et al. Randomized, placebocontrolled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2005;162:151-61.
46. Hautzinger M, de Jong-Meyer R, Treiber R et al. Wirksamkeit Kognitiver Verhaltenstherapie, Pharmakotherapie und deren Kombination bei nicht-endogenen, unipolaren Depressionen. *Zeitschr Klin Psychol* 1996;25:130-45.

- Initiation Program: an intervention to improve depression outcomes in older adults. *Am J Psychiatry* 2005;162:184-6.
73. Spinhoven P, Onstein EJ, Klinkhamer RA et al. Panic management, trazodone and a combination of both in the treatment of panic disorder. *Clin Psychol Psychother* 1996;3:86-92.
 74. Tenneij NH, Megen HJ, Denys DAJP et al. Behavior therapy augments response of patients with obsessive-compulsive disorder responding to drug treatment. *J Clin Psychiatry* 2005;66: 1169-75.
 75. Thompson LW, Coon DW, Gallagher-Thompson D et al. Comparison of desipramine and cognitive/behavioral therapy in the treatment of elderly outpatients with mild-to-moderate depression. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001;9:225-40.
 76. van Apeldoorn FJ, van Hout WJPJ, Huisman M et al. Is a combined therapy more effective than either CBT or SSRI alone? Results of a multicenter trial on panic disorder with or without agoraphobia. *Acta Psychiatr Scand* 2008;117:260-70.
 77. Weissman MM, Prusoff BA, Dimascio A et al. The efficacy of drugs and psychotherapy in the treatment of acute depressive episodes. *Am J Psychiatry* 1979;136:555-8.
 78. Wiborg IM, Dahl AA. Does brief dynamic psychotherapy reduce the relapse rate of panic disorder? *Arch Gen Psychiatry* 1996;53: 689-94.
 79. Wiles NJ, Hollinghurst S, Mason V et al. A randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy in primary care based patients with treatment resistant depression: a pilot study. *Behav Cogn Psychother* 2008;36:21-33.
 80. Katz R, Shaw BF, Vallis TM et al. The assessment of severity and symptom patterns in depression. In: Beckham EE, Leber WR (eds). *Handbook of depression*, 2nd ed. New York: Guilford, 1995:61-85.
 81. 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.
 82. Cuijpers P, Smit F, Bohlmeijer et al. Is the efficacy of cognitive behaviour therapy and other psychological treatments for adult depression overestimated? A meta-analytic study of publication bias. *Br J Psychiatry* 2010;196:173-8.
 83. Friedman MA, Detweiler-Bedell JB, Leventhal HE et al. Combined psychotherapy and pharmacotherapy for the treatment of major depressive disorder. *Clin Psychol Sci Pract* 2004;11:47-68.
 84. Otto MW, Smits JAJ, Reese HE. Combined psychotherapy and pharmacotherapy for mood and anxiety disorders in adults: review and analysis. *Clin Psychol Sci Pract* 2005;12:72-86.
- DOI 10.1002/wps.20089
- psychosocialbehavioral intervention with antidepressant reduces poststroke depression significantly more than usual care with antidepressant: living well with stroke: randomized, controlled trial. *Stroke* 2009;40:3073-8.
61. Murphy GE, Simons AD, Wetzel RD et al. Cognitive therapy and pharmacotherapy. Singly and together in the treatment of depression. *Arch Gen Psychiatry* 1984;41:33-41.
 62. Mynors-Wallis LM, Gath DH, Day A et al. Randomised controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for major depression in primary care. *BMJ* 2000;320:26-30.
 63. Naeem F, Waheed W, Gobbi M et al. Preliminary evaluation of culturally sensitive CBT for depression in Pakistan: findings from Developing Culturally-sensitive CBT Project (DCCP). *Behav Cogn Psychother* 2011;39:165-73.
 64. Otto MW, Hinton D, Korbly NB et al. Treatment of pharmacotherapy-refractory posttraumatic stress disorder among Cambodian refugees: a pilot study of combination treatment with cognitivebehavior therapy vs sertraline alone. *Behav Res Ther* 2003;41:1271-6.
 65. Prasko J, Dockery C, Horacek J et al. Moclobemide and cognitive behavioral therapy in the treatment of social phobia. A six-month controlled study and 24 months follow up. *Neuroendocrinol Lett* 2006;27:473-81.
 66. Ravindran AV, Anisman H, Merali Z et al. Treatment of primary dysthymia with group cognitive therapy and pharmacotherapy: clinical symptoms and functional impairments. *Am J Psychiatry* 1999;156:1608-17.
 67. Reynolds CF 3rd, Miller MD, Pasternak RE et al. Treatment of bereavement-related major depressive episodes in later life: a controlled study of acute and continuation treatment with nortriptyline and interpersonal psychotherapy. *Am J Psychiatry* 1999;156: 202-8.
 68. Rothbaum BO, Cahill SP, Foa EB et al. Augmentation of sertraline with prolonged exposure in the treatment of posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 2006;19:625-38.
 69. Shamsaei F, Rahimi A, Zarabian MK et al. Efficacy of pharmacotherapy and cognitive therapy, alone and in combination in major depressive disorder. *Hong Kong J Psychiatry* 2008;18:76-80.
 70. Shareh H, Gharraee B, Atef-Vahid MK et al. Metacognitive Therapy (MCT), fluvoxamine, and combined treatment in improving obsessive-compulsive, depressive and anxiety symptoms in patients with Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). *Iran J Psychiatry Behav Sci* 2010;4:17-25.
 71. Sharp DM, Power KG, Simpson RJ et al. Fluvoxamine, placebo, and cognitive behaviour therapy used alone and in combination in the treatment of panic disorder and agoraphobia. *J Anxiety Dis* 1996;10:219-42.
 72. Sirey JA, Bruce ML, Alexopoulos GS. The Treatment

تطبيق علاجي لتجربة وسيلة أخذ العينات في علاج الاكتئاب: تجربة عشوائية محكمة

INGRID KRAMER^{1,2}, CLAUDIA J.P. SIMONS^{1,2}, JESSICA A. HARTMANN^{1,2}, CLAUDIA MENNE-LOTHMANN²,
WOLFGANG VIECHTBAUER², FRENK PEETERS², KOEN SCHRUERS², ALEX L. VAN BEMMEL^{1,2}, INEZ MYIN-GERMEYS²,
PHILIPPE DELESPAUL^{2,3}, JIM VAN OS^{2,4}, MARIEKE WICHERS²

¹GGzE, Institute of Mental Health Care Eindhoven and the Kempen, P.O. Box 909, 5600 AX Eindhoven, The Netherlands; ²Department of Psychiatry and Psychology, Maastricht University Medical Centre, European Graduate School of Neuroscience, SEARCH, P.O. Box 616, 6200 MD Maastricht, The Netherlands; ³Mondriaan Mental Health Trust, South Limburg, The Netherlands; ⁴King's College London, Department of Psychosis Studies, Institute of Psychiatry, London, UK

بإمكان أن يؤدي أمر اختبار التأثيرات الإيجابية في كل يوم من الحياة، إلى التكهن بالتعافي وتقليل نسبة الانتكاسة، وذلك في حالات الاكتئاب. إن التدخلات التي تقوم على وسيلة أخذ العينات (ESM-I) بالأمر المناسب جدًا لتقديم التبصر في النماذج الشخصية والسياقية للتأثيرات الإيجابية. لقد كان الهدف من هذه الدراسة هو معرفة ما إذا كانت التقارير الإضافية المشتقة من الـ ESM عن النماذج الشخصية للتأثير الإيجابي بالأمر المناسب والنافع للمرضى، ويؤدي إلى تقليل أعراض الاكتئاب. وقد شارك مرضى الاكتئاب الخارجيون (n=102) والذين يتلقوا علاجًا بالعقاقير، في تجربة عشوائية محكمة، وذلك بثلاثة أسلحة، وهما مجموعة تجريبية تتلقى تقريرًا إضافيًا مشتقًا من ESM ومجموعة شبة تجريبية تشارك في الـ ESM إلا أنها لا تتلقى أي تقارير ومجموعة محكمة. لقد شاركت المجموعة التجريبية في إجراءات الـ ESM (ثلاثة أيام في الأسبوع لأكثر من ستة أسابيع) وذلك باستخدام مساعد رقمي شخصي، وقد تلقت هذه المجموعة تقريرًا معياريًا أسبوعيًا عن النماذج الشخصية للتأثيرات الإيجابية. وقد تم الحصول على درجات مقياس هاميلتون التقييمي للاكتئاب - 17 (HDRS) وقائمة جرد أعراض الاكتئاب (IDS)، وذلك قبل وبعد التدخلات. وتم اكتمال خمسة تقييمات HDRS و IDS في خلال ستة أشهر التي هي فترة المتابعة. وقد أدى التقرير الإضافي المشتق من الـ ESM إلى تقليص سريري كبير وقوي في نتيجة الـ HDRS التي تتعلق بالمجموعة المحكمة (p<0.01): تقليص بنسبة 5.5- في الـ HDRS في خلال ستة أشهر). وبالمقارنة مع المجموعة الشبة تجريبية، كان التقليص الذي يرتبط بالأمر بصورة سريرية في مجموع الـ HDRS بالأمر الواضح في فترة الستة أشهر (B= 3.6، p= 0.053)، وقد أنتجت شكاوي التقارير الذاتية (IDS) نفس النموذج، وذلك مع مرور الوقت. لقد كان مقدارًا لاستخدام الـ ESM-I بالقبول، وكان من السهل إدراك التقرير المُقدم. وقد حاول المرضى تطبيق الاقتراحات التي أتت من التقارير المشتقة من الـ ESM على حياتهم اليومية. تقترح هذه البيانات أنه من الممكن تعزيز فاعلية نهج العقاقير التقليدية السلبية على علاج حالات الاكتئاب الشديدة، وذلك عن طريق استخدام معلومات من الحياة اليومية تتناسب بصورة خاصة مع الفرد، والتي تخص التأثيرات الإيجابية.

كلمات مفتاحية: تقييم بيئي مؤقت، عملية أخذ عينات من الخبرات، دراسة تقوم على التدخلات، تقرير نفسي، اضطراب الاكتئاب، التأثير الإيجابي

(عالم الطب النفسي 2014: 77-68.13)

هذه المجالات غير مدروسة. وقد توافر حديثًا، لنتائج الصحة النفسية، التقييمات المعادلة والمحمولة للنتائج الطبية، وذلك في شكل تقنيات تقييم إلكتروني لحظي. تمثل هذه التقنيات مركبات منهجية لتصنيف الخبرات (ESM) بأدوات إلكترونية جديدة، مثل الـ (6 PsyMate)، والتي تسمح بتسجيلات إلكترونية مباشرة للبيانات. وتتكون الـ ESM من تقييمات متكررة لخبرات وسياقات فعالة على مدار الأيام (7-9).

لقد كانت الـ ESM حتى وقت قريب تُستخدم فقط في سياق البحث، وذلك لتعريف نماذج وآليات الأمراض النفسية من لحظة لأخرى (10-14). لكن مع ظهور التقييمات الشخصية الرقمية (PDA) والتطبيقات التي تقوم على الانترنت، أصبحت المعلومات الحياتية بالأمر متاح للمرضى ومقدمي الرعاية المحترفين. يعمل هذا الأمر على تقديم إمكانيات تدخلات الـ ESM (ESM-I) التي بإمكانها تحويل نماذج الحياة الضمنية الديناميكية إلى أشكال مرئية واضحة وقابلة للقياس، والتي يُمكن أن تصبح بواسطتها النماذج الضعيفة قابلة للتعديل. لدى الـ ESM-I الميزة الإضافية بأنه من السهل تنفيذه في مراكز العناية النفسية التقليدية، ولا يتطلب المزيد من استثمار الأطباء السريريين (11، 6). وبالتالي فإن الـ ESM-I يحتوي على نهج جديد قابل للتطبيق، وذلك لتحسين مراكز الصحة النفسية الشخصية، ويكون أداة للصحة النفسية تُستخدم على نطاق واسع في الممارسات السريرية (10-13، 15).

تقول منظمة الصحة العالمية أن الاكتئاب واحد من الأسباب الرئيسية للعجز (1)، ويُعتبر أمر تحسين فاعلية العقاقير والعلاج النفسي بمثابة أولوية، وأن توسيع نطاق ملاحظة أعراض الاكتئاب حتى يشمل المواضيع التي تكون خارج العيادات، قد يؤدي إلى تقييم أكثر تفصيلًا وأكثر ذاتية للتأثيرات السياقية على الأعراض، وبالتالي، قد يُضيف إلى تأثيرات وسائل العلاج المتاحة.

لقد ظهر أن الملاحظة الذاتية، التي تتكون من تقييم استرجاعي للحالة المزاجية بالورقة والقلم مرة واحدة في اليوم، تقلل من أعراض الاكتئاب (2-4)، لكن، ولأن التقييمات الذاتية التي يتم الحصول عليها بطرق استرجاعية تكون منحازة من جانب أنحيازات عاطفية ومعرفية منسجمة مع الحالة المزاجية (5)، فإن استخدام التقييمات المرتقبة اللحظية اليومية قد يُحسن المصادقية، مما يقدم فيلمًا تصويريًا عن ديناميكية أعراض الاكتئاب، وهو الأمر الذي قد يساعد في تحسين قرارات العلاج. وما هو أكثر من ذلك، لدى التقييمات الرقمية، بدلًا من التقييمات الكتابية، ميزة أن البيانات تكون متاحة في الحال.

إن الاحتمالات المسجلة بطرق رقمية، والتسجيل اللحظي أيضًا، بالأمر الشائع في التخصصات الطبية. وتُستخدم المراقبة المستمرة مثلًا في علاج ارتفاع ضغط الدم وداء السكري (أي مراقبة ضغط الدم ونسبة الجلوكوز في البلازما على مدار الساعة)، لكن في مجال الصحة النفسية، لازالت

الطبية التابعة للمركز الطبي بجامعة ماسترخت، وتم الحصول على موافقة رسمية من كل المشاركين، وقد كانت الدراسة مُسجلة في محاكم التسجيل الهولندية (رقم التعريف: NTR1974).

لقد تم عمل تجربة عشوائية مُحكمة بثلاثة أسلحة علاجية، فبعد القبول المبدئي، كان يتم توزيع المرضى بصورة عشوائية على المجموعة الاختبارية أو المجموعات الشبه اختبارية أو مجموعة الضوابط. وبالإضافة إلى العلاج المعتاد (TAU)، شاركت المجموعة الاختبارية في إجراءات ESM (ثلاثة أيام في الأسبوع ولمدة تزيد عن ستة أسابيع)، وذلك باستخدام مساعد رقمي شخصي. وكانت تتلقى هذه المجموعة تقارير أسبوعية معيارية عن النماذج الذاتية ذات التأثير الإيجابي، وكانت تُقدم هذه التقارير إلى كلاً من المريض وطبيب الصحة النفسية، وقد شاركت أيضاً مجموعة الشبه اختبارية في إجراء الـ ESM (ثلاثة مرات في الأسبوع في مدة تزيد عن ستة أسابيع)، هذا بالإضافة إلى TAU بلا تقارير. لكن لم تتلقى مجموعة الضوابط أي تدخلات إضافية في خلال الـ TAU.

لقد كان التقسيم العشوائي (نسبة التوزيع 1:1) مقسماً إلى طبقات بحسب مدة العقاقير المضادة للاكتئاب (جديد/بديل بالمقابل مع الحفاظ، أي تلقي عقاقير مضادة للاكتئاب مُثبتة أو عقاقير مثبتة للحالة المزاجية لمدة أقل من ثمانية أسابيع بالمقابل مع مدة أطول من ثمانية أسابيع، وذلك قبل الدخول في الدراسة) والعلاج النفسي الحالي (نعم أو لا). وقد بدأ التسلسل العشوائي المقسم إلى مجموعات مكونة من ستة (باستخدام التسلسل الذي بدأ على الأنترنت، على موقع random.org) من جانب أول كاتب لهذه المقالة. وقد قام مساعد أبحاث مستقل بكتابة كود التوزيع العشوائي في أطرف مرقمة ومختومة، وبعد اكتمال كل التقييمات الأساسية، قام قائد المقابلات بتوزيع المشاركين على أماكن علاج الحالات التي يعانون منها، وذلك بحسب كود التوزيع العشوائي في الأطرف المختومة (والتي تم فتحها بحسب التسلسل)، ولم يكن قائدي المقابلات معيّنين عن توزيع العلاج الخاص بالمرضى.

الإجراء

تُظهر الصورة رقم 1 تدفق المشاركين وأيضاً الإجراءات خلال التجربة. يتكون بروتوكول الدراسة من مقابلة تتم عبر الهاتف وفحص وتقييم أساسي (أسبوع الصفر) ومقابلات في مدة تصل إلى ستة أسابيع (من الأسبوع 1 إلى الأسبوع 6) وما بعد التقييم (الأسبوع 7) وخمسة تقييمات لفترات المتابعة (في الأسابيع 8 و12 و16 و20 و32). تصل مدة الدراسة بأكملها إلى 32 أسبوعاً، وذلك من البداية (أسبوع الصفر) وإلى ما بعد ذلك.

لقد بدأت عملية التعيين عن طريق مقابلة عبر الهاتف قصيرة الأمد، وذلك من جانب طبيب نفسي أو عالم نفسي، وذلك لمعرفة ما إذا كان قد تم التوافق مع معايير الاشتمال. وفي أثناء الفحص، يتم عمل مقابلة سريرية مُهيكله لاضطرابات الـ DSM-IV (المحور 25 (SCID-I) والـ HDRS وقائمة جرد اعراض الاكتئاب المكونة من 30 بنداً (IDS-SR) (26)). وقد تم اكتمال المقابلة HDRS الشبه مُهيكله وأيضاً استبيان IDS الذاتي التقرير، وكلاهما يقيمان عامل شدة اعراض الاكتئاب، تم اكتمالهما عند مرحلة البداية وفي مرحلة قبل التقييم وأيضاً في مرحلة المتابعة. كان يُستخدم الـ IDS كمقياس مستقل عن توضيحات مُجري المقابلة. لقد بدأت تقييمات الـ ESM كجزء من التقييم الأساسي (أسبوع الصفر)، وذلك أثناء فترة التدخلات في الأسابيع الستة (من الأسبوع 1 إلى الأسبوع 6) وأيضاً في فترة ما بعد التقييم (الأسبوع 7). وقد تم تقدير جدوى إجراء مقياس الـ ESM ومدى رغبة التقارير المشتقة من الـ ESM

ومن أشكال التقدم الجديدة والمثيرة هو استخدام التسجيل الذاتي لأحداث الحياة اليومية باستخدام الـ ESM-I مع مرضى الاكتئاب، وذلك للحصول على بصيرة في النماذج الشخصية للتأثيرات الإيجابية والسياق الذي تُختبر فيه. لقد أظهرت العديد من الدراسات الحديثة (16-19) مدى أهمية نظام المكافئة والخبرات ذات التأثير الإيجابي، في الرجوع عن الاكتئاب. وقد أتضح أن التأثيرات الإيجابية بصفة خاصة - أكثر من التأثيرات السلبية نظيراتها - بالأمر الحيوي والضروري في التكهن بالتعافي من الاكتئاب (20-23). بالإضافة إلى ذلك، لقد أظهرت تجربة عشوائية مُحكمة حديثة أن توزيع المرضى على التدخل الذي زاد من خبرات الحياة ذات التأثير الإيجابي، يرتبط بانخفاض كبير في اعراض الاكتئاب (22)، وبالتالي فإن الخطوة التالية في علاج الاكتئاب هو اختبار ما إذا كان يُمكن استخدام المراقبة الذاتية كتدخل لزيادة التبصر في النماذج الذاتية ذات التأثير الإيجابي. قد تُساعد التقارير الذاتية التي تركز على التأثيرات الإيجابية وسياقاتها، كلاً من المريض ومقدم العناية المحترف في عملية البحث على فرص متاحة لزيادة خبرة هذا التأثير، وبالتالي يُمكن أمر التعافي من الاكتئاب.

وبالرغم من أن الجدل السابق يقترح أن الـ ESM-I يمثل نهجاً جديداً ذات احتمالية تطوير وسائل العلاج في مراكز الصحة النفسية، إلا أنه لا بد من اعتبار الجدوى الاقتصادية وتفضيلات المريض. هناك أيضاً احتياج إلى معرفة كيف يختبر المرضى هذا الإجراء، وما إذا كانوا يقدرّون بل ويرغبون في المشاركة.

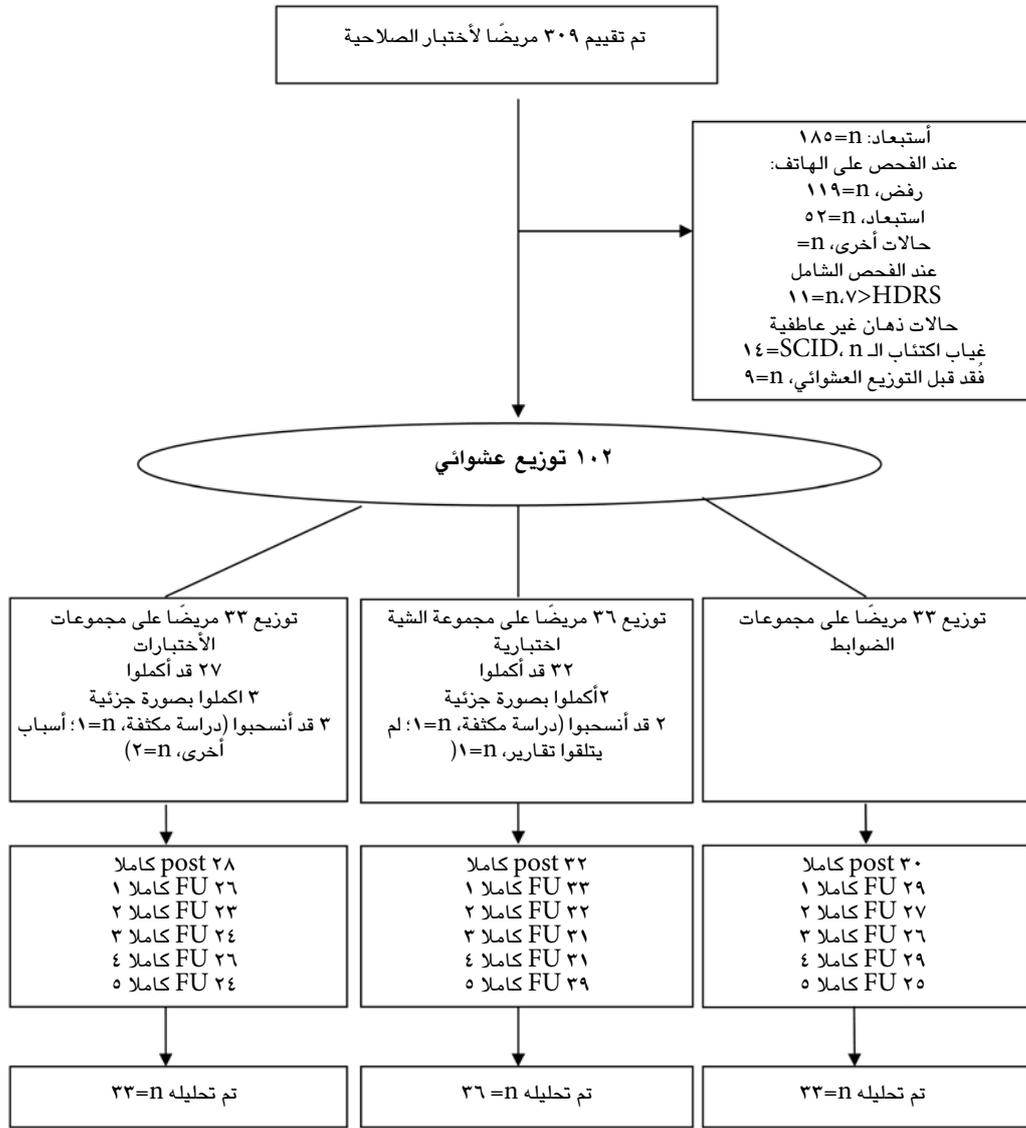
وبالتالي فإن الهدف من هذه الدراسة الحالية هي دراسة 1- ما إذا كان يُمكن استخدام التقارير الذاتية المأخوذة من الـ ESM كوسيلة علاج إضافية وفعالة لأعراض الاكتئاب المُصممة لزيادة مصادر المرضى باعتبار خبرات التأثير الإيجابي، وذلك بالاتحاد مع العقاقير المضادة للاكتئاب، و-2 ما إذا كان الـ ESM-I يُعتبر مناسباً وناجحاً للمرضى. إن هذه أول تجربة عشوائية مُحكمة - على حد علمنا - تستخدم الـ ESM كتدخل علاجي جديد في مرضى الاكتئاب، مع وجود رؤية لتحسين وسائل العلاج الذاتية.

الوسائل

المشاركين والتصميم

لقد عمل أطباء العناية الصحية على التمثيل المتتالي لمرضى الاكتئاب الخارجيين الذين يتوجهون إلى مرافق الرعاية الصحية التي تخدم منطقة الخدمة الطبية في المناطق الهولندية التابعة لأيندهوفن وماستريخت، وتم أيضاً تعيينهم في الدراسة. بالإضافة إلى ذلك، لقد كان التعيين في مناطق الخدمة الطبية هذه مستقلاً عن الاتصال بمراكز رعاية الصحة النفسية، وذلك عن طريق توزيع ملصقات ونشرات في مرافق الرعاية الصحية ووسائل الإعلام المحلية، وقد كان أمر التعيين هذا فيما بين يناير 2010 وفبراير 2012.

كانت معايير الاشتمال هي: السن من بين 18 و65 عاماً، وتشخيصات الـ DSM-IV-TR لنوبات الاكتئاب باستخدام النتيجة الإجمالية الحالية التي على مقياس هاميلتون لتقييم الاكتئاب - 17 (HDRS (24)) والتي تصل إلى 8 على الأقل (أي الانقطاع الذي يفوق الإعفاء ويشتمل على حالات اكتئاب مترسبة)، وتلقى علاج بالعقاقير مع مثبطات مضادة للاكتئاب أو مثبطات للحالة المزاجية ورؤية مناسبة ومهارة اللغة الهولندية وبلا تشخيصات حالية أو تاريخ مرضي لاضطرابات زهان غير وجدانية ولا نوبات هوس خفيف أو نوبات مختلطة في خلال الشهر الماضي. لقد تم الموافقة على بروتوكول الدراسة من قبل لجنة الاخلاقيات



صورة رقم 1: مخطط انسيابي للدراسة. HDRS - مقياس هاميلتون لتقييم الاكتئاب - 17، SCID - مقابلة سريرية مهيكلية لاضطرابات الـ DSM-IV المحور post - I - تقييم إضافي لحظي، FU - تقييم المتابعة

و«وحيد» و«متلهف». وقد تم تقدير التقييمات الذاتية على مقياس ليكيرت المكون من سبعة نقاط (تتراوح بين 1 = «ليس على الإطلاق» وحتى 7 = «جداً»). وتم إرشاد المشاركين لأن يكملوا استبيان الصفارة بسرعة كلما أمكن الأمر بعد سماعهم الصفارة.

لقد كانت عشرة استبيانات الصفارة تتم كل يوم، وذلك أثناء كلا من تقييم الـ ESM الأساسي الذي يمتد إلى خمسة أيام وما بعد تقييم الـ ESM. وبالتالي فقد أصبح العدد الإجمالي لاستبيانات الصفارة هو 50 لكلا من تقييمات الـ ESM الأساسية والتقييمات الإضافية. لقد أكمل المشاركون أثناء فترة التدخلات المكونة من 6 أسابيع، عشرة استبيانات صفارة في كل يوم ولمدة ثلاثة أيام متتالية (180 = 10X3X6 استبيان صفارة).

وقد تم توضيح إجراء الـ ESM في محاضرة أولية موجزة، وتم عمل اختبارات للتأكد من إدراك الممارسين للأسئلة والنصائح، وكان يتم تحديد موعد الاستجاب لتقييم جوانب جدوى إجراء الـ ESM مع PayMate. وذلك بعد بداية تقييم الـ ESM.

على التأثير الإيجابي، وذلك عن طريق أسئلة معينة، مع سبعة بنود على نقاط مقياس ليكيرت (1 = «ليس على الإطلاق» وحتى 7 = «جداً»). لقد تم عمل الـ ESM بحسب الدراسات السابقة (7، 27-29)، وتم استخدام الـ PsyMate والـ palmtop اللذان تم تطويرهما حديثاً، وذلك للتجميع الرقمي للتقييمات اللحظية اليومية للتأثيرات الإيجابية فيما يتعلق بالسياق والنشاط اللحظي. كان الـ PsyMate مبرمجاً لأن يُصدر صفيراً عشرة مرات في اليوم في فترات عشوائية في مدة زمنية مكونة من 90 دقيقة، وذلك بين 7.30 و 22.30. ويقوم المشاركون عند كل صفارة باستخدام الـ PsyMate ليقوموا رقمياً بإكمال استبيان الصفارة الموجز، والذي يشمل التأثير الحالي (أربعة بنود للتأثيرات الإيجابية وستة بنود للتأثيرات السلبية)، وأيضاً السياق والنشاط الحالي («الأنشطة اليومية»، و«الأفراد الحاضرين»، والنشاط الجسدي»، و«الأحداث»). لقد اشتملت إشارات الـ PsyMate للتأثيرات الإيجابية على بعض الصفات مثل «سعيد» و«راضي» و«متحمس» و«مرتاح» (22). أما التأثيرات السلبية فقد كانت مفهومة عن طريق الصفات «محبط» و«متشكك» و«مذنب» و«ساخط»

تجد خصائص العينات التي تم اشتغالها في الفحص في الجدول رقم 1، ولم يكن هناك اختلافات كبيرة أو هامة في الخصائص الاجتماعية الديمغرافية بين تلك المجموعات، بل قد كان هناك عند الفحص بعض الاختلافات في الخصائص السريرية. وبالمقارنة بالمجموعات الشبه اختبارية ومجموعات الضوابط، استخدم المرضى في مجموعة الاختبارات الليثيوم بصورة متكررة وكان مجموع الـ HDRS والـ IDS الكلي أقل (الجدول رقم 1)، ولم تكن اختلافات المجموعات فيما يخص الـ HDRS والـ IDS أو استخدام الليثيوم بالأمر الهام عند البداية (بعد أسبوعين، أي مباشرة قبل بدء التدخلات) $(98:F(2)=100, p=0.37$ ؛ $(98:F(2)=1.52, p=0.22$ ، و $X2(2)=4.65, p=0.10$ ، على التوالي). قام 93 مريضاً تم اختياره بصورة عشوائية، من بين 102 مريضاً، بإكمال تقييم HDRS واحد على الأقل، وذلك أثناء فترة التقييمات الإضافية التي تصل إلى حوالي ستة أشهر. ولم يكن هناك اختلافات كبيرة أو هامة بين المجموعات فيما يخص إكمال تقييم HDRS واحد على الأقل أثناء هذه الفترة $(X2(2)=0.93, p=0.62$). تم الحصول على اكتشافات مماثلة لـ $(X2(2)=0.93, p=0.62$).

وقد قام 59 (85.5%) مريضاً من أصل 69 مريضاً تم توزيعهم على مجموعات الاختبارات أو المجموعات الشبه اختبارية، بإكمال فترة التدخلات التي تصل إلى ستة أسابيع، شاملة 6X3 ESM أيام تقييم وستة فترات تدخلات متماثلة. ولم يكن هناك اختلافات كبيرة أو هامة فيما يخص أعراض الاكتئاب الأولية بين المرضى الذين أكملوا فترة التدخلات بالكامل، وهؤلاء الذين لم يكملوا هذه الفترة (HDRS: $B=1.03, p=0.80$ ؛ $b=0.76, p=0.72$). إن متوسط عدد المرضى الذين أكملوا استبيانات الصفارة من بين التسعة وخمسين مريضاً هم 16.5 ± 135.5 من أصل 180، مما يؤكد معدل إكمال يصل إلى 75.3%، ولم يكن هناك اختلافات كبيرة بين مجموعة الاختبارات بالمقابل مع المجموعات الشبه اختبارية، وذلك فيما يخص متوسط عدد استبيانات الصفارة المكتملة في خلال مدة التدخلات بأكملها ($t=0.91, df=57, p=0.18$ أو عدد المرضى الذين أكملوا فترات التدخلات الستة $(X2(1)=0.69, p=0.50$). وقد استمرت فترات التقييم لمدة أطول بصفة خاصة (متوسط: 11.2 ± 48.9 دقيقة، المعدل $105-27$ دقيقة)، هذا بالمقارنة مع فترات مقابلات الشبه اختبارية (متوسط: 12.9 ± 39.5 دقيقة، المعدل $15-90$ دقيقة) ($B=9.57, p<0.001$).

توضح الصورة رقم 3 نتائج التحاليل التراجعية المتعددة المستويات للتفاعل بين توزيع العلاج والوقت، وذلك في سجلات الـ HDRS والـ IDS، وقد أوضحت مجموعة الاختبارات انحدار أسبوعي كبير في أعراض الاكتئاب على مدار فترة الدراسة الكاملة، وذلك بالمقارنة مع مجموعة الضوابط ($B=-0.15, p<0.001$ ؛ HDRS: $B=-0.29, p=0.002$). وتوضح المقارنات التي بين المجموعات أنه قد أصبح الانحدار في أعراض الاكتئاب في مجموعة الاختبارات، بالمقارنة مع مجموعة الضوابط، أصبح واضحاً في الأسبوع الثامن (IDS) والحادى عشر (HDRS) وقد استمر حتى نهاية الدراسة (الأسبوع 23). ومع مرور الوقت، أصبحت الاختلافات بين مجموعة الاختبارات ومجموعة الضوابط، أكبر، حتى أنها وصلت إلى -5.5 نقطة اختلاف في الـ HDRS و -13.1 نقطة اختلاف في الأسبوع الثاني والثلاثين.

أما المجموعة الشبه اختبارية فقد أتبعتم نموذج مختلف، وهو أنها قد أظهرت سجلات HDRS وIDS أقل بكثير بالمقارنة مع مجموعة الضوابط، وبدأت مباشرة بعد فترة التدخلات (الأسبوع 7)، إلا أن النقص الأولي في أعراض الاكتئاب لم يستمر حتى التقييم الأخير؛ فبعد الأسبوع 26 (HDRS) والأسبوع 28 (IDS) لم يعد الاختلاف فيما يخص أعراض

لقد تلقت مجموعة الاختبار تقرير معياري مُشتق من الـ ESM، وفي الحال تلت فترات التقارير إجراء الـ ESM الأسبوعي. كانت التقارير تُقدّم في تلك الفترات التي تتم وجهاً لوجه من قبل الباحث (عالم نفسي أو طبيب نفسي). وكانت تُقدّم التقارير التي تخص حالة المريض الوجدانية اللحظية في السياقات اليومية المعينة وما يتعلق بأعراض الاكتئاب، لفظياً وبالكاتب و برسم بياني (الصورة رقم 2). وقد أظهرت التقارير مستويات حقيقية من التأثيرات الإيجابية (متوسط بنود «السعادة» و«الرضا» و«الح ماسة» و«الراحة») وذلك في سياق الأنشطة اليومية (الصورة رقم 2أ و2ب) والأحداث والمواقف الاجتماعية. أما الجزء الثاني من التقارير فقد أظهر تغييرات في مستوى التأثير الإيجابي (الصورة رقم 2ج) وفي عدد شكاوي الاكتئاب على مدار تدخلات الـ ESM.

لقد تم تقسيم التقارير المُشتقة من الـ ESM إلى ثلاثة نماذج، حيث تم إضافة عنصر جديد من التقارير في كل نموذج، وذلك بصورة تراكمية؛ فقد ركزت فترات التقرير الأولى (1 و2) على التأثيرات الإيجابية التي تم اختبارها أثناء الأنشطة، بينما ركزت الفترتان الثالثة والرابعة - بشكل إضافي - على الخبرات الإيجابية التي تم اختبارها بعد الأحداث اليومية، مما يفرق بين التأثيرات التي تم اختبارها أثناء الأحداث المقدره بموضع سيطرة داخلي بالمقابل مع موضع سيطرة خارجي. أخيراً، ركزت فترات التقارير الخامسة والسادسة - بصورة إضافية - على التأثيرات الإيجابية التي تم اختبارها أثناء التفاعلات الاجتماعية في الحياة اليومية. وقد تم تقييم آراء المشاركين عن إجراءات التقرير، وذلك في التقييمات الإضافية.

وقد كانت المجموعة الشبه اختبارية مُشابهة لمجموعة الاختبارات فيما يخص الإجراءات، فيما عدا أنه لم يكن هناك أي تقارير مُقدمة. ولمنع أي تأثيرات لمدة مختلفة من الفترات، تم ملء فترات هذه المجموعة بنشاط بديل (مقابلة HDRS إضافية).

تحليل إحصائي

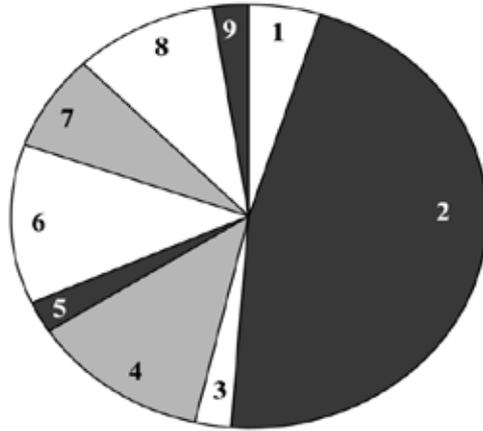
لقد تم عمل التحاليل الإحصائية باستخدام (STATA 12.1)، وقد كان للبيانات بنية هرمية، وذلك بسبب تجمّع العديد من تقييمات أعراض اكتئاب الـ HDRS والـ IDS في المريض.

أولاً، لكي يتم دراسة تأثير توزيع العلاج على مدار مسار أعراض الاكتئاب، تم تعيين متوسط مجموع الـ HDRS الكلي على مدار الوقت (في الأسابيع من البداية وحتى آخر أسبوع متابعة)، وذلك لكل واحدة من المجموعات الثلاثة، وكان يُقدّم أفضلهم تناسباً، بنموذج خطي (وقت) لمجموعة الاختبارات ومجموعة الضوابط وأيضاً نموذج متعدد الحدود (الوقت والوقت2) للمجموعة الشبه اختبارية.

التالي، تم استخدام أمر الـ XT MIXED لعمل تحليل تراجعي متعدد المستويات ذات تفاعلات في اتجاهين، بين الوقت (بالأسابيع) وتوزيع العلاج كتأثيرات ثابتة والمرضى كعامل اعتراض عشوائي وانحدار عشوائي للوقت، وتم تعيين عامل التباين كعامل غير مُهيكل، وتم أيضاً استخدام أمر الـ LINCOM لحساب التأثيرات المقدره بين المجموعات، لقد أعتبر الاختلاف في نقطتين أو ثلاثة على الـ HDRS بكونه استنتاجاً يُعتبر ذات صلة سريرية (31،32).

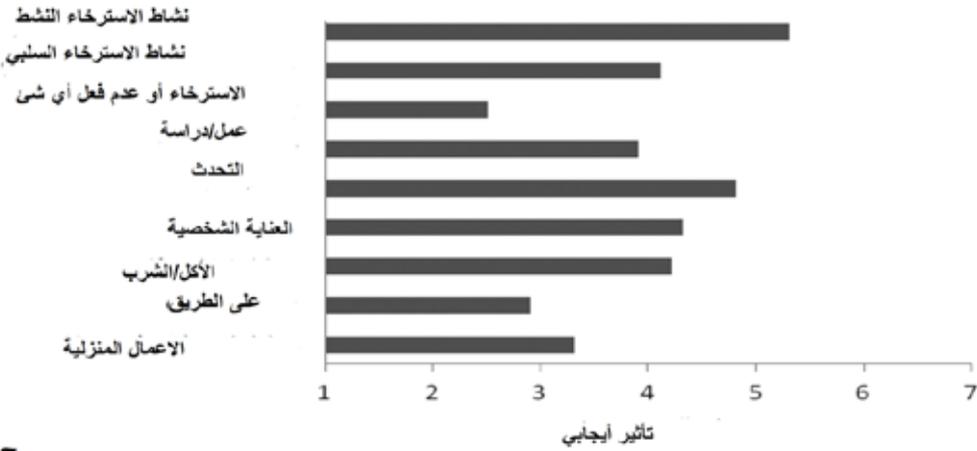
وقد كانت قوة الحسابات باستخدام أمر الـ STATA (30) SAMPSI تقوم على أعمال سابقة (33) وقد أدت إلى حجم عينة بدائي يصل إلى 120 بقوة 48%، وذلك لكشف الاختلافات في ثلاثة نقاط في مجموع الـ HDRS (31،32)، ولكن بسبب أنه قد تم استبعاد العديد من المشاركين، كان معدل الاشتغال أقل من المتوقع؛ وكان العدد النهائي للمرضى الذين شاركوا في التجربة، 102.

أ

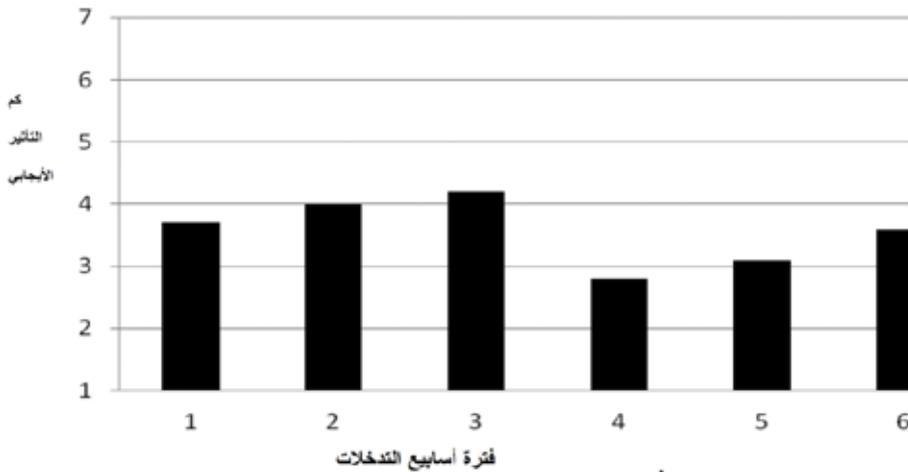


1	نشاط الاسترخاء النشط	2	نشاط الاسترخاء السلبي
3	الاسترخاء أو عدم فعل أي شيء	4	عمل/دراسة
5	التحدث	6	العناية الشخصية
7	الأكل/الشرب	8	على الطريق
9	أعمال منزلية		

ب



ج



صورة رقم 2: أمثلة على الرسوم البيانية عن التقارير. (أ) - كم الوقت الذي يُقضى في عمل أنواع مختلفة من الأنشطة. (ب) كم التأثير الإيجابي الذي تم اختباره لكل نوع من الأنشطة. (ج) المستوى المتوسط من التأثير الإيجابي على مدار فترة التدخلات التي هي ستة أسابيع.

الجدول رقم 1: خصائص سريرية وديمغرافية لعينة الدراسة عند الفحص

p	df	اختبار البارامتر	الضوابط (n=33)	الاختبارات المزيفة (n=36)	الاختبارات (n=33)	مجموع (n=102)	
0.36	2	$2.06=X^2$	10.9±48.9	9.6±46.7	10.2±48.7	10.2±48.0	الفئة العمرية (متوسط ± SD)
0.57	2	$1.11=X^2$	15/18	14/22	17/16	46/56	النوع (ذكر/أنثى)
							مستوى التعليم
			10	9	6	25	منخفض
0.79	4	$1.73=X^2$	12	14	12	38	متوسط
			11	13	15	39	عالي
0.57	2	$1.12=X^2$	12	10	13	35	عمل بدوام جزئي أو كامل
0.78	2	$0.50=X^2$	18	17	18	53	العيش مع شريك/مع الأسرة
0.39	2	$2.43=X^2$	2	2	5	9	اضطراب ثنائي القطب
0.73	2	$0.64=X^2$	12	16	12	40	الاعتلالات المشتركة الخاصة بالـ DSM-IV
0.03	99:2	$3.64=F$	4.3±17.0	4.8±16.2	4.5±14.1	4.6±15.8	المحور I المجموع الكلي لـ HDRS (المتوسط ± SD)
0.045	99:2	$3.19=F$	10.5±39.2	10.0±36.4	10.2±32.9	10.4±36.2	المجموع الكلي لـ IDS (المتوسط ± SD)
0.26	95:2	$1.35=F$	7.8±55.0	7.6±55.9	7.5±58.0	7.7±56.3	اعراض الـ GAF (المتوسط ± SD)
0.71	95:2	$0.34=F$	10.9±53.9	11.5±55.9	10.5±54.0	10.9±54.6	عجز الـ GAF (المتوسط ± SD)
							العقاقير المضادة للاكتئاب
0.66	2	$1.04=X^2$	8	6	5	19	البدء/التشغيل
			25	30	28	83	المحافظة
0.27	2	$2.70=X^2$	13	10	7	30	الاستخدام الحالي للبنزوديازيبينات
0.24	2	$3.18=X^2$	12	8	6	26	الاستخدام الحالي للعقاقير المضادة للذهان
0.55	2	$1.19=X^2$	8	9	5	22	الاستخدام الحالي للعقاقير المنومة
0.049	2	$6.23=X^2$	3	1	7	11	الاستخدام الحالي لليثيوم
0.77	2	$0.77=X^2$	2	4	4	10	العلاج النفسي الحالي

HDRS - مقياس هاميلتون لتقييم الاكتئاب، IDS - قائمة جرد اعراض الاكتئاب، GAF - التقييم الدولي للأداء، مستوى التعليم - منخفض: عدم الحصول على الشهادة الابتدائية، متوسط: الحصول على الثانوية العامة/ مهنة ذات مستوى منخفض، عالي: مهنة ذات مستوى عالي/ الحصول على شهادة جامعية

المتابعة التي كانت بعد مرور ستة أشهر، وقد كان الاختلاف مع المجموعة الشبه اختبارية بالأمر الواضح سريريًا وذات أهمية حدودية.

وبالرغم من أنه قد تم الاقتراح مسبقًا باستخدام تقارير مشتقة من الـ ESM في علاج الاكتئاب (8,10,11,34,35)، إلا أن السعي الحالي هو - على حد علمنا - أول تجربة عشوائية مُحكمة قامت بدراسة الـ ESM-I بصورة منهجية كأداة علاجية لتقديم مرضى الاكتئاب بصيرة في النماذج الشخصية ذات التأثير الإيجابي. ومن الأمور التي تتشابه مع تلقي علاج إيجابي بالعقاقير وحده، يوضح مرضى الاكتئاب الذين قد تلقوا تقاريرًا إضافية عن الفرص الذاتية للتأثيرات الإيجابية، انخفاضًا سريريًا وقويًا في أعراض الاكتئاب، قد يعكس هذا الأمر زيادة في البصيرة وتغييرًا مصاحبًا تجاه النماذج السلوكية التي تزيد من التأثيرات الإيجابية، وعلى الناحية الأخرى، لم تظهر التأثيرات في المجموعة الشبه اختبارية (الفحص الذاتي بدون الحصول على تقارير) قويه، ولأنه قد يكون هؤلاء المرضى يظنون أنهم كانوا يتلقون التدخلات الاختبارية، قد يعكس هذا الأمر رد فعل وسائل العلاج البديلة. ومن التوقعات الأخرى هي أن هذه الاكتشافات تنتج من تأثيرات تفعيل سلوكية قصيرة المدى، قد تكون مرتبطة بالمقابلات الأسبوعية التي تنعقد في المكاتب، وذلك أثناء فترة التدخلات، وما هو أكثر من ذلك، قد تكون هذه المواعيد التي يكون لدى المريض فيها فرصة المشاركة بمشاعر الاكتئاب، قد تكون أكثر تدعيمًا من مقابلات التقارير الاختبارية، وهو الأمر الذي يوضح الانخفاض اللحظي والأقوى في الأعراض في هذه المجموعة. أخيرًا، وبالرغم من التضارب، يُمكن توضيح تأثير الفحص الذاتي المستمر (أي بدون تقارير مشتقة من الـ ESM) لأعراض الاكتئاب، بكونه زيادة في الوعي العاطفي اللحظي (36)، وقد يجعل هذا الأمر الـ ESM-I بمثابة أداة مثيرة للاهتمام لتستخدم في العلاج المعرفي الذي يقوم على تنبيه الذهن، وهذا بحسب اقتراح تيلفورد وآخرون (36).

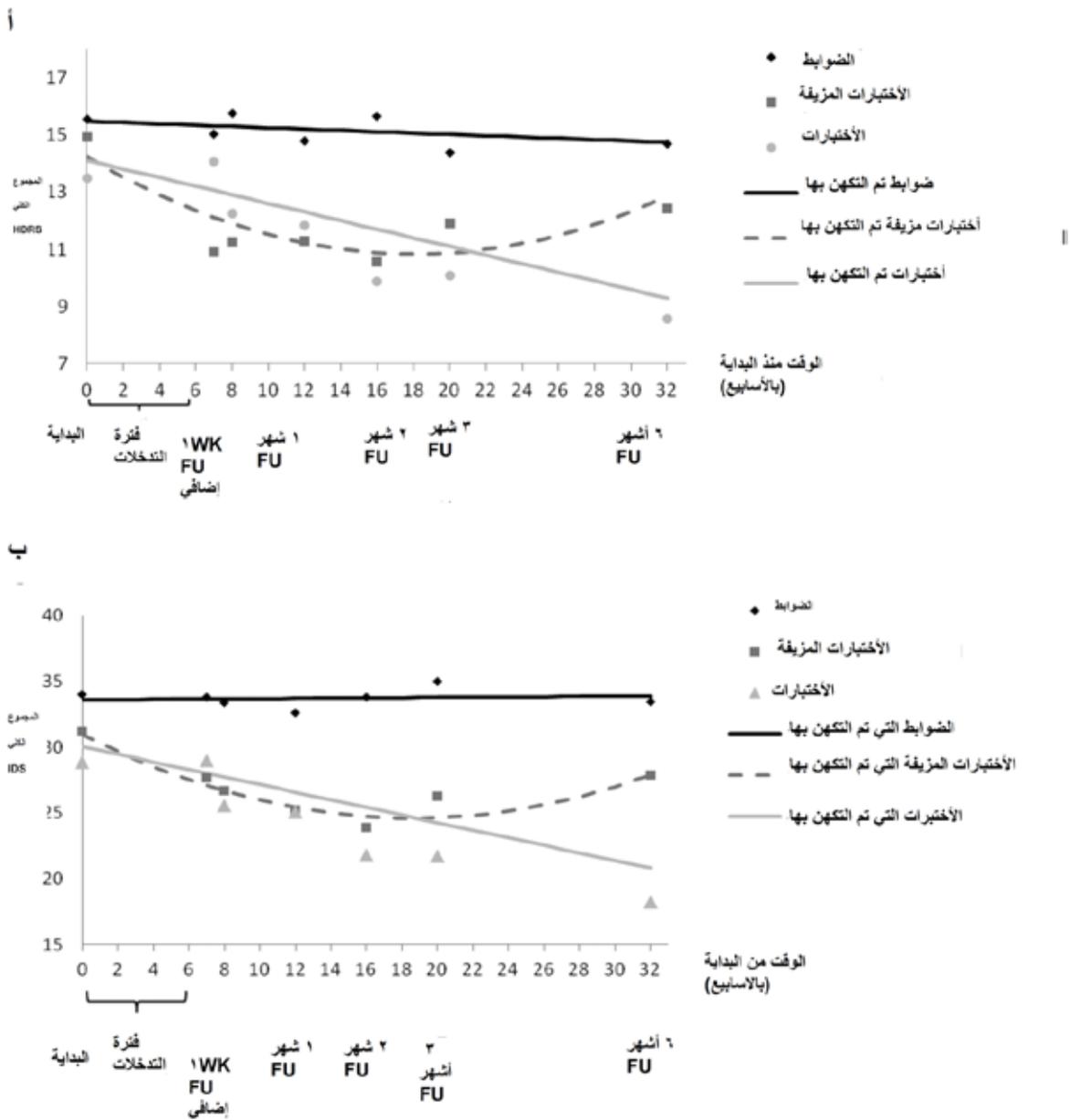
الاكتئاب بين المجموعة الشبه اختبارية ومجموعة الضوابط بالأمر الكبير فيما بعد (الصورة رقم 3). لقد أظهر المرضى في مجموعة الاختبارات سجلات HDRS أقل من الناحية السريرية، هذا بالمقارنة مع المجموعة الشبه اختبارية، وهو الأمر الذي تم تعريفه بصورة بديهية بكونه انخفاضًا بثلاثة نقاط أو أكثر (31,32) عند نهاية الدراسة (الأسبوع 31 و32) ($B=-3.1, p=0.08$ و $B=-3.6, p=0.053$ ، بالتوالي).

لم يظهر المرضى في مجموعة الضوابط تغييرًا في سجلات الـ HDRS والـ IDS على مدار الدراسة ($B=-0.02, p=0.56$ ، و $B=0.01, p=0.92$ بالتوالي).

يقدم الجدول رقم 2 نتائج جدوى الـ ESM-I المُقدرة من جانب المريض، وتدل النتائج أن الإجراءات لم تكن مُجهده جدًا باعتبار عدد الصفارات في اليوم ووقت ملء استبيان الصفارة أو صوت الصفارة. وقد تم تقييم التعليمات الخاصة بكيفية استخدام الـ PsyMate بكونها واضحة جدًا، ويقدم الجدول رقم 2 النتائج التي تخص آراء المشاركين عن التقارير المستخلصة من الـ ESM والتي تقول أنه من السهل إدراك التقارير التي تخص التأثيرات الإيجابية، أيضًا لقد قدر المشاركون الحصول على التقارير المستخلصة من الـ ESM بل وقد حاولوا تطبيق الاقتراحات التي أتت من التقارير على حياتهم اليومية.

الخاتمة

توضح هذه الدراسة أن استخدام تكنولوجيا التقييم اللحظي الإضافي قد تكون بالأمر الفعال كأداة علاجية لإكمال وسائل علاج الاكتئاب التقليدي. وأن توزيع المرضى على مجموعات التدخلات باستخدام تقارير مشتقة من الـ ESM عن التأثير الإيجابي، ترتبط بانخفاض خطي في أعراض اكتئاب الـ HDRS مع مرور الوقت، والذي أستمتر حتى آخر فترة



صورة رقم 3: متوسط سجلات الاكتئاب ومجموع الوقت المتوقع على مدار الوقت. (أ) مقياس هاميلتون لتقييم الاكتئاب (HDRS). (ب) قائمة جرد اعراض الاكتئاب (IDS). POST (إضافي) - تقييم لحظي إضافي، FU - تقييم متابعة.

الحالية أن تدخلات الـ ESM كعلاج إضافي قد يكون ملائماً وفعالاً للمرضى الذين يعانون من اضطرابات اكتئاب متوسطة والمرضى الذين يعانون من اضطرابات اكتئاب خفيف، والذي يشمل حالات اكتئاب مترسبة وترتبط باعتلالات كبيرة (47-52).

من المحدوديات الاولى لهذه الدراسة هي أنه لم يكن المرضى أو الباحثون معييين فيما يخص توزيع العلاج؛ فإذا أدت المعرفة بأمر التوزيع إلى تقييم اكتئاب منحاز من جانب المريض، سنتوقع - بخلاف النتائج الحالية - أن مجموعة الاختبارات (نسباً إلى مجموعة الضوابط) توضح الانخفاض الكبير في اكتئاب الـ HRDS في تقييمات التدخلات الإضافية. لكن لم تنتج المعرفة بأمر التوزيع من جانب الباحثين، تقييمات اكتئاب HDRS منحازة، بسبب أن التحاليل التي تستخدم مقياس التقييم الذاتي للـ IDS أدت إلى نتائج مشابهه. ثانياً، بالرغم من أننا قد أظهرنا اختلافات في حجم التأثير السريري الكبير بين مجموعة

وبالرغم من أنه قد تم تطوير التدخلات التي تقوم على تكنولوجيا التقييم اللحظي للعديد من الاضطرابات النفسية والسلوكيات التي تعزز الصحة (15,37-43)، إلا أن التنفيذ الحقيقي في مراكز العناية الصحية النفسية، لا يزال محدوداً (12). ومن الأمثلة المتاحة هي التدخلات الموجهة ناحية ممارسة آليات تقليل القلق (39) وتذكير المرضى باستخدام المهارات التي تم اكتسابها سابقاً (43)، أو تذكير المرضى بخصوص الالتزام بالعلاج (41). لقد تم تطوير التدخلات التي تقدم بصيرة مأخوذة من التقييمات اللحظية، بهدف اضطرابات نقص الانتباه مع فرط النشاط (38) ونوبات الصداع النصفي (44). لقد تمتع مرضى الاكتئاب الشديد ومرضى الاكتئاب الخفيف (45,46) بقوة وتحفيزاً لإكمال مقاييس الـ ESM لمدة أطول من الزمن (18 يوماً)، وأصبحوا مشتركين وبقوة في عملية تعافيهم، وذلك بمحاولة تنفيذ الاقتراحات المأخوذة من التقارير المشتقة من الـ ESM، وذلك في حياتهم اليومية، وبالتالي تقترح النتيجة

الجدول رقم 2: تناسب المرضى التقديري لإجراءات التقارير والآراء الخاصة بهم

N (المرضى)	SD	المتوسط (أقصى-أدنى) (المقياس 1-7)	
مدى ملائمة الإجراء			
102	1.4	5.8 (2-7)	هل كان الكلام على الشاشة واضحًا؟
102	1.2	1.6 (1-6)	هل كان من الصعب تشغيل الـ PsyMate؟
102	0.8	1.4 (1-5)	هل كان من الصعب التحكم في الـ PsyMate؟
102	0.7	6.6 (3-7)	هل كانت التعليمات اللفظية التي تلقيتها بخصوص استخدام الـ PsyMate واضحة؟
96	1.0	6.5 (1-7)	هل كانت التعليمات المكتوبة التي تلقيتها مع الـ PsyMate واضحة؟
102	1.5	2.6 (1-6)	هل كانت الأسئلة التي قمت بالإجابة عليها على الـ PsyMate صعبة أو غير واضحة؟
			هل كان استخدام الـ PsyMate بالأمر المزعج أم مصدرًا للضغط؟
102	1.6	3.1 (1-7)	وماذا عن عدد الصفارات كل يوم
102	1.5	2.5 (1-7)	وماذا عن مدة الإجابة على اسئلة صفارة واحده؟
102	1.5	2.0 (1-7)	ماذا عن حجم الصوت/ الضوضاء؟
تقارير مشتقة من الـ ESM			
25	0.6	6.1 (4-7)	لقد كان من السهل إدراك التوضيحات المقدمة مع التقارير
24	0.5	6.4 (6-7)	تمكن الباحث من الرد على أسألتي بصورة جيدة عندما كنت أتعثر
22	1.6	2.3 (1-6)	في فهم شيء ما كنت متزعجًا لأنه لم يُسمح لي الحصول على أجوبة (مساعدة) عن
25	2.0	3.2 (1-6)	الاسئلة التي كانت تخص مشكلات معينة لدي هل كنت ترغب في الحصول على نصائح أكثر تحديدًا بعد حصولك على التقرير؟
25	0.7	6.2 (5-7)	أقدر حصولي على ملخص عن التقرير
25	0.9	6.2 (3-7)	كان من السهل فهم ملخص التقرير
24	0.7	6.5 (4-7)	كنت سعيدًا لحصولي على تقرير في شكل رسم بياني
25	0.9	6.3 (3-7)	كان من السهل فهم المعلومات المقدمة في الرسوم البيانية
25	1.1	5.4 (3-7)	لقد حاولت تطبيق الاقتراحات التي حصلت عليها من التقرير على حياتي اليومية
25	0.9	5.4 (4-7)	كان كم المعلومات في التقرير مناسبًا جدًا
25	0.4	6.2 (4-7)	كانت مدة الاتصالات الخاصة بالتقرير مناسبة جدًا

على مراكز العناية على مدار الساعة وكل يوم من أيام الاسبوع، وأيضًا إلى توفير مراكز العناية. يتم في الوقت الحالي تطوير تطبيقات الـ ESM-I النفاذية التي تقوم على الانترنت، وهناك احتياج إلى دراسات لفحص فاعلية العلاج وأيضًا الجدوى الاقتصادية.

وبالرغم من أن الاكتشافات الحالية تقترح أن تقديم تقارير مشتقة من الـ ESM لمرضى الاكتئاب بالأمر الجيد ويؤدي إلى انخفاض مستمرًا في اعراض الاكتئاب، إلا أن هناك احتياج إلى تكاثر هذه النتائج.

شكر خاص

لقد حصل ويشيرز على دعم من جانب المنظمة الهولندية للأبحاث العلمية (VENI، رقم المنحة 916.76.147)، وتم أيضًا تدعيم الدراسة من جانب مجلس أبحاث الصحة الهولندي (ZON-MW، رقم المنحة 171001002 و 91501003)، وقد تم تطوير الأداة التي تمت بها التقييمات اللحظية (الـ PsyMate) تحت رعاية مكتب نقل التكنولوجيا التابع لجامعة ماستريخت، والتي تم تدعيمها بصفة خاصة من جانب منح غير مقيدة من سيرفير وجانسين سيلاج. وقد تلقى البحث الذي أدى إلى هذه النتائج تدعيمًا من برنامج النظام السابع التابع للمجتمع الأوروبي، تحت رقم الموافقة على المنحة 241909-2009-HEALTH-F2 (مشروع EU-GEI). ويقدم الكتاب جزيل الشكر إلى كل المرضى بسبب

الاختبارات والمجموعة الشبه اختبارية، إلا أن هذه الاختلافات لم تكن نهائية من جانب ألفا التقليدية، وقد يرجع هذا الأمر إلى حقيقة أن العينة كانت أصغر إلى حد ما (n=102) بالمقارنة مع حجم العينة (n=120) اللازم للحصول على قوة >0.80. أخيرًا، وفي ظل أنه من الممكن أن تقليل الوقت الذي تكون فيه المقابلات وجهًا لوجه كان من شكاوي الاكتئاب، إلا أنه قد يكون للمدة الأطول (حوالي 10 دقائق) لفترة التقارير، تأثيرًا على النتيجة، لكن وبتقديم التشابه بين المجموعتين وباعتبار تقييمات الـ ESM الاسبوعية والاتصال اللاحق وجهًا لوجه مع الباحثين، ليس هناك احتمالات أن يكون لهذا الأمر تأثيرًا أكبر على النتائج.

لدى استخدام الـ ESM-I في مراكز العناية الصحية، احتمالية وصل الفجوة بين المكاتب العلاجية و حياة المريض اليومية، وذلك عن طريق جلب حياة المريض اليومية إلى مكتب المختص المعالج وخلق فرصة مد وضع العلاج إلى حياة المريض اليومية. يُمكن تحقيق الامر الأخير عن طريق تطبيق الـ ESM-I تفاعلي يقوم على شبكة الانترنت، ويقدم تقريرًا لحظيًا قدم على نماذج ذاتية تم تقييمها مسبقًا عن التأثير والسلوك. قد يؤدي هذا الأمر إلى وجود بصيرة ذاتية تتناسب بصفة شخصية مع الفرد، والتي لا تشجع العلاج الذاتي فقط، بل أيضًا عملية التشخيص وفحص التغيير المبكر في الاستجابة لتغييرات العلاج، أو تعريف نماذج العاطفة الذاتية التي تشير إلى التعافي أو حدوث انتكاسة (53). من الممكن دمج هذا النهج مع علاج سلوكي معرفي (54) وقد يؤدي إلى إمكانية الدخول

methods/ ecological momentary assessment (ESM/EMA) in clinical assessment and clinical research: introduction to the special section. *Psychol Assess* 2009;21:457-62.

14. Thewissen V, Bentall RP, Oorschot M et al. Emotions, self-esteem, and paranoid episodes: an experience sampling study. *Br J Clin Psychol* 2011;50:178-95.
15. Heron KE, Smyth JM. Ecological momentary interventions: incorporating mobile technology into psychosocial and health behaviour treatments. *Br J Health Psychol* 2010;15:1-39.
16. Wichers MC, Barge-Schaapveld DQCM, Nicolson NA et al. Reduced stress-sensitivity or increased reward experience: the psychological mechanism of response to antidepressant medication. *Neuropsychopharmacology* 2009;34:923-31.
17. Wichers M, Peeters F, Geschwind N et al. Unveiling patterns of affective responses in daily life may improve outcome prediction in depression: a momentary assessment study. *J Affect Disord* 2010;124:191-5.
18. Dunn BD. Helping depressed clients reconnect to positive emotion experience: current insights and future directions. *Clin Psychol Psychother* 2012;19:326-40.
19. Garland EL, Fredrickson B, Kring AM et al. Upward spirals of positive emotions counter downward spirals of negativity: insights from the broaden-and-build theory and affective neuroscience on the treatment of emotion dysfunctions and deficits in psychopathology. *Clin Psychol Rev* 2010;30:849-64.
20. Geschwind N, Nicolson NA, Peeters F et al. Early improvement in positive rather than negative emotion predicts remission from depression after pharmacotherapy. *Eur Neuropsychopharmacol* 2011;21:241-7.
21. Dichter GS, Felder JN, Petty C et al. The effects of psychotherapy on neural responses to rewards in major depression. *Biol Psychiatry* 2009;66:886-97.
22. Geschwind N, Peeters F, Drukker M et al. Mindfulness training increases momentary positive emotions and reward experience in adults vulnerable to depression: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2011;79:618-28.
23. Fredrickson BL, Cohn MA, Coffey KA et al. Open hearts build lives: positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *J Pers Soc Psychol* 2008;95:1045.
24. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960;23:56-62.
25. First M, Spitzer R, Gibbon M et al. SCID-I. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I). Washington: American Psychiatric Press, 1996.
26. Rush AJ, Gullion CM, Basco MR et al. The Inventory of Depressive Symptomatology (IDS): psychometric properties. *Psychol Med* 1996;26:477-86.

مشاركاتهم، وأيضاً يقدمون جزيل الشكر إلى كل مراكز الصحة النفسية المشاركة بسبب مساعدتهم في تعيين المرضى. يتقدمون أيضاً بجزيل الشكر إلى كل من بيوكين ودريسين لمساعدتهم الإدارية، وهوون واكيرمانز وديديرن وجيلين وهيندريكس وبولز، وذلك لمساعدتهم في الحصول على البيانات، وقد ساهم الكاتبان الأولين بالتساوي في هذا العمل.

المراجع:

1. World Health Organization. Depression. A global public health concern. Geneva: World Health Organization, 2012.
2. Dimidjian S, Hollon SD, Dobson KS et al. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *J Consult Clin Psychol* 2006;74:658-70.
3. Fuchs CZ, Rehm LP. A self-control behavior therapy program for depression. *J Consult Clin Psychol* 1977;45:206-15.
4. Lewinsohn PM. A behavioral approach to depression, In: Friedman RJ, Katz M (eds). *The psychology of depression: contemporary theory and research*. Oxford: Wiley, 1974:157-78.
5. Koster EHW, De Raedt R, Leyman L et al. Mood-congruent attention and memory bias in dysphoria: exploring the coherence among information-processing biases. *Behav Res Ther* 2010;48:219-25.
6. Myin-Germeys I, Birchwood M, Kwapil T. From environment to therapy in psychosis: a real-world momentary assessment approach. *Schizophr Bull* 2011;37:244-7.
7. Csikszentmihalyi M, Larson R. Validity and reliability of the experience-sampling method. *J Nerv Ment Dis* 1987;175:526-36.
8. aan het Rot M, Hogenelst K, Schoevers RA. Mood disorders in everyday life: a systematic review of experience sampling and ecological momentary assessment studies. *Clin Psychol Rev* 2012;32:510-23.
9. Myin-Germeys I, Oorschot M, Collip D et al. Experience sampling research in psychopathology: opening the black box of daily life. *Psychol Med* 2009;39:1533-47.
10. Wichers M, Hartmann JA, Kramer IMA et al. Translating assessments of the film of daily life into person-tailored feedback interventions in depression. *Acta Psychiatr Scand* 2011;123:402-3.
11. Wichers M, Simons CJP, Kramer IMA et al. Momentary assessment technology as a tool to help patients with depression help themselves. *Acta Psychiatr Scand* 2011;124:262-72.
12. Trull TJ, Ebner-Priemer U. Ambulatory assessment. *Annu Rev Clin Psychol* 2013;9:151-76.
13. Trull TJ, Ebner-Priemer UW. Using experience sampling

42. Miklowitz DJ, Price J, Holmes EA et al. Facilitated integrated mood management for adults with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2012;14:185-97.
43. Depp CA, Mausbach B, Granholm E et al. Mobile interventions for severe mental illness: design and preliminary data from three approaches. *J Nerv Ment Dis* 2010;198:715-21.
44. Sorbi MJ, Mak SB, Houtveen JH et al. Mobile web-based monitoring and coaching: feasibility in chronic migraine. *J Med Internet Res* 2007;9.
45. Zimmerman M, Martinez JH, Friedman M et al. How can we use depression severity to guide treatment selection when measures of depression categorize patients differently? *J Clin Psychiatry* 2012;73:1287-91.
46. American Psychiatric Association Task Force for the Handbook of Psychiatric Measures. Handbook of psychiatric measures. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
47. Cuijpers P, de Graaf R, van Dorsselaer S. Minor depression: risk profiles, functional disability, health care use and risk of developing major depression. *J Affect Disord* 2004;79:71-9.
48. Judd LL, Akiskal HS, Maser JD et al. Major depressive disorder: a prospective study of residual subthreshold depressive symptoms as predictor of rapid relapse. *J Affect Disord* 1998; 50:97-108.
49. Rush A, Trivedi M, Wisniewski S et al. Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR* D report. *Am J Psychiatry* 2006;163:1905-17.
50. Cuijpers P, Vogelzangs N, Twisk J et al. Differential mortality rates in major and subthreshold depression: meta-analysis of studies that measured both. *Br J Psychiatry* 2013;202:22-7.
51. Cuijpers P, Smit F, Van Straten A. Psychological treatments of subthreshold depression: a meta-analytic review. *Acta Psychiatr Scand* 2007;115:434-41.
52. Ormel J, Petukhova M, Chatterji S et al. Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world. *Br J Psychiatry* 2008;192:368-75.
53. 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.
54. Kelly J, Gooding P, Pratt D et al. Intelligent real-time therapy: harnessing the power of machine learning to optimise the delivery of momentary cognitive-behavioural interventions. *J Ment Health* 2012;21:404-14.
27. Delespaul P. Assessing schizophrenia in daily life: the experience sampling method. Maastricht: University of Limburg, 1995.
28. Wichers M, Myin-Germeys I, Jacobs N et al. Genetic risk of depression and stress-induced negative affect in daily life. *Br J Psychiatry* 2007;218-23.
29. Myin-Germeys I, van Os J, Schwartz JE et al. Emotional reactivity to daily life stress in psychosis. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:1137-44.
30. StataCorp. Stata Statistical Software: Release 12. College Station: Statacorp LP, 2011.
31. Hegerl U, Mergl R. The clinical significance of antidepressant treatment effects cannot be derived from placebo-verum response differences. *J Psychopharmacol* 2010;24:445-8.
32. NICE. Depression: management of depression in primary and secondary care. Clinical practice guideline no. 23. London: National Institute for Clinical Excellence, 2004.
33. Barge-Schaapveld DQ, Nicolson NA. Effects of antidepressant treatment on the quality of daily life: an experience sampling study. *J Clin Psychiatry* 2002;63:477-85.
34. Palmier-Claus J. The clinical uses of momentary assessment. *Acta Psychiatr Scand* 2011;124:241-2.
35. Ebner-Priemer UW, Trull TJ. Ecological momentary assessment of mood disorders and mood dysregulation. *Psychol Assess* 2009; 21:463-75.
36. Telford C, McCarthy-Jones S, Corcoran R et al. Experience sampling methodology studies of depression: the state of the art. *Psychol Med* 2011;42:1119-29.
37. Hareva DH, Okada H, Kitawaki T et al. Supportive intervention using a mobile phone in behavior modification. *Acta Med Okayama* 2009;63:113-20.
38. Tryon WW, Tryon GS, Kazlauskas T et al. Reducing hyperactivity with a feedback actigraph: initial findings. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2006;11:607-17.
39. Newman MG, Kenardy J, Herman S et al. Comparison of palmtop-computer-assisted brief cognitive-behavioral treatment to cognitive-behavioral treatment for panic disorder. *J Consult Clin Psychol* 1997;65:178-83.
40. Litt MD, Kadden RM, Kabela-Cormier E. Individualized assessment and treatment program for alcohol dependence: results of an initial study to train coping skills. *Addiction* 2009;104:1837-8.
41. Granholm E, Ben-Zeev D, Link PC et al. Mobile Assessment and Treatment for Schizophrenia (MATS): a pilot trial of an interactive text-messaging intervention for medication adherence, socialization, and auditory hallucinations. *Schizophr Bull* 2012;38:414-25.

DOI 10.1002/wps.20090

مجموعة جديدة من المراهقين أمام خطر «غير مرئي» للإصابة بمرضية نفسية وسلوكيات أنتحارية: أكتشافات من دراسة الـ SEYLE

VLADIMIR CARLI¹, CHRISTINA W. HOVEN^{2,3}, CAMILLA WASSERMAN^{2,4}, FLAMINIA CHIESA¹, GUIA GUFFANTI², MARCO SARCHIAPONE⁴, ALAN APTER⁵, JUDIT BALAZS⁶, ROMUALD BRUNNER⁷, PAUL CORCORAN⁸, DOINA COSMAN⁹, CHRISTIAN HARING¹⁰, MIRIAM IOSUE⁴, MICHAEL KAESSE⁷, JEAN PIERRE KAHN¹¹, HELEN KEELEY¹², VITA POSTUVAN¹³, PILAR SAIZ¹⁴, AIRI VARNIK¹⁵, DANUTA WASSERMAN¹

¹National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health (NASP), Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden; ²Department of Child and Adolescent Psychiatry, Columbia University – New York State Psychiatric Institute, New York, NY, USA; ³Department of Epidemiology, Mailman School of Public Health, Columbia University, New York, NY, USA; ⁴Department of Health Sciences, University of Molise, Campobasso, Italy; ⁵Schneider's Children's Medical Center of Israel, University of Tel Aviv, Israel; ⁶Institute of Psychology, Eötvös Loránd University, Budapest, Hungary; ⁷Department of Child and Adolescent Psychiatry, Center for Psychosocial Medicine, University of Heidelberg, Germany; ⁸National Suicide Research Foundation (NSRF), Cork, Ireland; ⁹Clinical Psychology Department, Iuliu Hatieganu University of Medicine and Pharmacy, Cluj-Napoca, Romania; ¹⁰Research Division for Mental Health, University for Medical Information Technology (UMIT), Hall in Tirol, Austria; ¹¹Department of Psychiatry and Clinical Psychology, CHU de Nancy, Hôpitaux de Brabois, Vandoeuvre les Nancy, France; ¹²Health Service Executive South, Cork, Ireland; ¹³Slovene Center for Suicide Research, Andrej Marusic Institute, University of Primorska, Koper, Slovenia; ¹⁴Department of Psychiatry, University of Oviedo, CIBERSAM School of Medicine, Oviedo, Spain; ¹⁵Estonian-Swedish Mental Health and Suicideology Institute, University of Tallinn, Estonia

قامت هذه الدراسة على أنتشار السلوكيات الخطرة (الإفراط في تعاطي الكحوليات والاستخدام الغير قانوني للمخدرات وشراهة التدخين وقلة النوم والسمنة والنحافة وسلوكيات عدم الحركة والإفراط في استخدام شبكة الإنترنت أو التلفاز أو ألعاب الفيديو لأسباب لا ترتبط بالدراسة أو العمل وأيضاً التهرب من الواجبات) وارتباطها بالأمراض النفسية وبسلوكيات التدمير الذاتي، وذلك في عينة مكونة من 12,395 مراهقاً تم تعيينهم من مدارس مختارة بصورة عشوائية في 11 دولة أوروبية. وقد قامت تحاليل خافية في الفصول بتعريف ثلاثة مجموعات من المراهقين، وهم مجموعة أمام خطر منخفض (57.8%)، وتشمل هذه التلاميذ ذي تواتر منخفض أو منخفض جداً من السلوكيات الخطرة، ومجموعة أمام خطر عالي (13.2%)، وتشمل هذه التلاميذ الذين حققوا نسباً عالية في كل السلوكيات الخطرة، وتشمل المجموعة الثالثة (خطر «غير مرئي»، 29%) التلاميذ الذين يفرطون في استخدام الإنترنت أو التلفاز أو ألعاب الفيديو لأسباب لا ترتبط بالدراسة أو العمل، وأيضاً سلوكيات عدم الحركة وقلة النوم. لدى التلاميذ الذين ينتمون إلى مجموعة الخطر «الغير مرئي» - بالمقارنة مع المجموعة أمام خطر عالي - نسبة أنتشار مماثلة لأفكار الانتحار (42.2% بالمقابل مع 44%) والقلق (8% بالمقابل مع 9.2%) واكتئاب دون العتبة (33.2% بالمقابل مع 34%) والاكتئاب (13.4% بالمقابل مع 14.7%). وقد كانت نسبة أنتشار محاولات الانتحار في مجموعة الخطر «الغير مرئي» 5.9% و 10.1% في المجموعة أمام خطر عالي، و 1.7% في المجموعة أمام خطر منخفض. وقد زادت نسب أنتشار كل سلوكيات الخطر مع الفئة العمرية، وكان أغلبها أكثر تواتراً بين الذكور، أما الإناث فقد كن أكثر احتمالاً لأن يختبرن اعراض نفسية داخلية (عاطفية). قد تمثل مجموعة الخطر «الغير مرئي» هدفاً لتدخلات جديدة وهامة، وذلك لتقليل الأمراض النفسية وغيرها من النتائج الشديدة لدى المراهقين، والتي تشمل سلوكيات الانتحار.

كلمات مفتاحية: سلوكيات الخطر، المراهقين، استهلاك وسائل الإعلام، سلوكيات سلوكيات عدم الحركة، قلة النوم، اعراض نفسية، سلوكيات انتحار، SEYLE.

(عالم الطب النفسي 2014: 86-78.13)

غالباً ما تتزامن في ذات الفرد (25). لكن لا يتم تجميع المعلومات المماثلة بصورة منهجية وهي أيضاً ليست متاحة لمناطق أخرى في العالم، والتي منها أوروبا.

يقدم مشروع دراسة المدارس الأوروبية فيما يخص الكحوليات والمخدرات (ESPAD، 26) ومركز المراقبة الأوروبي للعقاقير وإدمانها (27)، يقدمان وبصورة منتظمة للدول الأعضاء في الاتحاد الأوروبي، رؤية شاملة عن مشكلات الكحوليات والعقاقير في القارة بأكملها، إلا أن هذه المشروعات تركز بصورة أولية على سوء استخدام العقاقير، مع القليل من الاهتمام بسلوكيات الخطر الأخرى وجودة الحياة، وبالتالي فهناك في أوروبا احتياج إلى الدراسات التي تقدم صورة شاملة عن سلوكيات الخطر لدى المراهقين (25). هناك أيضاً دليل حديث على وجود رابط لدى المراهقين بين الحالة الصحية النفسية وسلوكيات الخطر وجودة الحياة (28-32)، لكن لم يتم حتى يومنا هذا دراسة شاملة تقوم على كل دول العالم لاختبار العلاقة بين سلوكيات الخطر وجودة الحياة والاعراض النفسية لدى المراهقين الأوروبيين.

لقد تم تطوير مشروع الحفاظ على أرواح الصغار وتمكينهم في أوروبا (33) (SEYLE)، وذلك من جانب اتحاد اثني عشر دولة أوروبية (السويد والنمسا وأستونيا وفرنسا وألمانيا والمجر وإيرلندا وإسرائيل وإيطاليا ورومانيا وسلوفينيا وإسبانيا)، وتم أيضاً تدعيمهم مالياً من

إن السلوكيات التي تتسم بالخطر (1،2) واعراض الاكتئاب (3،4) بين الشباب بمثابة قضية كبيرة في مجال صحة العامة؛ فيقوم المراهقون بتشكيل نماذج سلوكية والقيام بالكثير من اختيارات نظم للحياة بإمكانها أن تؤثر على حالتهم الصحية الحالية والمستقبلية، وأيضاً على جودة حياتهم (5-8). لقد ظهر أن لدى البعض من هذه الاختيارات ارتباطاً قوياً باضطرابات نفسية لدى البالغين (9،10)، وفي ظل أهمية هذه الفترة الانتقالية والاحتياج الشديد إلى جهود وقائية مستهدفة، من الضروري جداً جمع معلومات بخصوص أنتشار السلوكيات الصحية والسلوكيات الخطرة والاعراض النفسية، وأن تكون هذه المعلومات تقوم على منهجية قوية (6، 11-14).

يقوم مركز نظام مراقبة السلوكيات الخطرة لدى الشباب (YRBSS) في الولايات المتحدة بجمع معلومات تفصيلية عن سلوكيات الخطر لدى المراهقين، وذلك بصورة منتظمة ولغرض المساعدة في تشكيل الأسس وتعريف المناطق التي تحتاج إلى المزيد من البحث. تدل المعلومات التي تأتي من الـ YRBSS أن العديد من التلاميذ يدخلون في سلوكيات تضعهم أمام خطر الأسباب الرئيسية للأمراض والوفاة (15،16)، وتشمل هذه التبع والكحوليات وتعاطي المخدرات (17-19) والنحافة (20) والسمنة (21) و سلوكيات عدم الحركة (22) ونماذج غير صحية للنوم (23) والتهرب من المدرسة (24). وأن الكثير من هذه السلوكيات والحالات

جانب الاتحاد الأوروبي (اتفاقية المنحة 2009-HEALTH-F2-22309). وقد كان واحد من أهداف الـ SEYLE هو تجميع معلومات عن صحة وجودة حياة المراهقين الأوروبيين. ونحن نقوم هنا بتقديم تقرير عن الاكتشافات الوبائية الأساسية حول استخدام الكحوليات وعدم استخدام القانوني للعقاقير وأيضاً التدخين وسلوكيات النوم والتغذية والنشاط الجسدي والسعي وراء المشاعر، وتشمل هذه أيضاً ارتباطها بسلوكيات التدمير الذاتي والاعراض النفسية. ومن الافتراضات التي تم اختبارها هي أن أنتشار هذه السلوكيات يختلف بحسب الفئة العمرية والنوع، وأن السلوكيات تجتمع في مجموعات فرعية قابلة للتعريف تضم المراهقين الذين يصلحون للتدخلات المستهدفة.

الوسائل

لقد تم تعيين تلاميذ من المدارس الثانوية (N=12,395: متوسط العمر 14.91+0.90، 83.090 فُقدوا؛ ذكور/إناث: 67.6799/5.529 فُقدوا) في مدارس تم اختيارها بصورة عشوائية (n=179) في إحدى عشر دولة أوروبية. وقد تم عمل قائمة بكل المدارس المؤهلة في كل واحدة من الدول التي تمثل موقعاً للدراسة، وذلك بحسب معايير معينة للاشماتال والاستبعاد (33). تم أيضاً الحصول على موافقة أخلاقية من جانب كل لجنة أخلاقيات محلية. وقمنا قبل ذلك بتحليل البيانات التي تخص مواقع الدراسة وتمثيل العينة ومعدلات الموافقة/المشاركين من المدارس والتلاميذ، مما يبين أن كل موقع للدراسة بمثابة تمثيلاً للدولة المختصة، وأن الصلاحية الخارجية للعينة مرتفعة (34).

تم توجيه استبيان ذاتي التقرير للمراهقين في المدارس المشاركة، وغطى هذا الاستبيان بنود اجتماعية ديمغرافية، مثل النوع والفئة العمرية والدولة التي نشأ فيها المراهق وأبويه وحالتهم المهنية وانتماءاتهم الدينية. ثم بعد ذلك تقييم سلوكيات الخطر عن طريق الدراسة الدولية لصحة طلاب المدارس (GSHS,35) والتي هي النسخة الدولية لاستبيان دراسة سلوكيات الخطر لدى الشباب (36). وتم أيضاً تقييم الاعراض النفسية باستخدام قائمة جرد الاكتئاب التابعة لبيك (BDI-II,37) ومقياس القلق الذاتي التقييمي التابع لزونج (Z-SAS,38) واستبيان القوة والصعوبة (SDQ,39) ومقياس الانتحار التابع لبايكل (PSS,40) وقائمة جرد الأذى الذاتي المتعمد (DSHI,41). وكان يُستخدم النسخة الأصلية المترجمة والمثبتة لهذه الأدوات عند اللزوم، وإذا لم تكن الأدوات متوفرة في لغة معينة، كانت تُترجم (وتُترجم عكسياً) وتُكيّف لغوياً. تم أيضاً تقييم المصادقية الداخلية لكل الأدوات، وذلك بواسطة ألفا كرونباخ، والتي كانت فائقة أو فائقة جداً لهذه الأدوات (34). وكانت تُدار كل أدوات التقييم أثناء حصة واحدة في فصل ما.

الجدول رقم 1: نسب أنتشار السلوكيات الخطر في عينات المراهقين

كل المجموعات العمرية (n=12,328)	16 سنة وأكثر (n=2,955)		15 سنة (n=5,250)		14 سنة وأقل (n=4,007)	
	الذكور (n=5,529)	الإناث (n=6,799)	الذكور (n=1,490)	الإناث (n=1,456)	الذكور (n=2,183)	الإناث (n=2,167)
فرط الكحوليات	10.9	6.0	17.7	10.2	10.0	4.1
مخدرات غير قانونية	5.7	3.6	8.6	7.8	5.8	2.0
شراهة التدخين	12.4	9.2	25.0	16.7	10.5	6.1
قلة النوم	13.1	17.4	19.9	21.4	11.4	14.6
سمنة	5.4	2.0	6.1	2.3	5.4	2.5
نحافة	3.5	2.8	4.1	3.4	3.6	2.8
سلوكيات عدم الحركة	13.6	22.6	17.7	29.3	14.2	16.8
فرط في استخدام وسائل الإعلام	11.7	8.8	14.1	11.3	10.6	7.2
التهرب من الواجبات	5.1	2.6	9.3	4.5	4.2	1.9

× اختلاف كبير بين الذكور والإناث من نفس الفئة العمرية (p > 0.05)، ×× اختلاف كبير بين الفئات العمرية في كلا النوعين (p > 0.05)

لقد تم تسجيل بنود الـ GSHS لتعريف تسعة من سلوكيات الخطر، وهم فرط في استخدام الكحوليات (الشرب مرتين على الأقل في الأسبوع) واستخدام غير قانوني للمخدرات (استخدام المخدرات الغير قانونية على الأقل ثلاثة مرات على مدار الحياة) شراهة التدخين (التدخين أكثر من 5 سجائر في اليوم الواحد) وقلة النوم (على الأقل ستة ساعات أو أقل في الليل) والسمنة (مؤشر كتلة الجسم (IBM) أعلى من النسبة الـ 95 من العمر (42))، و سلوكيات عدم الحركة (ممارسة نشاط جسدي أقل من مرة في الأسبوع) ونسبة استخدام عالي لوسائل الإعلام (استخدام الأنترنت والتلفاز والعباب الفيديو لأسباب لا تتعلق بالمدسة أو العمل لخمسة ساعات أو أكثر في اليوم الواحد) والتهرب من المدرسة (التغيب عن المدرسة على الأقل مرة في الأسبوع وبلا أذار منطقية أو مرضية). وقد تم عمل اختلافات ثنائية التفرع لكل سلوك من سلوكيات الخطر.

لقد تم أيضاً تشفير اعراض الامراض النفسية، وذلك لتقسيم التلاميذ إلى فئات ثنائية التفرع، أي اكتئاب دون العتبة (BDI-II) المجموع < 20 وبالإيجاب عند البنود التي تقيم مجموع اعراض الاكتئاب، أي الحزن وفقدان المتعة (43)) والاكتئاب (BDI-II) المجموع > 20 والقلق (Z-SAS) المجموع > 60 وقلق دون العتبة (Z-SAS) المجموع ما بين 45 و59 (43)) واعراض عاطفية (SDQ) مقياس جانبي > 7، ومشكلات سلوكية (SDQ) مقياس جانبي > 7 ومشكلات بين الأقران (SDQ) مقياس جانبي < 4 وأذى ذاتي غير انتحاري (DSHI) المجموع > 3، وأفكار انتحار (إيجابي عند بند PSS واحد على الاقل) ومحاولات انتحار (تاريخ مرضي به محاولات انتحار). وقد قامت كل وسائل قياس الأمراض النفسية - فيما عدا محاولات الانتحار على مدار الحياة - على فترة الأسبوعين السابقين، وتم بعد ذلك تقسيم كل المقاييس التي تخص سلوكيات الانتحار والأمراض النفسية، بحسب النوع والفئة العمرية. وبحسب العينة التي تم تعيينها، تم تعريف ثلاثة مجموعات عمرية، وهم 14 سنة أو أقل (n= 4,007) و15 سنة (n= 5,350) و16 سنة أو أكثر (n= 2,955).

قمنا باستخدام اختبار خي مربع للاستقلالية، وذلك لتعريف وبصورة إحصائية الاختلافات بين النوع ومجموعات الفئة العمرية، وذلك للاجتماعية الديمغرافية وسلوكيات الخطر والأمراض النفسية. لقد تم تطبيق تحاليل الفصول الكامنة (LCA) بدون أي افتراضات بديهية عن طبيعة التقسيم الكامن، وبالتالي فهو يُعرّف ويصنف مجموعات التلاميذ ذي ملف سلوكيات خطر متشابهة. ولكي نحسب تأثير الفئة العمرية على سلوكيات الخطر المتعددة، تم استخدام اختبار الانحدار اللوجستي الكامن للفصل (LCLR) باعتبار الفئة العمرية كعامل متغير (44). وقد كان نموذج الـ LCLR مناسباً، بدايةً بنموذج فصلين، وصولاً إلى أربعة فصول، وكان يتم مقارنة معايير معلومات النظرية الافتراضية

النوم بالأمر المتكرر بين الإناث والتلاميذ الكبار. وقد أقر أكثر من أربعين بالمائة (41,8%) بأنهم يحصلوا على أقل من 8 ساعات نوم في اليوم، بينما أقر أكثر قليلاً من الربع (34,2%) بأنهم يستيقظون كثيراً أثناء النوم أو أنهم يشعرون بالإرهاق كثيراً في أوقات الصباح، وهو الأمر الأكثر شيوعاً بين الإناث (37,1% بالمقابل مع 31,7%، $p > 0.05$)، وقد أقر حوالي خمسة وعشرين بالمائة من المراهقين (25,4%) بأن لديهم عادة القيلولة في وقت الظهيرة، وتزداد نسبة الانتشار إحصائياً بين الفتيات أكثر من الذكور (27,8% بالمقابل مع 23,4%، $p > 0.05$).

لقد كان لدى أكثر من ثلاثة بالمائة (3,5%) من التلاميذ BMI يزيد عن الخمسة وتسعين بالمائة من العمر (42)، مع أنتشار معدلات السمنة بصورة أكبر بين الذكور، وتزداد مع كبر السن. أيضاً لدى ثلاثة بالمائة (3,1%) من المراهقين BMI أقل من الخمسة بالمائة من العمر (42)، وذلك بلا اختلافات بين النوع أو الفئة العمرية. لم يأخذ أكثر من ربع (26,5%) العينة وجبة الإفطار بصفة مستمرة، وهو السلوك الذي ينتشر بصورة كبيرة بين الإناث أكثر من الذكور (30,8% بالمقابل مع 21,2%، $p > 0.05$). وقد أقر ستة بالمائة (6,1%) بأنهم لا يأكلوا أبداً الخضروات أو الفواكه، بينما أقر 62,5% بأنهم يأكلون الخضروات والفواكه على الأقل مرة في اليوم الواحد. أقر أيضاً أقل من عشرين بالمائة (18,5%) بأنهم يمارسون أنشطة جسدية أقل من مرة في الأسبوع، وقد كانت سلوكيات عدم الحركة أكثر شيوعاً لدى الإناث، وكانت تزداد مع السن. وقد أقر أكثر من أربعين بالمائة (68,8%) من المراهقين بأنهم يمارسون الرياضة بنسب ثابتة، مع اختلافات كبيرة بين النوعين (77,3% ذكور بالمقابل مع 61,8% إناث، $p > 0.05$).

لقد أقر حوالي عشرة بالمائة من المراهقين (10,1%) بأنهم يقضون على الأقل خمسة ساعات في اليوم الواحد يشاهدون التلفاز أو يلعبون ألعاب الفيديو أو يتصفحون شبكة الأنترنت لأسباب لا تتعلق بالمدرسة أو العمل، وقد كانت هذه النسبة عالية بين الذكور، وتنخفض مع السن. أيضاً، أقر حوالي خمسة وسبعون بالمائة (74,5%) من المراهقين بأنهم يستخدمون حواسيبهم الخاصة لتصفح الأنترنت، بينما أقر 2,5% من العينة بأنهم لم يستخدموا شبكة الأنترنت أبداً.

لقد أقر أقل من أربعة بالمائة (3,8%) من المراهقين بأنهم يتغيبون عن المدرسة بصورة متكررة وبدون أخذ إذن مسبق، وكان هذا السلوك أكثر تواتراً بين التلاميذ الأكبر سناً وأيضاً بين الذكور. لقد أقر عشرة بالمائة (10,4%) بأنهم دخلوا في معارك جسدية على مدار الاثني عشر شهراً

(BIC) بين النماذج؛ وكان يُستخدم أقل BIC لتعريف أكثر النماذج قلة وأكثر تناسباً. لقد تم تطبيق الـ LCLR على سلوكيات الخطر التسعة، وذلك في عينة فرعية مكونة من 9,035 تلميذاً، وبلا أي معلومات مفقودة عن سلوكيات الخطر. تم أيضاً استخدام اختبار خي مربع لتعريف الاختلافات الكبيرة في الاختلافات الاجتماعية الديمغرافية والأمراض النفسية بين فصول الخطر الكامنة المختلفة، التي قام الـ LCA بتعريفها.

لقد تم تطوير نموذج انحدار لوجيستي متعدد المتغيرات والحدود، وذلك لوصف العلاقة بين الانضمام إلى فصل كامن، اختيار كمتغير مستقل، ومستويات الأمراض النفسية.

كانت تُعتبر القيمة الحرجة التي تصل إلى $p > 0.05$ بأنها هامة من الناحية الإحصائية، وكانت كل التحاليل الإحصائية تتم على الـ STATA9.0 على الويندوز، وذلك لكل التحاليل.

النتائج سلوكيات الخطر

تجد تقريراً عن نسب أنتشار سلوكيات الخطر التسعة المعروفة، في الجدول رقم 1.

تم التقرير عن أقل من عشرة بالمائة (8,2%) من المراهقين يتعاطون الكحوليات مرتين في الأسبوع على الأقل. ويتعاطى أكثر من ربع (35,9%) الأفراد الذين أقروا بأنهم يحتسون الخمر، ثلاثة مرات على الأقل في مناسبة واحدة، و14,2% أقروا بأنهم اختبروا «الثلث»، بينما أقر 7,7% بأنهم اختبروا الدوار من أثر الخمر. لقد كانت نسب تعاطي الخمر عالية بين الذكور وكانت تقل بصورة كبيرة مع الفئة العمرية.

لقد أقر أقل من خمسة بالمائة (4,5%) من كل العينة بأنهم قد تعاطوا المخدرات الغير قانونية ثلاثة مرات أو أكثر على مدار حياتهم. وقد كانت نسبة تعاطي المخدرات أعلى بين الذكور، بل وزادت مع زيادة الفئة العمرية. وقد أقر أكثر من عشرة بالمائة (10,7%) من العينة بأنهم يدخنوا على الأقل خمسة سجاير في اليوم الواحد، بينما أقر أكثر من خمسة وأربعون بالمائة (45,8%) بأنهم دخنوا سجاير على الأقل مرة واحدة في حياتهم. وأقر أكثر قليلاً من عشرة بالمائة (10,3%) من العينة بأنهم بدأوا التدخين عندما كانوا في الحادية عشر من عمرهم أو أصغر.

لقد أقر أكثر من خمسة عشر بالمائة (15,5%) من المراهقين بأنهم يحصلون على ستة ساعات من النوم أو أقل في اليوم الواحد؛ فقد كانت قلة

الجدول رقم 2: نسب أنتشار الاعراض النفسية في عينة المراهقين

كل المجموعات العمرية (n=12,328)	16 سنة وأكثر (n=2,955)			15 سنة (n=5,350)			14 سنة وأقل (n=4,007)		
	الذكور (n=5,529)	الإناث (n=6,799)	كلا النوعين	الذكور (n=1,490)	الإناث (n=1,456)	كلا النوعين	الذكور (n=2,183)	الإناث (n=2,167)	كلا النوعين
اكتئاب دون العتبة	25.8	34.2	31.0	27.1	35.0	31.1	24.8	32.0	29.1
اكتئاب	4.9	10.6	10.0	7.4	12.8	8.0	4.2	9.2	6.7
قلق دون العتبة	15.8	29.5	25.3	19.7	31.1	24.2	14.7	26.6	20.8
قلق	2.3	6.6	6.0	3.2	8.8	5.1	2.4	4.6	3.2
اعراض عاطفية	3.0	11.2	8.9	4.3	13.6	7.4	2.3	9.9	6.7
مشكلات في العلاقات	12.5	8.4	12.7	16.1	9.3	9.8	11.4	7.5	9.0
فرط النشاط	9.6	9.2	9.6	9.6	9.8	8.8	8.6	9.1	9.9
مشكلات مع الأقران	4.4	2.9	5.1	7.0	3.3	3.1	3.7	2.7	2.9
غياب السلوكيات الاجتماعية	10.6	3.9	8.7	12.7	4.7	6.5	9.9	3.1	6.0
إصابات ذاتية غير انتحارية	7.9	10.2	11.0	9.7	12.2	8.3	7.6	10.7	8.9
أفكار انتحارية	24.5	38.7	36.2	30.1	42.5	32.8	23.5	35.4	28.9
محاولات انتحار	3.0	5.1	5.8	4.1	7.5	3.9	2.8	4.2	3.3

× اختلاف كبير بين الذكور والإناث من نفس الفئة العمرية ($p > 0.05$)، ×× اختلاف كبير بين الفئات العمرية في كلا النوعين ($p > 0.05$)

لقد ظهرت نسب أفكار الانتحار في حوالي ربع العينة (32,3%)، وتزداد النسبة بين التلاميذ الكبار وأيضاً بين الإناث (38,7% بالمقابل مع 24,5%، $p > 0.05$). وقد أقر أكثر من أربعة بالمائة من العينة (4,2%) بمحاولات انتحار على مدار حياتهم، وكانت النسبة أعلى بين الإناث (5,1% بالمقابل مع 3,0%، $p > 0.05$). وقد ازدادت نسبة تواتر محاولات الانتحار لكل النوعين مع السن.

الفئات التي تم تعريفها بواسطة الـ LCA ورباطها

لقد تناسبت نماذج الـ LCLR مع سلوكيات الخطر التسعة التي قدمناها فيما سبق، ويتناسب نموذج الثلاثة فصول بصورة أفضل مع البيانات. تقدم الصورة رقم 1 نماذج ملفات احتماليات الاستجابة لكل واحد من الثلاثة فصول. لقد أشتمل الفصل الأول ("نسبة خطر منخفضة")، والذي يتضمن 57,8% من العينة، على الطلاب ذي تواتر منخفض أو حتى منعدم من سلوكيات الخطر. وتشمل المجموعة الثانية ("نسبة خطر عالية")، التي تتضمن 13,2% من العينة (ذكور/إناث= 562/622)، التلاميذ الذين حققوا درجات عالية في كل سلوكيات الخطر، أما المجموعة الثالثة، والتي تتضمن 29% من العينة (ذكور/إناث= 1.109/687)، فقد اشتملت على التلاميذ الذين كان تقييمهم بالإيجاب فيما يخص زيادة نسبة استخدام وسائل الإعلام و سلوكيات عدم الحركة وقلة النوم. تم تسمية هذا الفصل «الخطر الغير مرئي»، وذلك لأن هذه السلوكيات بصفة عامة غير واضحة أو لا تثير انتباه الملاحظين - الذين منهم الآباء والمعلمين - لكونها ترتبط بمشكلات في الصحة النفسية.

يوضح الجدول رقم 3 العلاقة بين الفصول التي تم تعريفها عن طريق الـ LCA والاختلافات الاجتماعية الديمغرافية. لقد كانت نسبة التلاميذ الذين لم يولدوا في الدولة التي هي موقع الدراسة، أعلى في مجموعة نسب الخطر العالية، بالمقارنة مع كلاً من مجموعتي الخطر الغير مرئي والخطر المنخفض (10,0% بالمقابل مع 6,9% و 4,8%، $p > 0.05$). لقد تم ملاحظة نموذج متشابه للتلاميذ الذين لم يولد والديهم في الدول التي تمثل موقع الدراسة، فوجود عضو في الأسرة قد فقد عمله أثناء العام السابق، كان بالأمر المتكرر في مجموعات الخطر المتزايد أو الخطر الغير مرئي، وذلك أكثر من مجموعات الخطر المنخفض (11,6% و 12,1% بالمقابل مع 8,3%، $p > 0.05$). أما العيش مع أب أو أم أعزب بالأمر المتكرر في مجموعة الخطر المتزايد، وذلك أكثر من مجموعة الخطر الغير مرئي (31,1% بالمقابل مع 23,6%، $p > 0.05$).

وكما يظهر في الجدول رقم 4، إن أنتشار نسب اعراض الاكتئاب

السابقة، وأقر نصفهم (45,2%) تقريباً بأنهم بدأوا المعركة. لقد أقر أيضاً حوالي سدس (16,9%) التلاميذ بأنهم كانوا ركاباً مع سائقين يحتسون الخمر. وقد أقر أيضاً عشرة بالمائة من المراهقين في سن الأربعة عشر و19% من هؤلاء في سن الخامسة عشر و42,9% من البالغين ستة عشر سنة، بأنهم قد مارسوا الجنس، وقد كانت نسبة الانتشار مرتفعة بين الذكور من كل مجموعة، وقد أدلى أقل من أربعة بالمائة (3,3%) من الافراد الذين في علاقات جنسية بأنهم لم يستخدموا الواقي الذكري أبداً أو نادراً ما فعلوا ذلك، ولم يكن هناك اختلافات من حيث الفئة العمرية.

الاعراض النفسية

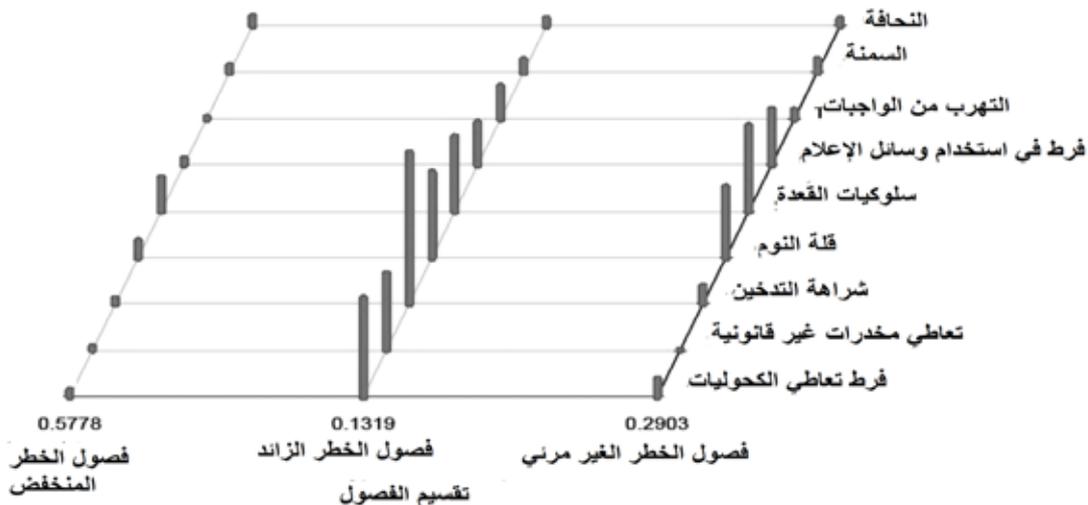
تجد تقريراً عن نسب أنتشار الاعراض النفسية في الجدول رقم 2. لقد أختبر حوالي ربع التلاميذ (30,4%) اكتئاب دون العتبة، وكانت نسب الانتشار بين الإناث أعلى من تلك بين الذكور (34,2% بالمقابل مع 25,8%، $p > 0.05$). تم أيضاً تصنيف حوالي ثمانية بالمائة (8,1%) من العينة بكونهم يعانون من اكتئاب، مع نسبة أنتشار أعلى بين الإناث (10,6% بالمقابل مع 4,9%، $p > 0.05$)، وقد زادت نسبة أنتشار اعراض الاكتئاب مع السن.

لقد أختبر أكثر من عشرين بالمائة (23,3%) من التلاميذ قلق دون العتبة، وتزيد نسبة الانتشار مع السن، وتكون عالية بصفة خاصة بين الإناث (29,5% بالمقابل مع 15,8%، $p > 0.05$). لقد أقر حوالي خمسة بالمائة (4,7%) من التلاميذ أنهم يعانون من حالات قلق شديدة أو بالغة، وتزيد نسبة الانتشار مع السن وتنتشر أكثر بين الإناث (66% بالمقابل مع 2,3%، $p > 0.05$).

هناك تقارير تقول بأن الاعراض العاطفية تغطي حوالي 7,5% من العينة، وتزداد نسب أنتشارها مع السن وتنتشر أكثر بين الإناث (11,2% بالمقابل مع 3,0%، $p > 0.05$).

وقد كانت نسب حدوث مشكلات الاتصال في العينة هي 10,3%، وتزيد نسب أنتشارها مع السن وتنتشر أكثر بين الذكور (12,5% بالمقابل مع 8,4%، $p > 0.05$). كان أيضاً نسبة وجود اعراض فرط النشاط هي 9,4% من التلاميذ ولم تختلف بصورة كبيرة بحسب النوع.

لقد أختبر أكثر من ثلاثة بالمائة (3,6%) من العينة مشكلات مع الاقران، وكانت تزيد نسبة الانتشار مع السن وكانت أعلى بين الذكور (4,4% بالمقابل مع 2,9%، $p > 0.05$), بينما أقر سبعة بالمائة من العينة بغياب السلوكيات الاجتماعية، وكانت تزداد النسبة مع السن وكانت أعلى بصورة كبيرة بين الذكور (10,6% بالمقابل مع 3,9%، $p > 0.05$).



مجموعتي الخطر الزائد والخطر الغير مرئي بشكل كبير عن مجموعة الخطر المنخفض (p > 0.05)، ×××تختلف مجموعتي الخطر المنخفض والخطر الغير مرئي بشكل كبير عن مجموعة الخطر الزائد (p > 0.05)

الجدول رقم 5: نتائج التراجع اللوجستي المتعدد المتغيرات والمتعدد الحدود لاختلافات الفصول الكامنة حسب النوع والمجموعة العمرية ونتائج الأمراض النفسية (n= 8.579)

الخطر الزائد بالمقابل مع الخطر المنخفض RRR (95% CI)	الخطر الغير مرئي بالمقابل مع الخطر المنخفض RRR (95% CI)	
(0.44-0.60) × 0.51	(0.84-1.08) 0.95	النوع (ذكور/إناث)
(3.55-5.69) × 4.50	(2.08-2.79) × 2.41	مجموعة الفئة العمرية 15/14 سنة أو أقل
(21.66-35.23) × 27.62	(6.67-9.30) × 7.88	مجموعة الفئة العمرية 16 سنة أو أكبر/14 سنة أو أصغر
(1.02-1.43) × 1.21	(0.96-1.27) 1.10	الاكتئاب دون العتبة
(1.30-2.53) × 1.82	(1.50-2.58) × 1.97	الاكتئاب
(1.32-1.90) × 1.58	(1.40-1.88) × 1.62	قلق دون العتبة
(1.31-2.86) × 1.93	(1.31-2.52) × 1.81	القلق
(0.34-0.65) × 0.47	(0.63-1.02) 0.80	اعراض عاطفية
(2.21-3.40) × 2.74	(1.00-1.52) 1.24	إجراء المشاكل
(1.99-3.13) × 2.49	(1.95-1.29) × 1.59	فرط النشاط
(0.29-0.74) × 0.47	(0.89-1.70) 1.23	مشكلات مع الأقران
(1.17-2.03) × 1.54	(1.26-1.74) × 1.60	غياب السلوكيات الاجتماعية
(2.37-3.79) × 2.99	(1.13-1.74) × 1.40	أذى ذاتي غير انتحاري
(1.09-1.55) × 1.30	(1.12-1.48) × 1.29	أفكار انتحار
(1.83-3.74) × 2.62	(1.22-2.35) × 1.69	محاولات انتحار

RRR- نسبة الخطر النسبية، p×=0.05 (اختبارات ثنائية الطرف)

التراجع اللوجستي المتعدد المتغيرات والمتعدد الحدود

نجد نتائج من نموذج التراجع اللوجستي المتعدد المتغيرات والمتعدد الحدود للأعراض النفسية والفصول الكامنة، والخاصة بالنوع والفئة العمرية، في الجدول رقم 5. لقد كانت اعراض الاكتئاب والقلق وغياب السلوكيات الاجتماعية وأفكار الانتحار، مرتبطة بانخفاض كبير ومتشابهة في معدلات الخطر النسبية في مجموعتي الخطر الغير مرئي والخطر الزائد. وقد كانت اعراض فرط النشاط والأذى الذاتي الغير انتحاري أو محاولات الانتحار، مرتبطة بزيادة في معدلات الخطر النسبي في مجموعة الخطر الزائد، وحتى في المستويات المنخفضة في مجموعة الخطر الغير مرئي.

الخاتمة

تدل نتائج هذه الدراسة على أن نسب أنتشار سلوكيات الخطر والأمراض النفسية بين المراهقين الأوروبيين، بالأمر الزائد؛ فتُظهر أغلب الدراسات التي قامت على سلوكيات الخطر وجود زيادة في هذه السلوكيات مع زيادة الفئة العمرية، وأن أغلب هذه السلوكيات بالأمر المنتشر بين الذكور. إن الاستثناء الوحيد لهذا الأمر هو سلوكيات عدم الحركة وقلة النوم، والتي

والقلق (الشديدة والدون العتبة) وأيضًا أفكار الانتحار، متشابهة جدًا بين مجموعتي الخطر المتزايد والخطر الغير مرئي، وكانت أعلى بصورة أكبر في كلا من هذه المجموعتين، وذلك بالمقارنة مع مجموعة الخطر المنخفض (p > 0.05). لقد كانت أيضًا الاعراض العاطفية والمشكلات مع الأقران بالأمور المنتشرة بصورة قوية في مجموعة الخطر الغير مرئي أكثر من مجموعة الخطر المتزايد، وكانت متواترة بصورة أكثر في كلا من هذه المجموعتين أكثر من مجموعة الخطر المنخفض (p > 0.05). أما مشكلات التواصل وفرط النشاط والأذى الذاتي الغير انتحاري ومحاولات الانتحار على مدار الحياة، فقد كانت أكثر انتشارا في مجموعة الخطر المتزايد، هذا بالمقارنة مع كلا من مجموعتي الخطر المنخفض والخطر الغير مرئي (p > 0.05).

الجدول رقم 3: الخصائص الاجتماعية الديمغرافية من جانب مجموعات فصول الخطر الكامل

الخصائص الاجتماعية الديمغرافية	فصل الخطر المنخفض n = 6.054 (ذكور/إناث= 2,557/3,497)	فصل الخطر الزائد n = 1.184 (ذكور/إناث= 622/562)	فصول الخطر الغير مرئي n = 1.796 (ذكور/إناث= 687/1,109)
الإناث×	57.8	47.5	61.8
لم يُلدوا في الدولة×	4.8	10.0	6.9
الآباء لم يُلدوا في الدولة×	15.1	27.0	20.6
لا ينتمي إلى طائفة دينية	31.2	34.0	31.3
فرد في الأسرة قد فقد عمله العام السابق××	8.3	11.6	12.1
أسرة مكونة من أب أو أم أعزب×	17.5	31.1	23.6

×تختلف المجموعات الثلاثة عن بعضهما البعض (p > 0.05)، ××تختلف مجموعتي الخطر الزائد والخطر الغير مرئي بشكل كبير عن مجموعة الخطر المنخفض (p > 0.05)

الجدول رقم 4: الاعراض النفسية من جانب مجموعات فصول الخطر الكامل

الاعراض النفسية	فصل الخطر المنخفض n = 6.054 (ذكور/إناث= 2,557/3,497)	فصل الخطر الزائد n = 1.184 (ذكور/إناث= 622/562)	فصول الخطر الغير مرئي n = 1.796 (ذكور/إناث= 687/1,109)
اكتئاب دون العتبة××	29.4	34.0	33.2
الاكتئاب××	4.2	14.7	13.4
قلق دون العتبة××	19.0	31.3	31.0
قلق××	2.5	9.2	8.0
اعراض عاطفية×	5.8	9.0	11.6
إجراء المشاكل	6.4	23.2	11.5
فرط النشاط	6.1	18.6	11.8
مشكلات مع الأقران×××	2.3	3.0	5.0
غياب السلوكيات الاجتماعية××	4.5	9.9	8.1
أذى ذاتي غير انتحاري×	5.5	22.3	12.4
أفكار انتحار××	27.1	44.0	42.2
محاولات انتحار×	1.7	10.1	5.9

×تختلف الثلاثة مجموعات بشكل كبير عن بعضهما البعض (p > 0.05)، ××تختلف

هي أكثر انتشاراً بين الإناث اللاتي يعانين أيضاً من اعراض نفسية داخلية (عاطفية)، مثل الاكتئاب والقلق وأفكار انتحار.

لقد قامت الـ LCA في تلك العينة الكبيرة بتعريف ثلاثة مجموعات من المراهقين: وقد كانت نتيجة المجموعة الأولى، التي تمثل 13,2% من المراهقين، عالية في كل سلوكيات الخطر التي تم دراستها، ويمكن تسميتها «مجموعة الخطر الزائد». وتستهدف أغلب التدخلات في يومنا هذا هذه المجموعة (45,46)، بينما كان مجموع المجموعة الأكبر، التي تتضمن تقريباً ثلثي المراهقين (57,8%)، منخفضاً في أغلب سلوكيات الخطر، وبالتالي أصبحت تسمى «مجموعة الخطر المنخفض». لكن وحتى التلاميذ في مجموعة الخطر المنخفض قد أقروا بمحاولات انتحار (1,7%) وأفكار انتحار (27%) واكتئاب دون العتبة (29%) وقلق دون العتبة (19%). تشير هذه الاكتشافات إلى الاحتياج إلى تدخلات وقائية ذات مقياس كبير وأيضاً إلى وجود حملات توعية بالمدارس، وهو الأمر الذي تم التقرير عنه في دراسات أخرى (43,47).

والأهم من ذلك هو أن هذه الدراسة قد قامت بتعريف - ولأول مرة - مجموعة ثالثة تم تسميتها بمجموعة «الخطر الغير مرئي»، والتي تشمل 29% من المراهقين. لقد تم تجميع هؤلاء المراهقين في ثلاثة سلوكيات خطر معينة (قلة النوم وقلة النشاط الجسدي وزيادة في استخدام وسائل الإعلام)، بينما يظهر عليهم زيادة كبيرة في انتشار اعراض نفسية. إن مستوى الاعراض النفسية التي توجد في مجموعة «الخطر الغير مرئي» هذه، تتشابه في الكثير من الحالات مع مجموعة الخطر الزائد. وتضم هذه المجموعات المراهقين الذين يقضون الكثير من الوقت في مشاهدة التلفاز أو تصفح شبكة الأنترنت أو ألعاب الفيديو، وتشمل أيضاً النوم في وقت متأخر بحيث يتمكنوا من إطالة وقت استخدام أنشطة وسائل الإعلام هذه، وبالتالي - وهذه نتيجة مباشرة - يهملون أنشطة أخرى صحية، مثل الرياضة. غالباً ما لا يعتبر المراقبون البالغون (مثل الآباء والمعلمين والأطباء النفسيين) هذه السلوكيات بكونها ضارة أو مصدرًا للكثير من الاهتمام. ومع ذلك، لدى مجموعات الخطر الزائد والخطر الغير مرئي، نسبة انتشار متشابهة جداً لأعراض الاكتئاب واعراض القلق وأفكار الانتحار، وبالمقارنة مع التلاميذ في مجموعة الخطر الزائد، نجد أن لهؤلاء التلاميذ في مجموعة الخطر الغير مرئي نسبة انتشار أعلى للأعراض العاطفية والمشكلات مع الأقران، إلا أن نسبة انتشار إجراء المشكلات وفرط النشاط منخفضة. إن الاختلافات بين مجموعة الخطر الزائد ومجموعة الخطر الغير مرئي لا تعتمد على تمثيل النوع في هذه المجموعات، حيث أنه تشير التحليلات المتعددة المتغيرات أن هذه الروابط تبقى بالأمر الهام عند الضبط من حيث الفئة العمرية والنوع.

لدى المراهقين في مجموعتي الخطر الزائد والخطر الغير مرئي، نماذج مختلفة تتعلق بدولة المنشأ، (أن يكون المراهق أو واحد من أبويه قد ولد خارج دولة الدراسة)، والنشأة في أسرة مكونة من أب أو أم أعزب أو أسرة يكون فيها الأب أو الأم قد فقد عمله العام السابق، هذا بالمقارنة مع مجموعة الخطر المنخفض. ومن المثير للاهتمام هو أن الانتماء إلى طائفة دينية (كما يدرکہا المراهق) والتي تُعتبر متحفظة بصفة عامة (48)، لم تقدم أي اختلافات لعضوية مجموعة الخطر. تقترح هذه الاكتشافات أن المراهقين في مجموعة الخطر الغير مرئي قد يكونوا ذي حالة اجتماعية اقتصادية منخفضة، وبالتالي يكونوا غير مرئيين من جانب التدخلات الموجودة وأنشطة التوعية.

تتمثل مناطق قوة هذه الدراسة في عينة المراهقين الكبيرة (n=12,395)، والذين تم تعيينهم من جانب مدارس تم اختيارها بصورة عشوائية في مواقع الدراسة في 11 دولة أوروبية، ويُثقلون الدول الأوروبية المختصة (34). لقد تم تعيين التلاميذ وتقييمهم باستخدام إجراءات متجانسة في كل الدول، وذلك بحسب معايير الاشتغال والاستبعاد ومقاييس النتائج. وما هو أكثر من ذلك، لقد قامت الدراسة على مساحة جغرافية كبيرة جداً. ومن المحدوديات المحتملة لهذه الدراسة هي أنه قد تم تجميع كل البيانات عن طريق تقرير ذاتي، وبرغم من أنه قد ظهر أن

البيانات التي تم الحصول عليها بواسطة التقرير الذاتي صالحة بصورة كبيرة (36,49,50)، إلا أن نسبة انتشار سلوكيات الخطر والأمراض النفسية قد تكون غير مُقدرة بصورة جيدة. ومن المحدوديات الأخرى هي أنه قد تم اختيار موقع واحد فقط لكل دولة للمشاركة في الدراسة. وبالرغم من أن مواقع الدراسة كانت تبدو وأنها ممثلة للدولة المختصة، إلا أن اشتغال أكثر من موقع واحد لكل دولة قد يكون قد عمل على تحسين تمثيل المناطق الحضرية والمناطق الريفية، بل وقد يسمح أيضاً إلى التقسيم الطبقي لمجموعات الخطر من جانب كثافة السكان.

تتفق نتائج هذه الدراسة مع التمييز الكلاسيكي بين الاضطرابات الداخلية والاضطرابات الخارجية (51)، وكون الأولى (العاطفية) أكثر شيوعاً بين الإناث، والأخيرة (السلوكية) أكثر شيوعاً بين الذكور. تم أيضاً التقرير عن اختلافات تتعلق بنماذج مماثلة للفئة العمرية والنوع، وذلك في دراسات أمريكية، مثل دراسة عن اضطرابات السلوكيات الممزقة، التي قامت على الشباب من بورتوريكا (5)، ودراسة وسائل الـ NIMH للعلوم الوباية الخاصة بالطفل والاضطرابات النفسية للمراهقين ((MECA (13))، والـ YRBSS (15)). لكن تركز كل الدراسات التي قامت في أوروبا، مثل دراسة الـ ESPAD (26)، حتى وقتنا هذا على استخدام العقاقير، وذلك بصورة حصرية، ولم تشمل على نطاق أوسع من سلوكيات الخطر، كما في دراسة الـ SEYLE. لكن وفيما يخص استخدام العقاقير، تتفق نتائج الـ SEYLE مع الاكتشافات السابقة، مما يؤكد عبء سوء استخدام العقاقير بين المراهقين الأوروبيين، وعلاقتها بالأنواع المختلفة من الأمراض النفسية (52). لكن وبصفة عامة، تؤكد نتائج الـ SEYLE أنه سيكون نفع كبير لأن نؤسس نظاماً في أوروبا يقوم عن بُعد بتجميع البيانات عن الصحة النفسية وجودة الحياة الخاصة بالمراهق، هذا كما يتم بصورة دورية في الولايات المتحدة باستخدام الـ YRBSS.

ولأن الاختلافات المعينة التي تتعلق بالفئة العمرية والنوع تتغير مع مرور الوقت، قد يكون لأمر ملاحظة هذه الأمور تضمنات هامة للوقاية من سلوكيات الخطر. إن زيادة نسبة سلوكيات الخطر والأمراض النفسية مع زيادة الفئة العمرية، كما تم ملاحظتها في هذه الدراسة، بالأمر الواضح والقوي، إلا أنه يتفق مع دراسات أخرى (53,54). والأهم من ذلك، تم ملاحظة زيادة متزامنة في بيانات الـ SEYLE في نسب انتشار كل واحد من سلوكيات الخطر التي تم تقييمها، وذلك لكل زيادة واحد في العمر، إلا أن المعلومات عن مسارات سلوكيات الخطر المطولة هذه، وقيمها التنبؤية والنتائج المحتملة للأمراض النفسية التابعة والنتائج الاجتماعية النفسية، ليست متاحة حتى الآن، ومع ذلك فإن الروابط القاطعة بين مجموعة الخطر الزائد ومجموعة الخطر الغير مرئي والاختلافات النفسية المرضية، كما قدمناها هنا، تتضمن تطور دعم نفسي منهجي وتدخلات لهؤلاء التلاميذ. في الخلاصة، تؤكد نتائج هذه الدراسة الاحتياج إلى وجود تدخلات ووسائل وقاية مبكرة في مجال الصحة النفسية (55,56). من أكثر سلوكيات الخطر شيوعاً بين الإناث هي انخفاض عدد ساعات النوم وسلوكيات عدم الحركة، بينما كان استخدام العقاقير والكحوليات أكثر انتشاراً بين الذكور، وبالتالي فلا بد أن تكون تدخلات الوقاية مناسبة بصورة شخصية للذكور والإناث. تأتي أكثر الاكتشافات أهمية في هذه الدراسة من الـ LCA، فبالإضافة إلى مجموعات الخطر المنخفض والخطر الزائد الكلاسيكية، قمنا بتعريف مجموعة ثالثة تشكل ربع المراهقين تقريباً، وهم الذين يدخلون في سلوكيات يمكن التغاضي عنها بسهولة، حيث أنه لا يعتقد البالغون - والذين منهم الأطباء النفسيين - أنها يمكن أن تسبب في مشكلات. يُظهر التلاميذ في مجموعات الخطر الغير مرئي هذه نسب عالية من الاكتئاب والقلق وأفكار الانتحار، وهذه في نفس المستوى كما بين التلاميذ الذين ينتمون إلى مجموعة الخطر الزائد. وبينما يتفاعل أغلب الآباء والمعلمين والأطباء السريريين تجاه شخص مراهق يتعاطى المخدرات أو يتمل، قد يتغاضون وبسهولة عن مراهق يمارس سلوكيات خطر غير واضحة مثل فرط في مشاهدة التلفاز ولا يلعب رياضة أو ينام قليلاً جداً. إن السبب وراء العلاقة بين سلوكيات الخطر هذه والأمراض النفسية، لا يزال بالأمر

6. Costello EJ, Angold A, Burns BJ et al. The Great Smoky Mountains Study of Youth. Goals, design, methods, and the prevalence of DSM-III-R disorders. *ArchGen Psychiatry* 1996;53:1129-36.
7. Jiang N, Kolbe LJ, Seo DC et al. Health of adolescents and young adults: trends in achieving the 21 Critical National Health Objectives by 2010. *J AdolescHealth* 2011;49:124-32.
8. Park MJ, Brindis CD, Chang F et al. A midcourse review of the healthy people 2010: 21 critical health objectives for adolescents and young adults. *J AdolescHealth* 2008;42:329-34.
9. Kessler RC, McLaughlin KA, Green JG et al. Childhood adversities and adult psychopathology in theWHOWorld Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry* 2010;197:378-85.
10. Merikangas KR, Zhang H, Avenevoli S et al. Longitudinal trajectories of depression and anxiety in a prospective community study: the Zurich Cohort Study. *ArchGen Psychiatry* 2003;60:993-1000.
11. Bird HR, Canino GJ, Davies M et al. A study of disruptive behavior disorders in Puerto Rican youth: I. Background, design, and survey methods. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006;45:1032-41.
12. Johnson JG, Cohen P, Gould MS et al. Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *ArchGen Psychiatry* 2002;59:741-9.
13. Lahey BB, Flagg EW, Bird HR et al. The NIMH Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders (MECA) Study: background and methodology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:855-64.
14. Merikangas K, Avenevoli S, Costello J et al. National comorbidity survey replication adolescent supplement (NCS-A): I. Background and measures. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009;48:367-9.
15. Brener ND, Kann L, Shanklin S et al. Methodology of the Youth Risk Behavior Surveillance System – 2013. *MMWR Recomm Rep* 2013;62:1-23.
16. Eaton DK, Kann L, Kinchen S et al. Youth Risk Behavior Surveillance – United States, 2011. *MMWR Surveill Summ* 2012;61:1-162.
17. Hu MC, Griesler P, Schaffran C et al. Risk and protective factors for nicotine dependence in adolescence. *J Child Psychol Psychiatry* 2011;52:1063-72.
18. Wu P, Bird HR, Liu X et al. Childhood depressive symptoms and early onset of alcohol use. *Pediatrics* 2006;118:1907-15.
19. Kandel DB, Johnson JG, Bird HR et al. Psychiatric comorbidity among adolescents with substance use disorders: findings from the MECA Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:693-99.
20. McCreary RL, Berger YG, King MB. Body mass index and common mental disorders: exploring the shape of the association and its moderation by age, gender and education. *Int J Obes* 2012;36:414-21.
21. Anderson SE, Cohen P, Naumova EN et al. Adolescent obesity and risk for subsequent major depressive disorder and anxiety disorder: prospective evidence. *Psychosom Med* 2007;69:740-7.
22. Biddle SJ, Asare M. Physical activity and mental health in children and adolescents: a review of reviews. *Br J Sports Med* 2011;45:886-95.
23. Johnson EO, Breslau N. Sleep problems and substance

الغامض، إلا أن الاضطرابات النفسية الشائعة، مثل الاكتئاب، تُعرف بأنها تُظهر علاقة ثنائية الاتجاه مع قلة النوم (57) ومستويات منخفضة من النشاط (58) وفراط في استهلاك وسائل الإعلام (59)، وبالتالي فلدى اكتشافاتنا تضمنات للمتحمكين الذين يقدمون معلومات ومواد تعليمية عن صحة المراهق وجودة الحياة، إلى التلاميذ والآباء، وأيضاً تضمنات لصانعي السياسات والأطباء السريريين. وبينما يكون تركيز الأحاديث مع المراهقين على سوء استخدام العقاقير والإهمال، هناك احتياج إلى اعتبار سلوكيات الخطر التي قمنا بتعريفها هنا، مع تقديم المزيد من الاهتمام إلى تشجيع أخذ ما يكفي من النوم والمشاركة في رياضة ما واستخدام وسائل الإعلام بصورة معتدلة.

لقد قدمت هذه البيانات فرصة فريدة لكتابة لمحة مختصرة عن المدارس النموذجية في كل أنحاء أوروبا التي تخدم تلاميذ بصورة دائمة، إلا أنه يبقى الكثير والكثير من الأسئلة التي بلا إجابات، مثل عدم وجود بيانات اقتصادية اجتماعية خاصة بصورة معينة عن المراهقين المشاركين والتي تمنع الحصول على تعريف أفضل عن العلاقة بين هذه العوامل وسلوكيات الخطر والاعراض النفسية. ولا بد من القيام بدراسة وبائية، تشمل جمع بيانات اجتماعية اقتصادية مفصلة، وذلك للمساعدة في دراسة العلاقة بين الأمراض النفسية وسلوكيات الخطر والحالة الاقتصادية الاجتماعية العامة، وما هو أكثر من ذلك هو أن هذه الدراسة قد قامت بتقييم الاعراض النفسية بصورة مقطع عرضي في العامة من الناس، وذلك عن طريق أدوات التشخيص الذاتي النفسي. ستقدم المقابلات التشخيصية إدراكاً أكثر للعلاقة بين الاضطرابات النفسية وسلوكيات الخطر.

لكن وبغض النظر عن هذه المحدوديات، عملت دراسة الـ SEYLE على تأسيس مجموعة هامة متعددة الجنسيات من المراهقين الأوروبيين، سيتم دراستها بصورة مطوّلة، وذلك حتى تتمكن من تعريف المسارات من سلوكيات الخطر إلى الأمراض النفسية، وبالتالي تُساعد في توضيح الأسباب. ستسمح أيضاً مثل هذه الدراسة بتقييم دورة مسارات العديد من سلوكيات الخطر لدى المراهقين وأيضاً تشخيصها.

شكر خاص

لقد تم تدعيم مشروع الـ SEYLE عن طريق موضوع التنسيق الأول (الصحة) من جانب برنامج إطار العمل السابع للاتحاد الأوروبي (FP7)، واتفاقية المنحة رقم 223091-2009-HEALTH-F2.

المراجع:

1. Blum RW, Bastos FI, Kabiru CW et al. Adolescent health in the 21st century. *Lancet* 2012;379:1567-8.
2. Patton GC, Coffey C, Cappa C et al. Health of the world's adolescents: a synthesis of internationally comparable data. *Lancet* 2012; 379:1665-75.
3. Merikangas KR, He JP, Burstein M et al. Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication – Adolescent Supplement (NCSA). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010;49:980-9.
4. Shaffer D, Fisher P, Dulcan MK et al. The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA Study. *Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders Study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35: 865-77.
5. Bird HR, Davies M, Duarte CS et al. A study of disruptive behavior disorders in Puerto Rican youth: II. Baseline prevalence, comorbidity, and correlates in two sites. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006;45:1042-53.

43. Balazs J, Miklosi M, Keresztesy A et al. Adolescent subthreshold depression and anxiety: psychopathology, functional impairment and increased suicide risk. *J Child Psychol Psychiatry* 2013;54:670-7.
44. Linzer DA, Lewis JB. polCA: An R package for polytomous variable latent class analysis. *J Stat Softw* 2011;42:1-29.
45. Jackson CA, Henderson M, Frank JW et al. An overview of prevention of multiple risk behaviour in adolescence and young adulthood. *J Public Health* 2012;34(Suppl. 1):i31-40.
46. Yuma-Guerrero PJ, Lawson KA, Velasquez MM et al. Screening, brief intervention, and referral for alcohol use in adolescents: a systematic review. *Pediatrics* 2012;130:115-22.
47. Olsson GI, von Knorring AL. Adolescent depression: prevalence in Swedish high-school students. *Acta Psychiatr Scand* 1999;99:324-31.
48. Mouttapa M, Huang TT, Shakib S et al. Authority-related conformity as a protective factor against adolescent health risk behaviors. *J Adolesc Health* 2003;33:320-1.
49. Brener ND, Billy JO, Grady WR. Assessment of factors affecting the validity of self-reported health-risk behavior among adolescents: evidence from the scientific literature. *J Adolesc Health* 2003;33: 436-57.
50. Brener ND, Grunbaum JA, Kann L et al. Assessing health risk behaviors among adolescents: the effect of question wording and appeals for honesty. *J Adolesc Health* 2004;35:91-100.
51. Achenbach TM. The Child Behavior Profile: I. Boys aged 6-11. *J Consult Clin Psychol* 1978;46:478-88.
52. Kokkevi A, Richardson C, Florescu S et al. Psychosocial correlates of substance use in adolescence: a cross-national study in six European countries. *Drug Alcohol Depend* 2007;86:67-74.
53. Barone C, Weissberg RP, Kasrow W et al. Involvement in multiple problem behaviors of young urban adolescents. *J Prim Prev* 1995; 15:261-83.
54. Brodbeck J, Bachmann MS, Croudace TJ et al. Comparing growth trajectories of risk behaviors from late adolescence through young adulthood: an accelerated design. *Dev Psychol* 2013;49:1732-8.
55. Stenbacka M, Stenbacka M, Stattin H et al. Adolescent use of illicit drugs and adult offending: a Swedish longitudinal study. *Drug and Alcohol Review* 2007;26:397-403.
56. van Lier PAC, Huizink A, Crijnen A. Impact of a preventive intervention targeting childhood disruptive behavior problems on tobacco and alcohol initiation from age 10 to 13 years. *Drug and Alcohol Dependence* 2009;100:228-33.
57. Clarke G, Harvey AG. The complex role of sleep in adolescent depression. *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am* 2012;21:385-400.
58. Biddle SJ, Asare M. Physical activity and mental health in children and adolescents: a review of reviews. *Br J Sports Med* 2011;45:886-95.
59. Carli V, Durkee T, Wasserman D et al. The association between pathological internet use and comorbid psychopathology: a systematic review. *Psychopathology* 2013;46:1-13.
60. use in adolescence. *Drug Alcohol Depend* 2001;64:1-7.
24. Berg I. Absence from school and mental health. *Br J Psychiatry* 1992;161:154-66.
25. Hale DR, Viner RM. Policy responses to multiple risk behaviours in adolescents. *J Public Health* 2012;34(Suppl. 1):i11-9.
26. Hibell B, Ahlstrom S, Balakireva O et al. The 2007 ESPAD report: substance use among students in 35 European countries. Stockholm: Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, 2009.
27. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Annual report 2008: the state of the drugs problem in Europe. www.emcdda.europa.eu.
28. Flisher AJ, Kramer RA, Hoven CW et al. Risk behavior in a community sample of children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39:881-7.
29. Harakeh Z, de Looze ME, Schrijvers CT et al. Individual and environmental predictors of health risk behaviours among Dutch adolescents: the HBSC study. *Public Health* 2012;126:566-73.
30. Johnson KE, Taliaferro LA. Health behaviors and mental health of students attending alternative high schools: a review of the research literature. *J Spec Pediatr Nurs* 2012;17:79-97.
31. Kim Y. Adolescents' health behaviours and its associations with psychological variables. *Cent Eur J Public Health* 2011;19:205-9.
32. Zhou Z, Xiong H, Jia R et al. The risk behaviors and mental health of detained adolescents: a controlled, prospective longitudinal study. *PLoS One* 2012;7:e37199.
33. Wasserman D, Carli V, Wasserman C et al. Saving and empowering young lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial. *BMC Public Health* 2010;10:192.
34. Carli V, Wasserman C, Wasserman D et al. The Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) Randomized Controlled Trial (RCT): methodological issues and participant characteristics. *BMC Public Health* 2013;13:479.
35. World Health Organization. Global School-Based Student Health Survey. www.who.int.
36. Brener ND, Kann L, McManus T et al. Reliability of the 1999 Youth Risk Behavior Survey questionnaire. *J Adolesc Health* 2002;31: 336-42.
37. Beck AT, Steer RA, Ball R et al. Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *J Pers Assess* 1996;67:588-97.
38. Zung WW. A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics* 1971;12:371-9.
39. Goodman R, Meltzer H, Bailey V. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a pilot study on the validity of the self-report version. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1998;7:125-30.
40. Paykel ES, Myers JK, Lindenthal JJ et al. Suicidal feelings in the general population: a prevalence study. *Br J Psychiatry* 1974;124:460-9.
41. Gratz K. Measurement of deliberate self-harm: preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *J Psychopathol Behav Assess* 2001;23:253-63.
42. WHO Multicentre Growth Reference Study Group. WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development. Geneva: World Health Organization, 2006.

DOI 10.1002/wps.20088

التفاعل بين الجينات الوراثية والبيئة من منظور تطوري: قابلية متفاوتة للتأثيرات البيئية

JAY BELSKY^{1,2}, SARAH HARTMAN¹¹Department of Human Ecology, Human Development and Family Studies Program, University of California, Davis, CA 95616, USA; ²King Abdulaziz University, Jeddah, Saudi Arabia

أليل واحد قصير أو أكثر، يُظهرون مرونة كبيرة «للأفضل أو للأسوأ» عندما تكون مؤشرات التربية ونتائج الطفل، على التوالي، بمثابة استجابات موروثية من الأم وتدخلات أخلاقية أو سوء معاملة للطفل وسلوكيات معادية للمجتمع وأبوية تدميمية وتأثيرات إيجابية. تظهر أيضًا مثل هذه الاكتشافات التي تتعلق بتفاوت التأثير (بين المراهقين الأمريكيين ذوي أصل أفريقي) عندما يتم استخدام إدراك التمييز العنصري للتكهن بوجود مشكلات في التواصل، وعندما تُستخدم أحداث الحياة للتكهن بحالة أو ظروف عصبية ومدى رضا البالغين الصغار، وأيضًا عندما تُستخدم شذائذ الطفولة للتقرير بأثر رجعي لتوضيح مجالات التهور بين الطلاب الجامعيين. في حقيقة الأمر، لقد أظهر تحليل تلوي حديث أن في حالة الأطفال القوقاز تحت الثامنة عشر من عمرهم، تكون حاملات الأليل القصيرة أكثر تأثرًا من حاملات الأليل الطويلة، وذلك لكلا من الخبرات التطورية الإيجابية أو السلبية (5).

أما فيما يخص الـ *DRD4*، لقد ظهر تأثير مضاعف - إذا لم يكن حصريًا - في حالة حاملات الأليل المتكرر السابع في السياقات التي كانت فيها المؤشرات البيئية والنتائج التطورية، على التوالي، بمثابة التأثير الإيجابي بالأم والسلوكيات الاجتماعية والعناية بالطفل الغير أسرية والكفاءة الاجتماعية والضغوط السياقية والدعم والتيقظ السلبي في سن المراهقة والمصائب التي تحدث في سن الطفولة والاعتماد القهري على الكحوليات في سن الشباب المبكر وحالات الخطر التي يتعرض لها الأطفال الرضع (أي سن الحمل ووزن الطفل عند الولادة بحسب سن الحمل ومدة البقاء في المستشفى) وتأثير ملحوظ بالأم. من المثير للانتباه مره أخرى هو أن التحليل التلوي الذي قام على بحث العلاقة بين الجينات الوراثية والبيئة والذي يشمل الجينات التي تتعلق بالدوبامين، قد اكتشف أن الأطفال في الثامنة من عمرهم أو أصغر يستجيبوا للخبرات السلبية والإيجابية بطريقة تتفق مع التأثير المتفاوت (6).

اتجاهات الأبحاث المستقبلية

وبالرغم من أن الدليل المتنامي على العلاقة بين الجينات الوراثية والبيئة يتوافق مع رؤية جينات المرونة التي هي قيد البحث، إلا أن الكثير من القضايا لا تزال بلا دراسة أو توضيح. بالإضافة إلى الـ *HTTLPR*-5 والـ *DRD4*، هناك دليل بأنه من الممكن استخدام تعدد الأشكال الأخرى التي تم دراستها بشكل جيد، بكونها عوامل مرونة (مثل العوامل العصبية الغذائية المشتقة من المخ والـ *BDNF* وأكسيداز احادي الأمين أ) مما يجعل بعض الأفراد أكثر تأثرًا بالتأثيرات البيئية - للأسوأ أو للأفضل (4). من الأمور الهامة التي تستحق المزيد من التقدير هي أن أغلب حالات تعدد الأشكال التي ظهرت كعوامل مرونة محتملة، تُشتق من الدراسات التي قامت على النفسية الجينية، والتي يقودها التفكير في عامل الضعف. وبالتالي فلا بد أن يُمد الباحثون قائمة الجينات المرشحة إلى ما بعد تعدد الأشكال هذا المرتبط بالأداء المختل، إلى تعدد الأشكال التي يُظن أنها تؤثر على المرونة، وهذا على نحو مثالي. لقد قامت إحدى الأمثلة الحديثة عن مثل هذا الجهد الذي ينتج دليلًا على تفاوت التأثير، بالتركيز على النمط الظاهري *CHRNA4*، وذلك بسبب دوره في إنتاج أسيتيل كولين 1، وهو مركب يرتبط بصورة قوية بالمرونة والتعلم (7). وبدلاً من اعتبار بعض الأفراد مرنين أو طبيعيين (مثل حاملات الأليل القصير *HTTLPR*-5) وغيرهم بغير ذلك (مثل حاملات الأليل الطويل

لطالما كان تقليد الأطباء النفسيين هو الاهتمام البالغ بطبيعة الاضطرابات النفسية وأصلها ومضاعفاتها ووسائل علاجها. لكن عندما يأتي الحديث إلى علم مسببات الأمراض ودور علم الوراثة، كان يركز علماء الوراثة النفسية على ارتباطات النمط الظاهري الذي ينطج جينياً، وهي الروابط المباشرة بين تعدد الأشكال وبعض الاضطرابات المعينة، وأيضاً الضعف الجيني أمام المصائب، هذا كما ظهر في الدراسات التي قامت على التفاعل بين الجينات الوراثية والبيئة.

نحن نقدم هنا طريقة جديدة للنظر إلى هذه القضايا النفسية الوراثية: فبدلاً من تصور تعدد الأشكال الجينية بكونها جينات لبعض الاضطرابات، أو بكونها تمثل «جينات خطر»، مما يزيد من احتمالية أن الاضطراب سيظهر في وجه محنة سياقية، قمنا بالكثير من الجدل بأن الكثير من الجينات التي كانت محور تركيز الأبحاث التي قامت على الجينات النفسية قد تجعل الناس أكثر - بالمقابل مع أقل - حساسية تجاه البيئة، وبالتالي يتأثرون بصورة متفاوتة بالخبرات التطورية والتعرض البيئي.

وما هو أكثر من ذلك، وبالعكس التفكير السائد، نحن نجادل أنه لا بد أن يكون تصور اختيار تعدد الأشكال بكونه جينات «ليونة» وليس جينات «ضعف» (1)، تجعل الأفراد ليس فقط أكثر احتمالاً لأن يخضعوا للاضطرابات النفسية عندما يمرضون بمصائب، بل أكثر احتمالاً لأن ينتفعوا من الحالات المدعمة، وأن - على العكس - يتأثروا بالحالات السلبية (2,3).

تأتي طريقة تصور العلاقة بين الجينات الوراثية والبيئة هذه من تحليل تطوري للتقدم البشري (1,3,4)، وهو تحليل يعترف وبصورة واضحة بأنه يوجد تكلفة وفوائد من المرونة، مع وجود تكلفة ترتبط بحقيقة أن المستقبل غامض بطبيعته، وكنتيجه لذلك - بعض الأحيان - عندما تقوم خبرات تقدمية بتشكيل وظائف لاحقة، سينتج «عدم توافق» مكلف، وهذا كما شاهد العالم لاحقاً في التطور الذي يثبت تضارباً مع ما قد تم اختياره في وقت مبكر - ومؤثر - من الزمن. يقترح هذا الأمر أن الاختيارات الطبيعية «ستفادي الخسارة»، مما يجعل بعض الأفراد مرنين تنموياً والبعض الآخر أقل مرونة تنموياً - أو ليس على الإطلاق. يتضمن هذا الأمر أنه لا بد من اعتبار المرونة التنموية بكونها نمطاً ظاهرياً أو بنائية الاختلافات الفردية، وذلك في حد ذاتها (4).

وكما أتضح الأمر، تثبت العديد من اكتشافات العلاقة بين الجينات الوراثية والبيئة، وجود تزامن مع هذه الرؤية التي تقول أن البعض من الأفراد يتأثرون بصورة أقوى - بسبب تشكيلهم الوراثي - مع التعرض للبيئة، وذلك للأفضل أو للأسوأ (2)، وبحسب البيئة التي يتعرضوا لها. ونقوم هنا بالتركيز أكثر على حالتين من تعدد الأشكال التي تم دراستها على نحو واسع.

جينين من جينات المرونة

ومثل الكثير من حالات تعدد الأشكال، لطالما أعتبر علماء الجينات النفسية الجينات الناقلة للسيروتونين، *HTTLPR*-5، والجينات المستقبلية للدوبامين، *DRD4*، بكونها «جينات ضعف» يعرضون حاملات الأليل المعينة إلى الاكتئاب واضطرابات نقص الانتباه/ فرط النشاط (*ADHD*)، على التوالي، وذلك عند مواجهه المصائب. لكن تدل المزيد من الدلائل أنه قد يكون من الأفضل اعتبارهم «جينات مرونة» تجعل حامل الأليل الخطر الوهمي متأثر بصورة خاصة بالتأثيرات البيئية - للسيء أو للأفضل. وفيما يخص الـ *HTTLPR*-5، لقد ظهر أن الأفراد الذين يحملون

العامل الجيني. لقد أدى هذا الأمر إلى إعادة تخیل بعض جينات الضعف، بكونها جينات مرونة وهمية.

وبالرغم من الدليل الذي تم تلخيصه هنا وفي العديد من الأماكن الأخرى (1,4)، لازلنا نحتاج إلى تعلم الكثير عن كيف ولماذا تعمل العوامل الجينية كعوامل مرونة بدلا من مجرد عوامل ضعف، ومع ذلك، لقد أدت دراسة التأثير المتفاوت بالتأثيرات البيئية إلى تأكيد كلا من فوائد اعتبار التقدم البشري من منظور تطوري وعوائق التركيز على الخطر القيني وتقدم الخلل الوظيفي والضعف، بطريق غير ملائمة – بحيث يكون الأمر صعب لاكتشاف أن العوامل الوراثية التي قد ترتبط بالضعف عندما يختبر الأفراد مصائب قريته، يمكن أن ترتبط أيضا بوظائف كفاء عندما يواجهون مسارات تطويرية مساندة.

المراجع:

1. Belsky J, Pluess M. Beyond diathesis stress: differential susceptibility to environmental influences. *Psychol Bull* 2009;135:885-908.
2. Belsky J, Bakermans-Kranenburg M, van Ijzendoorn MH. For better and for worse: differential susceptibility to environmental influences. *Curr Dir Psychol Sci* 2007;16:300-4.
3. Ellis BJ, Boyce WT, Belsky J et al. Differential susceptibility to the environment: an evolutionary - neurodevelopmental theory. *Dev Psychopathol* 2011;23:7-28.
4. Belsky J, Pluess M. Beyond risk, resilience and dysregulation: phenotypic plasticity and human development. *Dev Psychopathol* 2013; 25:1243-61.
5. Van Ijzendoorn MH, Belsky J, Bakermans-Kranenburg MJ. Serotonin transporter genotype 5HTTLPR as a marker of differential susceptibility? A meta-analysis of child and adolescent gene-by-environment studies. *Transl Psychiatry* (in press).
6. Bakermans-Kranenburg MJ, Van Ijzendoorn MH. Differential susceptibility to rearing environment depending on dopaminerelated genes: new evidence and a meta-analysis. *Dev Psychopathol* 2011;23:39-52.
7. Grazioplene RG, DeYoung CG, Rogosch FA et al. A novel differential susceptibility gene: CHRNA4 and moderation of the effect of maltreatment on child personality. *J Child Psychol Psychiatry* (in press).
8. van Ijzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ. Differential susceptibility experiments: going beyond correlational evidence: comment on beyond mental health, differential susceptibility articles. *Dev Psychol* 2012;48:769-74.
9. Bakermans-Kranenburg MJ, Van Ijzendoorn MH, Pijlman FTA et al. Experimental evidence for differential susceptibility: dopamine D4 receptor polymorphism (DRD4 VNTR) moderates intervention effects on toddlers' externalizing behavior in a randomized controlled trial. *Dev Psychol* 2008;44:293-300.
10. Bakermans-Kranenburg MJ, van Ijzendoorn MH, Mesman J et al. Effects of an attachment-based intervention on daily cortisol moderated by dopamine receptor D4: a randomized control trial on 1- to 3-year-olds screened for externalizing behavior. *Dev Psychopathol* 2008;20:805-20.
11. Kegel CAT, Bus AG, van Ijzendoorn MH. Differential susceptibility in early literacy instruction through computer games: the role of the dopamine D4 receptor gene (DRD4). *Mind Brain Educ* 2011;5:71-8.

DOI 10.1002/wps.20092

الزيجوت المتماثل)، سيكون من الأفضل أن نفكر في درجة انحدار، فالبعض طبيعين بصفة خاصة والبعض الآخر طبيعين بصفة أقل والبعض أقل مطاوعة والبعض الآخر ليسوا طبيعين على الإطلاق. بلا شك أنه قد تم اقتراح هذا الأمر من جانب عمل يستخدم العديد من جينات الليونة، حيث أنه يظهر علاقة استجابة للجرعة بين عدد من جينات المرونة ومدى تأثير الأفراد بالتعرض للبيئة السليء أو للأسوأ (4). لا بد أن يقود العمل المستقبلي من هذا النوع، «نهج وراثي على مستوى النظام»، يشتمل على تراكيب جينات المرونة الوهمية التي تقوم على معرفة عمليات أو سبل بيولوجية معينة، مثل نظام السيروتونين أو الدوبامين، أو على المورفولوجيا العصبية. وما هو أكثر من ذلك، لقد كانت أغلب الأبحاث التي تتعلق بتفاوت التأثير، ذات خصائص رصد، وبإمكان هذا الأمر أن يتحدى التفسير، وذلك لأنه من الممكن اختيار الخبرات البيئية بدلا من تعيينها بصورة عشوائية، مما يخلق إمكانية أن العلاقة المتبادلة بين الجينات الوراثية والبيئة، تتنكر بكونها تفاعل بين البيئة والجينات الوراثية. قد يشمل واحد من وسائل حل هذه المشكلة، عمل تجارب تدخلات بتعيين عشوائي للمشاركين في حالات تجارب أو حالات ضوابط، لكن لا يزال العمل في مراحل المبكرة (4,8). وبالرغم من أن هذه الجهود مقصورة على دراسة جانب «التأثر للأفضل» من المرونة، إلا أنه لا يزال يمكن تقييم ما إذا كان قد تم ملاحظة أن اختلافات الأليل تجعل الأفراد ضعافا أمام الشدائد في أبحاث الرصد وأيضا تجعل الحاملات تنتفع بشكل غير معتدل من التدخلات التي عملتها الجهود لتحفيز الأداء الإيجابي. ويقدر الأهمية، بإمكان عمل التدخلات هذا أن يحدد ما إذا كانت اختلافات الأليل – كما يقترح التفكير في التأثير التفاضلي – التي ترتبط بالمرونة في مواجه المصائب، تقود الحاملات لأن تنتفع بصورة أقل – أو لا تنتفع على الإطلاق – من التدخلات المصممة على تعزيز الأداء الإيجابي.

وباعتبار فكرة أن المرونة التنموية تعتبر بنائية الاختلافات الفردية، تثير قضية ما إذا كانت المرونة مجال عام أم مجال خاص، أي هل أكثر الأفراد مطاوعة يستجيبوا ويتأثروا بصورة خاصة بمجموعة كبيرة من الحالات البيئية والتعرضات التنموية وأن أفراد آخرون لا يتأثرون بصورة خاصة بنفس المجموعة الكبيرة من الخبرات؟ أم هل الأفراد «مزيج» من مختلف أشكال المرونة؛ فيكونوا مرتين جدا تجاه بعض الحالات السياقية وليس تجاه البعض الآخر، و/أو باعتبار بعض النتائج التنموية، وليس البعض الآخر؟ وبينما أن الأمر مثير للدهشة، هناك بعض الدلائل لرؤية المجال العام. فباعتبار نتائج تدخلين قاما بشكل لافت للنظر باستخدام وسائل مختلفة لتحفيز مجالات مختلفة من التنمية، ففي حالة واحدة من الحالتين، كان يسعى التدخل إلى تعزيز حساسية الأبوة والأمومة بحيث تقل السلوكيات الجسدية للطفل الصغير (9) وتفاعلية الضغوط التي ترتبط بالكورتيزول (10)، بينما في الحالة الأخرى، تم تعيين برنامج تعليمي محوسب، وذلك لتعزيز الوعي الصوتي للأطفال قبل سن المدرسة، وبالتالي التعلم المبكر للقراءة والكتابة (11). وبالرغم من الاختلافات الكبيرة بين التدخلات وخصائص التطورات التي تم دراستها، لقد كان الأطفال الحاملين أليل DRD4 المتكرر السابع هم الذين انتفعوا بشكل غير معتدل – إذا لم يكن بشكل حصري – من كلا الحالتين. لكن وقبل أن ننهي الأمر، هناك الكثير من العوامل اللازمة لمعرفة ما إذا كانت المرونة مجال عام أكثر من كونها مجال خاص. ونحن نتوقع أن بعض الأفراد سيكونون على نقيض المرونة – كثيرون التأثير أو لا يتأثرون واقعيا بكل الحالات السياقية – إلا أن البعض قد يكونوا بين هذين النقيضين.

الخاتمة

لقد أدت بنا وجه النظر التطورية ليس فقط لأن نقدّر تكلفة المرونة التطورية وفوائدها، بل أيضا – وكنتيجة لذلك – لإدراك لماذا قد يختلف الأفراد في تأثرهم بالتأثيرات البيئية، وما هو أكثر من ذلك، لقد أدى بنا إطار العمل هذا إلى أن نتوقع – ونكتشف – أنه طالما كان يتوقع أن الأفراد ضعافا بصفة كبيرة أمام المصائب، وذلك بسبب أن تشكيلهم الوراثي ينتفع بشكل غير معتدل من الخبرات التدعيمية – بسبب نفس

تطور التعليم النفسي للاضطرابات ثنائية القطب: من عيادات الليثيوم إلى تعليم نفسي تكاملي

FRANCESC COLOM

Barcelona Bipolar Disorders Unit, IDIBAPS-CIBERSAM, Institute of Neurosciences, Hospital Clinic, Villarroel 170, Barcelona 08036, Spain

بكونه «التعليم النفسي السلوكي»، إلا أننا نفضل أن ن فكر فيه بكونه «اتجاهات واستعدادات» برنامج التعليم النفسي. وبالتأكيد يتشابه هذا الأمر مع رؤية أن الاضطرابات الثنائية القطب حالات معقدة تشمل ليس فقط على عوامل حيوية تسبب الأمراض، بل أيضاً على اختلافات نفسية واجتماعية قد تعمل كعوامل سببية أو منظمة أو وسيطة. لقد أظهر برنامج التعليم النفسي في برشلونة مستوى عالي من الكفاءة في منع كل أنواع تواتر المرض، وذلك عند عامين وخمسة أعوام من المتابعة (5). وقد تم تكرار هذه الدراسة بنجاح، وذلك باستخدام ذات التدخل، مما يظهر نتائج ممتازة فيما يخص منع الاحتجاز بالمستشفى (6).

محدوديات النموذج الحالي

لكن وحتى البرنامج الذي تم نشره على نطاق عالي، لديه بعض المحدوديات المتعلقة بالأمر، والتي ربما تعكس الرؤية التي تخص الاضطراب الذي كان لدينا عندما بدأ البرنامج (منتصف التسعينيات). لكن نادراً ما عمل البرنامج على الترويج للصحة الجسدية - بمعنى وصف نظام غذائي معين وتحفيز رياضة معينة، وغيرها - وهي قضية تعرف في يومنا هذا بكونها ضرورية في إدارة أي حالة نفسية شديدة كالاضطرابات الثنائية القطب والفصام بصفة خاصة، وذلك بسبب الخطر المتزايد لحدوث سمنة وظهور اعراض أيضية (مثل 7)، وما هو أكثر من ذلك، لقد أظهرت دراسات حديثة أن تدخلات سلوكية تقوم على فقدان الوزن، عملت على فقدان الوزن في مدة تزيد عن 18 شهراً، وذلك مع بالغين يعانون من زيادة في الوزن والسمنة مع امراض نفسية خطيرة (8)، هذا بالرغم من أن تأثير الرياضة الجسدية على المزاج بالأمر المحدود بحسب تجربة محكمة تم نشرها حديثاً (9).

بالإضافة إلى ذلك، لم يتأمل هذا البرنامج في أهمية تقدم المرض أو التوعية بشأنه. وبالرغم من أن النظريات المثيرة في منتصف التسعينيات (10) كانت موضع بحث بارز، إلا أن المعلومات الحالية عن الضعف المعرفي ومراحل المرض (أنظر 11) كانت لم تتحقق بعد. من المثير للاهتمام أن العديد من التدخلات النفسية - والتي تشمل التعليم النفسي والعلاج السلوكي المعرفي والتعليم النفسي الأسري - قد فقدت عنصر الكفاءة عندما تم تنفيذها في مرضى ذي عدد كبير من النوبات السابقة. لم يكتشف سكوت وآخرون (12)، في تجربة عشوائية محكمة عن فترة متابعة مكونة من 18 شهراً، اختلافات كبيرة فيما يخص التواتر بين مجموعتين من المرضى يعانون من اضطراب ثنائي القطب شديد ومتواتر ويتلقون 22 جلسة على التوالي من العلاج السلوكي المعرفي والعلاج التقليدي. وقد أوضح تحليل تابع أن العلاج السلوكي المعرفي الإضافي فعالاً، هذا بالمقارنة مع وسائل العلاج التقليدية لدى المرضى الذين مروا بأقل من 12 نوبة سابقة.

لقد تم أيضاً تأكيد مدى أهمية تقديم مدخلات نفسية بشكل سريع كلما أمكن الأمر، وذلك في تحليل فرعي قام به كولوم وآخرون (13)، مما يبين ضعف فاعلية التعليم النفسي الجماعي بين المرضى الذين مروا بأكثر من 15 نوبة سابقة، وكانوا ذي مزاج سوي في بداية الدراسة. قد يكون كلا من احتمالية المعاناة من الضعف المعرفي وصعوبة تغيير العوائد، بالأمر الشائع أكثر بين المرضى المحنكين، وهو الأمر الذي قد يساهم في ضعف فاعلية التعليم النفسي في هذه المجموعة الفرعية. وبالمثل، لقد أظهر ريناريس وآخرون (14) أنه بالرغم من النتائج العامة الجيدة التي ترتبط بالتعليم النفسي الجماعي، إلا أن فاعليته تبدو بالأمر المقصور على المرضى في المراحل الأولية من المرض (15). قد يكون هناك ضعف تصاعدي في القدرة على التكيف لدى المرضى في المراحل المتقدمة، مما

إن العيش بالتأقلم مع اضطراب المزاج الثنائي القطب بالأمر المعقد، ويكون في بعض الأحيان معاكساً للتوقعات البديهية؛ فهو يتطلب عدداً من الاتجاهات والاستعدادات التي تشمل بصيرة عاطفية كبيرة ونظام حياة صحي ومنتظم ومهارات للتعرف على التغييرات الدقيقة وأيضاً تحفيزاً للوصول إلى درجة عالية من الالتزام بالعلاج. إن اشتراك المريض واتجاهه الاستباقي بمثابة إلزام للحصول على نتيجة علاجية ناجحة. قد يعمل هذا الأمر جزئياً على توضيح التأثير العلاجي لبرنامج التعليم النفسي في هذا الاضطراب.

إلا أن تاريخ التعليم النفسي الجماعي في حالة الثنائي القطب، مليء بالتقلبات، ومن الأمور المثيرة للاهتمام هو أنه لم يكن في أول الأمر قادة المجموعات العلاجية ذي آراء موقرة عالمياً، متحمسين لاستخدام هذه الاستراتيجية مع مرضى الثنائي القطب؛ فقد قمت أنا، باليوم، مثلاً بتعريف المريض الثنائي القطب بكونه «واحد من أشجع المصائب التي قد تحدث لمجموعة العلاج» (1)، ومنذ ذلك الوقت أصبحت ممارسة التعليم النفسي تتطور مع تصور الاضطراب الثنائي القطب.

الرواد: عيادات الليثيوم

إذا أردنا البحث عن مؤسسي التعليم النفسي، فعلينا أن نبحث فيما يُسمى «عيادات الليثيوم»، والتي ظهرت في أوروبا والولايات المتحدة في السبعينيات، وكان يديرها فريق يتكون من أطباء نفسيين وفريق مساعد (ممرضين وفي بعض الأحيان علماء نفسيين). وقد كان التركيز على فحص العلاج بالعقاقير، وكان يُقدّم بعض المعلومات ومساعدات متبادلة، ويتفق هذا الأمر مع 100% من الإدراك الحيوي عن الاضطراب الذي ربما كان يحاول أن يوازن الآراء النفسية الديناميكية عن عصر ما قبل الليثيوم. لقد تم وصف كفاءة مثل هذا الوضع في العديد من التقارير (مثل 2)، لكن للأسف بلا منهجية مقارنة نسبية.

التعليم النفسي الذي يقوم على المعلومات

لقد ظهرت في الأبحاث بعد عصر عيادات الليثيوم، العديد من التقارير عن التعليم النفسي الذي يقوم على المعلومات، وذلك بصفة خاصة في الولايات المتحدة وهولندا، وهي دولة ذات تقليد طويل الأمد في كلا من جهود التعليم النفسي عن الثنائي القطب والمساعدة الذاتية والمجموعات التأهيلية، وقد أظهرت الدراسة التي قام بها فا جينت (3)، في أول الأمر، تأثيراً كبيراً على الوصمة والتقدير الذاتي، وبعد ذلك، وبعد مرور ثلاثة سنوات من المتابعة، ظهر انخفاض كبير في مشكلات الالتزام بالعلاج والاحتجاز بالمستشفى، وذلك بين المرضى الذين يتلقون علاجاً نفسياً، إلا أن رؤية التعليم النفسي هذه التي تقوم على المعلومات، قد عكست نهجاً متكاملًا ضعيفاً لثنائي القطب، حيث لم تظهر الاستباقية كقضية محورية في العلاج.

اتجاهات واستعدادات برنامج التعليم النفسي

لقد قامت مجموعتنا (4) عام 2003 بنشر أول تجربة عشوائية محكمة عن كفاءة التعليم النفسي في الوقاية من تواتر الإصابة بالاضطراب الثنائي القطب. وقد أكد النموذج المستخدم على أهمية الوعي بالمرض والإدارة الذاتية وتعريف علامات التحذير المبكرة وانتظام العادات والالتزام بالعلاج والوقاية من إساءة استخدام العقاقير. وقد تم تعريفه

المراجع:

1. Yalom ID. The theory and practice of group psychotherapy. New York: Basic Books, 1975.
2. Gitlin MJ, Jamison KR. Lithium clinics: theory and practice. Hosp Community Psychiatry 1984;35:363-8.
3. van Gent EM, Vida SL, Zwart FM. Group therapy in addition to lithium therapy in patients with bipolar disorders. Acta Psychiatr Belg 1988;88:405-18.
4. Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A et al. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. Arch Gen Psychiatry 2003;60:402-7.
5. Colom F, Vieta E, Sanchez-Moreno J et al. Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial. Br J Psychiatry 2009;194:260-5.
6. Candini V, Buizza C, Ferrari C et al. Is structured group psychoeducation for bipolar patients effective in ordinary mental health services? A controlled trial in Italy. J Affect Disord 2013;151:149-55.
7. Vancampfort D, Wampers M, Mitchell AJ et al. A meta-analysis of cardio-metabolic abnormalities in drug naïve, first-episode and multi-episode patients versus general population controls. World Psychiatry 2013;12:240-50.
8. 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.
9. Chalder M, Wiles NJ, Campbell J et al. A pragmatic randomized controlled trial to evaluate the cost-effectiveness of a physical activity intervention as a treatment for depression: the treating depression with physical activity (TREAD) trial. Health Technol Assess 2012;16:1-164.
10. Post RM, Putnam F, Contel NR et al. Electroconvulsive seizures inhibit amygdala kindling: implications for mechanisms of action in affective illness. Epilepsia 1984;25:234-9.
11. Vieta E, Popovic D, Rosa AR et al. The clinical implications of cognitive impairment and allostatic load in bipolar disorder. Eur Psychiatry 2013;28:21-9.
12. Scott J, Paykel E, Morriss R et al. Cognitive-behavioural therapy for severe and recurrent bipolar disorders: randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2006;188:313-20.
13. Colom F, Reinares M, Pacchiarotti I et al. Has number of previous episodes any effect on response to group psychoeducation in bipolar patients? A 5-year follow-up post-hoc analysis. Acta Neuropsychiatr 2010;22:50-3.
14. Reinares M, Colom F, Sanchez-Moreno J et al. Impact of caregiver group psychoeducation on the course and outcome of bipolar patients in remission: a randomized controlled trial. Bipolar Disord 2008;10:511-9.
15. Reinares M, Colom F, Rosa AR et al. The impact of staging bipolar disorder on treatment outcome of family psychoeducation. J Affect Disord 2010;123:81-6.
16. Torrent C, Bonnin C, Martinez-Aran A et al. Efficacy of functional remediation in bipolar disorder: a multicenter randomized controlled study. Am J Psychiatry 2013;170:852-9.
17. Samanez C, Martino DJ, Streljevic SA. Social cognition in euthymic bipolar disorder: systematic review and meta-analytic approach. Acta Psychiatr Scand 2012;125:266-80.
18. Popovic D, Reinares M, Goikolea JM et al. Polarity index of pharmacological agents used for maintenance treatment of bipolar disorder. Eur Neuropsychopharmacol 2012;22:339-46.
19. Popovic D, Reinares M, Scott J et al. Polarity index of psychological interventions in maintenance treatment of bipolar disorder. Psychother Psychosom 2013;82:292-8.

DOI 10.1002/wps.20091

يزيد من الضعف ويُقلل المرونة بينما يتقدم المرض. من الممكن استعادة القدرة على التكيف هذه، وذلك باستخدام تدخل مناسب.

علاج نفسي للغد: السير قدماً في اتجاه التعليم النفسي المتكامل

لا بد أن يستهدف النهج المتكامل تجاه الاضطرابات الثنائية القطب، كلا من التعافي من الاعراض وتعافي الأداء، لكن للأسف أن أغلب وسائل العلاج المتاحة - كلا من العقاقير والعلاج النفسي - غالباً ما تكون ناجحة في الوصول إلى التعافي السريري وليس التعافي الكامل. من المثير للاهتمام هو أنه قد تم حديثاً نشر أول تجربة عشوائية محكمة قامت على فاعلية علاج جديد يدعى «المعالجة الوظيفية» (16): وهو مكون من برنامج يحتوي على 21 جلسة جماعية تشمل آليات معرفية عصبية وتدريبات وتعليم نفسي يقوم على قضايا تتعلق بالمعرفة وحل المشكلات، ويهدف إلى تفادي المشكلات، وذلك عن طريق تعميم برامج مماثلة تم تبنيها في مجال الفصام. إن الدراسة المذكورة هي تجربة متعددة المراكز وذات ثلاثة أسلحة، تقوم بمقارنة فاعلية المعالجة الوظيفية بالتعليم النفسي وأيضاً بوسائل العلاج التقليدية، والتي تشمل 268 مريضاً خارجياً. لدى المعالجة الوظيفية تأثيراً كبيراً على الأداء - غالباً ما يكون في مجالات مهنية وشخصية - وهي تختلف عن وسائل العلاج التقليدية، إلا أنها لا تختلف بشكل كبير عن التعليم النفسي الذي كان له تأثير قليل على الأداء. وبالتالي فلا بد أن يشتمل النموذج التكامل للتعليم النفسي على استراتيجيات تكون نافعة ليس فقط للمرضى في المراحل المبكرة من المرض، بل أيضاً للمرضى ذوي بعض أشكال الضعف، لا بد أيضاً أن يحفز التقاليد الصحية، والتي تشمل الممارسات التقليدية للرياضة الجسدية. وما هو أكثر من ذلك، هو أنه في ظل وجود مشكلات في المعرفة الاجتماعية، والتي تقوى حتى عندما يكون المريض بلا اعراض (17)، لا بد من بذل الكثير من الجهود لمخاطبة هذه القضايا.

وعلى الناحية الأخرى، قد تأخذ المعالجة الوظيفية والتعليم النفسي، أماكن جديدة في المستودع الحالي التابع للعلاج النفسي للاضطرابات الثنائية القطب. وبينما قد يكون التعليم النفسي الاختيار العلاجي الأول لعلاج وقائي إضافي للعديد من مرضى الثنائي القطب (غالباً للمرضى في المراحل المبكرة أو المتوسطة من المرض)، إلا أن المعالجة الوظيفية هي العلاج الذي يختاره المرضى الذين يُظهرون ضعفاً معرفياً ووظيفياً واضحاً، وقد يستجيبوا بشكل ضعيف للتعليم النفسي.

هناك احتياج إلى توضيح أي علاج يصلح لأي مريض في مجال وسائل علاج الثنائي القطب، وأيضاً نحتاج إلى اعتبار التأثير على الوقاية من الهوس بالمقابل مع نوبات الاكتئاب. إن مؤشر القطبية بمثابة نظام متري جديد وشعري يعمل على تصوير الكفاءة الوقائية المضادة للهوس بالمقابل مع تلك المضادة للاكتئاب، والتي تدخل في عملية المعالجة الصائفة للاضطرابات الثنائية القطب (18) وقد يسري على كلا من وسائل العلاج بالعقاقير والبلا عقاقير. وبحسب هذا المؤشر، بالرغم من أن التعليم النفسي الجماعي للمريض من أكثر التدخلات توازناً، إلا أنه قد يكون له تأثير أكبر في منع نوبات الاكتئاب، بينما يكون لمقدمي رعاية التعليم النفسي تأثيراً أكبر في منع نوبات الهوس (19).

في خلاصة الأمر، وحيث أن التعليم النفسي ملهم من جانب الإدراك الحالي للاضطراب الثنائي القطب وأيضاً من جانب إحساسنا باحتياجات المرضى خاصتنا، إلا أنه لا يمكن أن يكون علاجاً ساكناً ولا يتغير، بل هو برنامج فعال سيتطور تدريجياً بعد تطوير هذا الإدراك وهذه الاحتياجات.

شكر خاص

يتقدم الكاتب بالشكر لوزارة الصحة الإسبانية من أجل الدعم المالي، Institut de Salut Carlos III، و CIBERSAM. وهو قد تم أيضاً دعمه من جانب وزارة الاقتصاد والقدرة التنافسية.

تجاوز حدود الذكاء في مراجعه الـ ICD-10: الوظائف المعرفية المحددة في اضطرابات النمو الفكري

IDD، احتياج إلى مقياس نفسي عصبي يُمكن تمييزه لمستويات مختلفة من الشدة، ويكون سهل التطبيق في الممارسات السريرية والبحثية. لا بد أن يعمل الإدراك المتنامي عن كيف أن العوامل البيئية والثقافية تؤثر على النمو، على الترويج لبحث مستمر لتقييم النماذج والممارسات التي تصوّر مسارات نمو المعرفة لدى الأفراد الذين يعانون من IDD، وبإمكان الدراسات الطبيعية والمتعددة التخصصات والمتعددة المراكز، أن تقدم بيانات نافعة لهذا الغرض (7).

Marta B. Rondon

Marco O. Bertelli¹, Luis Salvador-Carulla²,
Daniela Scuticchio¹, Niccolò Varrucchi¹,
Rafael Martinez-Lea³, Sally-Ann Cooper⁴,
Rune J. Simeonsson⁵, Shoumitro Deb⁶,
Germain Weber⁷, Rex Jung⁸, Kerim Munir⁹,
Colleen Adnams¹⁰, Leyla Akoury-Dirani¹¹,
Satish Chandra Girimaji¹², Gregorio Katz¹³,
Henry Kwok¹⁴, Carolyn Walsh¹⁵

¹Research and Clinical Centre (CREA), San Sebastiano Foundation, Florence, Italy; ²Centre for Disability Research and Policy, Faculty of Health Sciences, University of Sydney, Australia; ³Intellectual Disability - Developmental Disorders Research Unit (UNIVIDD), Fundació Villablanca, Reus, Spain; ⁴Institute of Health and Wellbeing, University of Glasgow, UK; ⁵School Psychology Program, University of North Carolina, Chapel Hill, NC, USA; ⁶Division of Neuroscience, Imperial College, London, UK; ⁷Faculty of Psychology, University of Vienna, Austria; ⁸Department of Neurosurgery, University of New Mexico, Albuquerque, NM, USA; ⁹Developmental Medicine Center, Boston Children's Hospital, Boston, MA, USA; ¹⁰Department of Psychiatry and Mental Health, University of Cape Town, South Africa; ¹¹Psychiatry Department, American University of Beirut Medical Center, Beirut, Lebanon; ¹²Child and Adolescent Psychiatry Department, National Institute of Mental Health and Neurosciences, Bangalore, India; ¹³Centro Terapéutico Interdisciplinario, Naucalpan, M_xico; ¹⁴Psychiatric Unit for Learning Disabilities, Kwai Chung Hospital, Hong Kong, China; ¹⁵Harvard Medical School, Boston, MA, USA

المراجع:

1. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. Intellectual disability: definition, classification, and systems of supports, 11th ed. Washington: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 2011.
2. Salvador-Carulla L, Reed GM, Vaez-Azizi LM et al. Intellectual developmental disorders: towards a new name, definition and framework for «mental retardation/intellectual disability» in ICD- 11. World Psychiatry 2011;10:175-80.
3. Rutter D, Francis J, Coren E et al. SCIE systematic research reviews: guidelines, 2nd ed. London: Social Care Institute for Excellence, 2010.
4. Friedman NP, Miyake A, Corley RP et al. Not all executive functions are related to intelligence. Psychol Sci 2006;17:172-9.
5. Johnson W, Jung RE, Colom R et al. Cognitive abilities independent of IQ correlate with regional brain structure. Intelligence 2008;36:18-28.
6. World Health Organization. Atlas: Global resources for persons with intellectual disabilities. Geneva: World Health Organization, 2007.
7. Bender A, Beller S. The cultural constitution of cognition: taking the anthropological perspective. Front Psychol 2011;2:1-6.

DOI 10.1002/wps.20094

لقد كان المستوى المنخفض من الذكاء، بحسب قياس الـ IQ، معياراً مركزياً لتعريف التخلف العقلي (MR)، وذلك تاريخياً. وإن استخدام درجات الـ IQ بحسب وحدات الانحراف المعياري عن المتوسط، أساس تعريف الـ MR في الـ ICD-10 والـ DSM-IV-TR، وحديثاً لتعريف العجز المعرفي (ID) في الـ DSM-5، وبالمثل لقد تم تعريف الـ ID من جانب الجمعية الأمريكية للعجز الفكري والتنموي، بكونه مجموع IQ بحوالي انحرافين معيارين تحت المتوسط (1).

لكن قام عدد كبير من الباحثين والأطباء السريريين في السنوات القليلة الماضية، بدراسة الرؤية التي تقول بأن وسائل قياس الـ IQ فشلت في تصوير الاختلافات الفردية في العجز المعرفي؛ فتجانس العجز المعرفي وملف السلوكيات التكيفية المترتبة عليه في الأفراد الذين يعانون من MR، واحد من الأسباب التي تقود مجموعة العمل المسؤولة عن هذه القضية لمراجعة الـ ICD-10 بهدف تقديم تعريف جديد لاضطرابات النمو المعرفي (IDD) في الطبعة الحادية عشر القادمة من نظام التشخيص (2).

وفي عام 2011، بدأ في الجمعية العالمية للطب النفسي (WPA) القسم الذي يقوم على الطب النفسي الخاص بالعجز المعرفي، عملية ديلفي مصغرة بقائمة دولية من الخبراء، وذلك لإنتاج ملف في هذه القضية، يكون مُتفق عليه بصورة جماعية. يقدم هذا الخطاب تقريراً عن نتائج التخطيط المنهجي (3) للماضرة الدولية المتضمنة في هذه العملية، والتي تركز على النماذج الحالية للذكاء والمكونات المتعددة والوظائف المعرفية المعينة وأيضاً العلاقة بين التقييم الفكري والتقييم الوجداني، بحسب ما يتعلق بتعريف الـ IDD. لقد توافقت 7,948 مقالة مع الكلمات المفتاحية، وبعد فحص العناوين، تم اختيار 3,179 مقالة، وبعد مراجعة الملخصات، تم استبعاد 2,497، حيث أنهم لم يتعلقوا بموضوع التخطيط، وتم استبعاد 114 بسبب أنهم لم يكونوا باللغة الإنجليزية. وبعد الاطلاع على المقالات المتبقية بالكامل، تم اشتمال 177 مقالة، بسبب اعتبارهم ذي صلة بالأسئلة البحثية.

لقد عمل تخطيط النهج النظري الحالي على تعريف محدوديات الـ IQ كمؤشر للتعبير التلائمي وديناميكية الأداء الفكري البشري، وأشار إلى الاحتياج إلى نموذج مشترك وتعريف شامل للذكاء. ومن بين النهج المتاحة، يُشير أكثرها استخداماً إلى سعة وحدوية تتضح في الوظائف المعقدة. وتعمل مجموعة ثانية جديدة من النظريات على تعريف الدور الأساسي للاعتمادية باستثناء العوامل المتخصصة، مثل الوظائف المعرفية المعينة. هناك دليل عصبي حيوي نفسي يعمل على تأييد كلا النهجين، إلا أنه يبدو أن النماذج متعددة المكونات تسود. تؤكد البيانات الاختبارية أن ذات مجموع الـ IQ يُمكن أن يتشابه مع ملفات معرفية مختلفة بصورة كلية، وأن المحدوديات الوظيفية ومشكلات ارتباط السلوكيات بـ IDD ترتبط بضعف في وظائف معرفية معينة، أكثر من ارتباطها بـ (4.5 IQ).

ولمخاطبة المحدوديات في التصوير الحالي للـ MR، قامت مجموعة عمل الـ ICD-11 باقتراح معايير تشخيصية منقحة للـ IDD، تقوم على نموذج أكثر وضوحاً للضعف المعرفي. لقد عمل هذا النهج على إضافة مفهوم جديد للخصائص المعرفية الخاصة بالذكاء وتكملة مقياس الـ IQ بتقييم وظائف معرفية خاصة ووصف مُصاغ لمشكلات التعلم والتكيف الناتج (2). أما في النهج الجديد، لا بد من تقييم المهارات المعرفية عن طريق اختبارات ومراقبة شبه مُهيكلية وفحص سريري مباشر. ولا بد أن تضم الاختبارات مقياس الـ IQ مع مقياس العديد من جوانب الوظائف التنفيذية، والتي تشمل الاستدلال الحسي وسرعة المعالجة والإدراك اللفظي وأيضاً تقييم الانتباه وإدراك الذاكرة العاملة. لا بد أن يستهدف التقييم إلى تعريف العجز المعرفي الذي له أكبر تأثير سلبي فيما يخص السلوكيات والتأقلم والتعديل والاستقلال، وفوق كل شيء جودة الحياة، وذلك على مدار الحياة. ولا بد أيضاً أن تكون أداء تقييم الوظائف المعرفية المعينة قليلة التكلفة، وذلك حتى تسمح باستيعاب سريع للأطباء العاملين في دول الأجر المنخفضة (6)، وبإمكان المنظمات الغير ربحية أن تنظم هذا الجهد، وذلك عن طريق الإنتاج والتوزيع.

في خلاصة الأمر، هناك في إطار عمل الـ ICD-11 المقترح لخصائص الـ

المبالغة القصوى في التكهن بأفكار ومحاولات الانتحار في حالات الاضطراب الثنائي القطب: بيانات مُحتملة من الـ STEP-BD

محاولات انتحار، وقد مر 71% بتواتر أفكار انتحار، وذلك عبر حوالي عام من المتابعة.

تدل تحاليل التراجع اللوجستي أنه بعد التحكم في حالات الاضطراب الثنائي القطب (I بالمقابل مع II)، كان المرضى ذي أنتساب أكثر قوة، أكثر احتمالاً لأن يكون لديهم تاريخ مرضي به محاولات انتحار (OR= 1.06، p= 0.04، R2Δ= 0.06). لقد ظل هذا التأثير كبيراً عند التحكم في الاعراض الأولية للاكتئاب والهوس ونوع الاضطراب الثنائي القطب والجنس والفئة العمرية والسن عند بداية الـ BD ووجود اضطراب قلق مرضي وعدد اضطرابات القلق على مدار الحياة وعدد الاضطرابات النفسية المرضية والنوم (OR= 1.08، p= 0.02، R2Δ= 0.07)، إلا أنها تقلصت إلى كونها غير هامة، وذلك عند التحكم في عدد نوبات الاكتئاب والهوس/الهوس الخفيف على مدار الحياة (OR= 1.06، p= 0.03، R2Δ= 0.12)، وعلى الناحية الأخرى، لم يعمل أسلوب الانتساب العام على التكهن بشكل هام بتاريخ مرضي به محاولات انتحار (OR= 1.01، P= 0.61، R2Δ > 0.01).

لقد أكد الانحدار اللوجستي الهرمي أنه كان يوجد تفاعل كبير بين الانتساب القوي وتاريخ مرضي به محاولات انتحار، وذلك في التكهن بحدوث أفكار انتحار أثناء فترة الدراسة المرتقبة، بما يتجاوز شدة الاكتئاب الأولي (OR= 1.20، p= 0.03، R2Δ= 0.07). لقد عمل الانتساب القوي على التكهن باحتمالية كبيرة لحدوث أفكار انتحار بين المرضى ذي تاريخ مرضي به محاولات انتحار (t=2.08، p= 0.04)، إلا أنه ليس بين المرضى بلا تاريخ مرضي به محاولات انتحار (t=-0.64، p= 0.52). لقد ظلت هذه النتائج بالأمر الهام عند التحكم في حالات العلاج النفسي الاجتماعي واعراض الهوس الأولى وعدد جلسات العلاج النفسي الاجتماعي وأيام الدراسة وحالة الاضطراب الثنائي القطب I وII والفئة العمرية والجنس ومستوى التعليم وعدد نوبات الاكتئاب والهوس/الهوس الخفيف على مدار الحياة وعدد التشخيص بأمراض نفسية وعبء العلاج النفسي والسن عند بداية الـ BD (بنود التفاعل: OR= 1.37، p= 0.01)، وبالمقابل مع الأنتسابات القوية، لم يتكهن أسلوب الانتساب العام بحدوث أفكار انتحار، إما كتأثير أساسي أو كتفاعل مع تاريخ محاولات الانتحار (OR= 1.01، p= 0.89، R2Δ > 0.01).

تقترح الدراسة خاصتنا أن تقييم أساليب التفكير المتطرف قد تكون بالأمر الهام في تعريف أي من مرضى الاضطراب الثنائي القطب أمام خطر الانتحار. وتشمل محدوديات هذه الدراسة أن العينة كانت تتلقى علاجاً نفسياً اجتماعياً للاكتئاب الثنائي القطب، وبالتالي فإن مدى تعميم هذه النتائج على المرضى الذين لا يتلقون علاجاً نفسياً، تبقى بلا دراسة. وبسبب مستوى المعدلات المنخفض، لم نستطع تقييم محاولات الانتحار بشكل مستقبلي، وبالتالي فإن اتجاه الأسباب بين الانتساب ومحاولات الانتحار، ليس واضحاً.

في خلاصة الأمر، لا بد أن يتفكر الأطباء السريريون في تقييم الانتساب

يختبر مرضى الاضطراب الثنائي القطب (BD) معدلات عالية من الانتحار، وهناك تقارير تشير إلى أن هناك نسبة تتراوح من 25 إلى 50% من الأفراد الذين يعانون من الاضطراب الثنائي القطب يمرون بمحاولات انتحار على مدار حياتهم (1). لقد قامت القليل من الدراسات التي قامت على مرضى الـ BD بتقييم العلامات الاجتماعية النفسية لأفكار الانتحار ومحاولات الانتحار (2,3).

غالباً ما تؤدي بعض الأمور مثل أحداث الحياة السلبية وفقدان الأمل، إلى حدوث محاولات انتحار (2)، إلا أنه ليس كل الأفراد الذين يختبروا أحداث سلبية يفكرون في الانتحار. في حالات الـ BD وغيرها من اضطرابات الاكتئاب، يرتبط الميل إلى عمل اسنادات صارمة سواء سواء أو ببساطة عن أسباب أحداث الحياة (مثل، «أنا شخص فاشل»)، يرتبط بمسارات ضعيفة للمرض (4-6)، لكن، سواء أكانت الإسنادات القوية ترتبط بأفكار انتحارية ومحاولات انتحار في حالة الـ BD، إلا أنها لا تزال غير مدروسة.

تقوم الدراسة الحالية بتقييم العلاقة بين الإسنادات القوية وتاريخ مرضي به محاولات انتحار وحدوث أفكار انتحار بين مرضى الـ BD الذين يعانون من الاكتئاب.

لقد كان المشاركون في الدراسة 100 مريضاً بالاكتئاب مع الاضطراب الثنائي القطب I التابع لـ (DSM-IV) (61%) أو ثنائي القطب II (39%). وقد كانت هذه المجموعة عينة فرعية من الـ 293 مريضاً خارجياً مشتركين في تجربة عشوائية مُحكمة (7) تعمل على مقارنة فاعلية العلاج النفسي والعلاج بواسطة الرعاية التعاونية، كجزء من برنامج تعزيز العلاج المنهجي للاضطرابات الثنائية القطب (STEP-BD) (7)، والذي قد تلقى تقييماً ذات أسلوب مُنتسب وله بيانات شرعية عن تاريخ مرضي به محاولات انتحار.

لقد تمت تشخيصات الـ BD وتقييم محاولات الانتحار من جانب أطباء نفسيين دراسيين، يستخدمون تقييماً لاضطرابات الوجدان (8). تم أيضاً استخدام نظام الفحص السريري (9)، وذلك لتقييم اعراض المزاج، والتي تشمل وجود أفكار انتحار، وذلك عند كل زيارة في مدة تفوق العام الواحد.

كان يُستخدم استبيان نظام الانتساب (ASD،10) لقياس أنتساب الشدة. لقد قام المشاركون بتقييم السبب المُدرَك لأثنى عشرة حدثاً حياتياً افتراضياً، وذلك على مقياس ليكيرت المكون من سبعة درجات، في مجال الأمور الداخلية ("بسببي أنا" بالمقابل مع "بسبب آخرين") والثبات ("دائماً" بالمقابل مع "لا يوجد أبداً") والعالمية ("كل الحالات" بالمقابل مع "فقط في هذه الحالة"). وتوافقاً مع دراسات سابقة (4-6)، قمنا بحوسبة الاختلافات التي تمثل أسلوب الانتساب الكامل (مجموع الـ ASQ) وعدد الأنتسابات «القوية» (تقييم I أو 7)، وقد كان التوافق الداخلي جيداً (ألفا= 0.76).

ومن بين 100 مشاركاً، كان لدى 31% فقط تاريخ مرضي به

المراجع:

1. Chen Y-W, 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.
2. Malhi GS, Bargh DM, Kuiper S et al. Modeling bipolar disorder suicidality. *Bipolar Disord* 2013;15:559-74.
3. Valtonen HM, Suominen K, Mantere O et al. Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2006;8:576-85.
4. Stange JP, Sylvia LG, da Silva Magalhaes PV et al. Extreme attributions predict the course of bipolar depression: results from the STEP-BD randomized controlled trial of psychosocial treatment. *J Clin Psychiatry* 2013;74:249-55.
5. Stange JP, Sylvia LG, Magalhaes PV et al. Extreme attributions predict transition from depression to mania or hypomania in bipolar disorder. *J Psychiatr Res* 2013;47:1329-36.
6. Peterson TJ, Feldman G, Harley R et al. Extreme response style in recurrent and chronically depressed patients: change with antidepressant administration and stability during the continuation treatment. *J Consult Clin Psychol* 2007;75:145-53.
7. Miklowitz DJ, Otto MW, Frank E et al. Psychosocial treatments for bipolar depression: a 1-year randomized trial from the Systematic Treatment Enhancement Program. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64: 419-26.
8. Sachs GS. Use of clonazepam for bipolar affective disorder. *J Clin Psychiatry* 1990;51(Suppl. 1):31-4.
9. Sachs GS, Guille C, McMurrich SL. A clinical monitoring form for mood disorders. *Bipolar Disord* 2002;4:323-7.
10. Peterson C, Semmel A, von Baeyer C et al. The Attributional Style Questionnaire. *Cogn Ther Res* 1982;6:287-99.

DOI 10.1002/wps.20093

القوي في حالات الـ BD، وذلك لأنه قد يتعلق بالإدراك واحتمالية تخفيض الحمل الأساسي الذي يتمثل في الانتحار، وهو الأمر الذي يظهر في هذا الاضطراب.

**Jonathan P. Stange¹, Louisa G. Sylvia²,
Pedro Vieira da Silva Magalhães³,
David J. Miklowitz⁴, Michael W. Otto⁵,
Ellen Frank⁶, Michael Berk^{7,8},
Natasha S. Hansen², Darin D. Dougherty²,
Andrew A. Nierenberg², Thilo Deckersbach²**

¹Department of Psychology, Temple University, Philadelphia, PA, USA; ²Department of Psychiatry, Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School, Boston, MA, USA; ³National Institute for Translational Medicine, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brazil; ⁴Division of Child and Adolescent Psychiatry, UCLA School of Medicine, Los Angeles, CA, USA; ⁵Department of Psychology, Boston University, Boston, MA, USA; ⁶Department of Psychiatry, University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh, PA, USA; ⁷Deakin University, School of Medicine, Geelong, Australia; ⁸Orygen Youth Health Research Centre, and Department of Psychiatry, University of Melbourne, Parkville, Australia

ارتباط صيام رمضان بنسبة أكبر للنكسات لدى مرضى الاضطراب ثنائي القطب

(المتوسط: $0.11+0.57$ mEq/l في الـ W-1 و $0.75+0.64$ mEq/l في الـ W4). وبعد التحكم في عدد ساعات النوم واستهلاك القهوة ومستويات مصل الليثيوم، كانت لا تزال معدلات التواتر أعلى بين الصائمين أكثر من الغير صائمين.

تقترح هذه الدراسة أنه قد يكون لصيام رمضان تأثيراً سلبياً على مرضى الاضطراب الثنائي القطب، وقد يؤدي هذا الأمر إلى مقاييس وقائية ضد التواتر لدى مرضى الاضطراب الثنائي القطب في الدول الإسلامية (أكثر من بليون فرداً حول العالم). هناك احتياج إلى دراسات تقوم على عينة أكبر، بحيث تتمكن من تكرير هذه الاكتشافات.

Siham Eddahby¹, Nadia Kadri¹, Driss Moussaoui²

¹Ibn Rushd University Psychiatric Center,
Casablanca, Morocco;

²Faculty of Medicine and Pharmacy, Hassan II
University, Casablanca, Morocco

المراجع:

1. Eddahby S, Kadri N, Moussaoui D. Ramadan et trouble bipolaire: exemple de perturbation du rythme circadien et son impact sur la maladie. *Enc_ephale* 2013;39:306-12.
2. Kadri N, Mouchtaq N, Moussaoui D et al. Relapses in bipolar patients: changes in social rhythm. *Int J Neuropsychopharmacol* 2000;3:45-9.
3. Farooq S, Nazar Z, Akhtera J et al. Effect of fasting during Ramadan on serum lithium level and mental state in bipolar affective disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 2010;25:323-7.
4. Cohen S, Williamson GM. Perceived stress in a probability sample of the United States. In: Spacapan S, Oskamp S (eds). *The social psychology of health*. London: Sage Publications, 1988:31-67.
5. Tek C, Ulug B. Religiosity and religious obsessions in obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Res* 2001;104:99-108.

DOI 10.1002/wps.20113

إن صيام رمضان هو أحد ركائز الإسلام. لقد كان هناك تقارير تقول بأن العديد من مشكلات التوازن الحيوي تحدث لدى الصائمين في هذا الشهر (1)، إلا أنه لا يوجد أفاق إجماعي على تأثير الصيام على مرضى الاضطراب الثنائي القطب (2,3).

لقد قمنا بعمل دراسة على 170 مريضاً بالاضطراب الثنائي القطب الثابت (معياري الـ DSM-IV)، شاملة 111 صائماً و 59 غير صائمين، وكان الهدف هو شهر رمضان في عامين متتاليين (2011 و 2012). لقد تم تعيين المرضى من بين المرضى الخارجيين في مركز كازابلانكا بجامعة ابن رشيد، وتم تقييمهم فيما يخص الاكتئاب، وذلك باستخدام مقياس هاميلتون لقياس الاكتئاب، وللوهوس قمنا باستخدام مقياس بيتس رافايلسن وللقلق أستخدمنا مقياس هاميلتون لتقييم القلق، وللضغوط أستخدمنا مقياس الضغوط المدركة (4) وللتدين أستخدمنا قائمة الممارسات الدينية (5). تم أيضاً تقييم نماذج النوم والتغذية واستخدام المنبهات وغيرها من العقاقير ومستويات ليثيوم البلازما. لقد تمت هذه التقييمات قبل شهر رمضان بأسبوع (W-1) وعند الأسبوع الثاني والرابع منه (W2 و W4) وأيضاً أسبوعين بعد نهاية شهر رمضان (W+2).w)

كن متوسط عمر المرضى $12.0+36.2$ عاماً، و 51,2% منهم سيدات و 62,4% عزاب و 51,8% نشطين مهنيًا. وقد كان عدد النوبات المزاجية في العام الواحد $0.45+0.72$ ، وكان كل المرضى تحت تأثير مثبتات المزاج، وكان 81,2% منهم يتلقون عقاقير مضادة للذهان، وأيضاً كان يتلقى 21 مريضاً عقاقير مضادة للاكتئاب.

لقد كان معدل تواتر المرض بين الصائمين 33.3% (111/37)، شاملاً 14 حالة تواتر في الـ W2 (7 حالات هوس و 7 حالات اكتئاب) و 9 حالات أخرى في الـ W4 (9 حالات هوس و 3 حالات اكتئاب)، و 14 حالة في الـ W+2 (13 حالة هوس وحالة واحدة اكتئاب)، بينما كان معدل تواتر المرض بين غير الصائمين 15,3% (59/9)، شاملاً تواتر 3 حالات هوس في الـ W2، وتواتر أربعة حالات في الـ W4 (حالة هوس واحدة و 3 حالات اكتئاب) وحالتين أخرتين في الـ W+2 (حالة هوس واحدة وحالة اكتئاب واحدة). لقد كان الاختلاف بين الصائمين والغير صائمين كبير من الناحية الإحصائية ($X^2=6,38$, $p=0,012$). يعمل الصيام أثناء شهر رمضان على زيادة خطر الانتكاسة بين مرضى الاضطراب الثنائي القطب بمعدل 2,77 مرة، وذلك بالمقارنة مع غير الصائمين (95% CI: 1,233 إلى 6,254، $p=0,014$).

لقد قلت ساعات النوم بشكل كبير أثناء شهر رمضان، وذلك بين الصائمين (من $1,47+9,39$ في الـ W-1 إلى $1,64+7,34$ في الـ W4)، بالمقارنة مع غير الصائمين (من $1,28+9,92$ في الـ W-1 إلى $2,17+8,59$ في الـ W-4) ($p > 0,001$). وقد زاد معدل استهلاك القهوة أثناء هذا الشهر بين الصائمين (من $1,51+1,47$ كوباً في الـ W-1 إلى $1,94+1,94$ في الـ W-4)، وذلك أكثر من غير الصائمين (من $1,59+1,61$ كوباً في الـ W-1 إلى $1,75+1,76$ في الـ W-4)، إلا أن الاختلاف لم يكن ذات أهمية إحصائية. لم تختلف مستويات مصل الليثيوم بشكل كبير بين الصائمين (المتوسط: $0,65+0,57$ mEq/l في الـ W-1 و $0,71+0,65$ mEq/l في الـ W4) وغير الصائمين

خطاب إلى رئيس التحرير أسباب الأمل في الطب النفسي

بالأمر المعروف عالمياً في الوقت الحالي، ولدى أغلب الجمعيات النفسية الوطنية قسماً لفئة الأطباء النفسيين هذه، وذلك بقوانينها ولوائحها الخاصة. هناك أيضاً بعض المجموعات العبر وطنية، مثل في شرق أفريقيا وآسيا وأوروبا، والتي يكون اهتمامها المشترك هو التطوير المهني للأطباء النفسيين في بداية حياتهم المهنية (16-18).

إن العديد من الأنشطة التعليمية حول العالم في الوقت الحالي مشاركة في التنظيم، مع أطباء نفسيين في بداية حياتهم المهنية، الذين قاموا بتعريف الأمور التي تحتاج بصفة خاصة إلى تعليم وأيضاً بها فجوات، وتشمل هذه المرضية النفسية والطب النفسي القضائي ومهارات القيادة والأبحاث والاعتلالات المشتركة للاضطرابات النفسية مع الأمراض الجسدية (6,7، 19-21). وقد تم اتخاذ العديد من الخطوات لمخاطبة الاحتياجات التعليمية هذه، والتي تشمل تنظيم الأحداث العلمية وإنتاج كتب (22) ونماذج تعليمية، مثلًا تقوم الـEPS بعمل مدرسة صيفية سنوية، تتمتع بنجاح كبير، تعمل هذه على جمع العديد من الأطباء النفسيين الذين في بداية حياتهم المهنية في أوروبا، وذلك بصفة سنوية. لقد تم تنظيم دورات أخرى بالتعاون مع أقسام مختلفة من الـEPA، مثل تلك الأقسام التي في مجال الفلسفة والطب النفسي والمشورة وما يتصل بالطب النفسي. تشمل أنشطة تعليمية أخرى تدار من جانب الجمعية الخاصة بتطوير برامج العناية بالصحة النفسية، تشمل دورات حول مهارات القيادة والأبحاث وأيضاً تقوم بتحفيز مشاريع الأبحاث التي يقوم بها أطباء نفسيين في بداية حياتهم المهنية (مثل 23). ومن بين الأنشطة التعليمية التابعة للـWPA (24)، يقوم قسم التعليم في الوقت الحالي، والذي يشمل أعضاؤه العديد من الأطباء النفسيين في بداية حياتهم المهنية، بتحفيز مجموعة من المبادرات التي تهدف إلى تطوير إتاحة وجودة التعليم النفسي.

من التحديات الهامة أمام الأطباء النفسيين الذين في بداية حياتهم المهنية هو تطوير الصورة العامة للطب النفسي (25,26). ولا بد أن تصبح المهارات اللازمة للتفاعل بكفاءة مع الأسر والقادة والصحفيين والنظام القانوني، مكوناً رسمياً للتدريب في مجال الدراسات العليا ومواصلة التعليم الطبي لكل طبيب نفسي في بداية حياته المهنية (6).

من الممكن أيضاً أن نضيف إلى هذه القائمة العديد من الأنشطة الإضافية المكرسة/أو التي تم تحفيزها للأطباء النفسيين الذين في بداية حياتهم المهنية، إلا أن الأمر الذي أردنا تأكيده في هذا الخطاب هو أن الطب النفسي لازال على قيد الحياة وهو ينمو ويتطور، وبالتأكيد سيتفوق على هذه «الأزمة» التي يمر بها. وعلينا أن نعتبر هذه الأزمة الحالية كفترة تطوّر تساعدنا على تحسين تدريبنا وأبحاثنا وممارساتنا، وسيعمل هذا الأمر في المقابل على أخذنا بعيداً في اتجاه أهدافنا القصوى - التي هي تطوير صحة مرضانا وجودة حياتهم.

لقد لعبت الـWPA دوراً أساسياً في عمليات التطوّر هذه، وذلك بمساعدة مبادراتها وبرامج الأطباء النفسيين الذين في بداية حياتهم المهنية، وأن هؤلاء الأطباء مستعدون للمشاركة في المزيد من الأنشطة.

*Andrea Fiorillo¹, Valeria Del Vecchio¹,
Mario Luciano¹, Gaia Sampogna¹, Julian Beezhold²*

¹Department of Psychiatry, University of Naples SUN,

لقد كان هناك على مدار العشرين عاماً السابقة اهتماماً متزايداً بأن الطب النفسي كمهنة في أزمة (1-3) وأن هناك عجز في الأطباء النفسيين حول العالم (4)، وهو الأمر الذي يظهر تأثيره في توصيل عناية فعالة بالصحة النفسية. لقد كانت محاولات أتران هذا الاتجاه في خطة العديد من الجمعيات الدولية، والتي منها الجمعية العالمية للطب النفسي (WPA) وجمعية الطب النفسي الأوروبية (EPA) وجمعية الطب النفسي الأمريكية، وغيرها الكثير (5-7). لقد قامت العديد من هذه الجمعيات بتأسيس خطط عمل معينة تهدف إلى مخاطبة احتياجات التعليم للأطباء النفسيين الذين في بداية سنوات عملهم وتعريف الأسباب وراء المستوى المنخفض من الرغبة في التخصص في الطب النفسي بين طلبة كلية الطب (مثل 8).

لقد كانت الـWPA واحدة من أوائل الجمعيات التي تعطي انتباهها للأطباء النفسيين في بداية عملهم، بينما قد تم عمل مسار علمي من الأطباء النفسيين الشباب، متاحاً في مؤتمرات العالم، بدءاً من هامبورج عام 1999 وصولاً إلى بوينس آريس عام 2011. كان يُكرس في كل من هذه المؤتمرات نطاقاً من الأنشطة مخصصاً للأطباء النفسيين في بداية عملهم، والتي منها منح دراسية وندوات تدريبية ونقاشات علمية ومؤتمرات تلاقى رسمية.

لقد وضعت اللجنة التنفيذية للـWPA، في المؤتمرات الثلاثية من 2008 و2011، على تطوير وإلهام الأطباء النفسيين في بداية عملهم، مع وجود واحدة من خطط العمل المستهدفة وهي «تحفيز التطور المهني للأطباء النفسيين في بداية عملهم حول العالم» (9). لقد تم تعيين مجلس الـWPA يتكون من الأطباء النفسيين في بداية سنوات عملهم المهني، وذلك مع 60 دولة من كل القارات، حيث تقوم كل واحدة منهم بتعيين طبيب نفسي في بداية عمله ليشترك ويمثل أقرانه. لقد قام أيضاً هذا المجلس بتنفيذ خطة عمل معينة تهدف إلى تعريف المشكلات التي تخص الأطباء النفسيين في بداية سنوات عملهم، وأيضاً تحفيز التطوّر المهني عن طريق سلسلة من الأنشطة (10,11).

لقد تم عمل ثلاثة دراسات من جانب هذه المجموعة، وهم: واحدة تخص التدريب في مجال العلاج النفسي (12)، وواحدة تخص التدريب وممارسة التدخلات المبكرة في مجال الصحة النفسية (13) وواحدة تخص التحول من التدريب النفسي إلى الممارسات المستقلة (14)، وهذه تمثل خطوة هامة في التطوير المهني لكل طبيب نفسي.

وبحسب هذه الخبرة في الـWPA، يُعتبر الأطباء النفسيين الذين في بداية حياتهم المهنية، شريكاً متساوياً في الأنشطة البحثية أيضاً، مثلًا لقد تم عمل دراسة على أولويات أبحاث الصحة النفسية في مشروع ممول من جانب المفوضية الأوروبية، وهو الـROAMER، وذلك مع مشاركة فئات مختلفة من أصحاب المصالح (15). وقد كانت جمعيات المتدربين النفسيين متضمنة أيضاً في هذا الأمر، وأيضاً جمعيات الأطباء النفسيين وغيرهم من أطباء الصحة النفسية ومنظمات المستخدمين و/أو مقدمي الرعاية، بالإضافة إلى ذلك، لقد قام الاتحاد الأوروبي للمتدربين النفسيين (EFPT) ولجنة الأطباء النفسيين الذين في بداية عملهم المهني التابعين لـEPS، بتأسيس فرقة عمل للأبحاث، وقد تمت العديد من المشاريع حتى الآن (6)، ولا يزال العديد من الأبحاث جارياً.

إن أهمية تدعيم الأطباء النفسيين الذين في بداية حياتهم المهنية،

المراجع:

- practice of psychotherapy in Europe: results of a survey. *World Psychiatry* 2011;10:238.
- Fiorillo A, Sampogna G, Del Vecchio V et al. What is the current status of training and practice of early intervention in psychiatry? Results from a survey in 35 countries. *Early Interv Psychiatry* (in press).
 - Riese F, Oakley C, Bendix M et al. Transition from psychiatric training to independent practice: a survey on the situation of early career psychiatrists in 35 countries. *World Psychiatry* 2013;12: 82-3.
 - Fiorillo A, Luciano M, Del Vecchio V et al. Priorities for mental health research in Europe: a survey among national stakeholders' associations within the ROAMER project. *World Psychiatry* 2013;12:165-70.
 - Sinha SK, Bezborodovs N, Krupchanka D et al. Asian Federation of Early Career Psychiatrists: building bridges and expanding horizons. *Asian J Psychiatry* 2013;6:93-4.
 - Umi Adzlin S, Rafidah B, Rahima D. Bringing out the leader in you – Malaysian Psychiatric Association Leadership Certification for Early Career Psychiatrists. *Asian J Psychiatry* 2012;5: 370.
 - Bendix M, Paravaya O, Kochetkov Y et al. Young psychiatrists' meetings in Eastern Europe – Networking for the development of psychiatric training, education and service. *World Psychiatry* 2011;10:239.
 - Maj M. Mental disorders as «brain diseases» and Jaspers' legacy. *World Psychiatry* 2013;12:1-3.
 - Frances A. The past, present and future of psychiatric diagnosis. *World Psychiatry* 2013;12:111-2.
 - Rojnic Kuzman M, Giacco D, Simmons M et al. Are there differences between training curricula on paper and in practice? Views of European trainees. *World Psychiatry* 2012;11:135.
 - Fiorillo A, Calliess IT, Sass H (eds). How to succeed in psychiatry? A guide to training and practice. Chichester: Wiley-Blackwell, 2012.
 - Volpe U, Fiorillo A, Luciano M et al. Pathways to mental health care in Italy: results from a multicenter study. *Int J Soc Psychiatry* (in press).
 - Belfort E. WPA educational activities. *World Psychiatry* 2013;2: 181.
 - Maj M. Adherence to psychiatric treatments and the public image of psychiatry. *World Psychiatry* 2013;12:185-6.
 - Parnas J. The Breivik case and «conditio psychiatrica». *World Psychiatry* 2013;12:22-3.
 - Katschnig H. Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession. *World Psychiatry* 2010;9:21-8.
 - 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.
 - Nawka A, Rojnic Kuzman M, Giacco D. Trainees' views on the future of psychiatry: a plethora of challenges ahead of us. *World Psychiatry* 2012;11:206.
 - Farooq K, Lydall GJ, Bhugra D. What attracts medical students towards psychiatry? A review of factors before and during medical school. *Int Rev Psychiatry* 2013;25:371-7.
 - Maj M. Report on the implementation of the WPA Action Plan 2008–2011. *World Psychiatry* 2011;10:161-4.
 - Fiorillo A, Malik A, Luciano M et al. Challenges for trainees in psychiatry and early career psychiatrists. *Int Rev Psychiatry* 2013; 25:431-7.
 - Rojnic Kuzman M, Norstrom KB, Colin S et al. Training in psychiatry today: European and US perspective. In: Fiorillo A, Calliess IT, Sass H (eds). How to succeed in psychiatry? A guide to training and practice. Chichester: Wiley-Blackwell, 2012:1-19.
 - Bhugra D. The International Study on Career Choice in Psychiatry: a preliminary report. *World Psychiatry* 2013;12:181.
 - Maj M. The WPA Action Plan 2008–2011. *World Psychiatry* 2008; 7:129-130.
 - Fiorillo A, Lattova Z, Brahmabhatt P et al. The Action Plan 2010 of the WPA Early Career Psychiatrists Council. *World Psychiatry* 2010;9:62-3.
 - Fiorillo A, Brahmabhatt P, Elkholy H et al. Activities of the WPA Early Career Psychiatrists Council: the Action Plan is in progress. *World Psychiatry* 2011;10:159.
 - Fiorillo A, Luciano M, Giacco D et al. Training and

DOI 10.1002/wps.20110

الوجه الغير مرئي لمجتمع العناية بالصحة النفسية في أفريقيا: الرعاية المتخصصة من متعهدين خاصين في كينيا

لقد كان متوسط التكلفة 13 دولارًا أمريكيًا (أي 500 شان كيني)، يُطالب بها الممرضون النفسيون، وتمثل هذه حوالي يومين ونصف عمل لعامل زراعي غير ماهر (5) - وهو قدر كبير من المال إلا أنه ليس بعيد المنال. تمثل تكلفة الطبيب النفسي المتوسطة التي تبلغ 55,3 دولارًا أمريكيًا (أي 2,100 شان كيني) (أعلى في نيروبي أكثر من في المقاطعات) أجرة شهر واحد لذات العامل الزراعي، مما يجعله صعب المنال للأغلبية. لقد قام حوالي ثلثي المستجيبين بتعديل التكلفة، وذلك بحسب طول الجلسة والقدرة على السداد، ويكون تحديد هذا الأمر من مهام المريض.

لقد وجدنا أنه يوجد فجوة كبيرة بين الأقسام الخاصة وتلك العامة: حيث يقوم ثمانية من المتخصصين الخاصين، من أصل 11، بتقسيم وقتهم مع الأقسام العامة، وقد أقر ستة منهم أن العناية التي يقدموها في الأقسام الخاصة تختلف - وبصفة خاصة بسبب وجود اختيارات متعددة من العقاقير، والتي تكون غير تقليدية بالنسبة للعقاقير المضادة للذهان. لقد أشار أحد المستجيبين بقوله، «تُقدم الوصفات الطبية في العيادات الحكومية بحسب العقاقير المتاحة». تم أيضًا التأكيد على مواصلة العناية، وذلك بقول أحدهم، «أنا أستطيع أن أتابع مع العميل بصفة مستمرة». ويُمكن أن يظهر العمل الخاص في سياق المتعهدين الخاصين الذين هم تحت الدفع المستحق، كعناية بالصحة العامة متعددة مصادر الدعم.

*Victoria de Menil¹, David Ndeti², Milka Waruguru³,
Martin Knapp¹, David McDaid¹*

¹London School of Economics and Political Science, London, UK; ²Africa Mental Health Foundation, Nairobi, Kenya; ³Basic Needs Kenya, Nairobi, Kenya

المراجع:

1. Hanlon C, Wondimagegn D, Alem A. Lessons learned in developing community mental health care in Africa. *World Psychiatry* 2010;9:185-9.
2. McDaid D, Knapp M, Raja S. Barriers in the mind: promoting an economic case for mental health in low-and middle-income countries. *World Psychiatry* 2008;7:79.
3. Barnes J, O'Hanlon B, Feeley F et al. Private health sector assessment in Kenya. Washington: World Bank, 2010.
4. Ndeti DM, Khasakhala L, Maru H et al. Clinical epidemiology in patients admitted at Mathari psychiatric hospital, Nairobi, Kenya. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008;43:736-42.
5. Ministry of Labour Kenya. The regulation of wages (agricultural industry) (amendment). *Kenya Gazette* 2012:Suppl. 68.

DOI 10.1002/wps.20075

لقد أشار هانلون وآخرون (1) في دراسة منهجية عن مجتمع العناية بالصحة النفسية في أفريقيا، والتي تم نشرها في مجلة عالم الطب النفسي، إلى أن «مراكز العناية بالصحة النفسية في دول الدخل المنخفضة بمنطقة أفريقيا، محصورة على العناية بالصحة النفسية التي يقدمها العاملون الأساسيون، مع عاملون متخصصون في العناية الصحية (غالبًا ما يكونوا أطباء نفسيين وممرضين نفسيين) يهدفون إلى تقديم عناية عن طريق العيادات الخارجية التي تقوم على المستشفى». وتم أيضًا نشر مقالة قام بكتابتها ماكايد وآخرون (2) في ذات الجريدة، ولاحظت هذه أنه بإمكان المنظمات الغير حكومية أن تدعم العناية الأولية، وذلك عن طريق «الاعتماد على رأس المال الاجتماعي في المجتمعات». إلا إن الجانب الغير مرئي من العناية النفسية في أفريقيا هو العناية المتخصصة من جانب متعهدين خاصين، وبصفة خاصة أطباء نفسيين وممرضين نفسيين. ومن الأمثلة الجيدة على هذا الأمر هو كينيا، حيث يعمل ثلاثة أرباع الأطباء وربيعين من الممرضين في القطاعات الخاصة (3).

لقد قمنا بإدارة دراسة منهجية، فيما بين يوليو وسبتمبر من عام 2012، وذلك لإحدى عشر أخصائي في مجال الصحة النفسية الخاصة (8 طبيب نفسي و3 ممرضين نفسيين)، وتم التقسيم إلى عينات باستخدام عامل التزايد. كان خمسة من هؤلاء من نيروبي وستة - شاملين كل الممرضين - من المقاطعات المركزية. وثلاثة منهم نساء، وكان متوسط العمر 46 عامًا ومدة العمل في القطاعات الخاصة 9,2 عامًا. وقد كان لدى المستجيبين متوسط عدد الحالات الفعالة التي يعملون معها 128 مريضًا نفسيًا، وكان متوسط عدد المرضى النفسيين الذين يظهرون في العيادات كل يوم هو 5.

أما التشخيصات الأساسية التي أتت بحوالي 55% من الافراد إلى العيادات الخاصة فهي الاضطرابات النفسية الشائعة، بينما كان لدى 25% اضطرابات نفسية شديدة، و15% اضطرابات بسبب استخدام العقاقير و5% صرع واضطرابات نفسية لدى الأطفال أو تخلف عقلي. وقد كانت نسبة السيدات اللائي يمثلن نسبة الخارجات من المستشفيات النفسية، تزيد قليلا عن النصف (56%)، بينما كان الغالبية رجالاً متأثرين بالذهان (4). قد تقدم العيادة الخاصة في المجتمع اختييارا للعناية أقل ارتباطا بالوصمة، وذلك في سياق يكون فيه المصطلح «نفسى» مرتبطاً بسلوكيات الذهان. إن العيادات الخاصة أكثر «خصوصية» للعملاء، حيث أنه يُمكن طلب العناية بثقة عالية.

تعمل العيادات الخاصة بمتوسط 24 ساعة في الأسبوع (بمعدل 12-40)، ويرى المتخصصون مرضاهم بمتوسط ساعة واحدة في المقابلة الأولى (بمعدل 50-90 دقيقة) ولمدة نصف ساعة في المتابعة (بمعدل 15-45 دقيقة). وقد كان معدل وقت الانتظار التقليدي 20 دقيقة (بمعدل 3-60 دقيقة) كان يتم متابعة المرضى بمتوسط شهري (بحد أقصى كل ثمانية أسابيع)، وقد قام المستجيبون في الشهر السابق بتحويل متوسط 13% من العملاء إلى الاحتجاز بالمستشفى. وقد كان يدير ممرضان نفسيان من أصل ثلاثة عيادات الصحة العامة، وكان يظهر فقط 5% من المرضى لأسباب صحية نفسية، أما الممرض الثالث فكان يُدير، وبصورة حصرية، عيادة الصحة النفسية.

الموقع التابع للجمعية العالمية للطب النفسي (www.wpanet.org): برنامج نشط لتطوير هوية المنظمة وصورتها

LEVENT KÜEY

WPA Secretary General and Website Editor

لقد قمنا في مقالة سابقة (1) باستعراض تطور الموقع الخاص بالـ WPA منذ أن تم تجديده في أبريل من عام 2010. نقدم في هذه المقالة التجديدات التي طرأت على مكوناته وأدائه وتأثيره، وذلك في ضوء الإحصائيات الأخيرة، وسنقوم أيضاً بمناقشة احتماليات تحسين كفاءته.

لطالما كان موقع الـ WPA (بالإضافة إلى أخبار الـ WPA، والتي هي النشرة الإخبارية الرسمية التي تصدر كل ثلاثة أشهر) يلعب دوراً هاماً في تحسين صورة المنظمة وهوية الجمعية، وذلك بحسب خطة عمله الخاصة بالأعوام 2008-2011 وأيضاً خطة عمل 2011-2014. لقد تم إعادة هيكلته، في كلا من مكوناته وشكله الإجمالي، وذلك في أبريل من عام 2010، مع وجود رؤية عامة وهي الوصول إلى الجمال عن طريق البساطة.

لقد قام سكرتير عام الـ WPA، بكونه رئيس تحرير قنوات وسائل الإعلام هذه، بمراقبة هذه العملية، وذلك بالتعاون مع أعضاء لجنة التنفيذ التابعة للـ WPA وأعضاء قسم سكرتارية الـ WPA وأيضاً أعضاء قسم تكنولوجيا المعلومات الذين هم مسؤولين عن الإدارة الفنية. لقد سمحت عملية التجديد وإعادة الهيكلة باستضافة العديد من المنظمات والعديد من المواد التعليمية، وأيضاً سمحت بتحقيق درجات عالية من الأداء والتأثير.

المكونات

يضم الآن موقع الـ WPA أكثر من 3,500 بنداً، وتغطي هذه البنود أخبار عن أنشطة مكونات الـ WPA ومعلومات عن أنشطة سكرتارية الـ WPA واجتماعات علمية ومنشورات وأقسام علمية وأنشطة تعليمية (أنظر 2-5)، بالإضافة إلى ذلك، تجد هناك معلومات عن بنية لجان الـ WPA، وعملها وأيضاً الأدوات المعيارية التابعة للـ WPA. بالإضافة إلى ذلك، يُمكنك قراءة العديد من المواد مثل مواد تعليمية وتدريبية تخص الأطباء السريريين والباحثين والمعلمين الذين يعملون في مجال الطب النفسي والصحة النفسية. يضم القسم الذي يحظى بعدد كبير من الزيارات في الموقع، الطب النفسي العالمي وهي الجريدة الرسمية الخاصة بالـ WPA، والتي لديها في الوقت الحالي عامل تأثير يصل إلى 8,974. إن قائمة التصنيف للعدد الحالي ولكل الأعداد السابقة الخاصة بهذه الجريدة هي الخامسة، وذلك من أصل 126 جريدة طبية

نفسية، ويُمكن قراءتها وتحميلها مجاناً، وذلك ليس فقط باللغة الإنجليزية بل أيضاً بالعديد من اللغات. ستجد متاحاً على الموقع الأعداد كاملة أو مقالات مستقلة أو ملخصات، وذلك بالإسبانية والصينية والفرنسية والعربية والتركية واليابانية والبولندية والرومانية والإيطالية. لقد تم تطوير وتنفيذ برنامج التعليم عن بُعد التابع للـ WPA عام 2010، ويغطي هذا البرنامج بعض الفيديوهات ومجموعات شرائح للعديد من المحاضرات والعروض التقديمية العلمية البارزة من مؤتمرات الـ WPA وذلك بداية من مجموعة من المختارات من المؤتمر الدولي للـ WPA عام 2009 بمدينة فلورنس. لقد تم حديثاً تحميل 33 محاضرة بالفيديو، بتصميم الـ ppt

متاح أيضاً على الموقع وبعده لغات أربعة صفحات إرشادية تم أنتاجها أثناء الاجتماعات الثلاثية السابقة، وتخطب هذه الصفحات الخطوات والمعوقات والأخطاء التي يجب تجنبها عند تنفيذ العناية النفسية المجتمعية، وأيضاً كيفية محاربة فكرة الوصمة المتعلقة بالطب النفسي والأطباء النفسيين والصحة النفسية والعناية النفسية لدى المهاجرين، وكذلك أيضاً الحفاظ على الصحة النفسية والترويج لها لدى الأطفال ذي آباء يعانون من العديد من اضطرابات نفسية. تجد على الموقع ثلاثة مجموعات من الشرائح، تقوم على كتب تابعة للـ WPA، ومتوافرة في 18 لغة، وتخطب هذه التعريفات وعلم الأوبئة وتوالد الأمراض والجوانب الثقافية والتكاليف الطبية وأيضاً إدارة الاعتلالات المشتركة للاكتئاب مع داء السكر وأمراض القلب والسرطان. تجد متاحاً على الموقع أيضاً نموذج تعليمي عن الأمراض الجسدية لدى المرضى الذين يعانون من اضطرابات نفسية شديدة، وذلك بالعديد من اللغات أيضاً.

بالإضافة إلى ذلك، يضم الموقع أيضاً برنامج تعليمي عام يقوم على الأنترنت، ويهدف إلى تقديم معلومات موثوقة وعالية الجودة عن الصحة النفسية والطب النفسي للغير عاملين بالمجال. إن مكونات هذه الصفحات في محض التطوير، وذلك بالتعاون مع القسم العلمي المتعلق، ومن الأمور التي تحظى بإعجاب الزوار هي نتائج استطلاعين تما بالتعاون مع أعضاء مجتمع الـ WPA، ويقوما بدراسة آرائهم حول العديد من القضايا التي تخص التشخيص وتقسيم الاضطرابات النفسية وأيضاً استراتيجيات لتقليل الفجوة العلاجية للاضطرابات النفسية. وأيضاً معلومات عن التعاون بين أنشطة الـ WPA والـ WHO (أنظر 6,7) وكذلك أيضاً المشاريع البحثية الممولة من جانب الـ WPA (مثل 8). يضم موقع الـ WPA أيضاً البعض من

الوثائق اللازمة لفائدة تطور معايير الجودة الأخلاقية والعلمية الخاصة بمهنتنا، والتي منها إعلان مدريد عن المعايير الأخلاقية وقابل الـ WPA للتعليم العالي والجامعي في مجال الطب النفسي والصحة النفسية، وتوصيات تخص العلاقة مع الأطباء النفسيين ومنظمات العناية الصحية التي تعمل في مجال الصحة النفسية والجمعيات النفسية مع صناعات العقاقير وتوصيات على أفضل الممارسات في العمل مع مستخدمي الخدمة ومقدمي الرعاية من أفراد الأسرة.

الأداء

يتم متابعة أداء الموقع عن قرب، وذلك باستخدام تحليل دوري. لقد تم زيارة الموقع في الفترة ما بين 12 أبريل من عام 2010 و12 نوفمبر من عام 2013، 289,741 فرداً، مما يكمل 430,079 زائراً. وقد كانت هذه الزيارات من 218 دولة/إقليمياً من كل أنحاء العالم. من اللافت للنظر أن عدد الدول التي لديها جمعيات من الأعضاء الوطنيين في الـ WPA هو 118، وبالتالي فإن الـ WPA تصل إلى ما بعد حدود منظماتها، وذلك بمساعدة الموقع خاصتها. إن متوسط عدد الزيارات لكل يوم هو 328، ومتوسط عدد الصفحات التي يتم التصفح عليها عند كل زيارة هو 3.32.

يتم زيارة الموقع بصفة مستمرة من جانب أفراد جدد، وتصل نسبة هؤلاء إلى ما يقرب من 70%. ينعكس هذا الأمر أيضاً في حقيقة أن 67% من زوار الموقع يصلون إليه عن طريق «أدوات البحث»، بينما يزوره 18% بواسطة «روابط بمواقع أخرى»، بينما يستخدم 15% «المرور المباشر».

من المثير للاهتمام هو عندما نتفحص أيام الأسبوع التي يفضل فيها الأفراد زيارة موقع الـ WPA؛ فتكون الزيارات في أول ثلاثة أيام من الأسبوع (من الأثنين وحتى الأربعاء) متكررة أكثر من الأربعة أيام الأخرى، بل ويكون بها ميلاً زائداً، بينما تقل الزيارات بصورة تدريجية من الخميس وحتى الأحد. فيبدو أن الزوار يبدأوا أسبوعهم بزيارة صفحات موقع الـ WPA.

التأثير

من المعايير المستخدمة على نطاق واسع لقياس تأثير موقع ما، هو «فحص تصنيف الصفحات»، وهي خدمة مجانية مقدمة من شركة جوجل؛ فتدل قيمة تصنيف الصفحة على مدى أهمية موقع/صفحات معينة. وهي قريبة جداً من آراء الأفراد الشخصية، وذلك لكونها

- opportunities to improve psychiatric research and inform clinical care and education. World Psychiatry 2013;12:279.
- Javed A. WPA Scientific Sections. World Psychiatry 2013;12:278.
 - Belfort E. WPA educational activities. World Psychiatry 2013;12:181-2.
 - 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.
 - 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.
 - Bhugra D, on behalf of the Steering Group. The International Study on Career Choice in Psychiatry: a preliminary report. World Psychiatry 2013;12:181.

DOI 10.1002/wps.20109

من أشكال التطور، وذلك بصورة مستمرة. ولكوني رئيس تحرير وسكرتير عام الـ WPA، لطالما كنت أعمل على تسهيل هذه العملية، وذلك بالتعاون مع أعضاء اللجنة التنفيذية للـ WPA للأعوام 2008-2011 و2011-2014 وأيضاً أعضاء قسم السكرتارية السابقين والحاليين، والذين هم أنا انجستروم وفرانشيسكا سوتيج وبامبلا أتيسي، وأيضاً فريق تكنولوجيا المعلومات خاصتنا في وكالة ساجليكيبا هشيبي التي مقرها مدينة إسطنبول، ونحن نقدر حماسهم ودعمهم وجهودهم الماهرة.

إني أتمنى أن يستمر زوار موقع الـ WPA في دعمنا على مواصلة تحسين جودته، وذلك عن طريق إرسالنا إسهاماتهم وتعليقاتهم.

المراجع:

- Küey L. The characteristics, content, performance, and impact of the WPA website (www.wpanet.org). World Psychiatry 2013;12:85-6.
- Okasha T. WPA scientific meetings. World Psychiatry 2013;12:182-3.
- Riba MB. WPA publications:

قياس موضوعي لأهمية الاستشهاد بها. إن تصنيف موقع الـ WPA في الوقت الحالي هو 10/7 (أي أن قيمته 7 من أصل 10 نقاط)، ويعكس هذا الأمر مستوى عالي من التأثير بالمقارنة مع العديد من المواقع الأخرى الشبيهة.

احتمالات مستقبلية

إن موقع الـ WPA في الوقت الحالي هو برنامج إلكتروني نشط جداً يحقق أداءين أساسيين في ذات الوقت، وهما كونه «قناة إخبارية» دولية عن الطب النفسي والصحة النفسية، وأيضاً كونه «أرشيفاً» للمواد التدريبية والتعليمية والوثائق المرجعية الأساسية. وباعتبار هويته الدولية، من الممكن تطوير هاذين الأداءين حتى يصبحا أكثر شمولية وتفاعلاً. ومن الممكن أن يتم هذا الأمر عن طريق تطوير العلاقات مع المنظمات الدولية الأخرى التي في مجال الصحة النفسية والطب النفسي. ويمكن أن يعمل تقديم أولوية قصوى للتضامن الدولي في الطب النفسي، على تعزيز هذه العملية. في حقيقة الأمر، إن الموقع الإلكتروني بمثابة منصة حيوية ذات مرونة عالية، وهو أيضاً عملاً مستمراً يمكننا من الدخول على المزيد

متابعة تطوير الـ ICD-11 عن طريق المجلة العالمية للطب النفسي (ومصادر أخرى)

فائدة سريرية أكبر (مثل 13،14). لقد قامت منظمة الصحة العالمية بتعيين 11 مجموعة عمل ومشورة لتطوير الفصل الذي يتحدث عن الاضطرابات النفسية والسلوكية، التابع للـ ICD-11، وتشمل هذه المجموعات العديد من قادة الـ WPA وخبراء من أعضائها ورؤسائها (أنظر 15 و16). وقد قامت حديثاً العديد من هذه المجموعات بنشر وثائق عن الخلفية أو تقارير تمهيدية عن أنشطتهم. هناك تأكيدات عن التلاقي والتشعب المتوقع بين نهج الـ ICD-11 والـ DSM-5 لتوزيع اضطرابات المزاج، وذلك في العديد من المقالات في مختلف الجرائد (مثل 17،18) وأيضاً في ملحق مجلة عالم الطب النفسي (19). ومن بين نقاط التلاقي هي تضمن التنشيط/ الطاقة كأحد الاعراض التي تميز الهوس وأيضاً الاعتراف بأن اعراض الهوس/الهوس الخفيف التي تظهر أثناء تعاطي العلاج المضاد للاكتئاب وتستمر إلى ما بعد التأثير النفسي للعلاج، تتناسب مع تشخيص نوبات الهوس/الهوس الخفيف. بالإضافة إلى ذلك، سيسمح كلا من الـ ICD-11 والـ DSM-5 للأطباء السريريين أن يقوموا بتسجيل اعراض القلق الفرعية لدى مريض يعاني من نوبات اكتئاب

دول الأوجور المتوسطة ودول الأوجور المنخفضة (أنظر أيضاً 2،3). سيبقى تقسيم الـ ICD-11 قائماً على وصف النماذج المثالية للعديد من الاضطرابات النفسية، بدلاً من أن يقوم على معايير التشخيص التشغيلية. لقد تم مناقشة مميزات هذا النهج ومحدودياته الممكنة، وذلك في العديد من مقالات وتعليقات مجلة عالم الطب النفسي (مثل 4-11). ومن الأحاديث الكبيرة المتضمنة مع هذا النهج هي أنه يتناسب مع العملية السريرية العفوية، التي لا تشتمل على فحص مريض ما حول ما إذا كانت كل سلسلة الاعراض موجودة أم لا، بل فحص ما إذا كانت خصائص المريض تتطابق مع واحدة من قوالب الاضطرابات النفسية التي قرر الطبيب السريري بشأنها بحسب التدريب الذي حصل عليه وخبرته السريرية (أنظر أيضاً 12). بالإضافة إلى ذلك، يقترح البعض من الأبحاث الحديثة التي تركز على العديد من فئات الاضطرابات النفسية (أي اضطرابات الشخصية واضطرابات الطعام واضطرابات القلق واضطرابات المزاج)، أن النظام التشخيصي الذي يقوم على النماذج البدائية المكررة، قد يكون موثقاً أكثر كنموذج مبدئي يقوم على المعايير التشغيلية والتي هي أكثر ألفة للمستخدم وذات

VALERIA DEL VECCHIO

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

تقوم منظمة الصحة العالمية (WHO) بتطوير الطبعة الحادية عشر من التقسيم الدولي للأمراض والمشكلات الصحية المتعلقة (ICD-11)، والذي نتوقع أن يكون إصداره عام 2015. تتشارك الـ WPA مع منظمة الصحة العالمية لإنتاج الفصل الذي يتحدث عن الاضطرابات النفسية والسلوكية. لقد تم تلخيص الأسس التي تقود تقدم هذا الفصل، وذلك من جانب مجموعة المشورة الدولية لمراجعة الاضطرابات النفسية والسلوكية التابعة للـ ICD-10 في الوثيقة التي تم نشرها في مجلة عالم الطب النفسي في يونيو من عام 2011 (1). تؤكد هذه المقالة على أنه يتم إنتاج هذا الفصل بالتشاور مع اصحاب مصالح لهم صلة بالأمر، والذين منهم الدول الأعضاء في منظمة الصحة النفسية والعديد من مجموعات الأطباء ومستخدمي خدمات الصحة النفسية وأسره، وأن الانتباه إلى إطار العمل الثقافي بمثابة عنصر أساسي. يُعتبر أمر المراجعة فرصة لتحسين الاستخدام السريري الخاص بالتقسيم، وبصفة خاصة في مواضع العناية الأولية وفي

- Behavioural Disorders. A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. World Psychiatry 2011;10:8692-.
2. Reed GM. Toward ICD-11: improving the clinical utility of WHO's International Classification of Mental Disorders. Prof Psychol Res Pract 2010;41:45764-.
 3. Gureje O, Reed G. Revising the classification of mental disorders: do we really need to bother? Int Rev Psychiatry 2012; 24:5113-.
 4. Maj M. Psychiatric diagnosis: pros and cons of prototypes vs. operational criteria. World Psychiatry 2011;10:812-.
 5. Westen D. Prototype diagnosis of psychiatric syndromes. World Psychiatry 2012; 11:1621-.
 6. Jablensky A. Prototypes, syndromes and dimensions of psychopathology: an open agenda for research. World Psychiatry 2012;11:223-.
 7. First MB. A practical prototypic system for psychiatric diagnosis: the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. World Psychiatry 2012;11:245-.
 8. Frances A. Prototypal diagnosis: will this relic from the past become the wave of the future? World Psychiatry 2012;11:26.
 9. 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;11:278-.
 10. Ayuso-Mateos JL. Prototype diagnosis of psychiatric syndromes and the ICD-11. World Psychiatry 2012;11:301-.
 11. Maj M. Adherence to psychiatric treatments and the public image of psychiatry. World Psychiatry 2013;12:1856-.
 12. Ortigo KM, Bradley B, Westen D. An empirically based prototype diagnostic system for DSM-V and ICD-11. In: Millon T, Krueger RF, Simonsen E (eds). Contemporary directions in psychopathology: scientific foundations of the DSM-V and ICD- 11. New York: Guilford, 2010:37490-.
 13. Westen D, Shedler J, Bradley R. A prototype approach to personality disorder diagnosis. Am J Psychiatry 2006;163:84656-.
 14. Westen D, Malone JC, DeFife JA.

لقد تم نشر مُدخلات فرقة عمل اضطرابات النمو الفكري التابعة لـ ICD-11 في مجلة علم الطب النفسي عام 2011 نشرها في مجلة عالم الطب النفسي عام 2011 (29)، وتم مخاطبتها في هذا العدد من الجريدة (30). هناك اقتراحات تقول بأنه يُمكن تعريف اضطرابات النمو الفكري (وهو مصطلح يحل محل «التخلف العقلي») بكونها «مجموعة من الحالات التنموية تتميز بضعف كبير في الوظائف المعرفية، والتي تكون مرتبطة بمحدوديات في التعلم والسلوكيات والمهارات التلاؤمية». لقد قامت مجموعة العمل بعد ذلك بالنصح بأن تُضم اضطرابات النمو المعرفي في التقسيم الأوسع لاضطرابات النمو العصبي، بحيث يتم الحفاظ على الفئات الفرعية الحالية والتي تقوم على الشدة السريرية، وأن يتم تعريف المشكلات السلوكية بكونها مظاهر مرتبطة.

لقد قدم حديثاً رئيس مجموعة عمل اضطرابات الذهان التابعة لـ ICD-11، تقريراً (31) عن نقاط التلاقي والتشعب المتوقعة بين نهج الـ ICD-11 والـ DSM-5 لتقسيم هذه الاضطرابات. ففي الـ ICD-11 كما في الـ DSM-5، ستكون الاعراض من المرتبة الأولى التابعة لشنيدر غير مؤكدة بما يكفي في تعريف الفصام، وسيتم أيضاً حذف الأنواع الفرعية للاضطراب، وسيتم إحلال هذه الأنواع الفرعية بستة علامات اعراض (اعراض إيجابية واعراض سلبية واعراض اكتئاب واعراض هوس واعراض حركية نفسية وضعف معرفي). وبعكس الـ DSM-5، نحن نتوقع أن يبقى الـ ICD-11 معيار مدة الشهر الواحد لتشخيص الفصام، وألا يشتمل الضعف الوظيفي كمعيار إلزامي. متاح أيضاً في المحاضرة الحالية تقارير تمهيدية عن تطور قسم الـ ICD-11 الذي يتحدث عن الاضطرابات النفسية لدى الأطفال والمراهقين (32) والضعف الجسدية والاضطرابات التفارقية (33) واضطرابات الشخصية (34). يُمكنك أيضاً إيجاد مواضيع عامة بصفة أكبر عن مواضيع تشخيصية ترتبط بتقسيمات الـ DSM-5 والـ ICD-11، وذلك في العدد الحالي من مجلة عالم الطب النفسي (35-45).

سيتم تنفيذ الاختبار المجالي الذي يقوم على الأنترنت، وذلك عن طريق شبكة الممارسة السريرية الدولية، والتي تتكون في الوقت الحالي من ما يزيد عن 7.000 ممارساً في مجال الصحة النفسية والعناية الأولية (www.globalclinicalpractice.net).

المراجع:

1. International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and

شديدة، وذلك بواسطة علامات. هناك توقعات تقول بأنه يُتوقع أن يُعرف الاضطراب الثنائي القطب الـ II بكونه كيان تشخيصي مميز في الـ ICD-11، بينما في الـ ICD-10 هناك فقط ذكر عنه من بين «الاضطرابات الثنائية القطب الوجدانية». وسيشمل التشعب بين الـ ICD-11 والـ DSM-5 خصائص مختلفة لحالات مختلطة واضطرابات فصامية عاطفية، بالإضافة إلى ذلك، سيقوم الـ ICD-11 باستيعاب «التفاعلات الطبيعية تجاه الحرمان التي تتناسب مع ثقافة الفرد المعني»، وذلك من تشخيص نوبات الاكتئاب التي تتماشى مع الـ ICD-10 وتختلف عن الـ DSM-5 (أنظر 20-26).

لقد تم تقديم التأكيدات على التلاقي والتشعب المتوقع بين الـ ICD-11 والـ DSM-5 في تقسيم الاضطرابات التي تتعلق بالضغط، وذلك في وثيقة حديثة تتبع مجلة عالم الطب النفسي (27). أما في الـ ICD-11، فإن التقسيم الجديد المتوقع للاضطرابات التي «ترتبط بصفة خاصة بالضغط» ستشمل اضطرابات التكيف (والتي سيتم وصفها بمراجعة كبيرة، شاملاً تخصيصاً زائداً للأعراض)، واضطرابات كرب ما بعد الصدمة (PTSD) (الذي سيكون تشخيصه قائماً على ثلاثة اعراض أساسية تم تعريفها جيداً) و PTSD معقد (فئة جديدة تتميز بارتباك في مجال العاطفة ومفهوم الذات وطبيعة العلاقات، بالإضافة إلى الثلاثة خصائص الأساسية للـ PTSD). سيتم تعريف تفاعلات الضغوط الشديدة بكونها تفاعلات طبيعية، وبالتالي تُقسّم في الفصل الذي يتوافق مع «العوامل التي تؤثر على الحالة الصحية والاتصال بالخدمات» التابعة لـ ICD-10 (بينما لا يزال «اضطراب الضغوط الشديدة» متضمناً في قسم الاضطرابات التي تتعلق بالضعف والصدمات في الـ DSM-5).

لقد تم تلخيص الاقتراحات الخاصة بقسم الـ ICD-11 عن اضطرابات التغذية والطعام، وذلك في مجلة خاصة لمجلة عالم الطب النفسي (28)، وتشمل هذه توسيعاً لفئة القهم العصبي عن طريق طرح متطلبات انقطاع الطمث، ومد فئة الوزن إلى أي فئة خفض وزن هامة ومد فئة المعرفة لتشمل مظاهر تتعلق بصورة ثقافية وتطورية. بالإضافة إلى ذلك، من المتوقع أن يعمل تناسب لعامل الشدة «بوزن منخفض بصورة خطيرة» على تمييز الحالات الشديدة من القهم العصبي التي تحمل أكثر العلامات خطورة. ومن المحتمل أن تمتد فئة النهام العصبي لتشمل الفرط في تناول الطعام، وسيتم تضمين اضطراب فرط تناول الطعام كفئة تشخيص معينة، تتفق مع الـ DSM-5.

- 2013;12:928-.
36. Garb HN. Cognitive and social factors influencing clinical judgment in psychiatric practice. *World Psychiatry* 2013;12: 10810-.
 37. Frances A. The past, present and future of psychiatric diagnosis. *World Psychiatry* 2013;12:1112-.
 38. 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;12:1137-.
 39. Ghaemi SN. Taking disease seriously in DSM. *World Psychiatry* 2013;12:2102-.
 40. McGorry PD. The next stage for diagnosis: validity through utility. *World Psychiatry* 2013;12:2135-.
 41. Maj M. Mental disorders as «brain diseases» and Jaspers' legacy. *World Psychiatry* 2013;12:13-.
 42. Parnas J. The Breivik case and «conditio psychiatrica». *World Psychiatry* 2013;12: 223-.
 43. Bolton D. Should mental disorders be regarded as brain disorders? 21st century mental health sciences and implications for research and training. *World Psychiatry* 2013;12:245-.
 44. 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;12:4452-.
 45. Berrios GE, Markova IS. Is the concept of «dimension» applicable to psychiatric objects? *World Psychiatry* 2013;12:768-.
 - the DSM-5 diagnosis of major depression. *World Psychiatry* 2013;12:8991-.
 26. Wakefield JC. DSM-5 grief scorecard: assessment and outcomes of proposals to pathologize grief. *World Psychiatry* 2013; 12:1713-.
 27. Maercker A, Brewin CR, Bryant RA et al. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry* 2013;12:198206-.
 28. Uher R, Rutter M. Classification of feeding and eating disorders: review of evidence and proposals for ICD-11. *World Psychiatry* 2012;11:8092-.
 29. 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;10:17580-.
 30. BertelliMO, Salvador-Carulla L, Scuticchio D et al. Moving beyond intelligence in the revision of ICD-10: specific cognitive functions in intellectual developmental disorders. *World Psychiatry* 2014;13:934-.
 31. Gaebel W, Zielasek J, Cleveland H-R. Psychotic disorders in ICD-11. *Die Psychiatrie* 2013;10:117-.
 32. Rutter M, Uher R. Classification issues and challenges in child and adolescent psychopathology. *Int Rev Psychiatry* 2012; 24:51429-.
 33. Creed F, Gureje O. Emerging themes in the revision of the classification of somatoform disorders. *Int Rev Psychiatry* 2012; 24:55667-.
 34. Tyrer P, Crawford M, Mulder R et al. Reclassifying personality disorders. *Lancet* 2011; 377:18145-.
 35. Regier DA, Kuhl EA, Kupfer DJ. The DSM- 5: classification and criteria changes. *World Psychiatry* 2012;11:17280-.
 15. 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.
 16. Volpe U. WPA contribution to the development of the chapter on mental disorders of the ICD-11: an update. *World Psychiatry* 2013;12:1834-.
 17. Maj M. Mood disorders in ICD-11 and DSM-5. A brief overview. *Die Psychiatrie* 2013;10:249-.
 18. Maj M. Validity and clinical utility of the current operational characterization of major depression. *Int Rev Psychiatry* 2012; 24:5307-.
 19. Maj M, Reed GM (eds). The ICD-11 classification of mood and anxiety disorders: background and options. *World Psychiatry* 2012;11(Suppl. 1).
 20. Maj M. Bereavement-related depression in the DSM-5 and ICD-11. *World Psychiatry* 2012;11:12-.
 21. 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;11:310-.
 22. Corruble E. The bereavement exclusion may not be applicable in real world settings. *World Psychiatry* 2012;11:202.
 23. Pies R. Was the bereavement exclusion originally based on scientific data? *World Psychiatry* 2012;11:203.
 24. Wakefield JC, First M. Fallacious reasoning in the argument to eliminate the major depression bereavement exclusion in DSM-5. *World Psychiatry* 2012;11:2045-.
 25. Maj M. «Clinical judgment» and

DOI 10.1002/wps.20095

المجلة العالمية للطب النفسي

الناطقة باسم الجمعية العالمية للطب النفسي



www.arabpsynet.com/Journals/WJ/ArabicWP-Feb2014.pdf

