

المجلة العالمية للطب النفسي

الناطقة باسم الجمعية العالمية للطب النفسي

فبراير ٢٠١٣



المجلد الثاني عشر - العدد الأول

محتويات العدد

- ٤٣ هل نرتكب خطأً عندما نستبعد بعض الأمور؟ مخاطبة تدين المرضى النفسيين
S.G. HANSDAK, R. PAULRAJ
- ٤٣ العقيدة الدينية والصحة النفسية: أهو سلاح ذو حدين أم علاج واهب للحياة؟
D. GREENBERG
- ٤٥ فك تشابك العلاقة بين العقيدة الدينية والطب النفسي
J.J. LÓPEZ-IBOR JR, M.I. LÓPEZ-IBOR,
S. GONZÁLEZ-VIVES, J. GARCÍA-ALBEA
- ٤٦ موضوع «معدّد» يطلب قيادة واضحة
P.J. VERHAGEN
- ٤٩ حالة بريفيك وما يُمكن أن يستفيد الأطباء النفسيون منها
I. MELLE
- ٤٩ حالة بريفيك والحالة النفسية «الكونديتيو سايكاتريكا»
J. PARNAS
- ٥٦ أثناء الأزمة الاقتصادية
M. ECONOMOU, M. MADIANOS, L.E. PEPOU,
C. THELERITIS, A. PATELAKIS ET AL
- ٦٣ تدعيم البطالة: فاعلية التكاليف في ستة مواقع أوروبية
M. KNAPP, A. PATEL, C. CURRAN, E. LATIMER,
J. CATTY ET AL
- ٧٢ قد نسمع من يقول، «لقد خسرت كل شيء في لحظة واحدة»:
التعامل مع الأسى والفقدان بعد الكوارث الطبيعية
S. EKANAYAKE, M. PRINCE, A. SUMATHIPALA,
S. SIRIBADDANA, C. MORGAN
- ٧٩ هل ينطبق التعبير «بُعد» على الأشياء التابعة للطب النفسي؟
G.E. BERRIOS, I.S. MARKOVÁ
- ٨٢ عندما يبلغ الأطفال المصابين بالذاتوية سن الرشد
F.R. VOLKMAR, J.M. WOLF
- ٣٦ التدين هو سمة شخصية لا يستهان بها في الطب النفسي
H.M. VAN PRAAG
- ٣٧ العقيدة الدينية والصحة النفسية:
إسهامات علم الإنسان الاجتماعي
S.L. DEIN
- ٣٨ التقييم الروحي كجزء من التقييم النفسي الروتيني:
المشاكل والآثار المترتبة عليها
P. HUGUELET, O. MANDHOJ
- ٤٠ العقيدة الدينية والصحة: كلمنا عرفنا أكثر كلما رغبتنا في معرفة المزيد
A. MOREIRA-ALMEIDA
- ٤١ العقيدة الدينية والطب النفسي: من الصراع وحتى الاتفاق
TYRONE D. M. BAETZ
- ٤٩ حالة بريفيك والحالة النفسية «الكونديتيو سايكاتريكا»
J. PARNAS
- ٥٦ أثناء الأزمة الاقتصادية
M. ECONOMOU, M. MADIANOS, L.E. PEPOU,
C. THELERITIS, A. PATELAKIS ET AL
- ٦٣ تدعيم البطالة: فاعلية التكاليف في ستة مواقع أوروبية
M. KNAPP, A. PATEL, C. CURRAN, E. LATIMER,
J. CATTY ET AL
- ٧٢ قد نسمع من يقول، «لقد خسرت كل شيء في لحظة واحدة»:
التعامل مع الأسى والفقدان بعد الكوارث الطبيعية
S. EKANAYAKE, M. PRINCE, A. SUMATHIPALA,
S. SIRIBADDANA, C. MORGAN
- ٧٩ هل ينطبق التعبير «بُعد» على الأشياء التابعة للطب النفسي؟
G.E. BERRIOS, I.S. MARKOVÁ
- ٨٢ عندما يبلغ الأطفال المصابين بالذاتوية سن الرشد
F.R. VOLKMAR, J.M. WOLF
- ٣٦ التدين هو سمة شخصية لا يستهان بها في الطب النفسي
H.M. VAN PRAAG
- ٣٧ العقيدة الدينية والصحة النفسية:
إسهامات علم الإنسان الاجتماعي
S.L. DEIN
- ٣٨ التقييم الروحي كجزء من التقييم النفسي الروتيني:
المشاكل والآثار المترتبة عليها
P. HUGUELET, O. MANDHOJ
- ٤٠ العقيدة الدينية والصحة: كلمنا عرفنا أكثر كلما رغبتنا في معرفة المزيد
A. MOREIRA-ALMEIDA
- ٤١ العقيدة الدينية والطب النفسي: من الصراع وحتى الاتفاق
TYRONE D. M. BAETZ

الجمعية العالمية للطب النفسي (WPA)

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

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

www.wpanet.org

الهيئة الإدارية للجمعية العالمية للطب النفسي

الرئيس: M. Maj (Italy)

الرئيس المنتخب: P. Ruiz (USA)

السكرتير العام: L. Küey (Turkey)

سكرتير الشؤون المالية: T. Akiyama (Japan)

سكرتير شؤون الاجتماعات: T. Okasha (Egypt)

سكرتير شؤون التعليم: A. Tasman (USA)

سكرتير شؤون الطباعة: H. Herrman (Australia)

سكرتير شؤون الأقسام: M. Jorge (Brazil)

سكرتارية الجمعية العالمية للطب النفسي

Psychiatric Hospital, 2 Ch. du Petit-Bel-Air,

1225 Chêne-Bourg, Geneva, Switzerland.

Phone: +41223055736; Fax: +41223055735;

E-mail: wpasecretariat@wpanet.org.

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

رئيس مجلس الإدارة: عبد الغني الأنصاري

الترجمة من الأنكليزية للعربية: أميره عاطف

المجلة العالمية للطب النفسي

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

تقارير الأبحاث التي تتضمن معلومات غير منشورة مرحب بها لتحال الى المجلة. الأبحاث يجب أن تقسم الى أربعة أقسام التعريف، الطريقة، النتائج و المناقشة. المراجع يجب أن ترقم بالتتالي في النص و جدول في نهاية الموضوع كالأسلوب التالي:

1. Bathe KJ, Wilson EL. Solution methods for eigenvalue problems in structural mechanics. Int J Num Math Engng 1973;6:213-26.
2. McRae TW. The impact of computers on accounting. London: Wiley, 1964.
3. Fraeijis de Veubeke B. Displacement and equilibrium models in the finite element method. In: Zienkiewicz OC, Hollister GS (eds). Stress analysis. London: Wiley, 1965:145-97.

جميع الأحالات يجب أن ترسل الى مكتب رئيس التحرير.

رئيس التحرير:

M. Maj (Italy)

مساعد رئيس التحرير:

H. Herrman (Australia)

أعضاء هيئة التحرير:

P. Ruiz (USA), L. Küey (Turkey), T. Akiyama (Japan),
T. Okasha (Egypt), A. Tasman (USA), M. Jorge (Brazil)
هيئة التحرير الاستشارية:

H.S. Akiskal (USA), R.D. Alarcón (USA) S.Bloch (Australia), G. Christodoulou (Greece), J. Cox (UK), H.Freeman (UK), M. Kastrup (Denmark), H. Katschnig (Austria), D. Lipsitt (USA), F. Lolas (Chile), J.J. López-Ibor (Spain), J.E.Mezzich (USA), R. Montenegro (Argentina), D. Moussaoui (Morocco), P. Munk-Jorgensen (Denmark), F. Njenga (Kenya), A. Okasha (Egypt), J. Parnas (Denmark), V. Patel (India), N.Sartorius (Switzerland), B. Singh (Australia), P. Smolik (Czech Republic), R. Srinivasa Murthy (India), J. Talbott (USA), M.Tansella (Italy), S. Tyano (Israel), J. Zohar (Israel).

مكتب رئيس التحرير:

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

رئيس مجلس الإدارة:

Vincenzo Coluccia (Italy)

المدير المسؤول:

Emile Blomme (Italy)

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

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

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

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

المجلة العالمية للطب النفسي

هيئة التحرير باللغة العربية

رئيس التحرير:

أحمد عكاشه

أعضاء هيئة تحرير:

المملكة العربية السعودية

طارق الحبيب

المملكة الأردنية الهاشمية

وليد سرحان

المملكة المغربية

دريس موسى

مملكة البحرين

شارلوت كامل

إمارة دولة الكويت

صلاح عيد

الإمارات العربية المتحدة

طارق درويش

طلعت مطر

دولة فلسطين

بسام الإشهب

جمهورية مصر العربية

طارق عكاشه

احمد عبد اللطيف

الجمهورية اللبنانية

ايلى كرم

الجمهورية التونسية

جمال التركي

الجمهورية الليبية

على الرويعى

الجمهورية العراقية

قاسم العوادي

جمهورية السودان

عبد الله عبد الرحمن

الجمهورية العربية السورية

بيار شينيارا

الجمهورية الجزائرية

فريد كاشا

تقدير

تم دعم وترجمه ونشر عدد فبراير 2013 للمجلة العالمية للطب النفسي باللغة العربية بواسطة AstraZeneca ونقدر هذا المجهود

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

الاضطرابات النفسية مثل «الأمراض العقلية» والإرث الذي تركه لنا جاسبير

MARIO MAJ

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

RT-VI-MSD على أنها «أنواع طبيعية». وبالنسبة لشارني وآخرين (٧، ص ٤٣) يقولون، «إن كل أو ربما أغلب الأعراض التكتلية الحالية لل MSD لن تتحد في آخر الأمر في حالات مرضية محددة».

إن العنصر الثاني للمناقشة الحالية والذي يتصدى للتحليل الذي قدمه جاسبير هو النقد الخاص (٨) بجريسينجر ماكسيم والتي تقول، «إن كل الأمراض النفسية هي أمراض مخيئة» (انظر المقالة التاسعة من هذا العدد للمجلة). أما جاسبير فيعلق على هذه الحكمة بقوله «أنها مجرد عقيدة» (١، ص ٦٩٤) ويتابع قائلاً، «نحن نعلم وبصفة عامة انه لا يمكن أن يوجد حدث نفسي بدون وجود شرط مسبق لبعض الأسس الجسدية؛ وليس هناك ما يُعرف بـ «الأشباح» (١، ص ٩٥٤)، بل أن «الأمراض الدماغية ما هي إلا واحدة من بين العديد من أسباب الاضطرابات النفسية» (١، ص ٦٩٤). يقول بولتون (١٠) أن حدوث تلف في ركيزة الجهاز العصبي ليس السبب الرئيسي وراء حدوث فشل في الوظائف النفسية لدى المرء، فيشير بولتون بحسب نموذج دينيت (١١) أنه كما يمكن تفسير الحركات اللاعقلانية التي في لعبة الشطرنج على الحاسوب ليس فقط من خلال «رؤية جسدية» (دائرة صغيرة وسخونة مفرطة وصمامات محترقة) بل أيضاً من خلال «رؤية تصميمية» (البرمجة التي دون المستوى الأمثل)، قد يتضمن أيضاً الاختلال الوظيفي النفسي أضراراً أو شذوذاً وظيفية للعقل، لكن أيضاً وكمثال قواعد التشغيل الغير قادرة على التأقلم والتي تُكتسب عن طريق التعليم. إن قواعد التشغيل الغير قادرة على التأقلم هذه ستُنفذ بالتأكيد عبر المخ، لكن لا يعني هذا أنه لا بد من وجود اختلال وظيفي حقيقي للدوائر العصبية (من الممكن أن يُنفذ برنامج تشغيل لعبة الشطرنج من دون المستوى الأمثل عبر معدات حاسوب سليمة). وبالطبع وكما عرّف جاسبير أن الأحداث النفسية الأولية قد تنتج خللاً عقلياً وظيفياً («قد تنتج الظواهر النفسية الأولية») (١، ص ٦٩٤)، إلا أن هذا ليس احتمالاً وليس شرطاً أساسياً. لقد قدم كيندلر مثلاً يتشابه مع الذي قدمه دينيت وأعاد بولتون استخدامه، عن الشاب الذي يقوم بتحليل إحصائي على حاسوبه ويحصل على النتيجة الخطأ وذلك لأنه أخطأ في برنامجه الإحصائي، ويحاول أن يجد حلاً لهذه المشكلة بأن يفك ظهر حاسوبه وينزع لوحة الذاكرة محاولاً الوصول إلى اللحام الحديدي على أمل العثور على وصلة مفكوكة في اللحام بينما أنه لا يوجد أي من هذه.

يقول جاسبير أنه حتى عندما توجد عملية مخيئة مرضية أولية لن يكون هناك اتصالاً بين هذه العملية المخيئة والحدث النفسي الذي ينتج عنه، ويتابع جاسبير قائلاً، «إننا لا نعرف حدثاً جسدياً واحداً في المخ قد يُعتبر النظير المماثل لأي حدث نفسي مرضي، لكننا نعرف فقط عوامل شرطية للحياة النفسية، إلا أننا لا نعرف السبب الرئيسي وراء الحدث النفسي بل مجرد السبب» (١، ص ٩٥٤). بالإضافة إلى ذلك، يقول جاسبير، «إن التصرف النفسي المميز لحالات المرء يحدد النوع المعين من التفاعلات النفسية لنهج الأمراض الدماغية» (١، ص ٨٥٤)، وبالتالي فقد يتشابه

إننا نحتفل هذا العام بالعيد السنوي المئوي لإصدار الطبعة الأولى لكتاب كارل جاسبير، وهو ما جاء تحت اسم «علم النفس المرضي العام» (١)، وقد لاحظ بعض الكتاب تشابهاً جزئياً هاماً بين الأحداث التاريخية التي ظهرت فيها هذه الكتابات الكلاسيكية وبين الأحداث التاريخية الحاضرة، ومن ابرز أوجه التشابه هي أن الحماسة التي جلبتها اليوم فترة من التقدم الاستثنائي في البحث في علوم الأعصاب، تماماً مثلما حدث منذ قرن مضى، يلاحقها فترة من خيبة الأمل، وذلك بسبب وجود علاقة محدودة بين هذا التقدم الذي حدث والشروح الفسيولوجية المرضية للاضطرابات العقلية. وقد تعامل مجال الطب النفسي مع خيبة الأمل هذه بطريقة كان لها صداها في الدراسة التحليلية التي قدمها جاسبير مما أدى إلى ازدياد أهمية ما حققه في علم النفس المرضي العام.

وتماشياً مع التحاليل التي قدمها جاسبير، أول كل شيء هو الاعتراف بمحدودية النموذج العلمي لطب القرن التاسع عشر (فيما يخص تعريف الأعراض والعلامات وإنشاء المتلازمات والعناية وبعد ذلك إيجاد وسائل بيولوجية بإمكانها شرح الأعراض) عند تطبيقه على علم النفس. كان يبدو هذا النموذج أنه نافع في حالات الشلل الجزئي الذي يصيب من يعانون بالجنون، لكن وكما لاحظ جاسبير، لم تكن هذه الحالة المرضية «نموذجاً مثالياً للأبحاث النفسية الإكلينيكية» (١، ص ٦٦٥). في حقيقة الأمر، إن أعراض الذهان التي تحدث في حالات الشلل الجزئي العام تختلف تماماً عن حالات الذهان الأخرى المرتبطة بالأمراض العقلية، وكذلك أيضاً الاعراض النفسية وتسلسل الظواهر النفسية التي تظهر في خلال المرض» (١، ص ٦٦٥). ويقول جاسبير بعيداً عن الشلل الجزئي العام، «لم يكن هناك أيه تحقيق لما كنا نأمل أن تنتج الملاحظة الإكلينيكية للظاهرة النفسية لتاريخ الحياة والنتائج عنه، أي أن تنتج خاصية التقسيمات والتي سيتم تأكيدها لاحقاً في الاكتشافات الدماغية» (١، ص ٨٦٥). «إن فكرة كينونة المرض هي بحق فكرة في مفهوم كانت (tnak) عن العالم» (١، ص ٩٦٥)، وحتى في حالات الفصام واضطراب الاكتئاب الهوسي» دائماً ما يتم تأكيد تشخيص المرء بأنواع معينة» (١، ص ١١٦) وفي الواقع ما هي إلا تركيبات خيالية ذات حدود مبهمه (١، ص ٦٥).

يقوم الآن العديد من القادة باستخدام هذه المواضيع لأغراض أخرى في مجال الطب النفسي، فيقول فيرست (٤، ص ٣١)، «بجانب تعريف البكتريا لولبية الشكل بأنها العامل المسبب الذي تقوم عليه اضطرابات الذهان والشلل الجزئي للجنون، إلا أن نموذج القرن التاسع عشر الاختزالي الخاص بالأمراض لم يكن تطبيقه بالأمر الممكن لأيه أعراض نفسية أخرى». أما بالنسبة لكوفبير وآخرين (٥، ص XIX) فيقولون، «إن جعل كينونة الـ VI-MSD أداة إلى حد اعتباره معادلاً للأمراض هو أمر لا يشرح اكتشافات الأبحاث بل يزيد غموضاً». أما بالنسبة لهايمان (٦، ص XIX) فيقول، «لقد عمل كل العلماء الذين يحاولون اكتشاف التدييمات الوراثية والعصبية للأمراض على تجسيد الاضطرابات المدرجة في الـ

- psychiatry. In: Fulford KWM, Morris KJ, Sadler JZ et al (eds). *Nature and narrative: an introduction to the new philosophy of psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 2003:1-41.
3. Broome MR. Jaspers and neuroscience. In: Stanghellini G, Fuchs T (eds). *One century of Karl Jaspers' General Psychopathology*. Oxford: Oxford University Press (in press).
4. First MB. The National Institute of Mental Health Research Domain Criteria (RDoC) project: moving towards a neurosciencebased diagnostic classification in psychiatry. In: Kendler KS, Parnas J (eds). *Philosophical issues in psychiatry II: nosology*. Oxford: Oxford University Press, 2012:12-8.
5. 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.
6. Hyman SE. Foreword. In: Phillips K, First M, Pincus H (eds). *Advancing DSM: dilemmas in psychiatric diagnosis*. Washington: American Psychiatric Association, 2003:xi-xix.
7. Charney DS, Barlow DH, Botteron K et al. Neuroscience research agenda to guide development of a pathophysiologically based classification system. In: Kupfer DJ, First MB, Regier DE (eds). *A research agenda for DSM-V*. Washington: American Psychiatric Association, 2002:31-83.
8. Griesinger W. *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*. Stuttgart: Krabbe, 1845.
9. Bolton D. Should mental disorders be regarded as brain disorders? 21st century mental health sciences and implications for research and training. *World Psychiatry* 2013;12:24-5.
10. Bolton D. *What is mental disorder? An essay in philosophy, science, and values*. Oxford: Oxford University Press, 2008.
11. Dennett D. *Brainstorms: philosophical essays on mind and psychology*. Sussex: Harvester, 1979.
12. Kendler KS. Toward a philosophical structure for psychiatry. *Am J Psychiatry* 2005;162:433-40.
13. Sanislow CA, Pine DS, Quinn KJ et al. Developing constructs for psychopathology research: Research Domain Criteria. *J Abnorm Psychol* 2010;119:631-9.
14. Bolton D. Classification and causal mechanisms: a deflationary approach to the classification problem. In: Kendler KS, Parnas J (eds). *Philosophical issues in psychiatry II: nosology*. Oxford: Oxford University Press, 2012:6-11.
15. Ghaemi SN. *Nosologomania: DSM & Karl Jaspers' critique of Kraepelin*. *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine* 2009;4: 10.
16. Bolton D. What is psychiatric disease? A commentary on Dr Ghaemi's paper. In: Kendler KS, Parnas J (eds). *Philosophical issues in psychiatry II: nosology*. Oxford: Oxford University Press, 2012:54-7.
17. Strauss JS. Subjective experiences of schizophrenia:

نهج دماغي محدد مع مختلف الأحداث النفسية. إن هذه الأحاديث التي قدمها الكثيرون تتصدى الاعتراف الراهن الذي يقول، «إن أي اضطراب (نفسى) محدد يُمكن أن تُحده تشويشات فى العديد من التقنيات، وأيضًا قد تساهم تقنية واحدة محددة فى علم الأمراض العقلية فى عدد كبير من الاضطرابات» (٣١، ص ٢٣٦)، وحتى فكرة وجود مسار عصبي نهائي مشترك لا يؤدي إلى العديد من المحددات بل إلى عرض سريري واحد وهذا «أمر تجريبي وليس أمرًا بديهياً» (٤١، ص ٠١).

وبهذا المعنى لا ينبغي أن نهمّل عدم التجانس الأساسي للاضطرابات النفسية. «إن علم النفس الكرايبيلينيان الأمريكي المعاصر ... يمارس كما لو كان هناك التزامات بيولوجية لأكثر من ٠٠٣ كيان MSD مُعرّف» (٥١، ص ٧)، بينما من الممكن أن يُطبّق النموذج البيولوجي فقط على القليل من الاضطرابات النفسية، مثل «الفصام، الاضطراب الاكتئابي الهوسى، الاكتئاب السودوي واضطراب الوسواس القهري» (٦١، ص ٦٥). تتصدى هذه التصريحات الحديثة التقسيمات التي قام بها جاسبير للاضطرابات النفسية، وهي مكونة من ثلاثة مجموعات وهم: الأمراض المخية \ الدماغية (مثل الزهايمر) وحالات الذهان الشديدة (مثل الفصام والاضطراب الاكتئابي الهوسى) واضطرابات الشخصية (والتي تشمل الأعراض العصبية وشذوذ الشخصية) - وهذه «تختلف بشكل أساسي عن بعضهم البعض» (١، ص ٠١٦) ولا تتساوى قابلية دخولهم على الأبحاث البيولوجية (قد تمثل الأمراض التابعة للمجموعة الثالثة «اختلافات الطبيعة البشرية»).

أخيراً، إن تأكيدات جاسبير على «محاولة المريض للتعافي من المرض» والذي منه «التطور الشاق لنظام خيالي من خبرات خيالية» هو بمثابة أفضل الأمثلة، وهو يتصدى الفكرة المعاصرة التي تقول «أن دور الإنسان فى الاضطرابات النفسية ليس أمرًا بسيطًا وهو مجرد امرغير فعال لمرض يُعالج باستخدام العقاقير الطبية» (٧١، ص ٢٨١)، وأن تفاعلات الاضطرابات الشخصية بالأمر الأساسي فى تشكيل الأعراض الخاصة بعلم الأمراض النفسية. وبالتالي لا ينبغي أن تكون فقط الخبرة الأولية الشخصية للمريض هي الركيزة الأساسية لعلم الدراسات النفسية والاستفسارات العلمية العصبية، بل من الممكن أن يقدم «اتجاه المريض نحو مرضه» (١، ص ٤١٤) هدفًا للأبحاث والتدخلات.

إن هذه مجرد أمثلة قليلة عن الأمور الفلسفية الأساسية فى علم النفس وهي ذات صلة بالموضوع وذلك لأنها تعود إلى قرن واحد مضى، وتُقدّم هذه الأمثلة أنه بالرغم من أن أنظمتنا التشخيصية قد تكون مُصممة كـ «نظريات»، إلا أن علم النفس الحاضر لا يحتاج إلى فلسفة لتقوده. «إن ظن احد أن بإمكانه استثناء الفلسفة واعتبارها أمر عديم الفائدة، ستهزمه الفلسفة أخيراً بشكل ما» (١، ص ٠٧٧) إن هذا هو أحد الأسباب (انظر أيضًا ٨١-٢٢) التي وراء إعادة النظر فى «علم النفس العام» الخاص بجاسبير، والذي قد يقدم فى عيده السنوي المثوي تمرينًا نافعا لكل من له علاقة بأبحاث علم النفس وممارسته.

المراجع:

1. Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin: Springer, 1913. English translation of the 7th edition: *General psychopathology*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1997.
2. Fulford KWM, Morris KJ, Sadler JZ et al. *Past improbable, future possible: the renaissance in philosophy and*

20. Parnas J. Rediscovering psychopathology: the epistemology and phenomenology of the psychiatric object. *Schizophr Bull* (in press).
21. Fulford B, Stanghellini G, Bolton D. Person-centered psychopathology of schizophrenia. Building on Karl Jaspers' understanding of the patient's attitude towards his illness. *Schizophr Bull* (in press).
22. Maj M. Karl Jaspers and the genesis of delusions in schizophrenia. *Schizophr Bull* (in press). DOI 10.1002/wps.20000
- toward a new dynamic psychiatry — II. *Schizophr Bull* 1989;15:179-87.
18. Maj M. The relevance of Jaspers' General Psychopathology to current psychiatric debate. In: Stanghellini G, Fuchs T (eds). *One century of Karl Jaspers' General Psychopathology*. Oxford: Oxford University Press (in press).
19. Mishara A, Fusar-Poli P. The phenomenology and neurobiology of delusion-formation during psychosis onset: Jaspers, Truman signs and aberrant salience. *Schizophr Bull* (in press).

الذهان الثانوي: مواكبة للجديد

MATCHERI S. KESHAVAN¹, YOSHIO KANEKO²¹Beth Israel Deaconess Medical Center and Harvard Medical School, Boston, MA; ²Longwood Psychiatry Residency Training Program and Harvard Medical School, Boston, MA, USA

تُسمى كل اضطرابات الذهان التي تنتج عن مرض ما معروف أو عن استخدام عقاقير ما بالذهان الثانوي. سنقوم أولاً في هذه المقالة بمراجعة التطور التاريخي لمفهوم الذهان الثانوي وما يقابله من الذهان الأولي، وكيف أن هذه المفارقة حلت محل التقسيمات الأولى للذهان العضوي والوظيفي المضللة، وسنقوم بعد ذلك باستعراض المظاهر الإكلينيكية ونقرب من تشخيصات اضطرابات الذهان الثانوي. إن بعض السمات مثل العروض الغير نمطية، والعلاقة المؤقتة مع مسبب طبي واضح، والدليل على وجود علاقة فسيولوجية مباشرة للعامل المسبب للمرض، وغياب الدليل على وجود ذهان أولي يُمكن أن يفسر العرض بطريقة أفضل، إن كل هذا يقترح إمكانية وجود ذهان ثانوي. أخيراً سنقوم بمناقشة كيف يُمكن أن تساعد الدراسات الدقيقة لاضطرابات الذهان الثانوي في توضيح فسيولوجيا اضطرابات الذهان الأولي أو الاضطرابات المجهولة السبب مثل الفصام (مرض الفصام)، وسنقوم بشرح هذا الأمر في صورة مناقشة لثلاثة أنواع من اضطرابات الذهان الثانوي وهم: الذهان المتعلق بالصرع الفصي المؤقت ومتلازمة الوجه والقلب الساترة ومستقبلات التهاب الدماغ مثل NMDA، وبإمكان كل هؤلاء وبالتالي أن يقدموا نماذج تشرح عصبية ووراثية وكيميائية عصبية للأسباب المحفزة للفصام.

كلمات مفتاحية: ذهان ثانوي، صرع فصي مؤقت، متلازمة الوجه والقلب الساترة، مستقبلات التهاب الدماغ NMDA، الفصام.

(عالم الطب النفسي 2013: 15-4.12)

عامة مختصرة لما هو معروف في هذا الصدد وأيضاً أن نقدم نهجاً للتشخيصات التفريقية لاضطرابات الذهان الأولية والثانوية.

اضطرابات تظهر مع أعراض الذهان الثانوي

من الممكن أن يظهر فعلياً تأثيراً لأي عقاقير أو أدوية يصفها الطبيب أو حتى حالة طبية تؤثر على وظائف الجهاز العصبي في صورة أعراض نفسية والتي منها الذهان (انظر الجدول رقم ١). قد يقدم تكتيكات مقوى الذاكرة TACTICS MDS USE طريقة سهلة تمكن الطبيب الإكلينيكي من تذكر المجموعات الرئيسية للاضطرابات عند التشخيصات التباينية.

صدمة إصابات المخ

لقد تم طرح صدمة إصابات المخ (TBI) كعامل خطر للإصابة بالذهان الذي يشبه الفصام، بالرغم من أنه كان هناك القليل من الدراسات الممنهجة عن العلاقة بين هاتين الحالتين.

لقد تولى فوجي واحمد (٣) مراجعة تقارير الحالة التي قاما فيها بتطبيق معيار الـ DSM-IV بأثر رجعي على ٦٩ حالة، وقد توصلوا إلى أن الـ TBI قد يكون أما كمسبب أولي للذهان أو أنه يُشارك في تطوير الذهان عن طريق إحداث نوبات صرع، وذلك بالرغم من أن هذه الدراسة كانت محدودة بسبب تباين تقارير الحالة.

لقد قامت دراسة جماعية على ٣٥٥٢ محارباً فنلندياً أثناء الحرب العالمية الثانية بتقديم تقرير أوضح أن معدل الذهان بلغ ٨,٩% بعد TBI، ولكن نسبة الإصابات المفتوحة والإعتلالات المشتركة المحتملة وعدم وجود أدوات تشخيص قياسية، تدعو كل التشكيك في تعميم هذه الاكتشافات.

لقد عمل تقسيم اضطرابات الذهان على توليد المزيد والمزيد من الجدل، فقد سادت فكرة إمكانية تصنيف الذهان في قائمة علم الأمراض التشريحية (أي العضوية) وقائمة الأمراض الغير تشريحية (أي الوظيفية) لأكثر من قرن من الزمان (١)، لكن لسوء الحظ عمل هذا التقسيم على تضليل المجال ذاته وخاصة في خلال العقود الأولى من القرن العشرين، أي عندما كانت الأمراض الوظيفية متساوية مع الأمراض النفسية وكانت مسببات الفصام ترجع إلى عوامل نفسية مثل طريقة تربية الوالدين للأبناء.

لقد رأيت العقود الأخيرة إدراكاً متنامياً أنه لمن الأكثر فائدة أن يتم تقسيم الاضطرابات النفسية إلى ثانوية وذلك عندما يكون مسبب الأعراض مرض طبي معروف أو لاستخدام عقاقير ما، أو أولي (أي مجهول السبب) وذلك عندما يتعذر الجزم بأن الأعراض تتبع مسببات أخرى. ومن هذا المنطلق، قدم لنا الـ DSM-IV المصطلحين العضوي والوظيفي واللذان قد استخدمناهما في الطباعات السابقة (٢). وقد تحول التشديد من محاولة معرفة وجود أو غياب مرض واضح في المخ (وهذا كثيراً ما يصعب التعرف عليه، وحتى في الكثير من حالات الاضطرابات العصبية) إلى معرفة مسببات المرض (سواء كانت معروفة أو مقترحة أو غير معروفة بالمرّة). لقد قدم الـ DSM-IV أيضاً تمييزاً بين اضطرابات الذهان التي تلي الأمراض الطبية واضطرابات الذهان التي تلي استخدام عقاقير ما.

نقدم في هذه المقالة نهج للتفرقة بين اضطرابات الذهان الأولية والثانوية وذلك لفهم اضطرابات الذهان، حيث أن المصطلح أولي يحمل ميزة استبعاد الأسس العصبية الحيوية. وبينما نشرح في هذه المقالات العديد من اضطرابات الذهان الثانوية المختلفة نجد أنه من الهام جداً أن نقدّر كيف يشرح هذا الإدراك الركيزة العصبية الحيوية التي قد تؤكد أمراض الذهان الأولية (أو المجهولة السبب). إننا نسعى إلى تقديم رؤية

تحقيقات	أمثلة	صدمة
CT، و التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI) معايير الأجسام المضادة	إصابة بالغة في الرأس الذئبة الحمامية، مستقيبات التهاب الدماغ NMDA	اضطرابات المناعة الذاتية
تنميط نووي و التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI) تاريخ طبي دقيق؛ أي فحوصات البول للكشف عن المخدرات وفحوصات المعادن الثقيلة لمتابعة العنصر الضار تاريخ طبي دقيق لمتابعة العنصر الضار	متلازمة النمو الشاذ للبلعوم، نقص نمو الجسم الثفني، PCP، MDMA، LSD، الحشيش، التسمم من: الكحول، أو الرصاص، أو الحديد أو الزئبق أو الزرنيخ مضادات الملاريا والستيرويد والايونيازيد	اضطرابات العيوب الخلقية اضطرابات السموم \ العقاقير اضطرابات بسبب العلاج
CT، و التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI) CT، و التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI) الكاتيكولامينات البولية: المستوى الأول من الاريلسولفاتس، مستويات النحاس والسيروبلانمين B12 وحمض الفوليك ومستويات D3 نسبة ظهور استبعاد الزهري: العيارات الحجمية ضد فيروسه لنقص المناعة البشرية؛ الجلوكوز والبروتين المتواجد في السائل النخاعي MRI، CT، EEG، الآثار المحتملة EEG والتي تشمل قلة النوم وقياس EEG عن بعد كما هو مبين	السكتة الدماغية والأورام الدموية تحت الجافية الأورام الدماغية أورام القواتم وحثل المادة البيضاء المتبدلة اللون، وداء ولسن داء البلاجرا ونقص الـ B12؛ اي نقص فيتامين د	اضطرابات دماغية اضطرابات احتلال المكان (الأورام) اضطرابات التمثيل الغذائي اضطرابات الحمية الغذائية
مصل الكالسيوم ومستويات هرمون الغدة الدرقية	الزهري العصبي وداء المقوسات ومرض نقص المناعة البشرية الخرف الجسدي للوي، داء باركنسون، داء هانتجتون، حالات التصلب المتعددة، وترنح فريدرك المعقدة، جزئية المعقدة، والصرع العصبي المؤقت	اضطرابات تلوث الدم اضطرابات بدون أسباب \ انحلالية الاضطراب المزيل للميالين اضطرابات الصرع
	فرط نشاط الغدة الدرقية، وقصور الغدة الدرقية، وفرط الدريقات	اضطرابات الغدد الصماء

CT: التصوير المقطعي؛ MRI: التصوير بالرنين المغناطيسي؛ NMDA: ميثيل N اسبارتات D: PCP: فينيسيكليدين؛ MDMA: ٣,٤ ميثيلينيدوكسي ميثامفيتامين N؛ LSD حمض الليسرجيك ثنائي ايثيل طولواميد؛ RPR: بلازما راجنة السريعة؛ HIV: فيروس نقص المناعة البشرية؛ CSF: سائل النخاع؛ EEG: تخطيط كهربائية الدماغ

ومن جهة الأعراض، يتميز زهان الذئبة بالبارانويا، والهلاوس البصرية والسمعية، وضلالات العظمة (١٤). وعادة ما ينتج عن العلاجات المثبطة للمناعة، والتي منها مضادات الملاريا والستيرويد، نتائج تفر بوجود أعراض الزهان بالرغم من أن هذه العلاجات نفسها قد تنتج أعراض الزهان وتساهم في صعوبة التشخيصات (١٤). لا تقتصر أمراض المناعة الذاتية كإحدى مسببات أعراض الزهان على الـ SLE، فقد يظهر الزهان كعرض للعديد من حالات التصلب (١٦,١٧) وقد تم توثيقه بأنه يحدث في داء هاشيموتو (١٨,١٩).

اضطرابات العيوب الخلقية / الوراثة الخلية

تتسبب متلازمة النمو الشاذ \ الغير طبيعي للبلعوم (VCFS)، والتي سنناقشها بتفاصيل أكثر لاحقاً، في حذف متغير الكرومات ٢٢q١١,٢ المرتبط بأقوى صلة حدت حتى الآن بين الحالة الوراثة والذهان، بنسبة تتراوح ما بين ٢٥٪ إلى ٣٠٪ من مرضى الـ VCFS التي تظهر عليهم أعراض مماثلة لمرض الفصام (٢٠-٢٣). يحظى الـ VCFS باهتمام خاص بسبب الاستنتاجات العصبية، التشوهات الهيكلية للمخ، وأعراض الزهان وأيضاً لأن أنماطاً من تأثير العلاج التي تظهر في هذا النوع من الاضطرابات تتشابه كثيراً مع الاضطرابات التي تظهر في مرض الفصام (٢٤). وتشمل الاضطرابات الوراثة الأخرى التي يمكن ان تحدث الزهان أعراض متلازمة برادر-فيلي (والتي تصل فيها نسبة الزهان الذي يشبه الفصام إلى حوالي ١٦٪) (٢٥,٢٦) وداء هنتجتون (بمعدل ٥-١٦ ٪) (٢٧,٢٨) وداء/أعراض فاهر (٢٩,٣٠).

تشير دلائل الدراسات الإضافية، والتي تشمل دراسات علم الأوبئة ودراسات مراقبة الحالة، أن الـ TBI قد تزيد بطريقتين هامشية من خطر الإصابة بالذهان، وذلك بالرغم من أن الخطر قد يكون بنسبة أعلى عند الأشخاص الذين لديهم استعداد وراثي للإصابة بالذهان (٥-٧). يزداد أيضاً خطر الإصابة بالذهان عندما يكون الـ TBI شديداً أو منتشرًا أو متضمناً للفصوص الأمامية والصدرية للمخ ومرتبطة بنتائج غير طبيعیه في تخطيط كهربائية المخ وتحقيقات تصوير الأعصاب (٨-١٠). عندما يحدث الإصابة بالذهان في ظل الـ TBI تجد أنه يتميز بوجود أوام اضطهادية وهلاوس سمعية مع قلة نسبية في الأعراض السلبية (٣,٨). ومع هذه الأدلة نضمن وجود المزيد من الأبحاث التي تدرس ما يبرر التفاعل بين الـ TBI وعوامل الخطر الوراثة الخاصة بالفصام.

اضطرابات المناعة الذاتية

إن أعراض الزهان أمر نادر إلا أنه ظاهرة معروفة في الذئبة الحمامية (SLE) وانتشاره يتراوح ما بين ١٪ إلى ١١٪ (١١-١٣). أظهرت التحاليل السابقة أنه عندما تحدث الإصابة بالذهان في الـ SLE فإنه يميل إلى الظهور في بدايات فترة المرض؛ فيتراوح عدد المرضى الذين تم تشخيصهم بالذهان وكانوا يعانون منه عندما تم تشخيصهم بالـ SLE من ٣٠٪ إلى ٦٠٪، بل وقد ظهرت هذه الأعراض على حوالي ٨٠٪ من المرضى في خلال عام واحد من التشخيص بالـ SLE (١٣-١٥). وبينما قد يكون الزهان الأعراض الواضحة في الـ SLE إلا أنه يحدث بكثرة أكثر في ظل أعراض أخرى للذئبة، وبصورة أكثر في التهابات المفاصل والالتهابات الجلدية (١٣).

أحادي الأمين. وقد تم الربط بين العقاقير المضادة للملاريا والتي تشمل الكلوروكين والمفلوكين بأعراض الذهان، مع وجود دليل بأن الخطر يكون أكبر في المرضى ذوي التاريخ المرضي بالذهان (٥٠، ٥١)، وتشمل الفئات الإضافية من الأدوية التي ترتبط بذهان السموم: العقاقير المضادة للاكتئاب (٥٢) والعقاقير المضادة للاختلاج (٥٣) والعقاقير المضادة للقيء (٥٤) والعوامل المضادة للباركنسونية (٥٥) ومضادات الذهان (٤٧) والأفيون (٤٧) والهستامين (٥٦) والمضادات الحيوية (٥٧) وخاصة عندما يحدث تسمم في مستويات الدم.

اضطرابات دماغية وعائية

يُقدَّر معدل انتشار الذهان الناتج عن السكتة الدماغية بـ ٣-٤ ٪ (٥٨)، وبالرغم من أن أعراض الذهان تحدث بسبب سكتة دماغية في العديد من مناطق المخ، إلا أنها شائعة أكثر في الأفات الصدغية الجدارية القذالية (٥٩). تختلف طبيعة أعراض الذهان عن مرض الفصام، وغالبًا ما يشمل الذهان الناتج عن سكتة دماغية على هلاوس مرئية وحسية وشمية (٦٠-٦٢). ومن ناحية أخرى فقد تم تصنيف سلوكيات الهلوسة التي تنتج بعد السكتة الدماغية في قوائم الهلاوس والهلوسة الصريحة التي تميزت لاحقًا بكونها مرفوضة من الأنا واحتفظت بفكرة حقيقة ألا وهي أن المستقبلات ليست حقيقية (٦٣).

لقد كان هناك دراسة نظامية صغيرة عن العلاقة بين الخرف الوعائي وتطور أعراض الذهان، فبالرغم من حقيقة أن الذهان يحدث بمعدلات متشابهة في كلا من الخرف الوعائي وخرف الزهايمر، وبذلك يكون هذا الجدل ضد ميكانيكية آلية مسببات الذهان خاصة تلك الخاصة بالاضطرابات الدماغية (٦٤).

لقد أنتجت الدراسات التي بحثت في دلائل الإصابات الدماغية في المرضى الذين ظهر عليهم تأخر في ظهور الأعراض الذهانية نتائج متضاربة (٦٥)، وبحسب المعلومات المحدودة المتاحة حاليًا، فمن الصعب استنتاج إلى أي مدى يُعرض المرض الدماغى المريض إلى ظهور أعراض ذهان، وبالتالي فنحن في حاجة إلى المزيد من الأبحاث لإثبات أو إنكار هذه الصلة.

اضطرابات داخل الجمجمة ناتجة عن احتلال المكان (الأورام)

تُعتبر أورام الدماغ سببًا غير شائعًا بل هامًا من أسباب الذهان الثانوي، وهناك دليل أن انتشار أورام الجمجمة تزداد لدى المرضى الذين يعانون من أمراض الذهان (٦٦-٦٨). أما من جهة الأعراض، فمن الممكن أن يتعدى التمييز بين الذهان الناتج عن أورام الجمجمة والفصام، وبالرغم من أنه مرتبط بطريقة أكثر شيوعًا بالهلاوس المرئية، والضلالات البسيطة الغير دقيقة، وغياب الاضطراب الجوهري للفكر (٦٩-٧٢).

إن الأورام المتمركزة في الفص الصدغي أو البنية الحوفية تؤدي بنسبة كبيرة إلى الإصابة بالذهان، وهناك دراسة واحدة تثبت أن ٢٠ ٪ من الأورام في الفص الصدغي تنتج أعراض الذهان (٦٩، ٧٣). ليس هناك علاقة مؤكدة بين النوع التاريخي من الأورام وتكرار الذهان، ويبدو أن الأورام البطيئة النمو والمنخفضة الدرجة وكأنها تؤدي بنسبة كبيرة إلى

من الممكن أن يختبر الأفراد الذين يستخدمون المواد ذات التأثير النفسى أعراض الذهان وذلك في الكثير من الحالات والتي تشمل: التسمم الحاد (الثمالة)، أعراض الانسحاب، حالات الهذيان الناتجة إما عن التسمم أو عن توقف استخدام العقاقير، اضطرابات المزاج الناتجة عن استخدام عقاقير ما والتي يصاحبها مظاهر الذهان، وأيضًا الذهان الذي ينتج عن استخدام عقاقير ما (SIP). إن أفضل الطرق لتعريف حالات الـ SIP هو كونها الحالات التي يبدأ فيها الذهان مع استخدام العقاقير ويستمر لعدة أيام أو أسابيع في ظل عدم الاستخدام المستمر للعقاقير.

من العقاقير التي تسبب وبشكل واضح الإصابة بالذهان هي المنبهات (مثل الامفيتامين والكوكايين) (٣١-٣٣) والحشيش (٣٤، ٣٥) وأيضًا مشابهاة الذهان (مثل مخدر الفينيسيكليدين والكيثامين) (٣٦، ٣٧)، لكن لم يُثبت بعد أن المواد الأفيونية والنيكوتين تسبب الذهان، بينما قد تؤدي الكحوليات والبنزوديازيبين إلى الإصابة بالذهان وذلك فقط في حالات التوقف عن التعاطي (الانسحاب) (٣٨، ٣٩، ٣٣). ومن الممكن أن يؤدي الديتلاميد حمض الليسرجيك و methylenedioxy-N- methylanphetamine (MDMA) إلى هلاوس وذلك في حالات التسمم الشديدة، ولكن ليس هناك دليل قوي على أنه يمكنهم إحداث اضطرابات ذهان مستمرة (٤٠، ٤١).

إن التفاعل بين التعرض للاضطرابات الذهانية وسوء استخدام عقاقير ما هي أمر معقد، مع وجود دلائل تقترح أن كلا من القابلية الوراثية تجاه الذهان بالاشتراك مع سوء استخدام عقاقير ما من الممكن أن تؤدي إلى الإصابة بالذهان وأن الأشخاص أصحاب هذا النوع من القابلية الوراثية قد يكونوا أكثر عرضة لإساءة استخدام عقاقير ما. من الممكن أن يحدث ذهان سام في حالات المعادن الثقيلة والتي منها الرصاص (٤٢) والزرنيخ (٤٣).

الذهان العلاجي المنشأ

تحدث الإصابة بذهان السموم بسبب العديد من الأدوية المركزية النشطة، وغالبًا ما يتميز في كثير من الأحيان بضعف حاد في الوظيفة الإدراكية، وذلك بالإضافة إلى أعراض الذهان.

لقد اختلفت كثيرًا التقارير الواردة عن أعراض الذهان لدى المرضى الذين يتلقون جلايكورتيكود (أي القشرانيات السكرية)، على الرغم من وجود دليل بأن اضطرابات المزاج الثانوية للجلايكورتيكود مرتبطة بأعراض الذهان أكثر من اضطرابات المزاج الأولية. وغالبًا ما تحدث بدايات أعراض الذهان في خلال عدة أيام من بداية العلاج بالجلايكورتيكود، إلا أن الأعراض قد تظهر في أية وقت من ساعات وحتى أسابيع وذلك بعد أول جرعة (٤٤).

يواجه كبار السن خطر أكبر بالإصابة بذهان السموم وذلك نتيجة العقاقير التي بها مضادات الكولين (٤٥، ٤٦) وأيضًا نتيجة البنزوديازيبين (٤٧، ٤٨)، ولقد تم توثيق ظهور أعراض الذهان عقب بداية العلاج بالايونيازيد في عدد متزايد من تقارير الحالات (٤٩) ويرجع التغيير في مستويات الكاتيكولامين والسيرتونين عن طريق الأكسيداز

ظهور أعراض الذهان في ظل غياب العلامات المتعلقة بالجهاز العصبي (٧٤).

يُفضل الأطباء التصوير المقطعي (CT) أو التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI) للمرضى الكبار السن الذين تظهر عليهم بداية جديدة للذهان وأيضاً مع المرضى الذين تظهر في اختباراتهم نتائج متصلة بالعصاب (٧٥).

اضطرابات الأيض

من الممكن أن تحدث اضطرابات الاتصال العصبي والآلية الافتراضية لأعراض مرض الفصام في اضطرابات الأيض التي تؤدي إلى تعطل وظائف الخلايا العصبية أو حتى إلى موتها، مثلاً وبالرغم من أن اضطرابات تخزين الليزوزومية تُنتج وبصفة أساسية في وقت مبكر عجز عصبي حاد بل وقد تؤدي في الكثير من الأحيان إلى الموت، إلا أن هناك أشكال من هذه الاضطرابات تخص المراهقين أو البالغين وتتصل بالذهان الثانوي. من أمثلة هذه الاضطرابات داء نيمان بيك من نوع (C NPC) وداء تاي ساكش وداء الفا المانوزيدوسيس، فقد يؤدي كل هؤلاء إلى ظهور أعراض الذهان وذلك عن طريق التفاعلات بين العمليات العصبية وتغيرات النمو العصبي التي تشمل التقليم المتشابك وتكون الميالين وأيضاً التغيرات في الاتصال (٧٦-٧٨). وبطريقة مماثلة يُمكن أن ترى تفاعلات الوظائف العصبية المختلفة والنمو العصبي في حثل المادة البيضاء، وذلك مع شكل تأخر الظهور لحثل المادة البيضاء المتبدلة اللون (MLD) كما في المثال النموذجي للصلة بين هذه المجموعة من الاضطرابات والذهان الثانوي (٧٦،٧٩).

لقد ذُكر أن أعراض الذهان تظهر في أكثر من ٥٠٪ من المرضى ذي البدايات المتأخرة لـ NPC والـ MLD (٧٦)، بالإضافة إلى ذلك، هناك تقارير حالات لمرضى يعانون من اضطرابات الميتوكوندريا وتظهر عليهم أعراض الذهان، ويُعتقد أن حثل المادة البيضاء التي يُمكن أن تحدث في اضطرابات الميتوكوندريا متضمنة في الذهان (٨٠-٨٢).

لقد سجل داء ولسن الذي يتضمن ترسب غير طبيعي للنحاس على الكبد والمخ معدل انتشار للذهان يتراوح ما بين ٢٪ إلى ١١٪ (٨٤،٨٣). ويتميز الذهان المتعلق بداء ولسن ليس فقط بأعراض الهلاوس التقليدية والضلالات واضطرابات الفكر، بل أيضاً بعدد ضخم من الأعراض الإضافية والتي تشمل على شعور بالنشاط والخفة والانشغال بالأمور الجنسية والفصام غير المنتظم وأيضاً على الاضطرابات التخشبية (٨٥).

اضطرابات الحمية

لقد كان هناك ولعدة عقود الكثير من المجادلات والأبحاث عن العلاقة بين نقص التغذية وأعراض الذهان، وهناك دلائل تقول أن أعراض الذهان الخاصة بنقص الكوبالامين قد تحدث بدون دلالات على تشوهات عصبية أو دموية (٨٦، ٨٧). تصف تقارير حالات الذهان الناتجة عن نقص الكوبالامين عن أعراض لضلالات اضطهادية، هلاوس بصرية وسمعية، تفكير غير منتظم، وانفعالات حركية غير مستجيبة للعلاج بواسطة العقاقير المضادة للذهان ولكنها سُفيت تماماً بعد العلاج بحقن الكوبالامين (٨٨-٨٨).

(٩٠)، ومن الأمثلة الأخرى التي تدعم هذه العلاقة دراسة تقول أن لدى المرضى الذين يُعانون من اكتئاب ذهاني مستويات من الكوبالامين اقل من المرضى الذين لا يُعانون من هذا النوع من الاكتئاب (٩١). وبالرغم أن العلاقة بين نقص حمض الفوليك والذهان ضعيفة، إلا أن هناك دلائل بأن مكملات حمض الفوليك لدى المرضى الذين يُعانون من الفصام تساعد على التعافي (٩٢). نادراً ما تتمكن أعراض الذهان التي تشمل على هلاوس سمعية وضلالات اضطهادية وضلالات طفيلية من التطور مع وجود داء البلاجرا (أي نقص النياسين)، بالرغم من أن هذا يحدث وبصفة خاصة في حالات إدمان الكحوليات (٩٤،٩٣).

الأمراض المعدية / تجرثم الدم

يرتبط داء الزهري العصبي تاريخياً بالطب النفسي داخل المستشفى، فقد تم تشخيص حوالي ٥٪ من المرضى النفسيين المحتجزين داخل المصحات النفسية بشلل جزئي عام يتبع الجنون (٩٥)، وقد ازدادت معدلات الإصابة بالسفلس الزهري منذ ظهور فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، وانتشر المرضى الذين تظهر عليهم أعراض نفسية خاصة فيما يخص داء الزهري العصبي (٩٦). فقد يظهر على هؤلاء المرضى كلاً من أعراض ذهان وأعراض عاطفية يصعب التمييز بينها وبين اضطرابات الذهان الأولية (٩٧). إن علاج الزهري العصبي عن طريق المضادات الحيوية والعقاقير المضادة للذهان كلما تطلب الأمر، غالباً ما توقف، ولكن لا يتم العكس، فحالات التدهور العقلي الناتج عن فقدان الخلايا العصبية (٩٨)، رغمًا عن وجود تقارير عن تطور سريري هام (٩٩، ١٠٠).

تتراوح معدلات ظهور البداية الجديدة للذهان المرتبط بالإصابة بالـ HIV من ٠،٢٣٪ إلى ١٥٪ مع وجود أعراض تظهر بصفة عامة إما في حالات متأخرة لـ HIV أو عندما يتحول الأمر بالمرضى وتظهر عليه أعراض نقص المناعة المكتسبة (AIDS) (١٠٢، ١٠١). أما من جهة الأعراض، فيتميز الذهان المرتبط بالـ HIV بأعراض لضلالات اضطهادية وجسدية مُبالغ فيها وأيضاً بأعراض هلاوس وذلك كمجموعة ثانية للأعراض البارزة (١٠٣). لا يزال تأثير تداعي أعراض الذهان بالعلاج المضاد للفيروسات النشطة للغاية غير واضح، بل وأنه بالأمر المعقد بسبب حقيقة أن الآثار الجانبية للعقاقير المضادة للفيروسات النشطة للغاية تشتمل على الهلاوس (١٠٢). وبالرغم من أن العقاقير المضادة للذهان بالأمر الفعال في حالات الذهان الناتجة عن الـ HIV، إلا أن المرضى الذين يعانون من الـ HIV في خطر أن يظهر عليهم أعراض خارج السبيل الهرمي وخلل الحركة الشخوي خاصة مع استخدام العقاقير التقليدية المضادة للذهان (١٠٤، ١٠١).

لقد قام البعض بافتراض أسباب معدية أخرى للذهان الثانوي والتي تتضمن الإصابة بالتكسوبلازما جوندي (المقوسَّ الغونديَّة)، وأساس هذه الصلة هو حقيقة أن الدراسات قد أظهرت زيادة في انتشار الأجسام المضادة للتكسوبلازما جوندي (المقوسَّ الغونديَّة) لدى المرضى الذين يعانون من مرض الفصام (١٠٦، ١٠٥). بالإضافة إلى ذلك، ارتبط دائماً داء المقوسات بأعراض الذهان والتي تتضمن هلاوس سمعية وضلالات حتى في غياب AIDS المتزامن (١٠٨، ١٠٧). أخيراً، هناك دلائل متزايدة تؤيد أن العدوى قبل الولادة عامل خطر

محتمل للإصابة بمرض الفصام، وبالرغم من عدم الحسم إلا أن العدوى بالأنفلونزا قبل الولادة وأيضاً داء المقوسات والحصبة الألمانية وفيروس الهربس البسيط والسفلس الزهري، يرتبط كل هؤلاء بتطور الذهان الثانوي (١٠٩-١١٣).

أعراض غير معروفة السبب / انحلالية / مزيلة للميالين

بالرغم من تضارب المعلومات الخاصة بالذهان في العديد من حالات تصلب الأنسجة، إلا أن الدلائل الحديثة تقترح أن الـ MS يزيد من احتمالية ظهور أعراض الذهان (١٧). لقد سجلت دراسة قامت على عدد كبير من السكان في كندا أن ٢-٤٪ من المرضى الذين يعانون من MS أصبحوا بعد ذلك يعانون من الذهان (١١٤)، فالضلالات هي أول أعراض الذهان التي تلاحظ في الـ MS بينما نادراً ما يُلاحظ وجود هلاوس وأعراض سلبية (١١٥)، لكن تتضارب التقارير التي تخص العلاقة المؤقتة بين أعراض الـ MS والذهان (٧٤،١١٥)، فقد تكون أعراض الذهان مرتبطة بزيادة عبء ضرر المادة البيضاء حول البطينات الدماغية والقرون الصدمية، وبالرغم من ذلك تبقى الآلية الدقيقة في حاجة إلى توضيح (١١٦)، وأيضاً يبدو أن الذهان المزمن الناتج عن الـ MS بالأمر النادر.

تختلف تقديرات مدى انتشار وظهور أعراض الذهان في مرض الزهايمر (AD)، فهناك استعراض لـ ٥٥ دراسة أوردت انتشاراً عاماً بنسبة ٤١٪، اشتملت على ٣٦٪ من مرضى يعانون من ضلالات و ١٨٪ يعانون من هلاوس (١١٧). تتصف أول ثلاثة أعوام من الـ AD بزيادة في ظهور أعراض الذهان، ويبدو أنه يحدث بعد هذا فترة استقرار (١١٧،١١٨)، غالباً ما تشتمل دراسة أعراض الذهان الخاصة بالـ AD على ضلالات متعلقة بسرقة أو شكوك وهلاوس بصرية بنسبة أكبر من الهلاوس السمعية وأيضاً على عدم القدرة على تمييز الأشخاص والأشياء (١١٩)، وكثيراً ما تتزامن هذه الأعراض مع أعراض ذهان أخرى، والتي منها العدوانية والاهتياج واللامبالاة والاكتئاب (١٢٠).

وبينما تبدو أعراض الذهان أنها أقل شيوعاً في حالات الخرف الجبهي الصدمي، إلا أنها تظهر في حوالي ٢٠٪ من المرضى، مع معدلات أعلى في أنواع فرعية معينة (١٢٢،١٢١).

اضطرابات نوبات الصرع

لقد كان الذهان الذي يشبه الفصام مرتبطاً بالصرع لأكثر من قرن من الزمان، وهناك أدلة قوية على أن الذهان المزمن يحدث بكثرة أكثر لدى المرضى الذين يعانون من الصرع أكثر من غيرهم من البشر. ولقد ساد العرف أن تُصنف أعراض الذهان بحسب ارتباطها الزمني بالنوبات الإكلينيكية، فيستمر الذهان النشبي الذي يُظهر أعراض الذهان التي تحدث في سياق نوبات الصرع النشطة بدون اختلاج، ويستمر من عدة دقائق وحتى بضعة ساعات، ويشتمل على ضلالات البارانونيا والهلاوس المعروفة (٦٥)، أما ذهان ما بعد النشبي فهو عبارة عن حوادث ذهان وجيزة تحدث بصفة عامة في أوقات تتراوح من عدة ساعات وحتى بضعة أيام وذلك بعد مجموعة من النوبات، ويشتمل على ضلالات وهلاوس وإعراض مؤثرة، وغالباً ما ينتهي في خلال عدة أيام (١٢٤،١٢٣). إن تطور الذهان المزمن

المرتبط بالصرع أمر موثق جيداً، وهناك دراسة حديثة أشارت إلى خطر نسبي تصل نسبته إلى ٢،٤٨ (١٢٦،١٢٥).

ومن الناحية الظاهرية، من الصعب التمييز بين الذهان المرتبط بالصرع والفصام وذلك لأن المقترحات تقول أن هذا النوع من الذهان يتميز بفترات خفيفة وانعدام تقريبي للأعراض السلبية (٦٥،١٢٥). تشمل عوامل خطر التطور لذهان ثانوي شكل أكثر حدة من أشكال الصرع ذو النوبات المتعددة (١٢٧) وتاريخ مرضي به حالة صرع (١٢٥) ومقاومة للعلاج (٦٥). سنناقش في الفقرات التالية الارتباط التمييزي والغير حصري بين صرع الفص الصدمي وتطور أعراض الذهان.

اضطرابات الغدد الصماء

بالرغم من أن أعراض الذهان التي تنتج عن وظائف غير طبيعية للغدة الدرقية أمر نادر، إلا أنه يوجد تقارير عن حالات تطور الذهان بسبب فرط نشاط الغدة الدرقية أو ضعف نشاط الغدة الدرقية أو حتى بسبب تغيير سريع في حالة الغدة الدرقية. يُوصف الذهان بأنه العرض الذي يظهر بسبب التسمم الدرقي في داء جرافز (١٢٨) وفرط الدرقية (١٢٩) والسموم الناتجة عن تضخم الغدة الدرقية (١٣٠) وتورم الدرقية البسيط (١٣١) وتورم الدرقية الغير مؤلم (١٣٢)، وهكذا، يرتبط النشاط الضعيف للغدة الدرقية بالذهان، وهناك دراسة واحدة تقول أن نسبة تتراوح ما بين ٥ إلى ١٥٪ من المرضى الذين يعانون من الوذمة المخاطية يظهر عليهم شكل من أشكال الذهان (١٣٣-١٣٥).

لا يشتمل الذهان المرتبط بالغدة الدرقية على مجموعة الأعراض المميزة للذهان، وذلك بينما يُظهر المرضى هلاوس سمعية وبصرية وضلالات وأيضاً بارانونيا، ويظهر على غالبية المرضى اضطرابات عاطفية (١٣٦،١٣٠). كثيراً ما يؤدي علاج شذوذ الغدة الدرقية الأساسية إلى إخفاء أعراض الذهان، بحيث أن العقاقير المضادة للذهان تكون ضرورية فقط في الحالات الشديدة (١٣٦،١٣٢،١٢٨)، لكن ما يثير الاهتمام هو أن التعديل السريع في مستويات هرمون مصل دم الغدة الدرقية الغير طبيعية من الممكن أن ينتج ويُزيد من الذهان الناتج عن الغدة الدرقية (١٣٨،١٣٧).

إن الربط بين فرط نشاط الغدة الدرقية وفرط كلس الدم (أي ارتفاع مستوى الكالسيوم بشكل غير عادي في الدم) مع أعراض ذهان واضحة أمر معروف، بالرغم من غموض انتشار الذهان لدى المرضى الذين يعانون من فرط نشاط الغدة الدرقية. وتصف تقارير الحالات مرضى تظهر عليهم هلاوس سمعية وبصرية وضلالات اضطهادية وتفكير غير منتظم بينما يعانون من فرط نشاط الغدة الدرقية الذي ينتج عن فرط كلس الدم (١٤٠،١٣٩). ويؤكد الدليل المتاح لدينا أن تصحيح فرط كلس الدم، والذي يتم بصفة عامة عن طريق استئصال الدرقية، يؤدي إلى إخفاء أعراض الذهان بدون حدوث انتكاسات لاحقة (١٣٩-١٤١).

من الممكن أن يتزامن قصور الدريقات مع الذهان، بالرغم من أن هذا ليس شائعاً ولم يتم البحث فيه بصورة كافية. سجّل استعراض لـ ٢٦٨ حالة قصور للدريقات تم إصداره عام ١٩٦٢ أن ١١٪ من المرضى تظهر عليهم أعراض ذهان، غالباً بسبب عمليات جراحية أدت إلى قصور الدريقات (١٤٢). وقامت مجموعة من تقارير الحالة بتأكيد ظهور أعراض ذهان

في حالات قصور الدريقات وأكدت حقيقة أن تطور الأعراض يتطلب تعديل مستويات المغنيسيوم والكالسيوم، بالإضافة إلى التداوي بالعقاقير المضادة للذهان (١٤٣، ١٤١).

دراسة عن الذهان الثانوي في مقابل مرض الفصام

إن تأسيس علاقة سبب ونتيجة بين استخدام عقاقير ما/مرض ما والذهان ليس بالأمر السهل، وتخمين السبب وراء مرض ما هو الخطوة المنطقية الأولى عند التفكير في الذهان من منطلق طبي عام. إن الأمراض المزمنة أمر شائع لدى المرضى الذين تظهر عليهم أعراض الذهان، خاصة كبار السن، أما تخمين وتحديد السبب وراء مرض ما لدى المرضى من صغار السن الذين تظهر عليهم أعراض الذهان بينما يعانون من أمراض نفسية أمر به تحدي كبير.

من الهام جداً عند محاولة التفرقة بين الذهان الأولي والذهان الثانوي أن نحدد أولاً وجود الحالة المرضية العامة، والخطوة الثانية في تأسيس علاقة سبب ونتيجة بين الحالة الطبية والذهان هي غالباً ما تكون أمر صعب لكنها تتم عن طريق الثلاثة مبادئ المفتاحية التالية، وهم التمييز والزمنية وقابلية التفسير.

هل أعراض الذهان تبدو غير نمطية؟

لا بد من الاشتباه في الأسباب الطبية التي تسبب الذهان وذلك عندما تبدو العلامات بالأمر الغير طبيعي، وكمثال على ذلك هو السن المتأخر للبدائية؛ فبدائية جديدة للذهان لدى رجل يبلغ من العمر ٧٠ عاماً لا بد من أن تثير الشكوك في وجود أسباب طبية وراء ذلك، مع العلم أنه لا يمكن الاعتماد على مظهر أكلينيكي واحد أو مجموعة من الأعراض للتمييز بين اضطرابات الذهان الأولية والثانوية، فإذا كان هناك سيادة لمظهر واحد معين لا بد من الحذر، وبالتالي فوجود مكون واحد من ارتباك شديد و/أو حيرة لا بد أن يثير الشكوك. إن الأعراض التصلبية والتغير في الوعي (أي حالات ارتباك أو حالات تبدو كالحلم) والهلاوس البصرية بالأمر الشائع في الذهان الثانوي. يعتقد الكثيرون أن بعض الضلالات مثل الاعتقاد بهوية خاطئة للآخرين (أي وهم كابجراس) أمراً منتشرًا في الذهان الثانوي أكثر من مرض الفصام. أيضاً يزيد من وجود الهلاوس المتعددة الوسائط (مثل البصرية والحسية) من احتمالية الإصابة باضطرابات ذهان ثانوية.

لا بد أن يتفكر المرء في مرض ما كسبب وراء الأعراض المصاحبة والغير متجانسة مع ما يُظن أنه اضطرابات ذهان، مثلاً عندما يتعذر تفسير فقدان الكثير من الوزن لكونه نتيجة اكتئاب خفيف لدى مرضى الذهان، قد يؤدي هذا إلى الاشتباه بوجود مرض ما.

قد تشير أنواع معينة من أعراض الذهان إلى تغييرات إقليمية في وظائف المخ وبالتالي تثير الشكوك في وجود أمراض عصبية، وبالتالي فإنكار العمى الذي قد يبدو وكأنه ضلاله لا بد أن يؤدي إلى الاشتباه في أعراض داء انطون (عمى قشري يحدث بسبب تقرح في قشرة الدماغ) وأيضاً لا بد أن يؤدي إنكار الشلل إلى التفكير في عمه العاهة (بسبب تقرح القشرة الجدارية الغير سائدة)، وكذلك أيضاً تشير الضلالات المنعزلة إلى

عدم القدرة على تمييز الآخرين (أعراض كابجراس) والهلاوس الشمية إلى وجود مرض في الفص الصدغي.

هل ترتبط الحالة المرضية أو استخدام العقاقير بشكل مؤقت بالذهان؟

يُحتمل الإصابة بالذهان الثانوي عندما يبدأ في الظهور بعد بداية الحالة المرضية ويختلف في الحدة مع حدة الحالة ويختفي عندما تتحسن الحالة المرضية، مثلاً على ذلك هو حدوث بعض الضلالات عندما يتوقف مريض ضعف نشاط الغدة الدرقية عن اخذ علاج الغدة الدرقية وتختفي الأعراض بعد استئناف العلاج. لكن هناك العديد من الاستثناءات لهذه القاعدة، مثلاً يبدو الذهان في حالات صرع الفص الصدغي أنه حاد وذلك بعد عدة سنوات من بداية النوبات، وبصورة عكسية قد تزداد الحالة المرضية سوءاً أو قد تثير حدوث انتكاسة لمرض الفصام دون أن تكون السبب الرئيسي وراء المرض.

هل يصعب تفسير الذهان باضطرابات الذهان الأولية أو غيرها من الاضطرابات النفسية؟

إن الأمراض المزمنة هي بالأمر الشائع لدى المرضى الذين يعانون من اضطرابات ذهان حادة مثل الفصام. يشير في بعض الأحيان وجود تاريخ عائلي قوي به فصام، وشخصية فصامية سابقة للمرض إلى تشخيصات فصامية حتى إذا أثار مرض متزامن الاشتباه في ذهان ثانوي. وكذلك يُحتمل أن يكون ظهور أعراض ذهان لدى مرضى ذي تاريخ مرضي مؤثر معروف مرتبطاً بالمرض المؤثر وليس بالحالة المرضية.

هل الذهان نتيجة فسيولوجية مباشرة لمرض ما أو لسوء استخدام عقاقير ما؟

تعتمد الإجابة على هذا السؤال أولاً على تأكيد وجود مرض ما أو عقاقير ما قد تكون العامل المسبب للذهان، وسيطلب هذا الأمر اختبارات دقيقة للتاريخ المرضي والجسدي والعصبي للمريض، بالإضافة إلى الفحوصات المعملية اللازمة. ثانياً، وحتى إذا كان وجود هذا العامل العرضي أمراً فعلياً فسيكون من الصعب الجزم بأن أعراض الذهان هي نتيجة فسيولوجية مباشرة لهذا العامل. في بعض الأحيان تكون هذه العلاقة المباشرة بالأمر الواضح، مثلاً يقترح تزامن فرط النشاط المستقل (مثل حدقة متوسعة وسرعة دقات القلب) جنباً إلى جنب مع قلق بارانويدي وجود عامل مشابهات الجهاز التعاطفي مثل الامفيتامين والفينسيليديين أو حتى ورم في الغدة الكظرية.

من اللازم جداً الحصول على تقارير دقيقة للتاريخ الطبي وتقييمات جسدية تشمل اختبارات عصبية ومعملية وذلك لاستبعاد الاضطرابات المرضية الشائعة (انظر الجدول رقم ٢). قد يحتاج الأطباء أيضاً إلى المزيد من التقييمات، مثل تصوير المخ ودراسة السائل النخاعي وكهربية الدماغ، خاصة للمرضى الذين تظهر عليهم أعراض غير طبيعية وأيضاً المرضى الذين يرى الطبيب أنه يوجد دافع للتشخيص فيما يختص بالاضطرابات الأولية.

جدول ٢: نهج التحقيق لاستبعاد مرضى الذهان الثانوي

أول خطوات التقييم (ليتم اعتبارها مع كل المرضى بمثابة الحلقة الأولى من الذهان)

تاريخ مرضي وعصبي/نفسى مُفصّل

فحوصات جسدية/عصبية

اختبارات عصبية نفسية

اختبارات معملية تشمل: عد كامل ومفصّل للدم وسرعة ترسب الدم (أي فحص دم مخبري) وفحص وظائف الجلوكوز والشوارد والغدة الدرقية

وأيضاً فحص وظائف الكبد ونسبة العقاقير في البول

ثاني خطوات التقييم (ليتم اعتبارها عندما تثير التقييمات السابقة احتمالات تشخيصية معينة)

اختبارات معملية تشمل: بلازما الراجنة السريعة، وذلك لاستبعاد داء السفلس الزهري، واختبار الـ HIV والمعادن الثقيلة في الدم ومستويات النحاس والسيرولوبلازمين ومستوى الكالسيوم في الدم (مصل الكالسيوم) ومعايير الأجسام المضادة (مثل نواة الأجسام المضادة لداء الذئبة)، و B١٢ ومستويات حمض الفوليك والأريل سلفاتاز A والبول والذي يشمل استبيان ومبحث السموم، وأيضاً اختبار عقاقير

تصوير الأعصاب: تصوير مقطعي وتصوير بالرنين المغناطيسي وتصوير مقطعي بالانبعاث البوزيتروني وتصوير مقطعي واحد بالانبعاث البروتوني

تخطيط كهربية الدماغ وديميدل والآثار المحتملة

اختبار السائل النخاعي ويشمل: الجلوكوز والبروتين والثقافات ومولد مضادات المكورة الخفية

تنميط نووي

صرع الفص الصدغي: نموذج تشريحي لمرض الفصام

يظهر الذهان على ٧-١١٪ من المرضى الذين يعانون من الصرع، وهي نسبة أعلى بكثير من تلك الخاصة بالسكان بصفة عامة (١٥١). يعتقد الأطباء أنه عندما تحدث الإصابة بذهان صرع الفص الصدغي أنه يشبه كثيراً مرض الفصام، وهذا ما وصفه سلاتر في دراسة كلاسيكية قديمة (١٢٥). يرتبط حدوث الذهان في حالات صرع الفص الصدغي ببداية الصرع تحت سن العشرين وتاريخ مرضي به صرع يستمر لأكثر من ١٠ سنوات وأيضاً تاريخ مرضي به نوبات معقدة جزئياً وكذلك أيضاً قرح في الجانب الأيسر (١٥٢).

يتزامن الذهان الذي يظهر في حالات صرع الفص الصدغي مع تقارير تغييرات هيكلية مؤقتة وعادية في الفصام (١٤٨). لقد ارتبطت وبصفة خاصة بعض الأعراض الايجابية مثل الهلوس السمعية والاضطرابات الجهرية في الفكر بتغييرات هيكلية في مناطق التجمعات السمعية في

هناك جدال كبير حول ما إذا كان لابد من عمل مسح للمخ بأسس روتينية للمرضى الذين يشبه في إصابتهم بالفصام. عندما كان يُستخدم مسح المخ المهيكل (مثل MRI أو CT) سريريًا كجزء من متابعة حالة المرضى النفسيين، كان الهدف من وراء ذلك هو استبعاد التقرح الناتج عن احتلال المكان (الأورام) أو تشوه النمو كمسبب محتمل للذهان. وبالرغم من أن بعض الاكتشافات العرضية قد أوردتها دراسات الـ MRI الخاصة بمرضى تظهر عليهم أعراض الذهان (١٤٤)، وتوجد بالفعل لدى أشخاص أصحاء (١٤٥)، إلا أن هذه الاكتشافات بالأمر النادر، وبالتالي ففي غياب تحاليل كمية لا يستطيع تصوير المخ الروتيني أن يساعد في تقديم تشخيص مميز للذهان بدون اعتبار الأعراض الإكلينيكية (١٤٦).

هل يستطيع الذهان الثانوي أن يوضح الفيزيولوجيا المرضية لمرض الفصام؟

إن مرض الفصام هو مرض شائع ويسبب عجزاً شديداً بدون أسباب واضحة فهو كيان متغاير الخواص وقد يتضمن العديد من اضطرابات الذهان المجهولة السبب (١٤٧). من الهام جداً لنفك لغز هذا المرض أن نعرف المجموعات الفرعية المتجانسة الخاصة بهذا المرض وذلك لنقدم خواصاً أكثر للفيزيولوجيا المرضية الخاصة به. وكواحدة من المناهج لتحقيق هذا هو فحص أعراض المسببات المعروفة التي تظهر بأعراض إكلينيكية تشبه مرض الفصام، أي النسخ المظهرية لهذا المرض.

ولكي نقوم بتعريف النسخ المظهرية لمرض الفصام لنقوم بدراستها، سنحتاج أولاً أن نحدد ما نعرفه عن الفيزيولوجيا المرضية للفصام: فعلى المستوى التشريحي يتميز مرض الفصام بشذوذ في هيكلية المخ، وخاصة في المناطق الأمامية والصدغية والجدارية والعقد القاعدية والمهادية والحافية (١٤٨). تقترح الدراسات التي يقدمها تصوير وظائف المخ ضعف وظائف المناطق الأمامية (الجبهة)، وأيضاً ضعف الاتصال بين نصفي المخ. وعلى المستوى الكيمياء العصبية، تشير دلائل متزايدة إلى وجود اختلال وظيفي دوباميني وجلوتاميرجي وGABA في الفيزيولوجيا المرضية للذهان مع انخفاض في افتراضية ميثيل N اسبارتات (D (NMDA كنظرية رئيسية لشرح إمكانية مرضية الفصام. تشير العديد من الدلائل أيضاً إلى حدوث تغييرات في المناعة وآلية الأكسدة في مرض الفصام (١٤٩). وعلى مستوى مسببات المرض، يعتقد الكثيرون أن الفصام مرض وراثي (بما يزيد عن ٧٠٪)، لكن يتضمن الأمر العديد من العوامل البيئية مثل الفيروسات وسوء استخدام عقاقير ما وصددمات الرأس ومضاعفات الولادة (١٥٠)، ويحتمل بعد ذلك أن تظهر أعراض المرض عن طريق المزج بين العوامل الوراثية والضعف البيئية.

وبتقديم عدم التجانس الكبير لمرض الفصام سيكون من الصعب تحديد نموذج واحد يكفي ليشرح كل مظاهر هذا النوع من الاضطرابات. وليس من المدهش أن العديد من اضطرابات الذهان التي تنجم عن عوامل مسببة والمسجلة في الجدول رقم ٢ تشرح مجرد تشابه جزئي لما نعرفه إكلينيكيًا بمرض الفصام، لكن هناك بعض الاضطرابات الأكثر عرضه تُظهر مسببات إكلينيكية وفيزيولوجية موازية لمرض الفصام، وسنقوم لاحقاً بمناقشة هذه الاضطرابات لأنها من الممكن أن تقدم لنا فهماً أكثر لهذا المرض.

التليف المؤقت الأعلى (١٤٨). إن الظهور المدهش للأعراض الإيجابية في صرع الفص الصدغي قد أدى إلى استفسار ما إذا كان هناك تشابه بين صرع الفص الصدغي ونماذج الكيمياء العصبية للفصام. لقد قام أندو وآخرون باختبار تغيرات أنظمة الدوبامين المركزية في نموذج كاينات لصرع الفص الصدغي، وذلك باستخدام الميثامفيتامين التي ينتجها النشاط الحركي كدليل على وجود حساسية ضد الدوبامين في الفئران البالغة، وقد اكتشفوا وجود دلائل حساسية مفرطة ضد الدوبامين، وهذه بإمكانها أن تؤكد الآلية المسببة لذهان الصرع وبإمكانها أيضاً أن تشير إلى تغييرات مشابهة في حالات الذهان المجهولة السبب.

متلازمة النمو الغير طبيعي للبلعوم (VCFS): نموذج وراثي لمرض الفصام

بينما تبقى مسببات مرض الفصام بالأمر الغير واضح، يوجد اتفاق عام على أن العوامل الوراثية لها دور جوهري، فهناك تقديرات على الإمكانية التوريثية لمرض الفصام تصل إلى أكثر من ٧٠٪. يعتقد الكثيرون حالياً أن مرض الفصام هو نتاج للعديد من الجينات المتعددة العوامل، مع وجود نسب صغيرة عن حالات ظهر فيها الفصام بسبب اختلافات في رقم النسخ، مثل حدوث حذف أو تكرار لمناطق في الكروموسومات، لكن يبقى جزء كبير من الأسباب الوراثية للفصام بالأمر المجهول، وهذا ما يجعل دراسة الأعراض الوراثية المفصلة التي تظهر مع المظاهر الشبيهة بمرض الفصام بالأمر اللازم.

يتميز الـ VCFS بحذف كبير في نسخة واحدة من الكروموسومات ٢٢ (التي تشمل ما يفوق الـ ٣٠ جيناً)، وهذه من الممكن أن تحذف مع الاختبارات الوراثية، وهي من أكثر عمليات الحذف الصغيرة للكروموسومات لدى البشر، وتتصف بعيوب خلقية في القلب وتشوهات في الوجه وعجز إدراكي في فترة الطفولة. يظهر على نسبة كبيرة من الأشخاص المتأثرين به أمراض ذهان شديدة في فترة المراهقة أو مرحلة البلوغ المبكر، مع اضطرابات أطيايف مرض الفصام التي تظهر على ٢٥-٣٠٪ من الأفراد المتأثرين.

قد يقدم الـ VCFS نموذج على العلاقة بين المسؤولية الجينية وخطر ظهور أعراض الفصام، فقد ارتبط العجز الإدراكي في الفصام بتعدد أشكال ترميز الجينات كاتيكول O ميثيل (COMT) وهو إنزيم يشارك في تراجع الدوبامين. إن الأشخاص الذين لديهم تعدد أشكال الـ Val/Val قد انخفض لديهم دوبامين الفص الأمامي وذلك بسبب نشاط زائد لـ COMT، وكنتيجة لذلك قد يكون لديهم ضعف في الوظائف الإدراكية (١٥٤). يرتبط الـ VCFS بضعف إدراكي شبيه بضعف الإدراك الذي يظهر في حالات مرض الفصام، والذي يشتمل على عدم القدرة على السيطرة والتذكر والتركييز. إن الأفراد الذين يعانون من الـ VCFS ولديهم أحادي زيوجت COMT Val (١٥٨) يتطور لديهم الإدراك المرتبط بزيادة في تدهور إنزيمات الدوبامين (١٥٤). يظهر أيضاً في حالات الـ VCFS تشوهات المخ الغير متكافئة والتي تشمل فقدان المادة السنجابية في الفص الجبهي والتليف الحزامي للمخ، وهذا يشبه كثيراً ذلك الذي يحدث في حالات مرض الفصام، وتظهر هذه التشوهات بأنها مرتبطة بضعف الإدراك (١٥٥). تقترح دراسات مطولة أن تغيرات تراكيب المخ في حالات

الـ VCFS تنبأ بظهور أعراض الذهان (١٥٦)، بالرغم من أننا نحتاج إلى المزيد من الدراسات لتعريف دلائل مرضى الـ VCFS للعصبية الحيوية والنمطية الجينية والتي تستمر لتؤدي إلى ظهور ذهان ثانوي. من المحتمل أن مثل هذه الدراسات، والتي تبحث في أسس العصبية الحيوية للذهان في الـ VCFS ستفسر الفيزيولوجيا المرضية لمجموعة فرعية من مرضى الفصام، وهذا أقل الافتراضات.

التهاب الدماغ NMDA: نموذج الفيزيولوجيا المرضية لمرض الفصام

بالرغم من التقدم الكبير في فهمنا لركيزة الفيزيولوجيا المرضية لمرض الفصام، إلا أن الخلل الأساسي يبقى أمراً جدلياً، وتكون النظرية الأساسية هي أنه قد يكون الخلل الجلوماتيري والـ GAB السبب في تطور الفيزيولوجيا المرضية للذهان، ربما عن طريق ضعف مستقبلات الجلوماتيرية NMDA (١٥٧،١٥٨). إن ما يدعم هذا النموذج هو مراقبة سريرية لحالة ذهان تتشابه مع مرض الفصام سببها مستقبل NMDA الذي يتعارض مع الفينيسيكليدين، ويُدعم هذا النموذج أيضاً ملاحظة تقوم على الدراسات العصبية لمستقبلات NMDA المتغيرة والملمزة وأيضاً سرعة في تشريح مخ مرضى الفصام بعد الوفاة (١٥٩)، وبالتالي فمستقبل الـ NMDA يقدم نموذجاً حيوياً طبيعياً للمزيد من الدراسة، وقد يقدم رؤية في عدم تجانس الفيزيولوجيا المرضية لمرض الفصام.

قد ينتج ضعف الجلوتاميرجي الوظيفي في فشل تنظيم GABA التي تتوسط الخلايا العصبية الهرمية الجلوتاميرجية، وما يُدعم هذه النظرية هو ملاحظة انخفاض مركب الـ GABA كرد فعل انخفاض في النشاط العصبي الـ ٦٧ isoform-kDa لحمض الجلوتاميك كربوكسيل (GAD٦٧) لدى المرضى الذين يعانون من مرض الفصام (١٦٠). وتشير العديد من الدلائل إلى تغييرات في آلية المناعة في مرض الفصام (١٦١). هناك احتياج إلى عقد علاقة بين نموذج تغير NMDA/GABA والنظريات التي تخص التغير في جهاز المناعة في حالات مرض الفصام؛ وقد تكون دراسات الأشكال المناسبة للذهان الثانوي واحدة من الطرق التي تفسر هذا النموذج.

إن واحدة من الأشكال الغير طبيعية للذهان الثانوي والتي تؤدي إلى حالة ضعف مستقبل NMDA قد تقدم رؤية للفيزيولوجيا المرضية لمرض الفصام. لقد شرحت العديد من تقارير الحالات منذ عام ٢٠٠٧ مظهر من مظاهر التهاب الدماغ والذي فيه أكتشف أن المرضى الذين تظهر عليهم أعراض عصبية ونفسية لديهم أجسام مضادة سالبة لهيبتيرومييرز NR٢/NR١ الخاصة بمستقبلات الـ NMDA. لقد قام دالماو وزملاؤه (١٦٢،١٦٣) بفحص ١٠٠ مريض تظهر عليهم مستقبلات NMDA لالتهاب الدماغ وتبين أن ٧٧٪ ظهر لديهم مختلف الأعراض النفسية والتي تشمل قلق وارق وخوف وشعور بالعظمة وضلالات وفرط تدين وهوس وبارانويا.

يشمل نموذج دمج مستقبلات التهاب الدماغ NMDA مع اختلال وظائف الجلوتامات GABA فكرة أن زيادة الأجسام المضادة التي تتوسط مستقبلات الـ NMDA قد تعطل الخلايا العصبية GABA

- 2001;31:231-9.
9. Cutting J. The phenomenology of acute organic psychosis. Comparison with acute schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1987;151:324-32.
 10. Miller BL, Benson DF, Cummings JL et al. Late-life paraphrenia: an organic delusional syndrome. *J Clin Psychiatry* 1986;47:204-7.
 11. Sibley JT, Olszynski WP, Decoteau WE et al. The incidence and prognosis of central nervous system disease in systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol* 1992;19:47-52.
 12. Stojanovich L, Zandman-Goddard G, Pavlovich S et al. Psychiatric manifestations in systemic lupus erythematosus. *Autoimmun Rev* 2007;6:421-6.
 13. Pego-Reigosa JM, Isenberg DA. Psychosis due to systemic lupus erythematosus: characteristics and long-term outcome of this rare manifestation of the disease. *Rheumatology* 2008;47:1498-502.
 14. Appenzeller S, Cendes F, Costallat LTL. Acute psychosis in systemic lupus erythematosus. *Rheumatol Int* 2008;28:237-43.
 15. Ward MM, Studenski S. The time course of acute psychiatric episodes in systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol* 1991;18:535-9.
 16. Carrieri PB, Montella S, Petracca M. Psychiatric onset of multiple sclerosis: description of two cases. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2011;23:E6.
 17. Kosmidis MH, Giannakou M, Messinis L et al. Psychotic features associated with multiple sclerosis. *Int Rev Psychiatry* 2010;22: 55-66.
 18. Lee M-J, Lee H-S, Hwang J-S et al. A case of Hashimoto's encephalopathy presenting with seizures and psychosis. *Korean J Pediatr* 2012;55:111-3.
 19. de Holanda N, de Lima D. Hashimoto's encephalopathy: systematic review of the literature and an additional case. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2011;23:384-90.
 20. Shprintzen RJ, Goldberg R, Golding-Kushner KJ et al. Late-onset psychosis in the velo-cardio-facial syndrome. *Am J Med Genet* 1992;42:141-2.
 21. Pulver AE, Nestadt G, Goldberg R et al. Psychotic illness in patients diagnosed with velo-cardio-facial syndrome and their relatives. *J Nerv Ment Dis* 1994;182:476-8.
 22. Papolos DF, Faedda GL, Veit S et al. Bipolar spectrum disorders in patients diagnosed with velo-cardio-facial syndrome: does a hemizygous deletion of chromosome 22q11 result in bipolar affective disorder? *Am J Psychiatry* 1996;153:1541-7.
 23. Murphy KC, Jones LA, Owen MJ. High rates of schizophrenia in adults with velo-cardio-facial syndrome. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:940-5.
 24. Chow EWC, Watson M, Young DA et al. Neurocognitive profile in 22q11 deletion syndrome and schizophrenia. *Schizophr Res* 2006;87:270-8.
 25. Vogels A, Matthijs G, Legius E et al. Chromosome 15 maternal uniparental disomy and psychosis in Prader-Willi syndrome. *J Med Genet* 2003;40:72-3.
 26. Vogels A, De Hert M, Descheemaeker MJ et al. Psychotic disorders in Prader-Willi syndrome. *Am J Med Genet A* 2004;15: 127A:238-43.
 27. Folstein SE, Chase GA, Wahl WE et al. Huntington disease in Maryland: clinical aspects of racial variation. *Am J Hum Genet* 1987;41:168-79.
 28. Shiwach R. Psychopathology in Huntington's disease patients. *Acta Psychiatr Scand* 1994;90:241-6.
 29. Bourgeois JA. Fahr's disease — a model of neuropsychiatric illness with cognitive and psychotic symptoms. *Acta Psychiatr Scand* 2010;121:78.

والتي تهدف في منع الغلوتامات من الخروج خارج الخلية، فبدون وجود الـ GABA التنظيمية قد يحدث فرط في إنتاج الغلوتامات ويزداد الذهان في الظهور. يوجد هناك آلية مشابهة لهذه في الفصام، على الرغم من عدم ظهور دلائل نهائية عن التغييرات في الجلوماتيغري العصبية لهذا المرض. يقدم مستقبل NMDA آلية بيولوجية لتطور الذهان والذي يستدعي المزيد من الدراسات مع إمكانية إضافية بأنه قد تحدث اختلافات في طبيعة الخلل الوظيفي لمستقبل NMDA عدم تجانس الفيزيولوجيا المرضية المعقدة لمرض الفصام.

الخاتمة

لم تخدم الاختلافات التاريخية بين الأمراض العضوية (أو البنائية) والأمراض الوظيفية (أي النفسية البحتة) مجال الطب النفسي، بل أعادت التحقيقات المنهجية في الاضطرابات التي كانت تُعتبر سابقاً بأنها نفسية بحتة. وقد كان تقسيم الاضطرابات النفسية في هذه التقسيمات سواء بأسباب قابلة للتفسير أو لا بالأمر النافع سريريًا.

إن تعريف المسبب المرضي أو السم أو العقاقير التي تسببت في أن يظهر على المريض أعراض الذهان يُمكن أن يكون تحدي كبير للتشخيصات، لكن يُمكن أن يُساعد الفحص الجيد للتاريخ المرضي والاختبارات الجسدية والاستخدام الحكيم للاختبارات الطبية الحديثة، بالإضافة إلى العقل المستنير للطبيب الإكلينيكي ليصل إلى التشخيص الصحيح ويقدم أفضل التدخلات الطبية والتي تكون بالأمر الممتع.

عند إدراك مسببات الذهان الثانوي، يكتسب العالم الإكلينيكي رؤية جيدة للفيزيولوجيا المرضية المحيرة ومسببات اضطرابات الذهان الأولى مثل مرض الفصام.

المراجع:

1. Mendel LB. The American Physiological Society. *Science* 1907; 26:765.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed., text revision. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
3. Fujii D, Ahmed I. Characteristics of psychotic disorder due to traumatic brain injury: an analysis of case studies in the literature. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2002;14:130-40.
4. Achte KA, Hillbom E, Aalberg V. Psychoses following war brain injuries. *Acta Psychiatr Scand* 1969;45:1-18.
5. Silver JM, Kramer R, Greenwald S et al. The association between head injuries and psychiatric disorders: findings from the New Haven NIMH Epidemiologic Catchment Area Study. *Brain Inj* 2001;15:935-45.
6. Harrison G, Whitley E, Rasmussen F et al. Risk of schizophrenia and other non-affective psychosis among individuals exposed to head injury: case control study. *Schizophr Res* 2006;88:119-26.
7. David AS, Prince M. Psychosis following head injury: a critical review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005;76 (Suppl. 1):i53-60.
8. Sachdev P, Smith JS, Cathcart S. Schizophrenia-like psychosis following traumatic brain injury: a chart-based descriptive and case-control study. *Psychol Med*

54. Inouye SK, Charpentier PA. Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons. Predictive model and interrelationship with baseline vulnerability. *JAMA* 1996;275:852-7.
55. Bowen JD, Larson EB. Drug-induced cognitive impairment. Defining the problem and finding solutions. *Drugs Aging* 1993; 3:349-57.
56. Martin NJ, Stones MJ, Young JE et al. Development of delirium: a prospective cohort study in a community hospital. *Int Psychogeriatr* 2000;12:117-27.
57. Snively S. The neurotoxicity of antibacterial agents. *Ann Intern Med* 1984;101:92-104.
58. Almeida OP, Xiao J. Mortality associated with incident mental health disorders after stroke. *Aust N Z J Psychiatry* 2007;41:274- 81.
59. Kumral E, Ozturk O. Delusional state following acute stroke. *Neurology* 2004;62:110-3.
60. Nagaratnam N, O'Neile L. Delusional parasitosis following occipito-temporal cerebral infarction. *Gen Hosp Psychiatry* 2000; 22:129-32.
61. Beniczky S, Keri S, Vörös E et al. Complex hallucinations following occipital lobe damage. *Eur J Neurol* 2002;9:175-6.
62. Nye E, Arendts G. Intracerebral haemorrhage presenting as olfactory hallucinations. *Emerg Med* 2002;14:447-9.
63. Starkstein S, Robinson R. Post-stroke hallucinatory delusional syndromes. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol* 1992; 5:114-8.
64. Lyketsos CG, Steinberg M, Tschanz JT et al. Mental and behavioral disturbances in dementia: findings from the Cache County Study on Memory in Aging. *Am J Psychiatry* 2000;157:708-14.
65. Sachdev PS, Keshavan MS. Secondary schizophrenia. Cambridge: Cambridge University Press, 2010.
66. Waggoner RW, Bagchi BK. Initial masking of organic brain changes by psychic symptoms: clinical and electroencephalographic studies. *Am J Psychiatry* 1954;110:904-10.
67. Klotz M. Incidence of brain tumors in patients hospitalized for chronic mental disorders. *Psychiatr Q* 1957;31:669-80.
68. Larson C. Intracranial tumors in mental hospital patients a statistical study. *Am J Psychiatry* 1940;97:49-58.
69. Mulder DW, Daly D. Psychiatric symptoms associated with lesions of temporal lobe. *JAMA* 1952;150:173-6.
70. Selecki BR. Intracranial space-occupying lesions among patients admitted to mental hospitals. *Med J Aust* 1965;1:383-90.
71. Malamud N. Psychiatric disorder with intracranial tumors of limbic system. *Arch Neurol* 1967;17:113-23.
72. Galasko D, Kwo-On-Yuen PF, Thal L. Intracranial mass lesions associated with late-onset psychosis and depression. *Psychiatr Clin North Am* 1988;11:151-66.
73. Edwards-Lee T. Focal lesions and psychosis. In: Bogousslavsky J, Cummings JL (eds). *Behavior and mood disorders*. Cambridge: Cambridge University Press, 2000:419-36.
74. Davison K, Bagley CR. Schizophrenia-like psychoses associated with organic disorder of the central nervous system: a review of the literature. In: Herrington RN (ed). *Current problems in neuropsychiatry*. Ashford: Headley Brothers, 1969:1-45.
75. Hollister LE, Boutros N. Clinical use of CT and MR scans in psychiatric patients. *J Psychiatry Neurosci* 1991;16:194-8.
76. Benes F. Why does psychosis develop during adolescence and early adulthood? *Curr Opin Psychiatry* 2005;46:569-72.
30. Shakibai SV, Johnson JP, Bourgeois JA. Paranoid delusions and cognitive impairment suggesting Fahr's disease. *Psychosomatics* 2005;46:569-72.
31. Curran C, Byrappa N, McBride A. Stimulant psychosis: systematic review. *Br J Psychiatry* 2004;185:196-204.
32. Post RM. Cocaine psychoses: a continuum model. *Am J Psychiatry* 1975;132:225-31.
33. Thirthalli J, Benegal V. Psychosis among substance users. *Curr Opin Psychiatry* 2006;19:239-45.
34. Fergusson DM, Horwood LJ, Swain-Campbell NR. Cannabis dependence and psychotic symptoms in young people. *Psychol Med* 2003;33:15-21.
35. Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM. Tests of causal linkages between cannabis use and psychotic symptoms. *Addiction* 2005; 100:354-66.
36. Erard R, Luisada PV, Peele R. The PCP psychosis: prolonged intoxication or drug-precipitated functional illness? *J Psychedelic Drugs* 1980;12:235-51.
37. Jansen KL. A review of the nonmedical use of ketamine: use, users and consequences. *J Psychoactive Drugs* 2000;32:419-33.
38. Hambrecht M, Hafner H. Do alcohol or drug abuse induce schizophrenia? *Nervenarzt* 1996;67:36-45.
39. Dalmau A, Bergman B, Brismar B. Psychotic disorders among inpatients with abuse of cannabis, amphetamine and opiates. Do dopaminergic stimulants facilitate psychiatric illness? *Eur Psychiatry* 1999;14:366-71.
40. Cami J, Farré M, Mas M et al. Human pharmacology of 3,4-methylenedioxymethamphetamine ("ecstasy"): psychomotor performance and subjective effects. *J Clin Psychopharmacol* 2000;20:455- 66.
41. Cole JC, Sumnall HR. Altered states: the clinical effects of Ecstasy. *Pharmacol Ther* 2003;98:35-58.
42. Kahan VL. Paranoid states occurring in leaded-petrol handlers. *J Ment Sci* 1950;96:1043-7.
43. Schenk VW, Stolk PJ. Psychosis following arsenic (possibly thallium) poisoning. A clinical-neuropathological report. *Psychiatr Neurol Neurochir* 1967;70:31-7.
44. Dubovsky AN, Arvikar S, Stern TA et al. The neuropsychiatric complications of glucocorticoid use: steroid psychosis revisited. *Psychosomatics* 2012;53:103-15.
45. Feinberg M. The problems of anticholinergic adverse effects in older patients. *Drugs Aging* 1993;3:335-48.
46. Peters NL. Snipping the thread of life. Antimuscarinic side effects of medications in the elderly. *Arch Intern Med* 1989;149:2414- 20.
47. Schor JD, Levkoff SE, Lipsitz LA et al. Risk factors for delirium in hospitalized elderly. *JAMA* 1992;267:827-31.
48. Marcantonio ER, Juarez G, Goldman L et al. The relationship of postoperative delirium with psychoactive medications. *JAMA* 1994;272:1518-22.
49. Schrestha S, Alao A. Isoniazid-induced psychosis. *Psychosomatics* 2009;50:640-1.
50. Tran TM, Browning J, Dell ML. Psychosis with paranoid delusions after a therapeutic dose of mefloquine: a case report. *Malar J* 2006;5:74.
51. Alisky JM, Chertkova EL, Iczkowski KA. Drug interactions and pharmacogenetic reactions are the basis for chloroquine and mefloquine-induced psychosis. *Med Hypotheses* 2006;67:1090-4.
52. Gustafson Y, Berggren D, Brannström B et al. Acute confusional states in elderly patients treated for femoral neck fracture. *J Am Geriatr Soc* 1988;36:525-30.
53. Meador KJ. Cognitive side effects of antiepileptic drugs. *Can J Neurol Sci* 1994;21:S12-6.

- in treating psychosis in neurosyphilis: a case report. *Gen Hosp Psychiatry* 2006;28:359-61.
100. G€uler E, Leyhe T. A late form of neurosyphilis manifesting with psychotic symptoms in old age and good response to ceftriaxone therapy. *Int Psychogeriatr* 2011;23:666-9.
 101. Sewell DD. Schizophrenia and HIV. *Schizophr Bull* 1996; 22:465-73.
 102. Dolder CR, Patterson TL, Jeste DV. HIV, psychosis and aging: past, present and future. *AIDS* 2004;18 (Suppl. 1):S35-42.
 103. Harris MJ, Jeste DV, Gleghorn A et al. New-onset psychosis in HIV-infected patients. *J Clin Psychiatry* 1991;52:369-76.
 104. Shedlack KJ, Soldato-Couture C, Swanson CL. Rapidly progressive tardive dyskinesia in AIDS. *Biol Psychiatry* 1994;35:147-8.
 105. Yolken RH, Dickerson FB, Fuller Torrey E. Toxoplasma and schizophrenia. *Parasite Immunol* 2009;31:706-15.
 106. Torrey EF, Yolken RH. Schizophrenia and toxoplasmosis. *Schizophr Bull* 2007;33:727-8.
 107. Kramer W. Frontiers of neurological diagnosis in acquired toxoplasmosis. *Psychiatr Neurol Neurochir* 1966;69:43-64.
 108. Freytag HW, Haas H. Psychiatric aspects of acquired toxoplasmosis. A case report. *Nervenarzt* 1979;50:128-31.
 109. Brown AS. Epidemiologic studies of exposure to prenatal infection and risk of schizophrenia and autism. *Dev Neurobiol* (in press).
 110. Brown AS, Begg MD, Gravenstein S et al. Serologic evidence of prenatal influenza in the etiology of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:774-80.
 111. Mortensen PB, N_rgaard-Pedersen B, Waltoft BL et al. Toxoplasma gondii as a risk factor for early-onset schizophrenia: analysis of filter paper blood samples obtained at birth. *Biol Psychiatry* 2007;61:688-93.
 112. Babulas V, Factor-Litvak P, Goetz R et al. Prenatal exposure to maternal genital and reproductive infections and adult schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2006;163:927-9.
 113. Brown AS, Cohen P, Harkavy-Friedman J et al. Prenatal rubella, premorbid abnormalities, and adult schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2001;49:473-86.
 114. Patten SB, Svenson LW, Metz LM. Psychotic disorders in MS: population-based evidence of an association. *Neurology* 2005; 65:1123-5.
 115. Feinstein A. The neuropsychiatry of multiple sclerosis. *Can J Psychiatry* 2004;49:157-63.
 116. Feinstein A, Boulay du G, Ron MA. Psychotic illness in multiple sclerosis. A clinical and magnetic resonance imaging study. *Br J Psychiatry* 1992;161:680-5.
 117. Ropacki SA, Jeste DV. Epidemiology of and risk factors for psychosis of Alzheimer's disease: a review of 55 studies published from 1990 to 2003. *Am J Psychiatry* 2005;162:2022-30.
 118. Paulsen JS, Ready RE, Stout JC et al. Neurobehaviors and psychotic symptoms in Alzheimer's disease. *J Int Neuropsychol Soc* 2000;6:815-20.
 119. Jeste DV, Finkel SI. Psychosis of Alzheimer's disease and related dementias. Diagnostic criteria for a distinct syndrome. *Am J Geriatr Psychiatry* 2000;8:29-34.
 120. Rapoport MJ, van Reekum R, Freedman M et al. Relationship of psychosis to aggression, apathy and function in dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001;16:123-30.
 121. Gustafson L, Brun A, Passant U. Frontal lobe 2003;16:317-9.
 77. Feinberg I. Schizophrenia: caused by a fault in programmed synaptic elimination during adolescence? *J Psychiatr Res* 1982; 17:319-34.
 78. Benes FM. Myelination of cortical-hippocampal relays during late adolescence. *Schizophr Bull* 1989;15:585-93.
 79. Weinberger DR, Lipska BK. Cortical maldevelopment, anti-psychotic drugs, and schizophrenia: a search for common ground. *Schizophr Res* 1995;16:87-110.
 80. Mizukami K, Sasaki M, Suzuki T et al. Central nervous system changes in mitochondrial encephalomyopathy: light and electron microscopic study. *Acta Neuropathol* 1992;83:449-52.
 81. Suzuki T, Koizumi J, Shiraishi H et al. Psychiatric disturbance in mitochondrial encephalomyopathy. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1989;52:920-2.
 82. Amemiya S, Hamamoto M, Goto Y et al. Psychosis and progressing dementia: presenting features of a mitochondriopathy. *Neurology* 2000;55:600-1.
 83. Huang CC, Chu NS. Wilson's disease: clinical analysis of 71 cases and comparison with previous Chinese series. *J Formos Med Assoc* 1992;91:502-7.
 84. Rathbun J. Neuropsychological aspects of Wilson's disease. *Int J Neurosci* 1996;85:221-9.
 85. Wilson S. Progressive lenticular degeneration. *BMJ* 1912; 2:1645.4.
 86. Lindenbaum J, Healton EB, Savage DG et al. Neuropsychiatric disorders caused by cobalamin deficiency in the absence of anemia or macrocytosis. *N Engl J Med* 1988;318:1720-8.
 87. Hutto BR. Folate and cobalamin in psychiatric illness. *Compr Psychiatry* 1997;38:305-14.
 88. Evans DL, Edelson GA, Golden RN. Organic psychosis without anemia or spinal cord symptoms in patients with vitamin B12 deficiency. *Am J Psychiatry* 1983;140:218-21.
 89. Masalha R, Chudakov B, Muhamad M et al. Cobalamin-responsive psychosis as the sole manifestation of vitamin B12 deficiency. *Isr Med Assoc J* 2001;3:701-3.
 90. Payinda G, Hansen T. Vitamin B(12) deficiency manifested as psychosis without anemia. *Am J Psychiatry* 2000;157:660-1.
 91. Levitt AJ, Joffe RT. Vitamin B12 in psychotic depression. *Br J Psychiatry* 1988;153:266-7.
 92. Godfrey PS, Toone BK, Carney MW et al. Enhancement of recovery from psychiatric illness by methylfolate. *Lancet* 1990; 336:392-5.
 93. Prakash R, Gandotra S, Singh LK et al. Rapid resolution of delusional parasitosis in pellagra with niacin augmentation therapy. *Gen Hosp Psychiatry* 2008;30:581-4.
 94. Rudin DO. The major psychoses and neuroses as omega-3 essential fatty acid deficiency syndrome: substrate pellagra. *Biol Psychiatry* 1981;16:837-50.
 95. Hare EH. The origin and spread of dementia paralytica. *J Ment Sci* 1959;105:594-626.
 96. Sobhan T, Rowe HM, Ryan WG et al. Unusual case report: three cases of psychiatric manifestations of neurosyphilis. *Psychiatr Serv* 2004;55:830-2.
 97. Klaus MV, Amarante L, Beam TR. Routine screening for syphilis is justified in patients admitted to psychiatric, alcohol, and drug rehabilitation wards of the Veterans Administration Medical Center. *Arch Dermatol* 1989;125:1644-6.
 98. Hutto B. Syphilis in clinical psychiatry: a review. *Psychosomatics* 2001;42:453-60.
 99. Taycan O, Ugur M, Ozmen M. Quetiapine vs. risperidone

144. Lisanby S, Kohler C, Swanson C. Psychosis secondary to brain tumor. *Semin Clin Neuropsychiatry* 1998;3:12-22.
145. Illes J, Kirschen M, Edwards E et al. Incidental findings in brain imaging research: what should happen when a researcher sees a potential health problem in a brain scan from a research subject? *Science* 2006;311:783-84.
146. Lawrie SM, Abukmeil SS, Chiswick A et al. Qualitative cerebral morphology in schizophrenia: a magnetic resonance imaging study and systematic literature review. *Schizophr Res* 1997; 24;25:155-66.
147. Keshavan MS, DeLisi LE, Seidman LJ. Early and broadly defined psychosis risk mental states. *Schizophr Res* 2011;126:1- 10.
148. Shenton ME, Whitford TJ, Kubicki M. Structural neuroimaging in schizophrenia: from methods to insights to treatments. *Dialogues Clin Neurosci* 2010;12:317-32.
149. Keshavan MS, Tandon R, Boutros NN et al. Schizophrenia, “just the facts”: what we know in 2008. Part 3: Neurobiology. *Schizophr Res* 2008;106:89-107.
150. Tandon R, Keshavan MS, Nasrallah HA. Schizophrenia, “just the facts”: what we know in 2008. 2. Epidemiology and etiology. *Schizophr Res* 2008;102:1-18.
151. Trimble M. The psychoses of epilepsy. New York: Raven, 1991.
152. Torta R, Keller R. Behavioral, psychotic, and anxiety disorders in epilepsy: etiology, clinical features, and therapeutic implications. *Epilepsia* 1999;40 (Suppl. 10):S2-20.
153. Ando N, Morimoto K, Watanabe T et al. Enhancement of central dopaminergic activity in the kainate model of temporal lobe epilepsy: implication for the mechanism of epileptic psychosis. *Neuropsychopharmacology* 2004;29:1251-8.
154. Shashi V, Keshavan MS, Howard TD et al. Cognitive correlates of a functional COMT polymorphism in children with 22q11.2 deletion syndrome. *Clin Genet* 2006;69:234-8.
155. Shashi V, Kwapil TR, Kaczorowski J et al. Evidence of gray matter reduction and dysfunction in chromosome 22q11.2 deletion syndrome. *Psychiatry Res* 2010;181:1-8.
156. Kates WR, Antshel KM, Faraone SV et al. Neuroanatomic predictors to prodromal psychosis in velocardiofacial syndrome (22q11.2 deletion syndrome): a longitudinal study. *Biol Psychiatry* 2011;69:945-52.
157. Olney JW, Farber NB. Glutamate receptor dysfunction and schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:998-1007.
158. Moghaddam B. Bringing order to the glutamate chaos in schizophrenia. *Neuron* 2003;40:881-4.
159. Harrison PJ, Law AJ, Eastwood SL. Glutamate receptors and transporters in the hippocampus in schizophrenia. *Ann N Y Acad Sci* 2003;1003:94-101.
160. Gonz_alez-Burgos G, Hashimoto T, Lewis DA. Alterations of cortical GABA neurons and network oscillations in schizophrenia. *Curr Psychiatry Rep* 2010;12:335-44.
161. Potvin S, Stip E, Sepahy AA et al. Inflammatory cytokine alterations in schizophrenia: a systematic quantitative review. *Biol Psychiatry* 2008;63:801-8.
162. Dalmau J, T€un€un E, Wu H-Y et al. Paraneoplastic anti-N-methyl- D-aspartate receptor encephalitis associated with ovarian teratoma. *Ann Neurol* 2007;61:25-36.
163. Dalmau J, Rosenfeld MR. Paraneoplastic syndromes of the CNS. *Lancet Neurol* 2008;7:327-40. DOI 10.1002/wps.20001
- degeneration of non-Alzheimer type. *Baillieres Clin Neurol* 1992;1:559-82.
122. Edwards-Lee T, Miller BL, Benson DF et al. The temporal variant of frontotemporal dementia. *Brain* 1997;120 (Pt 6):1027-40.
123. Logsdail SJ, Toone BK. Post-ictal psychoses. A clinical and phenomenological description. *Br J Psychiatry* 1988;152:246-52.
124. Kanner AM, Stagno S, Kotagal P et al. Postictal psychiatric events during prolonged video-electroencephalographic monitoring studies. *Arch Neurol* 1996;53:258-63.
125. Slater E, Beard AW, Glithero E. The schizophrenia-like psychoses of epilepsy. *Br J Psychiatry* 1963;109:95-150.
126. Qin P, Xu H, Laursen TM et al. Risk for schizophrenia and schizophrenia-like psychosis among patients with epilepsy: population based cohort study. *BMJ* 2005;331:23.
127. Standage KF, Fenton GW. Psychiatric symptom profiles of patients with epilepsy: a controlled investigation. *Psychol Med* 1975;5:152-60.
128. Katsigiannopoulos K, Georgiadou E, Pazarlis P et al. Psychotic disorder as a manifestation of Graves' disease. *Psychosomatics* 2010;51:449-50.
129. Chen T-S, Wen M-J, Hung Y-J et al. A rare storm in a psychiatric ward: thyroid storm. *Gen Hosp Psychiatry* 2012;34:210.e1-4.
130. Brownlie BE, Rae AM, Walshe JW et al. Psychoses associated with thyrotoxicosis — “thyrotoxic psychosis”. A report of 18 cases, with statistical analysis of incidence. *Eur J Endocrinol* 2000;142:438-44.
131. Rizvi AA. “Thyrotoxic psychosis” associated with subacute thyroiditis. *South Med J* 2007;100:837-40.
132. Kobayashi N, Tajiri J, Takano M. Transient psychosis due to painless thyroiditis in a patient with anxiety disorder: a case report. *J Med Case Reports* 2011;5:534.
133. Sathya A, Radhika R, Mahadevan S et al. Mania as a presentation of primary hypothyroidism. *Singapore Med J* 2009;50:e65- 7.
134. Tor PC, Lee HY, Fones CSL. Late-onset mania with psychosis associated with hypothyroidism in an elderly Chinese lady. *Singapore Med J* 2007;48:354-7.
135. Hall R. Psychiatric effects of thyroid hormone disturbance. *Psychosomatics* 1983;24:7-11.
136. Heinrich TW, Grahm G. Hypothyroidism presenting as psychosis: myxedema madness revisited. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2003;5:260-6.
137. Irwin R, Ellis PM, Delahunt J. Psychosis following acute alteration of thyroid status. *Aust N Z J Psychiatry* 1997;31:762-4.
138. Schofield A, Bracken P. Thyroid-induced psychosis in myxoedema. *Ir Med J* 1983;76:495-6.
139. Papa A, Bononi F, Sciubba S et al. Primary hyperparathyroidism: acute paranoid psychosis. *Am J Emerg Med* 2003;21:250-1.
140. Watson LC, Marx CE. New onset of neuropsychiatric symptoms in the elderly: possible primary hyperparathyroidism. *Psychosomatics* 2002;43:413-7.
141. Velasco PJ, Manshadi M, Breen K et al. Psychiatric aspects of parathyroid disease. *Psychosomatics* 1999;40:486-90.
142. Denko JD, Kaelbling R. The psychiatric aspects of hypoparathyroidism. *Acta Psychiatr Scand* 1962;38 (Suppl. 164):1-70.
143. Ang AW, Ko SM, Tan CH. Calcium, magnesium, and psychotic symptoms in a girl with idiopathic hypoparathyroidism. *Psychosom Med* 1995;57:299-302.

حالة بريفيك وما يُمكن أن يستفيد الأطباء النفسيون منها

GABRIELLE A. CARLSON

Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Stony Brook University School of Medicine, Putnam Hall-South Campus, Stony Brook, NY 11794-8790, USA

قام النرويجي اندريس بيهرينج بريفيك في عصر الثاني والعشرين من يوليو عام 2011 بقتل 77 فردًا في حادثين منفصلين، كان أغلبهم من الشباب والأطفال، وقد حُكم عليه في الرابع والعشرين من أغسطس عام 2012 بالسجن لمدة 21 عامًا. لقد تم تقييم بريفيك بتقييمين قضائيين: أكد التقييم الأول أنه يعاني من اضطرابات ذهانية؛ وبالتالي فهو يُعتبر غير مسئول قضائيًا. أما التقييم الثاني فأكد أنه يعاني من اضطرابات في الشخصية، وبالتالي فهو غير مسئول قضائيًا أيضًا. تقدم هذه المقالة أولًا وصفًا للخلفية التي أتى منها بريفيك وجرائمه، ويلى ذلك نظرة عامة على التقييمين القضائيين، والوسائل التي استخدمت فيهما ومحتوياتهما وأيضًا الجدل الذي ثار فيهما وكيف تعاملت المحكمة مع هذه الأمور. أخيرًا نستعرض الضوء في هذه المقالة على بعض الدروس التي قد يستخلصها الأطباء النفسيون من هذه الحالة.

كلمات مفتاحية: حالة بريفيك، الطب النفسي القضائي، التشخيص النفسي، الطب النفسي والإعلام

(عالم الطب النفسي 2013: 21-16.12)

أخبر رجال البوليس ذلك اليوم أن أفعاله هذه كانت «جزءًا من الخطة ب»، «وأن الخطأ الذي وقع هو أن الناس على تلك الجزيرة كانوا من فئة الخائنين ج»؛ فبالنسبة لهذه المنظمة كان هناك ثلاثة فئات من الخائنين وهم الفئة أ والفئة ب والفئة ج، وكان يحق له أن يقتل الخائنين من الفئتين الأوليتين، إلا أنه ليس مفوضًا ليقول الخائنين من الفئة الثالثة.

الخلفية التي أتى منها بريفيك

وُلد بريفيك في مدينة أوسلو عام ١٩٧٩، وكان لوالديه الاثنين أبناءًا من علاقات سابقة، وقد تزوجا قبل أن يُولد بفترة قصيرة وبعد ذلك انتقلا خارج البلاد حيث كان يعمل والده في السلك الدبلوماسي النرويجي، وقد انفصل والداه عام ١٩٨٠ وقامت أمه بتربيته مع أخته الغير شقيقة في أوسلو، وكان والده يأتي قليلا ليزوره بجانب زيارات الأجازات. وقامت والدته مرتين بطلب معونة من قسم خدمة رعاية الطفل وذلك لأنها رأت أنه كان طفلاً شديد المراس. وقد قام طبيب نفسي من خدمات الرعاية النفسية للطفل بالكشف على بريفيك عام ١٩٨٣، وقام بتقييم حالته التربوية بأنها أمر معضل وأنه في خطر أن يتطور لديه أمراض نفسية شديدة، وأوصى الطبيب بتعزيز الرعاية الطبية له، لكن لم توافق خدمة الرعاية الطبية على هذا الأمر، وبعد مدة قصيرة من الإشراف الطبي المنزلي تم إغلاق القضية عام ١٩٨٤.

ترعرع بريفيك في مدارس حي الأثرياء الذي كان يقطنه، وقد كان أحد الأفراد في مجموعة أتصف فيها بالخلج إلا أنه كان شخص اجتماعي ومخلص. كان بريفيك في فترة المراهقة مهتمًا بمظهره، وهذا حال كل المراهقين، وكان يعمل كثيرًا ويتعاطى المنشطات وأجرى عملية تجميل بأنفه في بداية العشرين من عمره. وبالرغم من كونه ذكي إلا أنه ترك المدرسة قبل الامتحانات النهائية، وبدأ يعمل في العديد من الشركات، منها شركات بيع شهادات مزورة عبر الإنترنت. كان بريفيك في هذه الفترة من عمره يُعرّف نفسه بأنه رجل أعمال ناجح ويُدعي أنه ربح الملايين، بينما قدّر البوليس أنه قد دُفع له ٤.٥ مليون كرونة نرويجية (حوالي ٦٠٠,٠٠٠ يورو) للتجارة في الشهادات المزورة في سوق الأوراق المالية.

كان يوم الثاني والعشرين من يوليو عام ٢٠١١ يومًا هادئًا وكئيبيًا في أوسلو؛ فكمعاداة المكاتب أغلب أيام الجمعة في أيام الحر النرويجي أنهم يُغلقون مكاتبهم مبكرًا، ويترك السكان المحليون المدينة قاصدين الأماكن السياحية. وعند الساعة الثالثة وخمس وعشرين دقيقة ظهرًا قام بريفيك بتفجير سيارة أسمدة يصل وزنها إلى ٩٥٠ كم في حي حكومي بوسط المدينة، مما أسفر عن مقتل ثمانية أشخاص وإصابة تسعة آخرين. وقد كان حوالي ٢٠٠ شخصًا من أصل ١٩٠٠ لا يزالوا في مقار عملهم في عصر ذلك اليوم؛ وبالتالي كان هناك القليل من الأمل بأن الخسائر تكون أقل مما هو متوقع، لكن وبعد ساعتين كان هناك أنباء عن دوي طلق ناري في محيط المعسكر الصيفي الخاص بمنظمة حزب عمال الشباب النرويجي؛ فقد انتقل بريفيك مباشرة من موقع القنبلة التي فجرها متجهًا إلى جزيرة أوتويا الصغيرة وتمكن من الدخول إلى العبارة الخاصة بالجزيرة وهو متنكر في ملابس ضابط بوليس، وبعد ذلك مباشرة بدأ يطلق الأعيرة النارية على الـ ٦٠٠ فردًا المتواجدين في الجزيرة، وقتل منهم ٦٩ فردًا، كان ٥٩ منهم من مواليد عام ١٩٩٠ أو بعدها. وبمضاعفة ذخيرته تسبب بريفيك أيضًا في إصابات وتشوهات بالغة. أبلغ الناجون أنه ذهب عائدًا إلى ضحاياه السابقين وقام بإطلاق النيران عليهم مرارًا وتكرارًا، وأنه اقنع الأشخاص الذين كانوا يحاولوا الاختباء منه أن يتقدموا إلى الأمام بقوله أنه رجل بوليس، أبلغ الناجون أيضًا أنه كان يضحك بينما كان يُطلق الأعيرة النارية على هؤلاء الضحايا.

وبعد خمسين دقيقة قام بريفيك بإبلاغ الشرطة قائلاً، «مرحبًا، أنا أُدعى القائد اندريس بيهرينج بريفيك، وأنا أحد أعضاء الحركة النرويجية المُقاومة للشيوعية، وأنا الآن في جزيرة أوتويا وأريد أن أسلم نفسي». وعندما سألته من كان يخاطبه عن موقعه، قام بريفيك بقطع الاتصال وعاد ليطلق النيران مرة أخرى، وبعد عشرين دقيقة تم تسليمه لقوات الشرطة المسلحة ويداها على رأسه. وعند التحقيق الأولي مع بريفيك في جزيرة أوتويا، عرّف نفسه مرة أخرى بأنه قائد فرسان الهيكل النرويجي، وهي منظمة أُدعى بريفيك أنها ضمت من ١٥ وحتى ٨٠ فارسًا في أوروبا عام ٢٠٠٨، وأنه كان يشغل مركزًا رئيسيًا في الفرع النرويجي منها، وقد

تخلف عقلي عندما ارتكب الجريمة. ويُعرّف المصطلح «ذهان» هنا بأنه «حالة تتفق مع معايير الدليل التشخيصي»، وبالتالي فلا يتبع القانون النرويجي قاعدة M'Naghten الأكثر دقة والتي تستخدمها العديد من الدول الأخرى؛ تقبل هذه القاعدة فكرة أن يكون المتهم غير مسئول قضائياً في حالة أنه يُعاني من مرض عقلي ولا يدرك طبيعة وصفة الفعل الذي فعله، أو إذا كان يدرك، لا يعرف أنه يفعل أمراً خطأ» (٢).

لقد بلغ عدد الجلسات التي قام بها أول طبيبين نفسيين عينتهما المحكمة لبريفيك ١٣ جلسة وبلغ عدد ساعاتها ٣٦ ساعة، بالإضافة إلى الاستماع أو رؤية كل استجابات الشرطة له ومقابلاتهم مع والدته، وقاما بعد ذلك بالربط بين المحادثات الغير منتظمة والمقابلات التشخيصية المنتظمة والتي تشمل مقابلات التقييم العصبي والنفسي وأيضاً المقابلة الإكلينيكية المهيكلة لاضطرابات المحور I من DSM-IV(SCID-I) وأيضاً مقياس الأعراض السلبية والايجابية (PANSS). فتم إجراء المقابلة الأولى في العاشر من أغسطس، وكان بريفيك حينئذ في سجن انفرادي. وقد طلب من الأطباء النفسيين في أول الأمر أن يُجروا مقابلاتهم معه بوجود حاجز زجاجي لأعراض أمنية، إلا أن هذا الأمر تم رفضه. ومنعاً لإهدار الوقت الذي قد ينتج عن إجراءات الأمان لمقابلة بريفيك وجهاً لوجه، كان الطبيبان متواجدين أثناء المقابلة، وحتى أنه كان يُرجح إجراء مقابلات مستقلة.

لقد قدم الطبيبان في التاسع والعشرين من نوفمبر عام ٢٠١١ تقريراً بأن بريفيك كان يُعاني من الذهان عندما كان يخطط وينفذ جريمته وقد ظهر هذا أيضاً أثناء التقييم، وظهر أيضاً إثناء المحاكمات، وكان هذا الاستنتاج قائماً على مركز محتوى نظام تفكير بريفيك، فقد أخبرهم أثناء المقابلات أن له «حق الأولوية لكونه القائد الفكري لمنظمة فرسان الهيكل، بالإضافة إلى انتدابه ليكون في كلاً من هيئة المحلفين والمنفذين الخاصة بالأمر العسكري ومنظمة الشهيد والمحكمة العسكرية والقضائية»، وكان يظن أنه من قادة إحدى الحروب الأوروبية الأهلية، وكان يُقارن موقفه بموقف نيقولا قيصر روسيا وإيزابيل ملكة أسبانيا، وكان يعتقد أنه من المحتمل (مع درجات مختلفة من الاحتمالية) أن يكون وصي على عرش النرويج بعد أن يحدث إطاحة بنظام الحكم، وقال أنه من يقرر من يموت من الناس في النرويج ومن يعيش، وكان يتحدث عن هذه المسؤولية كما لو كانت أمراً حقيقياً بل وعبءاً أيضاً على عاتقه، وكان يعتقد أيضاً أن جزءاً كبيراً من سكان النرويج (أي مئات الآلاف) يؤيدون أفعاله، قال أنه إذا أصبح الوصي الجديد على عرش النرويج سيتخذ أسم سيجورد الصليبي الثاني (كان سيجورد الصليبي ملكاً نرويجياً قام باستعادة الأراضي البرتغالية من تحت سلطة حاكم مسلم)، وأدعى أنه قدم خمسة مليون كرونة نرويجية للحرب. كان أيضاً يعتقد أنه سيعطى مسؤولية ترحيل مئات الآلاف من المسلمين إلى شمال أفريقيا، وكان يعتقد أنه يوجد إبادة عنصرية مستمرة في النرويج وكان يخشى على حياته منها، وكان يعتقد أيضاً أن بإمكان الأحداث التي كان هو جزءاً منها أن تكون بداية لحرب ذرية عالمية ثالثة، وقد اقترح بعض الطول لتطوير التجمعات النرويجية العنصرية الوراثةية وأيضاً حلولاً لبيد المرض ويقلل من معدل الطلاق. وقد قدّم فكرة احتجاز السكان الأصليين النرويجيين وعمل تحاليل DNA وإنشاء مصانع تساعد الناس على أنجاب الكثير من الأطفال. كان بريفيك

وفي عام ٢٠٠٦ أعلن بريفيك عن إفلاسه وذهب ليعيش مع أمه، وقد لاحظ أصدقاؤه تغييرات في سلوكه منذ ذلك الوقت، فقد أصبح منطوياً بشكل متزايد وكان يقضي أغلب وقته في لعب ألعاب الحرب على شبكة الانترنت، وقطع علاقته بأصدقائه الذين كانوا يقلقون عليه من إدمان القمار. قام بريفيك عام ٢٠٠٩ بتأسيس شركة زراعية، وفي ربيع عام ٢٠١١ قام باستئجار مزرعة في منطقة ريفية خارج أوسلو، وهذا مكنه من شراء كم كبير من الأسمدة الزراعية دون أن يثير شكوك الآخرين. إن هذه المعلومات عن خلفية بريفيك تختلف كثيراً عما وصفه هو في الوثيقة التي قام بنشرها على صفحات الانترنت في الثاني عشر من يوليو عام ٢٠١١، والتي أسماها بياناً رسمياً، وهناك اتفاق رسمي على أن الأجزاء الرئيسية من الـ ١٥٠٠ صفحة المكون منها هذا البيان الرسمي تم نسخها من مصادر أخرى تتبع في غالب الأمر مجموعات متطرفة ومنظمة المدونين للجناح الأيمن، وأيضاً من صفحات موقع كارل ماركس وطوني بليبر وأسامة بن لادن وجورج بوش. وبالإضافة إلى استعراض الخطوط العريضة لآرائه المتطرفة حول المجتمعات المتعددة الثقافات والإسلام والماركسية، يقدم بريفيك هنا نسخة مُقحقة عن تطوره الخاص، لكن تطرح المعلومات التي أخذناها من مصادر أخرى شكوكاً حول مدى مصداقيتها، هناك أيضاً شكوكاً حول حقيقة وجود منظمة فرسان الهيكل التي ذكر بريفيك كثيراً أنها كانت السبب وراء الحادثان اللذان تسبب فيهما، بل وقد أنكرت مجموعات الجناح الأيمن التي زعم بريفيك تضمنها في الأمر أن لها علم بما يحدث، وأيضاً لم تنجح التحقيقات التي قام بها البوليس النرويجي وغيره من قوات الشرطة في العثور على أية دليل على وجود هذه المنظمة.

تقييمات بريفيك النفسية

يبلغ الحد الأقصى من عقوبة السجن في القانون الجنائي النرويجي ٢١ عاماً، وليس هناك عقوبة إضافية للجرائم المضاعفة. وفي حالة الجرائم العنيفة بصورة خاصة، من الممكن أن يُحكم على المتهم بتزويد الرقابة داخل الحجز. ويُحكم على المتهمين «الغير مسئولين قضائياً» بعلاج قسري، فمن دور المحكمة أن تقوم بالتقييم إذا كان المتهم مسئول قضائياً (١)، وغالباً ما يتم تعيين خبيران نفسيين قضائيين ليجروا تقييماً نفسياً، ويقوم مجلس الطب الشرعي النرويجي، وهو جزء من سلطة الشؤون المدنية النرويجية بتقييم إلى أي مدى يوفي التقرير المتطلبات الأساسية اللازمة، ويُقدم هذا التقرير إلى المحكمة وهي تقوم بدورها في تقرير ما إذا كانت ستلبي نصيحة الخبراء الذين تم تعيينهم أم لا. ويبقى التقرير سرياً وتحت مسئولية قانون الإجراءات المدنية حتى وقت تقديمه للمحكمة، مع العلم أن الاستخفاف بالأمر السرية أمر يعاقب عليه القانون. كما ينص القانون على فكرة أن المتهمين الذين يعانون من اضطرابات نفسية شديدة غير مسئولين قضائياً عن أفعالهم ولا ينبغي أن يُعاقبوا، وتقوم هذه الفكرة على تقليد قانوني يعود إلى أول قانون وطني موحد في النرويج والذي صدر عام ١٢٧٤. وأيضاً ينص التعريف الحالي لحالة الجنون الذي يكون فيه من يعاني منه غير مسئول أمام القانون، والذي تم إصداره عام ١٩٢٩ وتم تعديله آخر مرة عام ٢٠٠٢ على أن الإنسان لا يكون مسئولاً عن جريمته إذا كان يُعاني من ذهان أو غير واع بما يفعل أو إذا كان يُعاني من

أيضاً يعتقد أن بيت كلوكسبيرج (وهو البيت الملكي الحالي في النرويج) سُيزال على أثر ثورة ستقوم عام ٢٠٢٠، وقال أنه بدلا من تعيين وصي عرش جديد من قادة فرسان الهيكل، يُمكن عمل تحاليل DNA لما تبقى من جسد القديس الملك أولفا (وهو الملك الاسكندينا في الذي أدخل المسيحية في النرويج) وبعد ذلك يُمكن اختيار أكثر شخص به جينات متطابقة معه ليكون الملك الجديد.

لقد رأى الأطباء النفسيون أن هذه الأمور تحتوى على ضلالات عظيمة غريبة بها سمات البارانويا التي امتدت إلى حد التآمر ضد غزو الإسلام لأوروبا، وبالتالي لم يعتبروه مريضاً بالذهان لمجرد الظن في كون آرائه التفرقية والعنصرية وآرائه الخاصة بمنظمة الجناح الأيمن ضلالات، بل لأنهم ظنوا أنه يُعاني من ضلالات عظيمة كبيرة بخصوص دوره في هذا العالم المتطرف. وبالرغم من أن آرائه السياسية يشاركه فيها الكثيرون، وهذا أمر مؤسف، إلا أن أحدًا لم يسأله في ادعائه بدوره الكبير في منظمة فرسان الهيكل، أو حتى في ادعائه بوجود مثل هذه المنظمة. بالإضافة إلى ذلك، أدعى بريفيك أن لديه إمكانيات شخصية فريدة، مثل أنه يعرف ما يفكر فيه الآخرون - ومنهم الأطباء النفسيين الذين كانوا يقومون بتقييمه، لكنه لم يسترد في شرح هذا الأمر.

لقد لاحظ الطبيبان النفسيان أن لغته كانت متكلفة وتحمل الكثير من المصطلحات الفنية؛ فهو كان يستخدم الكثير من الكلمات في غير مكانها مع خلطها بكلمات أخرى استثنائية الاستخدام، وقد علق على هذا الأمر بقوله أنه أبتكر هذا بنفسه، لكن كان هذا بالنسبة للأطباء تعبيرات جديدة. لكن بعيداً عن هذه الأمور لم يكن هناك أفعال أو أقوال غير منتظمة بشكل كبير، وكان غالباً ما يُبدي مشاعر مكبوتة بل كانت تبدو في بعض الأحيان غير لائقة عند الحديث عن جرائم القتل التي ارتكبها، والتي يدعوها «إعدام الخائنين»، بل وقد بدت عليه الحيوية عندما تطرق الحديث إلى حوادث إطلاق النار التي قام بها وأيضاً عن البيان الرسمي الخاص به. وقد أعتبر الأطباء النفسيون هذا الأمر كمثال على فعل تعميم العاطفة على أحداث مختلفة التأثير، ولم يكن هناك أي علامات خارجية تدل على اكتئاب أو هوس أو هلاوس سمعية أو أفكار مرجعية أو ظاهرة التأثير أو أفكار عن تعزيزات فكرية. وقد تعاطي بريفيك المنشطات في فترات متعددة كان آخرها يوم الثاني والعشرين من يوليو، بالإضافة إلى جرعات كبيرة من الإيفيدرين والكافيين والأسبرين في نفس ذلك اليوم. وقد أظهرت عينة الدم التي أخذت منه عند القبض عليه وجود هذه المواد بكميات يُمكن أن تزيد من تأثير الأعراض النفسية، إلا أنها لا تسببها بشكل مباشر. وبحسب دراسة الأعراض التي ظهرت على بريفيك، وخاصة وجود ضلالات عظيمة غريبة ومبالغ فيها، تمكن الأطباء النفسيون من استنتاج أنه يُعاني من الفصام من النوع البارانويدي.

لكن كان على هؤلاء الأطباء أن ينتظروا لأكثر من ستة أشهر قبل أن يقوموا بتفسير أسس هذا الاستنتاج، وفي غضون ذلك تسببت فكرة أن بريفيك قد لا يكون مسئولاً أمام القضاء عن أفعاله هذه في الكثير من الجدل العام (٣)؛ فقد كان جزءاً من العامة في حالة غضب لأنهم شعروا بالإهانة من جراء مُعاقبته وقلقوا حيال الإفراج عنه سريعاً، ولم يستطع الكثيرون فهم فكرة أن يكون شخصاً غير مسئول أمام القانون عن تصرفاته - فكيف لا يكون مجرمًا؟ وقليلًا بعد ذلك تمكن إحدى أعضاء مجلس دعم الضحايا

بتسريب الخبر، وأصبح ملخص الأمر متاحاً على شبكة الانترنت بسبب الصحافة النرويجية، مما أدى إلى ظهور موجة جديدة من الجدل. وبالرغم من أن الكثيرين في مجال الطب النفسي اعتبروا التقرير بالأمر السري ورفضوا أن يقوموا بالتعليق عليه قبل المحكمة، إلا أن آخرين بدءوا في تحليل ونقد بعض المقتطفات منه، بل وقد نُقل عن محترفين الطب النفسي قولهم أن التشخيص بالفصام يُمكن أن يُنتقض بسبب غياب أعراض مميزة له، وبالتالي ففي هذه الحالة وخاصة في الغياب الواضح لضلالات النوع الأول لشنايدر أو الهلاوس السمعية، أصبح غياب مظاهر الاختلال الشديد في حالة بريفيك بالإضافة إلى قدراته التخطيطية الجيدة أصبحت كمضادات للتشخيص بالفصام (٤).

لقد ازداد الحديث توترًا بسبب التغطية الإعلامية المكثفة، بالإضافة إلى الكثير من الدعاوي أن يقوم كبار السياسيين وكبرى الجرائد، بما فيها رئيس مجلس النواب في اللجنة القائمة على العدالة بإجراء تقييمات جديدة. ولم يهدأ الجدل بالموافقة الرسمية لمجلس القضاء النرويجي على التقرير، بل تسبب هذا الأمر في ظهور موجة من نظريات التآمر، بدءاً من أفكار تستر جماعية وحتى أقوال بأن السلطات النرويجية لها مصلحة في التعتيم فيما يخص وجود متطرفي الجناح الأيمن في النرويج. وبالرغم أن محامي دفاع بريفيك أقر في أول الأمر بأن نتيجة التقييم الأول لم تُفاجئه، إلا أن أكثر الاحتجاجات تعنتاً جاءت من بريفيك ذاته، فهو لم يرغب في «دفاع خاص بمن يعانون من الجنون» وهو لا يتجنب تحمل المسؤولية أو التملص من المحاكمة. وعلى الناحية الأخرى، تتم أغلب جرائم القتل بقصد تحقيق تغطية إعلامية كبيرة للمحاكمة، وبالتالي فتحوّل التحضيرات للمحاكمة إلى جهود منه ليُعلن أنه سليم ولا يُعاني من جنون، مضيفاً إلى ذلك قوله أنه يفضل عقوبة الموت عن العلاج الإلزامي (٥).

وفي يناير عام ٢٠١٣ قامت المحكمة الجزئية التابعة لأوسلو بتعيين طبيبين نفسيين آخرين بغرض إعادة التقييم، وتم هذا بدءاً من أواخر فبراير وسيستمر حتى بدايات شهر مارس؛ أي بعد ستة أشهر من التقييمات الأولى، وحتى هذا الوقت، كان بريفيك قد خضع منذ شهر سبتمبر لتشاورات أسبوعية مع فريق العلاج النفسي الخاص بالسجن، ولم يعد في سجن انفرادي وكان بإمكانه التطلع على أول تقرير نفسي وعلى تفاصيل أحاديث الصحافة عن حالته النفسية. وقد يقوم الجزء الأساسي من التقييم الجديد على ذات البنية وعلى أدوات التقييم الأولى باستثناء المقابلات الانفرادية للأطباء النفسيين مع بريفيك، كان هناك أيضاً مراقبة داخلية يقوم بها فريق متدرب من الأطباء النفسيين.

لم يلاحظ الطبيبان النفسيان اللذان قاما بالتقييم الجديد وأيضاً فريق الملاحظة الطبي وجود علامات خلل كبير أو حتى علامات خارجية تنم عن وجود هلاوس سمعية، وهذا ما أتفق عليه أيضاً الفريق الأول من الأطباء، واتفقا معاً أيضاً أن بريفيك يُعاني من داء العظمة الذاتي. كان الفرق الوحيد بين التقييم الأول والثاني هو أنه في الثاني لم يشدد بريفيك على أهمية منظمة فرسان الهيكل، فقد وصف نفسه بكونه إحدى جنود المشاة الذين يؤدون دورهم وقال أنه قد قام فيما سبق بالتفخيم من دوره، وقد صرح الأطباء النفسيون أن لديه «أفكار مُشددة عن القيمة الذاتية، ولديه أيضاً قدرات ومعرفة قد تذكّر المرء بما يُلاحظ في حالات اضطرابات الضلالات»، ليس أقل أهمية الأفكار الغريبة الخاصة بمنظمة فرسان الهيكل، فهو قد

لا بد من استشارة خبراء أيديولوجية منظمة الجناح الأيمن قبل الحسم بأن تصورات العظمة الخاصة به أمر بغرض اجتماعياً. ثم قامت المحكمة بعد ذلك بالمتابعة باستخدام مجموعة من التفسيرات البديلة والسليمة منطقياً فيما يخص سلوكيات بريفيك وأقواله؛ فادعاؤه بأنه يستطيع أن يعرف ما يفكر فيه الآخرون قد يكون بسبب خبراته كمنسوب مبيعات عبر الهاتف، وقد يكون انطوائه وشكوكه نتيجة مخططاته الإرهابية، ومن الممكن تفسير اختياراته الغريبة للكلمات بكونها أمراً نابغاً من ألعاب الحرب على شبكة الانترنت أو المجال الثقافي الخاص بمنظمة الجناح الأيمن. لقد أدرك التحكيم فظاظة بريفيك العاطفية وعلق على ثورته العاطفية كيكائه عندما شاهد الفيلم الدعائي الخاص به في المحكمة بأنها تتناقض مع اضطراباته العاطفية، بغض النظر عن المعرفة الإكلينيكية التي تقول أن المشاعر الغير لائقة لا تستبعد بعضها البعض، وبالتالي يفسر هذا أن بريفيك لا يتوافق مع (ICD-10) معايير الفصام العقلي، ومن الواضح أنهم لا يدركون أنه سيتوافق مع معايير الـ DSM-IV.

لقد قامت المحكمة في الخطوة الثانية التي تناقش اضطرابات الضلالات باتباع التقييم الثاني الذي يقول بأن إمكانية بريفيك على الجدل وتقديم بيانات دقيقة وقبولة للتصحيح، بالإضافة إلى إمكانية التكتيم على الخطط، كل هذه تستبعد وجود اضطرابات ضلالات. ترى المحكمة أن الأساس الذي قام عليه هذا الاستنتاج هو أن الأشخاص الذين يتصفون بأفكار لها طابع ذهاني يكون لديهم رغبة بارزة في فرض أمور تتسبب في ظلم الآخرين ولا يستطيعوا الحفاظ على تحكمهم في أنفسهم أثناء الجلسات، أيضاً لا يوجد احتماليه أن يستطيع شخص يُعاني من اضطرابات الذهان أن يتظاهر على مر الوقت. لقد عثرت المحكمة على سند يؤكد فكرة أن بريفيك لا يُعاني من الذهان، وهو ما جاء في تقارير الأطباء النفسيين الذين كانوا يُعالجونهُ وأيضاً مستشار الطب النفسي، وقد تم تقديم هذا السند لمدير السجن الذي أعتبر أن تصريحات بريفيك ما هي إلا تعبير عن وجود اضطرابات شخصية وأعتبر أيضاً معتقداته المُبالغ فيها آلية دفاع بدائية. وقد أكدت المحكمة على ضرورة وجود مراقبة شديدة وعلى مدار الساعة لمدة ثلاثة أسابيع، يقوم بها فريق أطباء المستشفى، وأيضاً أن يشترك بريفيك في مهام صغيرة ويقوم بتحضير وجبات ويلعب لعبة تركيب قطع، لكن لم يقوم من كانوا يراقبون بريفيك بتحديه فيما يخص آرائه التي تتسم باللامبالاة أو حتى فيما يخص وجود منظمة فرسان الهيكل، وهذه مهمة اعتبروها في مجال عمل رجال البوليس.

لم تناقش المحكمة بالتفصيل التشخيصات الأساسية التي قدمها الطبيب النفسيان الثانيان والخاصة باضطرابات الشخصية النرجسية، ولكن جاء تعليقها على غياب ضرورة إضافة تقييم المدة العامة للـ DSM-IV ومعايير الحدة مما قد يدل على أنها تجنب فكرة أن الاضطرابات الشخصية ليست تشخيصات مقطعية.

ماذا يُمكن أن يستفيد الأطباء النفسيون من حالة بريفيك؟

لقد حظيت قضية بريفيك بالكثير من الاهتمام الدولي (٧.٨) وهناك العديد من الجوانب التي قد تُهم الأطباء النفسيين. فمن أكثر الجوانب إرباكاً للمحكمة هو إهمالها لدور بريفيك في التأثير

برر هذا الأمر وأوضح أنها كانت فكرة دافعها إرادته». أما فيما يخص الأعراض السلبية، فقام الأطباء النفسيون بالتركيز بصفة أساسية على حالته الاجتماعية التي تتصف بالانطوائية والتي فسرت كنتيجة طبيعية لتخطيطه للقيام بهجوم إرهابي. قد يكون مدى اللامبالاة الواضحة التي أظهرها بريفيك تجاه ضحاياه وأيضاً المظاهر العاطفية الغير مفهومه التي يُبديها، قد تكون هذه كلها علامة على وجود اضطرابات عاطفية، وهذا أمر لم يُناقش. وعلى هذا الأساس أستنتج الأطباء النفسيون أن الأعراض الظاهرة على بريفيك هي نتيجة اضطرابات حادة مصدرها شخصية نرجسية متحده مع كذب تخيلي (أي كذب مرضي) (٦)، واستنتجوا أيضاً أنه لم يكن يُعاني من الذهان سواء أثناء الجلسات أو في وقت ارتكابه للجريمة، وبالتالي فهو مسئول أمام القضاء.

وبالتالي فالفرق الأساسي بين التقييمين هو أنه بعد مرور تسعة أشهر أصبح بريفيك مفتوح أكثر لتفسيرات بديلة فيما يخص دوره، وهذا ما جعل اختبار الحقيقة الخاص بأفكاره التي تحمل الكثير من المبالغة يبدو أقل ضعفاً.

المحكمة الابتدائية والحكم الذي أصدرته

لقد تمت محاكمة بريفيك في المحكمة الجزئية بأوسلو بدءاً من السادس عشر من أبريل عام ٢٠١٢ وحتى الثاني والعشرين من يوليو، وقد استغلت الكثير من الجرائد والمحطات التلفزيونية «محاوريين محترفين» للتركيز على حالة بريفيك الذهنية أثناء المحاكمات، محاولين تدارك بعض التشخيصات بناءً على مثوله في المحكمة. وبالإضافة إلى الأطباء النفسيين المُعينين من قبل المحكمة، قام محامو دفاع بريفيك أو مجالس التنسيق باستدعاء أطباء نفسيين وعلماء نفس للإدلاء بشهاداتهم، وكان من بين هؤلاء الطبيب النفسي الخاص بسجن بريفيك والعديد من نقاد تقرير التقييم الأول من الإعلاميين النشطين، وانتهت المحاكمة بدعوة قضائية تطالب بحجز بريفيك تحت عناية الطب النفسي، كما طالب الدفاع بتبرئته بحجة الدفاع عن النفس مضيفاً أنه صحيح العقل.

لقد صدر الحكم في الرابع عشر من أغسطس، وكان أمراً غير طبيعياً أن لا يُستأنف حكم محكمة من الدرجة الأولى؛ فقد رأت المحكمة أن بريفيك مسئولاً أمام القضاء وحكمت عليه بالحجز الوقائي لمدة واحد وعشرين عاماً بحد أدنى عشرة سنوات. اتخذت المحكمة أساس حكمها من تقرير الطب النفسي الثاني وأيضاً من تقييمات غيرهم من محترفي الصحة العقلية، ومنهم شهود قام بريفيك باستدعائهم. لقد بدأ الحكم بمناقشة تشخيصات بريفيك المحتملة، فكما أن تشخيص الفصام في التقييم الأول كان قائماً على وجود ضلالات غريبة، فكان النقاش يركز على هذا المفهوم، وهنا تتبع المحكمة مفهوم الـ ICD-10 («ضلالات متكررة من نوع آخر هي ليست بالأمر اللائق اجتماعياً بل وبغضضة بالكامل، مثل إمكانيةه على التحكم في الطقس أو أنه يستطيع الاتصال بكائنات غريبة من عالم آخر») وتشير إلى الأوصاف المحددة للأمر الغريبة التي قدمها الطبيب النفسيان الثانيان («الضلالات هي التي تشتمل على ظواهر تقع خارج حدود العلوم الطبيعية»)، وبالتالي فكان الاستنتاج بأن أفكار بريفيك التي تتسم باللامبالاة سخيطة ليس بالأمر الغريب وأقروا بأنه كان

على انطباعات الآخرين. إن تقارير الشهود التي أخذت كتدعيم لفكرة أن بريفيك لا يعاني من الذهان بالأمر المقلق بسبب تشديدهم المتكرر على خلقه ومراعاته للآخرين ومهارته في لعب تراكيب القطع وأيضاً في استخدامه للضحك كطريقة «عند التعامل مع الآخرين»، واستخدمت المحكمة هذه الأمور بالإضافة إلى التعبيرات العقلانية لسلكيات بريفيك المعتادة لتوصيل فكرة أنه من الصعب جداً تطابقها مع الأوصاف المقدمة في التقييم الأول. بالإضافة إلى ذلك أنه من الصعب جداً توصيل هذه الفكرة بجانب الأوصاف التي أدلى بها الناجون عن قاتل يضحك بينما يقتل أشخاص في سن الشباب، بغض النظر عما إذا كانت دوافعه ضلالات أو غضب مصدره شخصية نرجسية أو حتى كونه شخص يتسم بالشر.

تشرح تقارير المحكمة بوضوح التأثير الغريب الذي تركه بريفيك على كل مقيّميه وهو إحداث ممانعة للتحري عما يوجد خلف البعض من أحاديثه الغريبة. ولشرح ذلك نقول أنه عند سؤال الشهود عما إذا ارتابوا في أمر الصحة العقلية لبريفيك، قال أحدهم أنه شك في هذا الأمر مرة واحدة قبل ذلك وذلك عندما اقترح بريفيك في حديث ما أن عقول البشر في المستقبل ستتمكن من الاتصال بأجهزة الحاسوب وبالتالي تُبطل الحاجة إلى التعليم الباهظ الثمن، وبدلاً من أن يطلب هذا الشاهد من بريفيك أن يشرح الأمر، قال أن هذه لم تكن فكرة شخص يعاني من الذهان بل بالحري رؤية للمستقبل.

تُظهر حالة بريفيك أهمية السياق الذي تتم فيه التقييمات النفسية، ففي حقيقة الأمر فسرت المحكمة تعارض التشخيصات، وخاصة فيما يخص وجود ضلالات غريبة بأنها «تفسيرات مختلفة لملاحظات متشابهة»، بغض النظر عن اختلاف التوقيت بين التقييمين والمواقف المختلفة التي تمت فيها هذه التقييمات. أكدت أيضاً أنه قد يوجد عامل ارتباك وذلك بسبب الاختلافات الدقيقة بين الـ ICD-10 والـ DSM-IV وحقيقة أن الـ ICD-10 غالباً ما يُستخدم كنظام تشخيصي بينما يُستخدم الـ SCID الذي أساسه الـ DSM-IV كتقييم تشخيصي. وبالإضافة إلى ذلك تؤكد أنه لا ينبغي اعتبار معايير التشخيص كقاعدة للقانون بل كتعريف عملي الغرض منه تسجيل الأعراض والمتلازمات التي تكون بالأمر الرئيسي لمرض ما وأيضاً أن استخدامها يتطلب معرفة شاملة عن المرض الذي نكون بصدهه وأيضاً فهماً للظاهرة الإكلينيكية (٩).

من الدروس الهامة الأخرى التي قد يتعلمها الأطباء النفسيون من حالة بريفيك هو أنه ينبغي أن يؤدي تعقيد التقييم القضائي إلى أن يهتم المحترفون بالكيفية التي يُعبرون بها عن أنفسهم عندما يتخذون موقفاً علانياً. يتصدر تناقض التشخيص في الحالة التي نحن بصدها الآن الصفحات الأولى من الأخبار، وقد أضاف هذا الصراع قوة إلى ادعاءات الجرائد عن فشل الطب النفسي والتي يساندها أفراد أو مجموعات يحملون آراءً مضادة للطب النفسي، لكن كان هناك استطلاعاً للرأي أكد أن حالة بريفيك لم تُغيّر الرأي العام عن الطب النفسي القضائي، بل أنها تشير إلى قبولهم للاختلافات الضمنية في التقييم القضائي. إن السؤال المتصدر عقول العامة لم يكن تفاصيل التشخيص بل «ماذا يعني أن يكون المرء غير مسئول أمام القضاء بسبب اضطراباته النفسية»، ويصيب هذا السؤال جوهر المشكلة التي كانت تشغل الكثير من المحامين والفلاسفة والأطباء النفسيين لفترة طويلة من الزمن، ولم يجدوا لها حلاً بسيطاً: ففي نهاية

الأمر سيستمر تقييم ما كان يجري في عقل الشخص بينما كان يرتكب الجريمة في الاعتماد على التقييم والتفسير الشخصي، وذلك بالرغم من التجديدات في التقنية.

لا بد أن يتوقع الأطباء النفسيون الذين يتعاملون مع القضايا التي من النوع الهام أنهم سيتقابلون مع اهتمام كبير من قبل العامة وأيضاً الكثير من الضغوطات الإعلامية؛ فقد كانت الصحافة تلاحق الأطباء النفسيين الذين كانوا يتابعون حالة بريفيك إلى درجة أنها تسببت لهم في بعض المشكلات التي تتراوح بين مكالمات تليفونية على مدار الساعة وحتى أن يقوم بعض الصحفيين بالاتصال بأسرهم أو اتصنت عليهم أثناء تواجدهم في اجتماعات مغلقة. وبينما كان العديد من الصحف النرويجية الكبيرة وأيضاً شركة البث الإذاعي العام في النرويج ينقدون وبشدة محتوى التقرير الأول، واجه المسئولون نقداً كبيراً منه إدعاءات بعدم كفاءتهم وكونهم منحازين وأيضاً أنهم يعانون من البارانونيا، لكن وبالرغم من الإدعاءات التي قدمها الإعلام إلا أن الأطباء النفسيين النرويجيين لم ينتقدوا بشكل جماعي تقرير التقييم الأول. وبحسب عدد المحترفين النفسيين الذين رفضوا التعليق على تقرير التقييم قبل المحكمة، من الواضح أن الكثيرون أدركوا أنهم مُحاصرون الرأي بدافع أمور السرية، أيضاً وبالرغم من أن النقد الأساسي لم يدخل وبشكل فعال في علاج أو أبحاث اضطرابات الذهان، إلا أن الدعم الأساسي للتقييم الأول قدمه أطباء نفسيون يعملون في مجال اضطرابات الذهان وعلى دراية بصعوبة تقييم المرضى الغير متعاونين وأيضاً تنوع وتقلب المظاهر الإكلينيكية. كان يندهش الباحثون المعتادون على استخدام الـ ICD-10 والـ DSM-IV من انه بدلا من التشديد الكثيف على وضع تفاصيل لتقارير الـ ICD-10، كان الاعتماد على الـ SCID كوسيلة تشخيص أساسية.

ومن الدروس الهامة الأخرى التي قد نستفيد منها في حالة بريفيك هو أنه عندما يدخل طبيب نفسي في أحاديث عامة عن الاضطرابات النفسية، عليه أن يتذكر أن هذا الجدل يحمل الكثير من الفائدة لأشخاص تم تشخيصهم بمثل هذه الاضطرابات. إن واحدة من أكثر الجوانب إثارة في حالة بريفيك كانت الأفكار الخاصة بالفصام العقلي والتي يتناقضها محترفو الطب النفسي المشاركين في الحالة، مثلاً يقترح الإدعاء بأنه لا يمكن أن يكون بريفيك مصاباً بالذهان لأنه لا تظهر عليه علامات سلوكية، يقترح أن الأطباء النفسيين يعتقدون أن الإصابة بالفصام يرى دائماً في سلوك المرء. وما هو أكثر إزعاجاً للأشخاص الذين يشغلون مناصب عالية بل ومعقدة ويعانون من مثل هذه الاضطرابات هو إدعاءات محترفي الطب النفسي المتكررة بأن بريفيك لا يمكن أن يكون مصاباً بالفصام وذلك لأنه يُظهر قدرات إدراكية جيدة.

إن التأثير الذي تركه الفعل الذي قام به بريفيك على المجتمع النرويجي بالأمر الملموس؛ فقد كان ذلك المعسكر مكاناً يلتقي فيه الشباب من جميع أنحاء الدولة، وبالتالي فأصبح كل فرد له صديق أو قريب تأثر بهذه الحادثة، لكن قد سعد الشعب النرويجي بأنه لم تُستأنف القضية، وتم حقن دماء مزيداً من الضحايا بعد أن تم عرض وجه بريفيك في كل لوحات الإعلانات، وهذا يمنحه الشهرة التي طالما حلم بها، لكن من المؤكد أن هذه القضية ستبعتها إعادة تقييم لأجزاء من القانون النرويجي، ونحن قد نأمل أن يتذكر كل من بحث في القضية أن «الحالات الكبيرة مثلها مثل الحالات العسيرة تصنع قوانين سيئة».

6. Newmark N, Adityanjee KJ. Pseudologia fantastica and factitious disorder: review of the literature and a case report. *Compr Psychiatry* 1999;40:89-95.
7. Wessely S. Anders Breivik, the public, and psychiatry. *Lancet* 2012;379:1563-4.
8. Lockey DJ. The shootings in Oslo and Utoya island July 22, 2011: lessons for the International EMS community. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2012;20:4.
9. Nordgaard J, Revsbech R, Sæbye D et al. Assessing the diagnostic validity of a structured psychiatric interview in a first-admission hospital sample. *World Psychiatry* 2012;11:181-5. DOI 10.1002/wps.20002
1. Grondahl P. Scandinavian forensic psychiatric practices — an overview and evaluation. *Nordic J Psychiatry* 2005;59:92-102.
2. Syse A. Punishment, treatment and fair retribution. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2012;132:841-3.
3. BBC News Europe. Anders Behring Breivik trial: day by day. www.bbc.co.uk.
4. Spiegel Online International. Experts disagree on psychological state of Norwegian killer. www.spiegel.de.
5. BBC News World. Norway massacre: Breivik declared insane. www.bbc.co.uk.

حالة بريفيك والحالة النفسية «الكونديتيو سايكاتريكا»

JOSEF PARNAS

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

لقد أثار قضية بريفيك (BC) الإعلام في الدنمارك، وهي دولة اسكندنافية قريبة لغويًا من النرويج، وأحدثت جدالًا في التشخيصات الطبية مما أدى إلى هياج العامة من الشعب والأطباء النفسيين وغيرهم من محترفي الطب النفسي. تستحق الـ (BC) أن تلقى التعليقات المناسبة والتي لا تتصل بالتفاصيل القضائية \ الطب الشرعي، بل تلقى بالتعليقات التي تخص حالة مهنة الطب النفسي الحالية وتشخيصاتها وأيضًا المشاكل التي تواجهها والتي قدمتها حالة بريفيك هذه (١) بقوة.

أجتاز الطب النفسي منذ ما يزيد عن ثلاثين عامًا «ثورة تشغيلية» وذلك في محاولة منه لمطابقة الطب الجسدي في تطلعاته العلمية، فأدخل تشخيصات تقوم على معايير معينة وأدخل أيضًا «مفاهيم تشغيلية» لهذه المعايير. تُظهر الـ (BC) بطريقة مأساوية أن هذه المعايير ليست تشغيلية بالمعنى الأصلي لتحديد قواعد للعمل (٢) التي كان يُقصد منها الربط بين مفاهيم الطب النفسي بنظرائه في الواقع (من الأمثلة على هذه العمليات نقول أن X أكثر قسوة من Y وذلك لأنه بإمكان X إحداث خدش في Y ، لكن لا يُمكن أن يحدث العكس). لم يتم التكتيم على أي من الأمور المسببة للمشاكل في (BC) عن طريق استئناف قواعد تشغيل عملية. إن ما تسعى إليه معايير «التشغيل» هو ليس أكثر من وصف بسيط للأعراض والعلامات بطريقة يفهمها العامة من الناس. بالإضافة إلى ذلك، لقد أتى مشروع التشغيل بتكلفة؛ فهو قد أوجز وأختصر وضغط أسس قوائم المعرفة الإكلينيكية محولًا إياها إلى كتيب تشخيصي ليكون بالأمر المتاح للعامة وذلك لأنه مُقدم بلغة يفهمها الرجل العادي بل ومجردة من الأفكار النظرية وعلوم الأمراض النفسية. لقد كانت هذه الكتيبات لوقت طويل المصدر الأساسي للمعرفة الإكلينيكية للأطباء النفسيين في مرحلة التمرين (٣)، ويُعتقد خطأً أن المقابلات المهيكلة التي تطرح أسئلة مُعاد صياغتها في سياق ثابت هي من المنهجية الكافية للحصول على معلومات تشخيص نفسي حتى في المواقف الحساسة التي

يُعتقد فيها أن المريض يتظاهر (١). لقد خلق «موت» علم الأمراض النفسية هذا (٣) كثافة فكرية أنهلت الحدود المهنية للطب النفسي، وبالتالي تجد أنها ترحب بأية فكرة وتعتبرها صوت استنتاجي يستحق الانتباه له وإجازته. لكن لسوء الحظ لقد فشلت ثورة التشغيل أيضًا في تحقيق الوعد المثير بإحداث ثورة في المعرفة العملية لمسببات المرض. يتدارك الكثيرون الآن وجود «فجوة كبيرة» بين التقدم المذهل في علم الوراثة وعلم الأعصاب، و«فشلها الزريع» في شرح الأسباب وتوجيه التشخيص وعلاج اضطرابات الطب النفسي (٦،٧).

وبينما يستمر الـ BC في توضيح الكثير من الأمور، سيستمر الطب النفسي في الاعتماد وبقوة على الاختلافات التي في عالم الظواهر والتي هي مجالات الخبرة والتعبير والسلوك والعقلانية وهكذا، لكن وفي نفس الوقت تُظهر الـ BC المشاكل الهامة الموجودة فيها. يبدو أن الحديث عن حالة الزهان / الضلالات التي يُحتمل أن يكون بريفيك يعاني منها تلتف حول قضايا مستقلة عن بعضها البعض (مثل هل حقًا انتشرت آراء بريفيك وكيف يُمكن أن ننظر إلى التأثير الذي تركه وتأثير حبسه في السجن، وكيف ننظر إلى تعبيراته اللغوية الغريبة وهل يُمكن أن تكون مراقبة سلوكياته بديلاً مناسباً لمحاولة التحري عن عالمه الداخلي، وغيرها الكثير). لكن يبدو أننا تناسينا أن عدم مصداقية مكونات الفكر ليس ظاهرة تؤكد وجود ضلالات، فقد أكد جاسبير أن ثلاثي التزييف والقناعة وفساد الخلق (والتي تم تضمينها في معايير التشخيص الحالية) لم تكن تعريفًا للضلالات بل بالحري اقتراحات (٨)، فغالبًا ما تتضمن أعراض الضلالات تغيرات في إطار المريض الشخصي وأيضًا في آرائه المتصلة عن نفسه والعالم والآخرين (٨،٩)، وبالتالي فيمكن تعريف الضلالات في سياق مؤقت وتجريبي ويتعلق بحالة معينة، وتعمل المعلومات المباشرة على تزويد هذا السياق والذي يستلزم تخصيص الاهتمام بالمحاسبة المزوجة والقدرة على التظاهر واللاعقلانية أو العقلانية للتحويل بين الفكرة والأداء الفعلي لها.

تُظهر المناقشة التي دارت حول الـ BC وجود توتر إدراكي ضمنى في مفهوم التشخيص

النفسى، ويبدو أن هذا التوتر يدركه فقط الأطراف التي تُناقشه، وهو نادرًا ما يُناقش بوضوح في محاضرات: أنه التوتر بين النهج التشغيلي المقطعي «لإحصاء الأعراض» بدون توجيه التسلسل الهرمي ومبدأ الوضوح (١٠) والمنظور التنميطي الذي يعمل على توضيح بنية علم الأمراض العقلية المنبثقة من التفاعل بين الكل والجوانب المترتبة عليها بالتبادل (١١،١٢). يشرح أيضًا الـ BC السلوكيات الشخصية العالمية بين البشر وغالبًا ما يتعارض مع المهام الإكلينيكية والتي تدعى «المبادئ الحسنة» (١٣). إن هذا ميل غير واعى بل وتلقائي وتعميضي لجعل من نحدثه يبدو أكثر عقلانية، مثلًا بمحاولة تطيف ما يُعيب منطقته وأيضًا بجعل الأمثلة اللاعقلانية والفاضحة تبدو بالأمر الطبيعي.

وجدير بالاهتمام أيضًا أن نتذكر أن الجدل الذي قام حول الـ BC ليس منقطع النظير في وقتنا هذا؛ فقد كرس فوكالت عام ١٨٣٥، حلقة دراسية أُجريت فيها حديثًا عامًا عن التشخيصات شبيهًا بالحديث الذي دار حول الـ BC (١٤)، وقد أختص هذا الحديث حالة جنون يُشتبه فيها لبيير ريفيرا، وهو مجرد فلاح متعلم قام بقتل والدته وأخته وأخيه، وتمكن أثناء دفاعه أن يُقدم تقريرًا عن حياته ودوافعه بمقدار ١٠٠ صفحة.

لقد كان الطب النفسي وسيكون وسيستمر محور اهتمام اجتماعي مكثف وأيضًا مركز ضغط علمي شديد، وتستطيع فقط معايير الأمراض العقلية الصارمة من تمكين الطب النفسي من تحقيق الالتزامات الإكلينيكية المطلوبة به وأيضًا أن يُقاوم بل ويخفف الضغوط الخارجية.

المراجع:

1. Melle I. The Breivik case and what psychiatrists can learn from it. World Psychiatry 2013;12:16-21.
2. Hempel CG. Explanation and other essays in the philosophy of science. New York: Free Press, 1965.
3. Andreasen N. DSM and the death of phenomenology in America: an example of unintended

11. Parnas J. The core Gestalt of schizophrenia. *World Psychiatry* 2012;11:67-9.
12. Parnas J, Sass LA, Zahavi D. Rediscovering psychopathology: the epistemology and phenomenology of the psychiatric object. *Schizophr Bull* (in press).
13. Davidson D. *Inquiries into truth and interpretation*. Oxford: Clarendon Press, 1974.
14. Foucault M. *Moi, Pierre Rivière, ayant égorgé ma mère, ma sœur et mon frère*. Un cas de parricide au XIX siècle. Paris: Gallimard, 1973. DOI 10.1002/wps.20003
- DSM-5 future. *Annu Rev Clin Psychol* 2012; 8:109-30.
7. Hyman SE. Psychiatric drug discovery: revolution stalled. *Sci Transl Med* 2012; 155:1-5.
8. Jaspers K. *General psychopathology*. London: John Hopkins University Press, 1963.
9. Spitzer M. On defining delusions. *Compr Psychiatry* 1990;31:377-97.
10. McHugh PR. Rendering mental disorders intelligible: addressing psychiatry's urgent challenge. In: Kendler K, Parnas J (eds). *Philosophical issues in psychiatry II: nosology*. Oxford: Oxford University Press, 2012: 42-53.
- consequences. *Schizophr Bull* 2007;33:108-12.
4. Nordgaard J, Revsbech R, Sæbye D et al. Assessing the diagnostic validity of a structured psychiatric interview in a first admission hospital sample. *World Psychiatry* 2012;11:181-5.
5. Nordgaard J, Sass LA, Parnas J. The psychiatric interview: validity, structure and subjectivity. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* (in press).
6. Frances AJ, Widiger T. The psychiatric diagnosis: lessons from DSM-IV past and cautions for the

هل ينبغي أن تُصنف الاضطرابات النفسية بأنها اضطرابات عقلية؟ علوم الصحة النفسية وما يترتب عليها من أبحاث وتدريب في القرن الواحد وعشرين

DEREK BOLTON

Institute of Psychiatry and Centre for the Humanities and Health, King's College London, South London and Maudsley NHS Foundation Trust, London, UK

الثلاثة مستويات «متساوون ولهم صلة بالموضوع في كل الحالات وكل الوقت». ومن هذا المنطلق يرفض غايمي النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي ويرفض أيضًا نقيضه التقليدي واختزاله البيولوجي ويقترح أن نتفحص المزيد من الاختيارات بين هذين النقيضين. لقد كان الغرض من تقديم الصفات المختصرة السابقة عن التطورات الجديدة في علوم الصحة النفسية هو أن نقول أن الطرق السببية قد تشمل (تضمن) الثلاثة مستويات - أي البيولوجية والنفسية والاجتماعية، إلا أنه لا يقصد بالافتراض أن الثلاثة مستويات دخلت بطريقة سببية، فضلًا عن دخولهم بشكل «متساوي».

يوجد لدى إطار مجال معايير البحث (RDoC) الذي قدمه أنسيل وآخرين (١) قالب مُقسّم إلى أعمده طولية مُصنفة كالتالي: وراثي، جزيئي، خلوي، شبكات عصبية، فردي، بيئي اجتماعي، سياق اجتماعي، وفي الصفوف العرضية هناك حالات قد تكون تشخيصية أو ما بعد التشخيصية، ويقول مخترعو هذا المجال (١، ص ٧٤٩) أنه من الأهمية أن تُرى كل هذه المستويات (التي في الأعمدة الطولية) بأنها تؤثر على كلاً من بيولوجية وسيكولوجية الأمراض النفسية، وفي وجود منهج الـ RDoC قد يكون متغيرات التصنيف المستقلة والمحددة من أي من مستويات التحليل مع تغييرات مستقلة يتم اختيارها من عمود آخر أو أكثر. لكن لا يوجد ما يوحي هنا أن مستويات التحليل هذه سيكون لديها علاقة سببية، أي علاقة سببية أقل تساوي - بغض النظر عن الحالات التي تدخل في الصفوف العرضية. قد تكون المخاطر الوراثية أكثر أو أقل خطورة وذلك بحسب الحالة، مثلاً قد تتسبب احتمالات العلاج النفسي في إحداث تغيير محتمل في المشكلة الأساسية أو الدور المُسبب للعامل الاجتماعي وأيضًا احتمال تدخل فعال في هذا المجال، ولكي نضع الفكرة في أمد واحد نقول أن بعض الحالات التي قد توضع في الصفوف العرضية لإطار الـ RDoC لن يكون عليها علامات تحت أيه مربع يدل على وجود عمليات مسببة في مستويات غير المستويات الوراثية أو العصبية مثلاً، مثل في حالات داء هنتنجنج أو في حالات الارتجاج في المخ، أي عندما لا تتسبب العوامل النفسية أو الاجتماعية في إحداث أيه تغيير (بالرغم من أنهم قد يحدثوا تغييرات في حال أن الصف العرضي به «التكيف على»)، وهذا يعني أن الاختزال قد يكون بالأمر الصحيح في بعض الحالات، ويكون في غيرها من الحالات بالأمر المعروف، وفي الحالات الأخرى قد يكون العامل الاجتماعي النفسي أكثر أهمية ويُمثل الكثير من الاختلافات في الحدوث أو في النتائج أكثر من العوامل الوراثية مثلاً، وباختصار إن العلوم الجديدة التي يُقدّم لها الـ RDoC إطارًا تُظهر الاختلافات بين الحالات من هذا المنطلق.

من الجوانب المتعلقة بفكرة المسببات في العلوم الجديدة هي أنهم

تشير وثيقتان تم إصدارهما حديثًا إلى التطورات الكبيرة التي حدثت في علوم الصحة النفسية وأيضًا إلى ما تتضمنه هذه التطورات، وهما وبالتعاقب وثيقة تخص الأبحاث قدمها أنسيل وآخرون (١) وأخرى تخص مهنة الطب النفسي وقدمها وايت وآخرون (٢). كان العنوان الرئيسي لكلا الوثيقتين يخص مشاكل التشخيص وتقترح كلاً منهما أن نعتبر الاضطرابات النفسية بأنها اضطرابات عقلية، وبالرغم أن هذا المقترح ليس بالأمر الجديد (٣،٤) إلا أن الأمر المدهش هو أن هاتين الصيغتين الحديثتين ليسا اختزالًا، وأني أقصد بهذا التعبير أنهما لا يفترضان أن الخلل في الوظائف العصبية هو السبب الوحيد وراء الاضطرابات النفسية، بل بالحري يدركان التطورات في علوم الصحة النفسية والتي تبين أن أسباب أو مخاطر الاضطرابات النفسية قد تظهر في الكثير من المستويات والتي منها المستويات الوراثية والعصبية وأيضًا على مستوى الفرد والبيئة الأسرية والسياق الاجتماعي. تعترف بقوة بالصورة المتعددة العوامل هذه أو بصورة المسببات (أو المخاطر) المتعددة المستويات، تدرك أن الهدف منها أن تتلاءم مع حقيقة أن التدخلات في هذه المستويات المتنوعة قد يؤثر على البداية والمسار والأجزاء المشتركة في الوقاية الأولية والعلاج والإدارة التي تلي ذلك. إن هذا جانب واحد من جوانب التطور في علوم الصحة النفسية والتي قدمتها كلاً الوثيقتين، ومن الجوانب الأخرى التي أكدت عليها كلاً الوثيقتين هو التطورات الكبيرة الحديثة التي ظهرت في مجالات الوراثة وعلوم الأعصاب.

هناك القليل من التوتر بين هذين المجالين من علوم الصحة النفسية، فمن ناحية يُمكن أن تقترح أهمية الوراثة والأعصاب أن الطرق السببية الهامة هي أمور تتواجد داخل الكائن الحي، وخاصة بداخل المخ، وهذا ما يجذبها في اتجاه الاختزال وهذا تفسير ظاهري للاقتراح الذي يقول بأن الاضطرابات النفسية هي اضطرابات عقلية. وعلى الناحية الأخرى، إذا كانت هذه الطرق السببية تتحرك صعودًا وهبوطًا في النظام البيولوجي النفسي الاجتماعي وبداخل وخارج الكائن الحي، إذا فالمخ جزء من النظام، وهكذا أيضًا الحياة النفسية الخاصة بالكائن وظروف حياته - وهذه رؤية غير اختزالية، ولا يعبر عنها جيدًا الاقتراح الذي يقول أن الاضطرابات النفسية هي اضطرابات عقلية.

وإحدى طرق دراسة هذا التوتر الظاهر هو بأخذ «النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي» بعين الاعتبار وفي سياق العلوم الجديدة. لقد تعرض هذا النموذج حديثًا لنقض غايمي (٥)، وخاصة في نسخته الأصلية، وذلك بسبب وجود مانع يجعل «من اللازم أخذ الثلاثة مستويات والتي هي المستوى البيولوجي والنفسية والاجتماعي بعين الاعتبار وفي كل مهام العناية الصحية» (٦)، وهذا الافتراض بحسب ما أدركه غايمي يعني أن

وهذه في الغالب واحدة من مشكلات تعريف الدور المميز للطب النفسي من بين العديد من المهن النفسية الاجتماعية الأخرى - أي الطب النفسي الإكلينيكي والعمل الاجتماعي - وأيضاً في توظيف الخريجين للعمل في هذا المجال، لكن من أهم الأفكار التي أردت أن أقدمها في هذه المناقشة هي أن هذه التقسيمات الاحترافية والتقاليد التعليمية التي تجسدها لا تعني كثيراً بحسب فكر علوم الصحة النفسية الجديدة، فلا تعمل هذه العلوم الجديدة مع الحروب الفكرية بين العلوم الحيوية والنفسانية والاجتماعية، والأكوان المتوازية القديمة مع الاتصالات الضعيفة بينها، بل بالحري تعمل هذه العلوم مع كل هذه العوامل واختلافات التفاعل بينهم.

وسواء كانت التدريبات والحدود المهنية الحالية خاصتنا تتناسب مع غرض الملائمة والاستيعاب وتطبيق المجالات الواسعة وذكاء هذه العلوم الجديدة، إلا أن هذا الأمر يخضع للكثير من الشكوك. إلا أنني أعتقد أن ما نحتاج إليه لنضع خدمات الصحة النفسية المستقبلية في صف العلوم وما نسعى إليه هو ليس إعادة ترسيخ الطب النفسي كتخصص طبي يمر مرة أخرى بالمشكلات التي يبلغ عمرها إلى ما يقرب من مائة عام، بل ما نحتاج أن نسعى إليه هو تأسيس منهج جديد يغطي المقررات الصحية الوراثية والعلوم العصبية وعلم النفس والاجتماع، وهذا كمهنة جديدة للاستشارات في الصحة النفسية للقرن الواحد والعشرين. فقد يعمل هذا الأمر على تقديم رعاية أفضل للمرضى فيما يتعلق بالمصاريف، ومن الممكن أيضاً أن يحل مشكلة التوظيف.

المراجع:

1. Insel T, Cuthbert B, Garvey M et al. Research Domain Criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *Am J Psychiatry* 2010;167:748-51.
 2. White PD, Rickards H, Zeman AZJ. Time to end the distinction between mental and neurological illnesses. *BMJ* 2012;344:e3454.
 3. Bucknill JC. The diagnosis of insanity. *Br J Psychiatry* 1856;2:229- 45.
 4. Baker M, Menken M. Time to abandon the term mental illness. *BMJ* 2001;322:937.
 5. Ghaemi N. The rise and fall of the biopsychosocial model. *Br J Psychiatry* 2009;195:3-4.
 6. Engel GL. The biopsychosocial model and the education of health professionals. *Ann N Y Acad Sci* 1978;310:169-87.
 7. Craddock N, Antebi D, Attenburrow MJ et al. Wake-up call for British Psychiatry. *Br J Psychiatry* 2008;193:6-9.
 8. Pichot P. The history of psychiatry as a medical profession. In: Gelder MG, Lopez-Ibor JJ, Andreasen N (eds). *New Oxford textbook of psychiatry*, 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 2009:17-27.
 9. Katschnig H. Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession. *World Psychiatry* 2010; 9:21-8.
 10. Ghaemi N. Taking disease seriously: beyond "pragmatic" nosology. In: Kendler K, Parnas J (eds). *Philosophical issues in psychiatry. II: nosology*. Oxford: Oxford University Press, 2012:42-52.
- DOI 10.1002/wps.20004

يؤكدون على التفاعل بين الأحياء الداخلية والبيئة والاختلافات الفردية، فيحدث تفاعل بين المسببات في التطور المقياسي وفي تطور الحالات الصحية ومساراتها وأيضاً في الحالات النفسية وكذلك في بعض الحالات المرضية العامة مثل أمراض القلب. من المتوقع أن تعمل العلوم الوراثية الجديدة وتفاعلات البيئة الجينية في غضون الحياة على زيادة التأكيد على التفاعلات وستتطلب أن يُعطى بعض الانتباه من الأبحاث ليس فقط للجينات وللمخ بل أيضاً لتأثيرات البيئة وتوقيتها في التفاعل مع العمليات الداخلية. وفي هذا الصدد تحتاج مجهودات الأبحاث أن تمتد السياق الحيوي والنفسى/السلوكي وأيضاً السياق البيئي/الاجتماعي - أي أن لا يكون مقتصرًا على «علوم المخ» التي تدرس فقط ما بداخل الجمجمة.

غالبًا ما يُقترن الاستفسار حول مدى أهمية العوامل الحيوية في الاضطرابات النفسية وخاصة فيما يخص الاقتراح الذي يقول أن الأعراض النفسية ينبغي أن تُعتبر وتُصنف بكونها اضطرابات عقلية بالتحديات التي تواجه مهنة الطب النفسي (مثل ٢,٤). لقد أشارت الكثير من الوثائق التي في مجال الطب النفسي إلى التحديات التي تواجه هذه المهنة والتي منها توضيح المهمة التي يتميز بها الطب النفسي من بين أعداد من بنود العناية النفسية المتعددة المهام وأيضاً تحسين الأجر الخاصة بتعيين الخريجين في مجال الطب النفسي (٢,٤,٧-١٠). تعمل العلوم الجديدة كما أشرنا سابقاً على إعادة تأكيد موقف الطب النفسي كتخصص طبي وذلك عن طريق إخفاء الاختلافات بين الحالات النفسية والحالات الجسدية، فتتفاعل نفس أنواع الطرق المتعددة العوامل في كلاهما، ومع ذلك، وبينما أن هذا الأمر صحيحاً إلا أن الافتراض العام هو أن الحالات المرضية النفسية تشتمل على الكثير من العوامل النفسية والاجتماعية، ويتضح هذا مثلاً في الكثير من «الاستجابات السريعة» في الـ BMJ (انظر www.bmj.com) عقب إصدار تحليل وايت وآخرين (٢). يقدم إطار الـ RDoC (٨) وسيلة يمكن من خلالها المقارنة بين الحالات النفسية والحالات المرضية، ولكي أقدم مثالا على ذلك أقول إذا وضعت عشرة حالات جسدية قياسية في أول عشرة صفوف عرضية من الإطار وأيضاً عشرة حالات نفسية قياسية في الصفوف العرضية التالية، وقمت بملاً الخلايا في كل عمود بطرق تُعرف بأنها سببية وقابلة لتعديل التدخلات الفعالة في الحالة (بعد البداية) - سيكون كثافة القالب الناتجة أكبر في أعلى الربع الأيسر وأسفل الربع الأيمن. تصبح الحالات الجسدية في بداياتها أكثر قابلية لتعديل الإجراءات الطبية الداخلية وليس كثيراً للتعدلات النفسية الاجتماعية، وبصورة عكسية تكون الحالات النفسية أكثر قابلية لتعديل التدخلات النفسية الاجتماعية. إن مبرري الوحيد لنشر هذا الأمر بدون إجراء الكثير من الفحوصات هو أنه يمثل على الأقل حالات خلل مشتركة، وإذا كان يوجد في الصفوف العرضية بند «وقاية أولية» يُحتمل أنها ستظهر في أية حالة بالأمر المختلف مرة أخرى - وذلك لأن كثافة النمط ستتغير، وستتغير مرة أخرى إذا كان في الصفوف العرضية بنود تُسمى «سلوك المريض تجاه المرض» أو «السلوك تجاه الخطر»، أو «جودة الحياة»، أي العوامل المرتبطة برعاية صحية لائقة.

وبقدر أن للطب النفسي خبرة خاصة في إدارة العوامل النفسية الاجتماعية وأيضاً العوامل الحيوية الداخلية إلا أنه ليس كبقية مجالات الطب الأخرى، وبصفة خاصة هو ليس كبقية الكثير من الطب الداخلي

إدراك ودراسة تأثير العقيدة الدينية بين الأشخاص الذين يعانون من أمراض نفسية

KENNETH I. PARGAMENT^{1,2}, JAMES W. LOMAX³

¹Institute for Spirituality and Health at the Texas Medical Center, Houston, TX; ²Department of Psychology, Bowling Green State University, OH 4340228; ³Menninger Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Baylor College of Medicine, Houston, TX, USA

تعمل هذه المقالة على استعراض التطورات الحديثة التي حدثت في نطاق العلاقة بين الطب النفسي والعقيدة الدينية والتي تلقي ضوءاً على إمكانية المزوجة للعقيدة الدينية والتي يُمكنها أن تزيد من الصحة والرفاهية أو تقضي عليهما، وبصفة خاصة فيما يخص المرضى بأمراض نفسية. تتحدى الكثير من الأبحاث الآراء النمطية عن العقيدة الدينية معتبرة إياها مجرد وسيلة دفاع أو وسيلة غير فعالة للتعاون، وتؤكد أيضاً أن الكثير من الناس يعتبرون العقيدة الدينية مصدرًا حيويًا يخدم الكثير من الوظائف التكيفية مثل التنظيم الذاتي والمودة والراحة العاطفية ومعنى للحياة والأمور الروحية. لكن هناك جانب مظلم في الحياة الدينية، فقد بدأ الكثير من الباحثين وواضعي النظريات بتعريف ودراسة الجوانب الدينية التي تسبب المشاكل، والتي تشتمل على العنف الذي أساسه عقيدة دينية والصراعات الدينية التي تكون بداخل الذات الإنسانية أو مع الآخرين أو مع إله. من الممكن إدراك المشكلات الدينية بكونها نتيجة أمراض نفسية (ثانوية)، أو مصدر من مصادر الأمراض الدينية (أولي) أو كلاهما (مُعقد). يؤكد كم المعرفة المتنامي هذا الحاجة إلى الاعتناء أكثر وأكثر بالدور البناء والمدمر الذي تلعبه العقيدة الدينية في التشخيصات النفسية والتقييم أيضاً في العلاج. لقد أظهرت دراسات تقييمية أولية أجريت عن تأثير العلاج الذي به جانب روحي على مجموعة من مرضى الأمراض النفسية، نتائج مبررة. ونختتم هذه المقالة بمجموعة من المقترحات لتطوير مجالات البحث والممارسة في المستقبل؛ والتي تشمل الاحتياج إلى المزيد من الدراسة في المجال النفسي عن أناس من ثقافات عدة وتقاليد دينية مختلفة.

كلمات مفتاحية: عقيدة دينية، الروحيات، مصادر دينية، التعاون الديني، الصراعات الدينية، عنف أساسه عقيدة، تقييم ديني، علاج به جانب روحي

(عالم الطب النفسي 2013: 32-26.12)

الكثير من المعلومات النادرة والخاصة بالعقيدة الدينية في عدد من النصوص النفسية الهامة وأيضاً في الكثير من الجرائد (٥). تتأرجح بعض المجموعات الدينية مع الاتجاهات السلبية تجاه الطب النفسي بل ويمنع أو لا يشجع أتباعها السعي وراء طلب علاج نفسي (٦).

تمتد جذور التوتر بين الطب النفسي والعقائد الدينية إلى العديد من العوامل والتي تشمل الاعتقاد بأن أفكار العالم التي لها أساس في العلوم والأيمان لا تقبل المساومة (٧)؛ والمستوى المنخفض من التدين بين الأطباء النفسيين وهو مستوى أقل من مستوى التدين بين عامة الناس (٨)؛ وأيضاً ما يؤدي بالأطباء النفسيين إلى الاستخفاف بالاهتمام الديني لدى المرضى، وكذلك عدم وجود ثقافة وتدريب في المجال النفسي الأمر الذي يساعد الممارسين على فهم ومخاطبة المشاكل والمصادر الدينية الخاصة بالمرضى (٩).

لقد بدأت الصورة تتغير في السنوات القليلة الماضية؛ فبدأ نمو النظريات والأبحاث في العقائد الدينية والوظائف النفسية والاضطرابات النفسية يعكس إدراك الحاجة إلى نهج حساس من الناحية الثقافية للرعاية النفسية. يتجه

تاريخ مضطرب بين الطب النفسي والعقيدة الدينية

هناك تاريخ طويل من الشكوك بل ومن العداوة في الكثير من الأحيان بين الطب النفسي والعقيدة الدينية، فيؤكد فرويد بقوة أن العقيدة الدينية تمثل «وسيلة دفاع في مواجهة العجز الطفولي»، وأستسرد حديثه مستتجاً أنه أمر مؤكد أن هيمنة أنماط السلوك الطفولي هذه ستغلب على المصاعب (٣). لقد كانت الاتجاهات الدينية السلبية التي من هذا النوع وفي نطاق الطب النفسي وغيره من فروع الصحة النفسية بالأمر المألوف لوقت طويل من القرن العشرين. وكان من الشائع عن العقائد الدينية أنها آلية دفاع أو أمر سلبي في الشخصية يعمل على تعزيز فكرة التراجع السلبي عن المشكلات، وهذا إنكار كلي للآلام والمعاناة أو هو دراسة منمقة في الأعراض المرضية، مثلاً يتكون الـ DSM-III من عدد غير متجانس من الأمثلة عن التعبيرات الدينية الخاصة بالأمراض النفسية الشديدة مثل الهلاوس والضلالات الدينية (٤). لقد كانت القضايا الدينية بالأمر المهمل في الكثير من الأحيان، وهذا ما أوضحته

لقد شهدت العشريون سنة الماضية اهتماماً علمياً بالغاً بالعلاقة بين العقيدة الدينية والوظائف النفسية (١)، وبالمقابل مع النمطية المعتادة عن العقيدة الدينية والصحة النفسية، تدل مجموعة هامة من الأبحاث والنظريات أن العقيدة الدينية هي مصدر قوة ومرونة لدى الكثير من الناس، ومنهم الذين يعانون من اضطرابات نفسية شديدة (٢)، لكن تبقى حقيقة أن العقيدة الدينية يُمكن أن تكون سبب مشاكل للكثير من المرضى.

تبدأ هذه المقالة بوضع حالة هذا المجال الحالية في سياق تاريخي وذلك بالإشارة إلى تاريخ بعض العلاقات التي كان يشوبها مشاكل والتي هي بالأمر الجلي في مجال الطب النفسي والعقيدة الدينية، سنقوم بعد ذلك باستعراض بعض التطورات الحديثة في مجال الطب النفسي والدين والتي تؤكد القدرة المزوجة للعقيدة الدينية والتي بإمكانها تعزيز الصحة والرفاهية أو القضاء عليهما وخاصة لدى المرضى النفسيين. ونختتم هذه المقالة بعرض ما تتضمنه هذه المحاضرة فيما يخص التقييم النفسي والعلاج.

هذا المجال في الوقت الحالي إلى فهم أكثر دقة عن العقيدة الدينية، وهو الأمر الذي يتميز بقدرة مزدوجة على تمكين وتقوية الأفراد الذين يعانون من أمراض نفسية شديدة أو بقدرة تزيد من آلامهم ومعاناتهم.

اتخاذ العقيدة الدينية كوسيلة

لقد أشارت الكثير من الدراسات التجريبية أن العقيدة الدينية هي المصدر الأول الذي يلتجأ إليه الناس عندما يواجهون أمراض عسرة (٢)؛ مثلاً وبحسب ما جاء في دراسة قامت على بعض المرضى الذين يعانون من أمراض نفسية شديدة في مدينة لوس أنجلوس، أن أكثر من ٨٠٪ منهم لجئوا إلى عقائد دينية لينالوا شفاءً لأمراضهم، وأستدل ٦٥٪ منهم على أن العقيدة الدينية ساعدت في تقليص حدة الأعراض (١٠). وجاءت تقارير مماثلة لهذه من دول أخرى، فقد أدلت دراسة قدمت مقارنة بين مرضى أوروبيين يعانون من الذهان بمجموعة لا تعاني من أية أمراض نفسية أن للمرضى النفسيين عدداً كبيراً من المعتقدات والممارسات الدينية التي كانت بمثابة مصدرًا للتعزيزية في أوقات الضغط (١١). وفي دراسة أخرى عن أسرة هندوسية تعمل في مجال رعاية مرضى الفصام بمستشفى عام بالهند، أدلت أن ٩٠٪ كانوا يجدون راحتهم في رفع الصلوات لله، وأن ٥٠٪ من هؤلاء المرضى قالوا أن العقيدة الدينية كانت مصدر عزاء وقوة وإرشاد (١٢).

أيضاً تتحدى الكثير من الدراسات التجريبية الأفكار المبسطة جداً عن العقيدة الدينية باعتبارها طريقة سلبية للتعاون أو أنها مصدر إنكار (٢)، مثلاً لقد ارتبطت المستويات العالية من التدين بين المرضى النفسيين بمشاعر تمكين قوية وكفاءة ذاتية (١٣) وأيضاً بمحاولات جادة لحل مشكلات النساء اللائي يعانين من سرطان المبيض (١٤)، وبعكس الفكرة التي تقول أن التدين يشجع على التهرب والإنكار، قامت بعض الدراسات بالربط بين التوغلالات الدينية العميقة للنساء في مدة قصيرة من الزمن بين زيارة الطبيب وملاحظة ظهور أعراض سرطان الثدي (١٥) والقليل من الاعتماد على أفعال الإنكار وكبت الأفكار كطريقة تعامل بين مرضى الـ HIV الإيجابي المصل في النساء الأفارقة (١٦). لقد اكتشفت دراسة مثيرة للاهتمام أنه

بينما لا ترتبط المستويات العالية من التدين بتقارير تدلي بوجود آلام لدى من يعانون من السرطان، إلا أن التدين كان مرتبطاً بتقارير عن مستويات منخفضة من الآلام (١٧). تقترح مثل هذه الاكتشافات أن العقيدة الدينية قد تكون بالأمر المتوغل في إعادة تفسير وليس في إنكار الألم.

لقد أظهرت أيضاً الأبحاث والنظريات أن العقيدة الدينية تخدم الكثير من الوظائف التكيفية لدى الناس ومنهم من يعانون من أمراض نفسية. وقد أظهرت تحاليل محتوى مقابلات شبه مهيكلية مع مرضى سويسريين يعانون من أمراض نفسية شديدة العديد من الأدوار التي تقوم بها العقيدة الدينية، والتي منها وجود معنى للحياة وراحة واحترام للذات وثقة بالنفس وشفقة وأمل ومحبة وقبول للآخرين (١٨). وبالرغم من مجادلات واضعي النظريات عن الهدف الأكثر مركزية للعقيدة الدينية، إلا أن جزء من قوة هذه الظاهرة قد يقع على إمكانيتها لتفي بالمجموعات المتنوعة لاحتياجات البشر.

التنظيم الذاتي

وبحسب ما ذكره فرويد أن العقيدة الدينية تساعد على التحكم في العنف والدوافع الجنسية الغير مستحبة، إلا أن بعض النظريات الحديثة أكدت على الفائدة المتنامية للآلية التي أساسها العقيدة الدينية والتي تُعزز من فكرة تنظيم الدوافع والرغبات البشرية (١٩)، وبحسب هذه النظرية أثبتت الكثير من الدراسات التجريبية وجود علاقات قوية بين التدين والكثير من التحفظات السلوكية، مع الأخذ في الاعتبار استخدام العقاقير والجريمة والانحراف والانتحار والانحرافات الجنسية.

قد يجد الأشخاص الذين يعانون من أمراض نفسية شديدة أن تنظيم الذات الذي تقدمه العقيدة الدينية بالأمر القيم جداً، فقد أدى الانخراط في التعاملات الدينية إلى القليل من الأعراض السلبية والكثير من المساواة وحياة اجتماعية أفضل، وقد ظهرت كل هذه بعد ثلاثة سنوات من المرض، وهذا ما أثبتته دراسة قامت على بعض مرضى الفصام السويسريين أو مرضى يعانون من اضطرابات من تأثير الفصام (٢٠).

المودة والترابط

لقد أكد عالم الاجتماع دورخيم أن العقيدة الدينية بالأمر الهام جداً لتقديم الترابط والهوية التي تحتاجها الناس، قائلاً، «إن فكرة المجتمع هي صلب العقيدة الدينية» (٢١)، وقد أكدت العديد من الدراسات فكرته هذه وذلك بإثبات أن الأشخاص الأكثر انخراطاً في التعبيرات الدينية العامة (مثل حضور الاجتماعات الدينية) يسجلون أعلى نسبة من العلاقات الاجتماعية وأيضاً من التدعيم الاجتماعي الكبير (٢٢)، لكن من الهام جداً أن نشير إلى أن الأشخاص الذين يعانون من أمراض نفسية شديدة غالباً ما يشعرون بالاعتراب عن مجتمعاتهم الدينية أو عن غيرهم من الأشخاص بصفة عامة وذلك كنتيجة لفكرة العار أو وجود تاريخ من العلاقات المزعزعة (٢٣). قد تقدم العقيدة الدينية بعض التعويض لمثل هؤلاء وذلك عن طريق تكوين علاقة تتسم بالأمان مع كائنات مقدسة (مثل الله والمسيح وقوات عليا) ينظر إليها البشر بأنها أكثر إتاحة عن نظرائهم من البشر (٢٤).

لقد قامت الكثير من الدراسات بالربط بين إدراك المرء عن العلاقات الأمانة مع الله ومستويات قليلة من الأحزان الناتجة عن الأمراض النفسية. وما يتعلق بالأمر أيضاً هو التقارير المتكررة عن استمرار تعلق بعض الأشخاص بأحبائهم الذين فارقوا الحياة، ففي دراسة قامت على أبناء قد فقدوا آبائهم من كانوا يعانون من سرطان الأطفال، أقرت أن ٨٨٪ من هؤلاء الآباء لا يزالوا متعلقين بأبنائهم المتوفيين (٢٥)، فقد قالت إحدى الأمهات الحزاني، «إني أتحدث معه طول الوقت وأخبره عما يحدث في المنزل ومع كل منا، وأني أشعر برباط قوي بمنطقة المدافن؛ فأتخيل روحه تحوم حول الأشجار التي خلف مدفنه، وعندما يبدأ أحدثه غالباً ما تهب رياح وتحرك أوراق الشجر وهذا ما يخبرني أنه حاضر بالمكان» (٢٥).

راحة عاطفية

لقد أكد فرويد وغيره من متخصصين النظريات أن المعتقدات الدينية تعمل في الكثير من الأحيان على تهدئة قلق الأفراد في عالم مليء بالقوة الجبارة التي تشير إلى الضعف والمحدودية البشرية، وقد دعمت الكثير من

الدراسات منظور هذه النظرية (٢٢)، مثلاً قد ارتبطت مستويات عالية من التدين بمستويات منخفضة من الاكتئاب، وبصفة خاصة بين أشخاص يواجهون ضغوط حياة شديدة (٢٦)، وارتبطت أيضاً بمشاعر حزن أقل تعقيداً بين من يقدمون رعاية أسرية لمرضى الخرف (٢٧) وكذلك القليل من القلق والضغوط لدى المرضى الذين يعانون من اضطرابات الخوف (٢٨). ويبدو أن الاعتقاد بالحياة بعد الموت يلعب دوراً هاماً في تقليل المخاوف الوجودية الأساسية، فقد أثبتت الدراسات التجريبية التي قامت في مجال نظريات إدارة الإرهاب أن التذكير بموت الذات يزيد الاعتقاد بالحياة بعد الموت، وأيضاً يقلل الاعتقاد بالحياة بعد الموت من الخوف من الموت (٢٩).

معنى للحياة

لقد استنتج جيرتز بحسب دراساته الكثيرة في علم الإنسان أن الوظيفة الأكثر حساسية التي يمكن أن تقوم بها أيه عقيدة دينية هي أنها تقدم معنى للحياة (٣٠)، فقد كتب قائلاً، «إن الهدف ليس هو أن تنكر ما لا ريب فيه - أي أنه يوجد أحداث لا تُفسر وأن الحياة قد تجرح المرء وأن السماء تمطر على الأبرار - بل هو أن ننكر أنه يوجد أمور يتعذر تفسيرها وأن الحياة لا يمكن تحملها وأن العدالة سراب». عندما قدمت دراسة عامة على ٢٠٠٠ شخصاً يتصفون بالتدين لمعرفة سبب تدينهم، كان الرد الشائع بينهم هو أن «العقيدة الدينية تُعطي معنى للحياة» (٣١). لقد قدمت دراسة قامت على نزلاء بالدير عددًا من أشكال إعادة التشكيل الجيد للدين، وهذه أعطت معنى للخبرة التي قد يمر بها الإنسان، مثل التقييمات حيث أن العناية تقدم فرصة للنمو الروحي أو تمثل جزءاً من خطة أو إرادة الله (٣٢)، وقد ارتبطت هذه التقييمات بنتائج أكثر ايجابية وأيضاً بوجود هدف للحياة. وتُظهر في دراسة مطولة قامت على الآباء الذين عانوا من قسوة فقدان ابن من أبنائهم أن الآباء الذين استغلوا المصدر الديني تمكنوا من إيجاد معنى من وراء فقدانهم لأبنهم وذلك بعد مرور خمسة أعوام (٣٣). لقد أظهرت مجموعة من الباحثين يعملون مع مرضى فلنكيين يعانون من آلام مبرحة أن الصلاة كانت ترتبط بإمكانية كبيرة لتحمل الآلام وليس شدة الآلام؛ فالعلاقة بين

الصلاة والتحمل كان يتوسطها إعادة تقييم جديدة للآلام الذي يعانون منه (٣٤).

الجوانب الروحية

إن الهدف الأكثر أهمية من العقيدة الدينية لأصحاب العقول المتدينة هو الجانب الروحي ذاته؛ فيؤكد التقليد الروحي العالمي أن البحث عن الأمور المقدسة يحتل الأولوية على الأمور الزمنية، بالرغم أن هذه المعتقدات تقدم وسيلة التصالح الروحي مع البشري. لقد أخذ جونسون، وهو طبيب نفسي وباحث في علم النظريات تلك الجملة التي تقول، «أنت الإله الأزلي الذي يسعى إليه الإنسان المتدين أكثر من بحثه عن أي أمر آخر» (٣٥)، ومن هذا المنطلق يتشجع الأشخاص الذين يصارعون مع أمراض شديدة أن يتكبدوا هذا العناء روحياً وأيضاً طبياً واجتماعياً وجسدياً (٣٦). لقد أظهرت دراسات تجريبية أن الأشخاص ينجحون بصفة عامة في الحفاظ على إيمانهم في الأوقات الصعبة، مثلاً سجل تقرير عن أشخاص مروا بالعديد من الصدمات، أن ٧٣٪ منهم لم تظهر عليهم أي تغييرات دينية بعد الحدث الثاني (٣٧).

عندما تكون العقيدة الدينية مشكلة

لقد حاول عدد من الباحثين في علم النظريات أن يذهبوا إلى ما بعد الأفكار العالمية المبتدلة عن الدين وذلك لتصوير جوانب أكثر أهمية عن العقيدة الدينية والتي قد تكون وراء المشاكل التي تظهر عند اتصالها بعلم الأمراض الشخصية والاجتماعية، مثلاً قد أوضح البورت (٣٨) العديد من السمات «الآراء الدينية التي تتسم بعدم النضج»، وهي التبسيط وعدم التمييز والتعصب والتسرع وضعف التحكم في السلوك والقيم وعدم التسامح وعدم الكمال ووجود صراع داخلي وتفكك. وقال برويسر (٣٩) أن «الجانب السيئ» من الإيمان بعقيدة ما يتصف بالتضحية بالفكر وأفكار رجعية وعدم القدرة على تحمل الحرية ويتصف أيضاً بأسلوب تعامل يتسم بالعصبية، (٤٠) ويقول بارجامنت (٤٠) أن الجانب الروحي الغير صحي هو أمر «فاسد» ولا يستطيع التعامل مع مجموعة كاملة من متطلبات الحياة الداخلية والخارجية وذلك لأنه يفتقر إلى الشمولية والعمق والمرونة

والديناميكية والتوازن والترابط.

لقد حظا جانبان من جوانب التدين الذي يتسبب في إحداث مشاكل بالكثير من الاهتمام في السنوات القليلة الماضية، وهذان الجانبان هما الصراعات الدينية والعنف الذي أساسه عقيدة دينية.

الصراعات الدينية

بالرغم من أن الأشخاص الذين يعانون من أمراض نفسية شديدة هم أكثر من يقولوا أن العقيدة الدينية هي وسيلة أكثر منها مصدر للمشاكل، فقد أثبتت قلة من البشر أن إيمانهم بعقيدة ما يساهم في أحاسيسهم بالغضب والذنب والمعاناة والجزع (٢٦). واعترافاً أن العقيدة الدينية قد تكون بالأمر المؤلم، تضمن الـ DSM-IV فئة المشكلات الدينية والروحية وذلك تحت قائمة «حالات أخرى قد تكون مركز انتباه إكلينيكي»، ومن الأمثلة التي قد تدخل في هذه الفئة فقدان الإيمان بعقيدة دينية أو عدم الثقة فيها، وطوارئ روحية والحركات الروحية الجديدة (٤١).

لقد بدأ الكثير من الباحثين بفحص مفهوم له علاقة بالصراعات الدينية وهو ما قد تم تعريفه في صورة أسئلة وتوترات وصراعات عن الأمور الروحية بداخل الذات الإنسانية (أي يحدث بداخل النفس) ومع الآخرين (أي ما يتعلق أو يشمل العلاقات بين الأشخاص) وأيضاً مع قوات عليا أو مع الله (الإله) (٤٢)، مثلاً قامت إحدى الشابات بوصف الصراعات الإلهية المرتبطة بمعاناتها مع مرض الاضطراب الثنائي القطب بقولها، «إني أعاني بحق، فالمرض الذي أعاني منه يستنزفني وأشعر بالغضب من الله لأنه لا يأبه لإنقاذي، وأعني بذلك أن يُحررني من القيود النفسية التي أعاني منها، فأنا أعاني من هذه الأمور لأكثر من عشرة سنوات الآن وأني أبلغ من العمر ٢٤ عاماً فقط، ولا أعني لماذا يرفعني الله ثم يتركني لأنكسر مرة أخرى».

من الهام جداً أن نفرق بين الصراعات الدينية التي تكون كنتيجة نهائية للأمراض النفسية والصراعات التي تؤدي إلى الأمراض النفسية (٤٣). تنتج الصراعات الدينية الثانوية من صدمات كبيرة، والتي منها تشخيص بمرض نفسي خطير والذي بإمكانه أن يهز أو يحطم القيم الأساسية للمرء وأيضاً نظرتة للعالم

أو نظرة العالم له. ومن هذا المنطلق، وبحسب ما جاء في استعراض محلي على الناس في الولايات المتحدة، تتصل مجموعة كبيرة من أشكال الأمراض النفسية بمستويات عالية من الصراعات الدينية (٤٤)، وتؤدي الصراعات الدينية الأولية إلى مشاكل نفسية لاحقة، وقد قامت الكثير من الدراسات المطولة بالربط بين الصراعات الدينية وانخفاض معدل الصحة النفسية والصحة الجسدية بل وما هو أكثر من ذلك إلى الموت (٤٥). أخيراً وفيما يخص الصراعات الدينية المعقدة، إن الشكل المعقد للتدين هو كلاً من مسببات الأمراض النفسية ونتائجها.

العنف الذي أساسه عقيدة دينية

لقد أصبح الدين في بعض الأوقات مصدراً للظلم والاضطهاد والإرهاب والإبادة الجماعية، وذلك بالرغم من إيمانيته على تعزيز أفكار الرحمة والتعاطف والفهم، وتستمر هذه المشكلة اليوم في كل أنحاء العالم وهذا ما يؤكده الإرهاب الذي أساسه عقيدة دينية وأيضاً الاعتداء الجنسي الذي يقوم به رجال الكهنوت وكذلك أيضاً أفعال الإبادة الجماعية التي تدعمها عقيدة ما. ولكي نذكر مثالا واحداً من بين العديد من الأمثلة، وهذا أمر مؤسف، نقول أنه في عام ٢٠٠١ أدانت محكمة بلجيكا راهبتين بنيديكتين وهما موكانجانجو وكيسيتو بسبب اشتراكهما في مذبحه راح ضحيتها أكثر من ٧٦٠٠ سائحاً في دير سوفو بمدينة بوتاري (٤٦).

لا يوجد هناك تفسير واحد يُمكن أن يقدم فهماً كاملاً لوسيلة معقدة كالعنف الديني، لكن قد اقترح الباحثون في علم النظريات وجود عدة عوامل نفسية واجتماعية، وهم: ١- خبرات حسية من الخجل والإذلال والتي قد تثيرها أحداث حاضرة أو ماضية: ٢- انقسام العالم إلى فئتين، فئة الصالحين وفئة الأشرار وهذا بحسب عدم القدرة على تحمل الازدواجية والغموض: ٣- الخضوع لأفكار مثالية جداً بل ومهينة جداً تقوم على الخوف من الحرمان: ٤- تهديدات للمثاليات والمذاهب أو المنظمات التي تؤدي إلى ظهور الغضب النرجسي: ٥- الإصرار على حالة من الكمال والطهارة التامة: ٦- صلة عقائدية بين العنف والتطهير: ٧- قمع جنسي (٤٧). لقد تم توجيه اهتمام كبير من بعض

الباحثين في علم النظريات بسبب الدور الهام الذي للقادة الدينيين في إثارة العنف، مثلاً يؤكد أولسين (٤٨) أن قادة الطوائف الدينية الذين يتسمون بالعدوانية يُظهرون شكلاً قبيحاً من أشكال اضطرابات الشخصية النرجسية، والتي فيها يتمكنون من تهدئة ما بماضيهم من مشاعر رفض وحرمان ويُشبعون أحاسيسهم الرفيعة عن ذواتهم وهذا بفضل قدرتهم على التلاعب على الآخرين وإحداث آلاماً ومعاناة.

لا يوجد الكثير من الأبحاث التجريبية في هذا المجال الهام بصفة خاصة، لكن قد قدمت بعض الدراسات ما يُدعم هذه الآراء النظرية، مثلاً كان التعرض لعقوبة العنف الإلهية في الكتاب المقدس في مجموعة من الدراسات التجريبية مرتبطاً بزيادة في العنف، خاصة بين أكثر الأشخاص تديناً. وقد استنتج أصحاب هذه الدراسات (٤٩) «أنه من المتوقع أن تزداد نسبة الوحشية بسبب أن المتطرفين دينياً ينخرطون في قراءات مطولة ويتم اختيارها بعناية من الكتاب المقدس مركزين في ذلك على العقوبة الشديدة التي ينالها الغير مؤمنين، وهذا بدلا من توصيل رسالة القبول والفهم». وقد اكتشفت دراسات أخرى أن الأشخاص الذين يُظهرون اتجاهات دينية خارجية فيها تُستخدم العقيدة الدينية كوسيلة لخدمة الغير متدينين باعتبارهم معارضين للأمور الروحية، يُظهر هؤلاء الأشخاص الكثير من التعصب والانحيازية (٥٠)، وقد تنطبق هذه الاكتشافات على مشكلة التحرش الجنسي التي يقوم بها رجال الكهنوت، حيث يتخفى الكهنة في عبادة الدين ليتمكنوا من الدخول إلى المجموعات الضعيفة من الناس بدافع أهدافهم المدمرة. وقد اقترحت دراسة أخرى أن الأشخاص الذين يؤمنون أن قيمهم المقدسة تتعرض لهجوم من قبل آخرين يرغبون في إظهار ردود أفعال عنيفة وتتسم بالتطرف الدينية (٥١).

الأثار المترتبة على ممارسة الطب النفسي

لقد قامت النظريات والأبحاث في الطب النفسي وفي المجالات المتعلقة بالصحة النفسية في السنوات القليلة الماضية بتحدى الأنماط السلبية التي في العقائد الدينية، وأدت إلى ظهور أفكار دقيقة تميز القدرة المزدوجة للعقيدة

الدينية والتي بإمكانها أن تنتج مشاكل وحلول أو محن وراحة بين من يعانون من أمراض نفسية شديدة. من الممكن أن توجد علامات تدل على شخصية دينية مُشابهة لشخصية يانوس في نفس الشخص، لقد أثبتت دراسة قامت على مرضى يعانون من ضلالات دينية (٥٢) أن العقيدة الدينية لبعض الأشخاص تمثل مصدر معونة وإعاقه أيضاً، وهذا ما أوضحه إحدى المرضى الذين يخبرون حالة سلبية من الهالة الروحية عندما قال، «تقول الهالات سنمسك به ونقتله، وهذا ما يُشعري بالآلم داخلية، وقد تحدثت مع الكاهن عن هذه الهالات وهو ساعدني أن أجد الشجاعة لأحارب. إن الله يحبني ويعزيني وأنا سأنتصر بمعونته على هذه الهالات». لكن تحمل الأفكار المختلفة عن العقيدة الدينية أثار مترتبة هامة للتقييم والعلاج.

التشخيص والتقييم

تشير التطورات الحديثة التي قامت في هذا الشأن إلى الاحتياج إلى المزيد من الاهتمام بالأبعاد الدينية في عملية التقييم (٤٠)، فلا بد من تضمن العقيدة الدينية في قائمة المصادر المُحتملة التي يُمكن أن يعتمد عليها المريض في تعامله مع مرضه وغيرها من ضغوطات الحياة؛ فلا بد من سؤال المريض عما إذا كان لديه مصدر ديني يُمكنه من الحصول على معونة ليتعامل مع مشاكله، تماما مثلما يُسأل عن مصادره الأخرى مثل الأسرة والعلاقات الاجتماعية والمواهب والتمارين. وبشكل مختلف، من الهام جداً أن نحرص على ما إذا كانت العقيدة الدينية مصدر مشاكل للمريض؛ فمن الممكن أن يساعد سؤال بسيط مثل «هل أثرت مشاكلك على حالتك الروحية أو العقائدية؟» على فتح باب البحث في الصراعات الدينية أو غيرها من المشكلات الدينية.

من الهام جداً في قضية تقييم المشكلات العقائدية أن نحدد عما إذا كانت المشكلات بسبب أعراض نفسية أم أنها مصدر أولي للضغوط النفسية أم أنها معقدة، إن لهذا التمييز الأساسي مضمون هام للعلاج التابع، ففي الكثير من الحالات يُمكن أن نفهم المشاكل التي في عالم الروحيات مثل الهلاوس والضلالات الدينية باعتبارها نتيجة مرض نفسي أولي؛ وتكون العقيدة الدينية في هذه الحالات اللغة

التي يعبر من خلالها المرض عن نفسه (٥٣).
قد ينتج علاج الأمراض النفسية في أشخاص يعانون من مشكلات دينية ثانوية تطورات عاطفية وروحية، لكن في غيرها من الحالات التي تكون العقيدة الدينية فيها مصدر أولي للمحنة، قد لا يكفي التركيز على المرض النفسي لإحداث تغيير يُذكر. وقد نحتاج إلى علاج يشمل الجوانب الروحية التي تخاطب الأبعاد الدينية للمشكلة وذلك لإحداث تقدم.

من الهام أيضًا أن نضيف أن أتباع نهج حساس روحيًا للتشخيص والتقييم يدعو إلى تقدير كبير للسياق الثقافي للمريض؛ فسواء كان الاعتقاد الديني أمرًا مضللًا ويسبب مشاكل فهذا أمر لا يُمكن تحديده على أساس محتويات العقيدة (٥٤)، وكما أشار ميلر وكيلي (٥٥) قائلين، «يُعتبر المرء في بعض المجتمعات الأفريقية مجنونًا إذا كان لا يؤمن أن أرواح الموتى تؤثر على حياة المرء بشكل قوي»، وبالتالي ففي بعض الحالات يكون من اللائق بل ومن الضروري أن نتشاور مع أعضاء من الثقافة الدينية التي ينتمي إليها المريض وذلك لتحديد ما إذا كانت مجموعة من المعتقدات الدينية بالأمر الطبيعي في هذا السياق بصفة خاصة. وبشكل عام، لا بد أن يشتمل التشخيص والتقييم النفسي على فهم المعتقدات والممارسات والقيم التي تحدد عالم المريض.

العلاج

تهتم العقيدة الدينية بالأمر البالغ الحساسية والتي تكمن في أعماق شخصية المرء ومكدراته وقيمه ونظريته للعالم، وهذا بالأمر الصحيح للأشخاص الذين يعانون من أمراض نفسية شديدة. لا يميل المرضى إلى الدخول في أحاديث عن أكثر الجوانب عمقًا في شخصياتهم إلا إذا أبدى الطبيب النفسي اهتمامًا وتقديرًا لحالة المريض الدينية. تشرح دراسة تقارير الحالات كيف يُمكن أن يقدم الممارسون هذا النوع من العناية الروحية للمرضى بدون التعليق على الحقيقة الوجودية لخبرة المريض، وهذا ما يكمن وراء معرفة وسلطة خبراء الطب النفسي (٥٦)، وبهذا المعنى يستطيع الأطباء النفسيون الاقتراب من الحالة الدينية للمريض بنفس الطريقة التي يقترّبون بها من أبعاد أخرى في الحياة. يقول ريزوتو من منظور المتغيرات النفسية، «يكون المحلل النفسي مدينًا للمريض

بخبرة تحليلية كاملة تكون فيها خبراته الدينية الخاصة مشروحة بنفس طريقة الفحص اليقظ والمُحترم لغيرها من جوانب حياته النفسية». لقد أدلى العديد من الممارسين النفسيين أن المرضى يرحبون بهذا النوع من طرق العلاج التكاملية والحساسة روحيًا (٥٨،٥٩).

إن واحدة من أكثر الأسئلة أهمية هو عما إذا كانت طرق العلاج التي بها جانب روحي أكثر فاعلية من طرق العناية التقليدية أو حتى بقدر فاعليتها؛ لقد قامت العديد من الدراسات على هذا الأمر، وكانت النتائج الأولى تبشر بالخير، فقد بحثت مجموعة من الدراسات في تأثير العلاج الذي يشجع المريض أن يلتجأ أكثر وأكثر إلى مصادره الروحية، وقد أظهرت طرق العلاج التي بها جانب روحي نتائج أفضل من طرق علاج مشابهة وذلك في عدد من المجموعات والتي منها مرضى من مسلمي ماليزيا تم تشخيصهم باضطرابات خوف عامة واكتئاب عام (٦٠)؛ ومرضى الاكتئاب ومرضى من أستراليا يعانون من الفصام؛ وسيدات من طائفة قديسي اليوم الأخير وتم تشخيصهم باضطرابات الطعام ومحتجزات بالمستشفى (٦٢)؛ ويهود يعانون من قلق وجزع تحت الإكلينيكي (٦٣)؛ ومرضى من الولايات المتحدة يعتمدون على الأفيون ويرفضون العلاج (٦٤). لقد قُدمت دراسات تقييمية عن تأثير العلاج الذي يحتوي على جانب روحي وتهتم بالمشكلات الدينية بين المرضى في الولايات المتحدة، والذين منهم قدامى المحاربين الذين يعانون من أعراض اضطرابات كرب ما بعد الصدمة (٦٥) وأيضًا نساء تم الاعتداء عليهن جنسيًا (٦٦) اكتشافات مُشجعة.

اتجاهات واعدة

وبالرغم من المعرفة التي تلقيناها عن العلاقة بين العقيدة الدينية والأمراض النفسية الشديدة إلا أنه تستمر الأسئلة التي يصعب الإجابة عليها في التزايد، وهناك العديد من المجالات الواعدة للمزيد من العمل في هذا المجال (٦٧)، وأولا قد ركزت أغلب الأبحاث والممارسات في هذا الشأن على الثقافات الغربية، وبالتالي فلا بد أن تمتد الاكتشافات التي من هذه القرينة إلى مجموعات دينية أخرى وأيضًا إلى دول وثقافات أخرى. ثانيًا، هناك احتياج إلى المزيد من الدراسات التي يُمكنها مساعدة الأطباء النفسيين على التمييز بين المصادر الدينية

والمشاكل الدينية بين المجموعات والثقافات الدينية وتساعد في التشخيصات النفسية. ثالثًا، هناك أيضًا احتياج إلى أبحاث مطولة بإمكانها حل التفاعل المعقد بين العقيدة الدينية والأمراض النفسية، وبصفة خاصة الطرق التي تُمكن الأمراض النفسية من إنتاج مشكلات دينية ثانوية و/أو تؤدي بالناس أن يجدوا عزائهم ودعمهم في أيمانهم بمعتقداتهم الدينية، وأيضًا الطرق التي قد تعمل بها المصادر الدينية والمشكلات الدينية الأولية على تحسين و/أو زيادة مسار المرض. لا بد أن تعمل دراسة التدين والتي عرّفناها بعض الدلائل العالمية مثل تكرار الصلاة أو التعلق الديني على إفساح الطريق لدراسة المزيد من الأشكال الخاصة بتعبيرات التدين بين الأشخاص الذين يصارعون مع أشكال معينة من الأمراض النفسية، مثلًا متى يُمكن أن تأخذ الأحاديث الدينية دورًا دفاعيًا ضد المرض النفسي؟ وعلى النقيض من ذلك، متى يُمكن أن تشجع الأحاديث الدينية على ظهور مشاكل نفسية شديدة؟ وهل يوجد في الضلالات والهلاوس الدينية والغير دينية مجموعة مختلفة من النتائج والعوامل المسببة؟ رابعًا، هناك احتياج إلى المزيد من الدراسات للإجابة على الأسئلة المفتاحية عن البعد الديني للعناية النفسية؛ فهل تزيد وسائل العلاج التي بها جانب روحي من تأثير وسائل العلاج النفسية التقليدية؟ وأيه تأثير يُمكن أن يتركه التشابه أو عدم التشابه بين معتقدات المريض ومعتقدات الطبيب عن وسائل العلاج ونتائجها؟ وما هو تأثير العلاج النفسي على المشاكل الدينية التي يعاني منها المريض ومعتقداته وممارساته وخبراته؟ خامسًا، وللنهوض بهذا المجال من العمل، لا بد من تطوير واختبار وتحقيق نماذج فعالة للتدريب النفسي (٦٨،٦٩). أخيرًا، وبالرغم من أنه لا تزال النظريات والأبحاث والممارسات في مجال العلاقة بين العقيدة الدينية والأمراض النفسية الشديدة في مراحلها الأولى، إلا أنه يتضح أن امتيازات العناية النفسية ستشتمل على خلق علاقة احترام وتعاون بين الطب النفسي وقادة وأعضاء المجتمعات الدينية.

المراجع:

1. Koenig HG, King D, Carson V. Handbook of religion and health, 2nd ed. New York: Oxford, 2012.
2. Pargament K. The psychology

27. Hebert RS, Dang Q, Schulz R. Religious beliefs and practices are associated with better mental health in family caregivers of patients with dementia: findings from the REACH study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007;15:292-300.
28. Bowen R, Baetz M, D'Arcy C. Self-rated importance of religion predicts one-year outcome of patients with panic disorder. *Depress Anxiety* 2006;23:266-73.
29. Soenke M, Landau MJ, Greenberg J. Sacred armor: religion's role as a buffer against the anxieties of life and the fear of death. In: Pargament KI, Exline JE, Jones J (eds). *APA handbook of psychology, religion, and spirituality* (Vol. 1). Washington: APA Press, 2013:105-22.
30. Geertz C. Religion as a cultural system. In: Banton M (ed). *Anthropological approaches to the study of religion*. London: Tavistock, 1966:1-46.
31. Clark WH. How do social scientists define religion? *J Soc Psychol* 1958;47:143-7.
32. Mickley JR, Pargament KI, Brant CR et al. God and the search for meaning among hospice caregivers. *Hospice J* 1998;13:1-17.
33. Murphy SA, Johnson LC, Lohan J. Finding meaning in a child's violent death: a five-year prospective analysis of parents' personal narratives and empirical data. *Death Studies* 2003;27:381-404.
34. Dezutter J, Wachholtz A, Corveleyn J. Prayer and pain: the mediating role of positive re-appraisal. *J Behav Med* 2011; 34:542-9.
35. Johnson P. *Psychology of religion*. Nashville: Abingdon, 1959.
36. Dein S, Pargament KI. On not praying for the return of an amputated limb: conserving a relationship with God as the primary function of prayer. *Bull Menninger Clin* 2012;76:235-59.
37. Falsetti SA, Resick PA, Davis JL. Changes in religious beliefs following trauma. *J Trauma Stress* 2003;16:391-8.
38. Allport GW. *The individual and his religion: a psychological interpretation*. Oxford: Macmillan, 1950.
39. Pruyser PW. The seamy side of current religious beliefs. *Bull Menninger Clin* 1977;41:329-48.
40. Pargament KI. Spiritually integrated medical consultation for breast symptoms in women in a public sector setting. *J BehavMed* 2006;19:327-34.
16. Prado G, Feaster DJ, Schwartz SJ et al. Religious involvement, coping, social support, and psychological distress in HIVseropositive African American mothers. *AIDS Behav* 2004;8:221-35.
17. Yates JW, Chalmer BJ, St. James P et al. Religion in patients with advanced cancer. *Med Ped Oncol* 1981;9:121-8.
18. Mohr S, Brandt PY, Borrás L et al. Toward an integration of religiousness and spirituality into the psychosocial dimension of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2006;163:1952-9.
19. McCullough ME, Willoughby BLB. Religion, self-regulation, and self-control: associations, explanations, and implications. *Psychol Bull* 2009;135:69-93.
20. Mohr S, Perroud N, Gillieron C et al. Spirituality and religiousness as predictive factors of outcomes in schizophrenia and schizo-affective disorders. *Psychiatry* 2010;186:177-82.
21. Durkheim E. *The elementary forms of the religious life*. New York: Free Press, 1965.
22. Pargament KI, Cummings J. Anchored by faith: religion as a resilience factor. In: Reich J, Zautra AJ, Hall JS (eds). *Handbook of adult resilience*. New York: Guilford, 2010:193-212.
23. Huguelet P, Mohr S, Borrás L et al. Spirituality and religious practices among outpatients with schizophrenia and their clinicians. *Psychiatr Serv* 2006;57:366-72.
24. Granqvist P, Kirkpatrick LA. Religion, spirituality and attachment. In: Pargament KI, Exline JE, Jones J (eds). *APA handbook of psychology, religion, and spirituality* (Vol. 1). Washington: APA Press, 2013:139-56.
25. Sormanti M, August J. Parental bereavement: spiritual connections with deceased children. *Am J Orthopsychiatry* 1997;6: 460-9.
26. Smith TB, McCullough ME, Poll J. Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychol Bull* 2003;129:614-36.
- of religion and coping: theory, research, practice. New York: Guilford, 1997.
3. Freud S. *The future of an illusion*. New York: Norton, 1927/1961.
4. Richardson JT. Religiosity as deviance: negative religious bias and misuse of the DSM-III. *Deviant Behav* 1993;1:1-21.
5. Weaver AJ, Samford JA, Larson DB et al. A systematic review of research on religion in four major psychiatric journals: 1991– 1995. *J NervMent Dis* 1998;186:187-90.
6. Bobgan M, Bobgan D. *Psychoheresy: the psychological seduction of Christianity*. San Francisco: East Gate, 1987.
7. Barbour JG. *Myths, models and paradigms: a comparative study in science and religion*. New York: Harper & Row, 1974.
8. Shafranske EP. Religious involvement and professional practices of psychiatrists and other mental health professionals. *Psychiatr Ann* 2000;30:1-8.
9. Larson D, Lu F, Swyers J. *A model curriculum for psychiatry residence training programs: religion and spirituality in clinical practice*. Rockville: National Institute for Healthcare Research, 1997.
10. Tepper L, Rogers SA, Coleman EM et al. The prevalence of religious coping among patients with persistent mental illness. *Psychiatr Serv* 2001;52:660-5.
11. Neeleman J, Lewis G. Religious identity and comfort beliefs in three groups of psychiatric patients and a group of medical controls. *Int J Soc Psychiatry* 1994; 40:124-34.
12. Rammohan A, Rao K, Subbakrishna DK. Religious coping and psychological wellbeing in carers of relatives with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2002;105: 356-62.
13. Yangarber-Hicks N. Religious coping styles and recovery from serious mental illness. *J Psychol Theol* 2004;32:305-17.
14. Canada AL, Parker PA, deMoor JS et al. Active coping mediates the association between religion/spirituality and quality of life in ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 2006;101:102-7.
15. Friedman LC, Kalkidas M, Elledge R et al. Medical and psychosocial predictors of delay in seeking

- cognitive behavioural therapy for demoralization and treatment adherence in patients with schizophrenia. Presented at the 37th Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Congress, Brisbane, April 2002.
62. Richards PS, Berrett ME, Hardman RK et al. Comparative efficacy of spirituality, cognitive, and emotional support groups for treating eating disorder inpatients. *Eat Disord* 2006;41:401-15.
 63. Rosmarin DH, Pargament KI, Pirutinsky S et al. A randomized controlled evaluation of a spiritually integrated treatment for subclinical anxiety in the Jewish community, delivered via the Internet. *J Anxiety Disord* 2010;24:799-808.
 64. Avants SK, Beitel M, Margolin A. Making the shift from "addict self" to "spiritual self": results from a Stage I study of spiritual self-schema (3-S) therapy for the treatment of addiction and HIV risk behavior. *Mental Health, Religion, and Culture* 2005;8:167-77.
 65. Harris JI, Erbes CR, Engdahl BE et al. The effectiveness of a trauma focused spiritually integrated intervention for veterans exposed to trauma. *J Clin Psychol* 2011;67:1-14.
 66. Murray-Swank N, Pargament KI. God, where are you? Evaluating a spiritually integrated intervention for sexual abuse. *Mental Health, Religion, and Culture* 2005;8:191-203.
 67. Koenig HG. Schizophrenia and other psychotic disorders. In: Peteet JR, Lu FG, Narrow WE (eds). *Religious and spiritual issues in psychiatric diagnosis: a research agenda for DSM-V*. Arlington: American Psychiatric Association, 2011:31-51.
 68. Blass DM. A pragmatic approach to teaching psychiatry residents the assessment and treatment of religious patients. *Acad Psychiatry* 2007;31:25-31.
 69. Puchalski CM, Larson DB, Lu FG. Spirituality in psychiatry residency training programs. *Int Rev Psychiatry* 2001;13: 131-8. DOI 10.1002/wps.20005
 - meta-analysis. *J Pers Soc Psychol* 1985;48:400-19.
 51. Abu Raiya H, Pargament KI, Mahoney A et al. When Muslims are perceived as a religious threat: examining the connection between desecration, religious coping, and anti-Muslim attitudes. *Basic Appl Soc Psychol* 2008;30:311-25.
 52. Mohr S, Borrás L, Betrisey C et al. Delusions with religious content in patients with psychosis: how they interact with spiritual coping. *Psychiatry* 2010;73:158-72.
 53. Greenberg D, Witztum E. Sanity and sanctity: mental health work among the ultra-orthodox in Jerusalem. New Haven: Yale University Press, 2001.
 54. Pierre J. Faith or delusion? At the crossroads of religion and psychosis. *J Psychiatr Pract* 2001;7:163-72.
 55. Miller L, Kelley BS. Relationships of religiosity and spirituality with mental health and psychopathology. In: Paloutzian RF, Park CL (eds). *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. New York: Guilford, 2005:460-78.
 56. Lomax JW, Kripal JJ, Pargament KI. Perspectives on 'sacred moments' in psychotherapy. *Am J Psychiatry* 2011;168:12-8.
 57. Rizzuto AM, Shafranske E. Addressing religion and spirituality in treatment from a psychodynamic perspective. In: Pargament KI, Mahoney A, Shafranske E (eds). *APA handbook of psychology, religion, and spirituality*, Vol. 2. Washington: APA Press, 2013:125-46.
 58. Stanley MA, Bush AL, Camp ME et al. Older adults' preferences for religion/spirituality in treatment for anxiety and depression. *Aging Mental Health* 2011; 15:334-43.
 59. Kehoe N. *Wrestling with our inner angels: faith, mental illness, and the journey to wholeness*. San Francisco: Jossey-Bass, 2009.
 60. Azhar MZ, Varma SL, Dharap AS. Religious psychotherapy in depressive patients. *Psychother Psychosom* 1995;63: 165-73.
 61. D'Souza R, Rich D, Diamond I et al. An open randomized controlled trial using a spiritually augmented psychotherapy: understanding and addressing the sacred. New York: Guilford, 2007.
 41. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed., text revised. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
 42. Pargament KI, Murray-Swank N, Magyar G et al. Spiritual struggle: a phenomenon of interest to psychology and religion. In: Miller WE, Delaney W (eds). *Judeo-Christian perspectives on psychology: human nature, motivation, and change*. Washington: APA Press, 2005:245-68.
 43. Pirutinsky S, Rosmarin DH, Pargament KI et al. Does negative religious coping accompany, precede, or follow depression among Orthodox Jews? *J Affect Disord* 2011;132:401-5.
 44. McConnell K, Pargament KI, Ellison C et al. Examining the links between spiritual struggles and symptoms of psychopathology in a national sample. *J Clin Psychol* 2006;62:1469-84.
 45. Exline J. Religious and spiritual struggles. In: Pargament KI, Exline JE, Jones J (eds). *APA handbook of psychology, religion, and spirituality* (Vol. 1). Washington: APA Press, 2013:459-76.
 46. Waller JE. Religion and evil in the context of genocide. In: Pargament KI, Exline JE, Jones J (eds). *APA handbook of psychology, religion, and spirituality* (Vol. 1). Washington: APA Press, 2013:477-94.
 47. Jones JE. *Blood that cries out from the earth: the psychology of religious terrorism*. Oxford: Oxford University Press, 2008.
 48. Olsson PA. *Malignant pied pipers of our time: a psychological study of destructive cult leaders from Rev. Jim Jones to Osama bin Laden*. Baltimore: PublishAmerica, 2005.
 49. Bushman BJ, Ridge RD, Das E et al. When God sanctions killing: effect of scriptural violence on aggression. *Psychol Sci* 2007;18:204-7.
 50. Donahue MJ. Intrinsic and extrinsic religiousness: review and

التدين هو سمة شخصية لا يستهان بها في الطب النفسي

HERMAN M. VAN PRAAG^{1,2}

¹University of Groningen, Utrecht, Maastricht, Th Netherlands; ²Albert Einstein College of Medicine New York, NY, USA

لقد قدم كلا من بيلاك ودرابالسكي نظرة عامة ووقورة على مفهوم التعافي كما جاء في الحركة التي قادها المستهلكون، وقد دوننا أن هذه الحركة أكدت كيف أن صحة هؤلاء الأشخاص بهذه الحالات دائماً ما تكون بالأمر الموضوعي والشخصي والمراوغ، وهذا بالتوازي مع الدراسات التجريبية التي تقترح أن التعافي قاعدة أكثر من كونه أمراً استثنائياً لأشخاص يعانون من الفصام، ويُجادل بأن الأهمية الموضوعية للصحة قد لا تكون بالأمر الكافي للدراسات العلمية، وبالتالي ينادي بتقوية تعريف جاهز للعمل لأكثر جوانب التعافي خصوصية.

إن هذه الرؤية تجعل من قضايا القوة والكفاءة الذاتية أفكار قريبة من قلب حركة المستهلك وتنهي بوصف الجهود اللازمة لعمل استطلاع يعمل على تقييم هذه الأمور وما يرتبط بها من نظم.

وكهدف هذه المقالة سنركز هنا على أمر القوة في الفصام، وسندخل في بدايات تعريفاتها ودورها في التعافي والمقاييس. يبدو أن أمر القوة هام جداً لندرسه، فهي فكرة تربط مجالات غير موضوعية مختلفة للصحة بنظام يُمكن النظر إليه كواحد من القوة النشطة خلف حركة المستهلك. إن حركة التعافي ليست فقط رد فعل تجاه الممارسات الدقيقة بل أنها أيضاً استجابة للكثير من النماذج العلمية والتي تؤكد على النتائج كحصيلية تفاعل قوات اجتماعية وبيولوجية كبيرة، و تهمل الدور الذي يقوم به أشخاص ذاتيين بينما يشكلون إدراكهم الخاص بما يحدث في حياتهم (١). تعمل حركة التعافي كأحد أهدافها الأساسية على تأكيد أن الأشخاص ليسوا أماكن سلبية تتقابل فيها القوى الاجتماعية والبيولوجية، بل أنهم عملاء يعملون على تفسير خبراتهم وتلعب المعاني التي يستخلصونها دوراً أساسياً في النتائج (٢).

يتطلب أمر تطوير القوة في سياق التعافي من الأمراض النفسية مجموعة من الأنشطة

يمكن أن يدركها الآخرون ويشركوا فيها. في حقيقة الأمر لقد أثبتت الأبحاث التجريبية على نحو نظامي أن الكثيرين من الذين يعانون من الفصام يصارعون ليعملوا من أنفسهم قوة في نماذج تجريبية وأيضاً يحاولون أن يخلقوا من أنفسهم اعتبارات مُحكمة كقوة عبر حياتهم (٦-٩).

إن لهذه الرؤية الشاملة للقوة متضمنات هامة لاحتياجات الدراسات العلمية التي تفحص في أمر التعافي، ومن هذه المتضمنات أنها تؤكد وتوضح بعض الأمور التي بدأها بيلاك ودرابالسكي، فبفهم المتطلبات الذاتية المشتركة لخبرة القوة، يُمكننا أن نرى أن شرعية الاعترافات الشخصية للصحة تعتمد على ما إذا كان من الممكن أن يفهمها ويقبلها الآخرون، لا يعني هذا القول بأنه يوجد ردود صحيحة وأخرى خطأ بطريقة موضوعية، مثلاً قد تقبل أو ترفض الاعترافات المعبرة للأمور التي تهدد الصحة النموذج الطبي بينما لا تزال بالأمر المفهوم للآخرين، إن الأمر هو أنه ليست كل اعتبارات تحديات الحياة لها معنى يُفهم، وقد نقترح أن هذا يترك المجال للحاجة إلى المقياس الذي يعمل بيلاك ودرابالسكي على تطويره، وأيضاً حاجة إلى إجراءات تقييم كمي على ترابط وملائمة أنواع الأحاسيس التي يشكلها المرء من المرض النفسي بينما يتعافى، من الأمثلة على هذا البديل اللازم هو أعمال حالية تقترح أن التعقيد والترابط للقصص الشخصية لشخص ما يعاني من الفصام هي أمور تنبأ عن النجاح في برنامج العمل وأيضاً قد يخفف من تأثير المرض وذلك في الأداء الاجتماعي والعصبي (١٠).

المراجع:

1. Lysaker PH, Lysaker JT. Schizophrenia and alterations in first person experience: a comparison of six perspectives. Schizophr Bull 2010;36:331-40.
2. Roe D, Davidson L. Self and narrative in schizophrenia: time to author a new story. J Med Humanit 2005;31:89-94.
3. Kean CS. Silencing the self: schizophrenia as a self-disturbance. Schizophr Bull 2009;35:1034-6.

المنفصلة والمركبة والتي فيها يقوم الناس بتشكيل معنى لحياتهم، فقد يعني ذلك أن يكون المرء قوى في الحياة بينما يعاني من مرض نفسي (أو لا) أن يقرر أن يقوم بأمراً محدداً (مثل العودة إلى العمل) أو أن يقبل الحقوق الأساسية بينما يواجه ظلم. لكن من الممكن أن يشير أمر استعادة القوة إلى استعادة خبرة كبيرة في ملكية وتأليف الأفكار الذاتية والمشاعر والأحداث، وبالتالي تنطوي القوة على خلق قيم مرنة ومترابطة عن معنى الأحداث والتي من الممكن أن يدركها الآخرون. من الممكن إيجاد أهمية القوة واستقلالها عن النواحي الأخرى للمرض والظلم الاجتماعي في العديد من الاعترافات الشخصية المفروضة (٣،٤).

تشرح هذه الأبحاث كيف أن التعافي قد يحتوى على كيفية أن يصبح المرء قادراً على إيجاد طريقة يشرح بها ما هو صحيح في حياته وما هو غير صحيح، وما هي الأمور التي يحزن عليها وتلك التي يتمناها وما عليه فعله فيما يخص ذلك، وكل هذا بأسلوب منفتح ومفهوم للآخرين. يجد من يقرأ هذه الاعترافات الأولية الشخصية والتي يدلي بها راوي أصبح قادراً على التحدث بأصالة مُحكمة لا تنقص من الأمل أو تقلص من الأعراض أو جودة الحياة، ويكون الشخص الذي يتعافى لا يقرأ من سيناريو ما أو يُصادق على اعتقاد معين، بل يكون هو المؤلف الذي يتعافى بمعنى شخصي، وذلك لأنه يقدم في كتاباته معاني مقبولة وصحيحة عن الأزمات التي يقابلها في العالم بغض النظر عن مدى صعوبة أن يكون في هذا العالم.

إذا كان التعافي يتضمن استعادة الإحساس بالقوة، وبالتالي يبدو أن فهم جذور هذه الظاهرة بالأمر اللازم، فيناقش بيلاك ودرابالسكي تأثير الوصمة على القوة وما يتعلق بها من الكفاءة الذاتية. هناك الكثير جداً من الدلائل التي تؤيد ذلك، لكن يكمن الخطر هنا في أن يُفهم قلة القوة بأنه بالضرورة خطأ أو اعتقاد خاطئ. إن القوة، كما جاءت في الحديث عنها في السياق الواسع للخبرات البشرية، دائماً ما تكون تأملية ومجسمة وتتصف بالذاتية المشتركة (٥)، وليست مجرد استنتاجاً يعمل المرء عن ذاته؛ فأن يكون المرء قوة هو نتاج إدراك وخبرات أساسية يحصل عليها في مراحل جسدية عنصرية

- 2010;19:328-40.
9. Stanghellini G. Disembodied spirits and deanimated bodies. Oxford: Oxford University Press, 2004.
10. Lysaker PH, Shea AM, Buck KD et al. Metacognition as a mediator of the effects of impairments in neurocognition on social function in schizophrenia spectrum disorders. Acta Psychiatr Scand 2010;122:405-13.

- in psychiatric disorders among adults: a proposal for the existence of a network of semi independent functions. Conscious Cognit 2009;18:653-64.
7. Lafargue G, Franck N. Effort awareness and sense of volition in schizophrenia. Conscious Cognit 2009;18:277-89.
8. Raffard S, D'Argembeau A, Lardi C et al. Narrative identity in schizophrenia. Conscious Cognit

4. Lampshire D. The sounds of a wounded world. In Geekie J, Randal P, Lampshire D et al (eds). Experiencing psychosis: personal and professional perspectives. New York: Routledge, 2012:139-45.
5. Plessner H. Laughing and crying: a study of the limits of human behavior. Evanston: Northwestern University Press, 1970.
6. Dimaggio G, Vanheule V, Lysaker PH et al. Impaired self-reflection

العقيدة الدينية والصحة النفسية: إسهامات علم الإنسان الاجتماعي

SIMON L. DEIN

Department of Mental Health Sciences, University College London, Charles Bell House, London WC 7EY, UK

يُقدّم لنا كلاً من باراجمنت ولوماكس نظرة عامة شاملة عن الزيادة المستمرة في عدد المحاضرات التي تُقدّم عن العقيدة الدينية والصحة النفسية، ويتميز تقريرهما بأنه متوازن؛ فهو يصف التأثير السلبي والتأثير الإيجابي الذي قد تتركه العقيدة الدينية والأمور الروحية على رفاهية الحياة. أرغب أن أركز في هذه المقالة على بعض المناطق التي يكون فيها النهج الذي أتبعه والذي ينبع من الأنثروبولوجيا الاجتماعية (علم الإنسان الاجتماعي) مختلفاً عن نهج باراجمنت ولوماكس، مع التركيز على المزيد من الأحاديث عن مستقبل الأبحاث في مجال العقيدة الدينية والصحة النفسية.

لقد أثار العديد من الجوانب المذكورة في الاستعراض (مثل معنى للحياة والعنف والصراعات) اهتماماً كبيراً من جانب علم الإنسان، ولكوني عالماً بعلوم الإنسان، أوافق على أن الاكتشافات المذكورة تحتاج إلى أن تمتد إلى غيرها من المجموعات الدينية الأخرى وأيضاً إلى ثقافات ودول مختلفة. فدانماً ما تظهر العوامل الدينية في إطار ثقافية، مثلاً قد تختلف خبرة الحياة الإسلامية عنها في الدول التي تتميز بثقافات مختلفة، وقد يختلف الترتيب الجنسي والتنظيم السياسي بين دولتين إسلاميتين، وذلك بسبب خبرة الضغوط التي قد تتعرض لها الدول، ولهذا الأمر تأثيرات نظرية وإكلينيكية.

يُمكن أن يساهم علم الإنسان بالكثير في هذا الجدل، مع تأكيده على المواصفات الأكثر عمقاً

لقد تصور فيرث (٣) المعتقدات الدينية بأنها مجموعة من الأفكار المتحدة معاً بدافع سبب ما، إلا أنها مُحكمة بقناعات حقيقية - أي أنها تحمل معنى فيما يخص الحقيقة، ويشير إلى أننا نستطيع أن نميز عناصر المعرفة والعاطفة والأنشطة الاختيارية التي تؤثر على المعتقد. إن عنصر العاطفة هو الذي يعطي لأي نوع من الخبرات أساس الاعتقاد بل ويقدم لها طعمًا قويًا بالحقيقة.

وبينما أي أتفق مع تأكيد باراجمنت ولوماكس (اللذان استشهدا بأقوال جيرترز وهو عالم متخصص في العلوم الإنسانية) بأن العقيدة الدينية تقدم مصدرًا لمعنى الحياة للمؤمنين، إلا أن علم الإنسان الاجتماعي يمتد إلى ما بعد المعتقدات الشخصية ويقدم رؤية أوسع، وذلك عن طريق النظر إلى الطرق التي تتكون منها القوة ويُحدث التسلسل الهرمي الديني قناعات خاصة وأيضاً الطرق التي تتصارع بها هذه القناعات على يد الفصائل المختلفة في المجتمعات.

لقد أدرك العلماء المختصون بعلم الإنسان منذ وقت طويل أهمية بعض الخبرات الدينية المعينة في الحفاظ على رفاهية الإنسان، وأيضاً الدور الذي تلعبه الطقوس في إحداث هذه الخبرات. هناك ثروة معلوماتية خاصة بعلم الإنسان والتي تدرس الدور الذي تقوم به الطقوس في الصحة النفسية، لكن لم يختبر بعد العمل العلمي تأثير بعض الطقوس على الصحة النفسية، فمثلاً وبالرغم من حقيقة أن الكثير من المحاضرات الحالية تركز على المسيحية، إلا أنه يوجد نقص شديد في الأعمال التي تدرس الطقوس المسيحية مثل المعمودية وطقس العشاء

عن الخبرات الفردية ومنهجيتها المفتاحية - أي مراقبتها المتوغلّة في الأمر - التي تسمح باشتراك طويل الأمد مع مجموعات ثقافية، وتسهل أيضاً إدراك كيف يُمكن أن تؤثر العقيدة الدينية والصحة النفسية على كل منهما مع مرور الوقت (١). وما هو أكثر من ذلك هو أنها تسمح بفهم الطريقة الثقافية التي تتكون بها بعض المفاهيم مثل العقيدة الدينية والجوانب الروحية والتعاون والمعتقد الديني والمرض النفسي. يحتاج العمل المستقبلي في مجال العقيدة الدينية والصحة النفسية إلى تخزين كل معاني المصطلحات، مثل العقيدة الدينية والجوانب الروحية والصحية، وذلك بدلا من فرض مفاهيم مهنية. قد تنتشر المعلومات المأخوذة من الأبحاث العملية التي يقوم بها علم الإنسان عن طريق جعل موازين القياس المتوفرة لدينا حالياً بالأمر الحساس من الناحية الثقافية.

لقد قامت في غالب الأمر المحاضرات المتوافرة حالياً عن العقيدة الدينية والصحة النفسية بالتركيز على العقيدة بدلا من الخبرة، لكن لم يوافق العلماء بعلم الإنسان على فكرة الاعتقاد، خاصة عند مناقشة القناعات الدينية (٢): فهو أمر جدلي ما إذا كانت فكرة الاعتقاد التي تُستخدم في الكنائس البروتستانتية المسيحية تنطبق وبسهولة على مجموعات أخرى من الأديان والطوائف، وأيضاً أن تعريف العلاقة بين الاعتقاد والمعرفة والأيمان بالأمر الغامض في المحاضرات المتاحة لدينا حالياً.

تشتمل الخبرة على كلاً من العوامل المعرفية والوجدانية؛ فتأكد العوامل المعرفية على التاريخ قد أغفل الدور الهام الذي تقوم به العوامل الوجدانية في الحفاظ على المعتقد.

الإلهي وخدمات وضع اليد، وهذا فيما يتعلق بما يُمكن أن يساعد على زيادة الرفاهية؛ وبالتالي فلا بد أن تكون الخبرات الدينية وتأثيرها على الرفاهية الحياتية هدفًا مستقبليًا للبحث في هذا المجال (٤).

بالإضافة إلى ذلك، يسهل الانغماس الطويل في مجتمعات متدينة لتسهيل الجمع المفصل لأوصاف ظواهر الخبرات الدينية، مثل سماع صوت الله، ويسهل أيضًا فهم كيف تُفسر هذه الأمور في مختلف أشكال الثقافات (٥)، كما يسمح أيضًا بفهم أكثر لأوجه التشابه والاختلافات بين الخبرات الدينية القياسية والأحوال النفسية المرضية.

لقد حظا جانب واحد من الجوانب التي ناقشها بارجامنت ولوماكس بالكثير من أبحاث علم الإنسان، وهذا الجانب هو الهلاوس الدينية، فيشير لوهрман، وهو عالم بعلم الإنسان (٦) أن الهلاوس تقدم شرحًا واضحًا عن الطريقة التي تؤثر بها الثقافة على خبراتنا النفسية الأساسية وأيضًا الطريقة التي يتشكل بها العقل في كلا من التدخلات الثقافية والقيود البيولوجية.

تؤكد المحاضرات التي في علم الإنسان أن مفاهيم الرفاهية تشمل أبعاد جسدية وعاطفية وروحية، وبطريقة ماثلة، دائمًا ما يعكس

الشفاء إعادة تأسيس علاقة مناسبة مع ما تسميه المجتمعات بالتسامي عن طريق تعدد الطقوس، وكما أشار تورنير (٧)، وهو عالم بعلم الإنسان الاجتماعية ويعمل بين النديمبو (٧)، أن الشفاء يُصلح النسيج الاجتماعي كما يُصلح الجسد والعقل والروح للذين يتألمون، وبالتالي فتأثير العقيدة الدينية / الجانب الروحي على الصحة النفسية لا بد أن يشتمل على مقاييس التوافق الاجتماعي والتكامل الاجتماعي.

أخيرًا وفيما يخص وسائل العلاج، يوجد في الوقت الحالي عدد متزايد من المحاضرات عن الطب النفسي الثقافي وأيضًا عن فوائد التطابق بين المريض والأخصائي المعالج (٨). تشرح هذه المحاضرة أن في بعض الأحيان يعمل التطابق الثقافي على تعزيز فاعلية العلاج النفسي، إلا أن بعض العوامل الأخرى مثل الجنس والطبقة الاجتماعية تكون بالأمر المساوي الأهمية في تحديد النتائج. من الممكن أن تمتد هذه الاكتشافات لتصل إلى الأبحاث في وسائل العلاج التي بها جانب روحي، وأيضًا في النظر إلى الطرق التي فيها قد يعمل التطابق الديني على تعزيز النتائج أو إختزالها.

المراجع:

1. Dein S, Cook CC, Koenig H.

- Religion, spirituality, and mental health: Current controversies and future directions. *J Nerv Ment Dis* 2012;200:852-5.
2. Tambiah S. Magic, science, religion and the scope of rationality. New York: Cambridge University Press, 1990.
3. Firth R. Religion: a humanist interpretation. London: Routledge, 1996.
4. Dein S. Judeo-Christian religious experience and psychopathology: the legacy of William James. *Transcult Psychiatry* 2010;47:523-47.
5. Dein S, Littlewood R. The voice of God. *Anthropol Med* 2007;14:213-28.
6. Luhrmann T. Hallucinations and sensory overrides. *Ann Rev Anthropol* 2011;40: 71-85.
7. Turner V. The forest of symbols: aspects of Ndembu ritual. Ithaca: Cornell University Press, 1967.
8. Kareem J, Littlewood R. Intercultural therapy: themes, interpretations and practice. Oxford: Blackwell, 1992. DOI 10.1002/wps.20007

التقييم الروحي كجزء من التقييم النفسي الروتيني: المشاكل والآثار المترتبة عليها

حقيقة أن الصراعات الدينية قد تكون سبب أو نتيجة الأمراض النفسية (أو كلاهما) بالأمر اللازم اعتباره أثناء تقييم هذه الظاهرة. ينبغي أن تساعد الوثيقة التي قدمها بارجامنت ولوماكس الأطباء الإكلينيكين في الفصل بين الطرق العديدة التي تُستخدم فيها العقيدة الدينية، وهم: كمصدر يُمكن المريض من التعاون مع المرض وأيضًا كمصدر يجلب راحة نفسية (مثل أن يهدئ من القلق) أو معنى للحياة، وكذلك أيضًا كوسيلة لتنظيم الذات وكعمل اجتماعي أفضل، ولا بد أن يكون لدى الأطباء الإكلينيكين معرفة جيدة بهذه المفاهيم قبل أداء تقييمات روحية والتي لا بد أن تكون جزءًا من التقييم النفسي الروتيني (٣)، لكن سيكتشف الطبيب النفسي أن أكثر من جانب واحد من

العقيدة الدينية كطريقة للتعاون وأيضًا كنموذج يشرح اضطراباتهم (١)، وقد يكون لهذا الأمر نتائج إيجابية (مثل قول المريض، «إني أعتقد أن هذا المرض الذي أعاني منه هو عقاب من الله على خطاياي، فهو يفسر الأمور التي حدثت معي وبالتالي فهو ليس بالأمر الظالم»)، أو نتائج سلبية (مثل قول المريض، «لطالما كنت أصلي، إلا أنني لا أزل مريضًا وهذا لأنني لا أثق بما يكفي في قوة الله الشفائية، فأنا إنسان سيء» (٢)). يُمكن التعبير عن الجوانب السلبية للعقيدة الدينية عن طريق «الصراعات الدينية»، وهو مفهوم معقد للكثير من الأطباء الإكلينيكين؛ فقد يكون الصراع الديني داخل الشخص أو يتعلق ويشمل العلاقات بين الأشخاص أو/ و مرتبطًا بالكيفية التي يرى بها المرء الله. إن

PHILIPPE HUGUELET¹,
OLFA MANDHOUJ²

¹Division of General Psychiatry, Department of Mental Health and Psychiatry, University Hospitals of Geneva, 1207 Geneva, Switzerland; ²INSERM U699, Hôpital André-Mignot, Le Chesnay, Paris, France

يقدم لنا بارجامنت ولوماكس استعراضًا شاملًا وواضحًا عن الطريقة التي تؤثر بها العقيدة الدينية على الأعراض والنتائج لدى المرضى الذين يعانون من اضطرابات نفسية، في كلا من جوانبها السلبية والإيجابية. يقوم هذا العمل في غالب الأمر على البحث الهام الذي قام به بارجامنت وزملاءه عن العقيدة الدينية والتعاون الذي يؤدي إلى «وجود معنى للحياة»، ويقترحون أن الكثير من المرضى يستخدمون

الجوانب المذكورة بأعلى غالباً ما يتواجد في أي مريض وفي وقت معين (٣)، مثلاً قد يظهر على مريض الفصام ضلالات لها علاقة بمحتويات دينية (مثل قول أحدهم، «إن الشيطان يتحدث إلي...») بينما يستطيع هذا المريض في نفس الوقت أن يهدئ من قلقه بأن يصلي إلى الله. من الهام جداً أن ندرك أن عرض الأسئلة يُمكن أن يستخدم في تقييم كامل وفي كل جوانب تدين المريض (٣،٤).

وبعد أن انتهت عملية التقييم الروحي، كيف يُمكن أن نبدأ؟ لا بد أول كل شيء من مخاطبة المواضيع التي تظهر وهذا كجزء من العلاج النفسي المدعم، وذلك بتعزيز أشكال التعاون الايجابية والتعامل مع أشكالها السلبية (مثل الصراعات الروحية). لكن في بعض الحالات قد تصبح الأمور أكثر تعقيداً وهذا بحسب السياق الثقافي الذي يُقدم فيه العلاج. عندما لا يتوافر أطباء نفسيين في بعض المناطق، سيحاول المعالجون التقليديون مساعدة مريض الاضطرابات النفسية بطريقة «الرعاية المتكاملة» والتي تشتمل على كلاً من الشفاء الروحي والكثير من التقنيات العلمانية (والتي بها بعض النجاح)، وبطريقة مُعكسة يعمل الأطباء النفسيين من منطلق الرجل العادي في أغلب الدول الأوروبية. وبالتالي فقد تُعتبر المواضيع التي تظهر في التقييم الروحي بأنها تتعلق برجل دين و/أو بممثلين دينيين. يوجد في منتصف الطريق بين هاذين الدورين أماكن تكون فيها الأمور ملتفة حول بعضها البعض؛ مثلاً في الولايات المتحدة يصلي بعض الأطباء الإكلينكيين مع مرضاهم، وهذا دور لا يُقبل في أغلب أماكن الرعاية النفسية في أوروبا.

يرتبط أيضاً مدى تعقيد هذا المجال بوجود «المنطقة الرمادية»، والتي تتمركز في الكثير من

الأحيان في محيط معالجة الاضطرابات العقلية، حيث قد تُعتبر بعض المواد التي تكون بداخل النفس إما «أمور لاهوتية» أو وسيلة معرفية تجيز التدخلات النفسية، أو كلاً من السابق ذكره (مثل، الشعور بالذنب الذي قد تشعر به المرأة بعد إجرائها عملية إجهاض، وهو الأمر الذي أساسه الاعتبارات الدينية).

فما الذي يتوجب علينا فعله؟ من ناحية، لا بد أن يلاءم الأطباء النفسيون ممارساتهم على ما يطلبه المجتمع منهم، ومن ناحية أخرى، هناك سياقات تكون فيها «الرعاية المحلية» غير متفقة مع وسائل العلاج التقليدية الفعالة (مثل العقاقير المضادة للذهان لعلاج أعراض الالتهان). في بعض المناطق يقوم المريض أولاً باستشارة الممارس العام المحلي وبعد ذلك يتوجه إلى المزيد من العقاقير التقليدية وذلك عندما يكتشف أن الأول لا يُحدث أي تقدم (٥)، ففي مثل هذه الحالات من الأفضل ألا يُنافس الأطباء الإكلينكيين مثل هذه الاتجاهات بل يجدوا وسائل لتطبيق نماذج مختلفة بشكل تكميلي (٦)، قد يكون هذا الأمر مخيباً للآمال عند التفكير في الوقت والمال الذي قد يُفقد في سلسلة الخطوات هذه، لكن لا يوجد في حقيقة الأمر خيارات أخرى، فسيبحث الناس المترسخين بقوة في ثقافة تشتمل على نماذج دينية تستطيع أن تفسر الاضطرابات التي يعانون منها على طرق الرعاية التقليدية قبل أن يجربوا الطب النفسي التقليدي. إن دور الأطباء النفسيين هو أن يأخذوا السياق الثقافي الذي لمرضاهم في الحسبان، وهذا قد يتضمن علاقة تعاون مع أفراد من مجتمعات دينية، وهذا إذا لزم الأمر.

وفي ختام الأمر، نحب أن نؤكد على النقاط التالية: ١- لا بد أن تكون التقييمات الروحية جزءاً من البحث في السياق الثقافي لأي مريض

يطلب مشورة الطب النفسي، وهذا بحسب ما توصي به الجمعية العالمية للطب النفسي (٧)؛ ٢- يُحتمل أن تُظهر التقييمات الروحية أموراً نفسية واجتماعية يكون لها علاقة بالعلاج؛ ٣- قد تكون لهذه الأمور أثارها الذي يترتب عليه علاج نفسي وعقلي واجتماعي، ويعتمد هذا على صفات المريض والسياق النفسي والاجتماعي المحلي.

المراجع:

1. McCabe R, Priebe S. Explanatory models of illness in schizophrenia: comparison of four ethnic groups. Br J Psychiatry 2004;185:25-30.
2. Huguélet P, Mohr S, Gillieron C et al. Religious explanatory models in patients with psychosis: a 3-year follow-up study. Psychopathology 2010; 43:230-9.
3. Huguélet P, Mohr S, Betrisey C et al. A randomized trial of spiritual assessment of outpatients with schizophrenia: patients' and clinicians' experience. Psychiatr Serv 2011;62:79-86.
4. Anandarajah G, Hight E. Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. Am Fam Physician 2001;63: 81-9.
5. Campion J, Bhugra D. Experience of religious healing in psychiatric patients in South India. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1997;32:215-21.
6. Khan I, Pillay K. User' attitudes toward home and hospital treatment: a comparative study between South Asian and white residents of the British Isle. J Psychiatr Ment Health Nurs 2003;10:137- 46.
7. Mezrich E. Psychiatry for the Person: articulating medicine's science and humanism. World Psychiatry 2007;6: 65-7.

DOI 10.1002/wps.20008

العقيدة الدينية والصحة: كلنا عرفنا أكثر كلما رغبتنا في معرفة المزيد

ALEXANDER MOREIRA-ALMEIDA

Research Center in Spirituality and Health, School of Medicine, Universidade Federal de Juiz de Fora, Brazil; WPA Section on Religion, Spirituality and Psychiatry

لقد كان هناك في العقود القليلة الماضية إدراكًا متناميًا عن العلاقة بين التدين والصحة وذلك بسبب ازدياد نمو الأدلة التجريبية القوية، وقد عملت هذه المعلومات على تحدي الاستطلاعات القديمة التي كانت قائمة على منظور نظري يقول بأن التدين هو بقايا تطور نفسي بدائي وغالبًا ما يكون مرتبطًا بدفاعات تتسم بعدم النضج وأيضًا أعراض نفسية. وتدل أغلب المعلومات التي استخلصناها من دراسات علم الأمراض أن التدخلات الدينية ترتبط بنتائج صحية أفضل على مستوى السكان (١)، لكن كان هناك القليل من الأحاديث عن التورطات التي قد تنتج من هذه الاكتشافات على الممارسات الإكلينيكية الروتينية وأيضًا القليل من الأبحاث عن الجوانب السلبية لهذه الصلة، وتلقي وثيقة باراجمنت ولوماكس ضوءًا على هذين العيبيين. يذكر باراجمنت ولوماكس «التاريخ المليء بالمشاكل بين الطب النفسي والعقيدة الدينية»، وقد كان هناك وبدون شك صراعات بين العقيدة الدينية والطب النفسي وبشكل أكثر بين العقيدة الدينية والعلم، لكن من الهام جدًا أن ندرك أن العلاقة بين العلم والعقيدة الدينية كانت بمثابة علاقة تعاون أكثر منها علاقة تنافر، وهذا من منظور تاريخي أوسع. ويبدو أن الصراع كان في غالب الأمر محتجراً بين منتصف القرن التاسع عشر وأواخر القرن العشرين (٢). لطالما كانت الأمور الروحية والعناية الصحية بالمريض منذ العصور القديمة بالأمر المتصل ومن الجدير بالاهتمام أن نقدم دراسات جديدة وعميقة عن الاتصال التاريخي بين الجوانب الروحية والعناية الصحية بمن يعانون من أمراض نفسية. إن هذا الفهم التاريخي سيكون بالأمر الهام جدًا عند وضع التطورات الحديثة كمنظور في الاعتبار.

وبالرغم من أن العلاقة بين التدين والصحة بالأمر المعروف، إلا أن إدراك الآلية كان بالأمر المثير للاهتمام. إن إدراك «العوامل النشطة» للتدين هو أمر هام لدى الأطباء الإكلينيكيين،

وهذا لأنهم قد يُساعدوا في تطوير مناهج وقاية وعلاج جديدة، لقد أكتشف استطلاع عن أربعة وسائط نفسية مقترحة (الممارسات الصحية والدعم الاجتماعي والمصادر النفسية والمكونات العقيدية) أن الدليل التجريبي أمر «مختلط ومتضارب» (٣)، ويناقش باراجمنت ولوماكس بعض الآليات التي تُبشّر بالخير؛ فقد يكون مثيراً أن ندرس كيف يشجع الجانب الروحي على تطوير العوامل «السالوتوجينية» أكثر من انخفاض «العوامل المسببة للمرض». من الممكن أيضاً أن ينفذ التركيز على الآليات الخاصة بالجانب الروحي والتي لا تكون موجودة في سياقات علمانية. إن الدراسات الكمية مصدر هام بالرغم من أنه بالأمر المهم جداً فيما يخص الافتراضات الجديدة للوسائط. يحتاج إدراك الجانب المظلم للعقيدة الدينية الكثير من الأبحاث، وينطبق هذا الأمر بصفة خاصة على العنف الديني، فيبدو أن العقيدة الدينية قد تكون دلالة ووكيل لشبكة أوسع من الخصائص الاجتماعية والثقافية، وهذا أكثر من كونها سبباً للعنف بين المجموعات. من الممكن أن ندرك بشكل أفضل العديد من الصراعات التي عُرف عنها بأنها صراعات دينية بكونها مجرد صراعات بها مصادر اقتصادية وعرقية أو غيرها من المصادر الشائعة عالمياً (٤). قد تكون العقيدة الدينية أو لطالما كانت تُستخدم كمبرر للعنف، وهذا مثل غيرها من الأفكار القوية مثل العلوم والصحة والعدالة الاجتماعية والحرية.

وبالإضافة إلى القضية الهامة والخاصة بمتى تكون مشكلة التدين أولية أو ثانوية للاضطرابات النفسية، من الهام جداً أن يتطور التمييز بين الخبرات الروحية الصحية التي تشبه الأعراض النفسية والاضطرابات النفسية التي بها مكونات دينية (٥)، إن هذا الأمر ضروري ولا يزال لم يُدرس بعد.

وبالإضافة إلى دراسة العلاج الذي به جانب روحي، كما أكد على أهميته باراجمنت ولوماكس، إننا في حاجة إلى فهم أفضل لآلية ونتائج العلاج الذي به جانب ديني. يسعى الملايين من الناس الذين يعانون من اضطرابات نفسية حول العالم إلى طلب معونة العلاج الذي به جانب روحي وحده أو بإضافته إلى العلاج

النفسية (٦). إحدى الأمثلة الهامة على ذلك والذي يستحق المزيد من الدراسات العميقة هو العلاج الديني/الروحي لمواجهة إساءة استخدام عقاقير ما؛ قد يساعدنا هذا النوع من الدراسة على توضيح أيه ممارسات تكون ضارة (وبالتالي ينبغي تجنبها) وأيها منها قد يكون مؤثراً (وبالتالي لا بد من دراستها واستخدامها). بالإضافة إلى أن الدراسات التي قامت على طرق العلاج التي بها جانب روحي أظهرت نتائج أفضل بالمقارنة بطرق العلاج التقليدية، إلا أن هناك دراسات أخرى وجدت مستويات مُشابهة من الفاعلية بين كلا من طرق العلاج، وهذا ما أسترخه باراجمنت ولوماكس (٧)، لكن قد تُزيد طرق العلاج التي بها جانب روحي قبول المرضى المتدينين لطرق العلاج النفسية، وقد تستفيد بعض ملفات المرضى الخاصة من هذه المناهج المُدمجة. وجدير بالذكر أيضاً أن الأطباء الإكلينيكيين الغير متدينين يستطيعوا أن يقدموا وبطريقة جيدة طرق العلاج التي بها جانب روحي، وهذا بحسب بعض الدلائل (٨).

وفي النهاية، يتميز استعراض باراجمنت ولوماكس بإمكانيته على إثارة انتباه الكثير من جمهور المرضى النفسيين لبعض الجوانب الهامة للعقيدة الدينية والتي ترتبط بالممارسات الإكلينيكية. من الممكن أن نصل لبعض الاستنتاجات على أسس الدلائل المتوفرة لدينا، والتي هي: ١- هناك علاقة هامة ومتكررة بين التدين والصحة النفسية؛ ٢- وأن هذه العلاقة دائماً ما تكون ايجابية، لكن هناك أيضاً روابط ضارة؛ ٣- هناك احتياج إلى الاهتمام بالحالة الروحية للمريض وذلك لتمكين من تقديم عناية إكلينيكية مناسبة وكفاء من الناحية الثقافية.

وعلى هذه الأسس، يوجد لدي المجتمعات النفسية بعض التحديات التعليمية والبحثية: فمن ناحية الرؤية التعليمية من اللائق أن نجعل الأطباء النفسيين يدركون حجم المعرفة المتاحة في هذا المجال. ومن ناحية الرؤية البحثية، هناك احتياج إلى ١- مد الدراسة إلى قواعد ثقافية وجغرافية أكثر تنوعاً؛ ٢- وأن تقوم بعض الدراسات على قطاع من المرضى النفسيين؛ ٣- ودراسة تأثير طرق العلاج الروحية وطرق العلاج التي بها جانب روح؛ ٤- ودراسة الآليات التي تتمكن عن طريقها

6. Schumann C, Stroppa A, Moreira-Almeida A. The contribution of faithbased health organisations to public health. *International Psychiatry* 2011; 8: 62-3.
7. Worthington EL, Hook JN, Davis DE et al. Religion and spirituality. In: Norcross JC (ed). *Psychotherapy relationships that work*, 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2011:402-19.
8. Post BC, Wade NG. Religion and spirituality in psychotherapy: a practice-friendly review of research. *J Clin Psychol: In Session* 2009; 65:131-46.
9. Verhagen PJ, van Praag HM, Lopez-Ibor JJ et al (eds). *Religion and psychiatry. Beyond boundaries*. Chichester: Wiley-Blackwell, 2010.
- DOI 10.1002/wps.20009

المراجع:

1. Koenig HG, King DE, Carson VB. *Handbook of religion and health*, 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2012.
2. Numbers RL. Galileo goes to jail and other myths about science and religion. Cambridge: Harvard University Press, 2009.
3. George LK, Ellison CG, Larson DB. Explaining the relationships between religious involvement and health. *Psychological Inquiry* 2002; 13:190-200.
4. Cavanaugh WT. *The myth of religious violence: secular ideology and the roots of modern conflict*. New York: Oxford University Press, 2009.
5. Moreira-Almeida A, Cardena E. Differential diagnosis between non-pathological psychotic and spiritual experiences and mental disorders: a contribution from Latin American studies to the ICD-11. *Rev Bras Psiquiatr* 2011;33 (Suppl. 1): S21-36.

التدخلات الدينية وطرق العلاج المرتبطة بالجانب الروحي من التأثير على الصحة: ٥- ودراسة الخبرات الدينية وجذورها والتمييز بينها وبين الاضطرابات النفسية: ٦- وتطوير تطبيقات إكلينيكية للمعلومات الوبائية عن العلاقة بين العقيدة الدينية والصحة. ولكي نواجه هذه التحديات، يوجد لدى الجمعية العالمية للطب النفسي قسمًا خاصًا بالعقائد الدينية والأمور الروحية والطب النفسي، وهذا القسم يقبل بل ويرحب بأي عضو من أيه خلفية دينية/فلسفية ومن أيه مكان في العالم (www.religionandpsychiatry.com). وقد شجّع هذا القسم الكثير من المبادرات مثل الندوات التي عقدت في المؤتمرات الدولية، ونشر أيضًا النشرة الإخبارية الخاصة بالروح والنفس، والتي تربط بين علم النفس والجوانب الروحية، وقام أيضًا بتحرير كتاب شامل (٩).

العقيدة الدينية والطب النفسي: من الصراع وحتى الاتفاق

الروحية (مثل الشعور بالسلام أو الفرح)، بدلا من الماهية الروحية في حد ذاتها والتي تؤدي إلى استنتاجات مختلة.

قياس التدين في سياق عدة عقائد إيمانية: تدعي كل عقيدة إيمانية تفرداها في مجال ما، وبالتالي فاستخدام وسائل قياس شاملة بينما نهمل العقائد الفردية لكل ديانة يخدم فقط في الوصول إلى حل وسط فيما يخص المقياس. من النافع جداً أن نعمل مجموعة من الأسئلة التي تبحث فيما يُعتبر قلب كل ديانة، خاصة فيما يخص الصحة النفسية. قد تكون بعض المفاهيم مثل المعتقدات الدينية والاتجاهات والخبرات والتكريس والنضج بالأمر العام، لكن لكل ديانة وطائفة مجموعة مختلفة من المعايير أو المثاليات فيما يخص كل من هذه المفاهيم، مثلا تميل الديانة اليهودية إلى التأكيد على أن الله كلي القدرة، بينما تميل الطائفة الكاثوليكية على التأكيد على أن الله كلي الرحمة؛ وبالتالي فترتبط التعبيرات المختلفة عن الله بطرق تعاملات دينية متعددة الاستخدامات أو محدودة الاستخدامات (٣).

في الاعتبار الأبحاث التي يكون الهدف منها فهم العقيدة الدينية كمصدر لطرق علاج الطب النفسي أو كتحدٍ له:

تفعيل مفهوم الروحيات: تميل وسائل القياس المثالية للجانب الروحي إلى استخدام «قواسم مشتركة» مثل «أني أشعر باتصالي بالحياة كلها» (١)، وهذه قد لا ندرك معناها الجوهرية بدقة. إن مثل هذه المقاييس تحدث الإجراءات حتى يومنا هذا، إلا أن هذا أمر «غير دقيق» وذلك لأنه يقيس الرفاهية النفسية والكيانات الوجودية أو الاجتماعية كما يقيس الجوانب الروحية (٢)، وبالتالي فقد تكون الاستنتاجات القائمة على هذه الدراسات مُضللة. بالإضافة إلى ذلك، يُقاس الجانب الروحي بصفة عامة بتقرير التقييم الذاتي، وهذه طريقة تتطلب أن يكون لدى المريض مستوى من الفهم وذلك لتقييم بعض الجوانب التي تخص ذاته بالمقابل مع معايير غير معروفة. إن محاولات إيجاد مقيّم موضوعي، مثل السلوكيات التي ترتبط بالجانب الروحي، أمرًا به الكثير من التحدي. يكمن الخطر هنا في قياس نتائج الحياة

MARILYN BAETZ

Department of Psychiatry, University of Saskatchewan, Saskatoon, SK, S7N 0W8, Canada

لقد قدم كلاً من براجمنت ولوماكس العقيدة الدينية بأنها «سلاح ذو حدين»؛ فهو يخدم بكونه مصدراً للطب النفسي وسيلة تحدي أيضاً، وقد يكون هذا التجانس بالأمر النافع لأنه قد يؤدي إلى المزيد من الأبحاث بل والانتقال إلى موضع اتفاق، وهو المجال الذي كان في الكثير من الأحيان موضع جدل. لم يكن الطب النفسي وحده يصارع مع العقيدة الدينية بل كانت العقيدة الدينية أيضاً - بتركيزها على العقل والجسد والروح - تُصارع مع الطب النفسي. تتطلب أفضل طرق استعادة الصحة النفسية لدى مريض ما، قدرة الطبيب النفسي على تجميع دلائل للعلاج وذلك على مستويات تتراوح ما بين فرد ووصولاً إلى مجتمعات كبيرة. يُمكن الاطلاع على هذا الدليل عن طريق عمل أبحاث جديرة بالثقة. ونذكر من العوامل التي لا بد من وضعها

توضيح دور الثقافة في التعبير الديني: قد تُساعد الثقافة في الإبلاغ عن طريقة الفرد في تفسيره للجانب الروحي والديني وبالتالي الكيفية التي سيجيب بها عن الأسئلة، مثلاً تُعتبر «العقيدة الدينية» في بعض الدول بأنها أمر عتيق بل ومصطلح ازدرائي، بينما في بعض الدول الأخرى تُعتبر «الأمر الروحية» بأنها ظاهرة لصفوية العصر الجديد. تتصف الدراسات التي قامت على الأمريكيان الأفارقة أو تلك التي قامت في جنوب الولايات المتحدة، بطابع ثقافي مختلف بالتمام عن بعض المناطق الأخرى في الولايات المتحدة وكندا وأوروبا؛ ففيما يخص الأمريكيان الأفارقة هناك معدلات عالية جداً من المعتقدات الدينية المسجلة، وقد نحتاج إلى وسائل قياس مختلفة لتحديد مدى تكامل العقيدة الدينية أو الجانب الروحي لدى المرء فيما يقابل الثقافة السائدة، مثلاً قد تعكس نسبة حضور الخدمات الدينية نسبة التكريس الديني الداخلي للمرء أو مدى إدعائه للعرف الاجتماعي أو قد يكون خليطاً من الاثنين.

دراسات مطولة: لقد تم تأييد فكرة الدراسات المطولة أثناء العقد الماضي، وذلك بينما كان يتدفق الكثير من المعلومات المقطعية، وقد كانت المعلومات المقطعية هذه متضاربة بل وكثيراً ما تُظهر علاقات مختلفة بين الاكتئاب والعقيدة الدينية أو الاكتئاب والتقييم الروحي الذاتي، لكن لا يُمكن تحديد المسبب للمرض، ولا تزال قضية ما إذا كان المرض النفسي يتسبب في أن يلجأ المرء إلى الجانب الروحي أو يبعد عنه، لا تزال محل استفسار. لقد بدأت المعلومات المطولة الجيدة عن العلاقة بين الاكتئاب والتكريس الديني أن تدرس كيف يؤثر الاكتئاب على التدين وكيف يؤثر التدين على الاكتئاب (٢). من الأمور التبصيرية أيضاً هو دراسات

مطولة عن اضطرابات القلق وتأثير تقلبات أو تفاقم أو انخفاض الإحساس بالذنب أو الخجل وأيضاً الأمراض النفسية الشديدة. لكن قد أظهرت الدراسات المرضية المقطعية أن العقيدة الدينية والجانب الروحي هي مؤشرات هامة للصحة النفسية مماثلة إلى حد ما للنوع أو للعائد المادي، ويدل هذا على أن العقيدة الدينية لا بد أن تكون بالأمر المتباين الذي يحظى باهتمام الدراسات النفسية المرضية. هناك أيضاً دليل قوي (٤) يقول بأن العقيدة الدينية وسيلة قياس أخرى للدعم الاجتماعي.

بحث عن أیه جوانب في العقيدة الدينية أو الروحيات تكون بالأمر المدعم أثناء فترة ظهور حالة نفسية أو الكيفية التي تدعم بها: هناك احتياج إلى إحداث تحويل من معاملة الاضطرابات النفسية من كونها نهاية الهدف إلى كونها المنظور الذي محوره المريض، بحيث يكون الهدف نمو روحي ونفسي، وعلى هذا المبدأ يتصور كل من كوهلبيرج (٥) وبياجيت (٦) التطور الأخلاقي بأنه تعاقب مراحل تبدأ بالذات بكونها «كل شيء ونهاية كل شيء» وصولاً إلى مبادئ أخلاقية عالمية.

تتفرد العقيدة الدينية بأنها تقدم رابط بين الماضي والحاضر، ففي مجتمع تركز فيه الحكومات على المنفعة القصيرة الأمد، يحدث أن الكثير من الأمور تُطرح خارجاً وتصبح الأسر مفككة والمؤسسات غير ثابتة والثقافات أقل «نقاء» وذلك بسبب الهجرة، لكن تبقى العقيدة الدينية من يقدم منظوراً مطولاً. ولكي ندرك الاضطرابات النفسية نحتاج إلى منظور مطول يهتم بالجانب العقائدي والروحي، ففي الأشخاص الذين تتحد فيهم العقيدة الدينية مع المشاكل الصحية، يكون كلما أزداد فهم الطبيب النفسي للاحتتمالات والمشكلات التي قد

تطراً فيما يخص المعتقدات الدينية أو الروحية للمريض، كلما ازدادت إمكانيته على استعادة التوازن في الصحة النفسية.

شكر خاص

يتفضل أصحاب هذه المقالة بشكر الأطباء بوين وبالبوينا لمساعدتهما في افتتاحية العدد.

المراجع:

1. Underwood L, Teresi J. The Daily Spiritual Experience Scale: development, theoretical description, reliability, exploratory factor analysis, and preliminary construct validity using health-related data. *Ann Behav Med* 2002;24:22-33.
2. Koenig HG, King DE, Carson VB. *Handbook of religion and health*. Oxford: Oxford University Press, 2012.
3. Phillips RE, Stein CH. God's will, God's punishment, or God's limitations? Religious coping strategies reported by young adults living with serious mental illness. *J Clin Psychol* 2007;63:529-40.
4. Krause N. Exploring the stress-buffering effects of church-based and secular social support on self-rated health in late life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2006; 61:S35-43.
5. Kohlberg L. *Essays on moral development*. San Francisco: Harper & Row, 1981.
6. Piaget J. *The moral judgment of the child*. New York: Free Press, 1965. DOI 10.1002/wps.20010

هل نرتكب خطأً عندما نستبعد بعض الأمور؟ مخاطبة تدين المرضى النفسيين

SAMUEL GEORGE HANSDAK¹,
RAJA PAULRAJ²

¹Department of Medicine, Christian Medical College, Vellore, Tamil Nadu, India; ²Herbertpur Christian Hospital of Emmanuel Hospital Association, Dehradun, Uttarakhand, India

لقد كان المانع الأساسي لمعالجة المرضى النفسيين قديمًا هو تحيز الطبيب المعالج لعقيدته الدينية، وكان القادة الدينيون يستخدمون التعاويذ الدينية الخاصة بطرد الأرواح الشريرة في علاج الاضطرابات النفسية، وقد كان ذلك باتباع طرق وحشية وعنيفة؛ فقد كانوا يعتقدون أن حيازة الشياطين بداخل الإنسان كانت المسبب الرئيسي للأمراض النفسية. لكن في عصرنا هذا، نحن نواجه المشكلة من شكل آخر؛ فمنعًا لفرض معتقد ديني على المريض، لا يُخاطب الطبيب النفسي أمر التدين بأي شكل من الأشكال عند التعامل مع الاضطرابات النفسية، وهذا بالأمر الضار وذلك لأنه دائمًا ما يوجد مكونٌ روحي في المرض النفسي. وينبغي علينا كعملاء طبيين يهتمون بالجانب الروحي أن نحاول الوصول إلى التوازن.

قد يدرك المرضى والأطباء النفسيون دور العقيدة الدينية بطريقة مختلفة (١)، فغالبًا ما يكون الطبيب النفسي أقل تدينًا من المريض، وقد لا يقدّر قيمة العقيدة الدينية عند مساعدة المريض في مواجهة مرضه. بالإضافة إلى ذلك قد يختبر الطبيب النفسي ما يخص العقيدة الدينية عن طريق التعبيرات المرضية لمرضى يعانون من أوهام دينية، وهذا الأمر قد يجعله ينجاز ضد العقيدة الدينية كمصدر علاجي. ثالثًا، قد يركز الطبيب النفسي على المكون

الحيوي للمرض النفسي وقد يعتبر هذا المكون المرضي أمرًا شخصيًا لا تدعمه أدلة تجريبية. أخيرًا، قد يعتقد الأطباء النفسيون أن العقيدة الدينية دائمًا ما تنتج شخصية اعتمادية وشعورًا بالذنب (٢).

لكن لا ينبغي أن يمنعنا التأثير السلبي المحتمل للعقيدة الدينية على الصحة النفسية أو خبراتنا الشخصية الماضية مع العقيدة الدينية من الاعتراف بوجود مكونٍ روحي في الأمراض النفسية أو أنه- أي المكون الروحي - على الأقل يقدّم مصدرًا للمساعدة الروحية، إذا لم يكن يقترح هذا بصورة شخصية، ويشتمل هذا على جمع معلومات تاريخية وروحية وتأييد للمعتقدات الدينية الصحية وتحدي المعتقدات الغير صحية والصلاة مع المرضى واستشارة أو اللجوء إلى أو الانضمام إلى مجموعات علاجية يقدمها كهنة تم تدريبهم على ذلك (٣).

وبنظرة دينوية، يُمكننا أن نرى اختلافات كبيرة بين طرق العلاج في الشرق والغرب وذلك بسبب اختلاف هيمنة المعتقدات الدينية؛ فتنتشر في الغرب ديانة التوحيد بالله وأيضًا التأثير الكبير للفردية وهذا أنتج مقاومة كبيرة للاعتراف بالتأثير الروحي على الأمراض النفسية، أما في الشرق فتختلف الأفكار بسبب القبول الكبير الذي تحظى به ديانات تعدد الآلهة وأيضًا الاعتقادات القوية بأن أسباب المحن والاضطرابات قد تكون في حقيقة الأمر أمرًا روحيًا بطبيعته، وهذا يؤدي بالطبع إلى إنتاج القليل من المقاومة.

يؤكد كلاً من براجمنت ولوماكس على ضرورة إجراء المزيد من الدراسات التي تصل إلى ما بعد الأفكار الغربية؛ فالعقيدة الدينية

والجوانب الروحية في الدول الغربية جزءًا من الحياة اليومية، ولا يُمكن أن نهمل أمر التدين في كل أشكال العلاج، فكما يرتبط كل مرض جسدي ببعض المعتقدات الدينية، أو بعدمها، فمعالجة مريض بدون مخاطبة الجانب الديني لديه هو بمثابة علاج غير كامل.

وفي ختام الأمر، نحتاج عند محاولة فهم عقيدة دينية وتأثيرها على الأمراض النفسية إلى طرح بعض الأسئلة، مثل هل نكون منصفين مع المريض عندما لا نخاطب تأثير الجانب الديني عند الكشف الإكلينيكي عليه؟ وهل يُمكن أن ندرّب ذواتنا على أن نواجهه وبجديه مبدأ «الاستسهال» تجاه التأثير الروحي لدى المرضى النفسيين؟ إن الطب النفسي والعقيدة الدينية أعداء الأوس البائسون وأصدقاء اليوم المنسيون، فكيف يُمكننا أن نجد في مجال الصحة النفسية طريقة تُمكننا من سد هذه الفجوة ونعترف بأن المرض النفسي والعقيدة الدينية يعملان بشكل متوازي مع بعضهما البعض؟

المراجع:

1. Curlin FA, Odell SV, Lawrence RE et al. The relationship between psychiatry and religion among US physicians. Psychiatr Serv 2007;58:1193-8.
2. Neeleman J, King MB. Psychiatrists' religious attitudes in relation to their clinical practice: a survey of 231 psychiatrists. Acta Psychiatr Scand 1993;88:420-4.
3. Koenig HG. Religion and mental health: what should psychiatrists do? Psychiatr Bull 2008;32:201-3. DOI 10.1002/wps.20011

العقيدة الدينية والصحة النفسية: أهو سلاح ذو حدين أم علاج واهب للحياة؟

SAMUEL GEORGE HANSDAK¹,
RAJA PAULRAJ²

¹Department of Medicine, Christian Medical College, Vellore, Tamil Nadu, India; ²Herbertpur Christian Hospital of Emmanuel Hospital Association, Dehradun, Uttarakhand, India

يُقدّم لنا براجمنت ولوماكس العقيدة الدينية في صورة سلاح ذي حدين؛ فهو من ناحية يُخفف من حدة الآلام ويُساعد على تنظيم الذات ويقدم دعمًا اجتماعيًا ومعنى للحياة وأمورًا روحية، ومن الناحية الأخرى

هناك عنف وصراعات. أحب أن أناقش في هذا التعليق معنى هذا الإدراك لدى المتدينين وأيضًا مضمون خدمات الصحة النفسية. يعبر الاقتباس التالي والذي هو من التلمود البابلي وبمثابة نص محوري لليهودية

الأرثوذكسية، عن اتجاه الرموز الدينية في التأثير على الحياة الدينية، «يُعلم الرابي قائلًا، 'فضعوا كلماتي (التوراة) هذه على قلوبكم' (تثنية ١٨:١١)، وقد يحمل التعبير 'ضعوا' معنى علاجًا جيدًا، وذلك لأنه من الممكن مقارنة التوراة بعلاج يهب الحياة».

دائمًا ما ينظر الناس إلى تأثير العقيدة الدينية بطريقة ايجابية، فهل هذا بسبب غياب البصيرة؟ وهل يعتبر المؤمنون بديانة ما الملاحظات التي يقدمها براجمنت ولوماكس بالأمر المهيمن لهم؟ وكيف يستجيبون للإدعاءات الخاصة بتأثير الصراعات وحوادث العنف التي تدفعها عقيدة دينية؟

لقد كان هناك العديد من الفرص لتدارس هل العقيدة الدينية سلاح ذي حدين أم علاج واهب للحياة؟ وذلك في غضون الثلاثة عقود الماضية من تقديم خدمات الصحة النفسية في المجتمعات اليهودية الأرثوذكسية المتشددة في أورشلين. وبتقييم الخلفية التاريخية للإحالات الجديدة اكتشفنا زيادة تمثيل الذين دخلوا في الديانة اليهودية حديثًا، واستنتجنا في بداية الأمر أن التغيير الديني الذي مروا به أدى إلى اضطرابهم، لكن عند إعادة تقييم المعلومات، عرفنا أن لدى الأغلبية منهم تاريخًا به مشاكل نفسية قد مروا بها قبل التغيير الديني، وقد أدى هذا التغيير في العقيدة إلى سنوات عدة من الراحة، وبعد ذلك ظهرت المشكلات الأولى مرة أخرى (١).

وبعد ذلك ركزنا الاهتمام على الوسواس القهري (OCD)؛ فهل الـ OCD بالأمر الشائع بين هذا القطاع من السكان، وتحفزه متطلبات الدقة؟ لم تقم دراسات علم الأمراض الخاص بالـ OCD في سلسلة من الثقافات المختلفة بقياس درجة التدين، بالرغم من أن الدراسات المدنية وما يقابلها من دراسات قروية لم تقترح أن الـ OCD أكثر انتشارًا في المناطق القروية، وهي المجتمعات التقليدية التي تكون أكثر ميلًا للتدين.

وقد لاحظنا عند إجراء دراسات على مرضى الـ OCD من اليهود الأرثوذكس المتشددين، أن مكون أعراض الـ OCD الديني شبيه بتلك التي

في المجتمعات الغير متدينة، وبالإضافة إلى ذلك، وبالرغم من كون الشعائر الدينية بالأمر المركزي في حياتهم، إلا أنه قد ظهر على أغلبهم أعراض دينية وأخرى غير دينية (٢). وعندما يوجه إليهم سؤال ما إذا لاحظوا وجود علاقة بين حالة الـ OCD التي يعانون منها وعقيدتهم الدينية، وجدنا أن أجوبتهم تغطي سلسلة كاملة من الاحتمالات؛ وذلك من إلقاء اللوم على ممارساتهم الدينية ومعلميهم إلى إدراكهم بأنها مشكلتهم (مثل قول أحدهم، «إني أدرك أن هذه مشكلتي وهذا بحسب ما يُقال أن التوراة لم تُعط لملائكة بل لبشر ساقطين»)، وأيضًا إذا لم يكونوا غير متدينين سيظهر الـ OCD في هيئة مختلفة. إن الانطباع العام هو أن الهيئة الدينية للـ OCD («الشكوك والوسواس») لا تسببها عقيدة معينة بل أنها تأخذ شكلًا دينيًا يعكس محتويات وقيم الحياة الدينية لمن يتألمون (٣).

إن أمثل الطرق للاقترب إلى هذه الأسئلة هو عن طريق إجراء دراسات على نطاق واسع في علم الأمراض، لكن لسوء الحظ أدى تحفظ المجتمعات الأرثوذكسية المتشددة على مشاركتها في مشاريع علمانية وأيضًا تأثير هذا على المعدلات العالية للرفض إلى أن يقوم منظمو دراسة حديثة في إسرائيل باستثناء هذه المجموعة من بداية الأمر (٤).

تقوم العقيدة الدينية على الاعتقاد، وليس هناك دليل موضوعي للمعتقدات. إن الشك في المعتقدات الدينية مكون طبيعي لفترات المراهقة والطفولة المبكرة، والتي هي مراحل في الحياة يمر فيها الناس بتغييرات دينية؛ إما برفض الشعائر الدينية أو زيادتها (٥)، فتخلق الشكوك الدينية لدى الإنسان المتدين قلقًا، وعندما يصبح المراهق شابًا ينضج إدراكه ويميل إلى تحمّل ازدواجية الشكوك، وبالتالي فالشكوك بالأمر الطبيعي، وكل الوسائل الطبيعية يوجد فيه سلسلة من التعبيرات والدرجات، وبطريقة مشابهة، تختلف الاستجابات العاطفية ناحية الشكوك وتتأثر بأحداث حياتية شديدة مثل الإصابة بمرض نفسي شديد، والذي فيه قد يجد المريض عونه في العقيدة الدينية أو قد يتساءل، «لماذا يحدث لي أنا هذا الأمر؟» و«لماذا خلق الله

عالم فيه كل هذه المشكلات؟» وهذا سيؤدي به في نهاية الأمر إلى الكثير من الشكوك (٦)، لكن لا نعرف لماذا يوضع لوم للقدرات البشرية على الشك عند أبواب العقيدة الدينية.

إن العنف الذي أساسه عقيدة دينية أمر يُسبب الكثير من المشاكل في السياق الحالي، بل وتقدم لنا نشرات الأخبار العالمية كل يوم الكثير من الأدلة بأن هذا الأمر موجود، ومن النادر أن يكون هذا نتاج فعل شخصي بل هو نتاج منظمات ودول يحفزها معتقدات دينية، لكن وكما تُظهر أحداث القتل الواسعة النطاق التي حدثت في القرن الماضي، لا يقتصر هذا الأمر على عقيدة دينية وحدها، بل أن الحقيقة البائسة هي أنه لا يوجد دور تقوم به خدمات الصحة النفسية لوقاية الإنسان وذلك لأن هذه الأفعال مُنظمة وتقوم على فكر معين.

المراجع:

1. Witztum E, Greenberg D, Dasberg H. Mental illness and religious change. Br J Med Psychol 1990; 63:33-41.
2. Greenberg D, Shefler G. Obsessive compulsive disorder in ultra-orthodox Jewish patients: a comparison of religious and non-religious symptoms. Psychol Psychother 2002;75:123-30.
3. Greenberg D, Huppert JD. Scrupulosity: a unique subtype of obsessive-compulsive disorder. Curr Psychiatry Rep 2010;12:282-9.
4. Levinson D, Paltiel A, Nir M et al. The Israel National Health Survey: issues and methods. Isr J Psychiatry Relat Sci 2007;44:85-93.
5. Ozorak EW. Social and cognitive influences on the development of religious beliefs and commitment in adolescence. J Sci Study Relig 1989;28:448-63.
6. Webb M, Charbonneau AM, McCann RA et al. Struggling and enduring with God, religious support, and recovery from severe mental illness. J Clin Psychol 2011;67:1161-76. DOI 10.1002/wps.20012

فك تشابك العلاقة بين العقيدة الدينية والطب النفسي

بالذكر هي تلك المذكورة في قسم العقائد الدينية والأمور الروحية والطب النفسي الخاص بالجمعية العالمية للطب النفسي (www.religionandpsychiatry.com) وما نشرته الجمعية العالمية للطب النفسي فيما يتبع الطب النفسي والعقيدة الدينية وهو بيوند باوندرس (أي ما وراء الحدود) (٧) وكُتِب العقيدة الدينية والصحة (٨). جدير بالذكر أيضاً الاهتمام المتزايد بالجانب الديني في الكثير من المواضيع التي تهتم بالطب النفسي. ومن الأمثلة الجيدة هو مقر LopezIbor للدراسات الصوفية والصحة النفسية والذي قام بتأسيسه النظام الكرمل في أفيلبا أسبانيا (www.citesavila.org; www.fundacionLopezIbor.es).

المراجع:

1. Mediavilla S_anchez JL.Mito y delirio. Cartas de Ram_on Sarr_o. Oviedo: KRK, 2001.
2. Schneider K. Clinical psychopathology. New York: Grune and Stratton, 1959.
3. Garc_ia Albea J, Gonz_alez Vives S, Tejeira C et al. Psicosis inducidas por estados excepcionales de conciencia. Actas Esp Psiquiatr (in press).
4. Lopez-Ibor JJ, Ortiz T, Lopez-Ibor MI. Perception, experience and body identity. Actas Esp Psiquiatr 2011;39(Suppl. 3):113-8.
5. Lovaglia MJ, Barron C, Houser JA. Social development and human evolution: managing the in-group boundary. Theory Workshop 2003;31.
6. Hogg MA, Terry DJ, White KM. A tale of two theories: a critical comparison of identity theory with social identity theory. Soc Psychol Q 1995;58:255-69.
7. Verhagen PJ, van Praag HM, Lopez-Ibor JJ et al (eds). Psychiatry and religion: beyond boundaries. Oxford: Wiley-Blackwell, 2010.
8. Koenig HG, King DE, Carson VB (eds). Handbook of religion and health. New York: Oxford University Press, 2012. DOI 10.1002/wps.20013

الخوف من عدم التمكن من البقاء على قيد الحياة أو الخوف من المرض أو الخوف من الدينونة الأبدية. وإذا أخذنا ظهور الضلالات الدالة على حالات وحي غير طبيعية، سنأتي إلى نفس الاستنتاج (٣)، وهي أن الأفكار تتزامن مع الانشغالات المستديمة للبشر(مثل من أين أتينا وهل هناك حياة بعد الموت ولماذا هناك جنسين وغيرها الكثير). إن الأمر المرضي ليس هو الإنشغاليه أو الضلالات بل هو حقيقة تظهر في أوقات غير ملائمة وفي غير سياقها، ومن هذا المطلق، نعرف أنه لا ينبغي أن يظهر الوجود الشائع للمكونات الدينية في حالة الضلالات بطريقة مفاجئة.

إن الجانب الثاني أكثر شيوعاً ويهتم بدور العقيدة الدينية في تأسيس هويات فردية واجتماعية والمخاطر المتضمنة في هذه الطريقة والتي تشمل العنف الذي أساسه العقيدة الدينية والصراع الديني بداخل الذات ومع الآخرين ومع الله. لقد درسنا حديثاً (٤) أصل التطابق من رؤية تتعلق بعلم الإنسان. إن التطور البشري بحسب لوفاجليا وآخرين (٥) هو نتاج الضغوط التي رسبها داء رهاب الأجانب من الثدييات منذ ملايين السنوات، يظهر هذا الداء في الغارات القتالية ضد أفراد مجموعات أخرى من الثدييات، وأن النتائج التي تظهر بصورة فورية هي كلاً من صراعات بين مجموعات وتعاون داخل المجموعة الواحدة، وبحسب نظرية الشخصية الاجتماعية (٦) يعتمد الإحساس بالذات على التطابق مع مجموعة ما، وما أن يحدث هذا التطابق، ينسب الأفراد صفات حميدة ومحبوبة إلى أفراد المجموعة وينسب أيضاً صفات منبوذة للأفراد الخارجيين عن المجموعة. قد تكون الاعتبارات الدينية بالأمر المشترك في هذه العملية، بل كمجرد عنصر من بين العديد من العناصر المحتملة. وقد يكون داء الرهاب الاجتماعي موجهاً ضد الجسد والأرواح الشريرة التي تأتي معه؛ مثلاً يمكن تفسير داء فقدان الشهية العصبي كاضطرابات شخصية أساسها الرغبة في السيطرة على الجسد وإخضاعه (أي الزهد) وبالتالي فهذا مرض مقدس.

ينبغي الترحيب بمقالة براجمنت ولوماكس بكونها إسهاماً هاماً في توضيح العلاقة المعقدة بين العقيدة الدينية والأمراض النفسية، ومن المبادرات الأخرى الجديرة

JUAN J. LÓPEZ-IBOR JR^{1,5}
MARÍA INÉS LÓPEZ-IBOR^{2,3,5},
SARA GONZÁLEZ-VIVES^{1,3,4},
JULIA GARCÍA-ALBEA^{1,3,4}

¹Instituto de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital Clínico San Carlos, Madrid; ²Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Complutense, Madrid; ³CIBERSAM, Madrid; ⁴Instituto de Investigación Sanitaria, Hospital Clínico San Carlos, Madrid; ⁵Fundación Juan José López-Ibor, Madrid, Spain

إن واحدة من نتائج العصر الحديث هو التفرقة بين العلم والعقيدة الدينية؛ وقد كان لهذا الانقسام نتائج إيجابية، مثل تقدم الأبحاث العلمية وانفصال الكنيسة عن الدولة في الدول المتقدمة، وعلى الناحية الأخرى لقد بدأت العقيدة الدينية والعلوم في إهمال بعضهما البعض أو أن يحتقر أحدهما الآخر، وقد كان لهذا الأمر تأثير كبير وخاصة على أبحاث وممارسات الطب النفسي، وذلك لأن هذا الفكر يتعامل مع أكثر الجوانب تديناً في الأمراض، أي الأمراض النفسية (أدبياً «أمراض العقل الروحي»). لطالما كان يُنظر إلى التدين باعتباره إما تعبير عن اضطرابات نفسية أو بكونه لا يتعلق بالممارسات الإكلينيكية.

إن المقالة التي قدمها براجمنت ولوماكس هي بمثابة ملخص دقيق وشامل عن الآراء الجديدة حول العلاقة بين العقيدة الدينية والأمراض النفسية، ونحن نريد أن نسلط الضوء هنا على جانبين هامين.

للجانب الأول تأثير كبير على الممارسات اليومية؛ فقد تكون العقيدة الدينية بالنسبة لبراجمنت ولوماكس هي الأسلوب الذي تستطيع الأمراض النفسية أن تعبر عن نفسها من خلاله. ليست الضلالات في حد ذاتها منتج جانبي من منتجات أمراض العقل، بل هي تعبير عن محاولات التأقلم بشكل هام مع الخبرات الغامضة. لقد قدم سارو (١) منذ عدة سنوات مضت دراسة عميقة عن أفكار الضلالات ووصل إلى استنتاج أنهم يتشابهون مع الميثولوجيم التي شرحتها علماء علم الإنسان في الأساطير والعقائد الدينية القديمة، وبطريقة مشابهة، يعتبر شنايدر (٢) الضلالات التي تظهر مع حالات الاكتئاب الشديدة بأنها تعبير عن المخاوف البدائية للكائنات البشرية، مثل

موضوع «معقد» يطلب قيادة واضحة

PETER J. VERHAGEN

GGZ Centraal, Harderwijk, the Netherlands; WP^A
Section on Religion, Spirituality and Psychiatry

لقد قدّم كلا من براجمنت ولوماكس خدمة كبيرة لقراء عالم الطب النفسي ولجمهور الجمعية العالمية للطب النفسي وذلك بتقديمهما تلك الوثيقة الشاملة والمنظمة، والتي كان هدفهما إفساح الطريق أمام المزيد من الأحاديث والدراسات الجديدة وأيضاً المزيد من الخطوات في مجال التدريب واستكمال التعليم الطبي والممارسات الإكلينيكية. ومن الواضح أن هدفهما ليس إغاطة أو مضايقة الآخرين، فأرائهم متزنة بشكل جيد وليس فيها تكلف وبالتالي يُمكن بل وينبغي الاطلاع عليها بشكل جيد، وفي حقيقة الأمر إن المعلومات التجريبية أمر واضح.

ومع ذلك فإن الموضوع بالأمر المعقد وهذا كما يدل عليه اللطف الكامن وراء عنوان هذا المنتدى، لكن لماذا هذا هو الحال؟ وهل هذه المعلومات ليست واضحة كما سبق واعتقدت؟ لقد شرح لنا من قدموا هذه الوثيقة أنه بالطبع أن العلاقة بين الطب النفسي والعقيدة الدينية لها تاريخ طويل من المشاكل، لكن يُحرك هذا المجال فهمًا دقيقًا عن العقيدة الدينية، وهذا كما تقدمنا وكتبنا، مع اعتبار القوات المدمرة والواعدة التي قد تكون في المعتقدات الدينية والروحية.

من المشجّع جداً أن نكون متفائلين وأن يكون لدينا توقعات إيجابية، كما كان لدى أصحاب الوثيقة، لكنني أعتقد أنه لا تزال الآثار المترتبة على ذلك التاريخ الطويل من المشاكل مصدر اهتمام؛ فلا يزال بعض العلماء البارزين يؤكدون على قضية «الطب النفسي والعقيدة الدينية» (وهل هي وحدها؟) ولا يُمكن الشك في كون هؤلاء العلماء مغمورين بقوة في تقاليد إيمانية أو روحية. وبكلمات أخرى، من المفترض أن يكون هناك اختلاف في الاهتمامات وبالتالي فتكون إسهاماتهم قائمة على آراء. وبالرغم من الدليل الذي يقدمه البحث، إلا أن الأهمية الإكلينيكية للمعلومات لا تزال نقطة خلاف، وبالإضافة إلى ذلك، يُنظر إلى موضوع «الطب النفسي والعقيدة الدينية» ككل باعتبارها تهديداً للحدود العلاجية المناسبة في الممارسات الإكلينيكية (١،٢).

يصارع الكثير مع الزملاء مع فكرة أن للعقيدة الدينية وجهين، وبالرغم من أنهم

يترددون إلا أنهم يعترفون أن العقيدة الدينية والأمر الروحية قد تكون بالأمر الهام لبعض المرضى لكنهم يسعون في ذات الوقت إلى التأكيد على التأثيرات السلبية والضارة والتي تنتج شعوراً بالذنب وهذا ما قد شاهدوه عبر السنين.

وبتقديم هذه الحالة المعقدة من الأمور، تستطيع الجمعية العالمية للطب النفسي أن تقوم بالدور القيادي؛ فبحسب قسم العقيدة الدينية والأمور الروحية والطب النفسي التابع للجمعية العالمية للطب النفسي، سيكون إنجازاً كبيراً إذا قامت الجمعية العالمية للطب النفسي بهذا الأمر. لقد بدأ هذا القسم الخاص بالجمعية العالمية للطب النفسي عام ٢٠٠٦ وأيضاً مجموعات الاهتمام الخاص بالطب النفسي والروحيات في الجامعة الملكية بالمملكة المتحدة للأطباء النفسيين في العمل على تقرير بإمكانه تحديد رؤية الجمعية العالمية للطب النفسي للطب النفسي والعقيدة الدينية في ممارسات الطب النفسي والأبحاث والتدريبات حول العالم، وقد تم نشر أول نص من هذا التقرير في مجلد يتبع الجمعية العالمية للطب النفسي (٣)، وفي ذات الوقت استمرت مجموعة الاهتمام الخاص في عملها في الجامعة الملكية، وتم الموافقة على وضع البيان في أغسطس عام ٢٠١١ (٤).

هل يستحق هذا الموضوع كل هذا الاهتمام؟ يعتقد قسم الجمعية العالمية للطب النفسي أنه يتبع المعايير الخاصة بالجمعية العالمية للطب النفسي، ويدعم براجمنت ولوماكس هذه الفكرة. ونقول في أول الأمر أن الموضوع له علاقة بالمزيد من التطور في مجال الطب النفسي حول العالم، فتحول العقيدة الدينية بدلا من زوالها وأيضاً المكانة التي تحتلها الأمور الروحية بالأمر الهام للطب النفسي. هناك احتياج إلى دوافع جديدة للمزيد من الأبحاث التجريبية والخيالية في التفرقة بين خبرات العقيدة الدينية والروحية من ناحية والظواهر المرضية من الناحية الأخرى. من الممكن أن تُفسد العقائد الدينية والأمور الروحية، إلا أنه لا يُمكن اعتبارهم في حد ذاتهم بأنهم حالات مرضية (٥). بالإضافة إلى ذلك، هناك احتياج إلى إجراء المزيد من الدراسات حول أهمية ومدى تأثير ممارسات الشفاء الدينية والروحية التي تحدث حول العالم، فهناك اختلافات هامة في الطريقة التي تتم بها هذه الممارسات وأيضاً في طريقة تفسيرها وتقييمها، ويعتمد هذا على سياقات وقيم ومصادر ثقافية وفرعية. ثانياً،

إن ما يُدعم أهمية هذا الموضوع هو الكم الكبير من الدلائل التجريبية، بالرغم أنه غالباً ما يكون خبراء الطب النفسي، وبصفة خاصة الأطباء النفسيين، غير واعين بهذا الدليل. لابد من تطوير وسائل تدريب الأطباء النفسيين بحيث يصبحوا على استعداد لأن يُعيدوا ضبط اتجاهاتهم ويُعمقوا معرفتهم. ثالثاً، يرتبط هذا الموضوع بالصحة النفسية كفكرة سياسية وعامة ومن المحتمل أن يحظى بروية واسعة الانتشار. رابعاً، يتماشى هذا الموضوع مع الاتجاه نحو ممارسات إكلينيكية أكثر تخصيصاً والاهتمام الزائد بجوانب الطب النفسي الثقافية. إذا كان من الصحيح أن الفرد يحتاج أن يكون نقطة اتصال الاهتمام الإكلينيكي ولا بد أن يكون في سياق ثقافته، إذا فلا يُمكن إهمال البعد الديني والروحي، وبالتالي فغياب تقرير عن هذه القضية قد يكون بالأمر الضار للطب النفسي والمرضى النفسيين.

وبعد استعراض كل هذه الأسباب، يحمل قسم الجمعية العالمية للطب النفسي الخاص بالعقيدة الدينية والأمور الروحية والطب النفسي فكرة أن موضوع الطب النفسي والعقيدة الدينية أمر يهم الطب النفسي حول العالم، وبالتالي فهذا التقرير يستحق أن يأخذ أولوية، ونحن نناشد الجمعية العالمية للطب النفسي لتبادر بأخذ القيادة.

المراجع:

1. Poole R, Higgs R. Spirituality and the threat to therapeutic boundaries in psychiatric practice. *Mental Health Religion & Culture* 2011;14:19-29.
2. Verhagen PJ. Controversy or consensus? Recommendations on psychiatry, religion and spirituality. *Asian J Psychiatry* 2012; 5:355-7.
3. Verhagen PJ, Cook CCH. Epilogue: Proposal for a World Psychiatric Association consensus or position statement on spirituality and religion in psychiatry. In: Verhagen PJ, Van Praag HM, Lopez-Ibor JJ et al (eds). *Religion and psychiatry. Beyond boundaries*. Chichester: Wiley-Blackwell, 2010:615-31.
4. Royal College of Psychiatrists. Recommendations for psychiatrists on spirituality and religion. www.rpsych.ac.uk.
5. Sims A. Is faith delusion? *Psyche Geloof [Psyche Faith]* 2011;22:64-71. DOI 10.1002/wps.20014

متى يصبح الاكتئاب اضطراباً؟ استخدام معدلات الانتكاس لتقييم مدى صلاحية التغييرات المقترحة لبيدات تشخيص الاكتئاب الشديد

JEROME C. WAKEFIELD¹⁻⁴, MARK F. SCHMITZ^{3,5}

¹Silver School of Social Work, New York University, 1 Washington Square North, New York, NY; ²Department of Psychiatry, School of Medicine, New York University, New York, NY; ³InSPIRES (Institute for Social and Psychiatric Initiatives-Research, Education and Services), New York University, New York, NY; ⁴Division of Clinical Phenomenology, Department of Psychiatry, Columbia University College of Physicians and Surgeons, New York, NY; ⁵School of Social Work, Temple University, Philadelphia, PA, USA

لقد أدى انتشار التقديرات الاجتماعية لاضطرابات الاكتئاب الشديدة الذي تم تعريفها بواسطة الـ DSM (MDD) إلى مقترحات لزيادة بداية تشخيص الـ MDD وذلك للحصول على درجة مميزة من الصدق مقارنة بمتوسط المدى لدى الأسوياء، لكن لا يوجد تقييمات تجريبية في هذه المقترحات. لقد استخدمنا معدلات الانتكاس الخاصة بالـ MDD في مجال دراسة مطولة في منطقة الخدمة الطبية البوائية على الموجة 2 وذلك لاختبار القابلية التوقعية لثلاثة مقترحات بهدف تضيق تشخيص الـ MDD، وهم: 1- استبعاد النوبات «الغير معقدة» (أي النوبات التي لا تستمر لأكثر من شهرين ولا تشتمل على أفكار انتحارية أو أفكار زهان أو تخلف نفسي حركي أو أحاسيس بانعدام القيمة)؛ 2- استبعاد النوبات الضعيفة (أي النوبات التي بها خمسة أعراض أو ستة)؛ 3- استبعاد النوبات الغير سوداوية. وقد استخدمنا لكل مقترح تشخيصات الـ MDD العمرية على الموجة 1؛ وذلك لتمييز المجموعة المقترحة للاستبعاد وحالات الـ MDD الأخرى وغيرها من الحالات التي لا يوجد فيها تاريخ الـ MDD، وبقينا بعد ذلك بتقييم معدلات الـ MDD للعام الواحد على الموجة 2. وقد كان من الممكن أن يدعم هذا المقترح بقوة إذا كانت معدلات الـ MDD الخاصة بالمجموعة المستبعدة على الموجة 2 ليست منخفضة بشكل كبير أكثر من معدلات الـ MDD الأخرى، ولكن أيضاً ليس أكبر بكثير من المجموعات التي ليس بها تاريخ الـ MDD. وتدل النتائج أن الثلاثة مجموعات المستبعدة لديها معدلات انتكاس أقل من غيرها من الـ MDD (نسبة عدم التعقيد بالمقابل مع التعقيد، 3.4% بالمقابل مع 14.6%، والمتوسط بالمقابل مع الشديد، 9.6% بالمقابل مع 20.7%، الغير سوداوي بالمقابل مع السوداوي، 10.6% بالمقابل مع 19.2% بالتعاقب)، لكن لم تكن فقط معدلات الانتكاس الـ MDD الغير معقدة أكبر من معدل انتكاس الـ MDD للمجموعات التي ليس بها تاريخ الـ MDD (3.4% بالمقابل مع 1.7% بالتعاقب). لقد نتج هذا المعدل الضعيف للانتكاس من التفاعل بين معايير المدة الغير معقدة والأعراض. ولم تنتج النوبات المتعددة والغير معقدة للـ MDD زيادة واضحة في الانتكاس على حالات النوبة الواحدة (3.7% بالمقابل مع 3.0% بالتعاقب). تقترح أعراض الضيق العام التابعة للـ MDD الغير معقدة والفترات العابرة وغياب الانتكاسات المرتفعة أن كل هذا قد يمثل حالة حزن شديدة وغير مرضية ولا بد من مخاطبتها في دلائل العلاج ولا بد أيضاً من وضعها في الاعتبار في الاستبعاد من تشخيصات الـ MDD، وذلك لزيادة شرعية الـ MDD | حدود حالات الحزن الطبيعية.

كلمات مفتاحية: حالة اكتئاب شديدة، انتكاس، حالة اكتئاب غير معقدة، تشخيص، شرعية، حدة، اكتئاب سوداوي

(عالم الطب النفسي 2013: 52-44:12)

المجتمع وليس فقط لمن يطلبون مساعدة علاجية. وفي ضوء كل هذه الاهتمامات، تُجادل بعض الأبحاث الخاصة بالاكتئاب أن بداية التشخيص الذي تحدده حالياً معايير الـ DSM للـ MDD ضعيفة جداً، وتؤدي إلى تشخيصات إيجابية مزيفة، بل وتُشخص أعداد كبيرة من الأفراد الذين يعانون من ضيق بشكل طبيعي بأنهم يعانون من الـ MDD (2010-12)، لكن تبقى المقترحات المعينة لرفع بداية تشخيصات الـ MDD غير مُدعمة من قبل دلائل تجريبية تهتم بالفاعلية.

لقد قام ماج (13،14) حديثاً بتحدي الأبحاث الخاصة بالاكتئاب في توليها المهمة الصعبة بتأسيس رد تجريبي على التساؤل حول متى يصبح الاكتئاب اضطراباً نفسياً، وهذا بلورة للاحتياج إلى منهج معين للاستفسار حول حدود الـ MDD. إننا نخاطب تحدي ماج هذا بأن نقوم بتقييم تجريبي للفاعلية التنبؤية لثلاثة مقترحات تم استخراجهم من محاضرة قامت على تضيق معايير حالات الاكتئاب الشديدة، وهم 1- مد استبعاد الحرمان الخاص بالـ DSM-IV إلى كل حالات الـ MDD، وبالتالي استبعاد النوبات الغير معقدة (أي النوبات التي لا تستمر لأكثر من شهرين وليس بها أفكار انتحارية وأعراض زهان أو تخلف نفسي حركي أو الشعور بانعدام القيمة) من تشخيصات الـ MDD؛ 2- استبعاد كل النوبات المتوسطة الشدة (أي النوبات التي بها خمسة أعراض أو ستة) من تشخيصات الـ MDD؛ 3- المساواة بين الـ MDD والاكتئاب

لقد أثبت تأسيس حدود تشخيصية جيدة بين اضطرابات الاكتئاب الشديدة (MDD) بالمقابل مع حالات الحزن الشديدة والطبيعية أو اضطرابات التأقلم المتوسطة والتي لا تتطلب غالباً تدخلات طبية أنه تحدي كبير. تكمن المشكلة في أن التفاعلات الغير مرضية مع حالات الفقدان والضغط الكبيرة بها الكثير من أعراض حالات الضيق العام مثل اضطرابات الاكتئاب (1،2).

لقد تم صياغة معايير تشخيص الـ MDD الوصفية والخاصة بالأعراض الخمسة من أصل تسعة للـ MDD والتي تستمر لأسبوعين، وذلك لتمييز حالات الاكتئاب عن الاضطرابات النفسية الأخرى بين الأشخاص الذين يعانون بشدة، وذلك لأغراض بحثية (3). لكن لا يوجد هناك عرض للأسباب له أسس تجريبية للحدود الحالية في التمييز بين اضطرابات الضيق والضيق الطبيعي في العامة من الناس (4،5). لقد تسبب اهتمام الأطباء النفسيين والعامة من الناس بصلاحيات معايير الـ MDD في إحداث غضب شديد وذلك بسبب رفع تقديرات الانتشار المجتمعي للـ MDD المحددة من قبل الـ DSM كمناهجية لتحسين الدراسات البوائية من 2-3% عما كانت عليه منذ عدة عقود مضت (6) إلى التقديرات الحالية لنصف أو أكثر من نصف كل الأشخاص الذين يتوافقون مع المعيار وذلك خلال فترة حياتهم (7-9). يحتل هذا اللغز التشريحي أهمية إضافية في وقت زيادة الاختبارات الخاصة بالاكتئاب في الجامعات ومكاتب الأطباء النفسيين، مما أدى إلى جعل صلاحية المعايير التشخيصية واضحة لكل

السوداوي، وبالتالي استبعاد كل حالات الاكتئاب الغير سوداوية من التشخيص.

ولكي نقيم هذه المقترحات، علينا أن ندرس معدل الانتكاس بكونه مُقيّم اقتراحي للاضطرابات. لا يُمكن أن يقدم تغيير واحد في النتائج حلاً للتساؤل حول أين يُمكن وضع بداية التشخيص بين حالات الحزن الطبيعية والـ MDD وذلك منعاً لتقديم تشخيصات ايجابية مزيفة بينما نتجنب التشخيصات السلبية المزيفة، لكن أن معدلات الانتكاس المرتفعة بصورة ملحوظة هي من صفات الـ MDD في كلا من العينات الإكلينيكية والاجتماعية (١٦-٢٣) وهذا يبرر المفهوم المعياري للـ MDD بأنه حالة عرضية ومزمنة (٢٤-٢٦) وأن منع تواترها هو بمثابة هدف علاجي كبير (٢٧، ٢٥-٢٩). وبالإضافة إلى ذلك، غالباً ما يُفسر الانتكاس بأنه دليل أولي يسمح للمرء أن يستدل أنه يوجد اختلال وظيفي كامن يعمل على إحداث أعراض الـ MDD وبالتالي يؤكد وجود اضطراب بدل من أن يكون الرد هو أعراض عاطفية طبيعية (١٦، ٣٠).

إننا ندرس في هذه الدراسة دليلين قويين تدريجيين بأن انتكاس المجموعة يحدد عن الـ MDD القياسي. أولاً، ندرس ما إذا كانت المجموعات الفرعية للـ MDD التي تم اقتراح استبعادها لديها معدلات انتكاس أقل من غيرها من الـ MDD مما يقترح وجود اختلاف في نوع الحالة يستحق البحث فيه. ثانياً، وهذا أكثر صرامة، ندرس ما إذا كان لهذه المجموعات معدلات لا ترتفع بشكل كبير فوق معدل انتكاس الـ MDD بين العامة من الناس، مما يؤدي إلى الاستفسار حول ما إذا كان هناك مرض ما. يُعرف عن الكثير من المتغيرات بأنها تُنبئ عن معدلات انتكاس MDD منخفضة (١٦-١٨، ٢٠)، لكن لم تقدم أية دراسة لمجموعة فرعية للـ MDD ليس بها خطر انتكاس أعلى من مستويات خطر السكان بصفة عامة، وهناك استثناء واحد محدود وهو الاكتئاب المرتبط بالحرمان (٢٣، ٣١). يسير غياب معدلات الانتكاس في عكس اتجاه الصفات القياسية للـ MDD بكونها حالة يكثر تواترها والتي يعني فيها نهاية فترة اكتئاب «تعافي من الفترة وليس من المرض بحد ذاته» (٣٠)، وبعيداً عن قضية الحدود التشخيصية، لا يهتم الأطباء الإكلينيكيون بالاختلافات الدالة على غياب معدلات انتكاس مرتفعة أو معدلات انتكاس منخفضة بشكل قوي، وذلك عند الحكم على التوقعات وتقييم المخاطر/معدل مكافئة وسائل العلاج التي بها أثار جانبية محتملة وأيضاً عند التقرير حول توقيت إنهاء العلاج.

الوسائل

عينة

لقد قمنا باستخدام معلومات اجتماعية مطولة من دراسة منطقة الخدمة الطبية الوبائية على الموجة ٢ (ECA، ٣٢)، وذلك لتقييم المقترحات بمراجعة بداية الـ MDD. لقد اخترنا مجموعة معلومات الـ ECA لهذا التحليل لأنها مجموعة المعلومات الأمريكية المطولة الوحيدة المتاحة حالياً للعامة مع المعلومات اللازمة لإجراء تحاليل الدراسة.

نجد وصفاً واسعاً لعينة الـ ECA ومجموعة المعلومات في نشرات أخرى (٣٢)، وباختصار قد تم، مرتين، عمل مقابلات وجهاً لوجه مع

مُجيبين (تتراوح أعمارهم بين ١٨ و ٩٨ سنة) في خمسة مواقع عينية (وهم بالتمور ودورام ولوس أنجلوس وسانت لويس ونيو هافين)، وكان يفصل بين المقابلة الأولى والثانية ١٢ شهراً (كلا من الموجة ١ و ٢)، وما بين الأعوام ١٩٨٠ و ١٩٨٥، وتم الحصول على معلومات تشخيصية عمرية وعام واحد للـ DSM-III (٣٣) على الموجتين. تشمل عينة التحليل خاصتنا فقط الحالات التي بها استجابات صالحة على كلا من الموجتين (n=١٨٠٩٤٣)، وتُقدّر هذه المعلومات لأنها ستقدم حساباً عن تأثير الاختيارات وعدم الرد وأيضاً لتتطابقها مع التوزيعات العمرية والجنسية والسكانية في التعداد السكاني الخاص بالولايات المتحدة لعام ١٩٩٠ وذلك لتقديم تقديرات وطنية تمثيلية.

حالات الاكتئاب الشديدة

تقدم الدراسة الحالية مقارنة بين إجابات الـ ECA في ظل غياب تاريخ للـ MDD على الموجة ١ (n=١٨٠٢٣٩؛ ٥٢،١٪ للإناث و ٦٨،١٪ للبيضاء و ٦٨،٢٪ لمن أكملوا تعليمهم المدرسي أو ما بعده، ومتوسط عمر ٤٣،٠ سنة) والعديد من المجموعات الفرعية لمن لديهم تاريخ مرضي به MDD على الموجة ١ (n=٧٠٤؛ ٧٣،٣٪ إناث، ٧٧،٩٪ من البيض، ٨١،٥٪ لمن أكملوا تعليمهم المدرسي أو ما بعده، متوسط عمر ٣٧،٠ سنة).

تطلب المعايير التشخيصية التي أساسها الـ DSM-III والخاصة بالـ ECA للـ MDD أن يكون المرء قد مر بما يزيد عن أسبوعين من حالة حزن شديد ومُصاحب بأربعة أعراض أخرى على الأقل، لكن قد تم استبعاد الأعراض الناتجة عن إصابة جسدية أو سوء استخدام عقاقير ما أو علاج ما أو الإفراط في شرب الكحوليات، وكذلك أيضاً تم استبعاد الفترات التي ظهر فيها أعراض زهان أو أعراض عضوية. بالإضافة إلى ذلك يؤكد الـ ECA على الأهمية الإكلينيكية وذلك لأنه يستلزم أن يكون كل عرض من الأعراض شديد بشكل كافٍ أو يُعرف بكونه أخبر الطبيب أو غيره من متخصصي الطب النفسي عن الأعراض أو أخذ علاج لأكثر من مرة بسبب الأعراض أو أن الأعراض تتعارض مع الحياة أو الأنشطة التي يقوم بها بشكل كبير. إن هذه الضرورة والتي تعتمد وبشكل كبير على طلب مساعدة طبية بالأمر الذي يتطلب الكثير أكثر مما تتطلبه الأهمية الإكلينيكية للـ DSM-IV لحالات الحزن أو ضعف الأداء والذي يُعرف أن له تأثير قليل على الانتشار (٣٤-٣٦)، وبالتالي يُمكن توقع أن تكون عينة الـ ECA أكثر شدة أكثر من العينات التي قام بتعريفها الـ DSM.

لقد فرض الـ ECA مطلب وجود أعراض شديدة تكون متشابهة بشكل أساسي مع الأعراض المطلوبة عند الاعتماد على طلب مساعدة، لكن قامت بتطبيقها على الأعراض بشكل عام. وقد قمنا بتعطيل مطلب الأعراض الشديدة هذا وذلك لأنه كان بالأمر الكثير جداً مع متطلبات شدة الأعراض الموجودة بالفعل، وهي أيضاً تدفع بالعينة كثيراً في اتجاه المزيد من الحدة. لقد عمل تعطيل معيار حدة الأعراض على زيادة حجم عينة الـ MDD من ٩٤٥ إلى ١٠٦٥.

لقد فشلت في بعض الأحيان الدراسات الأخرى التي حاولت فحص مسار الاكتئاب للتمييز بين الانتكاس والحدة كشرح الـ MDD في مقابلات المتابعة وذلك بسبب قلة المعلومات عن المسار بين المقابلات

(١٦،٣٧). ولأن اهتمامنا كان قياس انتكاس الـMDD على الموجة ٢ في هؤلاء الذين قد تم تحويل مدة حياة الـMDD على الموجة ١ ضمن عينة مناسبة، وذلك باستبعاد كل الحالات التي أدلى فيها المٌجيب بأنه يمر بفترات مستمرة في وقت الموجة ١ من المقابلة من عينة الـMDD التحليلية. لقد عمل استبعاد الموجة ١ للحالات المستمرة على تقليل حجم العينة الأولية للـMDD من ١٠٦٥ إلى ٧٠٤.

مقترحات استبعاد أولية للاختبار

إن الأفكار الأولى لتقليل مجال الـMDD الذي تم اختباره في الدراسة الحالية هي: ١- استبعاد النوبات الغير معقدة (أي النوبات التي لا تستمر لأكثر من شهرين وليس بها أفكار انتحارية أو أفكار ذهان أو تخلف نفسي حركي أو أحاسيس بعدم الأهمية): ٢- استبعاد النوبات المتوسطة الشدة (أي نوبات بها خمسة أعراض أو ستة): ٣- استبعاد النوبات الغير مزمنة. وعند تقييم كل من هذه المقترحات، تم تصنيف العديد من حالات النوبات بحسب أسوأ نوبة قد مر بها المرء والذي لدينا عنها معلومات مُفضّلة، وقد تم بناء هذا على الاقتراح بأنه إذا كانت أسوأ نوبة غير مُعقدة أو متوسطة الشدة أو غير متأزمة، إذا فمّن المحتمل أن تكون النوبات الأخرى التي في حياة المرء مُعقدة أو شديدة أو متأزمة، وهذا بالتعاقب، وذلك لأنه سيُحكم على هذه بطريقة أسوأ.

الاكتئاب الغير مُعقد

يعمل هذا المقترح على مد استبعاد النوبات الغير معقدة إلى كل حالات الـMDD المُحتملة وهو الذي يطبقه الـDSM حالياً فقط على الاكتئاب المرتبط بالحرمان في «استبعاد الحرمان» (المعيار E من مواقف الاكتئاب الشديدة). يتطلب الاستبعاد كنوبة غير مُعقدة مدة قصيرة (ليس أكثر من شهرين) وغياب أربعة أعراض معينين (التخلف النفسي الحركي وأفكار الانتحار وأفكار الذهان والاحساس بعدم الأهمية) والتي قام الـDSM بتعريفها بكونها «لا تصف» حالات الحزن الطبيعية.

وبالتالي فتشتمل مواقف الـMDD الغير معقدة فقط على أعراض «الضيق العام» والتي تكون بالأمر الشائع في ردود الأفعال الطبيعية تجاه الضغط مثل الحزن والأرق وفقدان الشغف بالأنشطة المعتادة وفقدان الشهية والصعوبة في التركيز. لقد تم تأسيس المعايير «الغير مُعقدة» لتمييز المدى الطبيعي من مواقف الاكتئاب الاضطرابية التي تظهر مع الحرمان (٣٨،٣٩) والمقترح الذي سيقم هو أنه لا بد من مد التمييز إلى الـMDD بشكل عام.

يُحدد الـDSM-IV أنه لكي يتم استبعاد الحالة لكونها غير مُعقدة، لا بد ألا يكون بها علامات ضعف. لم نستطع ضم هذه الصفة إلى المعايير الخاصة بنا بسبب عدم توافر معلومات مناسبة، ولأن طريقة الأسئلة حول مدى شدة الـECA بها الكثير من التخبطات. يُزيد هذا الانحراف عن الـDSM-IV من صعوبة تدعيم الافتراضات «الغير معقدة» وذلك لأنها تسمح للمواقف التي بها علامات ضعف أكثر - وبالتالي لاحتمالية أكثر للاضطرابات والانتكاس - أن تصلح للاستبعاد، لكن، يتناسب هذا التحديد مع طموح كلاً من الـICD والـDSM بعزل الأدوار الضعيفة من تشخيص الاضطرابات.

حالات متوسطة (أعراض منخفضة) من الـMDD

لقد كان هناك اقتراح بأنه لا بد من رفع بداية الـMDD من خمسة أعراض إلى سبعة (٤١،٤٢) (وذلك لتقليل خطر «الإفراط في التشخيص» أو لتشخيص حالات الاكتئاب أو الحزن «الطبيعي» بكونه مرضياً (٤٢). إن ما يُدعم هذا الفرض هو اكتشافات تمت عبر السنين والتي تقترح وجود فجوة بين مواقف الـMDD من خمسة إلى ستة أعراض ومن سبعة لتسعة أعراض (٤٤،٤٣،٤٥)، وكما يشير ماج (١٣) قائلاً، «عندما يُبلغ عن وجود أمر نادر، سيتوافق هذا مع بداية أعلى من البدايات التي حددها الـDSM-IV»، بالإضافة إلى ذلك، تقترح دراسات سابقة أن الحدة التي تظهر في شكل عدد من الأعراض تُنبئ عن حدوث انتكاس (١٦،١٨).

لقد اعتبرنا أن تضيق الاستبعاد قد يؤدي إلى نتائج أفضل، وبالتالي قمنا باختبار مقترح مختلف يقول باستبعاد فقط الحالات التي بها خمسة أعراض، مما يضع بداية الـMDD عند ستة أعراض.

MDD غير سوداوي

إن المقترح الثالث هو تقييد الـMDD داخل الفئة التقليدية الخاصة بالاكتئاب العسير وهو الذي أهتم لوقت طويل بالشكل الجوهري لاضطرابات الاكتئاب، وتم استهدافه كثيراً في أبحاث موازين الاكتئاب وتطورها (٤٥). وسندرك أن البقية مما ندعوه حالياً باكتئاب ما هي إلا أشكال مختلفة لعسر المزاج (مثل «في الواقع، إن الحالات الغير سوداوية هي خليط من عسر المزاج والخوف وسمات الاكتئاب» (٤٥)). يستعرض لنا ماج (١٣) بعض الأبحاث التي تقترح أنه يوجد «نوع فرعي» (من الـMDD) يتشابه كثيراً مع الاكتئاب السوداوي الشديد التابع للـDSM-IV والذي قد يكون مختلفاً من حيث النوع عن «الحزن الطبيعي»، ويسترد بقوله أن السوداوية تضمن المزيد من الفحوصات في إعادة النظر في الحدود الطبيعية \ المضطربة.

لم يُعرف الـECA الاكتئاب السوداوي ولم يشتمل على كل الأسئلة حول الأعراض المرتبطة بتشخيص الاكتئاب السوداوي التابع للـDSM. وبتقدير تقريبي، قمنا بتعريف الاكتئاب السوداوي بكونه مواقف تشتمل على ثلاثة بنود أو أكثر من قائمة أعراض الـECA الشبيهة بالسوداوية، وهم: الإرهاق («أشعر بتعب شديد طول الوقت»): تخلف نفسي حركي («أنت تتحدث أو تتحرك بشكل أبطأ من الطبيعي»): هياج («أكان عليك أن تتحرك طوال الوقت، أي تسير في نفس المسافة ذهاباً وإياباً وأنت في حالة من الغضب؟»): قلة الرغبة في ممارسة الجنس («إن رغبتك في ممارسة الجنس أقل من الطبيعي»): وتباطؤ في التفكير («لقد أصبحت الأفكار تأتيك بطريقة بطيئة أو قد تبدو أنها مختلطة عليك»). لقد تم تعريف الاكتئاب الغير سوداوي مثل حالات الـMDD التي بها أقل من ثلاثة أعراض سوداوية.

لقد اعتبرنا أن الاستبعاد المحدود قد يؤدي إلى نتائج أفضل، وبالتالي قمنا باختبار مقترح مختلف لاستبعاد فقط الحالات التي بها أقل من عرضين سوداويين، مما أدى إلى وضع بدايات الاكتئاب السوداوي عند عرضين سوداويين بدلاً من ثلاثة أعراض.

١. لقد عمل هذا على زيادة عينة الـ MDD خاصتنا من ٧٠٤ حالة إلى ٩٤٥ حالة، ونحن نتوقع أن يرفع هذان التغيران من معدل انتكاس المجموعات الفرعية المقترحة للاستبعاد، مما يزيد من صعوبة تأكيد مقترح الاستبعاد.

الانتكاس في النوبات المتعددة بالمقابل مع حالات النوبة الواحدة

لقد اختبرنا ما إذا كانت النتائج المتكررة في البحث تنبئ عن حالات نوبات متعددة بنسبة انتكاس أعلى لعينتنا وتتشابه مع الحالات الغير معقدة وغيرها من حالات الـ MDD.

تحاليل إحصائية

لقد تم إئقال وتصليح كل المعلومات لتكون مضممة كعينة، وذلك لتقارب العينة التمثيلية لقطاع السكان الأمريكي. لقد قامت التحاليل الإحصائية باستخدام إجراءات المسح التقديري Stata ١٢ والذي يحسب المعاملات (في الرياضيات) ويستخدم سلسلة تايلور الخطية لحساب الأخطاء المعيارية (٤٨).

وكما قد افترضنا اتجاهات معينة للعلاقة التي اختبرناها بين الفئات المختلفة للحالات، تضمنت التحاليل اختبارات أحادية الطرف ذات القيمة الإحصائية لحساب اختلافات النسب التابعة للمشاركين والتي سوف تبلغ عن الإصابة بـ MDD للعام الواحد على الموجة ٢.

النتائج

تقييم خمسة مقترحات لتضييق مجال الـ MDD

لقد قمنا بتقييم خمسة مقترحات لتضييق مجال الـ MDD، وذلك باستخدام عامل الانتكاس كوسيلة تقييم، وقد نجح مقترح واحد في استبعاد الـ MDD الغير معقد في أكثر الاختبارات شدة لدينا؛ ومن المقترحات التي بها MDD غير معقد على الموجة ١ واحتمالية انتكاس الـ MDD على الموجة ٢ بلغت ٣,٤٪ ولم تكن هذه النسبة أكبر بشكل ملحوظ من احتمالية انتكاس الـ MDD للعام الواحد على الموجة ٢ بين من ليس لديهم تاريخ MDD على الموجة ١ (١,٧٪)، وكان أقل بشكل ملحوظ من معدل الانتكاس على الموجة ٢ لكل حالات الـ MDD الأخرى (١٤,٦٪) (أنظر الجدول ١).

إن المقترح الذي استبعد الحالات المتوسطة (والتي تُعرف بـ MDD ذات الخمسة أو ستة أعراض أو بـ MDD الخمسة أعراض، في أضيق البدائل) والحالات السوداوية (التي تُعرف بأن بها ليس أكثر من عرضين سوداويين أو، في أضيق البدائل، ليس أكثر من عرض واحد) قد فشل في المرور في هذا الاختبار القوي (أنظر الجدول ١)، وقد رجع هذا إلى أن معدل انتكاس هذه المقترحات قد استبعد مجموعات (تتراوح بين ٨,٨٪ إلى ١٠,٦٪) كانت في كل حالة أكبر بشكل واضح من معدل الانتكاس لمن ليس لديهم تاريخ MDD (١,٧٪)، لكن كان معدل الانتكاس لهذه

لقد تمكنا من تعريف المجموعات الفرعية للـ MDD المقترحة للاستبعاد وكل حالات الـ MDD الأخرى والحالات التي ليس بها تاريخ MDD، وقد تم ذلك باستخدام تشخيصات MDD العمرية على الموجة ١، وذلك لكل المقترحات الخمسة خاصتنا (أي الثلاثة مقترحات الأولية بالإضافة إلى الاختلافين المحدودين)، وقمنا بعد ذلك بمقارنة معدلات انتكاس \ حدوث MDD للعام الواحد على الموجة ٢ (بعد مرور عام واحد) مع المجموعات الثلاثة التابعين للموجة ١ وقمنا باختبار النتائج في شكل معدلات لتوضيح الأهمية.

لقد درسنا مقترح يدعم استبعاد المجموعة الفرعية من الـ MDD وذلك ليتم عدم التصديق عليها إذا كانت معدلات الانتكاس للموجة ٢ التابعة للمجموعة الفرعية لا تختلف عن معدل غيرها من الـ MDD؛ ويتم التأكيد عليها بشكل ضعيف بكونها تستحق المزيد من البحث، وذلك إذا كان معدل انتكاس المجموعة الفرعية أقل بشكل ملحوظ من معدل حالات MDD الأخرى؛ ويتم تدعيمها بشكل قوي إذا كان لدى المجموعة الفرعية معدل انتكاس ليس أقل من معدل انتكاس حالات MDD الأخرى وأيضاً ليس أعلى من معدل انتكاس MDD للعام الواحد ويتبع الموجة ٢ لمن ليس لديهم تاريخ سابق للـ MDD على الموجة ١.

تحليل مكون الاكتئاب الغير معقد

لقد قمنا في تحاليل متخصصة باختبار ما إذا كانت نتائج «الاكتئاب الغير معقد» بفضل معيار واحد من معيارين (أعراض مختصرة وغير معهودة) أم أنه بسبب تفاعل بين كلا منهما. ولكي ندرس هذا التساؤل عملنا على إعادة حساب النتائج المتكررة بشكل منفصل للمكونين.

زيادة حدود المدة «للغير معقد» وصولاً إلى ستة أشهر

تقترح دلائل حديثة تخص الاكتئاب التابع للحرمان (٣١,٤٦,٤٧) أن البداية الحديثة لمدة شهرين التابعة للـ DSM-IV للنوبات الغير معقدة قد تكون منخفضة جداً، وأن نقاط خفض أكثر صلاحية قد توجد في المدد الأطول. وقد قمنا في تحاليل متخصصة باختبار ما إذا كانت نتائجنا الخاصة بالـ MDD الغير معقد محفوظة في حال أن بداية المدة بلغت ستة أشهر.

إعادة تحليل عينات الـ ECA والـ MDD الغير منصفة

كما سبق وأشرنا، لقد قمنا بعمل تغييرين في تشخيصات معايير الـ ECA وذلك عند إخراج عينتنا، وهما: قمنا بحذف الحالات التي تخبر عن نوبات مستمرة على الموجة ١ وتعطيل متطلبات شدة مستوى الأعراض. ولأننا نعرف أن هذه التغييرات قد تدخل عن طريق الخطأ كعامل تحيز إلى النتائج، فعملنا على إعادة تقييم المعلومات باستخدام عينة الـ ECA والـ MDD الغير منصفة، وتطبيق متطلبات شدة الأعراض الخاصة بالـ ECA وأدخلنا حالات الـ MDD ذات النوبات المستمرة على الموجة

جدول ١: معدلات الانتكاس لثلاثة مجموعات فرعية مُقترحة للاستبعاد من الـ MDD، وهذا بالمقارنة مع معدلات الانتكاس لمن ليس لديهم تاريخ MDD ومعدلات انتكاس حالات الـ MDD الأخرى (ليست مُستبعدة)

هل يختلف معدل انتكاس المجموعات الفرعية عن معدل انتكاس كل حالات الـ MDD الأخرى؟	هل يختلف معدل انتكاس المجموعة الفرعية عن معدل المجموعة التي ليس بها تاريخ MDD = 1.7% (1.4%، 1.9%) (n=18,239)	معدلات انتكاس المجموعات الفرعية	مجموعات فرعية للـ MDD مُقترحة للاستبعاد
يختلف عن حالات الـ MDD الأخرى	لا تختلف عن الحالات التي ليس بها تاريخ	3.4(-0.4,7.1)[n=88]	حالات غير مُعقدة (مختصرة وليس بها تخلف نفسي حركي أو أفكار انتحارية أو شعور بعدم الأهمية)
يختلف عن حالات الـ MDD الأخرى	تختلف عن الحالات التي ليس بها تاريخ	9.6(6.6,12.6)[n=487]	أعراض بسيطة (من خمسة إلى ستة مجموعات MDD)
يختلف عن حالات الـ MDD الأخرى	تختلف عن الحالات التي ليس بها تاريخ	8.8(5.6,11.9)[n=310]	أعراض بسيطة محدودة (مجموعة الخمسة أعراض للـ MDD)
يختلف عن حالات الـ MDD الأخرى	تختلف عن الحالات التي ليس بها تاريخ	10.6(7.3,13.9)[n=503]	حالات غير سوداوية (عرضين سوداويين على الأكثر)
يختلف عن حالات الـ MDD الأخرى	تختلف عن الحالات التي ليس بها تاريخ	10.4(5.2,15.7)[n=279]	حالات غير سوداوية محدودة (عرض سوداوي واحد على الأكثر)

لم يتم تأكيد هذا المقترح، فعندما سُمح للمدة الغير معقدة بالزيادة وصولاً إلى ٦ أشهر، أزداد عدد الحالات الغير معقدة بحوالي ٣٨٪ أي إلى ١٢١ حالة، لكن بقيت نتيجة مقارنات الانتكاس كما هي لم تتغير، ولم يختلف معدل الحالات الغير معقدة عن الحالات التي ليس بها تاريخ MDD (٥,٧٪ بالمقابل مع ١,٧٪) بل وكانت أقل من حالات الـ MDD الأخرى (١٤,٧٪).

المجموعات في كل حالة أقل بشكل أساسي من معدلات انتكاس حالات الـ MDD الأخرى (تتراوح بين ١٤,٩٪ و ٢٠,٧٪)، وإلى هذا الحد، تجيز هذه المقترحات مزيداً من الدراسة على الآثار المترتبة عن حدود الـ MDD.

الاختلافات الكبيرة بين المجموعات التي تم اختبارها باستخدام اختبار t أحادي الطرف، $p > 0,05$

تحليل مكونات الاكتئاب الغير معقد

لقد قمنا بإعادة تحليل الانتكاس باستخدام عينة الـ ECA MDD الغير مناسبة الغير منصفة وذلك لفحص ما إذا كانت التعديلات التي قمنا بها في معيار الـ ECA MDD قد عملت تغييراً، عن طريق الخطأ، في النتيجة لصالحنا. لقد كانت نتائج المقارنات (غير معروضة هنا) متشابهة مع نتائج التحاليل الأولية خاصتنا، ومرة أخرى نجح فقط الـ MDD الغير معقد (n=95) في اجتياز أكثر الاختبارات شدة، كمتغير احتمالي لحالات الحزن الطبيعية. يوجد لدى الـ MDD الغير معقد معدل انتكاس غير منصف لا يختلف بشكل كبير عن معدلات انتكاس المجموعات التي ليس بها تاريخ MDD وأقل من معدل حالات الـ MDD الأخرى (١,٧٪ و ٥,٠٪ بالتعاقب)، وقد كان معدل انتكاس (يتراوح بين ٧,٢٪ إلى ١٠,٣٪) كل المجموعات الفرعية الأخرى المُقترحة للاستبعاد أعلى من المعدل ١,٧٪ الخاص بالمجموعات التي ليس بها تاريخ MDD إلا أنها أقل من حالات الـ MDD الأخرى (تراوح ما بين ١٧,٧٪ و ١٩,١٪).

تحليل مكونات الاكتئاب الغير معقد

لقد درسنا أن لتأكيد الافتراضات «الغير معقدة» يكون بسبب معيار واحد من المعيارين (مدة قليلة وعدم وجود أعراض غير معهودة) أم بسبب التفاعل بين المكونين. وبالرغم من أن معدل انتكاس الـ MDD الغير معقد (n=88) ٣,٤٪ إلا أن معدل انتكاس الحالات الوجيهة (n=326) ١٢,٦٪، ويبلغ معدل انتكاس الحالات التي يغيب فيها الأعراض الغير معهودة (n=153) ٧,٣٪ (أنظر الجدول ٢). لقد كانت معدلات كلا من المكونات أعلى بشكل ملحوظ من المجموعات التي ليس بها تاريخ MDD، ويتضح أن نتيجة الـ MDD الغير معقدة والتي بها معدل الانتكاس ليس أعلى من معدل الـ MDD التابع لعامة السكان أنها بسبب تفاعل، بالإضافة إلى ما ساهمت به متطلبات المدة والأعراض في هذه النتيجة.

إعادة تحليل مقترح الـ MDD الغير معقد بحد أقصى ٦ أشهر للمدة

لقد افترضنا بحسب الدراسات السابقة أن زيادة معيار المدة للنوبات الغير معقدة إلى ٦ أشهر لن يغير نتائج مقارنات معدلات الانتكاس، لكن

الجدول ٢: تحاليل متابعة: معدلات انتكاس مكونات المعايير الغير معقدة بالمقارنة مع معدلات الحدوث للحالات التي ليس بها تاريخ MDD ومعدلات انتكاس حالات MDD الأخرى (ليست مُستبعدة)

هل يختلف معدل انتكاس المجموعة الفرعية عن معدل مجموعة الـ MDD التي ليس بها تاريخ المعدل = 1.7% 1.4% (1.9%) هل يختلف معدل انتكاس المجموعة الفرعية عن معدل الانتكاس كل حالات الـ MDD الأخرى؟	معدل انتكاس لكل حالات الـ MDD (ما عدا المجموعات الفرعية)	هل يختلف معدل انتكاس المجموعة الفرعية عن معدل مجموعة الـ MDD التي ليس بها تاريخ المعدل = 1.7% 1.4% (1.9%) n=18.239	معدل انتكاس المجموعات الفرعية	تحليل مكونات الحالات الغير معقدة
لا يختلف عن حالات MDD الأخرى	9.2.18.0)[n=378]]13.6	يختلف عن الحالات البلا تاريخ	8.9.16.3)[n=326]]12.6	مختصر (شهرين أو أكثر)
يختلف عن حالات MDD الأخرى	11.2.18.1)[n=550]]14.7	يختلف عن الحالات البلا تاريخ	2.6.11.9)[n=154]]7.3	أعراض غير معهودة (تخلّف نفسي حركي أو أفكار انتحارية أو أحاسيس بعدم الأهمية\الذنب)

انتكاس أعلى من تواريخ حالات النوبة الواحدة بينما تُنبئ مواقف الـ MDD المتعددة التاريخ عن نسبة انتكاس أعلى.

ينتج ذات القرار بأن الـ MDD الغير معقد لا يختلف عن غياب تاريخ MDD بل أنه يختلف جداً عن حالات MDD الأخرى.

مناقشة

الانتكاس في حالات النوبة الواحدة بالمقارنة مع الحالات المتعددة النوبات

إن الانتكاس ظاهرة أساسية لاضطرابات الاكتئاب ويُمكن استخدامها لتقييم صلاحية التغييرات المقترحة على بداية تشخيص الـ MDD. لقد قامت التحاليل خاصتنا بتعريف مجموعة حالات الـ MDD الحالية - تُسمى حالات الـ MDD الغير المعقدة - والتي بها كان الانتكاس ليس إلا خلفية حدوث الـ MDD بين العامة من السكان من لم يُعانوا من MDD من قبل، ويُذكر هذا المعيار كثيراً عند التمييز بين المعاناة الشديدة الطبيعية بالمقابل مع اضطرابات الاكتئاب (٢٣،٣١،٤٩).

تظهر الكثير من الدراسات أن حالات الـ MDD المتعددة النوبات تنبأً وبصورة أساسية عن نسب انتكاس عالية، وبالتالي فنحن قد درسنا ما إذا كان الانتكاس الذي يحدث في حالات الـ MDD الغير معقدة بسبب حالات متعددة النوبات. وبالرغم من أن معدل الانتكاس المنخفض جعل هذا التحليل محدوداً، إلا أننا وجدنا أن الانتكاسات موزعة بشكل متساوي بين حالات النوبة الواحدة والحالات المتعددة النوبات. لقد كان هناك حالتين تتصفان بالموجة ١ و MDD للعام الواحد (٠،٣٪؛ ٩٥٪ CI: -١،٢،١،٣) من بين ٤٣ حالة غير معقدة تتصف بالنوبة الواحدة وعلى الموجة ١؛ ومن بين ٤٥ حالة غير معقدة متعددة النوبات على الموجة ١ (متوسط عدد النوبات = ٣) هناك حالتين فقط من الـ MDD للعام الواحد على الموجة ٢ (٧،٣٪؛ ٩٥٪ CI: -٢،٢، ٩،٦). في كل مثل من هذه الأمثلة، كانت حالة واحدة من حالات الموجة ٢ معقدة، والأخرى غير معقدة، يتماشى هذا النموذج من المعلومات مع محددات حالة نوبات الاكتئاب بحيث لا يوجد ما يُدعم الميل الدائم للانتكاس، بالرغم من النوبات الماضية المتعددة.

من المعايير الأخرى التي تُذكر كثيراً هو «فرضية التشابه»، وبحسب هذه الفرضية يكون أقوى الدلائل التي تقول بأن مجموعة فرعية للـ MDD هي شكل مرضي، هو أنها تتشابه مع حالات الـ MDD الأخرى (٢٢،٥٠). لكن لا تُؤكّد نتائجنا تطبيق فرضية التشابه هذه على الحالات الغير معقدة بالمقابل مع حالات الـ MDD الأخرى فيما يخص معدلات الانتكاس. إن عدم وجود اختلاف في معدل الانتكاس بين حالات النوبات المتكررة وحالات النوبة الواحدة الغير معقدة، يحدد حالات الـ MDD بكونها مختلفة بشكل كبير عن حالات الـ MDD الأخرى، لكن يعرض الافتراض الآخر الذي دارسناه بعض الاختلافات عن حالات الـ MDD الأخرى كذلك، إلا أن الاختلافات لم تكن متناسقة أو واضحة، وبالتالي فتبقى حالة هذه المقترحات الأخرى أكثر غموضاً.

لقد كان الموقف مختلفاً بشكل كبير فيما يتعلق بحالات الـ MDD الأخرى (المعقدة)، حيث يكون لدى الـ MDD المتعدد النوبات وعلى الموجة ١ (متوسط عدد النوبات = ٣) معدل انتكاس لمدة عام واحد وعلى الموجة ٢ أعلى (١٩،١٪؛ ٩٥٪ CI: ١٢،٢، ٢٤،١) من الحالات ذات النوبة الواحدة (٧،٢٪؛ ٩٥٪ CI: ٣،٣، ١١،٢) يقدم معدل الانتكاس المنخفض الخاص بالحالات الغير معقدة المتعددة النوبات بالمقارنة مع الحالات الأخرى المتعددة النوبات إلى هذا اليوم اختلافات إكلينيكية غير ملحوظة. وباختصار، لا تُنبئ تواريخ الـ MDD الغير معقد المتعدد النوبات عن

لقد أُكّدت سلسلة من التحاليل الإضافية مدى ثبات نتائجنا، فقد خفضنا بدايات الأعراض البسيطة والمقترحات الغير سوداوية، وقمنا أيضاً بإعادة تحليل كل المقترحات باستخدام العينة الأصلية الـ MDD ECA بدلاً من العينة المعدلة خاصتنا، وقمنا أيضاً بتجربة مدة الـ ٦ أشهر في تعريف الحالات الغير معقدة؛ وعملنا كل هذا بدون تغيير النتائج اللازمة. لقد قمنا بدراسة مصدر النتيجة الغير معقدة خاصتنا وذلك بتحليل مكون كل تعريف على حدة، ووجدنا أن دعم الافتراض «الغير معقد» قد نتج من

تفاعل بين المكونين، وتقتصر نتائج تحويل بداية مدة الغير تعقيد إلى ٦ أشهر أنه ينبغي أن تدرس المزيد من الأبحاث البداية المناسبة لمدة الـ MDD وأي استبعاد مُحتمل لحالات MDD غير معقدة.

تؤكد نتائجنا على عدم تجانس الـ DSM MDD (١٢) وتقدم بعض الاكتشافات فيما يخص خطر الانتكاس وهو أمر له علاقة إكلينيكية بغض النظر عن قضية حدود تشخيص الـ MDD. لقد أعرب كلاً من مونروي وهاركنيز (٢٠) عن قلقهما حيال «أن الأبحاث التي تركّز على الاكتئاب كحالة متكررة قد فشلت بشكل عام في إظهار أيه دلائل سابقة نافعة عن خطر الانتكاس»، لكن تُظهر نتائجنا العديد من مثل هذه الدلائل عن خطر انتكاس مختلف.

يُمكن الحكم على الموقف بكونه معقدًا فقط إذا لم يستمر إلى ما بعد شهرين، ويقدم هذا الأمر تحديًا للأطباء النفسيين الذين يحاولون تطبيق هذه النتائج، وذلك بسبب الاحتياج لمراقبة المريض بشكل مستمر حتى تهدأ الحالة أو حتى تصل المدة إلى شهرين، لكن هذا التحدي محدود. لقد عرضت حوالي ٧٨٪ من حالات الـ MDD عرضًا واحدًا غير معهودًا أو أكثر وبالتالي تُشخص بكونها MDD على هذا الأساس وحده وبدون الرجوع إلى المدة (الجدول ٢). لقد تم استبعاد ٦٠٪ فقط (١٣٪ من عينة الـ MDD) من الـ ٢٢٪ المتبقين الذين لم يظهروا أعراضًا غير معهودة، وتم تصنيفهم بكونهم حالات «غير معقدة»، بينما استمرت البقية إلى ما بعد حدود مدة الشهرين للحالات الغير معقدة، وبالتالي، قد تكون الملاحظة البسيطة لمثل هؤلاء الأفراد بالأمر الهام للوصول إلى أفضل صياغة للتشخيصات والتوقعات. في بعض الأحيان، يُنصح بأخذ علاج لمعالجة الأعراض سريعًا، سواء أكان الحكم على الحالة هو بكونها طبيعية أو اضطرابية. لا بد أن تهدف المزيد من الأبحاث إلى تعريف الحالات الغير معقدة للـ MDD والتي تتصف بانتكاس ضعيف مع أقل استخدام لبداية المدة، بحيث لا يحتاج التقييم المناسب لأن يعتمد على المراقبة التي تستمر طوال الوقت.

لا بد من الأخذ في الاعتبار حدود مجموعة معلومات الـ ECA وأيضًا مقاييسنا وذلك عند تفسير الاكتشافات خاصتنا. من المحدوديات الكبرى هي نافذة العام الواحد الخاصة بالـ ECA لتقييم الانتكاس، وبالتالي فنحن نحتاج إلى المزيد من الدراسات لنرى ما إذا كانت نتائجنا تتكاثر على فترات متابعة طويلة. ومن المحدوديات الأخرى هي أن التشخيصات تقوم على ذاكرة المُجيب فيما يتعلق بالأعراض وهذا الأمر قابل للخطأ.

إن نظام الطول الحسابية لتشخيصات الـ MDD القائمة على الـ DSM-III والتي تخص الـ ECA تفتقر إلى معيار الأهمية الإكلينيكية الخاص بالـ DSM-IV وقد يجعل تركيب الـ ECA استحالة تطبيق معايير ضعف الـ DSM على حالات الـ MDD الغير معقدة، لكن قد عوض عن ذلك احتياج الـ ECA لمعيار شدة الأعراض، في حقيقة الأمر، أن عينة الـ ECA أكثر شدة من DSM MDD، وبالتالي قد يتوقع المرء أن تقدم هذه الدراسة اختبارًا مطلوبًا لمقترحات الاستبعاد التي تم فحصها.

يتطلب معيار الـ DSM لحالات الـ MDD الغير معقدة ألا يكون هناك هوس مرضي بعدم القيمة - وهو مستوى من الأعراض أكثر إلحاحًا من أعراض «الشعور بعدم الأهمية» التابعة للـ ECA والتي قد استخدمناها كدليل تفويضي، أيضًا، أشتمل عنصر عدم الأهمية التابع للـ ECA على الشعور بالذنب أو بالإثم كبديل، وبالتالي فيحتمل أن يكون

عنصر عدم الأهمية التابع للـ ECA قد أُستبعد بعض الحالات القليلة من تشخيصات الـ MDD أكثر مما فعل معيار الـ DSM الأكثر دقة. يبدو أنه من الأفضل استخدام هذه النسخة الأضعف بدلًا من إهمال معيار عدم الأهمية بكل ما فيه، نظرًا إلى أنه منذ فرويد، كان لا يزال اعتبار مثل هذه الأحاسيس بعدم تقدير الذات بكونها دليلًا بأن حالة الحزن الطبيعي قد تحولت إلى حالة مرضية.

ولأن شدة الـ ECA تعتمد بصورة جزئية على خدمة الاتصال، لكن لم تكن ردود الشدة مشفرة في مجموعة معلومات الـ ECA وبالتالي لم نستطع تمييز التأثيرات العلاجية بشكل تحليلي من سير الـ MDD الكامل، وبالتالي قد يكون العلاج قد أثر على سير حالات الاكتئاب هذه وانتكاساتها، لكن تدل الدراسات السابقة أن نسب الانتكاس تبقى عالية في عينات الـ MDD التي تم علاجها ولا ينخفض إلى مستويات العامة من الناس (٢٥،٢٧ - ٢٩). وبالتالي لا يُمكن أن تشرح تأثيرات العلاج لماذا تكون حالات الانتكاس في المجموعات الغير معقدة ليس فقط أقل من حالات الـ MDD الأخرى بل أيضًا مختلفة عن النسب الخاصة بالسكان بشكل عام. يُظهر عامل الشدة أن حالات الـ MDD الغير معقدة غالبًا ما يلاحظها الأطباء، وبالتالي فهذه الحالات الغير معقدة مرتبطة بالأمر بصورة إكلينيكية.

إن الانتكاس كدليل فيه ميزة أنه مستقل بشكل منطقي عن المعيار الذي يُستخدم لتعريف الحالات الغير معقدة للـ MDD والأعراض الضعيفة والغير سداوية، وبالتالي فاستخدامها لتقييم هذه الافتراضات لا يحيز النتائج، بالإضافة إلى ذلك، يرتبط الانتكاس بالفرقة بين الحالات الطبيعية والاضطرابات، حيث ترتبط الكثير من الدلائل المتغيرة الشائعة الاستخدام، بدءًا من غياب الدعم الاجتماعي وحتى الوظائف المناعية المكبوتة بكلا من الاضطرابات والضعف الطبيعية الشديدة، وبالتالي لا تميز هذه الافتراضات. لقد ركزت محاولات سابقة لمخاطبة ما يُعرف بفرط تشخيص الـ MDD على معيار الضعف الأهمية الإكلينيكية المتنامية وذلك لزيادة بداية تشخيص الـ MDD (٥١)، لكن قد أثبتت هذه الإستراتيجية عدم فاعليتها الإكلينيكية ودورها التضليلي فيما يخص المفاهيم (٣٤-٣٦، ٥٢-٥٥).

لكن يُضَع عامل الانتكاس كدليل لبعض المحدوديات، ففي المعنى الدقيق للكلمة، ليس الانتكاس بالأمر اللازم أو الكافي للاضطرابات، فهو ليس لازمًا مبدئيًا لأنه قد يكون هناك اضطرابات اكتئاب النوبة الواحدة التي لا تقدم إمكانية الاعتماد على الانتكاس (٢٠)، وهي غير كافية لأن مفهوم الانتكاس بالأمر الغامض، لكن قد تمثل إعادة ظهور خلل ضمنى وبالتالي يدل على وجود اضطراب، لكن من الممكن أيضًا أن تدل على حدوث تفاعل طبيعي ظهر سابقًا بسبب إما ضغوط مزمنة أو حدوث ضغوط جديدة متعلقة بالسابقة (مثل قد يؤدي وفاة الزوج إلى حدوث مشاكل مادية والتي تؤدي بدورها إلى فقدان المنزل؛ فمع كل ضغط جديد تظهر آلام جديدة). ستستفاد الدراسات المستقبلية من المناهج الدقيقة الخاصة بفهم الانتكاس.

وواحدة من المحدوديات الإضافية هي أننا لم نستطع التمييز بين الآلام التي أدت إليها نوبات الاكتئاب من نوبات الاكتئاب الذاتية (الباطنية النمو)، وبالتالي فقد تم تطبيق التعبير «غير معقد» بدون حساسية للسياق، لكن تدل الكثير من الدراسات السابقة أن تطبيق معيار الـ DSM MDD

- depression: the Baltimore Epidemiologic Catchment Area follow-up. Arch Gen Psychiatry 1997;54:993-9.
8. Eaton WW, Neufeld K, Chen LS et al. A comparison of self-report and clinical diagnostic interviews for depression: Diagnostic Interview Schedule and Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry in the Baltimore Epidemiologic Catchment Area follow-up. Arch Gen Psychiatry 2000;57:217-22.
 9. Moffitt TE, Caspi A, Taylor A et al. How common are common mental disorders? Evidence that lifetime prevalence rates are doubled by prospective versus retrospective ascertainment. Psychol Med 2010;40:899-909.
 10. Tyrer P. Are general practitioners really unable to diagnose depression? Lancet 2009;374:589-90.
 11. Fink M, Taylor MA. Resurrecting melancholia. Acta Psychiatr Scand 2007;115(Suppl. 433):14-20.
 12. Goldberg D. The heterogeneity of "major depression". World Psychiatry 2011;10:226-8.
 13. Maj M. When does depression become a mental disorder? Br J Psychiatry 2011;199:85-6.
 14. Maj M. Refining the diagnostic criteria for major depression on the basis of empirical evidence. Acta Psychiatr Scand 2011;123:317.
 15. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR, 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
 16. Burcusa SL, Iacono WG. Risk for recurrence in depression. Clin Psychol Rev 2007;27:959-85.
 17. Colman I, Naicker K, Zeng Y et al. Predictors of long-term prognosis of depression. Can Med Assoc J 2011;183:1969-76.
 18. Coryell W, Endicott J, Keller MB. Predictors of relapse into major depressive disorder in a nonclinical population. Am J Psychiatry 1991;148:1353-8.
 19. Judd LL, Akiskal HS, Maser JD et al. A prospective 12-year study of subsyndromal and syndromal depressive symptoms in unipolar major depressive disorders. Arch Gen Psychiatry 1998;55:694-700.
 20. Monroe SM, Harkness KL. Recurrence in major depression: a conceptual analysis. Psychol Rev 2011;118:655-74.
 21. Mueller TI, Leon AC, Keller MB et al. Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. Am J Psychiatry 1999;156:1000-6.
 22. Zisook S, Shear K, Kendler KS. Validity of the bereavement exclusion criterion for the diagnosis of major depressive disorder. World Psychiatry 2007;6:102-7.
 23. Mojtabai R. Bereavement-related depressive episodes: characteristics, 3-year course, and implications for DSM-5. Arch Gen Psychiatry 2011;68:920-8.
 24. Greden JF. The burden of recurrent depression: causes, consequences, and future prospects. J Clin Psychiatry 2001;62(Suppl. 22):5-9.

على عينة المجتمع ينتج حالات تكون فيها الغالبية العظمى لديهم نوبات أنتجتها ضغوط، مثلاً في استعراض الإعتلالات الطبية المشتركة، أوضحت ٥% فقط من حالات الـ MDD على عدم وجود مسببات لمشاعر الاكتئاب لديهم (٣٨)، بالإضافة إلى ذلك، تدل التحاليل السابقة أنه لا يوجد حالات ذاتية يمكنها إشباع معيار «غير معقد»، وبالتالي فمن المحتمل أن هذه الفجوة في المعلومات الخاصة بالـ ECA لم تؤثر بشكل جوهري على نتائج الدراسة الحالية.

في ختام الأمر، وفيما يخص استخدام معدلات الانتكاس المرتفعة لتقييم الاضطرابات بشكل تقديري، تدل الدراسات التي أجريناها على أن إبعاد النوبات الغير معقدة سيزيد من صحة تشخيصات الـ MDD. تدل النتائج أيضاً أن لدى الأشكال الأقل شدة من الـ MDD، مثل ضعف الأعراض وحالات الـ MDD الغير سوداوية، معدلات انتكاس أقل من حالات الـ MDD الأخرى، وتضمن أيضاً المزيد من الأبحاث فيما يخص البداية الصحيحة للتمييز بين الـ MDD وحالات الحزن الطبيعية.

تشمل حالات الـ MDD الغير معقدة فقط الأعراض الشائعة في حالات الضغط الطبيعية، وهي وقتية ولا تزيد من معدلات الانتكاس بشكل كبير فوق المستويات الخاصة بقطاع السكان، وهذا في عينة الـ ECA خاصتنا. إذا كانت هذه الاكتشافات منسوخة لن يكون هناك أسباب تجريبية للتمييز بين حالات الـ MDD الغير معقدة وحالات الحزن الطبيعية الشديدة، وبالتالي فلا بد من تقديم بعض الاعتبارات لتجاهل النوبات الغير معقدة كدرجة من درجات تشخيصات الـ MDD، وبالتالي فمن الممكن تشخيص الحالات الاستثنائية التي تبدو مرضية بالرغم من كونها غير معقدة، بكونها اضطرابات مزاجية إن لم يتم تحديد خلاف ذلك، وبدلاً من ذلك، لا بد أن تؤكد المبادئ التوجيهية للعلاج على وسائل العلاج المتقدمة، وذلك في ضوء الاختلافات في التوقعات بين الحالات الغير معقدة وغيرها من حالات الـ MDD.

المراجع:

1. Clayton P, Desmarais L, Winokur G. A study of normal bereavement. Am J Psychiatry 1968;125:168-78.
2. Regier DA, Kaelber CT, Rae DS et al. Limitations of diagnostic criteria and assessment instruments for mental disorders: implications for research and policy. Arch Gen Psychiatry 1998;55:109-15.
3. Kendler KS, Munoz RA, Murphy G. The development of the Feighner criteria: a historical perspective. Am J Psychiatry 2010;167:134-42.
4. Kendler KS, Gardner CO. Boundaries of major depression: an evaluation of DSM-IV criteria. Am J Psychiatry 1998;155:172-7.
5. Kessler RC, Zhao SY, Blazer DG et al. Prevalence, correlates, and course of minor depression and major depression in the National Comorbidity Survey. J Affect Disord 1997;45:19-30.
6. Klein DF, Thase M. Medication versus psychotherapy for depression: progress notes. Am Soc Clin Psychopharmacol 1997;8:41-7.
7. Eaton WW, Anthony JC, Gallo J et al. Natural history of Diagnostic Interview Schedule/DSM-IV major

- evidence support the proposal to eliminate the exclusion in DSM-5? *World Psychiatry* 2012;11:11-5.
40. Wakefield JC, Schmitz MF, First MB et al. Should the bereavement exclusion for major depression be extended to other losses? Evidence from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:433-40.
 41. Chouinard G, Chouinard VA, Corruble E. Beyond DSM-IV bereavement exclusion criterion E for major depressive disorder. *PsychotherPsychosom* 2011;80:4-9.
 42. Parker G. Classifying clinical depression: an operational proposal. *ActaPsychiatrScand* 2011;123:314-6.
 43. Broadhead WE, Blazer DG, George LK et al. Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *JAMA* 1990;264:2524-8.
 44. Elkin I, Shea T, Watkins JT et al. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: general effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46:971-82.
 45. Shorter E. The doctrine of the two depressions in historical perspective. *ActaPsychiatrScand* 2007;115:5-13.
 46. Wakefield JC, Schmitz MF, Baer JC. Did narrowing the major depression bereavement exclusion from DSM-III-R to DSM-IV increase validity? Evidence from the National Comorbidity Survey. *J NervMent Dis* 2011;199:66-73.
 47. Wakefield JC, Schmitz MF, Baer JC. Relation between duration and severity in bereavement-related depression. *ActaPsychiatr Scand* 2011;124:487-94.
 48. Stata Corporation. Stata statistical software, Release 12 (Version 12). Texas: Stata Corporation, 2011.
 49. Kendler KS, Myers J, Zisook S. Does bereavement-related major depression differ from major depression associated with other stressful life events? *Am J Psychiatry* 2008;165:1449-55.
 50. Zisook S, Kendler KS. Is bereavement-related depression different than nonbereavement-related depression? *Psychol Med* 2007;37:779-94.
 51. Narrow WE, Rae DS, Robins LN et al. Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States: using a clinical significance criterion to reconcile 2 survey's estimates. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:115-23.
 52. Beals J, Novins DK, Spicer P et al. Challenges in operationalizing the DSM-IV clinical significance criterion. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:1197-207.
 53. Ustun B, Kennedy C. What is "functional impairment"? Disentangling disability from clinical significance. *World Psychiatry* 2009;8:82-5.
 54. Wakefield JC. Disability and diagnosis: should role impairment be eliminated from DSM/ICD diagnostic criteria? *World Psychiatry* 2009;8:87-8.
 55. Wakefield JC, Spitzer RL. Lowered estimates — but of what? *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:129-30.
 25. Nierenberg AA, Petersen TJ, Alpert JE. Prevention of relapse and recurrence in depression: the role of long-term pharmacotherapy and psychotherapy. *J Clin Psychiatry* 2003;64(Suppl. 15):13-7.
 26. Solomon DA, Keller MB, Leon AC et al. Multiple recurrences of major depressive disorder. *Am J Psychiatry* 2000;157:229-33.
 27. Bockting CLH, ten Doesschate MC, Spijker J et al. Continuation and maintenance use of antidepressants in recurrent depression. *PsychotherPsychosom* 2008;77:17-26.
 28. Clarke GN, Rohde P, Lewinsohn PM. Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: efficacy of acute group treatment and booster sessions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:272-9.
 29. Geddes JR., Carney SM, Davies C et al. Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. *Lancet* 2003;361:653-61.
 30. Frank E, Prien RF, Jarrett RB et al. Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder: remission, recovery, relapse, and recurrence. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:851-5.
 31. Wakefield JC, Schmitz MF. Recurrence of depression after bereavement-related depression: evidence for the validity of DSM-IV bereavement exclusion from the Epidemiologic Catchment Area Study. *J NervMent Dis* 2012;200:480-5.
 32. Robins LN, Regier DA. *Psychiatric disorders in America*. New York: Free Press, 1991.
 33. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3rd ed. Washington: American Psychiatric Association, 1980.
 34. Spitzer RL, Wakefield JC. DSM-IV diagnostic criterion for clinical significance: does it help solve the false positives problem? *Am J Psychiatry* 1999;156:1856-64.
 35. Wakefield JC, Schmitz MF, Baer JC. Does the DSM-IV clinical significance criterion for major depression reduce false positives? Evidence from the NCS-R. *Am J Psychiatry* 2010;167:298-304.
 36. Zimmerman M, Chelminski I, Young D. On the threshold of disorder: a study of the impact of the DSM-IV clinical significance criterion on diagnosing depressive and anxiety disorders in clinical practice. *J Clin Psychiatry* 2004;65:1400-5.
 37. Barkow K, Maier W, Ustun B et al. Risk factors for depression at 12-month follow-up in adult primary health care patients with major depression: an international prospective study. *J Affect Disord* 2003;76:157-69.
 38. Maj M. Bereavement related depression in the DSM-5 and ICD- 11. *World Psychiatry* 2012;11:1-2.
 39. Wakefield JC, First MB. Validity of the bereavement exclusion to major depression: does the empirical

الأفكار الانتحارية وتقارير عن محاولات الانتحار في اليونان أثناء الأزمة الاقتصادية

MARINA ECONOMOU^{1,2}, MICHAEL MADIANOS³, LILY EVANGELIA PEPOU¹, CHRISTOS THERITIS¹,
ATHANASIOS PATELAKIS¹, COSTAS STEFANIS¹

¹University Mental Health Research Institute (UMHRI); ²First Department of Psychiatry, Medical School, University of Athens, Eginition Hospital; ³Department of Mental Health and Behavioural Sciences, School of Health Sciences, University of Athens, Athens, Greece

لقد أثرت الأزمة المالية في اليونان على الصحة العامة والصحة النفسية للسكان بشكل كبير، مما أثار مخاوف على ارتفاع مرتقب في معدلات الانتحار. إن الهدف من هذه المقالة هو دراسة التغييرات التي حدثت في مدى انتشار أفكار الانتحار والتقارير الخاصة بمحاولات الانتحار بين عامي 2009 و2011 وذلك في عينة تمثيلية عن الشعب اليوناني وفي العديد من المجموعات السكنية الفرعية. لقد تم البحث في أفكار الانتحار وعلاقتها بالمؤثرات الاجتماعية والاقتصادية ومحاولات الانتحار لعام 2011، وتم عمل دراسات مقطعية تليفونية على الصعيد الوطني عامي 2009 و2011 وذلك باستخدام نفس المنهجية، وشارك في هذه الدراسة عينة عشوائية وتمثيلية اشتملت على 2192 و2256 فرداً. وقد كان هناك زيادة حقيقية في انتشار أفكار الانتحار والتقارير الخاصة بمحاولات الانتحار بين عامي 2009 و2011. إن الأشخاص الأكثر عرضة للانتحار هم الرجال ومن يعانون من اكتئاب والمتزوجين ومن يعانون من ضغوط مادية والأشخاص الذين لا يتقنون في الآخرين وأيضاً من لديهم تاريخ مرضي به محاولات انتحار.

كلمات مفتاحية: أزمة اقتصادية، أفكار انتحار، محاولات انتحار، البطالة، اليونان

(عالم الطب النفسي 2013: 59-12: 53)

الدولة والمُسجلة في دراسات أخرى سابقة (25-27). وفي السعي إلى قياس تأثير الأزمة الاقتصادية على الصحة النفسية للشعب اليوناني، تم إجراء دراستين مقطعتين على الصعيد الوطني في عامي 2009 و2011 (قبل وبعد إدخال مذكرة المبادئ الاقتصادية والمالية على الحياة العامة للسكان). تركزت الدراسة الحالية على الاكتشافات الخاصة بالانتحار، فتدلي بتقارير على انتشار أفكار انتحار ومحاولات انتحار في عينة الشعب اليوناني التمثيلية وفي غيرها من المجموعات السكانية الفرعية المختلفة بين عامي 2009 و2011 وأيضاً في دلائل على أفكار انتحار ومحاولات انتحار عام 2011.

الطرق \ المناهج

لقد كان إطار عينة الدراسة هو رقم هاتف بنك البيانات؛ فهو الذي يقدم تغطية للغالبية العظمى من السكان في الدولة، وقد تم اختيار عينة عشوائية من أرقام هواتف لأفراد تم اختيارهم من الدليل، وتم إجراء مقابلات مع أصغر الأشخاص عمراً من كل أسرة.

وتم إجراء مقابلات هاتفية مع أفراد من سن الشباب، تتراوح أعمارهم بين 18 و69 عاماً وفي نفس الفترة الزمنية (من فبراير وحتى أبريل) في عامي 2009 و2011؛ ففي عام 2009 بلغ عدد المكالمات التي أجريت بنجاح 2192 من أصل 2667 مكالمة (معدل التجاوب = 82,2٪). وقد قام 184 (8,9٪) شخصاً بإنهاء المكالمات في الحال ورفض 290 (10,9٪) شخصاً إجراء مقابلات أو أنهم لم يكملوا المقابلة. وفي عام 2011، نجحت 2256 مكالمة من أصل 2820 في إنهاء المقابلات (معدل التجاوب = 80,0٪). وقام 203 فرداً (7,2٪) بإنهاء المكالمات في الحال ورفض 347 (12,3٪) فرداً إجراء مقابلات أو أنهم لم يُنهِوا المقابلات، ولم تُوجد اختلافات إحصائية كبيرة بين المشاركين الذين أُجريت معهم مقابلات وهؤلاء الذين لم يتم إجراء مقابلات معهم، وذلك من ناحية النوع والعمر ومحل الإقامة. وقام بهذه المقابلات خريجون مُتدربون جيداً في العلوم الاجتماعية، والتي تشمل علم النفس، وأُشتمل التدريب على محاضرات والقيام بدور

إن الانتحار قضية كبيرة تواجه الصحة العامة في كل أنحاء العالم؛ فيموت كل عام حوالي مليون فرداً منتحرين حول العالم، مما يجعل الانتحار سبباً رئيسياً للموت دولياً (1,2)، وما يتماشى مع هذه الحقائق هو أن منظمة الصحة العالمية تشجع تجميع المعلومات الخاصة بانتشار حالات الانتحار وعوامل الخطر وذلك لتحديد نموذج إستراتيجية الصحة العامة ومبادئ العناية الصحية (3). وقد أدلت دراسات سابقة أنه لا بد من تصور أفكار ومحاولات الانتحار بكونها توقعات أفعال انتحارية جادة (4,5).

لقد اكتشفنا أن الانتحار به ارتباط قوي بعوامل نفسية واقتصادية اجتماعية (6)، وأن وجود اضطراب نفسي هو واحد من بين أكثر العوامل المحددة التي تؤدي إلى الانتحار (7,8). أيضاً تُظهر الدراسات التفصيلية النفسية أن أكثر من 90٪ من ضحايا الانتحار كانوا يعانون من أمراض نفسية عند وقت موتهم (9)، وأكثر الحالات شيوعاً هي اضطرابات المزاج (10). وبصورة عكسية، لقد سجلت الدلائل المتزايدة أنه يوجد علاقة بين الانتحار والعوامل الاقتصادية الاجتماعية، مثل البطالة والمستوى المعيشي والحالة المادية (6,11,12)، وبالتالي فقد أصبح الانتحار بالأمر المزعج (17) وذلك أثناء فترة الركود الاقتصادي وعواقبه التي ظهرت في صورة فقدان الوظائف وانتشار حالات الاكتئاب (13-16).

وفي عام 2008، وكنتيجة الأزمة الاقتصادية العالمية والإنفاق المحلي المُبذّر، بدأت الأمة اليونانية تواجه فوضى اجتماعية اقتصادية شديدة، وفي عام 2010، تم التوقيع على مذكرة مبادئ اقتصادية ومالية وذلك في محاولة تفادي الإهمال الذي تسببت فيه اليونان، وفي عام 2011 ازدادت الحالة المالية والاجتماعية السياسية سوءاً؛ فقد وصل معدل البطالة في شهر مايو إلى 16,6٪، وأنخفض إجمالي المنتج المحلي (GDP) إلى 6,1٪ وزادت الديون من 10,4٪ لكـ GDP عام 2007 إلى 16,9٪ (18,19). وقد حظيت مجالات الصحة والصحة النفسية وتضميناتها فيما يخص الأزمة الاقتصادية في اليونان باهتمام متزايد (21,20,13) مع تأكيد قوي على احتمالية الزيادة في حالات الانتحار (21-24)، ويحتل هذا الأمر أهمية أولية نظراً إلى معدلات الانتحار المنخفضة على مستوى

جدول ١: الصفات الديمغرافية الاجتماعية لعينات عامي ٢٠١١ و ٢٠٠٩ بالمقارنة مع تعداد السكان الخاص بعام ٢٠٠١

٢٠٠٩	٢٠٠٩	٢٠١١	٢٠١١	٢٠٠١
n	%	n	%	%
النوع				
ذكر	١٠٨٠	٤٩,٣	١٠٩٠	٤٨,٣
أنثى	١١١٢	٥٠,٧	١١٦٦	٥٤,٢
الفئة العمرية				
>٢٤	٢١٠	٩,٦	٢٢٣	٩,٢
٢٥-٣٤	٤١١	١٨,٧	٤٢٦	١٨,٨
٣٥-٤٤	٣٢٥	١٤,٨	٣٦٧	١٦,٢
٤٥-٥٤	٤٥٢	٢٠,٦	٤٢٥	١٨,٨
٥٥-٦٤	٣٨٤	١٧,٥	٣٦٨	١٦,٣
<٦٥	٤٠٩	١٨,٦	٤٤٧	١٩,٨
الحالة الاجتماعية				
أعزب	٤٨٦	٢٢,٢	٤٥٥	٢٠,٢
متزوج	١٤٨٧	٦٧,٨	١٥٨٥	٧٠,٣
أرمل	١٢٣	٥,٩	١٣٨	٦,١
مطلق	٩٦	٤,٣	٧٨	٣,٥
التعليم (عدد السنوات)				
>١١	١٠٧٧	٤٩,١	١٣٥١	٥٩,٩
١٢	٨١٣	٣٧,١	٦٥٤	٢٩,٠
<١٣	٣٠٢	١٣,٨	٢٥١	١١,١
محل الإقامة				
المناطق العالية المستوى	٨٠٨	٣٦,٩	٨٤٧	٣٧,٥
بأتيننا تسالونيكى ومركز مدينة مكدونية	٢٧٥	١٢,٥	٣٨٨	١٧,٢
باقي أنحاء الدولة	١١٠٩	٥٠,٦	١٠٢١	٤٥,٣
الوظيفة				
يعمل	١١٨٤	٨٤,٤	١٢١٤	٨٥,٥
لا يعمل	٢١٨	١٥,٦	٢٠٦	١٤,٥

النتائج

بقدم لنا الجدول ١ الصفات الديمغرافية الاجتماعية لعينة ٢٠٠٩ و٢٠١١، بالإضافة إلى الصفات الديمغرافية الاجتماعية للشعب اليوناني بحسب التعداد السكاني لعام ٢٠٠١، ويتلاءم تركيب هذه العينات مع التعدادات السكانية.

لقد بلغت نسبة المُجيبين من تراودهم أفكار انتحار ٦,٧٪ عام ٢٠١١ بالمقابل مع ٥,٢٪ عام ٢٠٠٩ ($X^2=3,92$, $df=1$, $p=0,04$)، وكما نرى في الجدول ٢، هناك زيادة كبيرة في انتشار أفكار الانتحار بين الرجال (٧,١٪ بالمقابل مع ٤,٤٪، $X^2=6,41$, $df=1$, $p=0,01$)، لكن ليس هكذا بين النساء (٦,٣٪ بالمقابل مع ٥,٩٪، $X^2=0,05$, $df=1$, $p=0,817$)، لقد أزداد أيضاً انتشار أفكار الانتحار بين المُجيبين الذين تتراوح أعمارهم بين ٥٥-٦٤ (٧,٢٪ بالمقابل مع ١,٩٪، $X^2=14,41$, $df=1$, $p=0,001$)، بينما تنخفض هذه النسبة بين من هم أصغر من ٢٤ عاماً (٤,٩٪ بالمقابل مع ١٣,٩٪، $X^2=15,83$, $df=1$, $p=0,001$)،

معين ومقابلات هاتفية والتي كانت تُسجّل ويُعاد تقييمها، بحد أقصى للمدة يصل إلى ٦٠ ساعة.

وتم استخدام وسيلة المقابلات الهاتفية بمساعدة الحاسوب (٢٨) وذلك لأنها تُمكن الاتصال الأوتوماتيكي بأقسام الاستطلاع، والتحقق من صحة الشيكات عبر شبكة الإنترنت وعمل جدولة أوتوماتيكية لمعاودة الاتصال (مثل إذا لم يُرد على المُكالمة أو إذا لم تُكتمل المقابلة).

وتم تجميع معلومات عن حدوث مواقف اكتئاب شديدة وأفكار انتحار ومحاولات انتحار في خلال الستة أشهر السابقة لذلك الوقت، وذلك باستخدام وحدة قياس وثيقة بالمقابلات الإكلينيكية المُهيكلية لاضطرابات الـ DSM-IV (المحور I) (SCID-I) (٢٩) والتي تُعتبر بالأمر المُؤدّد للشعب اليوناني، وأُستخدمت بكثافة في الدراسات الإكلينيكية والمرضية (مثل ٣٠،٣١).

وللتأكيد على مدى صحة التشخيصات، قام عشرة محاورين بتصنيف عينة عشوائية من المُكالمات (١٠٪)، وقد بلغت الكابا التابعة لـ ٨٩,٠٠ عام ٢٠٠٩ و ٩٠,٩٠ عام ٢٠١١، بالإضافة إلى ذلك، وافقت عينة عشوائية من المُشاركين (١٠٪) أن يقوم طبيب نفسي بإجراء مقابلات معهم، وبلغ معدل الموافقة التشخيصية ٨٧٪ عام ٢٠٠٩ و ٨٩٪ عام ٢٠١١.

وقد تم استخدام مؤشر العُسر الاقتصادي الشخصي (IPED) لتقييم درجة الضغوط المادية الخاصة بالمُشاركين؛ ويتكون هذا المقياس الذاتي من ثمانية أسئلة تصف الصعوبة التي يواجهها المُشارك في تلبية المتطلبات المالية اليومية التي تحتاجها الأسرة، وذلك في خلال الستة أشهر السابقة لذلك الوقت. وتم قياس الردود على وحدة قياس بها ثلاثة درجات (لم يحدث أبداً، ١؛ يحدث أحياناً، ٢؛ يتكرر كثيراً، ٣)، بينما يتراوح مجموع مركب وحدة القياس هذه من ٨ (غياب المشكلات الاقتصادية) وحتى ٢٤ (مشكلات اقتصادية شديدة). وقد قامت دراسات سابقة عن الخصائص النفسية القياسية لوسيلة القياس بتعريف ١٥ حالة بكونها نقطة فاصلة تنتج أفضل النتائج فيما يخص الحساسية والخصوصية (١٣)، وتماشياً مع هذه الأمور، يُعتبر المُشاركون الذين يسجلون أعلى من هذه النقطة الفاصلة أنهم في ضائقة مادية بالغة، وقد قدمت وسيلة القياس هذه تطابقاً داخلياً جيداً (كرونباخ ألفا = ٠,٩٣). كانت يُدعم الثقة الشخصية أسئلة وثيقة بالموضوع قدمها استعراض أوروبي اجتماعي (٣٢): فقد تم تقييم الأسئلة على مقياس به درجات تبدأ من ٠ وحتى ١٠، وكلما كان التطابق الداخلي للمقياس جيداً (كرونباخ ألفا = ٠,٧٧) كلما كانت نتيجة مركب المقياس تُحسب.

وقد تم تسجيل الصفات الديمغرافية الاجتماعية للمُجيبين (النوع والسن والحالة الاجتماعية ومحل الإقامة والتعليم والمهنة) واتصالاتهم السابقة مع محترفين مهنة الطب النفسي واستخدامهم للعقاقير النفسية واحتجازهم بداخل المستشفيات.

وقد حظيت هذه الدراسة على موافقة لجنة الأخلاقيات التابعة لمعهد جامعة أبحاث الصحة النفسية، وتم تطبيقها بحسب معايير الأخلاقيات التي جردها إعلان هيلسينكي عام ١٩٦٤، وتم الحصول على موافقة من كل المُشاركين.

ولكي ندرس الاختلافات بين التغييرات الفئوية، تم استخدام اختبار X^2 مع تصحيحات ياتس. وتم أيضاً إحصاء نموذجين انحدار منطقي مع غياب \ وجود أفكار انتحار \ محاولات انتحار حديثة كمُتغير مستقل. لقد تم إجراء كل التحليل باستخدام SPSS ١٧.

جدول ٢: نسبة انتشار أفكار الانتحار في مجموعات السكان الفرعية عام ٢٠١١ و ٢٠٠٩

P	χ^2 (df=١)	٢٠١١ (n=٢٢٥٦)	٢٠٠٩ (n=٢١٩٢)	النوع
٠,٠١١	٦,٤١	٧,١	٤,٤	ذكر
٠,٨١٧	٠,٠٥	٦,٣	٥,٩	أنثى
٠,٠٠١>	١٥,٨٣	٤,٩	١٣,٩	الفئة العمرية
٠,٢٧٥	١,١٩	٩,٩	٧,٠	٢٤>
٠,١٠٠	٢,٦٩	٦,٦	٣,٤	٣٤-٢٥
٠,٩٢٣	٠,٠٠	٧,٨	٧,٤	٤٤-٣٥
٠,٠٠١>	١٤,٤١	٧,٢	١,٩	٥٤-٤٥
٠,٢٩٩	١,٠٨	٥,٠	٣,٢	٦٤-٥٥
٠,٠٠١>	١٧,٢٤	٥,٦	١١,٦	٦٥<
٠,٠٠١>	٣٨,٠٨	٧,٣	٢,٣	الحالة الاجتماعية
٠,٠٦٥	٣,٣٩	٦,٨	٤,٣	غير متزوج
٠,٩٢١	٠,٠١	٦,٨	٦,٣	متزوج
٠,٦٨٠	٠,١٧	٦,٦	٦,٠	التعليم
٠,٣٢٨	٠,٩٥	٥,٨	٤,٩	١١>
٠,٠٧٥	٣,١٦	٨,٠	٥,٧	١٢
٠,٠٦٩	٣,٣١	١٠,٢	٤,٠	١٣<
٠,٠٨٠	٣,٠٥	٧,٢	٥,٢	محل الإقامة
٠,٧٩٦	٠,٠٦	٤,٩	٥,٣	باقي أنحاء الدولة
٠,٨١٠	٠,٠٥	٤,٧	٤,٥	أتينا
٠,٠٠١>	١٣,٣٦	١٧,٣	٨,٣	المهنة
٠,٣٥٣	٠,٨٦	٥,٩	٥,٢	لا يعمل
٠,٠٠١>	١١,١٠	٢٢,٧	٤,٥	نشط اقتصاديا
٠,٦٩	٠,١٥	٢,٣	٢,٥	غير نشط اقتصاديا
٠,٩٤	٠,٠٠	٥٦,٠	٥٤,٩	طلب مساعدة طبية
				لا
				نعم
				تعاطي عقاقير نفسية
				لا
				نعم
				تشخيص اكتئاب شديد
				لا
				نعم

جدول ٣: نسبة انتشار محاولات الانتحار في مجموعات السكان الفرعية عام ٢٠١١ و ٢٠٠٩

P	χ^2 (df=١)	٢٠١١ (n=٢٢٥٦)	٢٠٠٩ (n=٢١٩٢)	النوع
٠,٠٠١>	١١,١٢	٢,٠	٠,٤	ذكر
٠,١٦٥	١,٩٣	١,٠	١,٨	أنثى
٠,٢١٥	١,٥٣	١,٣	٠,٠	الفئة العمرية
٠,٠٠٩	٦,٧٣	١,٧	٠,٠	٢٤>
٠,٠٣٣	٤,٥٦	٢,٣	٠,٠	٣٤-٢٥
٠,٠٢١	٥,٣٣	٠,٧	٣,٢	٤٤-٣٥
٠,١٦٤	١,٩٣	٢,٨	١,٢	٥٤-٤٥
٠,٤٥٧	٠,٥٥	٠,٦	١,٤	٦٤-٥٥
٠,٠٧٦	٣,١٤	١,٤	٢,٨	٦٥<
٠,٠٠١	١٠,٨١	١,٦	٠,٣	الحالة الاجتماعية
٠,٥٣٠	٠,٣٩	٢,٩	٢,١	غير متزوج
٠,٢٦٢	١,٢٥	١,٤	٠,٣	متزوج
٠,٠١٥	٥,٩٦	١,٢	٠,١	التعليم
٠,٣٨٨	٠,٧٤	١,٨	١,٣	١١>
٠,٨٧٤	٠,٠٢	١,١	٠,٩	١٢
٠,٠٤٢	٤,١٢	٤,٤	٠,٠	١٣<
٠,١٦٢	١,٩٥	١,١	٠,٤	محل الإقامة
٠,٨٦١	٠,٠٣	١,٦	١,٩	باقي أنحاء الدولة
٠,١١٥	٢,٤٩	١,٣	٠,٧	أتينا
١,٠٠٠	٠,٠٠	٢,٦	٢,٧	المهنة
٠,٥٤٦	٠,٣٦	١,٣	١,١	لا يعمل
٠,٢٦٠	١,٢٦	٥,٢	١,١	نشط اقتصاديا
				غير نشط اقتصاديا
				طلب مساعدة طبية
				لا
				نعم
				تشخيص اكتئاب شديد
				لا
				نعم

تنتشر أيضًا أفكار الانتحار بين الأفراد المتزوجين (٧,٣٪ بالمقابل مع $\chi^2=٣٨,٠٨$ ، $df=١$ ، $p>٠,٠٠١$)، بينما تقل هذه النسبة بين المجهين الغير متزوجين (٥,٦٪ بالمقابل مع $\chi^2=١٧,٢٤$ ، $df=١$ ، $p>٠,٠٠١$). ازدادت أيضًا أفكار الانتحار بين عامي ٢٠١١ و ٢٠٠٩ لدى المجهين الذين يستخدمون عقاقير نفسية (٢٢,٧٪ بالمقابل مع $\chi^2=١١,١٠$ ، $df=١$ ، $p>٠,٠٠١$)، وأيضًا الذين طلبوا مساعدة أطباء نفسيين (١٧,٣٪ بالمقابل مع $\chi^2=١٣,٣٦$ ، $df=١$ ، $p>٠,٠٠١$). وقد بلغت نسبة المجهين الذين لجؤوا إلى محاولات انتحار ١,٥٪ عام ٢٠١١ بالمقابل ١,١٪ عام ٢٠٠٩ ($\chi^2=١,١٦$ ، $df=١$ ، $p=٠,٢٨$) (٢٣). وكما يُعرض لنا الجدول ٣، هناك زيادة كبيرة في نسبة انتشار محاولات الانتحار بين الرجال (٢,٠٪ بالمقابل مع $\chi^2=١١,١٢$ ، $df=١$ ، $p>٠,٠٠١$)، لكن ليس كذلك بين النساء (١,٠٪ بالمقابل مع $\chi^2=١١,٩٣$ ، $df=١$ ، $p=٠,١٦٥$). لقد ازداد أيضًا انتشار محاولات الانتحار بين أشخاص تتراوح أعمارهم بين ٢٥-٣٤ (١,٧٪ بالمقابل مع $\chi^2=٦,٧٣$ ، $df=١$ ، $p=٠,٠٠٩$) و ٣٥-٤٤ (٢,٣٪ بالمقابل مع $\chi^2=٤,٥٦$ ، $df=١$ ، $p=٠,٠٣٣$)، بينما تزداد هذه النسبة بين المجهين الذين تتراوح أعمارهم بين ٤٥-٥٤ (٠,٧٪ بالمقابل مع $\chi^2=٥,٣٣$ ، $df=١$ ، $p=٠,٠٢١$)، وتزداد هذه النسبة أيضًا بين المتزوجين (١,٦٪ بالمقابل مع $\chi^2=١٠,٨١$ ، $df=١$ ، $p=٠,٠٠١$) وأيضًا بين من حظوا بتعليم عالي (١,٢٪ بالمقابل مع $\chi^2=٥,٩٦$ ، $df=١$ ، $p=٠,٠١٥$)، لكن لم يُسجل أي من المجهين العاطلين عن العمل محاولات انتحار حديثًا عام ٢٠٠٩، بينما بلغت نسبتهم ٤,٤٪ عام ٢٠١١ ($\chi^2=٤,١٢$ ، $df=١$ ، $p=٠,٠٤٢$).

وكما يُعرض الجدول ٤: كانت الدلائل الهامة على أفكار انتحار عام ٢٠١١ المرور بحالات اكتئاب شديدة أثناء الشهر السابق لهذه الأفكار وخبرات ضائقة مالية وتاريخ سابق من محاولات انتحار وقلة الثقة في الآخرين، وقد كانت أفكار الانتحار لدى من يتوافقون مع معايير الـ DSM-IV أكبر ٤٨ مرة من الأشخاص الذين لم يتم تشخيصهم بهذا الأمر ($OR=٤٧,٧٢$ ، $٩٥٪$ ، $CI=٦٢,٦٦-٢٢,١٨$ ، $p>٠,٠٠١$)، وقد كان المجهين الذين لديهم تاريخ من محاولات انتحار أكثر احتمالًا بسبعة مرات ليمروا بأفكار انتحار من الأشخاص الذين ليس لديهم تاريخ محاولة انتحار ($OR=٦,٨٩$ ، $٩٥٪$ ، $CI=٨,٦٠-١,٦٦$ ، $p>٠,٠١$). وكما يُعرض لنا الجدول ٥، كانت الدلائل الهامة على محاولات انتحار حديثة عام ٢٠١١ هي المرور بحالة اكتئاب شديدة أثناء الشهر السابق لهذه المحاولات والمرور بضائقة مادية وتاريخ سابق من محاولات انتحار، وتزداد أيضًا هذه الدلائل بين الذكور والمتزوجين. وأن الأشخاص الذين يتوافقون مع معايير الـ DSM-IV لحالات الاكتئاب الشديدة أكثر ميلًا بـ ٩٧ مرة لتسجيل محاولات انتحار أثناء الشهر السابق، من الأشخاص الذين لم يتم تشخيصهم بهذا الأمر ($OR=٩٧,٣٩$ ، $٩٥٪$ ، $CI=٧١,٠٦-$ ، $١٣٤,٤٥$ ، $p>٠,٠١$)، وكان الرجال أكثر عرضة بـ ١٢ مرة للانتحار من النساء ($OR=١٢,٢٦$ ، $٩٥٪$ ، $CI=١٦,٧٨-٥,١٠$ ، $p>٠,٠٥$)، وأن المتزوجين أكثر بـ ٥٣ مرة من الغير متزوجين ($OR=٥٣,٢٩$ ، $٩٥٪$ ، $CI=٣٣,٢٩-٦٤,٤٠$ ، $p>٠,٠٥$)، وكان من مروا سابقًا بمحاولات انتحار أكثر بـ ١٤ مرة ليمروا بمحاولات انتحار من الأفراد الذين لم يمروا بهذه المحاولات ($OR=١٤,٤١$ ، $٩٥٪$ ، $CI=١٥,٩٥-١,٧٩$ ، $p>٠,٠١$).

مناقشة

الجدول ٤: نتائج التراجع المنطقي لانتشار أفكار الانتحار (موجود\غائب)

كمتغيرٍ اعتمادي

p	CI٪٩٥	OR	
			تشخيص اكتئاب شديد لا
0.001>	٦٢,٦٦-٢٢,١٨	٤٧,٧٢	نعم
NS	٤,١٣-٠,٩٣	١,٩٦	النوع ذكر
NS	١,٢٩-٠,٧٢	٠,٩٦	الفئة العمرية (سنة)
NS	٢,١٣-٠,٥٨	١,١١	عدد سنوات التعليم محل الإقامة
			أتينا
NS	٣,٥٤-٠,٧٠	١,٥٧	باقي أنحاء الدولة الحالة الاجتماعية
NS	٣,٨٢-٠,٥٩	١,٥١	غير متزوج متزوج
NS	٣,٢٣-٠,٢٦	٠,٩٢	المهنة لا يعمل
NS	٣,٢٥-٠,١٥	٠,٧١	نشط اقتصاديا غير نشط اقتصاديا
0.05>	١,٤٠-١,٠٧	١,٠٧	IPED (مجموع)
			محاولات انتحار سابقة لا
0.01>	٨,٦٠-١,٦٦	٦,٨٩	نعم
0.001>	٠,٩٨-٠,٨٧	٠,٩٣	مقياس الثقة الشخصية (مجموع)

أمرجع الفئة

IPED- مؤشر الضغوط الاقتصادية الشخصية

الجدول ٥: نتائج التراجع المنطقي لمحاولات الانتحار (موجود\غائب)

كمتغيرٍ اعتمادي

p	CI٪٩٥	OR	
			تشخيص اكتئاب شديد لا
0.01>	-٧١,٠٦ ١٣٤,٤٥	٩٧,٣٩	نعم
0.05>	١٦,٧٨-٥,١٠	١٢,٢٦	النوع أنثى
NS	١,١٦-٠,١٦	٠,٤٣	ذكر
NS	٥,٦٩-٥٣<٠	٢,٨٨	الفئة العمرية (سنوات) التعليم (سنوات)
			محل الإقامة أتينا
0.05>	٦,٦٧-٠,٢١	١,٨٩	بقية أنحاء الدولة الحالة الاجتماعية
0.05>	-٣٣,٢٩ ٦٤,٤٠	٥٣,٢٩	غير متزوج متزوج
			المهنة لا يعمل
NS	٦,٧٤-٠,٠٢	٠,٤٠	نشط اقتصاديا
NS	٢٤,٧٦-٠,٣٥	١٤,٩٠	غير نشط اقتصاديا
0.05>	١,٤٩-١,٠٢	١,٢٣	IPED (مجموع)
			محاولات انتحار سابقة لا
0.01>	١٥,٩٥-١,٧٩	١٤,٤١	نعم
NS	١,٢٢-٠,٨٧	١,٠٣	ميزان الثقة الشخصية (مجموع)

أمرجع الفئة

IPED- مؤشر الضغوط الاقتصادية الشخصية

تقدم هذه الدراسة دلائل على الزيادة الجوهرية في انتشار أفكار الانتحار وتقارير محاولات الانتحار بين عامي ٢٠٠٩ و ٢٠١١، وذلك في عينة تمثيلية على الشعب اليوناني؛ فالأشخاص الأكثر عرضة للانتحار هم الرجال والذين يعانون من اكتئاب والمتزوجين ومن يواجهون ضغوطات مالية والأشخاص الذين لا يثقون في الآخرين، وأيضاً من لديهم تاريخ محاولات انتحار سابقة.

لقد قدمت أبحاث سابقة في اليونان حالات تقلب هامة في التقارير الخاصة بأفكار الانتحار ومحاولات الانتحار عبر السنوات وأوضحت أيضاً أنه يوجد صلة كبيرة بين هذه المعدلات والعوامل الاقتصادية الاجتماعية (١٣،٢٦). لقد أظهرت دراسة تقوم على علم الأمراض عام ١٩٧٨ أنه قد بلغ معدل انتشار أفكار الانتحار الذي أستمّر لمدة شهر واحد ٤,٨٪، بينما بلغ عام ١٩٨٤ ١٠,٩٪ (٢٦)، وقد ارتبط هذا الارتفاع الجوهرية بحالة الركود الاقتصادي التي قد أصابت الدولة في ذلك الوقت، والتي بلغت ذروتها عام ١٩٨٤، ووجب تطبيق مقاييس اقتصادية في خلال الفترة ما بين ١٩٨٥ و ١٩٨٦ (٣٣). لقد تم تسجيل حدوث اتجاه مماثل لهذه التقارير عن محاولات انتحار في خلال الشهر السابق للمقابلة، بمعدل وصل إلى ٠,٧٪ عام ١٩٧٨ و ٢,٦٪ عام ١٩٨٤، وقد بلغ معدل انتشار أفكار الانتحار عام ٢٠٠٨ قبل بدايات الأزمة الاقتصادية في اليونان ٢,٤٪، وبلغ معدل محاولات الانتحار ٠,٦ (١٣)، وقد كان كلا المعدلين أقل من معدلات عام ٢٠٠٩ و ٢٠١١.

وعلى ذات المنوال، قام زخراكس وآخرون (٢٥) بدراسة معدلات الانتحار في اليونان في الفترة من ١٩٨٠ و ١٩٩٥، ووجدوا أن هذه المعدلات كانت من أقل المعدلات على مستوى العالم، وقد يرجع هذا لعدة عوامل اجتماعية وثقافية، وهي: الروابط الأسرية القوية ومساعدة وتدعيم الشبكات الاجتماعية والممارسات الدينية. وقد استمرت معدلات الانتحار منخفضة حتى عام ٢٠٠٩، وبحسب المعلومات الرسمية من سجلات الشرطة، كان هناك ٥٠٧ حالة انتحار ناجحة ومحاولات انتحار جادة عام ٢٠٠٩ و ٦٢٢ و ٢٠١٠ و ٥٩٨ عام ٢٠١١ (٣٤).

تشابه هذه الاكتشافات مع الزيادة التدريجية في انتشار حالات الاكتئاب الشديدة في اليونان أثناء السنوات القليلة الماضية (١٦)، ويؤكد هذا أن الأزمة الاقتصادية في اليونان قد أثرت على الصحة النفسية، ويتشابه هذا مع ما تم ملاحظته في دول أخرى (١٤، ٣٥).

يُمكن أن نوضح اكتشافاتنا الخاصة بالمجموعات السكانية الفرعية الأكثر عرضة للانتحار عن طريق الاختلافات الاقتصادية الاجتماعية التي قد لعبت دوراً ريادياً أثناء فترة الركود الاقتصادي، وبصفة خاصة البطالة وإمكانية فقدان الوظيفة وفقدان الدخل (٣٦-٣٨)، مثلاً قد يواجه الأشخاص الحاصلين على مؤهلات عالية صعوبة في إيجاد عمل أو قد يواجهون عدم توافق بين مستوياتهم التعليمية ومؤهلاتهم. إن الرجال والمتزوجين هم أساس الأسرة اليونانية وقد يشعر هؤلاء بعدم إمكانيتهم لتسديد احتياجات أسرتهن وذلك بسبب البطالة أو إمكانية فقدان الوظيفة، وإن الفئة العمرية التي بها أعلى نسب انتحار في دراستنا هذه هي هؤلاء الذين يمرون بتغييرات كبيرة في معدلات البطالة في السنوات القليلة السابقة (٣٩). بالإضافة إلى ذلك، يواجه الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين ٥٥ و ٦٤ تقاعد مبكر إجباري عام ٢٠١١، وقد أظهرت الدراسات أن الأشخاص الذين يتقاعدون عن أعمالهم في أثناء الأزمة الاقتصادية،

تخفيف التأثيرات السلبية للأزمة الاقتصادية والبطالة على الصحة النفسية (١٧،٤٧).

لم تكن الدراسة الحالية خالية من عيوبها، فبسبب طبيعة التصميم المقطعي، لا يُمكن رسم الاستدلالات السببية، بالإضافة لذلك، من الممكن أن تكون أفكار الانتحار المُسجلة ومحاولات الانتحار بالأمر الحساس عند تذكره، أو مقاومة المُجيب محاولا عدم الإفصاح عن هذه المعلومات الحساسة. وبالرغم من أنه قد تم إثبات أن إمكانية استخدام اسم مستعار في المقابلات التليفونية يُمكن أن يسهل الكشف عن هذه المعلومات (٥٩،٦٠)، إلا أنه لا يُمكن استبعاد أن المعدلات المنتشرة التي وُجدت في هذه الدراسة تقدم استخفافا بالمعدلات الحقيقية.

في ختام الأمر، تؤكد اكتشافاتنا أن تأثير الركود الاقتصادي على الصحة النفسية للسكان في اليونان بالأمر المنتشر وأنه لا بد من وجود جهودات ممنهجة لتخفيف هذه التأثيرات، ولكي تحافظ اليونان على المعدلات المنخفضة للانتحار لديها، لا بد من تشكيل خطط إستراتيجية لمعالجة حالات الاكتئاب الشديدة ومنع الانتحار.

المراجع:

1. World Health Organization. Prevention of suicide: guidelines for the formulation and implementation of national strategies. Geneva: World Health Organization, 1996.
2. US Department of Health and Human Services. With understanding and improving health and objectives for improving health. Washington: US Department of Health and Human Services, 2000.
3. World Health Organization. Suicide prevention (SUPRE). Geneva: World Health Organization, 2007.
4. Brezo J, Paris J, Tremblay R et al. Personality traits as correlates of suicide attempts and suicidal ideation in young adults. Psychol Med 2006;36:180-206.
5. Suominen K, Isometsa E, Suokas J et al. Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. Am J Psychiatry 2004;161:562-3.
6. Nock MK, Borges G, Bromet EJ et al. Suicide and suicidal behavior. Epidemiol Rev 2008;30:133-54.
7. Nock MK, Borges G, Bromet EJ et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans, and attempts in the WHO World Mental Health Surveys. Br J Psychiatry 2008;192: 98-105.
8. Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1999;56:617-26.
9. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M et al. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. Psychol Med 2003;33: 395-405.
10. Bostwick JM, Pankratz VS. Affective disorders and suicide risk: a reexamination. Am J Psychiatry 2000;157:1925-32.
11. Gunnell D, Lopatatzidis A, Dorling D et al. Suicide and unemployment in young people. Analysis of trends in England and Wales, 1921-1995. Br J Psychiatry 1999;175:263-70.
12. McMillan KA, Enns MW, Asmundson GJ et al. The association between income and distress, mental disorders, and suicidal ideation and attempts: findings from the

معرضون للتأثر بالضغط والشكوك بسبب الارتباك الذي يحدث في أمورهم المالية (٤٠) واعتمادهم على مصادر دخل ثابتة (مثل رواتب المعاش) والتي تكون معرضة لتذبذب السوق (٤١).

تتطابق الزيادة الكبيرة في انتشار حالات الانتحار بين من طلبوا مساعدة طبية وغيرهم الذين تعاطوا عقاقير نفسية مع الزيادة في استخدام خدمات الصحة النفسية وأيضاً مع مدى طلب مساعدة لمواجهة المشكلات النفسية أثناء فترة المحنة الاقتصادي (٤٢).

إن عامل الوقاية الهام الوحيد في دراستنا هذه فيما يخص أفكار الانتحار هو الثقة في الآخرين، والذي تم اعتباره لوقت طويل من الزمن مقياساً لرأس المال الاجتماعي (٤٣) والذي أرتبط بدوره بانخفاض في معدل الوفيات (٤٤)، والذي يشمل الوفيات بسبب انتحار (٤٥)، وهذا ما يدعم عمل دورخيم الأصيل في التكامل الاجتماعي والانتحار (٤٦). يستطيع رأس المال الاجتماعي بصفة عامة والثقة بين الأشخاص بصفة خاصة، حماية المواطنين لئلا يتطور لديهم أفكار انتحار، وحتى أثناء فترات الأزمة الاقتصادية. يُدعم هذا الأمر على حث تعزيزات رأس المال الاجتماعي لتخفيف تأثيرات الركود الاقتصادي على الصحة والصحة النفسية (١٧،٤٧).

تقترح الدراسات التي قدمناها أن احتمالات ارتكاب محاولات انتحار تزداد فعلياً لدى الذكور، ويُمكن أن تقوم عدة عوامل بشرح هذا الأمر، مثل إمكانية فقدان الوظيفة وفقدان الدخل ودور الرجل الاجتماعي بكونه أكثر قرباً من الأحوال الوظيفية وقلة التدييمات الاجتماعية، مثلاً قد ربط مولر ليكموهلير (٤٨) قابلية الرجال للانتحار عن طريق ملاحظة أن الرجال يسعون لأن يكونوا أقل اندماجا في المجتمع ويحصلون على القليل من الدعم الاجتماعي وهم أيضاً أكثر عزلة عاطفية.

يُمكن تفسير زيادة خطر محاولات الانتحار بين الأشخاص المتزوجون في ضوء نموذج الضغوط الأسرية (٤٩،٥٠) والتي تفترض أن الأزواج الذين يواجهون ضغوطاً مالية يميلون للغضب والحزن وهم أيضاً ينظرون إلى المستقبل بتشاؤم، وتؤدي الضغوط العاطفية بالأزواج لأن يكونوا غير متعاونين مع بعضهم البعض ولأن يكون أسلوبهم فظاً، مما يؤدي إلى حدوث صراعات زواجه، وهذه بدورها ترتبط بحدوث اكتئاب (٤٩،٥٠) وانتحار (٥١). لقد وجد هذا النموذج دعماً من دراسات أُجريت في الولايات المتحدة (٥٢) وجمهورية التشيك (٥٣) وفنلندا (٥٤) ورومانيا (٥٥) وكوريا (٥٦).

لا بد أن يعي الأطباء الإكلينيكيين عوامل الخطر السابق ذكرها، ولا بد أن يدرسوا ما إذا كان الرجال والأشخاص الذين يعانون من اكتئاب شديد وضائقة مالية وغيرهم ممن مروا بمحاولات انتحار والأفراد المتزوجين والأشخاص الذين لا يتقنون في الآخرين يظهر عليهم أفكار انتحار أو محاولات انتحار. ولا بد أيضاً ألا يهمل الأطباء الإكلينيكيون حقيقة أن حوالي ٩٠٪ من أول محاولات الانتحار الغير المخططة و ٦٠٪ من أول محاولات الانتحار المخططة تحدث في خلال عام واحد من بداية ظهور أفكار انتحار (٨)، وفي هذا السياق، ومن الأمور الهامة جداً هي الكشف المبكر على مشكلات الصحة النفسية وخاصة الاكتئاب (٥٧)، فقد سجلت البرامج الخاصة لتدريب أطباء الرعاية الأولية على التعرف على الاكتئاب وعلاجه انخفاضاً في معدلات الانتحار (٥٨). قد يعمل تطوير برامج الحماية الاجتماعية، مثل توسيع القوة العاملة وأنظمة الدعم الاجتماعي وإمكانية الدخول على برامج الرعاية الصحية والتأمينات الصحية على

- outcome of psychiatric disorders in the community: a 13 year follow up study in a nonclinical population. *Compr Psychiatry* 1998;39:47-56.
32. European Social Survey. Questionnaire. www.europeansocialsurvey.org.
 33. Madianos M, Stefanis CN. Changes in the prevalence of symptoms of depression and depression across Greece. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1992;27:211-9.
 34. Ministry of Public Order & Citizen Protection. Table on suicides (completed and attempted) from 2009 until 10-12-2011. Athens: Police Headquarters, 2011.
 35. Hong J, Knapp M, McGuire A. Income-related inequalities in the prevalence of depression and suicidal behavior: a 10-year trend following economic crisis. *World Psychiatry* 2011;10:40-4.
 36. Gavrilova NS, Semyonova VG, Evdokushkina GN et al. The response of violent mortality to economic crisis in Russia. *Popul Res Policy Rev* 2000;19:397-419.
 37. Gunnell D, Harbord R, Singleton N et al. Factors influencing the development and amelioration of suicidal thoughts in the general population. Cohort study. *Br J Psychiatry* 2004;185:385-93.
 38. Chang SS, Gunnell D, Sterne JAC et al. Was the economic crisis 1997-1998 responsible for rising suicide rates in East/Southeast Asia? A time-trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. *Soc Sci Med* 2009;68:1322-31.
 39. Hellenic Statistical Authority. Research on Labour Force: May 2012. Piraeus: Hellenic Statistical Authority, 2012.
 40. Kelly S. Don't stop thinking about tomorrow: the changing face of retirement — the past, the present, the future. Sydney: AMP. NATSEM, 2009.
 41. Sargent-Cox K, Butterworth P, Anstey KJ. The global financial crisis and psychological health in a sample of Australian older adults: a longitudinal study. *Soc Sci Med* 2011;73:1105-12.
 42. Catalano R. The health effects of economic insecurity. *Am J Public Health* 1991;81:1148-52.
 43. Kawachi I. Social capital and community effects on population and individual health. *Ann NY Acad Sci* 1999;896:120-30.
 44. Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K et al. Social capital, income inequality and mortality. *Am J Public Health* 1997;87:1491-8.
 45. Duberstein P, Conwell Y, Connor K et al. Poor social integration and suicide: fact or artifact? *Psychol Med* 2004;34:1331-7.
 46. Durkheim E. *Le suicide*. Etude de sociologie. Paris: Les Presses universitaires de France, 1897.
 47. Wahlbeck K, McDaid D. Actions to alleviate the mental health impact of the economic crisis. *World Psychiatry* 2012;11:139-45.
 48. Moller-Leimkuhler A. The gender gap in suicide and premature death or: why are so men so vulnerable? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2003;253:1-8.
 49. Conger RD, Elder GH, Lorenz FO et al. Linking economic hardship to marital quality and instability. *J Marriage Fam* 1990;52: 643-55.
 50. Conger RD, Wallace LE, Sun Y et al. Economic pressure in African American families: a replication and extension of the family stress model. *Dev Psychol* 2002;38:179-93.
 - Collaborative Psychiatric Epidemiology Surveys. *J Clin Psychiatry* 2010; 71:1168-75.
 13. Madianos M, Economou M, Alexiou T et al. Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011;46:943-52.
 14. Lee S, Guo WJ, Tsang A et al. Evidence for the 2008 economic crisis exacerbating depression in Hong Kong. *J Affect Disord* 2010;126:125-33.
 15. Wang JL, Smailes E, Sareen J et al. The prevalence of mental disorders in the working population over the period of global economic crisis. *Can J Psychiatry* 2010;55:598-605.
 16. Economou M, Madianos M, Peppou L et al. Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece. *J Affect Disord* (in press).
 17. World Health Organization. Impact of economic crises on mental health. Geneva: World Health Organization, 2011.
 18. Eurostat. Euro area and EU27 government deficit at 6.0% and 6.4% of GDP respectively. Luxembourg: Eurostat, 2011.
 19. Hellenic Statistical Authority. Unemployment rate at 16.6% in May 2011. Piraeus: Hellenic Statistical Authority, 2011.
 20. Kentikelenis A, Papanicolas I. Economic crisis, austerity and the Greek public health system. *Eur J Public Health* 2012;22:4-5.
 21. Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I et al. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet* 2011; 378:1457-8.
 22. Steckler D, Basu S, Suhrcke M et al. Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *Lancet* 2011;378: 124-5.
 23. Economou M, Madianos M, Theleritis C et al. Increased suicidality amid economic crisis in Greece. *Lancet* 2011;378:1459.
 24. Economou M, Madianos M, Peppou LE et al. Suicidality and the economic crisis in Greece. *Lancet* 2012;380:337.
 25. Zacharakis CA, Madianos M, Papadimitriou GN et al. Suicide in Greece 1980-1995: patterns and social factors. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33:471-6.
 26. Madianos M, Madianou-Gefou D, Stefanis CN. Changes in suicidal behavior among nation-wide general population samples across Greece. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1993;243:171-8.
 27. World Health Organization. Suicide rates in Greece. www.who.int.
 28. Ketola E, Klockars M. Computer-assisted telephone interview (CATI) in primary care. *Fam Pract* 1999;16:179-83.
 29. First MB, Spitzer R, Gibbon M et al. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, patient edition. New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute, 1996.
 30. Madianos M, Papaghelis M, Philippakis A. The reliability of SCID-I in Greece in clinical and general population. *Psychiatriki* 1997;8:101-8.
 31. Madianos M, Economou M, Stefanis C. Long-term

- family stress model. *J Marriage Fam* 2003;65:316-25.
57. Bebbington PE, Minot S, Cooper C et al. Suicidal ideation, selfharm and attempted suicide: results from the British psychiatric morbidity survey 2000. *Eur Psychiatry* 2010;25:427-31.
58. Mann JJ, Apter A, Bertolote J et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA* 2005;294:2064-74.
59. Evans E, Hawton K, Rodham K et al. The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population- based studies. *Suicide Life Threat Behav* 2005;35: 239-50.
60. Nock MK, Banaji MR. Prediction of suicide ideation and attempts among adolescents using a brief performance-based test. *J Consult Clin Psychol* 2007;75:707-15.
51. Vijayakumar L. Suicide prevention: the urgent need in developing countries. *World Psychiatry* 2004;3:158-9.
52. Vinokur AD, Price RH, Caplan RD. Hard times and hurtful partners: how financial strain affects depression and relationship satisfaction of unemployed persons and their spouses. *J Pers Soc Psychol* 1996;71:166-79.
53. Hrabá J, Lorenz FO, Pechacova Z. Family stress during the Czech transformation. *J Marriage Fam* 2000;62:520-31.
54. Kinnunen U, Pulkkinen L. Linking economic stress to marital quality among Finnish marital couples: mediator effects. *J Fam Issues* 1998;19:705-24.
55. Robila M, Krishnakumar A. Effects of economic pressure on marital conflict in Romania. *J Fam Psychol* 2005;19:246-51.
56. Kwon HK, Rueter MA, Lee MS et al. Marital relationships following the Korean economic crisis: applying the

DOI 10.1002/wps.20016

تدعيم البطالة: فاعلية التكاليف في ستة مواقع أوروبية

MARTIN KNAPP^{1,2}, ANITA PATEL², CLAIRE CURRAN¹, ERIC LATIMER³, JOCELYN CATTY⁴, THOMAS BECKER⁵, ROBERT E. DRAKE⁶, ANGELO FIORITTI⁷, REINHOLD KILIAN⁵, CHRISTOPH LAUBER⁸, WULF RÖSSLER⁹, TOMA TOMOV¹⁰, JOOSKE VAN BUSSCHBACH¹¹, ADELINA COMAS-HERRERA¹, SARAH WHITE⁴, DURK WIERSMA¹¹, TOM BURNS¹²

¹Personal Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science, Houghton Street, London WC2A 2AE, UK; ²Centre for the Economics of Mental and Physical Health, King's College London, Institute of Psychiatry, De Crespigny Park, London, SE5 8AF, UK; ³Division of Social and Trans-cultural Psychiatry, Montreal, Quebec, H3A 1A1 Canada; ⁴Division of Mental Health, St. George's University of London, London, UK; ⁵Department of Psychiatry II, University of Ulm, BKH Günzburg, Germany; ⁶New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Centre, Lebanon, NH, USA; ⁷Programma Salute Mentale, Azienda USL, Rimini, Italy; ⁸Institute of Psychology, Health and Society, University of Liverpool, Liverpool, L69 3GL, UK; ⁹Psychiatric University Hospital, Zürich, Switzerland; ¹⁰Institute of Human Relations, Sofia, Bulgaria; ¹¹Psychiatry Department, University Hospital, Groningen, Netherlands; ¹²University Department of Psychiatry, Warneford Hospital, Oxford, UK

إن نسبة كبيرة من الأفراد الذين يعانون من مشكلات صحة نفسية عاطلون عن العمل، لكنهم يرغبون في العمل. تُقدّم خدمة الدعم والتوظيف (IPS) منهجًا واعدًا لتثبيت الأفراد في وظائف تدري عليهم دخلا. لقد قمنا بدراسة الحالة الاقتصادية للـ IPS في تجربة عشوائية مُحكمة اشتملت ستة دول أوروبية للأشخاص الذين يعانون من مشاكل نفسية شديدة، وذلك بالمقارنة مع التأهيل المهني القياسي، وقد تم اختيار الأفراد (n=312) بطريقة عشوائية ليتلقوا إما الـ IPS أو خدمات تعيين قياسية، وتم متابعة هذه العملية لمدة 18 شهرًا، ثم تم تجميع بيانات عن النتائج واستخدام الخدمة وتم إدارة تحاليل فاعلية التكاليف بنتيجتين أوليتين، وهما الأيام الإضافية التي أشتغل فيها المرء في مواقع تنافسية والنسبة الإضافية للأفراد الذين عملوا يومًا واحدًا على الأقل. وكانت التحاليل تُظهر تأثيرات الدولة، تم أيضًا حساب التحاليل الخاصة بالتكاليف والفوائد، وقد أنتجت الـ IPS نتائج أفضل من خدمات التوظيف البديلة ذات التكاليف المنخفضة بصورة شاملة لأنظمة الصحة والعناية الاجتماعية. يدخل هذا النظام أيضًا في تحاليل مُفصلة لخمسة أو ستة مواقع أوروبية. إن إدراج قيم تنتسب إلى بيانات التكاليف المفقودة عمل على تدعيم هذه الاكتشافات. ستعتبر الـ IPS فعالة من حيث التكلفة أكثر من خدمات التوظيف القياسية. لقد شرحت المزيد من التحاليل الأحاديّة الخاصة بفاعلية تكلفة الـ IPS، وبالتالي فالـ IPS بالمقارنة مع خدمات التأهيل المهني القياسي، فعالة من حيث توفير التكلفة، بل وهي أكثر فاعلية من حيث التكلفة كطريقة لمساعدة الأفراد الذين يعانون من مشاكل صحة نفسية وذلك للاشتغال بوظائف تنافسية.

كلمات مفتاحية: توظيف مُدعم، فاعلية التكلفة، أمراض نفسية شديدة، الاقتصاد، العمل

(عالم الطب النفسي 2013؛ 68: 60-12)

فاعلية التكلفة وتأثيرات الميزانية والتأثيرات الاقتصادية العامة للـ IPS وذلك باستخدام بيانات من تجربة الـ EQOLISE.

الأساليب

التصميم العام لدراسة الـ EQOLISE

لقد تم تعيين في تجربة الـ EQOLISE 312 فردًا يعانون من أمراض نفسية (الفصام واضطرابات مثل الفصام والاضطرابات الثنائية القطب أو الاكتئاب ذو الأعراض الذهانية، وذلك باستخدام معايير الـ IDC-10)، وتم تعيين هؤلاء ليتلقوا إما الـ IPS (n=106) أو خدمات التوظيف القياسية (n=106)، وقد تم أخذ العينة من ستة مدن أوروبية، وهم جروني نجن (هولندا) ولندن (المملكة المتحدة) ورمني (إيطاليا) وصوفيا (بلغاريا) وأولم غونسبيرج (ألمانيا) وزيورخ (سويسرا). لقد كان الأشخاص الذين يحضرون هذه التجربة مرضى ويمرون بالكثير من الصعاب في ممارسة الأدوار الطبيعية لمدة لا تقل عن عامين ولم يشتغلوا بأية وظيفة لمدة لا تقل عن عام، وقد تم متابعتهم لمدة 18 شهرًا.

لقد حصل الأفراد المشتركين في مجموعة الـ IPS على خدمات IPS بمعدلات دقة تتراوح من «جيد» إلى «مقبول» (٦١ لـ ٧٠ من أصل ٧٥ بمتوسط ٦٥) (١١). لقد أتبعنا مقابلات المقارنة التي تم اختيارها لتمثل خدمات التأهيل المهني في كل مدينة، منهج التدريب ثم التوظيف، واشتملت على فترة علاج في الصباح أو عناية داخلية، كما في حالة أولم غونسبيرج.

يواجه الأفراد الذين يعانون من مشاكل نفسية الكثير من التحديات فيما يخص تأمين الوظائف التي تدري عليهم دخلا، وأيضًا تحديات بسبب قلة الأجور (١)، وبالتالي فليس من المدهش أن تؤكد الكثير من المنظمات العامة وغيرها على الاحتياج إلى توجيه مساعدة لمثل هؤلاء الأفراد (٢،٣)، وبينما تتضاعف ضغوط الاقتصاد الكلي وتواجه الميزانيات العامة خفضًا كبيرًا، سيكون أكثر ضغطًا أن نعرف ما إذا كانت هذه المساعدة فعالة من حيث التكلفة (هل تبرر النتائج التكلفة؟) وأيضًا لقياس تأثير الميزانية (ما هو تأثير الميزانية على الإنفاق العام؟).

لقد ظهرت خدمة الدعم والتوظيف (IPS) كوسيلة فعالة لمساعدة الكثير من الناس الذين يعانون من مشاكل صحة نفسية لأن يحصلوا على وظائف تنافسية (٤،٥)، وأن يُشاركوا في المجتمع والاقتصاد. وقد كانت التجربة العشوائية التي قامت بها الـ IPS في مواقع متعددة: في ستة مدن أوروبية (وهي الدراسة الـ EQOLISE) هي الأولى من نوعها التي قامت بدراسة احتمالات أن تكون الـ IPS أكثر تأثيرًا من الخدمات الشبيهة في أوروبا (٦).

لقد وجدت هذه الدراسة أن المشاركين في الـ IPS كانوا أكثر ميلًا للعمل في مواقع تنافسية بل وأنهم عملوا لعدة ساعات أكثر من الأشخاص الذين يحصلون على خدمات أخرى مشابهة، وكان ذلك في الولايات المتحدة (٤) وكندا (٧) وأستراليا (٨) وهونج كونج (٩). لقد تجادل بوند وآخرون (١٠) حول أن المكتشفات الإيجابية التي تدعم الـ IPS في الولايات المتحدة «قد تنتقل جيدًا إلى مناطق جديدة، وذلك كلما كانت البرامج أكثر ولاء لنموذج الـ IPS»، لكن ما هي العواقب الاقتصادية؟ سندرس في هذه الدراسة

أو غيرها من خدمات التأهيل المهني أو المواقع التي تقدم معلومات في فترات متعددة، قمنا بحساب التكاليف الخاصة بكل عميل ولكل خدمة\ توقيت الفترة، وبعد ذلك أخذنا متوسط كل منها لكل مجموعة.

كانت تُحدد تكاليف الخدمات الأخرى عن طريق ضرب معدل استخدام الخدمة في تكلفة الوحدة؛ وقد كانت تكلفة الوحدة عام ٢٠٠٣ (أي عندما بدأت التجربة) تؤخذ من حجم وحدة بحث الخدمات الاجتماعية الشخصية السنوية (PSSRU) الخاص بانجلترا (١٤)، ولأن بعض الدول المتضمنة في هذه الدراسة ليس لها مصادر لمقارنة تكاليف الوحدة بالإضافة إلى التعقيدات التي تنتج باستخدام أسس متعددة للتكاليف، كانت تُستخدم رموز خاصة بانجلترا لكل الدول.

تحاليل

كان يتم تحليل المعلومات باستخدام SPSS لإصدارات ويندوز ١٠.١، ١٢.٠، ١٥) وستاتا ٨.٢، ١٠.١، ١٧) ليندوز. كان يتم تحليل الأفراد في المجموعات التي تم اختيارهم بعشوائية لها، وذلك بغض النظر عن نوع أو مستوى المعلومات التي تم استقبالها من الـ IPS أو غيرها من خدمات التأهيل المهني، وكانت التحاليل تُجرى على كل الستة مراكز في ذات الوقت، وعلى أساس الطاقة الإحصائية مع دراسة لاحقة للنتائج الخاصة بالمركز.

كان يتم مقارنة النتائج في كل مرحلة تقييميه وأيضاً كمجموع فترة الـ ١٨ شهراً بأكملها، وكانت تُقدّم كقيم متوسطة بانحرافات قياسية، وتم الحصول على اختلافات متوسطة و٩٥٪ فترة ثقة وذلك بانحدار تمهيدي غير ثابت (١٠٠٠ حالة تكرار)، والذي اشتمل على خط أساس للتكلفة كعنصر متغيّر.

كان لا بد من إدخال بعض القيم لمعلومات تكلفة الـ ١٨ شهراً وذلك لأن ٨٣ عميلاً كان لديهم معلومات تكلفة مفقودة في واحد أو اثنين من مراحل المتابعة، كانت تُقدّر تكاليف الـ ١٨ شهراً المفقودة باستخدام إجراء تعدد الإدخالات في ستاتا ١٠.١، والتي قدّرت كنموذج تقديري للتكاليف التي تقوم على التكاليف في كل مرحلة ومرحلة عمرية والنوع والدولة والمجموعة العشوائية. كان يُقدّر تأثير الميزانية بعمل مقارنة بين التكاليف الكلية الزائدة عن الـ ١٨ شهراً مع ومن دون إدخالات القيم المفقودة.

كان يُحصى نسب فاعلية التكاليف الإضافية لكل مجموعة نتائج التكاليف التي تُظهر كلاً من نتائج مرتفعة ونتائج أفضل، وكانت تُحسب هذه باعتبارها أقل الاختلافات في التكلفة بين الـ IPS وخدمات التأهيل المهني الذائدة عن فترة الـ ١٨ شهراً للمتابعة وتقسيمها على الاختلاف البسيط بين المجموعات فيما يخص مقاييس النتائج في نفس هذه المرحلة.

لتقييم تأثير أخذ عينات من الشك على افتراض أن الـ IPS فعال من حيث التكلفة في حال أن هناك مستويات مختلفة من الرغبة في دفع (Y) لوحدة إضافية من الفاعلية (يوم عمل إضافي أو ١٪ إضافية في دراسة المشاركين الذين عملوا ليوم واحد على الأقل)، سينحني مؤشر قبول فاعلية التكلفة، ويقوم هذا على أساس الفائدة الكلية للمنهج التي تم تنظيمه (١٨). وكانت هذه قائمة على الصيغة التقليدية (الفائدة الكلية = $Y E - C$) حيث ترمز الـ E إلى الكفاءة (يوماً إضافياً من العمل أو ١٪ إضافية للعملاء الذين اشتغلوا يوماً إضافياً)، ترمز الـ C إلى التكلفة، والـ Y إلى الرغبة في الدفع لوحدة إضافية من الفاعلية.

لقد كان الاختيار العشوائي على مستوى المشاركين وتم تطبيقه باستخدام فكرة تقليل التقنية عن طريق مركز التشخيص وتاريخ العمل (أكثر أو أقل من الاشتغال لمدة عام في وظيفة سابقة)، سنقدم تفاصيل أكثر لاحقاً (٦،١٢).

التقييم الاقتصادي

لقد تم تنفيذ التقييم الاقتصادي من منظور نظام العناية الصحية والاجتماعية، أي الأخذ في الاعتبار بتكاليف العناية الصحية النفسية والجسدية والعناية الاجتماعية (والتي تشمل تجهيزات العناية) وخدمات التأهيل المهني. وساعد حساب عدد الأيام التي اشتغلها المرء في مواقع تنافسية ونسبة الأفراد (العينة) الذين عملوا لمدة يوم واحد على الأقل، ساعد هذا بكونه وسيلة قياس لمدى كفاءة تحاليل التكلفة.

بالإضافة إلى ذلك، أردنا أن ندرس ما إذا كانت الـ IPS توفر التكلفة بالمقارنة مع برامج التأهيل المهني (بمعنى أن تشغيلها يُكلف أقل)، وما إذا كانت نافعة من حيث التكلفة (بمعنى أن النتائج التي تحقّقها الـ IPS تفوق التكلفة عند التعبير عنها بقيم مالية، بالمقارنة مع خدمة التأهيل المهني).

وسائل القياس

يتابع الأفراد العاملون بخدمات التأهيل المهني عمل كل فرد على أساس مستمر، ويبدونون إن كان أي منهم قد عمل ليوم واحد على الأقل في مواقع عمل تنافسية، ويُنبهون أفراد البحث على أيه وظيفة شاغرة يُمكن أن يشتغل بها العملاء، ويقوم أفراد البحث بعد ذلك بالاتصال بالأفراد ويُديروا معهم استطلاعاً للتحقق من ساعات العمل وأيام العمل، وذلك في بداية الاشتغال بالوظيفة وفي نهايتها أيضاً.

لقد تم تجميع معلومات عن صفات الأشخاص ونتائج الخدمات واستخداماتها كخط أساس، ويُعاد هذا الأمر بعد مرور ستة أشهر و١٢ شهراً و١٨ شهراً. لقد تم مراقبة نسخة مصممة من المخزون الديمغرافي الاجتماعي للعميل وأيضاً مخزون استقبال الخدمة - النسخة الأوروبية (CSSRI-EU) (١٣) وذلك في كل من مراحل التقييم هذه وذلك لتجميع بيانات عن مستوى الفرد الديمغرافي الاجتماعي وذلك باستخدام مواقف حية والمهنة والدخل واستخدام خدمات العناية الصحية والاجتماعية واستخدام العقاقير في خلال الستة أشهر السابقة.

لقد تم حساب تكلفة الـ IPS وخدمات التأهيل المهني التقليدية من المعلومات التي تم تجميعها محلياً من هذه الخدمات وفي كل موقع. ولكي نجعل تكاليف الوحدة متوازية مع التكاليف المُقدّرة لخدمات أخرى، قمنا بتطبيق تكلفة وحدة المملكة المتحدة على الموارد البشرية. وقد تم حساب أرباح أخرى ونفقات إضافية على أساس بيانات مستوى الخدمة بنسبة تكلفتهم الكلية والتي اشتملت على تكاليف الرواتب، وقد قمنا بتطبيق نفس هذه النسبة على تكاليف الرواتب التي قدرناها لكل خدمة، وقد تم استبعاد تكاليف أساسية بسبب قلة المعلومات عبر الدول. وحيثما سمح الأمر، كانت التكاليف تتحول باستخدام تعادل القوة الشرائية لأسعار ٢٠٠٣ (بالجنية الإسترليني)، وكانت تقسّم التكاليف الكلية لكل خدمة على عدد العملاء وذلك للحصول على متوسط تكلفة كل عميل والتي كانت مُصممة لتعكس فترة الـ ١٨ شهراً. وبالنسبة للمواقع التي تتعدد فيها خدمة الـ IPS

جدول ١: التكاليف البسيطة للعاية الصحية والاجتماعية (بالجنية الإسترليني، ٢٠٠٣) لمدة ٦ أشهر على T⁰ و T¹ و T² و T³

التوقيت	IPS		خدمات توظيف	خدمات توظيف	خدمات توظيف	الفرق بين الـ IPS وخدمات التوظيف	الفرق بين الـ IPS وخدمات التوظيف	الفرق بين الـ IPS وخدمات التوظيف
	N	متوسط						
التجهيز	١٥٦	٨٢٢	٤٦١٢	١٥٦	٩٢٨	٤٨٠١	١٠٧-	١١٤١,٩٤٦-
	١٤١	٥٣١	١٩٥٢	١٣٠	٣٩١	١٣٨٩	١٤٦	٢٢٢,٥٢٣-
	١٣٣	٤٩٩	١٨٢١	١٣٠	٥٢٣	١٩٧٧	٢٣-	٤٧٩,٤٣٨-
	١٣٢	٥٣٦	١٩٨١	١٢٠	٧٤٨	٢١٦٥	٢٠٦-	٧١٥,٣١١-
خدمات طبية داخلية	١٥٦	٦٠٣٤	١٠,٥٧٥	١٥٦	٥٠٠٧	١٠,٠٤٤	١٠٢٧	١١٢١,٣٢٩٣-
	١٤١	١٨٦١	٦٨٣٠	١٣٠	٤٠٥٦	٩٧٣٧	٢٥٨٠-	٧١٧-,٤٣٣٥-
	١٣٣	٢٤٩٩	٧٩٥١	١٣٠	٣٢٢٢	٨٤٩٠	١٢٥٣-	٣١٢٦,٦٩٦-
	١٣٢	٣٤٤١	١٠,٩١٥	١٢٠	٣٤٧٥	٩١٧٦	٦٠٦-	٢٨٣٧,١٦٤٠-
خدمات طبية خارجية	١٥٦	٤٤٢	١٤١٥	١٥٦	٢٦٩	١١٣٧	١٧٢	١١٩,٤٢٣-
	١٤١	٢٩٦	١١٨٩	١٣٠	١٣٢	٦٤٤	١٦١	٤٠,٣٩٦-
	١٣٣	١٠٧	٤٦٧	١٣٠	١٠٥	٦٣٧	٣	١٣٩,١٢٨-
	١٣٢	٢٤٢	١٣١٤	١٢٠	٤١	١٨٣	١٩٩	١٨,٤٥٥
خدمات أساسها المجتمع	١٥٦	٥١٢	١٥٣١	١٥٦	٤٨٠	١٣٨٨	٣٢	٢٧٣,٣٥٣-
	١٤١	٦٠٥	١٤٧٥	١٣٠	٦٢٦	١٤٨٤	١	٢٨٥,٢٨٦-
	١٣٣	٥٤٣	١٥٤٦	١٣٠	٥٤٤	١٢٤١	١٩	٢٧٤,٣٤٨-
	١٣٢	٩١١	٣٠٠٦	١٢٠	٤٩٨	١٦٢٦	٤١٧	١٥٦,١٠٢٧-
حرف أساسها المجتمع	١٥٦	٩٧٧	١٤٢٧	١٥٦	٨١١	١١٨٢	١٦٦	١٣٢,٤٦٧-
	١٤١	٨٣٥	١٢٣٣	١٣٠	١١٩٨	٢٩٦٠	٤٦٤-	١٠٣٦,١٣-
	١٣٣	١٠٧٣	٤٤٣٥	١٣٠	٧٠٦	١١٧٢	٣٥٥	٢١٩,١٢٣٧-
	١٣٢	٨٣٤	١٦٤٣	١٢٠	٧٩٠	١٣٥٢	١١-	٣٧٧,٣٥٥-
علاج	١٥٦	٤٨٣	٤٩٠	١٥٦	٥٠٢	٥٩٦	١٩-	١٤٤,١٠٣-
	١٤١	٥٥٩	٥٣٨	١٣٠	٥٢٢	٥٦٩	٤٩	٥٠,١٥٦-
	١٣٣	٥٢٠	٦١٣	١٢٨	٥٢٢	٦٠٤	٢٢	٩٠,١٥٥-
	١٣٢	٦٢٤	٧٥٦	١٢٠	٧٠٠	٩٣٥	٦٢-	٢٥٤,١١٧-
المجموع (باستثناء تكاليف التدخلات)	١٥٦	٩٢٦٩	١٠,٩٨٠	١٥٦	٧٩٩٨	١٠,٩٩١	١٢٧١	٩٩٤,٣٦٦١-
	١٤١	٤٦٨٨	٧٢٣٦	١٣٠	٦٩٢٦	١٠,٤١٧	٢٧٢٠-	٨١٣-,٤٦٢٤-
	١٣٣	٥٢٤١	٩٤٢٨	١٢٨	٥٦٩٤	٩٤٦٠	٩٦٠-	١٤٤٣,٣٢٢٨-
	١٣٢	٦٥٨٩	١٢,٥٦٠	١٢٠	٦٢٥٣	٩٩٠٥	٣١٩-	٢٧٨١,٢٣٣٦-

الـ IPS: خدمة الدعم والتوظيف

يشير الـ T⁰ و T¹ و T² و T³ إلى أن التغييرات البسيطة مضبوطة لتقدير أساس عناصر التكاليف ذات الصلة

إلى خدمات أخرى تم استخدامها) للـ IPS ومجموعات التأهيل المهني وبعد ذلك قمنا بمقارنة هذه بتقليل الفائدة الكلية (لكل فرد) في التوزيع العشوائي وضبطها على قاعدة التكاليف، وقد استخدمنا التراجع الذاتي، وكانت القيمة المالية المرتبطة بكل يوم عمل قائمة على الاقتراح القياسي في التحليل الاقتصادي بأن إجمالي الأجر المدفوعة هي تقدير القيمة الاجتماعية لما قد تم أنتاجه. لقد تم حساب متوسط المعدل الإجمالي للدفع لشخص كان يجد دعماً فيما مضى من فوائد الإعانة الاجتماعية بسبب مرض أو إعاقة، تم حسابه من بيانات المملكة المتحدة الخاصة بمقصد من تركوا الدعم وأيضاً الدخل الذي حصلوا عليه عام ٢٠٠٣ (١٩). يُقدم لنا هذا معدل إجمالي للأجر اليومية يصل إلى ٥٤,٨١ جنية إسترليني، والتي كانت تنطبق على البيانات التي تم تجميعها في التجربة على عدد الأيام التي تم العمل فيها، لكن لوحظ أن هذا تحليل لفوائد التكاليف الجزئية،

لقد تم حساب سلسلة من قيم الفائدة الكاملة لكل فرد لمجموعة من قيم Y بين الصفر وحتى ألف جنية إسترليني (بإضافة تصل إلى ٢٠٠ جنية إسترليني)، وبعد حساب الفائدة الكلية لكل فرد ولكل قيمة Y، تم الحصول على معاملات اختلاف في الفائدة الكلية بين المجموعات، وذلك عن طريق سلسلة من الانحدارات الخطية الذاتية (١٠٠٠ تكرار) للمجموعة على الفائدة الكلية. وقد تم دراسة المعاملات الناتجة وذلك لحساب نسبة الوقت بأن مجموعات الـ IPS لها فوائد كلية أفضل من مجموعة خدمات المقارنة لكل قيمة لـ Y. أخيراً، قد تم فرز هذه النسب وذلك لإحداث مؤشرات قبول فاعلية التكلفة تقوم على آراء مُجمعة وخاصة بالموقع، وقد تم استخدام قيم مُدخلة لهذه الحسابات.

ولكي نصل إلى تحاليل فوائد التكاليف (الجزئية)، قمنا بحساب القيمة المالية لأيام العمل ثم طرحنا منها التكاليف الكلية (التدخلات بالإضافة

وذلك لأننا لم نضيف قيم مالية لأيه تطورات ملحوظة في الصحة أو جودة الحياة.

النتائج

عينة

لقد تم تسجيل الشروط الخاصة بصفات أفراد العينة في مكان آخر؛ ولم يكن هناك اختلافات بين الـ IPS ومجموعات التحكم فيما يخص التغييرات الأساسية التي تم قياسها، والتي تشمل الفئة العمرية والنوع والمستوى التعليمي والمستوى المعيشي والوضع القانوني للإقامة وعدد مرات دخول المستشفى على مدى الحياة، وتوزيع التشخيصات والتاريخ المهني، وذلك في خلال الخمسة سنوات الماضية (٦).

الحاصل

وكما ذكرنا سابقاً (٦)، لقد اكتشفت تجربة الـ EQOLISE أن الـ IPS أكثر فاعلية من خدمات التأهيل المهني وذلك فيما يخص كل دخل مهني تمت دراسته: فقد أشتغل ٨٥ (٥٥٪) فرداً من الذين أشتكروا في الـ

IPS يوماً واحداً على الأقل في خلال فترة الـ ١٨ شهراً من المتابعة، وهذا بالمقارنة مع ٤٣ (٢٨٪) فرداً الذين اشتكروا في خدمات التوظيف المهني؛ فقد كان الأفراد المشتركين في خدمة التوظيف المهني أكثر احتمالاً ليطرخوا هذه الخدمة (٤٥٪) ويُعاد إدخالهم المستشفى مرة أخرى (٣١٪) أكثر من الأفراد المشتركين في خدمة الـ IPS (١٣٪ و ٢٠٪ بالتعاقب). اكتشفت أيضاً هذه التجربة أن السياق بالأمر الهام، ومع وجود معدلات بطالة محلية توضح السبب وراء نسبة كبيرة من التقلبات الملحوظة في فاعلية الـ IPS.

جدول ٢: تكاليف الـ IPS وتدخلات خدمات التأهيل المهني في خلال الـ ١٨ شهراً، المتوسط العام لكل عميل (بالجنية الأسترليني، ٢٠٠٣)

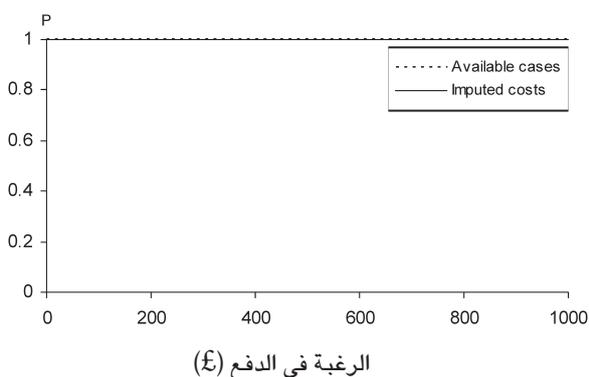
خدمات التأهيل المهني	IPS	
لندن	٢٠٨٦	٣٢٣٤
أولم	١٥٦٨	٨٥٨٦
ريميني	٢٤٦٧	٩٥٢٠
زيورخ	١٨٧٠	١٤,٤٤٧
جرونينجن	١٦٩٢	١٣٨٥
صوفيا	٤٧٥٧	١٥٦٧

جدول ٣: تكلفة التدخلات وتكلفة مجموع الـ ١٨ شهراً (بالجنية الأسترليني، ٢٠٠٣)

الفرق بين الـ IPS وخدمات التوظيف	خدمات التوظيف		خدمات التوظيف		IPS		التدخلات (IPS) خدمات التوظيف الإجمالي
	متوسط	SD	متوسط	N	متوسط	N	
٩٥٪ CI	٤٠٢٢-	٤٨١٦	٦٤٤٦	١٥٦	١١١٠	٢٤٢٤	١٥٦
١٠,٨٥٥,٢٠-	٥٢٣٣-	٢٥,٨٥٥	١٩,٤٨٨	١٠٩	٢٠,٣٢٦	١٥,٤٩٠	١٢٠
٧٨٥٤,٨٦٢-	٣٨٤٥-	٢٣,٥٤١	١٨,٩٩٩	٤٥٦	٢٢,٥١٤	١٦,٤٥٣	١٥٦
٤٢٦٢-، ١٥,٥٤٤-	٩٦١٦-	٢٧,٠٧٦	٢٦,٢٠٦	١٠٩	٢٠,٢٠١	١٧,٨١٤	١٢٠
٣١٥١-، ١٢,٢٤٩-	٧٨٨٠-	٢٤,٨٥٦	٢٥,٤٤٥	١٥٦	٢٢,٣٧٢	١٨,٨٧٧	١٥٦
٢٤٠-، ٧٦٥٤-	٣٧٦٩-	٨٩٢٩	١٠,٩٨٥	٢٥	٥٢٣٢	٧٤١٤	٢٥
٣٤٦٨-، ٢٤,٨٧٥-	١٤,٠٥٧-	٢٤,٢٧٥	٣٣,٤١٤	٢٦	١٧,٨٣٢	١٨,٤٤٢	٢٦
٢٠,٠٣٨,٦٠١-	١٠,٢٦١-	٣٥,١٩٥	٣٦,٤٨٠	٢٦	٣٩,٢٥٦	٣٢,١٩٤	٢٦
٨٥٤٥-، ٢٨,٩٥٦-	١٧,٩٤٤-	٢٢,٦٩١	٣٦,١٣٣	٢٦	١٥,٩٠٨	٢٠,٤٨٣	٢٦
١٣,٤٩٥,١٤,١٧١-	٢٣٣	٢٤,٩١٢	٢٢,٢٠٩	٢٦	٢٣,٣٨٨	٢٢,٤٦٩	٢٦
٦٦٨٤,٢٠٨١-	٢٠٢٦-	٩٨٦٥	١٣,٣٥٩	٢٧	٥٨٧٠	١٢,٠٧٩	٢٧

الـ IPS: خدمة الدعم والتوظيف

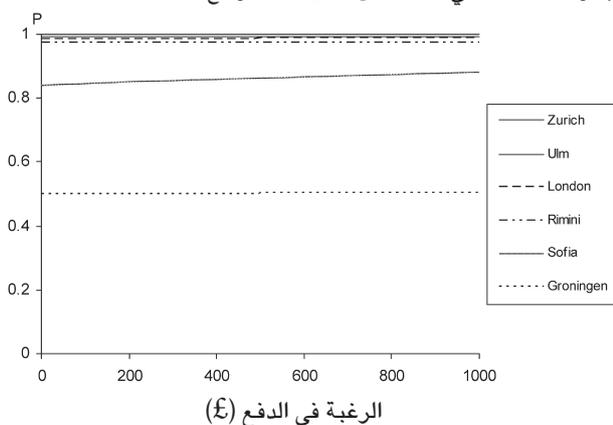
يشير الـ T٠ و T١ و T٢ و T٣ إلى أن التغييرات البسيطة مضبوطة لتقدير أساس عناصر التكاليف ذات الصلة ٨٣ حالة لديها بيانات مفقودة في مرحلة أو مرحلتين من الثلاثة



الشكل ٢: احتمالية أن خدمات الدعم والتوظيف الفردي فعالة من حيث التكلفة بالمقارنة مع خدمات التوظيف فيما يخص مجموعة من قيم الرغبة في الدفع ليوم عمل واحد إضافي
فقد كان مجموع التكاليف في خلال الستة أشهر الأولى أقل لك IPS بأكثر من ٢,٧٠٠ جنية إسترليني لكن لم تكن الاختلافات في خلال السنة اللاحقة كبيرة.

لقد اختلفت تكاليف تدخلات الـ IPS ذاتها ثلاثة أضعاف عبر المواقع (فبلغت ذروتها في صوفيا وأدنى درجاتها في أولم)، بينما اختلفت تكاليف مقارنة التدخلات أكثر من ١٠ أضعاف (فبلغت ذروتها في زيورخ وأدنى درجاتها في جرونينجن؛ أنظر الجدول ٢). أما إذا تابعنا تكاليف التدخلات وحدها، سنجد أن الـ IPS أكثر غلاءً بالمقارنة بغيرها من الخدمات في موقعين من المواقع وأقل غلاءً في أربعة مواقع أخرى.

بقدم الجدول ٣ مجمل التكاليف في خلال الـ ١٨ شهرًا، ويُفرق بين التدخلات والتكاليف الأخرى (مجمعة) بكلاً من مدخلات القيم المفقودة وبدونها، يُقدّم أيضاً التكاليف الكلية (والتي تشمل المدخلات) بحسب الموقع. لقد بلغت تكلفة خدمات الـ IPS بمعدل يختلف من موقع لآخر، ٤,٠٢٢ جنية إسترليني وهو معدل أقل من خدمات التوظيف الأخرى، وقد كان مجموع التكاليف لكل فرد في خلال الـ ١٨ شهرًا (وهذا بحسب الأساس) أقل كثيراً لمجموعة الـ IPS بحوالي الربع، وقد أكد هذا الأمر على المدخلات المتضمنة للقيم المفقودة. لقد كانت التكاليف الكلية المهيمنة أقل لمجموعة الـ IPS في خمسة من أصل ستة مواقع



الشكل ٣: احتمالية أن خدمات الدعم والتوظيف الفردي فعالة من حيث التكلفة بالمقارنة مع خدمات التوظيف فيما يخص مجموعة من قيم الرغبة في دفع ١٪ إضافية للأشخاص الذين يعملون يوماً واحداً على الأقل واحد على الأقل

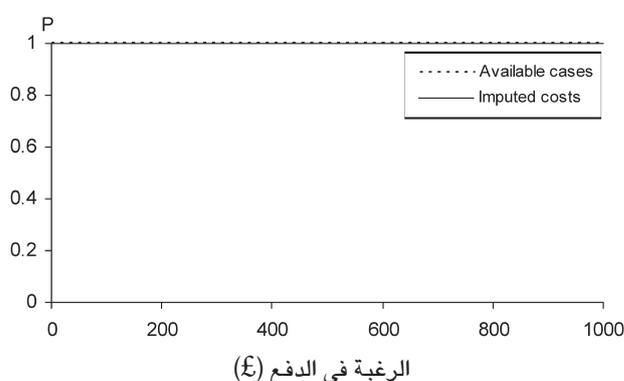
جدول ٤: نسب إضافية لفاعلية تكلفة الـ IPS بالمقارنة مع خدمات التوظيف (تقوم على مجموع تكاليف ١٨ شهرًا)

تكاليف إضافية لكل يوم عمل إضافي	تكاليف إضافية لكل ١٪ إضافية من الذين اشتغلوا يوم واحد على الأقل	منظور التكاليف
هيمنة الـ IPS	هيمنة الـ IPS	الحالات المتاحة بصفة
هيمنة الـ IPS	هيمنة الـ IPS	شاملة التكاليف المدخلة بصفة
هيمنة الـ IPS	هيمنة الـ IPS	شاملة التكاليف المدخلة الخاصة
هيمنة الـ IPS	هيمنة الـ IPS	بلندن
هيمنة الـ IPS	هيمنة الـ IPS	التكاليف المدخلة الخاصة
هيمنة الـ IPS	هيمنة الـ IPS	بأولم
هيمنة الـ IPS	هيمنة الـ IPS	التكاليف المدخلة الخاصة
هيمنة الـ IPS	هيمنة الـ IPS	برميني
هيمنة الـ IPS	هيمنة الـ IPS	التكاليف المدخلة الخاصة
هيمنة الـ IPS	هيمنة الـ IPS	بزيورخ
هيمنة الـ IPS	هيمنة الـ IPS	التكاليف المدخلة الخاصة
هيمنة الـ IPS	هيمنة الـ IPS	بجرونينجن
هيمنة الـ IPS	هيمنة الـ IPS	التكاليف المدخلة الخاصة بصوفيا

الـ IPS: خدمة الدعم والتوظيف

التكاليف

لقد تقلصت كثيراً تكاليف الإقامة الخاصة بمجموعة الـ IPS، والتي إلى حد ما أعلى من تكاليف مجموعات العناية التقليدية، أكثر من تكاليف مجموعات العناية التقليدية، وذلك فيما بعد أول ستة أشهر بعد الاختيار العشوائي، وبالتالي فإن تكاليف الإقامة الداخلية المعدلة هذه في خلال أول ستة أشهر كانت أقل من الـ IPS أكثر من مجموعة العناية التقليدية (جدول ١)، لكن قد تقلص هذا الفرق في خلال الستة أشهر اللاحقة، وكانت تكاليف الإقامة الداخلية هذه متشابهة في خلال الستة أشهر الأخيرة. وبالمقابل، كانت تكاليف المرضى الخارجيين أعلى لمجموعة الـ IPS في خلال فترة متابعة الستة أشهر، إلا أن الاختلاف كان ضئيلاً.



الشكل ١: احتمالية أن خدمات الدعم والتوظيف الفردي فعالة من حيث التكلفة بالمقارنة مع خدمات التوظيف فيما يخص مجموعة من قيم الرغبة في دفع ١٪ إضافية للأشخاص الذين يعملون يوماً واحداً على الأقل واحد على الأقل

(أي باستثناء جرونينجن)، باختلافات إحصائية هامة في لندن وأولم وزيورخ.

فاعلية التكلفة

لقد تم حساب نسب فاعلية التكلفة الإضافية لكل ناتج، وذلك واحداً تلو الآخر؛ أولاً للعيونة ككل وبعد ذلك لكل من المواقع الستة (جدول ٤). وقد سادت الـ IPS مراقبة الحالة في الخمسة مواقع التي كانت بها التكاليف الكلية منخفضة، أي أنها كانت أكثر فاعلية على حد سواء (فيما يخص قياس النتائج) وأقل تكلفة. وفي موقع جرونينجن، قد أدى أمر إنفاق ٣٠ جنية إسترليني إضافياً لكل فرد في خلال الـ ١٨ شهراً، عن طريق التحويل من خدمات التوظيف التقليدية إلى الـ IPS إلى ١٪ إضافية للأفراد الذين يعملون ليوم واحد على الأقل في موقع تنافسي، أي ١٠ جنية إسترليني لكل فرد قام «بشراء» يوم عمل إضافي. لكن جدير بالملاحظة أن الاختلاف في الـ ٢٤,٢ يوماً عمل كان كبيراً فيما يتعلق باختلاف الـ ٧,٧٪ في نسبة الأفراد الذين عملوا يوماً واحداً على الأقل، وذلك لأن فرداً واحداً في خدمة الـ IPS عمل ٤٥٦ يوماً في خلال فترة الـ ١٨ شهراً، وإذا تم استبعاد هذا الفرد من التحليل، سينحدر الاختلاف في أيام العمل إلى ٨,٣، وبعد هذا الاستبعاد ستكون في حاجة إلى الـ ٢٨ جنية إسترليني لتحقيق يوم عمل واحد إضافي.

تشرح مؤشرات قبول فاعلية التكلفة احتمال أن الـ IPS فعال من حيث التكلفة بالمقارنة مع خدمات التوظيف وذلك لأن دور الكمية هو من يصنع القرار ومن يرغب في دفع ١٪ إضافية للعملاء الذين يشتغلون ليوم واحد على الأقل في خلال مدة الـ ١٨ شهراً أو ليوم عمل واحد إضافي (الشكل ١ و٢ بالتعاقب)، وقد كان هذا إلى حد ما مساوياً لـ ١ في كل حالة، وذلك لأن بداية الرغبة في الدفع تتراوح بين الصفر وحتى ١٠٠٠ جنية إسترليني، ولم يقدم استثناء أو إشمال القيم المدخلة اختلافاً جوهرياً في النتيجة. لقد كانت مؤشرات قبول فاعلية التكلفة بالأمر المخطط لكل موقع وذلك لأن النتائج قد قاست «١٪ إضافية للعملاء العاملين» (صورة ٣). ومع أحجام العينات الصغيرة الموجودة، تظهر زيورخ وأولم ولندن وريميني نسبة احتمال أعلى بأن الـ IPS فعال من حيث التكلفة، وتليها صوفيا بمسافة قريبة، أما جرونينجن فقد أظهرت أقل المستويات، وبالتالي وبسبب هذا الدليل ستفسر الـ IPS وخدمات التوظيف بكونهما متساويتان في هذا الموقع. وأما من جهة تحاليل الحساسية، فقد ازدادت الرغبة في دفع ١٪ إضافية للعملاء الذين يشتغلون في موقع جرونينجن إلى ٥,٠٠٠ جنية إسترليني و١٠,٠٠٠ جنية إسترليني. ولا يزال زيادة احتماليه فاعلية التكلفة فقط ٥,٥٤٥ عند بداية الـ ١٠,٠٠٠ جنية إسترليني.

فوائد التكلفة

يتراح الفرق بين تكلفة التدخلات وقيمة التوظيف الذي تم تحقيقه (أيام العمل وقيم إجمالي الأجور المتوقعة في المملكة المتحدة لشخص حصل على وظيفة بعد أن كان يعتمد على فوائد تدعيم المساعدات الاجتماعية بسبب مرضه أو إعاقته) بين ٩,٤٤٠ جنية إسترليني، لأشخاص في مجموعة الـ IPS و٢٥,١٥١ جنية إسترليني لأشخاص في مجموعة إعادة التأهيل المهني. تدل هذه العلامات السلبية أن تكاليف التدخلات والدعم قد زادت عن القيمة المالية لحالات التوظيف التي تمت. وللمقارنة

بين المجموعتين، تم استخدام عامل التراجع الذاتي (١٠٠ حالة متكررة) لتنظيم التكاليف الأساسية (أي أن تتماشى مع التحاليل الأخرى خاصتنا). وقد كانت الاختلافات التي ظهرت في صافي الفوائد ما يزيد عن ١٧,٠٠٥ جنية إسترليني في صالح الـ IPS، وبكلمات أخرى، يُظهر تحليل فوائد التكلفة (الجزئي) هذا أن الـ IPS تقدم استخداماً أكثر فاعلية للمصادر أكثر من نظرائها في المقارنة.

مناقشة

إن التوظيف من أكبر العوامل المساهمة في حالة المرء الاقتصادية ومكانته الاجتماعية وأيضاً في المستوى المعيشي، لكن للأسف، ترتفع معدلات البطالة بين الأشخاص الذين يعانون من أمراض نفسية شديدة، مثلاً قد أدلت دراسة أوروبية قامت على خمسة دول، أن أقل من ربع الأشخاص الذين يعانون من الفصام يعملون في وظائف تدري عليهم دخلاً؛ وكانت النسبة منخفضة في لندن، فقد وصلت إلى ٥٪ (٢٠). إن التأثير الاقتصادي والاجتماعي لمشاكل التوظيف بالأمر الكبير، فقد يعني الأمر للأفراد مدة طويلة من الاعتماد على خدمات الإعانة ووظائف قليلة الدخل وغير ثابتة وأيضاً المكوث في فخ الإعاقة الذي يصعب الهرب منه (٢١)، وأما للمجتمع بشكل عام، فإن التأثير يكمن في خطورة أن يصبح هناك فئة من الناس المهمشة والمُعزلة اجتماعياً (٢١)، وأيضاً ارتفاع في الأسعار؛ فتخسر الإنتاجية بسبب أن البطالة أو الغياب يؤثر على نسبة كبيرة من التكلفة الكلية للفصام، وذلك في الكثير من الدول (٢٢).

تؤكد السياسات العامة في الكثير من دول العالم على أهمية الترويج لفرص العمل بين المجموعة المكومة من الناس، والتي تشمل الأفراد الذين يعانون من إعاقات وأمراض نفسية (٢٠٣)، وبالرغم من أن سياسة الاهتمام تميل إلى التركيز أكثر على الأفراد الذين يعانون من اضطرابات نفسية شائعة، إلا أن الكثير من المحاولات قد تمت لتطوير وسائل الحصول على وظائف للأفراد الذين يعانون من مشاكل نفسية كبيرة، وتشمل هذه تطوير بيئة عمل مُحصنة ونماذج لأماكن تلاقي وشركات اجتماعية، وهو بالأمر الحديث، والاندماج في مواقع عمل تنافسية بدون خطوات إعداد سابقة، وأيضاً أتباع منهج الـ IPS. يسعى الـ IPS إلى أن يشتغل الأفراد بوظائف مفتوحة الدفع، وأيضاً إمدادهم بدعم مكثف ومستمر؛ ولهذا الاتجاه تاريخ مُشجّع في العديد من المناطق في الولايات المتحدة، وهناك بدايات لدراسته في أماكن أخرى، ونحن في حاجة إلى هذه الدراسة الواسعة وذلك لأن نظام الصحة الأوروبية، مثلاً، وأنظمة الفوائد وأسواق العمالة تختلف بطرق هامة عن نظرائها في الولايات المتحدة.

لقد كانت الـ IPS في التجربة الأوروبية المتعددة المراكز، مهيمنة على خدمات التوظيف البديلة والتي كانت تتطابق معها، مما أدى إلى نتائج أفضل فيما يخص كلاً من نسب الأفراد الذين اشتغلوا يوماً واحداً على الأقل وعدد الأيام التي عملوا فيها بخفض التكلفة الإجمالية للحكومة المتعددة لخدمات العناية الصحية والاجتماعية. وقد تم أتباع هذا النموذج في خمسة مراكز أوروبية من أصل ستة؛ حيث كانت جرونينجن مُستثناء. ومع تضمن القيم المدخلة تم المحافظة على الاختلافات. ينتج تحليل عدم الدقة، باستخدام مؤشرات قبول فاعلية التكلفة، نظرة شاملة مناسبة عن النتائج، سواء أكانت القيم المدخلة مُستخدمة أم لا، والتي فيها تكون الـ IPS كوثيقة فعالة من حيث التكلفة أكثر من خدمات التوظيف القياسية، وحتى إذا كان صانع القرار لا يرغب في دفع أي شيء لـ ١٪ إضافية من

العملاء الذين يعملون يوماً واحداً على الأقل أو ليوم عمل واحد إضافي. سينتج الـ IPS هذا نتائج توظيف تنافسية أفضل من خدمات التوظيف المماثلة في أوروبا، وهذا ليس بالأمر المدهش، نظراً إلى أن الـ IPS قد فعلت هذا في كل الأماكن التي تم اختبارها فيها، سواء أكان هذا في الولايات المتحدة أو كندا أو أستراليا أو هونج كونج (١٠). إن الاستثناء الوحيد هو دراسة الاحتياجات والعمل المدعم (SWAN) (٢٣)، بالرغم من ظهور الاهتمام بدقة خدمات الـ IPS المقدمة (٢٤).

هناك القليل من نتائج فاعلية التكلفة التي بإمكانها أن تضع إطاراً لنتائج هذه الدراسة؛ فقد قدمت فقط ثلاثة تجارب سابقة لـ IPS تقاريراً عن نتائج فاعلية التكلفة، بل وأن نتائج فوائد التكلفة أكثر ندرة. لقد قام ديكسون وآخرون بمقارنة الـ IPS ببرنامج تأهيل مهني قوي في إحدى المدن الداخلية بواشنطن، أن الـ IPS يسمح للعملاء بأن يحققوا ساعات إضافية من العمل التنافسي بمعدل تكلفة يصل إلى ١٣ جنية إسترليني في الساعة أو ٢٨٣ جنية إسترليني لكل أسبوع إضافي من العمل التنافسي (حساب تكاليف الصحة النفسية المباشرة). لقد وجدت تجربة SWAN أنه بالرغم من أن تكلفة التدخل وصلت إلى ٢٩٦ جنية إسترليني لكل عميل، إلا أن المشاركين بمجموعة المراقبة الذين سُمح لهم بالدخول للمستشفى قد بقوا لفترة أطول، وبالتالي فقد زاد مجموع التكاليف ٢١٧٦ جنية إسترليني كمتوسط عملاء مجموعة المراقبة، وبالتالي فإن التدخل فعال من ناحية التكلفة (تكاليف أقل وفاعلية مُشابهة)، لكن لا يُحتمل أن يرتبط الإدخال في أمر الاحتجاز بالمستشفى بالتدخلات التي تتصف بالضعف (٢٣،٢٦). لقد قُدِّر كلارك وآخرون (٢٧) فيما يخص تطبيق إطار عمل فوائد التكلفة لتجربة نيو هامبشاير التابعة لـ IPS نسبة فوائد تكاليف الـ IPS أعلى من مجموعة تدريبات المهارات وذلك من منظور المجتمع ككل (٢،١٨) بالمقابل مع (٢،٠٧) وأيضاً منظور الحكومة (١،٧٤) بالمقابل مع (١،٣٩). وقد كانت هنا كلاً التدخلات مرتبطة بإنقاصات كبيرة وتقريباً متشابهة في تكاليف الاحتجاز بالمستشفى.

يرتبط الاختلاف في هذه الدراسة بشكل جزئي بالـ IPS ذاته، أي بكونه أقل تكلفة من الخدمات المُشابهة؛ فتكلفته أقل من الخدمات المُشابهة في أربعة مواقع، يرتبط الاختلاف أيضاً بالتكاليف المنخفضة للاحتجاز بالمستشفى - بعكس ما تم اكتشافه في تجربة واشنطن. لقد قدمت ثلاثة دراسات من الخمسة دراسات تجريبية كانت تبحث عن علاقة بين القبول بالمستشفى (أو أيام الاحتجاز بالمستشفى) والدخول في الـ IPS تقارير عن عدم وجود دلائل عن علاقة ربط (٢٨-٣٠) بينما قدمت دراستان آخرتان تقاريرها عن القبول في مجموعة الـ IPS (٣١،٣٣)، لكن وُجد في حالة واحدة القليل من حالات السماح بالدخول، وذلك بين الأفراد الذين أكثروا من استخدام خدمات الصحة النفسية الخارجية (٣٢).

هناك العديد من الأسباب وراء لماذا قد تقلل الـ IPS من اللجوء إلى المستشفى، وقد يحدث أن يلاحظ المستشارون المهنيون، مثلاً، علامات تدل على أن عميلهم سيتعرض لأزمة، ثم يقوم بتنبيه الأطباء الإكلينيكين الخاصين به، وقد يكون لعلاقتهم مع العميل تأثيراً علاجياً؛ فقد يختبر العملاء الذين يبدأون في العمل تطوراً في الأعراض وأيضاً في تقدير الذات (٣٤،٣٥) والتي بدورها قد تقلل من عدد أيام الاحتجاز بالمستشفى. تقترح الدراسات التي بحثت في تأثير العمل على تكاليف العلاج ككل، أن العملاء الذين يدخلون في عمل (والذي تُسهله الـ IPS لكن لا تضمنه) ينتج ذلك تقليل تكاليف العلاج (٣٦-٣٨) ويتأثر هذا كثيراً بكيفية استخدام المرضى الداخليين.

في هذه الدراسة التي نحن بصدها، قد تقلص بشكل كبير اللجوء إلى الاحتجاز بالمستشفى من قبل مجموعة الـ IPS وذلك فقط في خلال الستة أشهر الأولى، وقد تلاشى الاختلاف بصورة أساسية عند نهاية فترة المتابعة. وتدل المزيد من الدراسات (لا تُذكر هنا) على وجود تقلبات كبيرة في اختلافات تكاليف الاحتجاز بالمستشفى بين الـ IPS ومجموعات مُشابهة في الكثير من المواقع مع مرور الوقت. ويدل ، في حقيقة الأمر، تراجع كلاً من التأثيرات الثابتة والتأثيرات العشوائية لتكاليف الاحتجاز بالمستشفى مع مرور الوقت والخدمة والتفاعل بينهما على وجود اتجاه عام منخفض في تكاليف الاحتجاز بالمستشفى، لكن لا يوجد اختلافات بين اتجاه الـ IPS والخدمات التقليدية ($p = ٠,٣٤$ و $٠,٤٤$ بالتعاقب)، وبالتالي قد يكون الاختلاف الذي ظهر عند فترة الستة أشهر من محض الصدفة، فقد أنتج الـ IPS في موقع واحد من أصل ستة (وهو جرونينجن) نسبة أعلى من التكاليف، أعلى من تدخلات المقارنة (لكن لم يكن الاختلاف كبيراً)، وقد كان هذا الموقع الذي تحقق فيه الـ IPS بأقل الطرق فاعلية بالمقارنة مع الخدمات التقليدية الأخرى؛ فتبدو وكأنها تمثل خبرة شاذة. تقدم أيضاً الاختلافات في تكاليف خدمة التوظيف في الكثير من المواقع، بعض التعليقات، فتختلف تكاليف الخدمات الأخرى بشكل كبير من موقع لآخر، وذلك بافتراض عدم التجانس في خدمات التوظيف التقليدية. لقد كان الاختلاف الكبير (ثلاثة أضعاف) في تكاليف خدمات الـ IPS بالأمر المدهش، وذلك لأن تكاليف نفس الوحدة كانت تُستخدم لحساب هذه التكاليف عبر المواقع، وأيضاً لأن كل المواقع قد حققت مستويات الجيد أو المقبول من الدقة لنموذج الـ IPS (٦). أما الاختلافات في البنية التحتية فقد يرجع إلى بعض المتغيرات في تكاليف تدخلات الـ IPS.

لقد تم إدارة فاعلية التحاليل من منظور نظام الرعاية الصحية، مع مقاييس تقيس فقط مُدخلات العناية الصحية والاجتماعية، وبالرغم من أنه قد تم قياس الفاعلية من حيث الوظائف التي تحققت، إلا أن هذا الهدف كان فعالاً في خدمات الصحة النفسية. وعندما عدنا إلى الحديث عن فوائد التكاليف، قمنا بإرفاق قيمة مالية لأية مكاسب سريرية أو حياتية، وحتى بهذه الطريقة، وضح هذا التحليل الجزئي القيمة الاجتماعية الواسعة لمنهج الـ IPS.

إن حجم العينة الصغير لتحاليل التكلفة هو بمثابة محدودية للدراسة، بالرغم من كونها محدودية يصعب تجنبها نظراً إلى تعقيد (وتكاليف) إدارة مثل هذه الدراسات. قد يُعتبر استخدام تكاليف وحدة لندن لكل مواقع الدراسة بأنها محدودية للدراسة، إلا أنه لا يُمكن تجنب هذا نظراً إلى وجود بيانات خاصة بالدولة وذلك لإحصاء تكاليف صالحة للوحدة. بالإضافة إلى ذلك، يُقدّم استخدام تكاليف وحدة خاصة بالدولة المزيد من الاختلافات العرضية التي سنحتاج إلى ضبطها لأجل التحاليل. إن تكاليف الوحدة، في حقيقة الأمر، للخدمات الصحية والعناية الاجتماعية يدفعها معدلات الأجر المحلية، فتميل معدلات الأجر المنخفضة في بعض المواقع، مثل في صوفيا، إلى خفض كل تكاليف الوحدة بشكل نسبي، وبالتالي فلا يُحتمل أن تتغير الاختلافات الملحوظة في التكاليف بين الـ IPS وغيرها من الخدمات الأخرى فيما يخص القيمة. ومن المحدوديات الأخرى هو أنه لم يكن من الممكن الأخذ في الاعتبار التغييرات التي حدثت في فوائد تكاليف الرعاية الاجتماعية والمرتبطة بفوائد البطالة أو التغييرات في إسهامات ضرائب الدخل؛ أما بالنسبة لتحاليل فاعلية التكلفة فيعتبر هذا الأمر غير وثيق بالموضوع، وذلك لأنها مدفوعات تحويل، إلا أنهم سيكونوا ذات منفعة لحكومة ليست لديها رأس مال فيهم.

- placement and support v. treatment as usual. *Br J Psychiatry* 2008;193:114-20.
9. Wong K, Chiu R, Tang B et al. A randomised controlled trial of a supported employment program for persons with long-term mental illness in Hong Kong. *Psychiatr Serv* 2008;59:84-90.
 10. 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.
 11. Bond GR, Becker DR, Drake RE et al. A fidelity scale for the Individual Placement and Support model of supported employment. *Rehabil Couns Bull* 1997;40:265-84.
 12. Catty J, Lissouba P, White S et al. Predictors of employment for people with severe mental illness: results of an international sixcentre randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2008;192:224-31.
 13. Chisholm D, Knapp M, Knudsen HC et al. Client Socio-demographic and Service Receipt Inventory — EU version: development of an instrument for international research. *Br J Psychiatry* 2000;177(Suppl. 39):28-33.
 14. Curtis L, Netten A. Unit Costs of Health and Social Care 2003. Canterbury: PSSRU, University of Kent, 2003.
 15. SPSS Inc. SPSS for Windows Release 12.0.1. SPSS Inc, 1989-2001.
 16. StataCorp LP. STATA 8.2 for Windows. StataCorp LP, 1985-2004.
 17. StataCorp LP. STATA 10.1 for Windows. StataCorp LP, 1985-2009.
 18. van Hout BA, Al MJ, Gordon GS et al. Costs, effects and C/Eratios alongside a clinical trial. *Health Econ* 1994;3:309-19.
 19. Bowling J, Coleman N, Wapshott J et al. Destinations of benefit leavers. London: Department for Work and Pensions, 2004.
 20. Knapp M, Chisholm D, Leese M et al. Comparing patterns and costs of schizophrenia care in five European countries: the EPSILON study. *Acta Psychiatr Scand* 2002;105:42-54.
 21. Drake RE, Bond G, Thornicroft G et al. Mental health disability: an international perspective. *J Disability Policy Studies* (in press).
 22. Knapp M, Mangalore R, Simon J. The global costs of schizophrenia. *Schizophr Bull* 2004;30:279-93.
 23. Howard L, Heslin M, Leese M et al. Supported employment: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2010;196:404-11.
 24. Latimer E. An effective intervention delivered at sub-therapeutic dose becomes an ineffective intervention. *Br J Psychiatry* 2010; 196:341-2.
 25. Dixon L, Hoch JS, Clark R et al. Cost-effectiveness of two vocational rehabilitation programs for persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2002;53:1118-24.
 26. Heslin M, Howard L, Leese M et al. Randomised controlled trial of supported employment in England: 2 year follow-up of the Supported Work And Needs (SWAN) study. *World Psychiatry* 2011;10:132-7.
 27. Clark RE, Xie H, Becker DR et al. Benefits and costs of supported employment from three perspectives. *J Behav Health Serv Res* 1998;25:22-34.
 28. Bailey E, Ricketts S, Becker D et al. Do long-term day

عندما تسعى مؤسسات عامة إلى إدخال مبادئ لتطوير معدلات العمالة بين الأشخاص الذين لديهم احتياجات صحية نفسية، لا يقدموا الكثير من الاهتمام للأشخاص ذوي الاحتياجات الشديدة، وقد يرجع هذا إلى عدد الأشخاص القليل، وبالطبع لأنه لا يؤمن أصحاب القرار أنه يمكن عمل الكثير بأية تكاليف متاحة، لكن تقدم الدراسة الأوروبية التي قامت على ستة دول، صورة أكثر تفواؤلاً.

إن هذه ليست مجرد قضية لمساعدة أن ينتقل الأفراد من حالة البطالة إلى العثور على وظيفة، بل هي قضية مخاطبة احتياجات الأشخاص الذين يواجهون مشاكل طويلة الأمد. إن التوظيف مصدر دخل واستقلال وهو أيضاً مساهم كبير في عملية العزل الاجتماعي وتقرير المصير الذاتي والتعافي؛ وبالتالي فيبدو أن الـ IPS تقدم وسائل فعالة وأيضاً تكاليف صالحة من حيث الفاعلية لمساعدة الأشخاص الذين يعانون من أمراض نفسية شديدة ليقربوا من تحقيق أهدافهم الوظيفية.

شكر وتقدير

لقد تم تدعيم هذه الدراسة من قبل منحة من اللجنة الأوروبية ومؤسسة جودة الحياة وإدارة برامج المصادر الحية، QLRT 2001-2003، ووجب الشكر إلى ماكهوج لتقديمه نصائح منهجية، وللدكتور بيكر لقيامه بتدريب العاملين بمجموعة الـ IPS، وشكر خاص أيضاً للعاملين بمجموعة الـ IPS ذاتها، وهم لويس (لندن)، ودورن وماريشكا (أولم)، وبيجاري (ريميني) وبارتش وميفير (زيورخ) وميكي ابيما وجانسن وهوميل (جرونينجن)، وكاراجينيف (صوفيا). يتقدم الكاتب أيضاً بشكر فيرنانديز (مدرسة لندن للاقتصاد) لتعليقه على المسودة السابقة.

المراجع:

1. Marwaha S, Johnson S, Bebbington P et al. Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany. *Br J Psychiatry* 2007;191:30-7.
2. Department of Health. No health without mental health: a crossgovernment mental health outcomes strategy for people of all ages. London: Department of Health, 2011.
3. European Commission. Improving the mental health of the population: towards a strategy on mental health for the European Union. Brussels: Commission of the European Union, 2005.
4. Bond GR, Drake RE, Becker DR. An update on randomised controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatr Rehabil J* 2008;31:280-90.
5. Corrigan PW, Mueser KT, Bond GR et al. Principles and practice of psychiatric rehabilitation: an empirical approach. New York: Guilford, 2008.
6. 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.
7. Latimer E, Lecomte T, Becker D et al. Generalisability of the individual placement and support model of supported employment: results of a Canadian randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2006;189:65-73.
8. Killackey E, Jackson HJ, McGorry PD. Vocational intervention in first-episode psychosis: individual

34. Bond G, Resnick S, Drake R et al. Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness? *J Consult Clin Psychol* 2001;69:489-501.
35. Mueser KT, Becker DR, Torrey WC et al. Work and non-vocational domains of functioning in persons with severe mental illness: a longitudinal analysis. *J Nerv Ment Dis* 1997;185:419-26.
36. Bush P, Drake R, Xie H et al. The long term impact of employment on mental health service use and costs for persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2009;60:1024-31.
37. Perkins DV, Born DL, Raines JA et al. Program evaluation from an ecological perspective: supported employment services for persons with serious psychiatric disabilities. *Psychiatr Rehabil J* 2005;28:217-24.
38. Schneider J, Boyce M, Johnson R et al. Impact of supported employment on service costs and income of people with mental health needs. *J Ment Health* 2009;18:533-42.
DOI 10.1002/wps.20017
29. Becker DR, Bond GR, McCarthy D et al. Converting day treatment centers to supported employment programs in Rhode Island. *Psychiatr Serv* 2001;52:351-7.
30. Clark RE, Bush PW, Becker DR et al. A cost-effectiveness comparison of supported employment and rehabilitative day treatment. *Admin Policy Ment Health* 1996;24:63-77.
31. Drake RE, Becker DR, Biesanz JC et al. Rehabilitative day treatment vs. supported employment: I. Vocational outcomes. *Commun Ment Health J* 1994;30:519-31.
32. Drake R, Becker D, Biesanz JC et al. Day treatment vs supported employment for persons with severe mental illness: a replication study. *Psychiatr Serv* 1996;47:1125-7.
33. Henry AD, Lucca AM, Banks S et al. Inpatient hospitalisations and emergency service visits among participants in an Individual Placement and Support (IPS) model program. *Ment Health Serv Res* 2004;6:227-37.

قد نسمع من يقول، «لقد خسرت كل شيء في لحظة واحدة»: التعامل مع الأسى والفقدان بعد الكوارث الطبيعية

SAMANTHIKA EKANAYAKE¹, MARTIN PRINCE², ATHULA SUMATHIPALA³, SISIRA SIRIBADDANA³, CRAIG MORGAN⁴

¹Health Systems and Health Equity Research Group, Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Canada; ²Section of Epidemiology, Institute of Psychiatry, King's College, London, UK; ³Institute for Research and Development, Colombo, Sri Lanka; ⁴Section of Social Psychiatry, Institute of Psych King's College, London, UK

تسبب الكوارث الطبيعية الكثير من المعاناة في المجتمعات التي تتأثر بها، وتحدث أغلبها في الدول النامية التي لديها القليل من المصادر التي يُمكنها الاستجابة للخدمات والمشكلات التي تنتج عنها، وكنتيجة لذلك، ينبغي على الناجين أن يعتمدوا على مصادر المساعدة الخاصة بهم ويأخذوا مما تبقى من دعم في الأسرة والشبكات الاجتماعية والمجتمع الواسع وذلك ليتدبروا ويتعاملوا مع خسارتهم والمحنة العاطفية التي تنتج عن هذه الخسارة. وبأخذ إعصار تسونامي الذي حدث في آسيا كمثال، تقدم هذه المقالة تقريراً عن اكتشافات قدمتها دراسة كمية مُعدة لدراسة كيف تعامل الناجون في سريلانكا، وتقدم أيضاً مجموعة من استراتيجيات التعامل المتبناه والمصادر المُحتشدة. لقد تم عمل مقابلات دقيقة مع 38 ناجي، تم اختيارهم بشكل مقصود من منطقة ماتارا في جنوب سريلانكا. وتؤكد أقاويل الناجين على أهمية عمل شبكة اجتماعية ممتدة وممارسات دينية وتقاليد ثقافية وذلك لتسهيل عملية التعافي وتأييد الرفاهية العاطفية. لقد كانت الحكومات واستجابات المعونة الخارجية التي روجت لهذه الأمور عن طريق المساهمة في إعادة تشييد الحياة الاجتماعية والثقافية والاقتصادية بالأمر المُقدر لدى المشاركين. لقد كان اللجوء إلى العناية الصحية النفسية والتدخلات النفسية الغربية بالأمر المحدود، فقد كان الناجون يفضلون طلب مساعدة من المعالجين الدينيين والتقليديين، وتفتقر دراساتنا، بشكل مؤقت، أن الصحة النفسية الطويلة الأمد التي تلي حدوث كارثة ما قد يروجها أو لا تدعم إعادة تشييد تلك المصادر التي تحدث بشكل طبيعي، والتي تستطيع المجتمعات عن طريقها الاستجابة للمعاناة.

كلمات مفتاحية: كارثة طبيعية، صدمة، مرونة وتعاون، كارثة عاطفية

(عالم الطب النفسي 2013:75-12:69)

الذي ضرب قارة آسيا عام ٢٠٠٤ (١٤،١٥) ومع الناجين من الزلزال الذي ضرب الصين عام ٢٠٠٨ (١٦)، وأيضاً مع الناجين من الفيضانات التي حدثت في بنجلاديش عام ١٩٩٨-٢٠٠٥ (١٧)، وتفتقر كل هذه الدراسات أن استراتيجيات التعاون ستخفف من تأثير الكارثة.

لقد استخدمت أغلب الدراسات حتى الآن أساليباً كمية بمقاييس معيارية لتقييم أمر التعاون، وقد استخدمت القليل جداً من الأبحاث أساليباً عميقة لدراسة كيف يتدبر ويتعاون الناجون من الكوارث (٥) وقد كانت الدراسة الكمية الوحيدة التي قامت مع الناجين من إعصار تسونامي الذي ضرب آسيا عام ٢٠٠٤ في تاميل نادو بالهند (٤). وقد عرّف من قاموا بهذه الدراسة مجموعة من الاستراتيجيات التي أستخدمها الناجون (مثل قبول الخسارة وتحمل الصعوبة والتجمعات الاجتماعية لتذكّر من ماتوا والتخطيط لإعادة الزواج). إن أكثر أشكال التعاون شيوعاً هو الجانب الروحي (أي الصلوات التي تُرفع لراحة الميت والطقوس وطلب مساعدة روحية)، لكن إدراكنا عن كيف يُدبر الناجون ويديروا المصادر ليتمكنوا من التعامل مع الكارثة، لا يزال بالأمر المحدود.

لقد بدأنا دراسة استراتيجيات التعاون التي تبناها ناجون إعصار تسونامي ٢٠٠٤ في سريلانكا ليتمكنوا من التعامل مع مجموعة من المشاكل النفسية والاجتماعية، وذلك باستخدام الوسائل النوعية العميقة.

الوسائل

لقد كان الموقع الذي قامت فيه هذه الدراسة هو منطقة ماتارا الواقعة بجنوب سريلانكا، والتي قد تأثر بها ١٩،٧٤٤ أسرة وتم نزوح ٢٢٣٥ أسرة

تحدث الكوارث الطبيعية حول العالم بنسب متزايدة، خاصة بسبب الاتجاه المتصاعد للأرصاء الجوية المائية (١،٢)، وأن أغلب هذه الكوارث الطبيعية سريعة وغير متوقعة، وبالتالي يواجه العديد من الآلاف خسائر ضخمة يلاحقها مصاعب اجتماعية واقتصادية كبيرة وهائلة، لكن قد قُدرت المنظمة العالمية للصحة أن فقط ٥-١٠٪ من الأشخاص الذين في مجتمعات قد أثرت فيها الكوارث يتطور لديهم مشاكل نفسية وعاطفية كبيرة وتحتاج إلى تدخل طبي، وما هو أكثر من ذلك، وكما يبدو هو أنه لديهم مصادر يُمكنها تخفيف تأثير الأسى والصدمة، وبالطبع يعتمدون على مصادر المرونة الداخلية والتدعيم الخارجي (٣). تحدث أغلب الكوارث الطبيعية في الدول النامية، وهي التي تندر فيها خدمات الصحة النفسية، وي طرح هذا الأمر الكثير من الأسئلة الهامة عن كيف يستطيع الأفراد والمجتمعات المتأثرون بالكوارث الطبيعية أن يُعالجوا ويتعاملوا مع الصدمة والخسارة الناتجة عن الكارثة، وأيضاً أسئلة عن المكان اللائق لخدمات الصحة النفسية، خاصة التدخلات النفسية.

لقد كان التأقلم والمرونة واحدة من أولى اهتمامات الباحثين الذين قدموا دراسات عن المجتمعات المتأثرة بالكوارث (٤،٥)، فتعتمد إمكانية على التأقلم والتعافي من الخسارة بمجموعة من العوامل (٦) قبل وقت الكارثة وفي أثناء فترة الكارثة وبعد فترة الكارثة (٧)، فيبدو أن القوة الذاتية والأيمان والمعتقدات الدينية والدعم الخارجي من الأمور التي تلعب دوراً كبيراً في عملية التأقلم بعد الكوارث الكبيرة أو أحداث الحياة الكبيرة (٨،٩). لقد قامت الكثير من الدراسات عن التأقلم مع الناجين من إعصار كاترينا في الولايات المتحدة (١٠-١٣)، وهناك القليل من الدراسات المُتاحة التي أُجريت مع السكان المتأثرين من إعصار تسونامي

وتوفي ١٣٤٢ فرداً (١٨). وقد تم إجراء العمل الميداني من أكتوبر ٢٠٠٧ وحتى سبتمبر ٢٠٠٨ في مقاطعات مختارة من جراما نيلاداري (الوحدة الحكومية السفلى في سريلانكا، والتي تضم قريتين أو ثلاثة). وتم الحصول على الموافقات الأخلاقية من لجان الآداب بالجامعة الملكية بلندن وكلية العلوم الطبية بجامعة سري جاياواردنبيورا بسريلانكا.

لقد كان هذا في أول الأمر دراسة كمية تقوم على مقابلات شخصية عميقة مع الناجين، مع ملاحظات الباحثين ومصادر رسمية ثانوية تقدم بيانات إضافية، بالإضافة إلى ذلك قمنا باستخدام أداتين للفحص - وهما الاستطلاع الصحي للمرضى (PHQ) (PRIME-MD-١٩،٩٠) ومقابلات التشخيص الدولية المركبة (CIDI، ٢٠)، القسم K، وذلك لتقديم معلومات قياسية عن حالة الصحة النفسية الحالية للمشاركين.

لقد تم اختيار المشاركين البالغين من العمر ١٨ عاماً وأكثر بقصد، وقد كان هذا الاختيار قائماً على شبكة عينات مُصممة سابقاً والتي تطورت لتضمن أننا أدخلنا كلا من الرجال والنساء ومجموعات عمرية مختلفة وأيضاً أشخاص ذي خبرات متنوعة مع تسونامي (أي موت إحدى أفراد الأسرة أو فقدانهم وغيرها من أشكال التأثير أو النزوح أو إعادة التوطين). ولكي نزيد من تردد العينة، تم اختيار مجموعات دينية وأخلاقية واقتصادية واجتماعية متنوعة، ولكي نعين المشاركين المحتملين، حصلنا على قائمة بأسماء الأفراد المتأثرين من الضباط الحكوميين، وبالتالي قد تكونت العينة الأخيرة من ٣٨ ناجي في سن الرشد من ١٢ مقاطعة تابعة لجراما نيلاداري، ومن الأمانات العامة الجزئية بماتارا ووليجاما، وقد كان منهم ٢١ امرأة و١٧ رجلاً.

لقد كانت المقابلات العميقة مع المشاركين قائمة على مرشد موضوع قد تم تطويره بصفة خاصة لهذا المشروع، وقد تضمنت المواضيع المفتاحية خبرات تمت يوم إعصار تسونامي، وطبيعة الخسائر أو النتائج المترتبة على أحداث وردود الأفعال وطرق التعامل ومساحة الدعم المتاح (الرسمي والغير رسمي). وقد كانت المقابلات تُجرى في منزل المشاركين أو أينما يختاروا، وكانت كلها باللغة السينهاليس، وقام بها أول من قام بهذه الدراسة (SE) وتم تسجيل كل منها بسماع من المشاركين، وقام مساعدو الباحثين بأخذ ملحوظات، وبعد الانتهاء من هذا العمل، تم نسخ المقابلات بطريقة حرفية باللغة السينهايلية وبعد ذلك تُرجمت إلى الإنجليزية. قام أول من قام بهذه الدراسة بترجمة كل المقابلات أولاً، وبعد ذلك تم مناقشة كل من هذه المقابلات بشكل منفصل بالمقارنة بينها وبين النسخة السينهايلية مع وجود شخصين على الأقل من قدموا كتابات ممتدة بالانجليزية والسينهايلية، وأيضاً ثالث من شارك في هذه الدراسة (SE)، بالإضافة لذلك، تم استخدام ملحوظات ومصادر ثانوية.

لقد تم تحليل نسخ المقابلات باستخدام التحليل الموضوعي مع بعض عناصر الأسس النظرية (أي استخدام المقارنة الدائمة وذلك للانتقال إلى ما بعد تعريف الموضوعية الفردية لدراسة العلاقة بين الأفكار كقاعدة للمزيد من الصيغ النظرية)، وقد تم عمل التحليل بالخطوات التالية: قراءة دقيقة للنصوص ووضع تعليقات عليها وذلك لتعريف الأفكار أو الرموز الأولية، ثم تعريف وإعادة تعريف الرموز؛ ثم تطوير ترتيب أعلى للمزيد من الخلاصات والفئات، ثم تصفية الرموز والفئات، وذلك عن طريق المقارنة

والمناقضة، ثم تطوير إطار عمل موضوعي شامل. لقد تم عمل الترميز بالتعاون سويًا بين أول من قام بالدراسة وأكبر من قام بها سنًا (CM) وقام بعد ذلك فريق البحث بمناقشة الرموز، وعندما تم الانتهاء من إطار الترميز، قمنا بتقييم مدى دقة الترميز لـ ٢٠ نصًا وحصلنا على موافقة بلغت أكثر من ٩٠٪، وقام NVivo7 بمساعدة تحاليل البيانات (٢١).

النتائج

لقد كانت المجموعة الدراسية تتكون من ٢١ امرأة و١٧ رجلاً تتراوح أعمارهم بين ١٨ و٦٥، كان ٣٦ منهم سينهايليين واثنان مسلمين، ولم نجد أيه مشاركين تاميليين من مجموعة الدراسة، فقد كان الأغلبية بوذييين (٣٤) وأثنين أحدهما كاثوليكي والآخر مسلم. كان هناك خمسة من المشاركين يعانون من جروح جسدية شديدة أثناء إعصار تسونامي، و١١ غيرهم يعانون من جراح متوسطة الشدة. واشتملت المجموعة الدراسية أيضاً على ٢٠ فرداً من الذين فقدوا فرداً أو أكثر من أفراد أسرهم، وثلاثة منهم لم يعثروا على أجساد ذويهم المفقودين، لقد أُختبر تقريباً كل فرد في المجموعة الدراسية هذه أمر إعادة الاستيطان، بالإضافة إلى أنهم قد فقدوا ممتلكاتهم وأعمالهم.

تدل نتائج الـ PHQ والـ CIDI أن خمسة من المشاركين يعانون من اضطرابات كرب ما بعد الصدمة واضطرابات جسدية الشكل، وثلاثة منهم يعانون من حالات اكتئاب شديدة، وهذا باستخدام معايير التشخيص القياسية. وقد ظهر على سبعة من المشاركين أعراض اكتئاب وأقلق دون أن يتوافقوا مع معايير الاضطرابات، وذلك أثناء وقت جمع المعلومات.

لقد قدم المشاركون توضيحاً لمجموعة من الاستراتيجيات التي تم تبنيها في مراحل مختلفة فيما بعد إعصار تسونامي، وذلك ليتمكنوا من التعامل مع الأزمة العاطفية المباشرة والمستمرة، وأيضاً الخراب الذي تمر به حياتهم ومجتمعاتهم، ونقدم هذه الاستراتيجيات في الفقرات التالية.

المرونة والأيمان

لقد شعر الكثير من المشاركين أن الدافع لمقاومة الأزمة لا بد أن تأتي من ذاتهم، وقد أكدوا على أهمية الدافع الذاتي والتوقعات الايجابية، وفيما يخص هذا الأمر، لقد تم تصوّر الأزمة العاطفية بكونها عدم وجود ثبات وتوازن، ويكون الهدف الناتج هو إعادة تأسيس «الثبات العاطفي» أو «حالة عقلية ثابتة»، وقد قدّم أغلب المشاركين أفكار عن الأمل والدوافع للتغلب على ذكريات الأزمات والصعوبات.

فقد قال إحدى المشاركين، «إني أنظر إلى كل شيء بطريقة ايجابية، وكنت أتحدى بهذه الشجاعة طوال الوقت، وهذه طبيعتي؛ فلم يكن لدي توقعات متعذرة في حياتي، وأني لا استاء من أيه ظروف».

وقد تحدّث الكثيرون، خاصة من النساء والبالغين، عن أهمية معتقداتهم الدينية وأيمانهم بها، وكانوا يسعون لأن يجدوا معنى لخسارتهم من أيمانهم بمعتقداتهم الدينية، مثلاً، يقول البوذيون أن إعصار تسونامي كان مثالا على التعليم عن التجارب التي قد تصيب الحياة.

قال أحدهم أيضاً، «لقد خسرننا كل شيء في لحظة واحدة، وقد أصبحنا بعد هذه الحادثة مباشرة يائسين وفقدنا كل أمل للمستقبل، وحتى في الوقت الحالي نحن لا نسعى وراء الأمور المتطورة بسبب هذه الخبرة التي مررنا بها، ونحن الآن ندرك طبيعة الحياة الزائفة، وهذا ما يعلمه بوذا».

لقد كان المشاركون المسلمون والكاثوليك على قناعة بأن الله قد ساعدهم على الهروب من مثل هذه المحنة («إن هذه إرادة الله») وأن الله سيحامي عنهم من أية محنة قد تأتي في المستقبل.

إن الأمر الجدير بالذكر بحق هنا هو أن كل هذه الأقاويل تحمل معني القضاء والقدر وأيضاً ثقة كبيرة في قوة عليا تعمل على توفير الحماية ضد كل الأمور الغير متوقعة والتي يصعب التحكم فيها؛ وبهذا المعنى تكون القوة الداخلية التي وصفها بعض الأفراد بقولهم أنها مكنتهم من التعافي من الأزمة العاطفية التي أنتجها إعصار تسونامي، تخرج من أيمانهم بمعتقداتهم الدينية، وما يؤكد هذا الاعتقاد هو ما يدعم أحداث تسونامي في تعاليمهم الدينية.

ومع هذا، لقد كان هناك بعض الأمور التي لم يتمكن إعصار تسونامي من تفسيرها، وذلك فيما يخص المعتقدات الدينية السائدة، خاصة بالنسبة لمن فقدوا عزيز لديهم، وقد يكون هذا علامة على اليأس والغضب لأن معتقداتهم الدينية لم تقيهم من آلام المعاناة ولم تحمي أسرهم؛ مثلاً، قد قامت إحدى المشاركات في هذه الدراسة بلوم الله بكونه قاسي عليها عندما أخذ حياة أبنيتها البالغة من العمر ٦ سنوات.

قال أحدهم أيضاً، «لماذا لم تتمكن تلك القوة الخارقة للطبيعة التي تنادي بها كل المعتقدات الدينية من إنقاذ حياة هؤلاء الضحايا؟ وإذا كان الأمر كذلك، فما الهدف من الأيمان بعقيدة دينية، فبالرغم من كوني كاثوليكية إلا أن أبنيتي كانت تتردد على المعبد مع جيرانها كل يوم بوياء (أي مكتمل القمر)، ولم تستطيع أية عقيدة دينية أن تنقذ حياتها».

بالإضافة إلى ذلك، تقترح هذه المعلومات وبشكل مؤقت أن فقدان الأيمان بالعقيدة الدينية كان بالأمر الشائع بين من يعانون من مشاكل نفسية طويلة الأمد، وقد يعمل فقدان الأيمان بعد المرور بمثل هذه الأزمة على تجريد المرء من المعاني ذات الجذور الثقافية والخاصة بفهم المصائب، وبهذا الفعل تتفاقم الآلام والخسائر.

مشاركة الآلام

لقد تحدث الكثيرون من المشاركين، خاصة من النساء، عن مشاركة مشاكلهم وآلامهم مع شخص قريب منهم يكون جدير بالثقة؛ فإن التحدث مع آخرين يساعد باستخراج نصائح ويقدم صحة هذا الشخص، لكن تمتد قيمة التحدث مع آخرين إلى أبعد من هذا، فقد كان أكثر أهمية للمشاركين هو «إخراج الآلام من داخل صدورهم»، وقد يكون هذا شكلاً من أشكال الاعتراف طلباً للراحة والحصول عليها عن طريق وسيلة مشاركة خبرة المعاناة.

قال أحدهم، «لقد تمكنا من الوصول إلى أوصاف للموقف بينما كنا جميعاً معاً وكان هناك تبادل أفكار، وكان الجميع يُشاركون بخبراتهم». لقد أمتد هذا الأمر إلى ما بعد الأصدقاء والأسرة، مثلاً، ذكر الكثيرون،

خاصة البالغين منهم، أنهم تحدثوا مع قادة دينيين مثل الرهبان البوذيين المحليين أو كهنة الكنيسة أو شيوخ المساجد. كانت هناك أيضاً لقاءات متعددة قامت بتنظيمها منظمات المعونة الخاصة بالقرى، بهدف مشاركة الخبرات، والجدير بالذكر استخدام المصطلح «مشاركة» عند وصف هذه الأنشطة، وعند خطر الإفراط في التفسير، يشير هذا المصطلح إلى أهمية الإفصاح عن المصاعب، والراحة التي تنتج من معرفة أن الآخرين قد مروا بخبرات مشابهة، وعلى كل حال، لقد تأثر كل فرد في المجتمع، إلى حد ما، بإعصار تسونامي، أو قد يرتبط بالمحنة التي نتجت عنه بدرجة ما.

لقد تحدث كل فرد تقريباً في مجموعة الدراسة هذه عن أهمية المصادر الاجتماعية الغير رسمية، مثل الشبكات الشخصية التي تكون بين أفراد الأسرة والأصدقاء والجيران في التعامل مع النتائج العاطفية والعملية لتسونامي. لقد ظهر لدى الكثيرين أن الإحساس بصلاية المجتمع وهيكلي الأسرة القوي في مجتمع سريلانكا التقليدي، كان يُدعم هذا الأمر؛ فقد وصف الأفراد الذين فقدوا فرداً من أفراد أسرهم أمر الحصول على دعم كبير من الأسرة الذين ساعدوا في أداء المهام أو الواجبات التي كان يقوم بها المتوفي.

قال أحدهم، «لقد كان والدي المصدر الوحيد لدخل الأسرة، وبالتالي فقد أثر موته علينا بطريقة شديدة، لكن من الجيد أن أختنا الكبير وأعمامنا يقدمون لنا يد المعونة؛ فقد بدأ أختنا الكبير بعد أن توفي والدنا بالعمل في الفندق الخاص بعلمي، وهو الآن من يعولنا. يساعدنا أيضاً بعض الأفراد من عائلة أُمي، فهم يعطونا مالا، ويأخذنا أختنا إلى أخذ الدروس المسائية، وهذا كما كان يفعل أبي في الماضي».

لقد أمتد هذا الأمر أيضاً إلى ما بعد الأسرة، فهناك الكثير من الأقاويل التي تقترح وبقوة أن التماسك الأسري قد زاد بعد إعصار تسونامي. يُقدّر الكثيرون الدعم الذي قدمه القادة الدينيون وأفراد المجتمع الغير متأثرين؛ فقد قام الكثير من المعابد البوذية والكنائس الكاثوليكية والمساجد بتنظيم خدمات تذكارية وغيرها من البرامج الدينية لمساعدة التغلب على الخوف والأسى في المجتمعات المتأثرة.

التوغل في الأمر

لقد علّق الكثير من المشاركين بقولهم أن الأنشطة التي تصلح في التعامل مع الضغوط؛ فقد أشار أحد المشاركين قائلاً، «عندما يكون العقل منشغلاً بمشاعر نشطة، لن يكون هناك مساحة للآلام»، وتماشياً مع هذا الأمر، أشترك الكثيرون في أعمال وأنشطة يمارسونها في أوقات الفراغ، وأيضاً في الكثير من الطقوس الدينية، وذلك كوسيلة تقدم لهم راحة من مشاكلهم. ففي المراحل المبكرة من إعصار تسونامي، تم توجيه الكثير من الجهود لمساعدة الآخرين، وقد أعترف الكثيرون بأن القرى كانت أكثر اتحاداً من بعد إعصار تسونامي، وقد ساعدوا بعضهم البعض في أمر التنظيف والبحث عن المفقودين وإقامة الجنازات، وكان هناك الكثير من الأنشطة الرياضية ودورات الرسم والدراما المخصصة للأطفال، وقد حققت الكثير من هذه الأنشطة أهدافاً مزدوجة، أي تحقيقاً للأمر الضرورية (التنظيف والحصول على دخل مادي وملء وقت الفراغ) ولهو نفسي وعاطفي. تقترح

الطبيعة المجتمعية للكثير من الأنشطة أنهم قد كونوا جزءاً كبيراً من الردود الاشتراكية - وهي طريقة إعادة تأسيس الحياة الاجتماعية والثقافية والاقتصادية بعد الدمار الذي تسبب فيه إعصار تسونامي.

تقترح أقاويل المشاركين أن الأشتراك في أنشطة دينية أزداد بشدة أثناء الأيام الأولى من بعد إعصار تسونامي، مثلاً تحدث البوذيون كثيراً عن كيف أنهم يُمارسون الطقوس الدينية مثل بودي بوجا (الاستحمام بماء ولبن عند جذوع شجرة البو) وإضاءة مصابيح الزيت والاستماع والتسبيح للبيريت (تعاليم البوذا)، وهذه كلها وسيلة للازدهار وتفادي الصعوبات أو القوات الشريرة، وقد ذُكر أيضاً التأمل (يدعوها البوذيون انابانا ساتي) كوسيلة لتهدئة العقل. لقد كانت الطقوس والممارسات الدينية في حقيقة الأمر بالأمر السائد أثناء إعصار تسونامي، فهي تقدم الراحة الذاتية والفرص لإعادة الاندماج في المجتمع وتجديده.

الأسى الشخصي والحزن العام

إن أمر إحياء ذكرى في المكان الذي تم فيه حرق إنسان ما بعد موته هي إحدى الطرق الشائعة لاحترام المتوفي في الثقافة السريلانكية، لكن لم يكن هذا الأمر ممكناً بعد أحداث تسونامي وذلك لأن الكثير من الموتى لم يتم العثور عليهم والكثير منهم كانوا مدفونين في مدافن جماعية. ولكي يتمكن الأفراد والأسر من التعامل مع الخسائر وصعوبة ممارسة الطقوس التي يوقرها المجتمع، قاموا بتبني عدداً من الاستراتيجيات البديلة في محاولة منهم لإظهار الاحترام والتعامل مع ذكريات أعزائهم من ماتوا. فقد كان تجميع الصور والهدايا بالأمر الشائع، بل وقد كانت الكثير من الصور الكبيرة لمن ماتوا مُعلقة على الكثير من البيوت؛ وقد أُرانا أحد المُشاركين خطابات كتبها له زوجته، وذكر أنه كان لا يزال يحتفظ بها لتذكره بالأيام الجميلة السابقة. كان أيضاً تشييد تماثيل في ذكرى من ماتوا بالأمر الشائع، وذكر بعض المُشاركين أنهم قد استخدموا التعويضات الحكومية بأكملها في هذا النشاط.

«لقد أردنا أن يكون لدينا إيماناً قوياً بعقيدتنا الدينية، وبالتالي مارسنا الكثير من الأنشطة الدينية لأجل أبنائنا المتوفي؛ فقد استخدمنا كل التعويضات المادية التي حصلنا عليها عن موته على هذه الأنشطة الدينية ولم ننفق أي شيء على ذواتنا».

تعمل هذه التماثيل على تحويل الأسى الشخصي إلى شكل من أشكال الحزن العام، يظهر فيه حب واحترام للمتوفي، بل وفي حقيقة الأمر يُشارك المجتمع مشاعر الحزن والخسارة، وفي نهاية الأمر يحدث شفاء.

مساعدات خارجية

لقد تحدث الكثير من المُشاركين عند ذكر كيف أنهم تعافوا من إعصار تسونامي، عن الاقتراب من مصادرهم الخاصة أو من مصادر الدعم التي كانت هناك قبل الإعصار (أي الأسرة والأصدقاء والكنيسة والمعابد)، وعندما تحدث المُشاركون عن ردود أفعال الحكومة والمساعدات الخارجية، كانت الآراء مختلطة؛ فقد قام بعض المشاركين باقتباس أقاويل البيئة

المُدعمة التي تقدمها الحكومة والوكالات الإنسانية، وذلك بكونها عامل كبير في العودة إلى الحياة الطبيعية. لقد تم تنظيم بعض الأحداث الثقافية مثل التبرع بالطعام، وذلك لترويج المشاركة المجتمعية وللتشجيع على المساعدات. وبسبب هذه الفكرة، كان لا يزال الكثير من المُشاركين غاضبين باعتبار ما رأوه من توزيع غير منتظم وتعويض غير عادل، واقترحوا أن هذا أنتج الكثير من المعاناة وتسبب في المزيد من الضغوط.

وبعد أحداث تسونامي، قامت بعض المنظمات الخارجية بتوفير تدخلات نفسية للمتأثرين من الناس، وبالرغم من حقيقة أن عدد الأطباء النفسيين في سريلانكا محدود (لا تعرف الرقم الدقيق) إلا أن «المُشيرين» و«الأطباء النفسيين» وغيرهم من محترفي الطب النفسي قد تم ضمهم إلى العديد من المنظمات المختلفة، وما هو مثير للاهتمام هو أن القصص التي قدمها المُشاركون تدل على أن طلب مثل هذه الخدمات بالأمر الضعيف جداً، وذلك لأن الناس يرغبون أكثر (عند طلب مساعدة خارجية) في طلب مساعدة المُعالجين التقليديين أو الأطباء التقليديين، ويدخل تحت قائمة هؤلاء العرافون والبصاريون والمتنبؤون وأيضاً الأطباء التقليديون (خاصة الأطباء الايورفيديين)، وغيرهم الكثير. وكانت أكثر الأنشطة شيوعاً هي الثيل ميثوروم (وهو طقس دهن الجسد والرأس بالزيت بهدف إزاحة الأرواح الشريرة)، وديهي كيبيلي (وهو استخدام القوات الروحية لإزاحة الأرواح الشريرة) وأيضاً أداء طقوس لله وللآلهة. وقد أدلى المُشاركون أن الحصول على مساعدة من المُعالجين التقليديين كان بالأمر الشائع للتخلص من مشكلات النوم والأحلام المزعجة والصرخ أثناء النوم أو الأرتجاج (إدراج الأحداث الماضية في الأحاديث الحالية).

مناقشة

يُمكن أن تميّز الاستراتيجيات والمصادر التعاونية التي في القصص التي تلاها المُشاركون عما تسببت فيه أحداث تسونامي، بين المصادر التي كانت شخصية بصفة عامة (أو خاصة، أي القوة الداخلية والايجابية) والمصادر الاجتماعية (أو عامة، أي الدعم العاطفي من الأسرة والأصدقاء وغيرهم في المجتمع من القادة الدينيين وقادة المعاهد المختلفة). لقد تولت الهيئة التي سادت كل هذه الاستراتيجيات بلون الشخصية الروحية والاجتماعية للمجتمع السريلانكي، بحيث تصبح الاستراتيجيات الشخصية والاجتماعية هي رد الفعل العام للخسارة والاحترام (مثل تشييد نصب تذكارية لمن قد توفوا)، وهكذا، كانت ردود الأفعال الشخصية لها جذور في المعتقدات السائدة عن أصل المحن، بل وقد كانت الشجاعة الذاتية تُخرج من معتقدات قوية بتجارب الحياة وإرادة الله، وبالتالي، كانت ردود الأفعال على التعاون بالأمر الممكن، بل وقد تشكلت بالقواعد الثقافية والاجتماعية والممارسات في سريلانكا.

لقد تم تقسيم المُشاركين في هذه الدراسة عن طريق قائمة قدمها الضباط الحكوميون المختصون بشؤون القرى، والتي قد أدت إلى خلق مجموعة اختيارية، وقد كان يصعب تجنب هذا الأمر. إن الدخول على ما يخص القرى عن طريق الضباط الحكوميين بالأمر الضروري لتدبر أمر جمع المعلومات، وذلك لأنه كان يُشتبه في الكثيرين الذين كانوا يقوموا

غريبة، وهذه قد أكدت على خطر حدوث مشاكل نفسية في ظل غياب الدعم (٤،٩). وتماشياً مع الاكتشافات القديمة، تؤكد نتائج الدراسة أن عدد من المصادر الرسمية والغير رسمية، مثل المنظمات الرسمية ومحترفين الطب النفسي وأفراد الأسرة والأصدقاء والقادة الدينيين والمعلمين، يستطيع كل هؤلاء أن يقدموا دعماً عملياً ونفسياً، ويُحذِر الحماية والترابط العاطفي في المجتمعات النصيرية أو الاجتماعية (٢٧)، لكن تستطيع الكوارث الطبيعية الشديدة، مثل تسونامي الذي أضر على مجتمعات بأكملها، أن تؤثر على توافر الدعم الذي يحدث بشكل طبيعي، تاركاً الأفراد والمجتمعات يصارعون من أجل التأقلم - وقد حدث هذا بشدة في الأيام السابقة.

لدى احتياط الدعم النفسي المتخصص للمجتمعات المتأزنية تاريخ طويل، يبدأ هذا التاريخ على الأقل مع جنود الحرب العالمية الأولى (٢٨)، وتقتصر الاكتشافات التي نتجت من هذه الدراسة أن توافر الدعم النفسي المتخصص كان بالأمر القليل أثناء فترة ما بعد إعصار تسونامي في سريلانكا. إن الاختيار الوحيد المتاح لكل الناجين في دولة يبلغ تعداد سكانها ٢١ مليون نسمة، وبها فقط ٢٥ طبيب نفسي متخصص (٢٩) وليس بها أطباء نفسيين إكلينكيين ممارسين، هو الاعتماد على دعمهم الاجتماعي والثقافي والديني، لكن يأتي السؤال عما إذا كانت هذه المساعدة بالأمر الكافي عندما تكون كل المجتمعات متأثرة بكارثة كبيرة مثل إعصار تسونامي أو في مواقف بها درجة الصدمة الجماعية تشمل القوة الأخلاقية للأسر والمجتمعات، وإذا كان الأمر كذلك، فما هو الشكل الذي ينبغي أن تأخذه هذه المعونة. لم يضع الكثير من المشاركين في دراستنا هذه الكثير من التأكيد على الحصول على معونة طبية، ولم يدركوا أن الضغوط أو الأسى أو القلق أمراض أو حالات تحتاج إلى معونة طبية: فأن طلب معونة طبية نفسية لا يزال بالأمر الغير شائع بين الغالبية من عامة الناس في سريلانكا، وخاصة بسبب فكرة العار المرتبطة بالتواصل مع خدمات الصحة النفسية أو أن يكون في الأسرة من يطلب مساعدة هذه الخدمات.

هناك القليل جداً من الأبحاث المتاحة عن ممارسات التعافي التقليدية والتي تُستخدم لمعالجة الأشخاص الذين يعانون من مشاكل نفسية في سريلانكا. يؤكد سوماسونداريم وآخرون (٣٠) أن أغلب المعالجين التقليديين قد حصلوا على تدريبات ودروس لتطوير المهارات في بعض أنواع ممارسات التعافي، وأن الكثير من ممارسات التعافي في سريلانكا عبارة عن خليط من الايورفيدا والسيدا والممارسات المحلية والروحية، وغالباً ما يكون أفراد من أسرة المريض متواجدين أثناء جلسات العلاج - وهذا يتناقض مع العلاج النفسي الغربي الذي فيه يتم استبعاد الأسر - والتي بها فترة صلاة وتسايح وتديك بالأعشاب، وغالباً ما يكون بالايورفيدا أو وسائل العلاج المحلية فترات حديث مطولة مع المشارك عن ظروف المريض الحياتية أو الرفاهية الاجتماعية، بالإضافة إلى فحص جسدي (٣١)، ويقدم هذا فرصة للمريض ليناقش حالته الاجتماعية والعاطفية بطريقة بها القليل من فكرة العار.

هناك الكثير من الأحاديث عن الدعم الذي تقدمه المنظمات الدينية، خاصة تقديمها الحماية ومواد الإغاثة وترتيب برامج إعادة التوطين (٢٥). تمتد الاكتشافات التي أنتجتها هذه الدراسة إلى ما بعد ذلك، وتقتصر

بجمع معلومات. ولتقليل هذه المشكلة، قمنا بمحاولة اختيار المشاركين من قائمة أكبر قام بتقديمها ضباط حكوميون بالاتفاق مع شبكة العينة خاصتنا. لقد كانت بعض الآراء أكثر شهرة وذلك بسبب منهج أخذ العينات، مثلاً بالرغم من أن العينة التي تم توظيفها في هذه الدراسة تعكس الميل الديني لمقاطعة ماتارا وسكان سريلانكا، إلا أنه كان يسود القصص عن استراتيجيات التعاون الديني آراء من البوذية (٨٩٪ من العينة)، وذلك بالمقارنة مع الإسلام (٨٪) والكاثوليكية (٥٪).

تشابه الكثير من الاستراتيجيات المعروفة في دراستنا مع تقنيات التعاون التي تركز على المشاكل وتلك التي تركز على العواطف، والتي قام بتعريفها لعازر وفولكمان (٢٢)، وقد كان هناك الكثير من الجدل عن أية نوع من الاستراتيجيات (الاستراتيجيات التي تركز على المشاكل أم تلك التي تركز على العواطف) أكثر فاعلية (٢٣)، ولا تستطيع البيانات المتوفرة لدينا أن تخاطب هذا التساؤل، لكن أن الذي تفعله البيانات هو أنها تقترح أن هذا النوع من الانقسام مفرط في التخطيط ويتجاهل الملحوظة التي تقول أن الأشخاص يستخدمون كلا النوعين من الاستراتيجيات معاً وفي مراحل مختلفة، وما هو أكثر من ذلك هو الاكتشاف الأكثر بروزاً في هذه الدراسة وهو أن المدى الذي خلقه التعاون مع (أو الاستجابة ل) المصاعب والمشكلات المختلفة عن طريق إعصار تسونامي هو اجتماعي وعام، مثلاً أن مشاركة الخبرات والمشاعر مع آخرين كنوع من الاعتراف أو طلب مواساة، كان رد الفعل الأكثر شيوعاً الذي ذكره المشاركون في دراستنا، وقد تم تعريف هذا في دراسات أخرى قامت مع ضحايا كارثة ما (٤،٥) وهي أيضاً تتحدى فكرة أن التعاون أمر شخصي أولي.

تدل اكتشافاتنا أن العقيدة الدينية تقدم إطار العمل الأولي الذي يُعطي معنى لإعصار تسونامي ويقدم أيضاً ردود أفعال ناحيته، سواء أكان رد الفعل هذا فعلياً (أي الدخول في ممارسات دينية) أو أنه مصدر عاطفي (أي إيمان)، لكن لا يوجد هناك دراسات عن دور العقيدة الدينية أو الأمور الروحية أو كيف أنهم يساهمون في عملية التعافي بعد التعرض لكارثة طبيعية (٢٤)، وبصفة خاصة في ثقافات آسيا الجنوبية (٢٥). تدل الدراسات التي قامت في الدول الغربية على الناجين من الكوارث، أن الإيمان الديني والعقيدة الدينية يرتبطان بأعراض أقل من الضغوط العاطفية (١١،١٣) بينما يرتبط التعاون الديني السلبي بضغط أقوى، وقد قامت دراستنا بتدعيم هذا الأمر، أي أنه يبدو أن الذين يظهر في أحاديثهم القليل من الإيمان أنهم يعانون من الكثير من الضغوط العاطفية الطويلة الأمد. وبالنسبة للكثير من المشاركين، تساهم بعض الممارسات الدينية في الصحة العاطفية والاسترخاء، وتقتصر بعض الدراسات التي تشرح تأثير طرق الشفاء الدينية والتقليدية على التعاون وجود تأثيرات ايجابية، وخاصة في المجتمعات الغير غربية (٢٦)، ويدل هذا على أهمية الفهم الصحيح للتفسير الاجتماعية والدينية للتأقلم والقدرة على التكيف والمرونة في ثقافات مختلفة.

كثيراً ما يؤكد المشاركون على أهمية المجتمعات المتماسكة والأسر الممتدة بكونها مصدر للمساعدة. لقد تم تعريف قوة الدعم الاجتماعي في تمكين الإنسان على التعامل مع الضغوط العاطفية التي تنتج من الصدمات، وذلك في الكثير من الدراسات السابقة التي تمت في دول غربية وغير

المراجع:

1. Scheuren JM, le Polain O, Below R et al. Annual Disaster Statistical Review: the numbers and trends 2007. Brussels: Centre for Research on the Epidemiology of Disasters and United Nations International Strategy for Disaster Reduction, 2008.
2. Moszynski P. Death toll climbs and healthcare needs escalate in Japan. BMJ 2011;342:d1859.
3. Ashraf A. Tsunami wreaks mental health havoc. Bull World Health Organ 2005;83:405-6.
4. Rajkumar AP, Premkumar TS, Tharyan P. Coping with the Asian tsunami: perspectives from Tamil Nadu, India on the determinants of resilience in the face of adversity. Soc Sci Med 2008; 67:844-53.
5. Ibañez GE, Buck CA, Khatchikian N et al. Qualitative analysis of coping strategies among Mexican disaster survivors. Anxiety Stress Coping 2004;17:69-85.
6. Gottlieb BH. Conceptual and measurement issues in the study of coping with chronic stress. In: Gottlieb BH (ed). Coping with chronic stress. New York: Plenum Press, 1997:3-42.
7. Eyre A. Literature and best practice review and assessment: identifying people's needs in major emergencies and best practice in humanitarian response. Report commissioned by the UK Department of Culture Media and Support, 2006.
8. Norris FH, Friedman M, Watson PJ. 60,000 disaster victims speak: Part II. Summary and implications of the disaster mental health research. Psychiatry 2002;65:240-60.
9. Somasundaram D. Collective trauma in northern Sri Lanka: a qualitative psychosocial-ecological study. Int J Ment Health Syst 2007;1:5.
10. Henderson T, Roberto KA, Kamo Y. Older adults' responses to Hurricane Katrina: daily hassles and coping strategies. J Appl Gerontol 2010;29:48-69.
11. Newton AT, McIntosh DN. Associations of general religiousness and specific religious beliefs with coping appraisals in response to Hurricanes Katrina and Rita. Mental Health Relig Cult 2009; 12:129-46.
12. Salloum A, Lewis ML. An exploratory study of African American parent-child coping strategies post-hurricane Katrina. Traumatology 2010;16:31-41.
13. Wadsworth ME, Santiago CD, Einhorn L. Coping with displacement from Hurricane Katrina: predictors of one-year post traumatic stress and depression symptom trajectories. Anxiety Stress Coping 2009;22:413-32.
14. Hollifield M, Hewage C, Gunawardena CN et al. Symptoms and coping in Sri Lanka 20-21 months after the 2004 tsunami. Br J Psychiatry 2011;192:39-44.
15. Leavy B, Slade M, Ransinghe P. Casual thinking after a tsunami wave: Karma beliefs, pessimistic explanatory style and health among Sri Lankan survivors. J Relig Health 2009;48:38-45.
16. Yang J, Yang Y, Liu X et al. Self-efficacy, social support, and coping strategies of adolescent earthquake survivors

أن القادة الدينيين يستطيعوا أن يلعبوا دورًا كبيرًا في توفير دعم عاطفي ونفسي.

وبالابتعاد عن الاحتياج الصريح للمعونة المادية والعملية لمساعدة المُصابين والمشردين من جراء الكوارث، تقترح الاكتشافات التي أنتجتها هذه الدراسة أن تدعيم إعادة تأسيس المصادر التي تحدث بشكل طبيعي والتي تتمكن المجتمعات عن طريقها من التعامل مع الآلام، يُمكنها أن تروّج للصحة النفسية الطويلة الأمد. وفيما يخص قضية سريلانكا، قد يكون تسهيل إعادة توحيد أفراد الأسر المتأثرين أثناء فترة الإزاحة والسماح لهم بالتواجد معًا في برامج إعادة التوطين خطوة سهلة التحقيق لضمان الدخول على الدعم الغير رسمي لأكثر الأشخاص تأثرًا. وعلى نفس المنوال، إن جهود إعادة التأهيل التي تسعى إلى إعادة تأسيس عوائد وأحداث اجتماعية وثقافية قد تخلق فرصًا لهذا النوع من المشاركة والشهادة التي يُمكنها الترويج للتعافي، وهذا بحسب الكثير من المشاركين في هذه الدراسة. وبشكل عكسي، قد يكون لجهود الإغاثة التي تُعتبر غير عادلة وفسادة، تأثير عكسي يعمل على فك تماسك المجتمعات الأمر الذي قد يسهل عملية التعافي - وعلى الأقل، يبدو أن هذا هو حالة قضية سريلانكا.

وفيما يخص التدخلات النفسية والعناية الصحية النفسية، تقترح البيانات المستخلصة من هذه الدراسة أنه لا يُمكن استخدامها في مواقع غير مألوفة للنموذج المميز للطب النفسي أو وسائل علاج الاضطرابات العقلية، وما هو أبعد من ذلك، تدعم أقاويل المُشاركين في هذه الدراسة الدليل الموجز التابع للجنة الدائمة الخاصة بالوكالات (IASC) عن الدعم النفسي والاجتماعي النفسي في مواقف الخطر (٣٢). من اللازم اعتبار وفهم المعتقدات الثقافية المحلية عن المصائب والصحة النفسية والصحة العامة، وذلك قبل التخطيط لأي تدخلات نفسية، بالإضافة إلى ذلك، عندما تكون خدمات الصحة النفسية متدهورة، كما في حالة سريلانكا، سيلبي احتياطي الخدمات فيما بعد الكارثة القليل من الاحتياجات، وبالتالي فهذه القضية بالأمر الكبير وتهتم بتطوير خدمات الصحة النفسية بعيدًا عن مواقع الكارثة. في حقيقة الأمر، أنه أمر جدي أن التركيز على احتياطات الصحة النفسية أثناء وقت الكوارث (وهو بالأمر الهام والضروري جدًا) يغفل فكرة أن هذه الاحتياطات حتمًا ستخفق بينما تبقى العناية النفسية بالأمر الثانوي، يعني هذا أنه عندما تحدث كارثة ما ستحتاج المجتمعات التي تم خرابها أن تستفيد من المصادر المحدودة التي ستبقى، وذلك لتحمي الصحة النفسية لأكثر الأشخاص تأثرًا.

شكر خاص

لقد تم الحصول على التمويل عن طريق المجموعة الانجليزية السريلانكية كجزء من منحة مُقدمة من الوكالة الكاثوليكية لتنمية دول ما وراء البحار (CAFOD). وقد تم دعم مجالات الأنشطة بمنحة بحثية مُقدمة من اتفاقية البحوث النفسية بالمملكة المتحدة.

- 2006;18: 281-7.
26. Somasundaram D. Using cultural relaxation methods in posttrauma care among refugees in Australia. *Int J Cult Ment Health* 2010;3:16-24.
 27. Bhugra D, van Ommeren M. Mental health, psychosocial support and the tsunami. *Int Rev Psychiatry* 2006;18:213-6.
 28. Alexander DA. Early mental health intervention after disasters. *Adv Psychiatr Treat* 2005;11:12-8.
 29. Siriwardhna C, Sumathipala A, Siribaddana S et al. Reducing the scarcity in mental health research from low and middle income countries: a success story from Sri Lanka. *Int Rev Psychiatry* 2011;23:77-83.
 30. Somasundaram D, Sivayokan S, deJong J et al. Mental health in the Tamil community. Jaffna: Transcultural Psychosocial Organization, 2000.
 31. Gr_nseth AS. Experiences of tensions in re-orienting selves: Tamil refugees in northern Norway seeking medical advice. *Anthropol Med* 2006;13:77-98.
 32. Inter-Agency Standing Committee. IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings. Geneva: Inter-Agency Standing Committee, 2007.
- DOI 10.1002/wps.20018
17. Paul SK, Routray JK. Flood proneness and coping strategies: the experiences of two villages in Bangladesh. *Disasters* 2009;34:489- 508.
 18. National Disaster Management Centre. Tsunami situation report. Sri Lanka: National Disaster Management Centre, 2005.
 19. Spitzer R, Kroenke K, Williams J. Validation and utility of a selfreport version of PRIME-MD: the PHQ Primary Care Study. *JAMA* 1999;282:1737-44.
 20. World Health Organization. Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Geneva: World Health Organization, 1990.
 21. QSR International Pty Ltd. NVivo qualitative data analysis software. Version 9. QSR International Pty Ltd, 2010.
 22. Lazarus RS, Folkman S. Stress appraisal and coping. New York: Springer, 1984.
 23. Hobfoll SE. The ecology of stress. New York: Hemisphere, 1988.
 24. Davidson JRT, Connor KM, Lee LC. Beliefs in Karma and reincarnation among survivors of violent trauma: a community survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:120-5.
 25. de Silva P. The Tsunami and its aftermath in Sri Lanka; explorations of a Buddhist perspective. *Int Rev Psychiatry* 2010;38:1219-28.

هل ينطبق التعبير «بعد» على الأشياء التابعة للطب النفسي؟

GERMAN E. BERRIOS¹, IVANA S. MARKOVÁ²¹Chair of Epistemology of Psychiatry, Robinson College, University of Cambridge, Cambridge, CB3 9AN; ²Hull York Medical School, University of Hull, Hull, HU6 7RX, UK

لتكون «أبعاداً»، فعندما نواجه عالماً يرغب في تطوير مقياس «لقياس» فضائل الكاردينال (الزهد والتعقل والشجاعة والعدالة) سيتفق أغلب الأفراد المنطقيين أن التعبير «قياس» يُستخدم بطريقة مجازية، وأن ما يفعله العالم هو أنه يأخذ شكلاً وهمياً «للتقسيم» ويستخدم الأرقام بطريقة غير حسابية، وذلك كتصنيف مستويات قياسه.

إن الكلاب والمناضد والفضائل ليست فقط أشياء تسكن عالمنا، فهناك أيضاً الشكاوي والتنهات والآلام والمصائب والأعراض النفسية؛ والبعض من هذه لها علاقة بالطب النفسي، فما هي نوعية هذه الأشياء؟ يعتقد البعض أن الأشياء التابعة للطب النفسي هي مثل الكلاب والمناضد، أي أنها أشياء فيزيائية (يدعوهم البعض أشياء طبيعية) (٩)، ويعتقد البعض الآخر أنها أمور مثالية، مثل الفضائل أو الآمال. لم يتم تصوّر حتى الآن أكسبيريمنتال كروكس والتي قد تُساعدنا علمياً في تقرير هذا الأمر، وبكلمات أخرى، إن الأسباب وراء اختيار ما إذا كانت الأشياء التابعة للطب النفسي طبيعية أم تجريبية ليست أسباباً علمية، وبالتالي فمن المحتمل أن تكون أسباباً اقتصادية أو اجتماعية أو أخلاقية أو جمالية.

نحن نقدم في هذه المقالة فكرة أنه يوجد أشياء مستولدة (مُهجنة) في هذا العالم ولها مظاهر من كلا الجانبين، وهذا بالإضافة إلى الأشياء الطبيعية والتجريبية، وهناك أيضاً أشياء نفسية والتي هي واحدة من أفضل الأمثلة على هذا النوع، لكن هناك قاعدة تقول أن كل الأعراض النفسية خليط من صفات جسدية ومثالية، وبصفة خاصة، من المحتمل أن نسبة كل منها ستختلف من عرض لآخر. ونظراً إلى أن معنى كل الأعراض النفسية تعتمد على طبيعتها المهجنة، فتقليل الأعراض النفسية إلى مكوناتها الجسدية (ترتبط بالمخ) أو مكوناتها المثالية (المعنى) سيعيق الفهم (١٠، ١١).

هل يُمكن جعل الأشياء التابعة للطب النفسي (المُهجنة) أبعاداً؟

وسواء أكان التعبير «بعد» ينطبق على الأشياء أم لا، فهذا يعتمد على البنية الوجودية، أي الطريقة التي عمل بها وتشكلها في المكان والزمان. ولأن الأشياء المهجنة فريدة من نوعها في هذا الشأن، فهو دور الأطباء النفسيين أن يحددوا ما إذا كان يصلح اعتبارها أبعاداً أم لا، وبقدر ما نعلم، لم يتم القيام بمثل هذه المهمة بعد، وبالتالي فقد دخل التعبير «بعد» في الطب النفسي، وهذا أمر جيد.

لماذا يُعتبر هذا التهور بالأمر الهام جداً؟ قد يكون واحد من الأجوبة على هذا السؤال هو أن هذه الإضافة تجد ما يدفعا من الاعتقاد (الشائع) بأن الأعراض النفسية أشياء جسدية (أنواع طبيعية) وبالتالي فإن قياس مدى الارتباط بالمخ يُعادل قياس الأعراض في مجموعها الكلي (١٢). ومن الأجوبة الأخرى المحتملة لهذا السؤال هو أن تأثير التكهّن النفسي القديم يعتقد (وحتى إذا كانوا أشياء مُهجنة) أن الأعراض النفسية يُمكن

لقد كتب الكثيرون عن تطبيق التعبير «بعد» على ما يخص الطب النفسي، مثلاً لقد شكل هذا التعبير واحدة من أُمْنِيَّات تشييد الـ DSM-5، وفي أواخر عام ٢٠٠٦ كان هناك الكثير من الاهتمام «بالجوانب البُعدية لتشخيصات الطب النفسي» و«جدواه الاقتصادية العلمية والإكلينيكية» (١).

وبالرغم من أن هذه الحماسة تبدو أنها قد تضاءلت إلى حد ما، إلا أن الارتباك يبقى في مختلف الأقسام كعلاقة المفهوم بعد بضوابط الطب النفسي.

ما هي الأبعاد؟

هناك على الأقل ثلاثة معاني للتعبير «بعد»؛ فيهتم المعنيان المركزي والأصلي بفعل القياس («طريقة قياس خطية في اتجاه محدد»)، وبالتالي نحصل على الكمية. ومن منطلق المعنى الاشتقاقي للكلمة، بدأت تُدعى ملامح الأشياء التي تتأثر بالقياس بكونها أبعاد («ثلاثة أبعاد المثلث، فراغ متعدد الأبعاد»). أخيراً ومن منطلق الاستخدام القياسي، تصبح أيه مكونات لأية شيء أو موقف «البعد» الخاص به (لقد أضاف أداءه بعداً جديداً للعبة) (٢)، لكن يبقى فعل «القياس» المعنى التشغيلي الواضح «للبعد». ومنذ أن دخل التعبير «بعد» على الطب النفسي مع الهدف الواضح بجعلها بالأمر العلمي (٣) ينبغي أن نُستنتج أنها المعنى المركزي وليس الاستخدام الاشتقاقي والمجازي الذي يشير إليه الأطباء النفسيون.

أيه أشياء تُمكننا من الحصول على الأبعاد؟

إن العالم مليء بكل أشكال الأشياء، وأصبح بعضها «أموراً معرفية»، وذلك في ملء الزمان والمكان، أي أنها أدوات العلم (٤، ٥). وبصفة عامة، قد نجد أشياء في الأماكن والأزمان، وقد نجد أيضاً خليطاً منهما. وهناك الكثير من الجدل حول ما يُشكّل الأشياء. ومن ناحية الهدف العملي من هذه المقالة، يُمكن أن نعرّف الأشياء بكونها «شيء أو كينونة يعتبرها المرء أو يعرفها بكونها متلازمة لموضوع التفكير أو المعرفة؛ أي هي شيء خارجي، أو تُعتبر شيئاً خارجياً عن العقل» (٢).

وبالتالي فقد تم توزيع الأشياء المُعرّفة إلى فئتين: إما بكونها جسدية أو طبيعية (كلاب وبيوت وأنهار وسحب وخرير مياه وعقول وذرات، وغيرها الكثير) أو بكونها مجردة أو مثالية (الفضائل وأعراض وأفكار وجمال وآلهة وأعداد وغيرها الكثير). توجد الأشياء الطبيعية في الفراغ والزمان، وهذا الوصف يجعلها قابلة للقياس، أما الكلاب والمناضد والورود، فهذه أشياء ثابتة في إطار المكان والزمان بهدف جعلها «أبعاداً»، أي لقياس مزايهم المكانية بمحك تقليدي، وندعوهم «أبعاداً» (٦). ومن الناحية الأخرى، تبدو الأشياء المجردة مراوغة لهذا النوع من المعالجة (٧، ٨). سيظن البعض أن هذه الأشياء ليست عرضة بأية شكل من الأشكال

قياسها (أخذها) بتكهن نفسي «عالي الجودة»، يليه تحاليل إحصائية متطورة والتي قد تتمكن من تحويل التسمية الرقمية للفترات الفاصلة إلى «أبعاد» حسابية حقيقية (١٣)، ومهما كانت الإجابة، نحن نجادل أن البنية المهجنة للأعراض النفسية تحتاج إلى فهم جيد قبل محاولة جعلها «أبعاداً».

لقد ذكرنا فيما سبق أن الأعراض النفسية (مثل الهلاوس والضلالات والوسواس القهري والاكتئاب) أشياء مهجنة، وأن نسبة الصفات الجسدية واللفظية في كل حالة قد تختلف، وعند هذا الحد يُمكننا أن نضيف أنه من المُحتمل أيضاً أن تكون مثل هذه النسب عرضة للتغيير لكل حالة وذلك بينما تتحول من حالة شديدة إلى حالة مزمنة (أي أنه قد تختلف الهلاوس والضلالات في المراحل المبكرة من الذهان عن «نفس» الظاهرة أثناء المراحل المزمنة) (١٤).

وبشكل عملي، يعني هذا أن تطبيق نفس النوع من أدوات التكهن النفسي على كل الأعراض النفسية، أو على نفس الأعراض أثناء المراحل المبكرة والشديدة من الاضطراب، قد يكون بالأمر الغير نافع، ويرجع هذا إلى أن اعتمادية المقياس وصلاحيته تعتمد على الثبات في زمان ومكان الشيء الذي تدعي قياسه، وبهذا المعنى، تعتمد المقاييس على حقيقة أن «أبعاد» الأشياء التي يُمكن قياسها أو «مكوناتها» التي يُستفسر عنها تُحافظ على نسب الحجم والاندماج التابعة للشيء، وإذا كانت هذه لتتغير، سيكون المقياس عديم الفائدة عند استخدامه في الجولة الثانية.

جدير بالذكر أيضاً، وفيما يخالف الآمال المتجددة بأن الروابط المخية المستقرة ستكتشف سريعاً عن كل عرض نفسي، لم يحدث هذا الأمر حتى الآن، وتحصل أغلب (إذا لم يكن كل) مقاييس التشخيص التي تُستخدم حالياً على معلوماتها من القصص اللفظية التي يقدمها المرضى والأقارب ومن يلاحظون (١٥). وبحكم التعريف، لا تقبل هذه المعلومات أن تكون «أبعاداً»، وبينما ليس هناك خطأ في استخدام المعلومات الشخصية للحصول على فكرة عن شدة الأعراض النفسية أو تغييراتها، إلا أنه من الخطأ أن ندعو أرقام الأصناف التي نلحقها بمستويات المقياس بأنها «أبعاد»، فالتسمية الصحيحة لهذا الفعل هو تدرّج.

مفهوم التدرّج

تظهر الأبعاد في حالة الأشياء الطبيعية بفعل قياس السمات المكانية، أما في حالة الأشياء المجردة، تُستخدم «الأبعاد» بطريقة مجازية، وذلك لأن مثل هذه الأشياء لن تُصاغ في مكان. في حقيقة الأمر، إن الأشياء المجردة عبارة عن أبنية، أي حزم من صفات تأتي معاً في سرد ما (زهد أو تعقل أو شجاعة أو عدالة)، مثلاً تُساعد القصص الأخلاقية في تنظيم وتصنيف أفعال الرجال وتقرر من يملك «الكثير» من فضائل معينة، ولكي نحصل على هذه المقارنات، قد تطور الكثير من أشكال التقييم عبر التاريخ ليقرروا مثلاً ما إذا كان فعل ما «ظالم أو عادل بشكل جزئي أو أنه عادل»، لكن كيف يتم هذا التدرّج؟ وعلى أي أساس يقوم التقسيم الفرعي للفترات الفاصلة؟ وهل أساسياتها ثابتة بما يكفي لتتحمل المقارنة الشخصية أو العبر شخصية؟ (١٦).

ومن هذا المنطلق، إن أول فكرة يُمكن أن نقدمها هي أن التدرّج يتم عن طريق الفئات التي تكون خارجية ولا تستقر في الشيء ذاته (أي أنها ليست بالأمر الداخلي لها)، بل يراها المقيّم. لقد رأينا فيما سبق أن الأشياء المجردة (مثل الفضيلة) عبارة عن حزم من صفات تجتمع معاً تحت مُسمى

ما، أما التدرّج فهو يعمل على مد كل من هذه الصفات عبر مجموعة نقاط تُعلّم لصفات مُدرّجة، لا يكون فيها أعلى الدرجات أضعافاً رياضية للدرجات الأقل، وبالتالي لا يُمكن أن تُعتبر أبعاد بل فقط درجات.

لابد من التمييز بين التدرّج والقياس؛ فهما عمليات نفسية مختلفة وينتمون إلى ميادين معرفية مختلفة، فالتدرّج شكل من أشكال التقييم، وبالتالي يقبل الفروض مثل معتدل أو عادل أو منتظم أو ملائم أو خيري وغيرها الكثير، ولا يُمكن أن تنطبق عليها بعض الصفات مثل دقيق وجدير بالثقة وصالح وحساس ومُحدد وحقيقي. أن التدرّج هو دائماً ما يراه الناظر، وحقيقة أن بعض المقيمين يثبتون على تقييمهم (أي في ربط نفس الصفة التدرّجية بنفس القيمة أو النسبة) لا يجعل التدرّج شكلاً من أشكال القياسات. قد يرغب الأطباء النفسيين في استخدام الأرقام كصفات تدرّجية، لكن أن الذي يعجزون عن فعله هو أن يقوموا بعمل عمليات حسابية عليها. ليست الفكرة هنا هي أنها ببساطة واحدة من دلالات الألفاظ، لكن أن الاعتقاد بأن الأعراض النفسية والاضطرابات يُمكن أن تكون أبعاداً (أي يُمكن قياسها) يحمل المعنى الخاطئ بأن الأشياء التابعة للطب النفسي أنواع طبيعية، وكان (ولا يزال) يحمل هذا المعنى نتيجة تقدم أبحاث تجريبية باهظة الثمن وعقيمة، بل وتمنع تطوّر مناهج أكثر نفعاً للطب النفسي والأشياء التابعة له.

نحن نجادل أن المقاييس النفسية ليست أكثر من صفات تدرّجية وأن «الأبعاد» التي يدعون «قياسها» ليست أكثر من صفات ممتدة في مجالات اعتبارية.

ونظراً إلى أن ١- الأعراض النفسية أشياء مهجنة، أي تتكون من صفات جسدية وتجريدية، وأن ٢- كل عرض نفسي له تركيبة مختلفة عند المقارنة بينه وبين أعراض نفسية أخرى وأيضاً عند مقارنته بنفسه في تاريخ حياة مريض ما، وأن ٣- أغلب المكونات الجسدية للأعراض النفسية غير معروفة، يُمكننا استنتاج أن كل ما تبقى لدينا لفعله هو تدرّج (تقييم) الشكوى الشخصية بكونها ما يحملها أو يقولها المريض أو الأقارب أو بكونها قائمة على ملحوظات إكلينيكية. لا ترتبط التقييمات بالمقاييس أو الأبعاد؛ بل هي صفات مُدرّجة تنطبق على الكثافات المتنوعة والتي قد تظهر فيها الخصائص.

استنتاجات

إن الأبعاد شكل من أشكال القياسات التي يُمكن تطبيقها فقط على صفات الأشياء التي توجد في المكان والزمان، أي الأشياء الطبيعية، ويُمكن تقييم الأشياء التجريدية ولا يُمكن قياسها. وتحمل الأشياء المهجنة (مثل الأعراض النفسية) صفات من كلا النوعين، وبشكل مثالي لابد أن يقبلوا القياس والتقييم، وبطريقة عملية، ليس هذا هو الحال، وهذا لأن بنية ومكونات الأعراض النفسية لا تزال غير معروفة، فتُعرف القليل من المواد بخصائصهم الطبيعية، ويعتمد تعريفهم، على أي حال وفي أغلب الحالات على المعنى، أي الوضع الرمزي الذي يحتلونه في سياق الذاتية المشتركة. يعني هذا أن الأعراض النفسية يُمكن أن تُقيم فقط (ولا تُقاس)، فالتقييم شكل من أشكال التدرّج، بمعنى أن الخصائص تكون ممتدة ولها صفات تدرّجية وبها صفات فرعية مثل الكثافة والشدة والمدة والتحمل وغيرها الكثير، وبالتالي فستطيع صفات التدرّج أن تكون بالأمر النافع في وصف وإدارة الأعراض النفسية، لكنها لا تقبل القياس الكمي، ولا يُمكن مُعاملة الصفات الرقمية المرتبطة به على كونها صفات حقيقية، ولا

7. Lowe EJ. The metaphysics of abstract objects. *J Philos* 1995; 92:509-24.
8. Hale B. *Abstract objects*. Oxford: Basil Blackwell, 1987.
9. Wilkerson TE. *Natural kinds*. Aldershot: Avebury Press, 1995.
10. Berrios GE. Psychiatry and its objects. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental* 2011;4:179-82.
11. Markov_a IS, Berrios GE. The epistemology of psychiatry. *Psychopathology* 2012;45:220-7.
12. Kendler KS, Zachar P, Craver C. What kinds of things are psychiatric disorders? *Psychol Med* 2011;41:1143-50.
13. Eysenck HJ. Classification and the problem of diagnosis. In: Eysenck HJ (ed). *Handbook of abnormal psychology*. London: Pitman, 1960:1-31.
14. Markov_a IS, Berrios GE. Mental symptoms: are they similar phenomena? The problem of symptom heterogeneity. *Psychopathology* 1995;28:147-57.
15. Markov_a IS, Berrios GE. Epistemology of mental symptoms. *Psychopathology* 2009;42:343-9.
16. Urmson JO. On grading. *Mind* 1950;59:145-69.

DOI 10.1002/wps.20019

تصلح حتى الصفات التي تم تقييمها أن تُدعى «أبعاداً» وينطبق نفس هذا القيد على «الاضطرابات النفسية». إن حقيقة أن الأعراض النفسية تجتمع معاً بطرق معينة، لا تجعل التجمعات الناتجة أقل كيفية، فالاضطرابات النفسية، مثل الأعراض النفسية التي تكونها، يُمكن تدرجها أو تقييمها.

المراجع:

1. Helzer JE, Kraemer HC, Krueger RF et al (eds). *Dimensional aspects in diagnostic classification*. Arlington: American Psychiatric Association, 2008.
2. *Oxford English Dictionary*. Oxford: Oxford University Press, 2nd ed., 2009.
3. Cuthbert BN. Dimensional models of psychopathology: research agenda and clinical utility. *J Abnorm Psychol* 2005;114:565-9.
4. Rheinberger H-J. *Towards a history of epistemic things*. Stanford: Stanford University Press, 1997.
5. Daston L (ed). *Biography of scientific objects*. Chicago: University of Chicago Press, 2000.
6. Grossman R. Meinong's doctrine of the Aussersein of the pure object. *Noûs* 1974;8:67-82.

عندما يبلغ الأطفال المصابين بالذاتوية سن الرشد

FRED R. VOLKMAR, JULIE M. WOLF

Child Study Center, Yale University, New Haven, CT 06520, USA

يعانون من الذاتوية ولديهم نتائج متوافقة تتراوح من ١٥٪ وحتى ٤٤٪ عبر الدراسات (٣،٥)، وأن مستويات مهارات التخاطب ومستوى المعرفة الوظيفية أقوى دليل على النتيجة لدى الأفراد الذين يبلغ معدل ذكائهم فوق الـ ٧٠ لديهم أكبر احتمالية ليحيوا باستقلال، وقد اقترح البعض الآخر أن النتيجة مشروطة بحسب كم الدعم الاجتماعي المتاح للمراهق (٧). وقد قدمت دراسات حديثة صورة أقل تشاؤماً؛ فقد اكتشف فارلي وآخرون (٨) أن النتائج قد تطورت على مدار التقديرات السابقة، فتشير أكثر من نصف عيناتهم إلى نتائج تتراوح بين «جيدة» و«جيدة جداً»، وبشكل مماثل، اكتشف آيافيس وهو (٩) أن حوالي نصف عيناتهم لديها نتائج تتراوح بين «مقبول» و«جيد»، أما نتائج النصف الآخر فكانت «ضعيفة» (مع غياب النتائج «الضعيف جداً»). وقد ربطا هذا التقدم بتطور في الاكتشافات السابقة والتدخلات التي تمت في السنوات الحديثة، لكن، من الواضح أنه مع وجود ٥٠٪ من الأفراد الذين يُظهرون نتائج ضعيفة، أن هناك احتياج إلى تدعيمات وتدخلات إضافية لتطوير جودة الحياة للراشدين الذين يعانون من داء الذاتوية.

وتقترح النتائج التي تتعلق بالوظائف الاجتماعية أن صعوبات خلق صداقات والحفاظ عليها بالأمر الشائع في سن الرشد؛ فقد اكتشفنا أن ٢٥٪ أو أقل من الراشدين الذين يعانون من ASD لديهم صداقات حقيقية (٦،١٠)، وتشمل دلائل المشاركة في الأنشطة الاجتماعية في سن البلوغ استقلالاً أكثر في الأنشطة اليومية ومهارات اجتماعية أفضل وعدداً أكبر من الخدمات التي تم الحصول عليها. وقد يبقى الإيذاء بين البالغين وبعضهم البعض نقطة اهتمام للشباب البالغين الذين يعانون من ASD أيضاً (١١)، وبالرغم من أن الوظائف الجنسية تنمو بشكل طبيعي، إلا أن الجوانب الاجتماعية لدخول العلاقات الجنسية وفهم السلوكيات الجنسية المناسبة، بالأمر الذي به الكثير من التحديات للكثير من البالغين، وقد يكون ضعف الإدراك الاجتماعي والميل إلى السلوكيات العنيدة أو الاهتمامات الواسية، يمكن أن تؤدي أيضاً إلى التحديات القانونية (مثل الفشل في اللجوء إلى السلطات والسلوكيات الغير لائقة على شبكة الانترنت والتكبر). إن التعاليم الصريحة لشباب الراشدين فيما يخص هذه الأمور بالأمر الهام للتأكد من فهمهم لتأثير سلوكياتهم. وإن تثقيف المستجيبين الأولين بالأمر الهام أيضاً للتأكد من فهم هذه السلوكيات.

لقد انعكس إدراك الذاتوية والضعف الاجتماعي الشديد لدى الأفراد القادرين ذهنياً، في تضمن اضطرابات اسبيرجير في الـ DSM-IV والـ ICD-١٠. يسعى الكثير من الأفراد إلى تدريبات تعليمية ومهنية فيما يخص اضطرابات اسبيرجير و الذاتوية الوظيفية، وذلك بالرغم من أن التدعيمات الاجتماعية والتعليمية من الاحتياجات الهامة. يختلف الأمر ما إذا كانت الإعاقات مثل الذاتوية تستحق تجهيزات خاصة، من دولة لأخرى.

لقد درسنا داء الذاتوية والحالات المرتبطة به منذ الأربعينات، إلا أن التعريفات الرسمية لم تظهر إلا عام ١٩٨٠ مع ظهور الـ DSM-III، وقد تركّز الجدل السابق حول صلاحية الحالة؛ أي ما إذا كانت تُعتبر بالأمر المختلف عن الفصام الذي يظهر في الطفولة أم لا، إلا أنه قد تم حل هذا الجدل بالعمل على علم الظواهر الإكلينيكية والجينات للحالتين. وقد تم التعرف على الاختلافات في المظاهر الإكلينيكية، وتم تعريف الذاتوية بوجود صعوبات اجتماعية شديدة وأيضاً بدايات مبكرة جداً ترتبط بالفصام. أتضح أيضاً أن الذاتوية اضطرابات وراثية شديدة تختلف عن الفصام.

لقد أرتبط داء الذاتوية بنتائج ضعيفة، مع وجود دراسات مبكرة تقترح أن حوالي الثلثين من الأفراد الراشدين يتطلبون عناية داخل المؤسسة (١،٢)، وقد تركّزت مناهج العلاج القديمة على وسائل العلاج النفسية (تكون غالباً للأباء والأبناء)، إلا إنها تحوّلت بشكل تدريجي عندما حددت الدراسات أن النهج السلوكي والتعليمي المنظم يرتبط بنتائج أفضل، كما كانت التشخيصات والتدخلات القديمة. وقد أتضح أن الوعي العام الكبير والتدخلات القديمة والإدارة الأكثر فاعلية لها تأثير كبير على نتائج الحالة (١).

نتائج داء الذاتوية

هناك بعض الدلائل التي تقول بأن أساس أعراض الذاتوية تقل إلى حد ما لدى المراهقين وفي بداية سن الرشد (٣)، مع تطور في مهارات التخاطب تكون بالأمر الشائع جداً، أما الضعف الاجتماعي والسلوكيات المتكررة تظهر في سن البلوغ، بالإضافة إلى ذلك، لا يُظهر كل الأفراد تطوراً، ومن النادر أن يحقق الأفراد مكاسباً إلى درجة أنهم لا يتوافقون مع المعايير التشخيصية لاضطرابات أطيفاف الذاتوية (ASD) (١-٣).

غالباً ما يبدو أن حاصل الذكاء (IQ) بالأمر الثابت مع مرور الوقت، وذلك فيما يتعلق بالوظائف العصبية. دائماً ما يواجه الراشدون الذين يعانون من الذاتوية مجموعة من التحديات وذلك فيما يتعلق بالوظائف العصبية، ومن هذه التحديات صعوبات في المعرفة الاجتماعية والذاكرة والوظائف التنفيذية والتنسيق الحركي والذي يُمكن أن يؤثر على إمكانيتهم على فهم التعقيدات التي تطرأ مع الاستقلال الذي يبدأ في مرحلة البلوغ (٤).

لقد أشارت دراسات قديمة قامت على الأفراد الذين وُلدوا في السبعينات، مع الأخذ في الاعتبار بالنتائج الوظيفية والحياة اليومية إلى نتائج ضعيفة بل وضعيفة جداً فيما يخص أغلب الأمور في مرحلة البلوغ (٣،٥،٦)، وقد اكتشفنا أن القليل من الراشدين يعيشون مستقلين، بينما تعيش الغالبية منهم معتمدين على أسرهم، أيضاً، اكتشفنا أن القليل منهم لديه وظيفة أو حصل على شهادات جامعية، وقد كانت نسبة الأفراد الذين

1. Volkmar F, Wiesner L. A practical guide to autism. Hoboken: Wiley, 2009.
2. Howlin P, Goode S, Hutton J et al. Adult outcome for children with autism. J Child Psychol Psychiatry Allied Discipl 2004; 45:212-29.
3. Seltzer MM, Shattuck P, Abbeduto L et al. Trajectory of development in adolescents and adults with autism. Ment Retard Dev Disabil Res Rev 2004;10:234-47.
4. Brereton AV, Tonge BJ. Autism and related disorders in adults. Curr Opin Psychiatry 2002;15:483-7.
5. Howlin P. Outcome in adult life for more able individuals with autism or Asperger syndrome. Autism 2000;4:63-83.
6. Renty JO, Roeyers H. Quality of life in high-functioning adults with autism spectrum disorder: the predictive value of disability and support characteristics. Autism 2006;10:511-24.
7. Farley MA, McMahon WM, Fombonne E et al. Twenty-year outcome for individuals with autism and average or near-average cognitive abilities. Autism Res 2009;2:109-18.
8. Eaves LC. Young adult outcome of autism spectrum disorders. J Autism Dev Disord 2008;38:739.
9. Orsmond G, Krauss M, Seltzer M. Peer relationships and social and recreational activities among adolescents and adults with autism. J Autism Dev Disord 2004;34:245-56.
10. Shtayermman O. Peer victimization in adolescents and young adults diagnosed with Asperger's syndrome: a link to depressive symptomatology, anxiety symptomatology and suicidal ideation. Issues Compr Pediatr Nurs 2007;30:87-107.
11. Rutter M. Child psychiatric diagnosis and classification: concepts, findings, challenges and potential. J Child Psychol Psychiatry Allied Discipl 2011;52:647-60.

DOI 10.1002/wps.20020

لقد تركزت الكثير من الاتجاهات القديمة للتشخيصات على داء الذاتوية في مرحلة الطفولة، وقد ظهر عبر الوقت احتياجات إلى اتجاهات أكثر تطوراً وأطول عمراً، مثل في الـ DSM-III-R وبصفة خاصة الـ ICD-10 والـ DSM-IV. وقد قدم إدراك وجود مجموعة أكبر من الأنماط الظاهرية للذاتوية والأفراد ذوي القدرات الذهنية العالية الذين يعانون من مشكلات اجتماعية شديدة (مثل الذين يعانون من اضطرابات اسبيرجير) قضايا تشخيص هامة والتي تبقى موضوع جدل كبير وتنعكس في نهج الـ DSM-5 المقدم حالياً، وسنرى كيف سيؤثر الـ DSM-5 على ممارسات التشخيص.

إن المعاناة من حالة عسيرة مثل الذاتوية قد تعرض المرء إلى المزيد من الصعوبات (١١)، وتقتصر المحاضرة المتاحة حالياً معدلات مرتفعة من المشكلات الاكلينيكية الشديدة في مرحلة البلوغ التي تشمل حالات من الخوف والاكتئاب (وكلاهما قد يستجيبا لنماذج علاج مختلفة). وتبقى محاضرات العلاج المحدودة والمتاحة والتي تخص هذه المرحلة العمرية وأيضاً الغياب العام للأبحاث التي تقوم على حالات الذاتوية التي تحدث في سن الرشد والمراقبة حرج عثرة كبير لفهمنا لأفضل مناهج التدخلات.

استنتاج

يبدو أن نتائج الذاتوية قد تطورت بشكل كبير عبر العقود العديدة الماضية، وهذا يعكس عدداً من العوامل، والتي تشمل تدخلات سابقة ووسائل علاج متطورة. وفي نفس الوقت، يحتاج الكثير من الراشدين، وحتى بينما يحيون بشكل مستقل، إلى دعم، لكن يعمل غياب مناهج العلاج والخدمات المتوافرة على حد معرفتنا بهذه الفئة من الناس.

غالباً ما يكون هناك فجوة كبيرة بين القدرات الذهنية والمقدرة على تعميم هذه الأمور على مواضع «العالم الحقيقي» - ويمكن أن تكون هذه الفجوة بين الوظائف الذهنية والمهارات التلائومية هامة جداً وقد تكون واحدة من العوامل التي تخدم الحالات التي تميل إلى مشكلات نفسية أخرى. إن الكثير من الأفراد الآن يتلقون تعليماً جامعياً أو مهنيًا، لكن قد يكون لديهم مشاكل مستمرة مع العزلة الاجتماعية والتخاطب الأمر الذي قد يزيد من خطر الاكتئاب والقلق.

وتبقى الاحتياطات البحثية والخدمية في هذا المجال من الأولويات الهامة جداً (١١).

داء الذاتوية كعلامة إكلينيكية أساسية في الفصام

مرضاهم. إن هذا الأمر غير مناسب على أي حال، وذلك إذا كانت تعتمد معايير قاطعة للتشخيص، مثل الذاتوية، على شخصية الطبيب النفسي، وقد تصبح مشكلة حقيقية إذا كان حجم خبرته وكفاءته يلعب دوراً أساسياً في الأحاديث الإكلينيكية».

ذكر دين أيضاً أنه «عندما يقوم الطبيب بتقييم حالة ذاتوية محتملة ... ينبغي عليه أن يحاول أن يُغمض عينيه عن الأعراض الأخرى، مثل تشويش التفكير والهلاوس والضلالات؛ ففي بعض الأحيان تقترح هذه الأعراض وجود تشخيص بالفصام والذي قد ينحاز إليه الطبيب في صالح داء الذاتوية» (٤). وعند محاولة إخفاء أعراض شنايدر من الدرجة الأولى عن أعين الأطباء النفسيين التابعين لعصر الـ DSM-IV بهدف التركيز على المظاهر الأساسية للفصام، أستنتج ماج مسبقاً أن مفهوم الذاتوية يستحق الكثير من الانتباه، كما أعاد تقديمه بارناس (٧)، ونحن نثق أنه لا بد من إدخال هذا العنصر في الجدول الحالي الذي في المجلة.

Per Bech

Psychiatric Research Unit, Mental Health Centre North Zealand, University of Copenhagen, Dyrehavevej 48, DK-3400 Hillerod, Denmark

المراجع:

1. Parnas J. The core Gestalt of schizophrenia. World Psychiatry 2012;11:67-9.
2. Maj M. The self and schizophrenia: some open issues. World Psychiatry 2012;11:65-6.
3. Dein E. Personlighedstyper ved skizofreni og skizofreniforme psykoser. Nordic J Psychiatry 1964;18:88-105.
4. Dein E. On the concept of autism. Acta Psychiatr Scand 1966;191:124-35. 5. Bech P. Clinical psychometrics. Oxford: Wiley Blackwell, 2012.
6. Maj M. Critique of the DSM-IV operational diagnostic criteria for schizophrenia. Br J Psychiatry 1998;172:458-60.
7. Parnas J, Bovet P. Autism in schizophrenia revisited. Compr Psychiatry 1991;32:7-21.

DOI 10.1002/wps.20021

يركز بارناس في الوثيقة التي قدمها في عدد شهر يونيو من مجلة عالم الطب النفسي عام ٢٠١٢، على التشويشات الأساسية التي تحدث لدى المرضى قبل بدايات ظهور داء الفصام (١)، وقد أشار بارناس إلى الـ ICD-٨ التي تُعتبر فيها التشويشات الشخصية علامة إكلينيكية أساسية للفصام. وقد تم الاحتفاظ بهذا المفهوم في الـ ICD-٩ متضمنًا تشويشات في الإرادة (كسل وسلبية).

ويدعو ماج في المقالة التي قدمها في ذات العدد (٢) إلى إجراء دراسات متابعة على منهج بارناس، وذلك للحصول على تصورٍ لأساسيات الفصام. وقد استحضرت هذه الصورة إلى ذهني عملاً قدمه طبيب نفسي دانماركي، وهو دين (١٩٢٢-١٩٧٥).

فقد قدم دين في الخمسينيات من القرن الماضي دراسات متابعة على مرضى يعانون من أطياف الفصام (٣)، وقام بتعريف الذاتوية بكونها «انحرافاً مستمراً ومُدرَك اجتماعياً في العلاقات الشخصية بين الأفراد، ويتصف بميل قوي بالحفاظ على مسافة غير طبيعية بينه وبين الآخرين، وأيضاً ميلاً لتبني اتجاهها سلبياً، وأن يكون المرء غير مبال عاطفياً» (٤). وقد أكتشف أن ١٠٩ مريضاً من أصل ١٤٢ يعانون من الفصام المزمن والذاتوية، وذلك قبل ظهور بدايات المرض، وهذا بالمقارنة مع ٥٢ مريضاً يعانون من حالات الفصام العرضية (وهي في غالب الأمر اضطراب فصامي عاطفي) (٣). وقد عملت النتائج التي حصل عليها دين على تأكيد الملحوظات التي قدمها كرايبيلين، وهي أن الذاتوية علامة إكلينيكية أساسية للفصام، وقد ساهم منهج جيستالت الذي قدمه بارناس بالكثير في هذا الأمر.

لقد أخبرني دين أثناء الدراسة التقييمية على مقاييس الاكتئاب والهوس (٥) أن أكثر الحالات التي رآها شدة عن تشويشات الاتصال كانت لدى مريض يعاني من داء الاكتئاب الهوسي، لكن لا يظهر التشويش في هذا الداء خارج النوبات الشديدة، بحيث أنه يصف خصال شخصية، وهذا بعكس الفصام (٤).

يقدّم ماج في هذه المقالة أيضاً بعض التعليقات عن المشكلات العملية الخاصة بنموذج بارناس، ومن بين هذه التعليقات ما يقول أنه من الممكن أن يكون أساس جيستالت بالأمر الفعال جداً إذا أُستخدمه خبراء جادين، إلا أنه بالأمر الضعيف في الممارسات الإكلينيكية التقليدية (٢). ومن هذا المنطلق، تتفق كلمات دين مع اهتمامات ماج، وهي «أنه من الحقيقي أن قدرة الأطباء النفسيين على رؤية ظلال خفية في الاتصال يختلف بشكل كبير، وبالطبع قد تعمل الأمنية الطبيعية بوجود اتصال على خداع الكثير من الأطباء النفسيين حتى يقوموا بالمبالغة في تقدير علاقتهم مع

الانتقال من تدريبات الطب النفسي إلى الاشتغال به: دراسة استقصائية عن الوضع الوظيفي للأطباء النفسيين المبتدئين في ٣٥ دولة

المستقلة يرتبط بمستويات عالية من الضغوط والقلق والصعوبات التي يواجهها الشباب من الأطباء النفسيين مع العناية بالمريض (٤)، إلا أن الاستطلاع يؤكد على غياب دعم محدد أثناء هذه الفترة. هناك تقارير أيضاً تقول بأن ٨ مجيبين فقط من أصل ٤٠ أقرّوا بأنه يوجد فرص تدريب محددة لتطوير المهارات النفسية الخاصة «بالعالم الحقيقي»، مثل القيادة والإدارة، بينما أقر ١٩ مجيباً أنه يستلزم في بلدانهم وجود مستشاراً (ناصح) أثناء التدريبات النفسية، وقد تقلص هذا العدد إلى ١١ للأعوام الأولى من العمل كمتخصص.

إننا نرى أنه لا بد من اعتبار الانتقال من التدريبات النفسية إلى العمل المستقل بالطب النفسي بالمهمة المعقدة بل وخطوة لازمة للاعتراف في مهنتنا هذه، فهي تستحق انعكاس ذاتي من الأطباء النفسيين الشباب وأيضاً دعماً من اتحاد الأطباء النفسيين، ولا بد أيضاً من خلق فرص تدريبات خاصة لفترة الانتقال هذه، بالإضافة إلى ذلك نحن نؤمن أن وجود مكافئات قد تكون اتجاهاً مناسباً أكثر من وضع قيود بهدف جذب الشباب من الأطباء النفسيين للعمل في المناطق المحرومة من الدولة أو في المجالات المهمشة من الطب النفسي (٥). وبينما قد يعمل الاتجاه الأخير على المدى القصير، إلا أنه قد يكون بالأمر المرهق للأطباء النفسيين وخطراً على التوظيف الطويل الأمد.

Florian Riese¹, Clare Oakley², Marie Bendix³, Pürrika Pür⁴, Andrea Fiorillo⁵
¹Psychiatric University Hospital, Zurich, Switzerland;
²Institute of Psychiatry, King's College, London, UK;
³Psychiatric Clinic Southwest, Karolinska University Hospital Huddinge, Stockholm, Sweden;
⁴Psychiatry Clinic, University of Tartu, Estonia;
⁵Department of Psychiatry, University of Naples SUN, Naples, Italy

المراجع:

1. Riese F, Salvi V, O'Leary P et al. Not quite there yet? The transition from psychiatric training to practice as a psychiatric specialist. In: Fiorillo A, Callies I, Sass H (eds). How to succeed in psychiatry — a guide to training and practice. Oxford: Wiley-Blackwell, 2012:147-60.
2. Maj M. Report on the implementation of the WPA Action Plan 2008-2011. World Psychiatry 2011;10:161-4.
3. Fiorillo A, Brambhatt P, Elkholy H et al. Activities of the WPA Early Career Psychiatrists Council: the Action Plan is in progress. World Psychiatry 2011;10:159.
4. Looney JG, Harding RK, Blotcky MJ et al. Psychiatrists' transition from training to career: stress and mastery. Am J Psychiatry 1980;137:32-6.
5. Gunther OH, Kurstein B, Riedel-Heller SG et al. The role of monetary and nonmonetary incentives on the choice of practice establishment: a stated preference study of young physicians in Germany. Health Serv Res 2010;45:212-29.

DOI 10.1002/wps.20022

إن الانتقال من مرحلة تدريبات الطب النفسي إلى الاشتغال المستقل فيه بمثابة خطوة هامة جداً في التطور المهني لكل طبيب نفسي؛ فتحدد هذه المرحلة التي يمر بها كل طبيب نفسي اختياره في التخصص الفرعي، وبالتالي فتأثيرها هام على المسار المهني للمرء وأيضاً على توافر الأطباء النفسيين في مناطق مختلفة من تخصصاتنا.

وبالرغم من مدى أهمية فترة التطور المهني هذه إلا أنها لا تُدرس كما ينبغي (١)، وتضامناً مع هدف الجمعية العالمية للطب النفسي (WPA) الذي هو «تدعيم التقدم المهني لمهنة الطب النفسي للأطباء النفسيين المبتدئين حول العالم» (٢) قام أعضاء مجلس جمعية الأطباء النفسيين المبتدئين التابعة للجمعية العالمية للطب النفسي (WPA) بعمل بحث لدراسة هذه المرحلة بتفاصيل أكثر استفاضة (٣).

وقد تم تطوير استفتاء على شبكة الانترنت يتكون من ٢٧ سؤالاً يغطي العامل الذي يؤثر على اختيار التخصص النفسي وإعداد العمل، ٢- إتاحة العمل، ٣- وإتاحة التدريب وتوفير الفرص المحددة لهذه الفترة. وقد طُلب من الستين عضواً في المجلس أن يُشاركوا في هذا الاستطلاع كخبراء بأحوال بلادهم، واستجاب منهم ٤٠ عضواً كانوا يمثلون ٣٥ دولة من خمسة قارات، وبلغ معدل الاستجابة ٦٦٪.

هناك تقارير تقول أن اختيارات العمل غالباً ما تتأثر، بل وتتأثر جداً بالتغيرات الشخصية، مثل توقعات الأجر (٤٠\٣٠) والاهتمامات الشخصية (٤٠\٢٩) وتوافق الحياة الشخصية (٤٠\٢٧)، وهذا أكثر من تأثرها بالعوامل الخارجية، مثل التوقعات الاجتماعية (٤٠\١٣) والبيئة السياسية (٤٠\١٠). وما هو مثير للاهتمام هو وجود تقارير عن تأثير قوي لعدم المساواة العامة على الاختيارات الوظيفية في ثلاثة دول، بالإضافة إلى ذلك، ذكر ستة مجيبين من أصل ٤٠ أن في بلدانهم يقوم «طرف آخر» بتحديد موقع التدريب، وليس الطبيب النفسي. وفي ١٢ دولة أخرى، تُعتبر الرواتب المرتفعة والحصول على تدريبات تخصص فرعية كمكافئة لتعيين أطباء نفسيين في المناطق المحرومة.

لقد حكم أغلب الخبراء على خطر انضمام الأطباء النفسيين إلى صفوف العاطلين مباشرة بعد الحصول على تخصص في الطب النفسي بكونه أمراً غير محتمل أو غير مُحتمل على الإطلاق (٤٠\٣٧)، لكن ذكر أكثر من نصفهم (٤٠\٢١) أنه من الصعب أو من الصعب جداً الحصول على الوظيفة التي يرغبون فيها؛ فيُنظر كثيراً إلى العمل في المستشفيات الجامعية والعيادات النفسية الخاصة بكونها اختيارات عمل مُحببة، وعن هذا الأمر، هناك تقارير على أن توافر فرص عمل في المستشفيات الجامعية «بالأمر السبيء» أو «السبيء جداً» في ٢١ دولة من أصل ٤٠، بالإضافة إلى ذلك، قدم ١٤ ممثلاً من أصل ٤٠ تقارير تقول بأنه لم يكن ممكناً في دولهم أن يعين المرء نفسه طبيباً نفسياً مستقلاً بعد انتهاءه من التدريب، بل وقد ذُكر البعض أن الحدود التي تقيّمها الحكومة فيما يتعلق بعدد المناصب المتاحة ومدّة الخدمة الإلزامية - والتي وصلت إلى ٩ سنوات في إحدى الدول - بأنها عوامل تقييد.

وبالرغم من أن الانتقال من فترة التدريب النفسي إلى الممارسة

التطبيب النفسي عن بُعد في الهند

لقد كان أمرًا جيدًا أن أقرأ المقالة التي قدمها جرادي (١) والتي جاءت في عدد أكتوبر عام ٢٠١٢ من مجلة عالم الطب النفسي، وأن نجد ما يوازيها من خبراتنا في تقديم خدمات تطبيب نفسية في المناطق الريفية في تاميل نادو بالهند.

لقد بدأت مؤسسة أبحاث الفصام (SCARF) استخدام التطبيب النفسي عن بُعد عام ٢٠٠٥ كجزء من برنامج التدخلات النفسية لضحايا إعصار تسونامي ومنذ ذلك الوقت قامت بتطويره حتى أصبح مكونًا متكاملًا لبرنامج التوعية الاجتماعية خاصتها. لقد كانت الخدمات تُقدّم في أول الأمر عن طريق خطوط شبكة الخدمات الرقمية الموحدة (ISDN)، وبعد ذلك ومع إتاحة زيادة عرض النطاق الترددي، تحولنا إلى النطاق العريض. وفي عام ٢٠١٠ وبدعم من تاتا ايدوكيشن تراست قمنا بتوسيع خدماتنا لتشمل مقاطعة بودوكوتاي، قمنا بزيادة توصيل خدمات التطبيب النفسي عن بُعد على أرضية متنقلة.

وقد غطت الخدمة المتنقلة أكثر من ١٥٦ قرية بمعدل سكان يصل إلى ٣,٠٠,٠٠٠، وتركز الخدمة في الوقت الحالي فقط على الأفراد الذين يعانون من اضطرابات نفسية شديدة ونقدّر أنه حوالي ١,٠٠٠ من الأفراد سينتفعوا من هذه الخدمة في خلال ثلاثة سنوات.

تُقدّم خدمة التطبيب النفسي عن بُعد المتنقلة والتابعة لـ SCARF في حافلة قد تم تحضيرها بشكل تقليدي، وتحتوي على غرف استشارة وصيدلية؛ ففي غرفة الاستشارة تُجرى الاتصالات بين الأطباء النفسيين المتمركزين في شيناي والمرضى والمعتنين بهم، وذلك عن طريق شاشات تليفزيونية كبيرة وكاميرات عالية النقاء، وذلك باستخدام وصلات انترنت لاسلكية.

وبعد الانتهاء من الاستشارة عبر شاشة التلفاز، يقدم الطبيب وصفة طبية إلى العيادة النفسية للتطبيب النفسي عن بعد والتي بداخل الحافلة، والتي تُصرف من الصيدلية التي بالحافلة أيضًا. هناك أيضًا مقابلات متابعة، والعلاج المُقدّم بلا تكلفة مادية، وهذا مكون ضروري للبرنامج أي أنه يُقدّر الحالة المادية للمريض وأيضًا حقيقة أنه تندر العقاقير النفسية في الصيدليات بالمناطق الريفية.

يحصل كل مريض على تسجيل خاص به، ويعمل هذا على تسهيل متابعة العناية والمشاركة بالمعلومات بين محترفي العناية الصحية؛ فهي تقدم التشخيصات بشكل مفصل وأيضًا الوصفة الطبية وأيه فحوصات تتعلق بالأمر والتي لا بد أن تتم للمريض بشكل مستقل، مثل اختبار الدم

أو ال EEG.

وبعيدًا عن الاستشارة عن بُعد، تقدّم هذه العملية تدخلات نفسية، والتي منها تعليم نفسي للذين يقدمون العناية للمريض، وهذه يتيحها العملاء بالصحة الاجتماعية. هناك أيضًا تأكيد على أهمية أن يحصل المريض على وظيفة وذلك عن طريق مخططات تقدمها الحكومة والقطاع التطوعي. ويتم مراقبة العملاء في مجالات الصحة عن طريق شاشات مراقبة وزيارات دورية في الموقع.

من العوامل الهامة أيضًا في هذه العملية هو تطوير الوعي عن الأمراض النفسية؛ فيعمل الفهم القليل عن الداء على تأخير العلاج وأيضًا التعرف المبكر عليه وبالتالي يُعزز فكرة العار التي يمر بها المريض. إن القرويين من الفئات المستهدفة لحملات التوعية والتي تشمل الملصقات والكتيبات والمسرحيات والأفلام، وتُعرض هذه الأمور على شاشة تليفزيونية تصلح للمشاهدة من مؤخرة الحافلة وتم عملها بصفة خاصة لتعليم الأفراد عن علامات واعراض الاضطرابات النفسية. يشرح الفيلم أيضًا طريقة التطبيب النفسي عن بُعد وأهداف البرنامج.

وبالرغم من أن هذا الفيلم كان ناجحًا في شرح جدوى تقديم خدمة التطبيب النفسي عن بُعد، إلا أن الكثير من التحديات تزيد من أحمال المرضى المتزايدة، وأيضًا تركّز بشدة على فكرة جرادي (١) التي تقول أن التطبيب عن بُعد يوزع مصادر أكثر من خلق كفاءة إضافية.

وبشكل عام، لقد كانت خبرتنا إيجابية بما يكفي، وهي تشجعنا لأن نوسع أبحاث البرنامج. من الممكن أن يُثبت دمج هذه الاستراتيجية في برنامج الصحة النفسية أنه بالأمر النافع جدًا، خاصة في الوصول إلى المناطق النائية. ومع التقدم الحديث في تسهيلات الاتصال في الهند، انه الوقت المناسب لاستغلال الاحتمالية المرتقبة للطبيب النفسي عن بُعد.

Rangaswamy Thara, John Sujit

Schizophrenia Research Foundation, Chennai, India

المراجع:

1. Grady B. Promises and limitations of telepsychiatry in rural adult mental health care. World Psychiatry 2012;11:199-201.

DOI 10.1002/wps.20025

الخصائص، المحتوى، الأداء وتأثير موقع الجمعية العالمية للطب النفسي (www.wpanet.org)

LEVENT KÜEY

WPA Secretary General and Website Editor

تقوم الجمعية العالمية للطب النفسي بتطوير صورتها وشخصيتها التنظيمية، وذلك تماشيًا مع خطة العمل الخاصةها لأعوام ٢٠٠٨-٢٠١١ وقد أعدت أيضًا خطة العمل لأعوام ٢٠١١-٢٠١٤. وقد لعب الموقع الرسمي للجمعية العالمية للطب النفسي بالتزامن مع قنواتها الإعلامية الأخرى (أخبار الجمعية العالمية للطب النفسي والنشرة الإخبارية التابعة لها والنشرة الورقية أيضًا) دورًا هامًا في هذا الأمر.

لقد تم إعادة تشييد القنوات الإعلامية الخاصة بالجمعية العالمية للطب النفسي منذ عام ٢٠٠٨، وتم تطويرها لتكون منسجمة مع كلا من مكوناتها وطبيعتها الجمالية. لقد كان الرأي العام هو الوصول إلى الأناقة التي في البساطة، وقد تم إخصاب قنوات الإعلام التابعة للجمعية العالمية للطب النفسي لتزيد من كفاءتها على مستوى ما بين المنظمات وبعضها البعض ومستوى ما بداخل المنظمة، وأيضًا لتعكس صوت كل مكونات الجمعية العالمية للطب النفسي. لقد كان يتم إرسال طلبات للمساهمة بصفة مستمرة، وكانت تراجع البنود المرسله بعد الإضافة والموافقة عليها. وقد قام الأمين العام للجمعية العالمية للطب النفسي، بكونه مراجع القنوات الإعلامية هذه بالإشراف على هذا الفعل، وهذا بالتعاون مع أعضاء اللجنة التنفيذية التابعة للجمعية العالمية للطب النفسي وأعضاء مكتب سكرتارية الجمعية العالمية للطب النفسي. تركز هذه المقالة على الخصائص الأساسية لموقع الجمعية وأيضًا محتواه وأداءه وتأثيره.

لقد بدأ تجديد الموقع الإلكتروني وتحويل المدير المسئول عن الموقع والناقل، وذلك بهدف تطوير التأثير العالمي لموقع الجمعية العالمية للطب النفسي عن طريق مراجعة مكوناته وبنيتة التحتية وتصميمه المرئي وطرق الصيانة، بدأ هذا في أوائل عام ٢٠٠٩، وتم الانتهاء منه في غضون عام، وقد تم نشر موقع الكتروني جديد بالتمام في الثاني عشر من أبريل عام ٢٠١٢، وذلك بعد الكثير من المحادثات الهامة في اللجنة التنفيذية التابعة للجمعية العالمية للطب النفسي (٢٠٠٨-٢٠١١) ومجموعة تكنولوجيا المعلومات المسئولة عن الإدارة الفنية للموقع الإلكتروني، بهدف زيادة من إمكانية قراءته واستخدامه وأيضًا تأثيره.

الخصائص

لقد تم إعادة تشييد وإعادة تصميم الموقع

الخاص بالجمعية العالمية للطب النفسي، وذلك بهدف أن يكون تصفحه بالأمر السهل للمستخدم، وأيضًا لسهولة إدارته من قبل الكاتب، وكذلك أيضًا لضمان جودة المكونات وجمالها الذي يقوم على البنية التحتية.

إن هذا الموقع الإلكتروني متاح للجميع، وليس هناك كلمة مرور، وهذا الأمر يساهم في الشفافية التنظيمية وسهولة الوصول إلى أعمال الجمعية العالمية للطب النفسي بشكل عام. يقدم هذا الأمر أيضًا فرصة لمحترفي الطب النفسي وغير محترفين للوصول إلى المواد التعليمية بكل اللغات.

وقد تم تلخيص الصفحة الرئيسية، مما جعل الأمر سهلًا ليلاحظه المستخدم بسهولة؛ فأن محتويات الصفحة الرئيسية أكثر تنظيمًا وتقسيماً الآن، وقد سهلت كل هذه التغيرات على المستخدم لأن يتابع المحتويات ويظهر أولوية لما يريده.

لقد تم تطوير نظام البحث والقائمة الجانبية، وهذا يمكن المستخدم من التصفح بسهولة. أما من جهة المساعدة في البحث، فهناك نظام تفصيلي وهذا يُعطي المستخدم وسيلة لتعقب الأماكن التي زارها بين البرامج والوثائق، وقد تم تصميم هذا النظام وتطبيقه، وبالتالي يتمكن المستخدمون من معرفة كيف يصلون إلى هناك بينما يتصفحون.

لقد تم تصنيف البنية التحتية وترميز قاعدة البيانات وذلك لإدارة الوثائق والاجتماعات والملفات أو أيه بند تم استخدامه في الموقع، وقد تم أيضًا ترميز كل الصفحات ترميزًا منهجياً ومعالجتها بلغة توصيف النص التلقائية (HTML).

لقد تم بناء نظام إدارة لمحتويات الشبكة، وهذا يساعد في تقسيم وإدارة المحتويات ويجعل من السهل خلق خريطة للموقع. وتظهر كل الصفحات والمكونات في قالبها الخاص، ومن السهل تشكيل كل الأمور البصرية والقوالب. وقد تم استخدام محرر النص "WYSIWYG" "What You See Is What You Get"، أي أن ما تراه هو ما تحصل عليه) على منطقة الإدارة وذلك لتقليص كم الأخطاء المطبعية وغيرها من الأخطاء المشابهة، وأيضًا لإتاحة إضافة صور أو روابط أو pdf أو ملفات doc لصفحة ما.

لقد تم إعادة تسمية المواد المتفاعلة على الموقع الإلكتروني وتحميلها بحسب موقعها في البحث الرئيسي. يقدم نظام الوثائق الجديد قابلية لاستخدام المحتوى على الموقع وأيضًا في منطقة الإدارة. ولقد أصبحت وسيلة تحميل مواد جديدة مُصممة بطريقة منهجية، وهذا يعطي فرصة لإضافة تطبيقات تفاعلية، مثل تسجيلات

فيديو ومنطقة حماية كلمة الدخول (إذا كنا في حاجة إلى ذلك) وتسجيل للتطبيقات، وغيرها الكثير، وبالتالي تم تصميم وإضافة وحدة قياس تدعم الفيديوهات والعروض التقديمية لقسم «التعليم الإلكتروني التابع للجمعية العالمية للطب النفسي».

المحتوى

يعكس محتوى الموقع الإلكتروني بل ويعيد تشييد أنشطة كل مكونات الجمعية العالمية للطب النفسي، وهو يضم حاليًا أكثر من ٣٥٠٠ بندًا، ويغطي أخبار كل مناطق أنشطة الجمعية ومكوناتها. تجد على الموقع كل أعداد الجريدة الرسمية للجمعية العالمية للطب النفسي وعالم الطب النفسي، وأدوات الدراسات العليا الخاصة بالأطباء النفسيين ومواد تعليمية للجمهور العام لقضايا الصحة النفسية ومواد تصف خبرات ناجحة في مجال الصحة النفسية وأيضًا معلومات عن أنشطة قسم سكرتارية الجمعية والمقابلات والمنشورات والقسم العلمي.

يضم أكثر أقسام الموقع زيارة مجلة عالم الطب النفسي؛ فيتمكن الأطباء النفسيون من كل أنحاء العالم من الاطلاع عليها ويقومون بتحميل الجريدة بلا مقابل مادي، وذلك ليس فقط باللغة الانجليزية بل أيضًا بالكثير من لغات العالم، سواء كان ذلك للأعداد بشكل كامل أم للجرائد الفردية أو الملخصات باللغة الأسبانية والصينية والروسية والفرنسية والعربية والتركية واليابانية والبولندية والرومانية والاطالية.

لقد تم أيضًا تطوير برنامج التعليم الإلكتروني التابع للجمعية العالمية للطب النفسي عام ٢٠١٠، ويغطي هذا البرنامج الكثير من الفيديوهات عن محاضرات علمية قيمة وأيضًا مقدمات استعراضية من المؤتمرات التابعة للجمعية العالمية للطب النفسي، بدءًا من اختيارات من المؤتمر العالمي للجمعية عام ٢٠٠٩ بفلورنس. يوجد حاليًا ٣٣ فيديو لمحاضرات، تم تحميلها بشكل الـ ppt، بالإضافة إلى ذلك، يوجد أيضًا على الموقع برنامج تعليمي إلكتروني عام يهدف إلى تقديم معلومات علمية عالية الجودة ومضمونة عن الصحة النفسية والطب النفسي، وذلك لغير المهتمين بالطب النفسي.

تشمل أيضًا المنتجات التعليمية الخاصة بالجمعية العالمية للطب النفسي والتي متاحة على الموقع بلا تكلفة مادية ثلاثة مجموعات من الأفلام تقوم على سلسلة من الكتب التابعة للجمعية والمتخصصة في التعريف وعلم الأوبئة وعلم توالد الأمراض والجوانب الثقافية والتكاليف الثقافية والتكاليف الطبية وإدارة

- N. Depression and diabetes. Chichester:Wiley, 2010.
2. Glassman A, Maj M, Sartorius N. Depression and heart disease. Chichester: Wiley, 2011.
3. Kissane DW, Maj M, Sartorius N. Depression and cancer. Chichester: Wiley, 2011.
4. De Hert M, Correll CU, Bobes J et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. World Psychiatry 2011;10:52-77.
5. De Hert M, Cohen D, Bobes J et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. World Psychiatry 2011; 10:138-51.
6. Appelbaum P, Arboleda-Florez J, Javed A et al. WPA recommendations for relationships of psychiatrists, health care organizations working in the psychiatric field and psychiatric associations with the pharmaceutical industry. World Psychiatry 2011; 10:155-8.
7. 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;10:229-37.
8. Thornicroft G, Alem A, Dos Santos RA et al. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. World Psychiatry 2010;9:67-77.
9. Sartorius N, Gaebel W, Cleveland HR et al. WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. World Psychiatry 2010;9: 131-44.
10. Bhugra D, Gupta S, Bhui K et al. WPA guidance on mental health and mental health care in migrants. World Psychiatry 2011;10:2-10.
11. Brockington I, Chandra P, Dubowitz H et al. WPA guidance on the protection and promotion of mental health in children of persons with severe mental disorders. World Psychiatry 2011;10:93-102.

الأمر أيضًا في حقيقة أن ٦٨٪ من زوار الموقع يصلون إليه عن طريق «البحث على الانترنت»، بينما عرفه ١٧٪ من الزوار عن طريق «مواقع إرشادية» و ١٥٪ آخرين عن طريق «توجيه مباشر».

جدول ١: إحصائيات الموقع الإلكتروني التابع للجمعية العالمية للطب النفسي (١٢ أبريل ٢٠١٠ وحتى ١٢ أكتوبر ٢٠١٢)

عدد الزوار	٢١٥.٨٣٦
عدد الزيارات	٣١٣.٩١٦
الدول المقاطعات	٢٠٩
عدد الزيارات في اليوم الواحد (بالتقريب)	٣٤٨
عدد الصفحات لكل زيارة (بالتقريب)	٣.٣٦
عدد زيارات عناوين الصفحات (واحدة على الأقل)	٣١٣٤
عدد عناوين الصفحات التي شهدت	١.٠٥٤.١٥١

التأثير

إن واحدة من المعايير الأكثر استخدامًا لقياس تأثير المواقع هو «بيج رانك شيك» "Page Rank Check" (أي فحص رتبة الصفحة)، وهي خدمة مجانية تقدمها شركة جوجل. وتدل قيمة البيج رانك هذه على أهمية موقع\صفحة ما، ولكونها وحدة قياس مجردة لأهميتها المرجعية، تتشابه جيدًا مع أفكار الناس الموضوعية. إن رتبة صفحة موقع الجمعية العالمية للطب النفسي هو ١٠\٧ (أي أن قيمة رتبة الصفحة ٧ نقاط من ١٠ نقاط ممكنة)، وهذا يعكس تأثير عالي بالمقارنة مع مواقع إلكترونية أخرى مشابهة.

ولكوني محرر الجمعية العالمية للطب النفسي والسكرتير العام لها، كنت أعمل على تسهيل هذه العملية بالتعاون مع أعضاء اللجنة التنفيذية التابعين للجمعية لعام ٢٠٠٨-٢٠١١ و٢٠١١-٢٠١٤ وأيضًا طاقم السكرتارية القديم والحالي، وهم أنا انجستروم وفرانشيسكا سوتجيو وبامبلا اتياس، وكذلك أيضًا طاقم تكنولوجيا المعلومات الخاص بنا في الوكالة المتمركزة في اسطنبول وهي ساجليك بهاسيسي، ونحن نقدر حماسهم ودعمهم ومجهوداتهم المميزة.

إن المواقع الإلكترونية في حقيقة الأمر أرضية مرنة جدًا، وهي أيضًا عمل مستمر، حيث يمكننا دائمًا من الدخول على المزيد من التطورات، وأني لأتمنى أن يستمر مستخدمو الموقع الإلكتروني التابع للجمعية العالمية للطب النفسي في مساعدتنا على تطوير جودته وذلك عن طريق إرسالهم مساهماتهم وتعليقاتهم.

المراجع:

1. Katon W, Maj M, Sartorius

الاعتلال المشترك للاكتئاب مع مرض السكري وأمراض القلب والسرطان (١-٣). تتاح هذه الأفلام أيضًا فيما يصل إلى ١٧ لغة، وهذا بالإضافة إلى الإنجليزية (الإنجليزية والفرنسية والبرتغالية والأسبانية والإيطالية والأستونية والكرواتية والألمانية والسويدية والاندونيسية والبنغالية واليابانية). يوجد على الموقع أيضًا وحدة قياس تعليمية ومجموعتين من الأفلام عن الأمراض النفسية في مرضى يعانون من اضطرابات نفسية شديدة تم تطويرها بواسطة الجمعية العالمية للطب النفسي (٤.٥).

بالإضافة إلى ذلك، يضم موقع الجمعية بعض الوثائق اللازمة لمنفعة تطوير مراقبة الجودة الأخلاقية والعلمية لمهنتنا، مثل إعلان مدريد على المعايير الأخلاقية (كما ذكرها الاجتماع العام للجمعية العالمية للطب النفسي في بيونس آيرس في الحادي عشر من سبتمبر عام ٢٠١١)؛ ونموذج الجمعية للتعليم العالي والتعليم الجامعي الخاص بالطب النفسي والصحة النفسية؛ وتوصيات لعلاقات الأطباء النفسيين ومنظمات العناية الصحية للعاملين في مجال الطب النفسي وأيضًا الروابط النفسية بصناعة الأدوية (٦)؛ وتوصيات على أفضل الممارسات في التعامل مع مستخدمين الخدمة والمعتنين بالأسرة (٧)؛ والمنشورات الإرشادية التابعة للجمعية والخاصة بتنفيذ العناية الصحية النفسية المجتمعية (٨)؛ وكيفية محاربة فكرة العار المرتبطة بالطب النفسي والأطباء النفسيين (٩) والعناية الصحية النفسية لدى المهاجرين (١٠) والترويج للصحة النفسية لنسب الأفراد الذين يعانون من اضطرابات نفسية شديدة (١١).

الأداء

يرافق أداء الموقع الذي يحظى بالكثير من القبول العالمي تحاليل دورية؛ نرى هنا أداء الموقع منذ ظهوره، وهي فترة تمتد بين الثاني عشر من أبريل عام ٢٠١٠ وحتى الثاني عشر من أكتوبر عام ٢٠١٢.

وكما يُظهر الجدول ١، قد قام بزيارة موقع الجمعية العالمية للطب النفسي في هذه الفترة من العام والنصف العام أكثر من ٢٠٠.٠٠٠ فردًا، مما يؤدي إلى ما يزيد عن ٣٠٠.٠٠٠ زيارة، وقد كانت هذه الزيارات من ٢٠٩ دولة\مقاطعة تغطي كل أنحاء العالم. ولنلاحظ أن عدد الدول التي تملك فيها الجمعية العالمية للطب النفسي عضوية مجتمعات وطنية هو ١١٧، ويعني هذا أن الجمعية العالمية للطب النفسي تصل إلى ما بعد حدودها التنظيمية عن طريق الموقع الإلكتروني الخاص بها.

يدخل على الموقع أفراد جدد طوال الوقت، وتصل نسبة الزائرين الجدد ٦٩٪، وينعكس هذا

عضوية الجمعية العالمية للطب النفسي مع منظمة الصحة العالمية في تطوير فصل الـ ICD-11 على الاضطرابات النفسية

PAOLA BUCCI

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

إن تطوير الطبعة الحادية عشرة للتقسيمات الدولية للأمراض (ICD) بالأمر المستمر، ومن المتوقع أن يُنشر النظام التشخيصي عام ٢٠١٥. تقوم الجمعية العالمية للطب النفسي بتدعيم منظمة الصحة العالمية (WHO) في إنتاج الفصل الذي يختص بالاضطرابات النفسية.

إن الرئيس السابق للجمعية العالمية للطب النفسي، وهو ماج، عضو في مجموعة الاستشارة العالمية لمراجعة الـ ICD-١٠، وهو أيضا رئيس المجموعة العاملة في اضطرابات المزاج والقلق. وقد تم تعيين العديد من موظفي الجمعية أو خبراءها كرؤساء أو كأعضاء في المجموعات العاملة في الـ ICD-١٠، وتشمل مجموعة الرؤساء جايبييل (المجموعة العاملة على اضطرابات الزهان) وتايلر (المجموعة العاملة على الاضطرابات الشخصية) وسلفادور كارولا (المجموعة العاملة على الإعاقات الذهنية) وجوريجي (المجموعة العاملة على اضطرابات الجسدنة والاضطرابات التفارقية (الفصامية)) وستين (المجموعة العاملة على الوسواس القهري والاضطرابات المتعلقة بها).

لقد شارك أعضاء المجتمعات التابعة للجمعية العالمية للطب النفسي في الاستطلاع العالمي للجمعية العالمية للطب النفسي ومنظمة الصحة العالمية الخاص باتجاه الأطباء النفسيين ناحية تقسيمات الاضطرابات النفسية (١)، وقد جمع هذا الاستطلاع معلومات من ٤٨٨٧ طبيبا نفسيا بخصوص استخدامهم المستمر لنظام تقسيم رسمي، ونظام التقسيم الأكثر استخداما وعدد فئات التشخيص المطلوبة وآرائهم حول أهم أهداف التقسيم، واستخدام معايير شديدة بالمقابل مع قيادة مرنة، وكيفية مزج الشدة والحالة الوظيفية في تقسيم الاضطرابات النفسية، وفائدة مكون بُعدي والتطبيق الثقافي للتطبيقات الحالية وسهولة استخدام المعايير التشخيصية التابعة لـ ICD-١٠ وصلاحيته نوباتها. تُستخدم نتائج هذا الاستطلاع لتطوير الفائدة الإكلينيكية لفصل ICD-١١ على الاضطرابات النفسية.

سنقوم بضم (أو أنهم منضمين بالفعل) العديد من أفراد مجتمعات الجمعية العالمية للطب النفسي في مجال تجربة الـ ICD-١١ وأيضا في الترجمات\التكيفات المتعددة للنظام التشخيصي. وتساهم الجمعية بشدة في عملية

التوافق بين الـ ICD-١١ والـ DSM-٥. لقد تمت الكثير من الدورات المتعددة والمرتبطة بتطورات الـ ICD-١١ في إطار الاجتماع العالمي الخامس عشر للطب النفسي، والذي عُقد في بونوس بالأرجنتين في سبتمبر من عام ٢٠١١، وأشتمل على ندوات خاصة جاءت تحت عنوان «تطوير تقسيمات الـ ICD-١١ للاضطرابات النفسية، فيما يخص الدراسات الميدانية والآراء العالمية»، بالمشاركة مع ريبيد، وهو ضابط منظمة الصحة العالمية المسئول عن هذه العملية.

إن عالم الطب النفسي هي واحدة من القنوات الأساسية التي تمكن مجتمع الطب النفسي الدولي من الاطلاع على الجديد فيما يخص تطورات الـ ICD-١١. لقد تم نشر مقالة خاصة في الجريدة كتبت تحت إشراف مجموعة المشورة الدولية الخاصة بالـ ICD-١١ والتي تلخص فلسفة هذه الوسيلة بالكامل (٢) وأيضا أول تقرير يخص المجموعة التي تعمل على الإعاقات الذهنية (٣) واستطلاع دلائل ومقترحات تقسيمات الـ ICD-١١ الخاصة باضطرابات الطعام والتغذية (٤). وقد تم تجميع العديد من الوثائق المقدمة من المجموعة التي تعمل في اضطرابات المزاج والقلق في ملحق إضافي خاص للجريدة (٥)، وظهر أيضا العديد من الإسهامات المتعلقة بالأمر في قضايا حديثة جاءت في الجريدة (٦-٢٥). يمكن أن تجد المقالات السابقة على موقع الجمعية العالمية للطب النفسي (www.wpanet.org).

المراجع:

1. Reed GM, Mendonca Correia J, Esparza P et al. The WPA-WHO Global Survey of Psychiatrists' Attitudes Towards Mental Disorders Classification. World Psychiatry 2011;10:118-31.
2. International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders. A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. World Psychiatry 2011;10:86-92.
3. 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.
4. Uher R, Rutter M. Classification of feeding and eating disorders: review of evidence and proposals for ICD-11. World Psychiatry 2012;11:80-92.
5. Maj M, Reed GM (eds). The ICD-11 classification of mood and anxiety disorders: background and options. World Psychiatry 2012;11 (Suppl.1).
6. Maj M. Psychiatric diagnosis: pros and cons of prototypes vs. operational criteria. World Psychiatry 2011;10:81-2.
7. Widiger TA. Personality and psychopathology. World Psychiatry 2011;10:103-6.
8. Strakowski SM, Fleck DE, Maj M. Broadening the diagnosis of bipolar disorder: benefits vs. risks. World Psychiatry 2011; 10:181-6.
9. Goldberg D. The heterogeneity of "major depression". World Psychiatry 2011; 10:226-8.
10. Casey P, Bailey S. Adjustment disorders: the state of the art. World Psychiatry 2011;10:11-8.
11. Owen MJ. Is there a schizophrenia to diagnose? World Psychiatry 2011; 10:34-5.
12. Millon T. Further thoughts on the relation of personality and psychopathology. World Psychiatry 2011;10:107-8.
13. Links PS. Personality and psychopathology: the dangers of premature closure. World Psychiatry 2011;10:109-10.
14. Torgersen S. Personality may be psychopathology, and vice versa. World Psychiatry 2011;10:112-3.
15. Zimmerman M. Broadening the concept of bipolar disorder: what should be done in the face of uncertainty? World Psychiatry 2011;10:188-9.
16. Frank E. Bipolar spectrum: has its time come? World Psychiatry 2011; 10:193-4.
17. Carlson GA. Broadening bipolar disorder – by design or by accident? World Psychiatry 2011;10:195-6.
18. Maj M. Bereavement-related depression in the DSM-5 and ICD-11. World Psychiatry 2012;11:1-2.

- system for psychiatric diagnosis: the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. World Psychiatry 2012;11: 24-5.
25. Jablensky A. Prototypes, syndromes and dimensions of psychopathology: an open agenda for research. World Psychiatry 2012;11:22-3.
- DOI 10.1002/wps.20024
- 2012;11:67-9.
22. Carlson GA. Differential diagnosis of bipolar disorder in children and adolescents. World Psychiatry 2012;11:46-52.
23. Westen D, Malone JC, DeFife JA. An empirically derived approach to the classification and diagnosis of mood disorders. World Psychiatry 2012;11:172-80.
24. First MB. A practical prototypic
19. 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.
20. Westen D. Prototype diagnosis of psychiatric syndromes. World Psychiatry 2012;11: 16-21.
21. Parnas J. The core Gestalt of schizophrenia. World Psychiatry

المجلة العالمية للطب النفسي

الناطقة باسم الجمعية العالمية للطب النفسي



