

الوقاية من المرض النفسي

د. سحر حسن إبراهيم^(*)

ملخص:

يهدف البحث الراهن إلى تناول موضوع الوقاية من المرض النفسي؛ حيث تم عرض نسب انتشار وشيوع المرض النفسي، والصحة النفسية والنظرة الشائعة عن المرض النفسي، وبعض المعتقدات الخاطئة حول المرض النفسي ومحاولة تصحيح هذه المعتقدات، وأخيرًا طرق الوقاية من المرض النفسي.

Prevention of mental illness

D. Sahar H. Ibrahim

lecturer of Psychology - Faculty of arts- Beni Suf University

The aim of the current research is to study the prevention of mental illness. The prevalence and incidence of mental illness has been presented, Psychological health, common view of mental illness, some misconceptions about mental illness, attempts to correct these beliefs, And finally ways to prevent mental illness.

(*) مدرس علم النفس- آداب بني سويف.

مقدمة:

نعيش في الآونة الأخيرة في ظروف سياسية واجتماعية واقتصادية قاسية مما هيا المناخ الملائم لنمو الاضطرابات النفسية بشتى أنواعها في مراحل العمر المختلفة وفي البيئات الاجتماعية على اتساع نطاقها وتنوعها، ولدى غالبية فئات المجتمع، ومن منطلق أن الوقاية خير من العلاج كان لزاماً تضافر الجهود على كافة الأصعدة من أجل تدعيم هذا الموضوع.

ويتعرض ملايين البشر يومياً لخطر المشاكل النفسية. وهى حالات صحية تضر بالصحة النفسية للشخص المصاب مما يؤدي إلى عجزه أو وفاته، وتحدث المشاكل النفسية نتيجة لتفاعل عوامل وراثية وبيولوجية واجتماعية وبيئية سلبية تُسهم في تشكيل الصفات الشخصية للفرد. وتشمل مشاكل الصحة النفسية مجموعة واسعة من الحالات الصحية مثل الاكتئاب، وإدمان المخدرات والكحول، والفصام. وتؤثر على الناس في جميع مراحل حياتهم، من الطفولة وحتى الشيخوخة. وتختلف في شدتها وتأثيرها (ماري دي سيلفا، كيارا ساميلي ٢٠١٣).

وتمثل الاضطرابات النفسية الصورة الإكلينيكية التي تمتد على مدار المراحل العمرية المختلفة، وتتضمن قصوراً معرفياً مرتبطاً ببعض الأعراض النفسية. وتتأثر هذه الاضطرابات بأسلوب الحياة (النظام الغذائي، العمر، مستوى النشاط، والاندماج الاجتماعي، عدم تعاطي المخدرات (Babiloni, Guarini, Lizio, Cordone, Bonaduce, Armenise, V., Bari, et al. 2016).

ويؤدي التعرض المستمر للمشاكل النفسية- إن لم تواجه- إلى الإصابة بالمرض النفسي وهو اضطراب وظيفي في الشخصية نفسي المنشأ، يبدو في صورة أعراض نفسية وجسمية مختلفة، ويؤثر في سلوك الشخص، ويعوق توافقه النفسي، ويعوقه عن ممارسة حياته السوية في المجتمع الذي يعيش فيه (حامد زهران، ١٩٩٧).

ولإزالة الغموض الذي يحيط بالاضطرابات النفسية ينبغي نشر ثقافة

المرض النفسي والتعرف على أسبابه. حيث لا يوجد سبباً محدداً معروفاً للأمراض النفسية، ولكن يرجح حدوثها نتيجة لبعض العوامل الوراثية، أو البيئية، أو اضطرابات في كيمياء المخ... الخ. وقد تكون بعض هذه الأسباب مهيئة لحدوث المرض النفسي، أو مفجرة لحدوثه. وتختلف هذه المسببات من اضطراب لآخر. وتختلف قابلية الأفراد في إصابتهم بالأمراض النفسية فهناك من يتعرض لبعض الضغوط الحياتية ولا يستطيع مجابتهها، وتظهر لديه الأعراض المرضية، وهناك من يتعرض لمثل هذه الضغوط ويتخطاها ويواجهها.

ووفقاً لوجهة نظر ميل (Meehl, 1962, 1990) يفترض أن الأعراض الذهانية تنشأ من تفاعل العوامل البيئية مع استعداد أو استهداف جسمي، وأن هناك عديد من الأفراد لديهم استعداد للذهان ولكنهم لا يتحولون إلى ذوي ذهان إكلينيكي صريح.

وبمراجعة أربع وأربعين دراسة وجدت أن هناك بعض عوامل الاستهداف للمرض النفسي منها تعقيدات أو مشكلات الولادة^١، وتعاطي التبغ، والخمول البدني^٢، وصدمة الطفولة^٣، والاعتماد الانفعالي^٤، والإهمال الجسدي، والتعرض للمشقة والإجهاد أو أحداث الحياة المعاكسة^٥، والاختلال الوظيفي، وانخفاض الأداء في مرحلتي الطفولة والمراهقة، والإصابات الوجدانية العاطفية، والبطالة، وانخفاض مستوى التعليم (Fusar-Poli, Tantardini, De Simone, Ramella-Cravaro, Oliver, Kingdon, Kotlicka-Antczak et al., 2016).

قد تكون أسباب الإصابة أو عوامل الخطر التي تؤدي للإصابة بالاضطرابات النفسية عوامل فردية، أو اجتماعية، أو اقتصادية أو عائلية

-
- 1 Obstetric complications
 - 2 Physical inactivity
 - 3 Childhood trauma
 - 4 Emotional abuse
 - 5 Adverse life events

بيئية. إن غاية التدخلات الوقائية من الاعتلال النفسي هو مواجهة أسباب الإصابة أو عوامل الخطر، وتقوية العوامل الوقائية على امتداد الحياة، وعرقله العمليات التي تسهم في خلل الأداء النفسي. وتعد العوامل الفردية الأشد تأثيراً على نمو الاضطراب النفسي، وتقوي الصحة النفسية الأثر الوقائي الذي يمكن توقيعه عندما توجه بأسلوب ناجح (تقرير منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٥).

والملاحظ أن أسباب الأمراض النفسية كثيرة ومتنوعة ولكن السؤال المهم الآن هو لماذا يصاب بعض الأفراد بالمرض النفسي إثر تعرضهم لأي من أسباب الإصابة بالمرض، في حين لا يصاب آخرون رغم تعرضهم لنفس الظروف؟ وقد تكمن الإجابة على هذا التساؤل بوجود فروق فردية بين الأفراد فيما يسمى بالشعور بالتماسك^١. حيث وجد أن الشعور بالتماسك النفسي قد ارتبط سلبياً بالإرهاك، والوحدة النفسية، والقلق، والغضب، والكراهية، والعجز المكتسب، واليأس، والتشاؤم، والاكنتاب، اضطراب ما بعد الصدمة... الخ. في حين ارتبط الشعور بالتماسك إيجابياً بالاستراتيجيات التوافقية، والصلابة النفسية، واستراتيجيات المواجهة. وفي نفس السياق وجد أن الشعور بالتماسك النفسي ضروري من أجل تعزيز نوعية الحياة للفرد في معايشة الأمراض النفسية مثل "الفصام" والجسدية مثل "أمراض القلب التاجية" والذي يتضمن وجود مجموعة أساليب مواجهة توافقية مع مصادر الضغط (حدة يوسف، ٢٠١٧).

إن غاية الوقاية من المرض النفسي دعم الصحة النفسية، وتقديم الخدمات التي تقي الفرد من الوقوع فريسة للمرض النفسي. وتعد الصحة النفسية والمرض النفسي مفهومين لا يفهم أحدهما إلا بالرجوع إلى الآخر، وتجدر الإشارة إلى أن الفروق بين المفهومين فروق في الدرجة وليس النوع. وتعرف الصحة النفسية بأنها حالة دائمة نسبياً يكون فيها الفرد متوافقاً نفسياً (شخصياً، وانفعالياً، واجتماعياً أي مع نفسه ومع بيئته) ويشعر بالسعادة مع نفسه ومع الآخرين ويكون قادراً على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن، ويكون قادراً على مواجهة مطالب الحياة، وتكون

شخصيته متكاملة سويّة، ويكون سلوكه عادياً، ويكون حسن الخلق بحيث يعيش في سلامة وسلام (حامد زهران، ١٩٩٧).

ونحن بحاجة لتعزيز الصحة النفسية التي هي جزء أساسي لا غنى عنه من الصحة، وهي بحسب تعريف منظمة الصحة العالمية حالة من العافية يستطيع فيها كل فرد إدراك إمكاناته الخاصة، والتكيف مع حالات التوتر العادية، والعمل بشكل منتج ومفيد، والإسهام في مجتمعه (WHO, 2001)

وتعد الصحة النفسية جزءاً لا يتجزأ من الصحة العامة، ولقد عرّفت منظمة الصحة العالمية الصحة بأنها حالة من الكمال البدني والنفسي والاجتماعي، والعافية ليست مجرد الخلو من المرض أو العجز. لذا تتضمن الصحة الوظائف النفسية والجسدية والاجتماعية، والتي تتصاحب بطريقة وثيقة ولا تستقل عن بعضها. وثمة بينة بأن المرض النفسي والجسدي ربما يتصاحبان أو يتشاركان، أو يتبعان بعضهما أو يسبق أحدهما الآخر، بالإضافة إلى أن الاضطرابات النفسية تزيد من خطر الأمراض البدنية والعكس صحيح (تقرير منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٥). ويشير هذا التعريف إلى أن الصحة النفسية جزء من الصحة العامة؛ لذا ينبغي أن يصرّف إليها نفس قدر الاهتمام الذي يتجه نحو الصحة العامة.

وسوف يتم عرض الموضوع من خلال عدد من المحاور نوجزها فيما

يلي:

المحاور:

- ١- نسب انتشار وشيوع المرض النفسي.
- ٢- النظرة الشائعة عن المرض النفسي، وتحقيق الصحة النفسية.
- ٣- بعض المعتقدات الخاطئة حول المرض النفسي ومحاولة تصحيح هذه المعتقدات.
- ٤- طرق الوقاية من المرض النفسي.

نسب انتشار وشيوع المرض النفسي.

لا يكاد يخلو مجتمع من المجتمعات من انتشار الاضطرابات النفسية بأنواعها المختلفة، ولا يقتصر انتشار الاضطرابات النفسية ضمن فئة اجتماعية بذاتها، فهي موجودة لدى كل الفئات الاجتماعية. ويمكن القول بأن أحداث العنف الراهنة التي تنتشر في مختلف المجتمعات تفتح حجرة عثرة في وجه الصحة النفسية والإجراءات الوقائية.

وتشير الإحصائيات الصادرة عن منظمة الصحة العالمية إلى تزايد كبير في انتشار الاضطرابات النفسية. حيث يعاني حوالي (٤٥٠) مليون من البشر من الاضطرابات النفسية بحسب تقديرات منظمة الصحة العالمية في تقريرها السنوي الذي نشر في عام ٢٠٠١ (WHO, 2001).

ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية سيصاب ربع البشر بواحد أو أكثر من هذه الاضطرابات في فترة ما من حياتهم. وتمثل نسبة انتشار الاضطرابات النفسية والسلوكية عند أي نقطة زمنية حوالي (١٠٪) من الأمراض عند البشر البالغين في مختلف أرجاء العالم، ويعاني خمس المراهقين تحت عمر (١٨) عاماً من المشاكل السلوكية أو العاطفية أو النمائية، وإن حوالي ثمن هؤلاء مصابون باضطراب نفسي، ويصاب خمس الأطفال المحرومين بهذه الاضطرابات (Murray, Lopez, 1996). ويقدر بأنه بحلول العام (٢٠٢٠) فإن الحالات النفسية والعصبية ستمثل حوالي (١٥٪) من العجز في العالم (تقرير منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٥).

وإذا حاولنا الكشف عن نسبة انتشار الأمراض النفسية في مجتمعاتنا العربية فستواجهنا بعض الصعوبات من بينها:

١- قلة إجراء الدراسات الانتشارية التي تُجرى على عينات ممثلة للجمهور يمكن تعميم نتائجها. وفي تصريح للدكتور يحيى الرخاوي لليوم السابع أشار إلى أنه لا توجد إحصائيات يمكن الاعتماد عليها بثقة كاملة عن

الأمراض النفسية في مصر، لأن الأبحاث الانتشارية^١ تفتقر كثيرًا إلى ما يسمى "العينة الممثلة"، بمعنى أنها غير ممثلة لكل المناطق الجغرافية، وكل الأعمار، وكل الثقافات الفرعية، وتصبح غير ممثلة للجمهور العام (<http://www.youm7.com/story/2017/3/18>).

٢- لا يوجد حصر دقيق لعدد المصابين بالاضطرابات النفسية على اختلاف أنواعها وتدوين ذلك لوجود مشكلة في التوثيق. وقد حاولت الباحثة الاطلاع على الإحصائيات الخاصة بالجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء للحصول على أية إحصاءات تخص الاضطرابات النفسية؛ فتم الاطلاع على الكتاب السنوي ولاسيما الباب الذي يتعلق بالصحة، ولم تكن هناك أى إشارة للصحة النفسية، كما اطلعت على الإحصاءات العامة، ولم تكن هناك إلا إشارة واحدة في محور الحديث عن التوزيع النسبي للوفيات طبقاً لأسباب الوفاة والنوع؛ حيث ذكر من ضمن أسباب الأمراض العقلية والسلوكية والتي قدرت (٠,١٧ / ٠,١٣ / ٠,١٢) في الأعوام (٢٠٠٩ / ٢٠١٠ / ٢٠١١) على التوالي؛ أي أن معدل الوفيات الناتج عن الاضطرابات العقلية والسلوكية قد انخفض في السنوات الأخيرة مما يشير ضمناً إلى تحسن خدمات الصحة النفسية (الكتاب الإحصائي السنوي، ٢٠١٦).

٣- هناك كثير من المرضى الذين لا يحصلون على الرعاية الصحية لخوفهم من فضح أمرهم وبأنهم مصابون بالاضطرابات النفسية. وهو ما يشكل وصمة كبيرة في جبين الفرد وأسرته وهى ما تعرف بوصمة المرض النفسي^٢.

٤- لجوء كثير من المرضى النفسيين وخاصة ذوي المستويات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية الفقيرة إلى الدجالين والمشعوذين لاعتقادهم فى

1 Epidemiological

2 Stigma of mental illness.

- بعض الأمور مثل السحر والحسد وغيرها من الاعتقادات الأخرى.
- ٥- الاتجاهات السلبية نحو المرض النفسي، مما يؤدي لزيادة عزلة هؤلاء المرضى عن المجتمع، مما يحول دون حصولهم على حقهم في الرعاية والاهتمام الطبي والنفسي، وهذا ما أشارت إليه بعض الدراسات التي أجريت عن الاتجاهات نحو المرض النفسي وكشفت نتائجها عن وجود اتجاه سلبي يتمثل في النفور من المرضى النفسيين وعدم قبولهم في المجتمع.
- ٦- لجوء كثير من المصابين بالاضطرابات النفسية إلى الأطباء العاديين لمعاناتهم من بعض الاضطرابات الجسمية ذات المنشأ النفسي.
- ٧- إخفاء المتلقين لخدمات العلاج النفسي للنتائج التي تم التوصل إليها والخاصة بفعاليتها؛ رغبة منهم في إخفاء الأمر؛ مما يؤدي لعدم بروز جدوى العلاج النفسي؛ ومن ثم عزوف المصابين وأسرهم عنه.

النظرة الشائعة للمرض النفسي.

لا يمكن الحديث عن الوقاية من المرض النفسي بمعزل عن النظرة الشائعة حوله، فكثيراً ما تحاط الاضطرابات النفسية في مجتمعاتنا الشرقية بهالة من الوصمة الاجتماعية، فكل من يصاب بالمرض النفسي يتخفى ويخشى من افتراس أمره وتحاول أسرته التكتيم على مرضه كما لو كان قد ارتكب بعض الجرائم.

في الواقع كانت لدي فكرة عن معاناة المرضى النفسيين من كثير من الانتهاكات مثل التقييد في سلاسل والحبس والعزل، وأنهم - أي المرضى النفسيين - عبارة عن أرواح شريرة تستحق العقاب. ولم أكن أعلم أن هذه الانتهاكات لا تزال مستمرة إلى اليوم.

وهناك أدلة موثقة من جميع مناطق العالم أن الأشخاص الذين يعانون من مشاكل نفسية يقاسون بعضاً من أشد انتهاكات حقوق الإنسان خطورة. ومن هذه

الانتهاكات تقيدهم بالسلاسل إلى أسرّتهم، أو حبسهم في غرف معزولة في مستشفيات الأمراض النفسية، وحبسهم في السجون، وتقيدهم بالسلاسل، ووضعهم في خلايا صغيرة في المجتمع، وتعرضهم للإيذاء بسبب ممارسات علاجية تقليدية. وتعني هذه الانتهاكات فشل الإنسانية، وتمثل حالة طوارئ عالمية تتطلب إجراءات فورية ومستدامة (Kleinman, 2009).

ويقدر عدد الذين يقيدون بالسلاسل ممن يعانون من مشاكل نفسية في الصومال بحدود مئة وسبعين ألف شخص. وتهدف مبادرة كسر القيود إلى تحسين جودة حياة هؤلاء من خلال محاربة التمييز وتسهيل معاملتهم بطريقة إنسانية في المستشفيات والمنازل وضمن المجتمع (ماري دي سيلفا، كيارا ساميلي، ٢٠١٣).

وقد أُشير إلى ضرورة معرفة المعلومات والتصورات التي توجد لدى الجمهور العام عن المرض النفسي، مع ضرورة مد المجتمع بالمعلومات التي من شأنها أن تضع سياسة رشيدة للمجتمع نحو هؤلاء المرضى، ومن شأن هذه السياسة أن تنظم معرفة الناس بمتى يحتاج المريض النفسي إلى العلاج (عبد اللطيف خليفة، ١٩٩٢).

المعتقدات الخاطئة:

تحيط العديد من المفاهيم الخاطئة بالمرض النفسي، والعلاج النفسي. الأمر الذي يسبب الوصمة والانعزال والتمييز الذي قد يعاني منه المصابون بالمرض النفسي وعائلاتهم ومقدمو الرعاية لهم. لذا فإن تبديد هذه المفاهيم تعد خطوة مهمة نحو تعزيز الصحة النفسية والوقاية من الاضطرابات النفسية.

وقد بنيت هذه المفاهيم الخاطئة على الخرافات، والجهل بطبيعة الأمراض النفسية والعلاج النفسي، والتي أدت بالفرد داخل المجتمع العربي أن يحجم عن الذهاب إلى الطبيب أو المعالج النفسي؛ ونتيجة لهذا يتأخر المريض عن مراجعة العيادة النفسية؛ فيتردى وضعه النفسي، ويتمكن منه

المرض، وتصبح حالته مستعصية. رغم أن طلب الخدمة النفسية مبكرًا يساعده في السيطرة على المرض، ويوفر عليه الكثير من العناء. ويتردد كثير منهم على المشعوذين والدجالين والذين يدعون القدرة على شفاء الأمراض النفسية، فينتقل من مشعوذ إلى آخر بغية أن يساعده في ذلك. وسنحاول فيما يلي طرح مجموعة من المعتقدات كأمثلة على أبرز المعتقدات الشائعة عن المرض النفسي والمصاب به، والعلاج المقدم له، والقائم بتقديم العلاج.

المرض النفسي هو مرض لا علاج له، ولا أمل في الشفاء منه:

تنتشر النظرة السلبية عن المرض النفسي والمصابين به، فمجرد ما يخضع الفرد للعلاج النفسي، يبدأ كثير من المحيطين في الابتعاد عنه تدريجيًا، حتى لو علموا فيما بعد أنه تعافى، يظل الأمر كما هو عليه، لأن هناك تصور خاطئ بأن المريض النفسي لا يُشفى أبدًا، وهذا معتقد خاطيء، فالمرض النفسي مثله مثل المرض الجسدي، قابل للعلاج والتعافي.

يعالج المرض النفسي بأنواع كثيرة من العلاجات، كالعلاج النفسي والعلاج الدوائي، ولكل منهما طرقه وفنياته. فضلًا عن أن المريض النفسي بخضوعه للعلاج يتحسن تدريجيًا إلى أن يشفى تمامًا. وقد شهدت الآونة الأخيرة تقدمًا في مضادات الذهان التي تقدم للمرضى الذهانيين وخاصة مرضى الفصام، حيث مكن المرضى من تلقي علاجاتهم خارج المستشفى، وممارسة حياتهم. يرى (سيلفانو آر يتي) (١٩٩١) أن ما يقرب من ثلث الفصامين يمكن أن يشفوا تمامًا، والثلث الآخر يمكن أن يتحسن بالشكل الذي يستطيع من خلاله أن يحيا حياة طبيعية. ويتحفظ كثير من متلقي العلاج النفسي عن الكشف عن نتائجه وفعاليتها لأنهم يخفون بالأساس فكرة تلقيهم للعلاج النفسي؛ مما يزيد الغموض حول فعالية العلاج النفسي.

المرض النفسي مستقل تمامًا عن المرض العضوي:

هذا معتقد خاطئ حيث أن الاضطرابات النفسية تزيد من خطر الأمراض

البدنية والعكس صحيح. وثمة عدة علاقات داخلية ما بين الصحة النفسية والصحة البدنية، فمثلاً قد يؤدي المرض القلبي الوعائي إلى الاكتئاب والعكس صحيح. (تقرير منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٥). وهناك بعض الأمراض العضوية التي يترتب عليها أعراض نفسية مثل اضطراب الغدة الدرقية التي يترتب عليها حالة من الاكتئاب وضعف الذاكرة. كما أن هناك اضطرابات عقلية أخرى ناجمة عن خلل أو اضطراب في وظيفة الدماغ وعن مرض جسدي وهي مجموعة من الاضطرابات التي يكون المريض فيها مصاباً بداء دماغي يسبب خللاً في وظيفة الدماغ يرافقه أو ينتج عنه اضطراب عقلي يتحسن بشكل ملحوظ عقب معالجة الداء المسبب (دليل الصحة النفسية، ٢٠٠١). وهناك أمراض نفسية يترتب عليها أعراض جسمية حيث بينت الدراسات أن ضعف القوة البدنية لدى المسنين يرتبط أكثر بالضغوط النفسية التي يتعرض لها كالعزلة، والضيق الاقتصادي، والحرمان، والتجاهل، والإهمال، وهذه العوامل تؤدي إلى تدهور مرحلة المسنين نفسياً وبدنياً، أما إذا اتسمت مرحلة الشيخوخة بالتقبل والاحترام فإن ذلك يؤدي بالمسنين أن يعيشوا شيخوخة قوية بدنياً (بشير معمريّة وعبد الحميد خزار، ٢٠٠٩). وهناك اضطرابات نفسية يصاحبها اضطرابات نفسية وعضوية في آن واحد مثل اضطراب القلق وهو حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد فعلي أو رمزي قد يحدث، ويصاحبها أعراض نفسية جسمية (حامد زهران، ١٩٩٧). وتتمثل أعراضه في الشعور بالخوف والتوجس وعدم الاستقرار بالإضافة لخفقان القلب والتعرق وجفاف الحلق؛ لذا يتردد مريض القلق على عيادات أطباء الباطنة والقلب وغيرهم.

المرض النفسي يصيب الكبار فقط ولا يصيب الأطفال:

وهذا من المعتقدات الخاطئة؛ فالمرض النفسي لا يفرق بين الكبير والصغير طالما توفرت التربة الخصبة لنموه؛ حيث يصاب الأطفال بكثير من الاضطرابات السلوكية والانفعالية والنمائية. وتمثل نسبة انتشار الاضطرابات

النفسية والسلوكية عند أي نقطة زمنية حوالي (١٠٪) من الأمراض عند البشر البالغين في مختلف أرجاء العالم، ويعاني خمس المراهقين تحت عمر (١٨) عامًا من المشاكل السلوكية، أو العاطفية، أو النمائية. وإن حوالي ثمن هؤلاء مصابون باضطراب نفسي، ويصاب خمس الأطفال المحرومين بهذه الاضطرابات (Murray, Lopez, 1996). ويقدر أنه بحلول العام (٢٠٢٠) فإن الحالات النفسية والعصبية ستمثل حوالي (١٥٪) من العجز في العالم (تقرير منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٥).

المريض النفسي يشكل خطورة على ذاته وعلى المحيطين به:

يصور الإعلام المريض النفسي على أنه شخص مؤذٍ، وقد يقتل من حوله بدون أي شعور، ومن الظلم إصاق العنف والأذى بالمرض النفسي، فالأمراض التي تدفع المريض للعنف وأذى الآخرين قليلة، وليست كل الأمراض، فلكل مرض أعراضه ودوافعه، لذلك فالقول بأن كل المرضى النفسيين مجرمين، يعد تعميم في غير محله. فهم قلما يكونون خطرين، خاصة عندما يتلقون العلاج والدعم المناسبين (سيلفانو آريتي، ١٩٩٨). صحيح أن هناك بعض النتائج التي تشير إلى وجود فروق بين مرضى الفصام والأسوياء - في اتجاه المرضى - في السلوك العدواني وأبعاده الفرعية (سحر حسن إبراهيم، ٢٠٠٨) إلا أن ذلك قد يكون بسبب مخاوفهم وتوهماتهم. كما أن السلوك العدائي الذي يظهره بعض المرضى النفسيين قد يكون موجهاً تجاه الشخص المصاب نفسه وليس الآخرين، حيث يكون خطر الانتحار لدى بعض الحالات مرتفعاً (كما في بعض حالات الاكتئاب الجسيم) (سيلفانو آريتي، ١٩٩٨).

يمثل المرض النفسي وصمة عار على الفرد نفسه وعلى أسرته:

عندما يعاني المريض من أي اضطراب نفسي تكون ردود فعل أسرته متباينة تماماً عما لو أصيب بأحد الأمراض الجسمية، ففي الحالة الثانية يسرع الأهل بالذهاب للطبيب، ويقتنعون بتشخيصه، وينفذون تعليماته، ويقبلون فكرة

الإصابة بالمرض باقتناع تام، ويخبرون الأهل، ويستعدون لاستقبال الزيارات الاجتماعية لمشاركتهم والتخفيف من معاناتهم. أما لو اكتشف الأهل أن ابنهم مصاب بمرض نفسي فهم يخفون الأمر تماماً، كما يحاولون تفسير الإصابة بهذا المرض نتيجة للسحر أو العين كمحاولة منهم لحفظ ماء وجههم، والتخفيف من آثار الوصمة. وقد تلجأ نسبة منهم إلى المشعوذين لطلب الشفاء، مما يؤدي لتأخر الحالة، وتأخر التدخل، ويترددون كثيراً قبل زيارة الطبيب النفسي، وإن حدث وقاموا بزيارته فهم يشككون كثيراً في تشخيصه ويستشيرون غيره، ولا يفتنعون بالعلاج الذي يصرفه سواء من قبل الطبيب النفسي أو المعالج النفسي، كما أنهم يتمنون اللحظة التي يوقفون فيها العلاج وكثيراً ما يتوقفون من تلقاء أنفسهم مما يؤدي لزيادة احتمالات حدوث انتكاسات.

يعاني المرضى النفسيين من التأخر العقلي:

لا يعاني المرضى النفسيين من التأخر العقلي إلا أنهم قد يعانون من التدهور العقلي نتيجة لإزمان المرض. والمثال على ذلك يُظهر الأشخاص الذين يعانون من الفصام قدرة أداء عادية، وليس لديهم عجز عقلي، بالرغم من إمكانية تداخل أعراض الذهان الحادة بقدرتهم على التفكير خلال النوبة الحادة.

الطبيب النفسي أو المعالج النفسي هو شخص غير مستقر نفسياً ويحتاج إلى علاج:

تصور وسائل الإعلام في مجتمعنا من خلال الدراما والروايات الطبيب والمعالج النفسي على أنه شخص غير مستقر نفسياً ويتبدى ذلك في مظهره وطريقة تطبيقه لطرق وفنيات العلاج، كما تمتد هذه النظرة إلى باقي الفريق العلاجي التي تصور الممرض بأنه قاسي القلب عنيف يعامل المريض بمنتهى القسوة. وهو ما يجافي الحقيقة تماماً.

الأدوية النفسية تسبب الاعتماد عليها وإدمانها:

الأدوية النفسية مثلها مثل كثير من الأدوية لا تسبب الإدمان، وخاصة إذا كانت تحت إشراف طبي، وقد يكون للاستمرار عليها بعض الآثار الجانبية وهي في ذلك مثل أى أدوية. ولا تعادل الآثار الجانبية البسيطة للأدوية النفسية بأي شكل من الأشكال تلك الفائدة المرجوة منها. وقد يأتي الربط بين الأدوية النفسية والإدمان إلى أن هناك بعض الحالات التي تعاني من الإدمان ويصاحب ذلك الإصابة بالمرض النفسي أو العكس وهذا لا علاقة له بالأدوية النفسية. إلا أن المغالاة في استخدام الأدوية النفسية قد يؤدي إلى الإدمان كما أن الاستغناء عنها قبل أخذ المقدار الكافي والمقرر منها قد يؤدي إلى الانتكاس (حامد زهران، ١٩٩٧).

يمثل العلاج بالصدمات الكهربائية^١ عقابًا للمريض وله آثار جانبية خطيرة:

يظن البعض أن العلاج بالصدمات الكهربائية ما هي إلا نوع من العقاب للمرضى النفسيين الذين يعانون من بعض الاضطرابات. والواقع أن الصدمات الكهربائية هي نوع من العلاج الطبيعي يخضع فيه المريض بعد تخديره كلياً (مخدر قصير المفعول) لتيار كهربائي يمر عبر الدماغ، ويحدث تغييرات في نشاط المخ. وتستخدم في علاج الاضطرابات الاكتئابية، وأحياناً ما تستخدم في حالات الإصابة بالهوس، أو الفصام. ويتجه الأطباء لاستخدام الصدمات الكهربائية في المواقف التي يخفق فيها العلاج بالأدوية، أو لدى المرضى كبار السن، أو الأكثر وهناً، والذي قد يمثل لهم العلاج الدوائي مشكلة أكبر. وقد أحدث العلاج بالصدمات الكهربائية تحسناً في معظم الحالات التي لم تستجب للأشكال الأخرى من العلاج. وقد يترتب عليها بعض الآثار الجانبية مثل الشعور بالغثيان، والصداع، وآلام العضلات. ويتم التغلب على ذلك ببعض الأدوية، كما قد تظهر بعض المشكلات في الذاكرة، وخاصة في الفترة المحيطة بجلسة العلاج، ولكن سرعان ما تزول هذه الأعراض

1 Electro Convulsive Therapy (ECT)

بمجرد انتهاء العلاج بالصدمات الكهربائية. ويعد العلاج بالصدمات الكهربائية علاجًا آمنًا للغاية، ولا تتعدى خطورته خطورة أيّ عملية بسيطة، وتقدر الوفيات في العلاج بالصدمات الكهربائية حالتين لكل مائة ألف جلسة علاج (برنامج الصحة العقلية، ٢٠١٣).

وختامًا يمكن القول بأن هذه المعتقدات هي بعض من كثير من المعتقدات التي تحيط بمجال الاضطرابات النفسية، والعلاج النفسي، والعاملين في هذا الحقل، وهي ميراث سنوات طوال ينبغي التصدي لها من خلال العاملين في حقل الصحة النفسية من اختصاصيين، ومعالجين، وأطباء نفسيين، وممرضين، واختصاصيين اجتماعيين، هذا جنبًا إلى جنب مع دور المجتمع، ووسائل الإعلام المعنيين بنشر ثقافة المرض النفسي والاستعانة بالمختصين في ذلك.

ويمكن القول بأن معرفة معتقدات واتجاهات المحيطين بالمريض النفسي سواء أكانوا من أسرة المريض، وأقاربه، ومن لهم علاقة مباشرة به، أو ممن ليس لهم علاقة مباشرة به، يمكن أن تسهم في تطوير الخدمة النفسية (عبد اللطيف خليفة، ١٩٩٢).

الوقاية من المرض النفسي:

يمتد تاريخ الوقاية في الصحة النفسية لأكثر من مائة عام، فمنذ الأيام الأولى لحركة حفظ الصحة النفسية التي بدأت في مطلع القرن العشرين ظهرت العديد من الأفكار عن الاستراتيجيات الممكنة للوقاية من المشكلات السلوكية، والاضطرابات النفسية عند الأطفال والبالغين، ولقد انتقلت جزئيًا إلى النشاطات التجريبية للرعاية الصحية الأولية ومدارس الصحة العمومية وممارساتها. وعلى الرغم من ذلك فإن التطور المنهجي للبرامج الوقائية العلمية المُرْتَكزة على الدراسات ذات الشواهد لاختبار الفعالية لم يتضح إلا حوالي عام (١٩٩٨) (WHO, 1998)

يطلق على الوقاية "التحصين النفسي". ويحتل التحصين النفسي مكاناً هاماً في التوجيه والإرشاد النفسي ضد المشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية. ويتضمن الوقاية من الوقوع في المشكلات والاضطرابات النفسية من خلال الاهتمام بالأسوياء والأصحاء قبل الاهتمام بالمرضى؛ للوقاية من الأمراض النفسية بتعريفهم بها وإزالتها أولاً بأول، وتهيئة الظروف التي تحقق النمو النفسي السوي. وهناك مستويات ثلاثة للوقاية تبدأ من منع حدوث المرض، ومحاولة تشخيصه في مرحلة مبكرة، وتقليل إعاقته وإزمائه (حامد زهران، ١٩٩٧)

وإذا اتفقنا على أن الاضطرابات النفسية قد تحدث نتيجة التعرض للضغوط النفسية فإننا يمكن تعريف الطرق الوقائية من الضغوط بأنها " خصائص للفرد أو البيئة والتي تساعد الفرد أن يواجه ويخفف من عوامل الخطر التي تهدده" (حدة يوسف، ٢٠١٧). ويمكن القول بأن العوامل الوقائية التي يمكن أن تخفف أو تقلل من التأثيرات السلبية للأحداث الضاغطة قد تكون عوامل شخصية فردية مثل الصلابة النفسية وتقدير الذات، وقد تكون عوامل اجتماعية مثل الدعم النفسي والمساندة الاجتماعية التي يتلقاها الفرد من محيطه الاجتماعي.

وفي هذا الإطار أكدت عدة اجتماعات صحية دولية وعدة قرارات إقليمية على الحاجة للمزيد من الجهود الوقائية. ولقد نشرت منظمة الصحة العالمية، وثيقة عن الوقاية الأولية من الاضطرابات النفسية والعصبية والعقلية في عام (١٩٩٨) (WHO, 1998) ولما كانت هذه المجالات العلمية تتطور بسرعة من حيث الأفكار والبراهين، فإن تلك الوثيقة تحتاج إلى مراجعة حديثة. وقد أصدرت منظمة الصحة العالمية بعد ذلك تقريراً عن الوقاية من الاضطرابات النفسية في ضوء الظروف السياسية (تقرير منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٥).

وعلى المستوى العلاجي ازدادت حركة «الحق في العلاج» قوة منذ عام (١٩٦٠) حيث تكفل أي مؤسسة عقلية الحق في العلاج الفعال، كما أن

المريض النفسي له الحق في الخروج من المستشفى، وكذا الحق في رفض العلاج الجراحي أو العلاج بالصدمات الكهربائية أو حتى العلاج النفسي بصرف النظر عن درجة مرضه- ولكن يجب الأخذ في الاعتبار استبصار المريض (سيلفانو أر يتي، ١٩٩٨).

وأنا أقترح في هذا الصدد أن تكون هناك حركة بنفس القوة أو تزيد وهي "الحق في الوقاية" وهو حق ينبغي أن يكفل لجميع أفراد المجتمع، وليس للمرضى فقط، فمن حق الإنسان أن يحصل على إجراءات الوقاية من الدرجة الأولى التي تكفل تحسين جودة الحياة، وتهيئة المناخ الملائم للصحة النفسية، كما أنه من حق المرضى الحصول على الوقاية من الدرجة الثانية، والثالثة لمنع تفاقم اضطراباتهم.

ولا يمكن النظر إلى موضوع الوقاية من الاضطرابات النفسية بمعزل عن كثير من القضايا الأخرى التي تتعلق بالنظرة للمرض النفسي، ومبادئ العدالة الاجتماعية، والمساواة في الفرص والرعاية لمعظم الفئات المعرضة للإصابة بالمرض النفسي، وتحسين التغذية، وضمان التعليم الأساسي، وإتاحة سوق العمل، والقضاء على التمييز العرقي أو الجنسي، وضمان أسس الأمن الاقتصادي. كما لا يمكن النظر إليها بمعزل عن قضايا حقوق الإنسان، والظروف الاجتماعية والسياسية الظالمة لبعض الفئات مثل انتهاك الأطفال، والعنف، والحروب، والتمييز، والفقر، ونقص فرص التعليم؛ لما لها من آثار هامة في تطور الأمراض النفسية والبدنية. إن السياسات التي تحسن الوقاية عبر احترام حقوق الإنسان هي الاستراتيجية الفعالة التي تقي من الاضطرابات النفسية (تقرير منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٥). وفي ظل الظروف السياسية الراهنة. فإن مجتمعاتنا العربية بحاجة ماسة إلى مراجعة قضايا حقوق الإنسان.

وتخصص معظم البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل أقل من (٢٪) من موازنتها الصحية لعلاج المشاكل النفسية والوقاية منها. وهذه المخصصات لا

ترقى حقاً إلى مستوى مساهمة المشاكل النفسية في عبء المرض، والأثر الذي تتركه على المجتمعات (WHO, 2013).

والجدير بنا أن نسأل هل ما ينفق على العلاج لا يدفع المهتمين للنظر لموضوع الوقاية من الاضطرابات النفسية نظرة أكثر فعالية من ذلك وتفعيل دورها؟ يمكن القول بأن الوقاية قد أثبتت جدواها الاقتصادية؛ فما ينفق للوقاية من الاضطرابات النفسية أقل بكثير مما ينفق على العلاج، وسيوضح ذلك في الفقرات التالية.

إن من دواعي الاهتمام بالوقاية من الاضطرابات النفسية ما تسهم به الاضطرابات النفسية والعصبية من حصّة كبيرة في العبء العالمي للمرض (سيلفا، ساميلي، ٢٠١٣). وتعد الوقاية من الاضطرابات النفسية من أهم الطرق الفعالة في إنقاص هذا العبء أو الحمل الثقيل المصاحب لهذه الاضطرابات.

ونظراً لارتفاع معدل انتشار وعبء الاضطرابات النفسية وفعالية العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف شدة الأعراض من عدد الاضطرابات الحادة، تم استخدام العلاج المعرفي السلوكي في مرحلة مبكرة لمنع التعبير الكامل عن المشاكل العاطفية، والعمل على الوقاية من الاضطرابات النفسية في مهدها (Whittal, 2008).

وقد اعترف قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة رقم (٦٥ / ٩٥) بالتكلفة الضخمة للمشاكل النفسية، وضرورة معالجتها. وفي عام (٢٠١٣) وافقت منظمة الصحة العالمية، بإجماع الدول الأعضاء - وعددها وقتئذٍ (١٩٤) دولة - على خطة عمل لمعالجة المشاكل النفسية. وتم بعد ذلك وضع الأهداف الرئيسية التي يتعين تحقيقها بحلول عام (٢٠٢٠) وهي:

١. تعزيز فاعلية القيادة وتصريف الشئون في مجال الصحة النفسية.
٢. توفير خدمات صحية نفسية ورعاية اجتماعية شاملة ومتكاملة ومستجيبة في مرافق صحية مجتمعية.

٣. تنفيذ استراتيجيات لتعزيز الصحة النفسية والوقاية من الاضطرابات النفسية.

٤. تعزيز نظم المعلومات وطرق جمع البيانات وإجراء البحوث الخاصة بالصحة النفسية (ماري دي سيلفا وكياراساميلي، ٢٠١٣).

إن الأثر الاقتصادي للاضطرابات النفسية ذو مجال واسع، ومذهل، ودائم. وينوء الأفراد والعائلات والمجتمعات بعبء هذه الاضطرابات. يقدر التقرير السنوي في الولايات المتحدة الأمريكية التكلفة المتصلة بالاضطرابات النفسية بحوالي (١٤٧) بليون دولار أمريكي، ومعظم هذه التكاليف تسهم فيها السرطانات، والأمراض التنفسية والإيدز (Institute of Medicine, 1989) وكذلك فإن التقديرات عن التكاليف المباشرة في الدول الفقيرة لاتصل إلى هذه المستويات بسبب انخفاض القدرة على تغطية خدمات رعاية الاضطرابات النفسية، وأما التكاليف غير المباشرة فترتفع بسبب ضياع الإنتاجية التي تسبب معظم التكاليف الإجمالية الضخمة؛ لذا ينبغي التركيز على الوقاية الأولية أكثر من التركيز على الوقاية من الدرجة الثانية، أو الثالثة، وتكون بالتوازي مع العلاج والتأهيل (WHO, 2001).

وتتسبب الاضطرابات النفسية العصبية بفقد حوالي (١٣٪) من سنوات العمر المصححة باحتساب مدد العجز الذي ينجم عن جميع الأمراض والحوادث في مختلف أرجاء العالم، وتتجم نصف الأسباب المؤدية إلى العجز والوفاة المبكرة عن الحالات النفسية، التي تتضمن الاكتئاب، وتعاطي المسكرات، والكحول، والفصام، أو اضطراب الوسواس القهري (Murray, Lopez, 1996).

وقد قدرت التكاليف الاقتصادية العالمية للمشاكل النفسية بنحو (٢.٥) تريليون دولار أمريكي في عام (٢٠١٠). ومن المتوقع أن ترتفع بشكل حاد إلى (٦) تريليون دولار بحلول عام (٢٠٣٠) (Kleinman, 2009). ويرتبط نحو ثلثي هذه التكاليف بفقدان الإنتاجية، والدخل، وعواقب عدم علاج المشكلات النفسية (Bloom, Cafiero & Jane-Llopis, et al., 2011).

وينبغي الإشارة إلى أن ما ينفق على العلاج النفسي يفوق بكثير ما ينفق على الوقاية منه. فالعائد من الاستثمارات في الصحة النفسية ليست بالقليل. فمقابل كل (١) دولار أمريكي ينفق على برامج مثل التدخل المبكر في اضطراب الذهان، والوقاية من الانتحار واضطراب السلوك يمكن أن توفر (١٠) دولارات تنفق على العلاج (Mental health promotion and mental illness prevention: the economic case, 2011). ويتضح من ذلك أن الوقاية يمكن أن توفر مبالغ ضخمة تضاف إلى خزينة الدولة كانت تصرف في تقديم العلاج للاضطرابات المختلفة. وبالتالي فإن مجتمعًا بلا وقاية هو مجتمع بلا خط دفاع يمكن أن يزود عن هذا المجتمع من الاضطرابات المختلفة التي يمكن أن تصيب أفرادها، وتسبب كثيرًا من الأذى.

وتعني نشاطات تعزيز الصحة النفسية خلق الظروف في البيئة والمجتمع وعند الفرد، بحيث تكون قابلة للتطور في الجوانب النفسية، والجوانب النفسية الاجتماعية مثل المبادرات التي تهدف إلى تحقيق الصحة النفسية الإيجابية، وتحسين نوعية الحياة. ويمكن للوقاية من الاضطرابات النفسية أن تأخذ بالحسبان أحد الغايات والنتائج من استراتيجيات أوسع لتعزيز الصحة النفسية (Hosman & Jané-Llopis, 1999)

ومن الأهداف الأخرى للوقاية من الاضطراب النفسي هو: إنقاص معدلات الانتشار، والوقوع والنكسات في الاضطرابات النفسية، والوقت الذي ينفق مع الأعراض المرضية، أو حالة الخطر بسبب المرض النفسي، وكذلك الوقاية أو تأجيل الانتكاسات، وكذلك خفض أثر المرض على الشخص المصاب والعائلات والمجتمع (Mrazek & Haggerty, 1994).

وتتضمن الوقاية من الدرجة الأولى التدخلات الوقائية المستتربة والانتقائية والشاملة. وتتشد الوقاية من الدرجة الثانية أو الثانوية تخفيض معدل الاضطرابات، أو الأمراض بين السكان (الانتشار) من خلال التقصي المبكر، ومعالجة الأمراض القابلة للتشخيص. وتتضمن الوقاية من الدرجة الثالثة

التدخلات التي تنقص من العجز، وتحسن التأهيل، وتقي من نكسات المرض ورجعاته (تقرير منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٥).

وتعمل الوقاية الأولية على مستوى المجتمع بأسره للحد من التعرض للمخاطر قبل ظهور الأعراض، والوقاية الثانوية أو المستهدفة التي تعمل من خلال تحديد أولئك المعرضين لخطر الإصابة بتطور الاضطراب، حيث يتم مناقشة بعض القضايا مثل العمر عند التعرض الأول، ومدة التعرض، والعمر عند ظهور الأعراض الأولى، والوقت حتى العلاج (Costello, 2016).

وغالبًا ما تتماثل العوامل الفردية الواقية مع الصحة النفسية الإيجابية مثل تقدير الذات، والمرونة العاطفية، والتفكير الإيجابي، والمهارات الاجتماعية، وحل المشاكل، ومهارات تدبير الكرب، والشعور بالتفوق. ولهذه الأسباب فإن الغاية من التدخلات الوقائية هو تمكين العوامل الواقية التي تتداخل بقوة مع تعزيز الصحة النفسية (تقرير منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٥).

وتتبع كثير من الدول على المستوى الرسمي مشروعات تعزز الوقاية من المرض النفسي مثال ذلك مشروع الصحة الذكية^١ في إيطاليا، والذي يعني بنشر تكنولوجيا المعلومات والاتصالات التي تتضمن أدوات المراقبة الذاتية للوقاية من الاضطرابات العقلية، ومرض الزهايمر. ويتضمن هذا المشروع استخدام أدوات المراقبة الذاتية عن بعد التي تستند على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات باتباع عدة طرق نوضحها فيما يلي:

١. المواد التعليمية التي تعزز اتباع نمط حياة صحي.
٢. الرقابة اليومية على أسلوب حياة الفرد (النظام الغذائي، والنشاط البدني الاندماج الاجتماعي الفعال، التدخين)، والتحكم في المعايير الفسيولوجية الأساسية (الوزن، وضغط الدم، ودرجة الحرارة) والتدريب المعرفي الذي يقوم به الفرد في منزله عن طريق التعلم عن بعد.

٣. مراقبة المؤشرات الحيوية في الدم، والتمثيل الغذائي.
٤. أسبوع النتائج والحصول على التغذية الرجعية للمتغيرات التي قام الفرد بعمل المراقبة الذاتية عليها، وتشجيع الأصحاء على اتباع نمط حياة صحي، وتكون هذه النتائج في وثيقة مخصصة مع شرح مبسط من الرسومات. وقد تم تصميم هذا المشروع بواسطة وزارة الاتصالات الإيطالية، وهو قابل للتطبيق على عدد كبير من السكان في جميع أنحاء العالم. وقد أجري تقرير إكلينيكي اعتماداً على هذا المشروع لمدة (١٦) أسبوعاً على (١٠) من كبار السن (من الناجين من الإصابة ببعض الأورام)، ممن تتراوح أعمارهم بين (٦١ - ٧٧) عاماً، بمتوسط عمري (٦٧,٧)، ومتوسط عدد سنوات التعليم (١٤,٤)، حيث تتراوح عدد سنوات التعليم (١٠ - ١٤). وأعرب جميع المشاركين عن احتياجهم إلى التعليم، والمساعدة في اتباع نمط حياة صحي، حتى مع استخدامهم برامج المراقبة الذاتية. وأعرب معظم المشاركين (٨٧,٥٪) عن تفضيلهم لنظام المراقبة الذاتية، واستخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات لتحسين أسلوب الحياة؛ حيث يتميز هذا النظام بسهولة الاستخدام، كما يحقق الرضا للمشاركين، ويؤثر إيجابياً على تحسين نوعية حياتهم. وقد طلب المشاركون الاستمرار في هذه التجربة. ونخلص من ذلك إلى أن هناك احتياج من قبل المسنين لاستخدام أسلوب المراقبة الذاتية لتطوير أسلوب حياة صحي لتحسين نوعية حياتهم بطريقة سهلة وفعالة؛ مما يشجع الباحثين نحو الامتداد بهذه التجربة الإكلينيكية على نطاقات واسعة، لتعليم المراقبة الذاتية عن بعد، لتحسين نوعية الحياة لدى كبار السن، ومن ثم الوقاية من الاضطرابات النفسية ومرض الزهايمر (Babiloni, Guarini, Lizio, Cordone, Bonaduce, Armenise, Bari et al. 2016). وعلى غرار الطريقة السابقة وإن جاز لنا أن نسميها الوقاية الالكترونية من الاضطرابات النفسية، هناك العلاج الالكتروني للاضطرابات النفسية-إن

جاز لنا التعبير - الذي يمكن أن يعمل كنوع من الوقاية من الدرجة الثانية، وذلك بمواجهة المشكلات النفسية الخفيفة ومنع تفاقمها. واستخدام العلاج النفسي الموجه ذاتياً بمساعدة الحاسوب. وهي إحدى طرق زيادة الوصول إلى العلاج النفسي من خلال توفير العلاج الآلي عبر الإنترنت، عن طريق جهاز كمبيوتر أو حاسب لوحي (tablet) أو هاتف. وما يميز هذه التدخلات العلاجية انخفاض تكلفتها، كما يمكن الوصول إليها في الأماكن المخدّمة جيداً بالإنترنت. وقد أثبتت فعالية كبيرة في التجارب العشوائية المضبوطة (Andrews, Cuijpers & Craske et al. 2010) ويمكن الاعتماد على هذه الطريقة في البلدان منخفضة الدخل؛ نظراً للانتشار السريع لتقنية الهاتف المحمول، وتوافر إمكانية الوصول للإنترنت، وانخفاض تكلفته.

ولكن تظل هناك قيود تحول دون تطبيقه في مجتمعنا منها الأمية الإلكترونية، فلا تزال فئات كثيرة من المجتمع لا يمكنها استخدام الأجهزة الذكية أو الحاسوب، كما أن ارتفاع مستوى الفقر لدى بعض الطبقات والشرائح الاجتماعية يحول دون توفر هذه الإمكانيات بالأساس، كما يحتاج تطبيق هذه التقنيات زيادة الوعي بالاضطرابات النفسية وهذا ما لا يتوفر لدى جل فئات المجتمع في الوقت الراهن.

ويعمل برنامج (This Way Up) على تحسين فرص حصول ذوي المشاكل النفسية الخفيفة على العلاج النفسي. وهو عبارة عن نظام تعليمي على الإنترنت، يقدم للطلاب دورات عن الصحة والسعادة؛ للتخلص من الإجهاد والقلق والاكنتاب. وتتوافر للجميع في أي مكان من العالم دورات مجانية للمساعدة الذاتية^١. وتم تطبيق هذا البرنامج في أستراليا ونيوزيلندا والولايات المتحدة وكندا، وبين الجاليات المغتربة في آسيا. ومنذ إطلاق البرنامج عام (٢٠٠٠)، التحق (٣١٠٠) طبيب بعيادات لاستخدامه؛ حيث تمّ تسجيل (٧٢٠٠) مستعمل

1) www.THISWAYUP.org.au/self-help

للخدمة أغلبهم في أستراليا ونيوزيلندا، واستكمل (٥٥: ٦٠٪) من مستعملي الخدمة كافة الدروس. وقد تعافى (٥٠٪) من المستكملين، وتحسن (٣٠٪)، ولم يظهر (١٠٪) أي تغيير في الأعراض، وساعت حالة (١٠٪) من المشاركين. وقد هبط عدد أيام التعطل عن العمل إلى النصف (Andrews, 2013). وتتضمن إجراءات هذا البرنامج ما يلي:

١. يجري تقديم هذا البرنامج باعتباره جزءاً من نموذج رعاية متدرجة، وفيه اختصاصيون يحملون مسؤولية عيادية لمستعملي الخدمة.
٢. يوصي أطباء العيادات بدورة الدروس الستة للمصابين باضطرابات الاكتئاب أو القلق. ويوصف للحالات الخفيفة والمتوسطة علاج سلوكي معرفي آلي عبر الإنترنت، مع وجوب أداء واجب منزلي خارج الإنترنت.
٣. يرسل النظام إلى الطبيب المعالج رسالة إلكترونية عن أشخاص تسوء الأعراض عندهم، وتسمح لهذا الطبيب بإرسال علاجات فردية لكل واحدة من الحالات الحادة، وللذين لا يتعافون بعد العلاج السلوكي المعرفي الآلي من خلال الإنترنت. والعلاج السلوكي المعرفي الآلي عبر الإنترنت يقلل التكلفة بمقدار عشرة أضعاف العلاج وجهاً لوجه (Andrews Davis, & Titov, 2011).

إن دور الوقاية لا يقتصر على الوقاية من المرض النفسي فقط وإنما الوقاية من المرض الجسدي أيضاً فالعلاقة متبادلة بين نفس وجسم الإنسان بحيث يؤثر كل منهما في الآخر فنحن نعلم أن هناك كثير من الأمراض الجسمية ذات الأساس النفسي أو ما تعرف بالاضطرابات السيكوسوماتية^١. ومما يدعم ذلك ما أشار إليه بدر الأنصاري من أن التشاؤم^٢ يزيد من احتمالات إصابة الإنسان بالأمراض العضوية مثل السرطان، كما يرتبط

1 Psychosomatic Disorders

2 Pessimism

التشاؤم بعيد من الاضطرابات النفسية كالاكتئاب، واليأس، والميل إلى الانتحار، والوجدان السلبي، والفشل في حل المشكلات، والنظرة السلبية إلى صدمات الحياة، والشعور بالوحدة، وارتفاع معدل النبض ومعدل ضغط الدم الانقباضي^١ (بدر الأنصاري، ١٩٩٦).

وثمة عدة علاقات داخلية ما بين الصحة النفسية والصحة البدنية، فمثلاً قد يؤدي المرض القلبي الوعائي إلى الاكتئاب والعكس صحيح. نحتاج إلى فهم العلاقات بين مختلف الاضطرابات النفسية، وبين الصحة البدنية والصحة النفسية، وإلى فهم المسالك النمائية لعوامل الخطر الشاملة والنوعية للمرض التي تؤدي لاعتلال الصحة النفسية (تقرير منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٥).

طرق الوقاية:

إن أول ما أود الإشارة إليه في طرق الوقاية من الأمراض النفسية هو الإيمان الراسخ بالله، وفعل الطاعات، وترك المنكرات، والعمل بما جاء به القرآن والسنة. وقد يظن البعض أن هذه مجرد شعارات وإنما هي حقيقة لا نستطيع إنكارها قال تعالى (وَمَنْ أَعْرَضَ عَنْ ذِكْرِي فَإِنَّ لَهُ مَعِيشَةً ضَنْكًا وَنَحْشُرُهُ يَوْمَ الْقِيَامَةِ أَعْمَى * قَالَ رَبِّ لِمَ حَشَرْتَنِي أَعْمَى وَقَدْ كُنْتُ بَصِيرًا * قَالَ كَذَلِكَ أَتَتْكَ آيَاتُنَا فَنَسِيَتْهَا كَذَلِكَ الْيَوْمَ تُنْسَى * وَكَذَلِكَ نَجْزِي مَنْ أَسْرَفَ وَلَمْ يُؤْمِنْ بِآيَاتِ رَبِّهِ وَلَعَذَابُ الْآخِرَةِ أَشَدُّ وَأَبْقَى) [طه: ١٢٤-١٢٧]. هذه الآيات واضحة وصريحة لا لبس فيها، فكل من يبتعد عن الله وذكره لا بد أن تتلبسه الهموم والمشاكل والأحزان، مع ضرورة الأخذ بالأسباب الأخرى التي سيرد ذكرها فيما بعد.

وقد ثبت أن للقرآن الكريم قوة شفائية بالتجارب المعملية في مؤسسة العلوم الطبية الإسلامية في مدينة بنما سيتي بأمريكا؛ حيث جاء على لسان أحمد القاضي: (أثبتت التجارب أن له أثراً مهدئاً خفف درجة توتر الجهاز

العصبي في (٩٧٪) من الحالات. قال تعالى: "يَا أَيُّهَا النَّاسُ قَدْ جَاءَكُمْ مَوْعِظَةٌ مِّن رَّبِّكُمْ وَشِفَاءٌ لِّمَا فِي الصُّدُورِ وَهُدًى وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ" [يونس: ٥٧]، وقال تعالى: "وَنَزَّلُ مِنَ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ وَلَا يَزِيدُ الظَّالِمِينَ إِلَّا خَسَارًا" [الإسراء: ٨٢]، وقال تعالى: "قُلْ هُوَ لِلَّذِينَ آمَنُوا هُدًى وَشِفَاءٌ وَالَّذِينَ لَا يُؤْمِنُونَ فِي آذَانِهِمْ وَقْرٌ وَهُوَ عَلَيْهِمْ عَمًى أُولَٰئِكَ يُنَادُونَ مِن مَّكَانٍ بَعِيدٍ" [فصلت: ٤٤]، لذا ينبغي النظر إذن إلى الرقية الشرعية لا كتعويزة وإنما دعاء يلزمه اليقين والتطهر من الذنوب بلا تقريط في العمل بالأسباب (محمد بن إبراهيم دودح، ٢٠٠٧). والأصل في الرقية الشرعية أن يرقى الإنسان نفسه لا أن يذهب لأحد يرقيه.

إن الحديث عن الوقاية من الاضطرابات النفسية لن يأتي بثماره إلا من خلال تضافر العديد من الجهود بدءاً من المستوى الشخصي، ومروراً بالمستوى الأسري، والتربوي، والبحث العلمي، والمجتمع المدني، والعمل التطوعي، ووصولاً إلى المستوى الرسمي للدول ووسائل الإعلام. وسنحاول فيما يلي طرح بعض طرق الوقاية المنوط بها المؤسسات الاجتماعية المختلفة كما يلي:

أولاً: دور الأسرة (في مرحلة الطفولة، المراهقة والشباب، مرحلة الشيخوخة).

ثانياً: دور المؤسسات التربوية (دور الحضانه، المدرسة، الجامعة).

ثالثاً: دور المجتمع ووسائل الإعلام.

أولاً: دور الأسرة (مرحلة الطفولة، مرحلة المراهقة والشباب، مرحلة الشيخوخة).

- توفير التغذية السليمة والحفاظ على الصحة العامة للأبناء.
- غرس القيم الدينية والروحية البعيدة عن التعصب والتزمت.
- إرساء قواعد الحب والود والوئام بين أفراد الأسرة وغمر الطفل بمشاعر الحب والحنان والدفء.

- مشاركة الأب للأب في القيام بأعباء الحياة الأسرية فيتعلم الأبناء معنى المشاركة والتعاون.
- تجنب الشجار العائلي سواء بين الزوجين أو بين الزوجين والأبناء. وتعاون الأبوين على تقليص الخلافات الأسرية إلى حدها الأدنى وتجنب الجدل العقيم وتبادل الألفاظ العدوانية. وإبعاد الأبناء عن متابعة أي نقاشات محتدمة بين الوالدين.
- خلق مناخ أسري آمن يمثل الدرع الواقي للأبناء.
- تجنب أساليب التنشئة الاجتماعية السلبية كالتدليل الزائد والقسوة الزائدة. فلا إفراط في القسوة، والشدة، والصد، والحرمان. ولا تفريط في الالتزام، وإنما الاعتدال. والبعد عن أساليب التنشئة المتضاربة من قبل الأم والأب.
- التحلي بالصبر عند التعامل مع الأبناء.
- المساواة في المعاملة وعدم التفرقة بين الأبناء.
- خلق القدوة والنموذج، بحيث يكون سلوك الآباء قدوة حسنة لأبنائهم، من خلال التعامل بلطف، وتجنب الألفاظ غير اللائقة، وضبط النفس، والتحلي بالصفات المحمودة، ونبذ السلوكيات المذمومة.
- مشاركة الأطفال في اهتماماتهم كمشاركتهم في اللعب. ومشاركتهم مشكلاتهم اليومية الخاصة بالمدرسة والواجبات المدرسية.
- تنمية ثقة الطفل بنفسه وعدم إشعاره بالنقص.
- تنمية مهارات الطفل مثل تنمية مهارات التواصل مع الآخرين، ومهارة التحدث، ومهارة الاستماع، والدفاع عن حقوقه، وتأدية واجباته.
- تجنب مشاهدة أفلام العنف أو برامج الكرتون التي تتضمن مشاهد عنف. وتجنب إهمال الأهل لما يشاهدونه من أفعال عدوانية.
- تشجيع الطفل على ممارسة الأنشطة الرياضية التي تساعد في التخلص من حالات القلق والتوتر التي قد تنتابه من وقت لآخر.
- تنظيم وترتيب بيئة الطفل وخلق مساحات للعب لتفريغ الطاقة.

- تجنب حرمان الطفل من الأشياء العزيزة والملحة بالنسبة له حتى لا تنمي روح الانتقام لدى الطفل.
- توسيع مساحة الاختيار أمام الطفل وطرح فرصة للتعبير عن نفسه.
- غرس المبادئ الأخلاقية الإيجابية التي تدعو للتسامح والعفو والصفح.
- الاهتمام بشئون الطفل ومناقشة ما يؤرقه.
- تنمية ثقافة الحوار.
- توفير علاقات مستقرة وخاصة مع الأبناء في سن المراهقة، ودعوتهم لمناقشة مشكلاتهم بنوع من الود والتفاهم مع المراقبة الدائمة وغير المتسلطة لسلوكه.
- أن يكون الوالدين قدوة في سلوكهم وضبط انفعالاتهم حتى يستطيعوا تدريب أبنائهم على ضبط الانفعال وتجنب العصبية الزائدة والغضب.
- تخصيص أوقات للترفيه والتنزه، واستغلال أوقات الفراغ، وتجنب العزلة والوحدة.
- إرشاده لكيفية التعبير عن نفسه دون الاعتداء على الآخرين وكيفية التعامل واحترام حقوقهم.
- تشجيع الطفل وإشعاره بأهمية ما يقوم به وبث الثقة بالنفس.
- عدم إنهاك الطفل بمهام فوق طاقته.
- عدم الشكوى المستمرة من الطفل أمام الآخرين.
- تعليم الأطفال استراتيجيات الدفاع عن النفس، وحمائتها من الاعتداءات.
- تدريب الأبناء على احترام حقوق الآخرين، وكذا احترام القيم والمعايير الأخلاقية للمجتمع.
- مراقبة جماعة الأقران، وإبعاد الطفل عن أي جماعة يمكن أن تؤثر على منظومة القيم التي تم غرسها في الأبناء.
- تقديم الرعاية الكاملة لكبار السن، وتقبل حالاتهم، والتعاطف مع زلاتهم، وتقديم المساعدة والدعم الكافيين لتخطى الأزمات النفسية التي قد تواجه المسنين.

بالإضافة لما تم ذكره تمت الإشارة إلى أن العوامل الواقية الفردية، والعائلية قد تكون بيولوجية، أو خلقية، أو سلوكية، أو بين الأشخاص، أو ذات علاقة بالمحيط أو السياق العائلي. وربما تقوي الأثر على الصحة النفسية في الفترات الحساسة على مدى الحياة، بل قد يكون لها أثر عبر الأجيال، فمثلاً، إن انتهاك الأطفال والاعتلال النفسي الوالدي في خلال الرضاعة والطفولة المبكرة يمكن أن يؤدي إلى الاكتئاب والقلق في مستقبل الحياة، بالإضافة إلى الأجيال القادمة، بينما يُنقصُ ضمان الارتباط العائلي الاجتماعي ودعمه من هذه المخاطر. ويؤثر سلوك الأم المحفوف بالمخاطر في خلال الحمل والولادة على الأبناء، كما أن النزاعات الزوجية وكذلك الاكتئاب بين الأمهات والمشاكل الكحولية عند كل من الآباء والأمهات قد تؤهب للاضطرابات السلوكية عند الأطفال (تقرير منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٥).

ثانياً: دور المؤسسات التربوية (دور الحضانة، المدرسة، الجامعة).

يبرز أهمية دور المؤسسات التربوية ومن بينها دور الحضانة والمدرسة والجامعة كثاني المؤسسات التربوية التي تتلقى الطفل. وهي تلعب دوراً هاماً في تشكيل سلوكه. وتجدر الإشارة هنا إلى هذه المؤسسات التربوية ينبغي أن تقوم بدور متكامل مع الأسرة في عملية التنشئة الاجتماعية التي تلعب دوراً مهماً في تحصين الفرد ووقايته من الاضطرابات النفسية، لا أن تعمل كل مؤسسة في جزيرة منعزلة عن المؤسسة الأخرى، فينبغي أن يكون هناك تعاون مشترك بين الأسرة والمدرسة في التعامل مع مشاكل الأبناء والتوجيه المستمر لسلوكهم، وموافاة كل مؤسسة بالمعلومات الكافية عن سلوك الطفل للمؤسسة الأخرى. وللأسرة دور تربوي ومعرفي وثقافي فهي تهدف إلى تزويد الطلاب بالمعارف الأساسية بالإضافة إلى غرس قيم وعادات وتقاليد المجتمع، وللمدرسة أيضاً دور اجتماعي رائد؛ فهي تعلم التلاميذ طرق التعامل مع الآخرين من زملاء ومعلمين خارج نطاق الأسرة وأفرادها التي اعتاد الطفل أن يتعامل معها، كما ترسي المدرسة مبادئ التعاون والمنافسة.

وهنا ينصح بتفعيل دور المعلم المرشد الذي يكون قادرًا على تقديم العلم، والتعامل مع مشكلات الطلاب وتوجيههم وتحويل المشكلات التي يعجز عن حلها للاختصاصي النفسي، وخاصة في ظل نقص عدد الاختصاصيين النفسيين والمعالجين النفسيين (حامد زهران، ١٩٩٤).

وسوف نعرض فيما يلي مجموعة من الطرق التي يمكن أن تهيب التربة الخصبة للوقاية من المرض النفسي كما يلي:

- أن تعتمد المناهج الدراسية على إكساب الطلاب المهارات اللازمة للحصول على المعلومة وتفعيلها وتطبيقها، وعدم الاعتماد فقط على تقديم المعلومات.
- أن تكون المناهج الدراسية مرنة تتيح الفرصة للتفكير والإبداع، وليست قوالب جامدة تعتمد على الحفظ الأصم.
- الاهتمام بتوفير الخدمات النفسية في المدرسة، من خلال اختصاصي نفسي قادر على التعامل مع الطلاب الموهوبين وتنمية موهبتهم، والتعامل مع الطلاب المتعثرين ومواجهة مشكلاتهم. بالإضافة للتعامل مع المشكلات المختلفة التي تظهر من بعض التلاميذ (كالعدوان، والعنف، والتنمر، والتسرب الدراسي... الخ).
- تنظيم المدرسة للندوات الإرشادية لتوجيه الآباء لطرق التعامل مع الأبناء والتعامل مع مشكلاتهم، من خلال التنشئة النفسية السليمة، والتوعية بالمرض النفسي، وكيفية الاكتشاف المبكر، وتقديم العلاج المناسب، وقبل هذا وذاك معرفة طرق الوقاية.
- وجود تعاون مشترك بين المدرسة والأسرة لضمان التعامل الفعال مع مشكلات التلاميذ والارتقاء بهم.
- بث المبادئ التربوية السليمة للتسامح وكيفية التعامل مع الآخر.
- المساواة بين التلاميذ في المدرسة.
- تشجيع المنافسة الشريفة بين الطلاب بعيدًا عن مشاعر العدائية.
- تشجيع التلاميذ على أن يكونوا قدوة لزملائهم في التعامل الراقى، ونبذ

- العنف. وعمل المسابقات الدورية بين التلاميذ لتشجيع ذلك.
- عمل دورات تدريبية، وندوات، وورش عمل تحت على نبذ السلوكيات السلبية مثل: السلوك العدواني والعنف، والتتمر، والكذب، والسرقه... الخ. وبيان خطورة ذلك على الفرد نفسه وعلى المجتمع، مع استخدام الإرشاد الديني في بث القيم الإنسانية الأساسية، وربط ذلك بالأدلة من الكتاب والسنة.
- تنمية ثقافة الحوار بين التلاميذ والأساتذة والتلاميذ ومعلمهم.
- الاهتمام بحصص النشاط وممارسة الألعاب الرياضية لتفريغ الطاقة الزائدة.
- استخدام أسلوب الثواب والعقاب لتشجيع الطلاب على نبذ العنف اللفظي والبدني.

ثالثاً: دور المجتمع ووسائل الإعلام:

- إعطاء كل ذي حق حقه وتفعيل منظومة الحقوق والواجبات بشكل تطبيقي وليس كشعارات.
- توفير حياة كريمة للمواطنين قادرة على تلبية احتياجاتهم. من خلال إشباع الحاجات الأساسية للفرد. وأهم هذه الاحتياجات ما أشار إليه ماسلو في مثلثه الشهير وهي: الحاجات الفسيولوجية، والحاجة للأمن، والحاجات الاجتماعية، والحاجة لتقدير الذات، والحاجة لتحقيق الذات. ويسهم إشباع هذه الحاجات في تحقيق النمو النفسي السليم، والوصول للصحة النفسية المرجوة.
- الاهتمام بالثقافة العامة التي تبث من خلال وسائل الإعلام، ونشر ثقافة المرض النفسي، والتي تدعو لزيادة الوعي بالاضطرابات النفسية، وأسبابها، والتعرف على طرق الاكتشاف المبكر، والتدخل المبكر للمساعدة على الشفاء، وتجنب المضاعفات الناتجة عن التأخر في الاكتشاف والعلاج.
- تحسين الظروف الاقتصادية، ومحاربة الفقر.

- توفير إسكان ملائم فالإسكان السيئ يؤدي إلى ضعف الصحة البدنية والصحة النفسية (تقرير منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٥).
- العمل على تقليص العشوائيات، والقضاء على انتهاك حقوق الأطفال، من خلال محاربة ظاهرة أطفال الشوارع. وللتأكيد على النقطتين الأخيرتين، ودورهما في الإصابة بالاضطرابات النفسية، وكذا الوقاية منها؛ ما تمت الإشارة إليه من أن الفقر، وانتهاك الأطفال يعدان سببين شائعين في الاكتئاب، والقلق، وتعاطي العقاقير. والتدخلات التي تتوجه بنجاح نحو الفقر، وانتهاك الأطفال يمكن أن نتوقع تأثيرها على هذه الاضطرابات الثلاثة (تقرير منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٥).
- توفير فرص عمل والقضاء على البطالة.
- عدم التمييز بين الفئات الاجتماعية المختلفة، وتحقيق المساواة، والعدالة الاجتماعية.
- تنمية القدرة على مواجهة الشدائد والكرب، ومواجهة ضغوط العمل، من خلال الحملات التثقيفية عبر وسائل الإعلام.
- تحسين نوعية الحياة من خلال (تحسين التغذية، تحسين السكن، تحسين فرص التعليم). ومن الجدير بالذكر أن مفهوم نوعية الحياة من المفاهيم التي حظيت باهتمام بالغ في الآونة الأخيرة، ولاسيما في نقاشات الباحثين والعلماء ودراساتهم التي تتعلق بمختلف قضايا الحياة، كقضايا الصحة النفسية والجسمية، والقضايا الاجتماعية، والقضايا الاقتصادية (كامل حسن كتلو وتيسير عبد الله، ٢٠١١).

المراجع

١. أحمد عبد اللطيف أبو أسعد، رياض عبد اللطيف الأزيادة. (٢٠١١).
٢. بدر محمد الأنصاري. (١٩٩٦). الشخصية المستهدفة للإصابة بالسرطان. كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت.
٣. برنامج الصحة العقلية التابع لكوفينانت هيلث. (٢٠١٣). العلاج بالصدمات الكهربائية.
extcontent.covenanthealth.ca/PatientResident/Patient_IntServ_TransDoc_ECT_Arabic.
٤. بشير معمريّة، عبد الحميد خزار. (٢٠٠٩). الاضطرابات الجسمية والنفسية لدى المسنين المقيمين بدار العجزة بمدينة باتنة- الجزائر. مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، (٢٣) ٧٤-٨٣.
٥. تقرير منظمة الصحة العالمية. (٢٠٠٥). الوقاية من الاضطرابات النفسية: التدخلات الفعالة والخيارات السياسية (التقرير المختصر). منظمة الصحة العالمية: المكتب الإقليمي لشرق المتوسط.
٦. حامد زهران. (١٩٩٧). الصحة النفسية والعلاج النفسي. ط٣. القاهرة: عالم الكتب.
٧. حدة يوسف. (٢٠١٧). الشعور بالتماسك النفسي كمورد صحي للوقاية من الضغوط النفسية. مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية- جامعة الشهيد حمة لخض-الوادي (٢١)، (٥٣-٧١).
٨. دليل الصحة النفسية للأطباء والعاملين في الرعاية الصحية الأولية. (٢٠٠١). الجمهورية العربية السورية: دمشق.
٩. سحر حسن إبراهيم. (٢٠٠٧). أبعاد السلوك العدواني وبعض محدداته الوجدانية والمعرفية لدى مرضى الفصام. رسالة ماجستير (غير منشورة). كلية الآداب، قسم علم النفس، جامعة بني سويف.

١٠. عبد اللطيف خليفة. (١٩٩٢). **المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي**. القاهرة: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
١١. كامل حسن كتلو، تيسير عبد الله. (٢٠١١). نوعية الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية. **مجلة علم النفس**، يناير-يونية، ٦٥-٨٩.
١٢. ماري دي سيلفا، كيارا ساميلي. (٢٠١٣). **الصحة النفسية**. تقرير مجموعة عمل الصحة النفسية.
١٣. محمد بن إبراهيم دودج. (٢٠٠٧). **الاستشفاء بالقرآن الكريم**.
<http://www.8ki8.net/portal/pages/menu4.php>
١٤. سيلفانو أر يتي. (١٩٩٨). **الفصامي كيف أفهمه وأساعدته**. ترجمة: عاطف أحمد. الكويت: عالم المعرفة.
١٥. الكتاب الإحصائي السنوي. (٢٠١٦). **الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، الباب الثالث (الإحصاءات الحيوية)**.
http://www.capmas.gov.eg/Pages/StaticPages.aspx?page_id=5034
16. Andrews G. M. Davis, & N. Titov., (2011). Effectiveness randomized controlled trial of face to face versus Internet cognitive behaviour therapy for social phobia. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**. 45(4): p. 337-340.
17. Andrews, G., (2013). **Evidence of Effectiveness**, in CRUFAD Working Document. No. 2.
18. Andrews, G., P. Cuijpers, M. & Craske, et al., (2010). Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: a meta-analysis. **PLoS One**, 5(10) e13196.
19. Babiloni, C., Guarini, A., Lizio, R., Cordone, S., Bonaduce, R., Armenise, V., Bari, I.D., et al. (2016). Prevention of Mental Disorders in Seniors at Risk of Alzheimer's Disease in the Smart Health Project: The Smartaging Platform. **Poster Presentations**, P593. www.mhinnovation.net/innovation/this-way-
20. Bloom, D., E., Cafiero, E. Jane-Llopis et al., (2011). **The global economic burden of noncommunicable diseases**. W.E. Forum, Editor: Geneva.
21. [Costello EJ](#). (2016). Early detection and prevention of mental

- health problems: Developmental epidemiology and systems of support. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 45(6):710-717.
22. Fusar-Poli P, Tantardini M, De Simone S, Ramella-Cravaro V, Oliver D, Kingdon J, Kotlicka-Antczak M, et al. (2016). Deconstructing vulnerability for psychosis: Meta-analysis of environmental risk factors for psychosis in subjects at ultra high-risk. *Eur Psychiatry*, 16 (40),65-75.
 23. Hosman, C. & Jané-Llopis E. (1999). Political challenges 2: Mental health. In: International Union for Health promotion and Education. The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in a new Europe. Brussels. *ECSC-EC-EAEC*:29-41.
 24. Institute of Medicine (1989). *Utilization management by third parties: Controlling costs and changing patient care? The role of utilization management*. Washington DC, Institute of Medicine.
 25. Kleinman, A., (2009). A failure of humanity. *The Lancet*, 374: p. 603-4.
 26. Knapp, R.,J., McDaid, D., & Parsonage, M. (2011). *Mental health promotion and mental illness prevention: the economic case.*, London: Department of Health.
 27. Maureen, W., L., Melisa, R., Dana T., S. Peter M., D. (2008) Group and individual treatment of obsessive-compulsive disorder using cognitive therapy and exposure plus response prevention: A 2-year follow-up of two randomized trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 1003-1014. <http://dx.doi.org/10.1037/a0013076>
 28. Meehl, P.E. (1962). Schizotaxia, schizotypy& schizophrenia. *American Psychologist*, 17, 827-831.
 29. Meehl, P.E. (1990). Toward an integrated theory of schizotaxia, schizotypy, and schizophrenia. *Journal of Personality Disorders*, (4) 1-99.
 30. Mrazek P.J., Haggerty, R.J., eds (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, National Academy Press.
 31. Murray C.L, Lopez AD (1996). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injury and risk factors in 1990 projected to 2020*. Geneva, World Bank, World Health Organization and Harvard School of Public Health.

32. WHO (1998). *Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders*. Geneva, World Health Organization.
33. WHO (2001b). *The world health report 2001: Mental health: new understanding, new hope*. Geneva, World Health Organization.
34. WHO. (2001). *Basic documents. 43rd Edition*. World Health Organization, Editor: Geneva.
35. WHO. (2005). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*. World Health Organization, Editor.: Geneva.
36. WHO. (2013). *Investing in mental health: evidence for action*. World Health Organization, Editor: Geneva.
37. <http://www.youm7.com/story/2017/3/18>