



المركز الوطني
لتعزيز الصحة النفسية



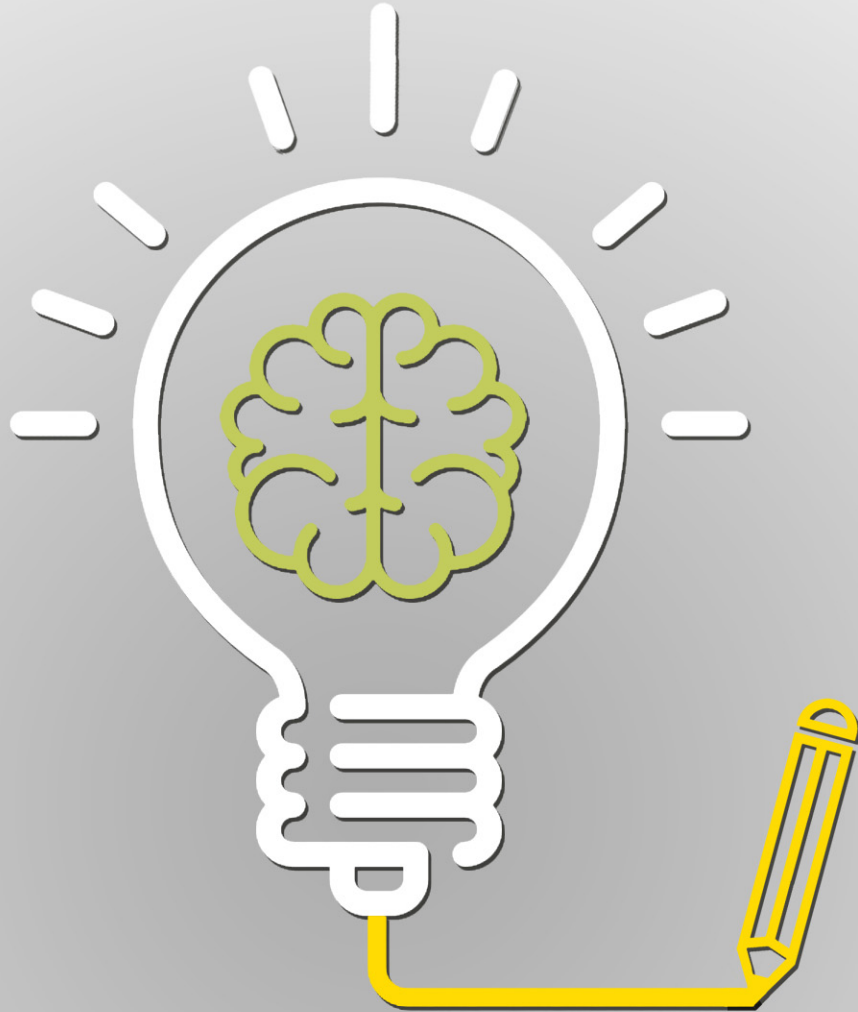
مفاهيم ومقالات

حول الصحة النفسية في السعودية

إعداد

أ.د. فهد بن ذخيل العصيمي

1442هـ - 2020م



ح) المركز الوطني لتعزيز الصحة النفسية ، ١٤٤٢ هـ

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر

العصيمي ، فهد بن دخيل
مفاهيم ومقالات حول الصحة النفسية في السعودية. / فهد بن
دخيل العصيمي ؛ عبدالحميد بن عبدالله الحبيب ؛ انور بن فايز
الحمادي ؛ عبدالاله بن اسحاق خياط .- الرياض ، ١٤٤٢ هـ
..ص ؛ ..سم

ردمك: ١-٨-٩١٤٤٢-٦٠٣-٩٧٨

١- الصحة النفسية - السعودية ٢- العلاج النفسي - السعودية
أ.الحبيب ، عبدالحميد بن عبدالله (مؤلف مشارك) ب.الحمادي ، انور
بن فايز (مراجع) ج.خياط ، عبدالاله بن اسحاق (مراجع) د.العنوان
ديوي ٦١٦,٨٩١٥
١٤٤٢/٣٩٦٢

رقم الإيداع: ١٤٤٢/٣٩٦٢
ردمك: ١-٨-٩١٤٤٢-٦٠٣-٩٧٨

مفاهيم ومقالات

حول الصحة النفسية في السعودية

إعداد

أ.د. فهد بن دخيل العصيمي

مراجعة

د. عبد الحميد بن عبدالله الحبيب
د. أنور بن فايز الحمادي
أ. عبد الإله بن إسحاق خياط

1442هـ - 2020م

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

الفهرس

الصفحة	الموضوع
5.....	الفهرس
7.....	المقدمة
8.....	مفهوم الصحة النفسية ومؤشراتها
8.....	ماهية الاضطرابات النفسية
9.....	حقائق وإحصائيات حول الاضطرابات النفسية
11.....	تصنيف الاضطرابات النفسية
13.....	مجموعات الاضطرابات النفسية حسب DSM-5
14.....	أسباب الاضطرابات النفسية
16.....	تقييم المصاب باضطراب نفسي
18.....	ما هي أنواع العلاجات النفسية المتوفرة والمثبتة علمياً؟
20.....	هل تصيب الأمراض النفسية المتمسك بالدين أو قوي الإيمان؟
21.....	وهم الربط بين الأسباب الغيبية والعلاجات الروحية والطب النفسي
22.....	حقوق المصابين بالاضطرابات النفسية
25.....	المساعدة النفسية الأولية
26.....	أهداف برنامج المساعدة النفسية الأولية
27.....	مبادئ المساعدة النفسية الأولية
28.....	الدليل الشرعي الميسر للمريض النفسي
29.....	مقالات متنوعة للمؤلف حول الصحة النفسية
29.....	ألا يستحق هؤلاء اهتماماً أكبر؟!
31.....	لماذا تم تعذيب عبدالله رغم مرضه؟! ولماذا انتحر؟!!
35.....	أرجوكم: كفوا عن وصمي بالمريض النفسي!
38.....	لماذا ينتحر السعوديون؟!

- 43.....اضطراب قلق المرض! والهرم الصحي المقلوب!
- 46.....حقائق وأوهام حول السمنة وعلاجاتها!
- 50.....معاناة من العقم ومن تطفل المجتمع أيضاً.
- 52.....العوامل النفسية للداء الالتهابي المعوي بنوعيه.
- 54.....إدمان الهواتف الذكية في السعودية.
- 56.....الصحة النفسية شرط لتحقيق رؤية السعودية 2030.
- 58.....ورشة عمل " التحديات التي تواجه رعاية الصحة النفسية بالمملكة".
- 69.....من للضعفاء والمسحوقين؟!.
- 72.....من تطبّب ولم يُعلم منه طبّ فهو ضامن.
- 75.....من يوقف عبث الإعلام الصحي؟!.
- 77.....لماذا ارتبط الطب النفسي بالإعلام؟ والدورات؟.
- 80.....نشر التشخيص النفسي لأحد بدون إذنه عبر الإعلام مناف للأخلاق المهنية.
- 83.....نداء من القلب لكل طبيب نفسي.
- 85.....الخاتمة.

المقدمة

الحمد لله رب العالمين، والصلاة والسلام على أشرف الأنبياء والمرسلين نبينا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين:

فقد سعدت بالمشاركة في تقديم ورشة عمل بعنوان (مفاهيم الصحة النفسية) لعددٍ من خطباء الجوامع في مدينة الرياض، وذلك بدعوة من المركز الوطني لتعزيز الصحة النفسية وبالتعاون مع معهد الأئمة والخطباء؛ وقد نالت هذه الورشة بحمد الله اهتماماً وقبولاً حسناً من الحضور.

ولذلك، دعاني الأستاذ عبدالإله بن إسحاق خياط المسؤول في المركز الوطني لتعزيز الصحة النفسية، وبتوجيه من سعادة المدير العام على المركز الدكتور عبد الحميد بن عبدالله الحبيب -وفقهما الله وأجزل لهما المثوبة - لكتابة كتاب؛ أو بالأدق (كتيب) يلخص بعض المفاهيم حول الصحة النفسية، التي ينبغي للمهتمين بالصحة النفسية من غير أصحاب الاختصاص أن يلتموا بها. وقد رغبت بأن أضم لهذا الكتيب عدداً من مقالاتي القديمة، التي تغطي مواضيع مهمة في هذا السياق، وقد حاولت تحديث محتواها وحذف المكرر قدر الاستطاعة؛ نظراً لأنها نشرت كمقالات منفردة خلال بضع سنين خلت.

وأود التنبيه في هذه المقدمة بأن هذا الكتيب ليس منتجاً أكاديمياً بحتاً، وإنما أريد به تثقيف القراء الكرام من غير المتخصصين في الصحة النفسية؛ ولهذا لم أورد إثنائه بالمراجع المفصلة لمحتوياته العلمية الدقيقة؛ كما أقدم جزيل الشكر والامتنان لكل من استفدت منه في إنجاز هذا الكتيب، وأعتذر ممن أغفل اسمه في عزو معلومة استفدتها منه.

وفي الختام، أسأل الله بمنه وكرمه أن يجعل هذا الكتيب خالصاً لوجهه، وأن ينفع به الكاتب والمراجعين والقراء.

فهد بن دخيل العصيمي

بروفيسور واستشاري الطب النفسي والطب

النفسي الجسدي بكلية الطب والمدينة

الطبية الجامعية بجامعة الملك سعود

الرياض، المملكة العربية السعودية

1442 للهجرة

مفهوم الصحة النفسية ومؤشراتها

تعرف منظمة الصحة العالمية الصحة (العافية) النفسية بأنها جزء لا يتجزأ من الصحة؛ وهي حالة من العافية يستطيع فيها كل فرد إدراك إمكاناته الخاصة، والتكيف مع حالات التوتر العادية، والعمل بشكل منتج ومفيد، والإسهام في مجتمعه المحلي.

ومن أبرز المؤشرات التي تدل على امتلاك صحة نفسية جيدة:

- التمكن من إدراك المشاعر والتعبير الصحي عنها.
- القدرة على تكوين علاقات جيدة والحفاظ عليها.
- تعلم مهارات جديدة بناءً على ما تتطلبه الحياة.
- التأقلم مع متغيرات الحياة وتحقيق التوازن فيها.

ماهية الاضطرابات النفسية

الاضطراب النفسي: هو متلازمة تتميز باضطراب سريري كبير في إدراك الفرد أو تنظيم المشاعر أو السلوك، والذي يعكس خللاً في العمليات النفسية أو البيولوجية أو النمائية الكامنة في الأداء النفسي. وترتبط الاضطرابات النفسية عادةً بضائقة كبيرة أو عجز عن أداء الأنشطة الاجتماعية أو المهنية أو غيرها من الأنشطة المهمة.

والجدير بالذكر بأن الاستجابة المتوقعة أو المقبولة ثقافياً لضغط أو خسارة شائعة، مثل وفاة أحد أفراد الأسرة، ليست اضطراباً نفسياً. كما أن السلوك المنحرف اجتماعياً (على سبيل المثال، سياسياً أو دينياً أو جنسياً)، والصراعات التي تقع أساساً بين الفرد والمجتمع ليست اضطرابات نفسية ما لم ينجم الانحراف أو الصراع عن خلل وظيفي في الفرد، كما هو موضح في التعريف أعلاه.

حقائق وإحصائيات حول الاضطرابات النفسية

- يبلغ معدل انتشار الاضطرابات النفسية مدى الحياة 34% لدى عامة السكان في السعودية، وتزداد النسبة لدى المصابين بأمراض طبية مزمنة.
- يبدأ 75% من هذه الأمراض في الظهور قبل منتصف العشرينات من العمر.
- أكدت دراسات منظمة الصحة العالمية، أنه بحلول عام 2020، سيصعد مرض الاكتئاب الحاد من المرتبة الرابعة إلى المرتبة الثانية، بعد مرض شرايين القلب التاجية، في قائمة أشد الأمراض فتكاً بالبشرية، من ناحية حجم انتشارها وتسببها بالإعاقة للمصابين بها. وبحسب دراسة عالمية رصينة، أجريت حديثاً في 187 دولة، فإن واحداً من كل أربعة مرضى عاطلين عن الإنتاج في المجتمع، مصاب بمرض نفسي.
- أظهرت دراسة وطنية للمؤلف بأن قرابة (نصف) المراجعين للعيادات النفسية أو المنومين في الأجنحة النفسية في السعودية، مصابون باضطرابات استقلابية متعددة كالسمنة، والسكري وضغط الدم وارتفاع الدهون.
- يموت مرضى الفصام والاضطراب ثنائي القطب أبكر من عامة الناس بخمسة عشر عاماً، بسبب تضاعف معدل الأمراض الطبية الأخرى التي يصابون بها كأضرار القلب والجلطات الدماغية وأورام الرئة، وفي المقابل تقل معدلات الوفاة لديهم بنسبة 50% عند علاجهم بالأدوية النفسية.
- أظهرت دراسة رصينة (INTERHEART Study, 2004)، أجريت في 52 دولة وعلى 29 ألف مريض، لمعرفة عوامل الخطورة في أمراض شرايين القلب التاجية، أن الضغط النفسي والاكتئاب الجسيم يحتل المرتبة الثانية بعد التدخين في قائمة عوامل الخطورة وبنسبة 32%. وبعبارة أخرى ستقل الجلطات القلبية بنسبة الثلث لو تم التخلص التام من الضغوط النفسية والاضطراب الاكتئابي، وهذا بالطبع من المحال.
- تتضاعف معدلات الإصابة بأمراض نفسية كاضطرابات الاكتئاب والقلق والهذيان لدى المصابين بأمراض جسدية مزمنة كالقلب والكلى والسكري... الخ، أو الذين جرى قبولهم في المستشفيات العامة لأسباب صحية مختلفة؛ ولذلك فإن الفشل في تشخيص وعلاج هذه الاضطرابات النفسية الأنفة الذكر، يؤدي لمضاعفة معدلات المراضة والوفيات، وانخفاض جودة الحياة لدى هؤلاء المرضى بشكل عام، كما يؤدي للإفراط في استهلاك الخدمات الصحية العامة؛ وينتج عن كل ما سبق زيادة الكلفة الصحية الإجمالية.

- ثبت علمياً، ازدياد معدلات الإدمان لدى المصابين بأمراض نفسية شديدة الوطأة، فتصل قرابة 60% لدى المصابين باضطراب ثنائي القطب، ونصف المصابين بالفصام؛ وتزداد خصوصاً عند ضعف أو انعدام الرعاية الطبية النفسية.
- تزيد الأمراض النفسية من معدلات الانتحار. ولا توجد إحصائيات دقيقة عن نسبة المنتحرين في السعودية، بسبب حساسية الموضوع لدى المجتمع؛ لكن بحسب الإحصائيات المتوفرة لدينا، فقد تزايدت أعداد المنتحرين سنوياً لتصل لقرابة 1200 حالة. أما عدد محاولات الانتحار الفاشلة، فقد يصل إلى 18 ألف حالة سنوياً، لأن الدراسات العالمية تؤكد وجود 10-20 محاولة انتحار فاشلة، مقابل كل حالة انتحار ناجحة.
- تربط العديد من الدراسات العالمية، بعض الحوادث المرورية وخصوصاً الناتجة عن قيادة متهوره، برغبة الانتحار، مع العلم بأن الحوادث المرورية هي القاتل الأول للشباب السعودي، حيث يموت بسببها قرابة شخص واحد كل ساعة في السعودية.
- تؤكد الدراسات أن قرابة 95% من المنتحرين أو ممن حاولوا الانتحار، قد تم تشخيصهم بأمراض نفسية من أهمها الاكتئاب، والتي لحسن الحظ يمكن علاج معظمها بفعالية، وتزيد احتمالية حدوث محاولة انتحار أخرى لدى من قد كسر الحاجز الديني والاجتماعي، وحاول الانتحار في الماضي.
- أظهرت دراسة وطنية للمؤلف بأن ثلاثة أرباع مراجعي استراحات الرقاة/ المعالجين الشعبيين مصابون بأمراض نفسية لم تُشخص أو تُعالج طبياً غالباً. وللأسف فقد تعرض 4% منهم للضرب الشديد أو الخنق أو الصعق بالكهرباء من قبل هؤلاء المعالجين.
- بفضل الله تعالى، ثم بفضل تحسن الخدمات الصحية في السعودية، فقد ارتفع مأمول العمر عند الولادة (متوسط العمر المتوقع)، من 46 عاماً سنة 1960، إلى 75 عاماً سنة 2020. ويتوقع أن يصل إلى 82 عاماً خلال بضعة عقود بإذن الله، وهذا أحد الأهداف الاستراتيجية الصحية لرؤية السعودية 2030. وهذا يعني زيادة مطردة في أعداد حالات المصابين بأمراض مزمنة، مقعدة عن الحياة، نفسية كانت أو جسدية.

تصنيف الاضطرابات النفسية

- تُصنف الاضطرابات النفسية عادة بحسب أحد النظامين التاليين:
 - (1) التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشاكل المتعلقة بالصحة International - ICD Classification of Diseases، وهو تصنيف عام لكل الأمراض بما فيها الاضطرابات النفسية، وتقوم منظمة الصحة العالمية بنشره دورياً، وقد نُشرت المراجعة الحادية عشرة لهذا التصنيف مؤخراً.
 - (2) الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- DSM، وهو دليل تصدره الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين بشكل دوري، وصدرت نسخته الخامسة مؤخراً، ويعد الآن المرجع الأول في العالم في تصنيف الأمراض النفسية.
 - هناك 157 اضطراباً نفسياً قد يصاب بها الإنسان حسب تصنيف DSM-5، وقد تم توزيع هذه الاضطرابات تحت مظلة عشرين مجموعة متشابهة من الاضطرابات النفسية.
 - يمكن كذلك تصنيف الاضطرابات النفسية بشكل مبسط تحت مسميات كبرى: كالاضطرابات الذهانية مقابل العصابية؛ والاضطرابات النفسية الأولية مقابل الثانوية.
- الاضطرابات الذهانية مقابل العصابية:

الذهانية	العُصابية
<ul style="list-style-type: none"> • أشد حدة بشكل عام. • لا يستطيع فيها المريض التمييز بين معاناته الذاتية والواقع. • فقدان الاستبصار بالمرض ووجود الأوهام أو الهلاوس. • أمثلة: الفصام واضطرابات المزاج والهذيان والتوهم. • يتسم فيها المرض بسمات غير طبيعية في نوعيتها مثل الأوهام والهلاوس. 	<ul style="list-style-type: none"> • أقل حدة بشكل عام، ويستطيع فيها المريض التمييز بين معاناته الذاتية والواقع. • عدم فقدان الاستبصار بالمرض وعدم وجود الأوهام أو الهلاوس. • أمثلة: اضطرابات القلق والهلع والرهاب. • يتسم فيها المرض بسمات غير طبيعية في كميتها مثل القلق.

الاضطرابات الأولية مقابل الثانوية:

الثانوية	الأولية	
ينطبق هذا التصنيف بشكل عام على جميع الأمراض الباطنية والعصبية والنفسية.	ينطبق هذا التصنيف بشكل عام على جميع الأمراض الباطنية والعصبية والنفسية.	على من ينطبق هذا التصنيف؟
مرض ارتفاع السكر الناتج عن داء كوشينغ، مرض ارتفاع ضغط الدم الثانوي الناتج عن تضيق الشريان الكلوي، مرض الصرع الثانوي الناتج عن ورم الدماغ.	مرض السكري من النوع الثاني، ارتفاع ضغط الدم الأساسي، مرض الصرع المجهول السبب.	أمثلة للأمراض الباطنية والعصبية
اضطراب الاكتئاب الناتج عن مرض نقص الغدة الدرقية، والاضطراب الذهاني الناتج عن استعمال جرعات عالية من دواء الكورتيزون.	اضطراب الفصام العقلي، والاضطراب الثنائي القطب، واضطراب الاكتئاب الجسيم.	أمثلة للاضطرابات النفسية
غالباً ما يكون السبب واحداً ومحددًا بدقة؛ فمثلاً يمكن تصنيف أسباب الاضطرابات النفسية الثانوية تحت المجموعات الثلاث التالية: (مضاعفات الأمراض الباطنية المجموعية كمرض الذئبة الحمراء؛ أو الأمراض العصبية المركزية كالجلطات الدماغية؛ أو الناتجة عن استعمال بعض المواد سواء أدوية كالكورتيزون أو الكحول والمخدرات).	الأسباب بشكل عام متعددة ومتضافرة مع بعضها ويصعب تحديدها بدقة لدى كل مريض بعينه، وتشمل عوامل جينية وبيئية سواء أكانت بيولوجية أو اجتماعية... الخ.	الأسباب
- ظهور علامات المرض في سن متأخر. - وجود هلاوس غير سمعية كالهلاوس البصرية والشمية... الخ. - وجود علامات عصبية بارزة كالشلل في الحركة... الخ.	- ظهور علامات المرض في سن مبكرة. - وجود هلاوس سمعية. - علامات عصبية خافتة كالرعاش... الخ.	علامات سريرية مرجحة لنوعية الاضطراب النفسي
يُعالج المرض الثانوي أيًا كان، حسب التوصيات السريرية ذات العلاقة، وذلك بالتركيز أولاً على علاج مسبباته بحسب الاستطاعة، ثم علاج المرض الثانوي الناتج عنه بحسب ما تبقى من أعراض المرض.	يُعالج المرض الأولي أيًا كان، حسب التوصيات السريرية ذات العلاقة، وذلك بالتركيز عادةً على علاج المرض النهائي بغض النظر عن مسبباته، مع محاولة تخفيف بعض عوامل الخطورة المسببة للمرض إن تيسر ذلك.	العلاج

مجموعات الاضطرابات النفسية حسب DSM-5

- (1) طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى
- (2) ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة
- (3) الاضطرابات الاكتئابية
- (4) اضطرابات القلق
- (5) الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة
- (6) الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد
- (7) الاضطرابات التفارقية
- (8) العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة
- (9) اضطرابات التغذية والأكل
- (10) اضطرابات الإفراغ
- (11) اضطرابات النوم واليقظة
- (12) اختلالات الوظيفة الجنسية
- (13) الانزعاج من الجندر
- (14) اضطرابات التشوش والتحكم بالاندفاع والمسلك
- (15) الاضطرابات المتعلقة بالمواد والإدمانية
- (16) اضطرابات الشخصية
- (17) الاضطرابات النمائية العصبية
- (18) الاضطرابات العصبية المعرفية
- (19) اضطرابات الولع الجنسي
- (20) اضطرابات أخرى

أسباب الاضطرابات النفسية

يمكن تقسيم الأسباب حسب دورها المباشر أو غير المباشر في حصول الاضطراب النفسي إلى:

-الأسباب المهيئة (غير المباشرة): تهيئ الفرد لظهور المرض النفسي إذا ما طرأ سبب مساعد أو مرسب. مثل: العيوب الوراثية، الخبرات الأليمة خاصة في مرحلة الطفولة.

-الأسباب المساعدة أو المرسبة (المباشرة): تشمل الأحداث الأخيرة السابقة لظهور المرض النفسي مباشرة والتي تعجل بظهوره في الفرد الذي يكون مهياً للاضطراب النفسي. مثل: الأزمات، والصدمات، المراحل الحرجة (الشيخوخة، الزواج..).

كما يمكن تقسيم أسباب حصول الاضطرابات النفسية بحسب نوعها إلى:

الأسباب الجينية: هناك آلاف من المتغيرات الوراثية الشائعة والنادرة التي تساهم في حصول الاضطرابات النفسية.

الأسباب البيئية: ومن أمثلتها: التعرض للعدوى الفيروسية أثناء الحمل، ونقص بعض الفيتامينات، والنشأة في البيئة الحضرية، والانتماء لأحد الأقليات العرقية، وسوء المعاملة والإيذاء المتكرر أثناء مرحلة الطفولة، والتعرض للمنشطات والحشيش والتبغ أثناء مرحلة المراهقة.

وهناك تداخل بين هذه الأسباب على مستويات متعددة:

■ جيني - جيني

■ جيني - بيئي: فوق جيني

■ بيئي - بيئي

الوقاية:

وفي مقابل أسباب الاضطرابات النفسية الأنفة الذكر، هناك خليط من العوامل الجينية والبيئية التي تلعب دوراً في الوقاية من الاضطرابات النفسية، والتي يطلق عليها (المرونة النفسية).

الأسباب البيئية للاضطرابات النفسية بحسب المرحلة العمرية:

❖ عوامل الخطر المرتبطة بالحمل:

● العدوى (التعرض للعدوى الفيروسية أثناء الحمل).

● سوء التغذية

● معادن ثقيلة

❖ عوامل الخطر المحيطة بالولادة:

- الولادة قبل الوقت المتوقع
- موسم الولادة (الشتاء وبداية الربيع)
- مضاعفات الولادة

❖ بيئة الطفولة:

- النشأة في البيئة الحضرية (المدنية).
- الانتماء لأحد الأقليات العرقية
- الفقر
- سوء المعاملة
- التمر

❖ تعاطي المخدرات في مرحلة المراهقة:

- الحشيش
- المنبهات

تقييم المصاب باضطراب نفسي

ما هو هدف الزيارة الأولى للعيادة النفسية؟

يهدف الطبيب النفسي لمساعدة المريض على التخلص من معاناته النفسية؛ وذلك عبر تشخيص المرض النفسي الذي يعاني منه حالياً، واستكشاف تأثيراته السلبية على أدائه لوظائفه الحياتية. كما يحاول أيضاً فهم شخصية هذا المريض، ولماذا أصيب بهذا المرض النفسي، ولماذا أصيب به الآن بالذات. كما يحتاج الطبيب لتصميم خطة علاجية متكاملة ذات أبعاد بيولوجية ونفسية واجتماعية وروحية، والسعي لتنفيذها مع فريق الصحة النفسية ككل بالتعاون مع المريض وأهله. وكل ما سبق لا يمكن تحقيقه دون بناء علاقة علاجية مهنية فعّالة مع المريض، يشعر فيها المريض، بأن هذا الطبيب قد فهم معاناته، كما يثق بقدرته على مساعدته لتجاوزها.

في المقابلة الأولى يحتاج الطبيب النفسي لاستقصاء ما يلي:

- الخصائص الديموغرافية والاجتماعية للمريض.
- التاريخ المفصل للحالة المرضية النفسية الحالية.
- التاريخ المرضي النفسي السابق والأمراض الجسدية السابقة والحالية، والأدوية التي يتناولها المريض بشتى أنواعها.
- التاريخ العائلي المفصل بما في ذلك الإصابة بأية أمراض نفسية، وطبيعة علاقة المريض بأفراد عائلته.
- التاريخ الشخصي: بدءاً من ولادته مروراً بدراسته وتاريخه الوظيفي، وانتهاءً بعلاقته بزوجته وأطفاله... مع استقصاء جوانب شخصيته السابقة للإصابة بالمرض، وكيفية تكيفه مع الضغوط بما في ذلك التدخين واستعمال المواد المحظورة... الخ.
- إجراء فحص جسدي وعقلي ومعرفي، يشمل كل ما يحتاج إليه.
- مراجعة فحوصات المريض وطلب تحاليل وأشعة إضافية حسب حالة المريض السريرية.
- رسم خطة علاجية متكاملة بالتعاون مع المريض.

وهناك بعض التساؤلات حول الزيارة الأولى للطبيب النفسي، سيتم الإجابة عنها فيما يلي:

- السؤال الأول: كم هو الوقت المتوقع للزيارة الأولى وما بعدها؟

مما يحزّ في القلب، أن بعض الأطباء النفسيين في بلادنا، لا يقضون وقتاً كافياً مع المريض وخصوصاً في الزيارة الأولى؛ وهي الزيارة الأهم للتشخيص الدقيق، ورسم الخطة العلاجية. وهذا

الأمر، يشبه فعل طبيبٍ جراح، اكتفى بشق موضع العملية دون استئصال موضع الداء دون خياطة للجرح، متذرعاً بقصر الوقت!!!!

وقد اتفقت التوصيات العالمية على أن مدة الزيارة الأولى للطبيب النفسي هي ٤٥ دقيقة، ولا يُقبل بحال من الأحوال أن تقل عن نصف ساعة، مهما بلغ الطبيب علماً وخبرة. أما لو كان المريض طفلاً، فمدتها عادة ساعة ونصف، ولا تقل بحال عن ساعة كاملة. طبعاً، لكل قاعدة شواذ، فيستثنى من ذلك بعض حالات الطوارئ والعناية المركزة. الخ، وأحياناً يحتاج الطبيب لعدة زيارات، للوصول للتشخيص الدقيق.

ولأن مدة الزيارة الأولى طويلة نسبياً، مقارنةً بعيادات الأطباء الاستشاريين الآخرين الغير نفسيين، فيتراوح متوسط أسعارها في أوروبا وأمريكا، ما بين خمس مائة إلى ألف ريال تقريباً، لكن في المقابل، ينال المرضى حقهم وافياً في التشخيص الصحيح، ورسم الخطة العلاجية الناجعة.

وأما زيارات المتابعة بعد الزيارة الأولى، فتتراوح مدتها ما بين ١٥ إلى ٤٥ دقيقة حسب نوعها، إن كانت متابعة للأدوية فقط، أو تشمل علاجاً بالجلسات النفسية.

- **السؤال الثاني:** ما هو مقدار الكشف الجسدي المتوقع من الطبيب النفسي، خصوصاً عند اختلاف الجنس بين المريض والطبيب؟

الطبيب النفسي كغيره من الأطباء بكافة تخصصاتهم مُطالبٌ بأمرين:

- الاقتصار في الكشف على جسد المريض، على ما يُحتاج إليه، كل حالة بحسبها. فمثلاً، لا يُتوقع غالباً من جراح العظام أن يكشف على الصدر، لمريضة مصابة فقط بالتواء في الكاحل، وهكذا.

- احترام قيم المريض وثقافته، ومراعاة ذلك قدر الإمكان.

وفي المجمل، قد لا يحتاج الطبيب النفسي لرؤية وجه المريض أو المريضة بشكل كامل، وذلك في معظم الحالات العصائية البسيطة كحالات القلق والرهاب والاكْتئاب الخفيف... الخ. بينما قد يحتاج أحياناً لرؤية الوجه بشكل كامل، وإجراء فحوصات جسدية أخرى، وذلك لتشخيص بعض الحالات الذهانية ومتابعة الأعراض الجانبية لبعض الأدوية.

ما هي أنواع العلاجات النفسية المتوفرة والمثبتة علمياً؟

(أ) الأدوية:

إذا أخذنا جانب الأدوية النفسية فحسب، فإنها بمجموعها مقاربة في فعاليتها للأدوية الأخرى في علاج الأمراض غير النفسية، كما أن الغالبية العظمى من الأدوية النفسية لا تسبب الإدمان ولا التعود، ولذلك يمكن استخدامها بصورة مأمونة حتى لو طالقت فترة الاستخدام لسنوات، أو طول العمر في بعض الحالات من باب الوقاية من الانتكاسات، مع العلم بأن الشفاء أو التحسن بإذن الله تعالى قد يظهر إما خلال بضعة أسابيع أو ربما أكثر. من ناحية أخرى، فإن نسبة قليلة جداً من الأدوية ذات التأثير النفسي/العصبي مثل البنزوديازيبينات قد تسبب الإدمان أحياناً، ولذا فإنها تُعطى لفترة قصيرة وتحت إشراف دقيق من الطبيب النفسي.

(ب) جلسات العلاج النفسي بأنواعها: العلاج الفردي/الجماعي/العائلي/الزواجي/الخ:

ويُعرف العلاج النفسي بأنه شكل من أشكال العلاج الذي يركز على التفاعل بين شخصين أو أكثر. وفي جلسات العلاج النفسي التي تُجرى بشكل دوري غالباً مرة واحدة أسبوعياً لبضعة أشهر، يتحدث المريض مع الطبيب/المعالج النفسي، أو وسط مجموعة العلاج على سبيل المثال، عن الأشياء التي يحتاجها للمساعدة في المعالجة، ومن خلال المناقشة يمكن معالجة التجارب الصعبة ومحاولة إيجاد حلول لها.

وقد أكدت البراهين العلمية بما لا يدع مجالاً للشك، أن العلاج النفسي بشكل عام نافع جداً لعلاج بعض الاضطرابات النفسية مثل اضطرابات الاكتئاب والقلق، وبالذات من النوع الخفيف والمتوسط الشدة. وقد تعددت أنواع العلاج النفسي ومازالت تتكاثر بشكلٍ مطرد منذ أمد بعيد. وقد مالت الموجة الثالثة الحديثة من العلاج النفسي لاستخدام مفاهيم وتقنيات مستوحاة من الثقافات الشرقية، وبعضها ذات صبغة روحية. وفي هذا السياق، يُلاحظ زيادة أعداد الأبحاث المنشورة حول فعالية استعمال المفاهيم الروحانية ولاسيما الإسلامية منها في بعض أنواع العلاج النفسي. ومع ذلك، فلأسف مازالت هذه الأبحاث دون المستوى المطلوب كماً وكيفاً.

ومع أنه يُنصح بشدة بالاستفادة من المخزون الثقافي والتوجه الديني للمريض عند علاج الاكتئاب، فينبغي للمعالج النفسي أن يحذر من الاستعمال الغير الحصيف للمفاهيم الدينية أثناء العلاج النفسي؛ إما باستعمالها في الوقت غير المناسب أو للمريض غير المناسب؛ مما قد يفاقم شعور المريض بالذنب أو قد يسيء لأعراض الاكتئاب لديه. ولذلك، أطلب هنا المختصين بسرعة إجراء دراسات علمية رصينة من أجل تقنين استعمال المفاهيم الإسلامية كمفاهيم الإيمان بالقضاء والقدر، واليقين بالله، ومحورية الدار الآخرة، في العلاج النفسي للاضطرابات النفسية في المجتمعات المسلمة.

ج) العلاج بأجهزة التحفيز الدماغية مثل: العلاج بالجلسات الكهربائية (ECT) ، والتحفيز المغناطيسي المتكرر عبر الجمجمة (rTMS) :

أما بالنسبة للعلاج بالجلسات الكهربائية (ECT) فإنه يُجرى تحت التخدير الكلي، ويتضمن تمرير تيار كهربائي خلال الدماغ بقصد تحفيز حدوث نوبة اختلاج قصيرة، مما يُحدث تغيرات في كيمياء الدماغ، ويساعد بشكل فعال جداً في علاج عدد من الاضطرابات النفسية كاضطرابات المزاج والذهان، وبالذات عندما لا تتجح طرق العلاج الأخرى. كما أنه آمن لدرجة أنه يلجأ إليه كعلاج عاجل لبعض الاضطرابات النفسية لدى النساء الحوامل وكبار السن.

وبالنسبة للتحفيز المغناطيسي المتكرر عبر الجمجمة (rTMS) ، فهو إجراء بسيط آمن وغير جراحي، يتم باستخدام مجال مغناطيسي عبر توصيل نبضات مغناطيسية متكررة، لتحفيز الخلايا العصبية بهدف تحسين أعراض الاكتئاب وبعض الاضطرابات النفسية الأخرى.

وبحسب الدراسات، فإن التداخلات العلاجية النفسية بمجموعها (بيولوجي/نفسى/اجتماعي)، قد تفوق في فعاليتها ونجاعته وتأثيرها الإيجابي الضخم في حياة المرضى وعوائلهم والمجتمع بشكل عام، ما هو معروف بالنسبة للتدخلات الطبية في مختلف الأمراض الأخرى. كما يؤدي العلاج الدوائي والعلاج السلوكي لاستعادة الدماغ لنشاطه الطبيعي في أماكن دماغية مختلفة بحسب نوعية الاضطراب النفسي.

وحق للمريض، أن يعرف تفاصيل الخيارات المتوفرة مما سبق، حسب التوصيات السريرية العالمية لكل مرض بعينه، ويعرف الأعراض الجانبية لها، وأسعارها التقريبية مسبقاً. ثم يختار منها ما يشاء، بالمشاورة مع طبيبه.

ومن الأخطاء الشائعة في هذا السياق، صرف أدوية كثيرة منذ الزيارة الأولى دون برهان علمي. فالأصل هو البدء بدواء واحد، وجرعات صغيرة متصاعدة، ثم متابعة استجابة المريض، والتصرف تبعاً لذلك.

ومن الأخطاء، استخدام بعض أنواع العلاج النفسي، إما غير المثبتة علمياً على الإطلاق، أو المثبتة علمياً فقط في علاج بعض وليس كل الأمراض النفسية. ومن الأخطاء، حضور دورات تطوير الذات - لغرض العلاج من أمراض نفسية - فلم يثبت علمياً، أن هذه الدورات تعالج أي مرض نفسي. وإنما تنحصر فائدتها في أمرين فقط هما، تثقيف المرضى وأهاليهم بأمور الصحة النفسية والأمراض النفسية، وكذلك تدريب الأصحاء على مهارات الحياة كإدارة الوقت والمال... الخ.

أما العلاج بأجهزة التحفيز الدماغية، ففيه أحياناً للأسف استغلال مادي للمرضى باستعمال أجهزة لم تثبت فعاليتها، وبأسعار مبالغ بها. والمثبت منها علمياً حالياً، العلاج بالجلسات الكهربائية (ECT)، والتحفيز المغناطيسي المتكرر عبر الجمجمة (rTMS)، وما عداهما من طرق، إما تُستخدم فقط لعلاج الحالات المستعصية للأدوية، وفي مراكز طبية متخصصة مثل تحفيز العصب الحائر (VNS) أو التحفيز العميق للدماغ (DBS)، أو أنها ما زالت في طور البحث العلمي ولم تثبت فعاليتها في علاج أمراض نفسية محددة حتى الآن.

هل تصيب الأمراض النفسية المتمسك بالدين أو قوي الإيمان؟

لا شك أن قوة الإيمان بالله وبقضائه وقدره تخفف من وطأة الإصابة بكافة الأمراض جسدية كانت أم نفسية. لكن ما هو مؤكد كذلك أن أي إنسان مهما كانت قوة إيمانه فهو معرض للإصابة بجميع الأمراض بلا استثناء، وذلك جزء من ابتلاء الله لعباده. وليس صحيحاً أن الأمراض النفسية لا بد أن تكون عقوبة على المعاصي، فقد يكون المرض عقوبة، وقد يكون كفارة ورفعة درجات وقد يكون ابتلاء... الخ.

أما الآثار المروية في أن بعض المنكرات إذا ظهرت في أمة فشنت فيهم أوجاع لم تكن في سابقهم، فهي تتكلم أصالةً عن الأمراض العضوية، وإن كان يدخل في عمومها المرض النفسي، وقد قال تعالى: {وَلَبَلُّوْكُمْ بِشَيْءٍ مِّنَ الْجُوعِ وَالْخَوْفِ وَنَقْصٍ مِّنَ الْأَمْوَالِ وَالْأَنْفُسِ وَالثَّمَرَاتِ وَبَشِّرِ الصَّابِرِينَ}، ونقص الأنفس قد يكون نقصاً كلياً بالموت، أو نقصاً جزئياً بالمرض..

وقطعاً لم يحجر الشارع الحكيم على إصابة الناس بمشاعر الحزن والخوف والغضب، وإنما نهى عن السلوكيات المصاحبة والتي يمكن تفاديها، كإطلاق عبارات التسخط وبعض سلوكيات الجاهلية كشق الجيوب وغيرها. وقد بكى النبي صلى الله عليه وسلم على وفاة ابنه إبراهيم وقال (وإنا على فراقك يا إبراهيم لمحزونون). وحزن يعقوب عليه السلام حتى ابيضت عيناه على فراق ابنه يوسف، وكان النبي صلى الله عليه وسلم يفضب إذا انتهكت محارم الله ولا يقول إلا حقاً. وبدلاً من كبت هذه المشاعر وهو أمر محال، فقد كان المنهج النبوي يسلي المحزونين والمهمومين بقوله صلى الله عليه وسلم (مَا يُصِيبُ الْمُسْلِمَ مِنْ نَصَبٍ وَلَا وَصَبٍ وَلَا هَمٍّ وَلَا حَزَنٍ وَلَا أَذًى وَلَا غَمٍّ، حَتَّى الشُّوْكَةُ يُشَاكُهَا إِلَّا كَفَّرَ اللَّهُ بِهَا مِنْ خَطَايَاهَا). ومع وضوح هذا الأمر فما زال بعض دعااتنا ومثقفينا يثرب على من تطبب عند طبيب نفسي، ويصادر مشاعر وأحاسيس من ابتلي ببعض هذه الأمراض. والأسوأ من ذلك أن تذاق مثل هذه الآراء على منابر شرعية، أو تنشر في صحف سيارة، أو في صفحات التواصل الاجتماعي.

وهم الربط بين الأسباب الغيبية والعلاجات الروحية والطب النفسي

يتم تشخيص معظم الأمراض سواءً كانت جسدية أو نفسية عبر مظاهر المرض وليس أسبابه. وقد وردت معظم مظاهر الإصابة بالأسباب الغيبية كالعين. الخ بمظاهر عضوية، كما في حديث سهل بن حنيف المعروف، وقال: (علام يقتل أحدكم أخاه، هلا إذا رأيت ما يعجبك بركت... الحديث).

كما أن معظم الأحاديث التي دعت لاستعمال الرقية، ذكرت بأنه ترياق للأمراض العضوية، كاللدغة والجرح والقروح وغيرها، وفي الحديث (كان إذا اشتكى الإنسان الشيء منه، أو كانت به قرحة أو جرح، قال: النبي صلى الله عليه وسلم بإصبعه هكذا..) وذكر الرقية، وفي صحيح مسلم (رخص رسول الله صلى الله عليه وسلم في الرقية من العين، والحمة، والنملة)..

وأيضاً فإن من شرع الرخصة في الرقية للأدواء الجسدية هو الذي شرع ونبه للحجامة والكي والحبة السوداء ونحوها، فتبين أن كون الرقية علاج لبعض الأمراض لا يعني أنها مقصورة ومحصورة عليها. ولذلك، فإن الرقية الشرعية هي (إحدى) الوسائل الوقائية والعلاجية لمختلف الأمراض الجسدية والنفسية. وقد استخدم المصطفى صلى الله عليه وسلم معظم الوسائل العلاجية المتوفرة في عصره، لأنه كان يوعك كما يوعك الرجل مرتين؛ ولذا فلا غرو أن تعلمت عائشة رضي الله عنها الطب. كما عالج الحارث بن كلدة، وهو طبيب نصراني، بعض الصحابة بأمر المصطفى صلى الله عليه وسلم. ولذلك حري بالمسلم أن يرقى نفسه بنفسه، وعند الضرورة، يطلب ذلك من موثوق. ولكن الخطورة كل الخطورة، أن يُسمح لبعض الجهلة برقية الناس وتطبيبهم في الأقبية المظلمة، والاستراحات الخاصة بلا رقيب ولا حسيب. كما لم يجد نبينا صلى الله عليه وسلم غضاضةً في أن يصف علاجاً حسيماً لمشاعر حزن طبيعية؛ كما ورد في صحيح مسلم عن عائشة رضي الله عنها أن نبينا صلى الله عليه وسلم كان ينصح باستعمال (التلبينة) - وهي حساء يصنع من الدقيق لمن أصابه حزن على وفاة قريب. وكان عليه الصلاة والسلام يقول (التلبينة مجمة لفؤاد المريض تذهب ببعض الحزن). وقياساً على ذلك فإذا كان المنهج النبوي ينصح بعلاج حسي لمشاعر حزن طبيعية فإن استعمال الأدوية النفسية المثبتة بدراسات علمية محكمة لعلاج الأمراض النفسية أمرٌ محمودٌ بلا شك؛ ولهذا السبب فإن كبار علمائنا وعامة مثقفينا ونسبة متزايدة من الناس في الوقت الحاضر، يؤكدون على أهمية التطبب في العيادات النفسية لمن احتاج لذلك.

حقوق المصابين بالاضطرابات النفسية

من أعظم حقوق المصاب بمرض نفسي أن يعالجه طبيب متخصص بالصحة النفسية، وهناك قاعدة بديعة رسمها المصطفى عليه الصلاة والسلام نبراساً في هذا الباب " من تطبّب ولم يُعلم منه طبُّ فهو ضامن". فلا ينبغي أن يمارس الطب سوى من كان مؤهلاً. وقد ذكر ابن القيم من أقسام المعالجين: (مُطبّب جاهل.. فإن ظن المريض أنه طبيب، وأذن له في طبّه لأجل معرفته: ضمن - هذا المَطبِّبُ الجاهل - ما جنت يده، وكذلك إن وصف له دواء يستعمله، والعليل يظن أنه وصفه لمعرفته، وحذقه، فتلف به: ضمنه). ولذا فإن من أفتى بغير علم بأمور طبية سواءً بصرف دواء أو منع غيره من أخذ دواء فقد يقع في طائفة المسائلة سواء في الدنيا أو في الآخرة.

أما الطبيب الحاذق بحسب الأنظمة المعتمدة، فإن عالج وفق الأصول المهنية المعروفة، وترتب على عمله خطأ، كتلف عضو أو وفاة: لم يضمن الطبيب شيئاً؛ لأنه مأذون له في العلاج من الجهة الرسمية المختصة، ومن المريض أو وليه.

وعلى وجه التفصيل، فحسب المادة التاسعة من اللائحة التنفيذية لنظام الرعاية الصحية النفسية في السعودية، فإن المريض النفسي - بموجب هذا النظام - يتمتع بالحقوق الآتية، وينوب عنه في المطالبة بها وليه أو وكيله:

- 1- تلقي العناية الواجبة في بيئة آمنة ونظيفة، والحصول على العلاج بحسب المعايير النوعية المتوافرة المتعارف عليها طبياً، وإعطاؤه الفرصة في المشاركة الفعلية والمستمرة في الخطة العلاجية، إذا كان قادراً على ذلك.
- 2- احترام حقوقه الفردية في محيط صحي وإنساني يصون كرامته، وفي باحتياجاته الطبية، ويمكّنه من تأدية التكاليف الشرعية، ولا يجوز إدخاله في أي منشأة علاجية نفسية إلا وفق أحكام هذا النظام.
- 3- إعلامه بالتشخيص وسير الخطة العلاجية قبل البدء في العلاج، وإعلامه بمدى استجابته المتوقعة لها، والفوائد المرجوة منها، والأخطار والأعراض الجانبية المحتملة، والبدائل العلاجية الممكنة، وأي تغيير يطرأ عليها قبل موافقته على العلاج، وعند الحاجة إلى نقله داخل المنشأة العلاجية النفسية أو خارجها فإن له الحق - أو لوليّه إذا كان غير قادر على اتخاذ القرار - في معرفة ذلك وأسبابه.
- 4- ألا يعطى علاجاً تجريبياً ولو كان مرخصاً أو يُدخل في بحث طبي أو تجريبي؛ إلا بعد علم واضح وإذن خطي منه إذا كان قادراً ومؤهلاً لذلك، أو بإذن خطي من وليّه إن لم يكن قادراً

- على ذلك، أو من مجلس المراقبة المحلي للرعاية الصحية النفسية إن لم يكن قادراً على ذلك ولم يكن له ولي.
- 5- ألا يعطى أي نوع من أنواع العلاج دون إذنه، فإن كان غير قادر على تقدير حاجته إلى العلاج بنفسه كان ذلك بإذن وليه. فإن كان غير قادر على تقدير حاجته إلى العلاج وليس له ولي أو تعذر الاتصال بوليّه، فإنه يجوز إعطاؤه العلاج اللازم بموافقة طبييين نفسيين مع إبلاغ مجلس المراقبة المحلي للرعاية الصحية النفسية.
- 6- إعلامه إن كان قادراً، أو إعلام وليه بالخدمات العلاجية المتوفرة في المنشأة العلاجية النفسية، وكيفية الحصول عليها، ومتى يمكن أن تمنع عنه، ومصدر تغطية التكاليف.
- 7- حمايته من المعاملة المهينة، أو الاستغلال المالي، أو الجسدي، أو الجنسي، أو غيرها، وألا يستخدم معه العقاب البدني أو المعنوي، أو التهديد بهما مهما كان السبب.
- 8- المحافظة على حرّيته، وعدم تقييدها بعزله إلا عند الحاجة التي يقرها الطبيب المعالج ولمدة محددة، وبأقل الوسائل المقيدة لحرّيته، ويكون ذلك في ظروف إنسانية توضحها اللائحة.
- 9- إتاحة الحرية له في الحركة داخل المنشأة العلاجية النفسية، وخارجها إذا كانت متوافقة مع المتطلبات العلاجية ومتطلبات السلامة.
- 10- احتفاظه - إذا كان قادراً على ذلك أو وليه إذا لم يكن قادراً - بما في حوزته من ممتلكات شخصية، وتصرفه فيها، وتمكينه من استعمال وسائل الاتصال وفق المتطلبات العلاجية، وبما لا يتعارض مع متطلبات السلامة.
- 11- تمكينه من استقبال الزوار ضمن نظام الزيارة المعلن عنه في المنشأة العلاجية النفسية، ويمكن أن تُمنع الزيارة أو يحد منها وفقاً للمتطلبات العلاجية، مع ضمان السبل الكفيلة بتواصل ذويه معه، وإطلاعهم على حالته وعلى خطته العلاجية، وتمكينهم من الاطمئنان عليه في جميع الأحوال، وذلك بحسب ما تحدده اللائحة.
- 12- يحق له - بعد التنسيق مع الطبيب المعالج - أن يرقّيه في المنشأة العلاجية النفسية أحد الرقاة الشرعيين، إذا رأى المريض أو ذووه ذلك؛ على أن تكون وفق ما جاء في الكتاب والسنة دون تجاوز ذلك بأي فعل.
- 13- المحافظة على سرية المعلومات الخاصة به، وعدم البوح بها أو إفشائها إلا بناءً على طلب من مجلس المراقبة العام - أو المحلي - للرعاية الصحية النفسية، أو من جهات القضاء أو التحقيق مع بيان الغرض من الحصول على هذه المعلومات، أو للأغراض العلاجية أو وجود الخطورة الحتمية على نفسه أو على الآخرين.

- 14- تمكينه أو وليه من رفع أي شكوى ضد أي شخص، أو جهة، في المنشأة العلاجية النفسية، إذا كان هناك سبب لذلك، دون أن يؤثر ذلك على مستوى الرعاية المقدمة إليه.
- 15- أن يقيم له وكيلاً شرعياً يدافع عن حقوقه داخل المنشأة العلاجية النفسية وخارجها.
- 16- إخباره أو وليه عن دخوله الإلزامي في المنشأة العلاجية النفسية عند إصدار قرار الدخول الإلزامي، أو تجديده، وإبلاغه كتابياً بسبب الدخول، وإخباره بالطرق التي يجب اتباعها إذا رغب في إلغاء قرار الدخول الإلزامي، وفقاً لما جاء في الفقرة (هـ) من المادة (الرابعة عشرة) من هذا النظام.
- أ - إخباره أو وليه عن وضعه النظامي في المنشأة العلاجية النفسية عند إصدار قرار الدخول أو تجديده بلغة مفهومة وإبلاغهم كتابياً بجميع حقوقه بما في ذلك سبب الدخول والطرق التي يجب اتباعها إذا رغب الخروج.
- ب - يجب على المنشأة العلاجية النفسية تعريف المريض النفسي المتلقي للعلاج داخل المنشأة العلاجية النفسية أو خارجها - أو وليه - بتلك الحقوق، وتسليمه صورة منها، وتلتزم المنشأة العلاجية النفسية بوضع نسخة من تلك الحقوق في أماكن ظاهرة داخل المنشأة العلاجية النفسية ليطلع عليها المرضى والزائرون.

المساعدة النفسية الأولية

غالباً ما تبدأ الاضطرابات النفسية في سن المراهقة، أو في بداية سن الرشد، ولذا فإنها من الممكن أن تؤثر على تعليم الشخص، وعلى دخوله سوق العمل، وعلى تشكيل العلاقات الاجتماعية الأساسية، كالزواج وعلى تشكيل العادات الصحية المناسبة.

بناءً على ذلك فإنه يمكن للاضطرابات النفسية أن تسبب عجزاً قد يمتد طول عمر الشخص، والمراد بالعجز هنا (مقدار العطل الذي تسببه المشكلة النفسية في قدرة الشخص على العمل والاعتناء بنفسه وإقامة علاقات اجتماعية مع العائلة والأصدقاء)، ولهذا من المهم جداً أن تكتشف المشكلات النفسية باكراً وأن يتم علاج الشخص بشكل مناسب.

برنامج المساعدة النفسية الأولية السعودي

تولدت فكرة المشروع بعد تلمس الحاجة الماسة إلى إيجاد آليات محددة للتعامل مع الاضطرابات النفسية في الحالات الطارئة من قبل عامة الناس، حيث أن المرض النفسي قد يصيب أي فرد في هذا المجتمع، لذا أصبح من الضرورة بمكان نشر أساسيات التدخلات النفسية الأولية أو الطارئة، حتى تصبح مساهمة عامة الناس موجهة في الاتجاه الصحيح، مع ضمان أن تكون تلك المساعدة النفسية ذات أثر إيجابي، ولا تحدث أضراراً كما هو الحال في الإسعافات الأولية في الإصابات الجسدية. وكثيراً ما يواجهك أحد الأصدقاء أو أحد أفراد أسرتك، ويشتكى من بعض الأعراض، ونجد أن غالب الناس يتجه للتطمين العام والنصائح التي لا تفيد صاحب المشكلة، أو قد يتحاشى بعض الناس مناقشة الموضوع ويحاول التهرب وتغيير الحوار.

كانت بداية انطلاقة المشروع بالبحث عن خبرات دولية رائدة في مجال التدخلات النفسية الأولية، بحيث يستطيع المركز الوطني للصحة النفسية الاستفادة منها وتطبيق ما يتناسب مع الأهداف، وبناءً على ذلك تم التواصل مع منظمة Mental Health First Aid Australia وهي منظمة صحية غير ربحية تأسست عام 1997م في كانبيرا في أستراليا، ومنذ ذلك الوقت قدمت المنظمة خبراتها وبرامجها العلمية لأكثر من 25 دولة حول العالم. ومما يشار إليه هو أن المملكة العربية السعودية ممثلة بالمركز الوطني لتعزيز الصحة النفسية هي أول جهة في الشرق الأوسط تقوم بتقديم هذا البرنامج.

أهداف برنامج المساعدة النفسية الأولية

تتلخص أهداف برنامج المساعدة النفسية في عدة نقاط وهي:

- نقل الخبرة الدولية في مجال المساعدة النفسية الأولية إلى المملكة وتطبيقه بشكل مقنن.
- رفع مستوى الوعي بالمساعدة النفسية الأولية لدى المجتمع.
- مد يد العون للمصابين باضطرابات نفسية، عبر نشر ثقافة المساعدة النفسية الأولية في المجتمع.
- إيجاد دليل التعامل مع المصابين باضطرابات نفسية يحمل هوية وطنية تتناسب مع مجتمعنا.
- إعداد كفاءات وطنية مؤهلة ومدربة قادرة على نشر مبادئ المساعدة النفسية الأولية.
- الخروج بإحصاءات وبيانات من المشروع وعمل دراسات نفسية تخدم المجتمع.

مبادئ المساعدة النفسية الأولية

(1) اقترب من الوضع وتواصل مع الشخص المحتاج:

لتدرك الحالة التي يمر بها (مثلاً: نوبة ذعر، حزن شديد، هيجان، محاولة إيذاء الذات. الخ)، ولتقدم له الدعم المناسب حسب الظرف. فإن لم يكن لديك ما يشير إلى أن الشخص في محنة فيمكن أن تسأله: ماذا يشعر؟ ومنذ متى لديه هذا الشعور؟

(2) اصغ له دون أن تصدر حكماً:

استمع لكلامه بعمق، لتفهم حقيقة ما يقوله من أفكار ومشاعر وتصورات، ودعه يتحدث بحرية عن مشكلاته دون أن تقاطعه أو تحكم عليه. ومن المهم أن تضع جانباً أية أحكام تشكلت لديك عن الشخص، أو عن حالته، وتجنب التعبير عن هذه الأحكام، واستخدم مهارات الإصغاء اللفظية وغير اللفظية.

(3) قدم له الدعم والمعلومات:

حالما يشعر الشخص الذي لديه مشكلة نفسية بأنه قد تم الاستماع إليه، فسيصبح من الأسهل أن يتقبل ما تقدمه وما تقوله له. قدّم له الدعم العاطفي (أخبره بأنك تدرك ما يشعر به وافصح له باب الأمل، فإن مع العسر يسراً ولكل ضائقة فرجاً)، واسأله ما إذا كان يرغب في الحصول على بعض المعلومات المفيدة حول حلول المشكلات النفسية؟

(4) شجعه ليحصل على المساعدة النفسية المتخصصة:

أخبره عن الخيارات المتخصصة المتاحة كالدواء أو العلاج النفسي، ودعم أفراد العائلة، والمساعدة في تحقيق الأهداف التعليمية والمهنية، والمساعدة في الدخل والإقامة.

(5) شجعه على استعمال مصادر الدعم الأخرى:

شجّع الشخص على استخدام استراتيجيات المساعدة الذاتية بأسلوب لطيف (مثلاً: أنت شخص تؤمن بالقضاء والقدر، وتعرف عظم الأجر عند الصبر وفائدة التفاؤل)، وشجعه على طلب الدعم من العائلة والأصدقاء الآخرين. ويمكن أيضاً لأشخاص آخرين قد عانوا، أو مازالوا يعانون من مشكلات نفسية، أن يقدموا مساعدة قيمة في مجال تعالفي مثل هؤلاء الأشخاص.

ومن وسائل طلب المساعدة: الاتصال على الرقم المجاني لمركز اتصال الاستشارات النفسية بالمركز الوطني لتعزيز الصحة النفسية: 920033360

للتفاصيل حول ما سبق: الرابط /

<http://ncmh.org.sa/index.php/pages/view/91/14/14>

الدليل الشرعي الميسر للمريض النفسي

وهو دليل مفيد للمصابين باضطرابات نفسية، ولأسرهم وجميع من يتعامل معهم في العيادات والمراكز العلاجية والتأهيلية والإيوائية وغيرها. ويحتوي على أكثر من مائة سؤال وجواب لأهم المسائل الفقهية المتعلقة بالشعائر التعبدية، وفقه الأسرة، وأحكام التداوي بالأدوية النفسية للمصابين باضطرابات نفسية.

الرابط / <https://drive.google.com/file/d/1JEPBO6hpr1ulDwga0DTRzi4Z44GTuyt8/view>

مقالات متنوعة للمؤلف حول الصحة النفسية

ألا يستحق هؤلاء اهتماماً أكبر؟!

لا يستطيع أي طبيب بالطبع، أن يتذكر كل مرضاه، لكن بلا شك هناك من المرضى من يعلق بالذاكرة؛ فما زلت أتذكر زيارة أم محمد الأولى لعيادتي قبل سنتين تقريباً، لقد كان بصحبته ابنها محمد الذي كان ومازال بها حَفِيّاً. لم يكن محمد وهو الشاب المثقف ليسكت عن وضع والدته المتدهور صحياً ونفسياً، فقد خاضت والدته ببسالة فائقة معركة طاحنة ضد سرطان الصدر دامت خمس سنوات. وقد استطاعت أن تتعايش وتتكيف مع انتكاسات المرض وجراحاته وأدويته الكيماوية حتى سنتين مضت. فمنذ أن بدأت أم محمد جلسات العلاج الكيماوي الأخيرة، وحالتها النفسية في تدهور مستمر، وهي مصرة على إيقاف هذا العلاج حتى لو خسرت الجولة الأخيرة في معركتها ضد السرطان. لقد أصبحت حياتها جحيماً؛ لا يطاق لدرجة أنه لم يكن يرقاً لها دمع ولم يكذب يغمض لها جفن لا ليلاً ولا نهاراً، وكذلك لم تكن معدتها تقبل زاداً، ولذا فقد نحل جسدها. لقد اعتزلت أم محمد الناس وانطوت في غرفتها تغالب أحزانها. وأكثر ما كان يعتصر قلبها ألماً، أنها فقدت الدافع والطاقة والتركيز الكافي لكي تصلي وتتعبد لله كما اعتادت ذلك في سالف حياتها.

لم يقتنع محمد أن أعراض الاكتئاب الحادة التي أصابت والدته أمر طبيعي، أو ضربة لازب لا بد أن يكابدها كل مريض بالسرطان. ولقد أكدت الدراسات العلمية ما آمن به محمد، فغالبيتهم مرضى السرطان لا يعانون من هكذا أعراض. فمرض الاكتئاب الحاد يصيب قرابة 25% من مرضى السرطان، إما بسبب صدمة الإصابة بمرض خطر كالسرطان، أو صعوبة التكيف مع آلامه أو التنبؤ بمساره، وفي أحيان أخرى بسبب طبيعة ومكان الورم (يزيد معدل مرض الاكتئاب في حالة الأورام الدماغية أو التي تنتشر للدماغ، وأورام البنكرياس...الخ). وفي حالة أم محمد يعود السبب غالباً لنوعية العلاج الكيماوي الذي بدأت تناوله مؤخراً، ومعروف أن بعض العلاجات الكيماوية والهرمونية قد تؤدي لاضطراب في نواقل عصبية دماغية لها علاقة بضبط المزاج ومنها مادة السيروتونين.

للأسف الشديد فإن الحالات المشابهة لحالة أم محمد كثيرة. وما يقال في مرض السرطان يسري على غيره من الأمراض الباطنية المزمنة، كأمراض القلب والكبد والكلية والدماغ وغيرها؛ والتي تتميز بتكرر الانتكاسات، وكثرة المضاعفات، وتأثيرها البالغ في حياة المصاب، بما في ذلك نوعية وتعقيد علاجاتها الدوائية والجراحية، وما تتطلبه من تنويم متكرر بالمستشفى.

ولك عزيزي القارئ أن تتخيل حال فتاة في عمر الزهور تصاب بمرض الذئبة الحمراء الذي يغزو الكلية، لينتهي بها المطاف بعد بضع سنين من المعاناة أن تضطر لزيارة المستشفى ثلاث مرات

أسبوعياً، لتمكث بضع ساعات تحت جهاز الغسيل الكلوي. أي حياة تعيشها هذه الفتاة؟ ألا تستحق منا كأطباء ومستشفيات وجهات صحية عليا أن نوفر لها الرعاية النفسية والاجتماعية التي تكفل لها حياة أفضل. لقد عاينت في كندا حيث تدرت، بعض هؤلاء المرضى وقد استعادوا بهجة حياتهم الشخصية والاجتماعية بل عاد بعضهم لوظيفته، رغم أنه مستمر في استخدام جهاز الغسيل الكلوي وقت نومه كل مساء، لكن في بيته وليس في المستشفى، وبالطبع تحت إشراف ودعم من فريق أمراض الكلى المشرف على علاجه.

في بلدنا ولله الحمد والمنة، تُنفق أموال طائلة على الصحة، لكن الفرق بيننا وبينهم أنهم يصرفون قرابة 15٪ من ميزانية الصحة على خدمات الصحة النفسية والاجتماعية، بينما في غالب الدول العربية لا تتجاوز النسبة 2٪. وبينما نهتم أحياناً بشراء أحدث موديلات الأجهزة الطبية، تجدهم هناك في الدول المتقدمة ربما يكتفون بموديل أقدم طالما لم يختلف جوهرياً عن الطراز الأحدث، ويوفرون هذا المال لتوظيف ممرضة مؤهلة تلعب دور المنسق الصحي وهمزة الوصل بين هؤلاء المرضى، وبين أطباءهم الباطنيين والنفسيين الجسديين على حد سواء، وكذلك دور الداعم النفسي والاجتماعي لهؤلاء المرضى المزمين في مواجهة تغول المرض وتعدد الخدمات الصحية التي يحتاجونها.

إن هذه الفئة المنسية رغم ضخامة أعدادها وتكاثرها مع الوقت؛ والتي تعاني من عدة أمراض باطنية مزمنة ويصاحبها ويفاقمها بعض الأمراض النفسية وخصوصاً الاكتئاب والقلق، تشكل بلا شك التحدي الأكبر للمهتمين بالقطاع الصحي في القرن الواحد والعشرين. وبالجملة فإن الدراسات العلمية الرصينة تجمع على أن تكثيف الاهتمام بالصحة النفسية والاجتماعية لهؤلاء المرضى لن يحسن من صحتهم وجودة الحياة التي يعيشونها فحسب وإنما سيقبل كذلك من النفقات الصحية ككل.

أعود لقصة أم محمد (والقصة حقيقية مع تعديل لبعض التفاصيل حفاظاً على سرية المريضة)، فبفضل من الله استجابت بسرعة لمضادات الاكتئاب، وجلسات العلاج النفسي القصيرة الأجل، وعادت الطمأنينة لحياتها من جديد. وفي مقابلتي الأخيرة لها منذ بضعة شهور، لم تكن أم محمد مهمومة بالورم أو الاكتئاب كما كانت من قبل، ولئن تناقشنا لبرهة من الوقت في إيقاف مضاد الاكتئاب تدريجياً، فإن نقاش أحوالها العائلية المضطربة قد طغى على وقت الجلسة. فمع تحسن حالتها الصحية والنفسية عادت أم محمد للاهتمام بعائلتها، لكنها شعرت بالمرارة عندما اكتشفت بعض المستجدات العائلية، والقرارات الأسرية التي انفرد زوجها وأبنائها في اتخاذها لحظة انكفائها على نفسها لبضع سنين وقت اشتداد المرض. يا ترى هل ستتكيف أم محمد وأسرته مع عودتها لدورها القديم في الأسرة؟ تلك بلا شك فصول لمعاناة أخرى لهؤلاء المرضى ولأسرهم تستحق أن نفرد لها مقالاً آخر بإذن الله.

لماذا تم تعذيب عبدالله رغم مرضه؟! ولماذا انتحرت؟!

قصة حزينة! وحقائق مهمة!

مشهد (1)

المكان: إحدى مدن منطقة الرياض.

لاحظت أم عبدالله تغيرات متسارعة في سلوك ابنها عبدالله، الطالب الجامعي ذو العشرين عاماً. فقد أصبح عصبي المزاج، كثير الحركة والكلام، قليل النوم. وفجأة قام خطيباً في مسجد الحي، مدعياً أنه هو المهدي، وأخذ يعظ الناس لاتباعه.

التعليق

أعراض عبدالله مطابقة لنوبة الهوس، التي تصيب مرضى الاضطراب ثنائي القطب. وهو مرض نفسي دماغي معروف، يصيب قرابة 3-1% من عامة الناس. وتلعب الوراثة دوراً كبيراً في الإصابة به، فتزيد نسبة الإصابة به إلى قرابة 50% لدى التوائم وحيد اللاحقة، و15% إذا كان أحد الأبوين مصاباً به، و30% إذا كان كلا الأبوين مصاب به.

مشهد (2)

المكان: إسعاف مستشفى المدينة العام.

طبيب الإسعاف:

لا بد أن تسرع بنقله لأقرب مستشفى نفسي لنا، وهو (مستشفى الأمل للصحة النفسية) بمدينة الرياض. فلأسف ليس لدينا جناح خاص لتتويم وعلاج المصابين بالأمراض النفسية، كحالات الذهان والهوس والاكئاب الحادة التي تأتينا هنا، وما أكثرها! بل حتى الطبيب النفسي الوحيد، غادرنا لبلده منذ سنة، ولم يعد إلينا؛ احتجاجاً على ضعف الإمكانيات هنا.

- أبو عبدالله:

ابني عبدالله ليس مجنوناً، ولا مدمناً للمخدرات لكي ينوم في مستشفى الأمل!

ثم كيف أنقله وهو في هذه الحالة المتهيجة الخطرة، مسافة 600 كم للرياض؟

كما أنني لا أستطيع ترك عملي وعائلي لكي أسكن في الرياض بضع أسابيع ريثما يخرج من مستشفى الرياض!

مشهد (3)

المكان: استراحة الراقي والمعالج الشعبي في طرف المدينة.

تكتظ الاستراحة بالمرضى الذين قدموا من كل حدب وصوب، يبحثون عن بصيص أمل في الشفاء، بعد أن يئسوا من الحصول على الرعاية الصحية الكريمة.

بدأ المعالج بعلاج عبدالله، بعد تكتيفه من مساعديه، بضربه بعصا غليظة على ظهره وقدميه، ثم قام بخنق عبدالله عبر الضغط على رقبته، حتى فقد الوعي. وأخيراً، طلب منهم شراء وصفة من صيدلية الاستراحة، لتعطى لعبد الله بانتظام! وهي عبارة عن أعشاب - مخلوطة سراً بأدوية مهدئة - بقيمة ألف ريال، مع أن قيمتها الفعلية لا تتعدى مائة ريال.

واظب أهل عبدالله على مراجعة المعالج في الاستراحة، مع تقييده بسلسلة في ملحق البيت باستمرار، وذلك لضبط سلوكه. وبعد بضعة أسابيع خف هياجه، وتحسن تدريجياً.

التعليق

عادةً، ما تزول نوبة الهوس حتى بدون علاج خلال ثلاثة أشهر، ولكنها تترك ندبات في النفس وفي الدماغ كلما طالت مدتها دون علاج فعال. ومالم يتناول المريض، علاجاً وقائياً مثبتاً للمزاج، فإن الانتكاسات تتوالى، وتتدهور تدريجياً صحة المريض الجسدية والنفسية والمعرفية والاجتماعية والوظيفية.

وفي دراسة علمية منشورة، لكاتب المقالة مع ستة باحثين آخرين، تبين أن قرابة ثلاثة أرباع مراجعي استراحات الرقاة لديهم أمراض نفسية. مع العلم، بأن أغلب الأمراض النفسية قابلة للتحسن التام بفضل الله، ثم بفضل العلاج النفسي من أدوية وجلسات وغير ذلك، ثم يعود غالب المرضى للحياة المنتجة الكريمة؛ ولكن للأسف، لا تتوفر خدمات الطب النفسي المتكاملة إلا بشق الأنفس، وفي المدن الكبيرة غالباً.

وبالطبع، لست أزعم هنا، قدرة الطب الحديث على تشخيص أو علاج كل الأمراض؛ كما لا أنفي جشع القطاع الصحي الخاص، ولا وجود الأخطاء الطبية. ولكن، يتفق الجميع، أن الأطباء يعملون تحت ضوء الشمس، وتحت الرقابة المستمرة، كما يحتاجون لتجديد الترخيص الطبي لمزاولة مهنة الطب كل خمس سنوات؛ بعد أن يثبتوا مواكبتهم لمستجدات الطب المتسارعة، وعدم ارتكابهم لمخالفات مهنية.

وفي المقابل، لا تخطئ العين، كيف استغل بعض الرقاة والمعالجين الشعبيين حاجة الناس! فادعوا علاج كل الأمراض، واستخدموا طرقاً سقيمة، ليس عليها دليل من نقل ولا عقل ولا تجربة، وكلفوا المرضى مبالغ طائلة. وهم يعملون في استراحات خاصة بهم، بلا حسيب ولا رقيب؛ فالداخل إلى بعض استراحاتهم مفقود، والخارج منها مولود، والناس فيها دود على عود!!!

أما الرقية الشرعية، فلا شك أنها (إحدى) الوسائل الوقائية والعلاجية لمختلف الأمراض الجسدية والنفسية، وهي هبة ونعمة من الله كما هو الدواء، سواء بسواء. وقد استخدم المصطفى صلى الله عليه وسلم معظم الوسائل العلاجية المتوفرة في عصره، لأنه كان يوعك كما يوعك الرجل مرتين؛ فلا غرو أن تعلمت عائشة رضي الله عنها الطب. كما عالج الحارث بن كلدة، وهو طبيب نصراني، بعض الصحابة بأمر المصطفى صلى الله عليه وسلم. وحري بالمسلم أن يرقى نفسه بنفسه، وعند الضرورة، يطلب ذلك من شخص ثقة. ولكن الخطورة كل الخطورة، أن يُسمح لبعض الجهلة برقية الناس وتطبيبهم في الأقبية المظلمة، والاستراحات الخاصة بلا رقيب ولا حسيب!

مشهد (4)

الزمان: بعد سنة من النوبة الأولى.

لاحظت أم عبدالله سوءاً تدريجياً في مزاج ابنها عبدالله، وميلاً للبكاء والعزلة. لقد أصبح حزيناً، فاقداً للبهجة، قليل الكلام والحركة، لا يهنا بطعام ولا نوم، ثم انقطع عن الذهاب لجامعته، وعن الصلاة في المسجد. لكنه هذه المرة لم يكن متهيئاً، فلم يحفل والده وقرابته بعلاجه بسرعة كما حصل في نوبة الهوس الأنفة الذكر.

وفي صباح يوم حزين، فشلت أم عبدالله في إيقاظ ابنها من نومه، فنقلوه بسرعة للمستشفى ليتوفى هناك خلال ساعات.

وقد أظهر تحليل الدم، أن سبب وفاته تناول جرعة مفرطة من المخدرات. وفي اليوم التالي، وصلت رسالة نصية لأهل مدينته الوداعة، تدعوهم للصلاة على عبدالله، الذي توفي حسبما تقول الرسالة، بسبب نوبة قلبية مفاجئة!

وقد تظفر فؤاد أم عبدالله أو كاد، حزناً على فراق ابنها. وتالله لن يشعر بمقدار ألمها إلا من فقد ابنه منتحراً، ويا له من حزن! ويا لها من حسرة!

التعليق

ما حدث لعبد الله، أنه أصيب غالباً بنوبة اكتئاب حادة، وهي أحد قطبي (الاضطراب ثنائي القطب). والأرجح أن عبدالله حاول يائساً أن يخرج من دوامة الاكتئاب السحيقة، فاستخدم المخدرات، والتي بدورها، بالإضافة لنوبة الاكتئاب، والصدمات النفسية والتعذيب الذي طال المريض أثناء نوبة الهوس، قد ساهمت في انتحاره بتناول جرعات مفرطة من المخدرات. وقصة عبدالله رمزية، لكن أمثالها ما زال يتكرر للأسف في مناطق مختلفة من المملكة، وذلك بسبب ضعف وسوء توزيع خدمات الصحة النفسية في دولة بحجم قارة، كدولتنا الحبيبة حرسها الله.

وقد ثبت علمياً، ازدياد معدلات الإدمان لدى المصابين بأمراض نفسية شديدة الوطأة، حيث تصل قرابة 60% لدى المصابين باضطراب ثنائي القطب؛ وتزداد خصوصاً عند ضعف أو انعدام الرعاية الطبية النفسية.

ولذلك، لا غرابة أن ينشط تجار المخدرات في المناطق التي تضعف فيها خدمات الرعاية الطبية النفسية، أو يرفض أهلها تلقي العلاج النفسي في المصححات النفسية المعزولة، والتي تُوصم في المجتمع للأسف بأنها دار للمجانين!!!

ولا توجد إحصائيات دقيقة عن نسبة المنتحرين في السعودية، بسبب حساسية الموضوع لدى المجتمع. وغالباً ما تبعد الجهات المعنية عن كتابة السبب الحقيقي للوفاة المفاجئة، وتستبدل كلمة (انتحار) بكلمة (سبب غير محدد أو تسمم دوائي). وفي دراسة لم تنشر بعد لأحد المتخصصين في الطب الشرعي، وجد أن ما يزيد عن ثلاثة أرباع شهادات الوفاة تحتوي أسباباً غير دقيقة لأسباب الوفاة!

أرجوكم: كفوا عن وصمي بالمريض النفسي!

"اسمي عبد الرحمن، أبلغ من العمر 21 عاماً، طالب جامعي متفوق، ولم أكن أعاني من أي مرض جسدي أو نفسي حتى تلك الليلة المخيفة قبل سنتين خلت من الآن.

فقد استيقظت منتصف الليل فزعاً مرعوباً، تكاد نياط قلبي تتقطع من سرعة خفقانه، مع ضيق في التنفس، وشعور بالدوخة والاختناق وخفة في الرأس، وتغرق غزير، وتتمل وبرودة في الأطراف. ظننت أنها النهاية، فتشهدت، وسارع بي أهلي إلى أقرب إسعاف. وبعد فحوصات متعددة، قيل لي أن قلبي سليم، ولا داعي للقلق. بعدها، تكررت نوبات الخفقان هذه بشكل لا يُطاق، وأصبحت ضعيفاً ثقيلاً على أقسام الإسعاف وعيادات القلب والباطنة والأعصاب في عدة مستشفيات ومستوصفات أغلبها خاصة. وغالباً، ما أنال مغدياً وريدياً لساعة من الزمن ثم يقال لي: اذهب لبيتك فكل الفحوصات سليمة، وزاد أحدهم مرة فقال: اذهب لطبيب نفسي، ولم أتقبل كلامه حينها لأنه قالها متململاً، بعد أن ضاق ذرعاً بكثرة مراجعاتي. وبالطبع، لا تسئل عن عدد عيادات الطب الشعبي، واستراحات الرقاة التي ترددت عليها، وبلا جدوى.

وقد أثرت عليّ نوبات الخفقان هذه، فأصبحت أتجنب الأماكن المزدحمة والمغلقة والمرتفعة، كالجامعة والمسجد والجسور والأنفاق، بل تجنبت كل مكان يشق عليّ فيه الحصول على المساعدة أو الهروب منه لأي طارئٍ يصيبني. ثم قدمت اعتذاراً عن الدراسة، وأصبحت قعيد البيت، لا أغادره إلا لماماً، وشرط أن يصحبني قريب أو صديق. وقد ترددت كثيراً في الذهاب لطبيب نفسي، وحثرني بعضهم من الوصمة التي ستلحقني إلى الأبد إن فعلت ذلك! وحثرني آخرون من إدمان الأدوية النفسية وأعراضها الخطيرة حسب زعمهم!

وبعد لأي ومعاونة استمرت عاماً، حزمت أمري، وزرت طبيباً نفسياً حاذقاً، فشخص حالتي باضطراب الهلع مع اضطراب رهاب الساح (الميادين). وقد تعلمت منه، أن هناك عوامل جينية وبيولوجية ونفسية اجتماعية تتضافر لإحداث تغيرات في (دائرة الخوف) في الدماغ، وخصوصاً منطقتي اللوزة والحصين في الفص الصدغي من الدماغ، مما يؤدي لنشوء اضطراب الهلع؛ حيث يرافق نوبات الهلع تغيرات هرمونية متعددة منها إفراز مفرط لهرمون النورأدرينالين الذي يستثير أعضاء الجسم المختلفة فيؤدي لأعراض نوبة الهلع. وقد طمأنني، أنه بالرغم من أن أعراض نوبة الهلع مزعجة جداً إلا أنها في الأغلب ليست خطيرة أو ضارة بالجسم. وبعد تناول الدواء، وحضور جلسات العلاج المعرفي السلوكي عند معالج نفسي، ولبضعة شهور، تحسنت بشكل تام بفضل الله تعالى، وعدت لممارسة حياتي بشكل طبيعي. ومؤخراً، توقفت عن تناول الدواء، بعد مواظبتي على تناوله لمدة تصل لعام كامل؛ لتجنب انتكاسة المرض.

وهأنذا بعد مضي سنة من هذه المعاناة، أحمد الله كثيراً على تجاوز تلك المحنة، لكنني أتساءل كثيراً، لماذا يعاني أمثالي لشهور بل لسنوات دون تلقي الرعاية النفسية المناسبة؟! لماذا تنحصر خدمات الصحة النفسية في المستشفيات النفسية المعزولة، والتي يتجنبها الناس خشية اتهامهم بالجنون؟! لماذا تستمر وصمة المرض النفسي في مجتمعاتنا برغم التقدم التقني والحضاري؟! انتهى.

وبعد: فما سبق من تساؤلات هو لسان حال كل من أصيب بمرض نفسي يوماً من الأيام، وعانى طويلاً بسبب وصمة المرض النفسي؛ ولذا اسمحوا لي بالنيابة عن المهتمين بالصحة النفسية، أن أوجه الرسائل التالية:

(1) لقادة القطاع الصحي:

ما سيقبل وصمة زيارة العيادة النفسية هو أن تدمج الرعاية النفسية، في عيادات الرعاية الأولية والمستشفيات العامة. وكذلك، لا بد من إصلاح الهرم الصحي المقلوب لدينا، وفي مقدمة ذلك، تطوير مراكز الرعاية الأولية لتكون خط الصحة الأول الذي يبدأ منه أي مريض وينتهي إليه. فمن مركز الرعاية الأولية، تبدأ الوقاية من الأمراض، وعلاج الأمراض الشائعة، وهو المناط به التحويل المؤقت للمريض للرعاية الصحية الثانوية والثالثية، وعنده حلقة الوصل لكافة هذه الاستشارات. وقد أطنبت في وصف مشكلة الهرم الصحي المقلوب لدينا في مقال آخر عنوانه (اضطراب قلق المرض! والهرم الصحي المقلوب!).

(2) للأطباء بشكل عام:

لا يخفى على شريف علمكم أن نظام التخصصات الطبية الدقيقة، ساهم في اختزال (بعض) الأطباء لمرضاهم في زاوية ضيقة، وأصبح تركيزهم ينصب فقط على استبعاد أي مرض شائع أو نادر ضمن إطار تخصصهم الدقيق. لكن ماذا عن معاناة المريض الطويلة؟ ألا يستحق منا أذاناً صاغية تستمع بقلب حنون لمعانته، وتدله بكل رفق على الحل الأمثل لمعانته. وهذا الدور يعد أحد الأدوار السبعة المتوقعة من كل طبيب تجاه مريضه وهو دور (الناصح والمحامي لمريضه). وما أحسن أن نقنع المريض بزيارة الطبيب النفسي عندما نرى حاجته لذلك، ونؤكد له أن ذلك لا يعني التقليل من معاناته الجسدية، ولا اتهاماً له بالتمارض، وإنما لأن اعتلالات الدماغ هي المسبب الأكبر لمعظم الأمراض النفسية، والدماغ هو سيد الأعضاء، ويتصل بكل أجهزة الجسم كهربائياً وكيميائياً. ولا غرابة أن تتداخل النفس والجسد بشكل كبير جداً، مما يجعل نظرية ثنائية التضاد بين الأمراض النفسية والجسدية أمراً عفا عليه الزمن.

(3) لقادة القطاع التعليمي:

آن الأوان لكي نضيف لمناهج التعليم العام مواداً مكثفة حول الصحة العامة. أليس من المنطق، أن نخصص أوقاتاً كافية لنعلم فلذات أكبادنا عن الأمراض الشائعة في مجتمعاتنا، ومنها مرض

السكري الذي يصيب قرابة 25%، وأمراض القلق والاكتئاب التي قد تصيب 20% من عامة الناس. ونعلمهم كذلك مثلاً، أن المصاب بالسكري معرض بنسبة ضعفين لثلاثة أضعاف لأن يصاب باضطراب الاكتئاب، والعكس صحيح وإن كان بدرجة أقل، وأن اضطراب الاكتئاب الجسيم يزيد معدل الإصابة بجلطات قلبية مميتة بمعدل ضعفين لثلاثة أضعاف...الخ. ولا شك أن ذلك سيساهم في تقليل الوصمة المرتبطة بالأمراض النفسية لدى الأجيال الجديدة.

(4) لوسائل الإعلام:

أرجوكم كفوا عن إصاق تهمة (مصاب بمرض نفسي) تجاه كل من يرتكب جريمة بشعة. فهناك أكثر من ٣٠٠ مرض نفسي تصيب قرابة ثلث عامة الناس، وليس من المعقول أن نعمم تهمة الإجرام والعنف على كل هؤلاء. بل الصحيح، أن غالبية الجرائم الكبرى لا علاقة لها من قريب ولا من بعيد بالإصابة بالمرض النفسي. ولذا، فلنسم الأمور بمسمياتها، فمن ارتكب جريمة كبرى فهو (مجرم) حتى يثبت غير ذلك.

(5) للناشطين في وسائل التواصل الاجتماعي، وأهل الفن، وأصحاب التأثير:

أرجوكم كفوا عن استخدام لفظ (نفسية) لوصف كل من تَخَلَّقَ بخلق رديء. ولنسم الأمور بمسمياتها، واللغة العربية غنية بالأوصاف: فهناك شخص ثقيل، أو جبان، أو بخيل...الخ. كما أدعو لتشكيل جمعيات تطوعية تُعنى بهذا الشأن، وتتواصل مع الجهات الرسمية كاللجنة الوطنية لتعزيز الصحة النفسية وغيرها من الجهات.

(6) للمجتمع ككل:

من الخطأ تعميم الوصف لكل المصابين بأمراض نفسية، بأنهم (مرضى نفسيين)، وبالتالي هم مجانيين بحسب انطباع الناس عنهم! والحقيقة أن الغالبية العظمى من المصابين بأمراض نفسية هم أسوياء العقل، وإن كانوا يعانون نفسياً. ولذا، أدعو هنا لتجنب استخدام لفظة (المريض النفسي)، تماماً كما أنه لا أحد يقول: المريض الباطني أو الجراحي أو الجلدي!!! وإنما نقول فلان المصاب بالسكري أو الربو أو الصدفية...الخ. كذلك لنقل: فلان المصاب بالقلق أو الاكتئاب أو الفصام، فهو إنسان قبل كل شيء، ومصاب حالياً بشيء من المعاناة النفسية.

قذلة:

" لا يوجد مريض نفسي ولا باطني، وإنما هو إنسان أصيب بمرض ما، قد يكون اضطراب ثنائي القطب أو الاكتئاب أو الهلع أو مرض السكري أو الربو...الخ".

لماذا ينتحر السعوديون؟

اسمح لي عزيزي القارئ أن أؤخر إجابة هذا السؤال المهم، وبداية دعني أروي لك قصة حقيقية تعبر عن روح هذه المقالة. قبل بضع سنين قابلت في أحد المستشفيات العامة الكبرى بالسعودية شاباً اسمه عبدالله وكان حينها في منتصف الثلاثينات من عمره وفي تلك المقابلة طلب مني عبدالله بكل جرأة أن يتم تنويمه مؤقتاً بجناح الطب النفسي لكي يحمي نفسه من الانتحار. سيزداد عجبك أخي القارئ لو علمت أن عبدالله كان متزوجاً وذو أطفال ويعمل في وظيفة مرموقة وأكثر من ذلك أنه كان يسافر سنوياً للإغاثة والدعوة خارج المملكة.

لماذا يفكر عبدالله بالانتحار؟ الجواب باختصار أن عبدالله كان مصاباً بمرض الاكتئاب الحاد المتكرر النوبات والذي ينتشر وراثياً في عائلته (بعض إخوته وأقاربه من جهة الأب مصابون بالاكتئاب). وعندما تأتيه نوبة الاكتئاب الحادة مرة كل ثلاث إلى خمس سنوات تقريباً فإنه يصاب - رغماً عنه وكعرض من أعراض الاكتئاب - باليأس والقنوط والأفكار الانتحارية. ولذا فإنه يحتاج غالباً للتنويم بضع أسابيع يتلقى فيها أدوية الاكتئاب، وأحياناً جلسات العلاج الكهربائي، ثم يستأنف بعدها حياته الاجتماعية والعملية والدعوية بكل حيوية، ولولا أنه يتسرع بإيقاف أدوية الاكتئاب لقلّ تكرار نوبات الاكتئاب عليه.

لا شك أخي القارئ أن الانتحار بحد ذاته ظاهرة معقدة حار فيها العلماء قديماً وحديثاً، فكيف بالحديث عن الانتحار في السعودية حيث تكاد تتعدم الدراسات المحلية الكبرى حول هذا الأمر. ونظراً لأهمية هذا الموضوع فسأحاول في هذا البحث المختصر مقارنة موضوع الانتحار بالحديث عن تعريفه، ثم مدى انتشاره، وأسبابه، ثم علاجه.

وفي البداية دعني أتحدث عن تعريف الانتحار المقصود بهذه المقالة فأقول أن هناك تفاوتاً بين مجرد التفكير بالانتحار إلى تنفيذه فعلاً. ولا أقصد بالانتحار هنا ما تقوم به بعض المراهقات أحياناً من محاولات لإيذاء النفس؛ ليس هدفها الرغبة بالموت وإنما جذب الانتباه، أو تخفيف الألم، أو الهرب من مواجهة ضغط اجتماعي معين، وهي أوسع انتشاراً مما سأفرد الحديث عنه في هذه المقالة. ما أقصده في مقالي هذه هو محاولات الانتحار الجادة التي قد تفشل أو تنجح، وتتفاوت في نوعيتها بين من تراوده الأفكار الانتحارية لسنوات، ثم يقدم عليه بعد طول تخطيط، وآخرون ربما أقدموا على الانتحار كردة فعل مفاجئة بلا تفكير مسبق. وبدلاً من التخرُّص وإطلاق الآراء الخاصة بلا دليل، دعونا نستعرض ظاهرة الانتحار معتمدين على نتائج الدراسات العالمية الكبرى. ما مدى انتشار ظاهرة الانتحار في العالم؟ وما مدى انتشاره في السعودية؟ سأجيب عن هذه الأسئلة وغيرها عبر النقاط التالية:

❖ تؤكد منظمة الصحة العالمية أن هناك شخصاً واحداً على الأقل ينتحر كل 40 ثانية في العالم.

- ❖ نسبة الانتحار تتراوح بين 10 حالات انتحار لكل 100 ألف شخص في مصر وإيطاليا وإسبانيا وهولندا. الخ إلى 25 حالة انتحار لكل 100 ألف شخص في الدول الاسكندنافية وسويسرا وألمانيا... الخ
 - ❖ يشكل الانتحار السبب الثامن للوفاة لدى عامة الناس والسبب الثالث للوفاة لدى الشباب الأمريكيين من 15 - 24 سنة
 - ❖ نسب الانتحار شبه ثابتة خلال العقود الماضية ولكن نسبتها تزيد لدى صغار السن من 15 - 24 سنة رغم ندرتها في الماضي لديهم مقارنة بكبار السن. وكذلك تزيد نسبة الانتحار لدى النساء عما كانت من قبل (وربما يعود السبب لتزايد الأعباء الاجتماعية والاقتصادية وضغوط العمل على كاهل النساء عما كانت عليه من قبل).
 - ❖ أكثر الفئات قابلية للانتحار هم من اجتمعت لديهم الصفات التالية: (رجال، عزاب أو مطلقين، تجاوزوا سن الخامسة والأربعين، عاطلون عن العمل، مصابون بمرض الاكتئاب الحاد الذي استلزم لشده تنويماً في أجنحة نفسية في الماضي، مدمنون للكحول، لديهم تاريخ سابق لمحاولات انتحار فاشلة أو سلوك عدواني).
 - ❖ أكثر وسيلة استخداماً للانتحار هي الشنق.
 - ❖ يقل الانتحار لدى المسلمين والنصارى الكاثوليك، ويزيد لدى النصارى البروتستانت واليهود (وقد يعود السبب لوجود العقيدة والبيئة الراضية والمجرمة للانتحار، وكذلك لوجود التلاحم الأسري والاجتماعي لدى المسلمين والنصارى الكاثوليك).
 - أما في السعودية فقد لا توجد إحصائيات دقيقة عن نسبة المنتحرين في السعودية، بسبب حساسية الموضوع لدى المجتمع؛ لكن بحسب الإحصائيات المتوفرة لدينا، فقد تزايدت أعداد المنتحرين سنوياً لتصل لقرابة 1200 حالة. أما عدد محاولات الانتحار الفاشلة، فقد يصل إلى 18 ألف حالة سنوياً، لأن الدراسات العالمية تؤكد وجود 10 - 20 محاولة انتحار فاشلة، مقابل كل حالة انتحار ناجحة.
- هل هناك سبب وحيد للانتحار؟ الجواب ببساطة لا. وإنما هناك مجموعة من العوامل تتضافر فيما بينها وقد يطغى بعض هذه العوامل لدى بعض المنتحرين ويقل لدى آخرين. ويمكن تقسيمها إلى العوامل التالية:
- أولاً - العوامل الاجتماعية: ومنها الطلاق والهنوسة لكلا الجنسين والتنافس الشديد في ميدان العمل، والحياة ووجود الضغوط الاقتصادية والاجتماعية وضعف الدعم الاجتماعي والانعزال

(وخصوصاً في ظل انتشار الأحياء المكبوتة والمليئة بكتل إسمنتية خالية من مساحات خضراء يلتقي ويتنفس فيها أصحاب هذه الأحياء).

أما بالنسبة للبطالة فإنها تعد عالمياً أحد أسباب الانتحار. وكذلك تزيد المهن ذات الضغوط الشديدة من نسبة الانتحار ويأتي في مقدمتها الطب البشري وخصوصاً لدى النساء وطب الأسنان والمحاماة... الخ. وتزيد نسبة الانتحار لدى أفراد الطبقات الاقتصادية والاجتماعية العالية، وكذلك لدى من افتقر بعد غنى.

وقد أوضحت دراسة سعودية أجراها أستاذ الاجتماع د. صالح الرميح في الرياض عام 2007 أن (غالبية من قاموا بمحاولة انتحار فاشلة كانوا من فئة الرجال ذوي الدخل المحدود ومن العاطلين عن العمل ومن الحاصلين على مؤهلات متوسطة وثانوية والذين لم يتمكنوا من الوصول لمراكز مهنية عليا في المجتمع، وهم ليسوا كذلك من الأميين الذين لا يعلقون على أوضاعهم التعليمية آمالاً عريضة. وغالبيتهم أيضاً يؤمنون بحرمة الانتحار ورغم ذلك أقدموا عليه. وأغلبهم كذلك لا يتعاطى أي مخدرات لكنهم تعرضوا لسوء معاملة من والديهم في مرحلة الطفولة، ويفتقدون أيضاً لدعم الأهل والمجتمع).

ثانياً - العوامل النفسية: وأكثرها دفعا للانتحار فقدان الأمل. ومن العوامل الأخرى: الحزن على فقدان عزيز، والتأنيب القاسي للذات، وكذلك الرغبة في الانتقام من المجتمع، وإظهار القوة، وتوجيه الغضب المكبوت للذات. وأحياناً يدفع الإحساس بالمهانة وحقارة النفس والرفض من الآخرين الشخص إلى الانتحار، فينتحر رغبة في عقاب الذات أو التضحية بالنفس أو الهروب من مشاكله والانتقال - كما يعتقد - لحياة أفضل في الآخرة. وأحياناً يندفع الشاب للانتحار محاكاةً لحالات الانتحار المتفشية في ذلك الوقت (كالذي حدث في بعض البلدان العربية، حيث هناك نوع من الاحتفاء والترميز للمنتحرين، وحالة بوعزيزي تونس خير مثال. وكما يحدث حالياً في السعودية حيث هناك تغطية إعلامية وإلكترونية كبيرة لحالات الانتحار ولأماكن تنفيذها كالجسر المعلق في الرياض).

ثالثاً - العوامل البيولوجية والوراثية: فقد أكدت بعض الدراسات وجود خلل في نسبة مادة السيروتونين ومادة النورأدرينالين في الدماغ لدى بعض المنتحرين. وكذلك أكدت دراسات أخرى أن نسبة السلوك الانتحاري تزيد لمن كان لديهم خلل جيني في تصنيع إنزيم تربتوفان هيدروكسيلاز المسؤول عن تصنيع مادة السيروتونين. وكذلك فقد أظهرت دراسات التوائم وغيرها أن الانتحار ربما ينتقل وراثياً. وتفسير ذلك بأنه ينتقل وراثياً لبعض الناس من أحد الوالدين، أو من كليهما خلل في القدرة على كبح نزوة الانتحار عندما تتملكه. ولذا فربما

أدى هذا الخلل الجيني لمحاولة الانتحار في مرحلة عمرية ما ، وذلك عندما يداهم المصاب به اكتئاب حاد أو يمر بضغط نفسي واجتماعي شديد.

رابعاً - الأمراض النفسية والباطنية:

أهم أسباب الانتحار والذي لحسن الحظ يمكن علاجها بفعالية، وجود الأمراض النفسية؛ وخصوصاً مرض الاكتئاب. وتؤكد الدراسات أن قرابة 95% من المنتحرين أو ممن حاولوا الانتحار قد تم تشخيصهم بأمراض نفسية (80% مرض الاكتئاب و10% مرض الفصام و5% مرض الهذيان أو الخرف و25% من المنتحرين مدمنون للخمر كذلك). وتزيد احتمالية حدوث محاولة انتحار أخرى لدى من قد كسر الحاجز وحاول الانتحار سابقاً في حياته. وقد تابع باحثون نفسيون البيانات الصحية لقرابة مليون شخص في الدنمارك وذلك لمدة 36 عاماً ونشروا نتائج بحثهم في دراسة شهيرة نشرت بمجلة أركايف للطب النفسي العام بنهاية عام 2011. وقد أكدت هذه الدراسة (أن نسبة الانتحار تصل لقرابة 7-8% لدى المصابين بالاضطراب الوجداني ثنائي القطب أو الاكتئاب أو الفصام مقارنة بنسبة 0.72% لدى عامة الرجال، وتصل لقرابة 4-5% لدى المصابات بالفصام أو الاضطراب الوجداني مقارنة بنسبة 0.26% لدى عامة النساء).

وتزيد نسبة الانتحار لدى المصابين بأمراض باطنية مزمنة ، وخصوصاً إذا ما كانت مصحوبة بفقدان للحركة أو القدرة على العمل أو التواصل الاجتماعي، أو سببت آلاماً شديدة أو تشوهات وخصوصاً لدى النساء. وبعض أدوية هذه الأمراض كالإنترفيرون والأدوية الكيميائية والكورتيزون قد تؤدي للإصابة بمرض الاكتئاب الذي ربما يؤدي بدوره للانتحار إذا ما تم تجاهل علاجه.

ودعوني أسترسل قليلاً للحديث عن مسبب الانتحار الرئيسي وهو مرض الاكتئاب. فهذا المرض يصيب قرابة 10% من الناس وخصوصاً النساء. وأثبتت دراسات متعددة أن الاكتئاب عامل رئيسي للإصابة بالنوبات القلبية القاتلة والجلطات الدماغية ومرض السكري... الخ. وتخسر أمريكا قرابة 40 مليار دولار سنوياً كخسائر مباشرة بسبب مرض الاكتئاب. ولذا فقد أعلنت منظمة الصحة العالمية أن مرض الاكتئاب سيتبوأ قريباً المرتبة الثانية عالمياً في مصاف الأمراض المؤدية للعجز، بعد أمراض شرايين القلب التاجية. ورغم توفر علاجات فعالة جداً لمرض الاكتئاب، إلا أن نصف مرضى الاكتئاب لا يتلقون أي علاج، و20% منهم فقط ممن يتلقون العلاج الكافي المتوافق مع التوصيات العلمية. هذه احصائيات دول العالم الأول فيا ترى ما هو حال دول العالم الثالث!!!

وأخيراً لضيق المساحة لا أستطيع عزيزي القارئ أن أبسط الحديث عن كل وسائل علاج ظاهرة الانتحار ولكن سأحدث عن أهمها:

1) المستوى الطبي الإكلينيكي: فادعو كل الأطباء على اختلاف تخصصاتهم للكشف المبدي عن أعراض مرض الاكتئاب، وذلك بالسؤال عن أهم أعراضه وهما: الشعور بالحزن الشديد

المستمر، بالإضافة لفقدان الاستمتاع بمباهج الحياة لأكثر من أسبوعين متواصلين. علماً أن الدراسات العلمية قد أكدت أن سؤال المريض عن مدى وجود الأفكار الانتحارية لديه، لا يزيد من نسبة الانتحار كما قد يتوهم بعض الناس، بل يساهم في الوقاية منه لو تم اكتشاف وجود الأفكار الانتحارية وتحويل المريض لأقرب مركز إسعاف طبي نفسي.

(2) خدمات الصحة النفسية: وفي هذا السياق أثنى على اقتراح رائع طرحه د. يوسف الصمغان في أحد مقالاته قبل بضع سنوات، وذلك بإنشاء معهد وطني للصحة النفسية يكون من مهامه إجراء الدراسات المستفيضة للقضايا النفسية الملحة كهذه الظاهرة التي تناقشها هذه المقالة. وكذلك رسم الخطط وتنسيق خدمات الصحة النفسية على مستوى المملكة. وأقترح هنا المبادرة بتنفيذ قرار المقام السامي الكريم الصادر عام 1438 للهجرة، والذي ألزم بتبني توصيات منظمة الصحة العالمية، وذلك بدمج خدمات الصحة النفسية داخل المستشفيات العامة في كل القطاعات بما فيها القطاع الخاص من خلال الالتزام بفتح جناح طب نفسي للتويم في كل مستشفى عام سعته السريرية تتجاوز 100 سرير، وإلزام كل مستشفى عام سعته أقل من 100 سرير بوجود عيادة نفسية متكاملة التخصصات. وكذلك أقترح التوقف عن إنشاء المصحات النفسية المعزولة إلا ما كان منها معداً كمراكز تأهيلية للمدمنين مثلاً، أو لمرضى الطب النفسي الشرعي فقط. وأيضاً لابد من تشجيع القطاع الصحي الخاص على تطوير خدماته النفسية، مع إجبار شركات التأمين الصحي على إدراج علاج جميع الأمراض النفسية ضمن الأمراض المكفول علاجها في بوليصة التأمين العلاجية، ومساواتها بجميع الأمراض الباطنية المزمنة الأخرى.

وبلا شك فمع ازدياد التفكك العائلي في زمن العولمة فإن أعباء وزارة الشؤون الاجتماعية ستكبر مع الأيام، ومنها تقديم الدعم الاجتماعي لأسر المنتحرين. وأقترح هنا كذلك إنشاء خط ساخن على مدار 24 ساعة يتولى فيه مستشارون مدربون الرد على اتصالات المحتاجين والمكروبين، وخصوصاً ممن ضاقت بهم السبل وداهمتهم الأفكار الانتحارية حيث يتم توجيههم للحصول على أفضل الخدمات النفسية والاجتماعية المتاحة. ويمكن هنا الاستفادة من إمكانيات وخبرات مراكز الاستشارات والتنمية الأسرية التطوعية المنتشرة في مناطق مختلفة في المملكة والتي قد حققت نجاحاً ملحوظاً.

(3) الإعلام: مما يلاحظ الحماس الغير منضبط لبعض من كتب عن هذه الظاهرة، وبعض الكتاب يختزل مسببات ظاهرة الانتحار بسبب واحد، وهنا أؤكد على أهمية استكتاب المختصين للحديث بواقعية عن الجوانب المعقدة والمتشابكة لمثل هذه الظواهر الاجتماعية. وأدعو كذلك للتوازن في تغطية حوادث الانتحار مع تجنب تلميع أو ترميز أصحابها، والتذكير دوماً بالخدمات النفسية والاجتماعية التي يمكن الاستفادة منها لمن احتاج إليها ومنها خدمة الخط الساخن الذي تم ذكره آنفاً.

اضطراب قلق المرض! والهرم الصحي المقلوب!

هل سبق لك عزيزي القارئ أن عانيت من ألم ممض، أو علة صحية غامضة، أقضت مضجعتك الشهور الطوال، وشعرت بالحيرة والضياع بين دهاليز المستشفيات، بحثاً عن تشخيص طبي مقنع أو علاج ناجح؟! إن لم تكن أنت فربما قريب لك أو صديق. وربما تكون أو يكون مصاباً - وأنت لا تعلم - بأحد الاضطرابات النفسية الجسدية.

ولتوضيح بعض مصطلحات هذه المقالة، اسمح لي عزيزي القارئ، بأن أبدأ بسرد قصتين حقيقيتين (مع تعديل لبعض التفاصيل حفاظاً على سرية المرضى)؛ فقد زارت المريضة م، عيادة الطب النفسي الجسدي على مضض، بعد إلحاح من ابنتها؛ نتيجة معاناتها من ألم أسفل الظهر، زارت لأجله عشرات العيادات الطبية والشعبية، وأنفقت آلاف الريالات، بحثاً عما يخفف من معاناتها. ورغم أن أشعة الرنين المغناطيسي للظهر أظهرت انزلاقاً غضروفياً محدوداً؛ لكن ذلك بالتأكيد لم يكن ذلك ليفسر معاناتها الشديدة التي امتدت لأكثر من سنة، وخضوعها لعشرات الفحوصات والعلاجات بحثاً عن حل لمعاناتها. أما المريض ن الشاب الثلاثيني، فقد كرر منظار المعدة عشر مرات للتأكد من عدم إصابته بقرحه خبيثة في المعدة، كما حصل لوالده الذي توفي بسبب ذلك، عن عمر يناهز السبعين عاماً. ورغم أنه يشعر ببعض الاطمئنان لبعض الوقت، عندما يطمئنه الطبيب على نتيجة المنظار، إلا أن القلق سرعان ما يعاوده، فيذهب مرة أخرى لمركز طبي آخر بحثاً عن حل لمعاناته.

ما سبق إيراده يعد مثلاً لحالات نفسية جسدية عديدة، لا تكاد تخلو منها عيادة طبية، وبالمثال يتضح المقال، أما المريضة م فهي مصابة بما يسمى اضطراب العرض الجسدي، والذي يُعرف بحسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، بوجود عرض جسدي واحد فأكثر (مثل الألم أو أي أعراض قلبية أو تنفسية أو معدية معوية أو عصبية. الخ)؛ وسواء تم تشخيص مسببات هذه الأعراض طبياً أو تعذر معرفتها، فإن ذلك لا يفسر بحال حجم الكدر النفسي لدى المصاب به، وتدهور إنتاجيته في وظائفه الحياتية المتعددة جراء ذلك. ويصاحب هذه الأعراض لمدة لا تقل عن ستة أشهر، أحد أو كل ما يلي: إما أفكاراً مستمرة ومفرطة حول خطورة هذه الأعراض الجسدية، أو قلقاً ممضاً حول صحته أو مآل هذه الأعراض، أو استنزافاً لوقته وطاقته في تهدئة مخاوفه الصحية، أو البحث عن تشخيص وعلاج لهذه الأعراض.

وأما بالنسبة للمريض ن فهو مصاب باضطراب قلق المرض، وهو مشابه في خصائصه لاضطراب العرض الجسدي، إلا أن المصاب به، لا يعاني من عرض جسدي محدد، وإنما هو مهموم بشدة من احتمالية إصابته بمرض خطير أو يعتقد أنه مصاب به بالفعل، لكن لم ينجح الأطباء في تشخيصه بعد. ومع أن بعض المصابين باضطراب قلق المرض يتحولون لزبائن دائمين للعديد من المراكز الطبية

الخاصة أو العامة، إلا أن البعض الآخر قد يسلك سلوكاً تجنبياً معاكساً، فيتجنب زيارة الأطباء بالكلية، حتى لمتابعة وعلاج أمراض مزمنة يعاني منها .

وهناك عوامل كثيرة ترتبط بحصول اضطرابات الجسدية هذه، ومنها وجود الحبسة المزاجية (Alexithymia) وهي عدم القدرة أو صعوبة الوصف للعواطف والانفعالات أو عدم الدراية بالمشاعر الداخلية. وعندما يمر المريض بضغطات نفسية أو اجتماعية فإنها تتضافر مع عوامل شخصية وبنوية أخرى، لتساهم في نشوء مثل هذه الأمراض النفسية الجسدية. وهذان الاضطرابان شائعان، فقد يصاب بأحدهما 10% من المجتمع حسب دراسات عالمية. وكثيراً ما يصاحب اضطرابات الجسدية هذه، الإصابة ببعض اضطرابات القلق أو الاكتئاب.

ويعتقد أن معدلات انتشار اضطرابات الجسدية في السعودية قد تفوق الرقم المذكور آنفاً - وإن كنا نفتقر حالياً لأي إحصائيات محلية دقيقة - وذلك لأسباب متعددة، من أهمها انقلاب الهرم الصحي لدينا. فمع وجود مستشفيات متطورة، تضم بين جنباتها تخصصات طبية بالغة الدقة، إلا أن نظام الرعاية الأولية وطب العائلة مازال مهمشاً لدينا، وحلقات الوصل بين أضلاع الهرم الصحي شبه مفقودة. ولذا فعندما يشعر شاب ثلاثيني بآلام عابرة في الصدر، مصاحبة لضغوط عملية أو عائلية، فإنه يلجأ لتحويل نفسه بنفسه، لأطباء متعددين ومعالجين شعبيين، يتنقل بينهم على غير هدى. وقد يذهب هذا المريض لأحد المراكز الطبية الخاصة لعلاج شكوى طبية واحدة، ثم تتدافعه الأيدي بين عيادات المركز ومختبراته المختلفة، ويخرج منه في النهاية بشكاوى طبية متعددة، وبالطبع بعد فراغ جيوبه من الأموال!! وللأسف يحصل بعض الأطباء العاملين في تلك المراكز الطبية الخاصة على نسبة من قيمة الكشفية عند التحويل للعيادات الأخرى في نفس المركز، ونسبة من قيمة الفحوصات، وربما الأدوية التي يصرفها للمريض؛ وهذا يشكل تعارضاً في المصالح، وقد يؤثر على قراراتهم السريرية.

ولعلي أختتم هذه المقالة، ببعض التوصيات للتعامل مع هذه الاضطرابات النفسية الجسدية؛ فعلى مستوى التعامل مع الحالات الفردية يُنصح بما يلي:

- السماح للمريض بتلبس دور المريض - فلا تُتكرر معاناته من هذه الأعراض، حتى لو انتفى وجود مسببات خطيرة لها.
- التركيز على استرداد المريض لوظائفه الحياتية، وليس على زوال الأعراض الجسدية.
- يفضل الاقتصار على طبيب واحد، والأفضل أن يكون طبيب الرعاية الأولية أو طبيب العائلة، وأن يُجدول له زيارات متكررة ومتقاربة إلى العيادة، مع تجنب إجراء فحوصات وتحاليل إضافية غير مبررة سريرياً؛ ويمكن اللجوء لتخصص بالطب النفسي الجسدي لبعض الحالات الصعبة.

- الانخراط في جلسات العلاج الجماعي أو العلاج الفردي النفسي، أو تناول العلاج الدوائي لبعض حالات قلق المرض.
- تشخيص وعلاج أي أمراض نفسية أخرى مصاحبة كاضطرابات القلق والاكتئاب.

أما بالنسبة للنظام الصحي، فإنني أضم صوتي لكل المطالبين بإصلاح الهرم الصحي لدينا. ويأتي على رأس ذلك، توسيع قاعدة الهرم الصحي بدعم برامج الرعاية الأولية وطب العائلة على كل المستويات؛ بما في ذلك تخصيص بعض كليات الطب لخدمة هذا الغرض، وكذلك تكثيف أعداد البرامج التدريبية المختصة بإشراف الهيئة السعودية للتخصصات الصحية، لتدريس مناهج مختصة بهذا الأمر. والهدف في النهاية، هو تخريج كفاءات طبية وطنية بأعداد كافية، لخدمة مناطق المملكة المترامية الأطراف؛ لتكون خط الصحة الأول الذي يبدأ منه أي مريض وينتهي إليه. فمن مركز الرعاية الأولية، تبدأ الوقاية من الأمراض، وعلاج الأمراض الشائعة، وهو المناط به التحويل المؤقت للمريض للرعاية الصحية الثانوية والثالثية، وعنده حلقة الوصل لكافة هذه الاستشارات. وفوائد ذلك لا تحصى، فستقل معدلات وحدة الأمراض العلاجية المنشأ (iatrogenic illnesses)، كما ستقل شهور الانتظار للحصول على موعد في عيادة تخصصية. وفي المجمل، ستقل التكلفة الصحية والنفسية والاجتماعية والمادية بشكل عام.

حقائق وأوهام حول السمنة وعلاجاتها! ولماذا أصبح اللجوء لبعض (جراحات تخفيف السمنة) كالمستجير من الرمضاء بالنار!؟

امتاز عصرنا الحديث بمميزات كثيرة منها تقارب المسافات، وقلة الحاجة إلى الحركة لطلب الرزق وقضاء الحاجات. وفي الوقت ذاته ازدهرت صناعة الغذاء، واخترعت كثير من المحسنات الغذائية، مما أدى للقدرة على توفير ألوان عديدة من الطعام الرخيص واللذيذ، والقدرة على إعدادها في وقت وجيز، وفي كل زمان ومكان، كما هو الحال فيما يسمى بالوجبات السريعة، فأصبح انتشار وباء السمنة أمراً لا مفر منه.

في المقابل، روج أباطرة الموضة وصناعة الأزياء للجسم النحيل كمقياس وحيد للجمال والجاهلية، مقارنة بما كان عليه الحال في الماضي، إذ كانت المرأة الممتلئة رمزاً للجمال في كثير من المجتمعات. ومما زاد الأمر ضغطاً على إيالة، ازدهار صناعة ما يسمى (طرق الحصول على النحافة)، وقد تفتنت وسائل الإعلام بشتى أنواعها في الترويج لأنواع هائلة من الحمية، ووسائل تخفيف الوزن، التي أغلبها هراء، فهي قد تنجح مؤقتاً في تخفيف الوزن، ولكن لا يوجد برهان علمي كاف على سلامتها أو نجاعتها على المدى البعيد. ولذلك لا غرابة أن يقع الناس في حيص بيص عند التعامل مع السمنة، وانتشرت لديهم مفاهيم خاطئة، مثل أن السمنة ليست مرضاً، وإنما هي دليل على شره الإنسان وكسله وضعف إرادته، وكذلك فهموا خطأً أن التخلص من السمنة أمر سهل جداً، لكنه يحتاج فقط لإرادة قوية، واتباع ما تروج له وسائل الإعلام من أنواع الحمية السريعة والفعالة بحسب زعمهم. وقد ساهم ذلك في تكوين صورة نمطية مجتمعية سلبية عن الشخص السمين، فتعرض لأنواع من الهمز واللمز، والتمييز ضده في شتى شؤون الحياة.

ولو ذهبنا إلى عالم الأرقام والدراسات العلمية، لوجدنا أرقاماً مفرعة. فلقد أصبح مرض السمنة وباءً عالمياً، تتضاعف أرقامه عقداً بعد عقد. فبحسب إحصائيات منظمة الصحة العالمية لعام 2016، فهناك ملياري شخص من البالغين في العالم لديهم ارتفاع بالوزن (معدل كتلة الجسم = 25 فأكثر)، وهناك 600 مليون من هؤلاء لديهم سمنة مرضية (معدل كتلة الجسم = 30 فأكثر). علماً بأن معدل كتلة الجسم يتم حسابه بقسمة وزن الجسم بالكيلوجرام على مربع الطول (بالمتر).

ولقد ارتفع معدل الوفيات المرتبطة بالسمنة إلى أكثر من ثلاثة ملايين حالة وفاة في العالم كل عام، فمثلاً تأتي السمنة في أمريكا في المرتبة الثانية بعد التدخين، باعتبارها سبباً للوفاة، يمكن الوقاية منه.

أما الأمراض الطبية المصاحبة للسمنة المرضية، فتشمل:

- مرض شريان القلب التاجي.

- سرطان الثدي والرحم والبروستات.
- داء السكري.
- تشمع التهاب الكبد الدهني غير الكحولي.
- خلل شحوم الدم.
- مرض الجزر المعدي المريئي.
- فرط ضغط الدم.
- ألم أسفل الظهر.
- فصال عظمي للوركين والركب والكاحلين.
- انقطاع النفس النومي.
- وهناك عواقب أخرى للسمنة، ومنها:
- الاكتئاب.
- اضطرابات الأكل.
- التمييز الوظيفي.
- التمييز في الزواج والعلاقات الحميمة.
- مشاكل المواصلات.
- ارتفاع أسعار أقساط التأمين الصحية.

وتُعدّ السمنة مرضاً متعدد العوامل المنشأ، والتي تشمل العوامل السلوكية، والبيئية، والوراثية، والاستقلابية، والعصبية الصماء، والنفسية. ولكن يأتي العامل الوراثي في مقدمة هذه العوامل وخصوصاً في حالات السمنة المفرطة.

وقد تبوّأت جراحات السمنة مكانة مهمة كأحد العلاجات الفعالة خلال العشرين سنة الماضية، حيث وصلت إلى قرابة مائتي ألف جراحة سمنة في الولايات المتحدة الأمريكية وحدها خلال عام 2015 فقط. وتشمل عوامل النتائج الإيجابية لجراحة السمنة: الالتزام بالروتين المحدد من قبل الطبيب، والالتزام بزيارات المتابعة. وقد اتفقت الجمعيات العلمية العالمية على ضرورة إجراء التقييم الشامل الجسدي والنفسي والاجتماعي للمرشحين لإجراء هذه الجراحات.

ولقد كان إقحام المتخصصين في الصحة النفسية في تقييمات السمنة عائداً للانتشار الشديد للمضاعفات النفسية والسلوكية لدى مرضى السمنة المرضية. فاضطرابات القلق، مثل الرهاب

الاجتماعي (18%)، والوسواس القهري (14%)؛ تعدُّ اضطرابات شائعة الحدوث لدى مرشحي جراحات السمّنة، وتحتاج بالطبع إلى العلاج. كذلك يعاني أكثر من نصف هؤلاء المرشحين لجراحة السمّنة من اضطراب الاكتئاب الجسيم. ففي إحدى الدراسات، كانت معدلات الاكتئاب الجسيم خلال العام السابق للدراسة لدى مرضى السمّنة، الذي يزيد مؤشر كتلة الجسم عندهم < 40 كجم/م²، أكثر بخمسة أضعاف مقارنة بالأفراد ذوي الأوزان السوية. وقد توجد اضطرابات الشخصية في أكثر من 72% من المرشحين لجراحة السمّنة. ونظراً لميل معظم المشكلات النفسية للتحسن التام بعد جراحة السمّنة، فقد استتج بعض الباحثين أن هذه المشاكل لم تتسبب في حصول السمّنة، وإنما كانت نتيجة للسمّنة المرضية.

وقد أظهرت إحدى الدراسات أن معظم المرضى الباحثين عن جراحة السمّنة يتبعون حمية غذائية منذ سنوات المراهقة، وذلك بمتوسط خمس محاولات، دون أن تتوقف عملية زيادة الوزن المضطربة. وقد أفاد أغلب مرضى السمّنة (73%) أن الأمراض الطبية المصاحبة للسمّنة كانت السبب الرئيس وراء اللجوء لجراحة فقد الوزن، ثم يلي ذلك الأسباب النفسية، وكذلك لتحسين جودة الحياة. وتتحسّن درجة احترام الذات والجسم بعد جراحة السمّنة، وقد تم قياس ذلك باستخدام مقياس احترام الجسم للمراهقين والبالغين.

ولكن ليست الصورة دائماً وردية، فقد أظهرت إحدى الدراسات الكبرى أن 13% من سلسلة متتابعة لمرضى جراحة السمّنة، قد احتاجوا لإجراء عملية جراحية كبيرة مرة أخرى لعلاج مضاعفات متعلقة بعملية جراحة السمّنة. وبالإضافة للمضاعفات الجراحية، فهناك احتمالية حصول عوز في الفيتامينات والمعادن وما تسببه أحياناً من تأثيرات سلبية على الدم والمناعة والعظام والعضلات والأعصاب والقدرات المعرفية للدماغ. كما ازدادت محاولات الانتحار وإيذاء الذات بمقدار 50% خلال الخمس سنوات التالية لجراحة السمّنة، وخصوصاً لدى النساء، ولدى بعض من كانوا يعانون من اضطراب نفسي قبل الخضوع لجراحة السمّنة.

ولكل ما سبق، ولأسباب أخرى لم يتسع المقام لذكرها، اتفقت التوصيات السريرية العالمية على منع تحويل جراحات السمّنة لجراحات تجميلية، تجرى برغبة المريض فقط. وإنما تجرى كجزء من برنامج علاجي متكامل هدفه بالمقام الأول تقليل الوفيات المرتبطة بالسمّنة المفرطة، ويُلبّجاً فيه لجراحة السمّنة كحل أخير، بحسب حالة كل مريض على حدة، عندما يثبت أن إيجابيات العملية في حقه أكثر من سلبياتها المحتملة. وهذا البرنامج متعدد الاختصاصات، يضم بالإضافة لجراحي السمّنة، أطباء سمّنة وتخصير، وأطباء نفسيين، وأخصائيين نفسيين واجتماعيين، ومتخصصين في التغذية. ويخضع المريض لتقييم شامل جسدي ونفسي واجتماعي وغذائي قبل وأثناء وبعد إجراء العملية لخمس سنوات، وذلك لتوفير التدخلات الطبية والنفسية والاجتماعية بحسب الحاجة.

وتشمل المعايير الطبية العالمية للجوء لجراحة السمنة ما يلي:

- سمنة مفرطة جداً (أي معدل كتلة الجسم أكثر من 40)، أو أكثر من 35 فقط في حالة وجود أمراض طبية مصاحبة للسمنة كالسكري وفرط الضغط.
 - مخاطر جراحية مقبولة تسمح بإجراء العملية بأمان.
 - فشل عدة برامج غير جراحية سابقة لفقدان الوزن.
- بينما تشمل موانع استعمال جراحة السمنة الآتي:
- الذهان النشط.
 - النهام العصبي النشط.
 - اضطراب شديد في الشخصية.
 - إساءة استعمال نشطة للكحول والمواد الإدمانية أو شدة الاعتماد عليها.
 - التخلف العقلي دون توفر دعم اجتماعي كاف.
 - محاولات انتحار أو التنويم بوحدة رعاية نفسية داخلية خلال السنة الماضية*.

وختاماً، أدعو الجهات الصحية المسؤولة لتقنين إجراء جراحات السمنة في مراكز متخصصة تُعالج فيها السمنة ضمن برامج علاجية متعددة الاختصاصات. ويخضع فيها المريض لتقييم شامل جسدي ونفسي واجتماعي وغذائي، قبل وأثناء وبعد إجراء العملية لخمس سنوات، وذلك لتوفير التدخلات الطبية والنفسية والاجتماعية للمرضى بحسب الحاجة.

❖ بتصريف واختصار من كتاب الطب النفسي الجسدي، مقدمة في الطب النفسي التواصلي، فصل 24: تحرير د. جيمس أموس ود. روبرت روينسون؛ ترجمة د. فهد بن دخيل العصيمي؛ دار جامعة الملك سعود للنشر، 2014.

معاناة من العقم ومن تطفل المجتمع أيضاً

يعاني واحد من كل عشرة من الرجال والنساء في العالم من العقم. وتُظهر الدراسات أن الرجال والنساء يشتركون بشكلٍ متساوٍ في المسؤولية عن تأخر الإنجاب، رغم أن المجتمع يميل للأسف للوم النساء أكثر على تأخر الإنجاب. كما أظهرت مراجعات علمية استخدمت التحليل التلوي لأربعين دراسة، أن التدخلات النفسية الاجتماعية للأزواج المتأخرين في الإنجاب لا تقلل من كدرهم النفسي فحسب، بل تحسن فرص الإنجاب لديهم.

ولأسباب كثيرة، فإن معاناة المصابين بالعقم تكون أشد وأنكى في المجتمعات الجماعية السلطوية كمجتمعنا مقارنة بالمجتمعات الفردية. وقد قالت لي إحدى المريضات: " عشت في مجتمع الغربية مع زوجي عيشة هنيئة رغم أننا نفتقد للذرية، ولكن حالما رجعنا للوطن بدأت معاناتي من تطفل الآخرين في حياتي، بل إنني أصبحت أتحسس حتى من الدعاء لي بالذرية الصالحة، وذلك عندما يُجهر بالدعاء في محفل نسائي؛ وكأن لسان حال الداعية لي يقول: الله يرزقك بالذرية الصالحة أيتها المرأة الناقصة، ويحمي أطفالنا من عيونك الحارة!!".

وقد أجريت دراسة حديثة بمشاركة عدد من الباحثين والباحثات، على عينة من المراجعين لمراكز علاج العقم بالرياض مقدارها 406، ونشرنا منها ورقتين بحثيتين في مجلات علمية محكمة.

وكان من أهم نتائج دراستنا ما يلي:

- كان 5% من الرجال و 10% من النساء فقط مشخصين بأمراض نفسية قبل الدراسة، لكن عند استخدام مقاييس تشخيصية مقننة، ظهر أن 30% من الرجال و 37% من النساء مصابين بأمراض نفسية، وأكثرها شيوعاً الاكتئاب ثم القلق وبالذات لدى النساء؛ بينما تفوق الرجال على النساء في معدلات الإصابة باضطراب ثنائي القطب واستعمال المواد المحظورة. وكان من أهم عوامل الخطورة للإصابة بالأمراض النفسية ضعف الدخل.
- معظم المصابين بأمراض نفسية في هذه الدراسة لم يتم تشخيصهم مسبقاً، ولم يتلقوا علاجاً نفسياً قط.
- تتضاعف معدلات التعدد قرابة عشرة أضعاف لدى الرجال المصابين بالعقم مقارنة بعامه الرجال، وأكثره يرتبط بضغط المجتمع المحيط بالرجل؛ ولذا ازدادت معدلات الاكتئاب لدى المعددين منهم. بينما كان تأثير التعدد عند النساء (أعني زواج زوجها من امرأة أخرى) أحد أهم عوامل الخطورة لإصابتهن بالأمراض النفسية بوجه عام.

- اشتكى 40% من الرجال من الضغوط النفسية الاجتماعية الناتجة عن العقم، وأشدّها وقعاً عليهم الأسئلة المتطفلة من الآخرين حول العقم والإنجاب، وكذلك الضغط عليهم بسرعة الإنجاب، والمبادرة للتعدد أو الطلاق.
 - بينما اشتكى 47% من النساء من الضغوط النفسية الاجتماعية الناتجة عن العقم، وكان أكثرها وقعاً عليهن الإنهاك النفسي والعاطفي بسبب هذا الأمر، والخلافات الزوجية، والتعامل السيئ من أم الزوج والمجتمع، والضغط المستمر عليها من الزوج بأن تتجب.
 - اعتقد قرابة ثلثي المشاركين بالدراسة أن سبب تأخر الإنجاب هو الضغط النفسي؛ بينما اعتقد الثلث الآخر أن السبب هو عين أو سحر أو مس ولذلك لجؤوا للرقاة.
 - لجأ نصف المشاركين في الدراسة للإنترنت بحثاً عن علاج للعقم، واستعمل ثلث الرجال ونصف النساء علاجات بديلة (شعبية) لعلاج العقم.
 - للتكيف مع مشكلة العقم، مالت النساء للتعبد واللجوء لله طلباً للذرية أكثر من الرجال، كما أنهن يجدن سلوة في الحديث عن مشاكلهن مع الآخرين.
- وانطلاقاً من هذه الدراسة المحلية، وغيرها من الدراسات العالمية أقترح ما يلي:
- أهمية دمج الرعاية النفسية الاجتماعية ضمن مراكز علاج العقم، وهذا ما طالب به معظم المشاركين في الدراسة وخصوصاً من النساء. وسيساعد ذلك في تحسين جودة الحياة وتحسين فرص الإنجاب.
 - توفير محتوى آمن ومفيد باللغة العربية في الإنترنت عن العقم وعلاجاته.
 - مراقبة ممارسات المعالجين الشعبيين والرقاة الذين يستغلون لهفة هؤلاء للذرية بلا حسيب ولا رقيب. وألا يسمح لأحد بأن يُطيب الناس إلا في منشآت علاجية مصرحة، تحت المراقبة الصارمة المستمرة من الجهات الصحية المختصة. كما أدعو الباحثين لإخضاع تقنيات الطب الشعبي لتجارب الطب المبني على البراهين.
 - ينبغي على المجتمع تقديم الدعم المتكامل الإيجابي للمتأخرين في الإنجاب، ومن ذلك الكف عن التطفل على حياة المصابين بتأخر الإنجاب، وأن يعاملونهم كأناس طبيعيين. فقد شاء الله سبحانه أن يبتليهم بتأخر الإنجاب، فلم نلومهم على قدر الله! (ويجعل من يشاء عقيماً).

العوامل النفسية للداء الالتهابي المعوي بنوعيه: داء كرون والتهاب القولون التقرحي

لاحظ الإنسان منذ القدم تأثر جهازه الهضمي بحالته النفسية العصبية، وظهر ذلك في مقولاته وأمثاله الشعبية. فيقال: تقطّرت كبد فلان قهراً مما حصل له، أو حصل له ما يفتّت الأكباد ومعناها كما في المعجم الوسيط: مُحزِنٌ جداً. وقبل ذلك قال تعالى في محكم التنزيل: (لقد خلقنا الإنسان في كبد): قال ابن جرير: المراد بذلك مكابدة الأمور ومشاقها.

وقد أكدت ذلك لاحقاً العديد من الدراسات منذ بدايات القرن العشرين. ولذا يؤكد الباحثون حالياً على أن الدماغ الثاني للإنسان يقع في قنواته الهضمية؛ وذلك نتيجة لحجم العلاقة الوثيقة الهائلة المتبادلة بين دماغ الرأس والقناة الهضمية على مختلف المستويات العصبية والمناعية والهرمونية... الخ.

وعلى سبيل المثال، أظهرت العديد من الدراسات الحديثة وجود دور محوري للعوامل النفسية في الفيزيولوجيا المرضية للداء الالتهابي المعوي بنوعيه الرئيسيين داء كرون والتهاب القولون التقرحي، وبالذات دور الإجهاد النفسي كعامل رئيسي في تدهور مساق المرض وكثرة انتكاساته. كما تؤثر هذه العوامل النفسية على كيفية تعامل المرضى مع هذه الأمراض المزمنة والمقعدة عن العمل.

وعندما يصاب المريض بهذا المرض فإن سياقه وانتكاساته المفاجئة وغير المتوقعة والمزمنة تتسبب في كثير من المعاناة النفسية لدى المرضى. ومن مظاهر ذلك، فقدان السيطرة على الأمعاء، والشعور بالإعياء، واهتزاز صورة الجسد، والإحساس بالاتساخ والتلوث، والخوف من نقص القدرة والجاذبية الجنسية، وفرط الاعتماد على الآخرين والانعزال، وشعور المرضى أنهم يشكّلون عبئاً كبيراً على المحيطين بهم. ويؤدي سلس البراز وفقدان السيطرة على الأمعاء بالذات لفقدان الثقة بالنفس، ووصم المريض لنفسه بالعار.

كما أن تعامل المرضى مع هذه المخاوف يحتاج للدعم الاجتماعي من المحيطين بهم، كما يحتاج المريض لاستعمال استراتيجيات تكيف مناسبة، كأسلوب حل المشاكل، وإعادة التقييم الإيجابي للمحن التي يمر بها المريض؛ ولكن الحاصل أن بعض المرضى يهربون من مواجهة مشاكلهم بشتى الطرق الممكنة. ولذلك يؤدي كل ما سبق لتفاقم الشعور بالكدر النفسي، وصعوبة التكيف مع المرض بشكل عام، وضعف جودة الحياة التي يعيشونها.

ومن العوامل المؤثرة في تكيف المرضى نوعية سماتهم الشخصية. فكثيراً ما يتصفون بالعصبية والقلق وتوقع الأسوأ وتطلب الكمال، مما يفاقم من ردة فعلهم تجاه الضغوط الحياتية، والشعور بحتمية أن يكونوا بخير وأن يظهروا بأحسن حال دوماً وأبداً. كما أن بعض المرضى لديهم ما يسمى (الحبسة المزاجية)، وتعني صعوبة التعرف على الانفعالات والمشاعر الداخلية، والتلفظ بها، وكذلك ضعف القدرة على تنظيمها، والتعبير عنها.

ونظراً لتعدد الهموم والمخاوف التي تم ذكرها آنفاً، بالإضافة لإدراك المرضى لمآل المرض الغامض وعدم قابليته للشفاء التام، ومخاوفهم من الخضوع لعمليات جراحية أو نشوء خلايا سرطانية؛ فإن كل ما سبق يساهم في نشوء القلق لدى بعض المرضى. وعندما يفتقد المرضى لاستراتيجيات التكيف الصحية أو الدعم الاجتماعي الكافي، فقد يصابون بالإحباط ويتجنبون الاختلاط بالناس. كما أن الشعور بفقدان السيطرة على الذات أو الكفاءة الذاتية قد يتسبب بالشعور بالعجز وفقدان الأمل مما ينتهي بالمريض بحالة من الاكتئاب. وتذكر بعض الدراسات أن ثلث مرضى الداء الالتهابي المعوي قد يصابون باضطراب الاكتئاب الجسيم أو اضطرابات القلق؛ إما نتيجة للفيزيولوجيا المرضية للداء الالتهابي المعوي، أو علاجاته بما فيها الكورتيزون، أو تأثيراته على جودة الحياة. كما أن الإصابة باضطراب الاكتئاب الجسيم أو اضطرابات القلق يؤثر سلباً على مسار المرض ومآله.

كما أظهرت الدراسات تدهوراً في جودة الحياة التي يعيشها المصابون بالداء الالتهابي المعوي وبالذات داء كرون، ويرجع ذلك لعوامل مرتبطة بالمرض ومضاعفاته وعلاجاته، كما تلعب المضاعفات النفسية الاجتماعية دوراً كبيراً في ذلك. وتبعاً للمعنى الشخصي للمرض، والمواقف والتوقعات الفردية، وعزو المرض لعوامل داخلية أو خارجية؛ يتفاوت المرضى في نوعية همومهم ومخاوفهم وبالتالي تكيفهم مع المرض.

وقد أظهرت الدراسات أن إدماج التدخلات العلاجية النفسية ضمن العلاج الطبي التقليدي للداء الالتهابي المعوي يفيد المرضى من جميع النواحي. وفيما أثبتت عدد من مضادات الاكتئاب أنها آمنة وفعالة في علاج الاكتئاب والقلق لدى هؤلاء المرضى، فقد ساعدت كذلك في علاج بعض الأعراض الجسدية كآلام الجسم بما فيها البطن، وصعوبات الإخراج، بل إن بعضها قد يقلل من التهابات الجهاز الهضمي. ومن التدخلات المفيدة كذلك استعمال أنواع العلاج النفسي الفردي والجماعي بما فيها العلاج المعرفي السلوكي، والعلاج الديناميكي. وتفيد هذه العلاجات في تعزيز شعور المريض باستعادة السيطرة على مجريات حياته بما فيها مرضه؛ وذلك بتثقيفه بمؤشرات الإصابة بالإجهاد النفسي، واستعمال تقنيات الاسترخاء والتأمل وعلاج الحد من الإجهاد القائم على اليقظة الراضية. كما أنها تعزز من قدرته على استعمال تقنيات حل المشاكل ومواجهة الضغوط بدلاً من تجنبها أو رميها على كاهل الآخرين، وكذلك إعادة هيكلة التفكير بالبحث عن المنح في طيات المحن بدلاً من المحاولات اليائسة لتغيير البيئة المحيطة بالمريض. كما تساهم التدخلات العلاجية النفسية بتعزيز ثقة المريض بنفسه مما يعزز كفاءته في مواجهة الضغوط وكدر المرض، ويحسن جودة حياته ككل.

إدمان الهواتف الذكية في السعودية نتائج دراسة محلية

أظهرت دراسات محلية وعالمية ارتباط استعمال الهواتف الذكية بآثار صحية وخيمة؛ كالصداع والتعب والتوتر والاكتئاب واضطرابات النوم ونقص التركيز والذاكرة والسمع. كما أنه يزيد الحوادث المرورية بنسبة أربعة أضعاف. وفي الإصدار الخامس من تصنيف الأمراض النفسية (DSM-5) الصادر عام 2013، تمت إضافة إدمان المقامرة ضمن أمراض الإدمان كأول إدمان سلوكي، أسوأ إدمان المواد الكيميائية كالخمر والمخدرات، بينما تم إدراج إدمان ألعاب الانترنت ضمن قائمة الأمراض التي تحتاج الى مزيد من الدراسات لكي تدرج ضمن أمراض الإدمان مستقبلاً. في المقابل، لا يزال إدمان الهواتف الذكية موضوعاً قيد البحث في الأوساط العلمية.

ويشترك الإدمان السلوكي كإدمان الهواتف الذكية مع إدمان المواد الكيميائية في عدد من خصائص الإدمان الرئيسية؛ ومنها فقدان السيطرة على كمية الاستعمال، وتحوله بمرور الوقت لاستعمال قهري، يستهلك أوقاتاً وإمكانيات متزايدة؛ حيث ينشغل المدمن بهاتفه الذكي معظم ساعات اليوم متجاهلاً إنجاز أعماله المهمة أو الاستمتاع بصحة الأهل والأصحاب والهوايات المفيدة، وربما سرق ذلك بعض ساعات نومه، مع تيقظه أحياناً أثناء النوم لتصفح هاتفه، وحالما يستيقظ من نومه مباشرة يبادر متلهفاً لاحتضان هاتفه. ويستمر المدمن في استعماله المتزايد للهواتف الذكية بالرغم من معرفته بالعواقب الوخيمة المرتبطة بالاستعمال بحد ذاته، وإدراكه لتصاعد حجم الاستعمال لديه بمرور الوقت. كما يحصل لديه أعراض انسحابية عندما يضطر لتقليل الاستعمال؛ حيث ينشأ لدى المدمن حنين ورغبة ملحة وتوق شديد لهاتفه الذكي مصحوباً بالتوتر والقلق والمزاجية والغضب عندما يكون هاتفه الذكي بعيداً عن يديه.

وقد أجريت دراسة حديثة بمشاركة عدد من الباحثين والباحثات، على عينة تبلغ 2367 طالباً وطالبة من طلاب جامعة الملك سعود بالرياض عام 1436 للهجرة، ونشرت نتائجها في المجلة السعودية الطبية. وكان من أهم نتائج دراستنا ما يلي:

1. يقضي قرابة ثلث عينة الدراسة أكثر من ثمان ساعات يومياً في استعمال هواتفهم الذكية، و75% يستعملون أربعة تطبيقات على الأقل يومياً؛ غالباً لأجل التواصل الاجتماعي وملاحقة الأخبار.
2. نتيجة لهذا الاستعمال، فقد قلت ساعات النوم والإحساس بالحيوية لدى 43% منهم، كما سلك 30% منهم أنماطاً حياتية غير صحية كأكل الوجبات السريعة وقلة ممارسة الرياضة مما أدى لزيادة الوزن؛ بينما انحدر الإنجاز الأكاديمي لدى 25% منهم.

3. أظهرت الدراسة علاقة موجبة، مهمة إحصائياً، بين درجة مقياس الاستعمال المشكّل للهواتف الجوّالة والعوامل التالية: النمط السلبي للحياة، وضعف الإنجاز الأكاديمي، وعدد الساعات اليومية للاستعمال، وعدد التطبيقات المستخدمة.
4. كان متوسط قيم مقياس الاستعمال المشكّل للهواتف الجوّالة لدى عينة الدراسة هو 60.8، والوسيط هو 60 (مع العلم بأن الحد الأقصى للمقياس هو 100).
- أخيراً/ تشير هذه الدراسة وغيرها لخطر داهم لحصول إدمان الهواتف الذكية خصوصاً لدى الشباب، والذي يرتبط بعواقب وخيمة على النوم، والعادات الغذائية، وممارسة الرياضة، والأداء الأكاديمي.

الصحة النفسية شرط لتحقيق رؤية السعودية 2030

استبشر السعوديون خيراً، بإقرار مجلس الوزراء الموقر، لرؤية السعودية 2030. وقد بسطت عزيزي القارئ في السطور السابقة، أهم العوامل التي تؤكد أهمية الصحة النفسية كشرط جوهري لتحقيق رؤية السعودية 2030. كما أنني أسهبت الحديث في مقالة سابقة بعنوان (خدمات الصحة النفسية في السعودية ليست كافية، فما الحل إذن؟)، عن الواقع الحالي لوضع الصحة النفسي لدينا، فلذلك لن أعيد الحديث عنه. وقبل طرح الحلول المقترحة لتطوير الصحة النفسية لدينا، أريد أن أؤكد هنا؛ أنه في بلدنا ولله الحمد والمنة، تُنفق أموال طائلة على الصحة، لكن الفرق بيننا وبين الدول المتقدمة صحياً، أنهم يصرفون قرابة 15% من ميزانية الصحة على خدمات الصحة النفسية والاجتماعية؛ بينما في غالب الدول العربية، لا تتجاوز النسبة 2%. وبينما نهتم أحياناً بالديكورات الشكلية للمباني، وبشراء أحدث موديلات الأجهزة الطبية، تجدهم هناك في الدول المتقدمة يهتمون بالجواهر قبل المظهر، وربما يكتفون بجهاز ذي موديل أقدم طالما لم يختلف جوهرياً عن الطراز الأحدث؛ ويوفرون هذا المال لتوفير الخدمات الصحية النفسية الاجتماعية المتكاملة. ولعلي أشير هنا لأهم الوسائل لتحسين وضع الصحة النفسية في السعودية:

أولاً: على رأس هذه الحلول، دمج الرعاية النفسية في القطاع الصحي العام. وهذا هو المعمول به عالمياً.

وقد أكدت عشرات الدراسات العالمية، أن المكان المثالي لعلاج الأمراض النفسية هو القطاع الصحي العام من عيادات أولية وأجنحة التتويم النفسية في المستشفيات العامة. وأسباب ذلك متعددة، منها أن غالبية المرضى النفسيين يفضلون تلقي العلاج في القطاع الصحي العام نظراً للوصمة المرتبطة بالمستشفيات النفسية، بالإضافة لسهولة الوصول للخدمة النفسية في القطاع الصحي العام. ولذا فالواقع يقول أن 10% فقط من المصابين بأمراض نفسية يتلقون العلاج في المستشفيات النفسية، بينما يتعذر تشخيص وعلاج الغالبية العظمى منهم (90%) إلا ضمن إطار العيادات الأولية والمستشفيات العامة. ولذا أقترح هنا بشدة، أن يسعى قادة القطاع الصحي في السعودية، في توفير فرصة التتويم النفسي لكل مريض محتاج، في جناح صحة نفسية لا يبعد أكثر من 50 كم، على الأكثر من مكان سكنه. وبالطبع لن يتحقق ذلك، إلا بتخصيص خمسة بالمائة من أسرة كل مستشفى عام في السعودية لتكون جناحاً نفسياً مجهزاً، لتقديم خدمة التتويم (المؤقتة) لكل من أصيب بحالات الذهان والهوس والاكتئاب الحادة... الخ. وإذا وُجد جناح تتويم نفسي، فذلك مدعاة غالباً لإنشاء قسم طب نفسي متطور، يقدم خدمات متكاملة وتخصصية وتعليمية وبحثية، تخدم أقسام المستشفى العام الأخرى، والمجتمع ككل.

وقد استبشرنا خيراً بقرار المقام السامي الكريم الصادر عام 1438 للهجرة، والذي ألزم بتبني توصيات منظمة الصحة العالمية، وذلك بدمج خدمات الصحة النفسية داخل المستشفيات العامة

في كل القطاعات بما فيها القطاع الخاص من خلال الالتزام بفتح جناح طب نفسي للتتويج في كل مستشفى عام سعته السريرية تتجاوز 100 سرير، وإلزام كل مستشفى عام سعته أقل من 100 سرير بوجود عيادة نفسية متكاملة التخصصات؛ ونتمنى أن تسعى جميع الجهات الصحية ذات العلاقة بتذليل كل العقبات لتنفيذ هذا القرار الرائع بأسرع وقت ممكن.

ثانياً: تقنين إنشاء المصحات النفسية المعزولة إلا ما كان منها معداً كمراكز تأهيلية للمدمنين مثلاً، أو لمرضى الطب النفسي الشرعي، أو لعلاج وتأهيل بعض الحالات المرضية النفسية شديدة الوطأة.

ثالثاً: التوسع في إنشاء مراكز العلاج النهاري والتأهيل النفسي وبيوت منتصف الطريق ودور الإيواء؛ وذلك لتقديم الرعاية طويلة الأمد للمرضى النفسيين المزمنين، وتقليل ظاهرة التشرذم بينهم.

رابعاً: تشجيع القطاع الصحي الخاص على تطوير خدماته النفسية، مع إجبار شركات التأمين الصحي على إدراج علاج الأمراض النفسية ضمن الأمراض المكفول علاجها في بوليصة التأمين العلاجية الأساسية، ومساواتها بشكل كامل وبلا قيود مع باقي الأمراض الباطنية المزمنة.

خامساً: إصلاح الهرم الصحي المقلوب لدينا، وذلك بتوسيع قاعدة الهرم الصحي، ودعم برامج الرعاية الأولية وطب العائلة على كل المستويات؛ بما في ذلك تخصيص بعض كليات الطب لخدمة هذا الغرض، وكذلك تكثيف أعداد البرامج التدريبية المختصرة بإشراف الهيئة السعودية للتخصصات الصحية، لتدريس مناهج مختصة بهذا الأمر. والهدف في النهاية، هو تخريج كفاءات طبية وطنية بأعداد كافية، لخدمة مناطق المملكة المترامية الأطراف؛ ولتكون خط الصحة الأول الذي يبدأ منه أي مريض وينتهي إليه. فمن مركز الرعاية الأولية، تبدأ الوقاية من الأمراض، وعلاج الأمراض الشائعة بما فيها الأمراض النفسية، وهو المناط به التحويل المؤقت للمريض للرعاية الصحية الثانوية والثالثية، وعنده حلقة الوصل لكافة هذه الاستشارات. وفوائد ذلك لا تحصى، فسيتم علاج الأمراض النفسية الشائعة في مراكز الرعاية الأولية عبر البرامج التكاملية الطبية النفسية بالتعاون مع الأطباء النفسيين، وكذلك ستقل معدلات وحدة الأمراض العلاجية المنشأ، كما ستقل شهور الانتظار للحصول على موعد في عيادة تخصصية. وفي المجمل، ستقل التكلفة الصحية والنفسية والاجتماعية والمادية بشكل عام.

سادساً: نشر ثقافة (تقديم الرعاية للمرضى النفسيين والمصابين بأمراض مزمنة بشكل عام)، بما في ذلك، تشجيع التطوع بالجهد والمال، وتوجيه أموال الأوقاف والتبرعات لهذا الأمر.

سابعاً: وأخيراً، فإن الحل الذي ينادي به كثير من المختصين، هو إنشاء معهد وطني أو هيئة وطنية للصحة النفسية، يكون من مهامها إجراء الدراسات المستفيضة للقضايا النفسية الملحة، وكذلك رسم الخطط، وتنسيق خدمات الصحة النفسية على مستوى المملكة. وبالطبع، مع الاستفادة من تجارب الدول المتقدمة في هذا المجال، وكذلك توصيات منظمة الصحة العالمية، والجهات ذات العلاقة.

ورشة عمل " التحديات التي تواجه رعاية الصحة النفسية بالمملكة "

الإثنين 1438/1/23هـ، الموافق 2016/10/24م.

"ملخص النقاشات والتوصيات"

أولاً - مقدمة:

عقدت هيئة حقوق الإنسان ورشة عمل حول " التحديات التي تواجه رعاية الصحة النفسية بالمملكة " في الرياض يوم الإثنين 1438/1/23هـ، الموافق 2016/10/24م.

الهدف: الاستماع في عصف ذهني لكل آراء المتخصصين والعاملين ميدانياً للوصول إلى مجموعة من التوصيات التي ترفعها الهيئة للمقام السامي حسب نظامها. وتكون هذه فاتحة لمجموعة من ورش العمل لبلورة التوصيات والوصول الي توصيات نهائية ترفع للمقام السامي.

المشاركون: متخصصون في الطب النفسي، وعلم النفس، وعلم الاجتماع من مستشفيات ومراكز حكومية وخاصة في مدينة الرياض، إضافة الى العاملين في الهيئة. وقد ترأس الورشة معالي الدكتور بندر بن محمد العيبان رئيس هيئة حقوق الإنسان، وكان مستمعاً جيداً، ومدركاً لأهمية القضية من الناحية الحقوقية.

المؤسسات الممثلة: مستشفى الملك خالد الجامعي/ جامعة الملك سعود، مجمع الأمل في الرياض، مدينة الأمير سلطان الطبية العسكرية، ممثلين عن القطاع الخاص، ومجلس الشورى، وهيئة حقوق الانسان. وقد تغيبت وزارة الصحة بصفتها الإدارية عن حضور الورشة.

متابعة لنتائج الورشة: اعتمد المشاركون تكوين لجنة صياغة برئاسة الأستاذ الدكتور فهد العصيمي (أستاذ بكلية الطب، واستشاري الطب النفسي والطب النفسي الجسدي في جامعة الملك سعود، وعضو في مجلس المراقبة العام لنظام رعاية الصحة النفسية لوزارة الصحة)، وبمشاركة أطباء وأخصائيين. وطلب من حضور الجلسة أن يرسلوا توصياتهم الى الأستاذ عبر البريد الإلكتروني لمركز النشر والإعلام بالهيئة. وبعد صياغة التوصيات من قبل لجنة الصياغة سترسل الى المقام السامي في تقرير هيئة حقوق الانسان.

ثانياً - ملخص النقاش والتوصيات التي خرجت بها الورشة:

1- نظام الرعاية الصحة النفسية ولأئحته التنفيذية:

(أ) صدر هذا النظام بموجب المرسوم الملكي رقم م/56 وتاريخ: 1435/9/20هـ، كما صدرت لائحته التنفيذية من وزارة الصحة عام 1437، ولم يتم تفعيله حتى الآن، وذلك نظراً لأن مجلس المراقبة العامة لنظام الرعاية الصحية النفسية المناط به الإشراف على تنفيذ هذا النظام لم يتم تشكيله إلا مؤخراً. لذلك من المهم المسارعة في تنفيذه، مع مراجعته واقتراح أي تعديلات عليه.

(ب) لا بد من تبسيط المستويات المؤسسية المختلفة ذات العلاقة بهذا النظام حتى تسهل عمليات التنفيذ والمراقبة والمساءلة.

(ت) تحديد الجهة المسؤولة عن دفع أو تحصيل تكاليف علاج المرضى النفسيين مجهولي الهوية (ممن يتم استلامهم من الجهات الأمنية)، وكذلك المرضى الذين ليس لهم أهلية علاج وتم تنويمهم بشكل إلزامي حسب نظام الرعاية الصحية النفسية.

(ث) أن يطبع كتيب مبسط يبين للمرضى وذويهم الحقوق التي لهم وعليهم بعد تفعيل اللائحة.

2- تدريب العاملين في مجال الرعاية النفسية:

(أ) هناك برنامج زمالة متخصصة في الطب النفسي تابع للهيئة السعودية للتخصصات الصحية، ولكن هناك حاجة ماسة للتوسع في أعداد المقبولين للتدريب والابتعاث، وإنشاء زمالات تخصصية دقيقة في مجالات الطب النفسي المختلفة.

(ب) في المقابل، لا يوجد تأهيل كاف لتطوير الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين والمرضى ذكوراً وإناثاً في مجال الصحة النفسية. المطلوب هو تطوير المناهج الدراسية خاصة أثناء التأسيس والتدريب في الجامعات السعودية، وتكثيف مواد اللغة الانجليزية فيها؛ وكذلك تطوير وتدريب الخريجين ما بعد التخرج وذلك بتخصيص برامج تدريب كافية ما بعد البكالوريوس. فمثلاً، مدة التدريب الاكلينيكي لأخصائي علم النفس ما بعد البكالوريوس حالياً هي فقط أربعة أشهر، وهي غير كافية إطلاقاً بحسب المعايير العالمية.

(ت) ضرورة حصول خريجي علم النفس والخدمة الاجتماعية العاملين في مجال الصحة النفسية على دبلومات إكلينيكية متخصصة على الأقل قبل توظيفهم في مراكز الصحة النفسية العلاجية.

ث) حث الجامعات والهيئة السعودية للتخصصات الصحية للتوسع في إعداد مجموعة من برامج الدبلومات السريرية التخصصية في العلاج النفسي لا تقل مدتها عن سنة، وبرامج ماجستير ودكتوراه إكلينيكية متخصصة في مدارس العلاج النفسي، تستهدف الأطباء والأخصائيين النفسيين العاملين في المؤسسات الصحية العلاجية للرفع من مستوى كفاءة الخدمات العلاجية النفسية المقدمة.

ج) زيادة عدد الفرص الوظيفية في القطاع العام والخاص على حد سواء.

ح) تذليل الصعاب للمشاركة في الملتقيات العلمية وذلك بالدعم المالي، وكذلك الحصول على إذن الغياب من العمل للمشاركة.

3- مراكز العلاج النهاري والتأهيل النفسي وبيوت منتصف الطريق ودور الإيواء (الضيافة):

أ) أهمية إنشاء المراكز النهارية ودور الضيافة وبيوت منتصف الطريق: لتقديم الرعاية طويلة الأمد للمرضى النفسيين المزمنين، وتقليل ظاهرة التشرذم بينهم.

ب) نظراً لضعف منظومة خدمات الصحة النفسية، واقتصار وزارة الصحة على التوسع فقط في إنشاء المزيد من المستشفيات النفسية، فقد أصبحت المستشفيات النفسية مكتظة بالمشردين، ومن فقدوا المأوى كسكان دائمين، وكثير منهم لا يعانون من حالات نفسية تحتاج للتتويج. وللمعلومية، فإن معظم أسرة مستشفيات الصحة النفسية في السعودية (وقد تصل الى 90%) قد تحولت لسكن مرضى مستقرين نفسياً، لكنهم فقدوا المأوى، وتعذر وجود أفراد عائلة يعتنون بهم. وفي ذلك هدر للموارد من ناحية، وفقدان لحق المريض الذي يعاني من حالات نفسية، ويحتاج الى تتويج في المستشفى. كما أن مستشفيات الصحة النفسية صُممت كباقي المستشفيات، لتكون مكاناً مؤقتاً لعلاج الحالات الحادة؛ وليست مهياًة بحال، لتكون ملاذاً كريماً وسكناً لائقاً للمشردين.

ت) الإصرار على استخدام تعبير دور الضيافة وليس دور الإيواء لان هؤلاء المرضى هم مواطنين وليسوا لاجئين.

ث) تفعيل الشراكات مع القطاع الخاص ذات المسؤولية الاجتماعية حول توفير دور ضيافة لإيواء ناقهي الأمراض النفسية.

4- الصيدليات وصرف الأدوية:

أ) منع الصيدليات التجارية من صرف الأدوية المعالجة للحالات النفسية بدون وصفات طبية.

(ب) نظراً لتردد بعض المرضى على عدد من العيادات النفسية في نفس التوقيت للحصول على الأدوية المقيدة التي قد تؤدي للإدمان (وهي تشكل قرابة 5% من مجموع الأدوية النفسية)، مما يؤدي لحصول حالات إدمان؛ وكذلك شراء بعض المرضى لكميات كبيرة من بعض الأدوية بغرض الانتحار كالبنادول مثلاً؛ فينصح بتشكيل ملف إلكتروني موحد للمرضى بين صيدليات المستشفيات والصيدليات التجارية لمراقبة وضبط صرف الأدوية بشتى أنواعها.

5- مساندة أسر المرضى:

- (أ) دعم الأسر أثناء وبعد خروج المرضى من المستشفيات.
- (ب) حسب النظام المتبع، هناك اتفاق أن الأسرة تبلغ الشرطة في حالة تهيج المريض، وهي تتسق مع الهلال الأحمر وهو مسؤول عن توصيل المريض إلى مستشفى الأمل؛ ولكن هناك عوائق كثيرة في تطبيق ذلك.
- (ت) مساندة الأسر التي ترعى المسنين، ويمكن الاستفادة من دراسات عالمية في هذا المجال.
- (ث) تأسيس خدمة الخط الساخن للمرضى النفسيين وقد يستفاد من خبرات مشروع نبراس (المشروع الوطني للوقاية من المخدرات) حيث لديهم برنامج مفعّل ناجح. وهناك حالياً مركز لدعم الأسر هاتفياً، مؤسس حديثاً من قبل اللجنة الوطنية لتعزيز الصحة النفسية، ولكن خدماته غير معروفة حتى الآن.
- (ج) يوجد في مستشفيات الأمل إدارة خاصة للشكاوى لتأمين حقوق المرضى وأسراهم، ولكنها غير مفعلة بشكل جيد حتى الآن.
- (ح) إلزام أولياء المرضى بالمتابعة والمشاركة الفاعلة في الخطة العلاجية من خلال سن قوانين وأنظمة إدارية.

6- القطاع الصحي الخاص:

- (أ) بعض ملاك المراكز الطبية الخاصة قد قننوا بعض الممارسات الخاطئة في عيادات الطب النفسي. وبعبارة أخرى، بدلاً من أن يكون ذلك خطأ عابراً، أصبح ظلماً متكرراً يصيب كل زائر لبعض تلك المراكز. ومن هذه الممارسات السماح بربع ساعة بل أقل للزيارة الأولى للطبيب النفسي، وتنظيم حجز المواعيد تبعاً لذلك، مع غلاء الرسوم.

(ب) وقد اتفقت التوصيات العالمية على أن مدة الزيارة الأولى للطبيب النفسي هي 45 دقيقة، ولا يُقبل بحال من الأحوال أن تقل عن نصف ساعة، مهما بلغ الطبيب علماً وخبرة. أما لو كان المريض طفلاً، فمدتها عادة ساعة ونصف، ولا تقل بحال عن ساعة كاملة. طبعاً، لكل قاعدة شواذ، فيستثنى من ذلك بعض حالات الطوارئ والعناية المركزة. الخ، وأحياناً يحتاج الطبيب لعدة زيارات، للوصول للتشخيص الدقيق.

(ت) (ب) عدم السماح بتمكين غير المؤهلين من تقييم وعلاج المرضى. ومن ذلك، استخدام بعض أنواع العلاج النفسي إما غير المثبتة علمياً على الإطلاق أو المثبتة علمياً ولكن تُقدم بطريقة خاطئة، ومن غير المؤهلين.

(ث) (ب) المراقبة اللصيقة لتضارب المصالح مع شركات الأدوية والصناعة الطبية، مما يؤدي للصرف المفرط، والغير مبرر سريرياً، لأصناف الأدوية، وخصوصاً الأدوية الجديدة ذات الأسعار الباهظة. وكذلك استعمال أجهزة تحفيز دماغي لم تثبت فعاليتها، أو بأسعار مبالغ بها.

(ج) (ب) منع إقامة دورات داخل المراكز الصحية، بعناوين خادعة توهم بقدرتها على علاج بعض الأمراض النفسية وذلك بغرض الترويج للمركز. وأنى لمدرّب مهما بلغ تأهيله أن يعالج خمسين شخصاً بشكل جماعي خلال بضع ساعات، في حين يحتاج المعالج النفسي المؤهل بحسب الدراسات العلمية، للقيام بجلسات علاجية نفسية متكررة مع مريض واحد، بشكل أسبوعي، ولبضعة شهور، وتستغرق كل جلسة منها 45 دقيقة؛ لكي يستطيع أن يعالج فعلياً أحد الأمراض النفسية.

(ح) (ب) الحل الأمثل للتعامل مع مشاكل القطاع الخاص بشكل عام هو التحول لمنظمات غير ربحية. وذلك بأن يأخذ كل من يقوم بدور إداري أو إكلينيكي، حقه المادي وافياً، وما زاد لا يذهب لجيوب ملاك المركز الخاص، وإنما يصرف لتطوير الخدمات، والأبحاث، وتخفيض أسعار الخدمات للمحتاجين من المرضى.

(خ) (ب) وجود مجلس أمناء/ أخلاقي، مستقل، تطوعي يقوم عمل المركز ومنتجاته أولاً بأول.

(د) (ب) وقف التسوق من المرضى وأهاليهم من طبيب الى آخر، وأهمية إيجاد قاعدة بيانات موحدة، تحتوي معلومات المرضى الصحية وخصوصاً أدويتهم.

(ذ) (ب) يحصل أحياناً تحرشات مختلفة من الأطباء والأخصائيين، بما فيها التحرش الجنسي بالمرضى، وعدم وجود آلية لمنع حصول ذلك.

(ر) نظام الحماية من الإيذاء لم يوضح بالصورة المطلوبة كيف يمكن للمرضى النفسيين من الإبلاغ عن تعرضهم للعنف.

(ز) للأسف يحصل بعض الأطباء والأخصائيين العاملين في بعض المراكز الطبية الخاصة على نسبة من قيمة الكشفية عند التحويل للعيادات الأخرى في نفس المركز، ونسبة من قيمة الفحوصات، وربما الأدوية التي يصرفها للمريض؛ وهذا يشكل تعارضاً في المصالح، وقد يؤثر على قراراتهم السريرية. لذلك هناك حاجة لتقنين منافع الطبيب بحيث يكون الراتب هو الأساس.

(س) بما ان النظام لا يجيز تعديت الأطباء في الفقرات أعلاه فلا بد أن يتابعها ويجرمها.
7- الضمان الصحي العلاجي:

(أ) لا يغطي الضمان الصحي إلا الحالات الحادة مع سقف أعلى بمبلغ 15 ألف ريال في السنة، وذلك لتغطية الحالات الإسعافية والتتويم الذي قد يستغرق بضعة أشهر. وهذا السقف للانتفاع من الضمان لا يكفي إلا لأيام قليلة لحالات التتويم. فمن سيدفع باقي تكاليف التتويم الباهظة أثناء التتويم؟ ثم تكاليف العلاج بعد خروجه من المستشفى؟ وذلك لأنه سيحتاج لاستمرار العلاج والمتابعة عبر العيادات الخارجية لسنوات طويلة. ولذلك يجب مراجعة هذا السقف.

(ب) تغطي بوليصة التأمين العلاجي الأساسي فقط الحالات النفسية الحادة ولكنها تستثني من التغطية التأمينية الحالات النفسية التي لا تتطلب التتويم أسوة بحالات التجميل الخ!! وهذه الحالات المستثناة من التغطية تصيب الغالبية العظمى من المصابين بأمراض نفسية، ممن يعانون من حالات نفسية لا تستدعي التتويم، ولكنها تتطلب مراجعة عيادات الطب النفسي، وتلقي العلاج المستمر لسنوات باستخدام الأدوية النفسية المعروفة بغلاء أسعارها، وجلسات العلاج النفسي وأجهزة التحفيز الدماغية... الخ. ولذلك فإن الحاجة ماسة لتعديل وثيقة التأمين الصحي الأساسية لتغطي علاج جميع الأمراض النفسية، وبلا استثناء. وهذا الأمر يحتاج لقرار من مجلس الضمان الصحي السعودي الذي يرأسه وزير الصحة. وسينفع أكثر من مليون سعودي مشمولين حالياً بنظام التأمين الصحي، وكل السعوديين عند تطبيق نظام التأمين الصحي على الجميع في المستقبل القريب.

8- أهمية إجراء الدراسات المتخصصة:

- غياب الدعم للدراسات الميدانية للحالات النفسية لمعرفة أوجه المشكلة ووضع المقترحات لمواجهة تحدياتها ميدانياً.

هناك عدة دراسات وطنية مهمة ، ومنها :

- الدراسة الأولى: أظهرت النتائج الأولية للمسح الوطني الشامل للأمراض النفسية في السعودية أن قرابة 47% من السعوديين قد أصيبوا بمرض نفسي في مرحلة من مراحل حياتهم.
- الدراسة الثانية: أجريت في استراحات الرقاة الشرعيين: أظهرت أن 75% من اللذين يلجؤون لهم مصابون بأمراض نفسية ولكن أغلبهم غير واعين لمرضهم النفسي، ولم يتم تشخيص أمراضهم النفسية في عيادات نفسية ولا علاجها.
- الدراسة الثالثة: أجريت على مراجعي العيادات النفسية والمنومين بالأجنحة النفسية: أظهرت أن التكوين السكاني لهم: حوالي 20% أميين ودخل معظم أسر المراجعين أقل من 6 آلاف ريال شهرياً. كما أن قرابة نصف هؤلاء المرضى يشكون من أمراض "استقلابية" أي أمراض جسدية مثل السكر والضغط والسمنة.
- الدراسة الرابعة: لتحديد أسباب صرف الأدوية النفسية بدون وصفات طبية: من أهم الأسباب لذلك، عدم قرب خدمات الصحة النفسية من مكان السكن أو ازدحامها، والتكلفة المادية المرتفعة للعيادات النفسية.

9- الرعاية الصحية النفسية الحكومية:

(أ) على وزارة الصحة تغيير استراتيجيتها الحالية التي عفا عليها الزمن من السعي لإنشاء المزيد من المستشفيات النفسية إلى تطبيق التوجه العالمي الحالي، ذو التكلفة والجهد الأقل، وهو إنشاء أقسام نفسية في المستشفيات العامة، بما في ذلك تخصيص 5% على الأقل من أسرتها كأجنحة تنويم نفسية. وستساهم هذه الأقسام في توفير فرصة التنويم النفسي لكل مريض محتاج، في جناح صحة نفسية، يفترض ألا يبعد أكثر من 50 كم، على الأكثر من مكان سكنه. ويتم ذلك بتخصيص خمسة بالمائة من أسرة كل مستشفى عام لتكون جناحاً نفسياً مجهزاً، لتقديم خدمة التنويم (المؤقتة) لكل من أصيب بحالات الذهان والهوس والاكتئاب الحادة...الخ. كما تقدم خدمات العلاج المنزلي لبعض الحالات المزمنة. وتقدم هذه الأقسام كذلك خدمات طبية نفسية تكاملية

وتخصصية وتعليمية وبحثية، تخدم أقسام المستشفى العام الأخرى، وكليات الطب، والمجتمع ككل.

ومن المهم متابعة تنفيذ ما اعتمده لجنة الصحة النفسية الدائمة في وزارة الدفاع وهو تحديد 10% من الأسرة في المستشفيات العسكرية العامة للصحة النفسية.

(ب) إنشاء خدمات نفسية في مراكز الرعاية الأولية في الأحياء، تسهياً لوصول الخدمة لمستحقيها. ويتولى فيها أطباء الرعاية الأولية علاج الأمراض النفسية الشائعة والبسيطة، عبر البرامج التكاملية الطبية النفسية، وذلك بالتعاون مع الأطباء النفسيين العاملين في مستشفيات تلك المنطقة.

(ت) العمل على دعم مجتمعات الأمل للصحة النفسية بالمملكة لتلعب الدور المنوط بها كمستشفيات مرجعية تخصصية في كل منطقة، لعلاج وتأهيل بعض الحالات المرضية النفسية شديدة الوطأة، وحالات الإدمان، وكذلك لعلاج مرضى الطب النفسي الشرعي.

(ث) تكثيف التواصل بين المستشفيات والمراكز التي تقدم خدمات صحة نفسية.

(ج) الحاجة إلى توظيف ما يسمى منسق الحالة (case manager) لكي يسهل تنسيق جميع أمور المريض النفسي الطبية والاجتماعية، والتأكد من جودة الرعاية المنزلية التي يتلقاها، نظراً لوجود نقص في ربط المرضى وأسرهم بالخدمات المتوفرة، وصعوبة ترتيب أسرة للتتويج عند الحاجة.

(ح) ضرورة تكوين خدمات الرعاية المنزلية لمتابعة الحالات الحادة والمزمنة في منازلهم وبعد خروجهم من المستشفيات.

(خ) على وزارة الصحة ومؤسسات الرعاية الصحية التعاون مع الاعلام لتصحيح الصورة السلبية ووصمة الأمراض النفسية، وإرشاد المحتاجين من المواطنين للخدمات المقدمة.

10- الخدمات النفسية في السجون/ النواحي الأمنية:

(أ) سيفتح مستشفى الأمل بالرياض مركزاً صغيراً في سجن الحائر، ولكن معظم سجون المملكة تفتقد لخدمات الصحة النفسية والتأهيل النفسي الاجتماعي الكافي.

(ب) استحداث مراكز تدخلات عاجلة ومتابعة مستمرة للمرضى الخطيرين من خلال قاعدة بيانات لهم وفرق علاجية تقدم لهم الخدمة في منازلهم.

ت) تحديد الجهات التي تتعامل مع المريض عند قيامه بعمل عنيف بدون وعيه الكامل، وكيفية التعامل مع مثل هذه الحالات.

11- الخدمات الوقائية:

- أ) ضعف الخدمات الوقائية بشكل عام
 ب) إضافة مناهج في الثقافة النفسية (للمرحلتين المتوسطة والثانوية والجامعية)، تتضمن التوعية بالأمراض النفسية وطرق علاجها (بشكل مبسط).

12- الأطفال والحالات النفسية:

أ) توظيف مرشدين نفسيين أو تدريب المرشدين الطلابيين في المدارس على (اكتشاف العنف بأنواعه، تقييم الذكاء، التدخل المبكر في حالات الإعاقات، علاج مشاكل الأطفال والمراهقين) ويتولى تدريبهم مختصون من وزارتي الصحة والتعليم.

ب) إيجاد ربط إلكتروني مباشر بين وزارتي التعليم والصحة لإحالة ملفات بعض الطلاب المحتاجين للعناية النفسية المكثفة أو أسرهم.

ت) العمل على زيادة أعداد المؤهلين في الطب النفسي للأطفال.

ث) أهمية وجود نظام في المدارس للربط مع مراكز الصحة النفسية.

(هناك مشروع حديث بين جامعة الملك سعود وجامعة هارفرد الأمريكية لتخريج متخصصين في الصحة النفسية للطفل، يتكون من دراسة دبلوم لمدة سنتين يؤهلهم للتشخيص والتدخل في المدارس).

13- حقوق المريض:

أ) التعريف بحقوق المريض حتى يكون على علم بها.

ب) مكافحة الوصمة وإن كانت قضية عالمية.

ت) الكف عن إصاق تهمة (مصاب بمرض نفسي) تجاه كل من يرتكب جريمة بشعة. فهناك أكثر من ٣٠٠ مرض نفسي تصيب قرابة ثلث عامة الناس، وليس من المعقول أن نعمم تهمة الإجرام والعنف على كل هؤلاء. بل الصحيح، أن غالبية الجرائم الكبرى لا علاقة لها من قريب ولا من بعيد بالإصابة بالمرض النفسي. ولذا، لنسب الأمور بمسماياتها، فمن ارتكب جريمة كبرى فهو (مجرم) حتى يثبت غير ذلك.

14- مؤسسات المجتمع المدني:

- (أ) من المهم مشاركة المجتمع في التوعية والخدمات، لذلك من الضروري إنشاء جمعيات في هذا المجال. من الجمعيات الموجودة حالياً جمعية الفصام، وهي متخصصة في هذا المجال؛ وتقدم التثقيف الأسري وبعض الخدمات الجيدة للمرضى، وتتعاون مع مجمع الأمل.
- (ب) إقامة جمعية خيرية لحقوق المرضى النفسيين، تسعى لنيل المرضى لحقوقهم، وتتلقى شكاوى المرضى، وتتواصل مع الجهات ذات العلاقة.
- (ت) عقد شراكات استراتيجية مع المؤسسات الإعلامية (المرئية، والمسموعة، والمقروءة) وعقد ورش متخصصة في مجالات التعريف بالأمراض النفسية وعلاج الإدمان وطرق التعامل معها، وتكثيف الحملات الإعلامية والتوعوية لأسر المرضى والمجتمع في مجال (النفسية، والإدمان).
- (ث) تكرار عقد ورش العمل والاجتماعات بين مقدمي الرعاية النفسية لتوحيد الجهود، والتعاون لإيجاد حلول أفضل لخدمة المرضى، وسد الخلل في مفاهيم الجهات المعنية.

ثالثاً - أهم التوصيات:

- 1- إنشاء أقسام نفسية في المستشفيات العامة. وستساهم هذه الأقسام في توفير فرصة التويم النفسي لكل مريض محتاج، في جناح صحة نفسية، يفترض ألا يبعد أكثر من 50 كم، على الأكثر من مكان سكنه. ويتم ذلك بتخصيص خمسة بالمائة على الأقل من أسرة كل مستشفى عام لتكون جناحاً نفسياً مجهزاً، لتقديم خدمة التويم (المؤقتة) لكل من أصيب بحالات الذهان والهوس والاكتئاب الحادة... الخ. كما تقدم خدمات العلاج المنزلي لبعض الحالات المزمنة. وتقدم هذه الأقسام كذلك خدمات طبية نفسية تكاملية وتخصصية وتعليمية وبحثية، تخدم أقسام المستشفى العام الأخرى، وكليات الطب، والمجتمع ككل.
- 2- إنشاء خدمات نفسية في مراكز الرعاية الأولية في الأحياء، تسهياً لوصول الخدمة لمستحقيها. ويتولى فيها أطباء الرعاية الأولية علاج الأمراض النفسية الشائعة والبسيطة، عبر البرامج التكاملية الطبية النفسية، وذلك بالتعاون مع الأطباء النفسيين العاملين في مستشفيات تلك المنطقة، مع توظيف عدد كاف من منسقي الحالات لكي يسهلوا تنسيق جميع أمور المريض النفسي الطبية والاجتماعية.

- 3- دعم مجمعات الأمل للصحة النفسية بالملكة لتلعب الدور المنوط بها كمستشفيات مرجعية تخصصية في كل منطقة، لعلاج وتأهيل بعض الحالات المرضية النفسية شديدة الوطأة، وحالات الإدمان، وكذلك لعلاج مرضى الطب النفسي الشرعي.
- 4- إنشاء المراكز النهارية ودور الضيافة وبيوت نصف الطريق: لتقديم الرعاية طويلة الأمد للمرضى النفسيين المزمنين، وتقليل ظاهرة التشرذم بينهم.
- 5- تكثيف الرقابة على القطاع النفسي الخاص، وسن الأنظمة الرادعة لاستغلال ضعف المرضى النفسيين بشتى الوسائل. والمساعدة في تعديل وثيقة التأمين الصحي الأساسية لتغطي علاج جميع الأمراض النفسية، وبلا استثناء.
- 6- المساعدة في تفعيل نظام الرعاية الصحية النفسية الصادر بالمرسوم الملكي رقم م/56 وتاريخ: 1435/9/20، مع مراجعته واقتراح أي تعديلات عليه.
- 7- حث الجامعات والهيئة السعودية للتخصصات الصحية للتوسع في إعداد وتنفيذ مجموعة من برامج التدريب السريرية التخصصية، كالدبلومات السريرية في العلاج النفسي التي لا تقل مدتها عن سنة، وبرامج الماجستير والدكتوراه السريرية المتخصصة في مدارس العلاج النفسي، تستهدف الأطباء والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين العاملين في المؤسسات الصحية العلاجية.
- 8- تفعيل الشراكات مع القطاع الخاص ذات المسؤولية الاجتماعية حول دعم خدمات الصحة النفسية بما في ذلك إقامة دور الضيافة لإيواء ناقهي الأمراض النفسية.
- 9- إضافة مناهج في الثقافة النفسية (للمرحلتين المتوسطة والثانوية والجامعية)، تتضمن التوعية بالأمراض النفسية وطرق علاجها بشكل مبسط.
- 10- إنشاء معهد وطني أو هيئة وطنية للصحة النفسية يكون من مهامها إجراء الدراسات المستفيضة للقضايا النفسية الملحة وكذلك رسم الخطط وتنسيق خدمات الصحة النفسية على مستوى المملكة.

من للضعفاء والمسحوقين؟!

عزيزي القارئ: لا أحد يدب على ظهر هذه البسيطة إلا ويتمنى دوام الرزق الحسن، والنصر المؤزر من الله سبحانه. بل حتى على مستوى المجتمعات والدول، لا شيء يشغل بال قادتها؛ كتوفير الرزق لشعوبهم، وتحقيق النصر على أعدائهم.

وهناك طريق لهذا المطلب النفيس، يعرفه العامي بفطرتة، ويدركه قادة الأمم باستقراءهم لسنن الله الكونية في وفرة الأرزاق والنصر على الأعداء؛ ألا وهو الاعتناء بالضعفاء أيًا كانوا. وقد دلنا المصطفى صلى الله عليه وسلم على ذلك بقوله "ابغوني في ضعفائكم، فإبما تُرزقون، أو تُنصرون بضعفائكم".

وبحكم عملي في مجال الطب النفسي الجسدي، فقد سنحت لي الفرصة أن ألتقي بأصناف من هؤلاء الضعفاء. والجامع بينهم، أن ضعفهم ومرضهم قد أعجم ألسنتهم فلم يستطيعوا إيصال مطالبهم للمجتمع، لكن أفئدتهم تتطوي على مرارة وحزن - لو تعلمون - عظيم. ولذا سأفرد لمعاناتهم هذه المقالة، وأحاول أن أتحدث بلسان حالهم، راجياً من الله العون والسداد.

فلو نطق عبد الرحمن (والمصاب بمرض الفصام من النوع الشديد)، لقال: "كنت طالباً متفوقاً بأحد الكليات الشرعية، عندما طحني اضطراب الفصام بكلكله، فتركتني شبه مجنون، والحمد لله على ما قضى وقدر. لكنني أتساءل بمرارة، أي ذنب جنيته لكي أعيش شريداً طريداً! أليس هناك مكان ثالث يمكنني العيش فيه بكرامة، غير مستشفى الصحة النفسية أو افتراش الأرض والتحاف السماء في العراء. لقد صُممت مستشفيات الصحة النفسية كباقي المستشفيات، لتكون مكاناً مؤقتاً لعلاج الحالات الحادة؛ وليست مهياً بحال، لتكون ملاذاً كريماً وسكناً لاثقاً للمشردين. وللأسف فإن (بعض) هذه المستشفيات؛ يفتقر لأبسط حقوق الإنسان! وليتك أيها المسؤول، تزور (عنابرنا) على غرة، ذات مساء، لترى ما تتفطر له الأكباد! وليس الخبر كالعيان".

أما أبو عبد الله، الطبيب السابق (والمصاب بخرف الزهايمر)، فيقول: "لقد عشت زهرة عمري، أطلب الناس في العيادات وفي غرف العمليات في المستشفيات. وفي بحر السبعين من عمري، عاث الزهايمر بضراوة بين تلايبب دماغني، فأصبحت عاجزاً عن القيام بنفسني، فلا أكل ولا ألبس، بل ولا أقضي حاجتي بلا مساعدة، وما أقساه من شعور! أليس من حقي أن أعيش حياة كريمة في دور مهية لرعاية أمثالي؛ بدلاً من مكابدة الليال الطوال، أكفكف دمعي السخين، بين جدران أربعة، وأيدي خادم غليظة تتمنى موتي عاجلاً غير آجل".

وهكذا تتوالى الآهات من أناس أقعدهم المرض وأعجم ألسنتهم، بعد أن كانوا ملء السمع والبصر؛ كالمصابين بحوادث السيارات، والأمراض الخطيرة الانتهائية كبعض حالات السرطان والسكتات الدماغية... الخ. والقائمة لا تنتهي، ممن انقلب به الحال، فأصبح لا حياً فيرجى ولا ميتاً فينعى. فلو

نطق بعض هؤلاء لقالوا، "يا لبؤس هذه الحياة التي نقاسيها! فليست الحياة هي تناول الغذاء والدواء فحسب، بل نريد مع ذلك الرعاية النفسية والاجتماعية، التي تكفل لنا حياة ذات جودة أفضل".

وبعد، أيها القارئ الكريم: ففي المجلد، أعتقد أن المشكلة ليست مادية في جوهرها. ففي بلادنا ولله الحمد والمنة، تُتفق أموال طائلة على الصحة؛ لكن الفرق بيننا وبين الدول المتقدمة، أنهم يصرفون قرابة 15% من ميزانية الصحة على خدمات الصحة النفسية والاجتماعية، بينما في غالب الدول العربية لا تتجاوز النسبة 2%. وبينما نهتم أحياناً بشراء أحدث موديلات الأجهزة الطبية، تجدهم هناك في الدول المتقدمة، ربما يكتفون بموديل أقدم طالما لم يختلف جوهرياً عن الطراز الأحدث، ويوفرون هذا المال لتقديم الرعاية المتكاملة (البيولوجية والنفسية والاجتماعية) للمرضى المزمنين والمصابين بأمراض انتهازية.

وبفضل الله تعالى، ثم بفضل تحسن الخدمات الصحية في السعودية، فقد ارتفع مأمول العمر عند الولادة (متوسط العمر المتوقع)، من 46 عاماً سنة 1960، إلى 76 عاماً سنة 2015. ويتوقع أن يصل 82 عاماً بحلول 2050 بإذن الله. وهذا يعني زيادة مطردة في أعداد حالات المصابين بأمراض مزمنة، مقعدة عن الحياة. في المقابل، هناك ضمور متسارع في أعداد العائلات ذات النمط الممتد، وازدياد في أعداد العائلات الصغيرة (العائلة النواة الحديثة) التي تعيش في شقق صغيرة، مع عمل الأبوين خارج المنزل. وهذا يجعل من رعايتهم للمصابين بأمراض مزمنة مقعدة أمراً شاقاً. ولذلك، يتحتم علينا استباق هذه التغيرات الديمغرافية والاجتماعية بحلول إبداعية متنوعة. وفي هذا السياق، سأختم مقالتي ببعض التمنيات:

- أتمنى أن يتنافس الأطباء والمختصون النفسيون والاجتماعيون وغيرهم من التخصصات ذات العلاقة في طرح الحلول الإبداعية لسبل تقديم الرعاية الكريمة المتكاملة لهؤلاء الضعفاء. ومن ذلك، التوسع في إنشاء مراكز العلاج النهاري والتأهيل النفسي وبيوت منتصف الطريق ودور الإيواء؛ وذلك لتقديم الرعاية طويلة الأمد للمرضى النفسيين المزمنين، وتقليل ظاهرة التشرذم بينهم. وكذلك لا بد من تشجيع القطاع الصحي الخاص على تطوير خدماته النفسية، مع إجبار شركات التأمين الصحي على إدراج علاج الأمراض النفسية ضمن الأمراض المكفول علاجها في بوليصة التأمين العلاجية. وبالطبع، لن نعيد اختراع العجلة من جديد، فلا بد من الاستفادة من تجارب الدول المتقدمة في هذا المجال، وكذلك توصيات منظمة الصحة العالمية، والجهات ذات العلاقة.

- أتمنى أن يتنادى الدعاة والمثقفون وأصحاب المنابر لنشر ثقافة (تقديم الرعاية للضعفاء)، بما في ذلك، تشجيع التطوع بالجهد والمال، وتوجيه أموال الأوقاف والتبرعات لهذا الأمر.

- أتمنى أن يجتمع مسؤولو وزارتي الصحة والشئون الاجتماعية بشكل دوري، ليدللوا العقبات البيروقراطية التي تعرقل إنشاء دور الرعاية الكريمة بشتى أنواعها. فلو سُئل أصحاب الأموال،

لماذا يتجنبون توجيه مصارف الأوقاف لدعم الضعفاء بدلاً من بناء المساجد مثلاً؟ لأجابوا بأن السبب، هو عدم وجود حزمة متنوعة من الأفكار الوقفية لدعم الضعفاء، المدعومة لوجستياً من الجهات الرسمية ذات العلاقة؛ فلا يبقى بعدها للمتبرع دور سوى أن يختار من المشاريع المعروضة ما يعجبه.

- أتمنى أن يسخر المسئولون وأعضاء المجالس البلدية في كل ناحية من بلادي كل الإمكانيات لتسهيل قنوات التطوع المتنوعة التي تناسب كل الأعمار، وكلا الجنسين، ليقدّم كل أحد ما بوسعه لدعم الضعفاء. كما أن جهات التوظيف الحكومية والخاصة والجامعات، مطالبة بثمين الجهود التطوعية لطالبي الوظائف ومقاعد الدراسة الجامعية والدراسات العليا، وجعلها إحدى الشروط الرئيسية للحصول على ذلك.

- أخيراً، أتمنى أن نستقطع جميعاً ساعة واحدة على الأقل أسبوعياً، من الأوقات التي نهدها في شبكات التواصل، وذلك لتقديم المساعدة لهؤلاء الضعفاء - كل بحسبه - ولو أن يتعاهد أحدنا أقاربه الضعفاء بالتواصل الهاتفي والزيارة. وذلك شرف عظيم، ومنزلة سامقة لا يوفق للوصول لها إلا من أراد الله به خيراً.

قفلة:

في زمن تكالب فيه علينا الأعداء، وشكا الناس فيه من غلاء الأسعار، وضيق الأرزاق؛ لن تُستمطر رحمت الله ومدده، بمثل العناية بالضعفاء " وهل تتصرون وترزقون إلا بضعفائكم".
 "اللَّهُمَّ إِنِّي أَسْأَلُكَ فِعْلَ الْخَيْرَاتِ، وَتَرْكَ الْمُنْكَرَاتِ، وَحُبَّ الْمَسَاكِينِ".

من تطبّب ولم يُعلم منه طبُّ فهو ضامن

اسمح لي عزيزي القارئ أن أصحبك اليوم في جولة على بعض أقسام الطوارئ بعدد من المستشفيات العامة والنفسية. وهدفي من هذه الجولة، إطلاعك على أهم أسباب انتكاسة كثير من المصابين بأمراض نفسية شديدة الوطأة؛ مما يدفع بذويهم لأن يهرعوا بهم لأقسام الطوارئ، ويبدلوا ما بوسعهم للحصول على سرير تنويم نفسي لمريضهم، هو أندر الآن من الكبريت الأحمر.

ودعني أروي لك قصة اثنين من هؤلاء المرضى فقط. ففي تلك الغرفة المبطنة بمادة لينة بالكامل والمغلقة بإحكام، تم وضع رجل أعمال في الخمسين من عمره. وهو مصاب باكتئاب حاد، وقد منعه ذووه في اللحظات الأخيرة من شق نفسه، وأحضره للإسعاف بشق الأنف. ولأنه مازال مصراً على الانتحار، فقد تم التحفظ عليه في هذه الغرفة الآمنة، تمهيداً لنقله لجناح الحالات النفسية الحادة. أما في هذه الغرفة الأخرى، فتتقطن امرأة ثلاثينية، وأم لثلاثة أطفال، وهي مصابة باضطراب ثنائي القطب من النوع الشديد. وقد أحضرها ذووها نتيجة انتكاساتها بنوبة هوس حادة (من أعراضها ارتفاع المزاج، وكثرة الحركة والكلام وتسارع الأفكار، وهوس العظمة، وقلة الحاجة للنوم، والتصرفات الطائشة. الخ)، وقد وجدها أحد المارة تمشي بلا هدى خارج بيتها، وكان رجلاً أميناً، فساعدها حتى أوصلها لأهلها.

ولو فتشنا عن سبب انتكاسة هذين المريضين ومئات بل آلاف الحالات النفسية المشابهة، رغم أن معظمهم كان يرفل بصحة جيدة، ويؤدي وظائفه الحياتية بشكل مقبول، ولسنوات عديدة؛ لوجدنا هذا السبب يتكرر كثيراً (انتكست حالة المريض بعدما أوقف أدويته بدون استشارة الطبيب). والأدهى من ذلك والأمر، أن ذلك يحدث غالباً بفعل نصيحة مسمومة من (مطبّب جاهل)، وربما بضغط شديد من أحد أفراد عائلة المريض. فمن يا ترى يستحق أن يطلق عليه لقب (المطبّب الجاهل)؟!؟

لنعد لعنوان هذه المقالة، فهو حديث شريف، وقاعدة بديعة رسمها المصطفى عليه الصلاة والسلام نبراساً في هذا الباب " من تطبّب ولم يُعلم منه طبُّ فهو ضامن". فلا ينبغي أن يمارس الطب سوى من كان مؤهلاً. وقد ذكر ابن القيم من أقسام المعالجين: (مطبّب جاهل.. فإن ظن المريض أنه طبيب، وأذن له في طبّه لأجل معرفته: ضمن - هذا المطبّب الجاهل - ما جنت يده، وكذلك إن وصف له دواء يستعمله، والعليل يظن أنه وصفه لمعرفته، وحذقه، فتلف به: ضمنه).

أما الطبيب الحاذق بحسب الأنظمة المعتمدة، فإن عالِم وفق الأصول المهنية المعروفة، وترتب على عمله خطأ، كتلف عضو أو وفاة؛ لم يضمن الطبيب شيئاً؛ لأنه مأذون له في العلاج من الجهة الرسمية المختصة، ومن المريض أو وليه.

وكان وصف (الطبيب) في الماضي يطلق على كل من لديه خبرة كافية بالتطبّب، أما في الوقت الحاضر فقد أصبح وصف (الطبيب) محصوراً على كل من نال الشهادات الكافية التي تجيز له

ممارسة الطب وهي بكالوريوس الطب والجراحة مع زمالات التدريب في التخصصات الدقيقة. وذلك يستدعي قضاؤه أربعة عشر سنة من عمره على الأقل، في الدراسة والتدريب، حتى يحصل على التصريح بممارسة مهنة (استشاري) من الجهة الصحية الرسمية المختصة (وهي لدينا الهيئة السعودية للتخصصات الصحية). ثم يحتاج الطبيب بعد ذلك لتجديد الترخيص الطبي لمزاولة مهنة الطب كل خمس سنوات؛ بعد أن يثبت استمرار أهليته، وعدم ارتكابه لمخالفات مهنية، ومواكبته لمستجدات الطب المتسارعة بحضور 150 ساعة على الأقل من أنشطة التعليم الطبي المستمر. في المقابل، يتفق كبار الأطباء أن الطب الحديث، بالرغم من تطوره الهائل والمتسارع؛ مازال عاجزاً عن تشخيص وعلاج بعض الأمراض. ولذلك، سيبقى للطب التكميلي/البديل مكانته المهمة. ولا ريب أن بعض التقنيات العلاجية المستعملة في الطب الشعبي، وفي مقدمتها الطب النبوي، مفيدة لبعض المرضى حتى لو افتقدت للتجارب العلمية المنضبطة. ويكفي دليلاً على نجاعتها وجود النص الصحيح الصريح من الكتاب والسنة.

واستهداء بما سبق ذكره، أود توجيه الرسائل التالية:

أولاً) لوزارة الصحة:

لقد أظهرت دراسة قام بها كاتب المقالة مع آخرين، أن قرابة خُمس المراجعين للعيادات النفسية أو المنومين بالأجنحة النفسية في السعودية أميون، وثلاثة أرباعهم عاطلون عن العمل، ويقل الدخل الشهري العائلي لثلثهم عن ستة آلاف ريال. كما أظهرت تلك الدراسة أن قرابة (نصف) المراجعين للعيادات النفسية أو المنومين بالأجنحة النفسية في السعودية، مصابون باضطرابات استقلابية متعددة كالسمنة، والسكري وضغط الدم وارتفاع الدهون. وفي دراسة علمية أخرى لكاتب المقالة مع باحثين آخرين، تبين أن ثلاثة أرباع مراجعي استراحات الرقاة/المعالجين الشعبيين مصابون بأمراض نفسية، بينما 40% لديهم أمراض جسدية. كما تعرض 4% منهم للضرب الشديد أو الخنق أو الصعق بالكهرباء بواسطة هؤلاء المعالجين.

ولذلك أدعو وزارة الصحة لتحسين خدمات الصحة بشكل عام والصحة النفسية بشكل خاص، وفي مقدمة ذلك دمج الرعاية النفسية في القطاع الصحي العام. كما أدعوها لإجبار شركات التأمين الصحي على إدراج علاج الأمراض النفسية ضمن الأمراض المكفول علاجها في بوليصة التأمين العلاجية الأساسية، أسوة بما هو متعارف عليه عالمياً. وقد بسطت الكلام حول ذلك في مقالة سابقة بعنوان (الصحة النفسية شرط لتحقيق رؤية السعودية 2030).

أما بالنسبة للطب الشعبي/التكميلي، فأنا أدعو بشدة لتقنين هذا الأمر، وإيجاد تصاريح خاصة بممارسة الطب الشعبي، تسمح بعلاج أمراض محددة بتقنيات علاجية معينة، مع التوثيق في الملفات الطبية. وألا يسمح لأحد بأن يُطبب الناس إلا في منشآت علاجية مصرحة،

تحت المراقبة الصارمة المستمرة من الجهات الصحية المختصة كما هو الحال في المنشآت الصحية الأخرى. كما أدعو الأطباء والباحثين لإخضاع هذه التقنيات لتجارب الطب المبني على البراهين.

ثانياً) للأطباء:

أدعو نفسي أولاً وزملائي الأطباء بشكل عام، والأطباء النفسيين والمعالجين النفسيين بشكل خاص لتطوير الخدمات الصحية الجسدية والنفسية والاجتماعية المقدمة للمرضى، ومن ذلك تحسين مهارات الاتصال مع المرضى وأهاليهم؛ والذي يزيد من رضاهم عن الخدمات الصحية، ويقلل من لجوئهم للمُطببين الجهلة والدجالين. وفي دراسة ستشر قريباً لكاتب المقالة مع آخرين، حول أسباب لجوء بعض سكان مدينة الرياض لاستخدام الأدوية ذات التأثير النفسي من غير وصفة طبية (وذلك بالشراء من الصيدلية مباشرة)، ذكر 42% منهم بأن سبب ذلك هو عدم شعورهم بشدة أعراضهم النفسية، و 37% لعدم قرب خدمات الصحة النفسية من مكان سكنهم أو ازدحامها، و 29% أرجعوا ذلك إلى التكلفة المادية المرتفعة للعيادات النفسية، و 23% لضعف ثقتهم بالأطباء النفسيين. وباستخدام مقياس نفسية للتحري، ظهر أن نسبة انتشار اضطراب الاكتئاب الجسيم بين المشاركين تصل 46%، واضطراب القلق العام 42%.

ثالثاً) لأقارب المرضى:

لا ينكر عاقل أن الدعم الذي يقدمه الأهالي لمرضاهم لا يقدر بثمن؛ في ظل ضعف الخدمات المساندة المقدمة للمرضى لدينا في المستشفيات. ولكن في بعض الحالات، أخشى أن يتحمل (بعض) أقارب المرضى وأصدقائهم أوزاراً كبيرة عندما يقدمون نصائح (مسمومة) لهم، بل أحياناً يمنعون بعض المصابين بأمراض نفسية أو بالأورام من تلقي العلاج الطبي اللائم، أو يتأخرون في ذلك. وبدلاً من ذلك يسلمون المريض لبعض الجهلة والدجالين الذين امتهنوا علاج الناس وتطبيبهم في الأقبية المظلمة، والاستراحات الخاصة بلا رقيب ولا حسيب!

أما لو كان ذلك قرار المريض بنفسه، وبلا تأثير من أحد، فلا تثريب حينئذ. وقد أفتى مجمع الفقه الإسلامي بعدم وجوب التداوي، إلا إذا كان تركه يفضي إلى تلف النفس أو أحد الأعضاء أو العجز، أو كان المرض ينتقل ضرره إلى غيره، كالأضرار المعدية.

قفلة:

عزيزي القارئ: عندما يشكو لك عزيز لديك من إصابته بأعراض مرضية، نفسية كانت أو جسدية؛ فأنصت له بكل جوارحك وتعاطف معه وادع له، ولكن لا تُطبِّبه. وإذا استصحك فانصحه باستشارة طبيب؛ فذلك أبرأ لذمتك، وقد قال نبينا محمد صلى الله عليه وسلم (من تطبّب ولم يُعلم منه طبٌّ فهو ضامن).

من يوقف عبث الإعلام الصحي؟!

للأسف يعتقد بعض الناس أن ما تنشره وسائل الإعلام من معلومات صحية ودعايات طبية لا يتطرق له شك في صدقه ولا دقته؛ مع أن الواقع يقول، أن الإعلام المحلي لدينا يغلب أحياناً جانب الإثارة الإعلامية والكسب المادي على حساب صحة المجتمع بشكل عام.

واسمحوا لي أيها القراء الكرام أن أضرب بعض الأمثلة، وبالمثال يتضح المقال. فقد حدثني استشاري أطفال متخصص بأمراض الصدري يعمل في مشفى مرموق في الرياض، عن حصول انتكاسات خطيرة ومفاجئة في غضون شهرين لعدد كبير من مراجعيه من الأطفال المصابين بالربو، وبعضهم تم تنويمه آنذاك في العناية المركزة. ونتج ذلك بسبب إيقاف آباء هؤلاء الأطفال لبخاخات الربو الوقائية المحتوية على الكورتيزون؛ خوفاً من أعراض الكورتيزون الخطرة على أطفالهم، والتي قرؤوها في أحد الصحف. فقد نشرت أحد الصحف المحلية آنذاك صورة لبخاخ الربو المحتوي للكورتيزون وبجواره قائمة طويلة مزعومة للأعراض الجانبية الخطيرة المترتبة على استخدامه. ولو كان محرر تلك الصحيفة أدنى خبرة طبية أو استشار متخصصاً، لعلم أن العلاجات المحتوية على الكورتيزون من أعظم الاختراعات الطبية نفعاً، وأن هذه الأعراض الجانبية الخطيرة لدواء الكورتيزون نادرة الحدوث، وتحدث أكثر عند استعمال جرعات عالية، وعبر الوريد، ولفترات طويلة.

ومن الأمثلة المتكررة لأخطاء الإعلام الصحي، نشر نتائج لدراسات إما هزيلة في طريقة إجرائها فلا يُعتد بنتائجها إطلاقاً، أو أن نتائجها مخالفة لعشرات من الدراسات السابقة لها، ولذلك لا بد من تأكيد نتائجها بواسطة باحثين آخرين لكي يُعتد بنتائجها في التوصيات السريرية. وللأسف يتسرع بعض مشاهير وسائل التواصل الاجتماعي، من الأطباء وغيرهم، في نشر بعض نتائج الأبحاث العلمية بطريقة مبسطة، ومضللة للمتابعين غير المتخصصين طبياً؛ مما يؤدي لنتائج كارثية على صحة المرضى والمجتمع بشكل عام. وقد صدق علي بن أبي طالب رضي الله عنه حينما قال (حدثوا الناس بما يعرفون)، وقد قيل: لكل مقام مقال، وليس كل ما يعلم يقال. وقد كتبت مقالاً حول هذا الشأن عنوانه (مزلق الفضلاء في تويتر).

والأسوأ من ذلك، وقد تكرر حدوثه في السنوات الأخيرة، أن يطبل صحفي لباحث سعودي نشر مقالة بحثية عادية في مجلة علمية محدودة التأثير (يُنشر المئات من أمثالها كل يوم)، ويستخدم عناوين براقية وعبارات مبالغ بها لوصف نتائج ذلك البحث. وكان الأجدر بالصحفي إزجاء الشئ المعتدل لهذا الباحث، والوصف الدقيق لنتائج بحثه دون تضليل القراء.

أما نشر الدعايات الطبية المضللة فحدث ولا حرج. ومن ذلك، تسويق بعض الصحف الإلكترونية لمعالجين شعبيين، استغلوا حاجة الناس! فادعوا علاج كل الأمراض، واستخدموا طرقاً سقيمة، ليس عليها دليل من نقل ولا عقل ولا تجربة، وكلفوا المرضى مبالغ طائلة. وهم يعملون في استراحات

خاصة بهم، بلا حسيب ولا رقيب؛ فالداخل إلى بعض استراحاتهم مفقود، والخارج منها مولود، والناس فيها دود على عود!!!

ويدخل في ذلك، نشر دعايات مضللة لدورات وهمية بغرض علاج بعض الأمراض النفسية (وأى لمدرّب مهما بلغ تأهيله أن يعالج مائة شخص بشكل جماعي خلال بضع ساعات!!! في حين يحتاج المعالج النفسي المؤهل بحسب الدراسات العلمية، للقيام بجلسات علاجية نفسية متكررة مع مريض واحد أو مجموعة صغيرة، بشكل أسبوعي، ولبضعة شهور، وتستغرق كل جلسة منها 45 دقيقة؛ لكي يستطيع أن يعالج فعلياً أحد الأمراض النفسية). وكثيراً ما تستفزني، دعايات التخفيضات في كشفية الزيارة للأطباء والتحاليل المختبرية؛ وذلك عندما تعرض سعراً مخفضاً لمن يزور أكثر من عيادة في ذلك المركز الطبي الخاص، وكلما أكثر المريض من التحاليل والتصوير بالأشعة نال تخفيضاً أكثر. وهذه الدعايات تستهدف المصابين باضطراب القلق من الأمراض، والذين يدخلون ذلك المركز لعلاج شكوى طبية واحدة، ثم تتدافعهم الأيدي بين عياداته ومختبراته المختلفة، ويخرجون منه في النهاية بشكاوى طبية متعددة، وبالطبع بعد فراغ جيوبهم من الأموال!! وللأسف يحصل بعض الأطباء العاملين في تلك المراكز الطبية الخاصة على نسبة من قيمة الكشفية عند التحويل للعيادات الأخرى في نفس المركز، ونسبة من قيمة الفحوصات، وربما الأدوية التي يصرفها للمريض؛ وهذا يشكل تعارضاً في المصالح، وسيؤثر غالباً على قراراتهم السريرية. وقد أطنبت في الحديث عن ذلك في مقال سابق بعنوان (اضطراب قلق المرض والهرم الصحي المقلوب)، فيمكن الرجوع إليه لمن أراد.

ودعوني أختتم مقالي هذه ببعض الاقتراحات، ومنها، أن تستعين وسائل الإعلام بمحررين طبيين متخصصين أو بمستشارين طبيين لمراجعة ما ينشر في تلك الوسائل من حيث الصحة والدقة. وكذلك لا بد من تفعيل الأدوار النقابية والرقابية للجمعيات السعودية في مختلف التخصصات الطبية المختلفة لكي تحمي صحة المجتمع من الدخلاء والممارسات الخاطئة؛ ولا بد أيضاً من تفعيل الأدوار الإعلامية لتلك الجمعيات، وأن تتخذ متحدثاً رسمياً باسمهما لتوضيح أي لغط صحي يدور في وسائل الإعلام. وأخيراً أتمنى من الجهات الرسمية المعنية سن قوانين صارمة في هذا السياق، ومتابعة ما يجري في المراكز الطبية الخاصة، واستراحات المعالجين الشعبيين؛ وأن تتخذ إجراءات حازمة لحماية المرضى من الاستغلال.

لماذا ارتبط الطب النفسي بالإعلام؟ والدورات؟ وما هي أدوار الطبيب النفسي الحقيقية؟

بادئ ذي بدء، أعتزف بأن هذا موضوع شائك، والكتابة فيه من شأن الجمعيات العلمية وأكابر أهل التخصص، فأنا متطفل عليه، وبضاعتي فيه مزجاة. ولكن رأيت من واجبي المشاركة بكلمات في هذا الأمر، لتفتح شهية زملائي وأساتذتي لطرح علمي أفضل. وأرجو ألا يُفهم مقالي هذا على أنه استنقاص من أحد بعينه، ولا تقليل من جهود زملائي وأساتذتي في الطب النفسي، وكلمات الشكر تقف عاجزة عن الامتنان لهم على ما بذلوه وسيبذلونه في المستقبل لخدمة المجتمع.

فلا تخطئ عيون القراء وأسماعهم، حجم المشاركة الإعلامية الكثيفة لبعض الأطباء النفسيين السعوديين، وفي مواقع تواصل اجتماعي متعددة، وفي مواضيع لا تمت أحياناً لتخصصهم بصلة، مثل: استضافة طبيب نفسي للنقاش حول اتجاه الناس للسياحة الخارجية؟! وما سبب البطالة في السعودية؟! ولا أقل من أهمية هذه المواضيع، لكنها تحتاج لباحث متخصص، وليست ضمن خبرات الطبيب النفسي. ومما يؤسف له اتجاه بعض الأطباء النفسيين النابهين المتخرجين حديثاً في هذا الاتجاه. والهدف في البداية نبيل، وهو تثقيف المجتمع بمواضيع الصحة النفسية، لكن بحار الإعلام الهائجة وبريق الشهرة الزائفة، أدت لمشاركات إعلامية مثيرة للجدل، وفقيرة علمياً، ولا تمت لتخصص الطب النفسي بصلة.

وبعض الأطباء النفسيين اتجه لدورات تطوير الذات، وهي الأخرى لا تمت لتخصص الطب النفسي بصلة. فيعرف الطبيب النفسي قبل غيره، أن هذه الدورات ذات العنوانين البراقة من قبيل: كيف تتخلص من القلق وتصبح سعيداً في ثلاث ساعات؟ هي محدودة الفائدة لصحيح النفس والجسد، ولا ينتفع منها المريض غالباً. وأنى لمدرّب مهما بلغ تأهيله، أن يعالج مائة شخص بشكل جماعي وخلال بضع ساعات! في حين يحتاج المعالج النفسي المؤهل، بحسب الدراسات العلمية، للقيام بجلسات علاجية نفسية، مقننة، متكررة مع مريض واحد أو مجموعة صغيرة، بشكل أسبوعي، وليبضعة شهور، وتستغرق كل جلسة منها 45 دقيقة؛ لكي يستطيع أن يعالج فعلياً أحد الأمراض النفسية. وبعض هذه الدورات يحاول تعليم تقنيات البرمجة اللغوية العصبية، وهي تفتقر لدراسات رصينة تثبت نجاعتها، كما أشارت لذلك دراسة استعراضية حديثة:

Sturt J, Neurolinguistic programming: a systematic review of the effects on health outcomes. Br J Gen Pract. 2012

وأحياناً، تُستخدم هذه الدورات كترويج لبعض مراكز الطب النفسي الخاصة. وأخشى أن في ذلك شيء من التدليس على المرضى، لأن تخصص المدرّب العلمي الطبي، يعطي المرضى انطباعاتاً زائفاً بأن خلاص معاناتهم في حضور دورة كهذه، علاوة على ما فيه من إضاعة لأوقاتهم وأموالهم. وأحياناً،

يدافع مقدمو هذه الدورات عنها، بأن هدفهم هو تثقيف عامة الناس بمواضيع الصحة النفسية، وهذا الأمر يتحقق فعلياً عبر محاضرات ولقاءات مفتوحة للنقاش، وليس عبر دورات مدفوعة الثمن، بعناوين يُفهم منها القدرة على تعليم العامة، كيفية تشخيص الاضطرابات الشخصية أو جلب السعادة المزعومة في ساعتين أو ثلاث!

وتذكيراً لنفسي وللأطباء النفسيين بشكل خاص، وللمهتمين من القراء الكرام بشكل عام؛ فسأوجز الأدوار الرئيسية الأربعة للطبيب النفسي، وهي نفس الأدوار المتوقعة من الأطباء في معظم التخصصات. كما أن بعض الأطباء قد يتميز في أحدها، وبعضهم في معظمها، والتوفيق من الله. وما عدا هذه الأدوار الأربعة من جهود، فلا يُحسب على تخصص الطب النفسي، وإنما هو اهتمام علمي إضافي، أو هواية شخصية جانبية. وهذه الأدوار باختصار هي:

(1) الدور السريري:

فهناك حاجة ماسة لكل دقيقة من أوقات الأطباء النفسيين في السعودية، ليصرفوها في خدمة المرضى في بلد يعد فيه الطبيب النفسي عملة نادرة، ويمتد الانتظار أحياناً في العيادات الخاصة فضلاً عن الحكومية لبضعة شهور. وما زالت الخدمة النفسية المقدمة قاصرة، لأسباب مؤسسية حاولت مقاربتها في مقال بعنوان (خدمات الصحة النفسية في السعودية ليست كافية. فما الحل إذن؟)، وأسباب فردية طرقت بعضها في مقال بعنوان (اعرف حقلك! ما هي حقوق المريض في العيادة النفسية؟).

أما العيادات النفسية التطوعية فهي أندر من الكبريت الأحمر. وهنيئاً لمن يتصدى لذلك. حيث من المعلوم، أن الأمراض النفسية شديدة الوطأة تتحدر بأصحابها في دركات الفقر والتشرد. ومن أخلص النية في خدمة هؤلاء فأحسبه والله حسيبه، قد حصل على خيرى الدنيا والآخرة. وقد قال حبيبنا صلى الله عليه وسلم " ابغوني في ضعفائكم، فإنما ترزقون أو تنصرون، بضعفائكم "

(2) الدور التعليمي:

فلا شك أن الدماغ، وهو مقر الأمراض العصبية والنفسية، ما زال غامضاً مقارنة بغيره من أعضاء الجسم، ولذلك تُصرف في سبيل كشف أغواره، مئات الملايين من الدولارات في العالم المتقدم. فلا توقف عن التعلم إلا بالتقاعد، ولا يثبت العلم إلا بتعليمه. فبالإضافة لمشاركتهم في تعليم طلبة التخصصات الرئيسية الأخرى في الصحة النفسية كعلم النفس والاجتماع. الخ؛ فلا مناص من أن يصرف الأطباء النفسيين، غالي أوقاتهم لتعليم طلاب الطب وطلاب الدراسات العليا الطبية في تخصصات الطب النفسي والأعصاب والعائلة والطوارئ والباطنة... الخ. ومن المعلوم، أن المصابين بأمراض نفسية شديدة الوطأة كالاضطراب ثنائي القطب واضطراب الفصام قد يموتوا أبكر من غيرهم ب 15 سنة بسبب ازدياد أمراض السكر والسمنة والضغط

والكوليسترول والقلب. الخ لديهم مقارنة بعامة الناس. وبينما تتضاعف معدلات الإصابة باضطرابات الاكتئاب والقلق والهذيان لدى المصابين بأمراض جسدية حادة أو مزمنة؛ فإن الفشل في تشخيص وعلاج هذه الاضطرابات النفسية الأنفة الذكر، يؤدي لمضاعفة معدلات المراضة والوفيات لدى هؤلاء المرضى بشكل عام؛ وكذلك للإفراط في استهلاك الخدمات الصحية العامة، وزيادة الكلفة الصحية الإجمالية. ومن هنا تبوأ الطب النفسي مكانة بارزة في مقررات التعليم الطبي الجامعية وفوق الجامعية في العالم المتقدم.

وبالتأكيد، للأطباء النفسيين دور مهم في تثقيف مرضاهم مع عوائلهم أثناء مواعيدهم العلاجية. أما التوجه لتثقيف عامة الناس بمواضيع الصحة النفسية فمهم بلا شك، ولكن يبقى واحداً من الأدوار الفرعية لأحد أدوار الطبيب الرئيسية الأربعة. ويُفترض أن يتصدى لهذا الدور في المقام الأول، المتخصصون في التثقيف الصحي والنفسي.

(3) الدور البحثي:

فلا تزال كثير من مواضيع الصحة النفسية في السعودية بكرة، وتحتاج لمن يتصدى لبحثها. ومن المتعارف عليه عالمياً، أن تنافس الأطباء الكبار يكون في عدد الأبحاث الرصينة التي ينشرونها في مجالات مرموقة، وليس في حجم الظهور الإعلامي، فذلك مجال يتنافس فيه مشاهير الفن والرياضة والإعلام. والدور البحثي له أبعاد كثيرة، لعلني أتطرق لها في موضوع مستقل بإذن الله.

(4) الدور القيادي والإداري:

فمهما تطورت موارد الصحة النفسية في السعودية، فلن تكفي لسد العجز المتزايد، مالم تُستخدم هذه الموارد بطريقة كفوة، وفي الطريق الصحيح. وليس خافياً استياء كثير من الأطباء النفسيين السعوديين من إهمال الجهات الصحية في المملكة للخدمات النفسية العامة، ولذلك ربما يبذل بعضهم جهداً ووقتاً متزايداً في القطاع الخاص. ومع ذلك، فأظن أننا كأطباء نفسيين، ما زال بيدنا الكثير لنبدله، لتطوير خدمات الصحة النفسية بشكل مؤسسي؛ ويأتي على رأس ذلك السعي لدمج خدمات الصحة النفسية في عيادات الرعاية الأولية والمستشفيات العامة، وفي ذلك مصلحة مشتركة للجميع، وتقليل للكلفة الصحية بشكل عام.

نشر التشخيص النفسي لأحد بدون إذنه عبر الإعلام مناف للأخلاق المهنية

لقد شاع في الآونة الأخيرة تصدر بعض المختصين في الصحة النفسية لتشخيص الأمراض النفسية أو اضطرابات الشخصية، لدى أشخاص ارتكبوا جرائم بشعة أو شخصيات عامة أو سياسية أو تاريخية... الخ. ويعتمدون في ذلك أحياناً على مقاطع فيديو قصيرة أو استقراء شخصي، ليطلقوا أحكامهم وتشخيصاتهم الطبية النفسية عبر وسائل الإعلام، وبالطبع بدون استئذان من الشخص المعني! فما مدى دقة هذه التشخيصات؟ وهل هذا العمل أخلاقي؟ أو مفيد؟

لقد تمنيت عزيزي القارئ أن يكفيني أحد مؤونة الحديث عن هذا الموضوع الشائك، وبالذات إحدى الجهات ذات العلاقة، كالجمعية السعودية للطب النفسي أو اللجنة الوطنية لتعزيز الصحة النفسية أو الهيئة السعودية للتخصصات الصحية. ولأن ذلك لم يحدث بعد، فسأحاول مقارنة هذا الموضوع في النقاط التالية:

أولاً) الأرجح أن هذه التشخيصات ليست دقيقة البتة. بل هي إلى التخرص أقرب! وقد انفتحت التوصيات العالمية على أن مدة الزيارة الأولى للطبيب النفسي، للحصول على التشخيص الدقيق هي خمس وأربعون دقيقة، ولا يُقبل بحال من الأحوال أن تقل عن نصف ساعة، مهما بلغ الطبيب علماً وخبرة. وأحياناً يحتاج الطبيب لعدة زيارات، للوصول للتشخيص الدقيق، مع مراجعة فحوصات المريض وطلب تحاليل وأشعة إضافية حسب حالة المريض السريرية؛ لاستبعاد الأمراض النفسية الثانوية، وربما الاستعانة بأخصائي نفسي لإجراء بعض المقاييس النفسية واختبارات الشخصية المقننة. علاوةً على ذلك، فهو بحاجة لجمع معلومات رادفة من أهل المريض بعد استئذانه، ومراجعة تقاريره الطبية الصادرة من العيادات الأخرى، وحالته الجسدية بشكل عام. بل أحياناً، يتم تئيم المريض في جناح الطب النفسي بضعة أسابيع للتأكد من دقة التشخيص النفسي. ولمن أراد المزيد من التفاصيل، فقد وضعتها في مقال سابق بعنوان (اعرف حقلك! ما هي حقوق المريض في العيادة النفسية؟).

وأحياناً، يموت مرتكب جريمة ما إما مقتولاً أو منتحراً، فيسارع بعض المختصين النفسيين بإطلاق التشخيصات النفسية المحتملة عليه. ولو سألنا خمسة أطباء نفسيين - غير متخصصين - بهذا الشأن، عن تحليلهم النفسي لحالة انتحاري ما، لربما خرجنا بخمسة آراء مختلفة. والسبب باختصار، لأنها انطباعات شخصية، وليست مبنية على تقييم طبي نفسي كاف. وهناك تخصصات دقيقة في مجالات الطب النفسي وعلم النفس وعلم الاجتماع، كالطب النفسي الشرعي وعلم نفس الجريمة. الخ تُعنى بمثل هذا الأمر. ولديهم طرق بحثية علمية تتناسب مع هذه الأمور الشائكة. فهذا الانتحاري له أهل وأصدقاء مقربون

يمكن الاستعانة بهم، لفهم جانب من شخصية هذا الانتحاري. وهناك أشخاص آخرون، يُقبض عليهم قبل تنفيذ عملياتهم الانتحارية، فتُجرى لهم تقييمات نفسية عميقة. وبالجملة، هناك طرق بحثية علمية يعرفها أهل التخصص. وأنا لست متخصصاً في الطب النفسي الشرعي، فلا أرغب في الاسترسال في الكلام هنا، وأدعو المختصين للإدلاء بدلوهم حول هذا الشأن.

ثانياً) الأرحح أن هذا العمل غير أخلاقي البتة. فمن المتفق عليه عالمياً، وجوب الحفاظ على سرية المعلومات الخاصة بالمصاب بمرض نفسي، وعدم الحديث بشأنها عبر وسائل الإعلام. وقد نص نظام الرعاية الصحية النفسية في السعودية الصادر بمرسوم ملكي بتاريخ 20 رمضان 1435 للهجرة، على وجوب المحافظة على سرية المعلومات الخاصة بالمريض وعدم البوح بها أو إفشائها إلا بناء على طلب من مجلس المراقبة العام - أو المحلي - للرعاية الصحية النفسية أو من جهات القضاء والتحقيق مع بيان الغرض من الحصول على هذه المعلومات، أو للأغراض العلاجية أو وجود الخطورة الحتمية على نفسه أو الآخرين. وقد توعد هذا النظام في مادة أخرى، بالسجن والغرامة لكل من أفشى أسرار مريض نفسي. وهذا النظام، ينطبق على إفشاء أسرار المصاب بمرض نفسي مؤكد. في المقابل، فإن إجراء تقييم نفسي مبسر، وخارج العيادة وبلا إذن من الشخص المُقيم، ثم إذاعة ذلك عبر وسائل الإعلام؛ هو كذلك ليس مقبولاً أخلاقياً على الإطلاق.

وربما يتحجج البعض بأنه لا حرمة للشخصيات العامة، ولذا أحياناً تتحدث عنهم بعض وسائل الإعلام بلا تحفظ. وعلى فرض القبول أخلاقياً بذلك، فذلك حتماً لا ينطبق على الطبيب؛ نظراً لطبيعة مهنته الإنسانية. ولذلك تمنع جمعية الطب النفسي الأمريكية الطبيب النفسي من التعليق الإعلامي على الحالة النفسية لأي إنسان، ما لم يجر له بنفسه تقييماً إكلينيكياً، ويستأذنه في نشر نتائج هذا التقييم عبر وسائل الإعلام (ويعرف بقانون جولدوتتر).

(American Psychiatric Association, The Principles of Medical Ethics with Annotations Especially Applicable to Psychiatry, Section 7.3, 2013 edition)

ثالثاً) الأرحح أن هذا الأمر غير مفيد البتة للأسباب التالية:

أ- غالب مصطلحات التشخيصات الطبية بما فيها النفسية، حمالة أوجه. ويعرف عامة الناس أن مرضى السكري أو الأورام على سبيل المثال، ليسوا سواء في درجة شدة المرض ولا مضاعفاته رغم أنهم يحملون تشخيصاً موحداً. ويتضح هذا الأمر أكثر في مصطلحات الأمراض النفسية، التي يتداخل في تشكيلاها وعلاجها عوامل بيولوجية ونفسية واجتماعية وثقافية. ولذلك يأخذ المعالج النفسي الحاذق في اعتباره، كل هذه العوامل لكل مريض

- على حدة، ولا يعتمد فقط على مجرد التشخيص الإكلينيكي. وعموماً، يلجأ المعالجون الإكلينيكيون من أطباء وغيرهم، لاستخدام المصطلحات التشخيصية غالباً لتسهيل التواصل بينهم حول أحوال المرضى السريرية، وتسهيل عمل الأبحاث العلمية، وإحصاء أعداد الأمراض. وبالتالي، لا فائدة لعامة الناس من الدخول في دوامة هذه المصطلحات التشخيصية.
- ب- يساهم ذلك في زيادة الوصمة السلبية للأمراض النفسية، بربطها بالإجرام. وقد أثبتت الدراسات، أن غالبية الجرائم الكبرى لا علاقة لها من قريب ولا من بعيد بالإصابة بالمرض النفسي. وقد فصلت موضوع الوصمة بمقال مستقل بعنوان (أرجوكم: كفوا عن وصمي بالمرض النفسي!)،
- ت- يؤدي الاستسهال في إطلاق التشخيص النفسية عبر الإعلام، وتتميط الشخصيات العامة أو التاريخية، لنفور الناس من الطب النفسي، ويزيد الوصمة ضعفاً على إباله. ومن ناقل القول، التأكيد بالذات، على عدم استخدام مصطلحات التشخيص النفسي الحديثة، عند الحديث عن سيرة نبينا صلى الله عليه وسلم وصحابته الكرام؛ وذلك لأسباب كثيرة ذكرت بعضها آنفاً، ولا يكفي المقام لبسطها.
- ث- كما أن استخدام سلاح التشخيص النفسي ضد بعض الشخصيات السياسية أو التاريخية؛ لإرضاء الهوى السياسي أو الإيديولوجي، علاوة على هشاشته؛ هو سلاح ذو حدين. ويضطر المختص النفسي، للكيل بمكيالين، مما يُضيع هيبة العلم والأخلاق المهنية معاً.
- ج- قد يلجأ بعض المختصين النفسيين المغموين لهذا الأمر، ليحقق شهرة زائفة، أو ارتقاءً مصطنعاً على كتف الأحداث الاجتماعية والسياسية الساخنة. وبعض هؤلاء يُصدّر اسمه بلقب (مستشار نفسي وأسري)، رغم أن بضاعته في العلم مزجاة، ولم يتلق هذا اللقب من جهة علمية معتبرة، ولا نتيجة دراسة وتدريب عملي كاف. وقد قال رسولنا صلى الله عليه وسلم: (المتشعب بما لم يُعط كلابس ثوبي زور). وكذلك تلجأ بعض وسائل الإعلام لذلك بحثاً عن الإثارة. ولا يليق بالمختص النفسي أن ينجر في هذا التيار؛ طمعاً في هذه الأضواء الكاذبة، على حساب المهنية والعلم (فأما الزيد فيذهب جُفاء، وأما ما ينفع الناس فيمكث في الأرض).
- أخيراً) أؤكد على هدف المقالة النبيل في نقد ظاهرة محددة، فأرجو ألا تستغل في الإساءة لأحد بعينه، أو التقليل من جهود زملائي وأساتذتي في مجال الصحة النفسية، وكلمات الشكر تقف عاجزة عن الامتنان لهم على ما بذلوه وسببوا لونه في المستقبل لخدمة المجتمع.

قفلة:

ليس من حق المختص النفسي ولا بمقدوره؛ إصدار تشخيصات نفسية، مبتسرة، على شخصية عامة؛ ما لم يجر له تقيماً إكلينيكياً مفصلاً في العيادة، ويستأذنه في نشر نتائج هذا التقييم عبر وسائل الإعلام.

نداء من القلب لكل طبيب نفسي

اسمح لي قارئى الكريم أن ألبس في مقالتي هذه ثوب الواعظ - وإن لم أكن جديراً به - استغلالاً لنفحات هذا الشهر الكريم حيث تسمو النفوس وتصفو القلوب. فأهتبل هذه الفرصة، لأوجه نداء من القلب لنفسي أولاً ثم لمن يصله مقالتي هذا من الأطباء النفسيين، مع كامل الود والاحترام والتقدير والدعاء لهم بالحياة الطيبة في هذه الدنيا، وجنة الفردوس في الآخرة.

فلا يخفى على شريف علمكم أن الطبيب النفسي، وكل من له علاقة بعلاج المصابين بأمراض نفسية، من أطباء في مختلف التخصصات وأخصائيين نفسيين واجتماعيين، كل هؤلاء قد نالوا شرفاً كبيراً بأن مكّتهم الله من تقديم الرعاية الصحية والنفسية والاجتماعية لهؤلاء المرضى. وهؤلاء المرضى، وإن أتوا من جميع طبقات المجتمع، فإنهم في لحظة المرض النفسي ونتيجة لمضاعفاته السلبية، قد أصبحوا في حالة ضعف وانكسار لا يعلم مداها إلا الله. ولذلك قد يخفى على بعضهم، ما له من حقوق على معالجه الإكلينيكي، ولا يعدّ غضبه أو رضاه معياراً دقيقاً على نيّله لحقوقه الصحية. وإنما المرجع في ذلك بلا شك، هو تطبيق المعايير العالمية والدلائل الإرشادية لتشخيص وعلاج الأمراض النفسية، والتي وضعت خطوطها الجمعيات العلمية العالمية المتخصصة بهذا الشأن؛ اعتماداً على آلاف الدراسات، وتطبيقاً لمنهج الطب المبني على البراهين.

ولهذا السبب، فإنني أحذر نفسي أولاً وإخوتي من التفریط في حقوق مرضانا. فمن المعلوم أن حقوق الله تعالى مبنية على المسامحة، بينما حقوق العباد مبنية على المشاحة. قال النبي صلى الله عليه وسلم: "من كانت له مظلمة لأخيه من عرضه أو شيء، فليتحلله منه اليوم قبل أن لا يكون دينار ولا درهم، إن كان له عمل صالح أخذ منه بقدر مظلمته، وإن لم تكن له حسنات، أخذ من سيئات صاحبه فحمل عليه". وقال صلى الله عليه وسلم: الدواوين عند الله عز وجل ثلاثة: ديوان لا يعبأ الله به شيئاً، وديوان لا يترك الله منه شيئاً، وديوان لا يغفره الله، فأما الديوان الذي لا يغفره الله فالشرك بالله، قال الله عز وجل ((إنه من يشرك بالله فقد حرم الله عليه الجنة))، وأما الديوان الذي لا يعبأ الله به شيئاً، فظلم العبد نفسه فيما بينه وبين ربه، من صوم يوم تركه أو صلاة تركها، فإن الله عز وجل يغفر ذلك، ويتجاوز إن شاء، وأما الديوان الذي لا يترك الله منه شيئاً، فظلم العباد بعضهم بعضاً، القصاص لا محالة.

وقد فصلت حقوق المرضى في مقالة سابقة بعنوان (اعرف حقك! ما هي حقوق المريض في العيادة النفسية؟)، وهي معلومة بالتفصيل من كل طبيب نفسي. ولكن سأركز على واحد من أبرز الأخطاء الشائعة لظلم المرضى النفسيين، وهو عدم قضاء وقت كاف مع المريض وخصوصاً في الزيارة الأولى؛ وهي الزيارة الأهم للتشخيص الدقيق ورسم الخطة العلاجية. وهذا الأمر، يشبه فعل طبيب جراح، اكتفى بشق موضع العملية دون استئصال موضع الداء ولا خياطة للجرح بعدها،

متذرعاً بقصر الوقت! وقد اتفقت التوصيات العالمية على أن مدة الزيارة الأولى للطبيب النفسي هي 45 دقيقة، ولا يُقبل بحال من الأحوال أن تقل عن نصف ساعة، مهما بلغ الطبيب علماً وخبرة. أما لو كان المريض طفلاً، فمدتها عادة ساعة ونصف، ولا تقل بحال عن ساعة كاملة. طبعاً، لكل قاعدة شواذ، فيستثنى من ذلك بعض حالات الطوارئ والعناية المركزة. الخ، وأحياناً يحتاج الطبيب لعدة زيارات، للوصول للتشخيص الدقيق.

والأدهى والأمر أن (بعض) ملاك المراكز الطبية النفسية الخاصة قد قننوا بعض الممارسات الخاطئة في قطاع الطب النفسي الخاص. وبعبارة أخرى، بدلاً من أن يكون ذلك خطأ عابراً، أصبح ظلماً متكرراً يصيب كل زائر لبعض تلك المراكز. ومن هذه الممارسات ما يلي:

- السماح بربع ساعة بل أقل للزيارة الأولى للطبيب النفسي، وتنظيم حجز المواعيد تبعاً لذلك.
- تمكين غير المؤهلين من تقييم وعلاج المرضى. ومن ذلك، استخدام بعض أنواع العلاج النفسي إما غير المثبتة علمياً على الإطلاق أو المثبتة علمياً ولكن تُقدم بطريقة خاطئة، ومن غير المؤهلين.
- تضارب المصالح مع شركات الأدوية والصناعة الطبية، مما يؤدي للصرف المفرط، والغير مبرر إكلينيكياً، لأصناف الأدوية، وخصوصاً الأدوية الجديدة ذات الأسعار الباهظة. وكذلك استعمال أجهزة تحفيز دماغي لم تثبت فعاليتها، أو بأسعار مبالغ بها.
- إقامة دورات بعناوين خادعة للترويج للمركز.

أما حل المشكلة، فأقترح ما يلي:

- 1- الحل الأمثل هو التحول لمنظمات غير ربحية. وذلك بأن يأخذ كل من يقوم بدور إداري أو إكلينيكي، حقه المادي وافياً، وما زاد لا يذهب لجيوب ملاك المركز الخاص، وإنما يصرف لتطوير الخدمات، والأبحاث، وتخفيض أسعار الخدمات للمحتاجين من المرضى.
- 2- وجود مجلس أمناء/ أخلاقي، مستقل، تطوعي يقوم بعمل المركز ومنتجاته أولاً بأول.
- 3- إقامة جمعية خيرية لحقوق المرضى النفسيين، تسعى لنيل المرضى لحقوقهم، وتتلقى شكاوى المرضى، وتتواصل مع الجهات ذات العلاقة.

وأخيراً، أقول هنيئاً لمن بذل وسعه واستفرغ جهده، مستعيناً بالله، في خدمة هؤلاء المرضى؛ وهؤلاء يشكلون الفئة الغالبة من الأطباء النفسيين، ولله الحمد. وما أسعدهم بحديث المصطفى صلى الله عليه وسلم "إن من أحب الأعمال إلى الله إدخال السرور على قلب المؤمن، وأن يفرج عنه غماً..". وقوله "من فرج عن مسلم كربة من كرب الدنيا فرج الله عنه كربة من كرب يوم القيامة، ومن يسر على معسر يسر الله عليه في الدنيا والآخرة، والله في عون العبد ما كان العبد في عون أخيه".

الخاتمة

الحمد لله الذي تتم بنعمته الصالحات، والصلاة والسلام على رسول الله وبعد:

فقد حاولت فيما مضى من فصول هذا الكتيب الإشارة لبعض المفاهيم المهمة المتعلقة بالصحة النفسية، ونشر التوعية بحقوق المصابين باضطرابات نفسية، كما أنني ألحقت بالكتيب عدداً من المقالات التي نشرها المؤلف في أوقات متفاوتة خلال بضع سنوات الماضية، وبعضها تختص ببعض المطالبات لتحسين الصحة النفسية بالسعودية على وجه الخصوص، ولكنها قابلة للتطبيق في معظم الدول ذات الظروف المشابهة.

كما لا يفوتني التنبية على أن هناك ولله الحمد تحسناً كبيراً في وعي المجتمع تجاه الصحة النفسية، وكذلك هناك خطط طموحة جداً لتحسين خدمات الصحة النفسية في السعودية ضمن رؤية السعودية 2030، نسأل الله أن تتكلل جميع الجهود بالنجاح.

المراجع:


- المركز الوطني لتعزيز الصحة النفسية (<http://ncmh.org.sa>).
 - موقع منظمة الصحة العالمية (<https://www.who.int/ar>):
https://www.who.int/topics/mental_health/ar/
 - مجلة الجودة الصحية: <http://m-quality.net/>
- Uher R, Zwicker A. Aetiology in psychiatry: embracing the reality of poly-gene-environmental causation of mental illness. World Psychiatry. 2017 Jun;16(2):121-9.
- مراجع أخرى كثيرة يصعب حصرها.

هاتف: 5 6 8 0 0 8 8 (1 1) 

مركز الاتصال: 0 6 3 3 3 0 2 9 

البريد الإلكتروني: info@ncmh.org.sa 

الموقع الإلكتروني: www.ncmh.org.sa 

فاكس: 4 6 8 0 0 8 8 (1 1) 

صندوق البريد: 9 5 4 5 9 الرياض 5 2 5 1 1 

رقم الإيداع: ١٤٤٢/٣٩٦٢
ردمك: ٩٧٨-٦٠٣-٩١٤٤٢-٨-١