Chornic anxiety and anticipatory anxiety in humans are closely paralleled by two forms of learned fear in the sea snail Aplysia : sensitization and aversive classical conditioning. The author delineated how the two forms are acquired and maintained. Both rely on the mechanisms of presynaptic facilitation which involves the strengthening of connections by modulating synaptic transmission. Then, he emphasized that this modulation of synaptic transmission might involve alteration in the regulation of gene expression, unlike the major psychotic illnesses (e.g. schizophrenia and depression) which may involve alteration in the structure of specific genes.

Moreover, the author suggested that normal learning, the learning of anxiety and unlearning it through psychotherapeutic intervention, might involve long-term functional and structural changes in the brain that result from alterations of gene expression.

A. S.

Book Reviews

Neuropsychological Assessment

By : Muriel D. Lezak

Oxford University Press, Oxford — New York, 1983.

The author of this book is Dr. Lezak, a neuropsychologist of wide experience. It is the second edition of Neuropsychological Assessment which was first published in 1975. The development of new testing methods and the rapid growth of neuropsychological assessment made it a must to review and expand the first edition.

The author gives a discussion of the theoretical and clinical foundations of neuropsychological assessment. She believes that neuropsychological examination cannot be properly conducted or interpreted in either vacuum or a mechanical manner. So, she touches in the first part of the book, which consists of 8 chapters, upon the chief discip-

lines which the clinician needs to be knowledgeable in order to conduct responsible assessment. This part deals with behavior in terms of both psychological constructs and neuroanatomical correlates; behavioral measurement from theoretical, statistical, and clinical standpoints; recommendations for conducting a neuropsychological examination; common patterns of neuropsychological deficits; and significant problems in interpreting neuropsychological findings.

The distinguishing characteristic of neuropsychological assessment from normal psychological evaluation lies, from the author's point of view, in its emphasis on the identification and measurement of psychological deficits, for it is primarily in deficiencies of intellect, emotionality, and control that brain damage is manifested behaviorally.

The book gives the rationale and method of deficit measurement.

The second part of the book comprises 12 chapters which give a compendium of tests and assessment techniques. These chapters cover all the domains of psychological functions as well as tests of personality, and nontrol that brain damage is manifested behaviorally.

The book is written clearly and is considered a textbook on the subject. It is of great value to psychologists, neuropsychologists as well as psychiatrists.

Hanaa Soliman

المريض العقـــــلى المزمن

تحرير : ا. تالبوت

الناشر : الجمعية الأمريكية للطب النفسى ـــ واشنطون دذس ١٩٧٨

موضوع هذا الكتاب هم المرضى الذين حررتهم الثورة الاجتماعيـــة للطب النفسى من البقاء طويل المدى فى المستشفيات العقلية ، حيث خـــرج المرضى من المستشفى الى المجتمع ، وتغير نظام تقديم الرعاية لهم تبعـــا لذلك ، وخضعوا للمتابعة والتقويم مرارا ، واحتفظوا بحالة واسم المريض العقلى المزمن .. وهذا هو واقعهم بالطبع .

قصـــدت من عرض الكتاب هنا الاسترشاد بما يفعلونه فى أمريكا . فنحن قد مستنا عدوى الثورة الاجتماعية واخرجت من مستشفياتنا المحدودة أعدادا غير محدودة من المرضى ... وهم بحاجة الى المتابعة .

بدأت الدراسة بســؤال جميع الأطباء النفســيين المقيدين بالجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين عما يقصدونه بمشـــاكل المريض المزمن . (ولا انسى هنا ان اذكر القارىء اننا فى الجمعية المصرية للطب النفسى نفتقر حتى الآن الى قائمة كاملة بالأعضاء للاستعانة بها فى اجراء بحث مماثل فى مصر). ومن الاجابات ظهرت قضايا درست فى مجاميع باوراق عمل مناسبة. فى ورقة عمل برسم كينيث مينكوف خريطة للمرضى المزمنين فى الولايات المتحـــدة ، وهذه تعتبر استعراضا مفيدا لمنهجية التعريف والعد والاحصاء والتصنيف ، وبها كذلك بعض الحقائق المثيرة ؛ فمثلا فى محافظة مونرو بولاية نيويورك يتلقى الرعاية الطبيـــة تحت اسم مرض الفصـــام خمسة من كل الف من السكان ؛ ٦٢٪ منهم داخل المستشفيات ، حيث يشغلون ٥٠٪ من مجموع الأسرة .

تقدير الاصابة بالمرض الوجـــدانى اقل دقـــة ، لأن المرض يفتقر الى الاستقرار ، ولكنه لا يقل عن ثلاثة او اربعـــة فى الالف من السكان . والرعاية الأساســـية للاكتئاب تتم فى المجتمع ، بينما يكون مرضى الاكتئاب الذهانى المقـــعد اربعة فى المائة فقط من ساكنى المستشفيات ؛ وخمســـة

فى المائة من كل المسنين فوق الخامسة والستين مقيمين بمؤسسات علاجية . ومن البـــاقى ٣ ــ ٧٪ مصـــابون بأمراض عقليـــة ومقيمين فى بيوتهم . وهناك ثلاثة فى الألف من السكان يعانون من تخلف عقلى شديد ، وواحـــد الى ثلاثة فى الألف يعانون من تخلف عقلى بسيط ، الى جوار عـــدة ملايين يصعب حصرها من مدمنى الخمور والمخدرات .

والمرض العقلى المزمن هو المسئول عن ١٠٪ من المدرجين تحت بند « عجز كلى شديد يمنعه من العمـــل ويستحق معاشا مرضيا من الجهـــات التأمينية الاجتماعية المختصة » .

والدرس المنهجى الواضح هنا هو أن استخدام الخدمات المتاحة فعلا يشكل الأساس فى تحديد حجم المشكلة ورسم التطوير اللازم للخدمة .

فى عام ١٩٧٥ ، وكثمرة نهائيـــة لحركة تحرير المرضى من داخـــل المستشفيات ، لم يعد لكل مائة الف من السكان سوى ٩١ مريضا عقليـــا داخل المستشفيات . وحدث التوازن ولم يجرؤ أكثر الثوريين تفاؤلا على اخراج هؤلاء المرضى ، ولو استخدمنا نفس الأرقام فى مصر لتبين أن لدينا اربعون الفا من المرضى العقليين فى حاجة الى ملجأ حقيقى داخل المؤسسات العقلية المناسبة . ان المريض الذى قضى بالمستشفى أقل من عام لا يجـــد صعوبة فى العودة للمجتمع ، وأغلبية الذين قضـــوا أكثر من عامين يصعب اعادة زرعهم فى المجتمع ويستقرون فقط فى مؤسسات أخـــرى مثـــل دور النقـــاهة الممتـــدة .

فى الموجات الأولى ــ فى الخمسينيات والستينيات ــ لتحرير المرضى المزمنين من المستشفيات كانت العـــائلات الأمريكية على اســـتعداد تام لاستقبال مرضاها ، وقد نجح هـــذا فى ٧٢٪ من الحالات ، بينما احتـــاج ١٤٪ الى دور حضـــانة ، و ٥٪ الى أسر بديلة ، وعاش ٣٪ بمفردهم . وهذا يدل على ان الأسرة ــ حتى الأمريكية ــ ستظل مستعدة دائما لاستقبال المريض بعد المستشفى بشرط وجود درجـــة معقولة من استقرار المرض . بينما فى الموجات الأخيرة ــ فى السبعينيات ــ عاد للأسرة ٤٨٪ من المرضى ، وهذا يعكس سياسة الاخراج المتعجل من المستشفى ، واعتماد المستشفيات

على وجود سلسلة اخرى من الخدمات تقدم للمريض خارج المستشفى .

طوبى للأسرة المصرية التى تحتضن مريضها العقلى فى اشد حالات المرض الحاد وفى مراحل الازمان والعجز الدائم . وهى تفعل ذلك نيابة عن مستشفيات سيئة السمعة أو غير موجودة أصلا .

رونالد بيترسون عمره ٢٩ عاما وسبق له قضاء عشرة أعوام فى المستشفى العقلى وقد كتب ورقة رائعة يلخص فيها احتياجات المريض العقلى المزمن ويقول : « نحن بحاجة الى أن نكون مع آخرين يصدقون اننا معوقون يلزمنا بعض الوقت للتقدم ، ونعطى الفرصة والتأهيل كما يعطى المعوقين جسديا . يدفعنا الى الفشل من يطلب منا معجزات فى التقدم السريع ، وكذلك من يفترض فينا الاعتمادية الدائمة والعجز من التغيير . الحياة فى اسرة هامة بالنسبة لنا لأنها الحياة الحقيقية حيث توجد الفرصة للتحدث عما يحدث لك ، وهنا تحس بالانتماء ، وفيها فرصة للتعلم الكثير ، ويتم فيها كثير من التغير لك . وفى الأسرة لا تعامل كمريض ولا يطلب منك الخروج منها الا باختيارك عندما تجد عملا وتقرر انشاء أسرة خاصة بك . ونوعية اهتمام أفراد الأسرة بك هو سر هذا كله . واذا تعذر على المريض البالغ العودة الى أسرته الأصلية ، فحبذا لو تكون من مجموعة من المرضى أسرة كبيرة تعيش سويا . ان تأهيلنا ليس يعنى أن نوضع فى أماكن خاصة حيث يعمل لنا هذا التأهيل ، بل هو فى اعطائنا الفرصة والمكان لننمو بأنفسنا ، ونمارس التعلم والعمل والترويح » .

عن حقوق المريض العقلى المزمن يكتب بول فريدمان وجين يوهاليم ؛ ابتداء من الالتزام المدنى الذى يقود المريض بادىء ذى بدء الى الدخول فى نظام الرعاية الصحية ويكتسب بهذا لقب المريض ؛ ومرورا بحق المريض فى العلاج والحماية سواء داخل المستشفى أو خارجها ؛ وانتهاء بحق المريض فى رفض العلاج ، وحماية أسراره ، وحمايته من التمييز عند طلب التوظف . ولن أفيض فى محتوى هذا الفصل لارتباطه بالنظام السياسى والقضائى الخاص بالمجتمع .

وفى المقابل تكتب جوديث تيرنر عن احتياجات المريض من وجهة نظر العاملين فى حقل الصحة النفسية . وهى تقدم برنامجا للتأهيل الاجتماعى والنفسى يعتمد على اتاحة الفرصة للمرضى لمساعدة انفسهم ومساعدة بعضهم البعض . وهو برنامج يختلف تماما عن مجرد تقديم الدعم الاجتماعى او التأهيل المهنى أو الرعاية الطبية بالمعنى التقليدى . وهذا البرنامج قد طبق فعلا على نطاق محدود ويحتاج الى مزيد من الدعم الحكومى والشعبى ومزيد من الدراسة والتقويم .

ويختتم الجزء الثانى من الكتاب بفصل يكتبه ريموند جلاسكوت عن تقويم ونقد برامج الرعاية الموجهة للمريض العقلى فى أمريكا . وبخصوص اصابات المخ العضوية — سواء فى الصغر حيث تسبب التخلف العقلى أو فى الكبر حيث تسبب العته — يرى الكاتب أن أحسن خدمة توجه لهم الآن هى فى دور الحضانة الطبية الخاصة . ويوصى الكاتب باقتباس النظم الانجليزية الناجحة مثل المستشفيات النهارية والزيارات المنزلية للتقييم والمساعدة .

وعن مرضى الفصام ، وهم أكثر الناس عرضة لتسميتهم بالمجانين ، يسجل الكاتب تطور نظرة الناس اليهم . كانوا أكثر الناس تعرضا للحجز بالمستشفيات وذلك لخوف الناس من سلوكهم الغريب وغير المتوقع . وبعد الاستعمال الواسع للأدوية النفسية الحديثة تشجع الناس وسمحوا لهم بالخروج الى المجتمع ، وذلك بعد اعداد خاص فى المستشفى وبعد اعداد خاص فى المجتمع لاحتوائهم . ولكنه ينتقد بشدة ندرة اجراءات هذا الاعداد ، ومظهريتها وافتقارها الى التقويم السليم !.

واستميح القارىء فى وقفة لضيق المقام . ونستكمل عرضنا للدراسة فى العدد القادم بباقى فصول الكتاب التى تتناول الحلول لما عرضنا من مشكلات المريض العقلى المزمن .

عبد المنعم عاشور