# الثقافة النفسية

## المتخصصة

العددان الثاني والثالث والاربعون - المجلد الحادي عشر - ابريل - يوليو ٢٠٠٠

عدد مزدوج

## في العدد


- علم النفس حول العالم
- نهاية الانثربولوجيا
- لقاء مع البروفسور الطيب
- المؤتمر العربي الثامن
- مؤتمر الكويت للصحة النفسية
- نحو معلوماتية عربية
- برنامج تخيلي لعلاج الامراض ذات النوعية الخبيثة
- الوقاية من الاكتئاب
- سيكولوجية المراهق المصري
- القهم العقلي وموقف الاهل
- دراسة عربية في الاضطراب النفسي العام والضغوط
- علم النفس في الدول العربية
- علم النفس المعرفي
- الاعاقات العقلية
- تعديل سلوك المعاق عقلياً


## نهاية الانثروبولوجيا ام صدام الاتنيات

### المشاركون في العدد

محمد احمد النابلسي - حسن الصديق
جمال التركي - عبد الفتاح دويدار
خليل فاضل - محمد نجيب الصوة
رمضان عبد الستار احمد - بشير
الرشيدي - عبد الستار ابراهيم
لويس كامل مليكة - محمد حمدي
الحجار - محمد قاسم عبد الله
وليد المصري - جوزيت العبد الله
رضوى ابراهيم رمزية نعمان
سناء شطح

دار النهضة العربية
للطباعة والنشر
بيروت - ص.ب ١١٠٧٤٩

رئيس التحرير
أ. د. محمد احمد النابلسي

مدير التحرير
أ. د. باسمة المنلا

## الهيئة الاستشارية

أ. د. اليزابيت موسون (المجر)
أ. د. فاروق السنديوني (استراليا)
أ. د. محمد عبد الظاهر الطيب (مصر)
أ. د. صفاء الأعسر (مصر)
أ. د. محمد الحجار (سوريا)
أ. د. عبد الرزاق الحمد (السعودية)
أ. د. اسامة الراضي (السعودية)
أ. د. بشير صالح الرشيدي (الكويت)
أ. د. فيصل الزراد (الامارات)
أ. د. عبد الفتاح دويدار (مصر)
أ. د. احمد عبد الخالق (الكويت)
أ. د. علي زيعور (لبنان)
أ. د. عبد المجيد الخليدي (اليمن)
أ. د. جيمي بيشاي (الولايات المتحدة)
أ. د. عبد الستار ابراهيم (السعودية)
أ. د. طلعت منصور (مصر)

## المحررون

د. روز ماري شاهين
د. اسعد دندشي
د. سلمى المصري
د. سامر رضوان
د. حسن الصديق
د. نبيل قطان
د. جليل شكور
د. مرعي قطريب
د. غادة حروق



## العنوان الالكتروني لمركز الدراسات النفسية

**Email: ceps50@hot mail. com**



المدير الفني
أ. سمير السوسي

سكرتير صحفي
أ. عبد القادر الاسمر

# الثقافة النفسية

## المتخصصة


العدد
الثاني والاربعون
والثالث والاربعون
المجلد الحادي عشر
كانون الثاني ٢٠٠٠



توجه المراسلات الى:
مركز الدراسات النفسية
والنفسية الجسدية
م. د. ن. طرابلس ـ لبنان
ص. ب: ٣٠٢٦ ـ التل


ان المقالات المنشورة
تعبر عن
رأي كاتبها


دار النهضة العربية
للطباعة والنشر
بيروت ـ لبنان
تلفون: ٧٤٣١٦٦ ـ ٧٤٣١٦٧
برقياً: دانهضة ص. ب: ٧٤٩ ـ ١١



رئيس التحرير
ا. د. محمد احمد الذابلسي

مدير التحرير
ا. د. باسمة المنلا

**الهيئة الاستشارية**

ا. د. اليزابيت موسون (المجر)
ا. د. محمد عبد الظاهر الطيب (مصر)
ا. د. خليل فاضل (انجلترا)
ا. د. اسامة الراضي (السعودية)
ا. د. فيصل الزراد (الامارات)
ا. د. احمد عبد الخالق (الكويت)
ا. د. عبد المجيد الخليدي (اليمن)
ا. د. عبد الستار ابراهيم (السعودية)
ا. د. فاروق السنديوني (استراليا)
ا. د. صفاء الاعسر (مصر)
ا. د. عبد الرزاق الحمد (السعودية)
ا. د. بشير صالح الرشيدي (الكويت)
ا. د. عبد الفتاح دويدار (مصر)
ا. د. علي زيعور (لبنان)
ا. د. جيمي بيشاي (الولايات للتحدة)
ا. د. طلعت منصور (مصر)

**المحررون**

د. روز ماري شاهين
د. سامر رضوان
د. جليل شكور
د. اسعد دندشي
د. حسن الصديق
د. باسمة منلا
د. سلمى المصري
د. نبيل قطان
د. غادة حروق

**المراجعة اللغوية**
**مكتب التدقيق اللغوي**

المدير الفني
ا. سمير السوسي

سكرتير صحفي
ا. عبد القادر الاسمر



**الاشتراك السنوي:**
لبنان والدول العربية: ٤٠ دولاراً
للمؤسسات: ١٠٠ دولاراً
أوروبا: ٥٠ دولاراً
أميركا: ٦٠ دولاراً



لا تدفع «الثقافة النفسية» مكافأة عن المواد التي تنشرها

# المحتويات


□ **عزيزي القارئ** ..... ٦

□ **قضية العدد**

نهاية الانثروبولوجيا ام صدام الاتنيات؟ / رئيس التحرير ..... ٨

□ **علم النفس حول العالم** ..... ١٢

□ **مقابلة العدد**

حوار مع البروفسور محمد عبد الظاهر الطيب / ده حسن الصديق ..... ٣٠

□ **الندوات والمؤتمرات** ..... ٤٠

□ **بحوث جديدة في الطب النفسي** / د. جمال التركي ..... ٥٣

□ **المؤتمر العربي الثامن للعلوم النفسية** / ده عبد الفتاح دويدار ..... ٦٠

□ **شخصية العدد**

السيرة الذاتية للدكتور خليل فاضل ..... ٦٣

□ **مكتبة الثقافة النفسية**

عرض كتاب «مناهج البحث في علم النفس الالكينيكي والارشادي» ..... ٦٩

□ **البحوث الاصيلة:**

□ **نحو مشروع معلوماتي ـ سيكولوجي عربي** د. محمد احمد النابلسي ..... ٨٤

□ **كيف تصمم برنامجاً تخيلياً علاجياً لامراض نوعية خبيثة وغيرها**

/ د. محمد حمدي الحجار ..... ٨٨

□ **البحوث المترجمة:**

□ **دور خدمات الصحة النفسية للطفل والمراهق في الوقاية من الاضطراب الاكتئابي المتأخر ـ مشاكل وتوقعات** / ترجمة: قاسم والمصري ..... ٩٥

□ **البحوث الاجنبية:**

1. **Psychology of Adolescence in Egypt / Dr. Josette Abdallah** ..... 112
2. **Anorexia Nervosa and Parental Attitudes in Egypt / Dr/ Jose the Abdallah** ..... 124

عزيزي القارىء

# كارثة الفقدان

فقد العزيز هو كارثة شخصية يصنفها الطب النفسي في اطار الصدمة النفسية. وتتحول الكارثة الى سبب لانعدام المزاج اذا ما تراكمت الصدمات وتكررت.

«الثقافة النفسية المتخصصة» واسرة تحريرها تعرضت لهذه التراكمية ففقدت ما بين عددين عدة اعضاء من اسرتها. فترك كل منهم فراغاً يصعب تعويضه او تجاوزه. والخسارة ليست وقفاً على المجلة واسرة تحريرها وقرائها فهي خسائر للاختصاص وللمتخصصين عامة. ومثلها حالة انعدام المزاج.

اولى الخسائر كانت مصابنا بالاب الروحي للمجلة. ذلك الناشر الذي تخطى حسابات الربح والخسارة. فتبنى المجلة وتعهد ملاحقة توزيعها وانتشارها فكان صاحب فضلٍ في رؤيتها للنور وفي استمراريتها. انه الناشر **المرحوم مصطفى كريدية** صاحب دار النهضة العربية. الذي يشكل غيابه خسارة من دفق الرعاية والعاطفة والمتابعة. عداك عن الخسارة الشخصية, اذ تحول المرحوم الى اكبر الدور العربية المهتمة بالعلوم النفسية وبات من النادر ان تجد اختصاصياً عربياً في المجال لا يعرفه معرفة شخصية. **﴿فانا لله وانا اليه راجعون﴾.**

الخسارة الثانية كانت **البروفسور سليم عمار** رفيق درب ومشارك في اسرة المجلة وفي مؤتمراتها وكان المرحوم يعد العدة لاستقبال المؤتمر العربي للطب النفسي. وكان البروفسور عمار قد سعى جاهداً لتسهيل اللقاء بيننا في المؤتمر العالمي لتاريخ الطب وفي مؤتمر الجمعية العربية ـ الفرنسية / بوردو. لكن مشيئة الله قدرت ان لا يتم اللقاء. **فلا حول ولا قوة الا بالله.**

خسارة ثالثة جعلت حدود الاحتمال اصعب وهي خسارة **البروفسور جمال ماضي ابو العزايم.** الذي لم يكن يكتفي بالمشاركة في الهيئة الاستشارية او في نشاطات المجلة بل كان يتجاوز هذه المساهمات الى المساعدة على تسهيل حضور المجلة عربياً واسلامياً وعالمياً. **رحم الله الفقيد.**

خسارة رابعة من نفس الحجم وهي فقدان **البروفسور لويس كامل مليكة.** وهو من الرواد الاوائل واستاذ لقائمة طويلة من الاساتذة العرب. وكنا قد افتقدنا حضوره في المؤتمر العربي الاخير وعلمنا بوعكته لكن ذلك لم يمنع مفاجأتنا وصدمتنا لفقدانه. **ففارقنا على رجاء القيامة رحمه الله.**

الشخصية الخامسة التي غابت كان **البروفسور فؤاد ابو حطب** مؤسس ورئيس الاتحاد العربي لعلم النفس ورئيس الجمعية المصرية للدراسات النفسية حيث يعود لنشاطه فضل تحريك الركود في حقل الاختصاص في الوطن العربي. ولا شك ان هاتين المؤسستين ستتأثران بهذا الغياب بمقدار اثره على الثقافة النفسية. **رحم الله البروفسور ابو حطب.**

هذه الشخصيات مستمرة في حضورها عبر الخدمات التي قدموها للاختصاص. وخدماتهم لهذه المجلة هي جزء من هذه العطاءات الجليلة التي قدموها. **رحمهم الله جميعاً ولنا في اعمالهم وعطاءاتهم العزاء.**

وهذه الخسارات المتتالية لا بد لها من ان تنعكس على هذا العدد الذي اضطررنا لجعله مزدوجاً. مع اعتذارنا المسبق على اية مظاهر انعدام مزاج او اضطراب فيه.

**والى اللقاء**

**اسرة التحرير**

# مصطفى محي الدين كريدية

## «أبو محمد»

# رجل التحدي الهادئ

ولد المرحوم مصطفى محي الدين كريدية في بيروت عام ١٩٤٠، ونشأ في أسرة بيروتية محافظة. بدأ حياته مستكتباً في وزارة الاقتصاد الوطني، ثم انتقل الى وزارة التصميم العام في اوائل الستينات من القرن الماضي.

أما رحلته الطويلة مع عالم «الطباعة والنشر» فقد بدأت مع انطلاقة جامعة بيروت العربية في العام ١٩٦١، حيث اسندت اليه ادارتها مع انطلاقة المذكرات والمحاضرات العائدة لكلياتها آنذاك «الحقوق والتجارة والآداب».

وفي العام ١٩٦٦ أسس «دار النهضة العربية للطباعة والنشر»، واتخذ مقراً لها في منطقة الطريق الجديدة، وتعاون مع معظم اساتذة جامعة بيروت العربية في طباعة الكتب الجامعية ذات الاختصاصات المختلفة مواكباً في هذه النقلة، العصر الذهبي لجامعة بيروت العربية.

ومع اتساع نشاط الدار انتقل مركزها في العام ١٩٧٠ من «محل صغير» الى مبنى يقع غربي جامعة بيروت العربية، حيث كانت ادارة الدار، اما مستودعاتها فكانت في مبنى ملاصق، احترقت محتوياته بالكامل في العام ١٩٨٢ بفعل اجتياح العدو الاسرائيلي لمدينة بيروت.

ولم يقف المرحوم «أبو محمد» امام هذه الكارثة، بل انطلق بصفات رجل التحدي الهادئ، ليعيد بناء ما تهدم مبتدأً من الصفر. فنقل ادارة دار النهضة العربية في العام ١٩٨٣ الى بناية كريدية في منطقة الزيدانية بيروت حيث المركز الذي تشغله حالياً، كما جهز مستودعات جديدة لها في بناء في منطقة بئر حسن، وبدلاً من التقوقع الداخلي انطلق الى رحاب عالم الطباعة في جامعات الوطن العربي، مؤسساً من خلال عمله علاقات مع ادارات هذه الجامعات ودو الصباعة والنشر وخصوصاً في المملكة العربية السعودية ودولة الكويت ودولة الامارات العربية المتحدة، كما كانت له علاقات وطيدة مع دور الطباعة والنشر في الجمهورية العربية السورية وجمهورية مصر العربية والمملكة الاردنية الهاشمية.

وفي التسعينات من القرن الماضي مد نشاط دار النهضة العربية الى الشمال العربي الأفريقي، بدءاً من الجمهورية الجزائرية وأخيراً الى الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية العظمى.

هذا، وكان المرحوم مصطفى قد تزوج في العام ١٩٦٨ من نبيلة جمول، ورزق ثلاث بنات هن لينة، نسرين وشيرين، وصبي محمد.

هكذا، كان المرحوم مصطفى محي الدين كريدية «أبو محمد» رجل التحدي الهادئ، يتحدى ذاته من اجل ان يضيء المجتمع من حوله بدءاً من اسرته الصغيرة الى محيطه ومجتمعه، بهدوء واتزان ومكارم الاخلاق حتى وفاته في ٢٢ شباط ٢٠٠٠.

وفي هذا المجال نشير الى الحديث النبوي الشريف القائل: «اذا مات ابن آدم انقطع عمله إلا من ثلاث: صدقة جارية، وعلم ينتفع به، وولد صالح يدعو له».

وهذا ما تركه «أبو محمد»، صدقة جارية والعلم الذي ينتفع به من المراجع العلمية والكتب الهادفة التي تزخر بها قائمة مطبوعات دار النهضة العربية، واولاده الذين يدعون له بالرحمة، ويتابعون مسيرته في التحدي الهادئ التي لن تتوقف باذن الله تعالى.

# من فوكوياما الى هنتنغتون
# نهاية الانثروبولوجيا ام صدام الاتنيات؟

يبدو ان اخطاء التربية الاميركية بدأت بالتفاقم بصورة طاغية ومهددة. وبلمحة خاطفة نذكر بان الدكتور سبوك كان قد جسد مبادئ هذه التربية بتطبيقه مبادئ الليبيرالية على الطفل. حيث دعى الى احترام رغباته وطريقة تفكيره والاسلوب الذي يراه ملائماً للتصرف. وهذا ما عرف في حينه بالتربية الحديثة على الطريقة الاميركية.

في ذلك الوقت كان الدكتور الانجليزي بوولبي يسخر من هذه الآراء ويدعو للعودة الى رجعية الاسرة. حيث مكانة الوالدة في الاسرة وسلطة الوالد فيها امور غير قابلة للتعويض.

وبعد سنوات وجدنا طبيب الاطفال سبوك يتراجع عن مبادئه التربوية ليقر بان شهرته انما تعود لاسباب سياسية كون دعوته تتطابق مع الليبيرالية التي لم تجد الضوابط لتطبيقها. وليعترف ايضاً بان بعض مواقفه السياسية اللاحقة ادت الى غضب سياسي عليه فبدأ يفقد بريقه. وفي النهاية تراجع سبوك لصالح بودلبي. وانطلقت صيحات الاهل: «ان مبادئ سبوك قد حولت اطفالنا الى ديكتاتوريين! انقذونا من هذا الديكتاتور الصغير!».

ولعل المبدأ الاساسي في التربية الاميركية هو مبدأ النفعية. فالطالب الجامعي عليه ان يقدم عروضه للجمهور وان يخرجها بصورة تجذب هذا الجمهور وتنال رضاه. وتهدف هذه الخطورة الى ابعاد الطالب عن الاغراق في النظري وعن العزلة في برج عاجي.

لقد اثبتت هذه النفعية فوائدها حيث تصدرت الولايات المتحدة قائمة الاختراعات العملية المجدية والقابلة للتنفيذ والاستثمار. بل يمكننا الحديث عن نشوء مهارة الالتفاف على النتائج لاخراج الافكار بصورة مقبولة من الجمهور وبالتالي من المستهلك. الا اننا ومع نهاية القرن نجد ان الآثار الجانبية لهذه النفعية بدأت بالظهور بصور واضحة ومؤذية احياناً.

فالجمهور الاميركي وبسبب خضوعه للسيطرة الاعلامية المتطورة تحول الى الاكثر قبولاً للايحاءات في العالم. وهو حالياً يخضع لايحاء نهاية القرن والعام ٢٠٠٠ ومعه ايحاء نهاية العالم. حيث تحولت كلمة «نهاية» الى كلمة ـ مفتاح للتنويم المغناطيسي لهذا الجمهور. خصوصاً بعد نهايات الدول الشيوعية المعادية.

الاكاديميون الاميركيون وجرياً على عادة كسب تأييد الجمهور واثارة اهتمامه باتوا يستخدمون كلمة «نهاية» استخدمات يصل بعضها الى حدود الابتذال.

فمن «نهاية التاريخ» الى «نهاية الايديولوجيات» الى «نهاية الولايات المتحدة» و«نهاية الرأسمالية» و«نهاية الجغرافيا» وغيرها من النهايات!

بعض هذه النهايات لم يكن مناسباً للتوجهات السياسية الاميركية المرحلية وبعضها اطلق من قبل اشخاص لا يتمتعون بالرضى السياسي. فكان نصيب هذا القسم من النهايات التجاهل الاعلامي. مقابل تركيز على النهايات الاخرى. ولعل احد اكثر الساخرين من موجة النهايات هذه هو الصحفي العلمي الاميركي جون هورغان الذي ألف كتاباً بعنوان «نهاية العالم» واعترف بان هذه الفكرة غير مستقرة (بمعنى انه هو نفسه غير مؤمن بها تماماً) لكنه الف كتابه لانه وجد لها ناشراً (انظر كتابنا سيكولوجية السياسة العربية ص ٦٤.) وقس عليه.

لكنني شخصياً اجد قمة الابتذال في استغلال كلمة «نهاية» في مقالة فوكوياما الاخيرة ـ المنشورة في مجلة انترناشيونال انترست ـ عدد صيف ١٩٩٩ ـ وفيها يطرح «نهاية الانثروبولوجيا».

وقبل ابداء الرأي في هذا الطرح لا بد من ايجاز افكار هذه المقالة. حيث يبدو فوكوياما وكأنه يتراجع عن طرح «نهاية التاريخ» ليعود فيكرسها عن طريق اكمال سندها الاقتصادي بسند آخر هو التغاء الحاجة للاعتراف. فهو ينطلق من مقولة هيجل بافتراض وجود محركين رئيسيين للتاريخ هما الاقتصاد والحاجة للحصول على الاعتراف. حيث ركزت «نهاية التاريخ» على المحرك الاقتصادي. باعتبار ان اقتصاد السوق والديمقراطية الليبيرالية هي الطرح الوحيد الباقي بعد سقوط بقية النماذج الاقتصادية. وهذه الآحادية جعلت فوكوياما يتخيل جمود العملية التاريخية ويطرح «نهاية التاريخ».

لكنه يعود لينتبه في هذه المقالة الى المحرك الآخر وهو «الحصول على الاعتراف» وهو يرى ان الثورة في ميدان التكنولوجيا الاحيائية، الموازية لثورة الاتصالات، ستكون كفيلة بالغاء الحاجة للحصول على الاعتراف. وعندما يحدث مثل هذا الالغاء فان المحركين يكونان قد توقفا وبذلك فان «نهاية التاريخ» تصبح حتمية.

ويعطي فوكوياما المثال على امكانية الاستغناء عن الاعتراف بدواء مضاد للاكتئاب يسمى «بروزاك». حيث يمكن لهذا الدواء (في رأيه) ان يعيد التوازن لمزاج الشخص ويجنبه معاناة عدم الاعتراف. وهو يعطي مثالاً آخر دواء الريتالين. الذي يعتبره مساهماً في تخفيف حدة اختلاف البعض عن باقي الناس وبالتالي فانه يلغي دافعهم (اختلافهم) للحصول على الاعتراف.

فإذا ما اضفنا الى هذين المثالين (المتوافرين) راهنا والمستخدمين من قبل ملايين المرضى) التطورات التي تعد بها التكنولوجيا الاحيائية فان ذلك يعني امكانية خلق مجتمع بشري متكافيء وهذا ما عجزت عنه كافة الايديولوجيات الراديكالية!

لكن هذا المجتمع الذي يتحدث عنه فوكوياما لا علاقة له بـ «نهاية التاريخ» بل انه يعني «نهاية الانثروبولوجيا»!

ولعل النقطة الاكثر اثارة للاهمية في هذه المقالة هو وصول السياسة الى مرحلة الاضطرار للاعتراف بالانثروبولوجيا (او الإناسة). وان كان هذا الاعتراف مقترناً بالالغاء!

وبما ان فوكوياما ينطلق من الادوية النفسية لولوج باب الانثروبولوجيا فانه يعبر الى «نهاية التاريخ» من بوابة «الطب النفسي». وهي بوابة فائقة الصعوبة لسوء حظه. بل انه من الممكن التأكيد على استحالة عبوره لهذه البوابة.

واذا كان المجال هنا لا يتسع لتفنيد خلفيات هذه الصعوبة فاننا نكتفي بذكر اهم وجوهها وهي التالية:

١ ـ من الواجب عدم الخلط بين الطب النفسي والصناعة الصيدلانية بالرغم من التداخل بينهما.

فشركات الادوية تهدف الى الربح في حين يهدف الطب الى مساعدة المريض اعتماداً على مبدأ «المخاطرة في مواجهة المنفعة». وهذا المبدأ الذي اسقط دواء **البروزاك** الذي يتخذه المؤلف مثالاً. حيث ان اعداداً كبيرة من الاطباء قد تخلوا عن وصف هذا الدواء بسبب آثاره الجانبية ومنها تشجيع الميول الانتحارية لدى متعاطيه. ولكنه قد يستمر لبعض الوقت في الاستعمال بسبب حملة الاعلان الشرسة التي تخوضها الشركة المنتجة.

٢ ـ ان الطب النفسي يرفض اخلاقياً المبادئ الرومانية ومنها مبدأ ضرورة الجنون في مجتمع مجانين. وهو يصر ان ينظر للمجنون على انه مريض يحتاج الى علاج. وعليه فان الطب النفسي يرفض تحقيق السعادة البشرية بوسائل غير اخلاقية! فهذه ممكنة التحقيق مثلاً عن طريق مخمدات الجهاز العصبي (المخدرات في طليعتها). لكن الطب النفسي يرى في هذه الوسيلة طريقة لا اخلاقية تعطي سعادة وهمية وتنتقص من الوعي والكمال الانسانيين.

٣ ـ لقد دخل الطب النفسي حكماً رئيسياً في موضوع الاخلاقيات بدءاً من اطفال الانابيب ولغاية الاستنساخ البشري. ولحكمه دور المقرر في هذه المواضيع. اذ ان تجاهل هذه الاحكام الاخلاقية سيؤدي للصدام مع الاديان ومع الانثروبولوجيا عامة. هذا الصدام الذي تجاوزه فوكوياما بسذاجة الجاهل لعجز السياسة عن خوض مثل هذا الصدام. ويكفي هنا التذكير بان الرئيس كلينتون قد أوقف دعم اية ابحاث في مجال الهندسة الوراثية قبل البت باخلاقيتها.

٤ ـ ان رفض الطب النفسي للمبادئ الرومانية يضعه في صف معارضة تطبيقات البراغماتية التي ينطلق منها فوكوياما. اقله ان الاختصاص يرفض اعلان عجز العقل البشري عن ايجاد بديل لحل آحادي (اقتصاد السوق) اذا كان هذا الحل غير مناسباً.

٥ ـ ان الطب النفسي لم يتوصل لغاية اليوم الى ايجاد تعريف للسواء بسبب احترامه الشديد لحقوق الاختلاف (وبالتالي فان الاختصاص لا يسعى ولن يسعى يوماً لإلغاء هذه الحقوق. بل ان جهوده تنحصر في الحد من معاناة المريض). بل ان الاختصاص يجري الابحاث والمراجعات الدورية للتفريق بين ما هو مختلف وما هو مرضي. مع اصرار الاختصاص على مبدأ قوامه «**ان التنوع الانساني هو مصدر غنى البشرية**». وهذا يعني ان الاختصاص لن يساهم يوماً في الغاء هذه التنوعية.

٦ ـ حتى لا نصل الى جرعة مثالية شبيهة بجرعة المثالية التي تجرعها فوكوياما فاننا نقر باحتمالات اساءة استخدام الاختصاص. وهي اساءة تحتمل وجوهاً لا حصر لها. وقبل ان نذكر بعضها ننوه بان اي اختصاص بريء مسبقاً من اساءات استخدامه. ومنها نذكر:

أ ـ المحاولات الاميركية لتربية اطفال عباقرة (هناك سوابق نازية في المجال). وهي محاولات ادت لتحويل الطفل الى فردٍ عالم بحسب وصف الاطباء النفسيين الذين فحصوا هؤلاء الاطفال.

ب ـ تسخير الهندسة الوراثية لانتاج جيل من العباقرة. وهي اساءة يتضخم خطرها بالسعي لاحتكار جماعة او أمة معينة لهذا الانتاج.

ج ـ ان مشاركة الاطباء النفسيين في فروع الاختصاص (الدوائي والاجتماعي والسياسي... الخ) هي مشاركة مطلوبة وضرورية لتسخير الاختصاص في خدمة المجتمع والانسان. لكن تخطي المسألة حدود المشاركة الى ابواب التورط يعتبر احد اخطر اساءات استخدام الاختصاص.

د ـ ان انتاج المخابرات الاميركية لمخدر ل.اس.دي وتجربته في العام ١٩٥٣ هو مثال عملي على هذه الاساءات. عداك عن ضحايا ادمانه المتزايدين حتى اليوم.

هـ - ان استخدام الاختصاص للتخلص من المعارضين السياسيين على غرار ما حدث في الاتحاد السوفياتي هو مثال عملي آخر.

و - ان تورط بعض الاختصاصيين مع شركات الدواء هو آخر الامثلة العملية التي نسوقها.

والآن هل يمكن الوصول الى النتيجة التي يتخيلها المؤلف عن طريق اساءات مركبة لاستخدام الاختصاص ومعه تطورات التكنولوجيا الاحيائية؟

ان نفي هذا الاحتمال غير وارد بدليل الحدوث المتكرر لهذه الاساءات في مختلف الميادين العلمية. الا ان هناك ضوابط اكيدة لهذا الاحتمال وهي تتمثل في الوجه الآخر للرؤية. وهي التي تمثلها طروحات هنتنغتون الذي يصر على المضي في دعم فرضيته «صدام الحضارات» بعد سيل الانتقادات التي تعرضت لها هذه الفرضية. وهي تعتمد ليس فقط على استمرارية الانثروبولوجيا وانما على تعيق تأثيرها واتساع نطاقاته وصعده. واذا لم يكن في المجال متسع لمناقشة هذا الوجه الآخر فاننا نكتفي بالقول بان الحضارة الانسانية تتجه نحو قبول الآخر والتعمق في التعرف على اختلافاته بما يطور الانثروبولوجيا باتجاه الاعتراف بالآخر مختلفاً وليس باتجاه الغاء اختلافه. وهذا يعني ان الانثروبولوجيا باقية ومعها التاريخ. كما يعني اتجاه الحضارات لايجاد صيغ تعامل متمدنة في ما بينها وليس باتجاه الصدام. بل انه يعني تأكيداً بان مظاهر الصدام الملاحظة ليست انعكاساً لصدام الحضارات وانما هي نتيجة لفوضوية وضعف قواعد الاعتراف بالآخر ومعها تجاوزات ظلمه واستغلاله. وهي تجاوزات عابرة او هي محدودة زمنياً على الاقل وبعدها «نهاية القوة».

رئيس التحرير

## وفاة البروفسور فؤاد ابو حطب

من عمر يناهز الخامسة والستين توفي في القاهرة رئيس الاتحاد العربي لعلم النفس البروفسور فؤاد ابو حطب. وكانت وفاته يوم السبت في ٢٠٠٠/٤/٢٩ . والفقيد استاذ علم النفس في جامعة عين شمس وهو من مواليد كفر الشيخ بتاريخ ١٩٣٥/١/٢٩ . وكان الفقيد قد شغل منصب استاذ زائر في جامعات: ام القرى (مكة المكرمة) وجامعة السلطان قابوس وشارك في انشاء المركز القومي للامتحانات والتقويم التربوي. كما عمل استاذا زائرا في جامعة لندن وفي كلية بوسطن في الولايات المتحدة وخبيرا للمنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم. كما عمل ابو حطب مستشارا لليونسكو لشؤون الموهوبين والمتفوقين في قطر.

كما كان الفقيد مستشارا وعضوا استشاريا لعدة منظمات ومجلات عربية وعالمية. في مجمع اللغة العربية وعضو اللجان الدائمة لترقية اساتذة علم النفس في المجلس الاعلى للجامعات وجامعة الازهر والعديد من الجامعات العربية. وهو رئيس دائم للمؤتمر العربي لعلم النفس ولمؤتمر الجمعية المصرية. وللفقيد قائمة من الكتب والبحوث العلمية المعتمدة في الجامعات والمراكز العربية.

لقد كان الدكتور فؤاد والدا عطوفا وصدوقا لزملائه المصرين والعرب. وكانت ديناميته ومحبته العنصر الاساس لجمع شمل الاختصاصيين العرب في اتحاد يمثلهم. وهو قد اعد واخرج قبيل وفاته العدد الاول من مجلة الاتحاد الصادرة بالانكليزية.

باسم الزملاء في الجمعية اللبنانية وفي الاتحاد العربي وباسم اسرة تحرير مجلس الثقافة النفسية كما باسمي الشخصي اتقدم لكافة الزملاء العرب ةلزوجة الفقيد الدكتورة آمال مختار صادق بخالص العزاء.

جريدة نداء الوطن
٢٠٠٠/٥/٣

# التقرير السنوي لمنظمة الصحة العالمية

اعداد: رمزية نعمان وسناء شطح
ونشات صبوح

في شهر أيار ١٩٩٩، نشرة منظمة الصحة العالمية تقريرها السنوي، عن الحالة الصحية العامة لسكان العالم.. ونسبة الوفيات الناتجة عن الأمراض الخطيرة.. وانطوى هذا التقرير على مفاجأة.. هي ان امراض الاكتئاب، تعتبر أكبر مسبب للموت، بعد أمراض القلب والسرطان.

والمفاجأة تنبع من حقيقة مهمة.. هي ان الامراض النفسية لم ينظر اليها من قبل، باعتبارها حقيقة مهمة.. وايضاً ان الامراض النفسية لم ينظر اليها من قبل، باعتبارها مميتة، او مسؤولة عن ترك بصماتها في سجل الاحصاءات الخاصة باسباب الموت.

فمنذ سنوات عديدة تنشر احصاءات حول مسؤولية الحوادث وامراض القلب او السرطان، عن ارقام الوفيات في بلد بعينه او في عدد من الدول.. والحريصة على متابعة صحة سكانها، واسباب الوفيات.

فكيف تتسبب امراض نفسية، كالاكتئاب بمختلف درجاته، في اضافة همومها ضمن القائمة الطويلة لاسباب الموت.

قبل الاجابة على هذا السؤال، ينبغي ملاحظة ان منظمة الصحة العالمية تنشر في تقريرها، ليس فقط الاحصاءات المتعلقة باسباب الوفيات الناتجة عن الأمراض النفسية المسببة للعجز ثم الوفاة المبكرة.. فعند قياس العجز الناتج عن أمراض عضوية، ومقارنته بمشاكل الامراض النفسية والعصبية، خصوصاً في الدول الغنية، تبين ان امراض الاكتئاب والخوف والرهاب والفصام، تسببت في ٢٣٪ من حالات العجز المرضي.. بينما بلغت امراض القلب ١٨٪ والسرطان ١٥٪.

ويشير التقرير الى ان الطب عامة، تجاهل الامراض النفسية زمناً طويلاً، باعتبارها لا تدخل في قائمة اسباب الوفيات.. لكن دراسة الاثار الحقيقية لهذه الامراض والاصابة بنوع من العجز، يتفاقم ليصل الى أضعاف اعضاء الجسم وخصوصا جهازه المناعي الذي كشف عن انها من الاسباب الرئيسية للوفيات.

ذلك ان هذه الامراض، وخصوصاً الاكتئاب الحاد، تتزايد في معظم أنحاء العالم. وقد يرى البعض ان هذه الامراض، تتركز في الدولة الغربية.

وان كان افتقاد الدول النامية الى الدراسات الطبية الجادة وغياب الاحصاءات الدقيقة عن مدى انتشار هذه الامراض، يدفع بعض الكتاب والمحللين، الى اعتبار الامراض النفسية الحادة، من ظواهر المجتمعات الغربية، بسبب انحلالها وفساد قيمها ومعاييرها الاخلاقية!

والمؤتمرات الطبية التي انعقدت مؤخراً، تؤكد ما وصل اليه الخبراء في منظمة الصحة العالمية. فقد اكتشف العلماء خلال السنوات العشر الاخيرة، ومع تطور اجهزة تطوير المخ انه لا يوجد مرض نفسي، لا تصاحبه تغيرات كيمائية وفسيولوجية في المخ.. فالعلاقة قوية مؤكدة، بين العوامل البيئية والنفسية والاجتماعية وتأثيرها على الجهاز العصبي.

وبفضل التطورات الحديثة في اجهزة تصوير المخ، أمكن مشاهدة ما يجرى فيه خلال حالاته المختلفة. ورؤية على شاشات التليفزيون، ما يحدث اثناء حالات الأزمات النفسية او الاكتئاب الحاد.

واشارت هذه الابحاث الى اهمية ملاحظة امراض خرف الشيخوخة، خصوصا الحالات الواضحة من المرض المعروف باسم الزهيمر، وهو مرض خطير، يبدأ بما يشبه فقدان الذاكرة، وينتهي بالموت، بسبب اصابة اجزاء من خلايا المخ باضرار جسيمة.

فهناك علاقة من نوع ما، بين هذا المرض، وبين ظهور مقدمات تستوجب الملاحظة، ومن بينها الاكتئاب الحاد، الذي يوصف بالاكتئاب المتداخل مع تلك الحالات.. فالفحص المبكر قد يفيد في تجنب كارثة مضاعفات مرض الزهيمر.

ويعتقد فريق من العلماء، ان هناك ثورة في الطب النفسي، أعمق مما حدث في فروع الطب الأخرى.. بفضل التطور في اجهزة تصوير المخ، وابتكار عقاقير جديدة ولم تعد وظيفة الطبيب النفسي الاقتصار على اكتشاف نوع المرض، او الجلسات المعروفة بل امتدت الى الاستفادة من عقاقير كيمائية جديدة.. تعيد التوازن المنشود في المخ والنفس.. واتاحة الفرصة لرؤية ما يجرى في المخ.

وبفضل هذه التطورات، أمكن علاج امراض الاكتئاب بنسبة ٨٠٪ ومرضى الفصام نجح العلاج معه بنسبة تصل الى ٧٠٪.

ويعترف جميع علماء النفس الآن ومعهم معظم علماء الميادين الاخرى للطب، بالعلاقة الوثيقة بين الحالة النفسية وجهاز المناعة.. فالاكتئاب او القلق والتوتر، يعرض الانسان لامراض عضوية لها علاقة بالمناعة، مثل السكر وضغط الدم وروماتيزم المفاصل، بل وبعض انواع السرطان.

من هنا ندرك الاسباب الخفية الكامنة وراء تزايد معدلات الوفيات، لأسباب ترجع جذورها لامراض نفسية.

## تحريض منطقة في الدماغ لعلاج مرض الكآبة

قالت دراسة اميركية اجريت في جامعة كاليفورنيا ودامت خمس سنوات، ان نقص النوم يزيد من فعالية الدماغ ويخفض الاعراض السريرية للكآبة، وذلك بعد اجراء فحوصات طبقية محورية لـ ٣٦ مريض بالكآبة و٢٦ شخصاً سليماً، بالاضافة الى اختبار شعاعي نوعي للمرضى يدعى PET بهدف قياس الفاعلية الاستلابية لاجزاء معينة من قشرة الدماغ، خصوصاً تلك التي تتحكم بالعواطف والشعور، بعد كل ليلة نوم طبيعي وليلة نوم قلق ومضطرب.

ومن مقارنة نتائج كل مشارك على حدة، كان اكثر الامور اهمية هو ازدياد النشاط الاستقلابي في قشرة الدماغ بعد ليلة نوم قلق عند ١٦ من مرضى الكآبة. وهو مماثل تماماً للملاحظ عند الاشخاص الطبيعيين.

تحدث الكآبة في اطار مرض فيزيائي آخر، او نتيجة لظرف اجتماعي صعب، او انعكاساً لمشاكل شخصية

او كوارث حياتية. وهي تؤدي الى اعراض فيزيائية عدة وغير نوعية مثل أرق منتصف الليل ونقص الشهية والوزن والامساك ونقص الشهوة الجنسية والتعب والالم الجسدي المبهم. بالاضافة الى حدوث الاثارة والغضب لاتفه الاسباب وفقر في الحركة والتعابير، وتكرر الاكلام ونقصان الجمل وضعف المعنى.

من جهة اخرى اظهرت دراسة سابقة، اجريت سنة ١٩٩٦ في جامعة ميتشيغن، فائدة منع النوم عند المصابين بالكآبة، اذ حرم ١٦ مريضاً من النوم لمدة ٣٦ ساعة، كان نتيجتها تحسن المصابين بدرجة كبيرة من هذا المرض، على العكس تماماً من المصابين بدرجة اخف او السليمين الذين عانوا من تكدر في المزاج والعواطف. يذكر ان هذا الجزء من الدماغ الذي تغيرت فاعليته ونشاطه ايجابياً مع عدم النوم، هو المسؤول عن تطور هذا المرض. ويأمل الباحثون عن طريق دراسة هذه المنطقة جيداً الى التوصل الى علاج يناسب كل حالة ويفوق بفاعليته العلاجات الشائعة.

## المكتئبات أكثر عرضة لكسور الحوض والخطورة تزداد عند تناول المهدئات

اعلن باحثون نروجيون ان المريضات بالاكتئاب واللاتي تشعرن بالوحدة قد تكن اكثر عرضة للاصابة بكسور في الحوض.

وأوضح علماء في المعهد القومي للصحة العامة في اوسلوا قاموا بدراسة على اكثر من ١٨٥٠٠ امرأة فوق الخمسين ان النساء اللاتي سجلن اعلى درجات في اختبار للاكتئاب كن اكثر من اصبن بكسور في الحوض.

وقالت الطبيبة ليزا فورسن وزملاؤها في دراسة نشرت نتائجها في مجلة جورنال اوف ابيديمولوجي «كسور الحوض ارتبطت بشكل كبير بالاكتئاب».

وتضمن الاختبار اسئلة متعلقة بالقلق والاكتئاب ومشاكل النوم.

وتبين للباحثين ان عشرة في المئة من النساء اللاتي سجلن اعلى درجات في الاختبار تضاعفت عندهن امكانية الاصابة بكسور في الحوض عن العشرة في المئة من النساء اللائي سجلن درجات منخفضة. وزادت الخصورة عند النساء اللاتي تتناولن مهدئات.

وقال الباحثون «الادوية قد تسبب الدوار مما يزيد من امكانية السقوط والاصابة بكسور».

وتزيد امكانية اصابة النساء بعد انقطاع الطمث بهشاشة العظام بسبب انخفاض معدلات هرمون الاستروجين.

وتؤدي التعاسة والقلق الى تفاقم المشكلة اذ انها ترتبط عادة بسوء التغذية والتدخين.

ومن الممكن ان يساعد العلاج بالهرمونات ويفيتامين «هاء» الذي يساعد الجسم على امتصاص الكالسيوم والذي يبني العظام على تقليص خطر الاصابة بهشاشة العظام وكسور الحوض.

ودعا الباحثون للقيام بمزيد من الدراسات لمساندة نتائجهم.

## أحدث علاج للإدمان

## «مدرسة العلاج عبر الشخصية»

الادمان مشكلة مترامية الابعاد، فهي لا تؤثر فقط على ممارسها، وإنما يمتد اثرها لمختلف افراد اسرته الصغيرة ومجتمعه الكبير. ورغم تعدد مدارس العلاج النفسي لمشكلة الادمان الا ان اكثرها نجاحا هو ما يأخذ بعين الاعتبار المعايير الدينية والاجتماعية، والنفسية بشكل متكامل فقد أكدت احدث الابحاث ان ٥١٪ من المدمنين مصابون بأمراض نفسية واصابة ابناء المدمن بتبول لا إرادي واكتئاب بنسبة ١١٪ وقد عرض المؤتمر الدولي الثامن والثلاثون

والذي عقد في فيينا بالنمسا مؤخراً ابحاث جديدة في التعامل مع مشكلة الادمان ونوقش فيه ما يشغل فكر المتخصصين في علاج الادمان عن الاسباب العلنية والخفية المتداخلة لهذه المشكلة وعن هذا المرض والاسباب وراء كل هذا الفشل في مواجهته وعن كيفية تفادي الانتكاسات التي تحبط الاهل والمعالج.

وقدم د. هاشم بحري استاذ الامراض النفسية والعصبية في كلية الطب جامعة الازهر في هذا المؤتمر بحثين علميين تناول الاول مدى انتشار الامراض النفسية لدى المدمنين حيث اتضح انها تصل الى ٥١٪ في صورة اكتئاب بنسبة ٢٢٪ واضطرابات في التعامل مع المجتمع ١٣,٥٪ واضطرابات عضوية في المخ ١١,٥٪ وفصام بنسبة ٨٪ وهذه الأمراض تؤدي الى وقوع المريض في براثن الادمان وفشل علاجه مما يوضح اهمية العلاج الطبي لبعض المدمنين بعد تخلصهم من السموم.. أما البحث الآخر فهو عن تأثير اسلوب الأب المدمن على أبنائه الذي أظهر نسباً خطيرة وهي قلق ٢٢٪، وتبول لا إرادي ١١٪، واكتئاب ١١٪ واضطرابات في الأكل ١٠٪، اضطراب في الكلام ٦٪، واضطراب في النوم ٥٪ واضطرابات جسمانية ٥٪، مما يوضح اهمية العلاج النفسي والاجتماعي والاسري للمريض بعد اجتيازه المراحل الاولى في العلاج... حيث نرى في عيون الأهل الكثير من القلق على صحة ابنائهم وانفاق اموال طائلة للعلاج بعائد ضعيف فالاتفاق السري بين بائع المخدرات والمدمن وعدم رغبة المريض في العلاج سواء في المنزل او المستشفى يكسر كل خطوات العلاج مع تحفظ على شكل وموضوع علاج الادمان بالمستشفيات فرغم اننا ما زلنا نواجه صعوبة في العلاج فالمريض يتخلص من سموم الجسم ولكنه يعود مرة اخرى للادمان فهو يبحث عن راحته وسعادته ولا يجد في العلاج الدوائي ما يخلصه من الحاح الادمان كما انه يرفض النصائح التي توضح له المخاطر والاعراض الجانبية التي تؤدي به الى المرض او الموت او السجن ونفشل في التواصل مع عقله الواعي وهو يوافق اثناء الجلسات العلاجية وبعدها يعود لطريقه المعتاد اما عقله الباطن فالوصول له صعب ويحتاج لمثابرة وجهد مستمر حتى نتعرف على اسباب التعاطي وما هي أنسب طرق علاجه...

وعن أنسب طرق العلاج وكيفية التغلب على هذه المشكلة قال الدكتور هاشم بحري: بأنه طرح هذا السؤال على احد كبار المتخصصين اثناء زيارته لاحد مراكز الادمان في لوس انجلوس فقال ان الحضارة الاسلامية وجدت الحل في التعامل مع مشكلة ادمان الكحول وان محاولة فهم طريق النجاح يمكن ان يمنحنا الامل مرة اخرى في التعامل مع هذه المشكلة في الوقت الحاضر وبحثت عن الاسلوب الفعال فوجدت طريقين متوازيين اولهما: التحريم التدريجي والذي لفت انظارنا طوال الاعوام الماضية والاخر وهو الاهم الوصول للعقل الباطن والتواصل معه بسلاسة من خلال تعميق فهم الانسان لنفسه ودوره في المجتمع وعلاقته بربه مما يتيح لهذا العقل الذي يحتوي على خبراتنا ومشاعرنا وافكارنا للخروج والتعامل بحرية والتصالح مع العقل الواعي الذي يتعامل مباشرة مع الضغوط الحياتية بيسر وسهولة ورضا. فالملاحظ من خبرتي العملية ان الكثير من المدمنين لا يستجيبوا للعلاج الديني بمفرده مثل ان يبدأ الصلاة ويقرأ القرآن الكريم والأدعية حيث يشعر انه تحت ضغط وسيطرة لا يعرف كيف، ويشعر بحلاوة الايمان. وهذا فتح الطريق الى كيفية انشاء خط علاجي متكامل من خلال مدرسة العلاج عبر الشخصية وهي اخر العلاجات الحديثة التي تتعامل مع نفس الموضوع لفهم وتحليل الشخصية الانسانية وهذا العلاج يعتمد على التنسيق والتداخل والتكامل بين رسالة الاسلام والايمان ومدرسة العلاج عبر الشخصية مما يفتح مجالا جديدا لعلاج هذه المشكلة بتدعيم المريض حتى يفهم علاقته مع ربه

بسلاسة ويسر من خلال وعيه بالماضي والحاضر والمستقبل.

## فك رموز الكروموزوم ٢٢ البشري
## أول معالم ثورة بيولوجية قادمة

رحبت الاوساط العلمية بتوصل فريق من العلماء الدوليين الى فك رموز اول كروموزوم (صبغي) بشري توقعوا ان ينعكس ايجابا في مجال علاج وتشخيص العديد من الامراض في المستقبل، في ما وصفه البعض بانه المرحلة الاولى لثورة بيولوجية قادمة.

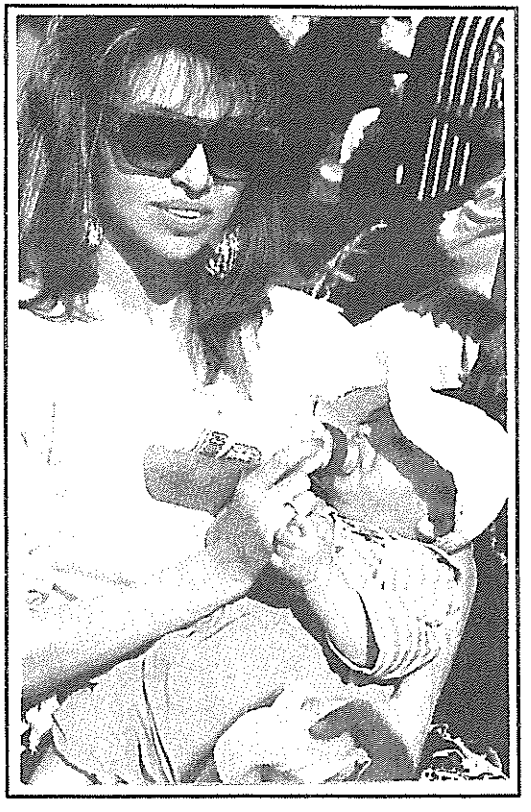
ويربط العلماء ٢٧ مرضا على الاقل بطفرات (تشوهات) تحدث في مورثات يحملها الكروموزوم ٢٢ من السرطانات، كاللوكيميا، الى التشوهات الخلقية، وامراض القلب الوراثية، وحتى انفصام الشخصية (سكيزوفرينيا) ومرض اخر شبيه به يصيب الجهاز العصبي.

وينشر فريق الباحثين وهم من بريطانيا والولايات المتحدة واليابان والسويد التركيبة شبه الكاملة للكروموزوم في عدد مجلة «نايتشر» البريطانية.

## اتصالات عبر الجسم

باتت التكنولوجيا توزع اكثر فأكثر حول اجسامنا: ساعة على المعصم، وهاتف في الجيب، وسماعة رأس على الاذنين، وكمبيوتر على الحزام. والآن، تأمل شركة «بوراتو» الايطالية ان تتمكن بفضل اختراع جديد من وصل جميع هذه الاجهزة في ما بينها باستخدام الجسم البشري كدليل موجي (مسلك موجات انبوبي) كهرومغناطيسي، فالجلد لديه طبقة خارجية، هي البشرة، مكونة من خلايا حية وحطام خلايا ميتة، وطبقة ادنى، هي الادمة، مكونة من بروتينات ليفية. والبشرة تكون مرطبة بفعل التعرق، فتعمل بمثابة موصل كهربائي، مما يتيح اقامة اتصال بين هذه الاجهزة المختلفة.

## اعادة الاعتبار
## لحليب الابقار!



اعلن الاطباء البريطانيون ان حليب الابقار لا يقل فائدة للاطفال الرضع من الحليب الصناعي المضاف اليه الحديد. ويأتي هذا الاعلان في اعقاب تجارب اجريت في ثلاث مدن بريطانية هي نوتنجهام وليستر ونوريتش، تم خلالها اطعام ما يقرب من ٥٠٠ طفل حديث الولادة، إما حليب الابقار او حليب صناعي من النوع المقوى بالحديد او النوع غير المقوى بتلك المادة. وقد اخضع الاطباء المختصون هؤلاء الاطفال الرضع طوال تسعة أشهر ونيف لمراقبة دقيقة للتعرف على نموهم وتطورهم العقلي والجسدي وتقييمه.

ونتيجة لهذه التجارب، لم يعثر الآباء على «أية فروقات ذات شأن» في اي من الاطفال، وضمنوا استنتاجاتهم في تقرير صدر عن الجمعية الطبية البريطانية. وعلقت الدكتورة روث مورلي التي كتبت التقرير بالقول انه بينما قلل الحديد المضاف الى الحليب الصناعي من مخاطر اصابة الاطفال بفقر الدم، لم تكن هناك «أية فوائد للاطفال من حيث النمو او التطور العقلي».

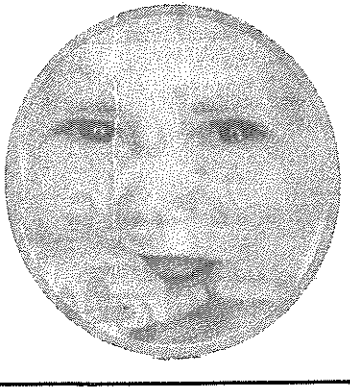
## انفعالات الطفل في مؤتمر دولي

دعيه يبكي.. دعيه يصرخ فصوته بدرجاته المختلفة هو تعبير وجداني لا شعوري يعبر عن فعل منعكس نظراً لتغير بيئته داخل رحم الأم وخارجه.. والصرخة الاولى تفتح الجهاز التنفسي للطفل ليزود الدم الواصل الى الجهاز العصبي المركزي بالاوكسجين اللازم لحياته.. وبعد الصرخة الاولى انتبهي لطبيعة صوته فيما بعد.

هذا هو موضوع المؤتمر الذي عقدته الجمعية المصرية للتخاطب وعلاج الكلام بمناسبة مرور ٢٥ عاماً على بداية علم امراض التخاطب بمصر في شهر اكتوبر الماضي تحت رعاية د. حسن غلاب رئيس جامعة عين شمس ود. محمد عوض تاج الدين نائب رئيس الجامعة، ود. حامد شتلة عميد كلية طب عين شمس، وقد رأس المؤتمر د. ناصر قطبي استاذ امراض التخاطب وشاركت فيه بالابحاث عدة دول اوروبية.

وحتى لا نتركه يبكي بصورة عشوائية يحدد ذلك د. محمد بركة مقرر عام المؤتمر ونائب رئيس الجمعية ورئيس وحدة امراض التخاطب بطب عين شمس فيقول: المفروض ان مجموع ما يبكيه الطفل في اليوم الواحد مجتمعا او متفرقا هو ساعة ونصف الساعة خلال الشهور الستة الاولى، اما لو زاد بكاؤه على ثلاث ساعات في اليوم فيجب ان تنتبه الام للبحث وراء ذلك باعتباره عرضا لظاهرة مرضية. والانتباه لنوع الصرخة مهم ايضاً، فالصرخة الضعيفة قد تنبئ بمرض وهن العضلات، والصوت منخفض الحدة قد يصاحب الطفل المنغولي.. وقياس تردد الصوت المثالي للطفل في الثانية الواحدة ٦٠ هرتز فقط بينما يعتبر التردد الاعلى لبكاء الطفل عن ٢٠٠٠ هرتز دليلا على اصابة الجهاز العصبي المركزي وبمتابعة تحسنه يشفى المرض. ومن الصوت ايضا قد نشخص بعض الامراض الوراثية فنقص جزء من كروموزوم رقم ٥ قد يجعل صوت الطفل كصوت مواء القطة ومن صوت الضوضاء المصاحبة نستطيع معرفة ان كان هناك ضيق اسفل المزمار او القصبة الهوائية.

وقد أثار مجموعة من الاطباء المتخصصين في دول اوروبية عديدة منها البرازيل والمجر.. هذا الموضوع في بحث مشترك عن اسباب تغير صوت الطفل فلخصوها في الآتي: الصراخ الدائم كما نلاحظ اثناء لعب الأطفال معا، والجور حار والتوتر لهما بصمتهما على الحنجرة، وهناك نوع من انواع الضعف السمعي لا يسمع الطفل صوته بوضوح ويضطر الى علو صوته ظنا منه انه يكون مسموعاً بهذه الطريقة، والنزلات الشعبية وحساسية الصدر التي تؤدي الى سعال متكرر، والقلق والجو الاسري العام



المحيط بالطفل وقد وجد التلعثم مع بحة الصوت في ١٢٪ من الحالات مما قد يوحى بعامل نفسي مهم. ونحن الكبار ايضاً لنا دور في احداث بحة الصوت لدى الاطفال فنحن احياناً لا نجيب طلب الطفل إلا بعد ان يبكي والمدرس الذي يطالب الطفل بعلو صوته في القرارة والاناشيد.

حجم المشكلة:

ستة اطفال من بين كل مائة طفل يعانون من بحة الصوت بدرجاته المتفاوتة وحجر الزاوية في علاج بحة الصوت في الاطفال هي ضرورة اقتناع الطفل واهله بالعلاج ويتم هذا في صورة فريق علاجي يشمل طبيب امراض التخاطب وطبيب الامراض النفسية اذا لزم الامر لان هناك قاعدة نفسية لبحة الصوت عند الطفل ويقوم هذا الفريق برسم خطة علاج عقاقيرية كانت او تدريبية او جراحية وقد كان المتبع في علاج بحة الصوت في الاطفال هو اعطاء الارشادات اللازمة للطفل واهله بضرورة الكف عن الصراخ وقد كنا نلجأ الى تخويف الطفل بعمل عملية لهذه الحبيبات إذا استمر الصراخ وعلى ان تتم متابعة الطفل بهذه الارشادات حتى مرحلة البلوغ التي يتوقع ان تتلاشى هذه الحبيبات عندها. ولم يكن شائعا إعطاء تدريبات تخاطبية لهذا الطفل على هيئة جلسات إلا ان الابحاث التي قدمت في هذا المؤتمر والذي حضره ١٥ استاذا اجنبيا من ثمان دول اكدت هذه الابحاث على بداية التدريبات التخاطبية حتى في الاعمار المبكرة ٧ و٨ سنوات لسببين: **اولاً:** التأثير السلبي لبحة الصوت على اندماج الطفل مع اقرانه في المدرسة فإما انه ينزوي منهم او يتحاشوه لبحة صوته فصوت الانسان هو جزء من شخصيته وقد يؤثر هذا على مستواه الدراسي. **وثانياً:** كثيراً ما نقابل بالغين ببحة صوتية وبسؤالهم يفيدون انها منذ الطفولة واستمرت معهم وكان علاجها اسهل في الصغر.

والهدف من هذه التدريبات هو إقناع الطفل عن طريق صور توضح له اهمية الكف عن الصراخ والاستعمال الامثل للحنجرة كما يلي:

- نريه صوراً لطفل يتكلم بهدوء واخر يصرخ ليرى تأثير الصوت العالي على تقاطيع الوجه وعضلات واوردت الرقبة والصدر وحتى البطن.
- صوراً اخرى تبين له العلاقة بين علو الصوت وحجم الحبيبات بالحنجرة مع كمية وعلو الصوت.
- لايضاح اهمية تقليل كمية الكلام نعطيه نتيجة ونقول اقطع ورقة من هذه النتيجة مع كل مرة ترفع فيها صوتك وسوف نعد عدد الورق الذي قطعته اي ان نعرف كم مرة رفعت صوتك في هذا اليوم.
- بيان اهمية استرخاء الجسم كله بما فيه الحنجرة. هل تحب ان تتخاطب مثل هذا الشخص الذي يضرب بشدة على آلة موسيقية ام تكون مثال هذا الشخص المسترخي على شاطئ البحر؟ والمعروف ان اي توتر في اي جزء من اجزاء الجسم، كله بصمته في الحنجرة.
- وللبداية الناعمة لاخراج الصوت يكرر الطفل خلف المعالج كلما تبدأ بالحرف «هـ» حيث يؤدي مرور الهواء الى استرخاء الحنجرة.
- وللبداية الناعمة ايضاً نعطيه فكرة عن التدريبات الصوتية كما نفعل عند التثاؤب والمضغ وان حركة الفكين هذه تزيل الشد والتوتر ايضاً بين الاحبال الصوتية.

ومن الاهمية بمكان النظرة الفاحصة للحنجرة وضرورة علاج اي سبب للسعال والتخلص من عادة الهمهمة والنحنحة لآثارها الضارة على الأحبال الصوتية.

# مؤتمر علمي يناقش الوراثة وأمراض الطفولة

د. رباح محمد شوقي

بعد ان اثبت العلم الحديث ان الامراض الوراثية لم تعد مشكلة محدودة، وان الاستعداد الوراثي هو احد اسباب كثير من امراض الجهاز الهضمي والتنفسي والدم والغدد الصماء والمناعة وغيرها، وان التغلب على هذا الخلل الوراثي هو من اهم عوامل نجاح علاج هذه الامراض والوقاية منها.. لذلك فإن وحدة الوراثة بقسم الاطفال بطب عين شمس تفتح ذراعيها امام الامهات الحوامل الذين لديهم اطفال سابقين مصابين بمرض انيميا البحر المتوسط وتناشدهم التوجه الى وحدة الوراثة لعلم التحاليل لركتشاف «الجين» المسبب للمرض. وذلك بمناسبة الاعداد للمؤتمر الدولي الثاني للوراثة وامراض الطفولة الذي سيقام على مدى ثلاثة ايام (٣٠ نوفمبر - ٢ ديسمبر) بفندق مريديان القاهرة والتي تنظمة وحدة الوراثة بقسم الاطفال - طب عين شمس بالاشتراك مع الجمعية الامريكية لاطباء الوراثة في الشرق الاوسط MEGA.

وتقول د. رباح محمد شوقي رئيسة المؤتمر واستاذة الاطفال والوراثة ورئيسة الوحدة ان هذا المؤتمر الدولي يعقد في احدى الدول العربية كل عامين ففي سنة ١٩٩٧ تم عقده في تونس، ثم اختيرت مصر لعقده لعام ١٩٩٩ حيث ناقش دور الوراثة في:

١ - امراض الغدد الصماء والسكر وامراض الدم والكبد والجهاز الهضمي والقلب والصدر والمناعة والاعصاب والكلى والسرطان، ودورها ايضاً في اختلال التمثيل الغذائي عند الاطفال.

٢ - العوامل البيئية التي تؤثر على الجهاز الوراثي وتؤدي الى ظهور التشوهات الخلقية والسرطانية عند الاطفال.

٣ - دور الهندسية الوراثية في انتاج المحاصيل والعقاقير والتطعيمات.

٤ - دور الوراثة في حدوث الالتهابات والعدوى بالميكروبات.

هذا الى جانب نقاشه احدث طرق التشخيص والعلاج في امراض الطفولة ودور العلاج بالجينات.

وتشير د. رباح الى ان المؤتمر ناقش في جلساته دور الوراثة في التخصصات العلمية المختلفة والتي شارك فيها حوالي اربعون استاذاً من اساتذة الاطفال والوراثة. ومن كليات الزراعة والصيدلة والعلوم والطب البيطري من البلاد العربية ومن امريكا واوروبا. وذلك بالاضافة الى حضور ومشاركة حولي ١٠٠٠ عالم وطبيب مصري من الاساتذة والاطباء المتخصصين في طب الاطفال والامراض الوراثية في جميع محافظات مصر وهيئاتها العلمية والطبية المتخصصة. وتضيف رئيس المؤتمر الى انه حاليا جرى الاعداد لتنظيم ثلاثة ورش عمل تحت اشراف وحدة الوراثة بقسم الاطفال بطب عين شمس، انعقدت قبل المؤتمر من اجل التدريب على التكنولوجيا الحديثة في الكشف عن امراض الاطفال الوراثية. حيث تم في الورشة الاولى التي عقدت من ٩ - ١١ نوفمبر التدريب على كيفية الكشف عن الاغذية الهندسية وراثيا، اما الورشة الثانية التي بدأت من ١٦ - ١٨ نوفمبر تم فيها تدريب الاطباء على تشخيص مرض أنيميا البحر الابيض المتوسط (الثلاثيميا) المرضى والامهات اثناء الثلاثة شهور الاولى من الحمل عن طريق احدث وادق طريقة للكشف عن «الجين» لاكتشاف إذا كان هذا «الجين» مريضاً ام لا.. وهذه الورشة قامت داخل وحدة الوراثة عندنا، وكانت فرصة للأمهات الحوامل للحضور الى وحدة الوراثة

وعمل التحليلات الطبية اللازمة للتأكد من سلامتهن خاصة من كانت لها تجربة سابقة في هذا المرض عن طريق احد اطفالها وذلك بتكلفة منخفضة للقادرات منهن، ومجاناً لغير القادرات.

● وبالنسبة للورشة الثالثة التي اقيمت من ٢٤ - ٢٩ نوفمبر حيث تم فيها التدريب على احدث طريقة لتشخيص العيوب الموجودة في كروموزومات الاطفال المصابون بامراض وراثية وتشوهات خلقية تحت اشراف من الاساتذة الانجليز الذين حضروا خصيصاً لهذا الغرض.. وبعد. نحن ننتظر الكثير والكثير من هذا المؤتمر الذي يتناول الوراثة - وهي اخطر قضايا العصر - وعلاقتها بامراض الطفولة خاصة وان الهيئة المنظمة للمؤتمر يغلب عليها طابع الأمومة الى جانب تخصصهن الاكاديمي الطبي كأستاذة في طب الاطفال بدءاً من رئيسة المؤتمر د. رباح شوقي، ثم سكرتيرة المؤتمر د. فريدة فريد، ومشاركة د. جليلة مختار مع د. حامد الخياط كمقرران للمؤتمر وكذلك امين صندوق المؤتمر د. كريمة عبد الخالق.

## تصورات المسنين

توحي دراسة بأن التصورات المقولبة للمسنين بشأن الشيخوخة يمكن ان تؤثر بقدر لا بأس به في ادائهم الجسدي.

وقد اجرى فريق باحثين في مركز بوسطن الطبي برئاسة جيفري هاسدورف تجربة على مجموعتين من المسنين، اوحوا لافراد المجموعة الاولى بصورة ايجابية عن الشيخوخة، من خلال كلمات مثل «الحكمة» و«الفطنة»، واوحوا لافراد المجموعة الثانية بصورة باعثة على الكآبة، مثل «الخوف» او «المرض»، فكانت النتيجة ان افراد المجموعة الاولى اصبحوا اكثر رشاقة في المشي.

والطريقة التي يمشي بها المسنون يمكن ان تنبيء بمستقبلهم الصحي واستقلاليتهم. والسقوط مشكلة صحية كبرى يخشاه العديد من المسنين، ولهذا يوصي الاطباء حتى اكثر الطاعنين في السن باتباع برامج تمارين رياضية من اجل تقوية العضلات المهمة بالنسبة الى المشي والتوازن.

ولكن الدراسة توحي بان العقل يمكنه هو ايضاً ان يلعب دوراً قوياً. والتوقعات الكئيبة بشأن الشيخوخة يمكن ان تجعل حتى اشخاصاً معافين يمشون ببطء وتمايل.

ويقول هاسدورف: «التأثيرات عميقة الى درجة لا بأس بها. وهذا يعني انه يتعين علينا ان نفكر في تلطيف التصورات المقولبة عن الشيخوخة. اننا نركز كثيراً على الوظائف الجسدية وما يصتل بها، ولكن الجوانب الاخرى للشيخوخة مهمة ايضاً».

والاطباء يستكشفون منذ وقت طويل دور العقل في المداواة. ولنأخذ مثلاً «المفعول الارضائي»، حيث يشعر بعض المرضى بتحسن في صحتهم اذا ظنوا ان الحبوب التي وصفها لهم طبيبهم هي عقاقير حقيقية وليست حبوب سكر. ويقول هاسدورف ان التصورات المقولبة الايجابية يمكن ان تغير مزاج المسنين وتعطيهم ثقة في النفس، ما يؤثر في سلوكهم.

# «حياة مسروقة»
## إشكالية الجنون والعقل
## واستقواء المجتمع على ضعيفي العقول

يتناول فيلم «حياة مسروقة» الذي رشحت عنه انجلينا جولي لاوسكار افضل ممثلة في دور ثان وقائع حياة مجموعة من المراهقات داخل مصحة نفسية في بداية الستينات معيداً الى الاذهان «طار فوق عش المجانين» في نسخة نسائية شابة لهذا الفيلم القديم الذي قام ببطولته النجم القدير جاك نيكلسون.

«حياة مسروقة» المقتبس عن مذكرات شخصية كتبتها سوزان كايسن سنة ١٩٩٣ بعد ٢٥ عاماً من ايداعها مصحة للامراض النفسية اخرجه جميس مانغولد وقامت ببطولته وانونا رايدر (٢٨ سنة).

ويمثل ترشيح انجلينا جولي (٢٤ عاماً) للاوسكار عن دورها في هذا الفيلم انطلاقة كبيرة واعدة لهذه الشابة التي بدأت ترسخ قدميها في عالم هوليوود مع توقع رؤيتها مجدداً الى جانب نيكولاس كيج في (٣٠ ثانية) وانطونيو باندیراس «الرقص في الظلام».

اما الحسناء وانونا رايدر فقد مست القصة وتراً حساساً عندها حيث كانت عند قراءتها خارجة لتوها من مصحة نفسية للعلاج من حالة انهيار عصبي، الا انه تعين عليها الانتظار ستة اعوام لتجد من يشاركها انتاج الفيلم.

تقوم النجمة الشابة التي لفتت الانتباه في «ادوارد سيذور هاندس» او (ادوارد ذو الايدي المقصات) و«دراكولا» و«ايدج اوف اينوسنس» او (زمن البراءة) بدور مراهقة في السابعة عشرة من العمر تتأرجح بين مشاعر الاضطراب والانهيار العصبي تتنازعها تارة الرغبة في الانتحار واخرى في الثورة والتمرد تدخن سجائر «الغولواز» لأن «رجال المقاومة الفرنسية كانوا يدخنونها».

وتحت ضغط ابويها تقبل سوزانا دخول المستشفى للراحة المنشودة لكنها تجد نفسها مقطوعة عن العالم في مصحة تديرها الدكتورة ويتش (فانيسا ريدغريف) تحت رعاية ممرضة حنونة (ووبي غولدبرغ) وسط مجموعة من النزيلات الشابات المصابات بحالات هيستيرية واللاتي انهكت قواهن المهدئات والصدمات الكهربائية.

ومن بين هؤلاء الحسناء المتمردة ليزا (انجلينا جولي) التي رغم القضبان وقميص المستشفى تبقى حرة طليقة بخيالها وروحها. وتربط بين الفتاتين صداقة قوية وتلوذان بالفرار معاً. لكن بعد مرور ازمة المراهقة تستعيد سوزانا اتزانها وتتأهب للعودة الى الحالة الطبيعية في حين تتمادى ليزا المندفعة في عنادها وجنونها.

يطرح «حياة مسروقة» اشكالية الجنون والعقل والتعسف في المصحات النفسية وسلطة المجتمع على ضعيفي العقول، ويثير التساؤل من اين تبدأ مرحلة الجنون وفقدان العقل؟ وهل لا يحق لشخص في السابعة عشر ان يحلم وان يتمرد؟

## خلل وراثي يفسر الميل الى العنف

عزل العلماء خللاً وراثياً لدى الشخاص الذين يميلون الى العنف ويبدون تصرفا معادياً للمجتمع، مما يؤكد النظرية القائلة بان العوامل الوراثية يمكن ان تقف وراء السلوك الاجرامي.

وتوصل فريق من العلماء في جامعة «ساوثرن كاليفورنيا» الى اكتشاف خلل في القسم المتعلق الاخلاقيات، وضبط النفس لدى الاشخاص الذين لهم سجل اجرامي.

ولجأ العلماء في الدراسة التي نشرة في «اركايف اوف جنرال سايكايتري» الى تصوير الرنين المغناطيسي لمعاينة ٢١ متطوعاً يعانون من خلل سلوكي معاد للمجتمع مع ستين رجلاً آخرين.

واعلن ادريان راين اخصائي علم النفس المرضي في جامعة ساوثرن كاليفورنيا (لوس انجليس) ان «الدراسة اظهرت ان بعض الرجال لديهم ميل طبيعي الى العنف وارتكاب الجرائم»، مشيراً الى انها تعتبر «قطعة اساسية من الاحجية لاننا بدأنا في فهم آليات الدماغ التي يمكن ان تجعل شخصاً ما يميل الى العنف اكثر من سواه».

واشار راين الى ان الدراسة اظهرت نقصا بنسبة ١١٪ من الخلايا الدماغية في قشرة الدماغ الامامية لدى ٢١ متطوعاً مقارنة بالباقين.

واضاف ان هذا النقص في الخلايا الدماغية يمكن ان يفسر غياب الرادع الاخلاقي وضعف القدرة على اتخاذ القرارات بالاضافة الى ردود الفعل غير الطبيعية في حالات الخوف لدى الاشخاص الذين يبدون سلوكاً معادياً للمجتمع.

وقال ان قشرة الدماغ الامامية تلعب دوراً اساسياً في التنسيق بين العواطف واثارة المشاعر والانتباه ويعتقد انها تضم الآليات التي تمكن الانسان من ضبط مشاعره وعدم الانجراف وراء الانفعالات النفسية.

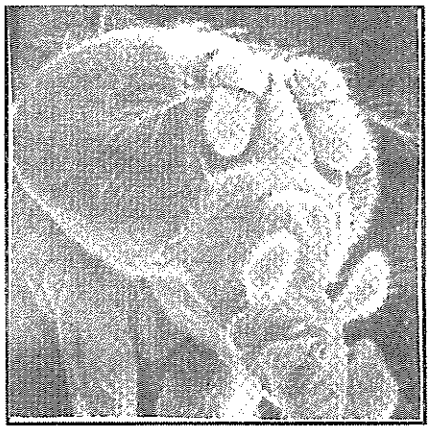
كما لوحظ لدى المتطوعين انفسهم تباطؤاً في وتيرة القلب والتعرق عند خضوعهم لاختبار الاجهاد مقارنة بالمتطوعين الستين الاخرين.

وتشير الادلة الجديدة الى ان الاشخاص الذي يبدون سلوكاً معادياً للمجتمع ونشأوا عليه منذ الطفولة اكثر ميلاً الى العنف لكن اذا تم تشخيص خذخ الحالة ومعالجتها في وقت مبكر يمكن تفادي تنامي هذا السلوك الذي يمكن ان يؤدي الى ارتكاب الجرائم.

وبالاضافة الى العلاج القائم على السوك والادوية يمكن توجيه الاطفال نحو نشاطات آمنة تلبي ميلهم العدائي او الى اثارة المشاعر القوية.

وتابع راين الى انه علينا التركيز على هذه المجموعة الصغيرة التي لا تتعدى ٥٪ والتي سترتكب ٥٠٪ من الجرائم واعمال العنف في وقت لاحق من الحياة لان معالجة الراشدين المسجونين فيه يعتبر في الغالب مضيعة للوقت وحتى المراهقين المنحرفين يأتي متأخراً بل يجب اصلاح هذا الخلل في الدماغ خلال سنوات الطفولة».

## ساعة مركزية في الدماغ وساعات اخرى في ارجاء الجسم
## الساعة البيولوجية للانسان تحدد ايقاعات حياته اليومية



رأس ذبابة الفواكه يحتوي
على ساعات عدة من منطقة الفم والقرون

يغالب الشخص النوم في الساعة السابعة مساءاً، ويشعر بالجوع الشديد في الساعة الثالثة بعد الظهر، لكن لا شهية عنده للطعام عندما يحل موعد العشاء. ويستيقظ في الرابعة صباحاً ولا يستطيع العودة الى النوم. هذا سيناريو مألوف بالنسبة لكثير من الناس الذين ينتقلون عبر مناطق توقيت مختلفة يصل الفرق بينها اكثر من ٣ ساعات. وغالباً ما لا يتاح لجسم

المسافر وقت كاف للتأقلم مع المكان الذي يقصده لبعض الوقت، ويواجه إذ يعود الى مقر اقامته الاصلي صعوبات الاعتياد مجدداً على الروتين السابق. علم الجينات اكتشف اخيراً اسرار الساعة البيولوجية الرئيسية، التي تنظم ايقاع الحياة اليومية للانسان وحدد موقعها في الدماغ، وتعرف على طريقة عملها. وظهر ان يوم الجسم بالنسبة للانسان ٢٤ ساعة و١٨ دقيقة تقريباً. ويشارك في ذلك معظم اشكال الحياة، بما في ذلك ذباب الفاكهة والفئران. وعُير على مواقع اخرى في جسم حشرة ذباب الفواكه تعمل عمل الساعة ايضاً. ووجد ان هذه الساعات تستمر في العمل حتى عند تقطيع اجزءا جسم الحشرة.

## ايقاعات الليل والنهار

ما الساعة البيولوجية؟ واين موقعها من الجسم؟ وكيف تشتغل؟ وهل يخضع عملها لايقاع الضوء والظلام المعتادة ٢٤ ساعة في اليوم؟ وما دور الضوء في ذلك؟ هذه هي الاسئلة التي شغلت بال العلم قرون طويلة تجد اجوبتها اليوم في بحوث علماء الجينات. ذكر ذلك البروفيسور مايكل يونغ، رئيس مختبر قسم الجينات في جامعة روكفلر في الولايات المتحدة. واشار البروفسور يونغ في دراسة نشرة في المجلة العلمية «ساينتفيك اميركان» ان التجارب التي اشرف عليها كشفت ان موقع ساعة الجسم الاساسية موجود في جزء من الدماغ يطلق عليه اسم «النواة فوق التصالبية» Suprachiasmatic Nucleus. تتكون هذه النواة من خلايا عصبية تضم في داخلها الجينات التي تنظم عمل الساعة. تتحكم الجينات بانتاج البروتينات، التي تشكل المادة الاولية لجسم الانسان ونشاطاته المختلفة. وتقوم الجينات بتشفير هذه البروتينات في دارة تغذية استرجاعية تستغرق ٢٤ ساعة.

وتعتبر خلايا «النواة فوق التصالبية» التروس الحقيقية للساعة البيولوجية في جسم الانسان. توحد هذه الخلايا في موقع في قاعدة الدماغ يطلق عليه اسم «هايبولاثالاموس» Hypothalamus ويُسمى بالعربية «الوطاء». وعندما يصيب الضوء شبكية العين كل صباح تطلق خلايا صبية متخصصة إشارات الى «النواة فوق التصالبية» التي تتحكم بدورها بدورة مواد بيولوجية متعددة. وتحفز هذه النواة موقعاً في الدماغ اسمه «الغدة الصنوبرية» وتجعلها تنتج مادة «ميلاتوني». وتلعب مادة «ميلاتونين»، التي تعتبر «هرمون النوم» دوراً كبيراً في تنظيم النوم، وتباع في الاسواق الاميركية دون وصفة طبيب. ويعتقد البروفيسور يونغ ان تشخيص الجينات وتحديد البروتينات التي تشفرها قد يساعد في علاج كثير من اضطرابات النوم ونوبات الكآبة الموسمية.

## الضوء والظلام

ما الدور الذي يلعبه الضوء في تضبيط وتوقيت الساعة البيولوجية؟

تمتص شبكية العين الضوء الساطع خلال النهار وهذا يساعد على تضبيط ايقاع نشاطات جينات الساعة وفق دورة البيئة السائدة. وعند اقتراب المساء تشرع الغدة الصنوبرية في انتاج المزيد من هرمون ميلاتوني. وتنخفض حرارة الجسم قليلاً نتيجة لارتفاع مستوى الهرمون في الدم وتزايد الرغبة بالنوم. ويعيد التعرض لضوء ساطع في الليل تشغيل الايقاعات اليومية للجسم عن طريق تغيير حجم بعض منتجات الساعة الجينية.

ويذكر البروفيسور يونغ ان عمل الساعة البيولوجية لا يخضع لايقاعات الضوء والظلام المعتادة ٢٤ ساعة في اليوم. وعلى رغم ان ضوء النهار يلعب دوراً في «تضبيط» الساعة البيولوجية يومياً فان ايقاع الليل والنهار يستمر في العمل داخل الجسم حتى لدى الاشخاص المحرومين من الضوء. ويبرهن هذا

اعلى ان الايقاع الجزيئي لنشاط التوقيت الجيني فطري ومستديم ذاتياً. وتواصل ساعة الجسم العمل في غياب الدورة البيئية للنهار والليل. وعمدت احدى التجارب العلمية الى زيادة تعريض الاشخاص للضوء فترة ٤ ساعات عن المألوف. مع ذلك لوحظ ان درجة حرارة الجسم ومستويات هرمونات الميلاتونين وكورتزول واصلت العمل وفق دورة الساعة البيولوجية التي تستغرق ٢٤ ساعة و١٨ دقيقة تقريباً. وظهر خلافاً للاعتقاد السائد ان العمر لا يؤثر على دورة ساعة الجسم البيولوجية. وكشفت التجارب ان تغير مستويات الهرمون ودرجات حرارة الجسم اتبعت الدورة نفسها لدى الشباب والمسنين.

## ساعات الجسم الاخرى

وكشفت بحوث على الحشرات اجراها فريق علمي في جامعة ولاية «اوريغون» ان الدماغ ليس المكان الوحيد للساعة البيولوجية. وعثر على خلايا في مواقع اخرى من جسم حشرة ذباب الفواكه تعمل عمل الساعة ايضاً. ووجد ان هذه الساعات تستمر في العمل حتى عند تقطيع اجزاء جسم الذبابة. يعني ذلك ان الساعة التي تنظم عمل هذه الاجزاء لا تشتغلوفق اشارات صادرة من دماغ الحشرة. ووجد فريق علمي اخر في معهد البحوث «كريبس» في لاهويا، ولاية كاليفورنيا ادلة تبرهن على وجود ساعات بيولوجية في اجنحة وسيقان ذباب الفاكهة، ومن مناطق فمها وقرونها التي تعمل كمجسات وهوائيات في رأسها. ويدل تنوع مختلف انواع الخلايا التي تقوم بدور الساعة البيولوجية على اهمية الحفاظ محلياً على التوقيت الصحيح لكثير من انسجة الجسم. ويضفي هذا الاكتشاف معنى جديد على مصطلح الساعة البيولوجية.

ويعتقد البروفيسور مايكل يونغ بامكانية استخلاص

الضوء يصيب العين ويؤدي الى ان تقلل الغدة الصنوبرية انتاج هرمون ميلاتونين الذي يلعب دوراً في النوم. وتنقل شبكية العين الاشارة لتقليل افراز ميلاتونين عبر الشبكة العصبية الى «النواة فوق التصالبية». والصلة مباشرة بين الغدة الصنوبرية وهذا النواة، التي تلعب دور الساعة البيولوجية للجسم.

النظام اكامل لجينات اساعة في جسم الحشرات والفئران التي سهل اجراء التجارب عليها. وقد يكشف داخل هذه الانظمة عن منتجات جينية غير معروفة تؤثر بشكل كبير على السلوك. وقد يقود احد هذه المنتجات للعثور على ادوية تخفف ظاهرة «التلكؤ الزمني» Jet Lag وتعالج اضطرابات النوم ومشاكل الأرق.

## يوم في حياة الساعة البيولوجية لجسم الانسان

يتحدد ايقاع الحياة اليومية لجسم الانسان بساعة بيولوجية تتحكم بدورة النشاط النهارية والليلية المعروفة باسم «الايقاع اليوماني». تقع الساعة في جزء من الدماغ يطلق عليه اسم «النواة فوق التصالبية» Suprachiasmatic Nucleus. وتمثل النواة «التروس التي تدير عقارب الزمن داخل جسم الانسان. تفعل ذلك عن طريق التحكم بجينات تربط الجزئيات الكيماوية للساعة وتتحكم بالتغيرات الفنسية والسلوكية للانسان على مدى ٢٤ ساعة. وفي ما يلي الجدول الزمني ليوم واحد في حياة الساعة البيولوجية لجسم الانسان:

**الواحدة صباحاً**

× معظم النساء الحوامل يلدن في هذا الوقت.

**الثانية صباحا**

× اعلى مستوى لهرمون النمو.

**الرابعة صباحاً**

× نوبات الربو تحدث غالباً في هذا الوقت.

**السادسة صباحاً**

× تبدأ العادة الشهرية غالباً في هذا الوقت.

× ادنى مستوى للانسولين في الدم.

× ضغط الدم يبدأ بالارتفاع.

× ترتفع مستويات هرمون التوتر (كورتزول).

× مستويات هرمون النوم (ميلاتونين) تبدأ بالانخفاض.

**السابعة صباحاً**

× اسوأ وقت لنوبات حساسية الربيع (حُمّى الكلأ).

**الثامنة صباحاً**

× اكثر وقت لمخاطر النوبات القلبية والسكتات الدماغية.

× اسوأ وقت لأعراض روماتزم المفاصل.

× خلايا الدم اللمفاوية المضادة للجراثيم في ادنى مستوى لها.

**منتصف النهار**

× اعلى مستوى للهيموغلوبين في الدم.

**الثالثة عصراً**

× اعلى مستوى لقوة انشداد عضلات الجسم ومعدل التنفس وحساسية الاستجابة.

**الرابعة عصراً**

× اعلى مستوى لحرارة الجسم ومعدل النبض وضغط الدم.

**السادسة عصراً**

× اعلى مستوى لتدفق البول

**التاسعة مساءً**

× ادنى مستوى لنوبات الألم.

**الحادية عشرة مساءً**

× احتمال كبير لوقوع نوبات الحساسية.

# أصداء مغاربية

بمناسبة السنة العالمية لكبار السن وتضامن الاجيال اقيمت بالبلاد التونسية العديد من التظاهرات العلمية والتحسيسية حول قضايا كبار السن وترابط الاجيال وصحة المسنين: من ذلك إقامة الملتقيات الطبية والعلمية حول مسائل تخص طب المشائخ ومنها التئام ندوة طبية وطنية بالعاصمة التونسية في شهر افريل ١٩٩٩ شارك فيها العديد من الاختصاصيين المعنيين بطب المشايخ مثل طب التغذية والطب النفسي والطب الباطني وساهم فيها اساتذة من كافة كليات الطب التونسية كما التأمت في نفس الشهر وبمبادرة من وزارة الصحة التونسية ندوة دولية بمدينة الحمامات نوقشت فيها قضايا تخص طب المشايخ والحقول الطبية المجاورة لها وساهم فيها العديد من البلدان الاوروبية والعربية.

كما اقيم في اول اكتوبر حفل بمناسبة اليوم العالمي للمسنين. وانتظم في نفس اليوم موكب ادى فيه سيادة الوزير التونسي للشؤون الاجتماعية زيارة الى المنظمة التونسية «رابطة الاجيال» والجمعية التونسية للمتقاعدين.

كما انتظمت بنفس المناسبة مسيرة في اتجاه ولاية صفاقس بغاية التعريف والاحتفاء بكبار السن وقع على اثرها استقبال بعثة بولاية صفاقس عرفت اثناءها المنظمة رابطة الاجيال باهدافها وخدماتها لفائدة المسنين وترابط الاجيال وانعكاس ذلك على الصحة المجتمعية والنفسية منها.

كما تم اطلاع سيادة الوالي بالمحاضرات التحسيسية التي تقام بالمعاهد الاعدادية والثانوية بهدف تحسيس المربين والتلاميذ الشبان بأهمية التوازن الاسري والتربوي وارتباطه بتضامن وتجاور الاجيال.

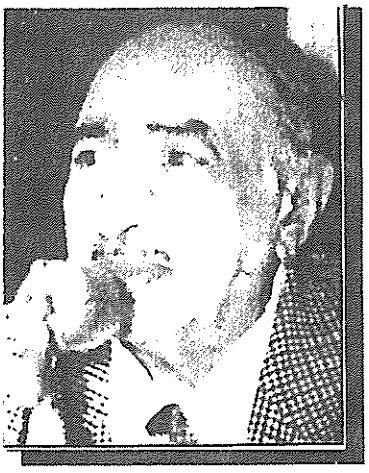
وبمناسبة اليوم الدولي للصحة النفسية القي يوم ٩ اكتوبر الاستاذ انور الجراية بمقر رابطة الاجيال محاضرة للعموم حول محور:

**ترابط الاجيال ودوره في الحفاظ على الموازنة الصحية**

وبادرت الوزارة التونسية للتربية بعقد اجتماع التأم يومي ٥ و٦ اكتوبر ملتقى تحسيسيا للاساتذة المرشدين بمرحلتي التعليم الاعدادي الثانوي.

وكانت تظاهرة مشتركة بين العاصمة التونسية وصفاقس تم فيها الربط تلفزيا مما مكن من التجاور بين مجموعتين بمعهدي التكوين المستمر للمدينتين فقدم الاستاذ انور الجراية بصفاقس يوم ٥ أكتوبر مداخلة تحت عنوان: مفهوم الاصغاء الى المراهق تم النقاش فيها بين المجموعتين بواسطة النقل تلفزيا. والقى الاستاذ محمد بن فاطمة محاضرة اخرى بعنوان «المراهق والعلاقة مع الغير» تمت مناقشتها بواسطة الربط التلفزي كذلك وبحضور السيد وزير التربية الوطنية. اما بالامسية فلقد التأمت ورشتا عمل بكلا المدينتين تم في كل منها نقاش حالة ميدانية ثم حصل الربط التلفزي مجددا وعمم النقاش بين المجموعتين بعد عرض كل منها لاعمال ورشتيها. واشرف على النقاش بتونس الاستاذ مصطفى النيفر مدير التكوين المستمر بالوزارة بمعية الاستاذ محمد الخليفي الاستاذ الجامعية والمكلف بمهمة بديوان السيد الوزير وبمعية الدكاترة وسيم السلامي وسليم العنابي بالنسبة للعاصمة. اما بصفاقس فلقد اشرف على النقاش الاستاذ الدكتور انور الجراية والاستاذ الدكتور عثمان عمامي. ونشطه الاستاذان عبد العزيز الرقيق وعبد الوهاب معلى وهما استاذان مكلفان بمكاتب الاصغاء والارشاد ضمن مصلحة الرعاية النفسية والتربوية بصفاقس وتتجه نيه الوزارة التونسية بانشاء مكاتب الاصغاء والارشاد بالمعاهد سعيا وراء التحاور مع التلميذ ومساعدته على تذليل صعوباته. وهي مكاتب سوف تعنى بالاصغاء الاولي قبيل توجيه التلميذ الى خلية الاصغاء الطبي بالمعهد وتحت اشراف الطبيب المدرسي. كما قد يوجه التلاميذ ذوو الحاجة الى خلية العمل المجتمعي بنفس المعهد وهي خلية تسهر على توفير الخدمات المجتمعية.

وتتجه النية بصفاقس الى ربط علاقة تحاور بين المربين واسرة الصحة النفسية بهدف نشر التربية الصحية وذلك بمساهمة كل الاطراف المعنية بالعمل التربوي مجتمعيا والاحاطة بالناشئة كالمنظمات الشبابية والكشافة والهلال الاحمر والديوان التونسي للاسرة والعمران البشري ورابطة الاجيال وجمعية الامهات التونسيات وغيرها كالاتحاد التونسي للمرأة.



# دكتور جمال
# ... وداعا...
# ولكن الى لقاء

﴿إِنَّ الْمُتَّقِينَ فِي جَنَّاتٍ وَعُيُونَ (١٥) آخِذِينَ مَا آتَاهُمْ رَبُّهُمْ إِنَّهُمْ كَانُوا قَبْلَ ذَلِكَ مُحْسِنِينَ (١٦) كَانُوا قَلِيلاً مِّنَ اللَّيْلِ مَا يَهْجَعُونَ (١٧) وَبِالأَسْحَارِ هُمْ يَسْتَغْفِرُونَ (١٨) وَفِي أَمْوَالِهِمْ حَقٌّ لِّلسَّائِلِ وَالْمَحْرُومِ (١٩)﴾.

(صدق الله العظيم)

مغفرة لك أيها التراب... كم توارى من عظماء ودُرر وأحباب فإن كنت قد واريت الأبدان في الأكفان فلست بقادر على إخفاء السيرة العطرة والأسوة الحسنة فالشمس تنشر خيرها حتى وإن غطاها السحاب..

**سيدي ووالدي الدكتور جمال...**

عقد الْهُم لساني، وأناخ الحزن قلمي فأصبحت عاجزاً عن نقل مكنون قلبي الى الأوراق... فمن هو القادر على إحصاء مآثركم وشمائلكم. شيدت صرحاً شامخاً للطب النفسي عامة والطب النفسي الإسلامي خاصة في مصر والشرق العربي والاسلامي ولهج بفضلك الشرق والغرب..

**سيدي.. كل البدن وما كلت منكم العزيمة والعطاء.**

«إذا كان النفوس كِبَاراً... تعبت في مرادها الأجسامُ»

سيدي.. ياله من منهج رائع.. أسلوبك في التربية.. كان المخطئ يأتيك منتظراً العقاب.. فلا يجد إلا اللوم والعتاب.. وياله من عتاب جميل.. وتوجيه من سيد جليل..

سيدي.. يا بحراً من العطاء.. وجبلاً من العزيمة والتصميم وسماء من الحنان والسماحة والخلق العظيم.. إنا لفراقكم لمحزنون.. وعلى دربك وأنوارك سائرون..

**دكتور أحمد هلال**

# لويس مليكه عالم عطاء

فقدت اسرة علم النفس في مصر والعالم العربي احد رواد علم النفس واساتذته الكبار الذي اسهم بجهد وافر وعلم غزير في تأسيس وبناء علم النفس في العالم العربي الا وهو الاستاذ الدكتور / لويس كامل مليكه ـ استاذ علم النفس بكلية الآداب جامعة عين شمس الذي وافته المنية وفي في قمة العطاء، ذلك العالم الجليل والاستاذ الفاضل ولد في الخامس من شهر يوليو ١٩٢١ باخميم محافظة سوهاج بجمهورية مصر العربية، وقد تدرج في مراحل التعليم المختلفة وحصل على درجة بكالوريوس العلوم من جامعة فؤاد الاول (جامعة القاهرة) عام ١٩٤٣، ثم التحق بالمعهد العالي للتربية حيث تخرج منه بتقديم عام ممتاز سنة ١٩٤٥، عمل مدرسا بمدرسة الابراهيمية الثانوية بعض الوقت قبل ان يتم ايفاده في بعثة علمية الى جامعة ستانفورد بالولايات المتحدة الامريكية عام ١٩٤٩، حيث تتلمذ على يد العديد من العلماء الاجلاء منهم (ميريل، ه مفريز، لورنس، جوزيف لافت) وقد اتيح لسيادته التكوين العلمي الرفيع المستوى وكان حظه موفورا حيث تتلمذ على اساتذة عظام، وعندما عاد الى مصر بعد حصوله على درجة الكتوراه في علم النفس في عام ١٩٥٣ تم تعيينه مدرسا لعلم النفس بكلية الآداب جامعة عين شمس، وبعد العديد من البحوث والمؤلفات تم ترقيته الى استاذ مساعد في عام ١٩٦٠، ثم عين استاذا ورئيسا لقسم الافراد والعلاقات الصناعية ثم مديرا لمركز البحوث بالمعهد القومي للادارة العليا بالقاهرة، وظل به حتى عام ١٩٦٩، ثم انتقل للعمل خبيرا بمنظمة اليونسكو في الفترة من عام ١٩٦٩ وحتى عام ١٩٧٣، ثم انتقل الى المملكة المغربية في ١٩٧٣ حيث عمل بالمركز الافريقي للتدريب والبحث حتى عام ١٩٧٧، ثم انتقل الى ايران حيث قضى عامين ٧٨، ١٩٧٩، ثم الى باكستان ما بين ١٩٧٩، ١٩٨٢، وفي عام ١٩٨٨ عمل استاذا زائرا بقسم علم النفس بجامعة الكويت حتى عام ١٩٩٠ حيث عاد للعمل استاذا بالقسم الذي بدأ عمله فيه بالجامعة في مصر، وهو قسم علم النفس بكلية الاداب بجامعة عين شمس.

هذا الى جانب مشاركته في العديد من الانشطة والمهام العلمية فعلى سبيل المثال: شارك في اعداد البحوث والبرامج التدريبية في المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية بالقاهرة، وانشاء الجامعة الفلسطينية، وعضوا بالمجالس القومية المتخصصة، كما عمل مستشارا ومحكما للعديد من الدوريات والمجلات العلمية المتخصصة منها مجلات: العلوم الاجتماعية والمجلة العربية للعلوم الانسانية بالكويت والمجلة المصرية للدراسات النفسية بمصر والمجلة الدولية للتربية الخاصة بكندا.

ولعل اشهر اسهامات الاستاذ الدكتور / لويس

كامل مليكه ـ واكثرها جدارة واحقية بالتقدير هو ما قام به في مجال ترجمة واعداد وتقنين الاختبارات والمقاييس النفسية حتى اننا ندعى بكل ثقة ان اسهامه في هذا المجال لم يصل الى مستواه للذكاء، مقياس دكسلر، بلفيو لذكاء الراشدين والمراهقين وقد شارك في اعداد هذين المقياسين: الدكتور / محمد عبد السلام احمد للمقياس الاول، الدكتور / محمد عمار ـ في المقياس الثاني، وقدم رحمه الله: اختبار الشخصية المتعدد الاوجه، ثم اشتق عدة مقاييس فرعية من هذا الاختبار من قبل: مقياس الهستيريا، ومقياس الانقباض، ومقياس الانحراف السيكوباتي.

وكما كان انتاجه غزيرا في مجال الاختبارات النفسية، فقد كان هذا ايضاً طابعاً لانجازاته في مجال التأليف حيث تنوعت اسهاماته ومجالات اهتمامه حيث امتدت الى معظم فروع علم النفس، ففي مجال علم النفس الاجتماعي وديناميات الجماعة له عدة مؤلفات منها: سيكولوجية الجماعات، والقيادة الجزء الاول والثاني، قراءات في علم النفس الاجتماعي في البلاد العربية وهو مؤلف يقع في ستة مجلدات، اما في مجال علم النفس الاكلينيكي فقد كتب سيادته العديد من المؤلفات منها: علم النفس الاكلينيكي: التشخيص والتنبؤ في الطريقة الاكلينيكية والعلاج السلوكي وتعديل السلوك، التحليل النفسي، والنهج الانساني في العلاج النفسي.

والى جانب ذلك فقد كان عضوا في العديد من الهيئات العلمية سواء في مصر او خارجها ومن هذه الهيئات: الجمعية النفسية الامريكية، المجلس الدولي لعلم النفس، واكاديمية نيويورك للعلوم، والجمعية المصرية للدراسات النفسية، ورابطة الاخصائيين النفسيين المصرية... إلا أن اكبر تكريم تم في الخارج **للاستاذ الدكتور / لويس كامل مليكه** ـ فقد جاء من خلال الجمعية النفسية الامريكية، وهي اكبر جمعية من نوعها في العالم حيث كرمته بمنحة درجة الزمالة في علم النفس الاكلينيكي بناء على توصية من قسم علم النفس الاكلينيكي بالجامعة وذلك في عام ١٩٩٣، وهي اعلى درجة علمية تمنحها الجمعية، كما انها اول زمالة من نوعهايحصل عليها مصري في علم النفس الاكلينيكي، كما حظي سيادته بالتكريم اللائق به داخل بلده ومن ابنائه وتلاميذه وزملائه، كما تم ترشيحه اكثر من مرة لنيل جائزة الدولة التقديرية ثم حصل عليها اخيراً تكريما لكل علم النفس والعاملين فيه في كل انحاء عالمنا العربي.

لعل ما تركه **الاستاذ الدكتور / لويس كامل مليكه** من علم وافر وابداع غزير ما يعوض تلاميذه وزملاءه عن فقد.

**اسرة الثقافة النفسية**

# حوار مع الاستاذ الدكتور محمد عبد الظاهر الطيب استاذ ورئيس قسم الصحة النفسية بجامعة طنطا

**قام البروفسور محمد عبد الظاهر الطيب بزيارة مركز الدراسات النفسية في لبنان بدعوة من اسرة تحرير مجلة المركز «الثقافة النفسية المتخصصة». حيث تركز البحث في سبل تطوير المجلة وتدعيم وضعها كمنبر اكاديمي عربي جامع. وبمناسبة هذه الزيارة كان لنا معه لقاء حول الموضوعية والذاتية في العلوم الانسانية وفي العلوم النفسية بصورة خاصة. وقدم البروفسور الطيب آراءً فكرية هامة لجهة تخطي الركود وتحقيق التنمية ودعم القدرة على اجراء عمليات التحليل الرجعي الضرورية للارتقاء بالعلوم الانسانية في الوطن العربي. اذا نحن اردنا حسن الاستفادة منها وتوظيفها لخدمة مجتمعنا العربي. وكان هذا الحوار بين البروفسور الطيب والدكتور حسن الصديق.**

• ما هي برأيكم ابعاد المشكلة المنهجية في علم النفس؟

ـ د. الطيب: إن اول مشكلة تواجه الباحث في مجال العلوم الانسانية بعامة وعلم النفس بصفة خاصة هي مشكلة المنهج. والمنهج هو الذي يحدد موضوعية البحث العلمي، فإذا ما تناولنا على سبيل المثال موضوعاً كالقمر ووصفناه في قصيدة شعرية كان الموضوع أدباً خالصاً، أما إذا تناولنا القمر من زاوية جيولوجية صرفة فقمنا بدراسة عينات من الصخور المأخوذة منه كانت الدراسة علمية خاصة.

ولقد حاول بعض علماء النفس نقل بعض المناهج المستخدمة في العلوم الأخرى كالمنهج التجريبي الذي يستخدم في علم الفيزياء ويلائم طبيعة هذا العلم، وراحوا يبحثون في علم النفس عن موضوعات تلائم ذلك المنهج، وراح البعض الآخر يبحث عن مناهج معينة تلائم موضوعات علم النفس. وبذلك تعددت المناهج المستخدمة في مجال النفس، وتعارضت آراء الباحثين حول هذه المناهج وصلاحيتها للاستخدام في مجال علم النفس.

ويرجع تعقد المشكلة المنهجية في مجال علم النفس لاسباب عديدة منها:

**أولاً:** ان علم النفس علم حديث فهو آخر العلوم التي أنفصلت عن الفلسفة، ومن شأن اي موضوع جديد ان تختلف حوله الآراء وتتعدد النظريات فيه وتتصارع وجهات النظر.

ثانياً: ان علم النفس يهتم بدراسة اعقد ظاهرة في هذا الكون ونعني الانسان والانسان ظاهرة معقدة متعددة الجوانب، ومن هنا فلقد راح بعض علماء النفس يهتمون بدراسة الجانب الفسيولوجي من الانسان واعتبروا ان الظاهرة النفسية هي صفة للظاهرة العصبية واهتم البعض الآخر بدراسة الجوانب البيولوجية، واهتم فريق ثالث بدراسة القدرات العقلية والفردية واهتم فريق رابع بدراسة التعلم ونظرياته، واهتم فريق خامس بدراسة مراحل النمو المختلفة وخصائصها ومشكلاتها، واهتم فريق سادس بدراسة الامراض النفسية والعلاج النفسي وهكذا فلقد تعددت جوانب الدراسة في علم النفس وتعددت من ثم المناهج المستخدمة في دراسة تلك المجالات ففي الوقت الذي توصل فيه الانسان الى علم طبيعة واحد، وعلم كيمياء واحد، راح يتحدث عن علوم النفس (هكذا بالجمع).

ثالثا: ان تاريخ المعرفة سلسلة من النطال بين المألوف وغير المألوف فنحن لا نفطن لمعارف جديدة دون جهاد ضد معارف سالفة، وإذا كان ذلك يصدق على كل العلوم، فانه يصدق اكثر ما يصدق على العلم باحوال النفس، لأن ادراك الجديد عنها، تقويض لالفتنا بها، حتى لنكاد نمس غرباء عن أنفسنا، ومن ثم كان طريق المعرفة بأعماق النفس محفوظاً بالاشفاق، والاشفاق معوق للمعرفة ومن هنا فلقد ان على العلوم جميعها أن تتغلب على أعنف المقاومات وأعندها في محاولتها وصف تفسير الظواهر القائمة. هذه المقاومات نالت مختلف الميادين بدرجات مختلفة، وكانت تشتد بقدر ما تقرب المادة موضوع العلم من المجالات الحميمة للانسان، فالفيزياء والكيمياء تحررتا قبل البيولوجيا، وتحررت البيولوجيا قبل تشريح (جسم الانسان) وتحرر التشريح والفسيولوجيا قبل علم النفس.

من هنا فقد تخلف علم النفس عن بقية العلوم، والتخلف مدعاة ـ كما ذكرنا ـ لاختلاف وجهات النظر وتباين المناهج.

**• هل يعني ذلك ان علم النفس كان ضحية تعدد النزعات؟**

ـ د. الطيب: هنالك نزعتان أساسيتان في المجال هما النزعة الطبيعية والنزعة الانسانية.

وتميل النزعة الطبيعية، الى استبعاد الشعور وتنظر الى الطبيعة النفسية باعتبارها جزء من الطبيعة العامة، وهي تريد ان تجعل من علم النفس، علماً يناظر العلوم الطبيعية الاخرى (هوسرل، ١٩٧٠، ص ٧١).

وتعالج الوقائع السيكولوجية بوصفها أشياء وتجد هذه الشيئية امعن صورها وأكملها في السلوكية الواطسونية. فموضوع علم النفس في السلوك، من حيث هو خارجي ومادي. أما النزعة الانسانية، فتسلم بان الوقائع السيكولوجية هي حالات شعورية او تجارب حية او تعبيرات نقرأ فيها التجارب الحية التي يعيشها الآخرون. فعلم النفس الانساني النزعة، لا يركز اهتمامه على السلوك المتاح للملاحظة وانما على الكيان الحي، بمعنى الوجود كما يعيشه الشخص، وتتجابه ال نزعتان الطبيعية والانسانية، فيما يتصل بالعلاقة ما بين الكل والاجزاء، وهنا نجد ان المزعة الطبيعية تقرر اسبقية ـ الاجزاء والقوانين الجزئية. (فالفعل المنعكس الشرطي» مثلاً، هو سلوك بسيط واولي، والعادة هي تسلسل أفعال منعكسة شرطية والشخصية هي حاصل جمع عادات. (تلكان Tilquin، ١٩٤٢، ص ١٩٥ - ١٩٩) اما في النزعة الانسانية، فالكل سابق على الاجزاء، ولا يمكن ان يعاد بناؤه ابتداء من اجزائه، فكل واقعة سيكولوجية لا يمكن الا بطريقة مصطنعة ان تعزل عن جملة علاقات الكائن الحي بالبيئة، او بتغيير انساني عن جملة علاقات الشخص بالعالم، فالشخصية وحدة كلية، تكشف عن نشاط ثري، تنبغي دراسته لفهم الحياة النفسية وتتعارض النزعتان الطبيعية والانسانية ايضاً. فما يتصل بتصورهما للجوهر المقوم للحياة

النفسية، فالنزعة الطبيعية بتشبثها بالمعطيات المادية المتاحة للملاحظة الموضوعية، لا تسلم بجوهر مقوم غير عضوي، في حين أن النزعة الانسانية تولى على العكس، اهتماما كبيراً للكشف عن مجال الطبقات العميقة للجهاز النفسي اللاشعوري لسيكولوجيا الاعماق.

كما تفترق النزعتان الطبيعية والانسانية فيما يتصل بموقعها من الغائية والقيم فبينما يلفظ علم النفس الطبيعة الغائية والقيم بسبب طابعها الذاتي، فإن علم النفس الانساني يلح عليهما بالاهمية فعلم النفس ينبغي ان يكون وظيفياً والتكيف هو المشكلة المركزية في علم الحياة وعلم النفس وعالم الكائن الحي هو دوما عالم قيم.

أما فيما يتعلق بالهدف، فإن علم النفس طبيعي النزعة يقيم قوانيناً شبيهة بقوانين الطبيعة مصاغة ما أمكن من علاقات كمية، تسمح بردها الى عدد قليل من العناصر المكونة الاولية، هذه الظواهر التي تترجم خصائصها الاساسية في منحنى كما هو الشأن مثلاً في قوانين التعلم اما علم النفس الانسان النزعة، فلا يستند الى القوانين، وإنما الى أنماط مثالية او الى علاقات مثالية، هي اجمالات Syntheses واضحة المعالم تعين على «الفهم» اكثر مما تعين على «التفسير» فدراسة الشخصية تتطلب منهجاً، لا كمياً احصائياً، بل كيفياً، يستند الى «الحدس» والمذاق الفني، وليس لمثل هذه الدراسة ان تغفل الجوانب الجسمية التي تعبر بها الحياة عن نفسها. (لاجاش، ١٩٦٥، ص ٦ - ١٠).

ويرى فينخل ان نقل مفاهيم العلوم الفيزيائية الى الحقل الخاص لعلم النفس مسألة ليس لها ما يبررها، «فعلم الفلك لا يستطيع ان يلجأ الى التجارب، ومع ذلك فهو علم طبيعي» (فينخل، ١٩٦٩، جـ ١ ص ٣٥).

ويرى «صلاح مخيمر» ان المماثلة ما بين الحقلين الفيزيائي والنفسي، لا تعدو ان تكون سطحية. فان الوحدة الزمنية للفرد. بمعنى الفرد، من حيث هو وحدة كلية زمنية، لهي وحدة من التماسك والاتصال، بحيث لا تسمح لنا، ان نضطلع بطريقة صحيحة بتشريحات dessections كهذه التي تتم في العلوم الفيزيائية.. ولقد اشار لاجاش، اكثر من مرة الى اهمية هذه الوحدة «الزمنية». فبالاضافة الى الوحدة المستعرضة Transversal لقطاعات السلوك، فاننا نستطيع ان نتحدث عن «تيار سلوكي» تماما كما نتحدث عن «تيار شعوري». (صلاح مخيمر، ١٩٦٠، ص ص ٢٥ - ٢٦).

وذلك أيضاً ما يشير اليه «هوسرل» بقوله «ان اصحاب المذهب الطبيعي، يرفضون كل علم لا يعني بدراسة الوقائع، ولا يعترفون بدراسة الافكار، وبدراسة العلوم التي تبنى على الافكار. فكل فكرة في نظرهم، يمكن ردها الى الطبيعة الفيزيائية، وحتى الشعور الفنسي، يمكن تفسيره تفسيراً وضعياً طبيعياً. ومن هنا فهم ينظرون الى الطبيعة النفسية، باعتبارها جزءاً من الطبيعة العامة، وهم يريدون ان يجعلوا علم النفس، علماً يناظر علوم الطبيعة الاخرى. لكننا نرى اننا لكي نحكم على التجربة، نكون في حاجة الى علم يناظر علوم الطبيعة الاخرى. ونكون ايضاً في حاجة الى علم يتجاوز حدود التجربة، والاسئلة التي تثيرها التجربة، لا يمكن ان نستخلص اجابتها من نفس هذه التجربة، فلا بد لنا من نظرية للمعرفة لتفسير معطيات التجربة، وهذه النظرية الجديدة، تقوم على العلاقة الوثيقة بين الشعور والوجود، وباعتبار ان الوجود متضايف الى الشعور، وان الشعور، هو المحل الوحيد الذي تتحقق فيه موضوعية الوجود.. فنحن نريد دراسة للشعور، لا تخضع لعلم النفس الطبيعي، او لعلم النفس التجريبي. ذلك لاننا في حاجة الى تصورات لتفسير التجربة. وهذه التصورات لا يستخلصها من التجربة في حد

ذاتها. «فالمعنى ليس عنصراً تجريبياً من عناصر التجربة. انه يعلو التجربة ويتجاوزها» (هوسرل، ١٩٧٠، ص ص ٧١ - ٧٢).

وينبغي ألا تنسينا هذه الاعتراضات، تلك القضية التي نعتبرها ذروة قضايا التحليل النفسي، والتي يطلق عليها «مصطفى زيور» «قضية أن الانا مجهلة» وذلك في سياق عرضه لهذه القضية بقوله «فأن كان الانا - وخاصة بصدد نفسه - مجهلة، فان كل مبحث في النفس، لا يصدر الا عن الشعور، لا يمكن في احس تقدير ان يكون الا علما بنتائج المجهلة. وهل يغيب عن فطنة القارئ الذي يستطيع اخلاصاً مع نفسه تفهم المعنى في عملية «التكوين المضاد»، اي ان يكون المرء في اعماقه كارها، فإذا هو من حيث لا يدري محباً بالقياس الى الشعور المباشر.. ان قضية الانا مجهلة، يلزم عنها اليقين الشعوري، مهما استخدمنا من عدد وادوات نصقلها من حيث «الثبات» و«الصدق» - اقول ان هذا اليقين الشعوري شيء، والحقيقة في مبحث النفس شيء آخر، ولا مفر من ذلك ما دمنا نستجوب الشعور وحده، سواء أكان هذا الاستجواب في اطار معمل علم النفس، او في اطار المعالجة الاحصائية، او في اطارهما معاً، بحيث تبدو النتائج، وكأنها صنع النموذج الفيزيائي الرياضي». (مصطفى زيور، مقدمة خمسة حالات من التحليل النفسي). ومن هنا كان على علم النفس ان يلجأ الى الملاحظة الطبيعية، والملاحظة الكلينيكية، للحصول على نظرة عيانية وكلية للسلوك البشري. «فتناول السلوك ضمن منظوره الخاص، والكشف في اقصى امانة ممكنة عن طرائق الكيان والاستجابة عند كائن بشري عياني برمته في اشتباكه بموقف، ومحاولة استخلاص دلالته هذا السلوك وبنيته، ونشأته، وتبين الصراعات الدافعة اليه، والوسائل المتجهة الى فض الصراعات، ذلك بايجاز هو برنامج علم النفس الكلينيكي».

**• ما هي حصة كل من الموضوعية والذاتية في علم النفس؟**

**ـ د. الطيب:** ان النزعة الكلينيكية في رأي البعض، هي حدسية في طابعها، وهي تستهدف العلم، وانما هي فن يتجه الى التطبيق. وردنا على ذلك انه ليس من الصحيح بحال، اننا عند دراسة احداث حياة بشرية، يكون علينا ان نختار بين وصف حي حدسي، يصدر عن فنان، وتجريد منسلخ يصدر عن عالم لا يفكر الا بالكم، فليس من الضروري ولا من المباح ان نتجرد من المشاعر، عندما نضطلع بدراسة علمية للمشاعر. ولقد قرر «فرويد» ذات مرة انه ليس مسؤول عن اي تاريخ حالات يوحي بانطباع ورائي. فكيما نفهم الاعصبة، يتحتم علينا ان نقرأ تاريخ حالات شبه روائية من هذا القبيل.

ان الذين يوجهون هذه المآخذ الى علم النفس الكلينيكي، انما يضعون في اعتبارهم ان تعريف الاحكام العلمي، انما يتم وفق نمط الفكر الفيزيائي الرياضي، وان هذا الفكر الفيزيائي الرياضي هو وحده الذي يتمخض عن نتائج علمية.

ولكن هذا التمسك بالاحكام الفيزيائي الرياضي، انما يتضمن خفض السلوك البشري الى انموذج فيزيائي، بينما الشخصية الانسانية والسلوك الانساني لا يمكن بحال خفضها الى مجرد انموذج فيزيائي. فالسلوك البشري هو «انبثاق» فريد ينطوي على اسلوب اخر للتدليل، غير هذا الذي يستخدم في الموضوعات الفيزيائية، كما ينفتح لدرجة مباينة من الاحتمال.

ومن هنا، فبدلاً من ان نضيع الجهد والوقت في تقليد العلوم الفيزيائية، تقليداً فقيراً سطحياً، جدياً، هو نقل بالضبط، نقل حرفي، يصل بنا الى علم نفس «علمي» ينطوي على قوانين وعلاقات شبيهة بالقوانين والعلاقات الرقمية التي في الفيزياء، ينبغي بدلاً من ذلك ان نتطلع الى التقليد الخصب «التقليد العميق» ان

نتبنى العلة الحقيقية التي جعلت المعرفة الفيزيائية تتطور وتزدهر.

فلا ينبغي البحث عن مشكلات ينطبق عليها منهج لدينا، وانما ينبغي البحث بالحرى عن مناهج تسمح بحل المشكلات القائمة امامنا. لقد اوضح «ليفين» ان تطور العلوم الفيزيائية وازدهارها، قد بدأ في اللحظة التي توقف فيها البحاث عن مجرد تسجيل الوقائع، فكشف جاليليو، لا يمكن فهمه «بالنظر الى الوقائع المباشرة، (الملاحظة الموضوعية المطلقة)، فالعلاقة ما بين ريشة تطير، وحجر يسقط، و«بلية» تتدحرج على سطح منحدر، لا تصبح متاحة للفهم، الا عندما «نعيد بناء» هذه الوقائع، وعملية «اعادة البناء» هذه انما تتم في ذهن الباحث وعبر ذاتية. وصولاً الى «نماذج مثالثة» او انماط مثالثة، او علاقات مثالثة، نسمح بفهم الظواهر الاخرى المماثلة. «فجاليليو» قد اعاد بناء معطيات الحواس باجراء فكري، تفاعل فيه ما هو ذاتي بما هو موضوعي.

ومن ثم يمكننا القول بأنه، ليس هناك من ملاحظة مطلقة. فكل ملاحظة موضوعية، انما تنبني عبر الذاتية، «فان ما ندركه وما نلاحظه، لا يعدو ان يكون الاخر في علاقته بنا، نحن الملاحظين. وهذه الفكرة، فكرة نسبية الموضوع، بالقياس الى القائم بالملاحظة، رغم بساطتها، بل وما قد تبدو عليه من سذاجة للوهلة الاولى، لم يستغلها العلم في كل نتائجها الممكنة. فكثير من علماء النفس يؤمنون بضرورة التغلب على هذه النسبية، كما كان الاعتقاد في الفيزياء، بأنه من الممكن ان نستبعد تماماً ذاتية القائم بالملاحظة، اما اليوم فان الفيزياء الحديثة، تؤمن بأنه من المستحيل ان ـ نصل الى نتائج تجريبية، تكون بمثابة نتائج لملاحظة موضوعية مطلقة.

كذلك الحال بالنسبة الى علم النفس، فانه ينبغي ان يقوم، ينبغي ان ننبني عبر الذاتية.

ولعل هذا كله هو ما يعبر عنه مورينو حين يقرر «ان الموضوعية كيما تكون خصبة، يتحتم عليها ان تعاني نوبة من الذاتية». (المراجع السابق).

وهو ايضاً ما يعبر عنه ميرلوبنتي بقوله «ان الوقائع، لا تصبح علماً الا في ذهن الباحث الذي يضطلع باعادة بنائها، بحيث يكشف عن العلاقة الاساسية المركزية في الظاهرة.

وفي هذا ما يضع ذاتية الباحث بين موضوعية سابقة، وموضوعية لاحقة، بل ان الذاتية هي التي تتيح للموضوعية ان تتقدم الى موضوعية اكثر دقة، وامعن موضوعية، ان جاز التعبير. ولعل هذا ايضاً هو عين ما يقصد اليه «سارتر» حين يقرر ان الذاتية ليست غير لحظة بين موضوعيتين موضوعية قائمة تتخطاها بالذاتية، الى موضوعية جديدة اكثر مثالاً، وامعن خصوبة. وما يعبر عنه «هيجل» بقوله: «ان العلم هو الانتقال من الاحساس الفردي الى العقل الكلي». وهو نفس ما يقصد اليه هوسرل بقوله: «ان الشعور هو المحل الوحيد الذي تتحقق فيه موضوعية الوجود». وفي ذلك ايضاً ما يتفق مع «ماركس» «فالشروط البيئية تولد الوعي فيتجاوزها الوعي تعديلاً وتشكيلاً للظروف البيئية. والموضوعية الخارجية، تتمخض عن ذاتية عن ارادة التغيير، التي تعيد تشكيل الواقع الخارجي».

ان ما تذهب اليه ايضاً نظرية الجشطلت حيث «يمثل الوعي والذاتية الظاهرة الدينامية، هذه التي تنبث ابتداءً من الشروط الطبوبوغرافية المحيطة».

*** تطرق الدكتور المرحوم مصطفى زيور لهذه الاشكالية فما كانت مواقفه؟**

ـ **د. الطيب:** وخلاصة الامر ان قضية الاحكام، والموضوعية المطلقة في المنهج الكلينيكي، تنحل من تلقاء نفسها، فكل معرفة موضوعية، انما هي ـ كما سبق ـ بناء يتم عبر ذاتية الباحث، ومن خلالها. وهكذا، ويستحيل علينا الافلات، اذا كان ذلك يصدق على كل العلوم، فانه يصدق بالدرجة الاولى

على علم النفس ويرى زيور ان الموضوعية المطلقة لا وجود لها في نطاق المعرفة العلمية، وانما الامر، امر موضعة Objectivation لا موضوعية Objectivity، يسعى الباحث العلمي الى تحقيق أكبر قدر متاح منها تدريجياً، بصقل اساليب بحثه النوعية، بحيث تزداد الموضعة بقدر نقصان العوامل الذاتية، فالموضعة بهذا المعنى، هي المعرفة المقبولة من كثرة من الباحثين (مصطفى زيور).

ولكن اجماع الباحثين، ليس بدليل على الموضوعية، فنحن نجد «لاجاش» يقرر أن «ما نسميه بالموافقة الاجماعية، لا تضمن لنا بمفردها حقيقة قضية ما، فالاجماع يمكن ان يتحقق بالنسبة الى قضايا كاذبة او ناقصة وقتية وتقريبية، فالاتفاق على الخطأ، يصدر في مثل هذه الحالات، من تشاطر أحكام قبلية، وايديولوجيات، وأساطير، وباختصار امتثالات من طبيعة التخييلة، فالى اتفاق النفوس فيما بينها، ينبغي ان نضيف اتفاق النفس مع الاشياء، واتفاق الاشياء فيما بينها، واتفاق النفس من الاشياء، يفترض ان الحكم يستند الى معطيات الواقع، وانه لا يتجاوزها، وبعبارة اخرى، ان يكون الافتراض اقتصاديا: لا يستطيع ان يتجاوز الوقائع، ومن حيث هو فرض للعمل بينها، يعني الاتساق الذي يبلغ او لا يبلغ البحث عن الحقيقة الى اقامته بين الوقائع.

وعلى اية حال، ففي مجال علم النفس، لا سبيل الى استبعاد الطرح ـ Transterence ومقابل الطرح Counter transference. في اي موقف انساني، بما في ذلك موقف المجرب في معمل علم النفس، او موقف القياس النفس، «ان الموضوع الاساسي لعلم النفس، هو هذا الحوار الديالتيكي بين «الانا» و«الانا الاخر»، بين «الانا» و«الانت» حوار درامي لا ينفك صاعداً او هابطاً متأججاً، تأرجح احوال الانسان ـ مما يجعل مهمة الضبط التجريبي عسيرة ـ ولا ينقطع الا بانقطاع الحياة النفسية، كما هو الحال في المرض العقلي المستفحل، حيث يحث محل الحوار الديالكتيكي المستند الى التوحيد Indentification، بذات الاخر، حوار اجتراري، تتفادى به الذات الالتقاء الديالكتيكي بذات الآخر، ومن ثم فان المحللين النفسيين، يرون ان اي دراسة في علم النفس، لا تتخذ هدفاً لها، هذه العلاقة «بين الذاتية» Incersubjectivity، انما تقع خارج المرمى، اذا صح استخدام لغة كرة القدم، (مصطفى زيور).

واذا ما استطردنا مع «زيور» في وجهة نظره: فاننا نجده يقرر في موضع اخر «ان الاخصائي النفسي الذي يلتزم بالتحليل الكمي، التزاماً حرفياً، دجماطيقياً، يقع من حيث لا يدري فيما أراد ان يتحاشى الوقوع، اعني اختلاط «الذاتية» بنتائجه التي أرادها «موضوعية» بحتة. فقد قام الدليل على ان اي علاقة بين فردين من الناس، انما هي اولا واخيراً علاقة بين ـ ذاتية، وبالتالي فان الموضوعية الحقة هي التي تأخذ في الاعتبار متغير الذاتية... وكما ان الحرية الحقة هي الفطنة الى الحتمية النفسية، هي الفطنة الى حتمية الذاتية، على نحو يمكننا من ان نقدر تأثيرها، بوصفها «متغيراً طبيعياً» (مصطفى زيور». ولكن «زيور» هنا لم يوضح لنا أية «ذاتية» تلك التي نفطن الى حتميتها، لا ولا كيف نعتبرها «متغيراً طبيعياً؟

وهنا يتساءل البروفسور صلاح مخيمر (وهو من تلامذة زيور) وبحق بأنه «إذا كان من المستحيل اخضاع الذاتية للضبط التجريبي، واحكامه وصرامته، ومن ثم يستحيل معاملة الذاتية، معاملة متغير طبيعي، فما الذي تعنيه هذه العبارة، اللهم الا ان تلقى بنا في بحار الذاتية التي لا قرار لاغوارها؟

ثم يسترد مخيمر، مستوحياً آراء استاذه لاجاش فيقرر بأن «الموضوعية الحقة، تنحصر في هذه الوثبة الكيفية التي تنقلنا من عالم «الميؤوس» (العالم الخصوصي للذاتية الصرفية) الى عالم «اللوغوس» (عالم العقل والحقيقة) وذلك من فوق عالم

«الديماجوس» (العالم المألوف ـ عالم الرأي العام والحس الفطري). وبعيداً عن عوالم «الابولونوس»، (عالم الفن). (صلاح مخيمر).

«فالذاتية» Subjectivation لا يمكن حساب تأثيرها كمتغير طبيعي، بل الممكن الوحيد، هو تخطيها في «مقابل الطرح»، عبر وثبة كيفية الى التأويل، عندئذٍ تستحيل هذه الذاتية الى موضوعية وعلم، فيكون من الممكن للكلينيكي ان يخضع تخيلته لتحكم المنطق.

والموضوعية، ليست فطنة الى حتمية الذاتية، بل هب فطنة الى ذاتية التخييلة اي «وعي» بالذاتية، من حيث هي ذاتية، أي «معرفة» وهي بالاضافة الى ذلك وقبل ذلك، ينبغي ان تكون فطنة الى نوعية هذه الذاتية، بمعنى، ما ان كانت ذاتية تقوم بتشويه الواقع عبر تنقيته وتصفيته. مما يتضح في ذاتية التخييله، او كان ذاتية تعيد بالتأويل بناء الواقع في صورة انموذج هيكلي ونمط كيفي، تكون كل الحالات الاخرى المماثل تشكيلة تباينات له. هذه الذاتية، ذاتية التأويل هي الذاتية التي تقيم العلم، هي الذاتية العلمية، فالفطنة الى حتمية الذاتية، لا تعني شيئاً، اللهم الا ان تنطوي هذه الفطنة على القدرة على التمييز بين ذاتية «الميؤوس لتكون موضع رفض واستبعاد (فقد اوضح لاجاش ان الروح العلمية هي ما يبلغ اليه عمل مضن من الاستبعاد للتخييلة) وذاتية «اللوغوس» لتكون وحدها اسلوب الكلينيكي في العمل والممارسة. وفي ذلك ما يتفق مع وجهة نظر «هوسرل»، «فهو يرى في الذات المتعالية، لا في الانا النفس الاساسي الذي تقوم به كل حقيقة موضوعي» (هوسرل).

وصياغة التأويل يمكن وصفها على انها انتقال من التخييلة الى الخيال الذي «يعيد البناء».

L'élaboration de l'interprétation pourrait être décrite comme un passage de la fanlassie à l'imagination reconstructive.

(لاجاش Lagache) اي انتقال من ذاتية الميؤوس الى ذاتية «اللوغوس من الذاتية الصرفة للعالم الخصوصي الى «الذاتية الموضوعية» ان جاز القول، من ذاتية «التخريف» الى ذاتية «التأويل» فالموضوعية الحقة، تكون في هذه الوثبة الكيفية من «ذاتية التخييلات» الى التأويل الذي يبنى الوقائع، بحيث تكون جميع الحالات الاخرى المماثلة مجرد تشكيلة تباينات، مجرد تبدلات وضعية لذلك الانموذج الهيكلي (نهج جاليلى).

**• ما هي حصة الحدس اذا من «المنهج الاكلينيكي»؟**

ـ د. الطيب: «وكائناً ما كانت أهمية اسهام «الحدس» والتخييلة، في المنهج الاكلينيكي، فان «التأويل» عملية عقلية، دأبنا على تحديد معاييرها (معايير المنهج الكلينيكي). وعن التأويل يتحدث فرويد، كما لو كان عند تدويل منطقي، عن برهان يعطيه المحلل النفسي للمريض. انه ليس الواقع (ذلك الذي تقوم التخييلة بتشويهه عبر التنقية)، بل هو التأويل الذي يشكل تعارضاً مع «القاعدة الاساسية»، وذلك لانه اذا كانت القاعدة الاساسية، يمكن ان تتلخص في «عليك بالتخريف»، فان «التأويل» يريد ان يقول «والآن علينا ان نفكر أنت وأنا». وهكذا فان التأويل، يتمخض عن وثبة كيفية من التخييلة الى الحقيقة ـ من الذاتية الى الموضوعية ـ فعبر لحظات الحقيقة التي ترسم مسار العلاج، يستحيل ديالوج الصم الى ديالوج حق بين قضايا المعرفة. فثمة معبر يقوم بين ـ العالم الخصوصي «المئوس» وعالم العقل «اللوغوس». وذلك من فوق العالم المألوف للواقع الإدراكي، عالم الرأي العام وعالم الحس الفطري. واقامة هذا المعبر لا تعني تدمير التخييلة اللاشعورية، ذلك ان التخييلة اللاشعورية، تجيب على وظيفة دائمة وأساسية للجهاز النفسي. وعليه فان «التأويل» لا يضع في مكانها تخييلة شعورية، بل يضع في مكانها «الوعي» بالتخييلة، أي «معرفة» لاجاش، Lagache). وكذلك فان العملية العلمية، تكون في

هذه الحركة الديناميكية بين «الميثوس» واللوغوس»، مما يعبر عنه لاجاش «بالتقدم في القدرة على الانتقال من العقل الى «التخييلة» الى العقل، وعلى التحرك ما بين هذين الجهازين المرجعيين، مما يتعارض مع «الاجناس» في العالم الخصوصي للتخييلة، او العالم المألوف للحس الفطري والرأي العام» (لاجاش Lagache) وخلال هذه الحركة «تنقيح، أخيولي، وصولاً الى العلم (الموضوعية) «فهذا التنقيح الاخيولي، عملية معرفية، (المرجع السابق) تتحيح تعديلاً يدخل التخييلة (ذاتية العالم الخصوصي) الى الموضوعية العلمية، او هي بحسب تعبير لاجاش Objectivation. عملية «توضيع» (احالة الى الموضوعية).

ولكن ذلك يعني بالضرورة ان «اللوغوس»، ليس مستقلاً عن «الميثوس»، وليس في ذلك من جديد، طالما أن العلم، وان الحقيقة الموضوعية، انما تنبني عبر ذهن الباحث وعبر ذاتية. ولكن هورسل يؤكد «حقا ان وجود الانا، يكون سابقاً على كل وجود موضوعي من جهة نظر المعرفة، انه بمعنى ما، المجال الذي تتكون فيه معرفة موضوعية بالمعنى الذي نطلقه عادة على هذه الكلمة، (هوسرل) وكلمات هوسرل توحي بأن عالم الميثوس، عالم التخييلات والاخاييل، عالم الذاتية الصرفة، سابق على عالم اللوغوس، عالم العقل والمعرفة الموضوعية، ان في ذلك ما يذكرنا بكلمات لاجاش، «ثمة تقليد طويل الامد يفصح عن هيمنة «التخييلة» على الوجود الانساني، فحكمة عديد من القرون، قد عبر عنها الشعراء في قوة «نحن من نسيج الأحلام نفسه» We are such stuff as dreams are made on فبروسبيرو Prospero في العاصفة «مثل كالديرون Calderon، الذي يجعل من ذلك القول المأثور، عنواناً لاشهر تراجيدياته: «الحياة حلم»... ومع ذلك فقد استطاع الإنسان أن يقيم من هذا الحلم جزراً متماسكة ومتلاقية، من الحقيقة ومن الفاعلية. ولكن البحث عن الحقيقة هو نفسه مقصد من المقاصد الاساسية لحلم الانسان، واذا لم تكن هنا تخييلة وخيال، لظل الانسان كالحيوان: سجين الحاضر والأشياء، ولما كان هناك واقع ولا حقيقة» (لاجاش Lagache). فإذا كانت الحياة حلماً، فان الحلم يعبر على نحو ما عن عجز الانسان عن تطويع الواقع والا لما كانت به حاجة الى ان يحلم، ومن هنا يكون الحلم ليتيح للرغبات ان تتحقق في واقع آخر، غير الواقع، ونعني واقع الحلم. ولكن اذا كانت الحياة كلها أقرب شيء الى الحلم، فإنها حلم ينطوي في بعض جنباته على الرغبة في تجاوز سنة، من حيث هو حلم، أي عجز عن تطويع الواقع لرغباته، وتلك ولا شك هي ديناميكية الحياة التي تقضي على الانسان ان يحلم، بالتوقف عن كل حلم، الامر الذي لا يمكن ان يكون الا بعلم، تطويعاً مكتملاً «للواقع» ليحيله الى «حقيقة».

معنى هذا أن تلك الرغبة من الانسان في تطويع «الواقع» لرغباته، ليست غير الرغبة في العلم، التي تمكنه في حلم حياته من ان يحلم، بوضع حد لهذا الحلم، عندما يبلغ الى اخضاع كل «الواقع» للحقيقة»، ومن ثم ينفتح الامثل في ان يصبح الواقع مطوعاً لرغباته.

ان امتداد «التخييلة» يولي اهمية كبرى لكلمات كالديرون Calderon «الحياة حلم» ومع ذلك فالرغبة تنشد موضوعات مستقلة عن «التخييلة»، واذا كانت هذه الموضوعات تستطيع ان تمنح نفسها للرغبة، فانها تستطيع ايضاً، ان تمنع نفسها عنها، والصراع بين مطلب الفرد وبين مطلب البيئة او اسهاماً، هو اساس الصراع بين «التخييلة» و«الواقع».

ومع ذلك فان الواقع ملتبس، وتعارضه مع التخليية ليس جذرياً، فما يتم ادراكه من البيئة «هو» ما يمنح نفسه للرغبة، بأقل مما «يمنع نفسه عنها». ادارك ليس فقط بالجزئي Partielie بل ايضاً بالمتحيز Partiare طالما انه يصنع ويطرح الواقع «كمضاد ـ رغبة».

والاتباس يوجد ايضاً في مبدى الواقع: فهو اذ يقيم المعرفة الموضوعية، يقيم ايضاف «الانكار» الذي تشترك فيه ميكانيزمات الدفاع، ولكن ليس بدون اسهام مبدأ الكدر ـ اللذة: فالقهر الدفاعي يرفض المكدرات.

ومن اجل هذا فقد يكون من المناسب ان نسلخ عنه مبدأ الحقيقة... «وهكذا يبدو الواقع مجرد «مترابد» بالتخييلة، ولكنه «مترابط» تقوم «بتنقيته » التخييلة.

«La réalité apparait ainsi comme un corrélatif de la fantaisie mais un corrélatif infiltré par la fantaisie».

أما الحقيقة، فتجاوز للصراع تخييله ـ واقع «وفي مقابل ذلك، اذا لم يكن هناك «واقع» مستقل، لما ـ كان من الممكن التعرف على التخييلة»، واذا لم يكن هناك عقل، لما كان من الممكن معرفته. ذلك في نهاية الامر هو المنطق الذي يتيح لنا الرؤية الواضحة في «التخييلة» (الذاتية)، بمعنى ان يتيح لنا البلوغ الى الحقيقة (الموضوعية). ولكن هذا المنطلق ما كان له أن يبلغ الى ذلك، لو لم يكن العقل موجوداً بالفعل، كائناً ما كان ذلك النحو، الذي يكون عليه «متضمناً» في التخييلة ومن هنا يمكننا القول بأن «الموضوعية العلمية» لا تعني الاستقلالية التامة للفكر والفعل، بالنسبة الى الابنية اللاشعورية، ولكنها بالحرى استقلالية نسبية، تنطوي على الاتصال ما بين الابنية اللاشعورية، وبين الانشطة التوافقية والابتكارية للفرد، «ان المشروع الوجودي، توجد منابعه في الوحدة الاخيولية اللاشعورية، ويبقى من الصحيح ان الرغبات اللاشعورية هي صميم كياننا».

فالتخييلة اللاشعورية عند المريض، لا يشعر بها، ولا يقول بها، ذلك «ان التخييلة لها عللها التي لا يعرفها العقل La fantaisie a ses raison que la raison no connait poin: والتخييلة هي الاخرى لا تعرف هذه العلل، ولكن العقل وحده هو الذي يستطيع ان يكشف عنها (عقل المعالج من خلال التأويل). واذا كان العقل يستطيع ان يكشف عنها ويمسك بها، فذلك بالطبع لان هذه العلل كافية ـ سبقاً وبالفعل ـ في الوحدة الاخيولية. وذلك معناه بعبارة اخرى «ان اللوغوس» حاضر ـ سبقاً وبالفعل ـ في «الميثوس»، أي ان الذاتية العلمية توجد ضمن الذاتية الصرفية.

ان النظرية «الاقتصادية ـ الدينامية» للتخييلة اللاشعورية، اي لهذا الذي يكشف عنه التأويل، انما يخص طبيعة التخييلة اللاشعورية: «حركة لا شعورية للنفس تمتد متواصلة في التخييلة قبل الشعورية والتخييلة الشعورية، وتتوقف في الاخاييل الشعورية التي تنتهي اليها هذه الحركة.»

ان هذه العبارة توضح لنا طبيعة التخييلة، وحركة الذاتية من ذاتية غير علمية الى ذاتية علمية، فالفكرة تبدأ «تخييلية لا شعورية» ثم تمتد متواصلة في التخييلة قبل الشعورية» و«التخييلة الشعورية». وتتوقف في الاخاييل Fantasme، حيث تصبح حقيقة علمية.

ومن هنا فالموضوعية إنما تكون بتخطي الذاتية الصرفة للعالم الخصوصي عالم الميثوس الى «الذاتية الموضوعية» ان اجاز القول «للتأويل»، عالم «اللوغوس». فالتأويل اذ يعيد بناء الوقائع في صورة الانموذج الهيكلي، انما يقيم بذلك النظرية التفسيرية، او القانون التفسيري الفهمي (الذي يختلف عن قوانين التواتر).. مما يجيب «بالحقيقة، على موضوعية (الواقع).

ولا يفوتنا هنا، انه على هذا المتصل بين «ذاتية الميثوس» و«ذاتية اللوغوس»، انما تتحدد درجات السرية بالنسبة للكائن البشري. فذاتية الشخص، ليس امامها الا احتمالات ثلاث:

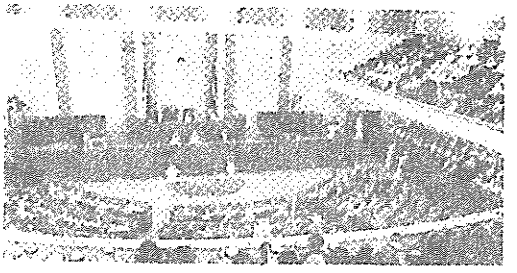
١ ـ اما ان يضحى بها نزولاً على الموضوعية الخارجية، فيكون التوافق التواؤمي.

٢ ـ واما ان يتشبث بتلك الذاتية، فيظل عاجزاً عن ان يتخلى عنها، وان كان في الوقت نفسه، عاجزاً عن ان يبلغ بها الى ان تكون موضوعية خارجية، فيكون

العصاب او الذهان حيث تتراجع الموضوعية شيئاً فشيئاً لحساب الذاتية.

٣ ـ واما ان يتشبث بذاتيته، فيظل ينجح في ان يفرضها على الآخرين، ويحولها من مشاركتهم له، الى ذاتية موضوعية، وذلك توافق العالم او الفنان، «فالفنان وقد انسحب من الواقع الى اخاييله، يجد طريقه عائداً الى العالم الموضوعي بأن يقدم اليه عمله الفني» (فينخل).

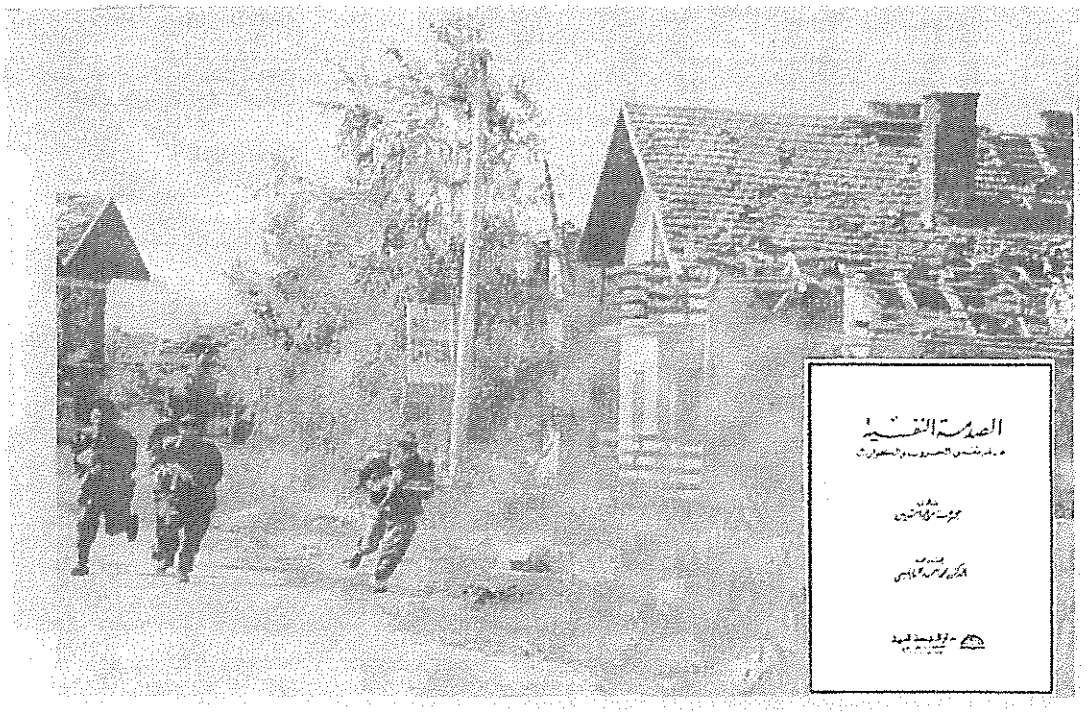
«أما فيما يتصل بالموضوعية، في علاقة الكلينيكي بالآخر، واعني في حالة الملاحظة المشاركة من جانب الكلينيكي، فما من سبيل لتخطي الذاتية الى موضوعية التأويل الحق، الا بالرجوع الى ما وراء الذات، بحيث يمسك الكلينيكي بنفسه، ضمن اطارها الحقيقي، اي ضمن قاعها اللاشعوري، عندئذٍ فقط يتوقف الكلينيكي ليمسك بالآخر. ضمن الاطار الحقيقي لهذا الآخر، وبعيداف عن كل ادراك اسقاطي.. ففهم الاخر مسألة مستحيلة قبل فهم الذات. وتظل الموضوعية بذلك، هي الوثبة الكيفية من عام «الميثوس» بتخيلاته واخاييله، وكل مكنونات قاعة اللاشعوري، الى عالم «اللوغوس»، الذي يبني موضوعية الوقائع ـ ان جاز القول «في العالم الداخلي (عالم الذاتية التي تعي ذاتيتها)، صرحاً تأويلياً (النظريات التفسيرية والقوانين الفهمية)، يجيب «بالحقيقة» على «الواقع» وتلك هي «الموضوعية» الحقة.



## الندوات والمؤتمرات

# دراسة عالمية لأوضاع ضحايا الحروب والكوارث

في العام ١٩٩١ أعد مركز الدراسات النفسية كتاباً «بعنوان» الصدمة النفسية ــ علم نفس الحروب والكوارث» وهو الكتاب الخامس في سلسلة كتب الثقافة النفسية التي نشرتها «دار النهضة العربية» في



**بيروت. وكان لهذا الكتاب وقعه في اوساط الاختصاصيين العرب المهتمين بدراسة الكوارث. خصوصاً ان الكتاب تضمن ترجمة دقيقة لعدد خاص بسيكولوجية الكوارث من مجلة فصول في الطب النفسي السكندنافي Acta Psychiatrica Scandinavica حيث استكتبت المجلة قائمة من كبار الباحثين في المجال.**

واليوم يسرنا ان نعرض للقارئ تقريراً عن دراسة عالمية اجريت تحت رعاية اللجنة الدولية للصليب الأحمر. وتناولت معاناة ضحايا الحروب والكوارث في امكنة متفرقة من العالم من بينها لبنان. وفي ما يلي تقرير عن نتائج هذه الدراسة:

«أصوات (ضحايا) الحرب» هو التحقيق الأكثر شمولاً والاوسع نطاقاً الذي وضع حتى اليوم في مجال البحث الاجتماعي عن الحروب، اعدته اللجنة الدولية للصليب الاحمر، ونفذته بين تشرين الاول (اكتوبر) ١٩٨٨ وأيلول (سبتمبر) ١٩٩٩، في ١٧ بلداً شهدت حروباً في السنوات الخمسين الماضية، او ادت ادواراً سياسية او امنية، على المستويين الدولي والاقليمي بحكم تمتعها بعضوية دائمة في مجلس الامن الدولي.

استطلع التحقيق آراء ٢٠ ألف شخص، مدني وعسكري، لمعرفة القواعد والمبادئ الرئيسية التي يعتقدون بوجوب تطبيقها خلال الحرب، والسبب الذي يدفع الى انتهاكها في غالبية الاحيان، فضلاً عن انه حاور اكثر من ٢٥٠ شخصاً، كلاً على حدة، وأقام اكثر من ١٠٠ حلقة حوار جماعية.

وكان التحقيق ـ الدراسة هذا احد الروافد المهمة لمؤتمر «قوة الانسانية» الذي عقدته الحركة الدولية لجمعيات الصليب والهلال الاحمر في جنيف (بين ٣١ تشرين الاول و٦ تشرين الثاني / نوفمبر ١٩٩٩) «لأن الاستماع الى آراء الناس في الحرب يساعدنا على ايجاد الوسائل الانجع لحماية من يعيشون الحرب» كما أفاد تقرير عن «الدروس المستفادة من مشروع الناس والحرب» وضعته اللجنة الدولية للصليب الاحمر، في ضوء التحقيق ـ الدراسة.

جمعت النتائج في تقارير عن كل دولة، تولت صياغتها مؤسسة «غرينبرغ ريسرش انكوربوريشن» المتخصصة في الابحاث والدراسات الخاصة باستطلاعات الرأي، ومركزها واشنطن، التي وضعت المنهجية المستخدمة في استطلاعات الرأي، منهجية تجمع ما بين الاستطلاع والتحليل.

## بين النظرية والواقع:

اعربت غالبية المشمولين بالاستطلاعات، ما بين ٨٧ و٩٨ في المئة، عن اعتقادها ان المدنيين يجب الا يكونوا هدفاً للاعمال العسكرية خلال الحرب، كما استنتج كريستوف جيرو، المسؤول عن «مشروع أصوات الحرب»، الا ان ذلك لا يحدث عملياً، وهذا ما سعت الدراسة الى معرفة اسبابه. فرأت ان الامر لا يبرر بانعدام الحس الاخلاقي لدى الناس، الذي شاء القدر ان يرتبط نوعاً ما بحال الحرب، بل بالعكس، اذ كلما توالت النزاعات، شعر المقاتلون والمدنيون ان القيم التي تعلقوا بها تقليدياً، تتغير. فالى الطبيعة الخاصة لمعظم النزاعات المسلحة القائمة اليوم، يتبين ان معنى كلمة «مدني» يزداد غموضاً. وتشرح التقارير الاسباب التي تؤدي الى هذا التحول، فتظهر كيف يستطيع الناس في سهولة ان يتغيروا ليحسوا انفسهم طرفاً في نزاع «فعندما يجبرون على تأمين قوات او ملجأ، او تزويد المقاتلين معلومات ـ او يفعلون ذلك بارادتهم ـ يصعب التمييز بين المدني منهم والعسكري».

وهذا الخلط، ويا للاسف، تشهده النزاعات الراهنة، حيث يمكن اعتبار السكان عموماً، وفي سهولة، اطرافاً فيها. وتقول ضحية حرب «ان الحرب الاهلية اقسى بكثير من الحرب العالمية التي يمكن ان تحدد فيها من هو العدو، على عكس الحرب الاهلية التي لا نعرف فيها من هو العدو».

ثم ان في كثير من النزاعات، حين يؤدي البحث عن الهوية دوراً كبيراً، يعتبر المقاتلون مشاركتهم في الحرب دفاعاً عن الذات او عن المجموعة الخاصة التي ينتمون اليها.

وهذا ما يزيل التمييز بين المدنيين والمقاتلين، الذي ينص عليه القانون الدولي والانساني. وعبر عن هذه الفكرة «مقاتل عتيق» بقوله: «ليس جريمة ان ادافع عن منزلي وعائلتي».

## حيث لا يصل الآخرون:

اهمية التحقيق ـ الدراسة انه شمل اشخاصاً في أماكن لا يمكن ان يصل اليها الا بعض المؤسسات الانسانية، يصعب على مؤسسات استطلاعية الرأي ان تطأها.

ويقول جيرو: «اردنا التحدث الى اشخاص عاديين خسروا منازلهم الى جنود، اطباء، سجناء، حرب، اناس فقدوا الاتصال بأقاربهم ولا يعرفون عنهم شيئاً، عناصر ميليشيات، ممثلي هيئات غير حكومية وقوات سلام دولية. وهذا ما فعلناه في مناطق عدة في العالم عرفت انواعاً عدة من النزاعات خلال السنوات الخمسين الماضية (منذ توقيع اتفاقيات جنيف لحماية المدنيين خلال الحرب)».

ومشروع «الناس والحرب» ليس هدفه احياء مناقشة لموضوع الانسانية في العالم قبيل الالفية الثالثة المنتظرة، بل زيادة فاعلية ما تبذله اللجنة الدولية للصليب الاحمر من جهد الارتقاء في مستوى معرفة قواعد الحرب ومبادئها ووضعها موضع التنفيذ. ويقول جيرو ان التحقيق ـ الدراسة «سيساعدنا اكثر على تحديد الوضع الذي لا يعتبر فيه الناس غير مقاتلين، وبالتالي الوضع الذي يسمح باستهداف اخرين. وبالاستماع الى من استطلعنا اراءهم وحاورناهم، يمكننا ان نجد الوسيلة التي ترسم الحدود الضرورية الواجب التزامها اثناء الحرب، وامكان توفير حماية افضل للمدنيين».

والتقارير الشاملة لكل دولة على حدة، انجزت تقريباً كاملة، وستعرض نتائجها في كل منها قريباً، وتعمم على العالم اجمع. وثمة ملخصات (او افكار اولية) صدرت، ستتناول «الحياة» في ايجاز، ثلاثة منها عن: البوسنة والهرسك، واسرائيل والاراضي المحتلة، ولبنان (الذي شاركت «الحياة» في ندوات حوار جماعي عقدت فيه، وفي تحقيق ميداني استمر عشرة ايام، في نيسان / ابريل وأيار / مايو الماضيين).

## البوسنة والهرسك:

«حيثما تسرح نظرك، تعرف ان حرباً مرت من هنا». هذا ما لاحظه ملخص التقرير عن البوسنة التي اجري فيها التحقيق الميداني، نهاية العالم الماضي، اي بعد ثلاث سنوات على انتهاء الحرب فيها.

«هياكل» لمئات الابنية المحترقة هي الشاهد الصامت على موجات التطهير الاتني التي شهدتها المنطقة. ومن يتجول في البوسنة هذه الايام يصادف مدناً عدة مهجورة. لكن ارادة الشعب بالحياة تتغلب شيئاً فشيئاً على آثار الحرب، باعادة اعمار ما تهدم، ولو ببطء. حتى ان رسامين يتابعون عملهم، كما كانوا يفعلون قبل الحرب، قرب جسر موستار التاريخي الذي دكته المدفعية عام ١٩٩٣، كأنه لا يزال قائماً، كأن الزمن توقف بالنسبة اليهم هناك.

نساء خطف ابناؤهن في المناطق المختلطة، مقاتلون سابقون، صحافيون، نساء يبحثن عن اقارب مفقودين، تكلموا عن معاناتهم التي شكل الألم جامعها المشترك، وكذلك كره الحرب خصوصاً بالنسبة الى المقاتلين السابقين.

فالكل يشعر عميقاً بالخسارة الشاملة، وبالمرارة حيال مجتمع دولي «لم يضع حداً للحرب»، وحيال مؤسسات انسانية، منها الصليب الاحمر الدولي، «لم

تقم بشيء يذكر». «اكثر من مليون مأساة شخصية» عاناها سكان البوسنة والهرسك كما قال احد ابنائها. وما من احد منهم يفخر بما حدث. يكفي ان يسألوا ما الفرق بين كل مجموعة في هذه المرحلة من التعايش بالإكراه: مسلمو البوسنة غاضبون ومنهارون، كروات موستار مكفهرون ويشعرون بالذل والمهانة، وسكان الجمهورية الصربية منذهلون ومستفزون بعض الشيء.

ولعل اقسى المآسي مأساة المفقودين، حتى ان احدى الامهات قالت: «اكون سعيدة اذا استطعت ان ارى رفات ابني». وذكرت سيدة اختفى زوجها انها تسعى فقط «كي يبقى اولادي طبيعيين»، في حين اضافت اخرى «مستحيل عليّ ان اقبل ان يقولوا لي ان المفقودين ماتوا، اريد ان اعرف لماذا؟ واين؟».

واللافت ان الذين شملهم التحقيق تنوعت اجوبتهم وتناقضت حيال قواعد الحرب وضرورة وضع حدود لها. ففي مقابل الرغبة في الانتقام لدى بعض النساء ثمة يأس ناشئ لدى اخريات، من هنا كان سؤال ساخر لأحد الصحافيين: «كيف، يا شيطان، يمكنك تفسير كل هذا؟»... سؤال بقي من دون جواب.

## اسرائيل والاراضي المحتلة:

التحقيق ـ الدراسة الذي اجري في المنطقتين لم يشبه أياً من التحقيقات في دول اخرى، لأن الآراء محكومة بماضي الصراع الاسرائيلي ـ الفلسطيني وبالافكار الجامدة المتطرفة. فدائماً ترددت عبارات «نحن» و«هم» و«الحق التاريخي و«الظلم التاريخي»، فضلاً عن ان المذهل والصاعق في مجمل التحقيق عدم المقدرة لدى كلا الطرفين على اعتبار «الآخر» كائناً بشرياً. لكن ثمة استثناءات: اسرائيلي شاب صرح بأعلى صوته ضمن مجموعة من رفقاء السلاح «بالنسبة الينا، العرب كانوا سيئين، وانا متأكد ان اليهود، في نظرهم، قساة وبلا قلب. هذا ما كنا نسمعه دائماً».

وجواب عدوه السابق، شاب فلسطيني من غزة كان نشطاً خلال الانتفاضة، هو حصيلة سنين طويلة من المرارة والشعور بالظلم، ومفاده «خلال الحرب، تعلمت ان ليس هناك شعور وعواطف. العواطف تجمدت. وكل شيء مسموح، ويجب ان نفعل اي شيء لاضعاف العدو».

ورصد التحقيق، الذي اعدّ في تموز (يوليو) الماضي، الكثير من الالم والغصات، ومنها لفلسطينية في الرابعة والثلاثين من عمرها، سجن زوجها قبل تسع سنوات، ولا امل لها بخروجه قريباً، تتنهد قائلة: «اريد ان ارزق باطفال. عندما يخرج زوجي من السجن، يود هو ايضاً ان يرزق بطفل، ولا يمكنني عندها ان استعيد شبابي، فيتزوج بامراة اخرى».

لكن نساء اخريات، في وضع تلك السيدة، يعتقدن ان الامهن ثمن يدفعنه من اجل امر استثنائي، وقالت احداهن: «ان الصراع اتاح لنا ان نكون شخصية قوية، ونتحدى عادات وتقاليد موروثة».

وامام منازل مهدمة، وقف جندي اسرائيلي يقول: «هذا بالضبط ما كنت اقوم به (تهديم المنازل)، واحياناً سببت الآماً جماعية». وقال جنرال في الاحتياط، خلال مناقشة عن وضع حد للحرب والانتفاضة المدعومة من الرأي العام: «الحرب ليست جزءاً من اللذة».

وأعلنت سيدة من الضفة الغربية اعتقل زوجها: «اننا حيال استهداف الاسرائيليين حقول زيتوننا وهدم منازلنا وخطر السيارات المفخخة والعمليات الارهابية، يجب ان نقتل مدنيين، لأننا لا يمكننا الوصول الى العسكريين. انها اذاً الوسيلة الوحيدة لاصابة العسكريين».

وبما ان هدف التحقيق الوقوف على مدى معرفة الناس بالقانون الدولي الانساني وما ينتظرونه منه لجهة وضع حد فعلي لتجاوزات المتقاتلين، والتمييز بين المدني والعسكري، كان انطباع الذين اجروه في اسرائيل والاراضي المحتلة واراضي السلطة الوطنية الفلسطينية، ان الموضوع بالكاد يطرح. ولوهلة اولى، يُظن ان ثمة عالمين متميزين هما في حال حرب.

وتقول سيدة فلسطينية: «في المجتمع الاسرائيلي، ليس هناك مدنيون، بل فقط جنود ومستوطنين»، في حين يرى جنرال اسرائيلي سابق «انها حرب حديثة حيث الجميع معني بها، حتى النساء والاطفال».

لكن ندوات الحوار تخفف بعض الشيء من حدة المواقف، خصوصاً اذا شارك فيها غرباء. وعليه قال جنرال اسرائيلي سابق: «اذا سببت الجهة الاخرى اذى لمدنيين يصبح سهلاً لجنودنا ان يقوموا بالمثل»، واعتبر شاب فلسطيني من غزة «ان افضل ما يمكن القيام به للخروج من هذه الحال، تنظيم برامج متبادلة بين الشباب الاسرائيلي والشباب الفلسطيني.

**لبنان:**

في لبنان ثمة احساس بالحنين الى الماضي، الى العصور الوسطى، الى زمن الاساطير، حيث يعتقد ان قواعد الفروسية احترمت، وان الحرب كانت مباراة نظيفة وواضحة، ومبارزة بين خبراء محترفين.

ويعتقد معظم الذين شاركوا في ندوات الحوار الجماعي، في اطار التحقيق ـ الدراسة، ان الحرب التي عصفت به اقسى من اي حرب عرفتها دولة اخرى. وصدم الشعب بكل فئاته وطوائفه نفسياً، من جرائها، حتى ان احدهم اعتبر «ان وطناً كهذا لن يعرف الازدهار الا اذا استعاد روحه».

فغالبية اللبنانيين، تقول خلاصة الدراسة، عانت العنف سنوات طويلة وعاشت نهارات وليالي دامية، وشهدت «قتال الاخوة في ما بينهم» في حرب مدمرة انتهكت خلالها القيم المقدسة والتسامح، و«طالت درب الجلجلة بحرب مع الجار الجنوبي، اسرائيل» (ويغفل التقرير قوى اخرى غير لبنانية حاربت في لبنان، علماً ان بعض المشاركين في الندوات ذكرها)!.

واستوقفت التقرير عبارة «سمفونية التعذيب» التي اوردها معتقل سابق ليصف ما عاناه «عبارة غير معقول التفكير باستعمالها في وصف ما حصل له». واشار الى اساليب تعذيب مارسها رفقاء احد المقاتلين السابقين لانتزاع اعترافات من جاسوس مفترض، وقال هذا المقاتل «لم اكن مسؤولاً عن افعالهم، لكنها كانت تؤتي ثماراً». وتحدث عن رفيق له مراهق (١٥ سنة) «كان يتلذذ بمشاهدة السجناء يتعذبون، مذ قتل والده امام ناظريه».

وبعد ان يصف التقرير بعض جوانب لبنان التراثية والتاريخية والعمرانية واثار الحرب على بعض المباني، وفي بعض المناطق، يتحدث بتأثر واضح عن امهات المفقودين والمخطوفين اللواتي وضعن صور ابنائهن في قلادات في اعناقهن، متدلية على صدورهن. ويتوقف

عند قول احداهن، شاركت في ندوة حوار «انا اعرف الذين خطفوا زوجي، انهم يقطنون بالقرب منا، لكنني لن اخبر ابني عنهم، كي لا يلجأ الى الانتقام منهم».

ويعتبر التقرير، استناداً الى آراء مشاركين آخرين، ان العنف الذي مورس بوحشية خلال الحرب ارتكبه شخاص غير طبيعيين ربما تحت تأثير المخدرات. وينقل عن مقاتل سابق «اننا، في السلم، نحترم القيم ونعمل بها، ولكن خلال الحرب، يخرج كل شيء عن السيطرة، ويصبح الجميع ضحايا». ويختم بما اجمع عليه صيادو سمك في الجنوب «في كل دول العالم، ثمة معاهدات تحمي المدنيين، والا لكنا جميعاً في عداد الاموات».

الا ان التقرير الخاص بلبنان صدر مفصلاً، وسيعلن قريباً في مؤتمر صحافي في بيروت، وسيكون خلاصة لندوات الحوار التي عقدت في نيسان الماضي، ولتحقيق ميداني عن ضحايا الحرب (شاركت فيه «الحياة»)، ولاستطلاعات الرأي، وسيعطي صورة علمية اكثر دقة ووضوحاً مما سبق.

*** المؤتمر العربي الثامن لعلم النفس:**

**عقد الاتحاد العربي لعلم النفس مؤتمره السنوي الثامن في جامعة السويس تحت رعاية وزير التعليم العالي أ.د. مفيد شهاب ورئيس الجامعة أ.د. احمد شكري. وحضور وفود من دول عربية عديدة. وسنعرض في هذا العدد تقريراً مفصلاً عن هذا المؤتمر.**

APIRL 9-13, 2000
3 RD INTERNATIONAL CONGRESS OF NEUROPSYCHIATRY
KYOTO, JAPAN
TEL. 81 798 45 6051 - FAX: 81 798 45 6053
E-mail KIM@KUHP.KYOTO-U AC JP

♦♦♦

MAY 13-18, 2000
ANNUAL MEETING, AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION CHICAGO, ILLNIS, USA
TEL 202 682 6193 - FAX: 202 682 6114
E-mail APA@PSYCH.ORG

♦♦♦

JUNE 14-17, 2000
WORLD CONGRESS OF FAMILY THERAPY OSLO, NORWAY
TEL: 47 22 56 1930 - FAX:47 2256 0541

♦♦♦

JUNE 15-19, 2000
SECOND INTERNATIONAL CONGRESS ON HORMONES, BRAIN, AND NEUROPSYCHO PHARMACOLOGY
RHODES,GREECE
FAX: 615 343 2069
E-mail: ORAY @ ACNP.ORG

♦♦♦

JULY 23-28, 2000
INTERNATIONAL CONGRESS OF PSYCHOLOGY STOCKHOLM,
SWEDEN
INTER. UNION OF PSYCHOLOGICAL SCIENCE
TEL: 32 16 28 59 - FAX: 32 16 28 6099

INTERNATIONAL MEETING
March 16-19, 2000
3 RD WORLD CONFERENCE, INTERNATIONAL SOCIETY FOR TRAUMATIC STRESS STUDIES,
THE LONG TERM OUTCOMES OF TRAUMA IN INDIVIDUALS AND SOCIETY
MELBOURNE, AUSTRALIA
TEL: 61 3 9380 1429 - FAX: 61 3 9380 2722
E-mail: CONORG@ OZEMAIL.COM.AU

♦♦♦

APRIL 2-3, 2000
Child and Adaolescent Psyciatry Conference
Syria, Damascas
P.O. Box: 3913 - FAX 00965/2510137

♦♦♦

APRIL 4-7, 2000
INTERNATIONAL PSYCHOGERIATRIC ASSOCIATION:
NON - ALZHEIMER CONITIVE IMPAIRMENT
TEL 847 784 1701 FAX:847 784 1705
E-Mail: IPA@IPA-ONLINE-ORG

♦♦♦

APRIL 6-9, 2000
EUROPEAN FEDERATION FOR PSYCHOANALYTIC PSYCHOTHERAPY IN THE PUBLIC SECTOR: THE MILLENNIUM CONFERENCE : CHANGING TIMES, CHANGING RELATION BEESTON

# المؤتمر الدولي الثالث
# للخدمات النفسية يعقد في الكويت

**عقد في فندق الميريديان ـــ الكويت المؤتمر الدولي الثالث للخدمات النفسية والاجتماعية. خلال الفترة من ١ الى ٤ نيسان. وكان الافتتاح في قاعة غرفة التجاري الكويتية. حيث افتتح الحفل وزير شؤون الديوان الاميري الشيخ ناصر المحمد الاحمد الصباح ممثلا سمو امير البلاد. تلى ذلك كلمة لمدير عام مكتب الانماء الاجتماعي الدكتور فهد عبد الرحمن الناصر الذي تكلم عن اهداف المؤتمر عارضا لمحاوره مبيناً بعض حيثياته. واعلن مشاركة ٩ دول عربية و٢٠ دولة اجنبية في هذا المؤتمر الذي عرض لخمسين ورقة عمل عرضت خلال ١٤ جلسة استغرقها المؤتمر وتوزعت كما يلي:**

د. جورج إيفرلي: فعالية نظام التدخل الشامل في الازمات.

د. احمد ابو العزايم: عوامل خطر انتهاك الثروات.

د. أرت فريجلانت: علاج واجبار الزوجين الغير سعيدين بالاكثار من الالتقاء.

د. إلينا برجر: يوم عالمي للصحة النفسية، الوسيلة لتعليم العامة والتقليل من الوصمات.

د. عبد الرحمن الخطيب ود. فيصل محمود الغرايبة: الاتجاهات الحديثة والمعاصرة في الخدمة النفسية والاجتماعية.

د. كند جنسن: قوانين واخلاقيات الصحة النفسية.

د. بفيرلي ب لونج: الصلة بين مخرجات العلاج النفسي وتعليم الصحة النفسية العامة.

د. ل. بات فرانسوا: الصحة النفسية للمرأة: منظور عالمي.

د. رضوى ابراهيم: دراسة عربية من الاضطراب النفسي العام والضغوط وما يرتبط بها من مفاهيم نفسية اخرى.

د. بولو ألتروان: استكشاف نماذج جديدة والحاجة الى تكوينات جديدة لعلم النفس والخدمة الاجتماعية لتوجه افضل

د. ماكس أبوت: ضبط متعدد البرامج التعليمية في دراسات العنف والازمات.

د. إدوارد بينجتون: بناء إطار عمل للدعم: توجه كندي للمشاركة.

د. جانيت ميفر ود. أنتوني فولك: مجموعات المشاركين في خدمات الرعاية.

د. عبد الستار ابراهيم: الضغوط اللاحقة للصدمات النفسية والانفعالية: منهج سلوكي متعدد المحاور لفهمها وعلاجها.

د. جون ر.م. كومبلاند: مستويات الاكتئاب والخلل العقلي تشير الى حجم العلاج النفسي والخدمات المساندة.

أ. عائشة نور عبد الرشيد: الخدمة الاجتماعية: الاسرة في الازمات: الامهات المسلمات العاملات في مجتمع متغير وتكيفهم مع الضغوط.

د. أندريس جالتان جونزاليز: التدخل في الازمات: بعض التجارب المكسيكية.

د. مهدي حسن العجمي: دور الخدمة النفسية لمتضرري الحروب والازمات.

أ. فائقة الابراهيم: التدخل السريع في مواقف الازمات بالمدارس.

د. شويه شونج يوو ـ هوي هو: الدور الاهلي في الشفاء من الكوارث في تايوان.

د. فيدريكو بوينت: العلاج والاستشارة النفسية عن طريق الهاتف في التدخل في الأزمات ومرضى الضغوط الصدمية: تجربة لمائة وخمسون الف مكالمة هاتفية.

د. عبد العزيز علي الغريب: ازمة التقاعد: دراسة لتطبيق نظرية التدخل في الازمات من منظور الخدمة الاجتماعية.

أ. خولة حسن الحديد: نحو استراتيجية عربية لعلاج الشدة الصدمية وعصاب الحرب.

د. نانسي والانس: الدفاع عن حقوق المرضى: دور الامم المتحدة في الصحة النفسية.

أ.د. محمد احمد النابلسي: الوساوس المرضية وانتشارها الوبائي في مجتمعات الحروب والكوارث.

أ. سوسن علي حسن: العلاقة بين ترتيب الاولاد والقلق وتقدير الذات.

د. محمد الحمومي ود. كمال شاهين: لوريا في الخليج العربي: تقلبات علم النفس الثقافي والتغيرات الاجتماعية في المملكة العربية السعودية.

أ. منى القناعي: المشكلات السلوكية لدى اطفال الكويتيين في ضوء خيرة الضغوط والمعاناة النفسية لدى امهاتهم اثناء العدوان العراقي.

أ.د. عثمان فراج: اتجاهات حديثة في برنامج رعاية وتأهيل الاطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.

د. كاظم أبل ود. الحسن عبد المنعم: الاعداد المهني لاخصائي النفس الاكلينيكي بدولة الكويت بين الواقع والمأمول.

أ. منى بورحمة: مكتب الشهيد والممارسة المرضية المهنية المتخصصة لاتاحة الدعم النفسي والاجتماعي في التعامل مع حالات الاضطراب النفسي.

د. جميس تومبوسون: انفجار وارتجتون: الاثار النفسية للانفجار على عينة محددة.

د. حسن كاظم خان: مفهوم نظام الحصانة النفسية: الاستقصاء لابعاد امكانية التكيف الشخصي في الثقافات المختلفة.

د. مارتن و.د. يفريز: مسؤولية الفيدرالية العالمية للصحة النفسية نحو حاجة صحية عالمية.

د. هرفي وايت فورد: دور البنك الدولي في الصحة النفسية.

د. بيركولاهتي: المساندة النفسية في المواقف المأساوية.

د. ماجد مورس ابراهيم: ابداع ما بعد الصدمة.

د. مارك ساندمان: تقييم عوامل المرونة في مواجهة الاحداث الصدمية في الكويتة.

د. صالح ليري: اثر العوامل الاجتماعية النفسية المساعدة على تقدم المريض نحو الشفاء.

د. ريتشارد هنتر: لمن يجب توفير العلاج النفسي.

د. اسامة حسن المعاجيني: مسؤولية الاسرة الخليجية لمواجهة الازمات النفسية لدى الابناء على مشارف الالفية الثالثة.

أ. شريفة المحبوب: دور الاسرة في اتاحة الدعم النفسي والاجتماعي بما يعزز الممارسات المرضية

المتخصصة في التعامل مع حالات الاضطراب النفسي.

**د. حمود القشعان:** تأثير العقم على تقدير الذات والتوافق الزواجي في الاسرة الكويتية.

**د. عبد الرحمن الجيران:** اثر الارشاد النفسي والديني في ثبات الشخصية ودور الاسرة.

**د. بدر حمد بن عيسى:** رؤية جديدة لدور الخدمات الاجتماعية والنفسية لاطفال الكويت ما بعد الازمة.

**أ. عادل عز الدين الاشول:** اثر الارشاد النفسي الديني في خفض الاضطرابات السلوكية لدى الاطفال المراهقين.

**أ. فاطمة الامير:** دراسة عن البرنامج التربوي لابناء الشهداء.

**د. جاسم حاجية:** الصدمة النفسية عيون اطفال الكويت.

**د. سونا ستورجيون ماجستير:** العنف في جنوب افريقيا: مساهمة الخدمة الاجتماعية.

**د. سيلفيا كاراس:** نشاط التمتع بحق استعمال الصحة النفسية والحاجة للعناية الصحية في الوقت الحاضر.

**أ. عثمان العصفور:** الارشاد الجماعي للمعلمين الذين يعانون من الضغوط بسبب الكثافة الطلابية.

**د. طلعت منصور:** سيناريوهات التعامل مع الاسرى وعائلاتهم.

**أ. صديقة نجم الدين:** العلاج بالمعومات الحيوية - توجه جديد للعلاج النفسي.

**د. محمد طهراني:** العلاج التكاميلي: الاسلام وعلم النفس شركاء في اصلاح المساجين.

**د. فهد الناصر**

**• التوصيات**

وصرح د. فهد الناصر ان المؤتمرين اوصوا بضرورة الاسراع بتكوين وتشكيل الاتحاد والروابط العلمية والمهنية التي تتولى وضع المعايير اللازمة لضبط وتقنين ممارسة الخدمات النفسية والاجتماعية من حيث اختبار العاملين فيها ودرجات ومستويات اعدادها وتدريبهم وشروط منحهم تراخيص مزاولة العمل، والتوصيف الوظيفي لكل مهنة، ومعايير الترقي والنمو المهني لكل وظيفة.

اضافة لايجاد نوع من الوعي المجتمعي العام باهمية الادوار التي يقوم بها مختلف فئات العاملين في العلاج النفسي، وذلك من خلال استثمار وسائل الاعلام في تحسين صورة المعالج النفسي.

والعمل على انشاء مراكز لادارة الازمات والكوارث وما يرتبط بها من فرق بحثية وخدمات التدخل السريع.

والدعوة الى تولي الجهات المعنية حكومية كانت ام اهلية ام باشتراكها مع اصدار ميثاق شرف اخلاقي للعاملين في مختلف الخدمات النفسية والاجتماعية.

واكد المؤتمر على توجيه مزيد من الاهتمام بالدراسات والبحوث في مجال تشخيص وعلاج اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة، وبناء قواعد بيانات خاصة بها، مع الارتباط بشبكات المعلومات الدولية العاملية في نفس المجال من اجل تبادل المعلومات والخدمات وان يولي القائمون على الخدمات النفسية اهتماما خاصا للاسر التي فقدت احد او بعض افرادها في ظروف غير طبيعية كظروف الحرب والكوارث الطبيعية، والحوادث الفجائية، يكون عمل القائمين بالخدمات النفسية ليس مجرد التوظيف الاقصى

بعلمهم وخبرتهم التخصصية، وانما التواصل والتنسيق مع الجهات الاخرى وفق خطة منهجية وكسب الدعم الرسمي والشعبي.

واشارت التوصيات الى ان الخدمات النفسية يجب ان تتجه الى التوظيف الامثل للقيم والمبادئ الروحية التي جاءت بها الاديان السماوية، فلقد كان من نتائج التغيرات التي مر بها المجتمع الانساني ان اصبحت الحياة المعاصرة اكثر تعقيدا وضغوطا، وكان لسطوة القيم المادية وتراجع القيم الروحية اثر بليغ في زيادة الضغوط والاضطراب النفسي بمظاهره المختلفة، ان ذلك يتطلب تدعيم العلاج والارشاد الديني، واتخاذ القيم الدينية مدخلا في التعامل المتخصص مع المشكلات النفسية اذا كان ذلك مناسبا لظروف المستفيد.

وطلب المؤتمرون بالعمل على ضرورة توفير التموين اللازم لتقديم الخدمات النفسية والاجتماعية من خلال بديلة غير تقليدية، ويأتي في مقدمة هذه المصادر المنظمات الدولية والمنظمات الحكومية وغير الحكومية، رجال الاعمال، وان يتم كل ذلك في اطار قانوني يراعي سيادة كل دولة.

واوصوا بالعمل على تطوير الخدمات النفسية في المؤسسات التربوية خصوصا المدارس والمعاهد والجامعات، بحيث يتم تفعيل دور الارشاد التربوي من منظور التكامل مع العملية التربوية في تحقيق نموا سويا متكاملا لشخصيات المعلمين واتاحة الخدمات النفسية التي يموجبها يمكن توفير الدعم والمساندة في الظروف الازمية التي يمكن ان يحدث داخل الوسط الطلابي اثناء اليوم الدراسي ويكون دور الخدمات النفسية في تلك الظروف مساعدة الطلاب في التعامل الصحيح مع الظروف الازمية، سواء كانت تلك الظروف ذات صفة عامة، او كانت تخص فرد او مجموعة افراد.

من جلسات المؤتمر

والعمل على توجيه الخدمات النفسية والاجتماعية الى تبصير عموم المجتمع بكيفية التعامل الصحيح مع ضغوط ومتطلبات الحياة العصرية وبكيفية الاستمتاع بمعطيات التقدم التكنولوجي دون ضغوط او متعلقات فان كان العصر الحالي هو عصر العلم والتكنولوجي دون ضغوط او متعلقات، فانه ايضا عصر القلق، وقد عبرت مناقشات المؤتمر عن ان القلق والضغوط كثيراً ما يرجعان الى سوء التوظيف العقلي والمعرفي في التعامل مع متطلبات الحياة، هنا يجب ان تتفاعل الثقافة النفسية مع الواقع المعاصر من خلال تبصير الناس بالطرق السلبية في التعامل معه.

وناشدوا بضرورة العمل على وضع اطار تنظيمي عربي يختص بطرح مناهج متطورة للتعامل النفسي مع اثار الازمات التي يمكن ان تحدث في المجتمع الكويتي العربي، وان تتخذ هذه المناهج ابعادا وقائية وعلاجية يمكن تطبيقها وتطويرها حسب مقتضى الحال، ويدخل في هذا الاطار بناء نماذج لاستراتيجيات مواجهة امراض الحرب وعصاب الصدمات.

وتدعيم دور المؤسسات البحثية العربية العاملة في مجال علم النفس والصحة النفسية والاجتماعية في مجال اعداد اختبارات ومقاييس تشخيصية وعلاجية تتوافق مع سمات الشخصية العربية وتراعي الفروق الفردية والفئوية داخل المجتمع العربي مطالبين بضرورة العمل على انشاء هيئة عليا لبحوث الازمات والكوارث والتدريب في المجتمع العربي بحيث تضم هذه الهيئة الباحثين العرب المهتمين بهذا الموضوع وتلملم الجهود المعثرة وتقدم الدراسات التدريبية للاختصاصيين الاجتماعيين والنفسيين وتتيح الاستفادة منها على المستوى القومي وان يتم في اطار هذه الهيئة اصدار دورية عربية محكمة تتصف بسياسة تحريرية ذات طابع اكاديمي رصين بالاضافة الى اصدار نشرات موثقة متضمنة المعلومات الحديثة ذات الصلة بالازمات والكوارث.

وتوجيه مزيد من الاهتمام بالبرامج الوقائية المتكاملة (صحية، ونفسية، واجتماعية، وتربوية، وثقافية) للاطفال مع التركيز على اعداد خدمات لمواجهة الاحداث الطارئة وادراج هذه البرامج كبند اساسي في السياسة الاجتماعية لرعاية الطفل العربي.

وشددوا على ضرورة اعادة النظر في التصنيفات المطروحة حاليا للعصاب الصدمي حيث اظهرت الدراسات والبحوث ان التصنيفات المعمول بها حاليا لم تعد تستوعب الظواهر المرضية بشكل كاف، علاوة على وجود تداخل بينها والعمل على ان تمتد الخدمات النفسية الى فئة المتقاعدين، سواء كانوا من ذوي التقاعد المبكر، او من ذوي التقاعد الطبيعي بموجب الحد الاقصى لسنوات العمل، ويستلزم ذلك اعداد الكوادر المتخصصة في سيكولوجية التقاعد، وتأهيل هذه الكوادر للعمل مع المشكلات النفسية التي يواجهها المتقاعدون اياً كانت ظروف واسباب هذه المشكلات. وكذلك توجيه مزيد من الاهتمام والرعاية الصحية والاجتماعية والنفسية للمسنين الذي تتزايد اعدادهم في المجتمع العربي عاماً بعد عام في ظل عدم توفير الامكانات المادية والبرامج المتخصصة اللازمة لرعايتهم.

وقالوا ان هناك ضرورة لان يتبنى القائمون على الخدمات النفسية سياسة لمواجهة الاساليب غير الصحيحة كبدائل عن الخدمات النفسية مثل الدخل والشعوذة وسوء توظيف الدين في العلاج النفسي، على ان يتم ذلك من خلال الامكانات التي توفرها وسائل الاتصال مثل التلفزيون فضلا عن استثمار المؤسسات التربوية الاخرى.

وطالبوا بضرورة التعامل المتخصص مع الاضطراب النفسي باعتباره لا يشمل جانباً واحداً في الشخصية وانما يشمل جوانب متعددة تتمثل في الافعال الظاهرة

والانفعال، والتفاعل الاجتماعي، والتفكير، ان التعامل المهني مع الاضطراب النفسي من هذا المنظور يعني التعمق وعدم السطحية في التشخيص كما يعني التكامل في طرق الارشاد والعلاج.

### توصيات خاصة بالمجتمع الكويتي:

وقالوا ان المؤتمر اذا يدين العدوان العراقي وممارساته ضد الشعب الكويتي، يؤكد استمرار العمل المنظم لرصد ومحاصرة الآثار النفسية والاجتماعية والتربوية الناتجة عن ذلك العدوان ويبارك الجهود التي يبذلها مكتب الانماء الاجتماعي وغيره من الجهات ذات الصلة بمساعدة المتضررين واعادة تأهيلهم. واكدوا ضرورة التوثيق الشامل والدقيق للتجربة الكويتية في التعامل مع صدمة الحرب وآثارها والتأكيد على ضرورة تواصل الدعم لهذه التجربة على المستوى المادي والبشري والعمل على تعميم الاستفادة منها في المجتمعات العربية الاخرى، خصوصا وان التجربة الكويتية في التعامل مع آثار الحرب تمثل سلوكاً حضارياً ونموذجاً فريداً يجب ان تقتدي به المجتمعات المعاصرة. مشيرين الى ضرورة الاستعداد لاستقبال الاسرى الكويتيين بعد عودتهم باذن الله تعالى، ووضع سيناريوهات للتعامل الوقائي والعلاجي والانمائي بحيث يمكن من خلال تطبيق هذه السيناريوهات - تأهيل الاسرى المفرج عنهم وادماجهم في الحياة ويمكنهم من تحقيق التوافق النفسي المتكامل على المستوى الذاتي والاجتماعي.

## من توصيات مؤتمر المسنين في الوطن العربي:

### المطالبة بمجلس أعلى للمسنين العرب

في اطار الاهتمام المتزايد بالمسنين في مصر والوطن العربي وتحت رعاية السيدة سوزان مبارك انتهت جلسات المؤتمر الاقليمي الاول للمسنين العرب والذي عقدته جامعة حلوان تحت رئاسة د. حسن حسني رئيس جامعة حلوان، وده امال صادق مقرر عام المؤتمر ومدير مركز الرعاية الصحية الاجتماعية للمسنين والذي ضم اكثر من ٤٠٠ باحث ومشارك من مصر وعشر دول عربية ومنظمة الصحة العالمية ومنظمة الدول العربية.. ومن خلال مناقشة اكثر من ٧٠٠ بحث وورش العمل خرجت عدة توصيات من اهمها:

### في مجال تطوير الاعداد الاكاديمي:

دعم برامج البحوث في مجال المسنين من مختلف التخصصات والتوصية بانشاء شبكة معلومات اقليمية تتناول البحوث العربية والاجنبية والبيانات المدموجرافية لترشيد البحث في هذا المجال ودعوة منظمة الصحة العالمية للعمل على تمويل مركز الرعاية الصحية والاجتماعية بجامعة حلوان الى مركز اقليمي لتقديم خدماته ومشورته الى البلدان العربية.

- دعوة الدول العربية لإنشاء مجلس أعلى للمسنين.
- دعوة جامعة الدول العربية الى ادخال موضوعات رعاية المسنين ضمن انشطة المنظمات والهيئات التي تنسب اليها في مجال طب وصحة المسنين.
- زيادة الاهتمام بهذا الفرع النامي من فروع الطب مع الارتقاء بمستوى تأهيل الاطباء في هذا المجال.
- دعم انشاء عيادات نموذجية لطب المسنين.
- تطوير استراتيجيات الرعاية المتكاملة للمسنين والتي تشمل الخدمات التي يقدمها الفريق المتكامل (الطب، العلاج الطبيعي، التمريض، التغذية، الرعاية النفسية، الرعاية الاجتماعية، والعلاج الطبيعي والانشطة الرياضية والترويح).

التوسع في انشاء المستشفيات العامة والوحدات الطبية والصحية الخاصة بالمسنين مع تطوير نظام التأمين

الصحي ليصبح اكثر كفاءة.

● اجراء فحص طبي شامل لجميع العاملين في الدولة على مستوى الدول العربية قبل بلوغهم سن المعاش.

في مجل الدعم الاجتماعي والنفسي للمسنين،

● العلم على زيادة اهتمام اجهزة الاعلام بالمسنين والعمل على تغيير الصورة النمطية لهم.

● وضع تشريع عربي موحد للمسنين في البلاد العربية يحدد حقوقهم في الرعاية الصحية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية.

● تهيئة مرحلة ما بعد التقاعد للعاملين في مختلف القطاعات من خلال برامج الارشاد النفسي حتى تتهيأ لهم فرص الاستفادة من امكانياتهم.

● تخصيص بطاقة لكبار السن تعطى حاملها مزايا فعلية في جميع الانشطة الثقافية والترويحية لتشجيعهم على استثمار وقت الفراغ.

● توفير برامج الرعاية المتكاملة على مبدأ ان تقدم الخدمة للمسن في بيته ومع أسرته وان ينتقل فريق الرعاية بدلا من ان ينتقل هو اليه.

● تدريب الطلاب بالمدارس والجامعات على الاعمال التطوعية والتدريبية للتعامل مع المسنين.

● تأسيس الجمعية المصرية للرعاية المنزلية.

● اقامة المؤتمر الاقليمي العربي سنويا ومتابعة تنفيذ التوصيات.

THE ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS

LET WISDOM GUIDE

**REGIONAL MEETING OF THE ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS IN THE MIDDLE EAST**

**Regency Palace Hotel, Amman**

**September. (6-8) 2000**

سيعقد في عمان في الفترة مابين ٦ - ٨ أيلول القادم الاجتماع الاقليمي للملكية البريطانية للاطباء النفسيين، وسيكون موضوع الاجتماع «الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية».

President and Convenor Of The Meeting Dr. Adnan TAKRITY Chairman of the organizing commitee Dr. Walid SARHAN E-mail ajpsychiat@joinnet. com.jo.

FAX: 0096265157556 Al-Rashid Hospital telefax: 0096265233882.

P.O.Box 540851 code 11937 Abut Nusair - Amman - Jordan.

د. جمال التركي
عمارة تبرورة
٣٠٠٠ صفاقس ـ تونس

## اكتئاب المرأة

اجمعت العديد من الدراسات الميدانية على ارتفاع نسبة انتشار الاكتئاب عند المرأة مقارنة بالرجل، حيث لوحظ ان حالات الاكتئاب تتساوى عند المرأة مع الرجل في فترات ما قبل البلوغ وما بعد انقطاع الحيض. ويختل هذا التوازن بين هاتين الفترتين، من ذلك انه بداية من سن البلوغ تبدأ نسبة الاكتئاب في الارتفاع عند المرأة، الأمر الذي ادى الى البحث عن العلاقة بين **الجهاز الهرموني، والاكتئاب**. ففي حين تؤكد بعض الدراسات اهمية العوامل **الاحيائية الهرمونية** نجد اخرى تعطي اهمية اكثر للعوامل **البيئية الاجتماعية** في تداخلها مع العوامل **الاحيائية**.

ان مجموع هذه المعطيات تؤكد ان الاكتئاب عند المرأة تعود اسبابه الى عوامل مشتركة ومتداخلة فيما بينها من ذلك ان احداث الحياة الشخصية قد تؤثر على الحالة المزاجية وعلى الافرازات الهرمونية الجنسية. ويتأكد هذا من خلال عديد المشاهدات السريرية منها **حالات اكتئاب ما بعد الولادة** (حيث تكون التغييرات الهرمونية في أوج ذروتها)، **تناذر خلل الوجدان السابق للحيض وتناذر اليوم الثالث بعد الولادة**. كما ان بعض حالات الاكتئاب قد تحدث عند المرأة تغييرات على مستوى **المحور المبيضي الهرموني**.

ان الاستجابة لمضادات الكآبة تختلف عند المرأة مقارنة بالرجل كما ان تأثير العوامل الهرمونية على الحالة المزاجية ينعكس على المسار العلاجي من ذلك ان وصف **الهرمونات الجنسية** كأدوية مصاحبة لمضادات الكآبة كان له أثر ايجابي في تدعيم العلاج.

**ان العلاقة بين التغييرات الهرمونية والاكتئاب عند المرأة تبدو شبه مؤكدة من الناحية السريرية وان كانت اقل وضوحاً على المستوى الحيوي خاصة فيما يتعلق بالآليات التي تؤثر** من خلالها هذه الهرمونات. فهل تؤثر مباشرة (وعلى اي مستوى؟) ام بواسطة عوامل اخرى مثل الناقلات العصبية، الايقاع اليوماوي او الجهاز العصبغددي.

## تناذر خلل الوجدان السابق للحيض

تقدر نسبة انتشار **تناذر خلل الوجدان السابق للحيض** في الولايات المتحدة بـ ٨٪. ويعزى هذا التناذر من الناحية الفسلجية المرضية الى التفاعلات المحدثة بين **المحور المبيضي النخاعي والجهاز السيروتونيني** على مستوى الجهاز العصبي المركزي.

ان خضوع هذا التناذر الى التفاعلات المتبادلة بين الجهاز الهرموني والناقلات العصبية ادى الى جدل علاجي حيث تركز اهتمام اطباء النساء الى **وصف الهرمونات** الجنسية مع بعض النصائح الصحية المتعلقة بالتغذية كالتوقف عن استعمال الكافيين و التبغ والانشطة الرياضية المجهدة. معتبرين ان وصف الادوية النفسانية غير مدعم، في حين ان عديد الدراسات سواء منها **الدراسات المفتوحة او المراقبة** اكدت فعالية مضادات الكآبة. ذلك ان الدراسات المراقبة المعتمدة طريقة الغفل المزدوج والتي تمثلت في مرحلتين علاجيتين **مرحلة أولي** يقع فيها استعمال دواء وهمي على عينة من المرضى يتم على اثرها انتقاء الافراد الذين لم يستجيبوا لهذا العلاج الوهي ليخضعوا بعد ذلك

الى مرحلة ثانية معتمدة طريقة الغفل المزدوج باستعمال مضادات الكآبة مقابل دواء وهمي، بينت ان الاستجابة للعلاج كانت ارفع عند الافراد الذين خضعوا الى مضادات الكآبة منها عند الذين خضعوا للدواء الوهيم مؤكدة فعالية مضادات الكآبة في حالات هذا التناذر مع الاخذ بعين الاعتبار الخصائص النوعية لهذا الاضطراب شأن التطور الدوري والفترة الزمنية القصيرة لهذه الاعراض.

ان التساؤل الذي يبقى مطروحاً يتعلق بكيفية استعمال مضادات الكآبة وكيفية اختيارها، فهل تعدل مقادير الجرعات حسب فترات الدورة الشهرية وما هي المدة الزمنية المحددة للعلاج؟ ثم اي الانواع اكثر عالية هل هي مضادات الكآبة ثلاثية الحلقات (TCA)، ام الأحادية المفعول من نوع المثبطات الانتقائية لاستعادة السيروتونين (SSRI) او المثبطات الانتقائية لاستعادة النورادرينالين (NARI)، ام المزدوجة المفعول (NASSA) وان كانت الابحاث الاولية ترشح فعالية اكثر لهذه المركبات الحديثة.

## اكتئاب ما بعد الولادة

يختلف اكتئاب ما بعد الولادة عن اكتئاب اليوم الثالث للولادة الذي يعتبر اضطراب فسلجي كثير الانتشار (يتجاوز ٥٠٪) وتظهر اعراضه مبكرا (الايام الخمسة الاولى بعد الوضع) في حين ان نسبة حالات اكتئاب ما بعد الوضع لا تتعد ١٠٪ حيث تبدأ مظاهر اعراضه عادة بين الاسبوع الرابع والسادس بعد الولادة.

لقد تعددت الفرضيات السببية الامراضية لاكتئاب ما بعد الولادة من نفسدينامية الى نفستماعية مروراً بالفرضيات العصبية والاحيائية، الأمر الذي نتج عنه ايضاً تعدد الاساليب العلاجية من علاج دوائي مضادات الكآبة الى علاج هرموني استروجيني مرورا بالمعالجات النفسية بتياراتها المختلفة. الا ان العلاج بمضادات الكآبة المعزز بالعلاج النفساني الداعم اكد فعاليته بنسبة مرتفعة مقارنة بالعلاج الدوائي المنفرد حيث بلغت نسبة اعتدال المزاج ٩٠٪ بعد ثمانية اسابيع من العلاج المزدوج الدوائي ـ النفساني.

كما لا يفوتنا التركيز على اهمية الحملات الاعلامية التحسيسية لتوعية المرأة باعراض اكتئاب ما بعد الولادة و التحدث عنه دون حرج او شعور بخفض قيمة الذات حتى يتسنى اكتشافه ومعالجته مبكرا لتفادي انعكاساته السلبية على رعاية وليدها وعلى استقرارها الاسري.

## حول اضطراب المزاج الدوري السريع

ان المرضى الذين يعانون من اضطرابات مزاجية متعددة الاطوار، متقاربة زمنياً متناوبة بصفة سريعة، لا تنطبق عليهم بصفة مدققة معايير الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع حيث انه لا يعكس من الناحية السريرية خصائص ما عرف على تسميتهم اصطلاحاً بمرض المزاج الدوري السريع Rapids cyclers».

لقد تم وضع تعريفات متعددة لهذا الاضطراب، وذلك حسب المواصفات السريرية المعتمدة، ففي حين نجد تعريفاً يعتمد الفترة الزمنية للطور المزاجي (هوسي او اكتئابي) او الفترة الزمنية للاعتدال المزاجي نجد اخر يركز على اهمية التحول من من صور الى اخر دون المرور بفترة اعتدال المزاج، وقد بينت دراسات دقيقة تتعلق بمرضى المزاج الدوري السريع ان تعريفه يشمل نمطين مختلفين:

ـ نمط اول: يتميز بعدة اطوار مزاجية تتعاقب بشكل مكثف ولا يكون التحول مباشرة من طور مزاجي الى اخر امراً اساسياً.

ـ نمط ثاني: يتمير بعدة اطوار مزاجية وجيزة يكون فيها التحول مباشرة من وطر مزاجي الى اخر امراً اساسياً. ويعتبر مرضى مجموعة هذا النمط اقل استقرار مقارنة بمرضى مجموعة النمط الاول.

بناء على المشاهدات السريرية اقترح تصنيف مرضى اضطراب المزاج الدوري السريع الى مجموعتين:

ـ **مجموعة اولى:** تشمل المرضى الذين تعرضوا الى اربعة اطوار مزاجية او اكثر في السنة الواحدة دون تحول سريع من قطب الى اخر.

ـ **مجموعة ثانية:** تشمل المرضى الذين تعرضوا ايضاً الى اربعة اطوار مزاجية او اكثر في السنة الواحدة على ان يكونوا قد تحولوا بسرعة ولو لمرة واحدة على الاقل من طور مزاجي الى اخر. ونجد ضمن هذه المجموعة عدد من المرضى المصنفين في خانة الاضطرابات الوجدانية ثنائية القطب نمط ٢. فهل يمكننا اعتبار اضطراب المزاج الدوري السريع كأحد انماط اضطرابات المزاج ثنائية القطب ام انه يبقى وحدة مرضية مستقلة بذاتها؟

## أهمية علاج الصيانة في حالات الاكتئاب

يتفق أغلب الاطباء الانفسانيين على اهمية مواصلة واستمرار العلاج الدوائي بمضادات الكآبة مدة تتراوح بين اربعة وستة اشهر بعد اختفاء اعراض التناذر الإكتئابي وهذا ما يعبر عنه «**بالعلاج الاستمراري**» «**Traitement de continuation**» في حين ان مواصلة المداواة بعد هذه الفترة للحد من نسبة الانتكاسات الهمودية يدخل ضمن اطار «**علاج الصيانة**» او «**علاج الدعم**» «**Traitement de maintenance**».

رغم ان الاتفاق يبقى غير حاصل لحد الآن فيما يخص **علاج الصيانة**، الا ان عدداً قليلاً من الدراسات (معتمدة المشاهدات السريرية) بينت اهمية **علاج الصيانة** بالنسبة للمرضى الذين اصيبوا **بثلاثة سوابق اكتئابية** وسنهم قد تجاوز الخمسين عند حدوث **حالة الاكتئاب الاولى**، ذلك انهم اكثر عرضة لانتكاسات اكتئابية، كما بينت ايضاً اهمية **علاج الصيانة** في حالات الاكتئاب المتميزة، بشدة **اعراض التناذر الاكتئابي، وعند المكتئبين المتميزين بسوء التوافق المهني والاجتماعي وبالسوابق العائلية الاكتئابية**، اضافة الى المكتئبين الذين تميزت **سوابقهم الشخصية باضطرابات مزاجية اخرى مصاحبة مثل الديستيميا والاكتئاب الوجيز المعاود.**

اما العوامل التي ينبغي ايضاً اخذها بعين الاعتبار في اختيار نوعية **علاج الصيانة** فهي الاطار التصنيفي لحالة الاكتئاب، فهل تدخل ضمن الاضطرابات الوجدانية ثنائية القطب ام ضمن الاضطرابات الوجدانية احادية القطب (اضطرابات الاكتئاب الجسيم).

ـ **بالنسبة لمرضى ثنائيي القطب** يفضل استعمال الادوية **المعدلة للمزاج (املاح الليتيوم، كربمازيبين، فالبروات)** للحد من معاودة الاكتئاب في حين ان استمرار مواصلة مضادات الانهيار كعلاج للصيانة لا يعد اكثر فعالية من الدواء الوهمي.

ـ **اما بالنسبة لمرضى احادي القطب** فإن وصف **مضادات الانهيار** بمقادير مخفضة على مدى طويل **كعلاج صيانة اعتبر شديد الفعالية للخفض من نسبة معاودة الاكتئاب.**

## علاقة الاكتئاب بالألوان

ان ظاهرة ميل مرضى الاكتئاب لاستعمال الالوان الزاهية والناصعة الباعثة للحياة وخاصة الالوان الاولية مثل الاحمر، الاصفر والازرق قد تمت ملاحظتها منذ الدراسات الاولى التي اهتمت بالعلاقة بين الالوان والاضطرابات النفسية. ان هذه المشاهدات المفارقة التي تم تأكيدها حديثاً تبدو ظاهرياً غير متناسقة مع مفهوم الاكتئاب لما يتميز به المكتئب من فقد الدافعية للحياة ورفض للعالم الخارجي ومع ما يصاحبه من احساس بخفض قيمة الذات وفقد الأمل في الحياة الى درجة الانتحار. ان حالة كهذه تجعلنا نتوقع من المكتئب ميلاً الى الالوان الداكنة، القاتمة والمجردة من الحياة. لكن الواقع كان مخالفاً لهذا حيث تميزت رسوم المصابين

بالاكتئاب في اغلب الحالات بالواقعية وبتركيبة الوانها الأولية الناصعة، الباعثة للأمل والحياة.

ان هذه المفارقة قد تدفعنا للتفكير في بعض الجوانب **الامراضية ـ النفسية** للاكتئاب والفعل الانتحاري (السيكوباتولوجية). فهل الاكتئاب مجرد **حالة استسلام (Etat de reconciation)**، حالة خضوع وحالة انسحاب؟ ام انه ايضاً حالة رفض **(Etat d'opposition)**، حالة ثورة، حالة معارضة، وحالة غيظ شديد قد يؤدي بالمكتئب في نهاية المطاف الى ان يعيش الانتحار **كسلوك احتجاجي اخير** يأتيه على انه **فعل بطولي! (acte d'héroisme)**.

## الاكتئاب المصاحب للخرف

من الملاحظ ان العديد من حالات الاكتئاب لا يتم تشخيصها عند المسنين ويعد هذا اكثر اشكالية عندما يكون الاكتئاب مصاحباً للخرف في مرحلته البدائية، حيث بينت الدراسات ان حوالي ٢٥٪ من المصابين بمرض الزهايمر يعانون من حالات اكتئاب، ذلك ان تشخيص احدهما (سواء الاكتئاب او الخرف) قد يكون ستاراً يخفي تشخيص الاخر على مدى اشهر متعددة، فهل يمكن من الناحية السريرية تحديد خصائص ومواصفات الاكتئاب عند مريض الزهايمر.

لقد بينت الدراسات انه لا يمكن تحديد مظهراً سريرياً خاصاً **لاكتئاب العتهيين** وذلك لتنوع **مظاهره السريرية** من ناحية **ولتدخل الاعراض العتهية والاكتئابية** فيما بينها من ناحية اخرى الى درجة يصعب تفكيكها عن بعضها. فقد تؤخذ بعض الاعراض العتهية على انها اكتئابية والعكس ايضاً وهذا الاشكال يؤدي بالبعض الى تشخيص حالة الاكتئاب واغفال تشخيص حالة الخرف عندما تكون اعراض التدهور العقلي خفية ، بالبعض الاخر الى تشخيص حالة العته واغفال حالة الاكتئاب عندما تكون اعراض التناذر الاكتئابي مطموسة باعراض التدهور.

ان تشخيص حالات الاكتئاب عند المسن تحتل اهمية قصوى كي لا تشخص على انها حالات عتهية وتصنف في خانة حالات التدهور العقلي التي لا علاج لها في حين انها قابلة للتداوي وحتى نتمكن من اختيار مضادات الكآبة المثلى والفعالة، ذلك ان وصف هذه الادوية ينبغي الاخذ فيه بعين الاعتبار مدى قابلية تحمل الجمس لها لما يتميز به من هشاشة عضوية وامراض مصاحبة. من ذلك ان مضادات الكآبة ثلاثية الحلقات قد تسبب اعراضاً جانبية تؤدي احياناً التوقف عن تعاطيها ومن هذا الجانب فإنه يفضل اختيار مضادات كآبة من المركبات الحديثة التي لا تنتمي الى مجموعة الاميبرامينات تفادياً للاعراض الثانوية المحدثة.

## حول الفرضيات الجينية والاحيائية للقهم

يبدو ان **الفرضيات الجينية** المتعلقة باضطرابات السلوك الغذائي اصبحت اكثر احتمالا من اي وقت مضى، حيث بينت دراسة اجريت على آباء وأبناء (السلف والخلف) مرضى اضطراب السلوك الغذائي ارتفاع نسبة انتشار الاضطرابات النفسية عند هؤلاء خاصة منها الاضطرابات المزاجية والقلقية.

**من الناحية الاحيائية** بينت دراسات (ك.أ. حليمي ـ الولايات المتحدة) وجود اضطراب على مستوى **المحور المبيضي النخاعي** خاصة على مستوى هرمون CRH الذي يحدث عند الحيوان **مفعولاً قهمي** بخفض شهية الأكل **ومفعولاً حركي** متمثلاً في فرط الحركية، اما عند الانسان فقد لوحظ انخفاض **نسبة CRH** في سائل النخاع الشوكي لبعض المصابين بحالات القمه العقلي مع نحالة الجسم وارتفاع هذه النسبة عند ازدياد الوزن وان نقص افراز هرمون CRH عند المرضى القهميين قد يفسر انقطاع الحيض عند هؤلاء. كما تبين تداخل الجهاز السيروتونيني في اضطرابات السلوك الغذائي من ذلك ان نسبة 5HTIAA تكون مرتفعة في سائل النخاع الشوكي في حالات القهم،

لتنخفض بعد ذلك عندما يعتدل وزن الجسم ولكنه قد يبقى مرتفعاً في بعض الاحيان رغم زيادة الوزن عندما يصاحب هذا الاضطراب بعض الاضطرابات السلوكية الاخرى مثل الطقوس المتكررة المتعلقة بالاضطراب الوسواسي.

**من الناحية العلاجية** تبين فعالية مضادات الكآبة (حتى في صورة غياب التناذر الاكتئابي) في علاج اضطرابات السلوك الغذائي وذلك **بمقادير مرتفعة** تتجاوز تلك المتعارف عليها في علاج حالات الاكتئاب ذلك ان مفعولها العلاجي اسرع منه في الاكتئاب (يبدأ خلال الاسبوع الاول عادة) مهما كانت انواع مضادات الانهيار المستعملة، سواء منها ثلاثية الحلقات، سيروتونية المفعول، نرأدرينالية المفعول او مزدوجة المفعول. الا انه رغم هذه ايجابية هذه النتائج فإه ينبغي التعامل مع هذه المعطيات بحذر وذلك للتحفظات التالية:

١ ـ نسبة المرضى الذين يستجيبون للعلاج تبقى ضئيلة في حدود ٢٠ بالمائة.

٢ ـ الاستجابة للدواء الوهمي من خلال دراسات متعمدة طريقة الغفل المزدوج تبدو مرتفعة نسبياً.

٣ ـ ان فعالية المعالجة السلوكية والمعرفية قد تتجاوز نسبة فعاليته مضادات الكآبة بمفردها.

٤ ـ ارتفاع نسبة الاعراض الجانبية لمضادات الانهيار حيث تكون عادة اكثر حدة عند هؤلاء المرضى نظراً لحالتهم الجسمية المتردية وارتفاع مقادير الجرعات.

## الامراض المصاحبة لتناذر «جيل لاتورات»

تقدر نسبة انتشار تناذر جيل لاتورات حوالي ١٪ بالنسبة لمجموع الامراض النفسية وهي ارفع عند الذكور منها عند الإناث (اربعة مقابل واحد) تبدأ اعراض هذا المرض في الظهور بداية من سن الخامسة الى الرابعة عشرة، ويتأثر المآل التطوري للمرض ببعض الخاصيات البيئية الاجتماعية وبالارضية النفسية للاشخاص فهو اقل حدة عند الاشخاص ذووا النمط الاسترخائي والذين لا تتسم شخصيتهم بالقلق الدائم.

ان وجود العديد من **الامراضيات النفسية** المصاحبة لهذا التناذر تحتم اجراء فحوصاً نفسانية دقيقة للمصابين بهذا المرض حتى يتم تشخيص الامراض المصاحبة واخذها بعين الاعتبار لوضع خطة علاجية شاملة، من ذلك ان دراسة المانية اجريت على عينة من المرضى بينت ان الاضطرابات النفسية المصاحبة لهذا التناذر تتوزع نسبتها كالآتي:

**ـ ٢٥٪ اضطراب فرط النشاط مع عوز الانتباه.**

**ـ ٣٣٪ شخصية وسواسية استحواذية (١٧٪ + اضطراب الوسواس القهري (١٦٪).**

**ـ ١٦٪ اضطرابات النطق.**

**١٦٪ اضطرابات القلق المعمم.**

**٧٪ رهابات بسيطة.**

**٣ اضطرابات مزاجية.**

نلاحظ من خلال هذه الارقام النسبة المرتفعة للاضطرابات الوسواسية الاستحواذية والشخصية الوسواسية (٣٣٪) كاضطرابات مصاحبة لتناذر جيل لاتورات مقارنة بالاضطرابات النفسية الاخرى، واذا اضفنا الى هذا ارتفاع نسبة الاضطرابات الاستحواذية الوسواسية عند اقرباء الدرجة الاولى لهؤلاء المرضى يتبين ان وجود علاقة على المستوى الحيوي ـ الجيني بين تناذر جيل لاتورات والاضطرابات الوسواسية تعد شديدة الاحتمال، لكن خصائص هذه العلاقة وماهيتها تبقى حقلاً خصباً للبحث العلمي المستقبلي؟

## معطيات حديثة حول علاج اضطرابات فرط النشاط مع خفض الانتباه

ان تقصي واكتشاف حالات فرط النشاط مع

**خفض الانتباه** (تصنيف الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع) او **تناذر فرط الحركية** (التصنيف الدولي العاشر) ووضع برامج الرعاية الطبية الدوائية لها اصبح امراً في غاية الاهمية نظراً لتحوله الى ظاهرة اجتماعية ملفتة للنظر في الولايات المتحدة، حيث ارتفعت نسبة انتشاره الى ٥٠٩٪ مقارنة عما كان عليه قبل خمسة عشرة عاماً في حين ان هذه النسبة لم ترتفع اكثر من ٥٪ في بريطانيا خلال نفس الفترة. امام التطور السريع لهذا الاشطراب وفي ضوء المعطيات الحديثة تم التوصل الى صياغة شبه اتفاق حول خطة علاجية لهذا الاشطراب متمثلة فيما يلي:

ـ **اختيار العلاج:** ان الادوية المصنفة ضمن اطار **المنشطات النفسية (Psychostimulants)** تعد الاكثر فعالية، فهي تعتبر ادوية المقصد الأود. اما الادوية النفسية الاخرى فيقع اللجوء اليها في مرحلة ثانية الى جانب الادوية المنشطة نفسياً سواء عند اشتداد اعراض هذا الاضطراب او عند ظهور اضطرابات اخرى مصاحبة لهذا التناذر مثل العراة، الاضطرابات المزاجية، اضطرابات القلق او اضطرابات السلوك (العدوانية الغيرية).

ـ **مدة العلاج:** ينبغي مواصلة العلاج خلال كامل مراحل التعلم المدرسي الاساسي على ان تقع كل سنة تقييم اهمية دواعي استمراره مع القيام بنوافذ علاجية مدتها خمسة عشرة يوما كل سنة. (ان التوقف المنظم عن العلاج نهاية كل اسبوع لا ينصح به الا من صورة حدوث اضطرابات في النمو).

لكن هل ينبغي علاج كل الاطفال المتميزين بفرض النشاط مع خفض الانتباه؟ اجابة عن هذا بينت دراسة (تايلور ـ المملكة المتحدة) انه من المستحسن **الا يخضع للعلاج الدوائي** الا الاطفال الذين انعكس هذا الاضطراب سلباً على مستواهم الدراسي بصفة بالغة واعاق اندماجهم الاجتماعي وتواصلهم العائلي. او الاطفال الذين تميز هذا الاضطراب عندهم بخفض شديد في الانتباه والتركيز الذهني على حساب فرط النشاط.

ان الرعاية الطبية الدوائية تدخل ضمن اطار رعاية شاملة من ذلك ان بعض مظاهر هذا الاضطراب قد تتحسن بالرعاية التربوية من ارشاد عائلي او تحسيس الاطار التربوي وتأهيله اضافة الى العلاج النفساني التدعيمي.

اخيراً نشير الى ان استعمال الادوية النفسانية المنشطة ما زال محل نقاش بالنسبة للاطفال الذين هم في سن ما قبل الدراسة، وذلك لصعوبة تشخيص هذا الاضطراب بدقة قبل السادسة من ناحية ولآثاره الجانبية المحدثة على نمو الطفل من ناحية اخرى.

## حول بعض الفرضيات المنشئة للفصام

**الفرضية الكيميائية:**

بينت دراسات «كرلسون» منذ سنة ١٩٦٣ ان الأثر العلاجي **للمثبطات العصبية (المعقلات)** يعود الى مفعولها **كمضادات للمستقبلات الدوبامينية**، من ذلك ان المركبات **الدوبامينية المفعول** (مثل الامفيتامينات) تضاعف حدة الاعراض الذهانية التفككية.

انطلاقاً من هذه الابحاث تأكدة «**الفرضية الدوبامينية**» كإحدى اهم الفرضيات في نشأة الفصام حيث ان الاعراض التفككية الهذيانية «**الاعراض الموجبة**» نعزى الى **الفرط الوظيفي الدوبامينيي** في المناطق التحت قشرية في حين ان الاعراض التفككية العوزية «**الاعارض السالبة**» تخضع الى «**العوز الوظيفي الدوبامينيي**» في المناطق الجبهية.

ولكن هل ان الفرضية الدوبامينية كافية بمفردها (كفرضية عصبية كيميائية) لفهم نشأة الفصام خاصة وان الخلايا العصبية الدوبامينية تخضع لتأثير العديد من الناقلات العصبية الاخرى اهمها القليتامات والسيروتونين والتي يحدث اضطرابهما خللاً في

الوظيفة الدوبامينية لهذا الجهاز. ان هذه التفاعلات المتبادلة بين الناقلات العصبية ادى الى طرح عديد الفرضيات الاخرى المتعلقة بنشأة الاضطرابات الفصامية اهمها **الوفرضية القليتاماتية** (المتعلقة بالعوز القليتاماتي: ١٩٨٠) **والفرضية السيروتونينية** التي لا يزال يلفها الغموض لحد الآن.

ان المعرفة الدقيقة لتأثير مجموعة من الناقلات العصبية مثل القليتامات والسيروتونين على الجهاز الدوباميني تبشر بفتح طريق جديد في ميادين البحث العلمي المستقبلي قد تؤدي الى اكتشاف مركبات جديدة ذات مفعول مضاد للذهان (**اضافة الى المعقلات اللانموذجية الحديثة**) **تكون اكثر فعالية في مجموع الاعراض الفصامية السالبة واقل تأثيرات جانبية على الجهاز العصبي في مجموع الاعراض الفصامية الموجبة.**

**فرضية خلل النمو العصبي:**

تبدأ الاعراض الفصامية في البروز سواء في فترة المراهقة او في بداية مرحلة الشباب عند اشخاص كانوا قد اعتبروا اسوياء، حيث لم تسجل لديهم سوابق اضطرابات نفسانية ظاهرة. الا ان دراسة **النمو النفسحركي** للفصاميين بينت انهم يتميزون بتأخر في المشي، تأخر في امتلاك اللغة، ميل الى العزلة الاجتماعية مع صعوبات في التكيف المدرسي.

ان مجموع هذه الخصائص المتعلقة **بالنمو النفسحركي** ادت الى عرض **فرضية اضطراب النمو العصبي** المتمثلة في **خلل تركيبي دماغي ذي اصل عصبي تطوري** كأحد العوامل المنشأة للفصام حيث تكون اعراضية السريرية خفية في مرحلة ما قبل البلوغ وظاهرة بعد ذلك في صورة اعراض ذهانية تفككية.

**الفرضية الفيروسية:**

اهتمت العديد من الدراسات بالعلاقة بين **زمن التكوين الرحمي للجنين** والفصام، حيث اثبت ان نسبة انتشاره ترتفع الى ١٠,٥٪ عند مواليد نهاية فصل الشتاء وبداية الربيع. الامر الذي ادى الى البحث عن **عامل فصلي يعيق التطور الطبيعي لدماغ الجنين ويجعله اكثر استعداداً للفصام.**

لقد تم في هذا الاطار عرض الفرضية الفيروسية كاحدى العوامل المساهمة في نشوء الفصام من ذلك ان الاصابات الفيروسية للجهاز التنفسي عند الامهات الحوامل اكثر انتشاراً في فصل الشتاء وان **المصابات منهن بالانفلونزا عند بداية الحمل هن اكثر عرضة لانجاب الفصاميين.**

ان المشاهدات الميدانية المتعلقة بعلاقة الانفلونزا بالفصام لا تزال غير محددة المعالم من الوجهة العلمية ولكنها تسمح لنا بمناقشة دور الآليات المناعية كأرضية جينية متداخلة في نشأة الفصام.

**الفرضية الجينية:**

بينت الدراسات الميدانية العائلية وخاصة منها المتعلقة بالتوائم واطفال التبني اهمية تداخل العوامل الجينية في نشأة الفصام، حيث ان نسبة انتشاره ترتفع عشر مرات عندما يكون احد الوالدين مصابا بالفصام مقارنة بوالدين سليمين تخلو لديهم السوابق العائلية الذهانية.

ان الفرضية الجينية تعد شبه مؤكدة في نشأة الفصام حسب المشاهدات الميدانية الا ان تحديد مواقع هذه الجينات وتحديد طريقة **انتقالها** ما زال يلفها الغموض رغم التقدم الحاصل في هذا الميدان في السنوات الاخيرة خاصة وان **نمط الانتقال تتداخل فيه جينات متعددة** في تفاعل مع العوامل المحيطية البيئية والعوامل الفنسجتماعية الاحيائية.

ان تداخل العوامل المحيطية والاحيائية في نشأة الفصام ادت الى عرض **الفرضية الجينية** كإحدى **الفرضيات الهامة** للفصام في تفاعلها مع الفرضية الفيروسية وفرضية خلل النمو العصبي.

# المؤتمر العربي الثامن
# للعلوم النفسية

**د. عبد الفتاح دويدار**
**جامعة الاسكندرية**

عقد الاتحاد العربي لعلم النفس مؤتمره السنوي الثامن تحت رعاية وزير التعليم العالي في مصر، وذلك في جامعة السويس في الفترة الممتدة من ٢٤ إلى ٢٦ يناير ٢٠٠٠. رئيس الجامعة **أ.د. أحمد شكري** وعميد كلية التربية فيها **أ.د. عبد العاطي الصياد** اللذان افتتحا المؤتمر. وشارك في الجلسة الافتتاحية محافظ السويس محمد جلال ورئيس الاتحاد **أ.د. فؤاد أبو حطب** وأمينه العام **أ.د. محمد أحمد النابلسي**.

الدول العربية المشاركة في المؤتمر كانت: مصر و لبنان والسعودية والكويت وتونس ومثل الاختصاصيين العرب العاملين في الخارج أ.د. محمد فاروق السنديوني.

وتمحورت أعمال المؤتمر حول محاولات تقويم التجربة السيكولوجية العربية منذ بداية القرن وحتى اليوم. وتجلت هذه المراجعة أكثر ما تجلت في الجلسات المخصصة لتكريم الرواد الذين قدموا نبذة عن تاريخهم العلمي امتزجت بذكرياتهم عن أساتذتهم ورفاق دربهم ومراحل تطورهم، حتى أن بعض هذه الشهادات اتسم بمواقف عاطفية وبمشاعر العرفان والإقرار بالفضل للرواد الأوائل. وقد كرم المؤتمر كل من الأساتذة الدكاترة: كمال دسوقي وصفاء الأعسر و فرج عبد القادر طه وناهد رمزي ومحمد فاروق السنديوني وفؤاد أبو حطب. وهي أسماء رفدت الاختصاص بأعمال رائدة ساهمت في تطويره واستمراريته. وتغيب عن حفل التكريم لأسباب خاصة كل من أ.د. حامد زهران وأ.د. قدري حفني.

وبطبيعة الحال فإن المؤتمر لم يقف عند حدود المراجعات الوجدانية فأكملها بجملة مقررات كان من بينها إصدار دليل العناوين الالكترونية (E.Mail) للاختصاصيين ومراكز البحث العربية ونشرها في مجلات: الاخصائي العربي والمصرية للدراسات النفسية والثقافة النفسية المتخصصة. وذلك بهدف تسهيل التواصل بين الاختصاصيين العرب ومحاولة التأسيس لمشروع توثيقي – عربي يجعله هذا الدليل ممكناً. كما اتخذ الاتحاد قراراً بإعادة نشر العدد الأول من مجلة علم النفس الصادر في أكتوبر ١٩٤٨ بوصفه أول مجلة نفسية عربية.

أما عن مستقبل العلوم النفسية في العالم العربي فقد ربطه المؤتمر بتفعيل هذه العلوم وبإثبات قدرتها على تقديم خدمات تستجيب لحاجات الفرد والمجتمع. لذلك خصص المؤتمر إحدى جلساته لموضوع المعلوماتية والعلوم النفسية في الوطن العربي وشارك فيها: محمد أحمد النابلسي ووسيم سلامي وفائقة محمد بدر وفؤاد أبو حطب ومحمد فاروق السنديوني. وخلال هذه

الجلسة قدم الدكتور النابلسي (الأمين العام للاتحاد) اقتراحاً بشأن مشروع معلوماتي/سيكولوجي عربي يتضمن المراحل التالية:

١ ـ **البرامج الوثائقية:** وهي ملفات تتضمن الأسماء والعناوين وفهارس الكتب والبحوث والمجلات... الخ. مع توفير هذه الملفات على شبكة الانترنت.

٢ ـ **الإعلام النفسي العربي:** وتتضمن هذه المرحلة توفير المجلات النفسية العربية على شبكة الانترنت. وتوفير إمكانيات الحصول على محتوياتها عبر الشبكة.

٣ ـ **المراكز الأكاديمية:** بحيث يقوم كل من هذه المراكز (سواء كان كلية أم قسماً جامعياً أم جمعية أم نقابة أم مركز بحث خاص.. الخ) بتخصيص صفحات له على الشبكة الإلكترونية لفرض نتاجه وإمكانيات الاستعانة بهذا النتاج.

٤ ـ **الصفحات الإعلانية:** وتخصص للإعلان عن الإصدارات (كتب، مجلات، بحوث) والطلبات والعروض وتنسيق الدراسات المقارنة وغيرها من العروض.

واقترح الأمين العام أن يلعب الاتحاد دور المنسق بين مختلف مراحل هذا المشروع وإصدار دليل إلكتروني يضمها جميعاً. وأشار المحاضر إلى توافر الدليل الالكتروني للمجلات والمراكز النفسية العالمية وإلى نشر مجلة الثقافة النفسية المتخصصة لهذا الدليل في عددها الصادر في يناير ٢٠٠٠.

كما كان لتطوير التعليم جلسته الخاصة في المؤتمر، وهي جلسة شارك فيها كبار علماء النفس التربوي العرب، الذين قاموا باستعراض المعوقات وانتقدوا بعض الظروف التي تحول دون تقويم الاختصاص لخدماته بالشكل الوافي. ثم تقدم المحاضر بجملة اقتراحات مستقبلية. كان في طليعتها ضرورة التركيز على علم النفس المدرسي وإقامة دورات مكثفة بهذا الخصوص. والتنسيق مع الجامعات ومراكز البحوث المهتمة بالموضوع. أيضاً كان للشباب محورهم الخاص في هذا المؤتمر، حيث العصر القادم هو عصر الشباب وهو عصر المتغيرات السريعة التي يمكنها تعميق جدلية الوجود والهدية لدى هؤلاء الشباب، وبالنظر إلى حساسية هذا الموضوع وتشعبه حاول المؤتمر أن يقدم نظرة تكاملية حوله، بحيث تتم مناقشة الموضوع على مستويات مختلفة وليس فقط على الصعيد السيكولوجي حصراً. من هنا كانت الدعوة للمشاركة تضم معالي وزير الشباب المصري وسيادة رئيس الجامعة أ.د. أحمد شكري بالإضافة إلى الأساتذة فرج عبد القادر طه وفؤاد أبو حطب.

هذا بالنسبة إلى المحاور الأربعة الرئيسية للمؤتمر، أما عن جلسات المؤتمر بصورتها العامة فقد توزعت على النحو التالي:

أ ـ الشباب في مطلع عصر جديد؛ وشارك فيها: أ.د. فؤاد أبو حطب و أ.د. أحمد شكري و أ.د. فرج عبد القادر طه.

ب ـ بحوث علم النفس المعرفي؛ وشارك فيها: أ.د. أنور الشرقاوي وأ.د. فتحي الزيات وأ.د. بجيب خزام.

ت ـ بحوث سيكولوجية الأسرة؛ وشارك فيها: د. معن عبد و الباري قاسم وهناء غنيمة ونبيل السيد حسن السيد.

ث ـ تطوير التعليم في مصر والعالم العربي؛ وشارك فيها: أ.د. صابر سليم وأ.د. وليم عبيد و أ.د. علي عبد المنعم و أ.د. فؤاد أبو حطب.

ج ـ بحوث علم النفس الاجتماعي؛ وشارك فيها:

أ.د. فوزي عزت و أ.د.عبد الحميد عبد العظيم و أ.د. رضا رزق إبراهيم.

د ـ المعلوماتية والعلوم النفسي؛ وشارك فيها: أ.د. محمد أحمد نابلسي وأ.د. وسيم سلامي و أ.د. فائقة محمد بدر و أ.د. فؤاد أبو حطب وأ.د. محمد فاروق السنديوني.

هـ ـ بحوث علم النفس الكلينيكي؛ وشارك فيها: أ.د. عثمان أحمد العصفور و أ.د. غريب عبد الفتاح غريب و د. فائقة محمد بدر.

مقترحات وتوصيات

عقد المؤتمر جلسة ختامية، جرى خلالها تقويم عام للمقترحات المقدمة للمؤتمر والمنبثقة عن البحوث المقدمة خلاله. وخرجت عنه الجلسة بإعلان القرارات التالية:

أ ـ الدعوة للمؤتمر العربي التاسع لعلم النفس خلال يناير العام ٢٠٠١ وذلك في جامعة ٦ أوكتوبر في القاهرة.

ب ـ إصدار مجلد يضم البحوث المعروضة في هذا المؤتمر.

ت ـ توجيه الدعوة إلى الجمعيات النفسية القطرية لحضور المؤتمر القادم.

ث ـ تشجيع وتعميق سبل استخدام المعلوماتية لدعم فعالية الاختصاص. وتسهيل التواصل بين الباحثين العرب المهتمين.

ج ـ إصدار مجلة الاتحاد العربي لعلم النفس باللغتين الإنجليزية والعربية تحت عنوان Arab Psychologist.

**تقويم عام للمؤتمر**

امتاز هذا المؤتمر بتنوع بحوثه التي توزعت على كافة فروع الاختصاص. لكننا نتوقف بصورة خاصة عند جلستين من جلساته، الأولى التي تناولت تكريم الرواد وتضمنت قيام كل منهم بعرض موجز لسيرته العلمية، حيث جاءت هذه العروض لتدعم طموحات شباب الباحثين ولتنقل إليهم تجارب إنسانية وعلمية حافلة بالعطاء.

أما الجلسة الثانية التي نتوقف عندها فهي جلسة المعلوماتية وتطبيقاتها في حقل العلوم النفسية، وهي الجلسة التي طرحت أسئلة حرجة، منها السؤال عن نسبة الاختصاصيين الذين يجيدون التعامل مع الحاسوب والذين يستخدمون وسائل الاتصال الحديثة. ثم كان السؤال عن استخدام المعلوماتية لتعويض القصور الذي يعاني منه الاختصاص في بلادنا؟ حيث اتفق الجميع على سوء استخدام هذه الأدوات وإهمالها، بالرغم من كونها أدوات مساعدة لتحقيق تعاون علمي عربي أفضل لا تشويه العقبات. بما في ذلك زيادة إمكانيات النشر الإلكترونية لتقنينات وتعديلات الاختبارات النفسية بما يلائم البيئة العربية. ولعل هذه الأسئلة هي المقدمة التي تساعد الأخصائي العربي على استبصار نواحي قصوره وإمكانيات تسخير المعلوماتية لتعويضها.

ومهما يكن فإن انتظام عقد الاتحاد لمؤتمر سنوي طيلة ثماني سنوات ومن ثم إصداره لمجلة ناطقة باسمه باللغات الأجنبية إضافة للمساعدة والدعم التطوعيين التي يتلقاها الاتحاد من مجلتي «المصرية للدراسات النفسية» و «الثقافة النفسية المتخصصة». كلها عوامل ترسخ فعالية الاتحاد وحضوره وتؤكد على دوره كقناة تواصل جامعة بين الاختصاصيين العرب، ومنبراً لعرض تجاربهم ومقارنتها وصقلها. إضافة إلى توفير هذا الاتحاد لامكانية تنسيق الأبحاث العربية المشتركة.

# سيرة ذاتية

# د. خليل فاضل

□ الاسم الكامل: د. خليل محمد فاضل / من مواليد القاهرة ـ ٢١ مارس ١٩٤٨

□ يعمل حالياً، استشاري الطب النفسي المجتمعي ـ بوزارة الصحة البريطانية ـ مقاطعة وست سسكس.

□ المسؤول التعليمي للعلاج «التحليلي الفهمي السلوكي» لدى الكلية الملكية للامراض النفسية ـ لندن ـ فيما يخص جنوب انجلترا.

□ حاصل على درجتين تميز من الهيئة الصحية لجنوب انجلترا ـ مارس ١٩٩٩.

□ مرشح لجائزة الدولة «التقديرية (الفئة ب)» في مجال الطب النفسي المجتمعي لعام ١٩٩٩ ـ بريطانيا.

**مساهماته في المجال الفني الإعلامي:**

**١ ـ السينما:**

□ ساهم في الاعداد لكتابة السيناريو لفيلم «طبيب في الأرياف» ـ فيلم تسجيلي مدته ١٢ دقيقة اخرجه المخرج المتميز خيري بشارة عام ـ ١٩٧٥ نال الفيلم ١٣ جائزة، اهمها جائزة جمعية الفيلم المصري وجائزة المركز الكاثوليكي المصري للدراسات الاجتماعية، كما حاز د. خليل فاضل على الميدالية الذهبية من المراحل. فؤاد محي الدين وزير الصحة انذاك عن عمله في الريف المصري في قرية في صعيد مصر خارج الزمن الحضاري، كما حاز الفيلم على جائزة «اتحاد الشبيبة العالمي» عام ١٩٧٦ لدى عرضه في مهرجان لبيزج السينمائي الدولي.

□ قيد الاعداد كتاب نقدي تحليلي عن فيلم «طبيب في الارياف».

□ ساهم بالكتاب في نشرة نادي السينما بالقاهرة.

□ كتب تحليلات نفسية ونقدية لافلام عربية واجنبية في مجلات عربية مختلفة.

□ اجرى سلسلة لقاءات مع فنانين ومخرجين مثقفين وصناع سينما، وهي تحت الطبع في كتابه القادم (السينما والسياسة والجنون. تناول في هذه اللقاءات ما يخص المبدع او المثقف وما يخص الفن السينمائي العربي الابعاد النفسية والسياسية للفن السابع.

□ القى محاضرة عن (السينما والسياسة والجنون في النادي العربي ـ لندن ١٩٩٧.

**٢ ـ التلفزيون:**

□ خلال عمله في شمال ويلز وليفربول كتب سيناريو فيلم تسجيلي عن المصحات النفسية هناك، كما تدرب على استخدام الكاميرا وكتابة السيناريو في ورشة عمل خاصة في ليفربول ـ عام ١٩٨٥.

□ خلال فترة عمله في قطر ١٩٨٦ ـ ١٩٩٣ كاستشاري طب نفسي في مستشفى حمد العام، الدوحة قطر قدم الاتي للتلفزيون:

**أ ـ طفلك عالم خاص:**

□ اعداد كامل علمي وتلفزيوني بجانب مشاركة في المونتاج (البرنامج من تقديم هدى عبد القادر واخراج امين الطريفي) ـ ١٣ حلقة، مدة كل حلقة ساعة (مارس ـ يونيو ١٩٩٣).. (التطور النفسي والطبيعي للطفل ـ مخاوف الاطفال ـ الحركة ـ طفلك والطبيب (جزأين) ـ الطفل الزائد الحركة ـ طفلك والطبيب (جزأين) ـ المراهقة ـ اطفال الانفاصل ـ الارشاد النفسي للاسرة ـ القصور العقلي ـ طفل ومصادر المعرفة ـ مشكلات الطفولة: الكذب، الوالدية الصالحة...

**٢ ـ الحياة والطب (إعداد وتقديم د. خليل فاضل):**

برنامج جماهيري محدود ـ جمهور في الاستوديو ـ (يناير ـ ابريل ١٩٩٢) ـ ١٣ حلقة:

(الذاكرة والنسيان ـ الالم والتخدير ـ اسرار الاوزون ـ ادمان المخدرات (جزأين) ـ مشكلات الطفولة (جزأين) ـ النوم والاحلام (جزأين) ـ البيئة والصحة ـ النفس والانسان ـ التوتر والاسترخاء ـ العمل ومشاكله.

**٣ ـ الصحة والانسان (اعداد وتقديم د. خليل فاضل):**

١٤ حلقة (يناير ـ مارس ـ ١٩٩٠) ـ نصف ساعة عن مختلف المشكلات الطبية والنفسية.

**٤ ـ المريض والمستشفى (اعداد وتقديم د. خليل فاضل):**

عشر حلقات، (نصف ساعة)، عن التفاعل بين المريض والمرض، والاطباء والممرضين والممرضات ـ الاطفال والسرطان ـ نقل الدم ـ الحوادث والطوارئ ـ غسيل الكلى... (ابريل ـ يونيه ١٩٩٢).

**٥ ـ المشاركة كضيف:**

١ ـ ٢ عدة حلقات من «طبيب على الهواء» اعداد وتقديم ذهبية جابي ـ قطر.

٢ ـ عدة حلقات عن الطلاق والفن والمجتمع مع ليلى الاطرش ـ قطر.

٣ ـ عدة برامج في تلفزيون (البي بي سي العربي BBC) قبل اغلاقه عن (التدخين ـ العنف السينمائي).

٤ ـ عدة برامج مع حفيظة آدم مركز تلفزيون الشرق الاوسط MBC عن الاسترخاء والتنويم ـ القلق والتوتر ـ العلاج بالرسم، اضطرابات الاطفال النفسية، الاكتئاب ـ الانكفاء الطفولي Autism.

٥ ـ حلقة في لـ ANN مع هشام الديوان عن الارهاب في اليمن (فبراير ١٩٨٨).

٦ ـ في «صباح الخير يا مصر» عن الاكتئاب واحدث طرق العلاج ـ القاهرة ١٩٩٥.

٧ ـ مع هالة سرحان في برنامج (يا هلا) ـ (حلقة الرقابة) ضيف خارج المنصة ١٩٩٨.

٨ ـ ضيف اساسي مع مها سلمى في برنامج آلو ART ـ بيروت ـ الأحد ١٩٩٨/١٠/٢٥ (٤٠ دقيقة) حوار عن الشخصية، الاكتئاب، التوتر، خلل الحوار تفاعل حي مع عدد من المشاهدين.

٩ ـ ضيف اساسي ـ برنامج (هون وقلم ـ تلفزيون المنار ـ لبنان ـ اكتوبر، ١٩٩٩ عن الابعاد النفسية والسياسة للعنف (٣٠ دقيقة).

**الاذاعة:**

□ مع بثينة كامل (اعترافات ليلية) حوالي ساعتين (اغسطس ١٩٩٥).

□ اذاعة قطر، برامج في مختلف امور الثقافة

والطب النفسي ومع اماني كامل عشرون حلقة (عيادة نفسية تناولت مختلف الاعراض والامراض والاضطرابات النفسية والشخصية والسلوكية (١٩٨٩).

□ مع البي بي سي العربي، BBC في حوارات عن السينما، الثقافة، والطب النفسي (١٩٩٧).

**الصحافة:**

□ قصص قصيرة في مختلف الدوريات العربية.

□ دراسات ومقالات نفسية:

- صفحة اسبوعية في جريدة (الشرق) القطرية على مدى ثلاث سنوات.

- زاوية اسبوعية في جريدة (العرب) القطرية لمدة سنتين.

- زاوية اسبوعية في جريدة (الراية) القطرية لمدة سنة واحدة.

- صفحة اسبوعية في مجلة سيدتي) لندن منذ صدورها ولمدة عامين.

- دراسات عن (القولون العصبي)، (الصداع والصداع النصفي)، (اضطرابات المرأة النفسية)، (الاكتئاب)، (الاجهاد العصبي وامراض القلب). (امراض الاطفال النفسية)، (ضرب الزوجات)، (قتل الازواج)... وغيرها في مختلف الصحف والمجلات العربية منها «طبيبك الخاص - القاهرة». - سلسلة مقالات في صفحة الرأي بـ «الاهرام - مصر» من ١٩٩١ - ١٩٩٣ عن الهجرة والنفس وعن الاسرة والادمان.

□ - سلسلة موضوعات عن الامراض النفسية الجدسدية نشرت تباعاً في مجلة (الرياضة والشباب - دبي)، وسلسلة موضوعات في نفس المجلة عن حالات نفسية حقيقية محورة ومطوعة حفاظاً على سرية الخصائص الحقيقية للمريض ما بين ١٩٩١ - ١٩٩٣.

□ عدة موضوعات في مجلة (العربي - الكويتية)، عن (جنون البديل)، (ادمان استنشاق الغازات)، (الخرس الاختياري) و(هوس السمنة).

□ موضوعات سياسية نفسية عن (غسيل المخ - العنف السياسي - الارهاب - اكتئاب المثقف، نشرت تباعاً في (الشرق الاوسط - لنده)، (المجلة - لندن)، القدس العربي - لندن).

□ سلسلة حوارات وتحليلات نفسية سينمائية لافلام ومع مخرجين وممثلين وصناع سينما مثل رأفت الميهي، وصلاح ابو سيف، اسامة انور عكاشة، عبد العزيز مخيون، عبلة كامل نشر بعضها في (الفن السابع - مصر) - (القدس العربي - لندن)، (الكاتبة - لندن)، (اخبار الاسبوع - الدوحة) - (الدستور - مصر).

□ سلسلة موضوعات نفسية خاصة نشرة تباعاً في مجلة «الشرق الاوسط - (لندن) ١٩٨٦ - ١٩٨٨.

□ مجموعة موضوعات مست احداثاً عالمية مثل (قتل الاطفال في دنبلين - مذبحة المراهقين في كلارادو - امريكا - جنون البقر - ظاهرة الرئيس كلينتون - ظاهرة برامج كرتون الاغبياء (بيفس وبت هيد) نشرت في مجلة (صباح الخير - المصرية).

**دراسات علمية نفسية متخصصة:**

١ - دراسة عن علاج الادمان الكحولي بالتنويم الإيحائي - الايريش تايمز - ١٩٨١ - دبلن (بالانجليزية Irish Times).

٢ - دراسة عن الالم العضوي والنفسي ومدى تعقدهما - مجلة الطب النفسي العملي - Psychiatry in Practice - ١٩٨٣ وفي نفس المجلة عام ١٩٨٤ - دراسة عن ايذاء الذات وتشويه الجسد Self-Mutilation (بالانجليزية).

٣ - بحث عن الاضطرابات النفسية لدى مدارس الاطفال الابتدائية في دولة قطر - نشر بدورية جامعة قطر، ١٩٩٢ نشر ايضاً في مجلة (الثقافة النفسية - لبنان) بالعربية.

٤ ـ بحث عن النفس ومرض القولون العصبي لدى المصريين العاملين في قطر، نشرت في مجلة «الطب النفسي العربي» ـ ١٩٩٣ ـ الاردن ـ بالعربية.

٥ ـ بحث عن (الطقس والنفس) ـ تأثير الاحوال الجوية على نفس الانسان ـ نشر في مجلة الثقافة النفسية) الدورية الصادرة عن مركز الدراسات النفسية (لبنان) ـ بالعربية.

٦ ـ بحث عن الآثار النفسية لمرضى اقسام الرعاية المركزة (دورية مستشفى حمد العام) ـ ١٩٩١ ـ بالانجليزية.

**دراسات وابحاث قدمت في مؤتمرات عربية وعالمية:**

ـ الابعاد النفسية لمرضى غرف العناية المركزة الدوحة قطر ـ المؤتمر الدولي للعناية المركزة ـ ١٩٩١.

ـ الاضطرابات النفسية لدى بعض اطفال المدارس الابتدائية في دولة قطر ـ قدم في ندوة كلية التربية، جامعة قطر ١٩٩٢.

ـ (تطوير الصحة العقلية ـ الابعاد الاقتصادية والسياسية للعلاج المجتمعي) ـ قدم للمؤتمر السادس الاوروبي ـ لندن ـ ١٩٩٦ (نشر كفصل في كتاب صدر بالانجليزية عام ١٩٩٧.

ـ (تسعة وجوه لبنت عربية) ـ بحث في العلاج النفسي بالرسم ـ قدم للمؤتمر الاوروبي الثاني عشر لعلاج الامراض العقلية بدون ادوية ـ لندن ـ ١٩٩٧.

ـ (اقتصاديات وسياسات العلاج الشامل للاضطرابات الشخصية الحدودي) ـ قدم للمؤتمر الاوروبي الثالث لاضطرابات الشخصية ـ شفيلد ـ انجلترا ـ ١٩٩٨.

ـ (بحث عن العلاج الدوائي لاضطراب الشخصية) ـ سيقدم لمؤتمر المؤسسة البريطانية للعلاج الدوائي النفسي ـ هاروجيت ـ انجلترا ـ يوليو ١٩٩٩.

ـ (بحث عن هوس العشق والضلالات)، سيقدم لمؤتمر العلاج النفسي الحوار للمرض العقلي ـ إيسكس ـ انجلترا، سبتمبر ١٩٩٩.

**مؤلفات (كتب):**

١ ـ «اعصابك بين التوتر.. وكيفية تهدئتها» ـ الهيئة العامة للثقافة ـ ليبيا ـ ١٩٧٧.

٢ ـ «الصحة النفسية للاسرة» ـ الدار السعودية للنشر والتوزيع ـ جدة ـ ١٩٨٧.

٣ ـ «الطير يهاجر الى كون سرمدي» ـ مجموعة قصص قصيرة ـ الهيئة العامة للكتاب ـ مصر ـ ١٩٨٦.

٤ ـ «كيف تتغلب + تتغلبين على التوتر» ـ مع كاسيت. الدار المصرية للنشر والتوزيع ـ قبرص ـ ١٩٨٩.

٥ ـ «كيف تقوي ذاكراتك وتجتاز الاختبار» ـ مع كاسيت ـ الدار المصرية للنشر والتوزيع ـ قبرص ـ ١٩٨٩.

٦ ـ «كيف تتوقف عن التدخين» ـ مع كاسيت ـ الدار المصرية للنشر والتوزيع ـ قبرص ١٩٨٩.

٧ ـ «كل ما يجب ان تعرفه عن الصرع» ـ الدار العربية ـ قطر ـ ١٩٩٠.

٨ ـ «سيكولوجية الارهاب السياسي». اصدار خاص ـ القاهرة ـ ١٩٩١ ـ (حقق توزيعاً جيداً في المنطقة العربية ـ اوروبا) كتبت عنه معظم المجلات والصحف العربية اليومية والمتخصصة.

٩ ـ «البنت والنورس» ـ مجموعة قصصية قصيرة ـ اصدار خاص ـ القاهرة ـ ١٩٩٢.

١٠ ـ فصل في كتاب بالانجليزية صادر عن دار آشجوت ـ انجلترا ـ ١٩٩٧ ـ عن «تطوير الصحة العقلية».

**المؤهلات:**

ـ بكالوريوس الطب والجراحة ـ كلية الطب عين شمس ـ القاهرة ـ ١٩٧٣.

- شهادة الكلية الملكية للامراض النفسية - لندن - ١٩٨٣.

- عضوية الاكاديمية الامريكية للطب النفسي والجسد - امريكا - ١٩٨٨. اجتاز اختبار الزمالة لها عام ١٩٩٢.

## كتب تحت الطبع:

١ - «الابواب القديمة» - رواية.

٢ - «المرأة والبحر» - قصص قصيرة.

٣ - «اعترافات من على كرسي الطبيب النفسي» - حالات عيادية مع تحليل وصفي وبحث للتشخيص والعلاج.

٤ - «كيف تتغلب على الاكتئاب» - مع كاسيت.

٥ - «اصول العنف السياسي - انفجار الدم والناس».

٦ - توترات النفس والجسد (فهم لطبيعة الامراض النفس جسدية).

٧ - السينما والسياسة والجنون.

## محاضرات قدمت:

١ - ايرلندا (بالانجليزية) - الادمان الكحولي والعلاج الادراكي السلوكي مع التأمل الايحائي.

١ - انجلترا (بالانجليزية) - الارق ومشاكل النوم.

- عندما يقهر المريض الطبيب.
- هلوسات ام اكتئاب.
- حقيقة مضادات الاكتئاب.
- تحدي اضطرابات الشخصية.
- العلاج النفسي باستخدام الفيديو.
- الانتحار ومحاولات الانتحار.
- الوسواس القهري.

٣ - (بالعربية):

- اضطرابات الشخصية والعنف السياسي - صدام حسين نموذجا - دار الاسلام - لندن - ١٩٩٨.

- الشباب وتحديات المهجر - دار الاسلام - لندن - ١٩٩٦.

- سيكولوجية العنف السياسي - النادي العربي - لندن - ١٩٩٥.

٤ - في دولة قطر:

- محاضرات بجامعة قطر عن (العلاج بالرسم، العلاج بالقراءة، اضطرابات المرأة النفسية، فن القراءة والفهم).

- محاضرات بالمؤسسة العامة للبترول عن (السينما والبعد النفسي، التوتر والاجهاد العصبي، الاشباع الوظيفي، الامراض النفسية الجسدية).

ترشيحات عربية ودولية:

رشح لجائزة عبد الحميد شومان للعلوم الطبية - عام ١٩٩٢.

- رشح لجائزة الدولة التقديرية - بريطانيا في الطب النفسي عام ١٩٩٩.

## عضوية جمعيات ومؤسسات دولية:

- الجمعية الدولية للتحكم في الالم.
- المؤسسة العالمية لتفادي الاجهاد العصبي.
- المؤسسة البريطانية للعلاج الدوائي للامراض النفسية.
- الكلية العالمية لامراض النفس والجسد.

## ورشة عمل وخبرة خاصة:

١ - العلاج الزواجي والجنسي.

٢ - العلاج النفسي بالدراما.

٣ ـ العلاج الادراكي السلوكي.
٤ ـ العلاج بالتنويم الايحائي.
٥ ـ التحكم في الالم العضوي والنفسي.
٦ ـ العلاج بالوخز بالابر الصينية.

**الخبرة العلمية المهنية في الطب النفسي على مدى ٢١ عاماً**

**(ايرلندا ـ انجلترا ـ قطر ـ الولايات المتحدة):**

ـ الطب النفسي للاطفال والمراهقين واسرهم.
ـ الطب النفسي العام.
ـ طب نفس المسنين.
ـ طب نفس الادمان.
ـ طب نفس القصور العقلي.
ـ الطب النفسي الجنائي.
ـ الطب النفسي المجتمعي.
ـ الطب النفسي العضوي. (المختص باورام وعلل المخ).

**حالات عيادية هامة قدمها وعالجها:**

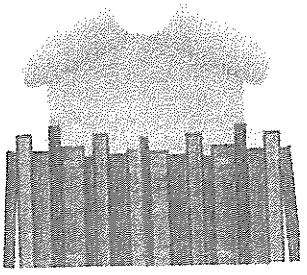
١ ـ علاج رجل يعاني من فوبيا الكلاب ورعشة الجسد (مسجلة على فيديو) ـ واذيع جزء منها في تلفزيون قطر.

٢ ـ تقديم اربعة من مرضى اضطراب الشخصية ليتحدثوا عن تجاربهم لمعالجتهم في ندوة غير مسبوقة ١٩٩٨ ـ (مسجلة على الفيديو) ـ انجلترا.

# البروفسور احمد عبد الخالق يفوز بجائزة البحث المتميز الكويتية

خصصت جامعة الكويت جائزتين للباحث المتميز. احداها للكليات العملية والثانية للكليات الاجتماعية. وحصل على الجائزة الثانية الاستاذ الدكتور احمد محمد عبد الخالق. استاذ علم النفس في كلية العلوم الاجتماعية بالكويت.

جدير بالذكر ان هذه الجائزة تمنح للمرة الاولى. واسرة المجلة تتقدم من الزميل عبد الخالق بالتهاني في هذه المناسبة.



## مكتبة الثقافة النفسية

**العنوان: «مناهج البحث في علم النفس الاكلينيكي والارشادي»**

**تأليف: كريس باركر، نانسي بيسترانج، روبرت اليوت.**

**ترجمة: محمد نجيب الصبوة، مرفت احمد شوقي، عائشة السيد رشدي**

**الناشر: مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، ١٩٩٩**

**عرض: محمد عبد العظيم قطب**

هناك عدد من المؤشرات التي يمكن من خلالها قياس تقدم اي مجتمع من المجتمعات، ولعل من ابرز ذلك تلك المؤشرات هو وجود حركة للترجمة تهتم بطرح اهم المنجزات الحضارية العالمية بوجه عام، والعلمية على وجه الخصوص، وتتضاعف هذه الاهمية في ظل خصوصية تاريخية اجتماعية جعلتنا في منظومة دول العالم الثالث مقابل العالم الاول، او بتعبير اخر دول الاطراف (المستقبلة لانجازات الاخر) في مقابل دول المركز (بوصفها الاخر طارح النماذج العلمية في عصرنا الراهن)، ولن يتأتى لنا الخروج من هذا المأزق التاريخي الراهن الا بالوثب السريع والمنتظم نحو المعرفة بهدف استيعابها اولاً، ثم طرح نماذج معرفية في خطوات تالية:

واذا انتقلنا لعلم النفس، نجد ان حركة الترجمة تتسم بالبط النسبي خاصة في ظل الكم الهائل من الكتابات السيكولوجية التي تنتج يومياً وتتشعب في مجالات العلم، وتتسع تلك المجالات بحيث لا يكاد يعرف عنها الباحثون الجدد سوى اسمائها فقط.

وحتى في مجالات وفروع علم النفس التي استطاع علماؤنا ان يخطوا فيها خطوات حثيثة، نجد ان هناك مناطق غامضة لم يتطرقوا اليها في كتاباتهم البحثية بشكل تفصيلي يخدم البحث العلمي، ولعل الكتاب الذي نحن بصدد الاشارة اليه هو مثال واقعي على هذا. فرغم وجود عدد من الكتابات العربية المتخصصة في مناهج البحث في علم النفس بشكل مفصل ودقيق فان اهمية هذا الكتاب ـ المرجع ـ تبرز من كونه قد القى الضوء على هذه المنطقة من علم النفس الاكلينيكي وسدّ الثغرة التي كانت قائمة في مكتبتنا العربية. ومؤلفوا الكتاب لهم خبرة اكلينيكية عميقة في مجال مناهج البحث في علم النفس الاكلينيكي، وكذلك في مجال الخبرة الاكلينيكية والارشادية.

فهذا الكتاب يطرح ـ وفقا لوجهة نظر مؤلفيه ـ ما يسمى بنموذج العالم ـ الممارس، ومن هنا جاءت مزاياه متعددة ومتنوعة، فهو يهتم بمعالجة الاسس النظرية والمهنية والفلسفية التي ينطلق منها منهج البحث النفسي الاكلينيكي، وكذلك يتبنى التعددية المنهجية

وعدم الاخذ بالمنظور احادي البعد في تناوله للظواهر والمشكلات المنهجية.

كما انه ينظر للبحث العلمي على انه عملية دينامية مستمرة تجمع بين التخطيط وارساء القواعد، والتصميم البحثي والقياسي، اخيراً التحليل والتفسير انطلاقاً من نموذج العالم ـ المهني الممارس.

ويضم الكتاب اثني عشر فصلاً تغطي تقريباً كل ما يتعلق بمناهج البحث في علم النفس الاكلينيكي حيث يتناول الفصل الاول مقدمة في عملية البحث وتعريف البحث العلمي، ويهتم الفصل الثاني بالتعريف بالقضايا الفلسفية والمهنية والشخصية عند الدراسة البحثية التطبيقي، وكذلك الجوانب السياسية والاجتماعية التي لها دور في تقديم البحث العلمي، فالعالم كما يرى مؤلفو الكتاب «لا يجري في فراغ ثقافي وسياسي بل يتم من خلال علماء يعملون في اطار مجتمع علمي ومهني وثقافي في لحظة تاريخية بعينها يحددها التاريخ». ويناقض الفصل الثالث موضوعات مهمة للباحثين تتعلق بارساء القواعد البحثية وعملية التخطيط للبحث بدءاً من صياغة اسئلة البحث واختيار الموضوع، ودور النظرية، وكذلك التخطيط الزمني لكتابة البحث. في الفصل الرابع يتناول الكتاب اسس القياس العلمي والمناهج المرتبطة به ومستويات القياس، وعملية الثبات والصدق، ويهتم الفصل الخامس بعضر لاهم مناهج التقرير الذاتي ومزايا كل منهج وعيوبه ويتعرض هذا الفصل لكل من المناهج الكيفية والكمية للتقرير الذاتي.

اما الفصل السادس فيستعرض المشاهدة وطرائقها وانواعها وكذلك القضايا الاخلاقية المرتبطة بها، وفي الفصل السابع يتطرق الكتاب لاسس التصميم البحثي واهم انواعه من تصميمات غير تجريبية (وصفية وارتباطية) وتصيميات بأنواعها المختلفة سواء اكانت عشوائية ام غير عشوائية، في الفصل الثامن يتطرق الكتاب للتصميمات البحثية للعينات الصغرى، وهي محور اهتمام الدراسات الاكلينيكية اما الفصل التاسع فيهتم بكيفية اختيار العينات وطرق الاختيار، وكذلك القضايا الاخلاقية الخاصة بآداب المهنة من طرح المعلومات بشكل كامل للعينة، وحرية الاختيار للعينة مع ضمان الخصوصية والسرية، وهي موضوعات بالغة الاهمية في اي دراسة علمية. وفي الفصل العاشر نجد اهتماماً واضحاً ببحوث التقويم، والكيفية التي يتم من خلالها تقويم البحث والمعايير العلمية التي تقف وراء عملية التقويم. ويناقش الفصل الحادي عشر عملية التحاليل والتفسير والنشر العلمي، وكيفية تحليل ومراجعة البيانات سواء اكانت كيفية ام كمية وتنقيتها والدراسة الاحصائية لتلك البيانات، وتفسير النتائج، وكيفية كتابة تقرير البحث، وبعد هذا الفصل من الفصول المهمة في الكتاب حيث يجب ان يقرأة بعناية كل باحث مهتم بمجال علم النفس الاكلينيكي، ونجد اخيراً في الفصل الثاني عشر البحث العلمي في المجال الاكلينيكي.

وهذا الكتاب في مجمله يعد مرجعاً مهماً للباحثين في علم النفس بوجه عام، والمهتمين بالدراسات الاكلينيكية على وجه الخصوص، واخيراً فإنه يحسب للمترجمين قيامهم بهذا الجهد الكبير في عملية الترجمة حيث نجد ان سلاسة العبارة ودقة اللفظ ومتانة الاسلوب اهم ما يميز الكتاب. ويحسب لهم قبل ذلك اختيارهم لهذا الموضوع الشائق والشائك في ان واحد، ولا يسعنا الا ان نتمثل مقولة مؤلفي الكتاب في نهايته بان البحث العلمي ليس في حاجة لان نتطوره باستمرار عملية منفرة ووعرة، او انه طريق احادي يسير في اتجاه واحد فقط، لان كثيرا من الافكار المتصلبة القديمة قد تم حلها الآن.

نتمنى نحن ـ ايضاً ـ ان نحل ولو بعضاً من الافكار المتصلبة القديمة التي ما زالت عالقة في اذهان كثير من الباحثين في مجتمعنا.

العنوان: علم النفس المعرفي

تأليف: روبرت سولسو

ترجمة: محمد نجيب الصبوة، ومصطفى محمد كامل، ومحمد الحسانين الدق.

الناشر: دار الفكر الحديث، الكويت، 1996

مراجعة: نادية عبد الله حمدان(*)

اهتم الانسان بدراسة المعرفة منذ حوالي الفي عام، الا ان هذه المعرفة لم تخضع للدراسة العلمية في علم النفس الا في النصف الثاني من القرن العشرين (١٩٥٦). كما ان هذه الدراسة ارتبطت بمجالات مختلفة من مجالات علم النفس، ولكن علم النفس المعرفية لم ينفرد عن افرع علم النفس الاخرى الا بعد عام ١٩٦٧ على يد العالم «ألريك نيسر» Alric Neisser في كتابه «علم النفس المعرفي». اما الحدث الثاني الذي أدى الى تقدم الدراسات في علم النفس المعرفي فهو ظهرو مجلة علم النفس المعرفي عام ١٩٧٩، ثم مجلة العلم المعرفي عام ١٩٧٦. وقد ادى هذا الى قيام المؤلف «روبرت سولسو» Solso بتأليف الطبعة الاولى من كتابه «علم النفس المعرفي» عام ١٩٧٩.

فالسؤال الفلسفي القديم «كيف يؤدي العقل عمله؟» هو محور تفكير كثير من العلماء المعرفيين، وهو السبيل الى معرفة كيف ندرك هذا العلم، وكيفية معالجة المعلومات الكثيرة المحيطة بنا، مع تقدم وسائل التكنولوجيا الحديثة في الحصول على اوفر المعلومات عن مجالات الادراك والتذكر والتفكير ومعالجة المعلومات. واهم بحوث المعرفة التي يهتم بدراستها المتخصصون في علم النفس المعرفي الربط بين العقل المفكر وانشطة الدماغ العصبية الفيزيولوجية، ولذلك سمي عقد الثمانينات «عقد الدماغ» The Decade of The Brain.

ومن العوامل التي ساعدت على بلورة علم النفس المعرفي وتكوينه ثلاثة روافد علمية هي: (1) ظهور وتطور منحنى معالجة المعلومات Information Processing، ويختص بالبحث عن الاداءات العقلية ونظرية المعلومات، والتي تعد فرعاً من علوم الاتصال التي تمدنا بالطرق المجردة لتحليل عمليات معالجة المعلومات في ميداني الادراك والانتباه وغيرهما، وقد اختص بهذا الميدان «برودبنت» Broadbent. (2) تطبيقات الحاسوب Computer Application، وهو ما يعرف ببحوث الذكاء الاصطناعي. ومهمتها اكساب الحاسوب السلوك الذكي اي محاكاة ذكاء الآلة بذكاء الإنسان، واختص بهذا الميدان «نيوول» Newell و«سيمون» Simon. (3) علم اللغويات النفسي Psycholinguistics، وبدأ الباحث اللغوي «نعوم تشومسكي» Noam Chomsky منذ اوائل الخمسينيات، هذا الميدان بتطوير بنية اللغة الانسانية، مما سهل المهمة امام علماء النفس المعرفيين في صياغة النظريات السيكولوجية المتعلقة بمجالات اللغة وعلاقتها بالعمليات العقلية العليا.

ولذلك كان من الضرورة وجود بحوث متطورة مع تطور عصر التقنيات وتأثيره على السوك الانساني المعرفي. ولهذا سعى المؤلف «سولسو» Solso الى تطوير كتابه «علم النفس المعرفي» في الطبعة الثالثة عام ١٩٩١، ليواكب تطورات عصر التسعينيات، والتي تقدم بترجمتها الى العربية نخبة من الاساتذة المتخصصين في مجال علم النفس المعرفي.

يشمل هذا الكتاب ستة ابواب تغطي ستة عشر فصلاً نعرض لها بإيجاز:

الباب الاول، ويحتوي على المقدمة والأساس العصبي للمعرفة، ويتضمن فصلين: الاول: عن مجالات علم النفس المعرفي وتطوره، والثاني: عن

(*) مدرسة (Assistant Prof.) بقسم علم النفس، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت.

العلم العصبي وعلم النفس المعرفي، وهو يعالج قضايا العقل والجسم. الباب الثاني: ويحتوي على الادراك وتفسير الاشارات الحسية، ويشتمل على ثلاثة فصول. الثالث: عن ادراك الاشارات الحسية، والرابع: عن التعرف على النمط، والخامس: عن الانتباه ومراحله وانواعه. الباب الثالث، وينصب على موضوع الذاكرة ويعالجه في ثلاثة فصول: السادس: عن التطورات النظرية للذاكرة، والسابع: عن بنى الذاكرة وعملياتها، والثامن عن تمثيل المعلومات. الباب الرابع: ويعالج تمثيل المعلومات من خلال فصلين. التاسع: عن وسائل تحسين الذاكرة، والعاشر: عن التصور العقلي. الباب الخامس عشر: ومحتواه اللغة والارتقاء المعرفي وفصوله ثلاثة: الحادي عشر عن اللغة في مجالات البنية والتجريدات، الثاني عشر: عن اللغة في مجال الكلمات والقراءة، الثالث عشر: عن الارتقاء المعرفي ونظرياته (بياجيه، وفيغوتسكي). الباب السادس، ويتطرق للتفكير والذكاء الإنساني والاصطناعي، ويشتمل على ثلاثة فصول: الرابع عشر عن تكوين المفهوم واتخاذ القرار، والخامس عشر عن حل المشكلات والابداع والذكاء الإنساني، والسادس عشر عن الذكاء الاصطناعي وعلاقته بالادراك واللغة وحل المشكلات.

هناك ثلاثة امور دفعت الى ترجمة هذا الكتاب وهي: (1) شمول الكتاب لاهم الموضوعات المتصلة بعلم النفس المعرفة وفق احدث ما توصلت اليه البحوث الامبريقية التجريبية والنظرية، الى جانب توظيف احدث التقنيات في علوم المخ والاعصاب في دراسة علم النفس المعرفي. (2) يعتبر هذا الكتاب ذا قيمة علمية يمكن الاستفادة منه مرجعا يمكن تدريسه في اقسام علم النفس في الجامعات والكليات المختلفة والمعاهد العليا. (3) ندرة الكتب المتاحة باللغة العربية في مجال علم النفس المعرفي. ان هذا الكتاب يضيف الى المكتبة العربية اضافة علمية قيمة ومرجعا مهما يلبي احتياجات الباحثين والمتخصصين في مجال علم النفس المعرفي. ✻

ويعد هذا الكتاب من اهم الكتب واكثرها فائدة لدارسي معظم مجالات علم النفس وميادينه، نظرا لاهتمامه بالسلوك المعرفي وارتباطه باحدث التقنيات في علوم المخ والاعصاب وكيفية معالجة المعلومات. وتعتبر هذه الدراسة محط اهتمام كثير من العلماء النفسيين، حيث ان دراسة المخ والاعصاب دراسة العصر الحالي. وعلى الرغم من ان مجالات الدراسة في علم النفس المعرفي متشعبة وواسعة النطاق، الا ان المؤلف تمكن من تغطية معظم مجالات علم النفس المعرفي وبشكل موجز ودقيق.

اما البحوث المستخدمة في هذا الكتاب فهي بحوث متقدمة لا يستطيع الباحث غير المتخصص في علم النفس استيعابها، ذلك لان المؤلف يفترض ان القارئ قد تخطى مرحلة معرفة الاختلافات النظرية بين نظريات علم النفس، فعرض موضوعات الكتاب على هذا الاساس. وهذا لا يعتبر نقصا في الكتاب، انما هو من الكتب المتخصصة والمتقدمة في مجال علم النفس المعرفي. واجمالا هذا الكتاب يمكن تدريسه للمستوى الاكاديمي العالي، فقط، وتعد ترجمته اضافة قيمة للمكتبة العربية.

لذا فليس غريبا ان يفوز هذا الكتاب بجائزة افضل كتاب مترجم لعام ١٩٩٨ من مؤسسة الكويت للتقدم العلمي في مجال العلوم الاجتماعية.

**العنوان: الارشاد النفسي وفق العلاج الواقعي**

**المؤلف: د. بشير صالح الرشيدي**

**عرض: د. محمد احمد النابلسي**

الارشاد النفسي - وفق نظرية العلاج الواقعي هو عنوان الكتاب الصادر للاستاذ الدكتور بشير الرشيدي - رئيس مجلس امناء مكتب الانماء الاجتماعي في الكويت. وتجربة الدكتور الرشيدي تجربة ملفتة ومميزة

بحكم كونها تجربة مؤسسة. فقد افتتح المؤلف في العام ١٩٨٤ اول مركز للاستشارات النفسية في الكويت وكان له بذلك فضل الريادة. وكتابته عن الارشاد النفسي لا بد لها من ان تنطوي على ملامح هذه الخبرة التأسيسية. حيث يتكشف الحس الانساني عند المؤلف على امتداد صفحات الكتاب. فالرشيدي يرى ان الارشاد النفسي خاصة والعلوم النفسية التطبيقية عموماً هي مزيج من العلم والفن. فهذه العلوم تحتاج الى مواهب خاصة لدى ممارستها. ولا بد لهذه المواهب من تهذيب التجربة ورقي الدوافع.

والارشاد النفسي هو حقل ممارسة وليس تخصصاً او مدرسة متفردة. فهذا الحقل يتسع لكافة تطبيقات النظريات العلاجية. حيث يقترح المؤلف ادخال نظرية العلاج الواقعي الى هذا الحقل. ويضعها بين ايدي القارئ العربي محققا بذلك اضافة جديدة للحقل وللمكتبة العربية في آنٍ معاً. خصوصاً وان هذا الحقل يحتاج للتطوير لمجاراة الواقع الاجتماعي المعيوش، فزبائن الارشاد النفسي يحتاجون للنصح من اجل مواجهة ازمات تنتمي الى هذا الواقع. وهذا ما يؤيده التحليل الرجعي لتجارب الارشاد النفسي. وهو تحليل يبين نقاط الضعف والقوة في كل نظرية من النظريات المستخدمة في الحقل. ونتيجة لهذا التحليل نصل الى التأكيد على افضلية العلاج الواقعي بسبب مرونته وقابليته للتكيف مع ظروف الراهن المعيوش. فلو نحن اردنا تلخيص نظرية العلاج الواقعي لقلنا انها تهدف الى تحويل موقف العميل (طالب النصح) من الجمود الى المرونة ومن ردود الفعل الهيستيرية الى استخدام ادوات الدفاع الذاتية وتدعيمها في مواجهة الازمة التي يمر بها الشخص.

ونظرية العلاج الواقعي تعود الى تجربة عالم النفس الاميركي وليم جلاسر من علاج الفتيات الجانحات. حيث عمل كرئيس لمجموعة الاطباء النفسيين المشرفين على مؤسسة كاليفورنيا للجانحات. حيث بدأت النظرية بالتبلور العام ١٩٦٢ وما لبثت ان اكتملت بعد بضعة سنوات حين اسس «جلاسر» معهد العلاج الواقعي. بعد ذلك اتجه جلاسر لتطبيق نظريته في مجال التربية حيث اسفر هذا التطبيق عن اصداره لكتاب بعنوان «مدارس بلا فشل» العام ١٩٦٩. وقد بينت التجربة نجاحاً ملفتاً في مجال التربية. فكان ذلك دافعاً لتوسيع اطار هذه التجربة في ميادين اخرى. فامتد تطبيقها الى مجال الارشاد الزواجي وفي المجال الاسري عموماً. ويذكر «فرانكلين» ان هنالك ٨٢ اطروحة جامعية اعدت حول هذه النظرية ما بين الاعوام ١٩٧٠ - ١٩٩٠. وبذلك تتبدى لنا اهمية النظرية التي يتصدى المؤلف لتعريف القارئ العربي بها عبر هذا الكتاب.

وكان من الطبيعي ان يفيد جلاسر من الخبرات والنظريات السابقة في جوانبها الايجابية وان يتجنب عثرات التعقيد والبعد عن معايشات الحياة اليومية. وبذلك تمكن من صياغة نظريته استنادا الى مفاهيم وقواعد علمية غير معقدة وملامسة لوقائع الحياة اليومية. مستفيدا بذلك من تراكم خبرات سابقة وتكاملها مع خبراته الخاصة ليطرح نظريته التي اسماها بـ «نظرية الاختيار».

ولقد حاول المؤلف نقل نبض هذه التجربة وتعريف القارئ بها عبر الفصول الستة التي تشكل هذا الكتاب. ولقد اختار الدكتور الرشيدي ان يكرس الفصول الثلاثة الاولى من كتابه للتعريف بالجانب النظري للعلاج الواقعي. فعرض للمفاهيم والمسلمات والمنطلقات النظرية ولأثر الدافعية ونمو الشخصية على نحو متوافق او غير متوافق. بعد ذلك ينتقل المؤلف الى الجوانب التطبيقية لهذا العلاج. حيث يناقش اجراءات العملية الارشادية متخذاً نموذج الدورة الارشادية مبيناً الاسلوب الواقعي في بناء العلاقة مع المسترشد. مرورا

بالكشف عن مجموعة الصور والسلوك الكلي وصولاً الى وضع خطة ارشادية وتحديد خطوات تنفيذها ومتابعتها وتقييم فعاليتها. وتختتم هذه الاجراءات والخطوات بمناقشة استخدام الاساليب المتعارضة ظاهرياً وعلاقتها بالعملية الاشادية.

اما الفصل السادس والاخير فيقدم تطبيقات عملية للعلاج الواقعي في ميادين الاسرة والتربية كما في الميدان المهني. وهذه النماذج تبين امكانية اعتماد هذه النظرية العلاجية في الميادين الاخرى.

وهكذا يكون المؤلف قد اسهم بتقديم اضافة واقعية جديدة الى المكتبة النفسية العربية. وقد لفتنا في هذه الاضافة احتفاظها باسلوب العرض الاكاديمي وامتزاجها بتجربة المؤلف الممتدة لسنوات عدة. وهي تجربة اتاحة للدكتور الرشيدي اختبار قابلية هذه النظرية للتطبيق في البيئة العربية وتقديم مدى فعالية هذا التطبيق. وهو تقديم ايجابي يدفعنا للتساؤل وللدعوة لوضع معايير ضابطة كفيلة بتجنيبنا احتمالات اهمال معارف يمكنها ان تكون ذات فائدة عملية للمجتمع وللاختصاص. فقد تم اهمال هذه النظرية طيلة سنوات من قبل الاخصائيين العرب بسبب بساطتها الظاهرية.

وقارئ الكتاب سرعان ما يكتشف ظاهرية هذه البساطة عندما يجد انها تختزن جملة تجارب ونظريات اخرى. ويكتسب الكتاب مصداقية اضافية هي مصداقية المؤلف الذي يملك رصيداً من البحوث والخبرات الجادة والاكاديمية الملتزمة الى جانب ريادته المحلية التي يحولها هذا الكتاب باتجاه العربية. فها هو الرشيدي يضع في متناول القراء المهتمين والمتخصصين اداة قيمة وجديدة لمقاربة الازمات وحلولاً واقعية وبسيطة للتعامل معها. ولعله من الانصاف ان نذكر بان ريادة المؤلف لا تقف عند هذا الكتاب. بل تتعداها الى مستويات وتضحيات عديدة باتت موضع اعتراف عربي واسع.

**العنوان: علم النفس في الدول العربية**
**(باللغة الانجليزية)**
**المؤلف: رمضان عبد الستار احمد وأوفه جيلين**
**عرض: د. محمد نجيب الصبوة**

يعد كتاب «علم النفس في الدول العربية» واحداً من أهم المصادر العلمية الرصينة في هذا المجال، ونرى انه يسد ثغرة شديدة الاتساع في موضوع علم النفس العربي، اذا جاز لنا استخدام هذا التعبير. اما اسباب ذلك، فأهمها انه يعتبر اطلالة علمية جادة لعلماء النفس في الدول الغربية الاوروبية والاميركية على نشاطات علماء النفس العرب واهتماماتهم. كما انه يعتبر مسحا وصفيا لاطلس علم النفس في الدول العربية، بحيث يمكن ان يستعين به طلاب علم النفس والباحثون في الوطن العربي، عند الاحاطة بتاريخ علم النفس في الدول العربية، فضلاً عن انه كتاب يؤكد الذات النفسية العربية من منظور انها ليست مستهلكة فقط لعلم النفس الاوروبي والاميركي، بل مشاركة فيه بأقدار تتفاوت بتفاوت درجات التقدم العلمي في الدول العربية، وبتفاوت درجات الاعتراف الاجتماعي على المستويين الجماهيري والرسمي، بما يمكن ان يقدمه هذا العلم من خدمات جليلة لكل منهما على حد سواء. كذلك فإن ما يرشح هذا الكتاب للقراءة والاقتناء، ان المحررين قد حالفهما التوفيق الى حد كبير في اختيار مجموعة الاسهامات التي قدمها افضل مجموعة من علماء النفس العرب الجادين، والذين لهم انجازات علمية راسخة القدم يفوق بعضها ما نجده في الكتابات الاجنبية. وهذا ما اشار اليه تصدير الكتاب بوضوح.

يقع الكتاب في ٥٩٢ صفحة من القطع الكبير، وينقسم الى تسعة ابواب تغطي خمسة وعشرين فصلاً، شديدة التنوع والشمول. ومع ذلك فنحن نرى انها لم تحط بكل التخصصات النفسية في الدول العربية. يعرض الباب الاول الذي جاء بعنوان «مقدمة» لحركة

علم النفس في الوطن العربي، وقام بتأليفه رمضان عبد الستار احمد، وأوفه جيلين Uwe B. Gelen. ويعرض لجهود علماء النفس العرب والمسلمين قديما وحديثاً، ويلقي المزيد من الضوء على هذه الاسهامات منذ بداية القرن التاسع الميلادي وحتي اليوم. وشمل العرض الاتجاهات الحديثة والاساسية في البحث النفسي العلمي، والمصاعب التي تواجه تقدمه. كما يلقي الضوء على اقسام ومعاهد علم النفس في كل دول الوطن العربي وجهود قدماء المصريين في دراساتهم الممتعة لبعض الامراض النفسية والعصبية. كما أشار هذا الباب الى جهود الفلاسفة العرب والعلماء المسلمين في هذا الصدد، والتي غطت مجموعة ضخمة من الموضوعات ومختلف فروع علم النفس. وكان من أهم الموضوعات التي اسهم فيها هؤلاء المسلمون العرب: الامراض النفسية والعصبية، وعلم النفس العام، وعلم النفس الاجتماعي، وسيكولوجية القيادة، وعلم العقاقير النفسية، والعلاقة بين الجسم والعقل، وموضوع السيكوفيزياء، وطبيعة الشخصية، والتنشئة الاجتماعية، وكيفية التعلم والتعليم والطب النفسي، وطرق العلاج النفسي، وتعديل السلوك من خلال المراقبة وضبط الذات، واهمية لعب الاطفال في حياتهم النفسية، وعلم النفس الديني، ودور الصلاة في خفض القلق، والحفاظ على الحياة الوجدانية والاستقرار النفسي، وعلم النفس البيئي، والفروق بين الاجناس والأمم والشعوب، ودور الثقافة في تشكيل الشخصية الانسانية، والنمو الحسي والذهني والمزاجي، وممارسة مهنة علم النفس العيادي ضمن اول مستشفى يبنى في العالم للامراض النفسية بدمشق، فمستشفى بغداد، وثالثها في القاهرة.

اما الباب الثاني، فقد ضم بين دفتيه خمسة فصول تدور جميعها حول بعض القضايا الارتقائية. ناقش الفصل الاول منها والذي كتبته ليلى كرم الدين، بحوث عمليات الارتقاء المعرفي من وجهة نظر جان بياجيه، في حين عرض انور الشرقاوي للاساليب المعرفية من حيث اهميتها وطبيعتها وما تضيفه الى جسم المعرفة النفسية في المجالين الاكاديمي والتطبيقي، وتناول الفصل الثالث قضية من أهم القضايا المرتبطة بالصحة النفسية لاطفالنا، ألا وهي رسوم الاطفال التي تكشف عن بعض مواهبهم وقدراتهم الخاصة، وتبرز الفروق الفردية بينهم حتى يمكن الأخذ بأيديهم وتوجيههم الوجهة السليمة. وقدمت ليلى كرم الدين في الفصل الرابع عرضا لعلم نفس اللغة من حيث تطور دراسته تاريخيا في الوطن العربي، كما عرضت لبحوث اكتساب اللغة، والمعنى والدلالة، وارتقاء اللغة لدى الاطفال، واخيرا قدم رمضان عبد الستار احمد فصلاً عن المسنين، عرض فيه تاريخ الاهتمام المصري والعربي بهذا الموضوع، والمحاولات البحثية الاولى من حيث اتجاهات المسنين نحو الحياة، واتجاهات الشباب نحو المسنين والرعاية الصحية والاجتماعية والنفسية للمسنين.

وعرض الباب الثالث للدراسات وبحوث التربية الخاصة والابداع، بحيث شغلت اربعة فصول، كتب الفصل الاول رمضان عبد الستار احمد بعنوان «علم نفس القراءة». وكان من اهم الاستشهادات اليقينية التي دائما ما يلجأ اليها هذا الباحث، آيات من القرآن الكريم، وخصوصاً ان اول سورة نزلت في القرآن الكريم تأمرنا بالقراءة. فيقول تعالى: ﴿**اقرأ باسم ربك الذي خلق ◦ خلق الانسان من علق ◦ اقرأ وربك الأكرم الذي علم بالقلم ◦ علم الانسان ما لم يعلم**﴾ صدق الله العظيم. كما عرض لعلم نفس القراءة وعلاقته باكتساب المعلومات وترجمة بعض المؤلفات النفسية الى العربية، والبحوث التي تتصل بارتقاء القراءة في المجالين السوي والمرضي.

اما الفصل الثاني فقد عرضت فيه عبلة عثمان، لعلم النفس المتصل بالفن وتطور الدراسة فيه منذ الخمسينيات وحتى الآن، بحيث اظهرت خصال

شخصية الفنانين المبدعين وطبيعة الانتاج الفني، والعمليات الابداعية التي تنتج عملاً فنيا يتصف بالابداع. كما اظهرت العلاقة بين الفنون المختلفة وعلم النفس. كذلك عرضت لموضوعات الدراسة في هذا المجال، وأظهرت اوجه الضعف، والموضوعات التي لا يزال الوطن العربي بحاجة لدراستها، وقدم شاكر عبد الحميد سليمان عرضاً لتطور دراسة علم النفس والانتاج الادبي في الفصل الثالث، مبينا خطين، اولهما التفسير النفسي للادب من خلال مفاهيم التحليل النفسي بشكل غير منهجي، وينهض بدراسات هذا الخط اساتذة اللغة العربية وعلماؤها المتخصصون في النقد الادبي، في حين ينهض بالخط الثاني علماء النفس المتخصصون في علم النفس الابداعي، فهم ركزوا على دراسة الانتاج الابداعي، ودراسة العمليات الابداعية في العمليات، والسيقاق الاجتماعي وخصال شخصية المبدعين، والسياق البيئي الذي يُيسر او يُعسر عمليات الابداع.

اما الفصل الرابع والاخير في هذا الباب، فقد عرض لموضوعه المعنون باسم «التربية الخاصة» رمضان عبد الستار احمد ورشاد موسى من جامعة الازهر، وقد استعرضنا الجهود والخدمات النفسية التي تقدم لكل من الموهوبين والفائقين، والمتعثرين وذوي الحاجات الخاصة.

ويعرض الباب الرابع لعلم نفس الشخصية، وعرض الفصل الاول فيه احمد محمد عبد الخالق، حيث بين الفروق بين المقصود بمفهوم الشخصية في الفكرين العربي القديم والحديث والغربي الاجنبي. كما عرض لبداية الترجمة والتأليف في هذا الفرع منذ الخمسينيات، وعرض لاتجاهات البحث العلمي فيه، وادوات قياس الشخصية وتطوراتها، والبحوث الحضارية في الشخصية الانسانية، ثم المشكلات النظرية والمنهجية التي يجب التصدي لحلها.

وقدم جاسم الخواجة عرضاً جيدا لمفهوم مركز الضبط والتحكم (الداخلي والخارجي)، بدأه بمناقشة قضية القضاء، والقدراو المصير) من حيث الاجابة عن هذا السؤال الفلسفي القديم: هل الانسان مسير ام مخير؟ ثم استعرض مجالات البحث في هذا المجال في علاقته ببعض المتغيرات المرتبطة به، كالتحصيل العلمي، وتقدير الذات، والفروق بين الجنسين وتتبع الدراسات عبر الحضارية في هذا المجال في الوطن العربي. وعرض لجهود الباحثين العرب في تكوين ادوات موضوعية لقياس هذا المفهوم. واختتم الفصل بعرض المجالات التي ما زالت بحاجة للدراسة.

وعرض الفصل الثالث لعلم نفس الدين. وقام بتأليفه رشاد موسى ومديحة الدسوقي ورمضان عبد الستار احمد، وعرضوا لتطور دراسات السلوك الديني، والعلاقة بين السلوك الديني وبعض متغيرات الشخصية والتطور الارتقائي للقيم والاتجاهات الدينية، وتطبيقاتها في علم النفس الاكلينيكي، مع عرض للمقاييس والاختبارات المستخدمة في فحص السلوك الديني.

وعرض الباب الخامس لموضوعات علم النفس الاجتماعي والتنظيمي في الوطن العربي، ضمت علم نفس المرأة الذي قدمته ناهد رمزي، وعلم النفس الصناعي والتنظيمي الذي عرضه فرج عبد القادر طه، والرضا عن العمل او الرضا المهني الذي عرضه عويد سلطان الشمعان، وجميعها عرضت لبدايات الاهتمام تاريخيا، وأهم مجالات البحث العلمي فيها الآن، والاعتبارات العلمية والمنهجية التي يجب مراعاتها عند التصدي لدراسة هذه الموضوعات. واهم ما تبرزه هذه الفصول الثلاثة هو كيفية توظيف حقائق هذا العلم والافادة منه تطبيقياً ومجتمعياً بما يساعد على جلب الاعتراف الاجتماعي لاهمية هذا العلم في حياة الامم والشعوب.

اما الباب السادس، فقد تصدى لعرض الاسهامات العربية في مجال علم النفس الحيوي (البيولوجي) على ضوء القضايا التجريبية. ويضم هذا الباب فصلين هما علم النفس التجريبي والفيزيولوجي، الذي كتبه السيد

ابو شعيشع، والسلوك الحيواني الذي كتبه علي النعسان ورمضان عبد الستار احمد، وهما من امتع فصول الكتاب، بسبب ندرة المراجعات العلمية لهذين المجالين، فضلاً عن كونهما يضمان معلومات تاريخية تتبعية مفيدة.

ويعرض الباب السابع لموضوع الجهود الميكينيكية والعيادية ويضم هذا الباب اربعة فصول هي: علم النفس العيادي (الكلينيكي)، وتعاطي المخدرات، وسوء استخدامها، والاعتماد عليها، كتبها مصطفى اسماعيل سويف، اما فصل علم النفس الارشادي، فقد عرض له جاسم الخواجة، بينما عرض لعلم النفس الجنائي (الاجرامي): الماضي والحاضر، يوسف صبري، وجاءت جميعها «كالبانوراما» التاريخية بأبعادها القديمة والحاضرة والمستقبلية التي تجسد الجهود المصرية والعربية في البحث العلمي والنظرية والتطبيق، وهي تدعو شباب الباحثين العرب لقراءتها والالمام بها، واجراء المزيد من البحث والممارسة فيها.

ويقدم الباب الثامن عرضا لعلم النفس في السياق الثقافي. ويضم فصلين بعنوان: البحث العلمي عبر الثقافي، كتبه محمود ابو النيل، وعلم النفس في بلاد المغرب كتبه مصطفى عشوي. وهما فصلان رائدان بحق يعرضان لموضوع من اهم الموضوعات التي تهم القارئ العربي لما لفروق بين الامم والشعوب من ثقافات تحتم اخذها في الاعتبار عند التصدي لتفسير اي نمط من انماط السلوك البشري.

اما الخلاصات النهائية لهذا الكتاب، فقد عرض لها الباب التاسع الذي كتبه مصطفى سويف، في شكل نتائج علمية تجسد جوانب القوة والضعف في البحث النفسي العربي بكل ما يشمله من مناهج للبحث وادوات وعينات وتنظير. ولقد غطى هذا الفصل كل المجالات التي تم عرضها عبر هذا المجلد الجليل بحق، وفي القضايا الارتقائية، والتربية والابداع، والشخصية الانسانية. وعلم النفس الاجتماعي والتنظيمي، وعلم النفس الحيوي، وقضايا علم النفس التجريبي، وعلم الامراض النفسية والجهود الكلينيكية، وعلم النفس عبر الثقافي.

وبعد، فهذا الكتاب الذي عرضنا له، يستحق القراءة بعناية ليحفز الطالب والباحث العربي على السواء. ليدلي بدلوه في هذا المجال البكر بشكل اصيل وفاعل، ويسد الثغرات التي لم تسد حتى الآن.

**العنوان: مجلة الطفولة العربية**

**المؤلف: جماعة من الباحثين**

**الناشر: الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة**

**عرض: د. محمد احمد النابلسي**

اصدرت الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية العدد الثاني من مجلتها «الطفولة العربية» وهي تجسيد لحلم الرئيس السابق لجامعة الكويت؟ أ.د. حسن علي الابراهيم. الذي امل بانشاء مركز لدراسات الطفولة في جامعة الكويت، الا انه لم يلبث ان خرج بهذا الحلم الى فضاء اوسع بتأسيسه الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة في العام ١٩٨٠. فجعل منها جمعية ذات نفع عام وعمل على تحديد استراتيجية مستقبلية لها وارفق نشاطاتها باصدار نشرة تحولت اليوم الى مجلة فصلية بين يدينا عددها الثاني. الذي تعكس موضوعاته احترام المجلة لمبدأ ان الطفل هو انسان كامل صغير وليس بانسان ناقص (النمو او الحقوق او غيرها). وهذه النظرة الكمالية تنعكس في تصرفاتنا مع الطفل كما تنعكس في خطابنا الموجه اليه.

من هذا المنطلق فان مجلة متخصصة بالطفولة لا يمكنها ان تقف على ابواب اختصاص بعينه. فالانسانيات ترتع في الطفولة وتنهل من تجاربها وعليه فان خطاب المجلة يكون ناقصاً ومبتوراً لو انه اقتصر على مجال التربية البحتة بما فيه من اطفال مختلفين (موهوبين او متخلفين). فاحتياجات الطفل المعاصرة تكاد تتطابق واحتياجات البالغ وهذا ما تحترمه

المجلة فتقدم بين مواضيعها

**١ ـ الخيال والتخييل في ادب الاطفال:** ويبحثه الاديب والناقد السوري الدكتور سمر روحي الفيصل. وهو صاحب كتاب «ادب الاطفال» (اتحاد الكتاب العرب بدمشق ١٩٩٨). الذي يمثل رؤية نقدية متكاملة للحالة الراهنة لادب الاطفال العرب ومآزقه.

في هذه المقالة يركز الدكتور الفيصل على المقارنة بين قنوات التلقي المتاحة للطفل العربي فيقسمه الى ١ ـ تلفزيونية: ويجدها تحد من حاجة الطفل لاستعمال خيالهولاطلاق هواماته كونها تفرض عليه رؤية مفروضة عبر صورة كاملة الملامح و٢ ـ اذاعية ـ سماعية: ويجدها اكثر كفاءة في استثارة خيالات الطفل واسقاطاته. الا انه يجدها مهملة وتحتاج الى عناية واهتمام افضل لتأمين عوامل الجذب للطفل ولتعويده على الاصغاء والاستماع. و٣ الادب المقروء: وهو الذي يتيح الحرية الاكبر للطفل كي يستخدم خياله بحرية. وهنا يربط المؤلف بين الحرية وبين الخيال فيجد ان فرض الصور المادية يعادل تعطيل الخيال ومعه تعطيل حرية التفكير.

والواقع ان المواضيع التي يثيرها الدكتور الفيصل توقظ كوامن القصور في وسائل التسلية والتلقين وتدريب الخيال لدى الطفل العربي. وهي تطرح من الاسئلة ما يستحق اقامة ندوة خاصة بالموضوع يشارك فيها اختصاصيون من كافة الميادين المتصلة بالموضوع. من ادباء وفنانين واعلاميين ومسرحيين وتربويين ونفسانيين... الخ.

**٢ ـ استدخال الرمز والتحليل الرمزي:** وهو بحث للاستاذ الدكتور محمد جواد رضا. وهو مؤلف كتاب «تربية ماضوية وتحديات غير قابلة للتنبؤ». وفي هذا البحث يعمد المؤلف الى عرض ومناقشة التحولات الفلسفية الطارئة على المعرفة مع ربطها بسوسيولوجيا المعرفة. فيحدد القرن الثامن عشر عصراً للعقلانية والتاسع عشر عصراً للتجريبية اما القرن العشرين فهو عصر الذرائعية. ويسند المؤلف هذا التصنيف الى التغيرات السوسيولوجية المنعكسة على صعيد اساليب تدريس الرياضيات في هذه العصور. حيث ادت بنيوية القرن العشرين لابراز الرابطة العضوية بين اللغة وبين الرياضيات من حيث كونهما ادوات ترميز. ويتابع الدكتور رضا بحثه مبيناً اساليب تطوير تدريس الرياضيات وتعميق فعاليتها عن طريق ربطها باللغة. حيث يتعمق فهم كل واحدة منهما عبر فهم الاخرى. فاللغة تشجع الاستدخال الرمزي (تعلم بدون انتباه لدوافع التعلم) والرياضات تدعم قدرة التحليل الرمزي. وهذا ما يترجم حالياً بفعالية الرأي القادر على تقديم صياغة رياضية تدعمه.

**٣ ـ بين الموهوب والمتخلف:** هو بحث للدكتور عمر الخليفة حول دراسة حالة الطفل «آية». وهو منشور تحت عنوان «هل الطفل آية متخلف، عادي، ام موهوب؟» ويطرح البحث اشكالية عميقة عبر طرحه لهذا التساؤل. اذ صنف الطفل (موضوع الدراسة) على انه متخلف عقلياً بعد تطبيق الاختبارات عليه. لكن تطوره اثبت تفوقه في مجالات عديدة. وهذه المسألة تطرح اسئلة مزدوجة الاتجاه فهي تحيط بالشك فعالية اختبارات الذكاء المستخدمة كما تطرح مسألة الخصوصية الثقافية التي لا تحتمل تطبيق ادوات موضوعية لثقافات اخرى. وهذا البحث يدعم دعوتنا الى اعادة النظر الجذرية واعادة تحليل الاختبارات والمعطيات السيكولوجية المبنية على بيئة ثقافية مختلفة ـ راجع كتابنا «نحو سيكولوجيا عربية» ـ دار الطليعة (١٩٩٥).

**٤ ـ السرقة عند الاطفال:** وهي مقالة للدكتور محمد عباس نور الدين وفيها يناقش لجوء الطفل الى السرقة كتعويض عاطفي وانعكاس للخلل في جهاز الاتصال العائلي. مقدما نصائح وارشادات للاهل لمواجهة هذه الأزمة.

**٥ ـ الانترنت التربوي:** مقالة الدكتور بدر العمر

حيث يعرض لجدل الوراثة والبيئة في تكوين شخصية الطفل ليتخذ موقفاً توفيقيا بينهما. وهذا ما يتفق عليه الباحثون في المجال. ثم يقترح خطوات لتربية الطفل على القيم الحسنة. ويوجزها بالنقاط التالية: ١ ـ تناول الوجبات معاً و٢ ـ استغلال ايوائه للفراش و٣ ـ تعويده على العطاء و٤ ـ التحكم بالمشاهدة التلفزيونية و٥ ـ المراقبة عن بعد و٦ ـ المشاركة الوجدانية و٧ ـ اتاحة فرصة دفع الفواتير و٨ ـ توجيه النشاطات و٩ ـ تقبل وجهة النظر الاخرى و١٠ ـ التواصل و١١ ـ عدم المبالغة و ١٢ ـ مراعاة عمر الطفل وتطوره و١٣ ـ التعويد على القراءة و١٤ ـ مشاركة الطفل في نجاحات الاهل و١٥ ـ التعبير عن القيمة.

**٦ ـ الكتابة الابداعية للطفل في الكويت:** مقالة الدكتورة زهرة احمد حسين علي التي تنوه بالتجربة المؤسساتية للجمعية عارضة لنماذج من القصص الموجهة للاطفال. ومنها ما يصدر بشكل كتاب شهري. حيث تعرض الكتب التالية: ١ ـ قصة القدر بهلوان والفأرتان و٢ ـ جدتي دلال والالعاب. ثم تنتقل لعرض بعض الابداعات الفردية ومنها: ١ ـ قصة «صديقي الذي يحبني كثيراً» و«منيرة والحلم القديم» و«الأنسة بطاطا تبحث عن صديق». حيث تقوم المؤلفة باستعراض هذه القصص من الوجهة الابداعية والتربوية.

**٧ ـ الصحة النفسية للطفل والمراهق:** مقالة الاستاذ الدكتور كمال ابراهيم مرسي. وفيها يعرض كتاباً بهذا العنوان للدكتور محمد زيعور. وهو من اصدار مؤسسة عز الدين ـ لبنان. حيث يأخذ على الكتاب عدم استعانته بالمراجع الحديثة. خصوصاً وان هذا الميدان هو موضوع اهتمام بحثي مركز بحيث تظهر فيه المستجدات بصورة متواصلة.

**٨ ـ التقارير:** ويعرض هذا العدد للتقارير التالية:

أ ـ مشروع المؤشرات التربوية وبناء القدرات الوطنية.

ب ـ مشروع اعداد وتقنين واختبار تقويم طفل ما قبل المدرسة.

ج ـ معلومات احصائية عن عدد الطلاب في الخليج.

د ـ انشطة الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية.

**٩ ـ بيبلوغرافيا الجمعية:** وتتضمن لائحة بالكتب والدوريات والمطبوعات الواردة الى الجمعية.

عبر هذا الاستعراض السريع لمحتويات هذا العدد نجد ان هذه المجلة تمكنت من ترسيخ وضعها كمنبر اكاديمي لشؤون الطفولة العربية والاهتمام بمستقبلها ضمن رؤية تكاملية تستقطب الخبرات الاختصاصية المعنية في محاولة لدفعها باتجاه التكامل وتوضيح الرؤية المستقبلية للاستثمار المستقبلي المتمثل بالطفل.

**العنوان: الاكتئاب**

**المؤلف: د. عبد الستار ابراهيم**

**الناشر: سلسلة عالم المعرفة ـ الكويت**

**عرض: د. عبد الفتاح دويدار**

لقد تميز الاكتئاب منذ سنوات سحيقة بنوبات من الحزن والاغتمام والكمد والتدمير الذاتي، بما يتصمنه من انقباض الصدر وشعور بالضيق وخمود في الهمة وخور في العزيمة والتبرم بأوضاع الحياة وعدم القدرة على الاستمتاع بمباهجها استمتاعاف حقيقياً صادراً عن مشاعر متأثرة فعلاً بهذه المباهج ومتجاوبة معها.

ونظراً لأن هذا الاضطراب يعتبر من الموضوعات التي سلطت عليها الاضواء، واجريت عليها الدراسات المكثفة والتحليل الفياض والمناقشة المثمرة على مدار الايام والسنين؛ فإن طبيعته الخاصة وتمييزه عن الاضطرابات النفسية الاخرى سوف تظل موضوعاً اثيرا للدرس والفحص، ولذلك اخذت معظم الجهود المعاصرة ـ التي قام بها المتخصصون في هذا المجال ـ

على عاتقها ان تميز الاكتئاب عن غيره من الحالات الفنسية الاخرى.

ان استخدام هذا للفظ «اكتئاب» يشير في الحقيقة ـ الى حالة مزاجية او نفسية او عرض لمرض او مجموعة امراض متزامنة، ويمكن القول ان الاكتئاب اضطراب نوعي ما زال وجوده وحدوثه محيراً للألباب في معظم كتابات المؤلفين والمتخصصين.

ويوضح الكتاب الذي نعرض له كل هذه القضايا مجتمعة. ولذا فإن مؤلف هذا الكتاب لم يدخر جهداً في وضع النتائج النهائية في صورة سلسلة واضحة سهلة الفهم والاستيعاب، مما يساعد القارئ على تجسيد المشكلة وفهمها، ولا سيما اننا نعيش «عصر الاكتئاب» الذي يعد اكثر الاضطرابات النفسية شيوعا بعد القلق، فضلاً عن ان الاكتئاب النفسي هو من اكثر المشكلات الانفعالية التي تدفع الناس لطلب العون النفسي والاجتماعي والأسري.

وهذا الكتاب يمثل حصيلة اهتمام مهني واكاديمي تطور لدى المؤلف عبر سنوات طويلة من ممارسة العلاج النفسي السلوكي والمعرفي في الوطن العربي والولايات المتحدة.

ويحتوي الكتاب على ثلاثة ابواب: الباب الاول يقدم في فصوله الثلاثة بعض الحقائق العامة عن مفهوم الاكتئاب وآثاره في الفرد والحياة الاجتماعية والصحية، فضلاً عن سبيل التعرف اليه بالشكل المنهجي الذي يتكامل مع التخطيط العلاجي.

اما الباب الثاني فيتكون من سبعة فصول تتكامل فيما بينها، لشرح اهم التفسيرات والاسباب والنظريات العلمية والعوامل المسؤولة عن تطور الاستجابة الاكتئابية، بما في ذلك العوامل البيولوجية، وضغوط احداث الحياة، واخطاء التعليم الاجتماعي، ونقص اساليب المواجهة، والافتقار الى المهارات الاجتماعية في التعامل مع الضغوط الخارجية ومعالجة الصراعات والتوترات والانعكاسات السلبية المترتبة عليها، بالاضافة الى الاخطاء الشائعة المتعلقة بأساليب حل المشكلات، والعلاقة بين مفهوم الذات ومفهوم الاخر.

ويركز الباب الثالث على شرح التيارات المعاصرة في العلاج النفسي السلوكي للاكتئاب. ويمثل كل فصل من الفصول من الحادي عشر الى الثامن عشر، برنامجاً علاجياً يتكامل مع غيره من البرامج الاخرى، بهدف معالجة الاكتئاب من مختلف جوانب القصور لدى المكتئب، مع شرح واف لأهم المحاور العلاجية، وما تحتوي عليه هذه المحاور من فنيات مختلفة؛ فهناك شرح لأسلوب الاسترخاء والتخيل، بوصفهما طريقتين للتغلب على مشاعر الكدر والتوتر التي تغلب على الشخص في هذه الحالات. كما يركز المؤلف على اهمية تدريب المهارات الاجتماعية وتدريب الثقة بالنفس، ولقد فصل المؤلف فنيات العلاج المعرفي العقلاني الانفعالي، ومعالجة اخطاء التفكير، والافكاء اللاعقلانية في تفسير الامور، وادراك الذات لدى المكتئبين. هذا فضلاً عن تقديم بعض المناهج السلوكية الحيوية في معالجة الضغوط النفسية، والتعامل مع اليأس المكتسب من خلال النشاطات السارة، وسبل اكتساب الأمل بديلاً للتفكير السلبي والمرضي الذي يغلب على المكتئبين تبعاً لانواع الاكتئاب. وانطلاقاً من ايمان المؤلف بأهمية التكامل بين كل انواع المعالجة النفسية والاجتماعية والعضوية ـ فضلاً عن ايمانة بأهمية المعالجة الذاتية. فقد أفاض شرحاً وتبياناً لأنواع الفنيات التشخيصية والعلاجية المستخدمة، مع التركيز على كيفية استخدامها، ومتابعة نتائجها، مع أمثلة واقعية من حالات كثيرة استقى المؤلف غالبيتها العظمى من واقع ممارساته العيادية والعلاجية في المجتمعات العربية.

ولو أننا لاحظنا ما يجب ان ننتبه اليه من ظاهرة تلفت الانتباه بطبيعتها لتبينا ان الاكتئاب ـ بصفة خاصة ـ لا بد من ان يكون وليد التنازعات والاحباطات، فأي البيئات والاوساط تلك التي

تسودها ظاهرة الاكتئاب اكثر من غيرها؟ واي طبقة تلك التي تشكو الاكتئاب اكثر من غيرها، بل التي قلما تشكو او يعرف غيرها هذا الاكتئاب؟ ان هذه الاسئلة وغيرها كثير يفتح المجال لمزيد من الدراسة والبحث.

واخيراً فإن هذا الكتاب ـ بلا شك ـ يحتوي على ذخيرة غنية من المعلومات الثرية التي تنتظر الباحث والمحلل لزيادة المعرفة بطبيعة الاكتئاب وكيفية مقاومته وعلاجه. لكن مما يؤخذ على هذا الكتاب اغفاله لتصنيفات الاكتئاب وبواعثه وانواعه والعوامل النفسية الرئيسة التي يمكن ان تدفع الى الاكتئاب.

ولا تقتصر أهمية هذا الكتاب على تصديه لموضوع نفسي ـ اجتماعي على درجة كبيرة من الأهمية؛ بل يبقى له ـ بما حزى من كم هائل من المعلومات ـ فضل اثراء المكتبة النفسية العربية بهذا العمل المتكامل الجاد، الذي تصل قيمته حد اعتباره مرجعاً أساسياً لا غنى عنه لكل من يهتم بموضوع الاكتئاب وآثاره وطرق علاجه، فجاء بحق عملاً متكاملاً مميزاً. وكم اتمنى ان يلاقي الكتاب الاهتمام الذي يستحق. ومن المؤكد ان مزيدا من الدراسات والبحوث سوف تمكننا من تطوير رؤية اكثر شمولية وعمقاً حول هذا الموضوع وانعكاساته، بوصفه اضطرابا وعلة في النفس ووجداً وهماً ونفوراً، ولم يكن ـ فقط ـ توعكاً في الجسم ولا في الشعور.

## الدكتور لويس كامل مليكه
## وتعديل سلوك المعاق

صدر للدكتور لويس كامل مليكه كتابان في الاعاقات العقلية، الاول بعنوان: «تعديل سلوك المعاق عقلياً: دليل الوالدين والمعلم»، والثاني بعنوان: «الاعاقات العقلية والاضطرابات الارتقائية». والكتابان من توزيع «دار النهضة العربية» ٣٢ شارع عبد الخالق ثروت، القاهرة، ج.م.ع.ت.

وتختلف اهداف الكتابين. فالدليل يركز على الاساليب التي يمكن للوالدين والمعلم استخدامها لتعديل سلوك المعاق عقلياً في شؤون حياته اليومية قبل الاكل والاخراج والنظافة واللبس واللعب وتعلم بعض المهارات الاكاديمية وعلاج بدون المخاوف المرضية واضطرابات السلوك. يقع الكتاب في ٨٣ صفحة.

اما كتاب «الاعاقات العقلية والاضطرابات الارتقائية» فانه موجه اساساً للاخصائيين من الاطباء النفسيين والاخصائيين النفسيين والاجتماعيين والمعلمين والمدربين والممرضات وطلاب علوم الطب والنفس والاجتماع والتربية الخاصة، فضلاً عن الآباء والامهات الذين يهمهم التعرف على الحقائق العلمية في موضوع الاعاقة العقلية.

يقع الكتاب في ٣٩٠ صفحة ويضم ١٥ فصلاً واربعة ملاحق.

يبدأ الكتاب في فصلة الاول بمقدمة تاريخية توضح ما تعرضت له الشرية عبر العصور من افكار كان لانتشار بعضها عواقب سلبية وصمت المعاق بالشر والخطيئة وعرضته لصنوف من الاضطهاد. بل والتصفية الجسدية احياناً. ولكن افكاراً اخرى ايجابية بدأت تشع في نهاية النفق المظلم الطويل.

ويعرض المؤلف للتطور في تعريف الاعاقة العقلية ودلالات هذا التطور، وبخاصة في ضوء مفهومي الوظيفة العقلية والسلوك التكيفي، كما يناقش مشكلات تحديد مدى انتشار الاعاقة العقلية في المجتمع، ويلفت النظر الى اهمية اعتبار الاعاقة المركبة بوصف ان نسبتها في المجتمع هي الاكبر من غيرها.

في الصل الثاني يتعرض المؤلف لاسباب الاعاقة العقلية، فيناقش العوامل البيولوجية الطبية، والتغيرات المبكرة في الارتقاء الجيني والمشكلات التي قد تقع اثناء الولادة وسوء تغذية الجنين، وتأثير الاصابات على تكامل وظائف المخ فضلاً عن التأثيرات البيئوية والاجتماعية وتأثيرات الاضطرابات العقلية. وينقد

المؤلف المناهج التصنيفية للاعاقات العقلية ثم تركز في بقية الفصل على المنهج الارتقائي في النظر الى الاعاقة العقلية وما يترتب عليه من حيث دينامياتها مثل التفاعلات بين الامهات واطفالهم المعاقين وتأثير الانساق العائلية والشخصية لدى الاطفال المعاقين.

في الفصل الثالث يتصدى المؤلف لموضوع طال الجهل به او تجاهله، وهو العلاقة بين السيكوباتولوجيا والاعاقة العقلية. ولا زال كثيرون من الاطباء والخصائيين النفسيين يعتقدون بانه يصعب الجمع بينهما. وقد ناقش المؤلف في ضوء احصائيات ميدانية الجمع بين الاعاقة العقلية ومختلف فئات الاضطرابات العقلية والنفسية والعضوية مما يفرض اطراً جديدة للممارسة.

في الفصلين الرابع والخامس يقدم المؤلف عرضاً شاملاً لاربع فئات اكلينيكية، منها الشلل المخي والصرع، فيوضح الاصول الوراثية والسمات البدنية والارتقاء المدني والاجتماعي والوجداني والتصنيفات وطرق التقييم وطرق الوقاية والعلاج.

يخصص المؤلف فصلين كاملين لعلاج المعاق عقلياً. المناهج والاستراتيجيات والتطبيقات الاكلينيكية والعلاجات الدوائية واساليب تعديل السلوك الجنسي للمعاق عقلياً، والتدريب على العملية الاخراجية، ومهارات التوافق في الحياة اليومية وفي المجتمع والسلوك المهني الاجتماعي وتعليم اللغة والتدريب الاكاديمي وعلاج سلوك ايذاء الذات.

كما يخصص بقية فصول الكتاب السبعة ليتقدم في كل منها غرضاً لفئة من فئات الاضطرابات الارتقائية وهي على التوالي: الاوتيزم، اضطراب قصوء الانتباه، اضطرابات القراءة، اضطرابات الحساب، اضطرابات اللغة، اضطرابات النطق واضطرابات التناسق الحركي...

وفي كل فصل يعرض المؤلف لتطور النظرة الى الفئة المعينة ولتصنيفها التشخيصي ووبائياتها وايتولوجياتها ومحطات التشخيص الفارق لها، والوصف الاكلينيكي والتنبؤ بالمسار والعلاج. وفي كل فصل يحرص على توضيح دور الاخصائي النفسي في اطار الفريق الاكلينيكي.

ويختم كتابه بأربعة ملاحق: الاول عن ثالوث الوقاية - الكشف المبكر - التدخلات والثاني يقدم الاعلان الخاص بحقوق المعاقين، ويقدم الثالث عناوين لقراءات مفيدة في الجوانب العملية من رعاية المعاقين، اما الرابع فيقدم عناوين عدد من الوسائل التعليمية في هذا المجال.

يمثل الكتاب على هذا النحو اضافة للمكتبة السيكولوجية العربية ويرجى ان تسهم في توضيح الادوار وفي تصحيح المفاهيم، وفي تطوير اساليب رعاية المعاقين عقلياً.

**الدكتور محمد احمد النابلسي**

## البحوث الاصيلة

### ١ ـ نحو مشروع معلوماتي ـ سيكولوجي عربي

د. محمد احمد النابلسي

### ٢ ـ كيف تصمم برنامجاً تخيلياً علاجياً لامراض نوعية خبيثة وغيرها

د. محمد حمدي الحجار

# نحو مشروع معلوماتي - سيكولوجي عربي(*)

أ.د. محمد احمد النابلسي

١ ـ ملخص:

يعود قصور السيكولوجيا عن اثبات فعاليتها الاجرائية في عالمنا العربي الى قائمة طويلة من المعوقات. التي يرتبط كل منها باشكاليات متشعبة ومثيرة للكثير من الجدل[١]. ولعل الخطوة الاولى الضرورية لتخطي هذا الواقع تتمثل بضرورة التحليل الرجعي (Meta-Analysis) لكافة النظريات وادوات البحث. وهذا التحليل يجب ان يتخطى مبدأ اختبار صلاحية التطبيق في البيئة العربية (بما لها من خصوصيات)[٢] الى رؤية نقدية للفعالية والى بحث في التطويرات والتعديلات اللاحقة بهذه النظريات في بلدان المنشأ[٣].

وفي رأينا الشخصي ان المعلوماتية تقدم لنا فرصة سانحة لاجراء هذا التحليل الرجعي بسرعة قياسية. الامر الذي من شأنه مساعدة الاختصاص على تخطي المعوقات والتصدي لحل الاشكاليات وصولاً الى تحقيقه لفعالية اجرائية تكسبه الجدوى والاعتراف. وهذا ما نسعى لتبيانه عبر هذه الورقة متخذين من السيكولوجيا مثالاً قابلاً للتعميم على كافة فروع العلوم الانسانية.

٢ ـ مقدمة:

تحمل ثورة الاتصالات معها وعود التغيير المرتكزة الى سرعة نقل المعلومات. حيث من المتخيل ان تكتسب المعلومة قيمة متضاعفة سرعة انقالها. وهذا ما دفع بالقن توفلر الى القول بان تحول السلطة سيتم في هذا الاتجاه وخلص بذلك الى مقولته الشهيرة «ان من يملك المعلومات يملك السلطة في العصر القادم»[٤] وانطلاقاً من هذه المقولة (التي تنطوي على الكثير من الايحاء) تم طرح مفهوم «العولمة» بدلالة سيطرة مالكي المعلومات على العالم.

ومثل هذا الطرح يهدد علوماً قائمة بالزوال ومنها علم «الانثروبولوجيا» حيث التنوع هو مصدر غني للانسانية. وحيث فقدان هذا التنوع مصدراً لتعاسة الانسانية. من هنا نرى ان المدخل الصحيح لموضوعنا هو مناقشة الجانب الانساني للمعلومة وبالتالي مناقشة مسألة انسنة المعلومات.

٣ ـ أنسنة المعلومات[٦]:

لا تتحول المعلومة الى «معلومة» ما لم يتم تعقيلها. فالعقل البشري لا يكتسب معلومة جديدة الا بناءً على معلوماته السابقة. او على قسم منها يساعده على تعقيل المعلومة الجديدة عن طريق ربطها بالقديمة منها. وهذا قاد الفلاسفة، عبر العصور، للتساؤول عن اصل المعرفة.

لقد اوغل عصر المعلومات في بحثه عن هذا الاصل بصورة عملانية. حيث تعمقت الابحاث البيولوجية تصل الى البحث في الحوامض الوراثية والجينات وحالات الاختمار البيوكيميائي في الدماغ.

(*) ورقة مقدمة الى المؤتمر العربي الثامن لعلم النفس ـ السويس (٢٤ ـ ٢٦ يناير ٢٠٠٠).

وبناءً عليه قام فرانسيس فوكوياما بتعديل اطروحته «نهاية التاريخ» فأضاف اليها عنصر «الاعتراف» الهيغلي (نسبة الى هيغل). مفترضاً ان الادوية الحديثة (وادوية العصر القادم) من شأنها ان تعطي لمتناولها الشعور بالاعتراف مع بقائه مختلفاً.

وكنا قد نقدنا هذه المقولة وعلقنا على ثغراتها. الا ان ما ما يهمنا هنا هو تقرير دور العنصر الانفعالي في تعقيل المعلومة اي في جعلها معلومة او في قبولها كمعلومة. اذ ان هذا العنصر يختلف شديد الاختلاف من شخص لآخر باختلاف عوامل متعددة. عداك عن الاسلوب الشخصي في ارصان المعلومة وعرضها وتحليلها وحتى انتقائها واختيار مستويات الربط بينها وبين المعلومات المتزامنة معها وتلك المخزنة في الذاكرة.

والاختلاف في تعقيل المعلومة واختيارها يؤدي حكماً الى الاختلاف في توظيفها وتصنيعها. وهو امر يستتبع الاقرار باحتمالات استخدامات متعددة، واحياناً متعارضة، للمعلومة نفسها. وهذا يشبه الفارق وبهذا يمكننا التأكيد على واقعة «ذاتية المعلومة» حيث تلعب شخصية متلقي المعلومة الدور الرئيس في تعامله معها واستخدامه لها. مما يؤكد «انسانية المعلومة» وعدم قدرتها على تحويل الانسان الى مجرد رقم او معادلة.

ولعل كافة عثرات واخطاء القوقع المستقبلي لاثر المعلومات في العصر القادم انما تعود لاهمال هذا الجانب الانساني في المعلومة.

### ٤ ـ طموحات المعلوماتية:

ان الاستبصار الذي تقدمه المعلوماتية هو من نوع الذكاء الاصطناعي الذي يتفوق على الذكاء البشري على صعيد واحد هو صعيد الذاكرة، وخصوصاً سرعة استحضار المعلومات.

ولو نحن دققنا النظر الى طموحات المعلوماتية لوجدنا انها تنتمي الى ما يسمى بالشائعات الغاطسة. وهي باختصار شائعة تظهر وتزدهر لفترة ما. ثم تغوص لتعاود الظهور بعد فترة قد تطور او تقصر. ولو نحن عدنا الى بدايات القرن العشرين حيث ظهرت طموحات الكهرباء (المكتشفة حديثاً في حينه) لامكننا التفريق بين ما هو واقعي من هذه الطموحات وبين ما هو شائعات مرافقة ـ غاطسة. فقد كان من ضمن طموحات الكهرباء تصور قدرتها على اعادة الحياة الى الاجسام الميتة. وهكذا فما علينا سوى المقارنة بين طموحات كل من الكهرباء والمعلوماتية.

واذا كان صحيحاً ان ملايين البشر المعاصرين لم يعرفوا بعد الكهرباء فانه من الصحيح ايضاً ان ما تحقق من طموحاتها قد ادخل تغييراً جذرياً على الحياة الانسانية.

وعليه فان لا محدودية تأثير عصر الاتصالات ـ المعلومات هي مجرد شائعة حدودها حاجز الموت / الحياة. اذ ان كل احتمالات تطور الاتصال لا تلامس طموح اختراق هذا الحاجز. وبذلك فان «الموت» و«الخوف من الموت» سيحافظان على موقعهما في الفكر الانساني وفي تحريكه بالاتجاهات المختلفة والمتناقضة.

ونكتفي بهذا القدر من مناقشة طموحات المعلوماتية كي نركز على الاحتمالات الموضوعية لاستخدامها في عمليات التحليل الرجعي (Meta-Analysis) التي تتيح لنا تقويم صلاحية الاختبارات الاجنبية، للتطبيق في مجتمعنا، كخطوة اولى ومن ثم تحديد التعديلات الواجبة عليها. اما الخطوات التالية فهي تتضمن اعادة تقويم النظريات المطروحة وامكانيات استخدام الحاسوب في تفعيلها. على غرار ما فعله الباحث

Saymor بنظرية بياجيه وعلى غرار ما يسمى بالبرمجة اللسانية ـ العصبية[٧] (P.N.L.) Programation Neuro-lingvistic وتسعدني هنا الاشارة الى اعمال الزميل التونسي جمال التركي في هذا المجال. حيث عرض في مجلة الثقافة النفسية المتخصصة (يناير ٢٠٠٠) لموضوع المعلوماتية في العلوم النفسية. اضافة الى عمله على نشر المعجم النفسي الالكتروني وعلى توفير مقاييس نفسية عديدة بالعربية على اقارص الحاسوب.

**٥ ـ المعلوماتية والاختصاصي النفسي العربي:**

لو عدنا الى الشكاوى المزمنة للباحثين النفسيين العرب لوجدنا ان المعلوماتية تقدم الحلول لمعظم هذه الشكاوى. واذكر تحديداً:

أ ـ فقدان التواصل بين الباحثين العرب: وهذه النقطة ممكنة التجاوز عن طريق البريد الالكتروني (E. Mail) بحيث يمكن حل هذه المشكلة بنشر دليل يضم هذه العناوين.

ب ـ **قصور التجهيزات المكتبية:** حيث يمكن للانترنت ان يقدم الحل لهذه الشكوى وتقديم لوائح بالمراجع الهامة للباحث كل في موضوعه.

ج ـ **المؤتمرات والندوات العالمية:** حيث بات معظمها يطبع ويوزع على اقراص حاسوبية تمكن مستخدمها من الاطلاع على النقاط والمواضيع التي تهمه فيها.

د ـ **المجلات والنشرات العالمية:** وغالبيتها معروضة حالياً على الانترنت وهي تعرض ملخصات بحوثها على الاقل. وبعضها يطلب بدلاً عن النصوص الكاملة للبحث.

اما عن بقية الشكاوى المزمنة والمعوقة للتعاون العلمي العربي في الميدان فانها تبقى مسؤولية الباحثين العرب. الا اننا وقبل مناقشة هذه المسؤولية واقتراحاتنا حولها فاننا نجد من الضروري التنبيه الى بعض وجوه التعاطي السلبي وامكانيات اساءة الستخدام المعلوماتية. اذ نلاحظ تقاعساً ملفاً، من قبل اختصاصيينا، عن تعلم اصول التعامل مع الحاسوب وعن استصدار عنوان بريد الكتروني وغير ذلك من خطوات الدخول الى عصر المعلومات. حتى اننا نلاحظ احياناً مقاومة عنيفة تنعكس بسلبية وبلا مبالاة مفرطة في هذا المجال. وكأننا نريد التمسك بتبرير رد تقصيرنا الى نقص المعلومات المتوافرة لدينا. وتجاهل هذه المصادر الهائلة للمعلومات.

اما عن اساءة الاستخدام الفعلية فان بوادرها قد بدأت حتى قبل انتشار استخدام المعلوماتية. اذ ظهرت هنا وهناك مكاتب تفبرك الابحاث والرسائل الجامعية مقدمة استعراضات احصائية ـ هيستيرية تتمثل بجداول مكثفة ومعقدة تستعرض قدرات الحاسوب ولا تخدم اهداف البحث نفسه. عداك عن تنامي احتمالات السرقة العلمية وغيرها من الامور التي تقتضي التنبه له والاحتياط لتفاديها.

**٦ ـ المشروع المعلوماتي العربي:**

على صعيد العلوم النفسية في العالم العربي لا بد لنا من وضع برنامج يغطي اولويات البحث ويستجيب لحاجاته. وفي تصورنا الخاص نجد ان هذا البرنامج يجب ان يغطي النواحي التالية:

أ ـ البرامج التوثيقية: وهي خطوة باشرها مركز الدراسات النفسية في لبنان بنشره للدليل النفسي العربي[٨] وللبحوث الجامعية العربية[٩] وللكتاب النفسي العربي[١٠]... الخ. وهي خطوات يمكنها ان تكون نواة لبرامج الكترونية ـ توثيقية متاحة لكافة الباحثين العرب. دليل الخطوة الاولى والاهم من هذه البرامج هي نشر دليل العناوين الالكترونية

للباحثين العرب في مجال العلوم النفسية (مغتربين ومقيمين).

ب ـ الاعلام النفسي العربي: ان عدد المجلات النفسية العربية لا يتجاوز عدد اصابع اليد الواحدة[11]. بالاضافة الى قيام بعض المجلات الفكرية والعلم انسانية بنشر بعض الموضوعات النفسية.

وهذه الندرة تجعل من طموح توفير هذه الموضوعات على شبكة الانترنت طموحاً قابلاً للتحقيق بسهولة وبسرعة.

**ج ـ المراكز الاكاديمية:** حيث يقوم كل مركز من هذه المراكز بتوفير انتاجه على شبكة الانترنت.

**د ـ صفحات الاعلان الالكترونية:** التي تتيح للباحث عرض نتائجه ومشاريعه البحثية وكتبه... الخ.

وفي رأينا ان فعالية الاتحاد المستقبلية ترتبط في قدرته على التنسيق بين مختلف هذه المشاريع والربط في ما بينها. مع الاخذ في الحسبان الفوارق القطرية (اللغة الاجنبية المستخدمة، التيارات الاختصاصية المهيمنة،... الخ).

دليل في مجلة الاتحاد Arab Psychologist خطوة اولى على طريق هذا التنسيق وتحقيقاً لطموح قديم لدى الاتحاد وهو الخروج بالبحوث النفسية العربية الى العالمية.

## الهوامش والمراجع


١ ـ محمد احمد النابلسي: نحو سيكولوجيا عربية، دار الطليعة ـ بيروت (١٩٩٥).

٢ ـ لويس كامل مليكة: مجلة الثقافة النفسية المتخصصة المجلد ٩، العدد ٣٥ (ص ٧ ـ ٨) ـ (١٩٩٨).

٣ ـ روبرت ناي: ثلاث زوايا لرؤية الانسان ـ معروض في باب المكتبة في مجلة الثقافة النفسية المتخصصة، المجلد، العدد ٦(١٩٩١).

٤ ـ الفن توفلر: تحول السلطة، منشورات اتحاد الكتاب العرب دمشق (١٩٩٤).

٥ ـ محمد احمد النابلسي: فنوكوياما يقفز من نهاية التاريخ الى نهاية الانثروبولوجيا ـ في مجلة الكتب ـ وجهات نظر العدد العاشر (نوفمبر ١٩٩٩).

٦ ـ محمد احمد النابلسي: سيكولوجية السياسية العربية، دار النهضة العربية (١٩٩٩).

٧ ـ رالف فينار سكي: (PNL) البرمجة العصبية ـ اللسانية ـ منشورة في الثقافة النفسية المتخصصة، المجلد ٨، العدد ٢٩ (١٩٩٧).

٨ ـ مجموعة من الباحثين: الدليل النفسي العربي، مركز الدراسات النفسية، لبنان (١٩٩٤).

٩ ـ مجموعة من الباحثين: مجلة الثقافة النفسية المتخصصة ـ عدد خاص بعنوان بحوث ورسائل جامعية عربية ـ المجلد التاسع العدد ٣٣ (١٩٩٧).

١٠ ـ عرضت مجلة الثقافة النفسية المتخصصة مراراً لهذا الموضوع. فقد عرضت لدليل الكتاب النفسي العربي في العدد (١٢). كما خصصت عددها الـ (٢٥) لعروض الكتب النفسية العربية.

١١ ـ المجلات النفسية العربية المنتظمة الصدور هي التالية: ١ ـ علم النفس و٢ ـ الارشاد النفسي و٣ ـ دراسات نفسية و٤ ـ المجلة المصرية للدراسات النفسية و٥ ـ الثقافة النفسية المتخصصة. ويمكننا ان نضيف اليها مجلات: ١ ـ النفس المطمئنة و٢ ـ الصحة العقلية و٣ ـ الصحة النفسية و٤ ـ الاتحاد المغاربي للطب النفسي.

اما على صعيد الطب النفسي فهنالك المجلة العربية للطب النفسي.

# كيف تصمم برنامجاً تخيلياً علاجياً

## لأمراض نوعية خبيثة وغيرها

## "نفوذية علمية واعدة في سيطرة النفس على المرض العضوي"

**دكتور محمد حمدي الحجار**

**١ ـ توطئة :**

تُعدّ اليوم الأمراض المناعية (أي المسببة لنقص مناعة البدن) بؤرة الاهتمامات العلمية في المراكز والمؤتمرات العلمية العالمية ونجاحته في الولايات المتحدة الأمريكية. فالمُنتظَر للمؤتمرات العلمية السنوية التي تنظمها المؤسسة الوطنية للتطبيقات السريرية (الأكلينيلية) والطب السلوكي التي مركزها في ولاية كونيكتيكت، نجد أن أكثرية الأبحاث المطروحة في تلك المؤتمرات تدور حول الطب النفسي السلوكي وعلاقة الجسم بالنفس بالإمراضية، وبخاصة دور الكرب المزمن في تخفيض مناعة جسم البدن وما يترتب عن ذلك من أمراض سرطانية والتعرض للأعراض الخماجية infections. هذا بالإضافة إلى دراسات وصفية وسريرية عن أهمية العلاج التخيلي في السير المرضي لبعض الأمراض الخبيثة، ودور التدبير بالتوتر النفسي المصاحب لهذه الأمراض في إطالة عمر المريض وتحسين الإنذار المرضي (منع الانتقالات السرطانية).

في هذا البحث سنتكلم عن نماذج Models علاجية وشروط تصميم الاستراتيجية العلاجية لبعض الأمراض الخبيثة بالمشاركة مع العلاج الدوائي النوعي. وقد يجد القارئ في هذه التصاميم العلاجية التخيلية ضرب من الشعوذة العلمية، أو الدجل تحت شعار العلم، أو شطحات خيالية، ولكن الهوينا.. فلا تتعجل، أليس البلاسيبو معيار للمقارنة العلاجية مع الأدوية المجربة ؟ أليس البلاسيبو هو دواء إيحائي ؟ إذن لا شطحات ولا شعوذة في هذا الموضوع. لا

**٢ ـ عموميات واعتبارات عامة في شروط وضع برنامج تخيلي علاجي لمرض معين :**

أ ـ لابد أولاً من استكشاف التخيل المرتبط بالمرض الهدف، و الصحة المنشودة وما يحدث في البدن، وبخاصة الجوانب المتعلقة بفلسفة الفرد المريض إزاء الحياة والعالم. فأي برنامج تخيلي موجّه يجب أن يكون متناغماً مع جوهر معتقدات الفرد. فلا يكون التخيل فعالاً إلا إذا كان متوافقاً مع القيم العميقة للفرد، ولايتعارض معها (أي مثلاً المعتقدات حيال العنف، والنظرات الروحية الدينية، وطبيعة الإنسان وما إلى هنالك..).

ب ـ ثم إن التخيل الموجّه يجب أن يكون خاصاً ويعكس المعنى الذاتي العميق للفرد ومجازياً. وننوه أن الأشرطة التجارية المسجّلة الخاصة بهذا الميدان التخيلي العلاجي ذات فائدة نوعية محدودة، ولها دورها فقط عندما نرغب في إيلاج رغبات لاشعورية وحيدة الطابع، وتفضيلات.

جـ ـ في الأمراض المخفضة لمناعة البدن، لابد من تخيل رمز المرض بكونه ضعيفاً، أقل ذكاءً، غير مهدد ولا هو خطر، وأضعف نشاطاً وأقل تحديداً من صورة الشفاء. في الأمراض المناعية الذاتية يُنظر إلى رمز المرض بكونه (في البداية) متوحشاً مُحرِقاً وغاضباً ولكن في الوقت نفسه أليفاً، قابل للارتداد والتراجع، ويمكن التدبر به.

د ـ يحتاج رمز الشفاء إلى.. النظر إليه بكونه قوياً، نشطاً، حياً منافساً، وكبيراً. فرمز الشفاء بأمراض المناعة الذاتية قد يتضمن المناصرة والتأييد لجهاز المناعة البدنية بدون إفساد عزواته الوقائية ضد «الغزاة الحقيقيين». فالخلايا السليمة تحتاج إلى النظر إليها بكوها قوية، بينما الوظائف المريضة أو الخلايا المعتورة تكون ضعيفة قابلة للتطويع والمطاوعة أما الصورة الذهنية فيجب أن تكون ذات خصائص تشريحية، بل ومجازية الطابع، وموغلة في الترميز.

ر ـ يُنظر إلى العلاج الطبي من منظور الفعالية الكبيرة حيث تكون الخلايا السليمة محمية من العلاج الشعاعي والكيماوي التخريبي للخلايا المريضة في الأمراض المناعية الذاتية auto - immune diseases، ينظر إلى المعالجة المثبطة لجهاز المناعة نظرة انتقائية حيث لا تخمد إلا العناصر التي تحتاج إلى تثبيط بدون تأثيراتها الجانبية على بقايا أجهزة البدن.

ز ـ إن مفهوم التوازن المرمم يجب دمجه مع كل الصور الذهنية، فالتخيل يتسم بقوة كبيرة. حتى الآن يعرف العلم معرفة دقيقة ماذا يحدث وكيف تكون آلية تأثير هذا التخيل العلاجي بشروطه التي ذكرناها، في حين قد يترتب أذى كبيراً إذا ما افترضنا نظرية غامئة غير واقعية، فعلاقة الجسم بالنفس هي علاقة ذكية بصورة لاتصدق. وكل ما علينا فعله أن نترك مسألة هذا التصنيع العلاجي إلى مركز الضبط والسيطرة الذي نمتلكه. وكل ما تحتاجه عملياً في العملية التخيلية هو مفهوم التوازن والكلية بأن يعملا بأعلى درجة من الفعالية والقوة.

س: إن أفضل النتائج يمكن أن تحتاجه صورة المرض هي أن يُشاهد وقد تلاشى تلاشياً تاماً، والبدن معافى تماماً وذلك في نهاية الجلسة التخيلية، ووفق خبرات الاختصاصيين العاملين في هذا الميدان (دافيس بريغهام، وفيليب تووال، برنامج المناعة النفسية – العصبية لمرض السرطان والأمراض المزمنة في الولايات المتحدة الأمريكية)، عندما تكون الصورة التخيلية للمرض وقد انحسر وتوارى، فإن هذه الرسالة يلتقطها البدن ويختزنها.

وننوه أن قبول الفرد للمرض وعدم رغبته في أن يهجره المرض يجعل البدن في حالة قبوله للمرض، ويهيء له المكان كيما يترعرع وينتشر. وعلى هذا فإن الصورة التخيلية هي بمثابة طبعة blueprint أو صورة فوتوغرافية لما يمكن أن يحدث. لذا تأكد من أن تكون هذه الطبعة تعكس بما ترغب في أن يحدث.

### ٣ ـ برامج تخيلية لبعض الأمراض النوعية – أمراض المناعة الذاتية :

تُعرّف المناعة الذاتية بعجز العضوية في التعرف على نسيجها الخلي. وأن رد الفعل المناعي يكون نتيجة لتخرب المسالك السوية للخلايا نوع T وB مع المستضدّات الذاتية auto antigens. وهذا الرد الفعل يظهر أينما تكون هنالك حالة عدم توازن مناعي بحيث أن نشاط الخلية B يكون مفرطاً، بينما نشاط الخلايا نوع T الخامدة يكون متضائلاً.

في تصميم التخيل العلاجي الخاص بأمراض المناعة الذاتة. يكون مفهوم توازن جهاز المناعة أساسياً وجوهرياً وعموماً فإن نسبة ١/٢ من الخلايا المُعينة T بالنسبة للخلايا الخامدة T تُعد أوفقية. وليكن في معلومنا أن ذكاء البدن للوصول إلى توازن أي كان

نوعه هو مطلوب. ويبدو من الأهمية بمكان وضع هذا التوازن تحت رعاية وحماية مركز السيطرة في الدماغ وليس محاولة التناور مباشرةً مع هذا التوازن مالم نملك معلومية بيولوجية دقيقة عن أسلوب الوصول إلى هذا التوازن.

من ناحية أخرى إن النظر إلى جهاز المناعة بكونه أليفاً، مُحباً وحامياً واقياً هو أمر مهم. وإن تخفيف العَرَض تخفيفاً كثيراً في اضطراب المناعة الذاتية يوصد كامل جهاز المناعة ويعطله. وعلى الرغم من أن التخفيف يصيب المنطقة المتأوفة، إلا أن هذا يعرض بقية العضوية إلى الإصابة بالأخماج Infection والأمراض المناعية.

لنتكلم الآن عن أسس التخيل العلاجي لبعض الأمراض المناعية الذاتية :

**أ ــ مرض التصلب اللويحي المتعدد (MS) Multiple Sclerosis :**

وهو مرض الجملة العصبية المركزية يتظاهر بتخرب وتندب غمد النخاعين Myelin sheath للخلايا العصبية. وعندما يضطرب هذا العازل الدهني لألياف العصب، فإن التنبيهات التي تسيطر على وظائف وحركات الجسم تضطرب ويصيبها التشويه والحُصار، أو أنها تذهب باتجاهات عضلية خاطئة. ومعروف أن سير هذا المرض يتخلله نوبات سورات EXACERBATIONS وزوال الأعراض. وعلى العموم فإن الشدة النفسية غالباً ما تسبق السورات. وعلى العموم يتركز العلاج على تخفيف العَرَض، أي معالجة تخفيف وليست سببية شاقة.

**اضطراب الوظيفة المناعية:**

إن الافتراضات الحديثة في تفسير أسباب التصلب اللويحي المتعدد تتمحور حول:

١ ـ السبب الفيروسي.

٢ ـ اضطراب وظيفة المناعة الذاتية.

٣ ـ وجود العاملين السابقين معاً (جهاز المناعة يهاجم الفيروس الهاجع ضمن خلايا غمد النخاعين).

**الاستجابة المناعية المطلوبة :**

١ ـ وعي جهاز المناعة للخلايا "كذات وكيان".

٢ ـ أن يصبح جهاز المناعة صديقاً للبدن وليس عدواً له وذلك من خلال وعي الخلايا كذات ومصاحبتها.

٣ ـ تزايد الخلايا المثبطة.

**تصميم البرنامج التخيلي العلاجي لهذا الداء يتضمن الأفكار التالية :**

١ ـ تخيل مادة تشبه العسل تطلي الأعصاب، تذيب الندبات القاسية وتحول إلى مادة نخاعية قوية قابلة للحياة والوجود.

٢ ـ تخيل مادة تُسكب فوق الأعصاب المأوفة في الجذوع العصبية تماثل الزيت المطرّي الذي يُسكب فوق «السباغتي» يطلي الألياف العصبية بحيث يزول التشابك بشيء سحري.

٣ ـ إملاء أي فجوات في غمد النخاعين بحيث أن الأعصاب لاتفقد اتصالها العصبي بعضها ببعض الحالة التي نراها عادة عند تخرب العزل في حبل كهربائي.

٤ ـ تدفئة اليدين والطرفين السفليين.

٥ ـ تخيل غيوماً في الرأس (ندبات المرض كما تشاهد في الأشعة السينية) تتبعثر وتتفتت بقوة ريح عاتية.

٦ ـ تخيل مقاييس توازن في مركز الضبط في الجملة العصبية، تخيل وجود عدم توازن بين الخلايا T المثبطة وخلايا T المساعدة، ومن ثم تصور الخلايا المثبطة بأنها أصبحت أكثر عدداً ووزناً. تخيل سماع

صوت عندما يحدث التوازن، وتخيل الأعصاب المأوّفة يتحول لونها من الأبيض إلى لون أزرق غامق.

٧ ـ تخيل ممحاة كبيرة تُزيل الآفات في الدماغ وتكنسها.

٨ ـ تخيل طيانين يستخدمان كومة كبيرة من النخاعين لحشو النبدات التحتية، وعندما يتم إملاء هذه النبدات فإنها تسقط وتنفصل، وعندما تتولد الدارة العصبية في النورونات فإن النخاعين يتحول إلى لون أزرق غامق.

٩ ـ تخيل عاملاً يحمل فرشاية فيصقل الندبات.

١٠ ـ تخيل محلول سيلكات زنك المائية يسكب على مناطق بواسطة جهاز المناعة، تخيل جهاز المناعة بمثابة صديق، ومحب، وحامٍ.

**٤ ـ برنامج تخيلي لبعض الأمراض النوعية: أمراض نقص المناعة:**

**آ ـ مرض السرطان:**

السرطان هو من أنواع وأصناف كثيرة، فبروتوكول التخيل يجب أن يأخذ بعين الاعتبار نوع الآفة السرطانية المتعامل معها، فالتخيل الخاص بمرض أبيضاض الدم (اللوكيميا) يختلف بمحتواه عن تخيل سرطان الرئة.

فالسرطان هو مرض يتسم بشبكة معقدة من الأسباب والكوارث، إحداها وهو عامل هام، هو الشدة النفسية وتأثيره المخرب على جهاز المناعة. ففي معظم حالات السرطان فإن هرمونات الشدة النفسية وبمقادير عالية تخرب خلايا المناعة البدنية أو تجعلها غير نشطة معطلة فتسمح بذلك للخلايا السرطانية بأن تظهر وتنمو بشكل أورام مهددة للحياة.

**اضطراب الوظيفة المناعية:**

إن معظم السرطانات تتأثر تأثراً كبيراً بهرمونات الشدّات النفسية (ولكن ليس كعامل وحيد) بحيث أن المقادير العالية من هرمونات التوتر أو المزمنة تؤدي إلى تثبيط جهاز المناعة. ومن خلال تثبيط الخلايا المناعية أو تدميرها ومن ضمنها خلايا البلعمة، أي خلايا T، فإن جهاز المناعة يصبح غير قادر على مكافحة الخلايا السرطانية، ومع اعتلال جهاز المناعة فإن الخلايا السرطانية تتعاظم لتصل إلى مرض فتنشر، ثم إن تناقص تعداد الكريات البيض يخدم بدوره فعاليات الاستجابة المناعية.

**الاستجابة المناعية المرغوبة:**

١ ـ زيادة عدد الكريات البيض.

٢ ـ زيادة عدد الخلايا T القاتلة للسرطان وأيضاً خلايا T الداعمة.

٣ ـ زيادة قوة وكفاءة عناصر المناعة المناسبة.

**مضامين البرنامج التخيلي:**

يأخذ مضمون التخيل لمرض السرطان شكل زيادة عدد كريات البيض وتخيل الخلايا السرطانية ضعيفة وغير منتظمة، وإذا تلقى المريض العلاج النوعي للسرطان المصاب به، فيجب تضمين التخيل بهذا العلاج بآليته العلاجية ضد السرطان، مثلاً العلاج الكيماوي الذي يقتل الخلايا السرطانية ولكن لايؤذي الخلايا السوية الصحية، ونقترح مضمون التخيل على الصورة التالية:

تخيل الكريات البيضاء كنمور بيضاء تأكل فرائسها، أي الخلايا السرطانية.

تخيل الأوراق كأقذار في غرف الفندق مبعثرة، والكريات البيض بمثابة خادمات تنظيف ضده الغرف من تلك الأقذار.

تخيل أشباحاً ضخمة تحمل سيوفاً ليزرية، أي الضوء الأبيض لسيف الليزر هو ضوء أبيض الإله يمزق

الورم ويفتته.

تخيل الكريات البيض كملائكة التي تطوف في أرجاء البدن تفتش عن الخلايا السرطانية حاملة الأعصية السحرية ما إن تمس بها الخلايا السرطانية حتى تختفي وتزول.

تخيل شعاعاً ليزرياً يأتي من نجم بعيد يتوقف فقط عندما يصطدم بنسيج البدن المعافى الصحي السليم. ينتقي فقط الأورام الفعالة في البدن وأي خلايا سرطانية زائغة في الجسم.

تخيل صقوراً قوية جارحة تتغذى من الخلايا السرطانية، وإن السرطان بمثابة غذاء يقدم إلى الخلايا السليمة المتعافية فتأكلها.

تخيل طاقة ضوئية قوية شافية تخترق تاج الرأس فتعمل بمثابة فخ كهربائي جوال يصطاد أي شيء يقع عليه.

تتخيل صحوة مصانع نقي العظام، خطوط الجمع تطبع ملايين وبلايين خلايا صحية سليمة فعالة، لتكون خلايا نوعية ضمن جهاز المناعة، جهاز المراقبة لايسمح إلا للخلايا الصحية السليمة بالخروج من خطوط التصنيع، يفرز الخلايا الشاذة (اللوكيمية - خلايا البيض المريضة ويعيدها ثانية لإعادة تصنيعها وتصحيح شذوذها. وجهاز المراقبة هذا بإمكانه أن يرفع أو يخفض إنتاج بعض الخلايا مثل الصفائح الدموية.

تخيل سمك ضاري يتجمع حول كتلة سوداء من خلايا شاذة ويعمل آكلاً وتمزيقاً في خلايا هذه الكتلة.

تخيل الشمس وهي تشع بنورها على الظّهر، تصل إلى اليدين، يُقبض على هذا الشعاع، يفجر هذا الشعاع الخلايا السرطانية. كما وأن هذا الشعاع يتسلل إلى الخلايا ليشع بنوره كامل البدن مدمراً الخلايا السرطانية العائمة.

تخيل نموراً بيضاء (كريات البيض) تأكل نمر الخوخ (أي الخلايا السرطانية).

ولتعلم أنك تكون في حالة تشريحية صحيحة إذا ما لجأت إلى التخيل التشريحي الذي يتطبق مع آلية المرض، فإذا كانت لديك تساؤلات بخصوص آليات المرض، فيُنصح باللجوء إلى المجازات والاستعارات التخيلية وإلى صور الشفاء المعممة، متوخياً النتيجة النهائية وواضعاً إياها نصب عينيك، فالبدن يستجيب إلى الطبعة أو الصورة الفوتوغرافية للنفس التي تخلقها على البدن، لذا تأكد أن هذه الصورة هي المرغوبة.

### ٦ ـ التعامل مع المرضى لتطوير القدرة على التخيل:

يُصادف المعالج العيادي شكاوى من قبل المرضى الذين يخضعون إلى هذا النوع من العلاج التخيلي بوجود قصور في القدرة على التخيل : «أنا لاأستطيع تخيل ما تطلبه مني». أن أفضل طريقة لمعاينة القدرة التخيلية عند المريض هي أن يطرح المعالج عليه بعض الأسئلة التالية:

آ ـ اذكر لي عدد النوافذ في بيتك بتخيلها.

ب ـ تخيل قطعة من الليمون في فمك، هل تشعر بلذعة الحموضة في فمك؟

جـ ـ تخيل وردة، هل تستطيع الاستشعار برائحتها؟

د ـ هل تستطيع تخيل صوت نباح كلب؟

ر ـ تخيل أصوات قرقعة أصوات انفجارات الألعاب النارية؟

بعد أن يتأكد المعالج (بعد طرح مثل هذه الأسئلة التخيلية السابرة للقدرة على التخيل) من أن المتعالج لديه قدرة تخيل مقبولة، أو أن قدرته على التخيل هي مسألة اكتسابية تأتي بالتمرين اليومي في تخيل أشياء تقع ضمن نطاق بصره فيسعى إلى تخيلها مراراً وتكراراً حتى الوصول إلى مستوى تخيلي فعال، وهذا

يتطلب بعض الجهد والوقت.

بعد ذلك يترتب على المعالج سبر التخيل الشعوري واللاشوري الموجود عند الزبون، وأحياناً يستوجب ذلك تفسير الصور الذهنية التي تظهر مخيفة أو غير دقيقة، ونعلم أن القيم والمعتقدات والرغبات لابد من أن تكون ضمن المنظور لمساعدة الزبون على ابتداع الصورة التخيلية المناسبة التي يقبلها الزبون وهذا يتم الكشف عنه وتحديده من خلال الحوار العلاجي خلال المقابلة العيادية وبتسهيل ومساعدة المعالج.

ولعل أفضل طريقة للوصول إلى ذلك هي الأخذ بأسلوب العلامة جون شافر «التخيل التحويلي» حيث يتم بواسطتها هاجلب الصورة الذهنية اللاشعورية والمجازات metaphors إلى النور والوضوح، ولابد من الإشارة إلى أن صورة الزبون التخيلية لمرضه والطرق المقنعة بالنسبة إليه لشفاء هذا المرض تبدو أكثر فعالية من أي نسيج من التخيل يقدمه المعالج له أو في أي شريط تسجيلي علاجي تجاري، كما أن استخدام تخيل شخص آخر يعزز مركز الضبط الخارجي (شخص آخر يستطيع تصميم شيئاً يفيدني أكثر مما أنا أستطيع).

هناك العديد من المراحل التي بواسطتها يمكن تنفيذ التخيل التحويلي. وأن الأسلوب المبسط يكون بجعل الزبون يتخيل مركز الرأس (أي المكان بين نصفي كرة الدماغ من الأمام إلى الخلف)، أطلب منه أن يصف العَرَض symptom، ويدرسه، ويفهمه، ويطرح عليه (أي المقترض) أسئلة لماذا أنه موجود، ومن أين جاء، وماهي شروطه ليخلي ويذهب.. هذا يتم بصوت مسموع.. أما المعالج فيقوم بهمة المساعدة على تحرير هذه المعرفة العميقة الحدسية ويسهل هذه المرحلة.

عندما يصبح العَرَض واضحاً، اطلب من الزبون أن يتخيل الصورة الشافية healing image والتي تبدو ذات معنى بالنسبة إليه، وعليه أن يضعها فوق العَرَض، يتم ذلك بالعديد من الطرق، والصورة قد تكون تشريحية أو رمزية بحتة، ومن الأهمية أن يكون الزبون موجوداً في ذلك المكان ببدنه يدمج أي علاج طبي يتلقاه، وجعل الصورة قوية وذات معنى.

هذه الطريقة يمكن ملاءمتها مع موقف جمعي في الوقت الذي يمارس المشتركون أعمالهم بسكون، من خلال هذه العملية التصنيعية نجد أن أولئك الأفراد يوجدون صوراً ذهنية ملونة، غنية ومفيدة وبالطبع يكون عند الأفراد المشاركون أمراضاً مختلفة، ويسهمون في تخيل شفائي معمم (أي مثلاً نور شافٍ أبيض يعيد التوازن والانسجام إلى جميع أجهزة البدن) وقد اتضح من التجربة أنه من المفيد جداً استخدام تخيلاً مصمماً يترك مجالاً وحيزاً للفرد المساهم في العلاج الجماعي يتضمن تخيله الخاص في الوقت نفسه، وحتى لو كان جميع المساهمين يعانون من مرض واحد، اتضح أن هذا يزود بإطار عمل جيد لكل فرد مساهمة بتضمين جهده وتصوره الخاص.

وإن السؤال المطروح هنا هو كم عدد المرات يومياً يتعين تنفيذ التدريب التخيلي ؟ الجواب، ينصح بتنفيذ من ٢ ـ ٣ جلسات قصيرة المدة يومياً، ويتعين تعزيز صورة الشفا، تعزيزاً مستمراً، وقد يأخذ مثل هذا التعزيز عدة ثوان في التجوال التخيلي للصورة الشافية، وليعلم القارئ أن التخيل ليس تخفيف العَرَض، ولكنه طريقة جامعة جديدة من المعتقد حيال العلاقة بين الجسد والنفس وتأثير كل واحد على الآخر، ثم إن الحاجة إلى أنماط ذهنية جديدة يتطلب التعزيز المستمر.

وكما سبق وذكرنا، هناك قضايا فلسفية وانفعالية كثيرة تغلف عملية المرض، وإذا كان في نيتنا أن يكون «الشفاء» فعالاً فلابد من الأخذ بعين الاعتبار هذه الصخور الصلدة القابعة تحت التربة والتي تؤثر على أفكارنا الشعورية واللاشعورية وعلى الوظيفة، فنحن نستخدم إعادة التركيب المعرفي، والأساليب الأخرى

العلاجية لجلب هذه القضايا إلى السطح بحيث نستطيع التعامل معها فنجد أن التقانيات أسرع، وأكثر عمقاً في التأثير، وأكثر دوماً واستمراراً، فالولوج في عملية التخيل الخاصة يكمن تحتها مشاعر الغضب والخوف والمرارة، وعدم التسامح واستخدام مصادر التخيل ضمن الفرد لتحويل هذه الصراعات إلى حل وأمن وطمأنينة لتكون جزء من العملية الشافية.

Gilman, S.C., Schwartz, J.M., Milner, R.J., Bloom, F.E., & Feldman, J.D. (1982). B-Endorphin Enhances Lymphocyte Proliferative Responses. Proceedings of the National Academy of Science USA. 79:4226-4230. Green, E.E. & Green, A.M. (1986). Biofeedback and States of Consciousness. In Wolman & Ullman (Eds.) Handbook of States of Consciousness. New York : Van Nostrand Reinhold.

Hall, H.R. (1983). Hypnosis and the Immune System. American Journal of Clinical Hypnosis. 25.92-103.

Hall, N.R.S (1990). The Immune System : Minding the Body and Embodying the Mind. Symposium presented in Gainsville, FL.

Hall, N.R.S. & Kuarnes, R. (1988). Behavioral Intervention and Disease : Possible Mechanisms. Proc. of Int. Bio. Soc. Mtg. Hawaii.

Joy, W.B. (1979). Joy's Way. Boston: Houghton Mifflin.

Kiecolt-Glaser, J.K. & Glaser, R. (1987). Psychosocial Moderators of Immune Function. Annals of Behavioral Medicine. 9(2):16-20.

Kolpfer, B. (1975). Psychological Variables in Human Cancer. Journal of Projective Techniques. 31:331-340.

Kreiger, D. (1979). Therapeutic Touch. Englewood Cliffs : Prentice Hall.

Langer, E. (1990). Mindfulness.

LeShan, L (1959). Psychological States as Factors in the Development of Malignant Disease: A Critical Review. Journal of the National Cancer Institute. 22(1):1-18.

P. (1964). The Modes and Morals of Psychotherapy. New York : Holt p.33.

elland, D.C. (1998). The Effect of Motivational Arousal Through Films on Salivary Immunoglobulin A. Psychology and Health. 2:31-52.

Meichenbaum, D. (1977). Cognitive Behavioral Modification. New York: Plenum.

Norris, P.A. (1988). Clinical Psychoneuroimmunology. In Basmajian, J.V. (Ed.) Biofeedback: Principles and Practice for Clinicians. Baltimore: Williams & Wilkins.

O'Regan, B. (1989). Barries to Novelty II. Noetic Sciences Review. 13.

Rossi, E.L. & Check, D.B. (1988). Mind Body Therapy. New York : Norton.

Rossman, M.L. (1987). Healing Yourself. Mill Valley: Insight.

Schneider, J., Smith, C.W., & Whitcher, S. (1984). The Relationship of Mental Imagery to White Blood Cell Function. Paper presented at 36th annual convention of the Society for Clinical and Experimental Hypnosis. San Antonio, TX.

Schneider, J. (1989). Imagery and Imune Function. Paper presented at the annual conference of the American Association for the Study of Mental Imagery. Washington, DC.

# دور خدمات الصحة النفسية للطفل والمراهق في الوقاية من اللاضطراب الاكتئابي المتأخر «مشاكل وتوقعات»

المؤلف: Richard Harrington
ترجمة:
الدكتور: محمد قاسم عبد الله(**)
الدكتور: وليد المصري(**)

العنوان الأصلي للمقال:

The role of the child and Adoolescent Mental Health Service in preventing later Depressive Disorder: Problems and Prospects In Child psychlogy and psychiatry review Vo2, No2, 1997.

## دور خدمات الصحة النفسية للطفل والمراهق في الوقاية من اللاضطرابات الاكتئابية المتأخرة مشاكل وتوقعات

إن المتخصصين بالصحة العقلية نجدهم مدفوعين للقيام بدور أكبر في الوقاية من الاضطرابات العقلية، ولكن هل ترانا وصلنا إلى موقع للدعوة إلى استبدال العلاج الاكلينيكي بنشاطات وقائية؟

إن هذه المقالة تدرس هذا السؤال إضافة إلى الإشارة إلى الدور الذي يمكن للصحة العقلية ـ للطفل والمراهق ـ أن يلعبه في الوقاية من الاضطرابات الاكتئابية في المراهقة المتأخرة وفي بواكير سن الرشد.

من الواضح أن الوقاية من الاضطرابات الاكتئابية هي مشكلة معقدة إضافة إلى النقص في المعلومات حول فعالية العديد من المداخلات (الوقائية) التي

(*) د. محمد عبد الله: دكتوراه في علم النفس السريري والصحة النفسية ـ مدرس الصحة النفسية ووكيل كلية التربية ـ جامعة حلب.

(**) د. وليد المصري: دكتوراه في علم نفس النمو ـ مدرس في كلية التربية بجامعة حلب.

يمكن اعتبارها فعالة (مؤثرة)، علاوة على ذلك فإن بعض المداخلات قد تكون مؤذية (ذات مفعول سلبي).

على الرغم من ذلك فإنه يوجد بعض الفرص لمنع الاضطرابات الاكتئابية فيما بعد (في الحياة المتقدمة)، وخاصة إذا استخدمنا المعالجة البكرة والفعّالة للاضطراب، بالإضافة الى وجود عدة حالات أخرى حيث الاحتمالات واعدة ومبشرة وحيث أبحاث إخرى مشار إليها.

مقدمة:

إن الفكرة القائلة أن الاضطرابات العقلية في أولى مراحلها يمكن منعها (الوقاية منها) هي فكرة واردة لعدة أسباب:

**أولاً** ـ هناك مجموعة دراسات أظهرت أن هذه الحالات تترافق في خلل أو ضعف شديد ومعاناة، والسبب الإكثر شيوعاً للخلل أو الضعف الوظيفي في كلا مرحلتي والمراهقة هو الاضطراب العقلي (Bonez Meltzer 1989).

**ثانياً** ـ دراسات المتابعة(*) وجدتْ بشكل متكرر أن العديد من هذه الاضطرابات يكون مآلها(**) (انذارها) ضعيفاً، مع قلة مناعة لعدة حالات تمتد في حياة الراشد.

وحيث أن الأبحاث في الصفات (والفروق) الفردية للأطفال والمراهقين الذين يعانون من الاضطرابات العقلية قد تطورت، فإن العوامل التي تحدد الخطر قد تضيقت وتمّ التخفيف من أثرها، وأن الوقاية قد أصبحت هدفًا سهل المنال، ولكن من الذي يدخل في النشاطات الوقائية؟.

تعتبر برامج الوقاية من الاضطرابات العقلية لدى الشباب في الغالب ميدان الصحة العامة، والتربية وانظمة الرعاية الاجتماعية، مع ذلك فقد تم اقتراح أن خدمات الصحة النفسية للطفل المراهق (CAMHE) Child and Adolescent Mental Health Services يمكن أن تأخذ دوراً في الوقاية من الأمراض العقلية، ليس في مرحلة الطفولة وحسب (Kurtz A66, Richrdsonm and Williams 1966) وإنما أيضاً في بواكير حياة الراشد (parry 1994). إن كتب الإرشاد للمتخصصين في الصحة العقلية أصبحت تضم أبواباً في الوقاية (Oraham 194) وفي المملكة المتحدة يقوم قسم الصحة بتصنيف تدعيم الصحة كواحد من ثلاث وظائف أساسية لخدمات الصحة النفسية للاطفال والمراهقين (AMHS).

وتعتبر الوقاية كجزء هام من أعمال المتخصصين بالصحة النفسية للطفل من قبل المؤسسات المتخصصة مثل الكلية الملكية للأطباء النفسيين (قسم الطفل والمراهق في الكلية الملكية للأطباء النفسيين ١٩٩٠) ولكن أترانا وصلنا إلى درجة الدعوة الى استبدال أساليب العلاج الاكلينكي بالانشطة الوقائية؟ إذا صح هذا فإلى اي ممارسة وإنجاز تفاؤلي تشير الأبحاث؟ وأي نوع من المشاكل سنواجه؟

تعالج هذه المقالة بعضاً من هذه الأسئلة مع إشارة خاصة إلى الدور الذي يمكن لخدمات الصحة النفسي للأطفال والمراهقين (CAMHS) أن تلعبه في الوقاية من الاضطرابات الاكتئابية في مرحلة المراهقة المتأخرة وبداية مرحلة الرشد.

---

(*) دراسات المتابعة Follow-up: أي الدراسات التي أجريت على المرضى وتابعتهم خلال معاناتهم للاضطراب وفترات المعالجة أيضاً.

(**) مآل المرضى أو انذاره أي التنبؤ بما سيؤول إليه المرض في المستقبل ومدى التحسن الذي يمر به المريض بعد المعالجة خاصة.

إن القرار يجعل اضطراب وحيد هو ما يركّز عليه هذا البحث، وذلك بدلاً من اضطرابات مضاعفة (متعددة) ـ هذا القرار قد اتخذ بعد تفكير طويل.

وهناك فائدة هامة من اتخاذ اضطراب وحيد هو أن عوامل الخطر وانتشار الوباء يمكن أن تحدد بدقة أكبر، لقد تم الاتفاق على ان استراتيجية كهذه تنمو لتخفيف قوة المداخلات التي تقي اكثر من اضطراب واحد، وعلاوة على ذلك يوجد دليل نام هو أن اضطرابات عقلية مختلفة لها عوامل خطر منفصلة (مختلفة) ومشتركة، ولذلك تصبح برامج الوقاية بحاجة إلى ان تضم استراتيجيات عامة إضافة الى الخاصة، من المهم جداً أن نكون واضحين بشأن ما نحاول منعه أو الوقاية منه، في أيّ شخص ولأيّ سن (في اية مرحلة عمرية).

يعتبر الاكتئاب في سن الرشد المبكر من الموضوعات الهامة التي نعمل للوقاية منه، لأنه مشكلة عامة ومستعصية تسبب إنهاكاً وخللاً للوظائف إضافة إلى المعاناة.

ولإبتكار استر اتيجية لمنع الاضطراب الاكتئابي من المهم:

١ ـ تحديده (تعريفه).

٢ ـ فرض (وتقرير) أسبابه ومدى انتشاره (وبائياته).

٣ ـ تعيين الاستراتيجيات التي بالإمكان أن تمنعه (وتعمل على الوقاية منه).

٤ ـ وأخيراً الاختيار من بين هذه الاستراتيجيات.

## تعريف الاضطرابات الاكتئابي:

إن برنامجاً منطقياً للوقاية يجب أن يمتلك تعريفً واضحاً بالمشكلة التي يريد منعها أو الوقاية منها، هذه المقالة تهتم بالوقاية من الاضطرابات الاكتئابية أحادية القطب unipolar ذات الشدة المعتدلة في المراهقة المتأخرة ومرحلة الرشد المبكرة.

هناك ابحاث عديدة حول تعريف وتصنيف الاضطراب الاكتئابي أحادي القطب لدى الناشئة والراشدين، ولكن فيما يخص أهداف هذه النشرة فإن إيجاد مفتاحين يكون أمراً مثمراً:

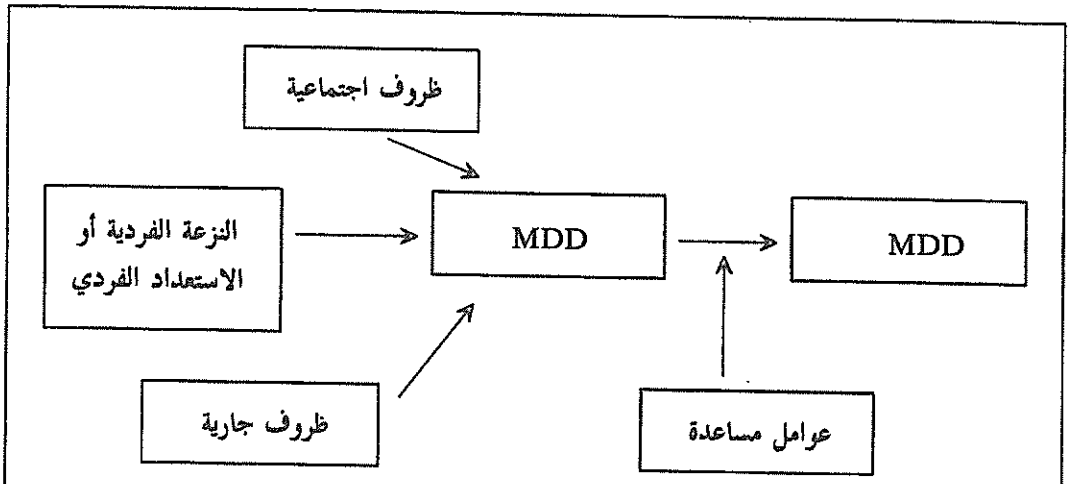
**أولاً:** الحد الفاصل بين الاكتئاب كإضطراب وبين الأعراض الاكتئابية هو حدّ غائم وغير واضح، وهناك صعوبة كبيرة في تحديد أيها يعتبر «حالة» أي عرض وهذا الموضوع له أهميته، فقبل أن نستخدم البرامج الوقائية بشكل واسع فمن الضروري أن نثبت أنها تعمل (بفعالية)، وهذا الأمر قد يصعب تحقيقه عندما يصعب تحديد النتائج.

**ثانياً ـ** هناك دليل متزايد ان الاضطرابات الاكتئابية بين الناشئة هي النقطة النهائية لمجموعة متنوعة من الحالات، مثال: حالات تتصف بمزيج من الاكتئاب مع اضطراب السلوك (التصرف) تختلف عن حالات من الاكتئاب الصرف فيما يتعلق بنتائج كليهما وعوامل الخطر، ولا يمكن أن ندّعي بإن البرامج التي تمنع (تقي من) احد أشكال الاضطراب الآخر.

## عوامل الخطر... وآلية الخطر:

لقد بينت الأبحاث الحديثة عدداً من عوامل الخطر التي تترافق بشكل كبير من الاضطرابات الاكتئابية عند الناشئ (Harrington 1993) ويمكن تلخيصها بما يلي:

الاستعداد الفردي ـ النزعة أو الاستعداد الاجتماعي ـ المصائب الجارية ـ والعوامل التي تدعّم المشكلة أو تجعلها أكثر سوءاً (كما يبين الشكل رقم ١).




شكل (١) نموذج تخطيطي لأسباب الاضطرابات الاكتئابي الرئيسي MDD(*).

**النزعة الفردية (أو الاستعداد الفردي):** تتضمن عوامل وراثية ـ صعوبات في تشكيل علاقات اجتماعية أساليب سلبية للتفكير.

**النزعة الاجتماعية (أو الاستعداد الاجتماعي):** تتضمن الفقر ـ الطبقة الاجتماعية المنخفضة ـ الجو العائلي العدواني.

**الصعوبات الجارية:** تتضمن نسبة واسعة من أحداث الحياة السلبية الحادة مثل: موت أحد الوالدين وصعوبات أو مشكلات مزمنة كالصداع والرفض العائلي وعدم القدرة على الانسجام، والمعاملة السيئة مثل كون الشخص مسيطراً عليه.

وطالما ان الاضطرابات الاكتئابية في الناشئة هي ذات مخاطر متكررة عالية فإن برامج الوقاية تحتاج أيضاً على معلومات حول العوامل التي أدت إلى ذلك التكرار والاستمرار (أي العوامل امدعمة والمساعدة)، لأنه في اي سن تعطى، فإن نسبة المتأثرين ستكون حالات قديمة مستعصية الشفاء.

إن العوامل التي تدعم الاضطراب الاكتئابي ليست دائماً مشابهة لتلك الأعراض التي تظهر في أول المرض التي يمكن التنبوؤ بها، ولكن تتضمن شدة الاضطراب الأولي (المبدئي) ـ وضغوطات (شدات) عائلية ـ ظواهر مزاجية على الرغم من أن تحديد عوامل الخطر Risk Factors هي خطوة مبدئية هامة في الوقاية من الاضطراب العقلي فإن أمور وقضايا من المفروض أن تتولد في الذهن لدى تفسير والتأويل في لائحة المعلومات الموجودة ـ فيما يتعلق بالاكتئاب في مرحلة الرشد المبكرة.

**أولاً ـ** في عدة أمثلة نجد أنه من غير الواضح فيما إذا كان التداعي والترابط يمثل آليات الخطر أو إذا كان مزيفاً أو منسباً بعملية أخرى.

**مثال:** يوجد ترابط قوي جداً بين اكتئاب المراهقة

(*) MDD : وهي اختصار لـ Major Depressive Disorder أي الاضطراب الاكتئابي الرئيس (أو الذهاني).

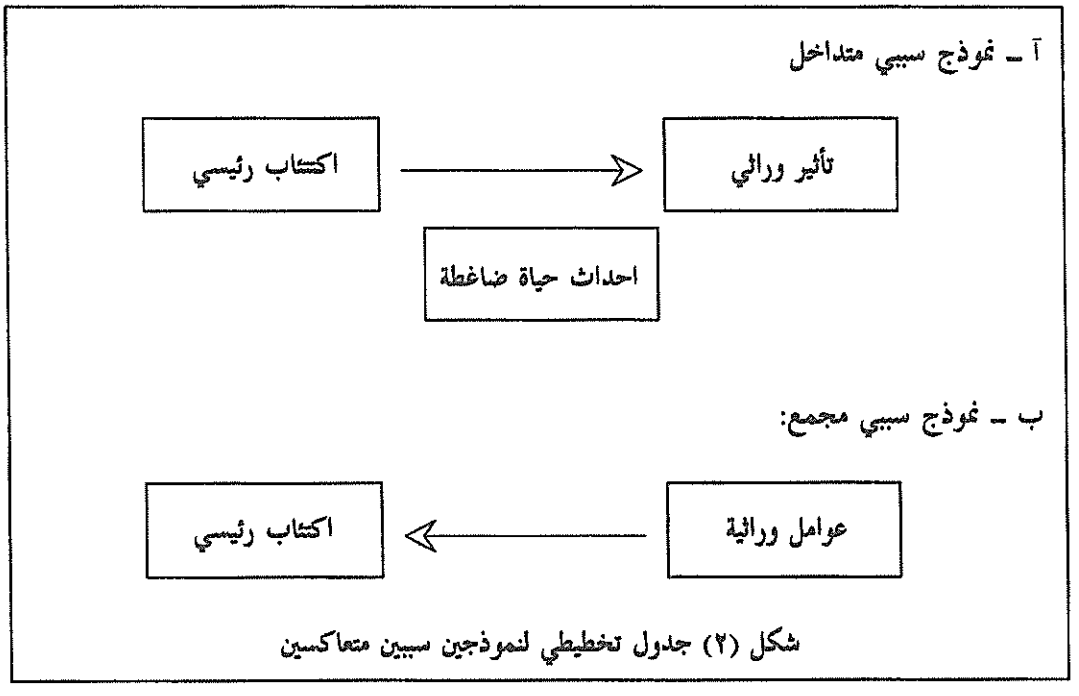
والمشاكل التي تسببها علاقات الأقران، ولكن لا يزال من غير الواضح فيما إذا كانت مشاكل الأقران هي السبب أو النتيجة للإكتئاب أو إذا كان كلاهما يسببه عامل ثالث.

ثانياً ـ العديد من عوامل الخطر Risk Factors (أي احتمال الوقوع في خطر) الاضطراب الاكتئابي لدى الناشئة تحدث بمعدل تكرار بالنسبة لتعداد السكان العام، والمخاطر التي يمكن أن تنسب إلى أي عامل هي على الغالب قليلة جداً. فمثلاً حوالي ٣٪ فقط من الأطفال سيعانون تجربة موت أحد الوالدين قبل سن/ ١٦/ (Garmezy, Mastin 1994) وحالما يتم ضبط عوامل الخطر الأخرى فإن المخاطر النسبية (المتصلة بالاكتئاب) لدى الأطفال المفجوعين من المحتمل ان لا تزيد على ٥٠٪ أكبر منها لدى غير المفجوعين (Brent 1994)

هذا يعني أنه حتى إذا كانت كل حالة اكتئاب بعد الفاجعة قد تم منعها بعد ذلك فإن العدد بالأكثرية (بشكل أعظمي) لحالات المكتئبين ستتناقص إلى أقل من ٢٠٪.

ثالثاً ـ على الرغم من وجود اتفاق واسع على ان الاضطرابات الاكتئابية في كل الاعمار متعددة العوامل، فلا نزال بعيدين جداً عن فهم كيفية ترابط عوامل الخطر لتشيكل الاضطراب.

لنعتبر مثلاً أن عاملي الخطر: استعداد ورائي وأحداث حياة ضاغطة الجزء العلوي من الشكل رقم (٢) يعرض نموذجا تفعالياً بسيطاً فيه العوامل الوراثية تؤثر على خطر اكتئاب رئيسي من خلال التأثير على قابلية تعرض الأفراد لأحداث الحياة الضاغطة ذات التأثير الاكتئابي.




شكل (٢) جدول تخطيطي لنموذجين سببين متعاكسين

هذا النوع معروف أيضاً باسم نموذج القابلية للتعرض أو القابلية للعطب وله جاذبية واضحة للبرامج الوقائية لأنه تداخلاً موجهاً إلى الطريقة التي يتعامل بها الأفراد مع المصائب، لا يمنع فقط المخاطر التي تنشأ من المصائب نفسها ولكن أيضاً التي تنشأ من الاستعدادات الوراثية، ومع دلك نجد من الصعب ان نبرهن ـ على نحو موثوق ـ أن عوامل الخطر للاكتئاب تعمل بشكل متداخل، وهكذا، على سبيل المثال: في دراسات حديثة حول التوائم في شمال أمريكا عن الاكتئاب الرئيسي Major Depression لدى النسوة الراشدات وجد معظم تأثيرات أحداث الحياة الضاغطة والاحتمالات الوراثية هي منفصلة ومستقلة عن بعضها بعضا CKendle (1995) فقط جزء ضئيل نسبياً من اثر الجينات والمحيط يمكن تفسيرها يترابط بين الاثنين.

لقد استخدمت الطرق الاحصائية ولكشف الطرق التي تبين درجة اتحاد عوامل الخطر وكم هي معقدة، وربما هي تقلل من أهمية التداخلات أو الترابط. ويبدو من الواضح للكثيرين منا، من العمل الاكلينكي ان بعض الأفراد أكثر احتمالاً لتطور الاكتئاب في وجه المحن من الآخرين، ومع ذلك، فإن الحقيقة تبقى أنه على مستوى السكان (والمجتمع الأصلي) وباعتبار اتحاد المورثات وعوامل الخطر المحيطية لتسبيب الاضطراب الاكتئابي فإن النموذج المجمع هو النموذج الذي يلقي التأييد الأكبر. بتعبير آخر، المخاطر العظمى للاضطراب الاكتئابي يمكن اعتبارها ببساطة كخلاصة للمورثات والعوامل المحيطية (كما يبين الجزء السفلي من الشكل رقم ٢).

هذا يعني أن أي برنامج وقائي يجب أن يعالج العديد من عوامل الخطر هذه للحصول على تأثير ناجع (ذو مغزى) في معدّل الاكتئاب. وربما لا يوجد نقطة وحيدة يمكن أن ننشد عندها التداخل.

## أشكال الفعاليات أو الأنشطة الوقائية:

الواضح إذن أن برنامجاً للوقاية من الاضطراب الاكتئابي سيحتاج أن يتضمن تنوعاً لمداخلات مختلفة.

في احد الاجتماعات، ثلاثة أنماط من الأنشطة يمكن أن تمنع الاضطراب في سن متأخر قد تمّ الاعتراف بها وأقرت (الاكاديمية الوطنية للعلوم ١٩٩٤).

١ ـ الأول: الوقاية ويتضمن نشاطات تقلل مدى الاضطراب عند أولئك الذين لم تتطور الحالة بهم بعد.

٢ ـ الثاني: العلاج ويتضمن تحديد الحالة ومعالجة معيارية للاضطراب الذي قد تنشأ في الشخص إذا استطاعت معالجة كهذه أن تقلل استمرار الاضطراب يكون باستطاعتها أن تحد وتنقص نقطة انتشار أو تفش الاضطراب في سن لاحق. وبالتالي يمكن اعتبارها مشابهة للمعالجة الوقائية.

٣ ـ الثالث: هو التدعيم (المعالجة المدعمة أو المساندة) لها هدف مشابه، ولكنها تهدف لانقاص مخاطر عودة الاضطراب ولانقاص التعقيدات التي يمكن أن تنشأ عنه. هذه التصنيفات تتماشى مع ما يسمى بالوقاية الأولية والثانوية ـ والثلاثية.

إن التمييز ـ في العديد من مشاكل الصحة العقلية ـ بين الوقاية والعلاج هو تمييز ضبابي غامض وغير واضح، وهذه المسألة هامة خاصة عندما يكون الاكتئاب هو غرض المداخلات، وذلك لأنه يصعب تحديد الحد الفاصل بين كون الاضطراب الاكتئابي هو (الحالة) أو (ليس الحالة). لا يوجد نقطة واضحة لعدم التلاحق بين الأعراض والاضطراب. في هذه المقالة سيتم الإشارة الى كل المداخلات التي تعين الأعراض الاكتئابية كمعالجة سواء كانت هذه الأعراض شديدة بحيث يمكن اعتبارها منذراً بتشخيص بالإكتئاب أم لم تكن بهذه الشدة في حين أن تعبير الوقاية سنستخدمه

للإشارة الى المداخلات التي تعين عوامل الخطر بدلاً عن أعراض الاكتئاب نفسه.

ـ هناك نمطان لاستراتيجية الوقاية الأولية: عام وانتقائي:

**الاستراتيجيات الوقائية العامة:**

المداخلات الوقائية العامة تهتم بكل السكان دون النظر إلى وجود عوامل خطر للاكتئاب أم لا، تحصين (مناعة) الطفولة هي مثال جيد عن المداخلات العامة للأمراض المعدية كمرض الخناق Diphtheriaw. وتهدف الاستراتيجيات الوقائية العامة إلى إحداث تغييرات كبيرة في مدى المرض، ومن ثم، نظرياً كل شخص يحصل على التدخل، وتعتبر أقل كرهاً او وصمة اجتماعية من الاستراتيجيات الانتقائية.

وهكذا نجد من الواضح أن خدمات الصحة النفسية للطفل والمراهق CAMHS(*) غير مجهزة لنشر المداخلات بين جميع السكان، ومع ذلك فهناك توقعاً بأن الـ CAMHS سيكون لها دور في تقديم النصح لوكالات أخرى عن أفضل الطرق لمنع المشاكل العقلية للأطفال، ويمكن إنجاز ذلك على مستوى محلي من خلال الاستشارة مع وكالات ذات تأثير السلوك والمواقف (مثل المدارس ـ الخدمات الاجتماعية...) أو على مستوى دولي من خلال جعل الأشخاص السياسيين على علم دائم بمباحث (إصدارات حول) الصحة النفسية.

**مشكلات ومآخذ الاستراتيجيات الوقائية العامة:**

**المشكلة الاولى:** ما هي النصحية التي يمكن لمختصي الصحة النفسية للطفل أن يقدموها للمنظمات مثل: السلطات التربوية ـ الخدمات الاجتماعية ـ وكالات اخرى... وذلك بخصوص أفضل الطرق لمنع الاكتئاب؟.

النقطة الأولى أننا في العديد من الحالات لا ندري ماذا نفعل. وعلى الرغم من أن الأبحاث في العشرين سنة الماضية قد حددت العديد من عوامل الخطر للاضطرابات الاكتئابية فإننا لا تفهم الآليات التي ترتكز عليها هذه الجمعيات الاحصائية، وحتى لو كان السياسيون والوكالات الاخرى مستعدون للإصغاء إلينا فليس من الواضح ما يجب علينا قوله لهم ومن اليسير جداً تقديم نصح سيء.

**مثال:** كون المشاكل الاكتئابية مثل (ايذاء الذات المتعمد: deliberate self-harm) مترابطة بشكل قوي مع الفقر والتأخر الدراسي، فـءنه يبدو من الواضح أن التحسين في مستوى المعيشة سوف ينقص مدى هذه المشاكل، وبالتالي يمكن ان ننصح الحكومة بأن الطريقة الجيدة لتحسين مشاعر الاعتزاز بالذات للأطفال هي من خلال وضع نقود أكثر للتربية والإسكان، ولكن الواقع يشير الى ان التحسين الضخم في مستوى المعيشة لأكثر الأوربيين خلال هذا القرن قد ترافق مع تزايد نسب الاكتئاب والانتحار هذا يعني أنه على الرغم من أن تدني مستوى المعيشة قد يزيد عوامل الخطر الاخرى (مثل سوء التنظيم الأسري والتفكك العائلي). فإن التأثيرات على الاضطراب الاكتئابي غير موجهة.

**المشكلة الثانية:** القضية الثانية هي نقص المعلومات حول أي المداخلات يمكن ان تحمي من اكتئاب لاحق. سوف أناقش فيما بعد بعض الامثلة من مداخلات تبدو نظرياً انها تحمي من الاكتئاب المتأخر (اللاحق) لأنها تعين عوامل الخطر المحددة للاضطراب مثل الفقر الوالدي والسيطرة، ومع ذلك ولا واحد من هذه المداخلات قد اثبت تأثيراً في منع الاضطراب الاكتئابي حتى على المدى القصير إذا تركنا المدى الطويل جانباً.

---

(*) CAMHS وهو اختصار لـ خدمات الصحة النفسية للطفل والمراهق Child and Adolescent Mental Health Servece وسنستخدمها اختصار كما في الأصل.

ولكن هذا لا يعني بالطبع أننا يجب أن لا نؤيدها فهناك الكثير من الأمثلة في الصحة العامة حيث أن القرار بإدخال نظام لم ينتظر وقتاً طويلاً للتحقيق العلمي، ومع ذلك فإن النقص في المعلومات حول الفعالية (مدى التأثير) يجعل من الصعب أن نقرر أياً من المداخلات العديدة الممكنة يجب علينا توظيفه وفي المناخ الجاري (الحالي) عن الدواء (المرتكز على دليل) من الصعب أن نحدد تكاليف المداخلات التي لم تقيم بشكل مناسب.

**المشكلة الثالثة:** حتى لو عرضنا ما هو الشيء المفضّل، فهل سيكون بإمكاننا وضعه في مجال التطبيق؟ لنفترض مثلاً أن أحد الأبحاث يكشف على ان تدريب مهارات الابوين يمنع الاكتئاب والعدوانية عند الطفل، في ضوء ذلك يمكن للحكومة أن تقرر توظيف برامج واسعة لمثل هذا التدريب (كتقديم مناهج إلى جميع الآباء عن تقويم صحة الطفل) ومع ذلك فهناك على الأقل سببان للاعتقاد بأن مثل هذه المداخلات العامة سيكون لها تأثير ضعيف على المخاطر الكلية للحالة المرضية النفسية اللاحقة.

١) الاتفاق في عدد السكان العام ليس اتفاقاً كبيراً لأنه منصفين مع الابوين فإننا سنعلن بأن قراراً للمشاركة سيجعل اختلافاً صغيراً لفرص اب معين للحصول على ولد مضطرب (التغيير سيكون ضئيل) ومن أجل معظم المداخلات الوقائية العامة، فأن كثيرون يجب أن يشاركوا لمنع ناتج سلبي للقلة، هذه الظاهرة يعبر عنها لـ (وقاية ذات تناقض ظاهري: paradox) (prevention أي المقياس الوقائي الذي يجلب منفعة نتائج وقائية ستظهر بعد عدة سنوات لاحقة من أجل قلة من العائلات المشاركة. إن برامجاً كهذه يجب ان تكون مصممة للحصول على منفعة ملموسة أكثر وحالية (وسريعة) للأبوين أو للطفل أو لكليهما.

٢) أمر يدعو للسخرية حول برامج الوقاية العامة هو أن أولئك الذين في أعلى خطر للحصول على مشاكل لاحقة هم الأقل مشاركة عندها نواجه إمكانية تقديم البرامج العامة (كما تدعى) على نسبة ضئيلة من عدد السكان العام، وحيث الأطفال في هذه النسبة في خطر ضئيل للتعرض والإكتئاب لاحق.

**المشكلة الرابعة:** ـ المشكلة الرابعة تتعلق بالتأثيرات المؤذية الممكنة للبرامج الوقائية من المفروض غالباً أن المداخلات الوقائية العامة يمكن أن يكون مؤذياً بشكل غير مباشر إلى حد أنها تكلف مالاً وهذا المال كان بالإمكان نظرياً أن ينفق على شكل آخر من المداخلات مثل تدخل هادف إلى أولئك الذين هم في مرحلة خطر أعظمي إذا كانت المنافع الصافية من المداخلات العامة أقل من منافع المداخلات الموجهة.

فإن التدخل العام سيكون على احد الوجوه مؤذياً لأن العبء الكلي للاضطراب العقلي في الجماعة سيكون أكبر مما لو انفقنا النقود فقط على التدخل الهادف.

ـ والأمر الأكثر أهمية هو الأذى المباشر الذي قم ينجم عن المداخلات السيكولوجية، حيث أن التدخل العام يقدم منفعة لكل فرد مشترك فإن هذه المنفعة القليلة يمكن أن تلغى (تحجب) تماماً بخطر صغير ناجم عن المداخلة ذاتها كمثال: في الثمانينات في الولايات المتحدة كان هناك نمو سريع لبرامج الوقاية من الانتحار، والعديد من هذه البرامج كانت تهدف الى التوعية لمشاكل انتحار المراهقين بين الطلاب ومع ذلك لا يوجد دليل قوي على ان هذه البرامج الواسعة قد افادت بشيء، بل ولعلها تسببت بالضرر من خلال مضايقة التلاميذ.

**امثلة عن الاستراتيجيات الوقائية العامة:**

ـ من الواضح إذن أن هناك أسباباً تدعو للحذر والروية، ولكن هذا لا يعني أننا يجب ان نقف مكتوفي الايدي اننا نعرف قدراً كافياً من آليات الاضطرابات الاكتئابية لكي نقدم بعض التوجيه حول السياسات الوقائية العامة.

كمثال عن ذلك: هناك دليل بأن المسك والدرب النهائي الشائع على الأقل لبعض عوامل احتمال الوقوع في خطر الاضطرابات الاكتئابية يتضمن التشتت العائلي، وهناك دراسات عرضية اظهرت بشكل متكرر علاقة بين الاضطرابات الاكتئابية الصبيانية (للاحداث) وبين الصعوبات العائلية ـ ودراسات طولانية تؤيد فكرة ان المشاكل العائلية قد تسبب الاكتئاب لبعض الاطفال، علاوة على ذلك فإن دراسات للراشدين المكتئبين تقترح ان الافتقار المبكر للرعاية هو عامل خطر لتطور الاكتئاب في بواكير مرحلة الرشد وعلى هذا فان سياسة زيادة الضغوطات (والشدات النفسية) المتعلقة بالمحيط المدرسي (كالسيطرة) ترتبط بشكل متكرر بالاكتئابي والسلوك الانتحاري فيكون من المفيد تطوير التنظيم المدرسي.

٢ ـ نمط آخر لمقياس وقائي عام لا يتألف من إزالة السبب المفترض للاكتئاب المترتب عليه وإنما بإضافة عامل آخر على أمل حماية معطاة، كمثال على ذلك: العديد من المدارس الآن تعرض صفوفاً تهدف إلى زيادة كفاءة الفرد في مجالات مثل المهارات الاجتماعية Social skills وهناك أسباب نظرية جيدة تجعلنا نعتقد ان زيادة الكفاءة الاجتماعية والمواقف الايجابية قد يخفف (يمنع الفرد) من آثار الاكتئاب الوراثي، ان المنفعة الكامنة لمثل هذه النظريات انها يجب ان تكون مقبولة للشباب ولعائلاتهم وان هناك مكسب واضح وآني للطفل.

**الاستراتيجيات الوقائية الانتقائية:**

واحد من مساويء الاستراتيجيات الوقائية العامة هو ان الناس الذي ليس لديهم مخاطر خاصة سيتعرضون إلى الازعاج والاضطراب دونما حاجة الى ذلك مشكلة خاصة في الوقاية من الاضطراب الاكتئابي، لأنه وكما رأينا في الفقرة السابقة، لا يزال من غير الواضح أي مقاييس عامة ستكون عامة مؤثرة علاوة على ذلك المداخلات العامة يجب ان تكون قابلة للتطبيق على كل شخص حتى ولو كانوا في مرحلة خطر دنيا سينفعون قليلاً جداً قياساً بأولئك ذوي مرحلة الخطر العليا.

استراتيجية بديلة هي من خلال المداخلات باتجاه الزمرة ذات الخطر الأعظمي:

أو كما ندعوها مداخلات انتقائية، في سياق الوقاية من الاضطراب الاكتئابي يمكن التمييز بين نمطين من المداخلات الانتقائية: المداخلات التي تركز على ما هو قابل للعطب والتعرض Vulnerability-Focused والمداخلات التي تركز على الأحداث.

**١ ـ المداخلات الانتقائية التي تركز على ما هو قابل للعطب او للتعرض:**

تهدف هذه المداخلات الى تحسين مرونة الشباب الذين على وشك (وعند خطر) الاكتئاب إما من خلال العمل المباشر مع الطفل أو بشكل غير مباشر عن طريق العمل مع عائلة الطفل، من المحتمل ان افضل عامل خطر للاكتئاب هو وجود الاضطراب في تاريخ هذه العائلة، هذا الترابط يعود إلى عوامل وراثية ولكنها بنفس الوقت انعكاس للعمليات المحيطية للعائلة (كمشاكل الأبوين والتشتت العائلي).

هناك أمثلة عديدة عن المداخلات التي توجه الى عائلات فيها احد الوالدين على الاقل مكتئب، كمثال: بيردسلي والعاملين معه شرحوا برنامجاً ثقافياً لأبوين مكتئبين مصمماً لمعالجتهم بالطريقة الاكلينكية يهدف هذا البرنامج لتحديد بعض الطرق (والمجالات) النفس الاجتماعية التي يعتقد انها صلة الوصل بين الاكتئاب الوالدي وبين الاضطرابات العقلية لنسلم، مثل الضعف في التواصل.

لائحة معلومات اولية تشير الى ان برامج التسهيل، الاكلينيكية هي بشكل عام افضل ـ فيما يتعلق بتغيير السلوك والمواقف للعائلات ـ من محاضرة تدخلية وهناك بحث آخر يرتكز على مشاريع (مناهج) صداقة

مثل نيوبن Newpin والهومستارت Homestart. وهناك متبرعين من الجماعة المحلية قد تطوعوا - وتلقوا تدريباً لعدة اشهر - ثم شكلوا ثنائيات مع امهات الزبائن الذين هم مكتئبين على الغالب، والهدف هو تقليص الاكتئاب المتعلق بالأم واهمال الطفل وازعاجه.

- نوع آخر هو اضطراب عقلب غير اكتئابي، مثال: حوالي خمس (١/٥) الاطفال الذين يعانون من الاضطراب الاكتئابي لديهم ايضا اضطراب سلوكي، وهناك دراسات طولانية تفترض ان الاكتئاب يتسبب على الغالب بمشاكل للسلوك وهكذا فان معالجة الاضطراب السلوكي يمكن ان تقلل من خطر تكرار الاضطراب الاكتئابي.

**٢ - المداخلات الانتقائية المرتكزة على الحدث:**

تركز المداخلات النشاطات الوقائية على الأحداث التي من المعتقد أنها مرتبطة بالاكتئاب مثل (المعاملة الجنسية السيئة - المصاب بالفاجعة - وتجارب اخرى قاسية)، الفكرة هنا هي مساعدة الأطفال الذين يتعرضون لصدمات وذلك باستخدام تقنيات سيكولوجية مثل الاستجواب هذه التقنيات قد تتطلب معالجاً نفسياً ماهراً Psychotherapist ومتخصصين بالعلاج الاسري ولكن يوجد حالياً العديد من التنظيمات تقدم طروداً للمساعدة الذاتية ونصحاً لهؤلاء الناشئة وعائلاتهم.

وكما تم التوضيح سابقاً بأن بعض هذه الأحداث هي نادة الوقوع وتحمل خطراً ضئيلاً بتكرار الاكتئاب، لذلك فإن منع مثل هذه الأحداث او معالجة الحالة النفسية المترتبة عليها سيكون لها تأثير محدود على أحداث لها ارتباط اكبر باحتمال خطر الوقوع في الاكتئاب، مثال: أظهرت دراسات عديدة حول اكتئاب الراشدين ان الترابط بين سوء المعاملة الجنسية والاكتئاب في بواكير حياة الرشد له علاقة بخطر احتمال الوقوع في الاكتئاب لـ ١٤٪ من الحالات الكلية.

**منافع المداخلات الوقائية الانتقائية:**

للمداخلات الانتقائية العديد من الفوائد مقارنة بالبرامج العامة، حيث انها موجهة الى أولئك الأفراد المعرضون للعطب فقط فإن اخطار ايذاء الناس الآخرين تكون قليلة، وهذا امر مهم في الوقاية من مشاكل كالعدوان الموجه للذات حيث يمكت للبرامج العامة ان تجعل الأمور أسوء لأنها تسوي وتعم مثل هذا التصرف، اضافة الى امكانية ارتباط هذه المداخلات بالحاجات الخاصة للناشيء وللعائلة وهكذا فان الوالدين المهتاجين يمكن حثهم على ايقاف الجدل والطفل المنعزل ان تدعوه الى نشاطات منهجية اضافية - والاب المكتئب يمكن تشجيعه لحضور برامج علاجية، ان النصح المناسب لاحتياجات الاطفال وعوائلهم يعزز البواعث اكثر من النصح الذي لا يلتقي مع الاحتياجات الشخصية.

**مشاكل المداخلات الوقائية الانتقائية:**

مع ذلك فالمداخلات الانتقائية لها مشاكلها مثلها مثل المداخلات العامة، المشكلة الرئيسية هي ان لائحة المعلومات ناقصة فيما اذا كانت المداخلات السيكولوجية الانتقائية تقي من الاضطراب الاكتئابي اللاحق ام لا، وهكذا وعلى سبيل المثال، لم يكن هناك مقياس نظامي للاختبارات الضبطية المبعثرة لمعالجة الاطفال المساء معاملتهم جنسياً، كما ان لائحة المعلومات لدراسات برامج عديدة هي متناقضة، والاختبارات الاكلينكية لمعالجة الآباء المكتئبين لا تزال في طور مبكر لتحديد فيما غذا كان بالمقدور منع الاكتئاب عند الاطفال ام لا، وهذه مشكلة هامة، لأن الهدف من الاستراتيجيات الوقائية الانتقائية ليس التقاط الأطفال في مرحلة الخطر وإنما التقاط الأطفال الذين خطرهم قابلاً للإلغاء وإننا نكون نكون قد أسأنا أكثر تقديم الفائدة لو اخترنا اطفالاً لمداخلات هي غير فعّالة.

ـ في الواقع يوجد أسباب عديدة لاعتبار امكانية أذى المداخلات الانتقائية:

**اولاً ـ** حيث أن الأطفال يتم اختيارهم عندما يكونو في حالة خطر عالية فـءنه من الممكت أن يعانوا اتهاماً بالجبن غير ضروري.

**ثانيا ـ** يوجد اذى مباشر يمكن ان ينتج عن التدخل نفسه، هناك امثلة عديدة في تطبيقات الصحة النفسية للطفل حيث من المؤكد ان المداخلات الانتقائية مع نتائج أسوأ من العناية الروتينية.

**ثالثاً ـ** هناك التأثير السلبي الغير مباشر الذي قد ينجم عندما تتحول مصادر مأخوذة من مجالات اخرى إلى مداخلات وقائية انتقائية لمنفعة غير مثبتة.

مثال: تم اقتراح أن جميع الأطفال المفجوعين يجب النظر إليهم كحالات مستعجلة من قبل المعالجين المتخصصين بالصحة النفسية فإذا أظهر البحث ان المداخلات لمثل هؤلاء الأطفال سيزودهم بالحماية من أمراض سيكوباتية مستقبلية، عندها سيكون هذا استخداماً حكيماً للمصار الاكلينيكية النادرة، ومع ذلك فإنه في الوقت الحالي، ومن أجل العديد من خدمات الصحة النفسية في المملكة المتحدة ستعطى الأولوية للأولاد المفجوعين (ولو أن العديد منهم غير مصابين باضطراب عقلي هام) على الأولاد الغير مفجوعين الذين لديهم حالات عقلية راسخة.

ولكن هذا لا يعني أننا لن نقدم مساعدة للأطفال الذين وصلوا مرحلة الخطر، فإذا طلب الطفل والعائلة المساعدة وكان للطفل اعراض المرض فإنه من الواجب تقديم النصح إضافة الى الدعن، ومع ذلك فإن انتفاء الأطفال حسب اسس عوامل الخطر فقط كالأحداث المخزنة، لن يكون استراتيجية وقائية فعّالة كما وتظهر الأدلة الراهنة.

السلبية الثالثة لاستراتيجات الوقاية الانتقائية هو أن المداخلات المرتبطة بمجموعة وصلت إلى مرحلة خطر عالية لن تمنع معظم حالات الاضطراب الاكتئابي لأنه لا يوجد عوامل خطر محددة لهذا البعد موجود في أكثر من ٥٠٪ من حالات الاكتئاب، وهكذا... وعلى سبيل المثال فإنه حتى عوامل الخطر القوية مثل وجود قريب من الدرجة الأولى لديه اضطراب اكتئابي يحدث في اقل من ١/٣ المراهقين المصابين بالاكتئاب.

## معالجة الأعراض:

تدل الدراسات في حالات الاكتئاب لدى الراشدين أنه كلما عولج بشكل مبكر كلما كان الناتج أفضل. يشير اتجاه آخر للوقاية المبكرة للأعراض المبدئية للاضطراب الاكتئابي الى وجوب المداخلة في المراحل الأولى للعملية ـ عندما تظهر الأعراض على المراهق ولكن لا يكون قد وصل إلى درجة الاضطراب بعد، وافضل استراتيجية مدروسة هي من خلال تعيين المراهقين الذين حصلوا على نقاط عالية في استخبار حول الاكتئاب ومن ثم تقديم منهاج معالجة لهم. إن لائحة المعلومات الأولية من الدراسات لمداخلات كهذه مشجعة (واعدة). وقد أعلن جايوكس (١٩٩٤) أنه في الأطفال المعينين على أنهم في مرحلة خطر عالية بسبب اعراض الاكتئاب او صراع أمومي، فإن برنامجاً مدرسياً لـ/١٢/ جلسة علاجية قادنا إلى إنقاص هام في أعراض الاكتئاب، وفي/ ١٩٩٥/ وجد كلارك وزملاؤه ان المراهقين الذين هم في خطر الوقوع في الاضطراب الاكتئابي من خلال الأعراض الاكتئابية كانوا أقل تعرضاً للاضطراب الاكتئابي من خلال الأعراض الاكتئابية كانوا أقل تعرضاً للاضطراب بعد مجموعة مداخلات معرفية ادراكية من أولئك الذين لم يحصلوا على علاج. إن للمداخلات المبكرة ميزتين رئيسيتين على المداخلات الانتقائية هي: أولاً ـ هناك دليل على أنها على الاقل على المدى القصير ـ تمنع (تقي من) النتيجة المنتظرة. ثانياً ـ لأن أعراض الاكتئاب هي منبئات للاضطراب الاكتئابي أفضل من عوامل الخطر. والمداخلات المبكرة

لها قوة تأثير أكبر لتقليص حدوث الاضطراب.

**مشاكل المداخلات المبكرة:**

إن للمداخلات المبكرة أيضاً بعض المضار، والضرر الرئيسي هو أنه على الرغم من أن أعراض الاكتئاب هي منبئات أفضل للاضطراب الاكتئابي من عوامل الخطر الأخرى فإن قوتها التنبؤية لانزال متواضعة، وهكذا فإن المتخصص سيحتاج لمعالجة عدة حالات ذات أعراض اكتئابية ليمنع حالة وحيدة من الاضطراب الاكتئابي، تأمل مثلاً في دراسة كلارك وزملائه/١٩٩٥/: فبعد معالجة خطر الوقوع في اضطراب فعّال كان هناك ١٤,٥٪ للمداخلات مقارنة بـ ٢٥,٧٪ في مرحلة الضبط تمكن من انقاص ١١٪ وهذا يعني أن تسع حالات في مرحلة الخطر يجب معالجتها لمنع حالة واحدة من الاكتئاب. بالطبع هذه النسبة ليست سيئة مقارنة مع الطرق الطبية الوقائية الأخرى فالطبيب الذي يعالج بلين مرضى شديدي التوتر سيحتاج إلى معالجة ما يقرب ٤٠ لمدة ٢٠ سنة لمنع حالة واحدة. مع ذلك، فإن الوقاية من الاضطراب الاكتئابي من خلال معالجة جميع الأطفال ذوي أعراض اكتئابية من مستوى عال سيكون مشروعاً ضخماً، المشكلة الثانية أن الوقاية أصبحت «ممتهنة» (كحرفة) مع الناشئة الذين نظروا إلى انفسهم مسبقاً على انهم اصحاء ويتوجب عليهم الآن أن ينظروا الى انفسهم على انهم بحاجة الى علاج. فمثلاً المراهقة التي تعاني نوبات قلق dysphoria والتي اعتقدت هي ووالدها مسبقاً أن هذه النوبات جزء طبيعي من عملية النو تصنَّف الآن على انها اكتئابية، ربما هذا سيقي من الاضطراب، ولكن بالنسبة للعديد من الناس أن تصنف على انك تعاني من «مشكلة عقلية» هو ظاهرة حساسة، ويبدو الأمر صعباً على وجه الخصوص في المداخلات المستندة الى المدارس حيث سيعرف هذا التصنيف من قبل جماعة الأقران.

ـ والمشكلة المرتبطة بذلك هو أن بعض البرامج المبكرة هي غير ملائمة سلوكياً، إذ أنها ليست جزءاً من ثقافة المراهق، فالمراهقون الذين يحضرون تقنية العلاج الجمعي للتخلص من أعراض الاكتئاب سيعتبرهم جماعة الأقران شاذين (كغرباء)، ولن يكون مدهشاً ان نجد أنه في بعض الدراسات كان الانسجام في العلاج ضئيل جداً، فمثلاً في الدراسة المدرسية التي اجراها جايوكسن وزملاؤه فإن اقل من ٢٠٪ من الحالات المؤهلين لذلك دخلوا الاختبار والتجربة وقد يكون الانسجام جيداً في المدارس حيث انها تزود بمحيط جيد لعرض وتحديد الناشئة المعرضين للاكتئاب، ومع ذلك تبقى المداخلات التي تخالف ثقافة المراهق صعبة التحمل، ومن الملاحظ انه على الرغم من ان الدراسات (النيوكاسل Newcastle) أظهرت لعدة سنوات مضت أن المعالجة النفسية المتضمنة نظاماً تثقيفيا قد عملت في المملكة المتحدة، فإن برامج الصحة النفسية المرتكزة على المدارس قلمّا دامت لأكثر من عدة سنوات.

**علاج الاضطراب المتفشي والمترسخ:**

لدى النظرة الاولى، قد يبدو من غير البديهي أن يكون لعلاج الاضطراب الاكتئابي المتفشي اية علاقة ببرامج الوقاية ـ مهما يكن فإن النقطة الكلية لبرامج الوقاية هي منع الاضطراب. ومع ذلك فقد بينت الدراسات الوقائية الحديثة حول الاضطراب الاكتئابي في سن الرشد ـ أن العلاج النشط أو الفعال للأعراض المبكرة للاضطراب قد تكون ذات جدوى وتأثير على تفشي الاكتئاب في الحياة اللاحقة، وهكذا يوجد كمية لا يستهان بها من الادلة على وجود ارتفاع في نسبة حالات الاكتئاب بين الجماعات المولودة حديثاً/ ١٩٩٥/ وحيث ان الاضطرابات الاكتئابية ستغدو حالات متكررة فإن هذا يعني أنه لدى اي سن معطى فإن نسبة حالات ستكون حالات قديمة قد تكررت، مثال في دراسات (أوريغن Oregon) عو الاضطراب العقلي في المراهقة المتأخرة (المعدل العمري ٦١,٥ سنة) ان حوالي ثلث الحالات كانت قد تعرضت

لسلسلة سابقة من الأحداق وبمعدّل يقترب من الثالثة عشر من العمر. إذا تطلعنا لسن ١٣ فإننا نجد ان الخطر المتعلق بوجود سلسلة اضطرابات اكتئابية في حياة الرشد كان اكبر بـ ٦ مرات عند المرضى المكتئبين مقارنة بالمجموعات الضابطة الطبنفسية ودراسات جماعية وجدت تتابع قوي للاضطراب الاكتئابي، فإذا افترضنا انتشار (تفشي) الاكتئاب في سن ١٣ بنسبة ٣٪، فإنه إذا استطعنا ان نعالج كل حالات الاضطراب الاكتئابي في سن ١٣ فإننا نستطيع نظرياً أن نقلل من خطر الإصابة بالاضطراب الاكتئابي في سن ١٦ بحوالي ١٠٪ ومداخلات اخرى قليلة لها هذه النسبة، إن الاستراتيجيات الوقائية المرتكزة على علاج الاضطرابات المستحكمة لها منافع اخرى عديدة: المنفعة الرئيسية هي وجود دليل على انه في كثير من الحالات نجد ان الاضطرابات الاكتئابية لدى المراهقين يمكن معالجتها بنجاح ـ على الأقل على المدى القصير وهكذا تظهر الاختبارات العشوائية الضبطية بشكل مستمر ان المعالجات النفسية ـ وخاصة العلاج السلوكي المعرفي ـ هي افضل من كل من عدم المعالجة او من المداخلة المقارنة وهنالك اختبار حديث أيضاً مع احد مضادات الاكتئاب «antidepressants» الجديد قد ابدى نتائجاً مشجعة واعدة.

ـ المنفعة الأخرى للاستراتيجيات العلاجية هي سهولة تبريرها للسياسيين والعوام مقارنة بالاستراتيجيات الوقائية الصرفة. فالاستراتيجيات العلاجية ترتكز على الأفراد (في فرديتهم) ـ وكما يعلم كلي سياسي ـ فإن إدراك العوام للحاجة للعلاج تستند الى معايير شخصية فالقصص الشخصية عن الأولاد المضطربين التي تعالج بشكل ناجح هي ذات اهتمام شعبي اكبر من المواد المدروسة عن فوائد الاستراتيجيات الوقائية الأولية للسكان بشكل عام وهكذا فـإن النتيجة الأساسية للوقاية لا تتعامل مع مشكلة، والناس الذين لا يعانون من مشكلة فعلية لن يشعروا بأنه قد تم مساعدتهم!.

**مشاكل المعالجة كاستراتيجية وقائية:**

ومع ذلك فان للاستراتيجيات العلاجية مضاراً عديدة:

١ ـ أهم شيء أنه حتى مع العلاج المكثف فإن المراهق المكتئب لا يبدي تجاوباً. مثال: في دراسة حول العلاج السلوكي المعرفي للمرضى بالاكتئاب الرئيسي من المراهقين خارج المشفى وجد «وود وزملاؤه» أنه بعد ستة شهور حوالي ٣/١ الحالات كانت لا تزال مستمرة ومتابعة. كما أن دراسات المتابعة عن امثلة سريرية لحالات اكتئاب، والذين حصلوا على علاج كثيف من نوع او آخر، وجدت انه بعد سنة فإن ١٠٪ منهم ظلوا مكتئبين.

٢ ـ المشكلة الثانية، حيث ان معظم البرامج العلاجية الموجودة ترتكز على الخدمات الاكلينيكية فإنه من الصعب توجيه معظم المراهقين المكتئبين ليس لهم اتصال بمثل هذه الخدمات.

٣ ـ المشكلة الثالثة، هي في التأثيرات القاسية للعلاج، ويبدو هذا واضحاً مع المعالجة الدوائية مثل مضادات الاكتئاب tnicyclic antidepressants، ولكن يمكن حدوثها ايضاً مع المداخلات النفسية.

مثال في دراسة عن العلاج السلوكي المعرفي CBT مع المراهقين المكتئبين تبين لنا عادة ان واحد او اثنين على الاقل من المراهقين قد وجدوا العلاج مكروهاً جداً ورفضوا المتابعة.

٤ ـ المشكلة الرابعة انه حتى عندما تكون السلسلة الاولى من الاكتئاب قد تم علاجها فإنه لا يوجد كفالة بمنع سلسلة اكتئاب لاحقة (مترتبة عليها) لذلك تحتاج استراتيجيات المعالجة ان تكون مترافقة مع استراتيجيات مساندة داعمة على المدى الطويل.

**استراتيجيات المساندة والدعم:**

الاستراتيجيات المساندة Maintenance

strategies (معروفة ايضاً باسم وقاية من الدرجة الثالثة) تهدف الى انقاص الضعف الناجم عن تتابع استمرارية الاضطراب ويمكن تحديد ثلاثة انواع لهذه الاستراتيجيات:

١ ـ الوقاية من النكسة او التكرار.

٢ ـ منع الضعف او العجز المتبقي مثل الانعزال الاجتماعي.

٣ ـ منع تعقيدات (مضاعفات الحالة) مثل العدوان الموجه نحو الذات او اضطرابات ثانوية كاذى الادمان على الكحول.

**١ ـ الوقاية من الانتكاس او المعاودة:**

لقد غدا من الواضح ان هناك خطر كبير للانتكاس لدى المراهقين الذي تعافوا من اضطراب اكتئابي رئيسي وتظهر الدراسات التتبعية على المدى القصير ان هناك حالات انتكاس لدى ٣٠٪ من مجمل المرضى وعلى المدى الطويل يظهر خطر معاودة المرض او تكراره لأكثر من ٥٠٪ من الحالات (دراسات هارنغتن وفوسيتنز ١٩٩٥).

ولدي الراشدين هناك ادلة كثيرة على ان استمرار تناول مضادات الاكتئاب antidepressants لمدة ستة شهور على الاقل بعد الشفاء سوف يمنع النكسة، كما ان المساندة لمدة اطول بدت أيضاً ذات قيمة، ولكن ما يعرف عن قيمة مثال هذا الاستمرار في العلاج لدى المراهقين هو اقل من ذلك بكثير، ومع ذلك فإن لائحة معلومات اولية تشير الى ان متابعة العلاج السلوكي المعرفي CBT بعد الشفاء اكتئاب سيكون ناجعاً في منع الانتكاس.

**٢ ـ منع العجز المترسب او المتبقي:**

على الرغم من ان الاضطرابات الاكتئابية تبدو قابلة للشفاء وللنكسة فإنها غالباً ما ترافق بأنواع من الضعف يستمر بعد الشفاء مثال: وجد بيوغ انتش وزملاؤه أن ضعف علاقة الأقران تستمر لشهور بعد الشفاء وصرح كاندل وديفز ان لوم الذات في نوبات القلق dysphoria لدى المراهق ترافق مع ضعف في العلاقات الحميمة في سن الرشد المبكر.

إن المعلومات قليلة حول معرفة منشأ او معالجة هذا الضعف المتبقس. كما ان اختبارات معالجة قليلة قدمت معلومات أكثر على الناتج مثل الدور (والتوظيف) الاجتماعي وفي بحثنا عن العلاج السلوكي المعرفي CBT جعلت التوظيف العالمي يتحسن أكثر من التدريب على الاسترخاء ولكن لم يكن لهذا العلاج تأثيراً محدد في الأعراض المرافقة للاكتئاب Comorbid مثل مشاكل السلوك والقلق.

**٣ ـ الوقاية من التعقيدات (المضاعفات):**

أكثر هذه المضاعفات أهمية في الاكتئاب هو الانتحار. عادة ما يكون لدى الناشئة المكتئبون أفكاراً انتحارية، ومن الشائع أن بعضهم قد يقوم بمحاولات انتارية وقد صرح ميشيل وزملاؤه بأن حوالي ٤٠٪ من الناشئة المكتئبين قد قاموا بمحاولات انتحارية. هذا الخطر المتزايد للسلوك الانتحاري يبدو انه يتوسع (ويستمر) الى سن الرشد حيث نجد أن حوالي ٣٠٪ من الأولاد المكتئبين قد قاموا بمحاولات انتحارية في سن الرشد وصرحت راو وزملاؤها ان الانتحار التام كان في الأطفال المكتئبين أكثر منه في المجموعات الضابطة للمصابين بأمراض القلق (anxious cotrols).

ليس من الواضح ما هي الطريقة المثلى لانقاص خطر السلوك الانتحاري في الناشئة المكتئبين، ولكن وحيث ان المشاعر الانتحارية هي جزء هام من العلاج الاكلينكي للاكتئاب فإن من المنطقس ان نفترض ان العلاج الفعال للاضطراب الاكتئابي سيقلل من خطر السلوك الانتحاري، ومن الهام ايضاً نقدم مقاييس لتقليل فرصة إذاء الذات، مثال: في دراسة طولانية اجرتها راو والعاملين معها (١٩٩٣) تبين ان ثلاثة من

أصل سبع حالات انتحار كانت تناول جرعات زائدة من مضادات الاكتئاب antidepressont، ربما هناك موقف لحصر استخدام هذا العلاج مع الاحالات التي لم يكن بالامكان ان تستجيب لأنواع اخرى من العلاج.

**مشاكل استراتيجيات المساندة:**

لها تقريباً نفس سلبيات استراتيجيات المعالجة إضافة الى مشكلة ان هذه الاستراتيجيات حتى الآن لن يتم تقييمها بشكل مناسب.

**دور جماعة المتخصصين بالصحة النفسية للطفل:**

ما هو الدور الذي يجب ان يلعبه الخبراء في صحة الطفل النفسية في الاستراتيجيات الوقائية؟ هناك جدل يقول إن الاضطرابات العقلية كالاكتئاب لها علاقة بالطبقة الاجتماعية ومقاييس اخرى للحرمان الاجتماعي، ولأن عوامل كهذه هي خارج نطاق الـ CAMAS فإن الاكلينيكيين ليس لهم دور بالبرامج الوقائية (او لهم دور طفيف) ومع ذلك، فالدليل المستعرض هنا يقترح بان خدمات الصحة النفسية للطفل والمراهقة CAMHS تستطيع أن تتخذ دوراً في الوقاية من الاضطرابات في الحياة اللاحقة ويمكن النظر الى العديد من نشاطات خدمات الصحة النفسية للطفل والمراهق CAMHS(مثل كشف الاكتئاب، التدخل المبكر، العناية اللاحقة الفعالة) على انها وقائية.

هذا بالإضافة إلى أن المتخصصين بالصحة النفسية للطفل لديهم دراية وخبرة ذات نفع للمناظرة الأوسع حول الوقاية «الحقيقية» التي تحصل باستمرار في المملكة المتحدة، هذه المناظرة ستحدث سواء اشتركت خدمات الصحة النفسية للطفل والمراهق «AMHS» أم لم تشترك، لذلك سيكون افضل بكثير لو اشتركت وحاولت التأثير في هذه العملية.

ومع ذلك ـ وفي نفس الوقت ـ يجب ان نتذكر ان الهدف الرئيس للخدمات الاكلينيكية هو للتنبؤ ـ والتقدير أو التقسسم ـ ولمعالجة الاضطرابات الراسخة. وفي الوقت الراهن هناك خطر ان الوقاية قد تم المتاجرة بها. ومن بين التحذايرات الدرامية من «وباء» الامراض النفسية بين الاطفال والراشدين على السواء، فإن خدمات الصحة العقلية للطفل قد دُفعت للاشتراك في «الوقاية» أكثر فأكثر، غالباً على اعتبار أن هذا سيجعل عملهم الاكلينيكي طبعاً أكثر. هذه الرؤية خاطئة، هناك فرص للوقاية ولخدمات الصحة النفسية للطفل والمراهق الـ CAMHS يمكنها ان تقدم إسهاماً في هذه العملية، ولكننا لا نزال بعيدين عن الهدف حيث يمكن للنشاطات الوقائية أن تقلل من الاضطرابات العقلية الى مستوى يبدل عمل خدمات الصحة النفسية للطفل والمراهق CAMHS.

إن لخدمات الصحة النفسية للطفل والمراهق CAMHS عدة أدوار ممكنة في البرامج الوقائية:

١ ـ يمكن نصح الآخرين عن السياسات والمداخلات التي لها أكبر تأثير وقائي. ويجب القول بأنه في العديد من المداخلات، نحن نفتقر إلى الدليل العلمي الذي نسند عليه قرارنا، ومع ذلك فإن كفاية هذه الأدلة يجب أن تتوازن مع الاستعمالات التي ستوضع من اجلها، مثال: تبدي المعلومات من عدة مصادر مختلفة، أن الناشئة الذين يدخلون ويخرجون من (ملجأ) ومنازل للحضانة او الذين ينشأون في مؤسسات (حيث يعتني بهم أكثر من شخص) سيتعرضون إلى خطر أكبر بالإصابة بالإكتئاب في حياتهم اللاحقة، بينما أولئك الذين لهم نفس الخلفية والذين تم تنشئتهم في محيط عائلي طبيعي يكون احتمال نشأتهم الطبيعية أكبر. ولأسباب واضحة توجد اختبارات مضبوطة لأشكال مختلفة للعناية الوالدية، ولكن دليلاً غير مباشر وقوي بأن العناية الأبوية المستمرة الأفضل تؤدي منافع هامة. إن السياسات التي تؤيد ديمومة المسكن ستكون وقائية من الامراض النفسية اللاحقة.

لا يمكن قول الشيء ذاته عن برامج الاستشارة (النصح) المرتكز على الأحداث التي هي على الأغلب متوفرة للأطفال الذين فجعوا بطريقة أو أخرى ولكنهم لم يصابوا بالاضطراب بعد، إن التجربة تحذرنا من أن برامجاً كهذه قد تؤدي إلى أذى كبير - وهذه البرامج لم يتم اختبارها بشكل مناسب في التجارب والبحوث الاكلينيكية إن خدمات الصحة النفسية للطفل والمراهق CAMHS تنصح المتعاملين بخدمات الصحة النفسية بأن هذه البرامج يجب أن تقدَّم فقط للأطفال والعائلات الذين لديهم مشاكل بشكل واضح والذين يطلبون العون.

٢ - الدور الثاني الذي يمكن ان تلعبه خدمات الصحة النفسية للطفل هو في علاج ومراقبة الأطفال الذين لديهم اضطرابات مترسخة. في الماضي، كانت تتم مراقبة الاضطرابات الاكتئابية في العينات الاكلينيكية المرضية ومن المحتمل أن هذا الوضع كان قائماً لأنه لم يكن هناك دليل يؤيد صحة الفكرة لا في شروط التنبؤ ولا في شروط الاستجابة للعلاج. ولكن الأبحاث تقترح (مفعول) فيما يخص المراهقين على الأقل، أن مفهوم الاضطراب الاكتئابي له صحة تنبؤية لا يستهان بها، والتجارب الضابطة في العينات الاكلينيكية تقترح أن التنويع في العلاج يعطي تأثيراً فعالاً (وود: ١٩٩٦).

وهناك ايضاً رؤية على المدى الطويل بأن علاج وتدبير الاضطرابات الاكتئابية في الناشئة والنتائج الأولية تقترح أن المعالجة على المدى الطويل هي فعالة وعملية (ملائمة بنفس الوقت.

٣ - الدور الثالث لخدمات الصحة النفسية للطفل والمراهق CAMHS هو كمسهّل لبعض برامج الجمعيات المذكورة في هذه المادة. قد يكون هناك دور في الوقاية الأولية من خلال العمل مع زمر من الأساتذة الذين يعملون مع الأطفال الذين هم في خطر مثل الذين هم تحت الاهتمام والرعاية.

**خاتمة:**

من الواضح أن الوقاية من الاضطرابات الاكتئابية هي مشكلة معقدة، وأنه يعوزنا معلومات حول فعالية العديد من المداخلات التي من الممكن أن تكون مفيدة. ومع ذلك، لا يجب علينا ان ندع هذا النقص في الأدلة يشلّ قراراتنا.

كما أن هناك فرصاً عديدة لمنع الاضطرابات الاكتئابية في الحياة المتقدمة بشكل خاص من خلال المعالجة الفعالة والمبكرة للاضطراب، وهناك أيضاً مجالات عديدة أخرى، حيث الامكانات واعدة وابحاث أخرى يمكن الإشارة إليها.

## 1. Running head: Psychology of Adolescence in Egypt

Psychology of Adolescence in Egypt
Josette Abdalla
The American University in Cairo, Egypt

## 2. Anorexia Nervosa and Parental Attitudes in Egypt

Josette Abdalla
The American University in Cairo

## 3. Arabian Study of General Stress Psychopathology and Related Concepts

Radwa M. Ibrahim, Ph.D.*

# Running head: PSYCHOLOGY OF ALOLESCENCE IN EGYPT

## Psychology of Alolescence in Egypt

**Josette Abdalla**

**The American University in Cairo**

crurrent number of professionals working in the area, training programs available, scholarly publications, and services offered to the population. Result indicate that there is a general lack of attention in each of the realms investigated, and recommendation are made for future studies.

Address ofr correspondence:
Josette Abdalla, PhD
The American University in Cairo
Psychology Departement
113 Kasr El Aini Street]
11511 Cairo, Egypt
Tel: 00202 2910922
Email: JOSETTE@acs.auc.eun.eg (JOSETTE must be capitalized

### Abstract

Adolescene is commonly known as a vulnerable and sometimes turbulent time for teens.

It is a period during which habits are formed, associations are made, and a time when decissions are taken which may be pivotal to development. It is believed that by strengthening the field of adolescent psychology important issues may be addressed. In addition, sinve adolescents are the future generation, it is likely that the field of psycholoyg could have an important impact on society. This pilot stydy was designed to inestigate the status of the psychology of adolescence in Egypt . This includes the

Introduction

Traditionally, adolescence has been considered a tumultous period of development. In the life of a normally developing child, adolescence is commonly believed to be more difficult than infancy, early or middle childhood, both for the child and his or her parents. However, while a number of prominent clinicians and theorists refer to adolescence as "a psychologically disturbed state" empirical investigations indicate that the turmoil of this period is greatly exaggerated.

Whichever viewpoint one holds, most agree that adolescence is a challenging and sometimes difficult stage of life. It is a period marked by constant change. The adolescent is experiencing adjustments involving the physical, sexual, psychological and cognitive realms of their lives accompanied by the social demands of parents, peers, teachers and society. It is a period of time during which the adolescent may make decisions which could have serious implications for his or her future.

Some societies have given a great deal of attention to the period of adolescence. In these areas psychology courses, books, professional journals, associations and conferences, counseling centers and support groups have been designed with particular interest in this period of development. Even so, there is an overarching lack of attention to the period of adolescence. Although recent years have witnessed significant changes in attitude toward exceptional children accompanied by the development of research and tailored programs, the extent and quality of services available to children and adolescents who are outside this classification are barely visible. This being so, the population of "normal" children benefits

from more services than are available to adolescents. This is apparent is several realms. For example, it is seen in the media as noted by the availability of children's television programs, books, and magazines. Priority is also seen as schools and universities offer courses and conferences in child development. Research projects are conducted by various organizations some of which are government funded. There is a dearth of such services and programs geared toward adolescents.

The purpose of this project is to assess the current status of the psychology of adolescence in Egypt. Results will be summarized, and recommendations for new services or upgrades for existing services will be made.

Operational Definition of the Status of Adolescent Psychology

A review of the literature produced two main areas which encompass the psychology of adolescence. The first area is direct services which includes school, consultation, and behavior. The second area is indirect services which includes research, program planning, and evaluation. These particular areas will provide the focus for the study and through which the adequacy of the psychology of adolescence in Egypt will be assessed.

Method

Participants

Forty individuals volunteered to participate in this study. Thirty of the participants were professionals specializing in the field of developmental psychology. Fifteen of the respondents hold their Ph.D., five hold a Master's degree, and ten hold a Bachelor of Arts degrees in psychology. Each of these participants is affiliated with various universities, institutions, research centers, and counseling centers in Cairo. The remaining 10

participants are from the following areas: two are headmistresses in private secondary schools; two are adolescents; three are media representatives; and one representative came from each of the following: the Ministries of Mental Health, Social Affairs, and Education. Each participant was cooperative and appeared to enjoy responding to the questions and giving their opinions and recommendations regarding the status of psychology of adolescence in Cairo.

Materials

The survey constructed for this research project includes 15 general, focused, and/or open-ended questions designed to assess the status of adolescent psychology in Egypt. The questions investigate both the theoretical and practical plans. An example of the survey is included in Appendix A.

Results

The general consensus among the participants was that, apart from a limited number of courses on adolescent psychology in universities and institutions, current offering and services are insufficient to meet the current need. More specific descriptions of the current status of adolescent psychology follow and have been broken down into the following areas: courses in schools, courses in universities, training, specialists in the field, clinical settings, conferences, publications, mass media, and special services.

High School Courses in Adolescence

The schools in Cairo are divided into private or governmental and Arabic or language schools. Most of the schools offer the traditional Thanaweya Amma program, although other programs are utilized such as the American International System, the English

System, the French Baccalaureate, an the German Abitur.

General psychology is not taught in all the programs. When it is offered, it is often an upper level course. In the traditional school programs, one general psychology course includes a chapter on child psychology and refers to adolescence only as a developmental phase. This course is obligatory in the Arts section. In the Science and Math sections, psychology is an elective. In the American and British systems, psychology, whether optional or obligatory, is taught in grades 11 - 12, usually through introductory courses that refer to adolescence indirectly.

Courses in Adolescence at the University Level

There are several governmental and private universities in Cairo with a number of associated specialized institutions. As a major, psychology is taught at approximately half of the schools. Some individual psychology courses are taught at intervals such as introductory psychology, general child psychology, social psychology, abnormal and exceptional psychology. There is very little focus on adolescent psychology at the college level. A review of other programs, whether at the undergraduate or graduate levels reveals that there are sufficient courses in psychology and general development. Only one university offers a course in the psychology of adolescence, and does so once every other term.

Training Specialists

The current review indicates that there are no counselor training courses available in Cairo. Two of the subdivisions of the national universities offer courses in "counseling" or

"mental health" either in their undergraduate programs in psychology or education. However, there is no practical training offered such as internships or affiliations to counseling centers.

Counseling Centers

Results indicate that there are only about 25 individuals trained as clinical psychologists in Cairo. Training involves working for a two-year period in a psychiatric hospital or center officially recognized by the ministries of health and education, and successfully completing an oral exam with a board of six individuals representing the various ministries, the psychiatric board, in addition to one psychologist

One university and several institutions specialize in training future counselors. The undergraduate curriculum for this program includes a small number of psychology courses. Again, there are no specific courses in adolescence. Their coursework addresses school and developmental psychology, but not adolescent psychology.

Specialists in the Field

In September, 1997, the Association for Health and Environmental Development, Health Policies and Systems Program (AHD/HPSP) issued a directory which included a database of personal information on those working in or those who expressed interest in the field of social sciences and health. In this directory there is just one individual listed whose field of interest involves child/adolescence/family issues. It is possible that this represents a preliminary attempt to collect information, and may underrepresent the current situation. An updated edition is under preparation, and is expected better to represent the currnt interests in mental health.

It is interesting to note that none of the respondents in the current survey could identify the number of psychologists or psychiatrists working with adolescents. When initially asked about the number of mental health professionals in the area of adolescence, most participants casually responded that there were many. When asked more detailed information, each participant realized that there were, in fact not as many working in the area of adolescence as that initially thought. None were able to identify any professional who was renowned in the field of adolescence. Cumulatively, the group was able to produce a list of over 40 individuals who specialized in teaching child, and developmental of child-related psychology courses in local universities or colleges.

One respondent who works at an institution specializing in childhood, noted that although there were 22 child psychologists at the professor level affiliated to that institution, none of them specialized in adolescence. It was discovered that of those whose work was considered to be clinical in nature, their responsibilities actually focused on training sessions rather than counseling or therapy with the student population.

Four of the participants in this study indicated that they discovered at least one psychiatrists and one psychologists had opened private clinics and treated adolescents. These professionals advertised their services in local psychology periodicals and journals, and noted they specialized in adolescent issues specific to life in Cairo such as preparing for a large local exam and coping with the stress of studying, in addition to emotional issues and the search for identity.

Clinical Settings with a Focus on Adolescent Issues

There are several counseling centers in Cairo. One is associate with a university which has a student population of 4500. The center employs three clinical psychologists, one clinical sociologist, and specializes in issues related to adolescence. It is reported that the clinic is well-used at the center. This center represents a nuclear model for counseling centers for adolescents. The clinicians work with the range of issues typical to adolescents in addition to issues specific to those from the middle-upper and upper stratum of the Egyptian society, as this is the population represented at this university. It is notable that the clinical psychologists are not specifically trained in adolescent issues, but consider themselves to be generalists, and work with this particular population because that is the clientele this center serves.

A private counseling center in Cairo is run by a clinical psychologist and employs other psychologists on both a full and part-time basis. This center receives referrals primarily from a Cairo-based American college. Five out of nearly fifteen of the professionals working at this center have specialized in adolescent psychology. Most of the professionals at this clinic are Americans, and the center offers its services primarily to the foreign population living in Cairo. A dominant issue at this centers is that of culture shock, in addition to the range of adolescent issues.

Another counseling center (associated with an all-female college) focuses primarily on training programs such as mental health. Interviews with approximately 25 students indicated that they were not aware of the center or the services offered. None of the respondents knew of anyone who had gone to the center for help. This raises several

questions such as why did the students not know about the services? Is this due to insufficient advertising on the part of the clinic? Or is it due to lack of need?

The two prominent national universities in Cairo - Cairo University and Ain Shams University - are renowned for their psychology clinic. They employ a number of psychologists who are clinically trained but have specialized essentially in assessment. These clinics receive referrals from schools primarily for the purpose of assessment of learning disabilities or problems in intellectual functioning.

Finally, the results of this assessment also indicates that many of the hospitals in Cairo limit their adolescence-related work to assessment and diagnosis.

Conferences on Adolescence

Few of the conferences held in Egypt focus on the topic of adolescence. The various organizations which hold conferences on a regular basis include issues surrounding adolescence indirectly. A review of the research project titles included in the programs concerning mental health issues indicate that only few manuscripts are dedicated to adolescent themes.

Publications on Adolescent Psychology

There are two main psychology journals in Egypt which are refereed by prominent psychologists. There is no single journal dedicated to adolescence, and the number of published manuscripts on the issue are few as can be inferred from the review of the publications during the past five years.

On another level altogether, and to fill a perceived void, one young woman who worked

with adolescents, produced a magazine devoted to this population. It is written entirely by young people from English language schools. The topics focus on feelings, desires, and issues related to teenagers. The magazine has proven to be popular among young people in Cairo and apparently serves an area of need.

Several Egyptian psychologists affiliated with universities have published books on adolescence. Some of the publications are reputed and considered important contributions to the scientific study of adolescence. The books are geared toward those studying psychology at the university level.

Mass Media

The media plays a major role in enhancing or diminishing interest in many areas. Political figures have brought attention to childhood issues in recent years. While there is a significant number (according to the participants) of reading programs, radio, television, and movies, etc.. that deal with issues related to childhood and early development, adolescence-related issues are less focused upon. More recently, however, i.e. during the last year, several new programs on television have emerged to meet the apparent need. One new program has begun to be aired on television entitled: "Discussion with Adults". The format of this program allows young people to discuss their problems with professionals who have specialized in various area. The need for such programming is apparent by the response of the viewers. It has become a popular program and interest is growing. In the area of radio, two programs are dedicated to young people. One is called "Radio of Youth" and dispenses information on adolescence appropriate for both young

people and adults. A second program is called "Nighttime Confessions" and airs weekly. On this program, the listeners address specialists who are invited to respond. It has been noted that the greatest number of questions come from adolescents regarding the issues of this period. Due to listener interest, the program has evolved to more directly address the adolescent listeners.

Special Services: "Befrienders : Hotline"

This service was established several years ago by a group of psychologists who sensed a need and made themselves available to teens in crisis. The phone line is available 24 hours per day, and though it has not been publicized, it is utilized regularly. The primary issues reported are those surrounding emotional needs and suicidal cases. When necessary, immediate intervention is available, such as referrals to psychiatric services and hospitals.

Discussion

Results of this preliminary study indicate that there is a great lack of attention dedicated to the needs of adolescents. There is little training available for those interested in studying this developmental period, and few services available.

Response to the services that are currently offered appears to be great, such as advertised counseling centers, teen magazines, radio and television programs, and counseling centers. The response suggests that the adolescent population is underserved.

One need which became apparent in the course of this study is training programs which might attract individuals to pursue and develop the study of adolescence, and to offer more services in the future.

It is to hoped that mental health professionals in other societies might use to current model to assess the state of adolescent psychology in order to determine the need and develop more programs which may be appropriate for this population. It would behoove professionals to recognize the needs of adolescents and the potential for future benefits to society.

# Anorexia Nervosa and Parental Attitudes in Egypt

**Josette Abdalla**

**The American University in Cairo**

## Abstract

This study compares the attitudes of parents of anorexic and control subjects in Egypt, taking into consideration socioeconomic class. Sample includes 40 anorexic females ranging between 15 and 25 years of age, and a control group of 24 females comparable in terms of demographic variables. The Parental Attitudes Inventory (PAI) was used to assess parental attitudes. Comparison of the ten attitude scales of the PAI among three Egyptian socioeconomic classes and between control and anorexic females demonstrates overall diffeerences between groups and differences anong six of the scales items, but no differences among socioeconomic classes.

Acknowledgment: The author would like to achnowledge Dr. Farouk Sindioni's cooperation in reviewing this manuscript, adding some constructire suggestions, making a few editorial modifications.

## Introduction

Empirical work over the past 15 years has helped in understanding anorexia nervosa - its clinical features, diagnostic relationship, and pathogenesis. Several theories have been proposed to account for the onset of this eating disorder, including biological, psychoanalytic, behavioristic, as well as psychological interpretations. All evidence in support of one particular perspective, however, has been inconclusive.

There is a prolific psychodynamic and clinical literature on the nature of anorexia nervosa. Many theorists include the role of defense mechanisms in contributing to the psychopathology of this condition. Bruch (1973, 1982) and Sours (1984, 1980) perceive the genesis of anorexia nervosa as an over controlled, over protective, and over conforming childhood, leaving the adolescent unable to complete the task of separation-individuation. Vitousek et al. (1991) and Crisp (1980) see defense mechanisms, namely denial, as a central theme of anorectic patients. Heilbron and Harris (1986) as well as Cramer (1991) believe that the wish for separation as well as a repression of aggressive feelings toward the over controlling mother plays an important factor. Further, Strober and Humphrey (1987) have reported on the hostile and ambivalent attitudes of the anorectic's families toward them. This psychodynamic approach which considers family dynamics interactions is currently the recipient of much attention and research.

Some of the earlier descriptions of anorexia nervosa emphasize the pathogenic role of the family. Mothers have been described as dominant, intrusive, and ambivalent, while fathers have been portrayed as passive and ineffectual. This disorder is sometimes seen as serving a homeostatic or stabilizing role in the family (Goodsitt, 1985). Specific patters of

interactions have been observed including enmeshment, over protection, rigidity, lack of affection and empathy, and within the family, conflict avoidance. The family pathology may well be a result of this disorder rather than a cause (Strober, Lampert, Morrell, Burroughs, & Jacobs, 1990; Halmi, Eckert, Marchi, Sumpugnaro, Apple & Cohen, 1991).

Family system theorists have also proposed that some girls develop anorexia nervosa in an effort to assert their independence. Certain studies of anorexic adolescents, in fact, indicate that their parents have frequently exerted firm control and regulation during their childhood, and their mothers do not correctly recognize the child's needs. There may be a failure on the part of parents to transmit to their daughters a sense of competence and self-value. These parents are also likely to encourage their children to become perfectionist overachievers (Minuchin, Rosman, & Baker, 1978). Consequently, according to these studies, the child grows up with no sense of being in control of, or even properly recognizing, her own bodily sensations. This type of girl may have difficulty in establishing a sense of identity and gaining confidence in her ability to make decisions for herself (Minuchin, et al., 1978).

Therefore, the psychodynamic approach has highlighted specific attitudes and characteristics of parents of anorexia nervosa patients. However, these parental attitudes need to be empirically validated in order to establish a better understanding of anorexia nervosa.

The Egyptian literature contains no psychologically-oriented research on anorexia nervosa. One study, however, that is still unpublished, is currently investigating the prevalence of this disorder in Egypt, and is attempting to uncover the demographic

variables involved. The preliminary results indicate that this eating disorder does, in fact, exist in Egypt, and seems to be similar in terms of demographic distribution as in Western cultures, even though the general trend in Egypt is in favor of plumpishness rather than the slim, skinny look (Fahmy).

This research empirically investigates the plausibility of the psychodynamic perspective in reference to anorexia nervosa in the Egyptian culture. Ten parental attitudes are examined including authoritarianism, over protection, negligence, spoiling, severity, infliction of psychological pain, hesitancy, discrimination, equality, and lying.

The questions delineated in this study are: (1) Is there a significant difference between attitudes of parents of anorexics and parents of control subjects as measured by the Parental Attitudes Inventory (PAI)? (Ismail & Mansour, 1990) and (2) If there is such a difference, what is the correlation with social class?

## Method

### Sample

Two groups of females were selected: an anorexic and a control group. The former group included 40 anorexic females ranging between 15 and 25 years of age. Their selection was on the basis of their being clients attending various counseling centers such as those affiliated with the American University in Cairo, the Ain Shams University's Psychiatric Center, the Helwan and Menoufeya University Counseling Centers, and the Behmen Hospital. These are the most prominent state and private institutions that deal with eating disorders, and represent different demographic variables including geographic distribution (urban and rural areas), socio-economic status (SES) (high, average and low),

educational levels - ranging from highly educated to illiterate, as well as levels of income. No male anorexics were included because all of the patients identified as being anorexic were females.

Identification and selection of persons with anorexia nervosa was based on the psychologist's, psychiatrist's, or physician's diagnosis and referral of the case based on the DSM-IV criteria. The physical appearance of the female candidate for the anorexic group as well as information obtained during the preliminary interview session further confirmed the diagnosis. All subjects included in the sample were females who had been identified as anorexic during the last 6 months and were undergoing therapy during the time of the study.

This groups of anorexic females included 15 upper SES females, 13 average, and 12 lower. SES was determined based on a questionnaire (Ashoush, 1981) which was administered to all parents (whether of the anorexic or the control group) included in the sample.

An attempt was made to identify a control group of 24 females. Anorexic and normal subjects were matched according to demographic variables. This matching procedure produced comparable mean scores of the experimental sample and the control group (Table 1). However, two additional two criteria for inclusion in the control groups were (1) ascertaining from each candidate and her friends that she had had no previous counseling or psychological intervention for any eating disorders or other psychological problems, and (2) the candidate did not meet the DSM-VI criteria for anorexia (as

ascertained by the investigator of this study). The control group included 24 females between 15 and 25 years of age. Eight were upper SES, 8 average, and 8 lower.

The parents of the anorexic patients, as well as those of the control group, had the PAI administered to them. Information about the basic facts connected with the illness status of the daughter in the case of the anorexic group was compiled from the personal data information sheet attached to the PAI as well as from the interview conducted with the parent during administration of the Inventory. Although it had initially been an option that either parent complete the PAI, after administering it to more than 20 parents and finding that the mother volunteered to fill it out, it subsequently became part of the procedural instructions that it be administered to mothers only. In no cases did the father ask to be involved.

Instruments

The main instrument used in this study was the Egyptian-developed instrument, the Parental Attitudes Inventory (PAI), ( Ismail & Mansour,1990).

The inventory is designed to measure ten parental attitudes: authoritarianism, overprotectiveness, negligence, spoiling, severity, infliction of psychological pain, hesitancy, discrimination, equality, and lying. The inventory is composed of 146 statements to which each parent has to answer by (1) agree, (2) disagree, or (3) hesitate. Scoring keys are available and through these numerical scores can be given for each attitude. Parents from the start are informed that there are no correct or wrong answers, and that their answers simply represent existing parental attitudes.

The PAI was standardized for the Egyptian environment by the above-mentioned researchers. Statistical analysis of the internal consistency and stability of the PAI indicated a high degree of reliability, e.g. a correlation coefficient of .992 between test and retest. Correlation between PAI 's cores and Arab clinicians' ratings indicated a high degree of validity (Ismail & Mansour, 1990).

However, personal information necessary to identify the SES was obtained from the Socio-Economic Status Inventory (Ashoush, 1981). This tool is useful for assessing SES in Egypt. The author's index of SES utilizes ecological area of residency, occupation, education, and income. Numerical ratings are given based on the information obtained from these indexes and collectively form the basis for determining the subject's class. Parents of anorexic and control females were asked to fill out the Inventory.

Information referring to illness status, elapsed time since onset of illness, etc.. was obtained from perusal of files concerning each anorexic patient, and corroborated by interviews with the females and/or their parents whenever necessary.

## Results

Table 1 provides means and standard deviations of PAI by group (anorexic and control) and by SES (high, average and low).

A 2 X 3 multivariate analysis of variance (MANOVA) was conducted to determine the relationship between control and anorexic and levels of SES and the PAI attitudes. The MANOVA revealed a main effect for group (Wilks' lambada $\lambda$= .15) approximate $F(10,49) = 27.59$, $p<0.001$, but no main effect for SES and no interaction. Since the Wilks' Lambada result is close to 0 (.15), this indicates that the variable group means

(control and anorexic) differ. Values close to 1, as with SES (.76), indicate that the means of the SES groups are not different.

Follow-up univariate analyses of variance (ANOVA) showed significant differences for all but three of the PAI attitudes; spoiling, hesitancy and lying (Table 2). Table 2 also demonstrates non-significant findings on each of the attitudes by SES and shows that the control group and anorexic group differed among all variables except negligence, spoiling, hesitancy, and lying. There was only one significant interaction between SES and the group variables, and this was on the attitude negligence $F(5,63)=5.47$, $p<0.1$. A Tukey HSD post-hoc analysis was performed on the PAI attitude, negligence4, and the result was non-significant. However, when the less conservative Fisher LSD post-hoc was applied, the difference between low and high SES was significant ($p<0.05$). It should be noted that there were no main effects of either the group variable or SES variable on this PAI attitude. Since this result is an interaction without significant main effects, interpretation should be viewed with caution.

## Discussion

Our comparison of ten scales of the PAI among three Egyptian classes and between control and anorexic females demonstrated overall differences between groups and differences among six of the scale items, but no differences among SES classes. Egyptian reports of anorexia are just emerging and compared to Western numbers of anorexic females, the numbers are slowly growing (Fahmy). Some of the reasons for these growth patterns among a culture that is known for appreciating the more plump female body may be due to the availability of global information and advertising. However, this

study hoped to demonstrate that parental attitudes using an Egyptian developed instrument (PAI) and based on psychodynamic theory would discriminate parental attitudes between anorexics and controls. That authoritarianism was a highly significant item of discrimination between anorexics and controls is consistent with other research that indicates that even hospital based treatment of anorexics may be more successful when the ward milieu has less authoritarian care-takers (Beumont, Russel, and Touyz, 1993). That overprotective and more severe parental attitudes as well as a higher level of infliction of psychological pain is consistent with the anorectic's need to acquire power and control found in Minuchin's (1978) writings.

Perhaps a finding that may be supported in future research is that the PAI may prove to be an early diagnostic measure over time. If this instrument is given early in parenting, for example in the early toddler years, there may be indications of the need for re-parental training for authoritarian and over-protective parents, and thus prevention of those parental attitudes that may significantly contribute towards this often fatal disorder.

The idea that the PAI might be conceptualized as a continuum measure to assess the early parental contribution to this eating disorder is an exciting one, and that adds to the results of this study. That is, at what level of authoritarianism does the PAI indicate a probable anorexia disorder. In this study there was a high degree of polarity between parent groups on the authoritarian scale. Much has been written about the notion of an eating disorder continuum (Nylander, 1971; Roding, Silberstein, & Striegel-Moore, 1985), but there is a dearth of systematic research because of the lack of an instrument with which to measure points along the continuum. Possibly, meta-analyses of measures of

authoritarianism would help to provide such a scale and predictors on individual test instruments.

Other preventative measures could be that the PAI could be given to parents of groups of girls thought to be at risk for eating disorders, such as children who are being trained early as athletes, and also given to parents of large groups of middle school and first year high school students to determine the need for preventative efforts aimed at these individuals. Of course, research is needed to confirm that parenting education would ultimately affect this disorder. It is thus, the hope that the PAI will be useful to both eating disorder clinicians, researchers, and ultimately contribute to cross-cultural research.

The findings of this study seem to be in line with results of other studies investigating the psychodynamic approach in anorexia nervosa. In spite of the cultural tendency towards plumpishness, as well as various other cultural nuances that differentiate between Egyptian and non-Egyptian populations, nevertheless, in what concerns anorexia nervosa, certain parental attitudes correlated with this eating disorder, seem to be cross-culturally stable and significant.

Table 1. Means and standard deviations of Parental Attitudes Inventory (PAI) by group (anorexic and control) and by SES.

| | | Control | | | Anorexic | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | SES | | | SES | | |
| | | Low SES | Average SES | High SES | Low SES | Average SES | High SES |
| Authoritarianism | N | 8 | 8 | 8 | 12 | 13 | 15 |
| | Mean | 8.25 | 6.00 | 6.25 | 29.17 | 28.31 | 31.07 |
| | Std. Deviation | 9.27 | 9.96 | 7.01 | 2.48 | 2.06 | 3.08 |
| Overprotectiveness | N | 8 | 8 | 8 | 12 | 13 | 15 |
| | Mean | 8.25 | 6.00 | 5.63 | 22.42 | 19.62 | 20.27 |
| | Std. Deviation | 9.27 | 9.96 | 7.35 | 2.71 | 6.92 | 5.69 |
| Negligence | N | 8 | 8 | 8 | 12 | 13 | 15 |
| | Mean | 11.88 | 6.87 | 10.38 | 9.33 | 10.92 | 4.93 |
| | Std. Deviation | 5.69 | 4.05 | 5.95 | 5.19 | 5.42 | 2.71 |
| Spoiling | N | 8 | 8 | 8 | 12 | 13 | 15 |
| | Mean | 6.75 | 11.63 | 7.88 | 13.17 | 10.54 | 9.20 |
| | Std. Deviation | 3.99 | 6.61 | 7.24 | 5.20 | 3.99 | 3.28 |
| Severity | N | 8 | 8 | 8 | 12 | 13 | 15 |
| | Mean | 7.13 | 9.13 | 5.00 | 13.92 | 14.46 | 13.93 |
| | Std. Deviation | 4.36 | 4.88 | 4.47 | 4.68 | 5.14 | 6.24 |
| Infliction of Psychological Pain | N | 8 | 8 | 8 | 12 | 13 | 15 |
| | Mean | 16.38 | 12.75 | 12.63 | 20.75 | 20.08 | 20.80 |
| | Std. Deviation | 4.34 | 3.62 | 5.13 | 7.01 | 6.84 | 6.85 |
| Hesitancy | N | 8 | 8 | 8 | 12 | 13 | 15 |
| | Mean | 11.25 | 9.50 | 11.13 | 12.67 | 10.92 | 12.13 |
| | Std. Deviation | 4.17 | 2.33 | 2.75 | 2.64 | 4.59 | 4.07 |
| Discrimination | N | 8 | 8 | 8 | 12 | 13 | 15 |
| | Mean | 19.00 | 13.38 | 14.25 | 21.00 | 20.38 | 21.87 |
| | Std. Deviation | 8.05 | 5.60 | 6.61 | 6.40 | 5.99 | 6.31 |
| Equality | N | 8 | 8 | 8 | 12 | 13 | 15 |
| | Mean | 156.38 | 165.50 | 172.75 | 154.08 | 154.23 | 126.73 |
| | Std. Deviation | 38.17 | 27.99 | 42.39 | 37.76 | 37.02 | 28.59 |
| Lying | N | 8 | 8 | 8 | 12 | 13 | 15 |
| | Mean | 11.38 | 11.25 | 12.63 | 12.00 | 11.23 | 9.40 |

Table 2. ANOVA results and effect sizes for PAI attitudes by SES and group (anorexic and control).

| Source | (PAI) | F(5, 63) | p | Eta Squared |
|---|---|---|---|---|
| | Authoritarianism | 48.20 | .00 | .81 |
| | Overprotectiveness | 12.75 | 00 | .52 |
| | Negligence | 3.52 | .01 | .23 |
| | Spoiling | 2.24 | .06 | .16 |
| | Severity | 6.08 | .00 | .34 |
| | Infliction of Psychological Pain | 3.95 | .00 | .25 |
| | Hesitancy | .90 | .49 | .07 |
| | Discrimination | 3.02 | .02 | .21 |
| | Equality | 2.38 | .05 | .17 |
| | Lying | .76 | .58 | .06 |
| SES | Authoritarianism | .48 | .62 | .02 |
| | Overprotectiveness | .82 | .44 | .03 |
| | Negligence | 1.30 | .28 | .04 |
| | Spoiling | 1.35 | .27 | .04 |
| | Severity | 1.04 | .36 | .03 |
| | Infliction of Psychological Pain | .71 | .50 | .02 |
| | Hesitancy | 1.27 | .29 | .04 |
| | Discrimination | 1.16 | .32 | .04 |
| | Equality | .42 | .66 | .01 |
| | Lying | .12 | .88 | .00 |
| GROUP | Authoritarianism | 235.98 | .00 | .80 |
| | Overprotectiveness | 62.33 | .00 | .52 |
| | Negligence | 1.75 | .19 | .03 |
| | Spoiling | 3.00 | .09 | .05 |
| | Severity | 27.70 | .00 | .32 |
| | Infliction of Psychological Pain | 17.59 | .00 | .23 |
| | Hesitancy | 1.84 | .18 | .03 |
| | Discrimination | 11.02 | .00 | .16 |
| | Equality | 4.76 | .03 | .08 |
| | Lying | .60 | .44 | .01 |

References

Ashoush, I., (1981). Socio-Economic Status Inventory (in Arabic). College of Education Press.

Beumont, P.J.V., Russel, J.D., Touyz, S.W. (1993). Treatment of anorexia nervosa. Lancet, 341, (8861), 1635-1643.

Briksted-Breen, D. (1989). Working with anorexic patient. International Journal of Psychoanalysis, 170, 29-40.

Bruch, H. (1973). Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa, and Person Within. New York: Basic Books.

Bruch, H. (1982). Anorexia nervosa: therapy and theory. American Journal of Psychiatry. 139, 1531-1538.

Cramer, P. (1991). Anger and the use of defense mechanisms in college students. Journal of Personality, 59, 39 - 55.

Crisp, A.H. (1980). Anorexia Nervosa: Let Me Be. London: Plenum Press.

Fahmy, S . Anorexia Nervosa in Egypt. (unpublished thesis in Arabic).

Fairburn, C.G., Phil, M. & Beglin, S.J. (1990). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. American Journal of Psyciatry. 147, 401 - 408.

Goodsitt, A. (1985). Self psychology and the treatment of anorexia nervosa. In; Gamer, D. & Garfinket, P. eds. Handbook of psychotherapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. New York: Guilford Press, 55 - 82.

Halmi, K.A., Eckert, E., Marchi, P., Sampugnaro, V., Apple, R., & Cohen, J. (1991). Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. Archives of General Psychiatry. 48.

Heilbron, A.B., & Harris, A. (1986). Psychological defenses in females at risk for anorexia nervosa: an explanation for excessive stress found in anorexic patients. International Journal of Eating Disorders, 5, 503 - 516.

Ismail, M. & Mansour, R.(1990). Parental Attitudes Inventory (In Arabic). El Nahda El Masreya Press.

Nylander, J. (1971). The feeling of being fat and dieting in a school population: Epidemiological interview investigation. Acta Sociomedica Scandinavica. 3, 17 - 26.

Striegel-Moore, R.H., Silberstein, L.R., Frensch, P. & Rodin, J. (1989). A prospective study of disordered eating among college students. International Journal of Eating Disorders,8, 499 - 509.

Strober, M., & Humphrey, L.L. (1987). Familial contributions to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55, 654 - 659.

Strober, M.,_Lampert, C., Morrell, W., Burroughs, J., & Jacobs, C. (1990). A controlled family study of anorexia nervosa: evidence of familial aggregation and lack of shared transmission with affective disorders. International Journal of Eating Disorders, 9, (3), 239 - 253.

Sours, J.A. (1974). The anorexia nervosa syndrome. International Journal of Psychoanalysis, 55, 567 - 576.

Sours, J.A. (1980). Starving to Death in a Sea of Objects. New York: Jasm Aronson.

Vitousek, K.B., Daly, J., & Heiser, C. (1991). Reconstructing the internal world of the eating-disordered individual overcoming denial and distortion in self-report. International Journal of Eating Disorders, 10, 647 - 666.

# دراسة عربية في الاضطراب النفسي العام
# وما يرتبط به من ضغوط ومفاهيم نفسية أخرى

# Arabian Study of General Stress Psychopathology and Related Concepts

Radwa M. Ibrahim, Ph.D. *

Department of Psychiatry, College of Medicine and Medical Science
King Faisal University and King Fahd Teaching Hospital
P.O. Box 40095, Al-Khobar 31952, Saudi Arabia

بحث مقدم: للمؤتمر الدولي للخدمات النفسية والاجتماعية في مجتمع متغير
(في الفترة من ١ - ٤ إبريل ٢٠٠٠)

المنعقد تحت رعاية الجمعية الكويتية لبحوث آثار الأزمات
مكتب الإنماء الاجتماعي - الديوان الأميري
دولة الكويت

* In cooperation with Abdel-sattar Ibrahim, Ph. D.

# دراسة عربية في الاضطراب النفسي العام
# وما يرتبط به من ضغوط ومفاهيم نفسية أخرى

# Arabian Study of General Psychopathology and Related Concepts


*Abstract*

In Arabian cultures, the psycho-social characteristics of psychopathological trends including depression, anxiety, and hostility remain largely unknown. Scales measuring depression, anxiety, and hostility were administered to a voluntary sample of 989 Saudi Arabian men and 1024 Saudi women coming from different social, economical, and educational backgrounds. The principal objectives constituted were: (1) To compare Saudi men's psychopathological mean scores with mean scores in their female peers, (2) To examine the intercorrelations among psychopathological scores in both male and female groups, and (3) To compare psychopathological scores among several subgroups in male and females groups. Although women scored generally higher on all test scores than men, the differences were not detonable. The pattern of group differences within both groups was of more value than gender differences per se. Increased scores on depression, anxiety, hostility, and general psychopathology, in both groups, were reported in adolescents and younger people. In the women group, the working women and the house makers scored the lowest mean scores. The pattern of group differences indicated that

hostility is less pathological among females. In the men group, on the other hand, police officers, secondary school students, and theology students had statistically significant higher mean scores than all other groups. The current research results were discussed based on the theory of interaction between social roles and extent of exposure to stressful life events.

*Introduction*

Depression, hostility, and anxiety are among the most wide spread emotional problems in most societies, and the most common psychiatric disorders for which people seek help for themselves or others in psychiatric settings, office practice, out-patients clinics and/or counseling centers (Hamilton, 1989; Kupfer & Frank, 1981). The prevalence of such problems and their relationship with psychopathology has stimulated much research in Western societies. However, we are still far from knowing the incidence and demographic distribution of many premorbid psychopathological trends in Arabian cultures. This paper aimed at estimating distribution of these premorbid characteristics in a major Arabian country, mainly Saudi Arabia.

Most studies have, also, shown that psychopathological traits are more common in females than males. Hamilton (1989) has reported that depression, for example, is approximately twice as frequent in females than in males. Other studies on sex-related differences in psychopathology have shown that definite sex- related profile of psychopathology emerges (Powell, Denton, & Mattson, 1995; Schwab, Brown, & Holzer, 1968).

Obviously, research in this area is much needed to explore the interaction between sex-related and psychopathological patterns in Arabian samples. This study represented one of the attempts towards this goal.

More specifically, this research investigated depression, anxiety, hostility, and psychiatric symptom rates among groups of Saudi Arabian women, and compared women scores in these

measures with obtainable rates in men. Also, we examined the relationship among all psychopathological scores in both groups. Additionally, and in order to determine the prevalence of psychopathology in a large sample from Saudi Arabia, the present study will provide psychopathology scores for Saudi women and Saudi men across several social and demographic subgroups.

## *Method*

### *Subjects*

The data used in this investigation were collected from 989 Saudi Arabian men and 1024 Saudi women. The men's sample ranged in age from 15.7 years to 59.1 years. In the male sample 517 were university students, 105 were employed in governmental positions, 40 secondary school teachers, 39 accountants and bank employees, and 41 policemen. The rest of the male sample came from different professional and career backgrounds. The majority of the male subjects were ethnic Saudis. Muslims accounted for over 95% of the sample.

The women group ranged in age from 15.3 years to 56.5 years. Two hundred eighty nine women were secondary school students, 203 university students drawn from different colleges and specialization including medicine, education, science and history; 133 secondary and preparatory teachers; and the rest 399 of the female sample included technicians, house- makers, and other governmental employees.

Subjects were asked to volunteer for a scientific study. They were informed in writing on the cover sheet of the research questionnaires that the study is of a research nature, and may offer no direct benefit to them. Naturally, the subjects were given the choice of withdrawing at anytime

during the course of the study without any negative consequences. To ensure confidentiality, subjects were not obliged to write their names or give any other identifiable information.

*Measures*

*The Biography Questionnaire (BQ)*

The BQ consists of items concerning major demographic and biographic aspects, including age, marital status, educational level, etc. Test retest reliability for the BQ was 0.89 (n=50).

*The Symptom Inventory (SI)*

This inventory is designed to tap differences in general psychopathology. The SI consists of 27 items selected by Abdel-Sattar Ibrahim (Ibrahim & Alnafie, 1991) from major psychological tests of psychopathology, which were validated in Arabic Cultures, including the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) and the Eysenck Personality Questionnaire (EPQ) (Eysenck & Eysenck, 1975). Items on this inventory represented a number of psychopathological behaviors that describe major psychiatric disorders such as sleep disturbances, social withdrawal, delusional thinking, hallucinations, and drug use.

*The Depression Symptomatology Scale (DSS)*

This scale consists of 18 items that have been used widely in research on depressive Symptomatology (Schwab et al., 1981). They were based on the conceptualization of depression as a syndrome, consisting of five major dimensions. In scoring the DSS, the same technique used by Schwab and others (1981) was implemented. Subjects rated each item on both the DSS and the SI on a scale ranging from not troubled (1) to highly troubled (3).

Ibrahim (1990) and Ibrahim and Alnafie (1991) have translated these instruments into Arabic and then made another attempt to produce a translation close to local Saudi dialects. The reliability

and the validity of the above study scales were reported elsewhere (Ibrahim, 1990; Ibrahim & Alnafie, 1991). Each scale was estimated for reliability by using Cronbach's alpha as a measure of internal consistency. Alpha coefficients for the SI and the DSS were 0.88 and 0.90, respectively.

*The Multiple Affect Adjective Check List (MAACL)*

The Multiple Affect Adjective Checklist consists of negative adjectives such as unhappy and listless, as well a positive adjectives such as strong, lucky, and free. The scale requires the subjects to respond by checking every adjective that describes "how they feel today." In scoring the MAACL, we used the scoring keys for depression (D), Anxiety (A), and hostility (H) scales (Zuckerman & Lubin, 1965).

The Cronbach's Alpha was computed as a measure of internal consistency. The mean correlation for the three subtests was found to be 0.76, well above the limit accepted for the scale reliability. In a more recent validation study (Abdel-Mawgoud & Moftah, 1995), the same group of scales were found to discriminate significantly between a total of 110 psychiatric inpatients and a comparable non patient control group.

Also, in another item analyses study (Abdel-Mawgoud and Moftah, 1995), the items have shown an overall significant decrease following an intensive eclectic psychotherapy program presented to a total of 45 hospitalized drug addicts at Al-Amal Hospital, Saudi Arabia, additionally confirming the validity of these scales as measures of psychopathology.

The Biography Questionnaire, the Depressive Symptomatology Scale, the Symptoms Inventory, and the Multiple Affect Adjective Checklist were administered to all subjects in a group testing situation.

## *Results*

### *Means, Standard Deviation, and Intercorrelations*

Table 1 shows the means and standard deviations for the female/male samples for each instrument. Though not detonable, an overall female increase on all test scores is indicated. Interrelations between the questionnaires were all significant, and are displayed for both males and females in Table 2. In the male group, the highest correlation is between the DSS and the SI questionnaires followed by high correlation between the D, H, and A scores on the MAACL. Also, in both groups the correlation between the H and the DSS and the SI scores were significant.

**TABLE 1**

Means and standard deviations for males (N=989) and females (1024)

| Variables | Males | | | Females | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | M | SD | SE | M | SD | SE |
| DSS | 28.34 | 6.47 | .21 | 29.98 | 6.54 | .21 |
| SI | 37.93 | 9.02 | .29 | 38.42 | 8.44 | .29 |
| MAACL (A) | 6.47 | 3.28 | .11 | 7.10 | 3.42 | .11 |
| MAACL (D) | 11.95 | 5.37 | .17 | 12.87 | 5.59 | .17 |
| MAACL (H) | 7.71 | 3.39 | .11 | 7.61 | 3.10 | .09 |

Note. DSS= Depression Symptomatology Scale; SI= Symptom Inventory; MAACL= Multiple Affect Adjective Checklist; A= Anxiety; D= Depression; H= Hostility.

However, males' correlations between hostility and the rest of these variables are much higher than that of females. This may indicate that self-reported hostility in females may be less pathological as compared to men.

By using the Hotelling Principal Component Factor Analysis, only one unrotatable Factor, identified as general Psychopathology, was extracted in each group. This factor accounted for 67.3%, and 63.4% for men and women, respectively. In both groups, the DSS and the SI had the highest loading on this factor. All other variables had from moderate to high loading except the hostility score in the female group, which had nonsignificant loading of 0.23. This adds more confirmation that self-reported hostility in females may be less pathological as compared to men.

**TABLE 2**

Correlation Matrix for Males (N=989) and Females (N=1024)

| Variables | DSS | SI | MAACL (A) | MAACL (D) | MAACL (H) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | correlations* | | | |
| DSS | 00 | .74 | .35 | .32 | .26 |
| SI | .71 | 00 | .36 | .35 | .30 |
| MAACL(A) | .39 | .37 | 00 | .70 | .59 |
| MAACL(D) | .45 | .35 | .61 | 00 | .64 |
| MAACL(H) | .19 | .20 | .48 | .64 | 00 |

Note. The correlation values for males are above the diagonal, and that for females are below the diagonal.

DSS = Depression Symptomatology Scale; SI = Symptom Inventory; MAACL = Multiple Affect Adjective Checklist; A = Anxiety; D = Depression; H = Hostility.

* All correlations, $p<.05$.

Since it has become almost customary to interpret sex-related differences in behavior as arising mainly from difference in roles, in opportunities, and social expectations, the assumption was made that it might be rewarding to analyze data according to differences in subgroups within each sex sample. Thus, 513 males were divided into seven subgroups based on over %50 of the major socio-economical, and educational backgrounds representative of the male sample. The seven groups included: government employees (n=105),secondary school students (n=230), secondary school teachers (n=40), theology students (from Al-Imam Ben Saud University for Islamic Religion Studies) (n=19), physical education (athletic) students (n=39), police officers (n=41), and bank employees and accountants (n=39). Table 3 shows the results of the one way ANOVA for the male subgroups. As can be seen from the table 3, police officers scored significantly higher than all other subgroups on almost all test variables (an overall total score of 112.67). This indicates that this subgroup, more often than other groups, endorse a great number of pathologic symptoms including hostility, anxiety, general symptomatology, and depression. Secondary school students were the second higher subgroup, with an overall score of 96.08. However, secondary school students had significantly scored the highest on the MAACL Depression scale than all other groups. The lowest pathology scores were in favor of secondary school teachers (total of 81.78). followed by bank employees and accountants (an overall total score of 82.56).

Significant group differences were also found on the SI questionnaire, showing again police men and secondary school students with significantly higher psychopathological scores relative to other groups.

**TABLE 3**

F-Ratio results of Male Subgroups-Means, Standard Deviations and Significance Levels.

| Sample | | Scales | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | MAACL | | | |
| | | DSS | SI | A | D | H | Total |
| Government employees (n= 105) | | | | | | | |
| | M | 26.83 | 34.51 | 5.75 | 10.49 | 7.16 | 16.95 |
| | SD | 6.12 | 7.60 | 3.17 | 5.23 | 2.98 | 5.02 |
| Secondary School students (n=230) | | | | | | | |
| | M | 28.40 | 39.76 | 6.65 | 12.89 | 8.38 | 19.22 |
| | SD | 6.18 | 9.18 | 3.26 | 5.68 | 3.26 | 5.52 |
| Secondary School teachers (n= 40) | | | | | | | |
| | M | 25.20 | 32.68 | 5.65 | 11.35 | 6.90 | 16.36 |
| | SD | 3.82 | 4.23 | 2.37 | 4.06 | 2.83 | 3.46 |
| Theology Students (n=19) | | | | | | | |
| | M | 28.05 | 37.26 | 6.05 | 13.05 | 8.05 | 18.5 |
| | SD | 6.34 | 6.33 | 3.02 | 5.76 | 2.56 | 4.8 |
| Physical education students (n= 39) | | | | | | | |
| | M | 28.35 | 39.74 | 6.08 | 10.13 | 8.26 | 18.51 |
| | SD | 7.14 | 10.00 | 3.29 | 4.95 | 4.00 | 5.88 |
| Police officers (n= 41) | | | | | | | |
| | M | 35.81 | 46.14 | 8.10 | 12.29 | 10.33 | 22.53 |
| | SD | 10.95 | 15.59 | 4.23 | 7.65 | 3.93 | 8.47 |
| Bank employees and accountants (n= 39) | | | | | | | |
| | M | 28.66 | 31.69 | 5.90 | 9.62 | 6.69 | 16.51 |
| | SD | 4.84 | 5.41 | 3.80 | 5.07 | 3.76 | 4.58 |
| | F Ratio | 10.35 | 12.29 | 2.50 | 2.32 | 5.34 | |
| | P | .000 | .000 | .02 | .03 | .000 | |

Note. DSS= Depression Symptomatology Scale; SI= Symptom Inventory; MAACL= Multiple Affect Adjective Checklist; A= Anxiety; D= Depression; H= Hostility.

*Differences within Women Subgroups*

Six hundreds and seventy six female Ss, accounting for over % 66 of the total, sample, were also, divided into seven female subgroups based on major representative social , economical and

educational backgrounds of the sample in Saudi society. The seven female subgroups selected were: secondary school students (n=289), secondary school teachers (n=112), liberal arts' students (n=112), college students (n=57), house makers (n=41), working women (n=44), and preparatory school teachers (n=21).

A multivariate analysis of variance (MANOVA) indicated significant overall differences among female subgroups. ANOVAs were then computed to compare differences among female subgroups on the five test scores. The results of the ANOVAs are shown in Table 4. Obviously, the differences among the subgroups were highly significant, with secondary school students and liberal art students scoring the highest on the depressive Symptomatology scores; while the working women group scored the lowest.

Significant group differences were also found on the SI questionnaire, with secondary school students, liberal art students, and preparatory school teachers demonstrating significantly higher scores relative to the other groups, while secondary school teachers along with the working women and house makers showed significantly lower general psychopathology scores.

In the case of the MAACL, group differences were also demonstrated on the A, D, and H subscales. Clearly, secondary school students, preparatory school teachers, and the liberal art students were generally higher than other groups. The working women and house makers, on the other hand, showed the lowest self-reported anxiety, depression, and hostility scores.

TABLE 4
F-Ratio results of Female Subgroups-Means, Standard Deviations and Significance Levels

| Sample | Scales | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | MAACL | | | |
| | DSS | SI | A | D | H | Total |
| Secondary School Students (n=289) | | | | | | |
| M | 31.85 | 42.89 | 7.58 | 13.86 | 8.03 | 20.84 |
| SD | 6.88 | 9.21 | 3.53 | 6.08 | 3.44 | 5.82 |
| Secondary School teachers (n= 112) | | | | | | |
| M | 28.56 | 35.53+ | 6.89 | 13.43 | 8.00 | 18.48 |
| SD | 6.35 | 5.88 | 3.01 | 5.10 | 2.74 | 4.62 |
| Liberal art students (n=112) | | | | | | |
| M | 31.67 | 39.88 | 7.42 | 13.00 | 7.72 | 19.93 |
| SD | 6.74 | 8.72 | 3.49 | 5.28 | 3.07 | 5.46 |
| College students (n=57) | | | | | | |
| M | 29.91 | 36.84 | 6.91 | 11.63 | 6.79 | 18.42 |
| SD | 5.92 | 7.35 | 3.48 | 5.26 | 6.86 | 5.77 |
| House makers (n=41) | | | | | | |
| M | 29.29 | 36.15 | 5.66 | 10.15 | 6.61 | 17.57 |
| SD | 6.05 | 6.74 | 3.32 | 5.45 | 2.53 | 4.82 |
| Working women (n=44) | | | | | | |
| M | 26.17 | 36.03 | 5.18 | 10.52 | 6.25 | 16.83 |
| SD | 6.17 | 7.71 | 2.94 | 5.08 | 2.79 | 4.94 |
| Preparatory school teachers (n=21) | | | | | | |
| M | 29.58 | 36.57 | 7.57 | 13.86 | 8.00 | 19.12 |
| SD | 5.88 | 6.25 | 2.93 | 3.20 | 2.53 | 4.12 |
| F Ratio | 25.18 | 22.10 | 4.23 | 4.20 | 3.22 | |
| P | .0001 | .0001 | .004 | .004 | .004 | |

Note. DSS= Depression Symptomatology Scale; SI= Symptom Inventory; MAACL= Multiple Affect Adjective Checklist; A= Anxiety; D= Depression, H= Hostility.

*Discussion*

The significant and high intercorrelations among the questionnaires add further proof about the validity of these scales in tapping comparable patterns of psychopathology in both gender samples.

It was anticipated, based on previous Western studies (e.g., Fleming, Offord, & Boyle, 1989; Powell, Denton, & Mattson, 1995), that psychopathology would be greater in the female subgroups

than male groups in Arab cultures. This expectation was confirmed only partially, in that women scored generally higher on all test scores than men, but not to the level of significance.

As depicted in Table 4, subgroup differences within females is more significant than differences between males and females per se. It may be suggested, therefore, that the hypothesis of sex related differences in psychopathology have limited utility, at least in Saudi Arabia. Perhaps, the distribution of psychopathology in particular societies is mainly dependent on other social and educational influences inside any particular society rather than on gender. Relevant here is a study of symptoms of depression in the United States and Japan done by Baron and Matsuyama (1990). In that study, the authors concluded that sex differences in psychopathology are not to be expected in all societies. It appears that certain demographic, educational, and economical factors are more responsible for psychopathology in so far as they contribute to limiting certain daily satisfactions and in restricting the capacity for successful coping with daily psychological distresses. Consistent with this view is the pattern results in the female groups. Apparently, higher amounts of self reported depression, secondary school students, junior secondary school teachers and college students expressed anxiety, hostility, and psychiatric symptoms. In the male group the same pattern emerged showing increased scores on all tests for secondary school students, indicating again that these groups of young people are more vulnerable to psychopathology.

Although further research is needed, one line of thinking to account for the increased scores on psychopathology variables among young groups in both sexes may be attributed to age. Most of these group individuals were adolescents and young adults. It maybe argued that adolescence is a period of doubtless extensive physical, social, and emotional changes. Previous research (e.g. Milstein, 1986; Piamburg & Takanishi, 1986) showed that adolescence is a time of particular vulnerability. In fact several longitudinal investigations of developmental differences in anxiety and depression were carried out in Saudi Arabia (Ibrahim, 1992) and other Arab cultures such as Egypt and Kuwait (e.g. Abdel-Khalek, 1994). In such studies, it was reported that adolescents

scored generally higher on anxiety and depression tests than all other groups; a finding that may be, in part, of cultural foundation.

Culturally speaking, older people in Arabian cultures are highly respected and are viewed as having more status and influence in social situations than younger individuals and children ý(Ibrahim & Ibrahim, 1996). Social Anthropological studies in Arabian cultures (e.g., Al-Torki, 1974), showed that there is no limit to the realm of individual behaviors where, for example, older people such as parents must be obeyed at all times. The authority of old age extends to the selection of a major in college and to the selection and/or approval of a spouse. Although, we cannot draw from that a cause-and-effect relationship with mental health outcomes, it is certainly an interesting line of clinical investigation to study this type age relationship cross culturally to determine mental health implications. However, based on the present results, preventive measures should therefore be established within health systems in Arab cultures to confront mental and emotional health problems in these groups of young people.

The fact that house makers were among the lowest psychopathological groups is inconsistent with American and Western research that usually shows that married women and house makers are more vulnerable to stress and mental illness because of the limited opportunities available to them (Cove, 1972, 1979). Although we cannot speculate extensively about this difference, a word about the psychological implications of marriage for women in Arab conservative cultures may be in order.

In a male dominated society, which place many restrictions on male/female relationships, marriage can provide women with more chances for legitimate socialization and, subsequently, more opportunities for making decisions relating to child support, sex, economic privileges, etc. than non married females. This leaves the married in a more positive position and provides her with greater opportunities for being in control , a shield against psychopathology. Furthermore, it may be argued that Arab women who are married , though they may appear more restricted than

working women groups, are proud of their dominant family role and, thus, experience less overall psychopathology.

The pattern of group differences demonstrated on the H scale indicated that police officers, secondary school students, and theology students were generally higher than other groups. This may indicate that psychopathological tendencies in these groups are colored by more inclination towards acting out in response to stress. Therefore, mental health services should consider providing different types of help based on group types targeted for mental health services. Obviously, research in this area is needed to explore the interaction between social groups and psychopathological patterns in Arabian samples. This research represented just one of the attempts towards this goal.

One major interpretation of group differences in psychopathology, in the current study, can be singled out based on the interaction between social roles and life's stressful events. It is assumed that some groups are more vulnerable to psychopathology because their roles expose them to more stressful life events (Gove, 1979b; Rahe, 1978). Groups more vulnerable to the effects of stressful life events would develop a significant proportion of distress and related mental health problems (Kessler, Price, & Wortman, 1985). If this theory is accepted, it may be then concluded from this research results that, relative to other social groups in that part of the culture, adolescents, young adults including high school and junior college students, and elementary school teachers are the most vulnerable to mental health pathology. It is unfortunate, however, to indicate that the mental health care delivery system in most Arabian cultures including Saudi Arabia provides limited opportunities for mental health care of these groups. Most mental health services are centralized in large general hospitals and provide limited help in terms of prevention, mental health education, and early intervention with major emotional and mental problems if warranted. Clearly more preparedness and more funding for specialized programs in hospitals, schools, colleges, and private clinics dealing with mental health services in that part of the world is badly needed.

*References*


1. Al- Torki, S. (1986). *Women in Saudi Arabia: Ideology and behavior among the elite*. New York, N.Y.: Columbia University Press.

2. Abdel- Mawgoud, M. & Moftah, A. (1995). Effects of psychotherapy on psychological and behavioral disturbances among drug addicts in Saudi Arabia .*Current Psychiatry*, 2, 31 -39.

3. Baron, N. & Matsuya, Y. (1988). Symptoms of depression and psychological distress in United States and Japanese college students. The Journal of Social Psychology, 128, 803 -816.

4. Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. J. (1975) Manual of the Eysenck Personality Questionnaire. San Diego: Educational & Industrial Testing Services.

5. Fabrega, H., Mezzich, J., Ulrich, P., & Benjamin, L. (1990) Females and males in an intake psychiatric setting. Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 53, 1- 16.

6. Fleming, J. E., & Offord, D. R.(1989). Epidemiology of childhood depressive disorders. Journal of American Academy of Childhood and Adolescent. Psychiatry, 29, 571- 580.

7. Forsell, Y., Jerom, A. F. Strauss, E. V., et al (1995). Prevalence and correlates of depression in a population of nonagenarians. British Journal of Psychiatry, 167, 61-64.

8. Gove, W. P. (1979a) Sex, marital status, and psychiatric treatment: A research note. Social Forces, 51.34-45.

9. Gove, W. P. (1979b) Sex differences in the epedemiology of mental disorders: Evidence and explanation. In Gender and disordered behavior: Sex differences in psychopathology (Eds. E. S. Gomberg & V. Franks). pp.73-95. New York, N.Y.: Bruner/Nazel.

10. Gove, W. P., & Tudor, J. F. (1973) Adult sex roles and mental illness. American Journal of Sociology, 73, 812-835.

11. Hamburg, D. A., & Takanishi, P. (1989) Preparing for life: the critical transitions of adolescence. American Psychologist, 44, 825-827.

12. Hamilton, M. (1989) Frequency of symptoms in melancholia (depressive illness). The British Journal of Psychiatry, 154, 201-206.

13. Ibrahim, A-S. (1982) The factorial structure of the Eysenck Personality Questionnaire among Egyptian university students. Journal of Psychology, 112,ý ý 221-226.

14. Ibrahim, A-S, & An-Nafie, A. (1991) Perception and concern about sociocultural change and psychopathology in Saudi Arabia. The Journal of Social Psychology, 13,179-186.

15. Ibrahim, A-S. & Ibrahim, R. M. (1996) Cultural considerations in mental health needs and practice: An Arab experience. Advances in Medical Psychotherapy and Psychodiagnosis, in press.

16. Ibrahim, R. M. (1991) Sociodemographic aspects of depressive symptomatology: Cross cultural comparisons. Dissertation Abstract International, 51, 12.

17. Kessler, R. C., Price, R. H.. & Wortman, C. B. (1985). Social factors in psychopathology: stress, social support, and coping processes. In Annual review of psychology, Vol.36 (eds. M. Rosenweig, & L. W. Porter), pp.531-573. Palo Alto, CA: Annual Reviews Inc.

18. Khalik, A. M. (1994) The developmental study of anxiety. The Annals of the Faculty of Arts, 14, (whole No.90). (In Arabic).

19. Kupfer, D. J., & Frank, F. (1981) Depression. New York: Upjohn.

20. MILLSTEIN, S. G. (1989). Adolescent health: challenges for behavior scientists. American Psychologist, 44, 837-843.

21. Powell, J. W., Denton, R.1 & Mattison, A. (1995) Adolescent depression: Mother-adolescent dyad and locus of control. American Journal of Orthopsychiatry, 65, 263-273.

22. Rosenfield, D. (1980) Sex differences in depression: Do women always have higher rates. Journal of Health and Social behavior, 21.33-42.

23. Schwab, J. J., Brown, S. N., & Holzer, C. F. (1968) Depression in medical inpatients: sex and age differences. Mental Hygiene, 627-630.

24. Schwab, J. J., ý Holzer, C. F., Warhett, C. W., & Schwab, R. B. (1981). Human ecology and depressive symptomatology. In Social psychiatry, Vol.III, (ed., Masserman, & S. S. Schwab), pp.180-197. New York: Grune Stratton.

25. Weissman, M. N., & Klerman, G. L. (1977) Sex differences and the epidemiology of depression. Archives of General Psychiatry, 34, 98-112.

26. Zuckerman, N., & Lubin, B. (1965). Multiple Affect Adjective Checklist. San Diego: Educational and Industrial Services.

# قواعد النشر في الثقافة النفسية

١ ـ ترحب «الثقافة النفسية» بمساهمات المتخصصين في العلوم النفسية بكافة تياراتها واتجاهاتها، فهي تسعى لان تلعب الوسيط بين فروع الاختصاص.

٢ ـ تتوزع المساهمات وفق ابواب المجلة وهي التالية:

أ ـ الدراسات الاكاديمية في مختلف فروع العلوم النفسية.

ب ـ المقالات الاختصاصية الهادفة الى تعريف اختصاصيي الفروع الاخرى بمنطلقات وآراء الاختصاص الدقيق للمؤلف حول موضوع المقال.

ج ـ قضية حيوية: من القضيا المؤثرة على فعالية الاختصاص الاجرائية ومستقبله.

د ـ عروض موقعة لكتب واصدارات نفسية لم يمض على ظهورها اكثر من ثلاث سنواتا.

هـ ـ المقالات المترجمة عن مجلات اختصاصية مشهود لها. على ان تتناول المستجدات او المواضيع ذات الفائدة الاجرائية.

٣ ـ لا تنشر «الثقافة النفسية» مواد مستمدة بصورة مباشرة من الرسائل الجامعية. وهي تنشر ملخصات لهذه الرسائل على ان يتم تقديمها عبر الاستاذ المشرف.

٤ ـ تشترط «الثقافة النفسية» في المساهمات المقدمة اليها. ان تكون مبتكرة واصيلة ولم يسبق نشرها باللغة العربية. وان تتبع فيها اصول البحث العلمي المتعارف عليها وبخاصة فيما يتعلق بالتوثيق والمصادر مع كشف المصادر والمراجع سواء في نهاية البحث او في هوامش تتخلله ويفضل ارفاق البحث بملخص له باحدى اللغتين الفرنسية او الانجليزية.

٥ ـ على الكتاب الذين يكتبون للمرة الاولى للمجلة ان يقرنوا مساهماتهم بتعريف بسيرتهم العلمية.

٦ ـ تلتزم «الثقافة النفسية» بعرض المساهمات الواردة اليها على محكم (او اكثر) تنتقيه هيئة التحرير. كما تلتزم باعلام المؤلف عن قبول مساهمة او عن التعديلات المقترحة لها. وهي لا تعيد المقالات لاصحابها في حال عدم النشر كما تحتفظ بحقها في نشر المجاز في العدد المناسب وفق خطة هيئة التحرير.

٧ ـ لا تدفع «الثقافة النفسية» مكافأة عن المادة التي تنشرها. ويصبح البحث المنشور ملكاً لها ويؤول اليها حق نشره.

مركز الدراسات النفسية والنفسية ـ الجسدية
Centre d'Etudes Psychiques et psychoSomatiques C.E.P.S.

# الثقافة النفسية

المتخصصة

الإسم: _____

العنوان: العمل: _____ هاتف: _____

المنزل: _____ هاتف: _____

تلكس: _____ تليفاكس: _____

الجنسية: _____ التخصص الدقيق: _____

مكان وسنة التخرج: _____

الدرجات العلمية: _____

التاريخ: _____ التوقيع: _____

عضوية المركز واشتراك المجلة ٤٠ دولاراً أميركياً للاختصاصيين النفسيين العرب. وترسل قيمة الاشتراك بشيك مسحوب على احد المصارف اللبنانية باسم دار النهضة العربية أو بحوالة بنكية على حساب رقم: البنك العربي: 7 - 810 / 755 / 02 / 0331

يعاد طلب الاشتراك على عنوان المركز: طرابلس ـ التل ص. ب: ٣٠٦٢ / لبنان

أو على عنوان دار النهضة العربية.

مع إرسال رقم وتاريخ الحوالة.

# بطاقة تقويم

تسعد اسرة تحرير المجلة باستمزاجك الرأي، عزيزي القارىء، حول المواضيع التالية:

- ☐ ما هي الأبواب الأكثر أهمية برأيك: ١ ..... ٢ ..... ٣ .....
- ☐ هل تقترح إضافة أبواب معينة: ١ ..... ٢ ..... ٣ .....
- ☐ هل تقترح حذف أبواب معينة: ١ ..... ٢ ..... ٣ .....
- ☐ هل تشكل المجلة بالنسبة لك:
  - ☐ إطلالة على الاختصاصات الأخرى غير اختصاصك الدقيق.
  - ☐ مصدر معلومات ضمن اختصاصك الدقيق.
  - ☐ إطلالة على النشاطات العربية ـ مقالات، بحوث، مؤتمرات، شخصيات... الخ.
  - ☐ متابعة مستجدات الاختصاص وأخباره.
  - ☐ ثقافة عامة.
  - ☐ وسيلة اتصال وتواصل مع الزملاء العرب.
  - ☐ غيرها (حدد): .....

.....

.....

- ☐ هل تحصل على أعداد المجلة بسهولة: .....
- ☐ هل لديك اقتراحات محددة لتحسين إمكانية الحصول عليها: .....

.....

.....

- ☐ هل تصل المجلة إلى مكتبة المؤسسة التي تعمل بها: .....
- ☐ هل لديك اقتراحات أخرى: .....

.....

.....

.....

الاسم: ..... التخصص الدقيق: .....

العنوان: .....

# معجم العلاج النفسي الدوائي

يعرض هذا المعجم للادوية المستخدمة تي عيادات الطب النفسي من خلال تصنيف هذه الادوية بحسب مفعولها العلاجي وذلك من خلال الفصول التالية:

١ ـ تصنيف اللادوية النفسية
٢ ـ الادوية المغلقة
٣ ـ مضادات القلق
٤ ـ مضادات الاكتئات
٥ ـ الادوية المنومة
٦ ـ المنشطات النفسية
٧ ـ مضادات باركنسوف
٨ ـ مضادات التشنج
٩ ـ عقاقير نفسية أخرى
١٠ ـ الادوية النفسية المركبة

ويتخلل العرض تصنيف الادوية في عائلاتها الدوائية وعرض لاسمائها العلمية والتجارية ولمجالات الاستخدام وجرعة الاستعمال والآثار العلاجية والسلبية. بحيث يعتبر هذا المعجم من المراجع الاكادمية الهامة للاطباء العامين والداخليين وللصيادلة ولطلاب الطب والصيدلة وعلم النفس والطب النفسي.

والكتاب من تأليف أ.د. محمد احمد النابلسي وهو صادر عن دار ومكتبة الهلال ويمكن طلبه على عنوان الدار او المجلة او موزعيها في الدول العربية.

## مركز الدراسات النفسية والنفسية ـ الجسدية
Centre d'Etudes Psychiques et psychoSomatiques C.E.P.S

## الدليل النفسي العربي

رغبة منه في تسهيل التواصل والتعاون بين الاباحثين العرب في مجال العلوم النفسية قام م، د. ن. باصدار هذا الدليل وضمنه الفصول التالية:

ـ الاطباء النفسيين العرب.
ـ الاختصاصيون النفسيون.
ـ الجمعيات العربية.
ـ المجلات النفسية.
ـ الاختبارات العربية.
ـ الكتاب النفسي العربي.
ـ منتخبات الاصدارات.
ـ دور النشر العربية.
ـ الجوائز العربية.
ـ كشاف مواضيع الثقافة النفسية.

يطلب من دار النهضة العربية

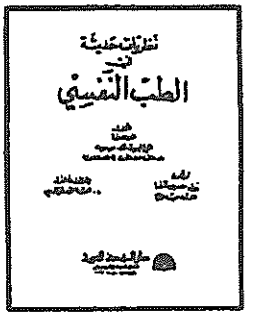
## اصدارات حديثة / م. د. ن.

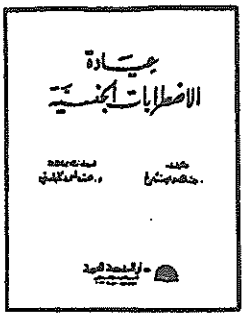
- الصدمة النفسية
- علم نفس الحروب والكوارث
- معجم العلاج النفسي ـ الدوائي
- دراسة في مجتمع الحرب اللبنانية
- العلاج الطبي والنفسي
- التحليل النفسي طريقة الاستعمال
- فرويد والتحليل النفسي الذاتي
- نظريات حديثة في الطب النفسي
- العلاج الياباني ـ الشياتزور
- الطفل وعالمه النفسي
- سلسلة علم نفس الطفل
- مبادئ العلاج النفسي ومدارسة
- عيادة الاضطرابات الجنسية
- سيكوماتيك الهستيريا
- الحلم والمرض النفسي
- الاتصالالانساني وعلم النفس
- الطب النفسي وقضايا المجتمع
- نحو سيكولوجيا عربية

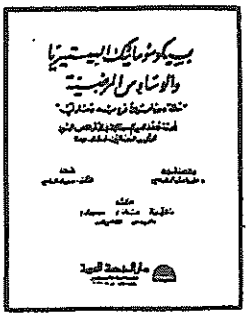
دار النهضة العربية

بيروت ص.ب: ٧٤٩ ـ ١١

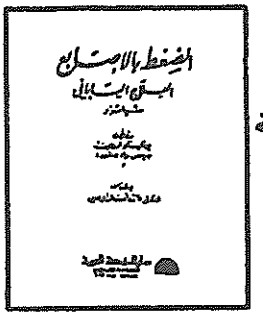
## صدر عن دار النهضة العربية

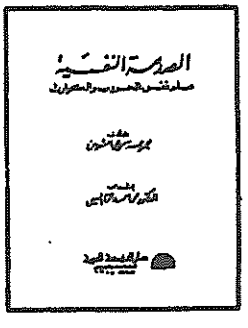



سلسلة الثقافة النفسية




دار النهضة العربية

تطلب من دار النهضة العربية بيروت ـ ص ب: ٧٤٩ ـ ١١

# الثقافة النفسية

تصدر عن مركز الدراسات النفسية والنفسية ـ الجسدية

## أبوابها الثابتة

- تقارير الطب النفسي
- أبحاث الطب النفسي
- علم النفس حول العالم
- اختبار العدد
- مقابلة العدد
- الندوات والمؤتمرات
- مكتبة العدد
- التراث النفسي العربي
- الثقافة النفسية العامة
- ملف العدد

## مقابلات الأعداد السابقة

بيار مارتي، مارتن روث، ليوبولد سوندي، سيلفيو فانتي، جاك لاكان، اليزابيت موسون، مصطفى زيور، كارل بيبرام، جورج ديفرية، أسامة الراضي، جمال ماضي أبو العزائم، كافالي سوفروزا، أحمد محمد عبد الخالق، فرج عبد القادر طه، جيمي بيشاني، عادل عز الدين الأشول، عبد الفتاح دويدار وغيرهم.

## الموزعون في العالم العربي

**لبنان:** دار النهضة العربية ـ بيروت، مقابل جامعة بيروت العربية.
العرض الدائم للكتاب ـ بيروت، شارع السادات (الحمراء).
مكتبة جروس بريس ـ طرابلس، شارع نديم السادات (الحمراء).
مكتبة ريفولي ـ طرابلس، شارع التل بجانب سينما ريفولي.
**سوريا:** مكتبة النوري ـ دمشق.
**الأردن:** دار مجدلاوي ـ عمان، هاتف: ٦١١٦٠٦ .
**السعودية:** مكتبة دار احياء التراث ـ المدينة المنورة، هاتف: ٨٢٤٢٧٧٥ . مكتبة الرشد ـ الرياض، هاتف: ٤٥٩٣٤٥١ .
مكتبة المتنبي ـ الدمام، هاتف: ٨٢٦٣١٣٧ .
**اليمن:** دار الحكمة اليمنية ـ هاتف: ٢٧٢٤٧٤ .
**الكويت:** ذات السلاسل ـ الشامية، هاتف: ٢٤٦٦٢٦٦ .
**الإمارات:** دار الأدب ـ الشارقة، هاتف: ٥٢٢٩٥١ . مكتبة الجامعة ـ أبو ظبي، هاتف: ٣٣٤٤٦٣ .
**المغرب:** دار الآفاق الجديدة، هاتف: ٢٥٤٠٧١ .
**تونس:** المؤسسة العربية للتوزيع ـ تونس، هاتف: ٤٩٤٥٨٦ .
**مصر:** مؤسسة الخليج العربي ـ القاهرة ـ هاتف: ٣٤٧٢٢٠٦ .
**ليبيا:** مكتبة طرابلس العلمية العالمية ـ سوق الجماهيرية، هاتف: ٣٩٥٢٠

الاشتراك في لبنان والدول العربية
٤٠ دولاراً اميركياً سنوياً.

المراسلات باسم رئيس التحرير
دار النهضة العربية
بيروت ـ ص.ب: ٧٤٩ ـ ١١ .

## قالوا في كتاب

# «سيكولوجية السياسة العربية»

□ ... ان القيمة القصوى للمعرفة نابعة من استخدامها في التفكير. وحيث كل نظر مستقبلي فان قيمته في جموده وتماسكه وضمانه وفي الخصوبة التي يقومها لتعاملنا مع المستقبل.

**الكتب ـ وجهات نظر/سبتمبر ١٩٩٩**

□ ... ميزة الكتاب انه لا يكتفي بحد بل يمضي بعيداً في الافق ليطاول المحرم. ذاك الذي يمكث في مناطقه السرية المعمل الرهيب للسلطة. هناك حيث ترسم للناس خطوط سيرها ودرجات تعلقها...

**شؤون الاوسط/اوكتوبر ١٩٩٩**

□ ... ان من يقرأ هذا الكتاب ويتعرف الى ما تحمل محتوياته من مضامين مستقبلية خطيرة سيجعل منه مرجعاً «اميرياً» لكل من يتطلع للوقوف في وجه الاندفاعية المادية الشرسة التي تشعلها اميركا والصهيونية...

**الدفاع العربي/يوليو ١٩٩٩**

□ ... من الانصاف ان نقرر بان نهج الدكتور النابلسي يؤسس لتيار تطبيقي - عربي للسيكولوجيا والمستقبليات لخدمة الراهن والمستقبل العربيين...

**السفير/١٩٩٩/٧/٢٦**

□ ... يطرح الراهن السياسي العالمي التساؤلات عن مستقبل المصالح العربية. وكتاب الدكتور النابلسي يتطرق للاسس التي يرتكز العرب اليها في حماية مصالحهم في مواجهة متغيرات الالف الثالث...

**المشاهد/٢٥ ابريل ١٩٩٩**

□ ... يقدم المؤلف عروضاً نقدية لاهم الكتب والنظريات المستقبلية فيقدم التلخيص ويتبعه بتبيان رأيه في الثغرات النظرية ومن ثم في انعكاسات الطرح المستقبلي على مستقبل المصالح العربية...

**دراسات عربية/اوكتوبر ١٩٩٩**

# شهادة في الطب الجنسي

تنظم كلية الطب بصفاقس حلقات تكوينية لشهادة الدراسات العليا المختصة في «العلوم الجنسية» وذلك بالنسبة للأطباء المختصّين الراغبين في التعمق معرفياً وسريرياً.

وتستهدف المحاضرات بالدرجة الأولى الأطباء الإختصاصيين من طب الأمراض الجلدية والمنسلية او من اختصاصات مجاورة كالغدد الصماء او التوليد او المجاري البولية او الطب النفسي. كما يجوز للإختصاصيين في علم النفس السريري التسجيل في هذه الشهادة. كما تمنح إمكانية التسجيل الى ممارسي الطب العام بنسبة محدودة وشريطة توفر تمرس مهني من خمس سنوات فما فوق.

تدوم الحلقة التكوينية سنتين وتنتهي بإجتياز الامتحان. وتتركب دورة هذا الامتحان من فرض كتابي نظري ودراسة ملف كتابي وامتحان شفوي مع تقديم رسالة امام لجنة التحكيم.

وتبدأ المحاضرات يوم ١٥ نوفمر ١٩٩٩

فعلى الراغبين ان يبادروا بالتسجيل بكلية الطب بصفاقس قبل ١٥ اكتوبر ١٩٩٩ بقسم الترسيم.

مع الاشارة بان الاستمرار محظور وبالتالي فان كل راسب مطالب بإعادة الحلقة بكاملها.

الهاتف: 888 - 241 - 04

الفاكس: 217 - 246 - 04