الثقافة النفسية المتخصصة

العدد السادس والاربعون - المجلد الثاني عشر - نيسان/آبريل2001

السيكوسوماتيك

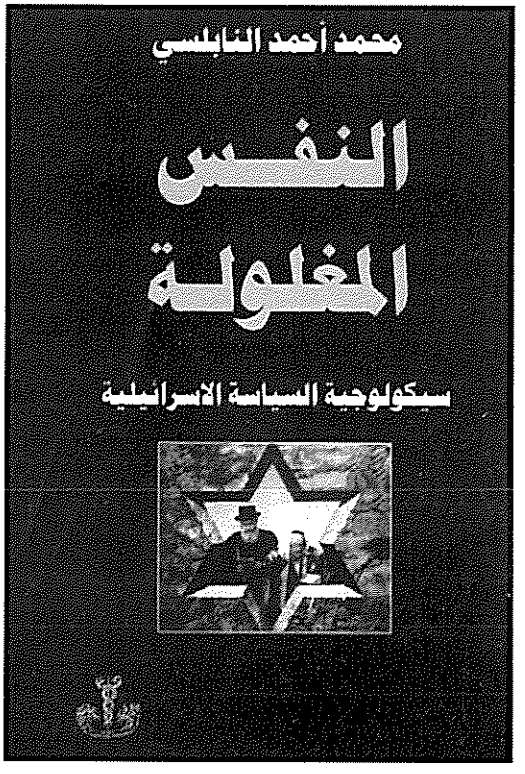
جماعة من الباحثين

الجراح النفسية في فلسطين
سيكولوجية السياسة الاسرائيلية
المؤتمر العربي لعلم النفس

اختبار بندر - جشتالت
تنمية الامكانيات البشرية
تشخيص الاضطرابات النفسية

مركز الدراسات النفسية والنفسية - الجسدية
Centre d'Etudes Psychiques et Psycho Somatique C.E.P.S

طرابلس - لبنان- شارع عزمي - بناية قاديشا - ص.ب. 3062 - التل
تلفون: 961.6.441805
فاكس: 961.6.438925
E.mail: ceps 50 @ hot mail.com



النفس المغلولة
سيكولوجية السياسة الاسرائيلية

قالوا في الكتاب

● يلفتنا في الكتاب فصل نهاية اسرائيل وفيه عرض لسيناريوهات هذه النهاية...
الاتحاد الظبيانية في 2001/1/25

● النفس الاسرائيلية يستعبدها المال وتكبلها الشائعات وتخنقها الاساطير. انها النفس المغلولة...
الزمان ـ لندن 2001/3/22

● يؤكد المؤلف عبر هذا الكتاب سعيه لتعزيز الوقاية العربية من فيروسات الاحتلال الاسرائيلي...
المشاهد ـ لندن 2001/2/4

● يعتبر النابلسي المؤرخين الاسرائيليين الجدد محاولة يهودية لاخراج الصيهيونية من مأزقها...
المجلة ـ لندن 2001/3/10

● يرى المؤلف ان عقدة فيتنام الاسرائيلية ناجمة عن عدم استعداد اسرائيل لتقديم ضحايا بشرية...
الوطن السعودية

● في رؤية النابلسي ان اسرائيل تحول المحرمات الى واجبات اذا كانت الضحية غير يهودية...
الكفاح العربي 2001/1/20

● يقدم الكتاب تحليلا للنفس اليهودية لاستحالة تحليل ذات اسرائيلية هي كناية عن خليط غير متجانس من الحارات اليهودية في العالم. مما يجعل من اسرائيل اتحاداً للحارات اليهودية وليس دولة...
الانوار في 2001/1/18

● الكتاب يأتي اتماماً للمهمة التي اخذها المؤلف على عاتقه بتوظيف الاختصاص لخدمة الحقوق العربية ولكسر التطبيقات الجامدة للطب النفسي...
الحوادث 2001/2/9

● النفط والقدس والمستقبل عنوان احد فصول الكتاب حيث يعتبر المؤلف هذه العوامل الثلاثة عوامل وقاية وتوجيه ضد أية محاولة اختراق مؤذية...
اللواء في 2001/3/8

● في تحليله لقصيدة دوريش «عابرون في كلام عابر» يرى المؤلف ان الشاعر يستمد قوته من جبروت الأم ـ الأرض حيث غيرتِه على هذه الأم تجعله يدعو اليهود لان لا يموتوا بيننا...
الاسبوع العربي 2001/2/5

● ان قناعة المؤلف بمسألة القدس تتجاوز النواحي العاطفية والحدثية فهي مسألة جامعة ومانعة لتقسيم العرب الى اغنياء وفقراء والى داخلين في اطار الاطماع الاسرائيلية وخارجين منها...
التقوى في 2001/3/1

مركز الدراسات النفسية والنفسية ـ الجسدية
Centre d'Etudes Psychiques et Psycho Somatique C.E.P.S

الثقافة النفسية المتخصصة

رئيس التحرير
محمد أحمد النابلسي

INTERDISCIPLINAR PSYCHOLOGY
Editor in chie f: Naboulsi.M. (M.D. -Ph.D)

PSYCHOLOGIE INTERDISCIPLINAIRE
Chef Editeur: Naboulsi M. (M.D. ph. D.)

ان الآراء الواردة في المجلة تعبر عن وجهة نظر كتابها وهي لا تعبر بالضرورة عن وجهة نظر المجلة.

يرجى مراجعة شروط النشر المنشورة في صفحة مستقلة.

تعطى افضلية النشر وفق خطة التحرير وبحسب المحاور المحددة مسبقا.

توجه جميع المراسلات باسم رئيس التحرير على عنوان المركز المبين ادناه.

طرابلس ـ لبنان ـ شارع عزمي ـ بناية قاديشا
P.O. Box: 3026-Tal

تلفون: 961-6-441805 فاكس: 961-6-438925
E.mail:ceps 50@hot mail. com.

سكرتاريا التحرير

حسن الصديق — عبد القادر الاسمر

هيئة التحرير

روز ماري شاهين — سلمى المصري دملج

سامر رضوان — جليل شكور

الهيئة الاستشارية

احمد عبد الخالق ـ جامعة الكويت ـ كلية الاداب
احمد ابو العزايم ـ رئيس الاتحاد العالمي للصحة النفسية
اسامة الراضي ـ مجمع الراضي للطب النفسي
اليزابيت موسون ـ عضو شرف في محافل عالمية
انور الجراية ـ مستشفى الهادي شاكر للطب النفسي
بشير الرشيدي ـ رئيس مجلس امناء مكتب الاتماء الاجتماعي
جمال التركي ـ استشاري الطب النفسي/ تونس
جيمي بيشاي ـ مشفى المحاربين القدماء/ الولايات المتحدة
خليل فاضل ـ استشاري الطب النفسي/ بريطانيا
صفاء الاعسر ـ مركز دراسات الطفولة/ عين شمس
طلعت منصور ـ جامعة عين شمس ـ كلية التربية
عادل الاشول ـ جامعة الكويت ـ كلية التربية
زايد الحارثي ـ جامعة ام القرى ـ السعودية
عبد الستار ابراهيم ـ جامعة الملك فهد/ الظهران
عبد الفتاح دويدار ـ جامعة الامارات
عبد العزيز الشخص ـ جامعة عين شمس ـ كلية التربية
عبد الرزاق الحمد ـ جامعة الملك سعود ـ كلية الطب
عبد المجيد الخليدي ـ جامعة عدن ـ كلية الطب
عدنان التكريتي ـ رئيس تحرير المجلة العربية للطب النفسي
علي زيعور ـ الجامعة اللبنانية ـ كلية الاداب
فاروق السنديوني ـ جامعة واغا واغا/ استراليا.
فرج عبد القادر طه ـ عضو المجمع العلمي المصري
فيصل الزراد ـ مستشفى الطب النفسي/ ابو ظبي
قدري حفني ـ قسم الدراسات الانسانية/ عين شمس
محمد حمدي الحجار ـ استاذ الطب النفسي السلوكي/ سوريا
محمد الطيب ـ عميد كلية التربية/ جامعة طنطا
محمد نجيب الصبوة ـ رئيس تحرير دراسات نفسية

قيمة الاشتراك السنوي

ـ الافراد ٤٠ دولار اميركي ـ للمؤسسات ١٠٠ دولار اميركي
ثمن النسخة عشرة دولارات اميركية او ما يعادلها.

قواعد نشر البحوث
في مجلة الثقافة النفسية المتخصصة

تعمل مجلة الثقافة النفسية المتخصصة على تقديم افضل مستوى ممكن من الاحاطة بمستجدات الاختصاص في كافة فروع العلوم النفسية، محاولة بذلك الاستجابة لحاجات المتخصصين والمهتمين خصوصا بعد تداخل تطبيقات الاختصاص مع مختلف فروع العلوم الانسانية. وذلك من خلال اطلاع القارئ على اتجاهات البحوث العالمية وتعريفه باخبار ومستجدات هذه البحوث وعبر بعض الترجمات المفيدة. اما بالنسبة للبحوث العربية فان المجلة تسعى لتقديم فرصة عرض الدراسات والبحوث الرصينة والمسايرة للمستجدات وللحاجات الفعلية لمجتمعنا العربي.

وصفحات هذه المجلة مفتوحة امام كل الباحثين العرب وهي ترحب بمساهماتهم الملتزمة بشروط النشر التي حددتها الهيئة الاستشارية وهيئة التحرير على الشكل التالي:

قواعد عامة

1 ـ الالتزام بالقواعد العلمية في كتابة البحث.
2 ـ ان يكون البحث مطبوعا ومراجعا من قبل كاتبه.
3 ـ ان لا يكون البحث قد سبق نشره او عرضه.
4 ـ ان يقدم الباحث اقرارا بعدم ارساله الى جهة اخرى.
5 ـ ان لا يزيد عدد صفحات البحث عن 20 صفحة.
6 ـ كتابة العناوين الرئيسية وسط السطر والعناوين الفرعية على الجانب الايمن.
7 ـ ارسال نسخة واحدة من البحث مع الديسك.
8 ـ السيرة العلمية المختصرة بالنسبة للكتاب الذين لم يسبق لهم النشر في المجلة.

قواعد خاصة

1 ـ كتابة عنوان البحث واسم الباحث ولقبه العلمي والجهة التي يعمل لديها على صفحة الغلاف.
2 ـ يراعي في اعداد قائمة المراجع ما يلي:
تسجيل اسماء المؤلفين والمترجمين متبوعة بسنة النشر بين قوسين ثم بعنوان المصدر ثم مكان النشر ثم اسم الناشر.
3 ـ تخضع الاعمال المعروضة للنشر للتحكيم العلمي السرى وفقا للنظام المعتمد في المجلة ويبلغ الباحث في حال اقتراحات تعديل من قبل المحكمين.
4 ـ توجه جميع المراسلات الخاصة بالنسر الى رئيس التحرير.
5 ـ الآراء الواردة في المجلة تعبر عن رأي كتابها ووجهات نظرهم.
6 ـ تلتزم المجلة بابلاغ الباحث عن قرار النشر وهي لا تعيد الابحاث المرفوضة لاصحابها.
7 ـ لا تدفع المجلة مكافآت مالية عن البحوث التي تنشرها.

المحتويـــات

■ **عزيزي القارئ** ٦

■ **علم النفس حول العالم** ٧

■ **شخصية العدد ــ** يعقوب فام/ جيمي بيشاي ١٩

■ **اختبار بندر جشتالت للاصابات الدماغية/** فيصل الزراد ٢٤

■ **مكتبة الثقافة النفسية**

ـ النفس المغلولة ٣٦

ـ مجلة الطفولة العربية ٣٩

ـ الخيال ونقد العلم ٤٠

ـ سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية ٤١

ـ علم النفس الصناعي والتنظيمي ٤٦

■ **الندوات والمؤتمرات** ٤٨

■ **العلاج الجماعي الاسلامي** ٥٧

محور العدد

السيكوسوماتيك

١ ـ جولة في آفاق السيكوسوماتيك/ محمد احمد النابلسي ٦٤

٢ ـ الاختبارات السيكوسوماتية/ عبد الفتاح دويدار ٩٢

٣ ـ الاضطرابات النفس ـ جنسية/ جمال التركي ١١٤

٤ ـ الذبحة القلبية ـ الوقاية والعلاج/ روز ماري شاهين ١٣٣

٥ ـ السيكوسوماتيك الدوائي/ خليل فاضل ١٣٧

٦ ـ اسهامات مدن السيكوسوماتية/ سلمى المصري دملج ١٥٢

٧ ـ بيبليوغرافيا عربية للسيكوسوماتيك/ جليل شكور ١٧٠

٨ ـ عرض حالات سيكوسوماتية/ النابلسي ـ سعادة ١٧٣

عزيزي القارئ

عددنا هذا من غير قضية!. اذ لم نجد قضية توفر احراج تجاهل ما يجري من مجازر على يد الاسرائيلي. وانتظرنا وصول قضية تتعلق بمعاناة اطفال الانتفاضة من زملائنا الفلسطينيين العاملين مع هؤلاء الاطفال. لكنها لم تصل وبقي عددنا من غير قضية!.

لكن محور العدد يطرق الموضوع في صميمه فهو بعنوان «السيكوسوماتيك». وشدائد العدوان هي منبع وبائي للاضطرابات السيكوسوماتية. حيث اتصل بنا العلم بوجود اصابات صدمية عنيفة عند الاطفال الفلسطينيين عداك عن الامهات. ويزيد حرجنا مع زيادة التهديدات والتحديات الاسرائيلية لشعوبنا وحكوماتنا واراضينا. فلم يعد امامنا الا النكوص الى حالة الذعر التي اظهرتها الـ «سي ان ان» لجنود الاحتلال وهم يبكون مطالبين بالفرار من وجه المقاومة في لبنان. وكذلك النكوص الى حالة الذعر التي انتابت الكنيست الاسرائيلي يوم تقرر تدريس قصيدة محمود درويش «عابرون في كلمات عابرة» التي آن اوان تفعيلها. او اقله اوان الطلب الى هؤلاء المعتدين وبلطف الا يموتوا بيننا!.

لقد حاول مركز الدراسات توظيف الاختصاص لخدمة المصدومين ولعلاج آثار السادية اليهودية فاصدر كتاب «النفس المغلولة ـ سيكولوجية السياسة الاسرائيلية» بالتزامن مع هذا الحدث. اما عن محتويات هذا العدد والجهود التي بذلها الزملاء فيه فاننا نحيلك الى فهرست العدد «المحتويات». مع لفت النظر الى مقالة صغيرة تصدرت باب علم النفس حول العالم. وهي بعنوان «الجراح النفسية في فلسطين» للزميل لطفي الشربيني.

وبالانتقال الى محور العدد نترك لك ملاحظة مدى قصور هذا الفرع (السيكوسوماتيك) في مكتبتنا العربية. حيث غياب ترجمات المؤلفات الاساسية للاختصاص. فنحن لم نترجم بعد مؤلفات فرانز الكسندر ودينبار، عداك عن الكتب الاحدث والاكثر مواكبة لراهن الابحاث السيكوسوماتيكية. دون ان يعني ذلك تجاهل الجهود المبذولة لادخال هذا الاختصاص الى العيادة والمكتبة العربية. مع الاعتراف بحاجتنا الماسة لتدعيم هذه الجهود وتطويرها لاستغلال الاختصاص في مخططات السياسية الصحية وفي رفع مستوى الاعمار ومعه مستوى اللياقة ـ الجسدية في مجتمعاتنا. وهنا نذكر ببحث لرئيس التحرير يبين فيه ان عصاب الوساوس المرضية هو الشكل المزمن للصدمة النفسية. كما يبين ان اكتشاف هذا العصاب يتأخر فيهدر معه من ميزانيات الرعاية الصحية.

نأمل ان يكون هذا المحور موجها للمهتمين ومبينا لنواحي القصور التي يمكن تركيز الجهود لتعويضها بدلا من هدر الجهود بتكرار تجارب وبحوث متشابهة. كما نذكر بالصفحة العربية للعلوم النفسية التي نرجو ارسال الملاحظات والاضافات على عنوانها الالكتروني او علي عنوان المركز. والى اللقاء في العدد القادم ومحوره «الاسرة والحياة الزوجية».

اسرة التحرير

اعداد: رمزية نعمان ـ نشأت صبوح ـ سناء شطح

الجراح النفسية في فلسطين

لا تقتصر الخسائر البشرية في الحرب ونتيجة القتال والصراعات المسلحة على الارقام الرسمية لاحصائيات القتلى والجرحى والمصابين كما يعتقد الكثير من الناس، فهناك فئات اكبر من الضحايا لاتتضمنهم القوائم الرسمية للخسائر البشرية لانهم يتألمون من معاناة نفسية لا ينتبه لها أحد رغم انهم أكثر عددا من اصحاب الاصابات المباشرة من جروح وكسور وحروق، وبدرجة قد تسبب لهم العجز والإعاقة الكاملة. ويطلق على هذه الحالات في الطب النفسي الحديث تسمية اضطرابات الضغوط التالية للصدمة Postraumatic stress disorder وتعرف اختصارا PTSD، وهي حالات تنشأ من التعرض لأحداث وصدمات نفسية تمثل خبرات أليمة تفوق الاحتمال وتتضمن تهديدا خطيرا للحياة نتيجة للضرر الذي يلحق بالفرد او بأسرته او تدمير منزلة او ممتلكاته، وتمثل حالات الاضطراب النفسي نسبة ٢٥٪ من المصابين (اي واحد من كل اربعة) وتحتاج هذه الحالات إلى تدخل علاجي عاجل.

ومن علامات الجروح النفسية التي يمكن ان يتعرض لها الأفراد والجماعات نتيجة لممارسات العنف والقمع والتهديد حدوث مجموعة من ردود الافعال نتيجة لتعرض الشخص او احد افراد اسرته او جيرانه لمواقف ينتج عنها ضغوط نفسية هائلة تصاحب مشاهد القتل والإصابات الجسدية وتدمير المنازل والممتلكات والبيئة المحيطة، ويمثل ذلك صدمة كبيرة خارج نطاق الخبرة الانسانية العادية، ويؤدي ذلك فيما بعد إلى أعراض الاضطراب النفسي في صورة قلق وتوتر دائم، وتظل ذكريات المواقف الأليمة في ذاكرته تقتحم تفكيره في كل وقت بما يجعله يعيش هذه التجربة الاليمة في اليقظة وبعد النوم في صورة كوابيس تعيد مواقف الصدمة، ويتبع ذلك شعور بالإجهاد والالم النفسي والضيق والعزلة واليأس، ومن ردود الافعال التشتت الذهني والانتباه الزائد ورد الفعل العصبي لكل شيء يذكر الانسان بمشاهد الصدمة النفسية الاليمة ويفقد الناس الاستمتاع بالحياة لتحل مشاعر الاكتئاب الجماعي، وقد لا تظهر هذه الاعراض مباشرة عقب التعرض للصدمة ويتأخر ظهورها لشهور او سنوات ويكفي ان نعلم ان حالات الاضطراب النفسي ما زال يعاني منها جنود حرب فيتنام رغم مرور اكثر من ٤٠ عاما على تعرضهم لمواقف الرعب اثناء القتال.

واذا نظرنا إلى ما يحدث في الأراضي الفبسطينية المحتلة والذي تقوم وسائل الاعلام بنقله الى كل ارجاء العالم وما يتضمنه من مشاهد عنف ودمار قاسية تثير المشاعر لكل من يشاهدها وتتجاوز حواجز الحدود واللغة، وينشأ عنها اثار نفسية سلبية عميقة مثل المشهد الذي شاهده العالم للطفل الذي تم اغتياله بين احضان والده. كما ان استمرار الشعب الفلسطيني لفترة طويلة تحت التهديد والتعرض للضغوط الفردية والجماعية في صورة القهر والظلم الذي يفرضه الاحتلال، وحالة الاحباط العامة وفقدان الامل مع الوقت في الخروج من الازمة التي يمثلها الوضع الحالي.. كل ذلك يؤدي الى ظهور حالات الاضطراب النفسي وتفاقمها ويتبع ذلك مضاعفات وخيمة، وبالرغم من ان اوضاعا مشابهة قد تحدث في مناطق اخرى من العالم نتيجة للتعرض لكوارث طبيعية مثل الزلازل والفيضانات ونتيجة للحوادث الفردية والجماعية فان الاطباء النفسيين يلاحظون ان نوع الأزمات التي هي من صنع الانسان مثل الحروب والقمع والحصار والعقاب الجماعي تفوق في تأثيرها المدمر على الافراد والجماعات الازمات االتي تنشأ من ظروف طبيعية لا دخل للانسان فيها ولا سلطان له عليها.

وانني هنا أتوجه بدعوة ـ من موقعي كطبيب نفسي عربي ـ إلى المتخصصين من اطباء النفس المهنيين في كل البلاد العربية إلى المبادرة إلى التدخل المبكر لتضميد الجراح النفسية لاخواننا في فلسطين فهناك الأطفال والشباب والشيوخ الذين تعرضوا لصدمات نفسية مثل أم فجعت في ابنائها، او طالب شاهد زميله يصاب برصاصة قاتلة، أو أب فقد ولده مثل المشهد الذي لا شك سيظل ماثلا في اذهان الملايين في العالم يحرك مشاعرهم، وهذه الدعوة يجب ان تتضمن تشكيل كتيبة تقوم فورا بالوصول إلى هذه الحالات في اماكنها والبدء في علاج الآثار النفسية التي يعاني منها ضحايا العنف الإسرائيلي، وهنا نعرض الخطوات العملية التالية:

- الهدف من هذه الدعوة الى فريق للتدخل للعلاج النفسي لضحايا العنف هو السيطرة على الاضطرابت النفسية المحتملة ومنع الإعاقة المتوقعة التي يمكن ان تظهر اثارها مستقبلا.
- اولى الخطوات تحديد حجم مشكلة الاثار النفسية للأزمة التي يتعرض لها الانسان في فلسطين عن طريق مسح شامل سريع يتم من خلاله حصر الحالات والوصول إليها.
- توجد وسائل من العلاج النفسي المركز والمختصر وأساليب لتأهيل ضحايا العنف بمساندتهم للعودة إلى الحياة بصورة طبيعية وتوفير الدعم والمساعدة النفسية للفئات الاكثر تأثرا بالازمة.
- يتم العلاج بصورة جماعية نظرا لزيادة اعداد الضحايا، بمشاركة اكبر عدد من الاطباء النفسيين العرب، ويمكن تدريب كوادر لمتابعة الحالات في اماكنها لفترة زمنية كافية، ويتم ذلك في جو علاجي يعيد شعور الارتياح والثقة والأمن.

د. لطفي الشربيني

استشاري الطب النفسي

دواء جديد
لعلاج الاكتئاب والصداع النصفي معاً

● الصداع النصفي يهاجم الذين يعانون من الم مزمن في الظهر، او ألم المفاصل، أو يعانون من اكتئاب!

هذا ما ورد في دراسة أخيرة نشرت في جريدة نيورولوجي، واثبت فيها الباحثون ان الصداع النصفي يعرقل حياة الذين يعانون منه، حيث يكون الشخص غير قادر على العمل أو الحياة الطبيعية ويؤثر ايضا بالطبع على نوعية حياته وحالته المزاجية وعلى عمله... وقد اهتمت الدراسة بسؤال الأشخاص الذين يهاجمهم الصداع على مستوى الاداء في اعمالهم، والطهي والشراء من الاسواق، وعلاقاتهم الاجتماعية وقتها واحساسهم العاطفي والنفسي والمزاج العام، ومدى الألم، ونسبة الطاقة والصحة العامة بالمعنى الشامل... واظهرت الدراسة ان هناك خيطا رفيعا يجمع بين الذين يعانون الم المفاصل والم الظهر ومرض الاكتئاب...

وقال د. ريتشارد ليبتون استاذ النمويرولوجي في كلية طب برونكسى بالولايات المتحدة، إن الدراسة اوضحت ان الاكتئاب والصداع النصفي متلازمان حيث رصدت ان ٤٧٪ من الذين يعانون من الصداع النصفي لديهم اكتئاب، اذا ما قورنوا بـ ١٧ من المكتئبين الذين لا يعانون الصداع النصفي وقد يكون هناك ايضا مرضى بالصداع النصفي لا يشكون من اكتئاب. «وعلى الرغم من انهما مرضان منفصلان، الا ان هناك الآن بعض الادوية لتي تمنع الصداع النصفي وثبت انها ايضا تمنع الاكتئاب...»

كما يعلن د. سلبر شتاين رئيس مركز الصداع في مستشفى جيفرسون الجامعي بفيلادلفيا الذي يعلن عن دهشته بأن الصداع النصفي على الرغم من ثقله كمرض على النفس وعلى حياة المريض... الا ان الاطباء لم يحترموه بعد كمرض للتعمق في أسبابه، والامر الاكثر دهشة، ان الذين يعانون من الصداع النصفي، لم يبحثوا جدياً عن علاج له...

والسؤال الذي يطرح نفسه الآن بعد هذا البحث الجديد... هو:

هل سيكون سبب الصداع النصفي، امراض ألم الظهر والام المفاصل والاكتئاب فقط ام ستظهر له في المستقبل، وبعد طفرة علمية اخرى، أسباب اخرى مجهولة حتى الآن؟؟

الخلافات الزوجية وامراض القلب

يقول باحثون في الولايات المتحدة وكندا، ان الزواج التعيس يمكن ان يكون سيئا للقلب. وقد وجدوا ان الأشخاص الذين لديهم ارتفاع في ضغط الدم ويعانون من متعب زواج معرضون لخطر تدهور صحتهم في المستقبل.

واجرى الباحث في جامعة تورونتو (كندا) الدكتور بريان بيكر وفريق من زملائه دراسة لمعرفة تأثير العوامل الزوجية في مستوى ضغط لدم ومؤشر كتلة بطين القلب الايسر. ومن اجل هذه الغاية، تفحصوا ١٠٤ اشخاص متزوجين يعيشون مع شركائهم وكان لديهم ارتفاع معتدل في ضغط لدم.

وبطين القلب الأيسر يتضخم ويزداد سماكة عندما يرغمه ارتفاع في ضغط الدم على ضخ مقادير اكبر من الدم. وقال بيكر، ان الدراسة اظهرت ان الاشخاص الذين يعانون من زواج تعيس كانت لديهم قلوب اكثر سماكة من اولئك الذين كانوا يعيشون زيجات سعيدة. وفي نهاية الدراسة التي استغرقت ثلاث سنوات، تبين ان التدخين والكحول هما ايضا عاملان يزيدان مؤشر كتلة بطين القلب الايسر.

واولئك المشاركون في الدراسة الذين كانوا يقضون وقتاً قليلاً مع شركائهم، او لم يكونوا يحصلون على ارضاء كاف من الزواج، عانوا من ارتفاع في مستويات ضغط الدم. واظهرت الدراسة ايضا ان مستويات متدنية من الاتصال بن الزوجين كانت مرتبطة بارتفاع في ضغط الدم الانبساطي.

ولاحظ بيكر ان ضغط دم الاشخاص الذين عانوا من زواج سيء كان يميل الى الانخفاض، اذا تجنبوا شركاءهم خلال مدة ٢٤ ساعة. والعكس صحيح ايضا بالنسبة الى السعداء في زواجهم.

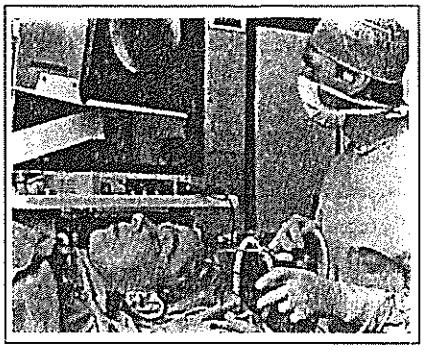
ولكن الباحثين يستبعدون ان تكون العوامل النفسية، مثل الزواج وضغوط العمل، قادرة بحد ذاتها على ادامة ارتفاع في ضغط الدم، وكتبوا في ورقة يقولون: «من المرجح ان عوامل الزواج او العمل، او كليهما، تعدلان العوامل البيولوجية الراهنة في اطار الاستعداد الوراثي الفريد لدى كل شخص».

وحذر بيكر من استخدام نتائج الدراسة كسبب للطلاق، وقال: «من الطبيعي حدوث مشاجرات، ولكن ليس من الطبيعي تجنب مشاجرات».

العدوانية والقلب ايضا

جاء في دراسة نشرتها مجلة الجمعية الطبية الأميركية ان الشبان العدوانيين هم اكثر عرضة لخطر امراض القلب.

وقد استخدمت في الدراسة اختبارات نفسانية معيارية لقياس النزعة العدوانية لدى ٣٧٤ شابا وشابة ابتداء من العام ١٩٨٥. وبعد عشر سنوات، قاسوا التلكلس (التصلب) في الشرايين التاجية.



فوجدوا ان الشبان الذين اظهروا مستويات اعلى من العدوانية، كانوا اكثر عرضة للعلامات المبكرة على امرض قلبية.

واشارت الدراسة الى ان دراسات سابقة حول الموضوع ذاته اظهرت صلة بين مستويات عدوانية مرتفعة وتصلب في الشرايين التاجية، وارتفاع في ضغط الدم، وزيادة في معدلات الوفيات المبكرة كم اشارت الى ان علماء اقترحوا نظريات عدة لتفسير الاسباب التي يمكن ان تجعل النزعة العدوانية تزيد خطر امراض الجهاز القلبي الوعائي. وعلى سبيل المثال، فإن عادات غير صحيحة مثل التدخين وشرب الكحول، كثيراً ما ترتبط بالنزعة العدوانية.

غير ان الدراسة تنبه الى ان تأثيرات كيميائية وهرمونية ناجمة عن العدوانية، يمكن ان تلعب هي ايضا دوراً في زيادة الخطر.

ادوية جديدة توفر علاجا جذريا للصرع

في القاهرة الآن ثلاثة ادوية جديدة لعلاج الصرع بشكل قاطع، حيث تم تجربتها خلال السنة الماضية بإعطائها للمرضى مع العلاج القديم في نفس الوقت وبنفس الكمية والفترة العلاجية، اكد ذلك الدكتور احمد طلعت الغنيمي استاذ المخ والأعصاب بقصر العيني. وأوضح الدكتور ساهر هاشم استاذ المخ والأعصاب بكلية طب قصر العيني ان هذا المرض الخطير الذي يصيب الإنسان قد يظهر في سن الطفولة او الشباب، وقد يكون نتيجة إصابة بالحميات الشديدة او مرض في المخ او اصابة شديدة او سقوط من ارتفاع عال. ويقول الدكتور خليل عبد الخالق رئيس اقسام طب الاطفال بطب قصر العيني ان الصرع يحدث تشنجات متكررة، وتنقسم النوبات الى كلية وهي المعروفة، وفيها يفقد المريض الوعي ويسقط على الأرض وتصاحب الحالة تصلب في العضلات وارتعاش بعد ذلك يدخل الطفل في سبات عميق اما في حالة النوبات الصغرى فتحدث لثوان معدودات اثناء اللعب او الدراسة بأن يغيب الطفل عن الوعي، ومن الممكن ان تتكرر عدة مرات في اليوم الواحد، إلا ان الطفل لا يتذكر ما حدث بعد زوال الحالة.

وعن الحالات الأخرى للصرع تقول الدكتورة ابتسام المليجي مدير معهد شلل الأطفال وخبيرة الأمراض العصبية ان هناك انواعاً اخرى مثل إصابة جزء من الجسم كالوجه واليد او الذراع، وقد تحدث بصورة بسيطة دون غياب عن الوعي او مركبة بغياب الوعي والادراك.

وبشكل عام يساعد فحص المخ على تحديد نوع المرض، والذي قد يكون إما لتشوهات خلقية او لالتهابات في المخ، لنقص الاكسجين او بسبب نزيف اثناء الولادة او بسبب الحوادث او لنقص في السكر والكالسيوم بالدم او بسبب الإصابة بالحمى، لذلك فان اجراء فحص المخ والرنين المغناطيسي

يسهم في تحديد نوع الدواء ونسبته، حيث ان العقاقير الجديدة تعمل على كيمياء المخ فتنشط بعضها وتهبط من افرازات الخلايا الاخرى.

اكتشاف الطفل المنغولي
في الشهر الثالث للحمل بالتكنولوجيا

هل يمكن اكتشاف الطفل المنغولي قبل ولادته او حتى في الشهور الأولى من حمل الأم، سؤال حاز اجابته في التكنولوجيا الحديثة لاجهزة الاكتشاف المبكر او كما يطلق عليه العلماء الاختبار الثلاثي الذي يتقدم في تشخيصه لنوعية الطفل وحالته الصحية.

الدكتور ياسر أحمد زيتون مدرس الباثولوجيا الاكلينيكية بكلية طب عين شمس يؤكد ان التاريخ السابق للأم الحامل من حيث مرات الاجهاض وسن الام والتاريخ الزمني للولادات السابقة يتم إدخال هذه البيانات في برنامج كمبيوتر خاص لحساب احتمالية إصابة الجنين بما يسمى علميا بمتلازمة داون Down Syndrome أو عيوب الانبوبة العصبية NTD ويمثل هذا الاختبار خيارا مهما في حالات الطفل المنغولي Mongolism حيث إن هذه الحالات تحدث بنسبة ١: ٧٥ للسيدات الحوامل في عمرهن المبكر وترتفع هذه النسبة كلما زاد عمر الأم خاصة بعد بلوغ الأم ٣٥ عاما.

لقد وجد ان هذا الاختبار الثلاثي له القدرة على التنبؤ بحدوث حمل لهذه النوعية من الأطفال فهذا يمكنه التنبؤ بداية من الشهر الرابع للحمل ومع التقدم المستمر امكن قياس الاختبار الثلاثي مع بداية الشهر الثالث مما يسهل من القدرة على التنبؤ مبكرا خلال الحمل ولقد اضيف معامل افراكلينيكي للاختيار الثلاثي وهو قياس سمك جلد الرقبة من الخلف في الجنين Nuchal Ttanslacemcy بواسطة الموجات فوق الصوتية مما يعطي بعدا جديدا للاختبار وهو التبكير بمعرفة نسبة حدوث الطفل المنغولي في مرحلة مبكرة جدا من الحمل وتابع الدكتور ياسر قائلاً:

الطفل المنغولي يولد بمقدار من التخلف العقلي يتفاوت من حالة الى اخرى وقد وضعت ٤ درجات متفاوتة من الذكاء اعلاها هو الذي يستطيع اكتساب مستوى معين من الذكاء ويحتاج مثل هذا الطفل إلى رعاية كاملة من حيث الاكل والشرب وحماية تامة في الشوارع لانه ثبت احصائيا ان اكثر الاسباب لحدوث الوفاة في هذه الحالات هو حوادث الطرق.

وماذا عن مشاكله الصحية؟

قال: كثيرة كعيوب في القلب كما انه اكثر عرضة لأمراض سرطان الدم ولهذا فنجد ان القدرة على التنبؤ بحدوث مثل هذه الحالات يكون مهما جدا بالنسبة للام والأب عموما وان هذه الاختبارات تعد من الاختبارات الدورية الروتينية في الدول المتقدمة مثل امريكا وبريطانيا ممن يدعونا الى مواكبة هذه الدول في الحالات الطبية المتقدمة وبالذات في كيفية التشخيص المبكر للأمراض المختلفة مما ينعكس على الحالة الصحية في صورة طبية.

الارهاق المهني والشدة النفسية

● نتيجة الايقاع السريع للحياة، والالتزام بالحضور والعمل المتواصل المجهد، ومحاولة اداء العمل على اكمل وجه، خاصة تلك الاعمال التي لها علاقة بتقديم خدمة للجمهور، وبذل قصارى الجهد في ارضائه... يشعر بعض اصحاب تلك الاعمال المجهدة بأن صدورهم تضيق عليهم، وبانهم غير قادرين على التنفس!!

وقد ورد اخيرا في المجلة الطبية على الانترنت، ان احتمالات الاصابة بأمراض القلب تزيد عند من يعمل في مهن سريعة الايقاع يتعرض صاحبها لضغط عصبي شديد، وارهاق بدني نتيجة لساعات طويلة من العمل المتواصل، بالاضافة إلى العائد المادي غير المجزى، وافتقاد الحماية الاجتماعية في مكان العمل... ايضا اثبتت المجلة الطبية ان الاحباط في العمل نتيجة للشعور بالظلم وعدم العدل والمساواة بين العاملين، ونتيجة تحيز الرؤساء للبعض دون البعض الآخر وأيضاً نتيجة لعدم التقدير الادبي والمادي... كل تلك الضغوط النفسية تؤثر في صحة الإنسان وتزيد من احتمالات تعرضه لأزمة قلبية.. واشارت كمثال لسائقي الاوتوبيسات الذين يتعرضون يوميا للزحام في المرور كل يوم، وساعات عملهم المتواصل المضني، وعدم قدرتهم على الراحة بعد العمل... كل هذا يصيبهم ايضا بأمراض القلب!

د. جنيفر فيلي، الطبيبة المعالجة بسان فرانسيسكو، والتي تخصصت في علاج الضغط العصبي الناتج من العمل، تؤكد ان على الانسان ان يوائم نفسه مع مناخ العمل الذي يقوم به... وذلك باعطاء نفسه فترة وجيزة متقطعة للاسترخاء الذهني، والرياضة الخفيفة داخل العمل، ومحاولة التنفس بعمق واغماض العينين والتركيز في لا شيء ليستعيد صفاء ذهنه مرة اخرى، ويبعد ولو بالخيال لبعض الوقت عن مناخ العمل الذي يسبب له التوتر والقلق...

الساعة البيولوجية والمناعة

د. عبد الهادي مصباح

الحديث عن معجزة خلق الإنسان بما يتناسب مع الوظيفة التي خلقه الله من اجلها في الليل والنهار مصداقا للآية الشريفة «وجعلنا الليل لباسا وجعلنا النهار معاشاً» فنجد أنه يتوافق مع احدث ما وصلت إليه الأبحاث العلمية والتي نشرتها مجلة «ساينتفيك أمريكان» العلمية عن الساعة البيولوجية الموجودة داخل جسم الإنسان، ومركز القيادة الذي يتحكم في الساعة البيولوجية في الجسم، والذي يعطى الإشارة لكل خلايا الجسم للإحساس بالوقت على مدى الأربع والعشرين ساعة، ويفرق بين الليل والنهار فيما يسمى بالدورة «السر كادية»، هو عبارة عن مجموعة من الخلايا في غدة تحت المهاد او الهيبوثلاموس في المخ، وتوجد بداخل هذه الخلايا مجموعة من الجينات تعمل، ثم تتوقف عن العمل في تناغم داخلي مع تعاقب الليل والنهار على مدى ٢٤ ساعة، حتى في عدم وجود ضوء النهاء

او ظلمة الليل، فالخالق عز وجل برمج خلايا جسمنا الداخلية على هذه الدورة والا لما استطاع فاقدو البصر ان يناموا ويستريحوا في نومهم على الاطلاق بعد فقد بصرهم، وفقد القدرة على رؤية الضوء، فالضوء الذي يمتص بواسطة شبكية العين بواسطة مستقبلات معينة ينتقل عبر العصب البصري، حتى مع فقد الرؤية او فقد البصر، إلى غدة ما تحت المهاد SCN، ثم الى الغدة الصنوبرية الموجودة في وسط المخ، والتي تتحكم في إفراز هرمون الميلاتونين، وقد اثبتت الأبحاث ان هرمون الميلاتونين يفرز ليلا، ويتوقف إفرازه نهاراً او عند التعرض للضوء، كلما استفاد الإنسان من نومه، وصار نومه هادئا وجسمه مستريحاً، اما إذا حدث العكس فسوف يختل نظام هذه الدورة داخل الجسم، ويقوم الإنسان من نومه شاعراً بالتعب والإجتهاد.

وقد اثبتت الابحاث تفاصيل هذه العلاقة الجينية التي تؤثر على الدورة السركادية اثناء تعاقب الليل والنهار، وعلى جسم الإنسان وصحته بصفة عامة، ومعرفتنا بتفاصيل هذه الجينات التي تنتج بروتينات يمكنها ان تتحكم في تنظيم الساعة البيولوجية، سوف يمكننا من الوصول الى تصنيع ادوية يمكنها ان تؤدي نفس المهمة، والتي يمكن من خلايا ذلك ان توجد علاجا لكثير من الأمراض التي تنتج لخلل في اداء الساعة البيولوجية مثل الأرق، واضطراب النوم، والاكتئاب الموسمى ولعل معظم الأبحاث التي اجريت من قبل سواء على الحشرات مثل ذبابة الفاكهة، او الحيوانات مثل الفئران، أو حتى على الانسان من اجل اكتشاف أسرار الساعة البيولوجية، كانت تتم على المخ على اعتبار ان مركز القيادة موجود في مكان ما بعدة الهيبوثلاموس يسمى SCN، وهو الذي يعطى الأمر بنا على اشارتها الى الغدة الصنوبرية من اجل التحكم في إفراز هرمون النوم الذي نعرفه باسم الميلاتونين، والذي يفرز فقط مع حلول الظلام الا ان المفاجأة التي اخبرتنا بها الدراسة الأخيرة التي خرجت من جامعة ولاية اوريجون الأمريكية، هي ان المخ ليس العضو الوحيد في الجسم الذي يحمل جينات هذه الدورة السكادية التي تتفاعل وتنسجم مع النوم والراحة بالليل، والعمل والاستيقاظ بالنهار، وان الجينات التي تعطى الأمر بتكوين نفس انواع البروتينات من اجل التحكم في نظام الساعة البيولوجية، قد تم اكتشافها في خلايا اخرى من الجسم مثل خلايا الكلى، حيث يتم إفراز بعض هذه البروتينات بالليل عندما يحل الظلام، وتنخفض نسبتها بالنهار او عند التعرض للضوء، والعكس صحيح بالنسبة للبعض الآخر، وقد تم إثبات هذه الحقيقة في ذبابة الفاكهة، واستمر انتظام هذه الدورة السركادية مع تعاقب الليل والنهار في خلايا الكلى في ذبابة من خلايا المخ العليا.

وفي معهد أبحاث «سكريبس» بولاية كاليفورنيا الأمريكية، استطاع الباحثون ان يثبتوا وجود جينات الساعة البيولوجية في اجنحة وارجل وفم ذبابة الفاكهة وحتى في قرون استشعارها، واستطاع د. كاي ومجموعته ان يثبتوا وجود مثل هذه الساعة البيولوجية، وعلى الرغم من تأثرها عند التعرض للضوء، الا انها يمكن ان تعمل بنفس هذا النظام، حتى لو وضعت في غرفة مظلمة تماماً، وبعيداً عن اي مصدر للضوء، بل واكثر من هذا، ان هذه الساعة البيولوجية تظل تعمل بنفس الكيفية والاختلاف ما بين الليل والنهار حتى في حالة تشريح العضو واخذه منعزلاً بعيدا عن الجسم، ولقد اثبت د. «شيبلر» في جامعة جينيف عام ١٩٩٨ وجود مثل هذه الساعة البيولوجية في بعض خلايا الدم والجهاز

المناعي للفئران، والانسان لا يختلف عن المثالين السابقين من حيث التركيب الجيني للساعة البيولوجية في جسمه، ومن هنا نصل إلى حقيقة مهمة، وهي ان الخالق جل وعلا الذي خلق الليل والنهار، وجعل للإنسان خلال كل منهما وظيفة واداء معينا، قد خلق ايضا جينات الليل والنهار داخل كل خلية من خلايا جسمه، لتتناسب وتتناغم مع خلق الله في الكون ولكن يبقى التساؤل كيف تختلف وظائف الجسم ما بين الليل والنهار؟.

حل لغز... الصداع النصفي

● كيف يمكن للنظام الغذائي الدقيق، ان يؤثر في علاج الصداع النصفي؟

احدث دراسة نفسية امريكية تؤكد الذين يعانون صداعا نصفيا مزمنا، يتكون داخلهم، ورغما عنهم، احساسا بالانسحاب من الحياة الاجتماعية بالإضافة إلى حالة مزاجية متوترة وقلقة، واحتمال كبير ومتزايد للاصابة بالاكتئاب؟!

فما هي مسببات الصداع النصفي وكيف يمكن مواجهته والانتصار عليه؟

الاجابة تكمن داخل احدث كتاب يتم تداوله الآن في اسواق امريكا واوروبا للطبيب جاري نول، والذي يحمل عنوان [صله الغذاء بالحالة المزاجية للجسم].

يقول د. جاري نول في كتابه إن الصداع النصفي، كما يعرفه اكثرنا، هو صداع اكثر من الصداع العادي، ويصيب جزءا من المخ فترة محدودة فقط.

● والسبب الاول للصداع النصفي يرجع الى نقص الكافايين في جسم الإنسان، لهذا السبب يستهلك الامريكيون اكثر من ٦ اكواب قهوة يوميا لضمان وجود الكافايين في دمهم، تفاديا للاصابة بالصداع النصفي، هذا على الرغم من علمهم بخطورة تناول الكافيين بكثرة!!

● والسبب الثاني للصداع النصفي هو السموم الخارجية التي تحتويها بعض المواد الغذائية كمادة الجلوماتيت الموجودة داخل القمح والتي تسبب تسمما لبعض الاشخاص، وتزيد من احساسهم بالصداع، النصفي... كذلك توجد في بعض منتجات الألبان والاذرة والشيكولاته والمواد السكرية الصناعية...

وينصح الأطباء بأنه من اجل كسر حدة الصداع النصفي، فيجب محاولة تقليل الغذاء الذي يحتوي على هذه العناصر السابقة... فتقليلها قد يسبب في البداية الاحساس بالتعب والصداع والعصبية الشديدة.

● وبالإضافة الى اتباع نظام غذائي دقيق يبعد عن تلك المواد الغذائية المسببة للصداع، فيمكن

ايضا علاج الصداع بتناول فيتامينات ب وب ٦ لتهدئة الجهاز العصبي، وذلك للتغلب على اعراض انسحاب الكافايين من الجسم مع تقليله... ويؤكد الأطباء ان اكثر من ٩٥٪ من الذين يعانون الصداع النصفي المزمن يمكنهم ان ينتصروا عليه ويشفوا من اعراضه خلال الشهر الاول من اتباعهم للنظام الغذائي الذي يبعد عن الكافايين والقمح والشيكولاته والاذرة المسببة للصداع.

● كذلك يمكن مقاومة الصداع النصفي بممارسة التمرينات الرياضية التي ترفع من نسبة مادة االسيروتين في الجسم، وهي ذات التأثير المهدئ للأعصاب.

العلاج بالضغط!

● كذلك ينصح الاطباء بالضغط على منطقة باطن اليد وخارجها... فهذه الحركات الضاغطة تخفف الالم وتزيله من المخ... وتدليل الجبين ومنطقة الاذن يساعد على تخفيف الصداع حسب نظرية الانعكاس... ويقوم الصينيون بعمل تدليك للاذنين لتجنب آلام الصداع النصفي، وهذه الخطوات كلها في علاج الصداع تؤثر ايضا على النوم المريح للذين يعانون الارق نتيجة احساسهم بالصداع المزمن...

ـ اما اليابانيون فيستعملون علاج الشياتز او الضغط بالاصابع عوضا عن وخز الابر الصينية. وهم يحددون نقاط خاصة في الرأس للضغط عليها بالاصابع لازالة آلام الرأس على انواعها. وكان مركز الدراسات النفسية قد ترجم كتابا بعنوان «**الضغط بالاصابع ـ العلاج الياباني ـ الشياتزو**» العام 1991.

ويؤكد الاطباء على دور النظام الغذائب في معالجة الصداع على انواعه. ولا يفوتنا التذكير بالعلاقة بين شدة الالم التي تصاحب الصداع وبين تنامي احتمالات الاصابة بالاكتئاب وبانعدام المزاج. وغالبا ما يكون الاكتئاب مقنعا في هذه الحالة. مما يصنف الحالة في اطار السيكوسوماتيك. حيث الصداع غير المصنف السبب يعود الى الصراعات اللاواعية للشخص. وحيث آلام الصداع تؤدي لاضطراب المزاج.

الهواتف النقالة
تؤثر على انماط النوم عند البشر

توالت الدراسات التي راحت في الاونة الاخيرة تشير الى مخاطر الهواتف النقالة او المحمولة وآثار الاشعاعات الكهرومغناطيسية الصادرة عنها سلبيا على الجسم. وبعد ان اشارت دراسة سابقة الى ان استخدام الحوامل للهواتف النقالة قد يسبب اذى بالغا للاجنة، اشار فريق من الباحثين السويسريين الى ان استعمال الهاتف النقال قبل النوم قد ينعكس بصورة سلبية على نوعية نوم من يستعمله. وكان هؤلاء الباحثون قد اجروا تجارب على ١٦ متطوعا حيث قلموا بتعريضهم لاشعاعات كهرومغناطيسية تشبه الى حد بعيد الاشعاعات التي تنبعث من الهواتف النقالة وعلى جانب واحد من الرأس لمدة ٣٠

دقيقة تقريبا اثر تعرضهم لتلك الاشعاعات. وقد استنتج الباحثون من ذلك ان استعمال الهواتف النقالة والتعرض لاشعاعها الكهرومغناطيسية ولو لمدة قصيرة من الزمنه.

مراهقة الكهول

يبدو ان عبارة «جهلة الخمسين» العامية، وتعني غي او مراهقة من هم في الخمسين من اعمارهم، والتي تطلق على كبار السن من الرجال الذين يتصابون او يتشبهون بالشباب وتهفو نفوسهم الى النساء وهم في تلك السن، صحيحة من الناحية العلمية.

فقد ذكرت دراسة ايطالية اعدها باحثون اخصائيون في علم النفس من معهد علم النفس في روما ان الرجال مبرمجون بيولوجيا للوقوع في الحب عند بلوغهم سن الخمسين. وقال الباحثون في دراستهم ان الرجال يقعون في شراك الحب عندما يكونون في سن المراهقة، او يخيل إليهم انهم وقعوا في الحب آنذاك، لان الحب والجدية تبدأ عند بلوغهم سن العشرين. ولا يلبثون ان يبدأوا باكتشاف منظورات جديدة في الجنس او في العلاقات الزوجية عندما يبلغون من الثلاثين او سن الاربعين. وسواء تكللت علاقاتهم الزوجية بالنجاح او منيت بالفشل، يكتشفون عند بلوغهم سن الخمسين انهم يسيرون بيولوجيا ورغم انوفهم الى الوقوع في الحب مرة اخرى. وكانت هذه الدراسة قد ارتكزت على متابعة ما يزيد عن ثلاثة آلاف رجل الا ان الباحثين الاخصائيين اكدوا ان هذا لا يعني رغبتهم في اقامة علاقات سطحية عابرة بل هو تحرك قوي في نطاق احاسيسهم ونزعة الى الحب لا تختلف كثيرا عن نزعة المراهقين، والسبب في ذلك حسبما ذكر الباحثون هو ان الرجال في تلك السن يشعرون بأن الوقت يدهمهم. ومع ذلك، اشارت الدراسة على ان بعض الرجال في سن الخمسين قد يبحثون عن علاقات حب مع نساء اصغر سناً، بينما قد يقع آخرون في حب زوجاتهم مجددا حيث يبدون نحوهن المزيد من الرقة والتفهم والتعاطف.

نقص البروتينات لدى المسنين يضعف الجهاز المناعي

ذكر المعهد الالماني للطب الغذائب وعلوم التغذية في مدينة باد آخن في المانيا ان نصف المسنين تقريبا الذين تجاوزا الخامسة والسبعين من العمر يعانون من نقص في البروتينات. ولفت المعهد الانظار الى ان هذا النقص في البروتينات له آثار سلبية خطيرة على المتقدمين في السن إذ انه يؤدي الى ضعف الجهاز المناعي وهشاشة العظام وابطاء في اندمال الجروح وتسريع حالة التردي الصحي. وكان المعهد المذكور قد ارتكز في تصريحه على دراسة اجراها البروفيسور غونتر شليرف من مدينة هايدلبيرغ في جنوب المانيا وشملت ثلاثمائة شخص تجاوزت اعمارهم الخامسة والسبعين ودلت نتائجها ان خمسين في المائة منهم يعانون من نقص في البروتينات يعزى سببه الى انظمة غذائية غير متوازنة او مشكلات في المضغ او فقدان الشهية او مشكلات في هضم البروتينات الموجودة في الغذاء بسبب الشيخوخة او التقدم في السن.

جائزة مصطفى زيور

تتقدم أسرة تحرير المجلة بالتهاني الى البروفسور

محمد فاروق السنديوني

بمناسبة فوزه بجائزة مصطفى زيور للعلوم النفسية عن العام ٢٠٠٠ التي يمنحها مركز الدراسات النفسية والجمعية اللبنانية للدراسات النفسية سنويا لأحد رواد الاختصاص العرب. وتم اختيار البروفسور السنديوني بناء على نشاطاته الواسعة في المجال ومساهماته المحلية والدولية في المجالين الصدمي وعبر الحضاري. وهو عمل استاذا في جامعة واغا واغا في اوستراليا وفي عدة جامعات عربية. ويعمل حاليا كأستاذ في الجامعة الاميركية في القاهرة. وكان البروفسور السنديوني من أهم داعمي المركز والمتعاونين معه. فهو شارك في نشاطاته وفي مجلته كتابة واستشارة. وكانت له آراء راسخة في ندوة الثقافة النفسية المنعقدة في القاهرة حول موضوع «مستقبل العلوم النفسية في الوطن العربي». كما ساهم في الدورات التدريبية لمعالجي الصدمة في البوسنة وفي الولايات المتحدة. وللبروفسور السنديوني حضوره المميز في المؤتمرات العربية والعالمية. وبناء على هذا التاريخ العلمي الحافل فقد تم اختياره باجماع آراء لجنة الجائزة. التي تسلم درعها في ندوة اقيمت خلال المؤتمر العربي الثامن للعلوم النفسية المنعقدة في جامعة ستة اوكتوبر في القاهرة نهاية يناير ٢٠٠١.

وكانت هذه الجائزة قد تأسست في العام ١٩٩٥ ونالها عن ذلك العام علي سعد. ثم عدنان التكريتي (١٩٩٦) ومحمد عثمان نجاتي (١٩٩٧) ومحمد حمدي الحجار (١٩٩٨) وفرج عبد القادر طه (١٩٩٩) ومحمد فاروق السنديوني (٢٠٠٠).

شروط الجائزة

١ ـ تقبل ترشيحات الجامعات والهيئات العلمية ومراكز البحث. كما تقبل ترشيحات الاتحادات والجمعيات العربية الجامعة والمحلية.

٢ ـ يستثنى من الجائزة اعضاء الهيئة التحكيمية واعضاء ادارة المركز والجمعية.

٣ ـ تخضع الترشيحات لرأي محكمين على الاقل قبل طرحها للتصويت.

٤ ـ يمنح الفائز درع الجائزة وبراءتها ويعتبر عضوا في هيئة تحكيم الجائزة.

يعقوب فام رائد البراغماتية في التربية

د. جيمي بيشاي*

ان الامة التي تكرم روادها وعلماءها تبرهن بذلك على رغبتها بالتطور وعلى عرفانها بالفضل وبتميز نخبة ساهمت في تدعيم المجتمع وثقافته. ولقد اعتاد مركز الدراسات النفسية التذكير بفضل هؤلاء الرواد. فكان ان خصص جائزته السنوية باسم الراحل مصطفى زيور كما اعاد طباعة العدد الاول لاول مجلة نفسية عربية وهو الصادر عام 1945. واليوم يقدم لنا الزميل جيمي بيشاي رائدا مغمورا من رواد التربية العرب هو يعقوب فام فيقول:

يعقوب فام رائد مجهول لم ينل حقه من التقدير شأن معاصريه من امثال اسماعيل القباني ومحمد حسين هيكل وطه حسين وغيرهم. وهو ينتمي الى الطليعة الليبيرالية التي اطلقها احمد لطفي السيد والتي تأثرت الى حد بعيد بحركة البراجماتية التربوية التي اطلقها الفلاسفة الاميركيون آنذاك. من امثال بيرس ووليام جايمس الذي بدا مؤلفاته بكتاب يحمل عنوان «**علم لنفس**» ثم اتبعه بكتاب «**البراجماتية او مذهب الذرائع**» وهو الكتاب الذي ترجمه له يعقوب فام الى العربية. والقاعدة في هذا المذهب ان المنفعة وحبها هما الدافع النفسي الى العمل. مع ملاحظة اختلاف الناس في تقديرهم لمنفعتهم الشخصية. وكذلك اختلافهم في تقديرهم للمنفعة العامة. لذلك وجب اتباع المنهج العلمي لاستجلاء الحقائق وانتزاعها من غموض المجهول. الا ان اصحاب العقول اللينة (العاطفية) ـ وهو المصطلح الذي اطلقه جايمس في هذا الكتاب ـ يأخذون الامور بالاستسلام للعواطف القلبية. في حين يقتضي جلاء الحقائق اعتماد مذهب عقلاني يسير وفق منهجية علمية مرنة كفيلة باتخاذ المواقف الموائمة بين المصلحة الخاصة والمصلحة العامة. والمواءمة بين الحقيقة والمنفعة تقتضي الجمع بين كلمتي «حق» و«نفع» بل هي تقتضي التوفيق بينهما لتصبحا مترادفتين. لذلك فنحن نقول عن فكرة ما انها نافعة لانها حق او انها حق لانها نافعة.

---

* مستشفى المحاربين القدماء ـ العلاج المعرفي/ الولايات المتحدة.

والبراجماتية تتخذ من المنهج العلمي الاجرائي ذريعه للسعى نحو تحقيق صورة مرآويه للطبيعة، وبهذا المنهج اسهمت في خلق جو نموذجي للتربية يقوم على تدريب النشئ على اهمية استيعاب الفكره وتوضيحها لغويا حتى تحمل المستمع على الاقتناع بجدواها. وكان التعليم من ذلك الوقت قائماً على التكرار الممل دون استيعاب للمعنى، وكانت قواعد اللغة والنصوص تحفظ عن ظهر قلب بدون وعي مستنير لكيفية استخدام هذه القواعد او النصوص من التعبير والمناقشة. واهتم يعقوب فام من تجربته الرياديه في قسم الصبيان بجمعية الشبان المسيحيه بالقاهرة باتباع تقاليد الحوار الديمقراطي وممارسة حقوق الانسان واحترام الاختلاف والتعدديه داخل اطار برلماني يحترم فيه النقاش بين الصبيان دون ان يخرج أحد عن النظم والتقاليد المتبعة في الدول المتقدمة التي كانت لها خبرة طويلة في ممارسة الديمقراطية مثل انجلترا وفرنسا وامريكا.

ولم يكن يعقوب فام من ابناء البعثات الاولى التي اوفدتها الحكومه او الجامعة المصريه، وانما جاء دوره الريادي عن طريق ايفاده في بعثة تربوية لجامعة بيل yale باميركا وتحت اشراف الارسالية الاميركية في اسيوط. وكانت الحالة الذهنية والاجتماعية في ذلك الوقت مهيئة تماما للتفعيل ولاستقبال الاراء الحديثة في تربية الاطفال، وربما كان كتاب الدكتور محمد حسين هيكل عن سيرة حياة جان جاك روسو عام ١٩٣٠ اول صيحة في العالم العربي لاحترام شخصية الطفل وتعديل نظم التعليم حتى تنطلق موهبة الطفل على اساس طبيعي يحقق نموه الشخصي ويمهد السبيل للعدالة الاجتماعية. وحاول اسماعيل القباني تأصيل هذه الفكرة بالتركيز على دراسة الطفل الموهوب ورعايته عن طريق تجربة المدارس النموذجية وعن طريق هذا الاهتمام نشأت صداقة طويلة بين القباني ويعقوب فام.

وعاصر يعقوب فام بعد حصوله على الاستاذية عقودا ثلاثة ابتداءاً من العقد الثالث من القرن العشرين بعيدا عن السياسة والجامعة. وكان الجو الثقافي بالنسبة لنخبة قليلة من الشباب من ابناء البعثات مبشراً بالكثير من الخير، فقد اتسع التعليم الأميركي، واسهمت الارساليات الاجنبية في التعليم الخاص وبذلك انتشرت الثقافة للقادرين والراغبين في التعليم وظهرت بعض المجلات الثقافية والعلميه «**كالرسالة**» و«**الهلال**» و«**اقرأ**» وكلها شجعت على القراءة الجادة بين الشباب المتعلم. وبدا ان كل شيء من مصر يستعيد حياة نشيطة خصبة بعد تصريح ٢٨ فبراير سنة ١٩٢٢ ويزوغ فكرة الديمقراطية والانتخابات البرلمانية. وبدأت في ذلك الوقت ايضا حركة تحرير المرأة بحيث فتحت الجامعة المصرية ابوابها للطلاب والطالبات سواءا بسواء.

وفي هذا المناخ الملائم للأفكار الحديثة استطاع يعقوب فام ان يؤسس اول برنامج تربوي يجمع بين المنهج العلمي في التفكير والممارسة الديمقراطية خارج نظام التعليم من اول نادي اسسه للصبيان الذين تتفاوت اعمارهم ما بين عشرة وستة عشر يدفعون اشتراكا سنويا قدره ٥٠ قرشاً، وغالبية الاعضاء كانوا من حي شبرا المجاور لمبنى جمعية الشبان الذي كان مقره قصر نوبار باشا في شارع ابراهيم المجاور لباب الحديد. وكان اكثر هؤلاء الصبيان من ابناء الطبقة المتوسطة وبنسب متعادلة بين المسلمين والاقباط وكان من بينهم شكري حبيب سعيد وسمير صادق حنا وارنست سليمان شلبي

وهم من الاطباء كما كان بينهم علي فوار وعبد المنعم شوتي وهم من العلماء المرموقين وكانت تجربة قسم الصبيان خبرة ريادية رائعة في ممارسة الديمقراطية عن طريق الاشتراك في اندية تحمل اسماء فرعونيه مثل نادي آمون واحمس واوزوريس، وكان لكل نادي عمدة منتخب، ومجلس وزراء، ونائب عام* وتعقد جلسات يدور فيها النقاش طبقا لأصول المناقشة الحرة (Robert Roles) الملتزمه بالوقت واصول المخاطبة بين الانداد في الحوار او النقاش. وظل يعقوب فام يدرب جيلا كاملا من الصبيان على ممارسة الديمقراطية الى جانب ممارسة رياضة كرة السلة والكرة الطائرة في جمعية الشبان المسيحيه بالقاهرة.

وكان يعقوب فام من هؤلاء المفكرين الذين ملك عليهم في امرهم حب الخير والرغبة في رعاية النشء وتوجيه سواء السبيل سيرا على احدث النظم التربوية التي كانت تعرف في امريكا حينذاك باسم «**المدارس التقدمية**» وأهم هذه النظم تدريب الطلاب على الخدمة الاجتماعية الى جانب ابداء طلاقة الفكر وحسن التعبير، وكان انكل يعقوب بمثابة المثل الاعلى لطلابه في التعبير عن اراءه. باسلوب نشيط وسلس، وبفاعلية قوية تحمل الصبيان على الطاعة والتمسك بالقدوة الحسنة التي يسنها المعلم في المدرسة او الوالدين من المنزل. وبهذا استطاع ان يكسب احترام المدارس والوالدين معا. وكان يقدم برنامجه للصبيان مساء كل خميس بقصة او حكاية هادفاً لتأكيد فكرة وليم جيمس صاحب مذهب الذرائع بان الكلام لا بد ان يكون له معنى مفهوم، وأن هذا المعنى لا بد ان يكون صادقا على الواقع، وحتى يتم هذا الصدق لا بد من اتباع منهج علمي اجرائي operational يحدد الخطوات بكاملها ومع ان الترجمة لكتاب «البراجماتية» كانت على مستوى فلسفي عال يجهله الصبيان في ذلك السن الا انه استطاع عن طريق اسلوبه القصصي ان يركز اهتمامهم على ان كل عبارة لا نعلم كيف نحولها الى تجربة عملية محسوسة هي عبارة بغير معنى. وكان يطلب من كل متحدث في المناقشة ان يعرف المعنى المقصود بانتقاء الكلمات وتعريفها تعريفا دقيقا وان يكون وراء كل كلمة يستخدمها رصيداً من خبرة حسية سابقة، على ضوئها يفهم المراد. فالقول بأن جمعية الشبان المسحية في شارع ابراهيم وان مقرها قصر نوبار باشا فإن الصدق فيها مرهون بالخبرة الحسية التي تقول اذا ما سرت في شارع ابراهيم حتى رقم ٦٠ فانك لا بد امام مبنى الجمعية.

والبراجماتية تؤمن بجمع العلم والعمل معا. اما العلم فهو قائم من اتباع منهج المشاهدة والملاحظة والتجريب والخطأ حتى تصل الى الحقيقة، والعمل يكتمل من الاجراءات التي يتعين اتباعها والسير عليها طبقا للتعريف الاجرائي او العملي لكل ما يقال وبذلك تكتمل دائرة الاستنارة بين المنهج والهدف وبين المتكلم والمستمع.

كان يعقوب فام متميزا عن شباب عصره بسعة الافق والتسامح الانساني وكراهية التعصب الديني الامر الذي حمل صديقاه اسماعيل القباني وزير المعارف الاسبق واحمد مرسى مدير جامعة القاهرة الاسبق على تكليفه بانشاء قسم الصبيان بجمعية الشبان المسلمين على مقربة من جمعية

* ولكاتب هذه السطور مقال بعنوان «مجلس وزراء من دار الهلال» نشرته الاثنين عام ١٩٤٩.

الشبان المسيحيه. وكان يعقوب على صلة وثيقة بهما لانهما كانوا اعضاء في جمعية تمارس لعبة البريدج BRIDGE على مستوى عالمي وحينما أنشأ نادي كوبري الليمون بعد ذلك ليمهد السبيل لتعلم الديمقراطية بين جميع طبقات الشعب، وكتب كتابه الثاني «**اطفالنا وكيف نسوسهم**» فعلق عليه د. طه حسين بما يلي: «الاستاذ يعقوب فام من ابناء هذا النفر.. من جماعة المصريين المثقفين الاخيار الذين رأوا حولهم شرا كثيرا فأرادوا ان يزيلوا منه شيئا ولو يسيرا.. كما ينبغي الا ان نخمد لهم سعيهم ونعينهم عليه».

ولا يعرف على وجه التحديد تاريخ مولد هذا المربى الصالح، ولكن تنامى الى علمنا من مراجعة بعض طلابه انه كان الابن الاوسط لأسره فام القبطية باسيوط التي اشتهر افرادها بمهنة التعليم في نطاق الارسالية الاميركية. وقد اشار اليها كل من الدكتور لويس عوض في «**اوراق العمر**» والدكتور رشدي سعيد في «**رحلة عمر**». كما حصلنا على نسخة من الحديث الاذاعي للدكتور ـ طه حسين عام ١٩٥١ في معرض التعليق على كتابه الاخير بعنوان «**اطفالنا وكيف نسوسهم**». وافضى الينا المهندس يوسف مرقص بانه كان يصغر يعقوب فام بثلاثة عشر سنة وبما ان المهندس يوسف من مواليد ١٩١٤ فان يعقوب فام غالبا من مواليد ١٩٠١. وتوفى يعقوب فام عام ١٩٦١ عن ستين عاما واختلفت الاراء في سبب الوفاة، ولكنه يرجح اصابته بالزهايمر وعلاجه في مستشفى هرمل حيث امضى ايامه الاخيرة. عاش يعقوب فام راهباً وكرس حياته لتربية الصبيان وتدريبهم على النقاش وتأكيد الذات وإتباع النظم الديمقراطية، واستطاع أن يحبب اليهم المنهج العلمي للتوصل الى حقائق الكون في شتى العلوم والفنون وكانت تجربته في قسم الصبيان قدوة رائدة اهملها تاريخ التربية وعلم النفس من العالم العربي.

يعقوب فام

أحد أعظم رجال التربية الذين انجبتهم النهضة المصرية التي اعقبت ثورة ١٩١٩

ونختم الحديث عن يعقوب فام بشهادة اوردها رشدي سعيد في كتابه «**رحلة عمر**» الصادر عن دار الهلال. وفيها يقول:

ويمكنني القول هنا إن اشتراكي في تجربة يعقوب فام الفذة كان له اكبر الأثر في تكويني. ففيها تعلمت اصول الحوار، وقبول الآخر واحترامه والعيش في جماعة، والالتزام بالمواعيد وتحمل المسؤولية وأخذها بجد، والتيقن من ان خير الفرد هو من خير الجماعة وكان هذا التعليم يتم في يسر وفي جو من البهجة على الرغم من التنافس الكبير بين الأعضاء، المشاركين في التجربة في المسابقات أو الانتخابات التي كانت تمثل جزءاً مهما منها. ولهذه التجربة التربوية التي قام بها يعقوب فام هي من التجارب الرائدة في تنشئة المواطن الذي يمكن ان يساهم في بناء وتدعيم العلمية الديمقراطية. فالديمقراطية ليست شعاراً يرفع بل هي نظام متكامل وطريق للعيش ينبغي أن يعد له الفرد منذ نعومة الأظفار بتنشئته على تحمل مسؤولية المشاركة في ادارة شؤونه، سواء في المنزل او المدرسة او الحي او المحافظة التي يسكن فيها، حتى يكون معدا للمشاركة في إدارة شؤون أمته. ولو أرادت مصر حقا ان تنعم بالديمقراطية وما يمكن ان تأتيه من اطلاق لطاقات ابنائها، لوجب عليها وعلى المسؤولين فيها عن التعليم او تنشئة الشباب العودة الى تجربة يعقوب فام الرائدة، ودراستها والنظر في تعميمها والعمل بها في المدارس ومراكز الشباب.

مجلة الطفولة العربية

تصدر عن الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية

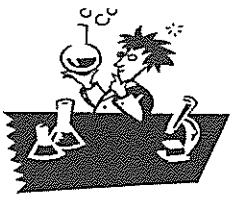
رئيس التحرير

أ.د. حسن الابراهيم

المراسلات باسم رئيس التحرير على العنوان التالي:

أبرق خيطان ص ب 23928 الصفاة

الكويت



اختبار بندر جشتالت البصري - الحركي لتشخيص الاصابات الدماغية وحالات تلف او تدهور الوظائف العقلية

Bender Visual motor Gestalt Test

الدكتور فيصل محمد خير الزراد*

وضعت هذا الاختبار لوريتا بندر (Lauretta bender) التي تعمل في قسم الطب النفسي في جامعة نيويورك عام (١٩٣٨)، ونشرت هذا الاختبار في كتابها تحت عنوان **اختبار الجشتالت البصري ـ الحركي واستخداماته السريرية**، وقد وجدت لوريتا بندر ان الأشخاص الذين يعانون من تدهور في قدراتهم العقلية ينقلون رسوم هذا الاختبار بالطريقة التي تميز الاطفال الذين لم تنضج بعد وظائفهم النفسية والعقلية والحركية، وقد صمم هذا الاختبار اصلا للكشف عن حالات التلف المخي، ورسومات الإختبار عبارة عن نماذج تمثل أشكالاً اولية للإدراك الإنساني (Perception)، وعدم التكامل في إدراك هذه الأشكال يكشف عن اعراض مرضية، وتحريف او تشويه هذه الأشكال يمكن اعتباره وسيلة للكشف عن شخصية المفحوص وما يعانيه من اضطرابات ذهانية، او عصابية، او اصابات عضوية دماغية، وحيث ان إدراك هذه الرسومات يفسر في المستويات العصبية المركزية للجهاز العصبي، ويمكن لهذه العمليات الادراكية ان تتعرض للتشويه نتيجة الاصابات في الدماغ، او نتيجة لاضطراب انفعالي، او اي تغيرات في مستوى الأداء العقلي، وهذه الرسومات هي نماذج استخدمها فرتها يمر (Wertheimer) عام (١٩١٢) أحد اقطاب مدرسة الجشتالت الألمانية (كوفكا، وكوهلر، وفرتها يمر)، وهي رسومات تعتمد على مبدأ الادراك، وقوانين الجشتالت الجيد، وقانون تحديد الشكل... الخ، وقد وجد هؤلاء العلماء بان الادراك البصري يحتل المكانة الاولى في القوى الادراكية المعرفية، وان المدركات بشكل عام تقوم بدور هام في تكوين الفرد العقلي والنفسي والاجتماعي، وقد حاول العالم (كورت لوين) الاستفادة من مبادئ الجشتالت هذه في تطبيقها في مجال الشخصية والدراسات

(*) استشاري ورئيس قسم علم النفس السريري في مستشفى الطب النفسي بابو ظبي.

الاجتماعية (النظرية التوبولوجية او نظرية المجال) حيث اكد على اهمية عناصر المجال الذي يوجد فيه الفرد، وادراك العلاقة بين هذه العناصر للوصول الى الهدف او الى الحل، ووجد كورت لوين ان الانسان لا يشعر بالاستقرار الا اذا تمكن من تنظيم مجال ادراكه، فالفرد المضطرب بالنسبة لكورت لوين هو الذي لا يعرف كيفية الوصول الى الهدف، كما لا يعرف تنظيم مجاله الادراكي، وقد استفيد ايضا من مبادئ الجشتالت في مجال العلاج النفسي الجشتالي وذلك على يد الطبيب النفسي فردريك بيرلز (F.Perles). (١٩٥١) الذي يرى بان الفرد الذي تكون مدركاته صحيحة فان سلوكه غالباً ما يكون صحيحا، والعكس، وان مهمة المعالج النفسي العمل على هدم مدركات العميل الخاطئة وبناء عوضا عنها مدركات صحيحة تساعده في معرفة عناصر المشكلة، وتؤدي الى تعديل السلوك. وقد امكن بواسطة هذا الاختبار تشخيص الحالات الذهانية والعصبية والسوية وحالات الافازيا الحسية (Sensory Aphasia) وحالات الشلل الجنوني العام (السفلس) وحالات الفصام، وحالات الهوس والاكتئاب، وحالات الضعف العقلي، وتوهم المرض.

ولهذا الاختبار اكثر من طريقة للتصحيح مثل طريقة (باسكال) (Psscal) وطريقة سوتيل (Suttell) كما ن له صدقة وثباته، وقد قام آرثر كانتر (Arthur Canter) (عام ١٩٧٦) باجراء تعديلات مناسبة على اختبار لوريتا بندر (الصورة الاساسية) حيث ادخل ما يسمى بطريقة الخلفية المتداخلة) (Background interference procedure) حيث يستجيب المفحوص على ورقة خاصة ذات خطوط متداخلة، كذلك قام كانتر بتعديل اسلوب التقدير للدرجات. وقد اصبح للاختبار اهمية كبيرة في العيادات النفسية ومشافي الطب النفسي في الولايات المتحدة الامريكية وخارجها.

مواد الاختبار واجراءات التطبيق:

تتكون مواد الاختبار من تسعة رسوم طبع كل منها باللون الاسود على بطاقة من الورق المقوى ابعادها (18)×(11) سم، (انظر الشكل المرفق)، وعند تطبيق الاختبار يقوم الفاحص او الاختصاصي بوضع ورقة بيضاء من حجم (A4) امام المفحوص بحيث يكون محورها الرأسي متعامدا مع جسم المفحوص، ويعطي المفحوص قلم رصاص ينتهي بممحاة، ومن الضروري استخدام طاولة ذات مسطح مناسب لعملية الرسم، وان يجلس المفحوص في وضع مريح، والفاحص في موضع يمكنه من ملاحظة طريقة المفحوص في العمل وتسجيل ملاحظاته وتعليقاته وسلوكه العام، ولا يسمح للمفحوص باستخدام مسطرة او اي ادوات للتسطير او لرسم الخطوط غير قلم الرصاص، ويوجه الفاحص تعليماته البسيطة للمفحوص مثل: امامك بعض الاشكال عليك ان ترسمها مثلما تراها تماما، ثم يتم عرض الاشكال على المفحوص متسلسلة بدءا من الشكل (A) حيث يوضع امام المفحوص على مسافة مناسبة حوالي (٤٠) سم تقريبا، وبزاوية حوالي (٦٠) درجة، وينتقل المفحوص برسم الاشكال حتى الشكل رقم (٨)، ويجب ان لا تعرض على المفحوص اكثر من بطاقة واحدة اثناء التطبيق، ويبقى الرسم معروضا امام المفحوص حتى ينتهي من الرسم (نقل مباشر)، ويسمح للمفحوص قبل اداء

الاختبار تفحص البطاقات او عدها او مقارنتها، ومن الضروري عرض البطاقات حسب ترتيبها المحدد ويمكن للاختصاصي استخدام طريقة النقل من الذاكرة البصرية، كما يمكنه استخدام الصورتين معاً.

وقد يسأل المفحوص بعض الاسئلة مثل:

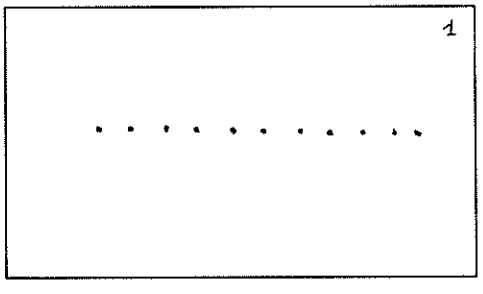
١ ـ اين ابدأ الرسم؟

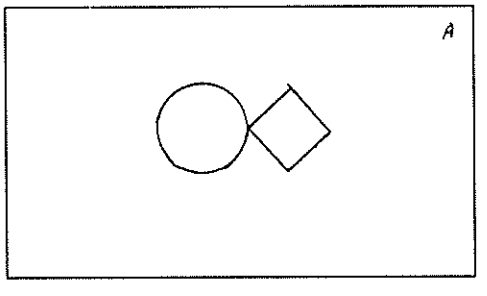
٢ ـ هل انقل الرسم حرفيا بتفاصيله؟

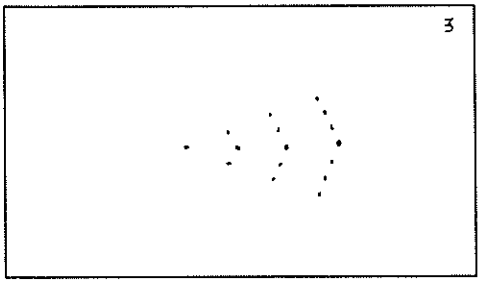
٣ ـ كم ورقة ساستخدم..؟

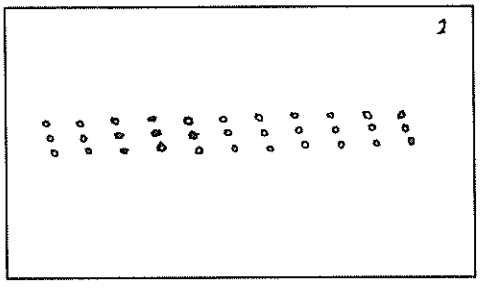
٤ ـ غيرها ...

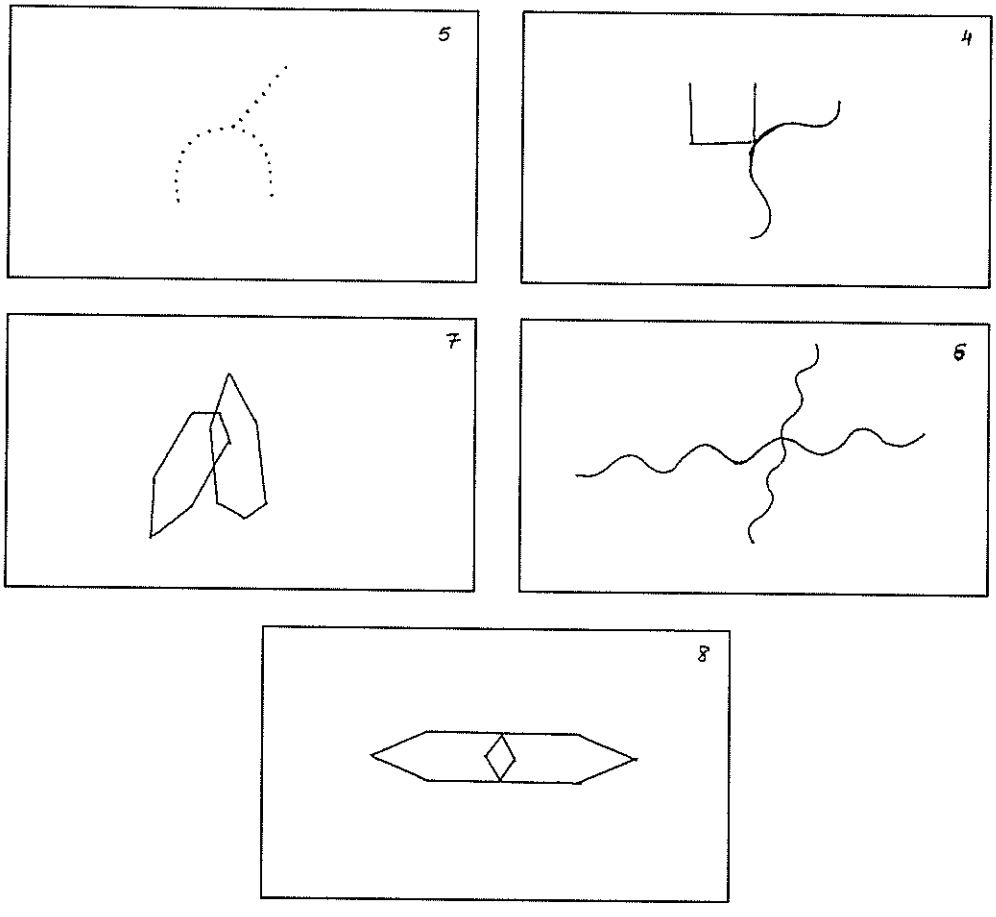
ويجب ان تسجل تساؤلات المفحوص لمعرفة كيفية معالجته لهذا الموقف الجديد. فاذا ادار المفحوص البطاقة تعاد بهدوء الى وضعها الاصلي، ويشجع المفحوص على الاحتفاظ بوضع البطاقة كما هي. فـاذا اصر المفحوص على تدوير البطاقة يتركه الفاحص دون تدخل على ان يسجل سلوك المفحوص كما يسجل تعليقات المفحوص، ومظاهر المقاومة، والاضطراب الانفعالي، وتسلسل الرسم، ووجهاته، ويمكن للفاحص من اجل تحديد جهة الرسم الاستعانة بوضع اسهم لذلك مثل → ← ↓ ↑ وهذه الطريقة الاساسية او المباشرة تصلح لتقييم حالات الاطفال من عمر (٥ ـ ١٤) سنة، كما تصلح للكبار من غير الاسوياء، ويجب مراعاة ما توصلت اليه لوريتا بندر من ان طفل السابعة يستطيع يستطيع ان ينقل مباشرة وبدقة الرسم (A) ورقم (٥)، وفي











التاسعة ينقل الشكل (١)، وفي عمر العاشرة ينقل جميع الرسوم عدا الرسم رقم (٧)، وفي عمر الحادية عشر يستطيع الطفل نقل كافة الاشكال دون اخطاء او تحريفات، وقد حاولت (كوبتز) (١٩٧٧) استخدام الاختبار لدراسة العمر العقلي لدى الاطفال الصغار.

كما قام الاكلينيكي (ماكس هت) (١٩٦٨) خلال عمله في الجيش الامريكي باضافة طريقة اخرى تلي الطريقة الاولى (الاساسية) حيث يتم نقل الاشكال من ذاكرة المريض (الذاكرة البصرية) ويتم ابعاد الرسوم عن نظر المفحوص وبعد ان يشاهد المفحوص الشكل لمدة (١٠) ثوان ثم يبعد الشكل ويطلب من المفحوص رسم الاشكال مع السماح له بتعديلها باي طريقة يراها هو مناسبة من اجل ان يظهر الشكل اكثر قبولا من الناحية الجمالية، ويتأكد الفاحص بان المفحوص قد فهم التعليمات، وهنا يرى ماكس هت ان هذا الاختبار يعتمد على مبدأ الاسقاط وعلى وصف الشخصية وتشخيصها من خلال اسقاطات المريض على الاشكال المرسومة. ولا يتم تحديد زمن الرسم، وفي حال تعديل الرسم، يسأل الفاحص المفحوص عن معنى تعديل الرسم، وماذا يمثل الشكل المرسوم بالنسبة اليه.. ويتم تسجيل الاجابات في اسفل الصفحة، ولا ننسى بانه يجب ان يضاف للاختبار

اختبارات اخرى، مثل اختبار T.A.T وتصلح هذه الطريقة للاطفال في اعمار متقدمة والكبار. ويمكن للاختصاصي استخدام الطريقة الاولى (الاساسية) مضافا اليها طريقة (ماكس هت) حيث ان الدراسات اكدت على اهمية الطريقة الثانية في الكشف عن الحالات العضوية والاصابات الوظيفية العصبية بشكل افضل.

تفسير الاختبار:

يعتمد التفسير على فهم مبادئ الجشتالت والعوامل التي تؤثر في التآزر البصري الحركي، كما يعتمد على فهم ديناميات الشخصية كما تنعكس في عملية الرسم، والفرد في عملية ادراكه ينظم ادراكه في ضوء خبراته الشخصية، ويختلف الادراك حسب مرحلة النمو والحالة الباثولوجية العضوية او الوظيفية، ويجب التحفظ تجاه المفحوص الاعسر والمفحوص الذي له مهارة في الرسم مثل الفنانين والرسامين وغيرهم.

وقد قام (باسكال) بتحليل رسومات الاختبار وذلك لتحديد الاخطاء في الرسم الذي يميز بين الاسوياء والمرضى، واستخدم باسكال مجموعة مرضى ذهانيين (١٣٦) مريضا، وعصابيين (١٨٧) عصابيا واسوياء راشدين (٤٧٤)، وانتهى الى وضع درجات خام حولها الى درجات موزونة بمتوسط قدره (٥٠) وانحراف معياري (١٠) وتوصل باسكال الى المتوسطات التالية (٨١,٨) للذهانيين، (٦٨,٣) للعصابين، و (للاسوياء. وبعد باسكال حدد (هت) (٢٧) عاملا لتفسير الاختبار صنفها في سبعة مجموعات هي ما يلي:

١ ـ التسلسل (Sequence):

ـ اي وضع الرسوم في تسلسل ثابت او جامد لا ينحرف عنه المفحوص مثلا قد يبدأ المفحوص بالرسم بالجزء العلوي الايسر من الورقة، ثم يضع بقية الرسوم على الجانب الايسر من ورقة الرسوم، او يبدأ بالجانب العلوي الايمن ثم يضع بقية الرسوم على الجانب الايمن للورثة. ويكون ذلك دون مراعاة لخصائص الاشكال وابعادها واحجامها، وقد يبدأ المفحوص بالرسم من اليمين الى اليسار او العكس. وقد يكون وضع الرسوم بشكل غير منتظم (Irregular) يدل على ارتباك (تسلسل مرتبك) (Confused) ويشيع هذا النمط لدى حالات الذهان النشط وبصورة بسيطة في حالات القلق الشديد، ويسمى (هت) بعض الرسومات التي تأخذ شكل او نمط مثل (8) بالتسلسل الرمزي، وتسلسل الرسم مؤشر على الطريقة التي يعمل بها الانا في ضبط السلوك الحسي حركي والوظائف العقلية فكلما زاد التسلسل جمودا وصلابة دل ذلك على اضطراب في الوظائف العقلية، ويشيع بين الاسوياء عادة التسلسل المنطقي المنتظم، واحيانا قليلة التسلسل غير المنتظم، وقد نجد التسلسل المبالغ في انتظامه بين العصابيين والقهريين.

١ ـ موضع الرسم: (Position of drawing):

ـ يشير موضع الرسم الى موقف او منهج المفحوص نحو الاختبار ونحو المواقف الجديدة.

فالافراد الذين يتسمون بالخوف غالبا ما يضعوا الرسم في الجانب العلوي الايسر من الورقة، ويكون حجم الرسم اصغر من المطلوب، ويغلب ان يضع الافراد الذين يعانون من النرجسية او السيكوباتية الرسم الاول في منتصف الورقة كما يميل السيكوباتيون الى استخدام ورقة منفصلة لكل رسم مع وضع الرسم في منتصف الورقة.

٣ ـ المسافات بين رسمين متتاليين (Use of Space):

ـ هذه المسافة لدى العاديين تتراوح عادة بين ربع الى نصف بوصة بين اقرب نقطتين من الرسمين المتتاليين، ويشير استخدام الفرد للمسافات بين الرسوم الى الطابع الغالب على ادراك المريض للعالم من حوله. يعتبر هذا العالم صديقا ام معاديا له، وهل يكبت المفحوص عداوته او يعبر عنها، والاتساع الكبير بين الرسمين يشير الى نزعات عدوانية قوية، بينما تشير المسافة الصغيرة جدا الى عداوة مكبوتة، والبارانويدي تتميز رسوماته باستخدام مسافات كبيرة مع ضآلة حجم الرسوم، واستخدام جزء صغير من الورقة لكل الرسوم، وكانه يعبر عن انسحابه من العالم الذي يقاسمه العداء.

٤ ـ الالتصاق او التصادم (Cohesion-Collision):

ـ يقصد بالالتصاق او التصادم تداخل الرسوم، ويتصل هذا العامل بعامل التقبل، والنبذ، ويشير التصادم على وجود اضطراب شديد في قدرة الانا على التخطيط ويتمثل ذلك في حالة التلف الدماغي، وحالات الذهان.

٥ ـ استخدام الهامش (Use of Margin):

ـ ولهذا دلالته اذا قام المفحوص بوضع (٦ ـ ٧) اشكال على بعد لا يزيد عن ربع بوصة عن اي من جوانب الورقة، ويشير ذلك الى وجود توتر داخلي شديد وشعور بالنقص، كما يشير الى وجود قلق ايضا.

٦ ـ تغيير موضع الورقة:

ـ يجب عدم الخلط بين هذا العامل وعامل التدوير، ويقصد به تغيير موضع الورقة وتدويرها بمقدار لا يقل عن (٩٠) درجة من الوضع الذي قدمت به الى المفحوص وهو تعامد الورقة مع رأس المفحوص ويشير ذلك الى تمركز حول الذات فاذا بلغ التدوير اكثر من (١٨٠) درجة ذلك على وجود صراعات داخلية خفية.

٧ ـ العوامل المرتبطة بمساحة الرسم:

ـ يعتبر الرسم مختلفا اذا اختلف محوره الرأسي او الافقي بمقدار الربع او اكثر من محور الرسم الوارد في البطاقة، وهذه الزيادة تشير الى تكوين عكسي استجابة لمشاعر قلق شديدة، وتعكس هذه الزيادة حالة انكار القلق واظهار التفاخر والمبالغة في السلوك.

٨ ـ التزايد او التناقص التدريجي في حجم الرسم:

ان اي تناقص في حجم كل رسم عن الرسم السابق له، يشير الى وجود الاحباط، مع ميل الى التنفيس عن طريق التجسيد و التنفيذ.

٩ ـ الزيادة او النقص في مساحة او اجزاء رسم معين:

ـ الزيادة في المسطح الرأسي لرسم يغلب عليه وجود صعوبات في التعامل مع نماذج السلطة، بينما تشير الزيادة في المحور الافقي في الاشكال الى وجود صعوبات في الاحتفاظ بالعلاقات الشخصية.

١٠ ـ العوامل المرتبطة في شكل الجشتالت:

ـ صعوبات الاغلاق (Closure) وصعوبات الوصل بين اجزاء الشكل الواحد او الوصل بين رسمين، ويشير ذلك الى صعوبات متعلقة بالخوف من تكوين علاقات شخصية والعجز عن الاحتفاظ بهذه العلاقات.

١١ ـ صعوبات التقاطع (Crossing):

ـ ويشير ذلك الى وجود حبسة انفعالية، وتكثر هذه الحالات لدى الذين يعانون من الابوليا(*) (Abolia)، والمخاوف، والشك والوسواس القهري، والسيكاثينيا.

١٢ ـ التغييرات في الانحناءات (Curvatures):

ـ اي الزيادة او النقصان في مقادر الانحناء، وتشير الزيادة الى استجابة انفعالية زائدة مع توتر وهياج، ويشير النقصان الى نقص الحساسية للمنبهات الخارجية وقمع الوجدان والبلادة في الشعور.

١٣ ـ التغييرات في حجم الزوايا (angulation):

ـ زيادة او نقصانا وتشير زيادة الزاوية (الزوايا المنفرجة) الى استجابة زائدة انفعالية للمنبهات الخارجية، والنقصان الى العكس، وهذا ينسجم مع التغيرات في الانحناءات.

تحريف الجشتالت (Distortion of the Gestalt):

ـ تشير عملية التشويه او التحريف في الرسم على وجود وظائف ياثولوجية ذهانية، وعلى انهيار قدرة الانا على التحكم بالمنبهات، ولكن ذلك قد يوجد لدى العصابيين والاسوياء الذين يتعرضون الى ضغوط شديدة.

١٤ ـ تدوير محور الرسم (Rotation):

ـ تدوير صغير في حدود (١٠ ـ ١٥) درجة او تدوير كبير (٩٠ ـ ١٨٠) درجة (تدوير

(*) الابوليا: (العجز المرضي المزمن عن القدرة على المبادرة او اتخاذ القرار).

عكسي)، التدوير الصغير المتعلق بتدوير حقيقي لمحور الرسم الرأسي يدل على وجود اكتئاب اذا كان هذا التدوير باتجاه عقارب الساعة، وعلى العكس من ذلك، بينما يكثر التدوير الكبير الى الفصاميين.

١٥ ـ رسم جشتالت بدائي (Retrogression):

ـ مثل رسم اشكال لولبية عوضا عن دوائر ومنحنيات، ورسم اشرطه عوضا عن النقاط... الخ.

١٦ ـ تبسيط الرسم (Simplification):

ـ مثلا ان يكتفي المفحوص برسم احد الشكلين او كليهما على شكل واحد مثلا في الرسم رقم (٧) يرسم مستطيل، او يرسم الشكلين غير متداخلين. وهذه الرسوم البسيطة تشير الى عجز عن مواجهة الواقع وهو يوجد في حالة التلف الدماغي، واذا فشل المفحوص في معرفة عدم الدقة في رسمه فان دلالة التبسيط هو وجود حالة ذهانية.

١٧ ـ تجزئة الجشتالت:

ـ ونقل جزء منه فقط بحيث يكون الرسم ناقصا، وأحيانا قد يكون الرسم كاملا ولكنه مفككا وهذا مؤشر على وجود ذهان حاد، او ان هناك اصابة في الفص الجبهي للمخ (Frontal Brian Damage)، كما توجد هذه الظاهرة في الحالات الهستيرية، وحالات فقدان الذاكرة.

١٨ ـ صعوبة رسم الاشكال المتداخلة:

ـ وخاصة في الرسمين (٦)، (٧) وتوجد في حالات التلف العضوي في المخ وحالات الاصابة في المناطق الجدارية.

١٩ ـ التفصيل واضافة خطوط او تفاصيل لا توجد في الرسم الاصلي (Claboration or doodling)، ويتبع ذلك في حالات الهوس، وقد توجد هذه الحالات في الذهان الذي يصاحبه اهتياج وضعف القدرة على التركيز.

العوامل الحركية:

٢٠ ـ الحركة (Movement)، تبين من الدراسات انه اذا زادت الحركة باتجاه عقارب الساعة ازداد احتمال وجود باثولوجية واصابة عضوية، وكذلك النزعة الى رسم الخطوط العمودية (الرأسية) من الاسفل الى الاعلى، ويرتبط ذلك بالخوف المرضي من اشكال السلطة، والحركة من خارج الرسم الى الجزء الداخلي فيه ترتبط بنزعة نرجسية قوية، وبشخصية متمركزة حول الذات.

٢١ ـ اتساق وجهة الحركة (Consistency of direction of movement) يستخدم معظم الافراد اتجاها واحدا في حركة الرسم او وجهة، فاذا استخدم المفحوص وجهة في رسم او جزء منه، ووجهة اخرى في رسم مماثل دل ذلك على وجود اضطراب وحبسة انفعالية.

عوامل متنوعة:

٢٢ ـ الرسم الكاريكاتيري، ولا يقصد بذلك الرسم الذي نجده داخل المجلات بل المقصود هو

رسم خطوط بسيطة مبتوره او ناقصة وهو مؤشر على وجود قلق وتوتر نفسي.

٢٣ ـ المداومة على اسلوب الرسم (Perseveration) من شكل لآخر بالرغم من عدم صلاحيته، مثلا قد يرسم المفحوص في الشكل (٢) نقطاً عوضاً عن دوائر او قد يرسم دوائر في الشكل رقم (٣)، ويشير ذلك الى ضعف في ضبط الانا وهذا يشيع في حالات التلف المخي والضعف العقلي.

٢٤ ـ نقص التآزر الحركي (Motor incoordination) ويقصد بذلك ظهور حركات غير منتظمة في الخطوط مع ضبط حركي ضعيف نتيجة للرعشات والتقلصات العضلية وبعض انواع الشلل، وقد يحدث ذلك بسبب حالة القلق والتوتر الشديدين.

طريقة لعمل التي يتبعها المفحوص (العميل او المريض):

٢٥ ـ الانتباه الزائد لتفاصيل معينة في الشكل المرسوم. ويتمثل ذلك في اعادة رسم هذه التفاصيل عدة مرات وفي استخدام الخطوط الثقيلة في الرسم وقد يشير ذلك الى طبيعة الصراع الذي يواجهه المفحوص وخاصة اذا قورن الرسم مع الجزء الثاني من الاختبار (النقل من الذاكرة).

تصنيف العوامل السابقة حسب الاعراض المرضية الطب ـ نفسية

١ ـ حالات الفصام: وتختلف حسب نوع الفصام وطول فترة المرض وشدة الاعراض ويلاحظ في حالات الفصام وضوح العوامل التالية مثل التدوير، رسوم بدائية، تبسيط، تغيير في الزوايا، اضافات، تسلسل مرتبك، مداومة في الرسم، نقص ملحوظ في الزوايا، والانحناءات، تزايد في مساحة الرسوم، عدم اتساق وجهة الحركة.

٢ ـ حالات التلف العضوي في المخ: ويلاحظ في مثل هذه الحالات وضوح التدوير، والرسم الكاريكاتيري، صعوبة تداخل الرسوم، المداومة الظاهرة تحريف الجشتالت، اعادة الرسم عدة مرات، تبسيط، تجزئة، تصادم، صعوبة في بداية الرسم، تناقص ملحوظ في الحجم صعوبة رسم الزوايا، تسلسل غير المنتظم، نقص في التناسق الحركي، استخدام غير منتظم للمساحة، صعوبة الاغلاق، الاندفاعية في الرسم.

٣ ـ حالات العصاب:

لوحظ في الحالات العصابية انها لا تشوه نمط الجشتالت عادة ولكن صراعات المريض تنتج اسقاطات مميزة في الرسم مثل:

١ ـ تسلسل غير منتظم في رسم الاشكال.

٢ ـ تعديل في مساحة الرسم وخاصة الانتقاض الشديد منه.

٣ ـ الاستخدام المفرط للهوامش.

٤ ـ التغيير في حجم اجزاء الرسم.

٥ ـ التغيير في الانحناءات والزوايا.

٦ ـ الانتباه الزائد للتفاصيل.

٧ ـ صعوبات في الاغلاق.

٨ ـ صعوبات في التقاطع.

٩ ـ مقاومة سلوكية ملحوظة للاختبار.

١٠ ـ استخدام غير مألوف للمساحة البيضاء.

١١ ـ تدوير الورقة.

١٢ ـ رسم كاريكاتيري، او ترقيم الاشكال، او وضع خط فاصل بينها وبشكل عام قد لا يكشف العصابي عن اضطرابات واضحة في وظيفة الجشتالت البصرية ـ الحركية لذا يصعب تقرير تشخيص واضح لتمييز الحالات العصابية.

٤ ـ حالات الضعف العقلي:

وتختلف هذه الحالات باختلاف درجة الضعف العقلي واسبابه، ويجب استبعاد الضعف العقلي الحقيقي حتى لا يختلط بحالات احتباس الانفعالية، ويلاحظ في هذه الحالات وجود ما يلي:

١ ـ الشخبطة.

٢ ـ رسوم بدائية لولبية.

٣ ـ مداومة.

٤ ـ تسلسل غير منتظم.

٥ ـ تبسيط.

٦ ـ صعوبات واضحة في الرسمين رقم (٧) ـ (٨).

٧ ـ بطء في الرسم.

٨ ـ صعوبة اعلاق.

٩ ـ تغييرات في الزوايا.

١٠ ـ تزايد في الحجم ورسوم عفوية.

٥ ـ حالات الهوس ـ والاكتئاب:

وتختلف هذه الحالات حسب شدة ذهان الهوس والاكتئاب ففي حالات الهوس والاكتئاب يلاحظ:

١ ـ اضافة بعض الزخارف الى الرسوم. (حالات الهوس).

٢ ـ السرعة في الرسوم وبشكل غير عادي في حالة الهوس.

٣ ـ في حالة الاكتئاب تبرز التفاصيل والاضافات.

٤ ـ تصغير الاحجام.

٥ ـ البطء في الاستجابة في حالة الاكتئاب.

٦ ـ مقاومة الرسم في حالة الاكتئاب.

٦ ـ حالات الافازيا:

١ ـ عدم او نقص استخدام الكلام في الافازيا الحركية.

٢ ـ نقص القدرة على فهم الكلام في الافازيا الحسية.

٣ ـ رسوم لولبية بدائية.

٤ ـ مداومة.

٥ ـ تشويه للجشتالت.

٧ ـ حالات الشلل الجنوبي العام:

في هذه الحالات يلاحظ ميلا شديدا لتصغير الرسوم، وفصل الاجزاء عن بعض، واستخدام اشكال بديلة.

ان هذا الاختبار يقدم للاختصاصي السريري وسيلة بسيطة وسريعة وغير لفظية للكشف عن وجود اصابة مخية او حالات ذهانية او عصابية، كما ان هذا الاختبار يكشف عن عدد من الدفاعات النفسية والدنياميات المميزة لشخصية المريض، ويفضل ان يكون هذا الاختبار جزءا من اختبارات اخرى يمكن ان تساهم مع بيانات تاريخ حالة المفحوص في تكوين صورة سريرية متكاملة عن العميل (المريض).

وقد اجريت حول الاختبار عدة دراسات علمية مثل دراسة ماكس هت، ودراسة بلنجسليا، وفي مصر قام مصطفى سويف وزملاؤه باجراء عدة دراسات حول الاختبار بالاضافة الى دراسات مصطفى فهمي، وسيد غنيم، وفي سوريا ودولة الامارات اجرى فيصل الزراد عدة دراسات حول هذا الاختبار.

٢٦ ـ الاندفاعية في الرسم (Impulsisity) ويتمثل هذا العامل في السرعة والاندفاع الزائدين في رسم بعض الاشكال وذلك دون تخطيط مسبق او رؤية الرسم، ويرتبط ذلك بالنزعة الى التنفيس عن طريق التنفيذ (acting out) ونقص القدرة على تحمل الاحباط.

٢٧ ـ استخدام خطوط موجهة مثل رسم فواصل بين الاشكال على الصفحة، وقد يدل ذلك على وجود عملية ذهانية، او احساس بالعزلة، الا ان على الاختصاصي السريري التعمق في فهم دلالة هذا السلوك.

هذا ويمكن للاختصاصي الاكلينيكي تحليل مضمون الاشكال المتضمنة في الاختبار للاستفادة

منها في عملية لتشخيص وملاحظة مؤشرات اخرى تزيد من عملية التشخيص مثل:

١ ـ اطوال الاضلع او الاقطار المرسومة بالمقارنة بالرسم الاصلي.

٢ ـ نقاط التماس بين الاشكال او الاجزاء.

٣ ـ نسب الاجزاء المرسومة لبعضها البعض مثلا نسبة قطر المعين الى قطر الدائرة.

٤ ـ ادراك المسافات الاقصر والاطول في الرسم.

٥ ـ عدد الاجزاء الموجودة في الرسم مثلا عدد النقاط.

٦ ـ اتجاه مناطق الاغلاق (المربع المفتوح).

٧ ـ ميلان الخطوط (زاوية الميل واتجاه الميل).

٨ ـ الزمن المستغرق في رسم كل شكل وفي الاختبار ككل.

٩ ـ التزيين والاضافات..

١٠ ـ التمييز بين الخطوط المستقيمة، والمنحنية، والزوايا.

١١ ـ الخطوط الثقيلة والخطوط الخفيفة.

١٢ ـ طريقة الرسم ومسك القلم باليد، وحركة اليد.

١٣ ـ مؤشرات اخرى... يراها الاختصاصي ذات دلالة تشخيصية وقد ميز الباحثون في هذا المجال بين عوامل الاختبار التي تقاس اجرائيا وبلغ عددها (٣٨) عاملا وبين المؤشرات التي قد تزيد عن (١٣٧) مؤشرا واختصرت هذه العوامل بسبب طول الوقت الى (٢٥) عاملا و(٦٣) مؤشرا.

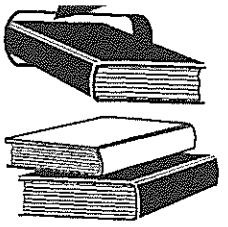
محاور الأعداد القادمة

محاور الأعداد القادمة

محاور الأعداد القادمة

محاور الأعداد القادمة

- **الأسرة والحياة الزوجية** عدد يوليو/تموز **2001**
- **الصدمة النفسية** عدد أوكتوبر/تشرين الاول **2001**
- **المعلوماتية والسيكولوجيا** عدد يناير/كانون الثاني **2001**
- **العولمة والسيكولوجيا** عدد ابريل/نيسان **2002**



مكتبة الثقافة النفسية

■ **العنوان: النفس المغلولة/ سيكولوجية السياسة الاسرائيلية**

■ **المؤلف: محمد احمد النابلسي.**

■ **الناشر: مركز الدراسات النفسية (٢٠٠١)**

سعت اسرائيل دائما، وعبر مختلف الاقنية، الى تسجيل اختراقات مؤذية في الجانب العربي. وهي لم تسعى يوما لاقامة اتصال طبيعي مع العرب. بل انها كانت تستجيب برعب هيستيري لاي اتصال طبيعي على هذا الصعيد. حيث تكفينا الاشارة الى مقدار رعبها من اية مبادرة سلام عربية مثل مبادرة الملك فهد للسلام في «قمة فاس» 1981 وسلوكها عقب هذه المبادرة. وهو سلوك تناوله المفكر نعوم تشومسكي بالنقد والتحليل. حيث راى انها ارسلت طائراتها للتحليق فوق السعودية لتعود فتنفذ عملية اجتياح لبنان (1982) فقط للتهرب من احتمال السلام. والتهديد بقلب الطاولة على الجميع. وما تقدم يفسر لنا توظيفها لتقنيات الاتصالات الحديثة من اجل تسهيل هذا الاختراق. وهذا الواقع يطرح ضرورة التعرف على النفسية الاسرائيلية وعلى السمات الخاصة بالشخصية اليهودية التي تقود الشارع الاسرائيلي وتتحكم به. وذلك يقتضي الاطلاع على التحليل النفسي للشخصية اليهودية وهذا ما يسهم الدكتور محمد احمد النابلسي بتقديمه من خلال كتابه الجديد المعنون ب: «**النفس المغلولة ـ سيكولوجية السياسة الاسرائيلية**».

الاشكالية الاولى التي يطرحها الكتاب تتعلق بالخليط المكون لسكان اسرائيل. بحيث يطلق عليها المؤلف تسمية «**اتحاد الحارات اليهودية**» . ملاحظا ان كل حارة من هذه الحارات (الغيتو) قد حملت معها لغة وتصرفات وتقاليد المجتمع الذي قدمت منه. ويجد النابلسي في اليهود الروس خير مثال على ذلك. فهذا التجمع يحافظ على لغته الروسية ويصدر صحفه بهذه اللغة. كما انه اقام احزابه الخاصة به وكذلك اعتمد نظاما قيميا على علاقة مباشرة بنظام القيم الروسي. عداك عن ان الشك يطاول يهودية 65% من هذه الجماعة التي يبلغ عددها مليون مهاجر. وقس عليه اليهود الفالاشا واليهود العرب ويهود اوروبا الشرقية وغيرها من الحارات/ الغيتوات السابقة التي لا يمكن بحال الحديث عن انصهارها في شخصية اسرائيلية واحدة. وعلى هذا الاساس يدعونا المؤلف **لتحليل الشخصية اليهودية** حيث يضطر للاستعانة بالانثروبولوجيا لبلوغ هدفه. ثم تاتي بقية فصول الكتاب لتدعم هذا التحليل وتعمق شرحه. باعتماد المؤلف مبدأ رصد وتحليل السلوك السياسي الاسرائيلي منذ قيام اسرائيل وحتى اليوم. فيرى ان الخداع الاسرائيلي يتجلى باعتماد مصطلحات لها دلالات ظاهرية ايجابية الا ان اسرائيل تعتمد الدلالات الباطنة لهذه المصطلحات. فالسلام بالنسبة لها هو مجرد تسوية مؤقتة بانتظار التطورات الاستراتيجية العالمية. والتطبيع هو الدخول في علاقة مصلحة مع العرب دون الاعتراف بهم. اي مع اصرارها على معاملتهم بدون مساواة وهذه الازدواجية الدلالية لا بد لها من

اعتماد اساليب خداع متطورة يعطي النابلسي الامثلة عليها خلال الفصل الثاني الذي عنونه: **«سيكولوجية الخداع الاسرائيلي ـ شائعة التطبيع نموذجا»**.

اما عن مفهوم الحقوق لدى اليهود فيراه المؤلف اقرب الى المفهوم الروماني. فالمحرمات واجبة العقاب تتحول الى مباحة اذا كان ضحيتها الغير ـ اي غير اليهودي ـ وهذا التمييز في الحقوق يستتبع ضرورة الكذب والاحتيال وهذا ما يشرحه الكتاب في فصل: **«سيكولوجية الاحتيال ـ المفاوض الاسرائيلي نموذجا»**.

وبما ان استباحة الآخر هي الشرط الرئيسي المبرر للعدوان فان من حق السيد ان يعتدي حتى على مقدسات الآخر. وفي هذا الاعتداء تخطي لابسط القواعد الانسانية. حيث يناقش الكتاب **«سيكولوجية السفاح ـ شارون نموذجا»** ويبين المؤلف ان اختيار شارون جاء بسبب تدنيسه للمسجد الاقصى وليس بسبب نقص السفاحين الاسرائيليين.

اما عن الحرب النفسية التي تخوضها الصهيونية ضد العرب فرأى المؤلف انها تعتمد على تلميع صورة اليهودي مع تعميق سلبية صورة العربي بترسيخ الصورة التي رسمت له عبر الاستشراق. والنابلسي اذ يلحظ ويؤكد على سيطرة اسرائيل الاعلامية فانه يتوقف للتذكير بان من واجب العرب الا يستسلموا لهذه الحرب النفسية وان يسعوا لعرض صورتهم الحقيقة امام العالم.

وتحت عنوان **«عقدة فيتنام الاسرائيلية»** يعرض الفصل السادس من الكتاب لعدم استعداد الاسرائيليين لتقديم ضحايا بشرية. ولرغبتهم بالاقتصار على استخدام تفوقهم العسكري تجنبا لذلك. لكن وجود جيشهم في الشريط اللبناني اجبرهم على تقديم ضحايا. من هنا المطالبة الشعبية الاسرائيلية الضاغطة للانسحاب من لبنان.

«النفط والقدس والمستقبل» هو عنوان الفصل السابع للكتاب وفيه يبين المؤلف رفضه اعتبار تدنيس شارون للاقصى مجرد تصرف خارج السياق. اذ يعتبره تصرفا مدروسا ومخططا له بل ويذهب الى الربط بينه وبين ازمة النفط السابقة له ببضعة اسابيع. وذلك بحيث يصعب الفصل بين النفط والقدس فماذا عن المستقبل؟.

وفي الفصل الثامن يعرض النابلسي لخدع المؤرخين الاسرائيليين الجدد وتحديدا لخدعة دعوتهم لما يسمونه ب: **«التدوين المشترك للتاريخ»**. ويتلخص رأي المؤلف باعتباره ان ما يعرضه هؤلاء لا يخرج عن كونه معلومات افرج عنها بعد مرور الوقت وهي متاحة للباحثين وبالتالي فان عرضهم لها في كتب لا يعطيها قيمة اضافية. ومثالا عليه يطرح المؤلف كتاب السناتور الاميركي السابق «بول فندلي» المعنون **«خيبات مؤجلة»** كمثال على المصادر البديلة التي تغنينا عن الانخداع بالمعلومات التي يعرضها هؤلاء المؤرخون. ويجد النابلسي ضرورة التذكير بمفاصل تاريخية للارهاب الصهيوني فيقدم عروضا ملخصة ومختصرة لابشع المجازر الصهيونية. وذلك في الفصل العاشر الذي يحمله عنوان: **«من ملفات الارهاب الصهيوني»**. لينتقل بعدها الى مناقشة **نشأة مصطلح معاداة السامية واستغلال الصهيونية** له لدرجة الاتجار به وتزييف وقائعه والتهديد بتهمة اللاسامية لكل من يجرؤ على الكلام

الذي يزعجها. وهذا الفصل يحمل عنوان: «**معاداة السامية والدلالات المستعارة**» وناتي الى الفصل الذي نعتبره الاهم في هذا الكتاب. وهو الفصل الحادي عشر وعنوانه: «**نهاية اسرائيل واستمرار لعبة الامم**» . حيث يطرح المؤلف نظريات مستقبلية تتوقع اقتراب اسرائيل من النهاية فيعرض للسيناريو المتصور من قبل المستقبلي الفرنسي **جاك آتالي** كما يعرض لطروحات يوسي بيلين (وزير العدل والاكاديمي الاسرائيلي) في كتابه «**موت العم الاميركي**» وفيه يتوقع الكارثة بسبب نفاد الخزان البشري اليهودي ويدعو الى تلافيها. كما يعرض الفصل لاراء اخرى حول نهاية اسرائيل.

اما الفصل الثاني عشر والاخير فيخصصه المؤلف لتقديم تحليل نفسي لقصيدة **عابرون في كلام عابر** مودعا قارءه بعبارات... اعيدوا عقرب الوقت الى شرعية العجل المقدس... ولتموتوا اينما شئتم ولكن لا تموتوا بيننا...

هذا الكتاب هو الثاني للمؤلف في مجال تطبيق السيكولوجيا في مجال السياسة. فهو قد اصدر في العام 1999 كتابا بعنوان «**سيكولوجية السياسة العربية ـ العرب والمستقبليات**» و ضمنه جملة قراءات مستقبلية لقائمة من اهم النظريات المستقبلية المطروحة في السنوات الاخيرة. ومنها: **صدام الحضارات وتآكل المصالح الاميركية وتحول السلطة ونهاية العلم وقوة اللوبي اليهودي في اميركا... الخ.**

اما الكتاب الحالي، موضوع حديثنا، فهو يقدم تحليلا لمختلف مراحل الصراع العربي - الاسرائيلي لكنه يتوقف عند القدس بصورة خاصة. اذ يعتبرها (في مقالة منشورة قبل انتفاضة الاقصى) مسؤولية مشتركة تجمع العرب والمسلمين وتتخطى كل المعطيات الجغرافية. كما نلاحظ ان افكار الكتاب المحورية تتركز في فصل «**النفط والقدس والمستقبل**» حيث دعوة المؤلف لاعتبار هذه العوامل الثلاث عوامل موجهة واقية ضد اية محاولة اختراق مؤذية. فالاختراق على احد هذه الصعد هو اختراق غير قابل للتعويض وهو يخلق كارثة معنوية لا يمكن تخطيها. فخسارة النفط تعني خسارة العضوية في عالم يتحول الى الاقتصاد وخسارة القدس تعني خسارة مقدسة وتفريطا لا يمكن تعويضه. اما خسارة المستقبل فهي الثمن الفادح الذي يمكن لاجيالنا القادمة ان تدفعه دونما ذنب او خطيئة لذلك يستدعي المؤلف مبادئ الانثروبولوجيا النفسية ليوظفها مقرونة بمعطيات الطب النفسي وصولا الى فهم اعمق لنفسية المفاوض الاسرائيلي ولدينامية محاولات الاختراق تحت مسميات مزدوجة الدلالة من نوع حقوق الانسان والمرأة وغيرها من الحقوق التي كفلها تراثنا الاسلامي ووضع لها القواعد مراعيا حقوق الآخرين في زمن كانت استباحتهم فيه مشروعة. انها الخصوصية المؤسسة للنفس العربية الاسلامية التي تدفع بنا الى التمسك بعروبة القدس حيث يعترف الاسلام بالديانات الثلاث صاحبة المقدسات فيها. وحيث ضمن الحقوق لاتباعها. مع التذكير بان السماح لليهود بالاقتراب من حائط المبكى كان منحة من السلطان وبان لجنة الامم المتحدة اقرت بكامل اعضائها بالملكية الاسلامية التامة لحائط البراق. ويبقى الخداع والاحتيال والنصب مستمرين مع اصرار اسرائيل على تطبيق مبدأ الحقوق الرومانية بما ينطوي عليه من احتقار للآخر وتنكر لحقوقه المشروعة.

■ **العنوان: مجلة الطفولة العربية**

■ **المؤلف: جماعة من الباحثين**

■ **الناشر: الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية.**

صدر العدد الخامس من مجلة «الطفولة العربية» الصادرة عن الجمعية الكويتية لتقديم الطفولة العربية. ويسجل العدد نقلة نوعية سواء لجهة اخراجه ولجهة تبويبه اضافة لتطرقه الى موضوعات اشكالية وعرضه لمختلف الآراء حولها، اذ تتصدر العدد مقالة أ.د. نجاة المطوع تناقش فيها **اثر الثنائية اللغوية على تعلم الطفل للغته الام**. وفيها عرض للآراء المتضاربة حول الموضوع مع تسجيل الباحثة لتجربتها في المجتمع الكويتي. ولهذا البحث اهمية خاصة عند التربويين اللبنانيين، حيث ان الموضوع مطروح بالحاح في المدرسة اللبنانية التي تعلم اللغة الاجنبية في سن مبكرة ـ السنوات المدرسية الاولى ـ ولعل دراسة مقارنة بين التجربتين يمكنها ايضاح العديد من نقاط اللبس حول الموضوع.

ويحمل البحث لثاني عنوان: «**نصيب الطفل الكويتي من الالعاب وعلاقته ببعض المتغيرات**» وهنا ايضا طرح اشكالي حيث العلاقة بين الالعاب وبين البيئة. اذ تهدف الالعاب الى تنمية خيال ومهارات الطفل للتموضع في بيئته. حتى يذهب البعض الى التحذير من تنمية هذه المهارات عبر العاب غير مطابقة للبيئة. الباحث الدكتور على الحبيب يطرق الموضوع انطلاقا من دور الاهل في شراء واختيار الالعاب لاطفالهم، ويخلص الى تقرير مسؤولية الاهل في تأمين الالعاب المناسبة ومدى اهتمامهم بتأمين هذه الالعاب. مشيرا الى تفاوت هذا الاهتمام بحسب ترتيب الطفل في الاسرة وبحسب متغيرات اخرى يمكنها ان تولد نوعا من التمييز يجدر بالتربويين ملاحظته ولفت انظار الاهل اليه.

البحث الثالث والاخير في ابحاث هذا العدد للباحثة الدكتورة بهية الجشي ويحمل عنوان «**اطفالنا والتلفزيون ــ تنمية مهارات المشاهدة الايجابية الناقدة**» والبحث مشاركة في النقاش الدائر حول فوائد واضرار التلفزيون. اذ يرى بعضهم ان التلفزيون قد اسهم في ارتقاء مستوى ذكاء الطفل. في حين يرى آخرون ان المشاهدة التلفزيونية تشجع السلوك لعدواني لدى الطفل. اما الباحثة فهي تعتمد الموقف الوسيط الذي يقول بفائدة هذه المشاهدة شرط تنمية مواقف ايجابية داعمة لاستفادة الطفل منها. ومعوقة للآثار السلبية للمشاهدة. وهي تتقدم بجملة اقتراحات لتنمية هذه المهارات الايجابية. وهي اقتراحات تتخطى النقاش الدائر الى تقديم الحلول العملية القابلة للاعتماد من قبل التربويين العرب. اما مكتبة العدد فتعرض لكتاب «**التعليم التعاوني**» وهو من تأليف الاخوة جونسون ومن ترجمة مدارس الظهران في السعودية،. والكتاب يطرح عقيدة تربوية جديدة قوامها استبدال التعليم الفردي التنافسي بالتعليم عبر المجموعات. ولقد وفق عارض الكتاب الدكتور بدر الكندري في عرضه بحيث يدفع القارئ الى طرح جملة اسئلة تجعله مهتما بالاطلاع على تفصيلات الكتاب.

هذا ويتابع الدكتور بدر العمر عرضه لسلسلة «**الانترنت التربوي**» حيث يعرض لمشكلات

خاصة بصغار الاطفال: تصلب الاطراف وارتخاء العضلات وتأخر المشي ومشي الطفل على اطراف اصابعه... الخ.

يلي ذلك مقال لسامح عبوشي (مقيم في السويد) يتناول فيه «**شقاوة الاطفال**» مقارنا بين الاطفال العرب والسويديين في مجال الشقاوة. اما الباحث الزبير مهدادا من المغرب فيعرض **لخبرات الطفل المؤلمة المتأتية من الاسرة.**

كما يضم العدد ثلاثة تقارير هي على التوالي: **معلومات حول رعاية الاطفال ذوي الحاجات الخاصة في الكويت وتقرير مشروع المؤشرات التربوية وتقرير حول المؤتمر العالمي الرابع للتفكير.** اضافة الى معلومات احصائية تضمنها **تقرير لبنان الى مؤتمر التعليم للجميع.**

وتعرض الدكتورة زهرة احمد حسن لـ: «**تجارب شخصية في تنشئة الابناء**». مركزة على «التعبير اللفظي كاداة للتطهير النفسي عند الاطفال». ويخصص العدد باقي صفحاته لعرض انشطة الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة. حيث عرض تقرير حول «**مؤتمر العمل التطوعي والامن في الوطن العربي**». فاعليات ندوة اثر التراث في الطفل الخليجي. و«**المؤتمر العلمي العربي الثاني لرعاية الموهوبين والمتفوقين**». وتقرير حول **الاجتماع الاقليمي للخبراء حول المفاهيم البديلة لتشجيع التعليم الاساسي.** ثم عرض لاصدارات الكتب المتعلقة بالطفل ولاصدارات الجمعية وبيبليوغرافيا الجمعية. مع ملخصات الابحاث بالانكليزية.

- **العنوان: الخيال ونقد العلم عند باشلار**
- **المؤلف: عماد فوزي شعيبي**
- **الناشر: دار طلاس ـ دمشق**

يقول هنري فوسيون: «ان التاريخ هو تأليه معكوس» في سياق واحد من الآراء المؤكدة على استحالة التاريخ المطلق الحيادية. ولتأريخ العلم مجاله واشكالياته الخاصة. فهو موجه التقدم الانساني ومحركه. واذا كان بالامكان الحديث عن المقارنة بين التاريخ الفعلي للعلم وبين عملية اعادة بنائه فان هذا الحديث انما ينطوي على مفارقة تجاهل وقائع غفل كمثل مدركات كانط الحسية. وهي وقائع واجبة التنميط والتفسير للاستفادة منها ولاستخلاص دلالة التقدم عبرها. مما يطرح ضرورة واهمية فلسفة العلم (الميثودولوجيا). ولكن ماذا يحدث عندنا تتعارض فلسفتان علميتان؟. ان الفصل في هذه الحالات هو بالعودة الى التاويل العقلاني لتاريخ العلم الفعلي ـ اي بوصفه تاريخا داخليا ابستمولوجيا ـ ولكن هل يمكن لعملية التأويل ان تنفصل عن الخيال؟ بل هل يمكن الفصل بين العقل وبين وظيفته الكبرى الخيال؟

يستحسن قبل الولوج الى موضوعنا ان نعطي مثالا على تعارض الميثودولوجيات فنعود الى العلم الدقيق المسمى بالفيزياء لنجده مفتقدا للدقة. فقد تواجه هذا العلم مع نفسه من خلال نظريتين عن الاشعاع. الاولى هي نظرية الجزئيات لنيوتن والثانية نظرية الموجات لبوكو. بحيث كان الفيزيائيون ينظرون للضوء من منظارين مختلفين بحسب النظرية المعتمدة. ولم يكن احد قادرا على الجزم باعتماد

اية منهما. ثم تاتي اعمال نيلزو بوهر لتبرهن ان كلتيهما صحيحة. الا انهما تتفاعلان على مستويات مختلفة من غير تلازمية ولا تبادلية. وهذا ما تبرهنه فكرة التكاملية عند بوهر اذ اثبت انه من غير الممكن القياس المتلازم والمتزامن لوضعية جزئية (الكترون) ما بنفس الدقة.

هذا المثال يدفعنا لادراك كم هو شائع وجود وقائع يمكن تفسيرها بشكل او باخر مع فارق زمني بين الاشكال مع وضع كل تفسير في اطاره المرجعي الخاص. وذلك مع بقاء اشكال التفسير المختلفة متكاملة بكل ما في الكلمة من معنى. فاية واقعة خام لا يمكن ارجاعها مسبقا الى احد العلوم الانسانية (او كلها) اذ ان تفسيرها هو وحده الذي يمكنه ان يجعل منها معطى مرتبطا باحد العلوم الانسانية.

وفي راينا الشخصي ان الاهمية العملية لكتاب الدكتور شعيبي في مكتبتنا العربية تتركز على هذه النقطة تحديدا. فقد درج باحثونا على استيراد الارجاعات الى العلوم الانسانية. بحيث باتوا يقبلون ارجاع الوقائع الخاصة بمجتمعنا الى العلوم الانسانية وفق قوالب تعتمد على تفسيرات مخالفة لواقعنا الثقافي والاجتماعي. حتى تحول دور العلوم الانسانية عندنا من التفسير العلمي المتأني على ضوء المعطيات الموضوعية الى نقل القوالب الجاهزة وترجمتها. هذا التحول الذي لم يعد يشكل خطورة فقط على دور وفعالية هذه العلوم بل هو بات يشكل خطورة على التنظيم البنيوي للمجتمع. اذ عجزت العلوم الانسانية عندنا عن تحديد جدول اولويات يراعي الحاجات الفعلية لمجتمعنا. مما دفع بالعاملين فيها لاعتماد خطط بحثية ومشاريع عمل تعود عبثيتها ولا جدواها الى كونها خارج اولويات الحاجات الفعلية للافراد وللمجتمع. او ليس خطيرا ان تدعو شعوبا مهددة بالابادة (عن طريق اليورانيوم المشع الذي تستعمله اسرائيل مثلا في قمع الانتفاضة) الى تحديد النسل؟

- **العنوان: سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية**
- **المؤلف: بشير الرشيدي (محرر)**
- **لناشر: مكتب الانماء الاجتماعي ـ الكويت**

تواصل الكويت مساهماتها في دعم الثقافة والعلوم في الوطن العربي. والجديد هو عودتها لاصدار الموسوعات العلمية. فقد صدر عن الديوان الاميري ـ مكتب الانماء الاجتماعي موسوعة تشخيص الاضطرابات النفسية في سلسلة من احد عشر جزءاً. وهي موسوعة تلبي حاجات الاختصاصيين النفسيين والتربويين العرب. كما تستجيب لطموحات عدد من كبار الاساتذة العرب. فمن خلال عملي كسكرتير صحافي لمركز الدراسات النفسية ومجلته «الثقافة النفسية المتخصصة» استطيع التأكيد على كون هذه الموسوعة احد حاجات الاختصاص الاولية فقد دعت المجلة في عددها الاول الصادر عام 1990 الى العمل لايجاد دليل عربي لتشخيص الاضطرابات النفسية. وفي مؤتمرات المجلة المتلاحقة اعلن عدد من المشاركين عن حيوية هذا الموضوع وضرورته للارتقاء بالاختصاص. اذ قدم الدكتور النابلسي ورقة بعنوان: «**نحو ضرورة ارساء تصنيف عربي للاضطربات النفسية**». كما طرح الدكتور محمد فاروق السنديوني هذه الحاجة عبر ورقته عن اثر العين الحاسدة. حيث اعتبرها

خاصية ثقافية محذرا من تصنيفها كمرضية في حالة اعتماد التصنيفات الاجنبية دون تعديل. كما ناقش الدكتور اسامة الراضي موضوع العلاج النفسي ـ الاسلامي والدكتور ابو العزايم تجربة العلاج في المسجد. وتحت عنوان «العقل الاسير والتنمية الخلاقة» كتب الدكتور سيد حسين غطاس مؤكدا على ضرورة مراعاة الفوارق الحضارية في التصنيف والتشخيص. فالتشخيص يعتبر الركن الاساسي للعملية العلاجية. وتمتد هذه الاهمية لتشمل كافة ميادين الشفاء. فالتشخيص الخاطئ يستتبع العلاج غير المطابق ويؤدي الى تعثر العملية العلاجية بكاملها واخطاء التشخيص كثيرة ومتنوعة بحيث يصعب حصرها. وهذا ما يطرح ضرورة التشخيص التفريقي. وهي الاصعب حيث الخلل يؤدي الى تشخيص غير متكامل بمعنى انه ناقص وغير قادر على تغطية الاعراض كافة. بما يمكن تسميته بالتشخيص الناقص.

ولقد فطن العاملون في منظمة الصحة العالمية الى هذه الاشكالية. مما دفعهم لاصدار الدليل العالمي لتشخيص الامراض. وهو دليل يتطور وينقح باستمرار على ضوء المعطيات الطبية الحديثة. سواء لجهة تحديد علائم جديدة للامراض او لجهة امكانية استخدام فحوصات نظيرة العيادية لدعم التشخيص وتأكيده.

لكن الامر يختلف بالنسبة للامراض النفسية. حيث العلائم العيادية تتخذ طابع الذاتية لارتباطها بلشخصية الاساسية للمريض كما بثقافته ومحيطه. وحيث تكاد تغيب الفحوصات المخبرية ونظيرة العيادية. الا ان ذلك لا يمنع وجود الدليل الخاص لتشخيص هذه الامراض. فهناك الدليل الاميركي ودليل منظمة الصحة العالمية بالاضافة الى غيرها من اقتراحات التصنيف والتشخيص. وهذه التعددية تقود الى طرح السؤال عن وجود دليل عربي لهذه الامراض يراعي الظروف الثقافية والبيئية العربية؟

في الواقع ان جهودا عربية قد بذلت على هذا الصعيد وهي انطلقت من مسلمة ضرورة تعديل الاختبارات النفسية وتقنينها بحسب ظروف البيئة. فالاختبار غير المعدل يقود الى التشخيص الخاطئ. وهذا ما لمسه الدكتور الرشيدي من خلال عمله في المجتمع الكويتي قبل الحرب وبعدها. مما دفعه الى توجيه العاملين في مكتب الانماء الاجتماعي الى تقنين الاختبارات النفسية وفق شروط البيئة. حيث كانت للمكتب جهود حثيثة في هذا المجال فكان من الطبيعي ان تكون هذه الموسوعة الخطوة التي تتوج هذه الجهود. التي برهنت على الحاجة الحيوية للتصنيف العربي. الذي يعطي طابع السبق وتلبية الحاجات عبر هذا العمل الضخم الصادر عن مكتب الانماء الاجتماعء في الكويت تحت عنوان: **سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية**. الواقعة في احد عشر مجلداً تتناول: التخلف العقلي واضطرابات التعلم واضطراب المهارات الحركية واضطرابات التواصل والاضطرابات الارتقائية الشاملة واضطراب الانتباه والنشاط الزائد. والانحرافات السلوكية عند الاطفال والمراهقين واضطرابات التغذية والاكل واضطرابات اللازمات العصبية واضطرابات التوظيف الاجتماعي عند الاطفال والاضطراب الحركي النمطي والوظائف العقلية (المعرفية) العليا واضطراباتها والهذيانات الناشئة عن الحالة الصحية العامة والمصاحبة لتعاطي العقاقير والمخدرات وتشخيص اضطرابات الخرف وتشخيص اضطرابات

فقدان الذاكرة والاضطراب الكاتاتوني (التخشبي). واضطرابات تغيير الشخصية واضطرابات نفسية غير محددة النوعية بعد تعزى الى حالة طبية عامة.

وهذا العمل الموسوعي انطلق اساسا من استشعار الزملاء الكويتيين الحاجة لهذا التصنيف بعد ان قاموا بدراساتهم الموسعة حول العصاب الصدمي في المجتمع الكويتي. وهي دراسات استتبعت تعديل العديد من الاختبارات النفسية وتطويعها بما يلائم البيئة العربية والكويتية خصوصا. حيث تبرز في هذا المجال دراسات البروفسور بشير صالح الرشيدي الذي توصل لاقرار الطريقة العلاجية التي تلقى قبولا متزايدا لدى العياديين العرب. وكذلك الدكتور فهد عبد الرحمن الناصر مدير مكتب الانماء الاجتماعي المشرف على العديد من النشاطات الاختصاصية التي قدمت اضافات هامة الى المكتبة النفسية العربية وكذلك العيادة. كما تضافرت جهود البروفسور ابراهيم الخليفي والبروفسور طلعت منصور والبروفسور محمد احمد النابلسي والدكاترة حمود القشعان وبدر بورسلي.

وكنا قد اشرنا الى ان مركز الدراسات النفسية ـ لبنان كان قد تبنى الدعوة الى ضرورة ارساء مثل هذا الدليل. حيث بين الوقائع التي تجعل من هذا الدليل ضرورة لا بد منها لتطور العلوم النفسية في الوطن العربي. فبمراجعة اعمال المركز نجد انه يربط بين امكانية ارتقاء العلوم النفسية وتطورها وبين انجاز هذا الدليل. كما قامت المجلة بنشر مختصر دليل منظمة الصحة العالمية في عددها الخامس والعشرون. وذلك كمساهمة في دفع عملية انتاج الدليل العربي.

ولنترك التعريف بهذا العمل الضخم الى رئيس تحرير هذه السلسلة البروفسور الرشيدي اذ يقول: «لقد اولى مكتب الانماء الاجتماعي اهتماما خاصا بالخدمات النفسية والاجتماعية وباهميتها والحاجة اليها ومن ثم تعاظم الحاجة الى الارتقاء بمهن الخدمات النفسية والاجتماعية في اداء مهامها وظائفها في المجالات المختلفة من فعاليات حياة الفرد والاسرة والمجتمع. وتبرز من بين هذه الفعاليات مجالات التشخيص والعلاج والبحث في الاضطرابات النفسية والسلوكية العمرية المختلفة. وتلك موضع اهتمام انظمة علمية وتطبيقية متعددة تشمل علم النفس المرضي والاكلينيكي والطب النفسي والارشاد والعلاج النفسي والخدمة الاجتماعية والتمريض والتاهيل والتربية. وغني عن القول ان تقديم الخدمات الوقائية هو ضرورة ملحة لكنه رهن بالتشخيص الدقيق لهذه الاضطرابات. فالعلاج الناجح هو العلاج الذي يستند الى تشخيص دقيق. فهو الذي يجنب الخلط ويبين التداخل بين الفئات المختلفة. هذا التجنب الذي يعتبر الهدف الاول لعلم تصنيف الاعراض. وهكذا تبرز مشكلة التشخيص الفارق كقضية علمية وفنية ومهنية واخلاقية و قانونية للتمييز بين الفئات التشخيصية لهذه الاضطرابات.

ان اتخاذ قرار التصنيف الاكلينيكي للحالة هو الخطوة المقررة لرسم استراتيجيات العلاج واسلوب التعامل مع الحالة. وبالتالي فان التشخيص هو قرار تترتب عليه مسؤوليات وكذلك فعالية التدخل العلاجي.

ويتابع البروفسور الرشيدي انه وبناء على هذه الاعتبارات يقدم مكتب الانماء الاجتماعي بالديوان الاميري هذه السلسلة لتشخيص الاضطرابات النفسية والسلوكية التي تعتمد على المصادر

العالمية المقررة في المجال ومنها اعمال وثائق الرابطة الاميركية للطب النفسي في تعديلها الرابع وهو الاحدث وكذلك الامم المتحدة في ما اصدرته منظمة الصحة العالمية في احدث تعديلاتها المسمى بالتصنيف الدولي العاشر للاضطرابات النفسية والسلوكية. وفي اطار هذا النسق الذي تقرره هذه الهيئات العالمية من محكات وفئات تصنيفية والذي تستند اليه الهيئات والمؤسسات العلمية العالمية نقدم هذه السلسلة لتصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية وذلك وفقا لنظام معتمد في كافة مجلدات هذه السلسلة والمتحدد في ما يلي:

١ ـ بحث في المفاهيم الاساسية والاطار النظري لكل فئة (اضطراب) من فئات التصنيف الذي يمثل الخلفية العلمية للاضطراب.

٢ ـ تشخيص الاضطراب ويتضمن معالمه التشخيصية واعراضه الملازمة له وملامحه المتعلقة بمتغيرات الثقافة والعمر والجنس والنسق التطوري والنمط العائلي والتقديرات الاحصائية لمعدلات انتشار هذا الاضطراب والتشخيص الفارق ثم المحكات التشخيصية العملية.

٣ ـ عرض حالات ايضاحية واقعية في تشخيص هذا الاضطراب يمثل كلا منها نموذجا حيا في تشخيص الحالات من الفئات المختلفة كما يمثل نموذجا لتقارير البحوث في كتابة بحث الحالة.

وعليه فان هذه السلسلة تاخذ ابعادا متنوعة في وحدة وشمول قوامها وتوجهاتها فهي:

ـ علمية ـ اكاديمية

ـ عملية ـ تطبيقية

ـ فنية ـ مهارية

ـ مهنية ـ تدريبية

وبذلك تجمع هذه السلسلة بين كونها مرجعا اكاديميا لكل اضطراب على حدة وبين كونها دليلا عمليا لتشخيص الاضطرابات اضافة الى كونها ادارة تدريبية مساهمة في رفع كفاءة المتخصصين وضابطة للتشخيص بما من شأنه ان يحسن الاداء ومردود العمل العلاجي. عن طريق المساهمة في وضع الاستراتيجية المناسبة المستندة الى التشخيص الدقيق.

وبالانتقال الى اعضاء اسرة تحرير السلسلة نجد انها جاءت لتترجم حاجات استشعروها خلال ابحاثهم. بحيث عبر كل منهم عنها على طريقته الخاصة. فالبروفسور طلعت منصور دعا عبر بحثه الاخير المنشور في الثقافة النفسية المتخصصة (العدد 44) والمعنون: سيناريوهات التعامل مع الاسرى وعائلاتهم الى التشخيص الفارق لهذه الحالات. معتمدا متغيرات ضابطة لتشخيص اثار الاسر على الاسرى وعائلاتهم. عداك عن الجهود المشهودة لهذا العالم والخاصة بتقنين الاختبارات ومبادئ الارشاد النفسي كي تتلاءم والظروف الموضوعية لطالبي الارشاد. اما البروفسور ابراهيم الخليفي فقد عبر عن الحاجة الى الدليل العربي للتشخيص عبر كتابه «سيكولوجية الاسرة الوالدية» (مشترك مع البروفسور الرشيدي). ولعل الدكتور فهد عبد الرحمن الناصر من اوائل الدافعين لهذا العمل حيث

بينت تجربة العصاب الصدمي في الكويت خاصبة المعايشة الصدمية وارتباطها الوثيق بظروف البيئة. الامر الذي من شأنه ارباك التشخيص. بما يستدعي ضرورة ارساء دليل يعزز قدرة المتعاملين مع الصدمة على وضع تشخيص دقيق. كما على امتلاك اسس التشخيص الفارق. ومثله الطبيب النفسي الكويتي بدر البورسلي المتعامل عياديا مع عقابيل الصدمة وكافة خصوصيات المجتمع الكويتي. اما البروفسور اللبناني محمد احمد النابلسي فهو من اول الداعين لارساء مثل هذا الدليل واخضاعه لاحقا للنقد والمراجعة. فالنابلسي هو صاحب الدعوة «نحو سيكولوجيا عربية» التي اخرج منطلقاتها النظرية في كتاب له بهذا العنوان العام 1995. ومن كتاباته في المجال نتوقف تحديدا عند ورقة له قدمها في المؤتمر العربي لعلم النفس وهي بعنوان: «**نحو تصنيف عربي للاضطرابات النفسية**» . وفيها يربط النابلسي بين احتمالات تطور العلوم النفسية لغاية توظيفها في خدمة التنمية العربية وتعزيز قدرات الفرد ومستوى النفسية وبين هذا الدليل. فهذا الدليل شرط للتكامل بين فروع الاختصاص وتسخير هذا التكامل لخدمة المجتمع العربي. اما الدكتور حمود القشعان فهو تجاوز التربوي والنفسي الى السيكوسوماتي. حيث كانت له ابحاث هامة في المجال. ومنها بحث تناول فيه العقم من زاوية سيكوسوماتية. مستكشفا بذلك قصورا تعاني منه التصنيفات الدولية للاضطرابات النفسية. اذ ان آليات التجسيد لا تزال موضع خلاف وجدل. لكن ذلك لا يستطيع الغاء المعايانات والشواهد العيادية المتكررة بحيث لا يمكن ردها الى الصدفة وحدها.

ان هذا العمل يخرج عن اطار الاعمال والترجمات والكتابات المألوفة. كونه حاجة ملحة، لا يمكن للاختصاصي الاستغناء عنها، مما يجعل من هذا العمل خطوة على طريق ارساء عيادة ومدرسة نفسية عربية. من التراكم المعرفي الانساني لتحديد الخصوصيات الثقافية. فتجمع بذلك بين ما هو انساني مشترك وتفيد تجاربه. كما تسجل الخصوصيات وتستخدمها للحصول على تشخيص ادق واكثر استجابة للحاجات.

بهذا العمل الموسوعي نشهد عودة الكويت الى الساحة العلمية والثقافية العربية عبر اعمال ضخمة تحتاج الى تصحيات الاشخاص والمؤسسات. حيث ياتي هذا العمل استكمالا لجهود موسوعية سابقة تطوعت بها الكويت لخدمة العلم ولتقديم المراجع العلمية والثقافية الهامة والمساهمة في ارتقاء العلوم في الوطن العربي.

في النهاية لا بد لنا من التذكير بان الهدف من ارساء التصنيفات العالمية هو ايجاد لغة تخاطب اختصاصية مشتركة بين الاختصاصيين في شتى انحاء العالم. ولهذا العمل الموسوعي فضله في تعريب هذه التصنيفات مؤسسا بذلك للغة تخاطب عربية اختصاصية بين الباحثين العرب. علّ هذه الموسوعة تكون حافزا لتبادل الاراء بين اختصاصيينا ومنطلقا لاظهار وابراز بعض الخصوصيات العربية. بما يخدم المجتمع وطالبي الخدمات النفسية والاجتماعية. فيدعم بذلك الاسس النظرية لهذه الخدمات في وطننا العربي. وبذلك تكون هذه السلسلة حجر الاساس للمشاركات العربية في ميدان العلوم النفسية عبر الحضارية. بما يحولنا لى المساهمة الفعالة في النقد الموضوعي للتصنيفات العالمية. اذ ان هذا الغياب بات موضوع تساؤل وانتقادات من قبل القيمين على هذه التصنيفات. كونها تحتاج الى مساهمات

الثقافات والحضارات المختلفة حتى تبلغ غايتها وتتحول بالفعل الى لغة تخاطب عالمية. وغني عن القول ان هذا الدليل يحتاج الى المراجعة كل فترة وذلك على غرار بقية التصنيفات العالمية. وتتخذ هذه المراجعة قيمتها من عدد وعمق الخبرات التي توضع في تصرف اسرة تحرير هذه الموسوعة. وربما اضفنا اقتراحا بهدف تسهيل هذه المشاركة وهو ادراج هذه الموسوعة على شبكة الانترنت في موقع خاص يسهل استخدامها ومناقشتها.

- **العنوان: علم النفس الصناعي والتنظيمي**
- **المؤلف: فرج عبد القادر طه**
- **الناشر: دار قباء ـ القاهرة**

عن دار قباء للطباعة والنشر في القاهرة صدرت الطبعة الثامنة من كتاب «علم النفس الصناعي والتنظيمي للاستاذ الدكتور فرج عبد القادر طه. وهي طبعة منقحة ومزيدة لكتاب اكاديمي درسته الجامعات العربية على مدى العقدين الماضيين وعد مرجعا اكاديميا للدراسات المتعلقة بموضوعه. فقد كان هذا الكتاب اول الاصدارات العربية التي عنيت بتوظيف السيكولوجيا في مجال الصناعة والتنظيم الاداري. هذا التوظيف الذي تم تعميمه كي يسهم في تنظيم الادارة عموما. اذ ان للعوامل الفردية اثرها في الادارة بالرغم من كل التحديثات اللاحقة بقوانين الادارة. فشخصية المدير واسلوبه الخاص في لتعامل مع القوانين وفريق العمل تدمغان ادارته وتحددان المواقف منها. وتحددان بالتالي مدى نجاح هذه الادارة وفاعليتها.

ولقد واجه علم النفس صعوبة في اختراقه لمجال الصناعة والادارة نظرا لاعتماد هذا المجال على الارقام وارتباطه العضوي بها. ومن هنا الميل الى البحث عن قوانين ضابطة وصارمة تساعد على تحقيق الارقام المرجوة وتدعيمها وفق خطط انتاجية ـ رقمية لا تتأثر بالعوامل الفردية. الا ان التجربة اثبتت ان دور الفرد في المؤسسة هو دور غير قابل للالغاء. فالفرد هو الذي يتولى تطبيق القوانين الهادفة اساسا الى ضبط التجاوزات. لكن الفرد يطبق القوانين من خلال فهمه لها. واختلاف الفهم هذا لا يقف عند حدود الفروق الفردية بل هو يتجاوزها الى الفروقات الحضارية. بحيث لا يمكن استنساخ قانون الضمان الاجتماعي من بلد الى آخر دون مراعاة الفوارق الحضارية بين البلدين وهكذا استقرت المؤسسات على ايلاء علم النفس حصة اكبر في هيكليتها. فبات لعلم النفس دوره في اختيار الافراد المؤهلين لمهمات معينة. وتدريبهم على اساليب السلوك المناسبة لتحقيق غايات المؤسسات. كما حددت الابحاث النفسية سبل تحسين ظروف العمل وبيئته وصولا الى تدعيم الولاء للمؤسسة. حتى تجاوز الامر الصناعة الى المؤسسات كافة. والمتاب الذي بين ايدينا يعطي القارئ الافكار المناسبة للتطبيق في المجال المؤسسي منطلقا من الميدان الصناعي بوصفه الاكثر دلالة على اثر العلاقات داخل مجموعات العمل في المؤسسة. وبمقارنة هذه الطبقة مع الطبعة الاولى الصادرة العام ١٩٧٣ نجد اضافات اساسية:

ـ اضافات تتعلق بالانتاج النفسي العربي في المجال ومعها خصوصيات التطبيق وفوارقه.

ـ عرض لتطورات المجال خلال هذه الفترة. واطلاع القارئ على البحوث الاجنبية الجديدة فيه.

ـ دعم واضافة استنتاجات جديدة على ضوء الابحاث الاكثر حداثة. وهو ما يسميه المؤلف باستنتاجات البحوث الاحدث ورؤى العلماء الابناء.

ـ اضافة فصول وموضوعات جديدة اثبتت التجربة ضرورة التصدي لها بالبحث والدراسة. كونها مساهمة في سيرورة التنمية المطلوبة. كمثل مشكلات البيروقراطية والروتين الاداري وتقويم الاداء... الخ.

عبر هذا الكتاب يقدم البروفسور طه مساهمة جليلة في هذا المجال. وهي تزداد اهمية مع التطورات الاقتصادية العالمية الجديدة. التي عقدت المنافسة مع سعيها الى الغاء الحدود التجارية واطلاقها للشركات عابرة القارات. مما يجعلنا بحاجة الى اي وسيلة داعمة لقدرة مؤسساتنا على المنافسة. واذا كان الكتاب يركز على الصناعية منها فهو يفتح الآفاق امام افكار صالحة للتطبيق على المؤسسات كافة.

النفس المطمئنة

مجلة الطب النفسي الإسلامي

أسسها سنة ١٩٨٤

أ.د. جمال ماضي أبو العزائم

تصدرها

الجمعية العالمية الإسلامية للصحة النفسية

دورية تصدر كل ثلاثة شهور ومؤقتا

يناير ـ إبريل ـ يوليو ـ أكتوبر

رئيس التحرير:

د. محمود جمال أبو العزائم

سكرتير التحرير:

د. محمد ابراهيم نصر

مستشارو التحرير:

أ.د. احمد جمال ابو العزائم — أ.د. محمد احمد النابلسي

أ.د. محمد الهدي — أ.د. يسرى عبد المحسن

أ.د. محمد يوسف خليل — أ.د. علي الفقيه

أ.د. عزت عبد العظيم الطويل

مجلس الادارة:

أ.د. اسامة محمد الراضي — أ.د. عمر شاهين

أ.د. محمد رشيد شودري — أ.د. سهير عبد العزيز

أ.د. احمد حسني الشبكشي — أ.د. سعيد عبد العظيم

أ.د. محمد سمير فرج — أ.د. ابو بكر عبود بادحدح

أ.د. منير عبد المجيد — أ.د. عبد الرشيد سالم

لواء / احمد عبد اللطيف — أ.د. حسين قاسم خان

المراسلات باسم رئيس التحرير

مجلة النفس المطمئنة

القاهرة مدينة نصر

جمهورية مصر العربية

المؤتمر العربي التاسع للعلوم النفسية

عقد الاتحاد العربي لعلم النفس مؤتمره التاسع في جامع ستة اوكتوبر في القاهرة. برعاية وزير التعليم العالي البروفسور مفيد شهاب واستضافة رئيس الجامعة البروفسور احمد عطية سعدة. وتحدث في الجلسة الافتتاحية للمؤتمر كلا من البروفسورة آمال صادق رئيسة الجمعية المصرية للدراسات النفسية التي رحبت بالوفود العربية واشارت الى نشاطات الجمعية خلال العام المنصرم. كما تحدث البروفسور صلاح حوطر عميد كلية العلوم الاجتماعية بالجامعة الذي استهل كلمته بطلب قراءة الفاتحة عن روح رئيس الاتحاد واثنان من العلماء العرب ثم تابع مرحبا بالضيوف. اما البروفسور اللبناني محمد احمد النابلسي امين عام الاتحاد فقد اشار الى التقدم الذي حققه الاختصاص لجهة تدعيم فعاليته الاجرائية وركز على الصفحة العربية المعلوماتية للعلوم النفسية وكان لرئيس لجامعة كلمة رحب فيها بضيوف الجامعة متمنيا للمؤتمر النجاح.

وابتدأ المؤتمر جلساته العلمية عقب هذه الجلسة الافتتاحية وتطرقت بحوثه للمواضيع التالية:

١ ـ مواضيع المؤتمر

تضمن المؤتمر الجلسات التالية:

- **سير اعلام علم النفس:** وفيها عرضت السير العلمية للاساتذة الدكاترة عبد السلام عبد الغفار وجابر عبد الحميد ومحمد خليفة بركات.
- **الذكاء الانساني:** وشارك فيها كل من الاساتذة الدكاترة كمال ابراهيم مرسي وفوقية عبد الفتاح ومحمد سالم ومحمد غنيم ووليد القفاص.
- **علم النفس المعرفي:** وشارك فيها كل من أ.د. صلاح مراد ومحمد عامر وجمال محمد علي ومختار الكيال ومنى بدوي وصلاح مكاوي. وفتحي الزيات وامينة شلبي.
- **الخدمات النفسية ـ التطبيقية:** وشارك فيها أ.د صفاء الاعسر وفوزي عزت ومحمد نجيب الصبوة واسماعيل الفقي.
- **علم النفس السياسي:** وشارك فيها أ.د قدري حفني ومحمد احمد النابلسي وكمال دسوقي واحمد عبد الخالق.
- **المشكلات السلوكية لذوي الاحتياجات الخاصة:** وشارك فيها كل من أ.د. محمد باتع وهانم

صلاح توفليس وراشد السهل وعبد الحي محمود ومحمد عبد اللطيف احمد ونبيلة الشوربجي.

● **علم النفس التربوي:** وشارك فيها كل من أ.د. عبد الرحيم بخيت وهانم حامد ورجب شعبان ومجدي مسيحة ونبيل زايد وابراهيم مهدي ومحمد عبد الموجود.

● **مشاركة المرأة في التنمية:** وشارك فيها كل من أ.د صفاء الاعسر وطلعت منصور وعبد الوهاب كامل وسلوى عبد الباقي وعلاء كفافي وسناء الضبع ومنير السيد وعزيزة السيد وزينب شاكر.

● **المعاجم النفسية العربية:** وشارك فيها كل من أ.د. جمال التركي وفرج عبد القادر طه واحمد عبد الخالق وحامد زهران.

● **التعلم العلاجي:** شارك فيها كل من أ.د. عبد الوهاب كامل وعبد الرقيب البحيري.

● **مستقبل الطفل العربي:** شارك فيها الاساتذة الدكاترة امينة كاظم وعبد المطلب القريطي ونادية شريف وفاء كامل.

● **سيكولوجية الشخصية:** وشارك فيها أ.د. غريب عبد الفتاح وطلعت منصور وعزيزة السيد.

● **علم النفس الاجتماعي:** وشارك فيها كل من أ.د. سامية القطان وسهير كامل وفيوليت فؤاد وجمال تفاحة وعبد المنعم حسيب ومعن عبد الباري قاسم وفوقية راضي ومحمد العزاوي ووحيد سليمان وعلي بامنصور.

● **دور السيكولوجيا في التنمية العربية في الالف الثالث:** وشارك فيها كل من أ.د. جمال التركي وحسن الصديق وزايد الحارثي وراشد السهل وعائشة الطوالبة وعلي كاظم.

● **جلسة بحوث شباب علم لنفس:** وتراسها أ.د. محمود المنسي وقررها أ.د. عبد الهادي عبده وعقب عليها أ.د. محمود سالم.

٢ ـ جوائز المؤتمر

كانت جائزة مصطفى زيور لهذا العام للبروفسور فاروق السنديوني. حيث قام رئيس لجنة الجائزة بتقديمها له في ندوة اعقبت الجلسة الافتتاحية.

كما وزعت في هذه الندوة الجوائز التالية:

- جائزة سمية فهمي
- جائزة عنايات يوسف زكي
- جائزة سعد المغربي
- جائزة فؤاد ابو حطب
- جائزة انور الشرقاوي
- جائزة علي خضر.

٣ ـ كلمة تأبينية للبروفسور ابو حطب

خصص المؤتمر ندوة خاصة لتأبين رئيس الاتحاد المتوفى المرحوم البروفسور فؤاد بو حطب. حيث القى رفيق البروفسور انور الشرقاوي كلمة مؤثرة تعكس الوفاء والعرفان بالجهود التي بذلها المرحوم لتدعيم الاتحاد وترسيخ حضوره.

٤ ـ الهيئة العامة الجديدة للاتحاد

عقد مجلس ادارة الاتحاد على هامش المؤتمر جلسته السنوية وتم خلالها انتخاب المجلس الجديد للاتحاد. وتكون المجلس من آمال صادق (مصر) رئيسا ومحمد احمد النابلسي (لبنان) امينا عاما وجمال التركي (تونس) نائبا للرئيس وعضوية كل من معن عبد الباري قاسم (اليمن) وعائشة الطوالبة (الاردن) وراشد الشهل (الكويت) وعلي كاظم (سلطنة عمان) وزايد الحارثي (السعودية) وانور الشرقاوي (مصر).

٥ ـ المؤتمر القادم للاتحاد

اعلن الاتحاد عن اقامة مؤتمره العاشر في جامعة المنصورة (مصر) اواخر يناير 2002 ودعا ممثلي الاتحاد في البلاد العربية للاعلان عنه لزملائهم. هذا وسيكون شعار المؤتمر القادم «**السيكولوجيا والمعلوماتية**».

٦ ـ علم النفس السياسي

كان لهذه الجلسة وقعها المميز لدى حضور المؤتمر. الامر الذي دعا الجمعية والاتحاد الى الاعلان عن ندوة خاصة تقام خلال شهر مارس القادم لمناقشة التطبيقات السياسية للاختصاص. ادار هذه الجلسة كمال دسوقي وكان مقررها احمد عبد الخالق وتكلم فيها قدري حفني حول موضوع «سيكولوجية التفاوض» فقرر اهمية التفاوض في حل الصراعات. مشيرا الى ان ملكية القوة الكافية لانتزاع المكتسبات تقضي على احتمالات الصراع لانها تحسمه. من هنا فان وجود الصراع انما يعني غياب قوة الحسم. ومن هنا الحاجة الى التفاوض. حيث المهارة التفاوضية هي التي تقرر حجم المكاسب التي يمكن لطرف ما ان يحققه. وهنا تحديدا تبرز اهمية الاختصاص في تعزيز المهارة التفاوضية. كما رأى حفني ان التفاوض يزداد تعقيدا مع ازدياد الحاجة له. وهي حاجة متنامية مع زيادة امكانيات الاتصال.

المتحدث الثاني في هذه الجلسة كان محمد احمد النابلسي الذي قدم تحليلا نفسيا للشخصية اليهودية حيث نفى احتمال استخدام مصطلح «الاسرائيلية» معتبرا ان اسرائيل هي مجرد تجمع للحارات اليهودية من مختلف انحاء العالم. حيث لكل من هذه الحارات لغتها وطقوسها وعاداتها الخاصة. الامر الذي يستحيل معه الحديث عن شخصية اسرائيلية. معتبرا ان اسرائيل قائمة على اساس دور وظيفي محدد وليست كيانا قائما بذاته. اما عن علائم الشخصية اليهودية فهي تتلخص بشعور بتضخم الانا والتعالي على الآخر داخل الغيتو والشعور بالدونية خارجه. هذه الدونية التي يجهد

اليهودي لتعويضها بعدوانية تجاه الآخر. بحيث تتوقف حدة العدوانية وتجليها على مدى الشعور بالقدرة. فعندما يغيب هذا الشعور نجد هذه العدوانية مقنعة لتتحول الى سافرة عند الاحساس بالقدرة.

واعقبت الكلمات مناقشة الحضور لعديد من النقاط المطروحة ليبقى البحث في تفاصيلها معلقا الى ندوة مارس القادمة.

مؤتمر الجديد في طب حديثي الولادة يؤكد: اهمية احتياجات الاطفال النفسية والعقلية

على هامش المؤتمر الطبي عن الجديد في طب حديثي الولادة والذي عقد في الاسبوع الماضي تحت رعاية د. محمود حمدي زقزوق وزير الاوقاف ورئاسة شرف د. حامد شتلة عميد طب عين شمس ونظمه ورأسه د. محمد سامي الشميس استاذ طب الاطفال وحديثي الولادة بطب عين شمس، اقيمت ندوة ثقافية عن رعاية الام والطفل حضرها العديد من اساتذة طب الاطفال وعلم نفس الطفل بالجامعات المصرية والاعلاميين والعديد من المهتمين بمجال رعاية الامومة والطفولة.

وقد بدأ د. محمد سامي الشيمي الندوة موضحا ان رعاية الام والطفل هي من اهم الاهداف التي يجب على كل مجتمع توفيرها في افضل صورة حتى يضمن بناء جيل سليم، وذلك يتطلب جهود عدة محاور بجانب المحور الطبي.

وتحدثت د. فايزة يوسف، عميد معهد دراسات الطفولة بجامعة عين شمس عن دور الاسرة في الرعاية النفسية للام والطفل واكدت ان الاهتمام برعاية الامومة والطفولة زاد بشكل ملحوظ بعد ان تعقدت الحياة وزادت الضغوط والصراعات والمشاكل الاجتماعية والنفسية وخرجت الامهات للعمل وكثر غياب الاب، لذا يجب علينا ان نفهم احتياجات اطفالنا النفسية والعقلية بصورة اكبر، وان نحاول بذل المزيد من الجهد لتعويض عدم التصاقنا الدائم باطفالنا كما كان يحدث في الماضي.

واكدت د. نادية يوسف اهمية زيادة الروابط الاسرية واعطاء الحرية للاطفال وعدم تقييدهم واتاحة فرصة اكبر للاستماع اليهم، والاجابة عن اسئلتهم بوضوح وبساطة وعدم التذبذب في قراراتنا تجاه اطفالنا، وانه لا بد من مواجهة اي مشكلة مع الاطفال بصورة هادئة وعدم التوتر، واذا احتاج الامر الى عقوبة للطفل فلا بد ان تكون بعد الفعل مباشرة حتى يكون لها التأثير اللازم مع تجنب الايلام النفسي للاطفال.

واضاف د. الهامي عبد العزيز رئيس قسم الدراسات النفسية بمعهد دراسات الطفولة انه من الضروري على الاسرة عدم التركيز الدائم على محود التفوق الدراسي في تنشئة ابنائنا وهو ما يشغل فكر اغلب الاسر حاليا وعدم المقارنة بين الاطفال حتى لا ينشأ نوع من الكراهية بينهم، ولكن لا بد من زيادة اهتمامنا بتنشئة اطفالنا على المثابرة والاحساس بالانتماء وتنمية الضمير او الواعز الديني بصورة اكبر وتشجيعهم على التعاون والعطاء.

وعن دور الصحافة والاعلام في رعاية الام والطفل تحدثت ناهد المنشاوي نائب رئيس تحرير

جريدة الجمهورية والمشرفة على قسم المرأة والطفل فذكرت ان الاعلام بكل وسائله المرئي والمسوع والمكتوب عليه رسالة كبيرة في هذا الموضوع ولا بد ان يكون له دور فعال اكثر في رعاية الامومة والطفولة، واكدت اهمية ارتباط الطب بالمجتمع وانه لا بد من زيادة تثقيف المتعلمين بمعنى زيادة الاهتمام بالثقافة العامة وليس بالعلم فقط واهمية دعوة الاعلاميين للمؤتمرات الطبية مع عمل دورات تدريبية للاعلاميين في المجال الطبي، واوضحت اهمية دور الوالدين في رعاية اطفالهم هي مهمة شاقة وتحتاج للمثابرة وللتعليم بجانب الاستعداد الفطري الكامن في كيان الوالدين.

وقد اضافت د. فاتن عبد الرحمن الاستاذة بقسم الاعلام: نظرا لانه ما زال هناك قطاع كبير في القرى والريف يعاني من الامية فلا بد من زيادة الاهتمام بصورة اكبر بالاعلام المرئي والاهتمام بالصور في المجلات والصحف والتي تلعب دورا كبيرا في تثبيت الافكار السليمة المطلوبة لرعاية الام والطفل.

وعن دور الطبيب ووزارة الصحة في رعاية الام والطفل تحدث د. محمد سامي الشيمي رئيس المؤتمر فاكد ان الدولة لم تدخر وسعا في الاتمام ببرامج الامومة والطفولة والاهتمام بمشروعات صحة الام والطفل، وكان نتاج ذلك زيادة عدد وحدات الرعاية الصحية في مصر من حوالي ٣٠٠٠ وحدة صحية في عام ١٩٩٠ الى ما يقرب من ٤٠٠٠ وحدة صحية في العام الماضي اي بنسبة زيادة ٢٥٪ كما زاد عدد مراكز الرعاية المركزة للاطفال حديثي الولادة الى اكثر من خمسة اضعاف عما كانت عليه في السنوات العشر الاخيرة. وبالنسبة للامهات فقد انشئت دور للولادة الطبيعية ملحقة بمراكز الرعاية الصحية الاساسية وهذا ادى الى زيادة تغطية الحوامل بالرعاية اثناء الحمل الى ثلاثة اضعاف ما كانت عليه وتشجيع الامهات على الولادة بمعرفة الفريق الطبي وقد ادى ذلك الى هبوط معدل وفيات الامهات والاطفال بعد الولادة بدرجة ملحوظة كذلك فان نسبة التغطية بالتطعيمات زادت بدرجة كبيرة في السنوات الاخيرة واكد ضرورة زيادة التثقيف الصحي بكافة وسائله والاهتمام بزيادة الترابط الاسرى وعلاقة الطبيب بالاسرة، وخاصة اطباء الاطفال حتى ينشأ جيل يتمتع بصحة جسدية ونفسية سليمة قادر على اتخاذ القرار في الوقت المناسب.

مؤتمر الصحة الانجابية
ذكاء الجنين واضطراباته النفسية

ناقش المؤتمر السنوي الثالث للصحة الانجابية الذي عقدته الجمعية المصرية للحفاظ على حياة الطفل والام تحت رعاية وزير الصحة والسكان، والذي حضره اكثر من ٥٠٠ طبيب من كليات الطب ومستشفيت وزارة الصحة، احدث الدراسات عن وسائل تنظيم الاسرة والاستخدام الامثل لاجهزة تشخيص الامراض بالمناظير والاشعة.

يقول الدكتور محمد فياض استاذ النساء والتوليد بطب القاهرة ان المؤتمر بحث لاول مرة المحاور المرتبطة بالصحة الانجابية من الناحيتين النفسية والبدنية لتأثيرهما على الام والجنين معا ذهنيا

وجسديا وكذلك امراض القلب والسرطان في الاطفال، وصرح رئيس المؤتمر الدكتور محمد سمور استاذ طب النساء والتوليد بعين شمس، بان هدفه الاساسي هو تعريف اخصائي امراض النساء والممارس بمشاكل فترة الحمل والولادة للمحافظة على صحتها واهمية تنظيم الحمل دون الاضرار بصحة المرأة. ونسبة وفيات الامهات في الدول النامية مقارنة بالدول المتقدمة، حيث تتراوح المعدلات بين ٤ و٨ حالات كل الف حالة ولادة في حين تزيد على ٦٠ في الدول النامية لنقص الوعي والخبرة لدى الممارس العام في مراكز الرعاية الاولية بالريف، حيث تزيد المضاعفات من نسبة وفيات الامهات، لذلك يجب تدريب الاطباء على كيفية التعامل مع مضاعفات الولادة بمجرد حدوثها بتحويلها لمراكز الرعاية المركزة ونقل الدم وغرف العمليات المجهزة، ويقول الدكتور جلال البطوطي رئيس الجمعية المصرية للحفاظ على حياة الام والطفل ومقرر المؤتمر ان المسح الجغرافي الصحي لعام ٢٠٠٠ في ٢٦ محافظة، اوضح ان مستويات الانجاب انخفضت من ٥,٣ عام ١٩٨٠ الى ٣٠٥ مولود في الالف عام ٢٠٠٠ وان السيدات في الريف ينجبن ٤ مواليد بينما تنجب السيدات في الحضر ٣ مواليد وتبين ان ٥٦٪ من المتزوجات يستخدمن وسائل تنظيم الاسرة.

وعن علاقة الانجاب بالامراض النفسية، اكد الدكتور عادل صادق استاذ الطب النفسي بطب عين شمس العلاقة الوثيقة بينهما، حيث يسبب الحمل ارهاق واجهاد للمرأة، وبالتالي فهي تحتاج لرعاية نفسية لاحتمال تعرضها لاكتئاب او الم اثناء الحمل، وتتعرض نسبة كبيرة من النساء للهوس بعد الولادة، ويجب على طبيب الولادة ان يكون ملما بالمعلومات النفسية التي تعينه على تشخيص الداء ووصف الدواء في وقت مناسب واوصىء المؤتمر بالاهتمام بالحالة النفسية للام قبل الحمل واثناءه وبعد الولادة. وحذر من الحمل المبكر والمتكرر وكذلك الحمل في سن متأخرة خاصة مع توافر الوسائل المناسبة للمباعدة بين الحمل والآخر، ودعى لوقف الممارسات الخاطئة ضد الفتيات مثل عمليات الختان والاهتمام بالفحص الدوري قبل الزواج وحالات الحمل الخطر عند وجود امراض مزمنة كالقلب.

المؤتمر العالمي (٢٧ لاتحاد علم النفس IUPSYS

انعقد في العاصمة السويدية استوكهولم في الفترة من ٢٣ ـ ٢٨ يوليو ٢٠٠٠م المؤتمر العالمي لاتحاد علم النفس العالمي وهي اكبر منظمة في العالم تهتم بقضايا علم النفس بشتى فروعه النظرية والتطبيقية، ووصل عدد المشاركين في هذا المؤتمر الى (٦٧٠٠) مشارك في مختلف بلدان العالم.

كما شارك د. معن عبد الباري قاسم في هذا المؤتمر وتقدم بورقة حول علم النفس في اليمن (بيانات احصائية عن اوضاع الاختصاص في مختلف قطاعات اشتغال زملاء الاختصاص: تربية، صحة، جامعة... الخ

والجدير ذكره هنا بانه تم قبول عضوية الجمعية النفسية اليمنية التي يرأسها الدكتور حسن قاسم خان كثالث منظمة عربية في هذا الاتحاد ويصل عدد اعضاء المنظمة الى ٧٨ على الصعيد العالمي.

وعلى هامش هذا المؤتمر قام د. معن عبد الباري بسلسلة من اللقاءات الثنائية لتبادل الخبرات والزيارات والبحوث مع ممثلي الجمعيات والمعاهد واقسام علم النفس في الصين، اليابان، كندا،

الولايات المتحدة، جنوب افريقيا، السويد، استراليا، البحرين، السعودية، الكويت، مصر، المغرب، اسبانيا واليونان.

ندوة الجمعية العالمية الاسلامية للصحة النفسية
الاسلام ورعاية الفئات ذوى الاحتياجات الخاصة

عقدت الجمعية العالمية الاسلامية للصحة النفسية ندوة عن الاسلام ورعاية الفئات ذوى الاحتياجات الخاصة وذلك يوم الاثنين الموافق ١٣ نوفمبر عام ٢٠٠٠ بمقر اجتماعات الجمعية بمركز الدكتور جمال ماضي ابو العزايم بمدينة نصر. وعقدت الندوة تحت رئاسة الاستاذ الدكتور عمر شاهين رئيس مجلس ادارة الجمعية واستاذ الطب النفسي وبالتعاون مع اللجنة الثقافية بالجمعية ومقررها الاستاذ الدكتور احمد جمال ابو العزايم وشارك في الندوة الدكتور محمد قريز عضو المجلس الاسلامي الاعلى بالجزائر حيث اوضح الجهود الرائدة التي يقوم بها المجلس الاسلامي الاعلى بالجزائر في العمل على نشر مبادئ الدين الاسلامي مما يساعد على ايقاف تيار العنف الجاري الآن في الجزائر. فالاسلام في الاساس قام على مبدأ الاقناع بالرأي وليس بالسلاح والدين الاسلامي الحنيف يدعو الى التسامح ومراعاة حقوق الآخرين ويضم المجلس الاسلامي الاعلى بالجزائر لفيف من قيادات المراكز البحثية والجامعات الجزائرية مما يساعد على تدعيم عمل المجلس في نشر الاسلام بصورته الحقيقية بين ابناء الشعب الجزائري...

وفي بداية الندوة تحدث الاستاذ الدكتور مصطفى الفرماوي بكلية الخدمة الاجتماعية بحلوان حيث اوضح ان الاسلام جاء ليغير من وضع الفئات ذوى الاحتياجات الخاصة التي كانت تعاني من نظرة المجتمع القبلي الذي كانت تسوده شريعة الغاب ومنطق القوة وشعار البقاء للاقوى، ومن ثم كانت تلك الجمعيات تقوم لضمان سيطرتها وحفظ حدودها بالاغارة على القبائل الاخرى.. وقال انه في ظل هذه الفلسفة اصبح المعاق عبئا ثقيلا على القبيلة لعدم قدرته على حمل السلاح.. كما كانت رؤية ذلك المجتمع القبلي تسودها النفور من الفئات لكونها عديمة الفائدة، ثم جاء الاسلام ليرسى قواعد انسانية لمعاملة هذه الفئات حينما نزل القرآن الكريم معاتبا سيدنا محمد ﷺ لانشغاله بلقاء علية القوم ـ عن عبد الله بن ام مكتوم «الكفيف»، وذلك حتى يرجع النبي عن اعراضه عنه. واضاف ان الاسلام جاء ليحقق مبدأ العدالة والمساواة في الحقوق والواجبات بين الانسان السوى، وصاحب الحالات الخاصة دون تفرقة، قامت تلك القواعد على بث روح الثقة لهؤلاء الافراد داخل المجتمع، وتأكيدا لتلك الاهمية، قام النبي باستخلاف عبد الله بن ام مكتوم على مجتمع المدينة حينما خرج ﷺ لغزوة بدر الكبرى، فصار «الكفيف» اول خليفة على المسلمين ونائبا عن النبي وقت غيابه. وقال: حرص لاسلام على عمل المعاق في وظائف تناسب امكانياته. كما نبه الى اهمية استخراج طاقات المعاق وابراز اهميته وقد اسند النبي وظيفة «المؤذن» لابن ام مكتوم مشاركة لبلال بن رباح المؤذن الاول في الاسلام.

قواعد رفع الحرج

واوضح ان الاسلام وضع قواعد رفع الحرج عن المريض الذي يحول مرضه دون قيامه بدور فاعل في المجتمع «كالأعمى والمريض، والاعرج» رغم حرص هذه الفئات على المشاركة الايجابية في الامور التي يستطيعون القيام بها، كما قرر الاسلام سقوط التكليفات الشرعية عليهم، وجعل لهذه الفئات حقوقا وواجبات، حيث اسقط العقوبة البدنية عن المجنون، ومريض الصرع حال مرضه، وشرع الدية عن وكيله لانعدام نية القصد لديه.

وقال ان الاسلام ابرز ما يسمى بالرعاية المؤسسية للمرضى ذوى الاحتياجات الخاصة لاسباب تتعلق بعدم القدرة على الكسب والعمل وذلك حينما قرر عبد الملك بن مروان اقامة بيماستان «مستشفى» خصص له الاطباء، وكل ما يوفر الرعاية وتقديم كافة احتياجات تلك الفئات.

ميثاق اسلامي عالمي

واشار الى ان الاسلام وضع تصورا رائدا سبق به ميثاق الامم المتحدة لرعاية المعاقين حينما ارسى قواعد وتعليمات الزم بها النبي وخلفاؤه قادة الجيوش الاسلامية بعدم الاعتداء على الاطفال والشيوخ والنساء وذوى الاحتياجات الخاصة. كما قدم منظومة التكافل الاجتماعي والتي حدد فيها مسؤوليات مالية التزمت بها الجماعات والافراد كالزكاة التي توزع على المصارف الشرعية، بالاضافة الى الجانب التطوعي على سبيل الاستحباب «كالصدقة». كما حدد الاسلام مسؤولية الدولة في جباية المال وجمعه وتوزيعه في كافة المنافذ لشرعية، لذوى الفئات، وهي منظومة متكاملة نجحت في توفير الامن النفسي، وفي تحديد فلسفة رعاية المعاقين، والاشكال المختلفة لتلك الرعاية.

وفي كلمة علمية اكدت **الدكتورة نجلاء ابو العزائم الاستاذة بكلية الطب جامعة الازهر**. ان آخر الدراسات التي اقيمت على ذوى الاحتياجات الخاصة، قد كشفت ان الانحرافات السلوكية لديهم تشكل ٦٪ منها ٤٪ نسبة الاعاقة الذهانية وقالت: ان الاساس في التربية يختلف بين الاطفال الاسوياء وذوى الاحتياجات لان الفروق الفردية لدى الاسوياء ضعيفة مقارنة بمثلها لدى الاطفال غير الاسوياء، وهي تختلف وتباعد حسب البناء النفسي للانسان لان النفس الانسانية تنقسم ـ حسب تقسيم فرويد ـ الى ثلاثة اقسام مستودع الغرائز. والانا الاعلى وهي كل ما يخطه البشر في صحيفة حياة الطفل من التعليمات والقيم الدينية، واضافت ان الصراع بين الجانبين قائم ما دامت البشرية ولذلك وجد القسم الثالث «الانا» الذي يسعى الطب النفسي من خلاله لتحقيق التوازن الصحي المتقارب بين الانا الاعلى ومستودع الغرائز.

الاسلام وخطة التربية

واوضحت ان الاسلام اعتمد خطة نظرية في مرحلة الطفولة تمثلت في تلقينه للاطفال دون العشر سنوات مبادئ الصلاة، تليها مرحلة التعويد، وقد استهدفت تلك المرحلة ربط الطفل بالاسلام بغرض ان يتولد لديه في مرحلة الشباب الشعور بالمراقبة الذاتية والخشية من الله في السر والعلن، كما

استهدفت خطة التعويد ان يتولد لدى الفرد الطمأنينة النفسية والقلبية لهجر كل ما هو محرم.

واشاد الدكتور محمود جمال ابو العزايم نائب رئيس مجلس ادارة الجمعية ورئيس تحرير مجلة النفس المطمئنة بضرورة وضع خطة شاملة لرعاية الفئات ذوى الاحتياجات الخاصة تقوم على اسس ومبادئ الدين الاسلامي مما يساعد على رعاية الفئات ذوى الاحتياجات الخاصة. خاصة من الجانب الوقائي والعلاجي فالدين الاسلامي الحنيف به عديد من المبادئ التي يمكن باتباعها وقاية المجتمع من مثل هذه المشاكل.

تغير نظرة المجتمع للمعاق

واكد الدكتور احمد جمال ابو العزايم ان المجتمع المصري تخطى درجة السخرية من فئة ذوى الاحتياجات الخاصة، والتي نجحت فيما فشل فيه الاسوياء مستدلا بترحيب المجتمع المصري للمعاقين في مجال الرياضة. نجاحهم في الفوز بـ ٢٨ ميدالية متنوعة في دورة سيدني الاوليمبية التي فشل خلالها الاسوياء في تحقيق نتيجة ايجابية، مما يؤكد من جانب آخر انها فئات تستطيع تقديم نماذج مشرفة في مجالات الحياة المتعددة.

العلاج النفسي للأسرى وضحايا العدوان

مركز الدراسات النفسية والنفسية ـ الجسدية

محمد أحمد النابلسي

● ان اعمال النابلسي في مجال الصدمة تكرسه كمؤسس لفرع سيكولوجية الحروب والكوارث في الوطن العربي...

الكفاح العربي 2000/11/9

● يأتي هذا الكتاب ليرسخ ريادة المؤلف لفرع دراسة الصدمات وليقدم الاقتراحات العلمية لارساء استراتيجية عربية لرعاية الاسرى...

السياسة (الكويت)

● يأتي هذا الكتاب في زمن التزايد المتصاعد لأعداد الضحايا العرب وللممارسات العدوانية ضدهم...

المشاهد (لندن) 2000/12/2

● يطرح هذا الكتاب موضوع رعاية الاسرى فيخرج به من السرية المحيطة بالطب النفسي العسكري. انه سبق جديد للنابلسي وهو سيثير ضجة ونقاشا.

المجلة (لندن)

● ان تجارب النابلسي في مجتمع الحرب اللبنانية تتصف بالمعايشة المباشرة للاحداث والضحايا. مما يجعله مرجعا له اهمية في المجال...

أ.د. محمد الطيب

العلاج الجماعي الاسلامي

مقدمة:

في البداية سوف نسأل أنفسنا. ما هو الفرق بين العلاج الجماعي الاسلامي والانواع الاخرى من العلاج الجمعي مثل العلاج التحليلي أو التفاعلي أو السلوكي... إلخ؟ والاجابة باختصار هي/انه في المدارس الاخرى للعلاج الجمعي يوضع في الاعتبار المستوى الافقي فقط وهو العلاقة بين الفرد والمجتمع اما في المدرسة الاسلامية فيوضع في الاعتبار ذلك المستوى الافقي بالاضافة إلى المستوى الرأسي المتمثل في العلاقة بين الفرد وربه وهذه المدرسة تقوم على القيم والمبادئ الاسلامية وتستفيد في نفس الوقت من الوسائل العلمية الحديثة التي اثبتت فاعليتها في بعض النواحي.

الوقت: يخصص يوما في الاسبوع

المـــدة: ساعة ونصف تتبع بنصف ساعة للتقييم الفردي

بداية المجموعة

تبدأ المجموعة بالوضوء ثم الصلاة ركعتين بنية الحاجة خلف أحد أفراد المجموعة من المرضى (يكون في الجلسات الاولى اختياريا، ثم تكليفيا بعد ذلك) ويدعوا كافة افراد المجموعة أثناء الصلاة بالشفاء من الله عز وجل كل يدعوا لنفسه ولاخوانه ثم تفتتح الجلسة في كل مرة بالدعاء الوارد عن الرسول ﷺ: «اللهم إني أسألك نفسا بك مطمئنة تؤمن بلقائك وترضى بقضائك وتقنع بعطائك» ثم يلقي المرشد الديني كلمة قصيرة يتحدث فيها عن سلوك النبي ف صلى الله عليه وسلم وبالذات في معاملاته مع إخوانه.

قيم وتقاليد ومبادئ المجموعة:

تقوم المجموعة على القيم والتقاليد والمبادئ الاسلامية، ويعمل المرشد الديني كمرجع وضمير للمجموعة.

أنواع المرضى:

يشارك في المجموعة مرضى الاعصاب واضطرابات الشخصية والذهانات ومرضى الادمان.

محتوى التواصل:

أساسا العلاقات داخل المجموعة.

نادرا احداث الماضي «فقط عندما يكون لها علاقة مباشرة بالحاضر».

التركيز على الهنا والآن.

العلاقات داخل المجموعة:

تنمى وتشجع العلاقات الطيبة والدافئة الحقيقية والمخلصة، أما المشاعر السيئة والهدامة فيتم تناولها وتحليلها داخل المجموعة لتقتلع بالتدريج وبطريقة غير مباشرة.

الاعتمادية:

مسموح بالاعتمادية على المجموعة لا تشجع الاعتمادية على المعالج.

دور المعالج:

يكون الدور الاساسي في التغيير لافراد المجموعة انفسهم فهم يملكون مفاتيح التغيير والتحسن ويكون دور المعالج هو مساعدتهم في ذلك.

يعمل المعالج على تقليلالدفاعات المرضية.

يعطي استجابات لاقوال وافعال المجموعة ويبتعد قدر الامكان عن النصائح المباشرة.

وفوق هذا كله فان جو التعاطف والمشاعر الدافئة والاحترام الذي يهيئه المعالج في المجموعة فيكون ذا دور أساسي في التغيير.

محتوى النقاش في المجموعة:

يدور النقاش في المجموعة حول أنماط السلوك الحالي في الهنا والآن.

عمليات المجموعة الرئيسية:

١ ـ الترابط والتلاحم هو اهم عامل في العلاج.

٢ ـ اختيار ومعرفة الواقع.

٣ ـ تحويل المشاعر نحو المجموعة.

٤ ـ التقمص في المعالج أو أحد أفراد المجموعة المتميزين في بعض النواحي.

٥ ـ ضغط المجموعة لتحسين سلوكيات أفرادها نحو الافضل.

٦ ـ عقلنة جزء كبير من المشكلات الاتفعالية المكبوتة.

٧ ـ المساعدة على إخراج الانفعالات المكبوتة.

٨ ـ غرس القيم والمبادئ الإسلامية بحيث تصبح هذه القيم والمبادئ هي الفكرة المركزية لافراد المجدوعة وللمجموعة ككل مع ملاحظة تجنب النصح المباشر كلما أمكن.

الوسائل:

١ ـ اتباع طريقة الفرد داخل المجموعة: بحيث توضع مصلحة الفرد في الاعتبار مع مراعاة عدم التعارض مع مصلحة المجموعة ومراعاة تضحية الفرد في سبيل المجموعة.

٢ ـ الالعاب النفسية: والتي تزيد من بصيرة المريض نحو الالعاب النفسية الهدامة والدفاعات المرضية.

٣ ـ لعب الادوار: باستخدام السيكودراما لنزيد من بصيرة المريض حول حالات الاناالمتصارعة هادفين إلى خلق تعاون سلمي بين حالات الانا بعضها وبعض.

٤ ـ التركيز على الهنا والآن باعتبار أن القرآن والسنة موجودان في الهنا والآن ففي المدارس الأخرى مثل الوجدانية والانسانية يقولون انا وانت هنا الان وفي المدرسة الاسلامية نقول انا وانت مع اللّه هناالان.

٥ ـ التواصل الغير لفظي: عن طريق تعبيرات الوجه ولغة العين، ولغة الجسم، ولغة اختيار المكان والتفاعل الجسدي (مثل أداء بعض الرياضات المشتركة بين مريض واخر).

٦ ـ التعليم: من خلال التقمص من المعالج او المرشد الديني او احد افراد المجموعة ايضا من خلال الارتباط الشرطي حيث تقابل السلوكيات المرضية بالرفض الدائم من المجموعة.

اهداف العلاج الجمعي الاسلامي:

ازالة الاعراض المرضية.

التغلب على الشعور بالوحدة.

تغيير السلوك عن طريق السيطرة الواعية والبحث ومحاولة اطلاق الملكات والقدرات الشخصية.

والهدف الرئيسي والنهائي هو تكوين فكرة مركزية قائمة على القيم والمبادئ الاسلامية لدى كل فرد في المجموعة ولدى المجموعة ككل بحيث يكون لهذه الفكرة قوة جذب كبير تجعل بقية نشاطات الفرد تدور في فلكها...

هذا ونسأل الله العظيم الفوز بجنات النعيم..

أ د. أسامة محمد الراضي

سيكولوجية السياسة العربية
العرب والمستقبليات

قالوا في الكتاب:

□... 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 بعيدا 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 مرجعا «اميركيا» لكل من يتطلع للوقوف في وجه الاندفاعية المادية الشرسة التي تشغلها اميركا والصهيونية...

الدفاع العربي/يوليو ١٩٩٩

□... من الانصاف ان نقرر بان نهج الدكتور النابلسي يؤسس لتيار تطبيقي ـ 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 إبريل ١٩٩٩

□... يقدم المؤلف عروضا نقدية لأهم 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

سلسلة كتب الثقافة النفسية التخصصية

كتاب في محاور يحرره أ.د. محمد احمد النابلسي

السيكوسوماتيك

جماعة من الباحثين

- جولة في آفاق السيكوسوماتيك
- الاختبارات السيكوسوماتية
- الاضطرابات النفسجنسية
- الذبحة القلبية ـ الوقابة والعلاج
- السيكوسوماتيك الدوائي
- اسهامات م.د.ن. في ميدان السيكوسوماتيك
- بيبلوغرافيا السيكوسوماتيك في المكتبة العربية

مركز الدراسات النفسية والنفسية ـ الجسدية
Centre d'Etudes Psychiques et Psycho Somatique C.E.P.S
طرابلس ـ لبنان ـ شارع عزمي ـ بناية قاديشا ـ ص.ب. 3062 ـ التل
تلفون: 961.6.441805
فاكس: 961.6.438925
E.mail: ceps 50 @ hot mail.com.

تقديـــم

لا يمكن لاي باحث او لمجموعة باحثين الادعاء بقدرتهم على استيفاء موضوع بحثهم. فما بالنا ونحن نتحدث عن السيكوسوماتيك وهو اكثر فروع الشفاء تعقيدا وتداخلا مع الفروع الشفائية الاخرى. فهذا الفرع، وبالرغم من تمسكه بالقواعد الصارمة للبحث العلمي، لا يستطيع تجاهل الشفاء العجائبي. من التآليل التي تشفى بالايحاء الى الشفاء عن طريق التنويم المغنطيسي والاسترخاء والعلاج الجسدي (Somatotherapy) وضغط الاصابع (شياتزو) ووخز الابر وغيرها من العلاجات التقليدية.

فاذا كان الطب العضوي يشترط في آليات وضبطها بصورة تجريبية فان السيكوسوماتيك يلجأ الى الملاحظة والى اغتنام فرص معاينة حالات الشفاء انطلاقا من مبدأ «**ان الظاهرة المتكررة لا يمكن ردها الى مبدأ الصدفة**». واذا كان هذا المبدأ يجعل من السيكوسوماتيك اكثر انفتاحا واستعدادا لتقبل الجديد فانه مدعاة للتشكيك بعلميته. فلو عدنا الى ابحاث الكسندر وديتبار لوجدنا انها مولت من قبل شركات التأمين بهدف التعرف المسبق على الزبائن حاملي الاخطار الكامنة. ولوجدنا ان الانماط السيكوسوماتية منذ ذلك الحين ولغاية اليوم (بما فيها النمطان أ وب) هي انماط مبنية على ملاحظة اشتراك المصابين بمرض معين بسمات نفسية مشتركة. وبمعنى آخر فان هذه الانماط ليست سوى قوالب سلوكية منفصلة عن الشخصية. اذ يمكن لشخص معين وتحت ضغوطات معينة ان ينتقل من احد هذه الانماط الى اخر. وغني عن القول ان محاولات الكسندر فرانز للربط بين النمط والشخصية قد باءت بالفشل.

والمتابع لتاريخ تطور الاتصال يلاحظ مدى تقارب وضعية السيكوسوماتيك الراهنة مع وضعية علم النفس في اواخر القرن الماضي. عندما كتب فرويد كتابه «نحو علم نفس علمي». وبمعنى آخر فاننا بحاجة الى «**نحو سيكوسوماتيك علمي**». ولكن دون ان يعني ذلك التشكيك بعلميته. فالباحث السيكوسوماتي يعتمد مبدأ الدراية المختلف عن مبدأ المعرفة في نواح عدة. فالدراية هي معرفة غير مشروطة بالقواعد العلمية التي باتت بحاجة الى التطوير كي تستوعب المعطيات المطروحة. فها هو العلاج الصيني (الوخز بالابر) والعديد من العلاجات التقليدية تثبت نجاحها في تحقيق الشفاء بما يضمن لها الاستمرارية لآلاف السنين دون ان تستطيع المعرفة اخضاعها لقوانينها. حتى ثبت اليوم ان الوخز بالابر يستثير افراز مورفينات المخ ويحقق

الشفاء بهذه الاستثارة.

وهذا ما يجعلنا نؤكد على كون السيكوسوماتيك هو طب المستقبل لكنه بحاجة للتخلص من ادعاءات الشفاء والشعوذات التي قد تجد منه مدخلا الى ميدان الشفاء. وعلى سبيل التحذير ولفت الانتباه فقط نذكر هذه الرواية. فقد احتار الغربيون من القدرة الفائقة للفرد الياباني وخصوصا من انخفاض نسب الاصابات القلبية في اليابان. فوضعت فرضيات بحثية كثيرة منها ان ايمان الياباني بالتقمص يعطيه رؤية مخالفة للحياة ومنها ان الثقافة اليابانية تضع شروطها الخاصة على الفرد... الخ من الفرضيات. لكن تبين اخيرا ان سبب انخفاض نسب الاصابة بامراض القلب لدى اليابانيين يعود الى اعتمادهم على الاسماك في غذائهم (لحومها اقل ضررا). لكن هل نستطيع الغاء بقية الطروحات او تجاهلها؟ ثم كيف لنا ان نفسر اصابة شخصين بميكروب او بفيروس ما مع وقوع احدهم مريضا وبقاء الثني حاملا للفيروس دون ان يقع مريضا؟.

ان الاطباء العضويين مقتنعون تماما ومنذ عهد هاينز سيليي (اكثر من نصف قرن) بان للارهاق النفسي (الشدة) دور فاعل في ظهور المرض او في معاودته او حتى في شفائه وانتكاسه. وهذا يشكل قاعدة لا بأس بها لانطلاقة السيكوسوماتيك.

لكن المفارقـــة تأتي من كون مجتمعاتنا العربية من اكثر المجتمعات المتعرضة للشدائد الوبائية، بسبب الكـوارث الاصطناعية التي تعرض لها، وبالتالي فانـــها من اغنى حقول الدراسات السيكوسوماتية في العالم. ومع ذلك فاننا لا نزال نهمل هذا الواقـــع!؟. فهل يمكـن اعتبار زيادات الاصابات بالامراض السيكوسوماتية (الذبحة القلبية والقرحة خصوصا) في مجتمعات الكوارث مجرد مصادفات؟. وما هو نفع تخصيص الميزانيات العلاجية لعـلاج هـذه الامراض اذا كنا نتجاهل مسبباتها الحقيقية ولا نتخـذ ايـة خطوة وقائية في سبيل التقليل من احتمالات الاصابة بها؟.

من خلال هذا المحور لا ندعي تقديم الاجابات على هذه التساؤلات. فحسبنا اننا نطرحها عبر فصول هذا المحور التي يبدأها المحرر **بجولة في آفاق السيكوسوماتيك** يليها عرض لاهم الاختبارات السيكوسوماتية اعده لنا الزميل عبد الفتاح دويدار. كما يحدثنا الزميل جمال التركي عن موضوع **الاضطرابات النفسجنسية**. في حين تناقش الزميلة روز ماري شاهين موضوع **الذبحة القلبية ـ الوقاية والعلاج**. اما الزميل خليل فاضل فيعرض باختصار لموضوع **السيكوسوماتيك الدوائي**. وتقدم لنا الزميلة سلمى المصري دملج عرضا **لاسهامات مركز الدراسات النفسية في مجال السيكوسوماتيك**. يلي ذلك **عرض بيبليوغرافي للاعمال العربية في الميدان** يقدمه الزميل جليل شكور. لننهي المحور **بعروض لحالات من العيادة السيكوسوماتية**.

المحرر

١ - جولة في آفاق السيكوسوماتيك

محمد احمد النابلسي*

نجح السيكوسوماتيك في اجتياز الاطلسي بعد ولادته في الولايات المتحدة الاميركية. كي تصل طلائعه الى العيادات الاوروبية. ومع وصوله اليها وجد انه غير قادر على المحافظة على مضامينه الاميركية. لان للعيادات الاوروبية منطلقاتها النظرية الخاصة بها. وهذا ما ادى الى تفرع السيكوسوماتيك الى تيارات ومدارس عرقلت دخوله الى العيادات وكليات الطب كفرع متفرد. اذ جرى الربط بينه وبين مذاهب الاختصاص المختلفة. حتى بات بالامكان الحديث عن مدارس السيكوسوماتيك المتناقضة. فاذا ما اردنا اقتراح تصنيف مبدئي لهذه المدارس امكننا تقسيمها الى:

- السيكوسوماتيك الدوائي.
- السيكوسوماتيك التحليلي ـ الطبي.
- السيكوسوماتيك التحليلي النفسي.
- السيكوسوماتيك النفسي ـ العيادي.

وفي عودة الى البدايات نجد ان انتشار السيكوسوماتيك يعود الى ترسيخ العالم الهنغاري هاينز سيليي (H.Selye) لمفهوم الشدة (Stress). وهو مفهوم جلب اعتراف كافة الاطباء الذين اقروا بالاثر الذي تمارسه الشدة النفسية على الحالات المرضية. سواء لجهة احداث او تطور وتعقيد هذه الحالات. وهذا الاعتراف يوازي تأكيد الاطباء على دور العامل النفسي في الامراضية الجسدية (Pathology). فمن امراض القلب العضوية والوظيفية الى الامراض الانسدادية. ومنها الى امراض الاجهزة التنفسية والهضمية والبولية والتناسلية وامراض الاحشاء والالتهابات نجد ان هنالك اعترافا طبيا بدور الشدة النفسية في هذه الامراضيات. الا ان الخلاف يقوم على الاختلاف حول اسلوب او اساليب التصدي لهذا العامل وكيفية علاجه للخلاص من تأثيره ونتائجه السلبية على الصحة الجسدية.

اما عن دخول السيكوسوماتيك الى العيادات العربية فاننا نخشى التأكيد على عدم قدرته على الدخول اليها لغاية وقتنا الراهن. فاذا ما استثنينا لجوء بعض الاطباء الداخليين الى وصف المهدئات البسيطة فاننا لا نكاد نقع على اثر للسيكوسوماتيك في عياداتنا الطبية. اما العيادات النفسية فهي عاجزة عن اجتياز المسافة بينها وبين تلك الطبية نظرا للتداخل بين النفسي والجسدي. غاية الامر ان

---

* رئيس التحرير.

بعض مؤلفينا الرواد قد بذلوا جهودهم لرفد المكتبة العربية ببعض المراجع السيكوسوماتية. كذلك عمل بعض باحثينا على تطبيق الاختبارات السيكوسوماتية (جنكينز خصوصا ـ النمط أ) فتكون للمكتبة العربية رصيد لا بأس به من هذه الابحاث. وان بقي الاطباء العرب، في اغلب الاحيان، بعيدون عن المشاركة في هذه الدراسات. ولقد حاول مركز الدراسات من جهته بذل بعض الجهود في هذا المجال (انظر اسهامات المركز في هذا العدد). ويأمل المركز ان يكون المحور الراهن تتمة لجهوده في المساعدة على ادخال السيكوسوماتيك الى العيادات العربية. وخصوصا لجهة المساعدة على تخطي هذه العيادات للميل نحو اختصار السيكوسوماتيك بالعلاج الدوائي.

وبهذا فان المجلة ومركز الدراسات يأملان ان يكونا قد توصلا بذلك الى ارصان مرجعيات عربية لهذا الاختصاص. وهنا لا يسعنا إهمال الادوار الرائدة التي لعبتها مقالات ومؤلفات اساتذة عرب من امثال مصطفى زيور (راجع محاضراته في السيكوسوماتيك) وسامي علي. واعمالهما تشكل ارهاصات اساسية، على الصعيد العالمي، في ميدان الطب النفسي ـ الجسدي (السيكوسوماتيك) بهذا نصل الى السؤال: «**ما هو موقع السيكوسوماتيك في العيادة العربية؟**». ونجيب ان هذا الميدان لم يلق بعد اعتراف الاطباء العرب. فهم يقرون بوجود الاضطرابات النفسدية (السيكوسوماتية) المتنوعة ولكنهم يتعاملون معها بذات اسلوب تعاملهم مع المظاهر الهيستيرية حتى اننا نجد بين الاطباء من يعجز عن التمييز بين الاضطرابين ومن يجهل امكانية التراوح بينهما (للتعمق انظر كتاب مارتي ومشاركيه» سيكوسوماتيك الهيستيريا والوساوس المرضية»). وفي كلتا الحالتين يتم علاج هذه المظاهر علاجا دوائياً ظواهرياً يرتكز الى الادوية التالية: مهدئات بسيطة (خاصة بنزوديازيبين) ومهدئات عظمى (بجرع خفيفة) وادوية تطرحها الشركات المصنعة على انها معدلة للتوازن النفسدي (ايا منها لم يصمد امام التجربة العيادية).

وهذا الموقف من قبل اطبائنا يندرج في خانة التحفظ الذي نرى فيه ظاهرة ايجابية تحول دون مساهمة الطبيب العربي في النقل العشوائي لانماط التفكير الغربي. حتى يمكننا القول ان اطباءنا يرفضون التعامل مع العيادة البسيكوسوماتية ما لم يتحول البسيكوسوماتيك الى اختصاص طبي متفرد ومعترف به. فما هي الاشكاليات والخلفيات؟ يمكننا تلخيص هذه الاشكاليات على النحو التالي؟

١ ـ ان الطبيب يفضل تحويل مريضه الى معالج ملتزم بالقسم الهيبوقراطي (اي الى طبيب). وهو يتحفظ في تحويل مريضه الى معالج غير طبيب. والمعالجين في المقابل يرون في الطبيب طبيبا غير معالج (خاصة في حالة الاضطراب البسيكوسوماتي). ومن هذه النقطة نستنتج ان هنالك ازمة ثقة. بل ان هذه الازمة تكرست من خلال اصرار غالبية المدارس السيكوسوماتية على ضرورة كون باحثيها من الاطباء.

٢ ـ ان نتائج العلاج النفسي هي نتائج ذاتية ـ نسبية بحيث يصعب تقييمها تقييماً موضوعياً واحصائياً. وذلك على عكس نتائج العلاج الدوائي. وهذه الاشكالية كانت ولا تزال تشكل عقبة الاتصال الرئيسية بين الطبيب وبين المعالج النفسي.

٣ ـ ان عدم تنظيم المهن النفسية ينعكس بانعدام ثقة الاطباء بالمعالجين. خاصة وان بعض المدارس النفسية تتساهل في موضوع اعداد المعالج النفسي.

٤ ـ ان الجمهور لا ينظر للعامل النفسي المرضي نظرته للامراضية الجسدية، ومن هنا اهماله علاج هذا العامل وعدم الاعتراف باهميته او باحتمالات تطوره وانعكاسه على التوازن العام للجسد. ولكن هذه المواقف موجودة وملاحظة في العيادات الغربية فكيف يتمكن الاطباء الغربيون من تخطي هذه الاشكاليات؟

الجواب نلخصه بالنقاط التلية:

١ ـ ان وجود مبدأ «العيادة الطبية متعددة الاختصاصات Polyclinique» يوفر على المريض الغربي عملية اللهاث في الجري من اختصاص لآخر. فهذه العيادة تستطيع ان توضح المظاهر المرضية غير القابلة للتصنيف (Nom classé) وتبيان خلفيتها النفسدية (السيكوسوماتية). هذا التبيان الذي يمتد الى بضعة سنوات لدى مريضنا. مع ما في هذا الوقت من احتمالات تطور العوارض النفسية وتجسيدها.

٢ ـ تنظم بعض الدول الاوروبية ابحاثها النفسية تنظيماً قانونيا صارماً. ففي فرنسا نلاحظ، في ميدان البسيكوسوماتيك، وجود المدرسة الباريسية (بيار مارتي) والجمعية الفرنسية للبسيكوسوماتيك (جان البي). حيث يجري العلاج تحت اشراف ورعاية اختصاصيين كبار. مما يوحي للاطباء بالثقة ويعطي العلاج مصداقية سواء امام المريض او امام طبيبه.

٣ ـ نود التركيز هنا على التجربة الهنغارية نظراً لدور المدرسة الهنغارية التي رفدت البسيكوسوماتيك بباحثين كبار امثال H.Selye, F.Alexander, S.Ferenczi وA.Haynal وغيرهم كثيرون. كما يتأتى هذا التركيز من خلال مشاركتنا بابحاث هذه المدرسة وتعاونها مع «م.د.ن.» وتتلخص هذه التجربة بحصر لتجارب اجريت في معهد الاختصاصات العليا والمشافي التابعة له. ويشرف على كل مريض من المرضى المعالجين فريق متكامل مكون من طبيب نفساني ومعالج نفساني واختصاصي عضوي واختصاصي اختبارات نفسية اضافة لعدد من الاختصاصيين النفسيين الذين لا يمنحون شهادة «معالج نفسي» الا بعد حصولهم على دكتوراه علم النفس (اوماجيستير في الطب) وبعد خوضهم التجارب العيادية والنظرية الكافية.

ونأمل من خلال هذه اللمحة ان نكون قد كونا فكرة عن اسس وطرائق تكامل التوافق

---

* لقد اهمل فرويد العوارض الجسدية المتبدية لدى دورا معتبراً اياها مجرد تجسيدات هيستيرية. وبمراجعة الحالة على ضوء المعطيات الراهنة نجد ان قسماً من عوارض دورا يمكن اعتباره مسايرة جسدية ـ هيستيرية اما بقية العوارض فهي تعكس امراضية عضوية من نوع الحساسية (Allergie). وبما ان الحساسية هي اضطراب سيكوسوماتي فان نوباتها تشتد في حالات التوتر النفسي. وهذا ما اوحى لفرويد بانها هيستيرية للتعمق انظر: ١ ـ سيكوسوماتيك الهيستيريا والوساوس المرضية و٢ ـ كتابنا: الربو الحساسية وعلاجهما النفسي.

والتكافؤ بين الاختصاصيين وصولا الى ارصان نظرة طبية شمولية رافضة لتقسيم الانسان الى اعضاء وفئات اعضاء. كما نأمل ان يأتي هذا المحور استكمالاً لجهود المركز في ارساء الرؤية السيكوسوماتية. في عيادتنا العربية.

١ ـ تعريف الطب النفسدي (السيكوسوماتيك)

يعرف العالم الفرنسي (Delay) هذا الفرع على «**انه حركة طبية ـ فكرية تهدف الى تخطي طب الاعضاء**» (الذي لا يفتأ وان يتفتت ليصبح اكثر اختصاصاً وتموقعاً) **الى نظرة طبية شمولية للجسم**. فهو يناقش في المقام الاول دور الارضية التي يقوم عليها المرض وهو بذلك يلتقي مع التقليد الهيبوقراطي الذي يعتبر ان المرض هو تطور مرتبط بشكل حميم بردود الفعل وبطبيعة الشخص اكثر من كونه (اي المرض) حادثاً او سيرورة خارجية».

وهكذا فان الطب النفسدي ينظر الى المرض نظرة كلية تأخذ في اعتبارها ملكية المريض للنفس الى جانب ملكيته للجسد، وهو يعتبر ان الناحية النفسية تتوج الاعضاء وتكاملها. وهذا ما يعبر عنه (Von UEXKULL) اذ يقول: «ان الطب النفسدي هو فرع من الطب يهتم بدراسة الظواهر الفكرية ومعانيها وادوارها في ظهور وتطور الامراض التي تصيب الجسد». والواقع ان النفسدية (السيكوسوماتيك) ليست فرعاً من فروع الطب بقدر ما هي فكر طبي جديد يعتبر ان جميع الامراض هي امراض نفسدية لانها تصيب انساناً حياً اي حيوانا موهوبا يتمتع بمواهب النطق والفكر او على الامل فهو يتمتع بموهبة المنطق. ويطمح هذا الفكر الجديد الى اعادة ادخال الموضوع (المريض) الى الطب. وذلك بعد فترة طويلة من تعامل الطب مع المرض ومع الاعضاء المريضة بسبب التطورات اللاحقة بالمعارف الاحيائية (التي جذبت الانظار نحو الاعضاء واحيائيتها). كما يطمح هذا الفكر للتوصل الى ايجاد المعنى للمرض.

وعلى صعيد اكثر عملانية فان الطب النفسدي هو مجموعة متكاملة من المعارف وهو اتجاه بحث ووسائل علاجية جديدة. ولكن ميدانه الراهن يبقى اكثر محدودية. اذ يكتفى حاليا بدراسة دور الانفعالات والعوامل النفسية والاجتماعية في المساهمة باحداث الامراض. لذا فانه يتتبع شخصية المريض واحتمالات علاجه بالطرق النفسية. وفي وقتنا الحاضر يتفق الاطباء على وجود بعض الامراض النفسدية كمثل: قرحة المعدة ـ الامعاء وامراض الكولون والربو وارتفاع الضغط الشرياني وبعض الامراض الجلدية والاضطرابات الغددية... الخ. وبمعنى آخر فان هناك مرضى نفسديين من يعانون امراضاً ذات صلة واضحة بصراعاتهم النفسية ـ الداخلية.

٢ ـ الارصانات الاولى

تعود جذور الفكر النفسدي الى العصور الاولى للطب. عندما كان الطب لا يزال مطبوعاً بالسحر وبافكار الامتلاك الشيطاني ومليئاً بالاخطاء وبالاعتماد على التعاويذ والتكفيرات (فهل هذا هو السبب الكامن وراء معارضة الطب النفسدي الذي يرى فيه البعض اعتماداً على الحدس؟ او عودة الى الممارسات الحدسية؟ وبمعنى آخر فان المعارضين يخشون من اعادة الاعتبار للعوامل الذاتية

وللاتعقيل مما يدفعهم للتساؤل عما اذا كان الطب النفسدي يسهل عودة الحدس والمشعوذين للعيادة؟)).

ومنذ العصور الاغريقية ـ الرومانية نلاحظ حركتين اساسيتين متعارضتين هما:

١) مدرسة هيبوقراط: وهي تعتبر ان الامراضية هي دينامية وان المرض هو ردة الفعل. وبهذا فانها ترى ضرورة ان يكون الطب حياتا وكليا واحيائيا وتركيبيا وان يأخذ الطبائع المزاجية من اعتباراته.

٢) مدرسة جالينوس: وتعتبر ان للامراضية طابع الميكانيكية وان الطب هو وصفي ـ تشريحي وتحليلي اما المرض فانه بمنزلة الحادثة.

اما سقراط فانه يصرح لدى عودته من الحرب: «ان اعداءنا يتفوقون علينا لانهم يعرفون ان الجسد لا يمكنه ان يشفي اذا لم تتم العناية بالروح الى جانب العناية بالجسد». هذا وكان جالينوس قد قدم اولى الفرضيات النفسدية وقوامها ان (الرئة ـ النفس) تنطلق من الدماغ الى بقية الجسد من خلال (الانابيب) العصبية.

والواقع ان كافة العياديين يعرفون ما للانفعالات من اثر في دفع الامراض للظهور (مثل الربو الذي تحدث عنه تروسو). وهنا تنصب الاتهامات على رأس المسكين ديكارت على اعتبار انه شوه العلوم الطبية من خلال ادخاله لمبدأ الثنائية (الفاصل بين الروح والجسد).

وهذه الثنائية قد دفعت الطب في الاتجاه التشريحي ـ العيادي. وهذا الاتجاه يرى ان التعمق في التعرف الى حقائق الجسد يمر في طرق المكبر (ميكروسكوب). وبهذا فان الفكر الثنائي قد هيمن على الممارسة الطبية ابان القرن التاسع عشر حين جاءت اكتشافات باستور لتقدم له افضل حججه وذرائعه.

ولكن، ومع بداية القرن العشرين، جاء فرويد ليحضر الاجواء من اجل الثورة التحليلية. وذلك انطلاقا من ابحاثه في حقلي التنويم والهيستيريا. ولقد تمكنت الافكار الفرويدية من الانزلاق ببطء لتتمكن في النهاية من ادخال التعديلات على الفكر الطب النفسي ولتسجل عودته الى المبادئ النفسدية. ذلك ان فرويد قدم نمطا جديداً لتفسير العوارض وهو: «ان العوارض العصابية لها معنى، فهي تترجم الصراع اللاواعي وتتأتى من الكبت». ومع انه لم يهتم بالامراض الجسدية (بل انه تجنب دوماً الصخرة البيولوجية) ولكنه اقترح منطلقات كانت مصالحة للاستخدام من قبل النفسديين ـ التحليليين ممن اتوا بعده. وهذه المنطلقات تتلخص في موقف فرويد من العوارض الجسدية المتبدية لدى مريضته الهيستيرية ـ دورا. هذا مع التذكير ان النظرة النفسدية لم تكن في حينه مقتصرة على فرويد بل ان العديد من المؤلفين الالمان (مثل فان دوش) وقد استبصروا اهمية هذه النظرة التي تدعمت بقول الروسي بافلوف: «على علم النفس ان يحل مكان الفيزيولوجيا في فروع عديدة».

٣ ـ لمحة تاريخية

كان هاينروث (Heinroth) اول من استخدم كلمة «سيكوسوماتيك». وكان ذلك في العام ١٨١٨ (ولكنه استخدمها في حينه مؤكداً على استقلالية الكلمتين نفس وجسد) ثم عاد فيليكس دوتش (F.Deutsch) لاستخدامها في العام ١٩٢٢ لاغيا الاستقلالية ومتكلماً على النفسدي عوضاً عن النفسي والجسدي. اما في فرنسا فقد ادخل هذا التعبير في العام ١٩٤٦ على يد ديلي (J.Delay).

ولكن الابحاث النفسدية وجدت انتشارها الحقيقي والاهتمام البالغ في الولايات المتحدة ولقد اجريت اوائل هذه الابحاث برعاية كبريات شركات التأمين على الحياة في اميركا. التي طلبت تحديد العوامل المساهمة في الاصابة بمرض «تصلب الشرايين». وتمخص عن هذه الدراسة نتائج عكرت صفو التفكير الطبي التقليدي. اذا اقترحت هذه الدراسة، والدراسات النفسدية التي تلتها، انماطاً نفسية ـ سلوكية مشتركة لدى المصابين بمرض جسدي بعينه (وربما كان هذا النمط هو الذي يدفعهم للتأمين على حياتهم). وتجدر الاشارة الى ان الباحثين النفسديين الاميركيين كانوا من المحللين ومنهم دينبار (Dunbar) التي اصدرت «الانماط النفسية» وفرانز الكسندر (F.Alexander). الذي أصدر «لصراع الديناميي ـ النوعي» ومن ثم غرينكر وروبينز وانجليش وانجل وفايس...الخ. هؤلاء انطلقوا من نتائج كانون وبرد وهيس وماكلان وغيرهم ممن درسوا أثر لانفعالات على الجهاز العصبي ـ النباتي.

في اميركا ايضا وبموازاة النفسدية ـ التحليلية ظهر تيار آخر بقيادة سيلي (Selye) واهتم بدراسة امراض التكيف التي تنعكس باصابات سيكوسوماتية مهما كان نوع الشدة المتسببة في خلل التكيف.

اما في روسيا فقد كان بافلوف هو الرائد وهو ارى نظريته النفسدية من خلال «الامراضية اللحائية ـ الحشوية». وفي رأيه ان الاضطراب النفسدي لا علاقة له لا بالانفعال ولا بالنفس ولا باللاوعي. بل انه على علاقة بالمثيرات الخارجية وبالعلاقات العصبية القائمة بين اللحاء وبين الاحشاء. وعليه فان على العلاج النفسي ان يكون عقلانيا بحيث يحدد الارتكاسات المريضة ويعمل على ازالتها. ومن هنا الاعتماد على العلاج بالعمل وعلى دورات النوم «وهما يساهمان في محو الارتكاسات المريضة). ومن بعد بافلوف تابع الفيزيولوجيون، وعلى رأسهم بيكوف، السير في هذا الاتجاه.

المدرسة الالمانية من جهتها ارتكزت الى المبادئ الفلسفية والاحيائية في دراساتها النفسدية التي قادها فون فايزاكر وفون برغمان وفون اويكسول وميتشيرليش ويمكن ان نضف اليهم بوس الذي أدخل افكار هيسرل وهايديجير الفلسفية في الطب (المذهب الظواهري الوجودي).

واخيراً نذكر الابحاث الفرنسية النفسدية التي قام بها كل من ديلي وهيلد وكلوتز ومارتي

وفان ودي ميزان.. الخ. ولقد ركز الثلاثة الآخرون على دراسة سيروة «التعقيل» لدى المرض النفسديين[1].

ومهما بلغت خلافات هذه المدارس في منطلقاتها النظرية فانها جميعها تتفق على اهمية العلاج النفسي ودوره في المساهمة بعلاج الامراض النفسدية. وفي هذا المجال تجدر الاشارة الى النتائج العملية لطريقة المجري ميخائيل بالينت (M.Balint) في علاج هذه الحالات.

هذا ويعمد بعض المؤلفين لاستبعاد الحالات التالية من الاطار النفسدي:

أ ـ العواقب النفسية المتأتية كنتيجة لامراض جسدية.

ب ـ الامراض العضوية التي تتصاعد خطورتها بسبب سلوك غير طبيعي.

ج ـ العلائم الجسدية للاقلاب الهيستيري[2].

د ـ الاضطرابات العقلية الناجمة عن اصابات الجهاز العصبي المركزي.

هـ ـ جميع الاضطرابات (السيكياترية) الطبنفسة مثل: العصاب والذهان والصفاقة (السيكوباتية)... الخ.

و ـ الاضطرابات الوظيفية البحتة (ويستبعدها هيلد وبونفيل)[3]

ويمكن القول انه لا توجد امراض نفسدية وانما هنالك مرض نفسديون او ربما هناك طبيب يفكر بمنهجية نفسدية. هذا ويحدد شنيدر (P.B.Schneider) درجتان للرابط المحدد بين صراعات المريض وبين مرضه. وهاتان الدرجتان هما:

١ ـ ان المرض نفسدي: لان الرابط بين الصراع والمرض هو رابط غير محدد.

٢ ـ ان المرض نفسدي لان هناك رابط محدد بين الصراع النفسي الداخلي وبين شكل المرض.

وعلى هذا الصعيد تطرح الاشكالية الرئيسة لخاصية الطب النفسدي وهي القائلة «ليس ايا كان يصاب بأي مرض كان»[4].

---

١ ـ في هذا الاستعراض لا نريد ان نهمل جانباً مهماً من تاريخ نشوء السيكوسوماتيك فهنالك رواد عديدون وبخاصة الباحثين الاجانب الذين عاشوا وعملوا في فرنسا. ومنهم مثلاً ساشا ناخت، صاحب كتاب «الشفاء مع فرويد». ومنهم، بل من اهمهم، البروفسور العربي مصطفى زيور الذي كان استناداً لبعض الفرنسيين الذين ورد ذكرهم وهنالك ايضاً المساهمات القيمة التي لا يزال البروفسور سامي علي يقدمها للأختصاص ـ اقتضى التنويه (الثقافة النفسية).

٢ ـ ان هذا الرأي يخالف مخالفة تامة نظرية مدرسة باريس النفسدية التي ركزت على كون دورا (مريضة فرويد الهيستيرية) معانية لعصاب سيكوسوماتي (نفسدي). بل ان لهذه المدرسة رأيها الخاص في الاقلاب الهيستيري ـ للتعمق انظر كتاب «سيكوسوماتيك الهيستيريا والوساوس المرضية» ـ مارتي ومشاركيه في سلسلة كتب الثقافة النفسية الصادرة عن دار النهضة العربية (المجلة).

٣ ـ هذا في حين يميل معظم الاطباء العضويون لاعتبار الاضطرابات الوظيفية كفرع اساسي من الاختصاصي النفسدي.

٤ ـ بمعنى آخر فان جرثومة السل مثلاً يمكنها ان توجد لدى شخصين فتصيب احدهما بالسل ولا يصاب به الاخر وقس عليه بالنسبة لبقية الامراض بما فيها الايدز (المجلة).

اما جدول دونجييه (Dongier) فانه يقسم توزيع المظاهر الى: ١) ردود فعل وظيفية طبيعية و٢) اضطرابات وظيفية و٣) امراض نفسدية (سيكوسوماتية).

وهنالك عدد من الامراض التي تلاقي صعوبة في ادراجها في خانة النفسدية. كمثل المنغولية (تناذرداون) وهي كناية عن تشوه صبغي يصيب الجنين داخل بطن امه. فماذا تقول في مثل هذه الحالة؟ هل هو مرض بالمعنى المعتاد للكلمة؟ ام انه خلل تكويني؟ على ان نمو الاطفال المعاقين يعطينا خير الاجوبة على هذا السؤال. حيث يبين هذا النمو اثر التربية والعوامل النفسية في تكامل هؤلاء المعاقين عضويا على الصعيدين النفسي والجسدي. وكذلك فان قدرة التكيف، مع الاعاقات المكتسبة، تتعلق بمقدار كبير بالعوامل النفسية وبالدعم المعنوي المبذول لمساعدتهم على هذا التكيف.

ولو نحن اخذنا الحوادث، مثل الكسور، كمثال فان النظرية الميكانيكية تبدو وكأنها كافية لتفسير سيرورة المرض (الناجم عن الحادث). ولكن ابحاثا عديدة بينها ابحاث دينبار (Dunbar) تثبت ان المتعرضين للحوادث يكونون مسؤولين (ولو جزئيا) عن حدوثها. بمعنى انهم قد خططوا لهذه الحوادث بصورة لاواعية. وهذه الطريقة في التفكير تتعدى السؤال «كيف حدث الحادث» الى سؤال اعمق هو: «لماذا حدث؟». ووفق هذه المنهجية في التفكير نجد ان المنطلقات النفسية تجد مكانها في جميع الحالات المرضية. ونستنتج ان الطب النفسدي يدفعنا الى تجديد طريقتنا في تعريف السواء والمرض والى المغذى العميق الكامن في الامراض.

٤ ـ الصحة والمرض والمرضى

بحسب كوبي (Kubie) فان الصحة هي حالة نادرة غير مرضية. وهذا المفهوم نسبي فهل نستنتج ان الصحة هي غياب المرض؟ او كما يقول لوريش (Leriche): «انها الحياة مع صمت الاعضاء»؟ ام انها البرء والسلام العضوي؟. من جهتها فان منظمة الصحة الدولية تطرح تعريفاً اكثر طموحاً للصحة فتقول بانها: «حالة كاملة من السلام الجسدي والنفسي والاجتماعي. وهي لا تقتصر على غياب المرض او الاعاقة» وبهذا فان الطب المعاصر يجد نفسه في مواجهة مسؤوليات جديدة (تتعدى علاج الامراض) تتمحور حول مساهمته في حل كافة اشكالات وصعوبات التكيف.

وهكذا فان تعريف الصحة بقي طويلاً مرادفاً لنفي المرض. ولكن من هو المريض؟

١ ـ المريض هو ذلك الشخص المعاني من اصابة نسيجية او من تشوه تشريحي او من اضطراب بيوكيميائي. وهو يجهل هذه المعاناة ويعيش حياة عادية دون ان يستشعر الحاجة الى المراجعة الطبية. وهو لا يكتشف مرضه الا بعد مرور السنين او هو يكتشفه فجأة من خلال فحص طبي عابر. او ان هذا الاكتشاف يتأخر الى ما بعد مماته فيكتشف بالتشريح؟

٢ ـ هو ذلك الشخص الذي يراجع الطبيب بسبب شكاوى جسدية تثير قلقه. الا ان فحصه لا يكشف عن اي خلل عضوي وكذلك فحوصاته؟

الانعكاسات الجسدية للامراض (M.Boss)

الجهاز	علائم فيزيولوجية عادية	اضطرابات وظيفية	امراض نفسدية
القلب والشرايين	تسارع النبض، تغيرات الضغط وتمدد الاوعية وتضيق الاوعية	خفقان، غشيان، فقدان وعي، ارتفاع او انخفاض الضغط العابر	تسارع النبض العشوائي امراض انسداد الشرايين القلب، ارتفاع الضغط المزمن، تصلب الشرايين، مرض رينولد Raynauld
التنفسي	تسارع التنفس صعوبة التنفس	عثرة التنفس العصبية هبوط تنفسي تشنج سبب تسارع التنفس	الربو السل
البولي	انحباس البول او زيادة عدد مرات التبول	انحباس او سلس البول (الصافي)، ما دون الانحباس	
الحركي	زيادة نشاط العضلات او انخفاضه	الام، تقوس، الام العمود الفقري، الام الظهر والوهن	التهاب المفاصل المتعدد ـ المزمن ـ المتطور
الهضمي	اضطراب الشهية	نهام، سمنة، قهم، هزال، اضطراب هضم، امساك، اسهال، تقلصات التهاب الامعاء والنزيف	القرحة المعدية ـ المعوية ـ التهاب المستقيم ـ المعي النازف امراض القولون.
الغدد الصماء	ردود فعل دماغ اوسط ـ غدة نخامية. وعنوانها. وعواقبها من زيادة افراز الكظرين	انقطاع الطمث، اضطراب العادة الشهرية الوظيفي وانخفاض نسبة السكر	زيادة افراز الدرقية السكري
العصبي	الارتجاف	صداع، صرع (وظيفي) فرط الحساسية	الشقيقة التصلب المتعدد
التناسلي	زيادة افراز البطانات، نعوظ	عجز، برودة، مهبلية وعقم	التهاب المبيض التصلبي والتليف
الجلدي	اصفرار، احمرار	حكاك متنوع (خاصة مهبلي او شرجي)	الاكزيما، الصدف، الثعلبة (Pelade) والبشري
البصر	دموع		التهابات (orgelet) المياه الزرقاء
انف ـ اذن حنجرة	تغيرات في الصوت	(فقدان الصوت) حبسة	دوار (Meniere) التهاب الانف التشنجي.

٣ ـ المريض الحقيقي هو ذلك الشخصي الذي يراجع بسبب معاناته من اضطرابات يثبت انها ناجمة عن مرض معروف التظاهر وله اساس عضوي؟

ولو نحن راجعنا هذه التعريفات لوجدنا ان التعريف الثاني يتطابق مبدئيا مع غالبة الحالات المعروضة على العيادة (حوالي ثلثي الحالات). وربما كان من الضروري التذكير ان قسما لا بأس به من رواد المستشفيات العامة يعانون من اضطرابات طبنفسية ويجب ان نعترف ان المرض المنضوين تحت التعريف الثالث وحدهم هم وحدهم الذين يخطون باعتراف كونهم مرض. وعليهم يمكننا ان نطلق تعبير «المرض الواضحون» (المرض الجميلون).

اما بالنسبة للتعريف الاول فهو بمنزلة الانذار الذي وجهه لنا واضعه (Knock) على ان الفواصل هي فواصل نظرية ولا يوجد بين هذه التعريفات (٢ و٣) حواجز حقيقية. فالاضطرابات الوظيفية يمكنها، مع الوقت، ان تتحول الى اصابات عضوية. وهذا ما يجعلنا نستوعب كون بعض الاصابات العضوية يبقى كامناً ولا يتظاهر بشكل يلفتنظر المريض اليه.

وفي الحالات التي تبقى فيها المظاهر وظيفية فإن علينا ان نجد التفسيرات للمراجعات الطبيلا المتعددة والمستمرة[٥] وللشكاوى والازحاجات[٦] ولهذا الاهتمام بالجسد[٧] لمعنى هذه الاضطرابات التي لا تستند الى واقع عضوي... وهنا يطرح السؤال الشهير المتعلق باحساس المرض «جنون الحس». هذا الاحساس الذي يعتبره بوسى وآخرين بمنزلة الميدان الرئيسي للطب النفسدي.

امام هذه الاشكاليات يبرز حل سهل ويقضي بتقسيم المرض الى نوعين: أ) معانين من اضطرابات عضوية و٢) معانين من اضطرابات طبنفسية (تسمى عندنا عصبية ـ المجلة) وهؤلاء يتم توجيههم نحو العيادة الطبنفسية. وهذا الموقف هو بديل محسن لموقف التخلي عن المريض. وبما ان هؤلاء المرض هم الاغلبية فان هذا الموقف يعني طرد هذه الاغلبية. في حين ان هؤلاء المرضى لا يعانون من عوارض تدعو للتنبوء باحتمالات اصابتهم بالهذاء او بالعصاب وانما بالتجسيد. ففي حال تطور العوارض الوظيفية فانها تتحول الى مرض جسدي يعادل «الذهان الجسدي». (وتالياً فان مسؤولية الوقاية والرقابة هي مسؤولية الطبيب الجسدي).

---

٥ ـ هنا تتعدد النظريات وتختلف باختلاف الحالات. وباختصار شديد فان ذلك قد يعكس شخصية عظامية او عصاب وسادس مرضية او ميول هيستيرية او قلق الموت... الخ. للتعمق في هذا الموضوع انظر كتاب «سيكوسوماتيك الهيستيريا والوساوس المرضية» ـ سلسلة كتب الثقافة النفسية، دار النهضة العربية ١٩٩١ (المجلة).

٦ ـ بحسب انواعها يمكننا تقسيمها الى علائم جسدية هيستيرية او قلقية او وهنية (نوراستانيا) ـ المرجع السابق ـ (المجلة).

٧ ـ يتعلق الامر هنا بصورة الجسد (راجع آراء ميلاني كلاين في المرجع السابق). ويمكن لهذه الشكاوى ان تتسبب في ازمة ثقة بين المريض وبين جسده الذي يمكن ان يخونه فيتكشف عن مرض يعجز الاطباء عن ملاحظته (المجلة).

وعندما يلتزم الطبيب الجسدي بهذه المسؤولية[٨] فانه يلامس المسألة الاساسية للطب النفسدي (وهي التعرف اشكال نشوء المرض وتطوره مما يسهل خطوات الوقاية والعلاج المبكر له ـ المجلة). وهو يساهم بذلك في عملية انقلاب جذرية في الرؤى والمنطلقات لعلم نشوء وسببية الامراض.

● **سببية نشوء الامراض.**

ان دراسة هذه السببية هي علم قائم بذاته. وهو في تطور مستمر منذ نشؤئه وحدثياً تم استبدال النظرة التقليدية (اصابة عضوية ← اضطرابات وظيفية) بنظرة معاكسة (اضطرابات وظيفية ← اصابة عضوية). وانقلاب النظرة هذا يشكل العودة الى الطب النفسدي. وبعد ان كان ينظر للاضطرابات الوظيفية على انها مجرد صخب (اذا لم يكن لها اساس عضوي) بات ينظر لها على اساس امكانية كونها علائم انذار مبكر لظهور المرض العضوي. ومما يدعم هذه النظرة تنامي احتمالات اكتشاف الاسس العضوية للامراض العقلية.

وهكذا فعن طريق انقلاب النظرة والايحاء باسبقية العارض الوظيفي وبالبحث عن معانيه تمكن الطب النفسدي من اعادة ادخال النفس الى العيادة الجسدية. وهو بذلك يكون قد حسم معركة ثنائية النفس والجسد واعاد لحمتهما. خاصة وان الطب التقليدي كان في اصله موحداً بين النفس والجسد (في سياق التزامه بمبدأ) ان الامراضية الحقيقية هي الاصابة العضوية). والطب النفسدي، على نقيض هذا الالتزام، انطلق من دراسة اثر العوامل النفسية في احداث الامراض. معيداً بذلك للنفس سيطرتها وتفوقها (اللذان تمتعت بهما في عصور الطب ما قبل العلمي) وآخذة بعين الاعتبار المعارف العلمية المستجدة على صعيد علم التشريح والميكروبات والعلاج. مما جعلها عاجزة عن طرح فكرة نفسية ـ امراضية بحتة للمرض. ومن هنا انطلاقة الطب النفسدي في تحديد نظرة امراضية جسدية مع الاصرار على ادخال العوامل النفسية وادوارها الى هذه النظرة.

بعد هذه الجولة ننتقل لمناقشة اشكالية كي ننتقل بعدها الى عرض اهم المدارس السيكوسوماتية المعاصرة.

وهذا العرض سوف يتضمن بعض التكرارات التي لا يمكن تجنبها اذا نحن اردنا اكمال جولة الافق في حقل السيكوسوماتيك والاطلاع على مختلف التيارات الفاعلة في مجاله.

٥ ـ اشكالية السيكوسوماتيك:

ابتداءً من القرن الثامن عشر بدأ الاطباء باعادة النظر في موقفهم من النفس وعلاقتها بالجسد.

---

٨ ـ ان الالتزام لهذه المسؤولية يقتضي تعرف الطبيب الجسدي الى الميدان النفسدي. وهذا التعرف يمر بالتزامه بالدراسة التي تحددها المدرسة النفسدية التي يختارها. ومن هذه الشروط مثلاً التدرب على العلاج النفسي (بودابست) او على التحليل النفسي (باريس)... الخ.

حتى توصل العالم Van Dusch في العام ١٨٦٨[١] الى وضع نمط نفسي خاص بمرضى القلب فوصفهم بانهم يتكلمون بصوتٍ عال وبانهم يخوضون الصراعات المتركزة حول تدعيم سحرهم وسطوتهم وكان Heinroth هو اول من استعمل مصطلح السيكوسوماتيك وذلك في العام ١٨١٨. الا ان الاستخدام الدقيق للمصطلح انما اتى في العام ١٩٢٢ على يد F.Deutsch ولكن الاشكالية الاهم طرحت مع ظهور التنويم المغناطيسي فهذه الطريقة تستطيع شفاء قائمة طويلة من الامراض وتستطيع ان تحدث من الاعراض ما يعجز الطب، حتى ايامنا الحاضرة، عن الاجابة عليها. فعن طريق الايحاء التنويمي، يستطيع التنويم شفاء عدد من الامراض الجلدية وعدد كبير من الحالات الجسدية الاخرى[٢] مثل السمنة، الهزال، الادمان،... الخ كما يمكن للتنويم ان يلعب دورا هاما ورئيسيا في القضاء على الالم او على الاقل تخفيفه بدرجة كبيرة. ولا ننسى في النهاية الدور الذي يمكن للتنويم ان يلعبه في تدعيم المناعة الجسدية وايضا دوره في علاج الامراض النفسية البحتة وهو الدور الاساسي للتنويم كما استخدمه شاركو.

وكان من الطبيعي ان تلفت هذه الحالات انظار الاطباء لى القدرات النفسية الكامنة وامكانية استخدامها في شفاء الانسان المريض. ومنذ ذلك الحين انقسم العلماء في تفسيرهم لهذه القدرات[٣] الى مدارس متعددة هي التالية:

أ ـ المدرسة الفيزيولوجية:

كان لظهور الآلات والوسائل الموضوعية بالغ الاثر في توجيه الابحاث النفسية حتى نشوء هذه المدرسة المسماة ايضا بالمدرسة النفسية ـ الفيزيولوجية. وفي هذا المجال نذكر[٤]: de Mosso, Ribot, Fechner دون ان ننسى Watson ومدرسته السلوكية.

الا ان العالم الروسي Pavlov يبقى رائد هذه المدرسة. فعن طريق دراسته للارتكاسات (ردود الفعل الجسدية امام المثيرات الخارجية) استطاع هذا العالم ان يرسي مبادئ النظرية اللحائية ـ الحشوية[٥]. وهذه النظرية ما لبثت وان تحولت الى مدرسة طبية فارضة تفكيراً طبيا خاصا ومميزا نستطيع تسميته بالسيكوسوماتيك على الطريقة الاشتراكية[٦].

---

(١) Van Dusch T: Lehrbuch der Herzkrankheiten Leipzig 1868.
وكان اطلاق تسمية البسيكوسوماتيك في العام ١٨١٨ على لسان HeinrothÛ

(٢) انشأ الاتحاد السوفياتي حديثاً معهداً لعلاج الامراض الجسدية عن طريق التنويم المغناطيسي.

(٣) يضاف الى التنويم المغناطيسي مختلف الطرق الذهنية ـ الفكرية الاخرى.

(٤) للتعمق في هذا الموضوع يمكن مراجعة كتاب نظريات التعلم بجزأيه. تأليف جورج غازدا وآخرون ترجمة د. علي حسين حجاج. سلسلة عالم المعرفة.

(٥) Cortico-Viscèrale وهي نظرية تبحث في تأثير القشرة الدماغية (اللحاء) في الاحشاء.

(٦) هنالك هوة شاسعة في المنطلقات النظرية لكل من التحليل النفسي والفلسفة الماركسية. وللتعمق في هذا الموضوع تمكن مراجعة.

Philosophie Dialectique et Psychanalyse Joël. Dor, dans Esquisses Psychanalytique, Printemps 1986, page 49.

اما عن المبادئ النظرية لهذه المدرسة فيمكننا تلخيصها بانها تعطي للاوعية معنا حيويا بيولوجيا بحتا عن طريق التزامها بالتفسير الفيزيولوجي للظواهر النفسية ورفضها للتفسيرات المتعلقة بفردية الشخص واحاسيسه الخاصة[٧]. ومن المهم الاشارة الى ان هذه النظرية تقول بان ردود الفعل الجسدية المتأتية من الداخل (اي التي تجيب على استشارة داخلية) تتكون بصورة ابطأ من تكون الارتكاسات المتأتية من الخارج. الا ان الاولى هي الاكثر استقرارا وان كانت اكثر عرضة للتغيير الذي تساهم في احداثه مجموعة اعضاء الجسد.

ولعله من السذاجة بمكان تجاهل التطورات الهائلة المدخلة الى هذه المدرسة والمساهمة في تحديثها وتبوأها مكان الصدارة لغاية اليوم. بل والواعدة بتخطيها لبقية المدارس. وفي هذا المجال نذكر من العلماء: Bykow, Cannon, Selye, Pribram... الخ.

ـ نظرية كانون[٨]:

تعرض هذا العالم لحادثة تسببت باحداث خوف عميق من الموت لديه. فلاحظ ان هذا الخوف ادى لاصابته بارتعاش في اطرافه اضافة لعدد من المظاهر العصبية ـ النباتية[٩]. ولاحظ ان مثل هذه الاضطرابات تظهر لدى الحيوان اثر حقنة بمادة الادرينالين. وكانت نتيجة ابحاثه ان تعرض الانسان للمواقف الانفعالية (الخوف، الالم، الغضب، الجوع... الخ) من شأنه ان يؤدي لاطلاق جسده لكميات من الادرينالين من شأنها، احداث المظاهر العصبية ـ النباتية كمثل ارتفاع الضغط، تسارع نبض القلب، توسع حدقة العين، الشحوب... الخ.

وقد توصل الباحثون اليوم الى رد زيادة الادرينالين، وبالتالي مجموعة المظاهر المذكورة اعلاه، الى زيادة افراز الغدة الكظرية ضمن عملية اثر رجعي Bio-Feed Back معقدة. هذا وقد توصل كانون للادلة العلمية التي تثبت بان هذه التغيرات قابلة للاستمرار، لاحداث ردود فعل تعويضية بل هي قابلة لاحداث اضطرابات وظيفية قابلة للتحول الى امراض واصابات عضوية غير قابلة للتراجع. وذلك في حال عدم تفريغ طاقة الانفعالات في فعل او افعال تواجه الاثارات المتسببة باحداث الانفعالات.

وفي واحدة من اشهر تجاربه استطاع كانون ان يثبت بان استئصال المناطق العصبية لما فوق المهاد (التالاموس) لدى الكلب يؤثر في ارتكاساته الانفعالية (الغضب، العواء، محاولات العض... الخ المسماة بـ Scham rage لدى اسثارته).

وبهذا توصل للاستنتاج بان التالاموس هو المركز الدماغي للانفعالات. ولكن العالم Brad اعقب كانون واعاد تجربته مثبتا ان احتفاظ الكلب بالهيبوتالاموس (ما تحت المهاد) يحفظ له الـ

---

(٧) اذا ان بافلوف يعتبر ان الخبرة هي مجموعة من الارتكاسات.

(٨) Cannon Walter: strened and Homeostosis. in Amer. j. med. sei. 189/ 1935.

(٩) راجع المظاهر الجسدية للخوف من الموت في كتاب الامراض النفسية وعلاجها، د. محمد احمد نابلسي، منشورات مركز الدراسات النفسية ـ الجسدية، الطبعة الثانية ١٩٨٧، ص ١٤.

Scham rage وبالتالي فان بيرد رأى ان الهيبوتالاموس هو مركز الانفعالات. ومن بعدهم جاء Papez اهمية الجهاز الليمبي والمسيخ الانفي rinencéphale[١٠] في تلقي الانفعالات. واخيرا جاء العالم[١١] E.R.Jhon لينادي بالنظرية الاحصائية القائلة بان هذه المناطق وان كانت اقدر من غيرها على تلقي الانفعالات الا انها ليست الوحيدة القادرة على ذلك.

في النهاية يمكننا تلخيص نظرية كانون بالقول بان كافة الانفعالات والمواقف المهددة للشخص تضع الجسم في حالة استنفار «Emergeney State» وذلك بحيث لا تتوقف ردة الفعل امام الانفعال على تفكير الشخص بل تتعداها الى ردة فعل جسدية تسبق الانفعال النفسي وتؤدي غريزيا لاحداث تغيرات جسدية متنوعة.

وبهذا يكون كانون قد اقترب كثيرا من مفهوم تناذر التكيف الذي نادى به سيلي والذي سنشرحه في الفقرة التالية.

ـ نظرية سيليي Selye[١٢]:

نحن نفاجأ عندما نعلم بان تعبير الشدة النفسية «Stress» لا يعود الى اكثر من اربعين سنة عندما اطلقه العالم Selye عقب دراسته لتأثير هذه الشدة على الحيوان. وتحديده لردود الفعل الجسدية التي تحدثها لدى الحيوان وهي: ١ ـ تضخم القشرة الكظرية ٢ ـ نزيف المعدة وانحطاط ٣ ـ تراجع الانسجة الليمفاوية والغدة الصعترية. وبعده استطاع[١٣] Raab ومعاونيه ان يثبتوا امكانية احداث الذبحة القلبية لدى الفئران عن طريق تعريضهم للشدة (سماع تسجيل لمعركة بين قط وفأر).

من خلال هذه الدراسات توصل سيليي الى اطلاق نظرية «التناذر العام للتكيف». وفيها يقسم ردة الفعل الجسدية امام الارهاق الى ثلاثة مراحل هي التالية:

المرحلة الاولى: وتسمى بمرحلة الاستعداد «réaction d'alarme» وتقسم الى فترتين؛ الاولى وهي فترة الصدمة المتمثلة بانذار الجسد وتحريك قدراته للتصدي لعوامل الشدة عن طريق ردود الفعل الفيزيولوجية (اطلاق الهورمونات الكظرية بهدف تعزيز مقاومة الجسم). اما الفترة الثاني وهي فترة الصدملا ـ المضادة فهي تظهر في حال استمرار عوامل الشدة وتتجلى بانخفاض ردود الفعل

---

(١٠) الجهاز الليمبي Syst. Limbique او الجهاز الطرفي وهو تكوين دماغي يقع تحت اللحاء بالقرب من الهيبوتالاموس. وهذا الجهاز وثيق الصلة بكل من اللحاء والهيبوتالاموس.

مسيخ الانف Rinenecéphale وهو القسم الدماغي المتخصص بحاسة الشم. وهو يكون متطوراً لدى بعض الحيوانات التي تعتمد حاسة الشم اكثر من غيرها (الكلاب مثلاً).

(١١) راجع تجارب E.R.Jhon في الاسس الاحيائية للسلوك ـ مقرر الجامعة اللبنانية ١٩٨٧، تأليف د. محمد احمد النابلسي، وقد اصدر في نشرة خاصة يمكن طلبها من مركز الدراسات النفسية الجسدية.

(١٢) Selye. H: Experimental cardiovascular disorders, springer Newyork. 1970.

(١٣) Raab, W,ai: Myocardial Necroses Produced in domesticated rats, 1964.

الفيزيولوجية عنها في الحالة العادية. وعندها تبدأ المرحلة الثانية.

المرحلة الثانية: وتسمى بمرحلة المقاومة. وتتجلى بقيام عوامل الدفاع بدورها في مواجهة عوامل الشدة. مما يقتضي تعبأة كافة قدرات الجسد.

المرحلة الثانية: وتسمى بمرحلة الاستنفاذ وتتميز باستنفاد قدرات الجسد على التكيف مع عوامل الشدة. مما يجعل الجسم عاجزاً عن التفاعل او حتى اعطاء الجواب على هذه المهيجات. وتؤدي هذه المرحلة الى الموت في حال استمرارها.

هذا ويصنف سيليي عوامل الشدة على النحو التالي:

العوامل الجسدية: الحوادث، الآلام، الجروح والاصابات الجسدية والاثارات الحسية المزعجة، والبرد... الخ.

العوامل النفسية: القلق، الانهماك النفسي، المخاوف على انواعها، الوحدة، الارهاق الفكري والمواقف الرضية اي الاخطار التي تهدد الحياة... الخ.

العوامل الاجتماعية: المشاكل المهنية، الظروف الحياتية والمعيشية الصعبة، الخلافات العائلية، صعوبة العلاقات الاجتماعية بين الاشخاص، العزلة الاجتماعية... الخ.

والحقيقة ان نظرية Selye لم تعد بهذه البساطة بعد ان تم تطويرها نتيجة ادخال المعطيات الحديثة عليها من آليات الاثر الرجعي المتعلقة بالغدة النخامية Bio Feed Back الى اكتشاف مورفينات المخ Enkaphiline, Endorphine, Dinorphine وصولا الى النظريات الحديثة الدراسة لوظيفية الدماغ الدماغ والآليات التي يعمل وفقها. وكلها كما نرى عوامل تبشر بالهيمنة المطلقة للبسيكوسوماتيك على سائر الفروع الطبية. وقد ابتدأت بشائر هذه الهيمنة عن طريق الابحاث الواعدة بامكانية القضاء على احاسيس الالم وامكانية التحكم بالافرازات الدماغية وبالنوم والاحلام وغيرها من الحالات الدماغية ـ العقلية[١٤].

ـ نظرية بريبرام Pribram[١٥]:

وينتمي هذا الباحث الى مدرسة جديدة متفرعة عن المدرسة الفيزيولوجية وهي المدرسة الفيزيولوجية ـ العصبية. وتتركز نظريته حول الطريقة التي يعمل وفقها الدماغ. اذ ان بريبرام يرى ان الدماغ يعمل وفق مبدأ الهولوغرام Holograme[١٦]. اي ان كل خلية من خلايا الدماغ تختزن كامل

---

(١٤) وقد خطى العلماء خطوات مهمة في هذا المجال ومنها اكتشاف الاندورفين، الانكافيلن، الدمينورفين المؤثرة في الالم. والـ Dsip المؤثرة في النوم والاحلام.

(١٥) Karl pribram: L'Holograme et le stockage de L'information dans le cerveau 1979.

(١٦) يختلف الهولوغراف عن الفوتوغراف من حيث ان كل نقطة من الفيلم تحتوي على صورة كاملة للشيء المصور وقد شرحنا هذه النظرية في المرجع (١١).

المعلومات التي يحويها الدماغ ولكن بدرجات متفاوتة من الوضوح. وهذه النظرية مدعمة بتجارب E.R.Jhon على القطط تستطيع ان تفسر قائمة طويلة من الاضطرابات والامراض النفسية ـ الجسدية ومن ضمنها حالات الشلل الهيستيري. ويمكننا تلخيص هذا التفسير من خلال احدى تجارب. أ.ر. جون، اذ اقدم على تدمير المنطقة البصرية في الدماغ الايسر للقط واحتفظ بالمنطقة البصرية اليمنى سليمة فكانت النتيجة ان القط احتفظ بقدرته على الابصار. ولكن جون ما لبث وان دمر المنطقة اليمنى ايضا.

ومن الوجهة النظرية التخصصية «التي توزع الوظائف على المناطق الدماغية» فقد كان المفروض ان يصاب القط بالعمى. وهذا ما يحدث فعلا عندما يتم تدمير المناطق البصرية اليمنى واليسرى في ذات الوقت. ولكن القط موضوع التجربة احتفظ بقدرته على الابصار بالرغم من تدمير كلتا المنطقتين البصريتين في كلا النصفين الدماغيين. وهذه النتيجة ليست بالمفاجئة اذا ما اخذنا بعين الاعتبار النظرية الهولوغرافية التي تشرح هذه الحالة بالقول بان الفترة الفاصلة بين تدمير المنطقتين اتاحت لخلايا دماغية غير مختصة بالابصار كي تتمرن وتتكامل مطورة المعلومات البصرية الثانوية فيها. وذلك وصولا الى قدرة الخلايا الجديدة غير المختصة على القيام بدور الخلايا المختصة المدمرة.

انطلاقا من هذه المعطيات نستطيع القول، وهذا رأي شخصي، بان الاعطال الوظيفية ـ الهيستيرية (الشلل، العمى، البكم والصم الهيستيري) ما هي الا تحوير مفاجئ (بسبب الرضوض النفسية) للوظيفة الاساسية للخلايا المختصة بالوظيفة التي يطالها الشلل الهيستيري. وبما ان هذا التحوير يأتي مفاجأ فانه لا يتيح للخلايا الاخرى ان تلعب دور البديلة. اما الخلايا الاصلية فانها في هذه الحالة تتحول الى نشاطات عشوائية غير منتظمة ومشوشة. واذا كان التحليل النفسي والتنويم المغناطيسي قادرين على علاج هذه الحالات الهيستيرية فانما يتم ذلك بسبب قدرتها على اختراق دفاعات الانا وبالتالي قدرتهما على تقويم هذا التحوير المفاجئ. وكما نلاحظ فان هذه الابحاث تفتح آفاقا واسعة في فهم الوظيفية الدماغية وبالتالي في علاج الامراض النفسية، العقلية والنفس ـ جسدية.

ولكن هذه الابحاث لا تزال في بداياتها مما يدفعنا للتذكير بقول فرويد: قد نتعلم في المستقبل كيف يمكننا التأثير مباشرة، عن طريق العقاقير الكيميائية، في كميات الطاقة وفي توزيعها في الجهاز النفسي. بل وربما اكتشفنا امكانيات علاجية اخرى لم نحلم بها لغاية الآن.

ولكننا لا نملك في الوقت الحالي افضل من التحليل النفسي، ولهذا لا سبيل لاحتقاره، مهما كانت امكانياته محدودة.

ب ـ المدرسة التحليلة:

كانت الهيستيريا الشغل الشاغل لاطباء الاعصاب في نهاية القرن التاسع عشر. وكان شاركو «Charcot» واحدا من اكثر هؤلاء الاطباء شهرة في اوروبا. مما دعى بالطبيب النمساوي الناشئ سيغموند فرويد للسفر الى فرنسا والدراسة على يده. وقد دون فرويد العديد من الملاحظات حول

محاضرات شاركو التي كان يلقيها ايام الثلاثاء[١٧] على تلامذته. والتي يمكن اعتبارها واحدة من اهم اسس البسيكوسوماتيك. وعلى اية حالة فان انطلاقة فرويد الاساسية لم تكن نحو البسيكوسوماتيك. ولكن دراساته تمحورت بشكل اساسي نحو الهيستيريا وكان البادئ بتبيان اثر الصراع النفسي في احداث الاضطرابات الهيستيرية ـ الجسدية.

واعتبر رأي فرويد بالهيستيريا بمثابة قفزة عجائبية من الفكر الى الجسد. وقد ظل فرويد بعيدا عن البسيكوسوماتيك بسبب اصراره الواعي والمقصود على الابتعاد عن كل ما يتجاوز الجهاز النفسي. ولهذا الابتعاد ما يبرزه سواء لجهة رغبة فرويد في ترسيخ مبادئ نظريته مما اقتضى ابتعاده عن كل ما يمكن ان يشوش تفكيره باتجاهها او لجهة قصور المعرفة الطبية في عصره حتى نلاحظ ان كتابه «علم الاحلام» قد احتوى بعض التصورت الخاطئة حول عمل الدماغ ووظيفته. ولكن ابحاث فرويد ما لبثت وان اتصلت مجددات بالسيكوسوماتيك، وان كان هذا الاتصال غير مقصود، فعندما فرق بين عصاب القلق وبين النوراستانيا[١٨] وصف الاعراض المميزة لتناذر داكوستا[١٩] وكان ذلك من خلال مقال كتبه في العام ١٨٩٤.

وهكذا فان تطبيق المبادئ التحليلية في الميدان النفسي ـ الجسدي لم يأتِ على يد فرويد وانما اتى على يد تلامذته واتباعه. فقد لاحظ هؤلاء ان الحالة الجسدية لبعض مرضاهم كانت تتحسن بشكل ملحوظ (لدرجة الشفاء احياناً) اثناء علاجهم النفسي ـ التحليلي. وقد نشر العديد من المحللين حالات مشابهة ومنها شفاء حالة ربو عن طريق التحليل التي نشرها Federn في العام ١٩١٣ وحالة التهاب الشرج ـ المستقيم نازفة التي نشرها S. Nacht.

والواقع ان انتشار التحليل النفسي في مطلع هذا القرن قد ساعده على استغلال الاوضاع التي نجمت عن الحربين العالميتين الاولى والثانية. اذ كان من الطبيعي ان تنعكس الشدة النفسية المرافقة للحرب على اجساد الاشخاص الذين يعايشون هذه الحرب وبشكل خاص الجنود والمقاتلين منهم[١٨]. ففي المانيا ظهرت العديد من الاضطرابات النفسية ـ الجسدية ابان الحرب الاولى ومنها شلل الاطراف، الصمم الهيستيري وارتعاش المحارب الذي كان يعيق الشخص ليس عن الحرب فقط وانما عن الانخراط في الحياة المدنية. وفي ذلك الحين فشل اطباء الاعصاب في علاج هذه الحالات في حين نجح المعالجون النفسيون في ذلك. وقس على ذلك ابان الحرب العالمية الثانية التي سجلت انواعا جديدة من الاضطرابات النفسية ـ الجسدية ونذكر على وجه الخصوص الارتفاع الهائل في نسبة مرضى القرحة لدى سكان لندن عقب الغارات الالمانية عليها. وذلك بالاضافة للارتفاع الملحوظ في نسب الاصابة بارتفاع الضغط، الذبحة القلبية والاضطرابات القلبية على انواعها[١٩].

---

(١٧) وقد جمعت هذه المحاضرات في كتاب: Lecons de Mardi a la sal-petriêre édition C.E.P.L. Paris, 1975.

(١٨) وقد عرضنا لتناذر داكوستا والتعصب العصبي للدورة الدموية في المرجع (٩) الصفحة ٨٤.

(١٩) للتعمق في هذا الموضوع راجع كتاب «امراض القلب النفسية»، د. محمد احمد نابلسي منشورات الرسالة ـ الايمان. ١٩٨٧.

قلنا ان التحليل النفسي قد احسن استغلال الاوضاع المرضية الناجمة عن هذه الحروب حتى تفرعت عنه المدرسة التحليلية للسيكوسوماتيك التي لا تزال تشهد انتشارات اوسع وتسجل نجاحات علاجية في عدة ميادين طبية. وقد عرف البسيكوسوماتيك تطورات عديدة على ايدي اتباع التحليل النفسي. ونؤجل استعراضنا لهذه التطورات الى باب مدارس السيكوسوماتيك.

ج ـ اهداف السيكوسوماتيك وغاياته:

السيكوسوماتيك مثله مثل اي فرع طبي ناشئ غامض المعالم والاهداف والغايات. ونحن في دراساتنا لاشكالية السيكوسوماتيك لا يمكن ان نتجاهل شرح هذه العوامل وتحديدها. ومن الطبيعي ان يكون علاج المرضى هو الهدف النهائي لاي فرع طبي. ولكن لهذا الفرع سبله ووسائله الخاصة للوصول الى هذا الهدف. ونلخص هذه السبل على النحو التالي:

١ ـ تحديد الانماط النفسية الخاصة بكل مرض جسدي على حدة: وهذا التحديد يختلف من مدرسة لاخرى حسب التصنيفات التي تتبعها هذه المدارس. وفي حال التوصل لتحديد دقيق لهذه الانماط يصبح من الممكن التنبؤ باحتمال الاصابة بالمرض قبل وقوعه مما يدعم العلاج الوقائي لدرجة يمكن التأمل معها بالحد من نسبة انتشار هذه الامراض وبشكل خاص الخطرة منها.

والواقع ان هذا الامل لم يعد بالبعيد المنال فبعد انماط Dunbar وAlexander (سنبحثها لاحقا) هنالك انماط Friedmann وRosenman التي حددت العلائم النفسية للمرضى المعرضين للاصابة بالذبحة والاحتشاء القلبيين بحيث بات من الممكن اجراء علاج نفسي وقائي يهدف لتعديل النفسية المؤدية لهذه الامراض وبالتالي للتقليل من احتمال الاصابة بالمرض.

من المنطلق ذاته استطاع مارتي Marty ان يحدد البنية النفسية الاساسية والعلائم النفسية المرافقة لها في حالة الاصابة بالامراض الخطرة مما يفتح ابواب امكانية العلاج النفسي الوقائي للامراض الخطرة. وسيتم بحث هذه الامور في الفصل الثالث من هذا الكتاب عبر دراسة ميدانية.

٢ ـ الوصول بالمريض الى التوازن بين حالته النفسية وحالته الجسدية: ويختلف السيكوسوماتيون في تعريفهم لهذا التوازن. ففي حين يطلق كانون تسمية حالة التوازن The stady state يطلق مارتي تسمية التنظيم النفسي ـ الجسدي «Organisation Psychosomatique» اضافة لقائمة طويلة من التسميات التي لا تختلف فقط من حيث التعبيرات ولكن ايضا من حيث الطرق المتبعة للوصول الى هذا التوازن النفسي ـ الجسدي.

٣ ـ ادخال منهجية جديدة على التفكير الطبي التقليدي وذلك بحيث نجنب المريض اخطار الاصابة بالامراض الجسدية بسبب معاناته النفسية ومن ثم نحول دون تطور حالته النفسية نتيجة للاصابة الجسدية. هذا ويرى البسيكوسوماتيك حاليا البشائر الاولى لدخول هذه المنهجية الجديدة ميدان التطبيق العملي، وذلك عن طريق نشوء اختصاصات طبية جديدة، متفرعة عن

السيكوسوماتيك، ومنها نذكر العلوم الجنسية[٢٠] والمناعة النفسية[٢١]... الخ.

بهذا يكون الطب الحديث قد استجاب لدعوة افلاطون لاقامة الروابط بين النفس والجسد اثناء علاجنا للمريض.

٤ ـ استغلال العلوم الانسانية وعلم النفس في طليعتها لتحسين المستوى العام للحياة الانسانية. وصولا بالفرد الى افضل مستوى العام للحياة الانسانية. وصولا بالفرد الى افضل مستوى عقلي ـ صحي يمكنه من القيام بدوره كاملا في خدمة الانسانية. فمارتي مثلا يرى ان الانسان «هو وحدة حية مدفوعة في فضاء الحياة لفترة معينة». ومن الطبيعي ان يحاول الانسان ان يؤمن الظروف الحياتية الافضل لنفسه خلال هذه الفترة. ومن هنا الاهداف البعيدة المدى التي يرمي اليها البسيكوسوماتيك، على مختلف مدارسه، بدءاً بمحاولات القضاء على الالم ومروراً بتجنيب المريض للعلاجات الرضية ـ الصدمية مثل الجراحة والمبالغة في استعمال العقاقير... الخ.

اما السيكوسوماتيون ـ المحللون فانهم يعملون جاهدين لتسخير التحليل النفسي ففي خدمة صحة الانسان الجسدية بعد ان تم استخدامه على الصعيد النفسي ـ العلاجي.

٥ ـ المساهمة في تكوين نظرة كلية متكاملة عن الوجود الانساني وعن الانسان. وذلك وصولا لترسيخ نظرة موسوعية تأخذ بعين الاعتبار مختلف العوامل المساهمة في استقرار وتوازن الانساني وتطوره المستقبلي. وهنا لا بد من الاشارة الى التطورات الهامة التي استطاع البروفسور سامي على تحقيقها في هذ المجال (سنبحثها باختصار لاحقا).

٦ ـ مدارس السيكوسوماتيك:

كنا قد عرضنا في فقرات سابقة للمنطلقات النظرية لكل من المدرسة الفيزيولوجية والمدرسة التحليلية. ونود ان نعرض في هذا الباب للمدارس السيكوسوماتية ـ العلاجية ونبدأ بـ:

١ ـ التنويم المغناطيسي:

ان هذا التنويم يقود الشخص الى حالة عقلية لم يتمكن العلماء من تعريفها لغاية الآن. ويبدو ان هذه الحالة هي حالة استنفار للجهاز العصبي. بحيث يمارس هذا الجهاز شكلا راقيا من اشكال وظيفيته. ويعتبر شاركو واضع اسس العلاج بالتنويم.

وحسبنا في هذا المجال ما ذكره فرويد من حالات الشفاء بالتنويم على يد شاركو وبالرغم من علامات الاستفهام العديدة المطروحة حول هذا العلاج فانه لا يزال يحقق العديد من النجاحات. فلقد ثبت هذا العلاج فعاليته في علاج الادمان، اضطرابات الشهية، آلام زيادة حيوية العضلات، بعض الامراض الجلدية، الاضطرابات الجنسية،... الخ. وقد ادخلت تطويرات وتعديلات عديدة على هذه

---

(٢٠) Sexologie et Psychosomatique, M. Naboulsi, C.E.P.S. Tripoli 1987.

(٢١) تدرس كليات الطب الاميركية مادة جديدة هي عالم المناعة النفسية.

الطريقة بحيث تم تحديثها وتلافي العديد من الانتقادات التي كانت توجه لها. وقد جرى هذا التحديث على خطين متوازيين: الاول هو التنويم الذاتي. حيث ينوم المريض نفسه متجنباً بذلك الخضوع لارادة شخص آخر (المنوم) وسيطرته[٢٢]. اما الخط الثاني فهو الخط الروسي حيث اعلن في العام ١٩٨٦ عن انشاء معهد خاص لتطبيق طريقة التنويم في علاج الامراض الجسدية.

* * *

٢ ـ المدارس الاسترخائية:

ظهرت هذه المدارس في النصف الثاني من القرن التاسع عشر. وقد كان لتطبيقاتها في ميدان السيكوسوماتيك بالغ الاثر في انتشارها وفي التطويرات العديدة المدخلة الى هذه الطريقة. وفيما يلي استعراض لاهم المدارس الاسترخائية،

أ ـ طريقة Mitchell: وتسمى بطريقة «الاسترخاء الفيزيولوجي السلبي» او بطريقة الراحة الجسدية الكاملة وزيادة كمية الاطعمة في علاج العصاب. وقد طورت هذه الطريقة على يد Magnan.

ب ـ طريقة Jakobson: وتهدف لعلاج الاضطراب النفسي على انواعه. وتقتضي قيام المريض بتمرينين استرخائين لمدة ثلاثين دقيقة يوميا. ويخضوعه لـ ١ ـ ٣ جلسات اسبوعيا.

ج ـ طريقة Coutée: اسس الباحث E.Coutée طريقته هذه في العام ١٩٢٠ وهي تعتمد على مبادئ التحليل النفسي اضافة للتنويم المغناطيسي الذاتي. ولكن هذه الطريقة تعتبر بدائية قياسا الى المدارس الاسترخائيين الحديثة. وعلى نفس الاسس قامت مدرسة R. Desoile ولكن الاثنتان لم تعودا مستعملتين اليوم.

د ـ طريقة الـ Training Autogene: وهي أكثر المدارس الاسترخائية شهرة وانتشارا. وقد اسسها الدكتور Schultz. وقد ادخلت عليها العديد من التعديلات لدى دخولها للولايات المتحدة على يد الدكتور W.Luthe. وتتألف هذه الطريقة من دورتين: السفلى والعليا. في الدورة الاولى يجري تمرين المريض على الاسترخاء التدريجي. اما الدورة الثانية وهي تتطلب ان يكون المريض قد خضع للدورة السفلى وان يملك المستوى الذهني الكافي لمتابعة الدورة العليا. فهذه الدورة تتحول في النهاية الى نوع من انواع التحليل النفسي.

هـ طريقة الـ Sophrologie: وقد شهدت السبعينات انتشارا واسعا لهذه الطريقة التي اسسها العالم الاسباني A.Caceydo وتهدف هذه الطريقة التوصل بالمريض الى حالة ما بين النوم واليقظة «Etat Sophro-Luminal» وذلك عن طريق الاسترخاء. وقد اثبتت هذه الطريقة فعاليتها في علاج قائمة طويلة من الامراض النفسية ـ الجسدية[٢٤].

---

(٢٢) طبع مركز الدراسات النفسية والنفسية ـ الجسدية اشرطة مسجلة (كاسيت) حول. التنويم المغناطيس الذاتي وحول تطبيقاته في علاج بعض الحالات الجسدية.

(٢٣) المرجع رقم (٩) الصفحة ١٦٠.

(٢٤) Caceydo. A: Les annales de sophrologie médicale.

و ـ **المدارس الحديثة:** كان للنجاحات التي حققها العلاج الاسترخائي اثرها البالغ في انتشار هذا الاسلوب العلاجي وبظهور العديد من التطبيقات الجديدة للمدارس القديمة ولكن ايضا بظهور العديد من المدارس الجديدة.

وقد ساهمت الابحاث الطبية ـ المخبرية في زيادة الاقبال على هذه الطريقة. فقد اثبتت هذه الابحاث ان العلاج الاسترخائي قادر على تخفيض نسبة الكوليستيرول في الدم والمساهمة في الوقاية من الامراض القلبية Pattel et col. كما اثبتت ابحاث اخرى ان الاسترخاء يشجع افراز مورفينات المخ (Endorphines) مما يزيل آثار الشدة وانعكاساتها العضوية. ومن المدارس المحدثة في هذا المجال نذكر: طريقة الاسترخاء الذاتي[٢٥] وطريقة **M.Sapir** وهي تعديل Training autogéne واخيرا نذكر الـ intégration Corporelle التكامل الجسدي[٢٦]. ومهما يكن من امر فان نجاحات هذه الطريقة ليست بالمطلقة فهنالك حالات لا ينفع فيها هذا العلاج واهمها حالات الانهيار والقلق.

٣ ـ المدارس التجريبية:

كان لظهور مورفينات المخ[٢٧] والاكتشافات المتتالية لانواعها المتعددة اثر بالغ في احياء عدد من الطرق العلاجية التي يظن انها تساعد في افراز هذه المواد. وفي مقدمة المدارس الناشئة في هذا المجال نذكر **العلاج بالموسيقى**[٢٨] **Musicothe rapie** وتطبيقاته في علاج الامراض الجسدية. وفي طليعة الباحثين في هذا المجال نذكر الباحث Jeffry Rody العامل في جامعة اوهايو والذي استطاع ان يعطي نتائج ملموسة من حيث ستخدام الموسيقى في علاج الامراض النفسية ـ الجسدية. وفيما يلي رسم بياني يوضح تأثير الموسيقى في ردود الفعل النفسية (انظر الرسم البياني ادناه).

ولا يفوتنا في هذا المجال التذكير بالدراسات التحليلية للموسيقى اليت يجريها P.P.Lacas واهمية هذه الدراسات في تعميق العلاج بالموسيقى وايجاد الروابط التحليلية له.

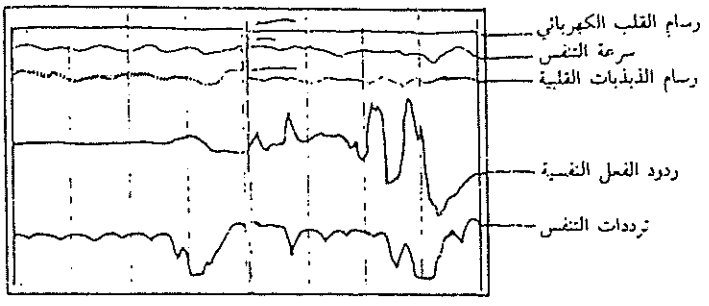
---

(٢٥) Autorelaxation او الاسترخاء الذاتي ويقضي بتسجيل الخطوات الاسترخائية على شريط مسجل بحيث يستطيع الشخص ممارسة الاسترخاء عن طريق تنفيذه للتعليمات المسجلة على الكاسيت. وقد طبع مركز الدراسات النفسية ـ الجسدية عدداً من هذه الكاسيتات.

(٢٦) Intégration Corporelle التكامل الجسدي وقد عرضنا موجزاً لهذه الطريقة في كتابنا الهزال وعلاجه النفسي.

(٢٧) Endorphine وتسمى بالعربية مورفينات المخ ولها مفعول مشابه للمورفين. وتصل حدة هذا المفعول الى ما بين ٣٠ و٥٠ ضعفا من مفعول المورفين. (المرجع ١١).

(٢٨) اصدر المركز نشرة خاصة في هذا الموضوع. وهي عبارة عن مجموعة مقالات بالفرنسية للمحل P.P. Lacas وعنوانها: La Psychanalyse de la musique.



أ ـ ردود الفعل اللاارادية لمستمع الى الحان بيتهوفن ولكن في ظروف الاضطراب النفسي لمريض، ويلاحظ التجاوب الواضح في شتى اجهزة الجسم بالمقارنة مع التسجيلات لمستمع عـادي.

ب ـ ردود الفعل اللاارادية سجلتها الاجهزة المختلفة لمستمـع (ب) وهـو تحت تأثير عقار مهدئ (بنزوكتامين) Benzoctamune بالمقارنة مع المستمع العادي (أ) الى موسيقى بيتهوفن. يلاحظ ان سرعة النبض قد زادت، وزادت حدة رسام القلب بينما خفت ردود الفعل النفسية.

ومن ضمن العلاجات التجريبية في ميدان السيكوسوماتيك نذكر طريقة الوخز بالابر Accoponcture والضغط بالاصابع Accopressure، العلاج باليوغا وبسائر الرياضيات الروحية Yoga, Zen,... etc، العلاج بالمغناطيس... الخ.

على ان هذه العلاجات لا تزال في ميدان التجربة بحيث يصعب استخلاص النتائج الحاسمة بشأنها.

* * *

٤ ـ النظرية المعتمدة على خصوصيات الصراع ـ ريش (J.Reuch)

ويعتمد هذا الباحث مبدأ تحديد الشخصية. ولكنه لا يهمل دراسة خصوصيات الصراع الذي تعرض له المريض والذي قد يؤدي الى تغيير بعض خصائص الشخصية.

٥ ـ نظرية التأخر النفسي ـ الوظيفي ـ ساس وتريا (Th.Szasez, E.Trillat)

ويرد هؤلاء الباحثان الاصابة بالمرض الجسدي الى الاثارة المزمنة للجهاز العصبي. هذه الاثارة الناجمة اساسا عن عوامل الشدة والارهاق النفسيين. وعليه فان هذه النظرية تدعو للبحث عن المشاكل النفسية المزمنة ذات طابع الديمومة والاستمرارية.

٦ ـ مدرسة الانماط السلوكية:

وتنطلق هذه المدرسة من منطلق موضوعي مفاده العجز عن اكتشاف وتحديد شخصية محددة ملازمة لاي مرض جسدي. فمنذ القدم حاول العلماء تحديد انماط محددة خاصة بالامراض. فحاول

(٢٩) المرجع رقم ١٩ ـ الصفحة...

هيبوقراط ذلك بالنسبة لمريض السل خاصة كما حاول ذلك الكثيرون وفشلوا في ذلك. كما فشل حديثا Dunbar الذي حاول وضع انماط شخصية محددة بالنسبة لعدد من الامراض. الا ان مراجعتنا لانماط Dunbar تجعلنا ندرك بانه وان فشل في تحديد انماط شخصية الا انه كان قادرا على تحديد عدد من العلائم السلوكية المعترف بها من قبل جميع العاملين في السيكوسوماتيك.

وعلى اية حال فان مدرسة الانماط السلوكية ترتكز اليوم على الانماط التي وضعها Friedman وRosenman. والتي تقسم الناس الى نمطين أ وب. ويرمز لهذين النمطين بـ S.C.T.A, S.C.T.B.

٧ ـ المدرسة التحليلة:

بعد مضي اربعين عاما على انماط Dunbar سجل السيكوسوماتيك قفزات هائلة تجعلنا ننظر لهذه الانماط على انها ساذجة.

ولكننا لا نستطيع ان نهمل اهمية هذه الانماط في تاريخ السيكوسوماتيك كما لا نستطيع ان ننكر امكانية ايحائها بابحاث جديدة وبآفاق جديدة. والحقيقة ان هذه الانماط كانت مدخلا لـ F.Alexander الذي يعتبر واضح اسس مدرسة السيكوسوماتيك ـ التحليلية. وقد حاول هذا العالم التوفيق بين النظريات الفيزيولوجية وبين التحليل النفسي. وخرج من هذا التوفيق بنظرة دينامية، بعيدة عن الجمود، مرتكزة اساسا على مبدأ الصراع وخاصة الصراع اللاواعي. فهو يرى ان جوهر الصراع لا يكمن في وعي المريض وسلوكه الظاهري. وانما يكمن في لا وعي المريض وفي انماط الصراعات الكامنة لدى المريض (مثل العدائية، التعلق) ولكن ايضاً في آلياته الدفاعية[٣٠] المستخدمة. فتبعاً لهذه الآليات يمكن للعدائية مثلاً ان تتبدى بصور مختلفة. كأن تظهر كما هي، ان تتبدى بسلوك عدائي مباشر او غير مباشر (عن طريق تحويله لخدمة اهداف او مثاليات معينة). كما يمكن للعدائية ان تتبدى بشكل عكسي بحيث يعرب عنها بمواقف الخضوع والسلبية[٣١]... الخ.

وقد افترض Alexander ان لبعض الصراعات خاصية لتأثير على اعضاء معينة. فالخوف والغضب ينعكسان غالبا على صعيد القلب والاوعية. في حين ان مشاعر لتبعية والحاجة للحماية ينعكسان غالبا على صعيد الجهاز الهضمي. كما اشار هذا العالك الى ان الاستعداد للاصابة بمرض ما (بسبب الوراثة او طبيعة الجسم...الخ) غير كافٍ للاصابة بهذا المرض ما لم تضاف اليه العوامل الانفعالية ـ المكتوبة وغير المعبر عنها. وتبعاً لدرجة تظاهر الانفعالات والصراعات يميز الكسندر بين الاضطراب الهيستري وبين العصاب العضوي. فيحصر الهيستيريا في الاضطرابات النفسية ـ البحتة التي يمكنها ان تنعكس على الاعضاء المستخدمة في العلاقة مع العالم الخارجي (الجهاز المفصلي ـ

(٣٠) آليات او اواليات الدفاع Mécanise de déffense: هي اشكال مختلفة من العمليات التي يستخدمها الـ (انا) للدفاع عن نفسه. وتختلف هذه الآليات باختلاف نوعية الصراع الدفاعي.

(٣١) من المآخذ الاساسية على الكسندر انه اهمل امكانيات التعويض عن طريق الهوامات والاحلام. وقد ادرك ناخت هذه الحقيقة ونبه لها. اما مارتي فقد افرد لها بحثاً خاصاً. ترجمة المركز الى العربية بعنوان «الحلم والمرض النفسي والنفسدي» ١٩٨٧.

الحركي، اعضاء الحواس كالانف، الجلد... الخ)[٣٢]. اما الصراعات المكبوتة وغير المتظاهرة فهي تتجلى باضطرابات عصبية تلقائية تطال الاعضاء وتحدث العصاي العضوي الذي يمكن ان يتحول الى مرض عضوي حقيقي.

بهذا يكون Alexander من اوائل مطبقي التحليل النفسي في مجال السيكوسوماتيك ولدى مراجعتنا لاعمال هذا العالم نرى انه كان يرفض الانماط الجامدة التي وضعها Dunbar لانه كان يرى أن المرضى المصابين بالمرض الواحد قد يملكون علائم مشتركة ولكنهم لا يملكون شخصيات متشابهة. ومن هذا المنطلق طرح الكسندر بعض الانماط الدينامية كمثل نمط المصابين بارتفاع الضغط[٣٣]، القرحة... الخ.

واذا كنا في مجال الحديث عن دور المحللين في نشأة السيكوسوماتيك فلا يمكننا ان نهمل دور Horney التي نشرت علاج مرض الشقيقة عن طريق التحليل الذاتي[٣٤].

ومن الولايات المتحدة ننتقل الى اوروبا ونبدأ بـ S.Nacht وبكتابه «الشفاء مع فرويد» (Guérir avec Freud) حيث طرح هذا العالم الاسس الحديثة للسيكوسوماتيك. فالكتاب، كما يوحي عنوانه، يدعو لاستخدام المبادئ الفرويدية في العلاج الطبي. وتتلخص آراء هذا العالم بالدعوة الى الوحدة النفسية ـ الجسدية. ومن هنا دعوته لتخطي الاعراض، المرضية والاسلوب الطبي التقليدي الى نظرة شاملة للجسد الحي. من هذا المنطلق طرح Nacht نظرية طبية ـ تحليلية مفادها بان الطاقة النفسية (التي شرحها فرويد) تجد تصريفها في واحد من طريقين: اما عن طريق التجسيد وبالتالي احداثها للاضطرابات الجسدية ـ الوظيفية. او عن طريق الجهاز النفسي حيث تؤدي هذه الطاقة الى تغيير علائم السلوك والعمليات العقلية. وهذه الطاقة النفسية تضغط على الشخص كي تجد لنفسها تصريفا عن طريق الفعل (Action). هذا الفعل كثيرا ما يؤدي الى تفتيت الطاقة الى مجموعة من الشحنات الصغيرة. ولم يهمل هذا العالم امكانيات تأثير الصراعات الطفولية والتثبيتات[٣٥].

وتعتبر هذه النظرة مدخل المدارس الحديثة الى تعليق بالغ الاهمية على دراسة التطور

---

(٣٢) بهذا نلاحظ ان الكسندر قد تجاهل بعض اضطرابات الاحشاء ذت الطابع الهيستيري البحت. كمثل الغثيان، الاستفراغ، الاسهال وانقطاع العادة الشهرية الهيستيرية... الخ.

(٣٣) راجع شخصية مريض ارتفاع الضغط في المرجع رقم (٩) صفحة ٨١.

(٣٤) انظر كتابنا: فرويد والتحليل الذاتي، منشورات دار النهضة العربية ١٩٨٨، ص...

(٣٥) التثبيت Fixation: هو اسلوب تسجيل بعض المحتويات، ذات القيمة التمثيلية، مثل التجارب، الصور الهوامية والهومات. التي تستمر في الاوعي بشكل لا تغيير فيه وذلك بحيث يؤدي اعادة انتاج هذه المحتويات الى الاشباع. والتثبيت يمكن ان يكون واضحاً وحالياً او قد يشكل امكانية غالبة تفتح طريق النكوص امام الشخص. وفي البسيكوسوماتيك يمكن ان يطال هذا التثبيت عضواً معيناً (الامعاء، المعدة، المثانة،... الخ) وذلك بحيث يصبح هذا العضو اكثر عرضة للعطب والاصابة.

الليبيدي[٣٦] للمريض النفسي ـ الجسدي.

كما كان Nacht اول الذين طرحوا فرضية ضعف الانا ووهنها لدى المرضى النفس ـ جسديين. فمن خلال تفريقه بين الاصابات النفس ـ جسدية وبين الهيستيريا رأى هذا العالم ان الاصبات النفس جسدية، على عكس المظاهر الهيستيرية، لا تهدف للاعراب عن الانفعال (ولفت انظار المحيط كما في حالات الهيستيريا) بل انها تأتي كردة فعل جسدية امام هذا الانفعال. وهذه الردة ـ الفعل الفيزيولوجية تتكرر مع تكرار تعرض المريض للانفعال. مما يوحي اكثر فاكثر بتأثير التثبيتات الطفولية.

ومن هذه النظرة انطلق السيكوسوماتيون المحدثون في نظرياتهم ونذكر على وجه الخصوص Sami Ali وP.Marty واذا كنا سنخصص الفصول القادمة لمارتي فاننا نود ان ننهي استعراضنا هذا بلمحة عن آراء Sami Ali وهو واحد من كبار البسيكوسوماتيين المعاصرين. وهو يشدد على اهمية ودور عدم تناسق التطور النفسي، منذ مراحل الطفولة المبكرة، في احداث الامراض النفس ـ جسدية. اذ ان عدم التناسق هذا يحول دون تأسيس آليات دفاعية ـ عقلية ملائمة مما يؤدي بدوره الى ضعف الانا ووضعها على شفير الافلاس. وهذا هو سبب تعرض هؤلاء المرضى لسرعة العطب وللقابلية المتنامية للاصابة بالامراض الجسدية.

ولعل كتاب البروفسور سامي علي De la projection هو اكثر كتبه اعرابا لنظريته وشرحاً لها. ونظراً لضيق المجال فاننا نكتفي بالقول ان S.Ali يرى في الاسقاط[٣٧] وسيلة لتعويض اختلال تنظيم الجهاز النفسي وضعف الانا. وهو في نظريته هذه استطاع ان يجد تفسيرا تحليليا لعدة مظاهر في آنٍ معاً فهو يعرض حالة طفل ولد مصابا بالحول ومن ثم تخلف مدرسي على الاخص في مادة الرياضيات وكذلك طفحات من مرض الشري الجلدي. فسامي على يرى ان لهذه المظاهر جذورها المشتركة في نفس الطفل. ويرد هذه الحالة الى مرحلة تكوين مفاهيم الفضاء لدى الطفل ابان فترة رضاعته[٣٨] وذلك بحيث اعاقة الحول الولادي عن ترسيخ هذه المفاهيم واستيعابها بشكل وافٍ. وخلاصة القول ان علي يركز على اهمية البعد الثالث (مفهوم الفضاء). كما يرى بان تجسيد الحالات النفسية عن

---

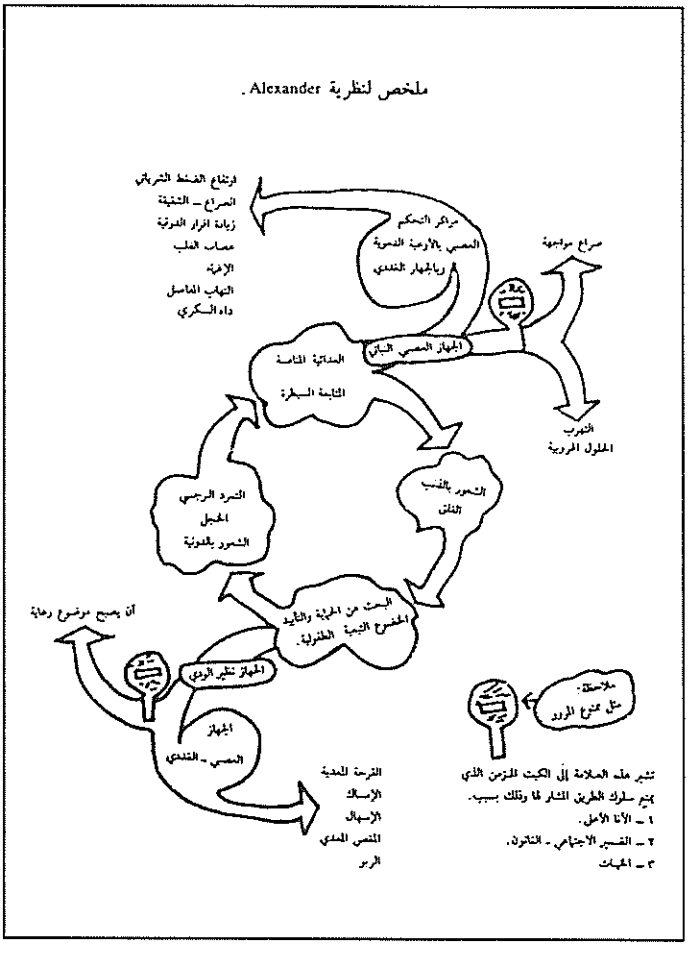
(٣٦) التطور الليبدي او التنظيم النفسي وسنشرحه لاحقا في سياق حديثنا عن التنظيم النفسدي في نظرية مارتي.

(٣٧) الاسقاط Projection: ويدل على العملية التي ينبذ فيها الشخص من ذاته بعض الصفات والمشاعر والرغبات وحتى بعض الموضوعات التي يتنكر لها او يرفضها في نفسه. كي يموضعها في الآخر (شخصاً كان ام شيئاً). والاسقاط على انواع فمنه المرضي ومنه ما يسهل الاتصال في لا وعي الاخر (موضوع الاسقاط). والحقيقة ان فرويد كان قد عرض مراراً لمفهوم الاسقاط ولكنه لم يشرحه بالشكل الكافي. وفي هذا المجال فان كتاب De la projection للبروفسور سامي علي يعتبر مساهمة مهمة في حركة التحليل النفسي.

(٣٨) كما سبقت الاشارة فان الام تلعب الدور الاساسي في نمو الطفل على جميع الاصعدة. ولهذا الدور اهميته المميزة فيما يتعلق باكتساب الطفل لمفاهيم الزمان والقضاء. وقد ناقشنا هذا الموضوع في كتابنا ذكاء الرضيع» منشورات دار النهضة العربية ١٩٨٨.

طريق امراض نفس ـ جسدية انما يتم عن طريق النقص في قدرة المريض على الاسقاط هذا النقص النابع اصلا من عدم استيعاب المريض لمفهوم بشكل جيد.

بهذا نكون قد لخصنا نظرية البروفسور علي واوجزناها بما في الايجاز من احتمالات الغموض. وذلك بسبب ضيق المجال.



وفي نهاية هذا الاستعراض يأتي دور مناقشتنا لمبدأ المدرسة الباريسية للسيكوسوماتيك التي اسسها البروفسور بيار مارتي (p. Marty) للتعمق انظر ملف العدد (١٥) من الثقافة النفسية المتخصصة المعنون «احلام المرضى الجسديين» لبيار مارتي.

وبما ان هذه المدرسة، تعطي للسيكوسوماتيك آفاقاً ابعد من آفاقه الطبية، وهي ترتكز الى ذلك على التحليل النفسي فاننا سنضطر لاستخدام العديد من التعابير التحليلية التي قد تقضي لجوء القارئ الى معاجم التحليل النفسي.

٨ ـ مدرسة بيار مارتي Marty:

يعتبر مارتي ان الانسان هو وحدة حية مدفوعة في فضاء الحياة لمدة معينة. وهو يعتبر بان لهذه الوحدة فرديتها وتميزها عن سائر الوحدات الاخرى (البشر). فالطفل منذ ولادته بل وقبلها يولد مميزاً (تبعاً لعوامل وراثته، ظروف حمله، الحالة النفسية للام اثناء الحمل... الخ) ومجهزا بالاليات الدفاعية ـ الجسدية (المناعية) التي تتيح له مقاومة الالتهابات، العوامل الفيزيائية والكيميائية والفيروسات... الخ. الا ان توطيد هذه الاليات الدفاعية من جسدية ونفسية انما يتم من خلال علاقة الطفل بالام.

وعلى هذا الاساس فان عناية الام بطفلها يجب ان تتعدى عنايتها بتأمين الظروف المناسبة لاستمرابة حياته الى دور نفساني يتمحور حول قيامها باعادة الشحن المستمرة لنرجسية طفلها. وبمعنى آخر فان دور الام النفساني يقتضي مساعدتها للرضيع كي يوطد آلياته الدفاعية (من نفسية وجسدية) وصولا الى انا فاعلة وجهاز نفسي متوازن وحسن البناء.

من خلال هذا الموجز نلاحظ ان مارتي قد تخطى بنظريته نظريات كل من الكسندر وناخت. فالاول حاول، كما رأينا، ان يستخرج انماطا خاصة بالامراض اما الثاني فقد دعا الى الكلام عن المريض النفسي ـ الجسدي وليس عن المرض النفسي ـ الجسدي. فمن خلال هذا الموجز نلاحظ ان نظرية مارتي هي نظرية دينامية نشطة لا تنظر للمريض نظرة جامدة تقتصر على فترة ظهور المرض. بل ان هذه النظرية تتابع الانسان في مختلف مراحل تطوره، اثناء مرضه واثناء صحته، اثناء توازنه النفسي ـ الجسدي واثناء اختلال هذا التوازن، واذا كانت غريزة الحياة بما فيها من الدفاع عن البقاء والتناسل وغيرها... الخ هي عامل مساعد على استقرار التوازن النفسي فان غريزة الموت بما فيها من رغبة في تدمير لذات... الخ هي عامل مهدد لهذا الاستقرار. وقد ناقش مارتي هذه الامور مفصلة في كتابه (Les Mouvements individuls de vie et de mort) حيث بين ان الانسان يعيش حياته في معادلة توازن بين غريزتي الحياة والموت وذلك بحيث يمر جهازه النفسي بمراحل متالية من التوازن النفسي ـ الجسدي ومن اختلال هذا التوازن (تنظيم واختلال تنظيم)[٣٩]. كما يؤكد مارتي على ان وجود احدى الغرائز يستتبع وجود نقيضتها (ثنائية العواطف) وبالتالي فان وجود غريزة الحياة يستتبع وجود غريزة الموت. كما ان هيمنة احدى هذه الغرائز على الاخرى ما هي الا هيمنة مؤقتة يتبعها هيمنة عكسية. وعليه فان هيمنة غريزة الحياة تستتبع التوازن والصحة في حين ان هيمنة غريزة الموت تؤدي الى اختلال التوازن واعتلال الصحة الجسدية. ومن الطبيعي ان يؤدي تعاقب هذه المراحل لان يقودنا لدراسة مراحل التطور الليبيدي لدى المريض. وهنا يلتقي الطب ـ السيكوسوماتي مع التحليل النفسي. مما يدعو مارتي للاصرار على ضرورة تمرس الطبيب النفسي ـ الجسدي بمبادئ التحليل النفسي.

وفي رأينا الشخصي ان اهم الآفاق التي تفتحها نظرية مارتي امام السيكوسوماتيك هو افق

---

(٣٩) في شرحه للتوازن النفسي ـ الجسدي يستخدم مارتي المصطلحات التالية: تنظيم: Organisation، اختلال التنظيم: Désorganisation واعادة التنظيم: Réorganisation.

امكانية دراسة الانسان ومتابعته اثناء صحته واثناء مرضه وبالتالي امكانية التعرف على الاصابة بمرض ما قبل حصوله وقبل ظهور الاعراض الطبية التقليدية المشيرة لحدوثه. وقد خطى البروفسور مارتي خطوة هائلة في هذا المضمار عندما استطاع ان يحدد العلائم النفسية المرافقة للامراض الخطرة (سنعرضها مفصلة في الفصل الثالث)، الا ان انجازات مدرسة باريس لا تقف عند هذه الحدود بل تتعداها الى تحديد نوعين من الاعصبة غير النمطية[٤٠] Nevroses Atypiques التي ترافق عامة الاصابة بالامراض النفس ـ جسدية. وهذه الاعصبة هي الطبائعية والسلوكية التي سنتناولها فيها يلي.

مما تقدم نلاحظ اصرار مارتي على فردية الانسان وذاتيته.

ومن هذا الموقف انبثق مفهوم البنية الاساسية المميزة لكل شخص على حدة. وهذا المفهوم وان لم يكن تحليلياً الا انه يرتكز على مبادئ تحليلية بحتة. ويعتبر مارتي ان العلائم التي تطبع هذه البنية ممكنة التقسيم الى:

١ ـ عصاب طبائعي على درجات متفاوتة من التعقيل[٤١].

٢ ـ عصاب سلوكي.

٣ ـ عصاب عقلي.

٤ ـ الذهانات بما فيها الطبائعية والسلوكية.

٥ ـ البنية التحسسية وغيرها.

---

(٤٠) الاعصبة غير النمطية Névroses Atypiques: او الاعصبة غير المألوفة وهي الاعصبة التي يعتبرها المحللون غير قابلة للتحليل. وتمتاز هذه الاعصبة بغياب الاعراض العصابية الظاهرة. وبمعنى آخر فان العصاب غير النمطي هو عصاب من دون اعراض. وسنتعمق لاحقاً في شرح هذه الاعصبة وانواعها.

(٤١) التعقيل Mentalisation: يلعب التعقيل دور موجه التشخيص والتصنيف في رأي مارتي. وهذا ما سنلاحظه في الفصل الثالث. حيث نرى بان مارتي يعتبر التعقيل بمثابة حجر الاساس في الحياة النفسية ـ الجسدية. وهذا المؤلف، بحكم كونه محللاً، يرى بان هذا التعقيل انما يعتمد على مدى كفاءة ما قبل الوعي. فكلما ازدادت هذه الكفاءة كلما كان التعقيل ارقى واجود. والواقع ان تحديد مدى جودة التعقيل هو امر غاية في التعقيد. اذ انه يقتضي دراسة مفصلة لما قبل الوعي وتحديداً دراسة ابعاده الثلاثة:

١ ـ سماكة مجموع الطبقات الموصلة.

٢ ـ سيولة الانتشار بين هذه الطبقات.

٣ ـ ديمومة النشاط العقلي وهذا يقودنا بشكل حتمي لدراسة الحياة الحلمية للمريض النفسي ـ جسدي وبالتالي تحليل احلامه. وللتعمق في هذا الموضوع راجع كتاب «الحلم والمرض النفسي والنفسدي» تأليف البروفسور بيار مارتي منشورات المركز ـ الانشاء ١٩٨٧.

٢ - الاختبارات السيكوسوماتية

د. عبد الفتاح دويدار*

يعرف السيكوسوماتيك خلافات معقدة وكانه يختزل كافة الخلافات بين المذاهب السيكولوجية. هذا الاختزال يطرح امام العياديين ازمة تشخيصية من الدرجة الاولى. فاستراتيجية العلاج لا بد لها من ان تستند الى تشخيص محدد واضح يوجهها ويرسم لها مراحلها. فاذا عدنا االى التصنيفات السيكوسوماتية المقترحة وجدنا انها تتداخل وصلب النظريات النفسية الطارحة لهذه التصنيفات.

لذلك كانت الاختبارات السيكوسوماتية المقترحة وسيلة لتجنب الخوض في صراعات المدارس والتيارات. اضافة لكونها تقدم معطيات موضوعية حول حالة الاضطراب السيكوسوماتي. ومن ضمن الاختبارات المطروحة رأينا ان نعرض للتالية منها:

١ ـ اختبار تحري العوارض السيكوسوماتية (غولفي وادريان).

٢ ـ اختبار قمع الديكساميتازون

٣ ـ اختبار شيلونغ

٤ ـ اختبار اضعاف الموجة «ت».

٥ ـ اختبار جنكينز ـ آلوني (وهو تطوير لاختبار جنكينز المعروف).

٦ ـ اختبار اضطرابات الاكل (باعتبار فقد الشهية مصاحب لفقد المودة).

٧ ـ اختبار رسم الزمن

٨ ـ اختبار تحري العوارض الجسدية الناجمة عن الشدة (مترجم).

٩ ـ اختبار الاكتئاب المقنع.

ولعل وجود بعض الاختبارات العضوية ـ البيولوجية بين هذه الاختبارات مقدمة للحصول على تشخيص اكثر دقة وموضوعية. لذلك ننصح الباحثين بالاستخدام المتزامن لهذه الاحتبارات مع الاختبارات النفسية (المقاييس). مثال ذلك ان اختبار قمع الديكساميتازون يستخدم لتحري الاصابة بالاكتئاب المقنع وكذلك مقياس الاكتئاب المقنع. مما يجعل من المفيد استخدام الاختبارين معا في

* استاذ علم النفس في جامعتي الاسكندرية والامارات.

دراسة الحالات التي تلبس فيها المشاعر الاكتئابية اقنعة جسدية. اذ ان تلازم الاختبارين من شأنه ن يدعم التشخيص والنتائج وكذلك فان من شأنه ان يفتح آفاق بحث جديدة امام الباحث.

ايضا نود ان نشير الى الميل المتنامي في العيادات السيكوسوماتية الاجنبية لاستخدام الاختبارات التقليدية في فحص المرضى السيكوسوماتيين. حيث نذكر بان المجلة كانت قد نشرت العديد من هذه المحاولات (رورزشاخ وتفهم الموضوع وغيرها ـ راجع اسهامات م.د.ن. في السيكوسوماتيك في هذا العدد).

نامل ان نكون قد توصلنا من خلال هذا العرض للاختبارات التسعة الى تكوين فكرة كافية عن احتمالات استخدام الاختبارات في دعم تشخيص الحالات السيكوسوماتية. وذلك بغض النظر عن المدرسة او التيار السيكوسوماتي المعتمد من قبل الباحث او واضع التشخيص. كما نأمل ان يؤدي التعرف على هذه الاختبارات (من قبل الاطباء خاصة) الى تسهيل اجتياز المسافة بين العيادتين الطبية والنفسية. بما يحول دون اختصار السيكوسوماتيك، وهو طب المستقبل، بالجانب الدوائي. فالمنطلق النظري لهذا الفرع هو العمل على تكوينه روية شمولية لصحة الانسان. عن طريق تجنب النظر اليه على انه فتات من الاجهزة والاعضاء والفصل بين النفسي والجسدي. وهو الفصل الذي اتى السيكوسوماتيك ليعلن استحالته.

١ ـ اختبار تحري العوارض النفسية ـ الجسدية[1] CHESS

J.D. Guelfi. C.Dulcire. S.Audrian

الاسم الجنس العمر

اسم الفاحص تاريخ الفحص

رقم الوحدة رقم العلاج

التشخيص تاريخ العلاج

(أ) إذا ما شكا المريض من اضطرابات جسدية:

(قبل سؤال الفاحص عنها)

☐ نعم ☐ لا ☐ إذا نعم (عدد هذه الشكاوى بالتسلسل الذي عرضه المريض)

. . . . . .

. . . . . .

(ب) إسأل المريض الأسئلة المذكورة في الصفحات التالية

وأضف إليها الشكاوى التي عرضها المريض لوحده (دون سؤاله عنها) مع الإشارة إلى هذه الشكاوى بحرف (أ).

تحدد النسبة بواسطة الأعراض الظاهرة. سواء تلك الملاحظة أثناء الفحص أو تلك التي يخبرنا عنها المريض.

في العادة تدوم فترة الفحص ٧ أيام، وفي بعض الحالات يمكن أن تمتد هذه الفترة لتبلغ أسبوعين إلى أربعة أسابيع.

وفترة الفحوص يفترض أن تحدد بالتعابير التالية.

ـ خلال الأسبوع الأخير.

ـ خلال الأسبوعين أو الأربعة أسابيع الأخيرة.

ـ لدى آخر لقاء مع المريض.

---

(١) Chek-List for the évaluation of Somatic Symptoms واختصاراً CHESS. وكان هذا الاختبار قد عرض للمرة الأولى في المؤتمر السابع للطب النفسي المنعقد في فينا عام ١٩٨٣ ثم أدخل عليه مؤلفوه تغييرات عديدة وعرضوه في المؤتمر الثامن بالشكل الذي نعرضه فيه الآن.

الأسئلة	المعطيات/الظواهر المرضية	(٠) (١) (٢) (٣) (٤)
كيف كانت شهيتك في الفترة الاخيرة؟ هل تراجع وزنك؟	١ ـ انخفضت الشهية ٢ ـ انخفض الوزن ٣ ـ زاد الوزن ٤ ـ ازدياد الشهية ٥ ـ غثيان ٦ ـ استفراغ	☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐
هل توجد لديك مشاكل في أمعائك؟ هل تتغوط بشكل طبيعي؟	٧ ـ ألم في المعدة ٨ ـ (أ) عدم ارتياح معدي انتفاخ ـ غازات أعراض معدية ـ معوية أخرى (ب) إمساك ٩ ـ إسهال	☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐
هل بصرك طبيعي؟	١٠ ـ صعوبة تكييف الحدقات /تشوش الرؤية	 ☐☐☐☐☐
هل تعاني من جفاف الحلق؟	١١ ـ جفاف الحلق	☐☐☐☐☐
هل تتعرق بشكل زائد؟ هل تحس بالدوار أحياناً؟	١٢ ـ تعرق ١٣ ـ دوار ١٤ ـ إغماء ١٥ ـ طنين الأذنين	☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐
هل يدق قلبك بقوة وبسرعة؟ هل تعاني صعوبات تنفسية؟	١٦ ـ خفقان ١٧ ـ ألم في منطقة القلب ١٨ ـ عثرة التنفس	☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐
	١٩ ـ غصة في الحلق ٢٠ ـ صعوبة البلع ٢١ ـ مشاكل ـ أنف ـ أذن ـ حنجرة، اضطرابات في الصوت	☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐
هل تنام جيداً في الليل؟	٢٢ ـ صعوبة بداية النوم ٢٣ ـ أرق منتصف الليل ٢٤ ـ أرق صباحي ٢٥ ـ تغير في الحياة الحلمية	☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐

الاسئلة	المعطيات/ الظواهر المرضية	(٠) (١) (٢) (٣) (٤)
هل تحس بالنعاس أثناء النهار؟	٢٦ ـ نوم زائد	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	٢٧ ـ نوم غير فعال	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	٢٨ ـ وسن/ تهويم	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
هل تعاني تورم القدمين؟	٢٩ ـ تورم الأطراف السفلى	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
هل تبول بشكل طبيعي؟	٣٠ ـ صعوبة تبول أو زيادة تبول	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
هل تشعر بتعب غير عادي بعضلاتك أو في جسمك كله؟ هل تزعجك التقلصات أو النخر	٣١ ـ تعب عام	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	٣٢ ـ تقلص في العضلات المضغية	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	٣٣ ـ تقلص في النوع الكزازي	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	٣٤ ـ تشوش الإحساس بالأطراف	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
هل تعاني صعوبات في التذكر أو في التركيز؟	٣٥ ـ اضطرابات ذاكرة	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	٣٦ ـ عدم القدرة على تحمل الضجيج	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	٣٧ ـ صعوبة التركيز	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
هل تعاني آلاماً أخرى؟	٣٨ ـ (أ) هياج جسدي أو توتر	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	(ب) صداع	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	٣٩ ـ ألم أسفل الظهر	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	٤٠ ـ ألم في البطن	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	٤١ ـ أوجاع عضلية منتشرة	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	٤٢ ـ آلام جسدية غير محددة	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
الفحص العصبي	٤٣ ـ رهبة الجلوس	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	٤٤ ـ عسر البلع	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	٤٥ ـ زيادة حيوية العضلات	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	٤٦ ـ فقدان التعابير	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	٤٧ ـ زيادة الحركة العصبية	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	٤٨ ـ زيادة الارتكاسات العصبية	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	٤٩ ـ الارتجاف العصبي	☐ ☐ ☐ ☐ ☐
	٥٠ ـ تغيرات في الفحص المجهري	☐ ☐ ☐ ☐ ☐

الأسئلة	المعطيات/الظواهر المرضية	(٠) (١) (٢) (٣) (٤)
	٥١ ـ عسر الكلام	□ □ □ □ □
	٥٢ ـ التباسات الذاكرة	□ □ □ □ □
اضطرابات اخرى	٥٣ ـ عددها	□ □ □ □ □
	٥٤ ـ	□ □ □ □ □
	٥٥ ـ	□ □ □ □ □

(ج) العلاقة بالتطبيب الدوائي .

(د): أنقل على الجدول أدناه الأمراض المفترضة وسجل رأيك بإمكانية معاناة المريض لها على النحو التالي:

ـ غير موجود.

١ ـ ممكن.

٢ ـ محتمل.

٣ ـ واضح. آخذاً بعين الاعتبار الاستجابة للدواء.

الأمراض	د
.....	□
.....	
.....	
.....	
.....	□

٢ ـ اختبار قمع الديكساميتازون[1] Test de suppression de la Dexamethasone :Dexamethasone Suppression test (D.S.T)

الديكساميتازون وهو من عقاقير الكورتيزون المصنعة وتعادل جرعة ١ مغ منه جرعة ٧,٥ مغ من عقار الـ Prednison. ويؤدي هذا العقار الى الهبوط الوظيفي لـ: ما تحت المهاد ـ النخامية ـ الكظرية (Cort S.R Hypothalamo-Hypophso) وهو يستخدم كعلاج مضاد للتورم كبقية الكورتيزونات. كما يستخدم لاغراض تشخيصية، مثل تشخيص تناذر كوشينغ Cusching (زيادة افراز الكظرية). وذلك باعطاء المريض جرعة من الديكساميتازون ومن ثم فحص نسبة الكورتيزونات في دمه وبوله بعد فترة. فاذا ما نجح الجسم في التخلص (قمع) من الزيادة الطارئة دل ذلك على عدم وجود اضطراب غددي. اما اذا فشل القمع فان ذلك يعني وجود الاضطراب الغددي.

ولقد دلت الابحاث العلمية ـ الموضوعية المعتمدة على استخدام الراسمات الحيوية (Markers Bioligical) اهمية هذا الاختبار في تدعيم تشخيص الانهيار (الاكتئاب) الداخلي (Endogenous) فقد ظهرت لدى اكثر من نصف المصابين بهذا الانهيار ردود فعل غير عادية امام هذا الاختبار.

ولما كان الانهيار المقنع واحداً من اشكال الانهيار الداخلي فان من شأن هذا الاختبار ان يدعم تشخيص هذا النوع من الانهيار. كما من شأنه ان يساعدنا على توقع احتمالات التجسيد (Somatisation) على صعيد الجهاز الغددي وجهاز المناعة.

فعجز الجسم عن التخلص من الزيادة الطارئة للكورتيزول يؤكد تشخيص الاكتئاب المقنع بعوارض جسدية كبديلة للعوارض النفسية. شرط عدم وجود تصنيف مرضي عضوي للاضطرابات الغددية والمناعية لدى هذا الشخص.

وهذا الاختبار البيولوجي يقدم لنا تفسيراً علمياً حول آلية التجسيد (Somatisation). حيث تؤدي الشدة والارهاق النفسي الى اضطراب غددي (عجز قمع الكورتيزول احد مظاهره) ومناعي. مما يفتح الابواب عريضة امام التجسيدات وامام الاصابة بالامراض السيكوسوماتية. (انظر اختبار الاكتئاب المقنع).

٣ ـ اختبار شيلونغ Schellong:

يفضل غالبية الاطباء البسيكوسوماتيون اجراء هذا الاختبار وذلك بسبب سهولته. ويتخلص هذا الاختبار باحداث تغيرات في دينامية الدورة الدموية. وذلك عن طريق قياس ضغط الدم وعدد دفات القلب في وضعي الاستلقاء والوقوف والمقارنة بين الارقام المسجلة في كل من هذين الوضعين.

وهذه المقارنة في حالة زيادة حيوية الجهاز العصبي ـ النباتي تتيح لنا ملاحظة احد نمطين يمثل انعكاس هذه الزيادة. وهما:

---

(١) اليزابيث موسون: نظريات حديثة في الطب النفسي، دار النهضة العربية ١٩٨٩.

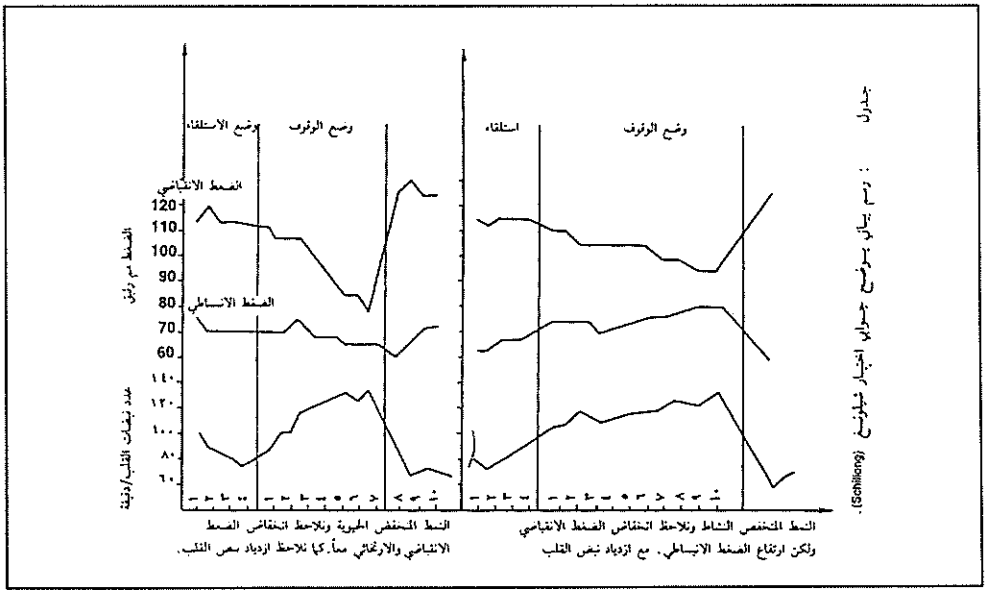
(١) Schellong, F: Regulations prufung des Kreislaufs leipzig 1938.

١ ـ النمط المنخفض النشاط Type Hypodynamique

٢ ـ النمط المنخفض الحيوية Type Hypotonique

١ ـ النمط المنخفض النشاط (Type Hypodynamique): ويمتاز هذا النمط بتسارع نبض القلب، بهبوط ضغط الدم الانقباضي (Maxima) وارتفاع الضغط الانبساط (Minima) بحيث يقل الفارق بين قيمة الضغط القصوى وبين قيمته الدنيا.

٢ ـ النمط المنخفض الحيوية: وبدوره يمتاز بتسارع نبض القلب. الا انه يتميز بانخفاض قيمتي الضغط القصوى والدنيا. (انظر الرسم البياني).



٤ ـ اختبار اضعاف الموجة (T)[1]

وهذا الاختبار هو ايضاً كثير الاستعمال. وهو كذلك اكثر دقة من الاختبار السابق. الا انه من الممكن ان يساهم في خلق وسواس مرض القلب او تغذيته لهذا الوسواس. وفي اية حال فاننا نفضل هذا الاختبار، الذي يقتضي اجراء تخطيط القلب الكهربائي للمريض في وضعي الاستلقاء والوقوف. والقيام بالمقارنة بين الموجة (T) في كلا التخطيطين. فاذا كان الفارق بينهما يساوي او يزيد عن ٠,١٢ ميلي ڤولت. فان ذلك يعني وجود التناذر العصبي ـ النباتي. اما عندما لا يصل الانخفاض الى هذا الحد فان ذلك ينفي وجود هذا التناذر.

هذا ومن وجهة نظر عيادية فان هذه الاختبارات التي تثبت وجود هذا التناذر ممكن استعمالها

(١) الموجة T هي احد موجات تخطيط القلب الكهربائي وقد اشرنا لها في صورة هذا التخطيط.

للتحقق وجود التناذرات التي كنا قد ذكرناها سابقا. خاصة وان التناذر العصبي ـ النباتي يحوي تناذر قلب المحارب، انخفاض الضغط، عصاب القلب... الخ.

هذا ويقسم البروفسور الياباني[٢] S.Tsutsui هذا التناذر الى ثلاثة اشكال هي:

١ ـ الاضطراب العصبي ـ النباتي.

٢ ـ العصاب.

٣ ـ الانهيار المقنع[٣].

٥ ـ اختبار جنكيز ـ آلوني

ويهدف هذا الاختبار إلى تحديد مدى تطابق تصرفات المفحوص مع النمط السلوكي (أ) الذي يجعله غرضة للاصابة بالذبحة القلبية. مما يقتضي بالتالي اتخاذ الخطوات الوقائية اللازمة. وفيما يلي تعرض لهذا الاختبار مختصرا. وهو يتألف من ٤ فقرات (عوامل) هي التالية:

أ ـ فقدان الصبر

١ ـ هل تعتاد استعجال اولئك الذين يتحدثون ببطء؟ ■ نعم ■ لا (٠,٦١)

٢ ـ هل تستعجل الوصول الى المكان حتى ولو كان لديك فسحة من الوقت؟ ■ نعم ■ لا (٠,٥١)

٣ ـ هل تثور وتنرفز ذا ما قاطعك احد اثناء قيامك بعمل هام؟ ■ نعم ■ لا (٠,٤٨)

٤ ـ هل تقوم بعملين في وقت واحد لو اتيح لك ذلك؟ ■ نعم ■ لا (٠,٤٣)

٥ ـ هل تلقن الآخرين الكلام كي تستعجل حديثهم؟ ■ نعم ■ لا (٠,٣٩)

٦ ـ اذا تأخر الشخص الذي تنتظره فهل تقوم باعمال اخرى ريثمايحضر؟ ■ نعم ■ لا (٠,٣٩)

٧ ـ هل تغضب اذا سار الشخص، الواقف امامك في الصف، ببطء؟ ■ نعم ■ لا (٠,٣٥)

٨ ـ هل يلاحظ الآخرون انك تقوم بمعظم اعمالك باستعجال؟ ■ نعم ■ لا (٠,٣٣)

ـ هل يلاحظ الاخرون انك تثور بسهولة؟ ■ نعم ■ لا (٠,٣٣)

١٠ ـ هل ترفض الوقوف في الصف وتتخذ الوسائل كي لا تتعطل؟ ■ نعم ■ لا (٠,٣٠)

١١ ـ هل تقوم عادة باعمال خطرة بهدف البحث عن الاثارة؟ ■ نعم ■ لا (٠,٣٠)

ب ـ التنافس الشديد

١ ـ انا، هذه الايام، منافس لا يعرف الكلل؟ ■ نعم ■ لا (٠,٦٨)

٢ ـ يصنفني الآخرون بمنزلة التنافس الشديد؟ ■ نعم ■ لا (٠,٦٤)

---

(٢) Tsutsui, S,: Vegetative dystonia Tokyo 1972.

(٣) انظر اختبار الاكتئاب المقنع.

٣ ـ يرى الآخرون ان طاقتي ليست اقل من اشدهم منافسة؟ ■ نعم ■ لا (٠,٥٧)

٤ ـ يتفق الآخرون على كوني اهوى المنافسة واتلذذ بالربح؟ ■ نعم ■ لا (٠,٥٠)

٥ ـ اذا حددت موعدا فلا يمكن ان اتأخر عنه؟ ■ نعم ■ لا (٠,٣٩)

٦ ـ عادة اقوم باعمال خطرة للاثارة؟ ■ نعم ■ لا (٠,٣٩)

٧ ـ يقر الآخرون انني استثار بسهولة؟ ■ نعم ■ لا (٠,٣٧)

٨ ـ يصنفني الآخرون باني بالغ النشاط. يجب ان اهدأ؟ ■ نعم ■ لا (٠,٣٦)

٩ ـ اعتقد ان العمل الشاق هو سبب نجاح كبار القادة؟ ■ نعم ■ لا (٠,٣٥)

١٠ ـ اقوم بالعمل بنفسي عندما ارى مبتدئا يفعله باقل من سرعتي؟ ■ نعم ■ لا (٠,٣١)

ج ـ الاستعجال والسرعة

١ ـ هل يلاحظ الآخرون انك تأكل بسرعة بالغة؟ ■ نعم ■ لا (٠,٧٧)

٢ ـ هل انت اول الذين ينتهون من تناول لطعام على المائدة؟ ■ نعم ■ لا (٠,٧٤)

٣ ـ هل يخبرك الآخرون بانك تقوم باعمالك بسرعة؟ نعم ■ لا (٠,٥٩)

٤ ـ هل تعمل اشياء اخرى بانتظار وصول زائر متأخر؟ ■ نعم ■ لا (٠,٤٠)

٥ ـ هل تثور اذا خسر الفريق الذي تؤيده؟ ■ نعم ■ لا (٠,٣٦)

٦ ـ هل يصفك الآخرون بانك بالغ النشاط، هل يجب ان تبطئ؟ ■ نعم ■ لا (٠,٣٦)

٧ ـ في الالعاب الجماعية هل تقنع بالا تكون الافضل؟ ■ نعم ■ لا (٠,٣٣)

د ـ القدرة على التحكم بردود الفعل

١ ـ في هذه الايام يصعب علي التحكم بطباعي الملتهبة؟ ■ نعم ■ لا (٠,٦٤)

٢ ـ يتفق الآخرون على انني اثور بسهولة؟ ■ نعم ■ لا (٠,٥٧)

٣ ـ اتلذذ بالمنافسة لانها مثيرة؟ ■ نعم ■ لا (٠,٥٦)

٤ ـ عندما كنت اصغر كان طبعي ملتهبا ولا يمكن التحكم به؟ ■ نعم ■ لا (٠,٥٢)

٥ ـ يقر الآخرون اتلذذ بالمنافسة واهوى الربح؟ ■ نعم ■ لا (٠,٤٧)

٦ ـ يصنفني الآخرون باننب بمنزلة المنافس الشديد؟ ■ نعم ■ لا (٠,٣٧)

٧ ـ انا، في الحقيقة، اثور اذا خسر فريقي؟ ■ نعم ■ لا (٠,٣٦)

٨ ـ يصنفني الآخرون بانني بالغ النشاط ـ يجب ان اهدأ؟ ■ نعم ■ لا (٠,٣٤)

٩ ـ في هذه الايام انا بالتأكيد منافس لا يعرف الكلل؟ ■ نعم ■ لا (٠,٣٣)

١٠ ـ في الالعاب الجماعية لا اقنع الا بأن اكون افضل من الآخرين؟ ■ نعم ■ لا (٠,٣٠)

٦ ـ اختبار اضطرابات الاكل

١ ـ متى بدأت تشعر بهبوط الوزن؟.

٢ ـ كم كيلو غراماً فقدت وما هي المدة التي فقدتهم فيها؟.

٣ ـ هل تعاني من الامساك؟.

٤ ـ هل تعاني من الاسهال؟.

٥ ـ هل تعاني من اضطرابات هضمية؟.

٦ ـ هل تعاني من الآلام؟ واين؟.

٧ ـ هل تنتابك موجات من السعال؟.

٨ ـ هل سبق لك وبصقت دماً؟.

٩ ـ هل تعاني من الدوار؟.

١٠ ـ هل سبق لك وفقدت الوعي؟.

١١ ـ هل تعاني من ارتجاف الاطراف وخاصة الاصابع؟.

١٢ ـ هل تدخن؟.

١٣ ـ هل تشرب الكحول؟.

١٤ ـ هل تشرب القهوة؟.

١٥ ـ هل تتعاطى المخدرات؟.

١٦ ـ هل تعاني من الارق؟.

١٧ ـ هل تعاني من العصبية الزائدة؟.

١٨ ـ هل تعاني من جحوظ العينان؟.

١٩ ـ هل تعاني من التعرق لشديد؟.

٢٠ ـ هل تعاني من الغثيان؟.

٢١ ـ هل تعاني من التقيؤ؟.

٢٢ ـ عل تشعر انك لم تعد قادراً على التمتع باشياء صغيرة كانت ولفترة قصيرة مصدر سعادة لك؟.

٢٣ ـ هل تشعر ان محيطك يقيدك ويعيقك عن اتخاذ القرار؟.

٢٤ ـ هل تشعر انك بحاجة للحظ وللمساعدة الالهية كي تعود لك سعادتك السابقة؟.

٢٥ ـ هل تعتقد ان مردود عملك اقل من الجهد الذي تبذله فيه؟.

٢٦ ـ هل انت غير راضٍ عن حياتك الجنسية؟.

٢٧ ـ كم ساعة تعمل في اليوم؟.

٢٨ ـ ما هي مهنتك؟.

٢٩ ـ هل تزاول عملاً آخر؟
٣٠ ـ هل عانيت من الاضطراب الغددي؟.
٣١ ـ هل توجد اصابات سكري في عائلتك؟.
٣٢ ـ متى اجريت آخر فحص للدم؟.
٣٣ ـ هل عانيت من الكساح في طفولتك؟
٣٤ ـ هل تشكو من علة قلبية منذ ولادتك؟.
٣٥ ـ هل تخاف من البدانة؟.
٣٦ ـ هل تعاني متاعب في فمك (اسنان، لثة... الخ).
٣٧ ـ هل تتنفس بصعوبة احياناً؟.
٣٨ ـ هل تشعر بزيادة الشهية ومع ذلك فان وزنك ينقص؟.
٣٩ ـ هل تشعر احياناً بالحاجة لعطف الآخرين وتفهمهم دون ان تجرؤ على طلب ذلك؟.
٤٠ ـ هل تشرب الحليب؟.
٤١ ـ هل تستطيع هضم الحليب؟.
٤٢ ـ هل سبق لك وانقطعت ارادياً عن تناول الطعام؟.
٤٣ ـ هل تعتقد ان بعض انواع الطعام مضرة؟.
٤٤ ـ هل انت مصاب بمرض جسدي؟ وما هو؟.

ومن خلال هذا الاختبار بستطيع المعالج توجيه تشخيصه بل وعلاجه بالاتجاهات التالية:

١ ـ الميول الاكتائبية ويمكن استنتاجها من الاسئلة: ١١ و١٦ و١٧ و٢٢ و٢٣ و٢٤ و٢٥ و٢٦ و٢٧.

٢ ـ القلق والارهاق النفسيين: من خلال الاسئلة: ٦ و١٦ و١٧ و١٩ و٢٧ و٢٨ و٢٩ و٣٧.

٣ ـ الميول العصابية وتستنتج من الاسئلة: ١٢ و١٣ و١٤ و١٥ و١٦ و١٧ و٢٦ و٣٥ و٤٣.

٤ ـ الاصابات الجسدية من خلال الاسئلة: ٣ و٤ و٥ و٦ و٧ و٨ و٩ و١٠ و١٧ و١٨ و١٩ و٢٠ و٢١ و٣٠ و٣١ و٣٢ و٣٤ و٣٦ و٣٧ و٣٨ و٣٩ و٤٠ و٤١ و٤٤.

٥ ـ الشكل العيادي للهزال ويمكن تحديده من خلال الاسئلة: ١ و٢ و٣ و٤ و٥ و٦ و٧ و٨ و٩.

٧ ـ اختبار رسم الزمن في السيكوسوماتيك*

ملخص:

ان طريقة الانسان في معايشة الزمان والمكان تعكس اسلوبه في التموقع فيهما. هذا التموقع الذي يعبر عنه الشخص بسلوكه الحياتية. فاذا ما طلبنا من هذا الشخص ان يرسم لنا الزمن فاننا بذلك ندعوه لان يسقط مفهومه للزمن في المكان. الامر الذي يستتبع اختراقنا لدفاعاته وتعرفنا الى اختلالات معايشاته الزمانية ـ المكانية وتالياً الى اضطرابات فواه الادراكية.

بالانتقال الى السيكوسوماتيك نجد ان الاختبار يتعقد مع تعقيد وصعوبة المفاهيم السيكوسوماتيك فهذه المعايشة هي عينة من الحياة العملياتية واضطراباتها هي انعكاسات لاختلالات التوازن السيكوسوماتيك. اما عناصر الرسم، فهي تمثل الحياة الهوامية (Fantasmatique) للشخص التي تغنى وتنوع عناصر الرسم وتفقر بفقرها. ولقد اعتمدنا في تطبيقنا مبادئ المدرسة الباريسية للسيكوسوماتيك (بيار مارتي) وهي مبادئ ذات منطلقات تحليلية ـ نفسية معدلة.

مقدمة:

في مؤلفه «الهذيان والاحلام في غراديفا ـ جنسن» كان سيغموند فرويد سياقاً لطرح فكرة تحليل الاعمال الفنية عن طريق مقارنتها بالاحلام. وبالتالي اتباع مبادئ تحليل الاحلام في تحليلنا لهذه الاعمال. هذا الطرح كان مقدمة نظرية لسلسلة الاختبارات التي ظهرت بعد ذلك تحت تسمية «الاختبارات الاسقاطية». ولسنا هنا في مجال مناقشة مدى التزام محللي هذه الاختبارات بالمفاهيم الفرويدية ـ الاسقاطية لكننا نشير الى الاستخدام الواسع لهذه الاختبارات في ميدان السيكويوماتيك (Psychosomatic) بمذاهبه المختلفة. هنا نود الاشارة بشكل خاص الى اعمال الباحثة الفرنسية نينا راوخ دو تروبنبيرغ (Nina Rauch De Traubenberg) التي عملت على تقنين استخدامات اختباري الرورشاخ واختبار تفهم الموضوع (T.A.T.) في حقل السيكوسوماتيك.

ولعل البعض يتساءل عن دوافع عملنا على تطبيق اختبار رسم لزمن في السيكوسوماتيك خصوصاً بعد توافر امكانيات استخدام الرورشاخ والتات في هذا الحقل؟.

اننا نعتقد باننا نملك اجابات مقنعة على هذا التساؤل وهي:

١ ـ بساطة هذا الاختبار واتاحة الفرصة لتجنب اي استكشاف مبالغ للاوعي. حيث يعتبر مارتي (P. Marty) ان المبالغة في تحريض اللاوعي تشجع اختلال التوازن النفسي ـ الجسدي (السيكوسوماتيك).

٢ ـ ان هذا الاختبار يعكس بامانة الاقتصاد النفسي ـ الجسدي وتوازناته لانه يمر بتقديم تمثلات عن الماضي والمستقبل وبالتالي عن التوازن بين غريزة الموت وغريزة الحياة.

(*) دراسة للدكتور محمد أحمد النابلسي مقدمة في المؤتمر الدولي الرابع عشر لأمراضية التعبير ـ اوكتوبر ١٩٩٥ بودابست.

٣ ـ من خلال تمثله للحاضر ورموزه يمكن لهذا الاختبار اعطاءنا فرصة تقويم الاقتصاد النفسي ـ الجسدي والحياة العملياتية (Vie Operatoire) للمفحوص.

٤ ـ انه يعكس مستوى التوازن النفسي ـ الجسدي للمفحوص فالرمز للماضي تبديات غريزة الموت في حين يكون الرمز للمستقبل معادلاً لتبديات غريزة الحياة. وهكذا بحيث يصبح تمثل المفحوص للزمن انعكاسا للعلاقة بين غريزتي الموت والحياة لدى المفحوص.

١ ـ الدراسات السابقة:

صاحبة فكرة رسم الزمن هي البروفسورة المجرية اليزابيث موسون (Moussong.E-K) وقد عرضته للمرة الاولى في المؤتمر العالمي السادس للاضطرابات النفسية ـ تركيا (١٩٧٠). ثم توالت اعمالها حول الموضوع وتطبيقات اختبار في الاطار السيكاتري (اصدر مركز الدراسات النفسية كتاباً مترجماً للعربية يضم منتخبات من ابحاث موسون تحت عنوان «نظريات حديثة في الطب النفسي»). وهذا الاختبار على علاقة مباشرة بالتيار الظواهري وتحديداً باعمال يوجين مينكوفيسكي (Minkowski-E) وخصوصاً كتابه «الوقت المعاش» (Le Temps Vecu). اما مشاركة الباحث (النابلسي) في الابحاث المتعلقة بالاختبار فقد تأخرت لغاية العام ١٩٨٤ حين عمل المؤلف على تبيان انعكاسات الاختلافات الثقافية على تمثل الزمن. حيث بين المؤلف انقلاب مجرى سيلان الوقن عند المفعوصين العرب. اذا نهم يرسمون الماضي الى اليمين والمستقبل الى اليسار (اي باتجاه سيلان الجملة في اللغة العربية) وذلك على عكس المفحوصين المجريين والاوروبيين اجمالا. هذا وتعود بداية محاولات استخدام هذا الاختبار في ميدان السيكوسوماتيك الى العام ١٩٨٨ حين تشارك الباحث مع كل من آني ريشكو والتوماري (Naboulsi, Risko, Altomare) في بحث قدم يومها الى المؤتمر لدولي الثاني للعلاج الجسدي الذي اقيم في باريس.

٢ ـ اجرائية الاختبار:

يقدم الفاحص ورقة بيضاء مع قلم رصاص وممحاة الى مفحوصه ثم يطلب منه ان يرسم تصوره الخاص لمفهوم الزمن.

هذا وترى البروفسورة موسون ان الرسم الذي يعكس تصور المفحوص للزمن هو رسم يستطيع اعطاءنا افكاراً توجيهية، من الدرجة الاولى، للفحص السيكاتري. حيث يمكننا استخدام مبادئ تحليل الاختبارات المرسومة واختبار القرية (خصوصا لجهة استخلاص دلالة تمحور الرسم في منطقة انبنائية معينة ـ حيث يتم تقسيم الورقة الى اربعة اقسام متساوية تمثل اربع مناطق انبنائية).

على ان استخدام هذا الاختبار وتطبيقه في ميدان السيكوسوماتيك يقتضيان تعرف الفاحص الى مبادئ الاقتصاد السيكوسوماتي وتحديدا الاطلاع على مؤلفات المدرسة الباريسية للسيكوسوماتيك ورئيسها البروفسور بيار مارتي.

٣ ـ التطبيق:

ان تطبيقنا لاختبار رسم الوقت هو تطبيق يعتمد الى مبادئ المدرسة الباريسية للبسيكوسوماتيك وفيما يلي نورد مختصرا لهذه المبادئ.

١ ـ الاعصبة البسيكوسوماتية:

وتسمى ايضا بالاعصبة اللانمطية او الراهنة. وقد سبق لفرويد التعرض لها في مناسبات عدة. ولكن دون ان يتعمق فيها. خاصة وانه تجنب دائما الاصطدام بالصخرة البيولوجية (كما كان يسميها).

وكان للمدرسة الباريسية الفضل في عادة البحث والطرح لهذه الاعصبة. وهذه المدرسة تقسم الاعصبة السيكوسومتية الى:

أ ـ الاعصبة الطبائعية: تضم الاشخاص الذين يعانون من عدم الانتظام والتناسق الوظيفي لجهازهم النفسي. مع وجود علائم عصابية وطبائعية تختلف بدرجتها من حالة لاخرى. مما دفع بهذه المدرسة لتقسيم هذه الاعصبة الى: جيدة التعقيل، غير مؤكدة التعقيل وسيئة التعقيل. وعلى اية حال فان عدم التناسق الوظيفي المميز لهذه الاعصبة يجعل من المصابين بها اقل قدرة على تحمل الرضوض والصدمات العاطفية.

ب ـ الاعصبة السلوكية: وتضم اولئك الاشخاص الذين لم تتوطد وظائفهم النفسية في يوم من الايام. وهؤلاء الاشخاص يتعودون ان يعيشوا غرائزهم مباشرة ودون ان يخضعوا افعالهم للتعقيل.

٢ ـ الاحلام السيكوسوماتية:

يقسم البروفسور مارتي انماط الحياة الحلمية لدى المرضى النفس ـ جسديين الى:

أ ـ الاحلام العملياتية: وتعكس هذه الاحلام مشاهد من الحياة اليومية العملية للحالم. وفي حالة اختبار رسم الوقت، فان مبدأ التفكير العملياتي ينعكس من خلال هيمنة الحاضر على الرسم ومن خلال سيطرة التفكير الرتيب في الوقت.

ب ـ الاحلام التكرارية: وهي الاحلام المتكررة في شكلها وفي فكرتها، وتنعكس هذه الاحلام في رسم الوقت من خلال هيمنة فكرة معينة على التمثل العام للوقت.

ج ـ الاحلام الفظة: وهي تلك المحتوية على تمثلات عنيفة، نسبيا بدائية، وتتبدى في رسم الوقت عن طريق هيمنة الرغبات المتمركزة في تمثل المستقبل. وبدوره فان الماضي يحتوي هذه الرغبات ويعبر عنها ولكن بطريقة اقل عنفا واكثر بساطة.

د. غياب الاحلام: وتنعكس هذه في اختبار رسم الوقت عن طريق لجوء المفحوص الى الاستعانة بقوالب ورموز جاهزة وعامة لتمثل الوقت (مثل الساعة، الساعة الرميلة، ساعة اليد... الخ).

٣ ـ الصعوبات الاسقاطية:

عندما نتحدث عن الاسقاط ولاختبارات الاسقاطية فاننا نجد انفسنا عاجزين عن اهمال اعمال ومساهمات البروفسور سامي علي في هذا المجال. وبخاصة عندما نتكلم عن الاستخدام السيكوسوماتي للاختبارات الاسقاطية. فهذا المؤلف هو واحد من اهم السيكوسوماتيين المعاصرين. وهو قد ركز جهوده على دراسة العلاقة بين الاضطراب النفسي ـ الجسدي وبين القدرة الاسقاطية للمريض. وقد عالج في مؤلفاته الروابط ما بين التوازن النفسي ـ الجسدي وبين المكان. وذلك عن طريق معالجته للروابط ما بين المبادئ الاسقاطية وبين ما قبل الوعي وبعض الاحلام ومظاهر النقلة وتمثلات المكان من جهة اخرى. وهذه الروابط تتبدى جلية واضحة من خلال اختبار رسم الوقت.

ونلفت النظر الى ان البروفسور علي يعتبر ان نقص ادراك البعد الثالث هو نقص يشكل نقطة تثبيت سيكوسوماتية نجدها بشكل خاص لدى الاشخاص الذين يعيشون حياة عملياتية مقترنة بحسن التعقيل. ولكن هذا التعقيل يكون غاية في التجريد ولا يأخذ البعد الثالث بعين الاعتبار، وفي سبيل ايضاح هذه المبادئ والافكار يسرنا ايراد هذا المثال من تجربتنا الخاصة. وهذه الحالة هي حالة المريضة الهنغارية (اندريا) التي عرضناها في مؤتمر الـ Somatotherapie ـ باريس العام ١٩٨٨، وقد رسمت المريضة الوقت على النحو التالي:

وهذه المريضة تبلغ الحادية والعشرين وتشكو من: حول خلقي، امساك مزمن، تعرضت لعدة جراحات ويشك بامكانية تعرضها للاصابة بالسرطان.

ونحن اذ نحلل هذا الرسم انطلاقا من النظرية الاسقاطية لسامي علي فاننا نجد رابطا بين نقص القدرة الاسقاطية التي نلاحظها في الرسم (لم تستطع المريضة ان تناسب حجم الرسم مما اضطرها الى استعمال السهم ومساحة جديدة تعادل السطر الثاني) وبين اصبتها بحول في عينيها. ومن ثم فان هنالك رابطا بين غياب البعد الثالث عن الرسم وبين شكاويها الجسدية. وهذه النواقص الاسقاطية تعكس تثبيت سيكوسوماتية. من شأنها ان تطرح علينا اشكالية الزمان ـ المكان وادراك المريض لها من خلال ادراكه لجسده.

وبمعنى آخر فان هذه النواقص تعكس نقصا في ادراك المريضة لجسدها. ومن هنا نجاح طريقة «العلاج النفسي بالحركة» Mouvement Therapie انظر شريط الفيديو المعروض في المؤتمر الدولي للعلاج النفسي ـ لجسدي، باريس ١٩٨٨، نابلسي، ريشكو، التوماري» (Risko. A. Altomare. Naboulsi. M).

واذ كنا في مجال الحديث عن تطبيق اختبار رسم الوقت في مجال السيكوسوماتيك فانه من الضروري التذكير بتصنيف المدرسة الباريسية للامراض السيكوسوماتية.

التصنيف السيكوسوماتي:

يحتوي هذا التصنيف على عاملين اساسيين:

١ ـ التصنيف الطبي ـ الجسدي و التقليدي.

٢ ـ والتصنيف النفسي ـ الجسدي او السيكوسوماتي. ويعتمد هذا الاخير على العوامل الآتية:

أ ـ البنية الاساسية: وتتيح استخراج دلالة واحدة لكل مريض. ويمكنها ان تكون:

ـ عصاب تقليدي (عقلي).

ـ عصاب طبائعي.

ـ عصاب سلوكي.

ـ غيرها.

ب ـ الخصائص الاعتيادية المهيمنة.

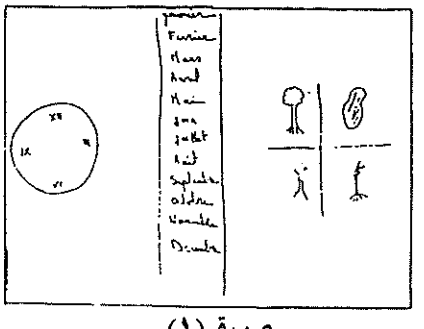
ج ـ الخصائص الحالية المهيمنة.

د ـ تغيرات الطبع والسلوك عقب العلاج النفسي.

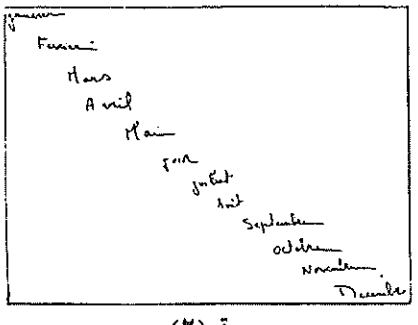
٤ ـ مثال تطبيقي:

قبل ان نعرض اقتراحنا لاستخراج النتائج السيكوسوماتية لاختبار الوقت نود ان نعطي مثالا تطبيقيا متمثلا برسمين للمريضة هاياناكا تمثل فيهما الوقت.

تبلغ هذه المريضة التاسعة عشرة من عمرها وتعاني من التهاب الامعاء التقرحي او مرض كرون. وقد رسمت الصورة الاولى قبل بدء العلاج النفسي والصورة الثانية بعد شهرين من العلاج النفسي بالحركة.



صورة (١)



صورة (٢)

لنستعرض الآن الصورة الاولى ونتناولها بالتحليل، الا يعكس هذا التمثل للوقت تفكيراً عملياتيا، جامداً قياسياً، دورياً، تكرارياً، ونكوصياً؟ ان هذه الصفات واضحة جلية في هذه الصورة.

اما الصورة الثانية فهي تعكس تحسناً واضحاً للتوازن النفسي ـ الجسدي، وبالتالي فهي تعكس تحسناً واضحاً في تنظيم جهاز ما قبل الوعي. جدير بالاشارة هنا الى ان العلاج النفسي قد ادى الى تحسن الحياة الحلمية للمريضة بحيث بدأت احلامها بالظهور. ولنعد الى الصورة فنلاحظ انها تعكس

تطوراً ملحوظاً في تحسن القدرة الاسقاطية للمريضة بما في قدرة مريضتنا على التمثل والتجريد (دليل تحسن ما قبل الوعي). وعليه فان هذه الصورة دليل على تحسن قدرة العقل لدى المريضة وارتفاعه الى مستوى ارقى.

وجدير بالذكر بان هذه التطورات النفسية قد ترافقت بتحسن ملحوظ في الحالة الجسدية للمريضة.

يبقى علينا مناقشة ناحية مهمة وهي تلك المتعلقة بـ عقدة الخصاء. اذ نلاحظ ان مريضتنا قد رسمت الساعة بدون عقارب. وهنا تحضرنا ملاحظة من ملاحظات مرتي: «يجب الا يهيج اللاوعي حتى نمنع تردي المريض في اختلال تنظيمي ـ بسيكوسوماتي من جديد». وهكذا فان تفسير غياب العقاري على انه رمز للخصاء هو تسرع في غير مكانه ولا يقوم به الفاحص الخبير بلاقتصاد البسيكوسوماتي. فلدى تعمقنا في دراسة هذه الحالة نجد ان غياب العقارب ليس لا اعرابا واضحا عن فكرة عملياتية متمحورة حول التركيز البالغ على الزمن الحاضر. وهذا ما بدا واضحا جليا من خلال الصورة الاولى. وهذه الصورة وبالرغم من التحسن الواضح بالمقارنة مع سابقتها الا انها لا تزال تعكس تفكيرا عملياتيا جامدا وقاسيا. فالماضي هو حاضر مضى والمستقبل مليء بالغموض والاحباط

قواعد استخدام رسم الوقت وتحليله:

ان تجربتنا في استخدام اختبار رسم الوقت في ميدان السيكوسوماتيك تقودنا لتقنينه وتحليله وفق الاصول التالية:

أ ـ طريقة التمثل:

١ ـ دورية (يتمثل الوقت بالفصول، الروزنامة،... الخ).

٢ ـ عدم قابلية الوقت للتراجع (الدورة الحيوية للانسان، النبات... الخ).

٣ ـ التقسيم البنيوي للوقت (التقسيم الواضح ماضي، حاضر، مستقبل).

٤ ـ رسم البعد الثالث.

٥ ـ ذوبان عناصر الوقت في رؤية موحدة.

٦ ـ وجهة نظر فلسفية ـ نفسية تربط بين الوقت والحياة.

٧ ـ هيمنة التفكير بالماضي (الاستعداد للنكوص).

٨ ـ هيمنة التفكير بالحاضر (حياة عملياتية).

٩ ـ هيمنة التفكير بالمستقبل (الاستعداد للتماهي).

ب ـ عوامل من نوع القسوة النفسية:

١ ـ رسم يعتمد على عناصر مشتركة (الساعة، الطبيعة، الروزنامة، التاريخ... الخ).

٢ ـ الرسم المعتمد على الاشياء.

٣ ـ الشروحات الكتابية.

٤ ـ التمثل المستند الى الكتابة.

٥ ـ استعمال الارقام.

٦ ـ التعبيرات الفكرية ـ الذهنية.

٧ ـ الاقتصاد في الاعراب عن العواطف.

٩ ـ فقر عناصر اللوحة الممثلة للوقت.

ج ـ عوامل من نوع عدم الثبات النفسي:

١ ـ رسم مبتكر غني بالعناصر والتمثلات.

٢ ـ تماهيات مرنة ومتعددة.

٣ ـ تعابير عاطفية مكتوبة.

٤ ـ هرب الى الامام (رفض الخضوع للاختبار بحيث يكثر المفحوص من طرح الاسئلة والاستفسارات او يرسم تصوراً للوقت تهيمن عليه السذاجة، اللامبالاة، التردد، الاهمل... الخ).

٥ ـ الحس الدرامي.

٦ ـ تمثلات وتعليقات انفعالية متناقضة.

٧ ـ رغبات وشروحات متعارضة.

٨ ـ علائم نرجيسية (افكار متمحورة حول الانا، التركيز على جمالية الرسم... الخ).

٩ ـ التشديد على العلاقات بين البشر.

١٠ ـ علائم القلق.

١١ ـ وجود افكار الخوف وبخاصة الخوف من الموت.

د ـ عوامل من نوع الاعاقة النفسية:

١ ـ استغراق وقت طويل لاتمام الرسم.

٢ ـ توقف ملحوظ اثناء الرسم.

٣ ـ الميل العام للاختصار.

٤ ـ فقر الشروحات الكلامية حول فكرة الرسم.

٥ ـ سذاجة الرسم دون وجود رغبة في رفض الاختيار.

٦ ـ الميل لرفض الاختبار، ورفضه.

٧ ـ التعلق بالرموز المعبرة عن الوقت.

٨ ـ التعلق بتفاصيل الحياة اليومية (العملياتية).

٩ ـ ظهور دلالات ذات طابع قلق او انهياري في الرسم او في الشرح الكلامي.

هـ ـ ردود فعل على الصعيد السلوكي:

١ ـ سخرية، لامبالاة استهزاء... الخ.

٢ ـ طلبات موجهة للفاحص.

٣ ـ اضطرابات حركية (نلاحظها خاصة من خلال رسم الخطوط المستقيمة حيث يمنع الاضطراب الحركي استقامة هذه الخطوط).

و ـ تبدي العمليات الاولية[٣]:

١ ـ التجريد والتركيز المحكمان.

٢ ـ الاستعراضات الحسية (خصة التعبير الكلامي عنها).

٣ ـ عدم توافق الرسم مع فكرة الوقت (اعتبارات ورموز ما ورائية سياسية، فلسفية، فلسفية ـ تهويلية، الخ خارجة عن نطاق التعبير عن الوقت).

٤ ـ التعابير الفظة المرتبطة بافكار جنسية او عدائية.

٥ ـ تمثلات لموضوع السيء.

٦ ـ الغموض، عدم الدقة، الرسم غير الواضح.

٧ ـ الاعراب عن العواطف (خوف من المرض، من الموت، الشعور بالضآلة، الندم، الشعور بالظلم، النقلة... الخ).

٨ ـ الربط العشوائي، غير المنظم، بين رموز الوقت.

٩ ـ نقص لتربط المنطقي بين العناصر المؤلفة للرسم.

---

(١) ورقة مقدمة الى المؤتمر الدولي لامراضية التعبير ـ بودابست/ المجر، اوكتوبر ـ ١٩٩٥.

(٢) ان رسم الوقت يعني تحويل مبدأ الزمان ومفهومه الى شكل مكاني. وهكذا فان هذا الاختيار صالح لتبين الصعوبات الاسقاطية وتمثلات المكان لدى المفحوص.

(٣) العلميات الاولية هي التفكيرات التي لا تأخذ بعين الاعتبار مبادئ الواقع والمنطق. وذلك على عكس العمليات الثانوية.

٨ ـ اختبار تحري العوارض النفسية ـ الجسدية الناجمة عن الشدة*

في اجواء الحرب تزداد نسبة الاضطراب النفسي، المتظاهر على الصعيد الجسدي، زيادة كبيرة. ويهدف هذا الاختبار الى تحديد نوعية هذه التظاهرات.

١ ـ هل تعاني من اضطراب النوم؟ (حدد).....

٢ ـ هل تعاني من ازعاجات قلبية ـ وعائية؟ (ما هي).....

٣ ـ هل تعاني من صعوبات تنفسية؟ (حدد).....

٤ ـ هل تعاني من اضطرابات هضمية؟ (حدد).....

٥ ـ هل تعاني من اضطرابات بولية ـ تناسلية؟ (حدد).....

٦ ـ هل تعاني متاعباً في مفاصلك؟ (حدد).....

٧ ـ هل تعاني من الصدع؟ (حدد).....

٨ ـ هل تعاني من الصداع؟ (حدد).....

٩ ـ هل تعاني من القلق؟ حدد.....

١٠ ـ هل يتبدى عليك الخوف في مواقف معينة؟ (حدد).....

١١ ـ هل تعاني من الارهاق؟ حدد.....

١٢ ـ هل تخوض حاليا صراعات؟ (من اي نوع).....

١٣ ـ هل تعاني من اضطراب الذاكرة؟ (حدد).....

١٤ ـ هل تجد نفسك ميالاً للبكاء لاتفه الاسباب؟ (حدد).....

١٥ ـ هل تشعر احياناً بالضعف والوهن؟.....

١٦ ـ هل تمر بفترات تفقد خلالها شهيتك للحياة؟.....

١٧ ـ هل تمر بفترات من البلادة؟.....

١٨ ـ هل تعتقد ان مردود عملك هو اقل من الجهود التي تبذلها؟.....

١٩ ـ هل تشعر احياناً ان الحياة غير جديرة بان تعاش؟.....

٢٠ ـ تخصص هذه الفقرة للفاحص كي يحدد ملاحظته ويصف سلوك المريض اثناء اجراء الاختبار واثناء المقابلة التي تليه (وفيها يعمل الفاحص على ايضاح الاجوبة التي يراها قابلة للنقاش).

.....

.....

(*) Questionnaire des Syptomes Psychosomatiques, Naboulsi, M: les Sequelles Psychiques et Psychosomatiques de la guerre Libanaise.

٩ ـ اختبار الانهيار (الاكتئاب) المقنع

لتشخيص الانهيار المقنع فاننا نعتمد على اختبار Kielholz المؤلف من الاسئلة التالية:

١ ـ هل لديك انطباع بانك لم تعد قادراً على التمتع باشياء صغيرة كانت ولفترة بسيطة مصدراً لسعادتك؟.

٢ ـ هل تشعر انك بحاجة للحظ وللمساعدة الالهية كي تعود لك سعادتك السابقة؟

٣ ـ هل تعتقد ان مردود عملك هو اقل من الجهود التي تبذلها ومن الآمال التي تعلقها عليه؟.

٤ ـ هل تشعر ان العوامل المحيطة بك تعيقك عن اتخاذ القرار؟

٥ ـ هل تعاني من القلق؟

٦ ـ هل تعاني من الارق؟

٧ ـ هل انت غير راض عن حياتك الجنسية؟.

٨ ـ هل ينتابك شعور بانك لا تصلح لشيء؟.

٩ ـ هل تعاني احياناً اضطرابات هضمية او آلام؟.

١٠ ـ هل تشعر احياناً بخفقان القلب؟.

وهذه الاسئلة يجب الا توجه مباشرة للمريض بل يجب على المعالج ان يجد الجواب عليها من خلال مقابلاته مع المريض دون توجيه هذه الاسئلة بطريقة مباشرة.

٣ - الاضطرابات النّفسجنسيّة

" مقاربة تصنيفيّة حديثة "

أ.د. كلود كريبولت

مؤسّس و رئيس الجمعيّة الدّولية للتّحليل الجنسي

البريد الإلكتروني : E.mail : sexoanalyse@videotron.ca

ترجمة : د. جمال التركي

عضو الجمعيّة الدّوليّة للتّحليل الجنسي

عضو لجنة الصّحّة النّفسيّة للمرأة بالجمعيّة العالميّة للطّب النّفسي

البريد الإلكتروني : E.mail : turky.jamel@gnet.tn

الملخّص :

في هذا البحث يعرض الأستاذ كلود كريبولت مؤسّس مدرسة التّحليل الجنسي (التّحليلجنسي la sexoanalyse) :التّصنيف الحديث للاضطرابات النّفسجنسيّة متمثّلا في الاضطرابات الجنسويّة ، الاضطرابات الجنسيّة ، الاضطرابات الشّبقيّة مضاف إليهما أنماطا حديثة تتعلّق بالاضطرابات البيجنسيّة و اضطرابات الحياة العاطفيّة. ذلك أن إدراج هذه الأنماط في هذا التّصنيف يهدف إلى التّوصّل إلى تحديد دقيق لمختلف التّشخيصات الفارقة في علمجنس السّريري .

الكلمات الأساسيّة : *الاضطرابات الجنسويّة، الجنوسيّة، الجنسيّة الغيريّة الكاذبة ، الجناس، الخلل البيجنسي، رهاب المغاير، الإدمان الجنسي.*

Résumé : *Une classification des troubles psychosexuels*

Dans cet article, l'auteur propose une classification des troubles psychosexuels. Aux différentes anomalies de la **genralité** et de la **fonction érotique** viennent s'ajouter les **dysphories intersexuelles** et les **désordres de la vie amoureuse.** De nouvelles catégories nosographiques sont suggérées afin de raffiner le diagnostic différentiel en sexologie clinique.

Mots clés : ***Troubles de la genralité – Homosexualité et pseudo-hétérosexualité – Sexoses – Dysphories intersexuelles – Hétérophobie – Intoxications sexuelles.***

Sommary : *Classification of psychosexual disorders* :

In this article, the author suggests a classification of psychosexual disorders. **Interseuxal dysphorias** and **love life disorders** are also included with various **anomalies of genderality** and of **the erotic function.** New nosographic categories are suggested to improve differential diagnosis in clinical sexology.

Key words: ***Gender disorders – Homosexuality and pseudo-heterosexuality – Sexosis – Intersexual dysphoria – Heterophobia – Sexual addiction.***

جدول تصنيف الاضطرابات النّفسجنسيّة
Tableau de classification des troubles psychosexuels

I-Troubles de la genralité

1 -Transsexualisme

1.1- Transsexualisme primaire

1.2- Transsexualisme secondaire

2 -Travestisme anérogène (non fétichiste)

3 -Gynémimétisme

4 -Andromimétisme

5 -Hypomasculinité

6 -Hypoféminité

7 -Transgenrophobie

II-Troubles de la sexualité

1. Désordres de l'orientation sexuelle

1.1 - Homosexualité

Exclusive / prédominante / résiduelle

Fantasmatique / agie

Egodystonique / égosyntonique

1.2 - Pseudo-hétérosexualité

1.3 - Transhomophobie

2. Erotisations atypiques (paraphilies)

Fantasmatique / agie,

Habituelle / occasionnelle

Monomorphe / polymorphe,

Egodystonique / égosyntonique

Délictuelle / non-Délictuelle

2.1 - Fétichisme

2.2 -Travestisme érogène (*fétichiste*)

2.3 -Exhibitionnisme

2.4 -Pédophilie

ا- الاضطرابات الجنسويّة

١. التحوّلية الجنسيّة

١.١ التحوّلية الجنسيّة الأوّليّة

١,٢ التحوّلية الجنسيّة الثّانويّة

٢. التزيّي اللاّشبقي (اللاّأثري)

٣. التشبّهيّة الأنثويّة

٤. التشبّهيّة الذّكوريّة

٥. عوز الذّكورة

٦. عوز الأنوثة

٧. رهاب التحوّل الجنسوي

II-الاضطرابات الجنسيّة

١ . اضطرابات الميول الجنسيّة

١.١ الجنوسيّة (الجنسيّة المثليّة)

مطلقة/مسيطرة/متبقّية،

هوامية/ فاعلة،

متوافقة مع الذّات / متنافرة مع الذّات

١,٢ - الجنسيّة الغيريّة الكاذبة

١,٣ - رهاب التحوّل الجنوسي

٢. الشّبقيّات اللاّنموذجيّة

هوامّية/فاعلة،

مسترسلة/ظرفيّة،

أحاديّة الشّكل/متعدّدة الأشكال ،

متنافرة مع الذّات/متوافقة مع الذّات ،

جنحيّة/لا جنحيّة

٢,١ - الأثريّة

٢.٢ - التزيّي الشّبقي (الأثري)

٢,٣ - الاستعرائيّة الشّبقيّة

٢,٤ - شبقيّة الطّفل

2.5 –Voyeurisme	٢,٥ – شبقيّة التلصّص
2.6 –Zoophilie	٢,٦ – شبقيّة الحيوان
2.7 –Inceste	٢,٧ – شبقيّة المحارم
2.8 – Frotteurisme	٢,٨ – شبقيّة الاحتكاك
2.9 –Analisme	٢,٩ – شبقيّة شرجيّة
2.10 –Contrainte sexuelle	٢,١٠ – شبقيّة المضايقة الجنسيّة
2.11 –Masochisme sexuel	٢,١١ – المازوشية الجنسيّة
2.12– Autres Erotisations atypiques	٢,١٢ – اضطرابات شبقيّة لا نموذجيّة أخرى
3. Erotisations perverses	٣. الشّبقيّات المنحرفة
3.1 Sadisme sexuel et ses dérivés	٣,١ – السّادية الجنسيّة و مشتقّاتها
4.Erotisation antifusionnelle prépondérante	٤. الشّبقيّة اللاّالتحاميّة السّائدة
5.Intoxications sexuelles	٥. الإدمانات الجنسيّة
5.1 Obsession sexuelle	٥,١ الوسوسة الجنسيّة
5.2 Hypersexualisation hyposélective *nymphomanie / satyriasis*	٥,٢ فرط الجنسيّة اللاّإنتقائي *هوس الشّبق الأنثوي/ هوس الشّبق الذّكوري*
5.3 –Masturbation compulsive	٥,٣ الاستمناء القسري (الاستحواذي)
5.4 –Séduction sexuelle incoercible	٥,٤ الإغراء الجنسي اللاّمنحبس
6. Sexoses (névroses sexuelles) *Sexoses primaire / Sexoses secondaire*	٦. الجناسات (العصابات الجنسيّة) *الجناسات الأوّليّة / الجناسات الثّانويّة*
6.1Troubles du désir sexuel	٦,١ اضطرابات الرّغبة الجنسيّة
6.1.1Aversion sexuelle *Phobique / non phobique*	٦,١,١ النّفور الجنسي *رهابي/ لارهابي*
6.1.2Manque de désir sexuel	٦,١,٢ ضحالة الرّغبة الجنسيّة
6.2 Imaginaire érotique hypo-actif	٦,٢ ضحالة المخيّال الشّبقي
6.3 Troubles de l'excitation sexuelle *Généralisé – relationnel – sélectif.*	٦,٣ اضطراب الاستثارة الجنسيّة *العمّم، العلائقي، الانتقائي*
6.3.1 Frigidité	٦,٣,١ البرود الجنسي الأنثوي
6.3.2 Impuissance érectile	٦,٣,٢ عجز الانتصاب النّفساني
6.3.3 Pseudo-excitation sexuelle.	٦,٣,٣ الاستثارة الجنسيّة الكاذبة
6.4 Troubles orgastiques	٦,٤ الاضطرابات الايغافيّة (الإنعاضيّة)

Généralisé – relationnel – sélectif	*المعمّمة – العلائقيّة – الانتقائيّة*
6.4.1 Anorgasmie	٦,٤,١ اللاّإيغافيّة
6.4.2 Pseudo-orgasmie	٦,٤,٢ الإيغافيّة الكاذبة
6.4.3 Dysorgasmie	٦,٤,٣ خلل الإيغافيّة
orgasme retardé / orgasme prématuré	*الإيغاف المتأخّر / الإيغاف الباسر*
6.5 Sexoses coïtales	٦,٥ الجناسات الإيلاجيّة
6.5.1. Hypo-érotisme coïtal	٦,٥,١ عوز الشّبقيّة الإيلاجيّة
6.5.2. Vaginisme.	٦,٥,٢ التّشنّج المهبلي
6.5.3. Impuissance coïtale.	٦,٥,٣ العجز الإيلاجي
6.5.4. Anorgasmie coïtale.	٦،٥،٤ اللاّشبقيّة الإيلاجيّة
6.5.5. Dysorgasmie coïtale.	٦,٥,٥ خلل الشّبقيّة الإيلاجيّة
orgasme prématuré / orgasme retardé	*الشّبق الباسر/ الشّبق المتأخّر*
6.5.6 Coïtalgie psychogène..	٦,٥,٦ ألم الإيلاج النّفساني
III – Dysphories intersexuelles	III الاضطرابات البيجنسيّة
1. Hétérophobie.	١. الرّهاب الغيري
1.1 Hétérophobie affective .	١,٢ الرّهاب الغيري العاطفي
1.2 Hétérophobie génitale .	١,٢ الرّهاب الغيري التّناسلي
2. Misogynie / misoandrie .	٢. بغض النّساء / بغض الرّجال
IV – Désordres de la vie amoureuse	IV اضطرابات الحياة العاطفيّة
1.Inaptitude à l'investissement amoureux	١. عجز التّوظيف العشقي
2.Elations amoureuses à répétition	٢ . الزّهو العشقي المتكرّر
(addiction amoureuse)	*(الإدمان العشقي)*
3.Erotomanie(*Syndrome de Clérambault)*	٣ . هوس العشق (*تلازم كليرمبولت*)
4.Jalousie sexuelle morbide.	٤ . الغيرة الجنسيّة المرضيّة

إن مفهوم الاضطراب النّفسجنسي في التّصنيف الحديث لعلم الجنس السّريري " Sexologie clinique "يشمل مختلف الانحرافات الجنسيّة و الجنسويّة كما يشمل أيضا اضطرابات العلاقة مع الجنس الآخر(خلل التّواصل البيجنسي) و اضطرابات الحياة العاطفيّة متمثّلة في عجز التّوظيف العشقي ، الإدمان الجنسي و هذيان الغيرة.

١- الاضطـرابـات الجنسـويـــّـة

١. التّحوّلية الجنسيّة : "Le transsexualisme"

تمثّل التّحوّلية الجنسيّة "transsexualisme" الاضطراب الجنسوي الأكثر حسامة من حيث أنّه يحدث شـــرخا عميقا و أساسيّا بين النّفس و الجسد ، إن المتحوّل الجنسي "le transsexuel "يتملّكه إحساس دائم و قناعة راسخة (غير هذيانيّة) بانتمائه إلى الجنس المخالف دون وجود أيّ اضطرابات خلقيّة تكوينيّة، بذلك تكون هويّته الجنســويّة (هويّة انتمائه الجنسي) في تناقض صارخ مع جنسه الحيوي (البيولوجي) ، و تصبح أغلى أمنياته و رغباته تحقيـــق التّواصل و التّوافق مع حقيقة مشاعره الغيريّة بالقيام بعمليّة التّحوّل المظهري الجسدي (جراحيّا).

يكون عدم التّوافق الجنسوي تامّا و شاملا في حالات التّحوّليّة الجنسيّة إلى حدّ النّفور من حقيقة الجنـــس الحيوي (البيولوجي) ومن شكل الجسد الظّاهري مع سيطرة رغبة استحواذيّة ملحّة لمشاركة الجنـــس المخـــالف حقيقة جنسه.

١.١ التّحوّليّة الجنسيّة الأوّليّة:" Transsexualisme primaire "

تكون التّحوّليّة الجنسيّة أوّلية عندما تعود نشأة الصّراع بين الانتماء الجنـــسي الحيوي و الانتمـــاء الجنســـي النّفسي إلى الطّفولة الأولى.

١,٢ التّحوّليّة الجنسيّة الثّانويّة :" Transsexualisme secondaire "

في مرحلة أولى يمرّ الشّخص بفترة تجاذب للهويّة الجنسويّة تضـــاف إليها في مرحلة ثانية رغبة ملحّـــة في التّحوّل الجنسي و تغيير الجسد إلى شكل الجنس المخالف ، تستحوذ هذه الرّغبة على تفكير الشّخص فتتملّك كـلّ مجال وعيه و إدراكه ، مشكّلة حالة وسواسيّة استحواذيّة مع ما يصحبها من معانات وجدانيّة و ألم نفسي.

٢. التّزيّي اللاّشبقي (اللاّأثري) :Travestisme anérogène (non fétichiste)

إذا كان التّماهي مع الجنس الآخر تامّا و نهائيّا في حالات التّحوّليّة الجنسيّة فهو جزئيّا في الاضطرابات الجنســويّة الأخرى المتميّزة بتقليد الجنس الآخر بنسب متفاوتة، قد يشمل هذا التّقليد أحيانا الهيئة و المظهر و أحيانا أخـــرى السّلوكات و التّصرّفات، دون رغبة حقيقيّة و قصد صريح في تغيّر الهيئته الجسديّة إلى الجنس المخـــالف . شـــأن حالات التّزيّي اللاّشبقي (اللاّأثري) حيث يتعمّد الشّخص (غالبا من جنس الذّكور) إخفاء أعضائه التّناســليّة وتمويه صفاته الجنسيّة الثّانويّة و التّزيّي بلباس الجنس المخالف لتحقيق رغبة ذاتيّة، فالمتزيّي اللاّأثـــري لا يكتفـــي باللّباس المغاير و استعمال أدوات التّجميل النّسائيّة ، إنّما يحاول تقليد المرأة في حركاتها، في تعبير وجهها، في طريقـة مشيها و في نغمات صوتها.

في بعض حالات التّزيّي اللاّشبقي قد نجد نزعة (معلنة أحيانا و مخفيّة أخرى) في محاكاة الجنـــس المخـــالف سواء في الملبس أو المظهر الجسماني أو التّعبير الجسدي دون رغبة في التّحوّل الجنســـي "Conversion sexuelle" .كما نلاحظ أحيانا أنّ بعض حالات التّزيّي " travestisme " قد تتحوّل إلى التّحوّلية الجنســـيّة الثّانويّـــة " transsexualisme secondaire " على إثر ارتكاسات اكتئابيّة .

في حالات التّزيّي الأثري "travestisme fétichiste " (من أنماط الشّبقيّات اللاّنموذجيّة) يكون التّذكّر و التّزيّي بلباس الجنس المخالف أكثر فجاجة إلى درجة المظهر الكاريكاتوري أحيانا.

٣ – ٤ التّشبّهيّة الذّكوريّة / التّشبّهيّة الأنثويّة : " Andromimétisme/Gynécomimétisme "

قد يأتي بعض الأشخاص تصرّفات و سلوكات تنتمي للجنس المخالف دون رغبة للتّزيّي ، شأن "الرّجل المتخنّث" " homme efféminé "بالنّسبة للذّكور و المرأة المسترجلة "femme masculine " بالنّسبة للإناث. إنّ مصطلح التّشبّهيّة الأنثويّة (تقليد المرأة للرّجل) و التّشبّهيّة الذّكوريّة (تقليد الرّجل للمرأة) أصبح أكثر دقّة و أقل ارتباكا، ولا نقصد بهذا تبادل الأدوار بين الجنسين (أصبح شائعا في المجتمعات الحديثة لتداخل الوظائف الخاصّة بكلّ جنس فيما بينها) الذي لا يعتبر في حدّ ذاته معيارا صادقا لتقييم نسبة التّشبّه بالجنس الآخر.

إن محاكاة التّعبير الجسدي للجنس الآخر تعدّ أفضل المؤشّرات الدالّة على الاضطراب الجنسوي. كما أنّ نزعة التّشبّه بالجنس الآخر بوسائل أخرى (خلاف التّزيّي) يمكن إدراجها ضمن اضطرابات التّشبّهيّة سواء عندما تكون مبالغة في الشّدّة أو عندما تكون شكلا من أشكال الدّفاع النّفسي تجاه إحساس عدم الموائمة مع حقيقة الجنس الحيوي.

٥ – ٦ عوز الذّكورة / عوز الأنوثة : « hypomasculinité / hypoféminininité»

يمكن أن نستشفّ وجود اضطرابا خفيّا يتعلّق بهويّة الانتماء الجنسوي عندما نلاحظ نسبة معيّنة في محاكاة الجنس الآخر على مستوى التّعبير الجسدي وهذا ما نعبّر عنه بـ" بعوز الجنسويّة"، الذي قد يتّسم به أشخاصا ليست لديهم أيّ رغبة في التّشبّه بالجنس الآخر، من أبرز مظاهر عوز الجنسويّة : عوز الذّكورة " hypomasculinité " بالنّسبة للرّجل و عوز الأنوثة "hypoféminininité "بالنّسبة للمرأة.

إن الرّجل الذي يعاني من عوز الذّكورة يتملّكه إحساس مفاده أنّه ليس مكتمل الرّجولة و ليس بإمكانه تحمّل تبعات و متطلّبات الرّجولة الذّكورية، كما يعجز في التّعبير عن العدوانيّة القضيبيّة الذّكوريّة " Agressivité phallique masculine " ، شأن المرأة المنخفضة الأنوثة التي تكون عادة في وضعيّة حرجة عندما تجابه الأدوار المتعلّقة بجنسها ،خاصّة عندما يتعلّق الأمر بوظيفة الأمومة وبمرغوبيّتها الجنسيّة.

٧– رهاب التّحوّل الجنسوي "Transgenrophobie "

إنّ رغبة التّشبّه بالجنس الآخر" Andromimétisme / Gynécomimétisme " يقابلها خوف فقد الخصائص الجنسويّة و التّحوّل إلى الجنس المخالف ، متمثّلة أساسا في رهاب التّحوّل الجنسوي "Transgenrophobie " ، الذي يعبّر عن خشية فقد الهويّة الجنسويّة و أن يكون الشّخص مجبرا لمشاركة الجنس المخالف تصرّفاته و سلوكاته ، إن الخوف المفرط من فقد الخصائص الجنسويّة يعدّ أكثر مشاهدة عند الذّكور منه عند الإناث.

تأخذ الجنسويّة مظهرا مرضيّا عندما تسيطر الصّفات المشتركة مع الجنس المخالف بصفة كلّية على الإنسان، شأن التّحوّليّة الجنسيّة ، التّزيّي اللاّشبقي ، التّشبّهيّة الأنثويّة/ التّشبّهيّة الذّكوريّة أو عندما ينخفض مستوي الإحساس بالانتماء إلى نفس الجنس شأن عوز الذّكورة/عوز الأنوثة.

يكون تشخيص التّشبّهيّة الأنثويّة / التّشبّهيّة الذّكوريّة محتملا عندما تقتصر محاكاة الجنس الآخر على التّعبير الجسدي وعلي تقليد بعض السّلوكات و الأدوار.

إن عوز الجنسويّة المصحوب بميول محاكاة الجنس الآخر يلاحظ بصفة دائمة وبدرجات متفاوتة في حالات التّحوّليّة الجنسيّة ، التّزيّي اللاّشبقي، التّشبّهيّة الذّكوريّة / الأنثويّة . أمّا بالنّسبة لحالات عوز الذّكورة / عوز الأنوثة فإنّه لا يصاحبها رغبة محاكاة الجنس الآخر. في حين أنّ رهاب التّحوّل الجنسوي المتميّز بخشية فقد الخصائص الجنسويّة و التّحوّل إلى الجنس الآخر فهو لا يعدو أن يكون مجرّد عرض سطحي يخفي هشاشة الهويّة الجنسويّة (ممثّلا النّوع المتبقّي في هذا التّصنيف).

II-الاضطرابات الجنسيّة :

إنّ جلّ تصنيفات الاضطرابات النّفسجنسيّة تحوي في ذاتها مفهوم السّواء، و بقدر ما تعتمد هذه السّوائيّة على الأخلاقيّات و القيم أو على السّواء الحيوي (البيولوجي) "normalité biologique " بقدر ما تكون حدودها واضحة بيّنة ، خلافا لهذا فإنّنا بقدر ما نبتعد من الحيوي و الثّقافي بقدر ما تتوسّع حدود السّوائيّة "La normalité" إلى درجة تداخل مع اللاّسوائيّة " L' anormalité " . و في هذا الإطار نستحضر المفهوم الضيّق للسّوائيّة الجنسيّة لكلّ من كرافت إبينغ (Krafft. Ebing/1882) و رناي قيون (René- Gayon/1948) ففي حين يختزل أن الأوّل السّوائيّة في العلاقة الإيلاجية "Relation coïtale" نجد الثّاني يدافع عن الممارسات الجنسيّة الشّرعيّة و يحصر الشّذوذ (اللاّسوائيّة الجنسيّة) في الممارسات المنافية للحياء، و يبيّن هذا و ذاك نجد موقف وسط يعتمد "المعايير التّشأويّة" "critères ontogénétique" لتحديد مفهوم السّوائيّة .

إن الأخذ بعين الاعتبار القيم و الثّوابت المتداولة داخل المجتمعات يدعوا أحيانا إلى تعريف اللاّمتعارف "la non conformité" على أنّه اللاّسوي " l'anormalité ".و هذا ما دفعني إلى أن أصنّف ضمن حالات اللاّسوائيّة الجنسيّة : اضطرابات الميول الجنسيّة " Trouble de l'orientation sexuelle "إضافة إلى الشّبقيّات اللاّنموذجيّة "Erotisations atypiques"، الشّبقيّات الشّاذّة (المنحرفة) "érotisations perverses" ، عدم استدماج الشّبقيّة الإلتحامية أو الشّبقيّة اللاّالتحاميّة السّائدة " Erotisation antifusionnelle prépondérante "، الإدمانات الجنسيّة "les addictions sexuelles" و الجناسات (العصابات الجنسيّة) " Les sexoses".

١ . اضطرابات الميول الجنسيّة : Trouble de l'orientation sexuelle

تتمثّل اضطرابات الميول الجنسيّة في : الجنوسيّة (الجنسيّة المثليّة) " Homosexualité"، الجنسيّة الغيريّة الكاذبة

"Pseudo-hétérosexualité " ورهاب التّحوّل الجنوسي "Transhomophobie "

١.١ الجنوسيّة (الجنسيّة المثليّة) "l'homosexualité "

رغم حذف الجنوسيّة كاضطراب جنسي من التّصنيفات الحديثة للاضطرابات النّفسجنسيّة إلا أنّني اعتبرها "اضطرابا و تندرج ضمن دائرة اللاّسوائيّة الجنسيّة عندما تكون متنافرة مع الذّات " Egodystonique " لكونها تشكّل إحدى مظاهر القطيعة في سيرورة " التّفرّديّة الجنسيّة ".

إنّ الجنوسيّة يمكنها أن تكون مطلقة ، مسيطرة أو متبقّية ، هواميّة أو/ و فاعلة ، متنافرة مع الذّات " Egodystonique" أو متوافقة مع الذّات " Egosyntonique ".

١,٢ الجنسيّة الغيريّة الكاذبة : « Pseudo- hétérosexualité»

تكون الممارسات الجنسيّة في حالات الجنسيّة الغيريّة الكاذبة فاقدة لقيمتها الشّبقيّة و التّهيّج الجنسي لا يعدوا أن يكون مجرّد استثارة فسلجيّة خالصة « Excitation physiologique pure » ناتجة عن إثارة حيويّة (بيولوجيّة) ، قد تكون مدعومة أحيانا بهوامات جنوسيّة "Fantasmes homosexuels" و أحيانا أخرى بمنعكسات عصبيّة آليّة بحتة. إنّ مثل هذا السّلوك قد نجده عند الجنوسي المتنافر مع ذاته الذي يسعى إلى طمس جنوسيّته من خلال تكوين جنسيّة غيريّة سطحيّة (ظاهريّة) " hétérosexualité de surface " . في هذا السّياق أعرض حالة أحد الجنوسيّين (تسيطر عليه هوامات و أحلام جنوسيّة بحتة) كان قد تزوّج على أمل التّخلّص من نزعة انجذابه الجنوسي ، يصف استثاراته الجنسيّة و استجاباته الفسلجيّة على أنها مجرّد منعكسات آليّة لامتعيّة لاشبقيّة " Réflexes mécanique anorgasmique anahedonique "خالية من اللّذّة فاقدة لأيّ دعم هوامي جنسي غيري رغم أنّه يتوصّل بيسر إلى إحداث الانتصاب و دفق المني علاقته الجنسيّة .

يعتبر تشخيص الجنسيّة الغيريّة الكاذبة يسيرا عندما تصاحب التّصرّفات الجنسيّة الغيريّة"conduites hétérosexuelle" هوامات جنوسيّة بحتة .

١,٣ رهاب التّحوّل الجنوسي :" Transhomophobie"

يصنّف خوف التّحوّل إلى الجنوسيّة "رهاب الجنوسيّة" ضمن اضطرابات الميول الجنسيّة الذي قد يأخذ أحيانا أبعادا متضخّمة إلى درجة حدوث حالات هلع عند البعض، لكن هذا الخوف الشّديد من التّحوّل إلى الجنسيّة المثليّة نجده أقلّ حدّة و انتشارا عند الإناث منه عند الذّكور، ذلك أنّ الأثر السّلبي للجنوسيّة" L'homosexualisation" على الهويّة الجنسويّة الأنثويّة "identité du genre féminine " يعدّ أقلّ وطأة منه على الهويّة الجنسويّة الذّكوريّة "identité du genre masculine" (إنّ الرّغبة اللاّشعوريّة أبلغ أثرا في خلخلة التّوازي الجنسوي).

٢. الشّبقيّات اللاّنموذجيّة : « Erotisation atypique»

رغم أن القوانين التي تخضع لها الشّبقيّة مازال يلفّها الغموض، إلاّ أن الاتّفاق يبقى حاصلا في تعدّد أنماط الشّبق الجنسي، ومن صواب القول أنّ مصادر النّزوة الشّبقيّة " الأيروس" و أشكالها التّعبيريّة لا تنظب مطلقا ، بداية من أبسط مظاهر الشّبقيّة المتعارف عليها إلى أكثرها غرابة و شذوذا، وفي هذا الإطار، نشير إلى تعدّد التّسميّات المتعلّقة بالتّصرّفات الجنسيّة اللاّسويّة ، من انحراف جنسي إلى شذوذ جنسي، زيغان جنسي، عهر جنسي ....

يشكّل التّصرّف الجنسي جنحـــة" délit " أو جريمـــة جنسيّـــة " crime sexuel"عندما يندرج تحت طائلة القانون و مجموع هذه التّصرّفات المتمثّلة في الممارسات الشّبقيّة التي تتعارض مع المألوف و المتعارف عليه اجتماعيـــا أو المتحمّل و المسكوت عنه في العرف الاجتماعي نعبّر عنه في علمنفسجنسي بـــ" الشّـــبقيّات اللاّنموذجيّـــة" " érotisations atypique ".فهي تحتلّ مكانة متميّزة في التّصنيف السّريري للاضطرابات النذفسجنسيّة لأنّها تعكس خللا في التّشوئيّة الجنسيّة " L'ontogenèse sexuelle "، و قد عرضنا في جدول التّصنيف أهمّ أنماط الشّـــبقيّات اللاّنموذجيّة المتمثّلة أساسا في : الأثريّة الشّبقيّة، التّزيّي الشّبقي (الأثري)، الاستعرائيّة الشّبقيّة، تعشّق الصّبيـــان الشّبقي، تعشّق الحيوان الشّبقي، شبقيّة المحارم، الشّبقيّة الشّرجيّة، شبقيّة المضايقة الجنســـيّة (شـــبقيّة التّحـــرّش الجنسي)، الماسوشيّة الجنسيّة و أنماط شبقيّة أخرى غير مفصّلة.

٣ . الشّبقيّات المنحرفة (الشّاذّة) : " Erotisations perverses "

عندما يتمّ الإشباق نتيجة رغبة الإيذاء و المضايقة أو إزعاج الشّريك و تحقيره و الحطّ من شـــأنه و عندمـــا يستمدّ طاقته و مصدره من الأذى المحدث للغير سوار كان معنويّا أو ماديّا فإنّه يدخل حتما ضمن دائـــرة الشّـــذوذ (ستولر ١٩٧٨) . إن مفهوم الشّبقيّات الشّاذّة يعود بنا إلى مجموعة التّصرّفات الجنسيّة التي تكون فيها رغبة إيقاع الأذى بالآخر معبّرة سواء بصفة مباشرة (شأن السّادية الجنسيّة) أو بطريقة مقنّعة (شأن بعض حـــالات التّطلّـــع الجنسي الشّبقي، الاستعرائيّة الشّبقيّة والتّزيّي الشّبقي). إن الجنوسيّة و الشّبقيّات اللاّنموذجيّة لا يمثّلوا انحرافـــا شبقيّا في حدّ ذاتهم و لكنّهم يتحوّلوا إلى شذوذ عندما تكون لذّة إيقاع الألم و إيذاء الآخـــر المصـــدر الأساســـي للإشباق (كذلك الشّأن بالنّسبة للجنسيّة الغيريّة).

٤ . الشبقيّة اللاّالتحاميّة السّائدة :" Erotisation antifusionnelle prépondérante "

لا يمكن اختزال الحياة الجنسيّة في مجرّد العمليّة الجنسيّة أو الفعل العشقي " l'acte d'amour "، فمـــن خـــلال التّبادل الجنسي تكون المشاعر الإنسانيّة معبّرة عن ذاتها بجميع تناقضاتها و مفارقاتها و ازدواجيتها، فالمشاعر الجنسيّة النّقيّة الخالية من البغض و الكره (المثالية) تدخل في إطار الأسطورة والخرافة أكثر من كونها تعبيرا صادقـــا عـــن حقيقتها.

إن سيرورة النّضج الجنسي لا تتحقّق إلاّ بقدر ما يمتلك الإنسان من طاقة لإدماج المكوّنـــات الإلتحاميّـــة و اللاّإلتحاميّة للإشباق (كريبولت ١٩٩١)، يحدث (على المستوى السّريري)" الإضطراب الشّـــبقي الإلتحـــامي" عندما يحصل عجزا في التّوصّل إلى الإشباق " Erotisme " سواء ضمن إطاره الإلتحامي العـــاطفي و العشـــقي " لاشبقيّة التحاميّة " أو عندما لا يتوصّل إلى الإشباق إلاّ بتجريد الموضوع الجنسي (الشريك) مـــن خصائصـــه الإنسانيّة " Déshumanisé "و مميّزاته العاطفيّة و الشّخصية " Dépersonnalisé " محدثا ما نعبّر عنه بـــ"الشـــبقيّة اللاّإلتحامية" ، حيث يصبح الشّريك الجنسي مجرّد أداة للولوج إلى المتعة فاقدا كينونته الذّاتية، فهو ليس أكثر مـــن وسيلة للتهيّج و الإثارة الجنسيّة (على خلاف حالات الشّذوذ الانحرافي الشّـــبقي حيـــث تحتـــلّ ذات الموضوع مكانة متميّزة في العملية الشّبقيّة) . إن المنحرف الجنسي (السّادي) يحقّق الإشباق بتفتيـــت الموضـــوع

الجنسي و تحطيمه إلاّ أنّه في حالات الشّبقيّة اللاّإلتحاميّة لا يتمكّن الشّخص من الولوج إلى المتعة الشّبقيّة الإيغائيّة إلاّ بتجريد الموضوع الجنسي من مشاعره و عواطفه "désentimentalise".

٥. الإدمانات الجنسيّة: "Les addictions sexuelles"

إن اعتلال التّصرّفات الجنسيّة تنكشف بصفة أكثر جلاء و وضوحا عندما تأخذ الرّغبة الجنسيّة شكلا وسواسيّا وعندما يكون الإنسان خاضعا بصفة استحواذيّة مطلقة لكل ما هو جنسي، عندها تتمثّل النّزوة الشّبقيّة أو "الأيروس" " Eros "في صورة شيطان ساحر، هيئة الشّيطان الذي يأسر الإنسان في فلكه بسحره ملغيا حرّيّة تصرّفه الجنسي إلى درجة عبوديته وأسره للرّغبة الجنسيّة القاهرة، شأنه في هذا شأن المدمن الفاقد لإرادته تجاه موضوع إدمانه. إن هذا السّلوك الإدماني للجنسي يأخذ أشكالا متعدّدة متمثّلة أساسا في : الوساوس الجنسيّة "obsessions sexuelle" ، فرط الجنسيّة اللاّإنتقائي " hypersexualité hyposelective "، الاستمناء الاستحواذي " masturbation compulsive "و الإغراء الجنسي اللاّمنحبس " séduction sexuelle incoercible" .

٥,١ الوسوسة الجنسيّة : "l'obsession sexuelle"

يمكن اعتبار الوسوسة الجنسيّة حالة إدمان ذهني عندما تستحوذ على كامل مجال الوعي والإدراك بأفكار و صور جنسيّة لا يستطيع المرء التّخلّص منها بمجهود إرادي، و ما إن يصبح المرء أسير هذه الأفكار اللاّإراديّة (الوساوس الجنسيّة) حتّى يجد نفسه خاضعا بصفة مطلقة لسيطرة هوامات و أحلام جنسيّة متسلّطة عليه قسرا. إن الاستحواذ الفكري للجنسي سواء كان مؤقّتا أو دائما تصاحبه معانات نفسيّة قاسية و ألم معنوي شديد (خاصّة عندما تكون الأفكار الجنسيّة الوسواسيّة صراعيّة المنشأ " conflictuogène") و قد يستطيع الشّخص التّخلّص مؤقّتا من استحواذيّة الأفكار الجنسيّة سواء من خلال إتيان الفعل الجنسي بصفة قسرية متكرّرة أو من خلال لجوءه إلى وسائل دفاعيّة مختلفة أهمّها الاحتماء بالدّين و الانخراط في طقوس دينيّة متشدّدة.

٥,٢ فرط الجنسيّة اللاّإنتقائي : " Hypersexualisation hyposelective "

كما أن الجنس بإمكانه أن يستحوذ على الذّهن و الفكر، بإمكانه ألاّ يكون خاضعا للمراقبة و التّحكّم الذّاتي مؤدّيا إلى تصرّفات متميّزة سواء بالإفراط في الممارسات الجنسيّة الغيريّة بصفة عشوائيّة لاإنتقائيّة "conduite allosexuelle non sélective" أو إلى عمليّات استمنائيّة متكرّرة بصفة قسريّة استحواذيّة "Masturbation compulsive".

إن المظاهر السّريريّة لهوس الشّبق الأنثوي / الذّكوري " satyriasis / nymphomanie " تتميّز عادة بالاستحواذيّة " La compulsivité"، بالنّهامة " L'avidité"، باللاّإشباع " L' insatiabilité" و باللاّانتقائيّة " L'absence de sélectivité".

إن حالات الهوس الشّبقي الأنثوي النّقيّة " nymphomanie pure" تعدّ نادرة المشاهدة في الممارسة السّريريّة النّفسجنسيّة فهي و إن وجدت تكون عادة مصحوبة باضطرابات نفسمرضيّة جسيمة، إلاّ أنّها تبدوا متواجدة في

الهوامات الذّكورية " fantasmatiques masculine" أو الهوامات الأنثويّة " fantasmatiques féminine" أكثر منها في حقيقة الواقع .

إنّ مصطلح فرط الجنسيّة اللاّإنتقائي يشير إلى السّلوكات الجنسيّة الغيريّة الاستحواذيّة (القسريّة) التي تنعدم فيها إنتقائيّة اختيار الشّريك الجنسي ، تكون هذه الظّاهرة ظرفيّة ومرحليّة عند المرأة و قد ترتبط أحيانا بحالة انهيار نرجسي Déflation narcissique " " أو بقلق الهجر "Anxiété d'abandon " أو بوضعيّة استجداء القضيب " quête phallique " . أمّا عند الرّجل فإنّ فرط الجنسية اللاّإنتقائي يعدّ أكثر انتشارا نظرا لاستعماله بعض التصرّفات الجنسية لأغراض دفاعيّة نفسيّة. إن المشاعيّة الجنسيّة " la promiscuité " في حالات الجنوسيّة الذّكورية" l'homosexualité masculine تعدّ مثالا لهذا .

٥,٣ الاستمناء القسري (الاستحواذي) " Masturbation compulsive "

يعدّ الاستمناء الاستحواذي المظهر الأكثر انتشارا للإدمان الجنسي " addiction sexuelle "، فهو بمثابة وسيلة قسريّة مؤقّتة لتفريغ شحنة جنسيّة ترزح تحت وطأة الأفكار الوسواسية ، قد يأخذ أحيانا شكل وسيلة دفاعيّة لمقاومة حالة قلق شديد تسيطر علي الإنسان. وأحيانا أخري تفرض عمليّة الاستمناء الاستحواذي نفسها بقوّة عندما لا يكون للشّخص أيّ اختيار لتفريغ طاقته الجنسيّة و في هذه الحالة يكون الفعل الاستمنائي المتكرّر"l'acte masturbatoire répétitif"من الشّدّة و القسوة إلى درجة حدوث جروح و كدمات " Lésion irritative "بالعضو الجنسي .

٥.٤ الإغراء الجنسي اللاّمنحبس : Séduction sexuelle incoercible

إن المرغوبيّة الجنسيّة " désirabilité sexuelle " و الرّغبة في إحداث حالة ولهان و عشق و افتتان جنسي عند الآخر تدخل ضمن إطار الإدمانات الجنسيّة عندما يستعمل الشّخص كافّة وسائل الإغراء و الغواية المتاحة له لجذب اهتمام الآخر (حتى يقع أسير حبّه و غرامه) ذلك رغبة في تعزيز نرجسيته الذّاتية و ما إن يستجيب الطّرف المقابل لسلطة إغراءاته و غواياته و يقع في غرامه حتّى يفقد قيمته كـ"موضوع مرغوب" و يتحوّل إلى "موضوع لامرغوب".

غالبا ما يكون هذا السّلوك أنثويّا وخاصّة عند المرأة الهستيريّة حيث يعدّ نمطيّا و نموذجيّا ، فهي تستعمل الإغراء الجنسي بشكل استحواذي لتحقيق سلطتها على الرّجل و السّيطرة عليه للتحكّم فيه. يقابل هذا الإغراء الجنسي الأنثوي اللاّمنحبس عند الذّكور ما نعبّر عنه بـ "الدونجيونية"" Donjuanisme "، حيث أن الدونجيون لا يهتمّ كثيرا بالممارسة الجنسية الإيلاجية (الجماعية) "l'activité sexuelle manifeste " – على خلاف المصاب بمسّ الشّبق الأنثوي (الساتير الجنسي)" le satyre sexuel " – فهو يبحث أوّلا و قبل كل شيء على الغزو العشقي "conquête amoureuse " و السّيطرة بصفة قسرية على الآخر و ما إن يحقّق مبتغاه حتى يفقد الموضوع (الشّريك الجنسي) أهمّيته و يهجره، مواصلا سعيه من جديد، بلهفة و اندفاع لامنحبس للإيقاع بشريك آخر و للبحث عن ضحيّة أخري تقع في شراك حبّه تعزيزا لنرجسيّته. إن الذّكور الذين تمّ شحنهم في طفولتهم (من طرف أمّهاتهم) بنرجسيّة مفرطة" surnacissisé"هم أكثر عرضة لـ"الدونجيونية".

٦. الجناسات (العصابات الجنسيّة) : " Les sexoses (les névroses sexuelles) "

تشمل اضطرابات "خلل الوظيفة الجنسيّة" " Les dysfonctions sexuelles " أو "الجناسات" " Les sexoses " (كريبولت وبيرو ١٩٧٦)في هذا التّصنيف : اضطرابات الرّغبة و المخيّلة الشّبقيّة" imaginaire érotique " ، عوز التّهيّج الجنسي و الإيغاف "déficience de l'excitation et de l'orgasme"و اضطرابات الإيلاج (الجماع) "anomalie coïtale" . قد جرت العادة على عرض خلل الوظيفة الجنسي الذّكوري و الأنثوي متفرّقا كلّ على حدة، إلاّ أنّ القراءة المتزامنة تبيّن بصفة جليّة التّشاكليّة الجنسيّة " dimorphisme sexuel"لهذين الإضطرابين.

٦,١ اضطرابات الرّغبة الجنسيّة : " Troubles du désir sexuel"

هل الشّبق الجنسي طاقة متجدّدة لا تنضب أم هل ينضب يوما في غياب الرّغبة الجنسيّة" Erotisme sexuel"؟.إن الرّغبة الجنسيّة باعتبارها مكوّنا نفسيّا داخليّا يتميّز به الإنسان تتجاوز في بعدها "الواقع الآني" الخاضع للغريزة و التّزوة. سنحاول بعد عرض الاضطرابات الكيفيّة للرّغبة عرض الاضطرابات الكمّية لها مع التّركيز على ضحالة الرّغبة " Déficience du désir " التي قد تتحوّل عند فقدها أو قصورها إلى نقيض الرّغبة " anti-désire " شأن حالات النّفور الجنسي " Aversion sexuelle " الرّهابي أو اللاّرهابي.

يتم تشخيص النّفور الجنسي الرّهابي عندما يحدث الجنس حالة خواف ورعب بصفة دائمة ، ملحّة و لاعقلانية، مترتّبة عنه استجابة تجنّبيّة. فقد تنتشر الوضعية الرّهابية "l'attitude phobique " لتشمل كلّ ما يتعلّق بالسّلوك الجنسي ، إلى درجة يكون استباق الفعل الجنسي كافيا لإحداث حالة قلق حاد فعند مجابهة منبّه رهابي جنسي تنتاب الشّخص حالة خواف تؤدّي إلى هلع حقيقي "Etat de panique" (إنّ افتراض وجود بنية عصابيّة للشّخصيّة في مثل هذه الحالات تعدّ شديدة الإحتمال).

تكون الرّهابات الجنسيّة شاملة معمّمة أحيانا ونوعيّة جزئيّة أحيانا أخرى شأن رهاب الأعضاء التّناسليّة، رهاب الحيوان المنوي، رهاب الإفرازات المهبليّة، رهاب الاتّصالات الفمتناسليّة، رهاب الإيلاج.

في حالات النّفور الجنسي اللاّرهابي يحدث الجنس (سواء بصفته الشّاملة أو الجزئيّة) حالة تقزّز و اشمئزاز دون شعور بالخوف أو الرّعب.

تعتبر ضحالة الرّغبة الجنسيّة " l'appauvrissement du désir sexuel" أكثر أشكال اضطرابات الرّغبة انتشارا في المعايدة النّفسجنسيّة " Consultation psychosexologique "، خاصّة عند المرأة ذلك أن الرّجل أكثر ميلا إلى إخفاء ضحالة رغبته الجنسيّة خاصّة إذا كانت كفاءاته الجنسيّة الفسلجيّة سليمة مثل الانتصاب " l'érection" و القذف "l'éjaculation ".

يتمّ تشخيص "عوز الرّغبة الجنسيّة المعمّم "عندما تنعدم الرّغبة الجنسيّة الغيريّة بصفة تامّة. في حين أنّ عوز الرّغبة الجنسيّة قد يأخذ شكلا انتقائيّا عندما تنحصر الرّغبة الجنسيّة (على مستوى المخيّلة والصّور الذّهنيّة) على شريك واحد.

إنّ العلاقة بين الرّغبة الجنسيّة و الهوامات الجنسيّة تعدّ علاقة تفاعليّة فالرّغبة تكون أحيانا المحرّك الأساسي لنشوء أو إثراء المخيّلة الجنسيّة و الصّور الهواميّة و أحيانا أخري تكون الهوامات الجنسيّة هي المحرّك الأساسي لتشكّل الرّغبة الجنسيّة، فهي مستحثّة من خلال المخيّلة و الصّور الذّهنيّة الجنسيّة، لكن تتعطّل أحيانا وظيفة الهوامات الجنسيّة المتمثّلة في استثارة الرّغبة وإثرائها لتتحوّل بدورها إلي "مكوّن شبقي" كافية بذاتها لإحداث "الشّبق الجنسي" فيتحوّل "الخيالي" أو "الهوامي" إلى منطقة شبقيّة نفسداخليّة " Zone érogène intrapsychique". خلافا لهذا فإن العجز أو الإخفاق في تصوّر الهوامات المشبقة "Fantasmes érotique " يعدّ مسؤولا عن ضحالة الرّغبة الجنسيّة و اضمحلال الوظيفة الجنسيّة الفسلجيّة (كريبولت و دازيني ١٩٨٧) و مؤشّرا على عوز التّفكير العمليّاتي "Pensée opératoire" في استيعاب المشاعر و العواطف الجنسيّة وعقلنتها. ونظرا لكثرة الحالات التي يكون فيها المخيالي "l'imaginaire " ضحلا في كلّ ما يتعلّق بالجنسي" Le sexuel" فإني أرجح فرضيّة وجود عمليّة دفاعيّة لا شعوريّة لكبت الهوامات الجنسيّة وأستبعد فرضية "التّفكير العملياتي" العاجز عن عقلنة العواطف والأحاسيس الجنسيّة.

٦,٢ ضحالة المخيّال الشّبقيّ : l'imaginaire érotique hypo-actif

يمكن اعتبار ضحالة المخيّال الشّبقيّ اضطرابا نفسجنسيّا مستقلا بذاته نظرا لأنّ عوز الرّغبة الجنسيّة يتوازى مع ضحالة الصّور الذّهنيّة و الهوامات الجنسيّة الشّبقيّة . إلاّ أنّ بعض الأشخاص نجدهم يحتفضون برغبات جنسيّة نشطة مستحثّة بأنماط متنوّعة من الاستثارة الحسّية والحواسيّة (بصريّة، لمسيّة،كلاميّة، شمّية ...) رغم أنّهم يتميّزون بضحالة الهوامات الجنسيّة "Fantasmatique sexuelle "

٦,٣ اضطراب الاستثارة الجنسيّة : " Troubles de l'excitation sexuelle "

إذا اعتبرنا أن الرّغبة الجنسيّة و المخيال الجنسي ينتميان إلى "المجال النّفسداخلي" "le champ intrapsychique" وأن الاستثارة الجنسيّة تنتمي إلى " المجال النّفسفسلجي" "champ psychophysiologique Le" حيث يكون الجسد مجال تعبير التّهيّج الجنسي المتمثّل أساسا في انتصاب العضو الذّكري " érection pénienne " عند الرّجل والابتلال المهبلي " lubrification vaginale " عند المرأة ، تعدّ هذه التّفاعلات الجنسيّة أهمّ المؤشّرات النّوعية للاستجابة الجنسيّة حتّى و لو كانت مجرّد منعكسات تناسليّة لا متعيّنة " Réflexes anahédonique "، خالية من أيّة قيمة شبقيّة.

لقد صنّف كلاسيكيا كلّ من ضعف الانتصاب عند الرّجل و البرود الجنسي عند المرأة بصفة متفرّقة ، حيث تمّ تشخيصهما علي أنّهما اضطرابين منفصلين و مستقلّين عن بعضهما . إلاّ أنّ تعريفهما في التّصنيفات النّفسجنسيّة التّقليديّة يبقي مرتبكا و مزدوجا ، فهو يعني أحيانا الخدار الجنسي "Anesthésie sexuelle" و أحيانا أخرى فقد القدرة الشّبقيّة "Incapacité d'érotisation" أو العجز الإيفائي (الإنعاضي) " Anorgasmie" .

في هذا السّياق نشير إلى أن المرأة الباردة جنسيّا (كذلك الرّجل العاجز جنسيّا) تكون عرضة لوصمة التّفرقة و التّحقير" stigmatisée " كأنّها حاملة لمرض معد شأنها شأن المرأة التي تعاني من الهوس الشّبقي

"Nymphomane"، و من المفارقات أن نجد هذا في المجتمعات التي تهمّش الوظيفة المتعيّة للجنس "La fonction hédonique" على حساب الوظيفة التناسليّة.

مازال يصنّف العجز الجنسي الذّكوري و بصفة أخصّ عجز الانتصاب، كتشخيص مستقل بذاته في التّصنيفات السّريريّة التّقليديّة لكونه يمثّل أهمّ مؤشّر لتقييم تدنّي الاستثارة الجنسيّة " Déficit de l'excitation sexuelle" ، لكنّي لا أعتبره كافيا بمفرده لأن يكون مؤشّرا على تدهور الاستثارة الجنسيّة " Défaillance de l'excitation sexuelle " ، خاصّة عندما يكون عجز الانتصاب ذو منشأ نفساني (قد يكون كافيا لوحده للدّلالة على تدهور التّهيّج الجنسي في حالات العجز العضوي).

في هذا الإطار نشير إلى أنّه قد تمّت مراجعة كلّ من البرود الجنسي " Frigidité" و عجز الانتصاب" Impuissance " منذ صدور " الدّليل الإحصائي و التّشخيصي الثّالث المراجع " للجمعيّة الأمريكيّة للطّب النّفسي وتمّ إدراجهما ضمن اضطرابات الاستثارة الجنسيّة عند المرأة و اضطرابات الانتصاب عند الرّجل (على أن تحدّد إن كانت ذو منشأ عضوي).

٦,٣,١ البرود الجنسي الأنثوي " La frigidité "

إن مصطلح العجز الجنسي " L'impuissance sexuelle" يتمثّل عند المرأة بـ "عجز الإبتلال المهبلي " و عند الرّجل بـ"عجز الانتصاب" " Impuissance érectile " و نظرا لـ"التّناشكليّة الجنسيّة" "Dimorphisme sexuel" فإنّي أعتبر أن مصطلح البرود الجنسي الأنثوي " Frigidité " الذي أعرّفه بـ "عدم قدرة التّهيّج الجنسي" لم يفقد بعد قيمته العلميّة ومازال صالحا للاستعمال في علمنفسجنسي.

يكون "البرود الجنسي معمّما" عندما تعجز جميع المنبّهات (سواء كانت هوامّيّة، استمنائيّة أو جنسيّة غيريّة) على إثارة التّهيّج الجنسي، و عندما لا تتوصّل المرأة إلى الاستثارة الجنسيّة إلاّ بممارسات استمنائيّة و تعجز عن ذلك في إطار علاقة جنسيّة غيريّة. أمّا "البرود الجنسي العلائقي" فيكون انتقائيّا إذا كان باستطاعة المرأة الإستجابة للاستثارة الجنسيّة مع أشخاص دون آخرين (شأن الزّوج مثلا عند انعدام توافق المشاعر و تنافر الطّباع). قد نجد أنماطا أخرى من البرود الجنسي الأنثوي تكون أسبابها سواء عضويّة بحتة أو نفسانيّة بحتة أو مختلطة عضويّة-نفسانيّة .إنّ تحديد منشأ البرود الجنسي (نفسي/عضوي/نفسعضوي) منذ بداية الفحص أمر في غاية الأهمّية للتّوصّل إلى تشخيص سليم.

٦,٣,٢ عجز الانتصاب النّفساني : " Impuissance érectile psychogène "

إنّ عجز الانتصاب النّفساني بالنّسبة للرّجل يعكس اضطراب الاستثارة الجنسيّة ، شأنه شأن البرود الجنسي الأنثوي قد يكون معمّما، علائقيّا أو انتقائيّا.

٦,٣,٣ الاستثارة الجنسيّة الكاذبة : "Pseudo-excitation sexuelle "

من خلال التّقييم السّريري يبدو أنّه من الأهمّية الأخذ بعين الاعتبار الأحاسيس والمشاعر الذّاتية "les sensations subjectives " المتزامنة مع الإستجابة التّناسليّة، إذ يتمّ تشخيص "الاستثارة الجنسيّة الكاذبة" عند انعدام مشاعر الإحساس باللّذّة الجنسيّة مع وجود استجابة تناسليّة فسلجيّة سليمة (انتصاب لا متعيّ " érection anahédonique " و ابتلال مهبلي لا متعيّ "lubrification vaginale anahédonique ").

٦,٤ الاضطرابات الإيغاثيّة (الإنعاظيّة) : " Troubles orgastiques "

عندما يصل التّهيّج الجنسي إلى مستوى الاستثارة القصوى يتحقّق الإيغاف (الإنعاظ) ممثّلا ذروة الحالة الشّبقيّة . تصنّف الاضطرابات الإيغاثيّة إلى اللاّإيغاثيّة (اللاّإنعاظيّة) "Anorgasmie"، الإيغافيّة الكاذبة :" Pseudo-orgasmie "و خلل الإيغاثيّة : "Dysorgasmie "

٦,٤,١ اللاّإيغاثيّة (اللاّإنعاظيّة) : "Anorgasmie"

تحدث اللاّإيغاثيّة عند انعدام الإيغاف فتكون أوّليّة " Anorgasmie primaire" عند غيبة الإيغاف بصفة مطلقة في كامل مراحل الحياة الجنسيّة، و ثانوية " Anorgasmie secondaire" عند غيبة الإيغاف في مرحلة معيّنة من الحياة الجنسيّة.

٦,٤,٢ الإيغافيّة الكاذبة :" Pseudo-orgasmie "

إنّ الإيغافيّة الكاذبة تعدّ أكثر الإظطرابات النّفسجنسيّة انتشارا و أكثرها جهلا في المعايدة النّفسجنسيّة و ذلك لأنّ المظاهر الفسلجيّة للإيغاف (التّقلّصات المهبليّة " contractions vaginales" ، دفق المني "Ejaculation ") تكون موجودة و لكنّها غير مصحوبة بـ"إحساس المتعة الشّبقي"و في هذا الإطار يتمّ إدراج "استجابة التّهيّج الجنسي" المحدثة باستثارات فسلجيّة جزئيّة.

٦,٤,٣ خلل الإيغاثيّة : "Dysorgasmie "

تتميّز العلاقة الجنسيّة السّويّة بتزامن الإيغاف مع الإستثارة الجنسيّة القصوى، لكن قد يختل هذا التّزامن أحيانا و يحدث الإيغاف سواء بصفة مبكّرة أو متأخّرة، نحدّد "خلل الإيغاثيّة"، فعندما يسبق الإيغاف حالة الاستثارة القصوى يحدث "الإيغاف المبتسر أو المبكّر" " orgasme prématuré ou précoce " وهو أكثر مشاهدة عند الرّجل (يقابله في التّصنيف المعتمد على الاستجابات الفسلجيّة "الدّفق المبتسر أو المبكّر" " éjaculation prématuré ou précoce " .و عندما يتحقّق الإيغاف بعد الإستثارة الجنسيّة القصوى وخارج نطاق التّحكّم الإرادي يحدث "الإيغاف المتأخّر" " Orgasme retardé ".

٥-٦ الجناسات الإيلاجيّة (العصابات الجنسيّة الإيلاجيّة) : " Sexoses coïtales "

اهتمت التّصنيفات النّفسجنسيّة الحديثة بخلل الوظيفة الجنسيّة ، سواء كان الخلل شاملا لكل مظاهر النّشاط الجنسي أو منحصرا في العلاقة الإيلاجيّة ، و من أجل تصنيفا أكثر وضوحا نرى ضرورة جمع الاضطرابات التّالية ضمن مجموعة الجناسات الإيلاجيّة : عوز الشّبقيّة الجماعيّة ، تشنّج المهبل، عجز الإيلاج (عجز الجماع) و أنماط أخرى من الجناسات الإيلاجيّة.

٦,٥,١ عوز الشّبقيّة الإيلاجيّة (الجماعيّة):" Hypo-érotisme coïtal "

يتميّز عوز الشّبقيّة الإيلاجيّة (الجماعيّة) بقصور توظيف العلاقة القضيبمهبليّة " Relation pénovaginal " سواء على مستوى المخيّلة (الصّور الذّهنيّة) أو على مستوى الواقع.

٦,٥,٢/٣ تشنّج المهبل "Le vaginisme"و عجز الإيلاج (الجمـاع) "L'impuissance coïtale":

إن عجز الإيلاج (عجز الجماع)" Impuissance coïtale " و تشنّج المهبل " Vaginisme " يمثّلان أكثر الجناسات الإيلاجيّة يسرا في تحديدهم ، نظرا لأعراضهم الفسلجيّة الواضحة و المتمثّلة في غياب الانتصاب بالنّسبة للرّجـل و تشنّج انعكاسي لا إرادي للعضلات المحيطة بالمهبل بالنّسبة للمرأة.

٦,٥,٤ أنماط أخرى من الجناسات الإيلاجيّة :

إن ألم الإيلاج النّفساني "(dysparéunie) Coïtalgie psychogène" إضافة إلى اللاّإيغاقيّة وإلى خلـل الإيغاقيّـة الإيلاجي (الإيغاف المبتسر أو المتأخّر) تكملان الجدول التّصنيفي للجناسات الإيلاجيّة.

III الاضطرابـات البيجنسيّـة : "Les dysphories intersexuelles"

يهتمّ علم النّفس الجنسي (كعلم مختص بدراسة السّلوك الجنسي) بنوعيّة العلاقة مع الجنس الآخر و بالتّفـاعلات البيجنسيّة ، فالجنس المخالف قد يكون محبوبـا "aimé" ، متـأمثلا " idéalisé "، مبغوضـا " haï "، محتقـرا " méprisé"، مخشيا " redouté "و متجنّبا" évité ". كما أنّ بعض الصّفات الخلقيّة (سواء كانت متقبّلة أو منكرة) قـد تكون دافعا للرّغبة الجنسيّة ، للاشتهاء، للغيرة، للكره و للخشية (بعض هذه التّفاعلات العلائقيّة البيجنسيّة تشـاهد في إطار السّوائيّة الجنسيّة).

إنّ المواقف السّلبيّة تجاه الجنس الآخر سواء كانت كرها و بغضا " haine " أو خشية و توجّسـا "méfiance " تندرج ضمن إطار الاعتلالات النّفسجنسيّة " psychopathie sexualis " التي نعـبّر عنـها بـ "الاضطرابـات البيجنسيّة" وذلك للإشارة إلى الاضطرابات العلائقيّة مع الجنس الآخر.

١.الرّهاب الغيري :" Hétérophobie "

يحدث الرّهاب الغيري عندما يسيطر الخوف من الجنس الآخـر بصفـة مبالغـة تصـل أحيانـا إلى بغـض النّساء" misogynie" عند الرّجل وإلى بغض الرّجال " misandrie " عند المرأة . إن فكّ رموز هذا الاضطراب ليـس بالأمر اليسير ذلك أنّ مشاعر الخشية و البغض يمكن أحيانا طمسها و إخفاءها ظاهريـا بـ"مواقـف اللاّمبـالاة " attitudes d'indifférence " أو بالتّمويه ، ولكنّها تبرز بصفة جليّة في الأحلام و بعض السّلوكات اللاّواعية. إن الخشـية من إقامة علاقة حميميّة نفسـعاطفيّة مع الجنس الآخر تعتبر المظهر الأكثر جلاء و وضوحا للرّهاب الغيري وفي هـذا الصّدد نشير إلى أن بعض الأزواج " les couples " لم تعرف علاقتهم مشاركة وجدانية حقيقية لوجود كراهية متبادلـة غير معلّنة، فالمشاعر الدّاخليّة تبقى مخفيّة، مطموسة، لامعبّرة و غير قابلة للنّفاذ (لانفوذيّة)، فكلّ من الرّجـل و المـرأة (لخوفهم وخشيتهم من الارتباط العاطفي و الوجداني) يكتفون بعلاقة سطحيّة ضحلة لا تتعـدّي فيـها اهتمامـاتهم المشتركة أكثر من متابعة مجريات الحياة العادية "les banalités de la vie courante "، في حين أنّ أزواجا آخريـن لا يستطيعون إقامة علاقة دائمة لخوفهم وخشيتهم من استحواذ الآخر عليهم و فقدهم خصائص هويّتهم الشّخصيّة.

إنّ الرّهاب الغيري العاطفي " Hétérophobie affective " تصاحبه أحيانا خشية و خوف من الحميميّة التّناسـليّة "intimité sexuelle " فيتحوّل إلى رهاب غيري تناسلي" Hétérophobie génitale "متمحورا حول العلاقة الإيلاجيّـة

" la relation coïtale ". إن خشية الجنس الآخر تؤدّي إلى **تصرّفات تجنّبيّة** " conduite d'évitement " و تحدث أحيانا استجابات عدائيّة (خاصّة عند الرّجل)، شأن المغتصب الغيري الذي يظهر نزعته الرّهابية تجاه المرأة " gynephobie " من خلال سلوكه العدواني التّحطيمي.

إن المبالغة في كراهيّة الجنس الآخر تعود جذوره عادة إلى **الصّورة الذّهنية الوالديّة الأولى**" imago parentale "، فالرّجل قد يبغض المرأة إذا لم يتمكّن من استدماج " introjecter " الموضوع الأمومي بشكل كاف حتّى يكون موضوعا حسنا أو إذا احتفظ بقطيعة بدائيّة " clivage archaïque " بين **الأم الطيّبة**" la bonne mère " و **الأم السيّئة** " la mauvaise mère "، متجاهلا صفات أمّه السيّئة ليسقطها لاحقا على جميع النّساء. كما نلاحظ عند المصاب **بالرّهاب الغيري مع بغض المرأة** " hétérophobe misogyne " ما يسمّى بـ **"فجوة الأم"** " creux de mère " بصفة جليّة واضحة ، فكأنّه يحمّل النّساء جميعا مسؤوليّة "إحباطه الأوّلي" " frustration initiale ". إن" **بغض النّساء**" بالنّسبة **للجنوسي** يعتمد أساسا احتفاضه على الأم كموضوع **"كلّه حسن**" " objet tout bon " و من ثمّ تكون كافّة النّساء سيّئات **"كلّهن سيّئات**" " toutes mauvaises "(ما عدا أمّه).

إنّ الصّفات الأنثويّة قد تكون أحيانا مصدرا **حسد الرّجل** للمرأة شأن قدرتها على الإغراء والغواية أو وظيفتها الأموميّة ، إذ تستحوذ عليه رغبة امتلاك هذه الصّفات دون ميلا **للتّماهي الأنثوي أو للتّحوّل الجنسي الأنثوي** .

إن **بغض الرّجال** " la miso-andrie "يحدث نتيجة عدم استدماج المرأة **الموضوع الأبوي** كـ**"موضوعا حسنا"** وذلك سواء لغياب الأب أو لأنّه قد همّش و حقّر و جرّد من نرجسيّته من طرف أمّ مسيطرة ، إن كره الرّجال غالبا ما يتوازى عند الأنثى مع رغبة امتلاك الصّفات الذّكورية.

قد تكون بعض حالات **"بغض الرّجال"** مقنّعة عند المرأة وتبرز بشكل مموّه ، و لنا أن نذكر في هذا الصّدد تحامل بعض النّساء المحسوبات من أنصار الدّفاع عن حقوق المرأة بشكل مفرط على الرجل ، مبرّرين هذا السّلوك بالاضطهاد الذي تعرّضت له المرأة عبر تاريخها من طرف الرّجل ! و لكن إذا سلّمنا جدلا بصحّة هذه الفرضيّة ،كيف نفسّر أنّ فئة قليلة فقط من النّساء تحرّكت بهذا القدر الكبير من العنف تجاه الرّجل؟ إجابة عن هذا نكتفي بالتّذكير أنّ خلف الظّاهرة الاجتماعية تكمن دوما السّيرة الذّاتية و تاريخ الشّخصية!

IV اضطرابات الحياة العاطفيّة :

١. عجز التّوظيف العشقي : " Inaptitude à l'investissement amoureux "

إنّ فضل عاطفة الحب على الإبداع في جميع مجالاته لا يضاهيه فضل أيّة عاطفة أخرى (خاصّة في عصرنا الرّاهن). إن الحب في حاجة أن يتغنّى به أن يحكى عنه، أن يصرّح به و أن تنظّم الأشعار من أجله، إن كلمة الحب قد تحمل على أكثر من معنى، ولكنّ جلّ معانيها تكاد تتّفق إلى كونها تمثّل"**رابطة قويّة تجمع شخص بآخر إلى درجة الاندماج العاطفي–الجنسي الشّامل**" ، فالعاشق المتيّم، المفتون بمحبيبته، يقحمها في مخيّلته و يضفي عليها الصّفات المثالية "l'idéalise" إلى درجة تصبح بالنّسبة له **ضرورة عاطفيّة** على مستوى الواقع و **الأم المثاليّة المجنّسة** " la mère sexualisée "على المستوى الرّمزي. لكن هذا "**الحب–العشق**" "Amour-passion " قد يكون **أفلاطونيا** بحتا، ممّثلا

حالة العشق الغرامي اللاّجنسي" désexualisée " الذي يعتبر حالة نكوصيّة و شكلا مكرّرا للعلاقة البدائية مع الأب أو الأم.

٢.الزّهوّ العشقي المتكرّر: " Elations amoureuses à répétition"

إذا تميّز السّلوك الجنسي بالانغماس في الزهوّ العشقي بشكل متكرّر لامنحبس يكون مؤشّرا عارضي" symptomatique " لاضطرابات وجوديّة عميقة في الشّخصيّة. فعندما تأخذ حالة " العشق–الغرام " شكل الإدمان (إدمان العشق "addiction amoureuse") تصبح "الوضعيّة العشقيّة" " L'état amoureux" في مرتبة أهمّ من "الموضوع المعشوق" " L'objet amour".

٣ . هوس العشق (تناذر كليرمبولت) : "(Erotomanie (Syndrome de Clérambault) "

في حالات العشق يتقلّص الواقع و يستحوذ "الكائن المحبوب" " L'être aimé" على كامل الوعي ، فالمحب يعتبر المحبوب علّة وجوده و لا يستطيع إدراك معنى للوجود خارج نطاق المعشوق فكلّ مبتغاه أن يقاسمه المحبوب حقيقة مشاعره وأحاسيسه . إن الغرام العشقي يتطوّر نحو الانطفاء سواء في غياب المتعة الشّبقيّة أو الإفراط اللاّمتناهي في المتعة الشّبقيّة.

تتجاوز أحيانا حالة العشق–الغرام حدود السّواء و تأخذ شكلا هذيانيّا. شأن "الهوس العشقي" في حالات "الذّهان الغرامي" " psychose passionnelle " (أكثر انتشارا عند المرأة)، حيث تسيطر على الشّخص قناعة هذيانيّة مفادها أن شخصا دائم الصّيت و ذو شهرة قد وقع في غرامه، وتتطوّر الحالة العشقيّة حسب مراحل (كليرمبولت "١٩٤٢") تكون أوّلها "مرحلة الأمل"، يعتقد فيها الهذياني أن المحبوب يبادله نفس المشاعر فيسعى إلى التّواصل معه بجميع الوسائل مؤوّلا جفوته و عزوفه عنه كأدلّة تعزّز موضوعه العشقي فهو تارة يتدلّل عليه و أخرى يتجنّب الواشين والعذّال إلخ...، وآخر هذه المراحل "مرحلة اليأس" فبعد سنوات من محاولات الوصال الفاشلة يحوّل الهذياني العاشق مشاعر الحب إلى مشاعر بغض و يصبح يشكّل خطرا على المحبوب/المكروه .

أحيانا يبقي الهذيان العشقي كامنا و سرّا من الأسرار الخاصّة للهذياني ، ساعيا إلى عدم البوح به رغم قناعته الهذيانية الرّاسخة بها لأسباب واهية، فتارة خوفا على مكانة المحبوب و أخرى أن الظّرف مازال غير مناسب للإعلان إلى غير ذلك من هذه الأسباب .

٤ . الغيرة الجنسيّة المرضيّة : " La jalousie sexuelle morbide "

تدخل "الغيرة الجنسيّة المرضيّة" في إطار إمراضيّات الحياة العاطفيّة سواء كانت هذيانيّة أم لا، فـ"الغيور الهذياني" "le jaloux délirant" "(غالبا ما يكون رجلا) يشكّ دائما في إخلاص شريكته له فكلّ تصرّف تأتيه هو دليل خيانتها الواضحة الذي لا لبس فيه ولا يبقى له إلا اعترافها الصّريح أو القبض على الشّريك الخائن حتى يعلن على رؤوس الملأ خيانتها ! وبما أنّ الشّريك الخائن أذكي من أن يقع في فخّ الهذياني الغيور، لا يبقى أمامه من حلّ سوى افتكاك اعترافها تحت التّهديد ، مسلّطا عليها أقصى أشكال العنف البدني لتعترف بخيانتها !

على المستوى الذّهاني يكون "هذيان الغيرة" ستارا يخفي جنوسيّة كامنة (فرويد ١٩٢٢)، أماّ على المستوى العصابي فتكون الغيرة المرضيّة نتيجة إحساس الشّخص أنّه ليس أهلا لإخلاص شريكه الجنسي .فهو و إن كان يشكّ بصفة مستمرّة في إخلاص الآخر ، لكنّه أكثر وعيا و إدراكا من الغيور الذّهاني بحقيقة قصوره النرجسي.

BIBLIOGRAPHIE : المراجـــع :

1- CREPAULT C. Protoféminité et développement sexuel : essai su l'ontogénèse sexuelle et ses vicissitudes. Presses de l'Université du Québec. Sillery. 1986.
2- CREPAULT C. La non-intégration des érotismes fusionnel et antifusionnel : un désordre sexuel négligé. Contracept. Fertil. Sex. 1991.19.2.181.187.
3- CREPAULT C. BUREAU J. La sexose : une nouvelle entité clinique. Cahiers de sexologie Clinique. 1976.2.4.352-353.
4- CLERAMBAULT G. de –Les psychoses passionnelles. In Oeuvres. Pp. 311-455. Presses Universitaires de France. Paris. 1942.
5- DSM-III-R. (Diagnostic and statistical manual of mental disorders). American Psychiatric. Association. Washington. 1987.
6- FREUD S- Sur quelques mécanismes névrotiques dans la jalousie, la paranoïa et l'homosexualité. In Névrose. Psychose et perversion. Pp. 271-281. Presses Universitaires de France. Paris. 1922.
7- GUYON. R.The ethics of sexual acts. Alfred Knopf. New York. 1948
8- KRAFFT-EBINGR. Psychopathia sexualis. Payot. Paris. 1963. 1882 orig.
9- MONEY J. LAMACZ M. – Gynemimesis and gynemimetophilia : individual and cross-crultural manifestations of a gender- copying strategy hiherto unnamed. Comprehensive Psychiatry. 1984.25.4 .392-403.
10- PASINI W. CREPAULT C. –L'imaginaire en sexologie clinique. Presses Universitaires de France. Collection Nodules. Paris. 1987.
11- STOLLER R.J.-La perversion : forme érotique de la haine. Payot. Paris. 1987.

تعليـــــق :

في خاتمة هذه التّرجمة للاضطرابات النّفسجنسيّة أودّ أن أسوق الملاحظات التّالية:

١- إن فقر المكتبة العربيّة النّفسجنسيّة للمصطلحات المتعلّقة بهذا الاختصاص دفعني إلى الاجتهاد في غير مـا موضع، فأتى المصطلح العربي أحيانا مناسبا وأحيانا أخرى مربكا في حاجة إلى مزيد الدّقّة و التّقصّي الأمر الذي دفعـني إلى عرض المصطلح الفرنسي إلى جنب المصطلح العربي حتى يتمكّن القارئ من إدراك معنى المصطلح و تقييم محاولـة ترجمته، قد أكون وفّقت أحيانا و أخطأت أخرى. ولكنّها تبقى محاولة في حاجة إلى أن تتبعها محاولات أخرى حتى يقع تطويع المصطلح العربي إلى الاختصاص العلمي.

٢-إن أهميّة هذا التّصنيف تكمن في أصالة عرضه للاضطرابات النّفسجنسيّة وتبويبها، ولكنّه يبقى في حاجة إلى قراءة نقديّة متأنّية ، فقد لا أتّفق مع الأستاذ كريبولت في بعض النّقاط كتصنيفه الجنوسيّة المتنافرة مـع الـذّات اضطرابا نفسجنسيّا في حين يلغي المتوافقة منها مع الذّات كاضطراب و إن كنت لازلت أعتبر أن الجنوسيّة اضطرابـا نفسجنسيّا سواء منها المتوافقة أو المتنافرة مع الذّات (رغم حذفها من الدّليل التّشخيصي و الإحصائي الأميركي)، كمـا أنّ اعتباره "انحصار الرّغبة الجنسيّة على شريك واحد" شكلا من أشكال عوز الرّغبة الجنسيّة الانتقائي في حاجـة إلى مزيد التفصيل و التّدقيق . ومهما كان نقدي لهذا التّصنيف فإنه لا يفقده قيمته العلميّة وأصالته المنهجيّة.

٤ - الذبحة القلبية/الوقاية والعلاج

د.روز ماري شاهين

واحدة من اهم نقاط تمايز السيكوسوماتيك وتفوقه تكمن في قدراته الوقائية. فعن طريق تحديد للشخصية او لعلائمها او لسلوك الشخص، قبل ظهور العلائم الجسدية للمرض، يستطيع البسيكوسوماتيك ان يحدد احتمالات اصابة الشخص بالمرض. ومن المعلوم ان هذا التنبؤ هو احد اهم سبل مقاومة المرض على انواعه. وذلك لانه بمنزلة الوقاية المبكرة. ولقد توصل العلماء اليوم الى تحديد نمط سلوكي يشترك فيه مرضى الذبحة القلبية قبل اصابتهم بها. وبناء على هذا النمط السلوكي اقترح الباحث جنكيز اختبارا من شأنه ان يحدد مدى انتماء الشخص الى هذا النمط السلوكي وبالتالي فهو يحدد امكانية اصابة هذاالشخص بالذبحة القلبية. ثم جاء الباحث آلوني ومشاركوه ليعدلوا هذا لاختبار. (انظر الاختبارات السيكوماتية).

١ ـ لمحة تاريخية

لعل بداية العمل على تحديد الملامح النفسية، للمتعرضين لخطر الاصابة بالذبحة القلبية، تعود الى العام ١٨٦٨ عندما نشر ڤان دوك[١] دراسة راي فيها ان هؤلاء المرضى يمتازون بالحديث بصوت عال وبالعصبية والانفعال. ثم توالت الابحاث حتى توصل الباحثون، في خمسينيات هذا القرن، الى تحديد النمط السلوكي الخاص بهؤلاء المرضى. وسمي هذا النمط السلوكي (أ) (اختصارا ن. س. أ)[٢] ولقد تدعم الاعتقاد باهمية العلاقة بين هذا النمط السلوكي وبين امراض القلب الانسدادية من خلال الدراسة التي اجرتها الـ (W.C.G.S) والتي تناولت متابعة ٣١٥٤ شخصا (ذكور بين ٣٩ و٥٩ سنة) بدءا من ١٩٦٠ ولغاية ١٩٦٩. في هذه الفترة اصيب ٢٥٧ شخصا من بينهم بالذبحة القلبية. وكان بين هؤلاء ١٨١ شخصا من متبعي النمط السلوكي (أ). مما يعني ان ٧١٪ من مرضى الذبحة هم من النمط (أ). وبالتالي فان الدراسة تستنتج ان العامل النفسي هو عامل اساسي للاصابة بالذبحة وبكافة امراض انسداد الشرايين[٣].

خصائص النمط السلوكي (أ)

١ ـ منظم، مرتب، يتعامل ويتفاعل مع محيطه بشكل جيد.

٢ ـ متحكم في ذاته واثق منها ومن كفاءته. وهو مستعد لان يعمل وحيدا اذا اقتضت ذلك

---

(١) Van Ducht: Leherduch der Herykran Kheiten, Leipzig 1868.

(٢) Schema Comportamental de type A (S.C.T.A.).

(٣) للتعمق انظر محمد احمد النابلسي: «الامراض النفسية وعلاجها» ص ٦٩ وما بعدها، م.د.ن.، ١٩٨٧.

الظروف لانه لا يتراجع عن اهدافه.

٣ ـ عدائي يمارس عدائيته في مختلف المجالات وتتراوح عدائيته بين الحادة والمريضة. وهذه العدائية هي المسؤولة عن رغبته الشديدة بالمنافسة.

٤ ـ صاحب طموح متعدد الاهداف او غير محدود الاهداف مما يجعله دائما متشنجا لا يقوى على الاسترخاء. فهو اذا ما حقق هدفا ما، لا يترك لنفسه فرصة للراحة وانما تراه يخلق هدفا جديدا ويبدأ بالركض نحوه من جديد.

٥ ـ يدرك مفهوم الوقت ويعي مروره ولذلك فهو لا يريد مروره دون ان يحقق شيئا ولذلك نراه دائما نافذ الصبر وعديمه ومستعجلا مناجل تحقيق طموحاته.

٦ ـ يظهر الوداعة امام العراقيل التي تعرض له ولكنه لا يتراجع.

٧ ـ يرفض الهزيمة ولا يعترف بها ويقوم بمحالة جديدة.

٨ ـ يهمل تعبه ويقلل من شأن آلامه ويرفض فكرة اصابته بالمرض وخاصة بمرض القلب فاذا حذرته سخر منك في اعماقه.

٩ ـ ان اعتماده الزائد على نفسه وعدائيته تجعله ميالا للسيطرة خاصة اذا كانت هذه السيطرة تساعد على التخلص من عدد من العقبات التي قد تعرض له.

كان العالم Rosenman قد نشر تفاصيل هذا النمط وعرف عنه على انه علاقة بين الفعل والانفعال وهي العلاقة التي نلاحظها لدى بعض الاشخاص الذين يخوضون صراعا دائما بهدف الحصول وباقل وقت ممكن على عدد معين من الاشياء والاهداف. وهناك دراسات اجريت في الستينات دعمت نتائجها الاعتقاد باهمية العلاقة بين هذا النمط السلوكي (المولد للشدة النفسية) وبين امراض القلب الانسدادية. اذ ان من نتائجها ان ٧١٪ من مرضى الذبحة هم من النمط (أ) وبالتالي يمكن الاستنتاج ان العامل النفسي هو عامل اساسي للاصابة بالذبحة وبكافة امراض انسداد الشرايين.

صحيح ان هذا النمط السلوكي لا يمثل نموذجا قابلا للتعميم على جميع المرضى ولكن يمكنه مساعدتنا على تحديد خطة علاجية نفسية منهجية. ويمكننا التحقيق من اتباع المريض بهدا النمط من خلال المتابعة النفسية التي نتحرى وجود علائم هذا النمط في السلوك اليومي لهذا المريض. كما يمكن هذا التحقيق من طريق تطبيق اختبار جنكيز Genkins Aloni الذي يركز على اربع مميزات لهذا النمط.

- فقدان الصبر.
- التنافس الشديد.
- الاستعجال والسرعة.
- والقدرة على التحكم بردود الفعل.

٣ ـ اختبار جنكنيز ـ ألوني

(راجع الاختبارات السيكوسوماتية).

٤) صدمة الذبحة:

عندما يطبق هذا الاختيار على المريض بعد اصابته بالذبحة القلبية علينا الاخذ بالاعتبار ان

الذبحة هي بمثابة صدمة وتغيرها من الصدمات تحدث تغيرات نفسية وسلوكية. وتلك التغيرات تحول دون قدرة الاختبار على تحديد النمط السلوكي قبل الاصابة بالمرض. وقد يركز الدكتور محمد النابلسي الموضوع في بحث اجراه والذي تناول مواقف المرضى بعد اصابتهم بالذبحة ونجاتهم منها وقد وزعت هذه المواقف على النحو الآتي:

١ ـ يرفض المريض ان يعي المرض ويحاول تجاهله والتصرف على انه سليم وغير مريض. فيحافظ هكذا على عضويته في عالم الاصحاء. وهذا النوع من المرضى هو اصعبهم مراسا واقلهم خضوعا للتوجيهات الطبية.

٢ ـ يترك نفسه مهزوماً امام المرض وتظهر عليه علامات الهلع والقلق والخوف من وجوده في المستشفى ومن اعراض جسدية ذات منشأ نفسي مثل الصداع وآلام المعدة... الخ.

٣ ـ ينظر للمرض على انه ملجأ وفرصة للهروب من الصراعات التي خاضها لغاية اصابته بل ان هذا المريض قد يلجأ للمرض كوسيلة للهروب من المشاكل والضغوطات التي ساهمت اساساً باصابته بالذبحة.

٤ ـ يتقبل المرض بسلبية ولا يخطو خطوة واحدة على طريق الشفاء. يتخذ موقف الخضوع الكلي للقضاء والقدر.

٥ ـ مواقف متراوحة بين المواقف السابقة ان هذه المواقف تنعكس على سلوك المريض بتغيرات تستطيع ان تحول نمطه السلوكي (أ) الى نمط (ب) ولو لفترة قصيرة يعود بعدها الى النمط (أ) وان تحديد المواقف الذي يتخذه في مواجهة المرض يجب ان يتم بدقة لانه هام جدا ومؤثر في استراتيجية العلاج النفسي المعتمد لدعم المريض في مواجهة صدمة المرض اولاً ومن ثم لمواجهة الشدة النفسية الاساسية التي ساهمت في ظهور المرض.

٥) العلاج النفسي لمريض الذبحة:

يمر علاج مرض الذبحة بمراحل عديدة:

أ ـ المرحلة الاولى: تلي الاصابة مباشرة والمرض في العناية الفائقة ـ يستغل المعالج هذه المرحلة بالاتصال بمحيط المريض ولتكوين فكرة عن شخصية هذا المريض وسلوكه وعاداته وخاصة الصراع الذي يكون ربما ساهم في اصابته بالمرض.

ب ـ المرحلة الثانية: مرحلة الخروج من المستشفى ومعها كان موقف المريض من المرض فانه يخاف من خروجه قبل الاوان من المستشفى. فيجب تطمينه من قبل الطبيب ومن قبل المعالج.

ج ـ المرحلة الثالثة: مواجهة المريض بمجتمعه مختلفة عن مواجهته قبل المرض كما ان موقف المحيط من المريض يتغير بدوره الامر الذي يسبب سلسلة من اضطرابات الاتصال بين المريض ومحيطه وهناك اضطراب اتصال الانا بالجسد الذي خانه.

وتزيد الآثار الجانبية للادوية المستخدمة للقلب من صعوبة هذه المرحلة يشكو المريض من احساسه بالوهن والضعف الجسدي وتلك الشكاوى تصبح نبعاً لوساوس مرضية متلاحقة.

د ـ **المرحلة الرابعة:** هي مرحلة تكيف المريض مع وضعه الجديد ورغبته في ممارسة غزيزة الاشمئزاز.

٦ ـ الوقاية النفسية من الذبحة القلبية:

لقد درجت التصنيفات الطبية على اعتبار الشدة (Stress) سببا من الاسباب المحتملة للاصابة(أو على الاقل المشجعة لظهور الإصابة). وإذا ما استندنا إلى دراسة W.C.G.S (المعروضة أعلاه)، ودراسات أخرى على غرارها، فاننا نستنتج ان الشدة والإرهاق (الناجمين عن اتباع النمط االسلوكي (أ)) من اوجه اسباب هذه الإصابة. لذا كان من الطبيعي العمل على ابعاد المريض (ومالكي احتمالات الاصابة:) عن سلوك هذا النمط. مما يعني ان الوقاية النفسية للذبحة القلبية إنما تتمحور حول تعديل النمط السلوكي من(أ) إلى (ب) «النمط (ب) هو نقيض النمط(أ)». وبمعنى آخر فان على المعالج النفسي ان يبذل الجهود كي يعدل نمط سلوك المريض (من أ إلى ب) وان يعمل على احلال المرونة مكان التصلب والتسامح مكان العدائية والطموح العصابي (طموح مبالغ فيه) والثبات مكان النرفزة وسرعة الاستشارة...إلخ.

وهنا يطرح السؤال: «ما هو السبيل لتحقيق هذه التعديلات؟». ان الجواب على هذا السؤال يختلف باختلاف المدرسة العلاجية. فالتحليل النفسي لا يعترف اصلا بالنمط السلوكي. الا ان مدرسة البسيكوسوماتيك التحليلي (مؤسسهابيار مارتي ـ راجع مقابلته في العدد الاول من الثقافة النفسية) تتخذ موقفا وسيطا فتتكلم على العصاب السلوكي والعصاب الطبائعي وهي تعالجهما على طريقة التحليل مع الاستعانة بتقنيات اخرى مثل الاسترخاء والسلوكية وغيرها. اما المدرسة السلوكية (وهي واضعة نظرية الانماط السلوكية) فترى ان العلاج السلوكي كفيل بتحويل المريض من(أ) الى (ب).

من خلال تجربتنا الذاتية، في مجتمع الحرب اللبنانية، رأينا ان اتباع النمط (أ) كان سلوكا منسجما مع اوضاع الحرب التي كانت تقدم المكافآت للعدوانيين (نمط أ) وتلحق الخسائر المادية والمعنوية الفادحة باصحاب النمط (ب). وهذا في رأينا يفسر اسباب ازدياد نسب الاصابة بالذبحة القلبية وبالامراض الانسدادية في المجتمع اللبناني حيث لاحظنا انخفاض سن الاصابة في معدله الوسطي. فقد شهدنا إصابة شباب بين ٢٠ و٢٥ سنة بهذه الامراض وهو امر غير مألوف بهذه الكثافة. وهكذا فان انخفاض الامن الاجتماعي وفقدان مراجع القيم وطغيان القابلية كانت كلها اسباب اجبرت اللبناني على سلوك النمط (أ). ولكن كيف يتم العلاج والوقاية في مثل هذه الحالات؟ للجواب على هذا السؤال نقرر انه لم يكن من السهل اقناع هؤلاء المرضى بتعديل نمطهم السلوكي الى (ب). فهذا التعديل كان يقتضي منهم التضحية بقدرتهم على التكيف مع ضغوطات الحرب الصعبة. ومن هنا كان لجوؤنا الى الجلسات الاسترخائية اضافة للعلاج الداعم والعلاج الدوائي بالمهدئات البسيطة واحيانا بالمهدئات العظمى (عندما تزداد الوساوس المرضية ورهاب الموت) بجرع بسيطة جدا. ولقد أعددنا بهذا الخصوص بحثا سننشره في اعدادنا القادمة.

٥ - السيكوسوماتيك الدوائي

اعداد: د. خليل فاضل☆

في الغالب الاعم نجد ان الاعراض البسيكوسوماتية تتسبب في تفجير قلق المريض ووساوسه المرضية مما يجعله مدفوعاً بصورة قهرية الى زيارة عدد كبير من الاختصاصيين (من مختلف الفروع). ومثل هذا المريض يخرج من هذه الزيارات بدون تصنيف (اي بتأكيد عدم وجود اي مرض عضوي). وهذا المريض لا يرتح كثيراً لقول الاطباء بان حالته عصبية ـ نفسية. فمثل هذا القول يعني الغاء معاناته من احاسيس وازعاجات يحسها هو بشكل واقعي وحقيقي. مما يدفع به الى عدم الاقتناع باحتمال انتماء حلته الى ميدان الاضطراب النفسي. وهذا بدوره يدعوه، بل ويدفعه، لزيارة اطباء آخرين. وهكذا دواليك بحيث يصل هذا المريض الى العلاج النفسي بعد مرور فترة طويلة على بداية اضطرابه.

مما لا شك به ان هذا التأخير يعرقل العلاج ويعيقه. وخاصة اذا ما اخذنا بعين الاعتبار الوقائع التالية:

أ ـ عدم اقتناع المريض بانتماء حالته الى ميدان الاضطراب النفسي (حتى بعد مرور السنوات على معاناته).

ب ـ فقدان المريض لثقته بقدرة الطب على علاجه ومساعدته (بسبب تعدد الزيارات الطبية).

جـ ـ الافكار المسبقة، للمريض العربي، حول موضوع العلاج الطبي ـ النفسي.

د ـ فشل الاختصاصيين العضويين في علاجه بالمهدئات البسيطة.

هـ ـ ترسخ الارتكاسات الشرطية (Reflexes Con-ditionnés) المرتبطة بظهور الاعراض البسيكوسوماتية.

و ـ تعقيد لحالة النفسية بسبب ظهور وتطور الوساوس المرضية (تصل احياناً الى حد رهاب الموت او الجنون).

ز ـ تعقيد الحالة النفسية للمريض بسبب ظهور تعقيدات نفسية اخرى (مثل امراض الخوف والقلق الذي قد يصل الى حد الهلع... الخ).

وهذه السمات تكاد تكون مشتركة لدى كافة المرضى المعانين من الاضطراب الجسدي ـ

(٥) استشاري الطب النفسي ـ مصر.

الوظيفي العائد الى اسباب نفسية. ولكن هذه السمات توجد بشكلٍ مختلف لدى فئتين من المرضى البسيكوسوماتيين:

١ ـ البسيكوسوماتيون ـ الهيستيريون:

غالباً ما نلاحظ تداخل الاعراض الهيستيرية مع الاعراض البسيكوسوماتية. حتى ان عدداً من الباحثين يرون استحالة شفاء الحالة الحالة بتركيز العلاج حول المظاهر الهيستسرية واهمال علاج العوارض البسيكوسوماتية. فهذا الشفاء لا يتم الا بتوجيه العلاج نحو الاضطرابين معاً «Marty, Fain, de N'Uzan, David, Naboulsi»[1].

ولهذا السبب رأينا ضرورة افراد فقرة لاستعراض المظاهر الهيستيرية المتبدية على الصعيد الجسدي (اي المجسدة).

٢ ـ الاضطرابات العضوية ذات المنشأ النفسي:

من هذه الاضطرابات البسيكوسوماتية ما هو بمنزلة امراض حقيقية غالباً ما تكون على درجة من الخطورة (الذبحة القلبية، امراض انسداد الشرايين، السرطان، السل، القرحة، الربو... الخ) وفي هذه الحالات فان ارعاض مثل الهلع والخوف من الموت او من النوبة والوساوس المرضية هي اعراض تستند الى وقائع منطقية بحيث لا يمكننا معاملتها كوساوس كما هي الحال لدى ملاحظتنا هذه الاعراض لدى المعانين من اضطرابات فيزيولوجية. فمن حيث التعريف فان الخوف يكون طبيعيا اذا كان مبررا وهو مرضيا عندما تنتفي مبرراته. وهكذا فان علاج هذه الامراض يكون جسدياً اولاً ومن ثم نفسياً.

وقبل تطرقنا لعرض مجمل هذه الاضطرابات البسيكوسوماتية، ولعلاجها الدوائي، نود اولاً ان نناقش اشكاللية تعامل الطبيب الاختصاصي ـ العضوي مع هؤلاء المرضى. اذ انهم، وبسبب اضطرابهم، يحتاجون الى اسلوب خاص في التعامل معهم. والطبيب الذي لا يراعي هذا الاسلوب الخاص عليه الا يفاجأ في حال تعرضه لانتفادات لازعة من قبل المريض (في حال تطور الوساوس الطبيب والتشكيك بقدرته وصولاً الى مقاضاته. حتى ان بعض المؤلفين ينقلون لنا حالات ادت فيها وفاة الطبيب الى شفاء مؤقت للمريض، من وساوسه المرضية). وبعد شرحنا لحساسية التعامل مع هؤلاء لعرض في ما يلي الخطوات التي نقترحها لهذا التعامل ونبدأ بـ:

٢ ـ طريقة فحص المضطرب البسيكوسوماتي:

يزداد خوف المريض من العوارض التي يعانيها حتى يبلغ هذا الخوف حد الهلع. ويساهم في هذه الزيادة ما يعتبره المريض «عجز الاطباء» عن معرفة حالته وبالتالي عن علاجها. وهذا الخوف يصل

---

(١) للتعمق انظر كتاب بسيكوسوماتيك الهيستيريا والوساوس المرضية، مجموعة من الباحثين، سلسلة كتب «الثقافة النفسية» الجزء الثالث. منشورات دار النهضة العربية ـ بيروت، ١٩٩٠.

الى حد الخوف اللاواعي من الموت (يصبح واعياً لاحقاً). والمريض يحاول الهرب من هذا الخوف بالقاء نفسه بين ايدي الاطباء. فاذا ما شخص هؤلاء اضطرابه بالفيزيولوجي فان هذا التشخيص يخيب امله ويزيد من خوفه. واذا ما هم حولوه الى العلاج النفسي فانه يعتبر هذا التحويل محاولة منهم للتهرب ولتغطية قصورهم. وهكذا فان هذه الوضعية تقتضي من الطبيب اتباع الخطوات التالية:

أ ـ تدعيم ثقة المريض بالفحص وبالطبيب الذي يفحصه. وذلك من طريق القيام بفحص عبادي دقيق وكامل لكافة اعضاء الجسم. ولهذا الفحص عدة فوائد في آنٍ واحد فهو:

ـ يعطي الطمأنينة للمريض اذ يحس بانه كان موضع اهتمام وبانه فحص بدقة.

ـ يتيح للطبيب اكتشاف عدد من الاضطرابات الفيزيولوجية الثانوية التي تصاحب الاضطراب الاساسي (كمثل ترافق عصاب القلب مع اضطرابات هضمية او تبولية... الخ).

ـ يخفض احتمالات تطور مرض عضوي حقيقي تحت ستار الاضطراب البسيكوسوماتي.

ب ـ تدعيم ثقة المريض بالطب عامة. فغالبية هؤلاء المرضى يقعون في دوامة الزيارات الطبية المتكررة لاطباء من شتى الاختصاصات. والمريض يقوم بهذه الزيارات بهدف التوصل الى تعريف اضطرابه بدقة ومن ثم علاجه. وبما ان المريض يخرج من هذه الزيارات بدون هذا التشخيص المحدد (لان يقررون بانه غير مريض وبان اضطرابه وظيفي يحت) فانه يفقد ثقته بالطب والاطباء مع تكرار زياراته لهم. حتى ان مثل هذا المريض يبدأ بالتصريح بانه يقوم بهذه الزيارة لمجرد التجربة. وغالباً ما يحرج الاطباء من هذا التصريح الذي يجرح نرجسيتهم فما هي سبل التعامل مع امثال هذا المريض؟.

نلخص اسلوب هذا التعامل بالنقاط التالية:

ـ الفحص الطبي الدقيق والشامل (المشار اليه اعلاه).

ـ يتم فحص المريض وهو عارٍ تماما.

ـ يكتمل الفحص الجسدي بمناقشة الامور الحميمة مع المريض.

ـ يتم تحديد مقدار ودرجة الوساوس المرضية التي يعانيها المريض.

* **التعامل مع المحيط:**

ولهذا التعامل اهميته القصوى في حال تحول المريض للتبعية (قد يكون المريض تابعاً لاهله من الناحية المادية ـ بمعنى انهم يدفعون تكاليف العلاج ـ او من الناحية النفسية). وهكذا فان من واجب الطبيب ان يشرح للاهل الحقيقة الفيزيولوجية للاضطراب واحتمالات تطوره الجسدية (من طريق تأديته الى اضطرابات وظيفية اخرى) والنفسية (من طريق تغذيته للوساوس المرضية وردود الفعل الهيستيرية). وكذلك فان من واجب الطبيب تحذير الاهل من خطر الزيارات الطبية المتكررة واحتمال مساهمتها في تدهور الوضع النفسي ـ الجسدي للمريض.

وفي تعامله مع الاهل على الطبيب الا يرتكب الخطأ الكبير باعلان «عدم مرض المريض» سواء اما الاهل او امام المريض نفسه. وكذلك فان عليه تجنب الخطأ الاكبر بالايحاء او بالتلميح بوجود

مرض عضوي «لان عدم اكتشاف الاطباء الآخرين لهذا المرض المحتمل يدفع بالجميع للتفكير بما هو اسوأ مما يخلق عاصفة من الانفعال تكون غير مضمونة النتائج لدى اكتشاف عدم وجود المرض». فكيف يمكن للطبيب اعلان تشخيصه دون ارتكاب هذه الاخطاء؟.

* **اعلان التشخيص:**

رأينا ان توجيه المضطرب البسيكوسوماتي نحو العلاج النفسي يعتبر بمثابة محاولة للتهرب من المسؤولية من قبل الطبيب. كما ان وصف معاناة المريض (وهي في هذه الحالة متبدية باحاسيس جسدية يعيشها المريض ويجسها بكل الدقة) بانها هو وصف لا يمكنه ان يقنع المريض او محيطه الذي يعاين احاسيس المريض، والى كل ذلك يضاف واقع ان الاضطراب النفسي في مجتمعنا هو اسوأ وقعاً، واكثر استشارة لاستنفار المريض ومحيطه، من الاضطراب الجسدي. وذلك بحيث يفضل المريض تجنب زيارة واحدة للعيادة النفسية واستبدالها بعشرات الزيارات للعيادات الاخرى.

مما تقدم نجد ان من واجب الطبيب ان يعلن تشخيصه بوضوح وبدقة. وان يشرح الطبيعة الوظيفية للاضطراب وارتباطه بالجهاز العصبي المرتبط بدوره بالانفعالات.

وفي الخلاصة فانه يشخص المرض على انه جسدي تساهم فيه عوامل نفسية وبالتالي فانه يحتاج للعلاج البسيكوسوماتي وليس الى العلاج النفسي.

والعلاج البسيكوسوماتي لهذه الحالات يقتضي التعاون بين الطبيب العضوي وبين الطبيب او المعالج النفسي، فيركز الاول على العلاج الدوائي لاضطراب الجهاز العصبي النباتي، المؤدية للاضطرابات الوظيفية، في حين يركز الثاني على علاج صعوبات التكيف لدى المريض وقساوته النفسية امام المواقف التي تطرح صعوبة التكيف.

١ ـ العوارض النفسدية:

يطرح المريض النفسدي اشكاليات معقدة امام طبيبه العصوي. ذلك ان اضطرابه الوظيفي غير مدرج في خانات التصنيف الطبي التقليدي. اما في حال معاناة المريض النفسدي من مرض عضوي (كالذبحة والسرطانات والربو والقرحة وغيرها) فان هذه الاشكالية تصبح اكثر تعقيداً لان الطبيب عاجز عن تحديد هيلكية العصاب النفسدي المؤدي لهذه الاضطرابات. فاذا ما حاول الاستعانة بزملائه النفسديين فان المريض يعتبر هذه الخطوة بمنزلة التهرب من المسؤولية.

امام هذه الوقائع يعمد الاطباء اليوم الى تبني الوقف القائل بتقسيم العوارض النفسدية الى مجموعتين كبيرتين هما:

أ) الامراض العضوية النفسدية.

ب) مجموعة العوارض المتبدية جسدياً دون ان يكون لها تصنيفاً طبياً.

أ ـ الامراض النفسدية:

امام هذه الامراض يتخذ الاطباء مبدأ العلاج الطبي البحت مع الاستعانة بخدمات العلاج

النفسي المتوافرة. ومن اكثر هذه الامراض تردداً في العيادة يذكر «مارتي» التالية:

١ ـ الربو.

٢ ـ السرطان.

٣ ـ الصداع.

٤ ـ زيادة حيوية العضلات.

٥ ـ الالتهابات.

٦ ـ امراض المستقيم.

٧ ـ ارتفاع الضغط.

٨ ـ اضطرابات التغذية.

٩ ـ الشقيقة.

١٠ ـ داء السكري.

ب ـ العوارض النفسدية غير المصنفة:

على هذا الصعيد نلاحظ اختلافاً عميقاً في تصنيف هذه الحالات، فالاطباء يصنفونها تصنيفاً ظواهرياً يرتكز الى العوارض المتبدية لدى المريض والمتسببة لشكواه. وعلى هذا الاساس فانهم يتكلمون على الفئات التالية:

١ ـ العواقب المترتبة على الاصابة بمرض عضوي: وهم يلجأون في هذه الحالات لاستخدام المهدئات البسيطة وبخاصة عائلة البنزوديازيبين وتحديداً، على التوالي، Tranxène وBroazepam وLorazepam. وهم يتجنبون توجيه هذا المريض نحو العلاج النفسدي.

٢ ـ العلائم الهيستيرية المجسدة: ويتعامل الاطباء مع هذه الاضطرابات من منطلق استبعادهم لخطورتها. وهم يستخدمون في علاجها ادوية متنوعة نعدد منها:

أ) المهدئات البسيطة.

ب) املاح الكالسيوم.

جـ ـ المهدئات المشتقة من الاعشاب (بيلادونا وغيرها).

٣ ـ الاضطرابات الناجمة عن سلوك غير صحي: وهم يأخذون منها مواقف المنع والنصح والارشاد. كمثل منع تعاطي الكحول لدى المعانين من تحسس المعدة ومنع التدخين لدى المعاني من اضطرابات وظيفية ـ قلبية... الخ.

٤ ـ الاضطرابات الوظيفية البحتة: وهذه الاضطرابات يمكنها ان تطال مختلف الاجهزة. وهم ينظرون اليها كعلائم على عدم ثبات الجهاز العصبي النباتي. وهم يختلفون في علاجها باختلاف المدارس الطبية التي ينتمون اليها. ومن الاقتراحات العلاجية لهذه الحالات نذكر:

أ ـ العلاج الطبي الظواهري مثل اعطاء الادوية الواقية لجدار المعدة (مالوكس) للمعانين من الآلام الوظيفية للمعدة.

ب ـ استخدام المهدئات البسيطة وبخاصة الكلورديازيبوكسيد (Librium).

جـ ـ استخدام مضادات الانهيار بجرع بسيطة وبخاصة اميتربتيلين.

د ـ استخدام صادات بيتا بجرع صغيرة وبخاصة البروبرانولول.

هـ ـ استخدام معدلات الجهاز العصبي النباتي مثل الارغوتامين.

و ـ استخدام المهدئات العظمى بجرع صغيرة وبخاصة السيلبيريد وليثوميبرومازين.

اما الاطباء النفسديون فانهم يرفضون هذا التصنيف ويطرحون له بديلاً يرتكز الى مستويين اساسيين فاما:

ان المرض نفسدي لان الرابط بين الصراع النفسي والمرض العضوي هو رابط غير محدد واما: وجود الرابط المحدد بين الصراع وبين المرض.

وباختصار شديد فان هؤلاء يصنفون العوارض (البسيكوسوماتية) النفسدية على النحو التالي:

١ ـ العوارض النفسدية ـ الهيستيرية.

٢ ـ العوارض العصبية ـ النباتية.

٣ ـ العوارض الناجمة عن حالات القلق.

٤ ـ الوساوس المرضية.

٥ ـ الانهيار المقنع.

٦ ـ الامراض النفسدية.

هذا ويرى النفسديون ان دورهم الاساسي انما يتمحور حول قيامهم بتحديد بنية العصاب النفسدي وهيكليته. وذلك تمهيداً لعلاجه المبكر وللقضاء على احتمالات تطوره. وبما ان بحثنا هنا يقتصر على موضوع العلاج الدوائي فاننا ننتقل الى مناقشة موضوع الادوية المستخدمة في علاج الحالات البسيكوسوماتية.

٢ ـ البسيكوسوماتيك الدوائي:

هنالك قائمة طويلة من الادوية التي ياتت مستخدمة على نطاق واسع في علاج حالات الاضطراب النفسدي. وفي ما يلي نركز على اهم هذه الادوية وهي التالية:

١ ـ سيلبيريد (Sulpiride): ويسوق بالاسماء التجارية التالية: Dogmatil وDobren وPantovâl... الخ.

وهو مصنف في عداد المهدئات العظمى. ولقد اثبت فعاليته في علاج الاضطرابات المزاجية المرافقة لبعض الامراض الجسدية (خاصة القرحة)، كما يستخدم في علاج العديد من الاضطرابات

الفيزيولوجية، بما فيها تلك المترافقة مع الوساوس المرضية نظراً لفعاليته في علاج مظاهر فقد الارادة ـ فقد الشهية.

٢ ـ **ليفوميبرومازين (Levomeproazine)**: ويسوق باسم Nozinan وNeurocil. هو واحد من اهم المهدئات العظمى المثبطة واقدمها. وبسبب فعاليته القصوى في علاج حالات القلق (اذا استعمل بجرع صغيرة ٨ ـ ٢٠ مغ يومياً) فان استخدامه في العيادة النفسدية يشهد اتساعاً. وهو فاعل في علاج كافة مظاهر عصاب القلق (الذي يتركز على اعضاء معينة مثل عصاب القلب مثلاً) وفي علاج الوساوس المرضية واضطراب العادة الشهرية النفسي وسرعة القذف واضطرابات النوم. كما يستخدم في علاج الاضطرابات النفسية المرافقة لامراض الحساسية (فهو مضاد للحساسية ـ للهيستامين) والشقيقة. وذلك طبعاً بالاضافة الى استخداماته الطبنفسية (الفصام، الهياج، الهذيان المزمن... الخ).

ولكن استخدام هذا الدواء يواجه صعوبة تحديدا الجرعة الملائمة اذ تتراوح الجرعة بين (٦ و٣٠٠ مغ) ويحظر استخدامه في حالات انخفاض الضغط وعدم كفاية الكلي والكبد.

٣ ـ **كلورديازيبوكسيد (Chlordiazepoxide)**: ويسوق باسم Librium وElenium. هو مضاد للقلق ولحالات الوساوس المرضية والرهاب والانهيار البسيط وآثار الامتناع عن تعاطي الكحول. كما ينجح في علاج الاضطرابات الفيزويولوجية على الاصعدة الهضمية والبولية والتناسلية والنسائية والجلدية والقلبية. وهو يساعد الادوية خافضة الضغط. ويظهر مفعوله العلاجي بعد ٢ ـ ٣ ايام على بدء لعلاج.

٤ ـ **ديازيبام (Diazepam)** ويسوق بالاسماء التالية: Valium وSeduxen, Reluniu. وهو رأس عائلة المهدئات المعروفة بالبنزودياريين. وهو يمتاز عنها جميعاً بعدد من الخصائص التي تجعله لا يزال مستعملاً على نطاق واسع. فهو بؤثر في الجهاز الهامشي (الليمبي ـ وهو مركز الانفعالات في الدماغ). وهو يعطي مفعوله بعد اسبوع على استعماله.

٥ ـ **كلورازيبات (Chlorozepate)** ويسوق بالاسماء التالية: Tranxène, Tranxiliu، ويمتاز عن بقية البنزوديازيبينات من حيث تدني مفعوله المثبط بحيث لا يؤثر في نشاط المريض (في حدود الجرع المستعملة). ولذلك يفضل الاطباء العضويون استخدامه في علاج عوارض القلق المعروضة عليهم وبخاصة تلك الناجمة عن الاصابة بالامراض الجسدية (كالذبحة مثلاً). كما يستخدمونه في علاج هوام لحظة النوبة (اي الخوف من تكرار النوبة القلبية او غيرها من الاصابات الجسدية).

٦ ـ **لورازيبام (Lorazepam)**: ويسوق باسماء Remood, Lorans Ativan. هو من عائلة البنزوديازيبين وهو يعطي مفعوله بعد ساعتين من تناوله من طريق الفم. وهو مستخدم في العيادة النفسدية في علاج اضطرابات سن اليأس (فيزيولوجية ونفسية) وفي علاج الشدة النفسية (Stress) وآثارها وايضا في علاج آلام المعدة ـ الامعاء ذات الطبيعة الوظيفية. وهو يستخدم ايضاً في علاج حالات النفاس. وهو مساعد لظهور النوم (ومن هنا استخدامه في علاج اضطرابات النوم).

٧ ـ **هيدروكسيزين (Hydroxizine)** ويسوق باسم Atarax.

وهو من فصيلة الادوية مضادة الحساسية (مضاد للهيستامين) ويملك مفعول المهدئ البسيط (المطمئن) ولكن دون ان يتسبب بالاعتياد. وهذا المفعول المزدوج يدعم استخدام الدواء في الميدان النفسدي. فهو الدواء المفضل لعلاج المظاهر النفسية المتبدية لدى مرضى الحساسية (الربو، الشري... الخ) الذين يمتازون بمعاناتهم لازمات التعلق والتبعية والانغلاق وبعض نوبات الحساسية ذات الطابع الهيستيري. كما يمكن استخدام هذا الدواء في علاج المضاعفات الجسدية للقلق وفي علاج الاضطرابات الوظيفية المتنوعة. ولدى الاطفال يمكن استحالته علاجاً لاضطرابات النطق والقلق ومظاهر الذعر الليلي. اما لدى الشيوخ فانه يستعمل في علاج اضطراباتهم الحركية واضطرابات النوم والشغب الليلي.

٨ ـ **فليبائيتكسول (Flupentixol)** ويسوق باسماء Emergil, Fluanxol.

هو من المهدئات العظمى وهو مضاد فاعل في علاج حالات القلق ومظاهر الجسدية والوساوس المرضية والتوتر النفسي. وهو في رأينا افضل العلاجات المتوافرة لعلاج حالات فقد الاهتمام ـ فقد الشهية (Apatho-Aboulic).وهو عارض مميز للمرضى المعانين من الصراعات النفسية او الانهيار او الصدمة او الوساوس المرضية او عصاب القلق. وذلك شرط استخدامه بالجرع الملائمة (١,٥ الى ٥ مغ يومياً).

٩ ـ **اميتريبتيلين (Amytriptyline)** ويسوق باسماء Triptyzol.

وهو مضاد للانهيار من فصيلة ثلاثية الحلقات ويتمتع بمفعول مثبط. ومن هنا استخدامه في علاج حالات الانهيار بمختلف درجاتها وحالات الانهيار المقنع بمظاهر جسدية. كما انه يتمتع بالقدرة على دعم اثر المهدئات البسيطة وعلى تشجيع النوم. ولقد شاع استخدامه خلال السبعينات في عبادة السيكوسوماتيك حين ظهر دواء يجمع بين هذه المادة وبين الكلورديازيبوكسيد (Limbitrol). الا ان هذا الاستخدام ما لبث ان تراجع لصالح ادوية اخرى. الا ان هذه المادة لم تفقد اهميتها في العيادة النفسية نظراً لفاعليتها في علاج كافة انواع الانهيار.

١٠ ـ **صادات بيتا:**

وتنتمي الادوية صادات بيتا الى فصيلة معيقات الجهاز العصبي الودي. وهي تمارس مفعولها من خلال صدها للمستقبلات العصبية (من نوع بيتا) للكظرين. ومن هنا استخدامها في علاج اضطرابات نبض القلب (الاختلاج، التسارع، العثرات... الخ). كما تستخدم في علاج مجمل الاوضاع المتسببة بتسارع النبض كمثل زيادة افراز الدرقية ونوبات الهلع والرهاب والقلق العارم وحالات الانفعال النفسي (مثل مواجهة الجمهور والخوف من الامتحان... الخ). كما تشير الابحاث الى دور هذه العقاقير في تدعيم الاثر العلاجي للمهدئات العظمى اذ تؤدي الى ارتفاع نيسة تركيز هذه المهدئات في دم المريض.

يبقى المفعول العلاجي الاهم لهذه الادوية وهو مفعولها في علاج صداع الشقيقة حيث تنظم

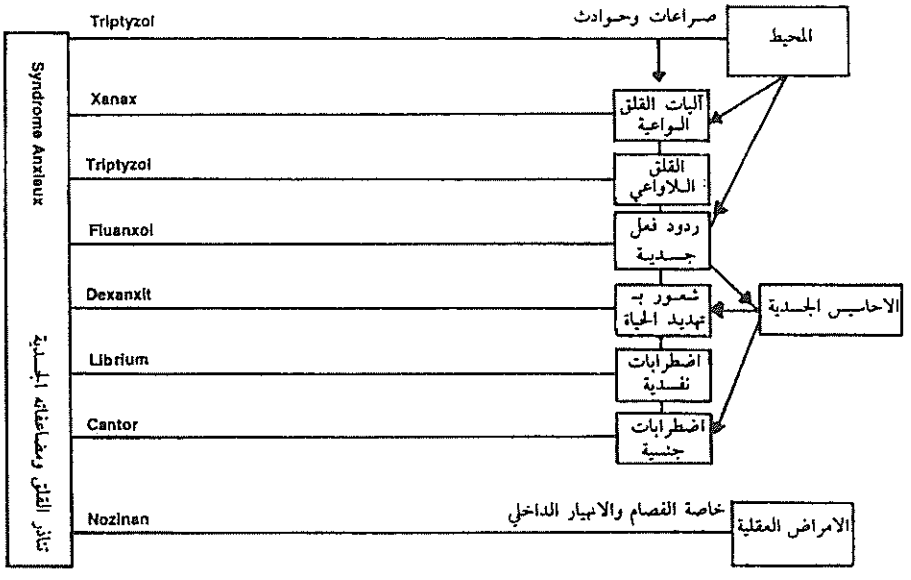
هذه الادوية تدفق الدماء الى الرأس فتحول دون حدوث تغيرات هامة في هذا التدفق تنجم عنها نوبات الشقيقة. وفي الاطـار ذاتـه تستخدم هذه الادوية في علاج بعض حالات ارتفاع الضغط.

٢ ـ اقتراحات علاجية لبعض الحالات:

ونبدأ هذه الاقتراحات بعرض لتصورنا الخاص للعلاج الدوائي للعوارض التي تكون الهيكلية الاساسية لتناذر القلق. ونوجز هذه الاقتراحات بالجدول التالي:

١ ـ العلاج الدوائي لحالة الوساوس المرضية:

ان تعرف المعالج على هيكلية هذا العصاب هو شرط اساسي لنجاح العلاج. فهو غالباً ما يستند الى ارضية عظامية تشجع اعتماد المريض مبدأ تأويل الاحداث على انها اضطهادية بحقه وعلى انها خالية من الاحترام والتعظيم اللذين يستحقهما. ولو نحن دققنا النظر جيداً لوجدنا ان بداية العصاب ترتبط بتعرض المريض الى وضعية عظامية كمثل التعرض للاعتداء او للخيانة او فقدان عزيز او خسائر مادية ـ معنوية او شكل من اشكال العصاب الصدمي.



جدول يبين اقتراحات المؤلف لعلاج آليات القلق

وتعرف المعالج الى هذه الهيكلية يجعله يدرك ان هذه الوساوس مرتبطة باحداث حياتية صادمة ومؤثرة في المريض. وذلك بحيث لا يجوز التعاطي معها على انها مظهر قلقي عابر. فهي قد تستجيب للعلاج بمضادات القلق والادوية الاخرى. الا ان هذا العلاج لا يؤثر في هيكلية العصاب الذي يبقى قابلاً لتفجير مظاهره من جديد لدى تعرض المريض الى اول مواجهة تفجر له احاسيسه العظامية. على ان الكلام على خلفية عظامية لا يعني اكثر من ملكية الميول العظامية. وهذه الميول تستوجب العلاج

النفسي والدوائي للحؤول دون تطورها وتطور الوساوس معها. ويكفي ان يتوصل الطبيب الى تحديد الوضعية العظامية، التى فجرت الوساوس، حتى يبدأ علاجه النفسي بمناقشة هذه الوضعية وذيولها مع المريض. فاذا ما احس ان الوساوس تستند الى هيكلية اكثر تنظيماً من قدرته على العلاج الداعم وجب على الطبيب توجيه المريض نحو العلاج النفسي بعد ان يصف له الادوية المساعدة في علاج حالته. وعلى هذا العلاج ان يتوجه الى مجموعة العوارض المتظاهرة والى آليات القلق اللاواعية المصاحبة للحالة وتحديداً الى:

أ ـ العوارض المتظاهرة:

١ ـ فقد الاهتمام: ويتجلى بتجنب نشاطات واشخاص كانوا، قبل المرض، مصدر سعادة للمريض. كما يتجلى بعزوف المريض عن ممارسة روتين حياته اليومي (بما في ذلك نشاطه الجنسي).

٢ ـ فقد الشهية: وهذا الفقد لا يحدد فقط من خلال كمية الطعام بل ايضا من خلال طريقة اقبال المريض على تناوله وقدرته على تذوقه.

٣ ـ رهاب المرض (احياناً مرض بعينه مثل السرطان او القلب... الخ).

٤ ـ العوارض العضوية: غالباً ما يبني المريض وساوسه بناءً على اضطرابات عضوية وظيفية قد تكون ناجمة عن تضخم احساسه بجسده او عن تغيرات في سلوكه (عقب التعرض للوضعية العظامية) او عن تحسن في جهازه العصبي ـ النباتي... الخ. فاذا ما احس المريض بدقات قلبه تحول هذا الاحساس (بسبب الخوف والانفعال) الى شعور بالخفقان الذي يؤدي بدوره الى الخوف من معاناة مرض القلب وقس عليه.

اما عن العلاج الدوائي لهذه الوارض فان الـ Fluanxol (يعالج ١ و٢) والـ Xanax (يعالج ٣) والـ Triptyzol (يعالج ٤)، هي عقاقير فاعلة، في رأينا، في علاج العوارض، (١ و٢ و٣ و٤) المذكورة اعلاه.

ب ـ اليات القلق اللاواعي:

١ ـ قلق الموت: ان رهاب المرض وعصاب الوساوي المرضية ليست الا اقنعة تغلف خوف المريض من الموت. وهي تجنب وعيه (تعمل كحيلة دفاعية) مواجهة قلق الموت. ولكن ومع تطور الحالة نلاحظ ان المريض يصبح اكثر وعياً لخوفه من الموت. اذ يكفي ان يتعرض احد معارفه البعيدين لحادثة ما (او ان يتوفى) حتى يجد المريض نفسه في مواجهة خوف حاد من الموت. وهذه المواجهة تتسبب في احداث صدمة خوافية لدى المريض. وبخاصة عندما تأتي بعد فترة من تكيف المريض وتغليه على وساوسه المرضية. وهذه الانتكاسة غالباً ما تثبت خطأ التعامل مع الحالة على انها الحالة قلقية بسيطة او هيستيرية صغرى (على غرار ما يميل بعض الاطباء للتعامل مع هذه الحالة).

٢ ـ نشوء الصورة الهوامية للجسد: مع ظهور الوساوس يبدأ المريض بمعاملة جسمه (او العضو موضوع الوساوس) على انه خائن. وهذه الخيانة قد تكلف المريض حياته (بحسب مدى وعي المريض لخوفه من الموت). عن هذا الاعتبار ينشأ احتقار المريض لجسده وخوفه من خيانته مما يؤدي به الى

انشطار الانا عن الجسم. بحيث يعتبر جسمه مصدراً لتهديد اناه.

هذا ويمكننا ان نضيف الى هاتين الاليتين آليات اخرى عديدة ولكن مختلفة باختلاف الحالة. والواقع ان العلاج النفسي يطرح هنا كضرورة ملحة لمواجهة هذه الآليات. اما عن العلاج الدوائب فان الـ Nozinan والـ Triptyzol من الادوية الفاعلة في علاج هذه الآليات.

جـ ـ الاقتراح العلاجي:

في حال توافر عناصر التشخيص المشار اليها اعلاه فاننا نقترح الوصفة الدوائية التالية لعلاج حالة الوساوس المرضية (تعطي متوسط الجرعات).

١ ـ Fluanxol عيار ٠,٥ مغ ـ ٣ مرات يوميا.
٢ ـ Triptyzol عيار ١٠ مغ ـ ٣ مرات يومياً.
٣ ـ Xanax عيار ٠,٥ مغ ـ ٣ مرات يومياً.
٤ ـ Nozinan عيار ٥ مغ ـ ٣ مرات يومياً.

٥ ـ علاج نفسي بتناول هيكلية العصاب وبنيته الاساسية. على ان يبدأ العلاج النفسي بعد اسبوع من العلاج الدوائي، اي بعد ان يكون المريض قد تخلص من مظاهر القلق العارم واصبح اكثر ثقة بقدرة العلاج على مساعدته للخلاص من معاناته.

٢ ـ تناذر قلب المحارب:

وتطلق على هذا الاضطراب تسميات مختلفة منها:

١) رهاب مرض القلب.
٢) تناذر داكوستا.
٣) وسواس القلب.
٤) ردة فعل قلقية.
٥) خفقان عصبي.
٦) زيادة نشاط القلب.
٧) وهن عصبي ـ وعائي.
٨) الجلطة الصدرية الوظيفية.
٩) اضطراب قلبي وعائي وظيفي... الخ.

هذه هي التسميات التي اطلقت على هذا الاضطراب منذ العام ١٨٩٥ ولغاية العام ١٩٧٤.

أ ـ العوارض المتظاهرة على صعيد القلب (لا تجتمع بالضرورة)

١ ـ خفقان القلب.
٢ ـ تسارع النبض.
٣ ـ انزعاج في منطقة القلب.
٤ ـ آلام في منطقة الصدر (بدون اعطال في الشرايين التاجية).

٥ ـ عسر التنفس عقب الجهد.

٦ ـ الشعور بالاختناق.

في رأينا ان العـلاج الذي ينجح في علاج ٩٢٪ من هذه الحالات هو ذلك الذي يجمع بين الـ Trasicor وبين الـ Diazepam.

ب ـ العوارض النفسية المصاحبة (لا تجتمع بالضرورة).

١ ـ مظاهر تناذر القلق. (يعالج بمضاد القلق Diazepam).

٢ ـ اضطرابات النوم. (يعالج بمضاد قلق مثبط Diazepam).

٣ ـ اضطرابات الذاكرة. (يعالج بـ فيتامينات ـ ب).

٤ ـ مظاهر انهيارية. (تعالج بالـ Fluanxol).

٥ ـ اضطرابات عضلية ـ وظيفية (تعالج بالـ Fluanxol).

٧ ـ اضطرابات هضمية ـ وظيفية (تعالج بالـ Fluanxol).

٨ ـ اضطرابات بولية ـ تناسلية ـ وظيفية (تعالج بالـ Fluanxol).

٩ ـ علائم نباتية ـ عصبية. (تعالج بالـ Diazepa).

جـ ـ الاقتراح العلاجي:

يهدف العلاج النفسي لهذه الحالات الى الحؤول دون تحول الحالة الى حالة وساوس مرضية. وقد يحدث ان يصل المريض الى العيادة بعد تطور عصابه الى وساوس مرضية. وفي هذه الحالة يتم علاجه وفق الاقتراح المعروض لعلاج هذه الحالة. اما عندما نعاين المريض في بداية معاناته لهذا التناذر فاننا نقترح علاجه بالوصفة التالية.

١ ـ Trasicor عيار ٢٠ مغ ـ ٣ مرات يومياً.

٢ ـ Diazepam عيار ٢ مغ ـ ٤ مرات يومياً (يمكن زيادتها لغاية ١٥ مغ يومياً).

٣ ـ Fluanxol عيار ٠,٥ مغ ـ ٣ مرات يومياً.

٤ ـ فيتامينات ـ ب.

٥ ـ العلاج النفسي.

٣ ـ ارتفاع الضغط الانفعالي:

ان علاج هذه الحالات يواجه اشكالية التشخيص التفريقي البالغ التعقيد. ولا يمكن للمعالج تخطي هذه الاشكالية كما قد يفعل امام الاضطرابين السابقي الذكر. فالمعالج لا يمكنه ان يداوي مريضه مرتفع الضغط بمضادات القلق كما انه لا يستطيع ان يصف له خافضات الضغط بصورة عشوائية. ولكن ومع اكتشاف المفعول المضاد للقلق لصادات بيتا (الى جانب مفعولها في ضبط نبض القلب وفي خفض الضغط) بات الاطباء يحلون هذه الاشكالية من طريق وصف صادات بيتا لعلاج هذه الحالات.

الطب النفسدي من جهته لا يشكك بهذا الموقف العلاجي ولكنه يدعو الى نظرة اكثر دقة وشمولية. وتزداد الحاجة الى هذا الموقف في الحالات التي يفشل فيها العلاج التقليدي لهذا النوع من ارتفاع الضغط (وبخاصة العلاج بصادات بيتا). وهذا الموقف هو التالي:

أ ـ التفريق بين ارتفاع الضغط العضوي (اساسي او ثانوي) وبين ارتفاعه الانفعالي.

ب ـ كي نرد ارتفاع الضغط الى الانفعال يجب ان تتوافر له الشروط التالية:

١ ـ ان يظهر ارتفاع الضغط بعد تعرض المريض والا يكون قد ظهر قبل ذلك.

٣ ـ التطور المتتابع لغاية استقرار المرض.

٤ ـ الا يكون ارتفاع الضغط ثانوياً لاضطراب نفسدي آخر.

جـ ـ تحدد الاحصاءات والدراسات الجائحية بعض انماط ارتفاع الانفعالي لدى مجموعات معينة من الناس. الامر الذي يدعو الاطباء الى طرح احتمال تأثيرات اكبر للعامل الانفعالي لدى هذه المجموعات وهي التالية:

١ ـ الذين يعايشون معارك حربية (Battle Strain). ولكن هذا النوع من ارتفاع الضغط يكون عادة عابراً. وغالباً ما يستجيب لعلاج حالة القلق الصدمي الطذي تولده المعارك.

٣ ـ يلاحظ الباحث (Maranon) ان ٥٠٪ من النساء يعانين من ارتفاع الضغط في فترة دخولهم سن اليأس. وان قسماً منهن ينجح في التكيف مع الوضع الجديد فتختفي لديه المظاهر النفسدية، المرافقة لسن اليأس، بما فيها ارتفاع الضغط.

د ـ التفريق بين انماط النشاط الشرياني.

ويتم هذا التفريق من خلال اختبار شيلونغ (Schellong) المخصص لتحديد تغيرات دينامية الدورة الدموية. ويتجلى هذا الاختبار بقياس الضغط والنبض في وضعي الوقوف والاستلقاء والمقارنة بينهما. ويظهر هذا الاختبار نوعين من الاستجابات المرضية وهما:

١ ـ النمط منخفض الحيوية (Hypotonique): ويتميز بهبوط الضغط الانقباضي (Systolique) وبزيادة الضغط الانبساطي (Diastolique) مع تسارع نبض القلب.

٢ ـ النمط منخفض الدينامية (Hypodynamique): ويتميز بهبوط الضغط الانقباضي والانبساطي كليهما مع تسارع نبض القلب.

وهذان النمطان يعكسان عدم ثبات الجهاز العصبي النباتي بحيث نلاحظ ارتفاع ضغط انفعالي بسيط ولكن متكرر (واحياناً متصاحب مع مظاهر عدم ثبات الضغط من صداع ودوار وغيرها) لدى كليهما.

هـ ـ التغيرات الهورمونية:

قد يكون ارتفاع الضغط الانفعالي هو ردة الفعل الاساسية، على الصعيد الجسدي، امام التعرض لعوامل الشدة (Stress). ولكن هذا الارتفاع قد يأتي ثانوياً لاضطرابات عضوية اخرى ناجمة

بدورها عن الشدة (او متفجرة بسببها). ولعل اضطراب افراز هورمون الالدوسيترون اهم هذه الاضطرابات (خاصة لدى المرضى الذين ينتمون الى عائلات تعاني من مشاكل غددية). وفي هذه الحالة فان جميع المحاولات العلاجية تكون فاشلة ما لم نلجأ لاصلاح الخلل الهورموني الحاصل.

الاقتراحات العلاجية:

تنوع هذه الاقتراحات وتختلف باختلاف المدارس الطبية والنفسية. وفي ما يلي سنحاول اعطاء لمحة سريعة عن اهم هذه الاقتراحات واوسعها استعمالاً. ونبدأ بـ:

١ ـ العلاج بالتنويم: ويقتضي استعمال المنومات لتنويم المريض فترة ١٨ ـ ٢٠ ساعة في اليوم. وذلك لمدة ٢ ـ ٣ اسابيع. وهذه الطريقة مستخدمة في علاج العديد من الاضطرابات النفسية وبخاصة منها ذات الطابع الانهياري. اما عن فعاليتها في علاج ارتفاع الضغط (باشكاله العضوية والانفعالية) فهي فعالية يؤكدها علماء عديدون من امثال Azerad, Kartun, Weissan وغيرهم.

ويرى بعض الباحثين ان ارفاق التنويم بالعلاج النفسي من شأنه مساعدة المريض على التكيف مع ضغوطاته. ويلاحظ ان هذه الطريقة مستخدمة في علاج كافة انواع ارتفاع الضغط.

٢ ـ العلاج الدوائي: وهنا نلاحظ اختلافاً واضحاً في المواقف العلاجية. اذ نقترح مجموعة من الادوية لهذا العلاج. وفي ما يلي نورد من اهمها:

أ ـ صادات بيتا (Beta bloquant) وخاصة بعدما ثبتت فعالية هذه الادوية في علاج حالات القلق الخفيفة. ومن اهم هذه الادوية البروبرانولول والاوكسبرونولول.

ب ـ مضادات القلق: وبخاصة عائلة البنزوديازيبين. وهي تمارس مفعولاً مثبطاً للانفعالات. وتستخدم في الحالات العضوية ايضاً.

جـ ـ العقاقير المستخرجة من نبات كف الثعلب Rauwolfia او الفتلازين وهي تعبد التوازن للجهاز العصبي النباتي.

د ـ صادات الفا (Alpha Bloquant).

وفي رأينا الشخصي ان علاج حالات ارتفاع الضغط الانفعالي يجب ان يجري على ثلاث مراحل فاذا فشلت احداها انتقلنا الى المرحلة التي تليها. وهذه المراحل هي التالية:

أ ـ صادات بيتا مع مهدئ نباتي من نوع البيلادوتا.

ب ـ ديهيدرو ارغوتامين مع البيلادونا.

جـ ـ ديهيدرو ارغوتامين مع مضاد قلق مع مضاد انهيار (بجرع صغيرة) مع العلاج النفسي.

٣ ـ العلاج النفسي: وهذا العلاج يقتضي تعرف المعالج الى هيكلية العصاب النفسدي المتجسد بارتفاع الضغط. وهذا التعرف يمر بالخطوات التالية:

أ ـ تحديد الروابط بين الانفعالات (الحالات الشدية اجمالاً) وبين تظاهر المرض. وهذا التحديد

يقتضي تعرف المعالج الى نوعية الانفعالات التي تعرض لها المريض ومدى حدتها وديمومتها وبخاصة تحديد ما اذا تعرض المريض لموقف صدمي (الشعور بتهديد الحياة).

ولعله من المفيد هنا ان نذكر بالعوامل الشخصية التى يراها Bringer مميزة للمرضى المصابين بارتفاع الضغط. وهذه العلائم هي التالية:

١ ـ غير قادر على تجاوز العقبات المرتبطة بصراعه النفسي.

٢ ـ غير قادر على تجاوز العقبات المرتبطة بصراعه النفسي.

٢ ـ غير قادر على التحكم بميوله العدوانية.

٣ ـ غير قادر على تنظيم قلقه وتحويله الى عصاب قلق عضوي (كعصاب القلب مثلاً).

٤ ـ نقص قدرته الهوامية (عجزه عن التهويم).

ومما لا شك فيه ان تعرف المعالج الى هذه المعطيات يسهل عليه تحديد استراتيجية علاجه للحالة.

هذا وقد جرت العادة على الجمع بين العلاج النفسي والاسترخاء والعلاج الدوائي لمواجهة هذه الحالات، فاذا ما فشل هذا العلاج وجب علينا اعادة الفحوصات (خاصة لهورمون الالدوستيرون) للتأكد من عدم بروز مساهمات عضوية جديدة.

المراجـــع

(١) Marty, P et Al: L'Etat Dora de point de Vue Psychosomatique.

وهي مجموعة ابحاث القاها اعضاء المدرسة الباريسية في المؤتمر الدولي للمحللين الناطقين باللغات اللاتينية. وترجمها مركز الدراسات النفسية الى العربية بعنوان «بسيكوسوماتيك الهيستيريا والوساوس المرضية» ونشرها في سلسلة كتب الثقافة النفسية، الصادرة عن دار النهضة العربية.

(٢) arty, P: Les Rêves chez les malades Somatiques ولقد ترجمها مركز الدراسات الى العربية في كتاب «الحلم والمرضى النفسي والنفسدي»، م.د.ن.

(٣) لقاء مع مارتي(Marty, P) ـ مقابلة العدد الاول لمجلة الثقافة النفسية، كانون الثاني ١٩٩٠.

(٤) Psychosomatique Cardio-Vasculaire, Congrès des Montsolut, 1981, Ed. Hans-Huber.

(٥) اليزابيث موسون (E,K. Moussong): نظريات حديثة في الطب النفسي، سلسلة كتب الثقافة النفسية، دار النهضة العربية، ١٩٩٠.

(٦) محمد احمد النابلسي: الامراض النفسية وعلاجها، دراسة في مجتمع الحرب اللبنانية، منشورات م.د.ن. الطبعة الثالثة ١٩٩٢.

(٧) محمد احمد النابلسي: امراض القلب النفسية، منشورات الرسالة ـ الايمان، سلسلة البسيكوسوماتيك، ١٩٨٧.

٦ - اسهامات مركز الدراسات النفسية في ميدان السيكوسوماتيك

د. سلمى المصري دملج

يطلق على الامراض السيكوسوماتية تسمية امراض العصر. وذلك لارتباطها بالشدة النفسية المتنامية مع زيادة متطلبات الحياة وضغوطها. الا ان مركز الدراسات اذ يركز على هذا الموضوع فذلك بسبب استشعاره لوقوع المجتمعات العربية تحت ضغط شدائد من نوع خاص. فبالاضافة الى القهر المعنوي المصاحب والناجم عن وضعيات اضطهادية متنوعة هنالك الحروب التي تهدد العديد من البلدان العربية واضعة سكانها تحت ضغوط الشدة الصدمية. بما يهدد مستوى اللياقة النفسية ـ الجسدية في تلك البلدان. وبغض النظر عن التعريف لمعتمد للاضطراب السيكويوماتي (راجع جولة في آفاق السيكوسوماتي في هذا العد) فان البلدان المعترضة للشدائد تسجل ارتفاعات ملحوظة في نسب الاصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية. ويعتبر لبنان في طليعة هذه البلدان ونموذجا لها. بحيث يمكن القول بان العيادة اللبنانية تقدم احد اهم ميادين الدراسات السيكويوماتية. ولقد استشعر المركز هذه الواقعة والحاجة الى هذه الدراسات فعمل على تقديم اسهاماته في مجالها.

ويمكننا تلخيص اهمية استعراض اسهامات المركز في المجال كما يلي:

١ ـ على الصعيد النظري

حيث يمكن التعريف بالعديد من الاضطرابات السيكوسيوماتية المرافقة للشدة النفسية. خصوصا وان بعضها يمتاز بخصوصيته الثقافية ويمتاز بعضها الاخر بالمتابعة الطويلة الامد لتطورات انعكاسات الشدة ومراحل تجسيدها. وذلك بدءا من المظاهر العصبية النباتية (المرافقة للانفعالات عموما) وصولا الى الامراض السيكوسوماتية التي تشكل خطرا على الحياة.

٢ ـ على الصعيد التطبيقي

تضع هذه المراجعة بين ايدي المختصين نتائج واحصاءات وفرضيات يمكنها ان تفتح ابواب المناقشة والتطبيق المقارن والمراجعة بما من شانه ان يشجع ويدعم امكانيات اجراء بحوث ودراسات جديدة لسد الفراغ الحاصل في المكتبة العربية. ولاعطاء العياديين فرصة التوجه الافضل في التعامل مع هذا النوع من الاضطرابات.

على ان هذا العرض لا يكتمل دون محاولة استعراض بيبلوغرافية للمؤلفات السيكوسوماتية العربية المنشورة. وهي محاولة لا ندعي اكتمالها اذ اننا سنعرض لما اتصل الينا به العلم من هذه الدراسات. وفي عودة الى اسهامات مركز الدراسات فاننا سوف نصنفها على النحو التالي:

١ ـ البحوث والدراسات و٢ ـ الترجمات و٣ ـ المؤلفات المنشورة. ونبدأ ب:

البحوث والدراسات

● **العقابيل السيكوسولوجية والسيكاترية والسيكوسوماتية للاحداث الرضية** (1992) ـ محمد احمد النابلسي، رسالة دكتوراه في الطب النفسي/ غير منشورة.

● **اختبار رسم الزمن في اوضاع الكارثة** (ورقة مقدمة في المؤتمر العالمي الثامن للطب النفسي - اثينا 1989) - اليزابيث موسون ومحمد النابلسي/ منشورة بالعربية في مجلة الثقافة النفسية العدد الثاني (1990).

● **اختبار رسم الزمن في السيكوسوماتيك** (1995) - محمد احمد النابلسي (ورقة مقدمة في المؤتمر الدولي لامرضية التعبير - بودابست 1995)/ منشورة في هذا العدد.

● **السيكوسوماتيك الدوائي (1992)** - محمد احمد النابلسي (ورقة مقدمة في مؤتمر نحو علم نفس عربي - لبنان 1992)/ منشورة في الثقافة النفسية العدد 12 (1992).

● **اعادة تأهيل مرضى السل الرئوي (1984)** - محمد احمد النابلسي - دراسة باللغة الفرنسية معدة في جامعة كرايوفا/ مترجمة الى العربية في منشورات م.د.ن.

● **الشدة والاحتشاء القلبي (1984)** - محمد احمد النابلسي (دراسة معدة في جامعة كرايوفا باللغة الفرنسية - غير منشورة).

● **اثر صادات بيتا في علاج ارتفاع الضغط الانفعالي (1984)** - محمد احمد النابلسي (رسالة دكتوراه في الطب البشري - جامعة كرايوفا - غير منشورة).

● **تطبيق اختبار رورزشاخ في السيكوسوماتيك (1989)** - منشورة في الثقافة النفسية العدد ١٧ (١٩٩٤) منشورات م.د.ن.

● **الجراحة والسيكوسوماتيك (1991)** - رياض النابلسي - منشورة في الثقافة النفسية العدد 8 (1991).

● **ابن سينا مؤسس السيكوسوماتيك (1991)** - مرحبا والنابلسي (ورقة مقدمة في مؤتمر تاريخ العلوم عند العرب - جامعة حلب ومنشورة في الثقافة النفسية العدد 7).

● **الحوادث النفسية عقب الجراحات (1991)** - رياض النابلسي - منشورة في الثقافة النفسية العدد السادس.

● **عصاب القلق في العيادة اللبنانية (1992)** - جمال الحافظ - منشورة في الثقافة النفسية العدد الحادي عشر.

● **الانماط النفسية للمرضى الجسديين (1992)** - روز ماري شاهين - منشورة في الثقافة النفسية العدد الثاني عشر.

● **السيكوسوماتيك والامراض الداخلية (1992)** - جمال الحافظ - منشورة في الثقافة النفسية العدد الثاني عشر.

● **قلق العملية الجراحية (1992)** - كبريال السبع - منشورة في الثقافة النفسية العدد 12.

● **الغدد واثرها في السلوك (1992)** - هشام الناظر - منشورة في الثقافة النفسية العدد الثاني عشر.

● **سيكوسوماتيك السكري (1992)** - نبيه خير - منشورة في الثقافة النفسية العدد 12.

● **اثر العلاج النفسي في تكيف مرضى السرطان (1993)** - كاملة الفرخ - منشورة في الثقافة النفسية العدد 13.

● **صدمة العملية الجراحية (1993)** ـ رياض النابلسي ـ منشورة في الثقافة النفسية العدد 13.

● **اضطرابات القلب النفسية (1994)** ـ محمد احمد النابلسي ـ منشورة في الثقافة النفسية العدد التاسع عشر.

● **الذبحة القلبية في لبنان (1992)** ـ ماجد العلي ـ منشورة في الثقافة النفسية العدد 12.

الترجمات

توزعت ترجمات المركز بين ترجمة الدراسات الاجنبية ونشرها في مجلته وبين اصدارها في كتب مستقلة. كما ضمت ترجمات المركز في المجال ترجمة اهم الاختبارات السيكوسوماتية. وفي ما يلي تعداد لهذه الترجمات:

● **التكتم لدى الناجين من الكوارث (1993)** ـ دراسة حالة لروبرت فيش ـ منشورة في الثقافة النفسية العدد الرابع عشر.

● **العلاج بالحركة لمرضى السرطان (1993)** ـ مقالة لاني ريشكو ـ منشورة في العدد الرابع عشر من الثقافة النفسية.

● **التفاؤلية الدفاعية (1994)** ـ مقالة للباحث الالماني شفارتس ـ منشورة في المجلة العدد الثامن عشر.

● **السيكوسوماتيك التحليل ـ نفسي (1994)** ـ مقالة للالماني اوفيريك ـ منشورة في المجلة في العدد التاسع عشر.

● **وجوه سيكولوجية للامراض المزمنة (1996)** ـ مقالة لبيتر شولتس وديرك هيلهامر ـ منشورة في العدد السابع والعشرين.

● **الحلم والمرض** السيكوسوماتي (1993) ـ دراسة تحليلية لبيار مارتي ـ ملف العدد الخامس عشر من مجلة الثقافة النفسية.

● **الاختبارات السيكوسوماتية** ـ نشرت على دفعات وسنعيد نشر اهمها في هذا المحور ـ انظر فقرة الاختبارات السيكوسوماتية.

● **سيكوسوماتيك الهيستيريا والوساوس المرضية (1991)** ـ مارتي ومشاركيه.

● **الحلم والمرض النفسي والنفسدي (1987)** ـ لبيار مارتي (اعيد نشرع في العدد 15 من المجلة) منشورات مركز الدراسات النفسية.

● **عيادة الاضطرابات الجنسية (1991)** ـ جاك واينبرغ.

● **التصنيف السيكوسوماتي للامراض (1987)** ـ كتاب مبادئ السيكوسوماتيك وتصنيفاته ـ مارتي وستورا والنابلسي ـ منشورات الرسالة ـ الايمان.

● **العلاج بالحركة للامراض السيكوسوماتية (1992)** ـ ريشكو والتوماري والنابلسي ـ فيلم فيديو معروض في المؤتمر الدولي للعلاج الجسدي/ باريس.

● **الضغط بالاضابع/ الشياتزو (1991)** ـ كتاب مترجم ليوكيو ارو ـ منشورات دار النهضة العربية.

● **الصدمة النفسية/ علم نفس الحروب والكوارث (1991)** ـ مجموعة من الباحثين ـ منشورات دار النهضة العربية ـ بيروت.

المؤلفات المنشورة

● **الامراض السيكوسوماتية (1990)** ـ منشورات المركز ويجري اعداد طبعة منقحة ومزيدة له ـ سنورد عرضه لاحقا.

● **معجم مصطلحات السيكوسوماتيك** ـ تحت الطبع.

● **الجراحة والعلاج النفسي (1989)** ـ رياض النابلسي ـ منشورات دار النهضة العربية ـ بيروت ـ سنعرضة لاحقا.

● **الامراض النفسية وعلاجها/ دراسة في مجتمع الحرب اللبنانية (1985)** ـ صدرت منه عدة طبعات لاحقة ـ محمد احمد النابلسي ـ وهو يضم فصلاً عن سيكوسوماتيك الحرب اللبنانية.

بعد هذا العرض للعناوين نأتي الى تقديم قراءات لبعض اهم نتاجات المركز في مجال السيكوسوماتيك. ونبدأ ب:

عروض الكتب

١ سلسلة الامراض السيكوسوماتية

■ **المؤلف: د. محمد احمد النابلسي**

■ **الناشر: م.د.ن.**

■ **عرض: د. فرج عبد القادر طه***

تبقى الدهشة عنصراً عقلياً ملخصاً للمفارقات وعلى القدرة العقلية لادراك هذه المفارقات فالقدرة على الاندهاش هي قدرة عقلانية متطورة وهي ارقى من ملكة التفكير. لذلك اهتم الفلاسفة بالدهشة وبآلياتها وسيروراتها. وكان من الطبيعي ان يهتم علماء النفس بدورهم بهذا الموضوع. فقام سيغموند فرويد بدراسة علم نفس النكتة فحلل المفارقات التي تجعل من النكتة نكتة. كذلك اهتم دارسوا اختيار الرورشاخ بدهشة مفحوصيهم امام اللوم الاحمر وقس عليه في دراسات واختبارات عديدة اخرى.

مناسبة حديثي عن الدهشة عبارة وردت في احد اجزاء سلسلة الامراض السيكوسوماتية (الجزء الخاص بـ: العقم النفسي وعلاجه). والعبارة هي: «**ان الظواهر المتكررة لا تسمح لنا بان نردها الى مبدأ المصادفة**».

لهذه الملاحظة قيمتها الفكرية والفلسفية في ميدان العلوم النفسية. اذ لا يمكننا دراسة الاضطرابات النفسية بصورة تجريبية لذا فان الوسيلة الوحيدة للحصول على المعطيات، حول هذه الاضطرابات، هي القدرة على الاندهاش التي تتضمن القدرة على ملاحظة ومعاينة الظواهر النفسية

(*) عضو المجمع العلمي المصري.

التي تتبدى في العيادة على شكل تجارب عفوية في معايشة المريض لاضطرابه. على هذا الاساس قامت المدارس النفسية الظواهرية على اساس رصد هذه التجارب العفوية (الظواهر) ومهاينتها وتسجيل مدى تكراريتها. حتى اعتمد هذا التكرار اساساً للتشخيص لدى بعض المدارس (مثل دليل تشخيص الامراض العقلية للجمعية الاميركية للطب النفسي).

مؤلف السلسلة هو الدكتور محمد احمد النابلسي الذي قدم ويقدم تضحيات كبيرة يوظفها لمصلحة الاختصاص في الوطن العربي ولقد اتاحت لي لقاءاتنا المتكررة وزمالتنا في الامانة العامة للاتحاد العربي لعلم النفس ان اشهد مدى جديته والتزامه الواضحين والهادفين لتحقيق اهداف نبيلة لخدمة الاختصاص في عالمنا العربي.

اما السلسلة، موضوع حديثنا، فهي قد قسمت بصورة اصطناعية الى اجزاء وهذا الشكل المصطنع هو اول اعتراضاتي عليها. ذلك ان نشرها في مجلد واحد يتحول في الجزء الى فصل كان اولى واكثر اقتناعاً من شكل الكتيبات الذي يخلف انطباع التطرق المتسرع للموضوع. لذا اتمنى على الصديق المؤلف ان يعتمد اخراجها بشكل مجلد في طبعتها القادمة. وبهذا فانني سانـاقش محتوياتها على انها فصول وابدأ بـ:

● **الفصل الاول:** مبادئ السيكوسوماتيك وتصنيفاته وفيه الابواب التالية:

١) المدارس والتيارات والنظريات السيكوسوماتية.

٢) تصنيف المدرسة الباريسية للسيكوسوماتيك (لشقيه الطبي والنفسي).

٣) تشخيص الامراض السيكوسوماتية.

٤) دراسة تطبيقية تعتمد مبادئ مدرسة باريس للتشخيص على مريضات يعانين من سرطان الثدي.

● **الفصل الثاني:** الانهيار (Depression) وهو مصطلح تناقشت حوله مطولاً مع المؤلف حيث المصطلح الشائع هو اكتئاب. وفي هذا الفصل تعريف لحالات الاكتئاب وتعريف بينها وبين حالات القلق. ثم عرض للتصنيفات المعتمدة في تشخيص هذه الحالات والادوية التي تعالجها. مع التركيز على حالات الاكتئاب المقنع ـ الذي يلبس قناع الاضطرابات الجسدية ـ Masked Depression وصولاً الى عرض مضادات الاكتئاب الحديثة واقتراحات لعلاج الحالات المقاومة للعلاج.

الفصل الثالث: اضطرابات الاكل ويقسم الى بابين:

١ ــ الهزال وعلاجه النفسي.

٢ ــ السمنة وعلاجها النفسي.

حيث يناقش المؤلف اضطرابات الاكل من الوجهة التحليلية ـ النفسية فيربطها، على طريقة فرانز الكسندر، بالعلاقة بالام في مرحلة ما قبل تعلم اللغة. ويعرض لمختلف العلاجات النفسية المتوافرة لهذه الحالات بدءاً بالعقاقير ومروراً بالتمارين الاسترخائية والعلاج المعرفي والتحليلي.

● **الفصل الرابع: القرحة وعلاجها النفسي**، ويلفتنا في هذا الفصل عرض النمط السلوكي لمريض القرحة وفيه الخصائص السلوكية المشتركة لدى مرضى القرحة. والواقع ان دقة عرض هذه الخصائص

توحي بامكانية بناء قياس خاص لمرضى على غراء قياس جنكينز الخاص بتحري النمط السوكي (أ) المميز للاشخاص المعرضين للاصابة بامراض الشرايين التاجية.

● **الفصل الخامس: امراض القلب النفسية**، وفيه يتطرق الدكتور النابلسي الى عرض جملة الاضطرابات التي كانت تصنف تقليدياً في اطار عصاب القلب. فيوضع اختلاف هذه الاضطرابات باختلاف اشكالها وعوارضها العيادية. فيعرض للاضطرابات القلبية التالية:

١ ـ تسارع نبض القلب.
٢ ـ خفقان القلب.
٣ ـ عثرة القلب.
٤ ـ اختلاج القلب.
٥ ـ تناذر قلب المحارب.
٦ ـ تناذر القلب زائد الحيوية.
٧ ـ انخفاض الضغط الانفعالي.
٨ ـ مرض بوڤيريه.
٩ ـ عصاب القلق.
١٠ ـ ارتفاع الضغط الانفعالي.
١١ ـ تناذر اكس.
١٢ ـ امراض القلب الانسدادية.

وفي نهاية الفصل يعرض المؤلف لعلاج هذه الحالات النفسي والدوائي والاسترخائي.

● **الفصل السادس: الربو والحساسية وعلاجهما النفسي**، يبدأ الفصل بتصنيف الحساسية وتحديد انواعها لينتقل الى مناقشة الربو والحساسية من الوجهة الطبية ـ العضوية البحتة ثم يأتي الربط بين المرض والانفعالات وبين المريض وعلاقاته بمحيطه ليخلص الى عرض التصنيف السيكوسوماتي لامراض الربو والحساسية وفي النهاية يقدم المؤلف اقتراحه للعلاج النفسي لهذه الحالات ضمن اطر ثلاثة هي:

١ ـ الاسترخاء في علاج الربو.
٢ ـ التحليل النفسي في علاج الربو.
٣ ـ الخطوات العملية للعلاج النفسي لحالات الربو والحساسية.

● **الفصل السابع: العقم وعلاجه النفسي**. ويحتوي المعلومات الاكثر حداثة ومعاصرة بين فصول هذا الكتاب. اذ يسجل ملاحظات وحالات عيادية منشورة يكون فيها العقم غير ذي علاقة بالاضطرابات التناسلية ـ العضوية. فيذكر حالات عقم نفسي ناجمة عن المواقف الرضية الآتية:

١ ـ العقم النفسي عقب فقدان طفل.
٢ ـ العقم النفسي عقب حالات الحداد.
٣ ـ العقم النفسي الناجم عن الخوف من انجاب طفل جديد... الخ.

وبالاضافة الى العرض الدقيق للمعطيات الطبية والنفسية حول العقم فان المؤلف يفيد من

احدث الابحاث السيكويوماتية حول الموضوع ويتعمق شرح وجهة النظر التحليلية. دون اهمال الاقتراحات العلاجية والعرض الدقيق والشيق لحالات عيادية كامثلة تطبيقية على طروحات الكتاب النظرية والطبية الممارسة.

عندما هذا الحد تنتهي سلسلة الامراض السيكوسوماتية ناقصة مجموعة من الاجزاء التي اشار الغلاف الى صدورها لاحقا. وهذه الاجزاء هي:

١ ـ سيكوسوماتيك المرأة.

٢ ـ الاضطرابات الغددية.

٣ ـ السكري وعلاجه النفسي.

٤ ـ السل وعلاجه النفسي.

٥ ـ الجنس والمرض النفسي والسيكوسوماتي.

وهذه الاجزاء ضرورية لاتمام هذه السلسلة (المجلد) لتحمل عنوان الامراض السيكوسوماتية. وربما كان من الضروري اضافة مقدمات، او فصول كاملة، حول اضطرابات الاجهزة الهضمية والتنفسية والبولية ـ التناسلية. ان اخراج هذه السلسلة على شكل كتيبات قد اساء الى محتوياتها التي نعتبرها نواة اساسية لعيادة سيكوسوماتية عربية. لذا يسعدني انهاء عرضي لهذه السلسلة بالتمني على الزميل النابلسي اتمام نشر اجزائها الباقية واصدارها بشكل مجلد يساعد القارئ على ادراك مدى جدية المعلومات التي يعرضها المؤلف والتي اعتبرها سابقة هامة في المكتبة العربية واساساً لتثقيف الاطباء والاخصائيين في الميدان ودعم ممارستهم العيادية باحدث المعلومات والاقتراحات العلاجية.

نهاية لا يسعنا اهمال التذكير بجهود الدكتور النابلسي في الميدان، اذ انه يرأس مركز الدراسان النفسية والسيكوسوماتية. وهو يقود الابحاث والترجمات في المجال. ومن مساهمات المركز في ميدات السيكوسوماتيك اود التذكير بالاصدارات التالية:

١ ـ الحلم والمرض النفسي والنفسدي (مترجم لبيار مارتي).

٢ ـ سيكوسوماتيك الهستيريا (مترجم عن المؤتمر ٢٨ للمحللين الناطقين باللغات اللاتينية).

٣ ـ عيادة الاضطرابات الجنسية (مترجم لجاك واينبرغ).

٤ ـ نظريات حديثة في الطب النفسي (مترجم لاليزابيث موسون).

بالاضافة الى عمل المركز على تقنين الاختبارات للاستخدام في عيادة السيكوسوماتيك حيث نشر المركز في مجلته «الثقافة النفسية» تقنينات استخدام اختبار رورشاخ ومدن ورودولف ورسم الشخص ورسم الزمن في ميدات السيكوسوماتيك. حيث بينت هذه الدراسات وجود استجابات خاصة بالمرضى السيكوسوماتيين امام هذه الاختبارات. كما نشر المركز عشرات الدراسات السيكوسوماتية في مجلته وفي مجلات اخرى من عربية واجنبية.

٢ ـ عيادة الاضطرابات الجنسية

- **المؤلف: جاك واينبرغ.**
- **الناشر: دار النهضة العربية**

■ **عرض: د. سهام راشد***

مؤلف الكتاب، الدكتور جاك واينبرغ، من اشهر الاطباء الفرنسيين العاملين في ميدان العلاج الطبي للاضطرابات الجنسية. اضافة لاشتراكه في عدة ندوات متخصصة في الميدان عقدت في بلدان عربية عديدة. ويأتي كتابه هذا مترجماً الى العربية في سلسلة كتب الثقافة النفسية ليدعم تواصله مع الاختصاصيين العرب ويلفتنا في الكتاب وفي ترجمته النقاط التالية:

١ ـ **العليقات والهوامش:** امتازت بكثرتها في هذا الكتاب، اذ ان موضوع الجنس من النواحي النفسية والطبية هو موضع غير مطروق سابقا. وقد اقتضى ذلك اضافة هوامش موسعة ومبسطة تسهل فهم الكتاب. ولا نبالغ اذا قلنا ان قراءة الكتاب تحتاج الى هذه الهوامش التي يعجز غير الاختصاصي عن وضعها.

٢ ـ **العلاقة بين المؤلف والمترجم:** طالما طرحت هذه العلاقة الاشكالات الكثيرة، وطالما كانت سبباً في حدوث العديد من الازمات وها نحن نرى في كتب هذه السلسلة تفاهماً واضحاً بين المؤلف والمترجم، حتى ان مؤلفة الجزء الاول من السلسلة، قامت بكتابة مقدمة خاصة وجهتها الى القارئ العربي. اما الدكتور واينبرغ مؤلف «عيادة الاضطرابات الجنسية» فقد بلغت ثقته بالمترجم حداً اباح له ادخال التعديلات الملائمة للعيادة العربية، على هذا الكتاب.

٣ ـ **المستوى العلمي:** نلاحظ المشرفين على هذه السلسلة لم يعمدو الى انتقاء الكتب الرائجة، في محاولة لجني المردود التجاري. صحيح انهم قد انتقوا الاسماء الهامة والكبيرة والمعروفة عالمياً، الا ان هذه الاسماء غير معروفة عربياً وهي بالتالي غير مسهمة في الزواج. هكذا بقي المستوى العلمي الجيد مع مراعاة المعاصرة، هو الاساس في انتقاء مواضيع هذه السلسلة.

٤ ـ **جدية الطرح:** ان عنوان الكتاب قد يوحي للكثيرين بالاثارة. ولكن هذا الايحاء لا يلبث ان يضيع في الاجواء الاختصاصية لهذا الكتاب. فالمؤلف طبيب اختصاصي في المجال، وهو يطرح في كتابع معاناة مرضاه وتجاربه واقتراحاته العلاجية. والكتاب موجه اساساً للاطباء الذين تضعهم ظروف ممارستهم على تماس مع الاضطرابات الجنسية بمختلف انواعها. واذا كانت الترجمة العربية خففت قليلاً من اللهجة الاختصاصية، فانها حافظت على جدية الطرح وعلى مستواه الرفيع، اذ ان التبسيط جاء عن طريق الهوامش والشروحات التي حولت هذا الكتاب الى ما يشبه القاموس الجنسي.

وفي عودة الى محتويات الكتاب، فان طبعته العربية مؤلفة من الابواب التالية:

أ ـ **الطب الجنسي:** وفيه الفصول التالية:

١ ـ افرازات الاندروجين.

٢ ـ الجنس والامراض الجلدية.

٣ ـ الجنس والولادة والحمل.

٤ ـ الجنس والسكري.

(*) رئيسة قسم الطب النفسي ـ جامعة الاسكندرية.

٥ ـ الجنس ومنع الحمل.
٦ ـ امراض الموتة والجنس.
٧ ـ الجنس واستئصال الرحم.
٨ ـ الاضطرابات التناسلية.

ب ـ الاضطرابات الجنسية: وفي هذا الباب مناقشة للاضطربات التالية:

١ ـ الضعف الجنسي.
٢ ـ البرودة الجنسية.
٣ ـ اضطرابات القذف.
٤ ـ آلام الجماع.
٥ ـ غياب النشوة.
٦ ـ انحراف النشوة.
٧ ـ المرأة المهبلية.
٨ ـ النزيف التناسلي.
٩ ـ الامراض المنتقلة جنسياً.

جـ ـ الاضطرابات النفسية ـ الجنسية:

١ ـ القلق والجنس.
٢ ـ الانهيار والجنس.
٣ ـ الخلافات الزوجية.
٤ ـ فض البكارة.
٥ ـ سن اليأس.
٦ ـ الرجل المتقدم في السن.
٧ ـ ادمان الجنس.

هذا ويبدأ الكتاب بفهرست للشكاوى الجنسية لدى كل من المرأة والرجل وبمعجم للمصطلحات الجنسية من خلال مطالعتنا لفصول هذا الكتاب نلاحظ تداخل اختصاص الطب الجنسي مع الاختصاصات الطبية الاخرى. وهذا ما هو حاصل بالنسبة الى جميع الاختصاصات الطبية، بحيث يقتضي الاختصاص تمرس الطبيب الجنسي وامتلاكه للتجربة في هذه الميادين. وبمجرد مراجعتنا لعناوين الكتاب ندرك ان الطب الجنسي متداخل مع الاختصاصات التالية:

ـ الغدد الصماء ـ الامراض الجلدية ـ النسائية والتوليد ـ امراض الايض ـ المسالك البولية ـ البسيكوسوماتيك ـ الطب العصبي ـ طب الشيخوخة ـ الطب العائلي ـ الطب العائلي ـ الطب النفسي.

وهكذا فان المعالج النفسي قد يجد نفسه مضطراً الى الاستعانة بواحد او اكثر من هذه الاختصاصات وفق الحالة المعروضة عليه والعكس صحيح.

لقد جاء هذا الكتاب ثمرة التعاون الاولي بين معهد الطب الجنسي وبين مركز الدراسات النفسية (م.د.ن.) وهو يناقش موضوع الاضطراب الجنسي بحرية لم تكن ممارسة حتى قبل ثلاثين

عاماً. وهو يفعل ذلك للمرة الاولى باللغة العربية، والحرية التي نعنيها هي حرية الحديث عن ضرورة الثقافة الجنسية وصولاً الى مبدأ العيادة الجنسية، فالاضطرابات الجنسية كما رأينا، هي اضطرابات جسدية غالباً ما تعود الى اسباب نفسية. وهذا يؤكد التداخل بين الطب الجنسي والبسيكوسوماتيك. هكذا ابتدأ الطب الجنسي تفرده واستقلاله بعيادته الخاصة كاختصاص مستقل في كثير من الدول ومن بينها فرنسا حيث معهد الطب الجنسي الذي يرأسه المؤلف.

وللطب الجنسي تصنيفات واصول تشخيصية خاصة، اذ ان تشخيص الاضطراب الجنسي يعتمد على المعطيات التالية:

١ ـ تحديد الاسباب العضوية الكامنة خلف الاضطراب.

٢ ـ التعرف الى المعاناة النفسية للمريض.

٣ ـ تحديد النواحي العاطفية ـ المزاجية.

٤ ـ تحديد وجود خلل في النواحي الجمالية.

٥ ـ الفحوصات المخبرية ونظيرة العيادية.

وهذا طبعاً بالاضافة الى الفحص الجنسي.

ويحدد المؤلف اهداف كتابه كما يلي:

١ ـ تقديم المساعدة الى الطبيب العام كي يحدد مسار علاجه للاضطراب الجنسي ضمن الغابات الكثيفة المتمثلة بضعف الثقافة الجنسية لمعظم المرضى، وخضوع هؤلاء لكثير من الاقاويل والممارسات التي لا تمت الى الواقع الطبي بصلة.

٢ ـ نشر الوعي الصحي ورفع مستوى الثقافة الجنسية الجادة.

٣ ـ ارساء اسس العيادة الجنسية.

ولقد قام بترجمة الكتاب وتقديمه والتعليق عليه الطبيب النفسي محمد احمد النابلسي، وهو عضو شرف محلف في معهد الطب الجنسي ـ باريس. ولقد لخص د. النابلسي اهداف (مركز الدراسات النفسية) من نشر هذا الكتاب بما يلي:

١ ـ نشر الثقافة النفسية في مجتمع لا يزال يرهب الجنس.

٢ ـ تعريف القارئ العربي المختص تحديداً، بهذا الفرع الجديد.

٣ ـ تأمين مرجع عربي يلجأ اليه المريض بعيداً عن الشائعات والمفاهيم الخاطئة.

وفي المقدمة اشارة الى اعادة تبويب مواضيع الكتاب في طبعته العربية، بهدف تحويله الى ما يشبه القاموس الجنسي لتيسير استعماله. كما يشير الدكتور المترجم الى اختزاله واختصاره لبعض الفصول التي تناقش اضطرابات نادرة الوجود في مجتمعنا، كما اشار الى ما اضافه من شرح لاوضاع اخرى مميزة لهذا المجتمع.

٣ ـ سيكوسوماتيك الهيستيريا والوساوس المرضية

- **المؤلف: مجموعة من الباحثين.**
- **الناشر: دار النهضة العربية.**

■ عرض: د. عبد الرحمن العيسوي*

الوساوس المرضية، الهيبوكوندريا او توهم المرض او المرض الوهمي هي موضع نقاش. حتى ان افلاطون استبعد مرضى الوهم من مدينته الفاضلة. والكلام عن الهيستيريا لا يقل قدماً عن الكلام عن وهم المرض فالهيستيريا من Hystra كانت موضع اهتمام الكثيرين من اطباء الاغريق وغيرهم.

وهذان الاضطرابات استمرا عبر العصور طارحين مشاكل عديدة في وجه الاطباء والمعالجين وصولاً الى انعكاسهما على الاعمال الادبية والفنية فها هو موليير يخص هجاس المرضى (كما يصطلح اليوم على تسمية الاوهام المرضية) مسرحية من اهم مؤلفاته وهي مسرحية مريض الوهم (Le Malade Imaginaire). اما بالنسبة للهيستيريا فانه من المستحيل علينا تعداد الاعمال الادبية والفنية المحتوية على شخصيات او اشارات هيستيرية.

وهكذا فاننا نستطيع القول بان كلا الاضطرابين قد رافق الانسانية منذ ظهور اولى نظريات الشفاء ولغاية يومنا هذا. ولكن ما هي النظريات المعاصرة حول هذا الموضوع؟ ما هي التصنيفات؟ وما هي الاقتراحات العلاجية المطروحة؟.

على مجموعة هذه الاسئلة يجيب كتاب «بسيكوسوماتيك الهيستيريا والوساوس المرضية» وهو الكتاب الثالث في سلسلة كتب الثقافة النفسية (الملحقة بالمجلة الفصلية الصادرة حديثاً والتي تحمل نفس الاسم) وهو صادر عن دار النهضة العربية في بيروت.

والكتاب ينقل آراء العلماء البسيكوسوماتيين كما طرحت في المؤتمر الثامن والعشرين للمحللين النفسيين المنعقد في توسان في فرنسا. وهكذا فانه يعرض آراء كل من بيار مارتي وميشال فان وغيرهما.

لفئة خاصة نوجهها للاسلوبي المبتكر لهذه السلسلة ولطريقتها في اخراج واعداد كتبها. فلو عمد المشرفون على السلسلة الى ترجمة هذه المقالات والابحاث بالاسلوب التقليدي لكانت النتيجة اخراج كتب غامضة ومتسببة في اللبس لدى غالبية القراء. ان هذا الاسلوب المبتكر، موضع اعجابنا قد تجلى في هذا الكتاب من خلال الآراء المنشورة فيه ويضعان الكتاب في قائمة المراجع العربية المهمة، فالمحللون عمدوا الى مناقشة مواضيع الهيستيريا والاضطراب البسيكوسوماتي والوسواس المرضي من خلال مناقشتهم لحالة دورا (مريضة فرويد الشهيرة) وعن طريق هذه المناقشة اوضح المؤلفون وجهة نظرهم بالمقارنة مع وجهة نظر التحليل التقليدي. ومثل هذا النقاش وهذه المقارنة لم تكن مفهومه وواضحة لو لم يلجأ المشرفون على السلسلة الى الفصلين التاليين:

الفصل الاول: دورا كما رآها فرويد»:

ان حالة دورا هي احدى الحالات الخمس التي نشرها فرويد في كتابه خمس حالات تحليلية (١٩٢٣) وكان قد نشرها عام (١٩٠٥) بعنوان: مقطع من تحليل الهيستيريا.

في هذا الفصل يعرض المشرف على السلسلة لحالة دورا كما رآها فرويد وشرحها. وهذا العرض ضروري كي نتمكن من مقارنة طروحات فرويد مع طروحات البسيكوسوماتيين وهو اكثر

(*) استاذ علم النفس ـ جامعة الاسكندرية.

ضرورة واهمية بالنسبة لمن لم يقرأوا حالة دورا. وقد اتى هذا العرض مختصراً ولكن دون المساس بروح الموقف الفرويدي من دورا. ولقد تناول هذا العرض النقاط التالية:

١ ـ موقف التحليل من الهيستيريا قبل فترة علاج فرويد لدورا (اي قبل ١٨٩٩).

٢ ـ عائلة دورا (الاب الام، الاخ، العمة والعم).

٣ ـ عرض مختصر لحالة دورا.

٤ ـ احلام دورا وتحليل هذه الاحلام حسب فرويد.

٥ ـ التحليل النفسي للهيستيريا بعد علاج فرويد لدورا.

٦ ـ دورا كما رآها فرويد.

وهذا العرض لم يتقصر على تلخيص موقف فرويد من هذه الحالة الشهيرة وانما هو تعدى هذا العرض الى توضيح النقلة المضادة لفرويد امام مريضته، بل والى توضيح ما يسميه المحدثون من المحللين باخطاء فرويد العلاجية في هذه الحالة. هذه الاخطاء التي سيبرزها المؤلفون في الفصل الثالث ويناقشونها تفصيلاً. وفي مقدمتها انطلاق فرويد من ميدان علاج الهيستيريا لدى دورا كان من شأنه ان يؤدي الى شفائها. هذا المبدأ الذي يعتبره المؤلفون غير موضوعي لانهم يعتبرون ان دورا لم تكن تعاني فقط من الهيستيريا وانما هي كانت تعاني من قائمة من الاضطرابات البسيكوسوماتية، وهي اضطرابات تشتد وطأتها لدى شفاء المريضة من الهيستيريا، في حين انها تهمد وتكاد تختفي لدى اشتداد المظاهر الهيستيرية التي يعتبرها البسيكوسوماتيون كعلائم لغريزة الحياة.

الفصل الثاني: «الوساوس المرضية»:

يأتي هذا الفصل فريداً من نوعه وغاية في الاهمية، فهو المرجع العربي الوحيد الذي تابع وهم المرض منذ ايام افلاطون ولغاية اليوم مركزاً على آراء الاعلام ممن بحثوا هذا الموضوع وناقشوه في عمقه. وفي هذا المجال عرض لآراء كل من:

١ ـ ميلاني كلاين: هي صاحبة الباع الاكبر في هذه المجالات اذ خصصت لها عدداً كبيراً من ابحاثها. وتلخيصاً فان موقفها هو التالي: ان هنالك علاقة دقيقة بين الهيستيريا (الاقلاب الهيستيري) وبين هجاس المرض (الوساوس المرضية). وبهذا فان دراسة حالات الاقلاب الهيستيري لا يمكنها ان تتم بمعزل عن دراسة الوساوس المرضية والمظاهر الجسدية المتبدية لدى المريض.

٢ ـ ماري سيلفيني: وتنتمي هذه الباحثة الى مدرسة كلاين وهي تميز اربعة مواقف للشخص امام جسده (مواقف مرضية طبعاً) هي:

ـ الجسد يهدد الانا بنشأ حيث اباء الطعام او الخلفة العقلية.

ـ الجسد موضع تهديد. وفي هذه الحالة تنشأ الوساوس المرضية.

ـ الجسد المشوه وفي هذه الحالة بنشأ الخوف من تشوه الجسد.

ـ الجسد المعتوه وفي هذه الحالة ينشأ الاحساس بغرابة الجسد.

٣ ـ س. فيرنزي: وهو يربط بين هجاس المرض وبين الايروسية الشرجية. وهذا الموقف لا يتعارض مع موقف فرويد الذي عاد واعتبر الهجاس بمثابة مرضى نرجسي.

٤ ـ الطب النفسي وهجاس المرض: يقسم الطب النفسي الهجاس الى:

أ ـ الهجاس الحصري Hypochondrie Obsedante.

ب ـ هجاس القلق Hypochondrie Anxieuse.

ج ـ الهجاس الهيستيري Hypochondrie Hysterique.

د ـ الهجاس العظامي Hypochondrie Paranoiaque.

آراء:

واضافة لهذا التصنيف نعرض الآراء التالية:

أ ـ والنبرغ: ويعتبر انه يجب التفريق بين الهجاس العرضي وبين البنية الهجاسية.

ب ـ ديلماس: الذي يقرر ان البنية الهجاسية هي عينها البنية العظامية.

ج ـ البسيكوسوماتيون: الذين يربطون بين اوضاع الكارثة (بما فيها الامراض الخطرة) وبين ظهور الوساوس المرضية. وهذا الرأي هو الاحدث والالصق بالتجربة العلمية.

الفصل الثالث: «بسيكوسوماتيك الهيستيريا»:

ينتمي اصحاب المقالات المؤلفة لهذا الفصل، الى مدرسة واحدة هي مدرسة باريس. وبهذا فانهم اصحاب موقف واحد من التحليل النفسي ومن الهيستيريا ومن مواقف فرويد في حالة دورا. ولقد تولى كل واحد منهم مناقشة حالة دورا من زاوية معينة. بحيث اتى هذا النقاش حياً وشاملاً وكان المناقشون يوجهون كلامهم الى فرويد مباشرة. وهم يغالطونه، ومعه التحليل النفسي التقليدي، في نقاط عديدة يمكننا اختصارها على الوجه الآتي:

١ ـ اعتبر فرويد ان الهيستيريا هي التفسير الاوحد لكافة المظاهر المرضية لدى دورا، واعتبر ان الاقلاب الهيستيري كفيل لوحده بتفسير كافة المظاهر الجسدية التي عانتها دورا، والمؤلفون لا يوافقون على هذا الرأي فهم وان لم ينكروا هيستيريا دورا وبعض مظاهر الاقلاب لديها ولكنهم يرون ان المظاهر الجسدية لدى دورا ممكنة التقسيم الى نوعين:

ـ مظاهر اقلابية!.

ـ مظاهر بسيكوسوماتية!.

٢ ـ ان تركيز فرويد على العصاب الهيستيري جعله يغفل عن اعصبة ومظاهر نفسية ـ مرضية اخرى لدى مريضته.

٣ ـ يعتبر فرويد ان عدم شفاء دورا يعود الى مقاطعتها للتحليل. ويمعنى آخر فانه يعتقد ان التحليل كان قادراً على شفاء دورا فيما لو تابعت علاجها. وهذا الاعتقاد لا يزال سائداً لدى التقليديين من المحللين. ولكن المؤلفين يرون عكس ذلك فيرأيهم ان التحليل التقليدي لم يكن قادراً على تحقيق شفاء دورا.

٤ ـ ان اثر النيوفرويدية يبدو واضحاً لدى المؤلفين ونستشف ذلك من خلال استعمالهم للمصطلحات الخاصة بهذه المدارس. كمثل مصطلحات ميلاني كلاين وجاك لا كان وغيرهم من الفرويديين المحدثين.

ولكن هذه المعارضة لا تؤثر على انتماء المؤلفين للمدرسة التحليلية هذا الانتماء الذي يصرون عليه ويؤكدون حرصهم على مبادئه.

وهكذا فان هذا الكتاب قد اتى فريداً من نوعه في مكتبتنا العربية ليعرض نظريات غاية في الحداثة والمعاصرة. فمكتبتنا تكاد لا تعرف من الهيستيريا الا دورا العام ١٩٠٠ وعدد من الترجمات الاخرى التي تسايرها في القدم والتي اصبحت متخطاة امام النظريات الحديثة. ومما يزيد اهمية الكتاب والنظريات التي يطرحها هو كونه يناقش مفصلتين واسعتي الانتشار في مجتمعنا العربي. اذ تشير الاحصاءات الى اتساع رقعة الاصابة وارتفاع اعداد المصابين بهذه الاضطرابات في المجتمع العربي. وتضاف الى هذه الاحصاءات تقارير تفيد بارتفاعها بشكل وبائي في مجتمع الحرب اللبنانية، اذ يقرر الاطباء النفسيون العاملون في لبنان انهم يعاينون يومياً عدداً من هذه الحالات بل ويقررون عن طريق ملاحظاتهم العيادية، الازدياد الكبير بهذه الاصابات.

وهنا اشارة لا بد منها الى الاهمية الكبيرة لهذه السلسلة من الكتب التي تطالعنا دوماً بمواضيع معاصرة سواء لجهة حداثتها او لجهة اهميتها الحالية في العيادة النفسية، فالمواضيع التي تنتفيها هذه السلسلة هي مواضيع وثيقة الصلة بمعاناة المرضى وبحاجات المعالجين. وبما يزيد اهتمامنا بهذه السلسلة هو عرضها لمواضيعها على لسان كبار الاختصاصيين العالميين في مختلف الميادين فقد صدر في هذه السلسلة:

١ ـ نظريات حديثة في الطب النفسي عرض خلاصة تجربة عمرها اربعون عاماً من حياة البروفسورة موسون في ميدان الطب النفسي وعلم النفس العيادي. والبروفسورة موسون كانت قد شغلت طيلة ١٢ عاماً منصب رئاسة الجمعية الدولية لعلم النفس التطبيقي اضافة الى العديد من المناصب الاكاديمية والعيادية. وهي صاحبة الاختبار الهام المسمى باختبار رسم الوقت.

٢ ـ عيادة الاضطرابات الجنسية: وهذا الكتاب احدث ضجة كبيرة نشرته شركة ساندوز ووزعته على الاطباء من مختلف الاختصاصات. وهو قد احدث ضجة مماثلة في الاوساط العربية، وهو من تأليف الدكتور جاك واينبرغ عميد معهد العلوم الجنسية في باريس.

وفي النهاية فاننا نحيي جهود مركز الدراسات النفسية ومساهماته الهامة في اغناء مكتبتنا العربية بالمراجع التي طالما افتقدناها في هذه المكتبة.

٤ ـ الضغط بالاصابع ـ شياتزو

- **الناشر: دار النهضة العربية.**
- **المؤلف: يوكيكو آرو.**
- **عرض: د. جليل شكور(*)**

تأتي نظريات العلاج الجسدي كردة فعل على السيكوسوماتيك او تكملة له. اذ تعتبر هذه النظريات ان اصلاح صورة الجسد يؤدي الى دعم التوازن النفسي لدى المريض. ومن اشهر مدارس

(*) الجامعة اللبنانية ـ قسم علم النفس ـ الفرع الثالث.

العلاج الجسدي المدرسة الطاقوية ـ الحيوية ومتفرعاتها وكلها تستخدم الضغط بالاصابع. لذلك يمكننا اعتبار هذا الكتاب مدخلاً الى هذه العلاجات.

نقرأ من مقدمة الكتاب للجنة الترجمة في مركز الدراسات النفسية:

«بقيت وسائل الشرق العلاجية اسراراً مغلقة ومستعصية لفترة طويلة من الزمن وصلت الى حوالي الخمسة آلاف سنة، الا ان هذه الوسائل تمكنت من البقاء والاستمرار مستندة الى فعالية النتائج التي تعطيها. ولعله من الطبيعي ان تأتي هذه الوسائل منسجمة مع طبيعة الانسان الشرقي وميوله الصوفية التي وان هدفت الى تأمين الاتصال الروحاني فانها لا تلغي اهمية الجسر المادي الذي بدونه تنتفي كل امكانيات الاتصال. لذلك رأينا الانسان الشرقي منذ اقدم العصور ولغاية اليوم ميالاً للتأمل وباحثاً عن الحالة النفس ـ جسدية الافضل وتعبير ادق، فان الشرقي يولي اهمية كبرى لتدعيم صورة جسده ويعمل على حمايته وتأهيله للحياة الروحية والتأملية التي يميل اليها الفكر الشرقي».

وهكذا نلاحظ تمازج هذه الوسائل العلاجية وتداخلها مع التعاليم الدينية، حتى ليصعب الفصل بينهما في بعض الاحيان.

واليوم بعد مضي آلاف السنين على ظهورها عادت اساليب العلاج الشرقي لتأخذ مكانة خاصة، وبل ومزاحمة للعديد من التطورات العلمية الحديثة المعتمدة على الذرة والكمبيوتر. فما هي الصفات التي تؤمن لهذه الاساليب القديمة مؤهلات المنافسة. ان في مقدمة هذه المميزات ما اثبتته الابحاث الحديثة نفسها اذ دلت على ان الاساليب الشرقية من يوغا واسترخاء وتأمل ووخز بالابر وشغط بالاصابع وغيرها، هي اساليب تشجع افرازات الدماغ لمادة الاندرافين، وهي مادة طبيعية يفرزها الدماغ تتمتع بتأثيرات مادة المورفين نفسها. هذا الاكتشاف العلمي يفسر بعد غموض دام خمسة آلاف عام كيف يمكن لهذه العلاجات معالجة الآلام علاجاً فعالاً، حتى انها باتت مطروحة للاستخدام بدلاً من التخدير في ميدان الجراحة بل ان العديد من البلدان وضعت هذه الطريقة موضع التنفيذ الفعلي. فبعد اقتراحات اجراء الجراحة تحت تأثير التنويم المغناطيسي فان اطباء اليوم بامكانهم الاعتماد على وخز الابر عوضا عن التخدير الدوائي.

وعلى هذه العلاجات الطبيعية قامت نظرية طبية فلسفية هي نظرية الطب المسالم (Medecine Douce) ويأتي في مقدمة هذه العلاجات الضغط بالاصابع Accopressure علاجاً فعالاً ومتكاملاً نظراً لتمتعه بالخصائص التالية:

١ ـ هو علاج يمكن ممارسته بصورة ذاتية، بمعنى ان المريض قادر على ممارست من دون الحاجة الى معالج فاذا ما اضطر المريض الى ذلك فانه لا يلبث ان يتعلم الممارسة الذاتية فيتابع علاجه بنفسه.

٢ ـ قدرة هذا العلاج على تخفيف الآلام الجسدية المتنوعة. بسبب تشجيعه لافراز الاندروفينات وذلك دون ادخال اية مادة غريبة مسكنة الى الجسم وايضاً دون اجراء اي تعديل على عمل الوظائف.

٣ ـ فعالية هذا العلاج في علاج دائرة متسعة من الاراضي والاضطرابات ومن اهمها نذكر التالي:

أ ـ التوتر والارهاق النفسيين.

ب ـ آلام الصداع والشقيقة.
ج ـ آلام المفاصل الناتج عن تشنج العضلات.
د ـ الهبوط الجنسي.
هـ ـ اضطرابات النوم.
و ـ الاضطرابات الهضمية.
ز ـ تناذر اليد (لاعب التنس).

٤ ـ النتائج الفائقة التي يعطيها هذا العلاج في ميدان الاضطرابات النفسي ـ جسدية (البسيكوسوماتية).

٥ ـ تمثل هذه الطريقة النموذج الافضل لعمليات التدليك الطبي المؤدية لاسترخاء عميق من شأنه ان يعيد للشخص احساسه بجسده احساساً لذيذاً بعيداً عن الالم وبعيداً عن الشعور بان الجنس هو مصدر امراض واحاسيس سلبية، كالالم والتوتر والتشنج... نظراً لهذه المميزات التي يتمتع بها العلاج بـ (ضغط الاصابع) فاننا نرى لهذا الكتاب اهمية فائقة وخاصة انه يتوجه باسلوب مبسط من شأنه ان يسهل استخدام هذه الطريقة من قبل القارئ العادي حتى ولو لم يكن ملماً مسبقاً بمبادئ هذا النمط من الاساليب العلاجية...

واذا كانت اليوغا والطرق الاسترخائية، منتمية الى الحضارة الهندية ووخز الابر الى الحضارة الصينية، فان الضغط بالاصابع هو اسلوب ياباني.

ويرمز لهذا العلاج باليابانية بكلمة (شياتزو Shiatzu) حيث Shi تعني اصبع وAtzu تعني ضغط.

هذا العلاج هو وليد خبرة تجاوزت الاربعين قرناً، ذلك ان استعمال هذه الطريقة، في اليابان يعود الى اكثر من ٤٠٠٠ سنة، وهذا الكتاب يعرض موضوعه بيسر وبساطة وذلك من خلال الفصول التالية:

التعريف بالطريقة ـ طريقة استعمال الاصابع مستويات الضغط فوائد الطريقة وكيفية ممارستها، الضغط بالاصابع لعلاج الهبوط الجنسي، الضغط بلاصابع لعلاج الارق، الضغط بالاصابع لعلاج الصداع الشقيقة، الضغط بالاصابع لعلاج تشنجات عضلات العنق والكتفين الضغط بالاصابع لعلاج الم اسفل الظهر، الضغط بالاصابع لعلاج اضطرابات الهضم، الضغط بالاصابع لعلاج تناذر المرفق (اليد).

ولكن باختصار ما هو جوهر هذه الطريقة العلاجية؟

ان المعالجة بالوخز بالابر تقوم على استعمال الابر في نقاط رئيسية في الجسد تدعى تسويا ويعتمد في الشياتزو في استخدام هذه النقاط لكن بدلاً من ادخال الابر فهو يعتمد على الضغط على هذه النقاط بالابهام وسائر الاصابع وبراحة اليد. ولعل افضل طريقة للتعريف بهذا الفن العلاجي هي النظر باختصار في جذوره الكامنة في الفلسفة الشرقية القديمة وفي مفهوم الوحدة.

ان مفهوم الوحدة يعني ان حياة الكون وحياة الفرد مركبتان اساساً من العناصر ذاتها، ويقول الفلاسفة الشرقيون القدامى ان كل حياة في الكون وكل شيء في الكون يتبع دورة حياتية واحدة.

وهم يقولون ان الين (Yln) واليانغ (Yang) هما القوتان الرئيستان المتضادتان في الكون واللتان ينبغي الحفاظ على توازنهما اذا ما اريد التوصل الى الوحدة...

لقد ارتبط الطب الشرقي منذ نشأته بفلسفة الوحدة وفكرة قوى الين واليانغ في الجسد وفيما يحيط به.

وعليه فان اختلال الصحة هو انعكاس لاختلال التوازن بين قوى الين واليانغ.

وكان المنهج الصحي الوقائي هو المحافظة على هذا التوازن في الجسد فاذا ما فقد هذا التوازن تدخل المعالج لاعادته. والى هذا المنهاج يرتكز الشياتزو اي الضغط بالاصابع...

والايدي والاصابع هي من وسائل الاتصال والسبيل لتهدئة الاوجاع اذ عندما يشعر الواحد منا بألم فانه سرعان ما يمس منطقة هذا الالم بيده اما في الحب فالناس يتلامسون بالايدي فقهر الشعور بالوحدة عند التلامس هو جوهر الشياتزو فالطاقة تنتقل من يديك ومن الابهام وغيرها من الاصابع وليست راحتا اليدين الا مخارج للطاقة...

٥ ـ الجراحة والعلاج النفسي

- **المؤلف: د. رياض احمد النابلسي.**
- **الناشر: دار النهضة العربية.**
- **عرض: د. خليل ميخائيل معوض***

كيف يستقبل مريض ما خبر ضرورة خضوعه لعملية جراحية؟ هل تختلف ردود الفعل والانفعالات باختلاف نوعية العلمية والمنطقة التي تجرى فيها؟ هل يقتصر الانفعال على المريض ام يمتد الى الجراح نفسه؟ ـ هل لانفعال المريض وحالته النفسية علاقة بمقدار نجاح الجراحة او فشلها؟ ما هو دور المعالج النفسي في الفريق الجراحي الحديث؟... الخ من اسئلة عديدة يجيب عليها هذا الكتاب الذي الفه جراح متخصص حاول ان يودع فيه تجربته في هذا المجال.

والكتاب هو الاول من نوعه باللغة العربية وبالتالي فانه الدليل الاول في يد المريض العربي كما في يد المعالج النفسي العربي الذي يفتح له هذا الكتاب افاق العمل في القسم الجراحي. وهو افق جديد بالنسبة لمستشفياتنا. وبالرغم من الصغر النسبي للكتاب (١٤٥ صفحة حجم وسط) فانه يعالج العلاقة بين الجراح والمعالج النفسي من كافة وجوهها ومجالات وامكانيات تطبيقها. كما يعالجه المآزق النفسية للمريض وذلك من خلال الفصول التالية:

١ ـ دور المعالج النفسي في قسم الجراحة: وفيه يتحدث المؤلف عن ضرورة انسنة العمل الجراحي

(*) استاذ علم النفس ـ جامعة الاسكندرية.

ودعم المريض في مواجهة الفحوصات وفي التهيؤ للعملية واخيراً يتطرق الى العلاقة بين الجراح والطبيب النفسي.

٢ ـ الاضطرابات النفسية ـ الجراحية:

بوصفها رضة جسدية وعامل ارهاق جسدي فان بامكان الجراحة ان تتسبب في ظهور او اعادة احياء عدد من الاضطرابات النفسية الكامنة. وفي هذا المجال يذكر المؤلف عدداً من الحالات التي عرضت له اثناء ممارسته لمهنته كجراح. ومن خلال خبرته هذه فانه يقسم هذه الاضطرابات الى ما قبل الجراحية مع افراد باب خاص لجراحة المرضى النفسيين.

٣ ـ الجراحات الخاصة: تتمتع بعض اقسام الجسد بقيمة هوامية وحياتية مميزة. ومن هنا يسميها المؤلف بالجراحات الخاصة. التي يناقشها في هذا الفصل مركزاً على جراحة القلب والجراحة النسائية وجراحة الدماغ وجراحة المرضى المدمنين.

٤ ـ وزارة الاعضاء: طرح تطور الجراحة اشكاليات عدة. وفي طليعتها جراحة زراعة الاعضاء. فكيف يحس انسان ما عندما نستأصل له احد اعضائه ونزرع له مكانها عضواً غريباً؟ ما هو مدى حزنه على موت احد اعضائه الى غير رجعة؟ وما هو مدى تقبله للحياة بعضو غريب غالباً ما يكون مصدره انسانا ميتا؟ ان مثل هذه الموقف الوجدانية تطرح على الصعيد النفسي اشكاليات معقدة وصعبة.

٥ ـ الاخلاقية الجراحية وعلم النفس: ان التطورات العلمية والحضارية المعاصرة ادت الى توسيع رقعة المسؤولية الاخلاقية للاطباء عامة وللجراحين منهم بشكل خاص. والمؤلف يختم كتابه بمناقشة هذه المسؤولية ومن ثم يتطرق الى موضوع الجراحة النفسية وموضوع آفاق التعاون المستقبلي بين الجراح وبين المعالج النفسي.

الكتاب هو الاول من نوعه في العالم العربي ومما يزيد في اهميته كون مؤلفه د. رياض احمد النابلسي جراح متمرس يتحدث عن مواضيع عاينها وخبرها طيلة سنوات. مما يعطي للكتاب طابع المعايشة ويدعمه بتجارب عملية. والكتاب صادر عن دار النهضة العربية.

٧ - بيبلوغرافيا السيكوسوماتيك في المكتبة العربية

اعداد د. جليل شكور☆

أ ـ المؤلفات

١ ـ مصطفى زيور (1945): فصول في الطب السيكوسوماتي ـ منشورة في مجلة علم النفس العدد الاول (اعاد مركز الدراسات نشره في طبعة تذكارية).

٢ ـ مصطفى زيور (1990): في النفس (بحوث مجمعة) ـ دار النهضة العربية ـ بيروت.

٣ ـ محمود السيد ابو النيل (1994): الامراض السيكوسوماتية ـ في مجلدين ـ دار النهضة العربية ـ بيروت.

٤ ـ فيصل محمد خير الزراد (1999): الامراض النفسية ـ جسدية ـ دار النفائس ـ بيروت.

٥ ـ عبد الرحمن العيسوي (1998): الامراض السيكوسوماتية ـ دار المعارف ـ مصر.

٦ ـ محمد حمدي الحجار (1995): السيكوسوماتيك وطب الاسنان (مجموعة محاضرات).

٧ ـ احمد محمد عبد الخالق ومشاركوه: مجموعة دراسات حول النمط (أ).

٨ ـ محمد احمد النابلسي (1988): الربو عند الاطفال ـ دار النهضة العربية ـ بيروت.

٩ ـ عبد الفتاح دويدار: مجموعة دراسات حول النمط (أ).

ب ـ البحوث

١ ـ آمال كمال محمد ـ التخييل لدى الاطفال المصابين بالامراض السيكوسوماتية ـ رسالة ماجيستر بقسم علم النفس ـ كلية الآداب جامعة عين شمس ١٩٩٢.

٢ ـ جبالي نور الدين ـ علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالشخصية دراسة مقارنة لحالات القرحة المعدية وحالات السكري ـ رسالة ماجيستر بقسم علم النفس بآداب عين شمس تحت اشراف محمود ابو النيل ـ ١٩٨٩.

٣ ـ حسن مصطفى عبد المعطي ـ دراسة العوامل النفسية المرتبطة ببعض الاضطرابات السيكويوماتية لدى المراهقين ـ رسالة دكتوراه قدمت لقسم الصحة النفسية بكلية التربية جامعة الزقازيق ١٩٨٤.

٤ ـ حسن مصطفى عبد المعطي ـ الاثر النفسي لاحداث الحياة كما يدركها المرضى السيكوسوماتيين ـ مجلة علم النفس ـ الهيئة المصرية العامة للكتاب ـ العدد التاسع ـ يناير ١٩٨٩ ص ٢٩.

٥ ـ غادة سليمان العتيبي ـ علاقة الاعراض السيكوسوماتية بالتوافق الدراسي لدى الطلاب المراهقين، رسالة ماجيستر قدمت لقسم علم النفس بكلية الآداب جامعة غين شمس تحت اشراف محمود ابو النيل ١٩٨٩.

٦ ـ كمال عبد المحسن البنا ـ التوافق النفسي للمديرين دراسة عن العلاقة بين النمط الاداري وبين نوع الاضطرابات السيكوسوماتية في الصناعة ـ رسالة دكتوراه قدمت بقسم علم النفس بكلية الآداب جامعة عين شمس تحت اشراف محمود ابو النيل ١٩٨٧.

٧ ـ كاميليا على واحمد عبد الخالق وآخرين ـ العصابية والانبساط والنضج الاجتماعي لدى مرضى الربو الشعبي، في: احمد عبد الخالق ـ اشراف ـ بحوث في السلوك والشخصية ـ المجلد الاول ـ القاهرة ـ ١٩٨١.

٨ ـ ليلى مصطفى فرغلي ـ الروح المعنوية للعمال الصناعيين وعلاقتها بالاعراض السيكوسوماتية ـ رسالة ماجيستر قدمت بكلية البنات الاسلامية جامعة الازهر تحت اشراف السيد محمد خيري، ومحمود ابو النيل ـ ١٩٧٥.

٩ ـ لطفي محمد فطيم ـ العلاقة بين نمط الشخصية والامراض السيكوسوماتية ـ رسالة دكتوراه قدمت لقسم علم النفس بكلية البنات جامعة عين شمس ١٩٧٩.

١٠ ـ منى حسين ابو طيرة ـ علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالشخصية والتنشئة الاجتماعية لدى طلاب الجامعة ـ رسالة دكتوراه قدمت لقسم علم النفس بكلية الآداب جامعة عين شمس تحت اشراف محمود ابو النيل ـ ١٩٨٩.

١١ ـ مصطفى زيور ـ فصول في الطب السيكوسوماتي (٣) ربو الشعب الرئوية ـ مجلة علم النفس ـ المجلد ٥ ـ العدد ٣ فبراير مايو ١٩٥٠ صفحة ٣٣٧.

١٢ ـ محمود ابو النيل ـ علاقة الاضطرابات السيكويوماتية بالتوافق المهني في الصناعة (من المجلد الاول) ـ رسالة دكتوراه قدمت لقسم علم النفس بكلية الآداب جامعة عين شمس تحت اشراف السيد محمد خيري ١٩٧٢.

١٣ ـ محمود ابو النيل ـ العلاقة بين الاضطرابات السيكوسوماتية في الصناعة والصفحة النفسية للذكاء ـ في كتاب الامراض السيكوسوماتية: في الصحة النفسية (المجلد الثاني لمحمود ابو النيل ـ دار النهضة العربية للطباعة والنشر ـ بيروت ـ ١٩٩٣.

١٤ ـ محمود ابو النيل ـ العوامل النفسية في امراض الجهاز النفسي: دراسة عن العلاقة بين الربو الشعبي والتوافق في العمل لدى جماعة صغيرة من العمال الصناعيين (نفس المرجع السابق في ١٣).

١٥ ـ محمود ابو النيل ـ دراسة عن العوامل النفسية المرتبطة بالامراض الجلدية وجوانبها الارشادية والتربوية (نفس المرجع السابق في ١٣).

١٦ ـ محمود ابو النيل ـ العوامل الانفعالية والسيكوسوماتية المتعلقة بالتوافق المهني للعمال غير المنتجين في الصناعة (نفس المرجع السابق في ١٣).

١٧ ـ محمود ابو النيل ـ علاقة نوع الصناعة بالاضطرابات السيكوسوماتية في ضوء الاستجابة على قائمة كورنل (نفس المرجع السابق في ١٣).

١٨ ـ محمود ابو النيل ـ العلاقة بين المستوى الاجتماعي الاقتصادي للطالب الجامعي والنواحي الانفعالية والسيكوسوماتية (نفس المرجع السابق في ١٣).

١٩ ـ محمود ابو النيل ـ العوام النفسية في امراض الصداع النصفي (نفس المرجع السابق في ١٣).

٢٠ ـ محمود ابو النيل ـ العوامل النفسية في امراض الجهاز البولي والتناسلي والوظيفة الجنسية دراسة مقارنة في محكات الكفاية الانتاجية مع مرضى اجهزة الجسم الاخرى في المجال الصناعي (نفس المرجع السابق رقم ١٣).

٢١ ـ محمود ابو النيل ـ العوامل النفسية في مرض البول السكري: دراسة مقارنة في محكات الكفاية الانتاجية مع مرضى اجهزة الجسم الاخرى في المجال الصناعي (نفس المرجع السابق ١٣).

٢٢ ـ محمود ابو النيل ـ التحديث والاضطرابات السيكوسوماتية. (نفس المرجع السابق رقم ١٣).

٢٣ ـ محمود ابو النيل ـ الاسنهامات المصرية في دراسة الاضطرابات السيكوسوماتية من عام ١٩٤٨ حتى الآن (نفس المرجع السابق في رقم ١٣).

٢٤ ـ محمد احمد عالي ورجاء ابو علام ـ القلق وامراض الجسم ـ مكتبة الفلاح ـ الكويت ١٩٧٧).

٢٥ ـ مايسة محمد عبد الحميد شكري ـ السمات الشخصية والانفعالية لدى بعض فئات مرضى السرطان في الريف والحضر ـ رسالة دكتوراه قدمت لقسم علم النفس بكلية الآداب جامعة الاسكندرية، تحت اشراف عباس محمود عوض ١٩٨٨.

٢٦ ـ وفاء قاسم محمد ـ دراسة نفسية اجتماعية لمرضى الربو الشعبي لدى الذكور من الاطفال ـ مجلة علم النفس ـ الهيئة المصرية العامة للكتاب ـ العدد الاول ـ يناير ١٩٨٤ ـ ص ٩٢.

٨ - عرض حالات سيكوسوماتية

الحالة الاولى

حالة ربو منعكسة على الصعيد الجنسي: ـ د. محمد احمد النابلسي:

أورد هذه الحالة من تجربتي العيادية الخاصة. والمريض شاب في الرابعة والعشرين من عمره. يراجع من اجل عجز جنسي ـ نفسي لم تحدد له الفحوصات الطبية والمخبرية منشأ عضوي. فتم تحويله للعلاج النفسي.

لدى مراجعتنا لتاريخ المريض تبين لنا انه مصاب منذ طفولته بالربو. على انه ومنذ بلوغه تباعدت الفترة بين النوبات. وكانت النوبات تظهر فجأة، طبقا لملاحظات المريض نفسه، لدى تعرضه للجهد الجسدي او للإنفعال النفسي القوي.

وبما ان المريض توجه للعلاج من اجل الضعف الجنسي فلم يكن من الممكن التعمق في علاجه وصولا الى علاج الربو نفسه.

ونحن اذ نسرد هذه الحالة فذلك لدلالتها العميقة في تحديد الانعكاسات النفسية والجنسية لمرض الربو.

ولنبدأ باستعراض التاريخ المرضي لهذا المريض الذي ينتمي الى اسرة من سبعة اخوة واخوات هو كبيرهم. الوالد (وهو مريض سبق لي علاجه) مصاب بعصاب طبائعي تجلى بانعكاس جسدي (ذبحة قلبية) منذ ما يقارب السنة. اما الام فهي من اللواتي يحطن اطفالهن بعناية مبالغة. والمريض متزوج منذ سنتين، دون اولاد، ويسكن مع اهله.

والحقيقة ان هذا المريض كان شديد الخوف والرهبة من المرض الذي تعرض له ابوه بسبب الذبحة (وهو كثير التعلق بأبيه)؛ وان كان ميالاً لإخفاء هذا الخوف ورفض الاعتراف به.

والانا Moi بطبيعة الحال ميالة لرفض تخيل العودة الى الصفر وهذا ما عبر عنه فرويد اذ قال: نحن نعلم اننا صائرون الى الموت سيأتينا بعد فترة وليس الآن... نحن عاجزون عن تخيل موتنا[1].

ولدى فحصنا لهذه الحالة نتبين تداعياً للأفكار يربط بين الأب والمرض والموت وهذا التداعي يتتابع على النحو التالي:

المريض ـ الربو ـ الاختناق ـ الموت. وهكذا فان مرض الاب كان مدخلاً للمريض كي يتخيل موته الذاتي عن طريق الاختناق أثناء النوبة.

(١) S, Freud: Essais de Psychonalyse, payot, Paris, Page.

ربما ان المريض يدرك ان الارهاق الجسدي هو مقدمة لإصابته بالنوبة فقد رفض في لا وعيه جميع الاعمال التي من شأنها ان تتسبب في ارهاقه الجسدي وفي انفعاله النفسي ومن بين هذه العملية الجنسية.

وهكذا فان العجزالجنسي لدى هذا المريض انما يعود الى رفضه اللاواعي للجنس. وفي هذه الحالة فان هذا العجز يكون امام كل النساء وليس امام بعضهن او امام واحدة بعينها.

وفي البداية رفض المريض الاعتراف بتأثير خوفه من النوبة على حياته الجنسية. ولكن مع تقدم العلاج النفسي ابتدأت الاحلام بالظهور وكانت مساعدة للمريض في التعرف على لا وعيه. وفي هذا المجال نركز على الحلم التالي:

«رأى المريض انه مشترك في مباراة رياضية وانه كان نجم الفريق وفي الفريق المقابل كان يلعب طبيبه(المشرف على علاج الربو) وشقيق امراته وفاز المريض وفريقه بالمباراة ولكنه اصيب بنوبة اختناق عابرة تسبق عادة نوبة الربو لديه».

من خلال هذا الحلم استطاع المريض ان يتبين رغبته بالعزوف عن القيام بالمجهود الجسدي كما تبين خوفه اللاواعي من تاثير هذه الجهود في احداث النوبة.

وفي تحليلنا لهذا الحلم تجنبنا الخوض في الصراعات اللاواعية عند المريض (ثنائية العواطف امام المريض، المثلية الجنسية، رهاب الموت...الخ) واقتصرنا على تركيز التحليل في اظهار العلاقة اللاواعية التي اقامها المريض بين ممارسة الجنس وظهور النوبة.

ومثل هذا الإيحاء الذاتي قد يكون في بعض الاحيان عاملاً مفجرا للنوبة بشكل فعلي. وفي علاجنا لهذه الحالة عاملناها على انها نوع من انواع الفوبيا (الرهاب) وادرجناها في نطاق رهاب الجنس.

وقد عمدنا الى هذا الطريق العلاجي من منطلق كونه اقصر السبل لعلاج شكوى المريض وهي العجز الجنسي.

في الجلسة العلاجية الثالثة استعادالمريض قدرته الجنسية السابقة فوضع حداً للعلاج برفضه للعلاج النفسي لحالة الربو. وايا كانت الاسباب التي دعت هذا المريض الى رفض العلاج فاننا نعرض حالته كما استطعنا تبينها من خلال الجلسات الثلاثة فقد كان هذا المريض عصابياً طبائعياً (أحلام عملياتية تهيمن عليها فكرة النوبة وشكل المباراة الرياضية. وهذه الاحلام بذاتها تعكس العصاب الطبائعي). وكان يعاني صعوبة جمة في الاعراب عن مشاعره (خاصة وانه يعيش مع اهله في بيت واحد) كما كان لديه شعوراً بالتبعية (اذ كان يعمل في دكان والده). وجاء العجز الجنسي ليكون عاملاً مهددأله بفقدان الامان العاطفي الذي تؤمنه الزوجة.

وخلال سنتين تكررت زيارات المريض ولكنها كانت نادرة (خمسة زيارات) قرر خلالها ان فترات العجز الجنسي تعاوده في فترات النوبات او في بعض المواقف الانفعالية ولكنها اصبحت نادرة واصبح قادراً على مواجهتها عن طريق الاسترخاء.

وكان المريض مسروراً لملاحظته ان النوبات قد خفت سواءً من حيث حدتها او من حيث تكرارها.

وفي هذه الزيارات اللاحقة عمدت الى التركيز على علاج الميول الانهيارية لدى هذا المريض. هذه الميول الناجمة عن عدم الكفاية العابرة لتنظيم الجهاز النفسي (راجع الحالة السابقة).

واذا وقع اختيارنا على عرض هذه الحالة فلأنها تعكس التأثير النفسي الذي يحدثه مرض الربو. على خلاف الحالات السابقة التي تعرض تأثير العوامل النفسية في احداث هذا المرض. فالطب النفسدي لا يهتم فقط بتحديد الحالات النفسية ـ المرضية المحدثة للمرض الجسدي ولكنه يهتم ايضاً بعلاج الانعكاسات النفسية للمرض الجسدي.

وفي النهاية نلفت النظر الى الثالوث العيادي الفائق الأهمية وهو اضطراب نفسي ـ اضطراب جسدي واضطراب جنسي وكل واحد من هذه الاضطرابات يؤثر وبطريقة مبغاشرة في احداث الإضطرابات الأخرى[1].

الحالة الثانية:

حالة كارولين: ـ د. دنيز سادا:

وننقل هذه الحالة عن محاضرة للدكتورة سادا ألقتها في جامعة باريس في العام ١٩٧٩ تحت عنوان «A propos de quelques Thèmes en clinique Psychosomatique» ونذكر هذه الحالة بتفاصيلها لأننا نرى فيها نمطاً للعلاج التحليلي السيكوسوماتي. وهذه الحالة هي التالية على لسان المحللة سادا:

ـ كارولين هي فنانة ارسلت للعلاج من قبل طبيبها المهتم بالبسيكوسوماتيك. والذي فوجئ بهذه الفنانة ذات الطبيعة الهيستيرية، العصابية تصاب بآفة معوية تؤكدها الفحوص العيادية والمخبرية. وعلى هذا الأساس تم تحويل كارولين للعلاج التحليلي. وكانت كارولين متقبلة لهذه الفكرة. ومنذ الكلمات الاولى في اللقاء الاول بيننا توصلنا الى تحديد بنيتهاالنفسية الذاتية. فقد بدأت المريضة حديثها بالقول: يمكنك ايضا الكلام الى امي. فهي تعرف كل شيئ عني. انا وامي حال واحد. وبما اني اعرف برغبتك في الاطلاع على طفولتي الاولى فاني اعتقد ان امي تتذكر ذلك افضل مني. وانتهت المقابلة الاولى بتأكيد الانطباع الذي حددته حول بنيتها النفسية. فعندما سألتها في نهاية الجلسة: كيف تحسين الآن؟ أجابت: انك تعلمين ما احسه، فأنت الآن تعرفين كل شيئ عني. انا وانت أصبحنا واحدة. شعرت وكأني أتكلم الى نفسي.

من خلال هذا الحوار نستلخص ان المريضة تفاعلت من خلال علاقة حساسية بالموضوع (بالمحللة اي بي انا). وهذه العلاقة تميز بعض مرضى الحساسية[2]. وهذه العلاقة هي ما يسميه بيار مارتي بالحساسية الأساسية. والخاصية الرئيسية لهذه البنية النفسية هي محاولات صاحبها الدائبة

(١) راجع كتابنا «الجنس والمرض النفسي والنفسي ـ الجسدي». منشورات المركز.

(٢) راجع التقسيم النفسي ـ الجسدي لمرضى الحساسية في الفصل السابق.

للتقرب من موضوع حساسيته (الأم، المحلل، الطبيب...إلخ) لغاية الذوبان في هذا الموضوع من خلال حالة من التماهي اللامحدود بهذا الموضوع. وهذا ما رأيناه واضحاً منذ المقابلة الاولى.

ولكن ماذا يحدث في الحالات التي يكتشف فيها المريض قصور الموضوع بحيث يخيب امل المريض وتصوراته حول هذا الموضوع؟ في هذه الحالة يطلق صاحب البنية الحساسية الأساسية نوبة تحسسيه يمكن ان تكون احياناً مصاحبة بفقدان الشخصية[1].

ولكن هذا المريض لا يلبث وان يستعيد توازنه النفسي ـ الجسدي عن طريق ايجاد موضوع جديد. وبهذا يصبح الشخص (الموضوع) القديم، الذي كان سبباً في الخيبة، ثانوياً وغير ذا اهمية بالنسبة الى المريض، ومن هنا تنوع علاقات هؤلاء المرضى وعدم ثباتها. ويلاحظ مارتي امكانية ترافق نوبات الحساسية بنوبات ذات طابع ذهاني.

ولنعد الى كارولين ولنتعرف اليها بشكل افضل. فوالدها كان صحافياً معروفاً وكان ربوياً من الدرجة الاولى. وكان هذا الاب قد توفي بسرطان المعدة عندما كانت في السادسة عشرة من عمرها. اما الوالدة فان كارولين تصفها بأنها رائعة. وكذلك تصف بالرائع اخوها الذي يكبرها بعام واحد (وهو دائماً مسافر).

وبسبب ظروف عمل والدها كانت كارولين قد قضت قسماً من طفولتها في مصر واحتفظت بذكريات متوقدة عن صحراء مصر. وتصف كارولين شعورها امام الصحراء بالقول: «لا يهم ان نذهب في هذا الاتجاه او ذاك فالامر مشابه».

هذا وكانت كارولين شديدة التأثر بالمكان (والفضاء) اذ كانت تجد صعوبة فائقة في تحمل تغيير مكان اقامتها وبخاصة مكان نومها. بل انها تقول: احس بان تغيرت انا نفسي عندما اغير المكان. وتعطي كارولين مثالاً على ذلك عندما انتقلت من غرفتها في البيت الى غرفة المستشفى. وكانت غرفة كبيرة بسريرين. وقد لاقت كارولين في البداية عوائق في علاقتها برفيقتها في الغرفة، ولكنها ما لبثت وان تخطت هذه الصعوبة. فعندما تكلمت المريضة معها احست كارولين بان المريضة لطيفة جداً وبانهاتتسلل الى قلبها من اذنيها[2]. حتى اني شعرت برغبة في تقليدها. وبعد خروج هذه المريضة اتت مكانها مريضة اخرى عجوز. وامامهااحست كارولين بالآتي: أحسست اني هرمت فجأة.

وفي النهاية تقول كارولين ان تغيير غرفتها بغرفة المستشفى اثرا على مفهومها للفضاء بحيث كانت تخطئ في تحديد اليمين واليسار احياناً».

اما عن طفولتها، من الناحية المرضية ـ الجسدية، فتؤكد كارولين بانها لم تمرض. خلا بعض نوبات الجلد التحسسية. (لا اتذكر هذه النوبات جيداً. امي تذكرها بطريقة افضل). اما المشاكل

---

(١) عندما يصطدم المريض بخيبة امل في موضوع حبه وذوبانه يصاب يخلل في تنظيم جهازه النفسي ـ الجسد. وهذا الخلل هو المسؤول عن اطلاق النوبة وعن مرافقته بخلل الشخصية العابر.

(٢) المقصود ان لطف المريضة وعذوبة كلامها دفعا بكارولين لقبول صداقتها وتقربها.

المعوية فقد ظهرت لدى كارولين عندما بلغت سن الرشد. وتقول: بدأت في السن التي كان يجب عليَّ فيها الاعتماد على نفسي وان اكسب معيشتي.

وكانت كارولين في الثامنة عشرة من عمرها قد باشرت عملاً كبائعة في محل للتحف. وكانت تقضي وقتها في تأمل التحف. وتحاول دفع الزبائن لشراء التحف التي تعجبها هي؛ دون ان تترك لهم فرصة الاختيار. لذلك نهرتها صاحبة المحل قليلاً. وهذا الحدث كان سبباً في ظهور نوبات الاسهال الدامي عند كارولين. وكانت هذه النوبات من الحدة بحيث ظنها الأطباء في البداية ديزنطاريا (Dysentêrie).

وبهذا تكون الفتاة قد تماهت بطريقة هيستيرية بوالدها المتوفى بسرطان المعدة كما رأينا. وهذا التماهي لا علاقة له بمسؤلية كسب العيش او بانتهار صاحب المحل لكارولين.

عن طريق هذا التماهي الهيستيري عادت المريضة الى مملكة الام. القادرة على تأمين معيشتها بحيث تتمكن من التفرغ لفنها. وتماماً كما نستنتج ونفترض فان المريض الغت حياتها العاطفية لمصلحة العلاقة التحسسية. فحياتها العاطفية لم تحوي سوى علاقة واحدة من النوع الأفلاطوني مع شاب شاعر، ما لبثت وان تركته عندما رأته في اطار عائلته[1].

ولعله من الملفت للنظر ان كارولين لم تكن تعاني القلق[2]. ومع ذلك فقد رأت حلماً فيه حريقة[3] وقالت كارولين لأمها، في الحلم، دون كثير اكتراث: النار في بيتنا.

وبعد عدة ايام من هذا الحلم تسببت كارولين سهواً في احداث حريقة صغيرة في البيت. وبالرغم من الخوف الذي الذي قد يصاحب مثل هذا الحادث فإن كارولين لم تبدي اي نوع من انواع القلق. بل اجابت: كانت امي موجودة كي تتخذ الخطوات المناسبة ـ فقد اتصلت بالاطفائيين الذين اتوا بسرعة واطفأوا الحريقة.

بعد هذه الجلسة عاودت رؤية كارولين عدة مرات. وبدأت تعرب لي عن سرورها بالمجيء الي. وفي هذه المرحلة بالذات حدث ما يشبه سوء التفاهم بيننا. فقد حدث ان تكلمت كارولين مع مريضة اخرى وهما جالستان في غرفة الإنتظار. وقالت هذه المريضة لكارولين انها تعرفني من خلال النادي وبأنها تجدني غير محتملة (كانت هذه المريضة تعالج لدى طبيب اخر). وقد نقلت كارولين هذا الرأي الي وأضافت: ولكنني لا اجدك كذلك.

وغني عن القول بان كارولين جعلت مني موضوعاً(شخصاً تقيم معه علاقة الحساسية). وبان راي المريضة خيب امل كارولين فيَّ كموضوع. ولذلك فقد شهدت الايام التالية اختلال توازن وتنظيم الجهاز النفسي ـ الجسدي لهذه المريضة Désorganisation Psychosomatique.

---

(١) لان علاقته بعائلته تتعارض مع رغبتها الذوبانية.

(٢) لان امها كما لاحظنا تستجيب لرغبتها الذوبانية. وهذه الام ليست منهمكة في امور اخرى. فالاخ مسافر والام حاضرة دوماً للمساعدة وللتذويب الذي يبدو انها تستسيغه وتشجع كارولين عليه.

(٣) راجع احلام الحرائق في كتاب مارتي «الحلم والمرض النفسي»، منشورات المركز ١٩٨٧.

ومنذ تلك الجلسة امتنعت كارولين عن الحديث عن مرضها وباتت تتحدث عن حياتها العملية Vie Opèratoire. ويبدو ان خلل تنظيم بنيتها التحسسية قد ساهم في تحسين حالتها الجسدية، ولكن عقب ذلك بدأت كارولين بالتخلف عن مواعيد الجلسات متذرعة بسوء حالتها الصحية او بالتعب. وفي ذات الوقت علمت من طبيبها المعالج بان ام كارولين كانت تعارض علاج ابنتها النفسي وتجد فيه نوعاً من الحماقة.

ويبدو ان هذه المعارضة قد بدأت عندما اصبحت كارولين ترى مسرة في زيارتها لي. وهذا التنازع كان غير محتملٍ بالنسبة لكارولين (توزع عواطفها وذوبانها بين امها وبيني).

من طبيبها المعالج ايضاً علمت ان علاجها الطبي قد اعطى نتائج جيدة جداً. وذلك بحيث تظهر الاشعة شفاء الاغشية المخاطية للامعاء. ولكن كارولين بدأت من حينه مرحلة من الهذيان دفع بها نحو العلاج الدوائي النفسي في احدى مشافي الطب النفسي القريبة من باريس.

وفي النهاية لا بد لي من التذكير بان اختصاصي الجهاز الهضمي يدرجون مرض الامعاء الذي عانت منه كارولين ضمن امراض الحساسية. وان العلاج الطبي الذي ادى لشفائها هو من فصيلة مضادات الحساسية.

اما عن تفسير المدرسة البسيوسوماتية لهذا التراوح بين مظاهر الحساسية (بما فيها الربو، مرض كارولين... الخ) وبين المظاهر النفسية، التي قد تصل الى حد الهذيان كما في حالة كارولين، فتقول دنيز سادا ما يلي:

«ان نوبات الحساسية ليست فقط تجسيداً للصراعات النفسية المتسببة بالنكوص (والمتسببة ايضا بالتغيرات الهورمونية المؤدية للنوبة). ولكن هذه النوبات هي ايضاً عامل في تعميق المظاهر النفسية. فاذا كانت البنية النفسية للمريض غير منظمة ادى ذلك لدفعه نحو النكوص الكلي (اي الى مرحلة ما قبل تكوين الانا). وفي هذا النكوص دليل على سوء التعقيل. وهذا ما يسميه Marty بالعصاب الطبائعي سيء التعقيل Nèvrose de Caractères Mal Mentalisé.

٣ ـ الخطوات العملية لعلاج الربو:

بعد عرضنا لمختلف النظريات العلاجية لمرض الربو من طبية ـ دوائية الى الاسترخاء فالتحليل النفسي. فاننا نود ان نعرض للخطوات العلاجية التي نتبعها في علاج هذا المرض. وطريقتنا في هذا المجال هي طريقة جامعة بين عدد من الطرق والمدارس العلاجية في هذا المجال. وهذه الخطوات هي:

١ ـ تحديد دقيق للحالة من الوجهة الطبية:

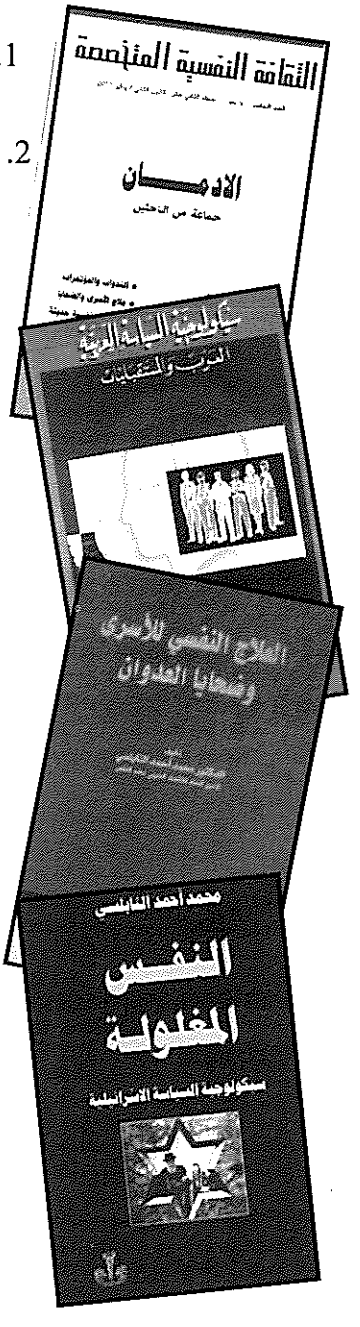
وهذا التحديد يقتضي اجراء الفحوصات العيادية والمخبرية الكاملة (اذا لم يكن المريض قد اجراها سلفاً). وبناءً عليه يحدد اختصاصي الصدر تشخيص المرض وعلاجه وكذلك احتمالات تطوره. ولكن ايضا العلاج المناسب للنوبات (خاصة وان معظمها يحدث ليلاً).

٢ ـ التعرف على المظاهر السابقة لظهور النوبة:

اذ تشير الابحاث الحديثة الى ان غالبية مرضى الربو يعانون نوبات من الحكاك في اماكن معينة، تختلف من مريض لآخر (مقدمة العنق، الذقن... الخ).

اصدارات مركز الدراسات النفسية

طرابلس ـ لبنان ص.ب 3062 التل/ فاكس 961-6-438925 هاتف 961-6-441805



1. **سيكولوجية السياسة الاسرائيلية – النفس المغلولة**
اصدار 2001 (عشرة دولارات)

2. **سيكولوجية السياسة العربية – العرب والمستقبليات**
اصدار 1999 (عشرة دولارات).

3. **العلاج النفسي للاسرى وضحايا العدوان**
اصدار 2001 (عشرة دولارات).

4. **الصدمة النفسية – علم نفس الحروب والكوارث**
(ستة دولارات).

5. **الثقافة النفسية المتخصصة**
(مجلة فصلية)
ـ اشتراك سنوي 40$
ـ اشتراك شامل 100$
ـ اشتراك مؤسسات 100$
ـ اشتراك مدى الحياة 500$
ـ مجلة عام سابق 40$
ـ اشتراك اعلاني (يتفق عليه).

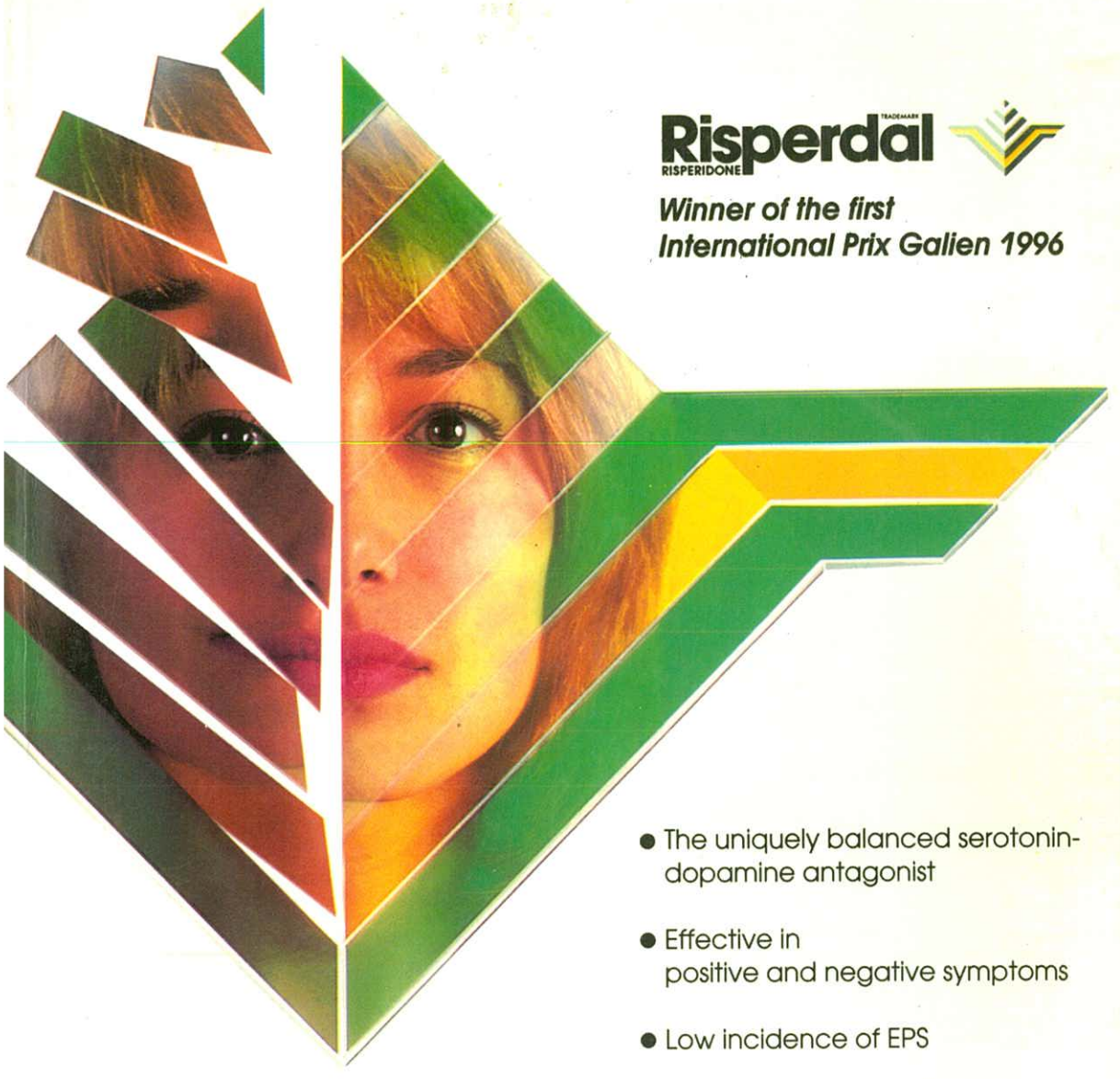
6. **اصول الفحص النفسي ومبادئه**
ط 3 (عشرة دولارات).

7. **قراءات مختلفة للشخصية – تحليل لشخصيات**
نجيب محفوظ. (ستة دولارات).

8. **المعجم النفيس**
مصطلحات طبية ونفسية وعصبية
(ذياب والجراية وعمار) (اربعون دولار).

9. **الدليل النفسي العربي**
(عشرة دولارات).

10. **معجم مصطلحات الطب النفسي**
(عشرة دولارات)



Risperdal TRADEMARK
RISPERIDONE

Winner of the first International Prix Galien 1996

- The uniquely balanced serotonin-dopamine antagonist
- Effective in positive and negative symptoms
- Low incidence of EPS
- Vast experience worldwide
- No routine blood monitoring required

Full prescribing information available upon request

JANSSEN-CILAG

Janssen Pharmaceutica
Turnhoutseweg 30
B-2340 Beerse /Belgium
Telephone: 32 14 60 21 11

Risperdal TRADEMARK
RISPERIDONE

A first choice in psychosis