

الثقافة النفسية المتخصصة

العدد الخامس والستون - المجلد السابع عشر - كانون الثاني /يناير 2006

ملف العدد

أمراض القلب النفسية

الدكتور: محمد أحمد النابلسي

- ❖ علم النفس حول العالم / الخمر يضعف الحياة الجنسية للرجال
- ❖ علم نفس الطفل / اللاحسابية (عسر الحساب)
- ❖ علم النفس السياسي / لمحة عن علم النفس السياسي في العالم العربي
- ❖ الجمعيات النفسية العربية / التجمع السيكلوجي لعلماء النفس العرب
- ❖ علم نفس الجانحين / مستوى الحكم الأخلاقي لدى عينة من الأطفال الجانحين
- ❖ مكتبة العدد: - المجلة العربية للطب النفسي
- مجلة الطفولة العربية

مركز الدراسات النفسية والنفسية - الجسدية

Center 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: cepts50@hotmail.com





الثقافة النفسية المنهضة



WWW.psyinterdisc.com

Interdisciplinary Psychology

Psychologie Interdisciplinaire

علم النفس

الكوارث

أدوية نفسية

تحليل نفسي

العلاج النفسي

السيكوسوماتيك

الطب النفسي

السمنة وعلاجها النفسي

د. محمد احمد التابلسي

العدد الثالث والخمسون / يناير / السعر: دولارات

يناقش العدد موضوع السمنة والبدانة بوصفها شكل من أشكال إدمان الأكل. عارضاً لمختلف النظريات الطبية المفسرة للسمنة والطارحة لأسبابها. ودون إهمال لإقتراحات علاج السمنة الدوائية وحتى الجراحية فإن الملف يعرض للعلاجات النفسية المقترحة للسمنة. حيث يصنفها المؤلف ومعها اضطرابات الأكل عامة في إطار الاضطرابات السيكوسوماتية. للمزيد



المعلوماتية والعلوم النفسية

د. جمال التركي

العدد الثاني والخمسون / أكتوبر / السعر: دولارات

يناقش العدد موضوع استخدام المعلوماتية في مجال العلوم النفسية في البلاد العربية. حيث اللغة المشتركة تؤمن تضافر الجهود المعلوماتية في هذه البلاد. ويشرف على الملف الزميل التركي صاحب السبق في هذا المجال. للمزيد
اقرأ في العدد القادم



سيكوفيزيولوجية الألم

دراسة نفسية عصبية يشارك فيها ثلاثة من الباحثين الأمان المعروفين. ترجمها للمجلة الزميل سامر رضوان. كما يضم العدد مقابلة مع العالم فاخر عاقل وهو من رواد الاختصاص في المشرق العربي....



سيكولوجية أطفال الانتفاضة

جماعة من الباحثين

العدد الخمسون / أبريل / السعر: دولارات

يتضمن البحوث التالية: خصوصية الضغوط الناجمة عن الانتفاضة. قراءة في سيكولوجية طفل الانتفاضة. تصور خطة لعلاج الأطفال الفلسطينيين. ومتابعات الانتفاضة. للمزيد



أزمات المراهقة

أ.د. أنور الجراية

العدد الثامن والاربعون / اكتوبر / السعر: دولارات

يحتوي الملف على البحوث والمقالات التالية: المراهق والناشطة. سلوكيات المراهق والمراهقة والصحة النفسية. المراهق والتذبذب الأسري. والمراهق والامتحانات. للمزيد



الصفحة التالية



شروط النشر
الهيئة الاستشارية
مؤتمرات المجلة
ملفات المجلة
دليل الموقع

سكرتاريا التحرير

حسن الصديق عبد القادر الأسمر

هيئة التحرير

روز ماري شاهين سلمى المصري دملج

سامر رضوان جليل شكور

الهيئة الاستشارية

احمد عبد الخالق جامعة الكويت، كلية الآداب.

احمد أبو العزائم رئيس الاتحاد العالمي للصحة النفسية.

اسامة الراضي مجمع الراضي للطب النفسي.

اليزابيث موسون عضو شرف في محافل عالمية.

انور الجراية مستشفى الهادي شاكر للطب النفسي.

بشير الرشيدى رئيس مجلس أمناء مكتب الإنماء الاجتماعي.

جمال التركي استشاري الطب النفسي / بريطانيا.

جيمي بيشاي مشفى المحاربين القدامى / الولايات المتحدة.

على وطفة كلية التربية. جامعة دمشق.

صفاء الأعسر مركز دراسات الطفولة / عين الشمس.

طلعت منصور جامعة عين شمس / كلية التربية.

عادل الأشول جامعة الكويت / كلية التربية.

قتيبة شلبي الولايات المتحدة.

زايد الحارثي جامعة أم القرى / السعودية.

عبد الستار إبراهيم جامعة الملك فهد / الظهران.

عبد الفتاح دويدار جامعة الإسكندرية.

عبد العزيز الشخص جامعة عين شمس / كلية التربية.

عبد الرزاق الحمد جامعة الملك سعود / كلية الطب.

عبد المجيد الخليدي جامعة عدن / كلية الطب.

عدنان التكريتي رئيس تحرير المجلة العربية للطب النفسي.

علي زيعور الجامعة اللبنانية / كلية الآداب.

فاروق السنديوني جامعة واغا واغا / أستراليا.

فرح عبد القادر طه عضو المجمع العلمي المصري.

فيصل الزراد مستشفى الطب النفسي / أبو ظبي.

قدري حنفي قسم الدراسات الإنسانية / عين شمس.

محمد حمدي الحجار استاذ الطب النفسي السلوكي / سوريا.

محمد الطيب عميد كلية التربية / جامعة طنطا.

قيمة الاشتراك السنوي

الأفراد (٤٠ دولاراً أميركياً - للمؤسسات ١٠٠ دولاراً أميركياً - ثمن
النسخة عشرة دولارات أميركية، أو ما يعادلها - الاشتراك الشامل
للمجلة وإصدارات المركز كافة ١٥٠ دولاراً أميركياً

مركز الدراسات النفسية والنفسي-الاجتماعية (البيئية)
Center d'Etudes Psychiques et Psycho-Somatique C.E.P.S.

الثقافة النفسية المتخصصة

رئيس التحرير

محمد أحمد النابلسي

INTERDISCIPLINAR PSYCHOLOGY

Editor in chief: Naboulsi.M (M.D.PH.D)

PSYCHOLOGIE INTERDISCIPLINAIRE

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

إن 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 أفضلية النشر وفق خطة التحرير
ويحسب المحاور المحددة مسبقاً.

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

طرابلس لبنان شارع عزمي بناية قاديشا

P.O.BOX: 3026 - Tal

تلفون: 961-6-441805

فاكس: 961-6-438925

E-mail: cepts50@hotmail.com

المحتويات

- عزيزي القارئ 7.....
- قضية العدد..... 9.....
نفور من الاعتذار وقبول الانكسار / قدري حنفي
- علم النفس حول العالم 13.....
إعداد: رمزية نعمان، سناء شطح، نشأت صبوح
- علم نفس الطفل 21.....
الاحسابية (عسر الحساب)
- علم النفس السياسي..... 29.....
لمحة عن علم النفس السياسي في العالم العربي / روز ماري شاهين
- الجمعيات النفسية العربية..... 35.....
التجمع السيكولوجي لعلماء النفس العرب / عمر هارون الخليفة
- علم نفس الجانحين..... 65.....
مستوى الحكم الأخلاقي لدى عينة من الأطفال الجانحين / محمد داودي
- مكتبة العدد 79.....
- المجلة العربية للطب النفسي
- مجلة الطفولة العربية
- ماض العدد 87.....
أمراض القلب النفسية / الدكتور: محمد أحمد النابلسي

شروط العضوية

منذ مطلع العام 1990، ومع صدور العدد الأول من الثقافة النفسية المتخصصة، والمركز يعمل على إرساء خطاب نفسي عربي جامع، يترجم أهداف خدمة الاختصاص في الدولة العربية. وعلى هذا الطريق عقد المركز ثلاثة مؤتمرات عربية جامعة مع انتظام صدور دوريته الثقافية النفسية المتخصصة، حتى توصل المركز إلى كسب ثقة زملاء من كافة أنحاء العالم العربي، فأصبح أعضاؤه موزعين على الدول العربية. هذا ويسعى المركز إلى توسيع دائرة التواصل بين الاختصاصيين عبر المجلة، والمشاريع التوثيقية التي يتبناها، ومنها مشروع الصفحة المعلوماتية العربية على شبكة الإنترنت.

يتوجب على طالب العضوية استيفاء الشروط التالية:

- 1- أن يكون متخصصاً في أحد فروع العلوم النفسية. ويحدد نوع العضوية بناء على المؤهلات، إذ يعتبر عضواً متمرنًا المنتسب الحائز على الليسانس. عضواً منتسباً الحائز على الماجستير، وعضواً مؤهلاً من كان حائزاً على الدكتوراه، أو على التخصص في الطب النفسي، أو الطبيب الباحث في ميدان السيكوسوماتيك. كما يعتبر عضواً عاملاً الاختصاصي المشارك في النشاطات الأساسية للمركز. وتمنح عضوية شرف المركز للمشاركين مدى الحياة في المجلة، كداعمين لاستمراريتها. وكذلك لأصحاب الإسهامات المميزة الداعمة للمركز.
- 2- أن يرسل سيرته العلمية المفصلة مع صور الوثائق، والسماح بإدراجها في الصفحة العربية للعلوم النفسية، وفي صفحة المركز التي ستضم أسماء أعضائه وسيرهم العلمية.
- 3- الالتزام بالدعوة لتكثيف مبادئ الاختصاص، بما يلائم البيئة الثقافية العربية.
- 4- أن يشارك في نشاطات المركز ضمن إطار اهتمامه.
- 5- أن يشارك في مجلة المركز الثقافية النفسية المتخصصة. حيث يعتبر هذا الاشتراك هو رسم الاشتراك في عضوية المركز. وتتوزع أنواع الاشتراك كما يلي:

- اشتراك عادي 40 دولار سنوياً (يحصل على أعداد المجلة).
- اشتراك شامل 100 دولار سنوياً (يحصل على كافة إصدارات المركز عن سنة الاشتراك من كتب ونشرات وغيرها).
- اشتراك مدى الحياة 500 دولار.

للاشتراك يرسل طلب الاشتراك مبينا فيه بوضوح: الاسم والعنوان، والمستوى الأكاديمي،
ومكان العمل، وفتة العضوية المطابقة. ويرسل الاشتراك بموجب حوالة باسم رئيس التحرير
د. محمد أحمد النابلسي على الحساب التالي: المصرف: الشركة العامة اللبنانية، الأوروبية
المصرفية ش.م.ل/ فرع طرابلس رقم الحساب: (1-01-330384-360-001-010).

صاحب الحساب: محمد أحمد النابلسي

قسمة الاشتراك

الاسم:

التخصص:

التخصص الدقيق:

مكان العمل:

نوعية الاشتراك وقيمه:

العنوان (بما فيه أرقام الهاتف والفاكس والبريد العادي والالكتروني)

عزيزي القارئ

تجميع ومكاملة الجهود العلمية العربية بات ضرورة ملحة، في زمن تحول صراع الحضارات إلى مستوى الإبادة. فالأخر العربي لم يعد ضرورة لعالم اليوم، ولم يعد علينا سوى التوحد بالمعتدي وكراهية جنسنا، وأمتنا، كي نحظى بفرصة ممارسة علومنا واختصاصاتنا. وهذا يوضح دعوة المجلة لاعتماد شعار نحو علم نفس عربي. مع التذكير بعقدها مؤتمرها الأول تحت هذا الشعار (راجع العدد العاشر للمجلة)، ومؤتمرها الثاني تحت شعار 'مدخل إلى علم نفس عربي' (راجع العددين 21 و22). فهل بقي من متسع للحديث عن خصوصية للإنسان العربي؟ وهل بقي مكان للنقد والاعتذار والمصالحة، في ظل ردود الفعل العنيفة يقابلها استسلام التوحد بالمعتدي؟

فريقنا لا يزال يأمل في كل ذلك، بل هو يصر على كون علم الإناسة (الأنثروبولوجيا) علماً غير قابل للاستئصال، وغير خاضع لمبدأ ونظريات النهايات، من نهاية التاريخ، وحتى نهاية الإنسان. وفي هذا الإطار يعرض هذا العدد لقضية يطرحها البروفسور قدري حفني حول ضرورة الاعتذار والعزوف عن الانكسار. أما الدكتورة روز ماري شاهين فتقدم لمحة عن البحوث العربية في مجال علم النفس السياسي. ويقدم لنا الدكتور عمر هارون الخليفة لمحة عن التجمعات السيكلوجية العربية، طارحاً إشكالية قصور المشاركة العربية في التجمعات العالمية.

على الصعيد الاختصاصي البحث، يقدم العدد لمحة عن جديد البحوث النفسية العالمية ودراسة حول اللاحسابية، أو عسر الحساب، ويبحث حول مستوى الحكم الأخلاقي لدى الأطفال الجانحين. وتعرض مكتبة العدد لمجلة الطفولة العربية، والمجلة العربية للطب النفسي.

أما ملف العدد فمخصص لموضوع أمراض القلب النفسية، الذي ينتمي إلى مجال الطب النفسي - الجسدي، أو السيكوسوماتيك، وهو من تأليف رئيس التحرير.

وعلى أمل أن يحظى هذا العدد بقبولك عزيزي القارئ، وأن يستثير الأسئلة والإشكاليات، نتوجه إليك بالتهنئة بالعام الجديد، راجين أن يكون أكثر أمناً وسلاماً على منطقتنا وإنساننا العربي.

وكل عام وأنتم بخير

أسرة التحرير

قواعد نشر البحوث في مجلة الثقافة النفسية المتخصصة

تعمل مجلة الثقافة النفسية المتخصصة على تقديم أفضل مستوى ممكن من الإحاطة بمستجدات الاختصاص في كافة فروع العلوم النفسية، محاولة بذلك الاستجابة لحاجات المتخصصين والمهتمين، خصوصاً بعد تداخل تطبيقات الاختصاص مع مختلف فروع العلوم الإنسانية. وذلك من خلال إطلاع القارئ على اتجاهات البحوث العالمية، وتعريفه بأخبار ومستجدات هذه البحوث، وعبر بعض الترجمات المفيدة. أما بالنسبة للبحوث العربية، فإن المجلة تسعى لتقديم فرصة عرض الدراسات والبحوث الرصينة والمسيرة للمستجدات وللحاجات الفعلية لمجتمعنا العربي.

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

قواعد عامة

- 1- الالتزام بالقواعد العلمية في كتابة البحث.
- 2- أن يكون البحث مطبوعاً ومراجِعاً من قبل كاتبه.
- 3- أن لا يكون البحث قد سبق نشره أو عرضه.
- 4- أن يقدم الباحث إقراراً بعدم إرساله إلى جهة أخرى.
- 5- أن لا يزيد عدد صفحات البحث عن 20 صفحة.
- 6- كتابة العناوين الرئيسية وسط السطر، والعناوين الفرعية على الجانب الأيمن.
- 7- إرسال نسخة واحدة من البحث مع الديسك.
- 8- السيرة العلمية المختصرة بالنسبة للكُتَّاب الذين لم يسبق لهم النشر في المجلة.

قواعد خاصة

- 1- كتابة عنوان البحث، واسم الباحث ولقبه العلمي، والجهة التي يعمل لديها على صفحة الغلاف.
- 2- يراعي في إعداد قائمة المراجع ما يلي:
- 3- تسجيل أسماء المؤلفين والمترجمين متبوعة بسنة النشر بين قوسين، ثم بعنوان المصدر، ثم مكان النشر، ثم اسم الناشر.
- 4- تخضع الأعمال المعروضة للنشر للتحكيم العلمي السري، وفقاً للنظام المعتمد في المجلة. ويبلغ الباحث في حال وجود اقتراحات تعديل من قبل المحكمين.
- 5- توجه جميع المراسلات الخاصة بالنشر إلى رئيس التحرير.
- 6- الآراء الواردة في المجلة تعبر عن رأي كاتبها ووجهات نظرهم.
- 7- تلتزم المجلة بإبلاغ الباحث عن قرار النشر، وهي لا تعيد الأبحاث المرفوضة لأصحابها.
- 8- لا تدفع المجلة مكافآت مالية عن البحوث التي تنشرها.

نفور من الاعتذار وقبول بالانكسار وتقديس للعنف

د. قدرى حفنى

kadrymh@yahoo.com

الخطأ قرين التكوين البشري؛ فالبشر يخطئون منذ خطيئة آدم، ثم خطيئة هابيل، وما زالت الأخطاء والخطايا مستمرة، وسوف تستمر ما دام هناك بشر، لكن الحضارات تباينت عبر التاريخ في تدريب أبنائها على السلوك الذي ينبغي على الفرد أن يتبعه إذا ما أحس أنه قد أخطأ، أو واجه من يتهمه بالخطأ.

تفاوتت أساليب معالجة الأخطاء، وتنوعت بتنوع العقائد الدينية والإيديولوجية، وأنماط التشيئة الاجتماعية السائدة، والتي تختلف باختلاف المراحل التاريخية: من مجرد طأطأة الرأس خجلاً، إلى الاعتراف بالخطأ أمام قس الاعتراف في المسيحية إلى التوبة النصوح في الإسلام، إلى النقد الذاتي الماركسي، إلى الاعتذار علناً لمن أخطأ المرء في حقه، والقبول بتقديم الترضية المناسبة، سواء كانت مادية أو أدبية، إلى الانكسار وجلد الذات.

ولعل حرص الأديان والعقائد، جميعاً، على الإغلاء من قيمة الاعتراف بالخطأ، والاعتذار عنه، يعبر عن حقيقة أن مثل ذلك الاعتراف يعد ضماناً لاستمرار تقدم الفرد والمجتمع علي حد سواء، ومؤشراً على مدى ثقة الفرد في عدالة الجماعة التي ينتمي إليها ويعتذر أمامها، ودليلاً على ثقة الفرد في نفسه، وفي قدراته.

إن الميل إلى ، والعزة بالإثم، والمبالغة في التغني بالأمجاد، واعتبار الاعتراف بالخطأ دليلاً على الضعف والهوان، يعد دليلاً على إحساس أصحابه بالرعب من هوانهم وضعفهم، ومحاولتهم تغطية ذلك الإحساس المخيف بالمبالغة في التعالي الزائف.

وتتعدد أساليب التهرب من الاعتراف بالخطأ: من مجرد الصمت والتجاهل والتعمية ومحاولات التعتيم على ما حدث إلى محاولات التبرير، كالاستناد إلى أن الآخر كان البادئ بالخطأ، أو القول بأن الجميع في كافة أنحاء العالم يتصرفون هكذا، أو أن ما حدث أمر تافه بسيط لا يمكن أن يقارن بما أحرزناه ونحزره من أمجاد وإنجازات، ومن ثم فإنه أمر بسيط لا يستحق الاعتذار عنه.

وقد يبدو للوهلة الأولى أن الهروب من الاعتراف بالخطأ إنما يضر بالمعتدى عليه، أو بمن وقع عليه الخطأ فحسب، ولكن الأمر ليس كذلك على الإطلاق:

إن الطرف الذي وقع عليه الاعتداء، ولم يتلق اعتذاراً أو ترضية، سوف تتصاعد لديه الرغبة في الانتقام، محاولاً تحاشي التعرض لعدوان جديد، ومن ثم فسوف يتمكن غالباً، باعتباره الطرف الأضعف، والأكثر احتياجاً للدعم والمساندة، من تقوية تحالفاته، وتوسيع نطاقها، والتزام جانب الحذر حيال أية محاولات مستقبلية للتراضي والصلح.

أما بالنسبة للطرف الآخر، الذي يأبى الاعتراف بالخطأ، والاعتذار عنه مستسماً ليقين زائف بأنه لم يصدر عنه خطأ أصلاً، فإن أول وأخطر ما سوف يخسره هو ما يطلق عليه 'استخلاص الدروس من الخبرات السابقة' ومن ثم عجزه عن التقدم والإنجاز، فضلاً عما يسببه ذلك التكبر من عجز عن إقامة التحالفات، ومن ثم مخاطر التعرض لعدوان مدمر من الآخرين مهما طال الزمن. . .

إن نظرة عابرة إلى واقعنا العربي كفيلة بتأكيد أننا نعاني أشد المعاناة من تلك الآفة: آفة النفور من الاعتذار ومواجهة الأخطاء. لقد غابت كلمة أنا آسف من قاموس حياتنا اليومية سواء على المستوى الفردي، أو المؤسسي، ويرجع البعض ذلك الغياب إلى سوء تربية، أو ضعف تأديب. ويعلق البعض الأمر كله على شماعة الإعلام وتدني لغته، أو الفقر وضعوطه، أو العولة وما ترتب عليها، أو حتى إلى انشغال المرأة في العمل إلى آخره. ولا يبدو لي الأمر كذلك على الإطلاق.

إن نظرة إلى تاريخنا المعاصر كفيلة باكتشاف أنه لا يكاد يوجد مسؤول اعترف بأنه أخطأ مهما كان حجم الخطأ، بل وحتى الخطيئة. إن قراءة ما كتب عن هزائنا عام 1948 مثلاً لن يجد من يعترف بمسؤوليته عن خطأ. الجميع يتحدثون عن أخطاء، ولكن ارتكبتها آخرون. المتحدث لا يكون مخطئاً أبداً. لقد قرأت بكل ما استطعت من تدقيق كافة ما أتيت لي من مذكرات واعترافات تتعلق بهزيمة 1967 فلم أجد فرقاً يذكر. الجميع يتحدثون ويسجلون أخطاء ومصائب لا حصر لها، ولكن أحداً لا يتحدث عنها مطلقاً بضمير المتكلم. كذلك الحال بالنسبة لكافة كوارثنا صغرت أو كبرت: من صفر المونديال إلى مواجهة السحابة السوداء، ومن أحداث ما نطلق عليه 'الفتنة الطائفية' إلى 'مشكلات المرور'. المتحدث أياً كان لم يخطئ مطلقاً، وكل الأخطاء مصدرها آخرون، ولا يقتصر الأمر على مثل تلك القضايا ذات الطابع الجماهيري السياسي القومي؛ بل إنه يكاد يصبح جزءاً من النمط القومي العام، الذي يشمل الجميع، كباراً وصغاراً في مختلف جوانب حياتنا اليومية. لقد ولينا ظهورنا لما يمكن أن نسميه 'ثقافة الاعتراف بالخطأ والاعتذار عنه'، وغلبت علينا 'ثقافة المكابرة والنفور من الاعتذار'.

وقد يبدو غريباً أن تتصاعد في الوقت نفسه مظاهر وممارسات التخاذل والاستكانة والنفاق، وسلبية الأفراد حيال مظاهر الظلم والتمييز، وعزوف المرؤوسين عن مواجهة الرؤساء، والضعفاء عن مواجهة الأقوياء، وسعيهم لاصطناع شتى أساليب وحيل الإدارة في تعاملهم معهم، أو ما يمكن أن نطلق عليه "ثقافة الانكسار".

ولعلنا لسنا في حاجة لسوق الأدلة والبراهين على انتشار "ثقافة العنف" بكافة أوجهها ومسمياتها، من حوادث البلطجة الرياضية، إلى أحداث الفتنة الطائفية، إلى كافة مظاهر الخشونة في ممارساتنا اليومية.

قد يبدو للوهلة الأولى أن تلك الثقافات الثلاث متناقضة كأشد ما يكون التناقض، ولكننا لو نظرنا إلى الأمر من منظور علم النفس السياسي، لاتضح لنا على الفور أننا حيال ظاهرة واحدة مركبة متعددة الأوجه، تضرب بجذورها في تاريخنا المعاصر، وتدعمها أنماط التنشئة الاجتماعية السائدة.

ثمة رسالة حرصنا جميعاً على ترسيخها لدى أبنائنا، من خلال ممارساتنا السلوكية اليومية مع أفراد الأسرة والجيران والمعارف ومن خلال ممارسات القائمين على مؤسسات الإعلام والمؤسسات الدينية والتعليمية، تلك الممارسات التي تتناقض، في كثير من الأحيان، مع ما نسمعه ونلقيه على مسامع الآخرين من مواظب أخلاقية.

تتلخص مكونات تلك الرسالة مما يلي:

أولاً: مَنْ حولك يتريصون بك ويتآمرون عليك. إياك أن تصدق ما قد يقولونه من كلم طيب، فلهم دائماً مقصد خفي شرير. إنهم حريصون على تصيد أخطائك؛ ولذلك فحذار حذار من التورط في اعتذار مهما كان الخطأ الذي وقعت فيه. إنهم سوف يمسون باعتذارك ويعتبرونه اعترافاً منك بدونيتك وخطيئتك، ويمضون في ابتزازك والتشهير بك إلى أن يدمروك. إكتف إذا كان لا بد من الاعتذار بمجرد غمغمة لا تعني شيئاً، أو استخدم تلك الصيغة المبتكرة العبقريّة قد أكون مخطئاً ولكن... ثم ضع بعد هذه الكلمات الثلاث ما شئت من جرائم ومصائب ارتكبتها الآخرون، ودفعت بك دعفاً إلى هذا الخطأ التافه غير المقصود، الذي لا يعد شيئاً إذا ما قورن بجرائمهم الفظيعة، وخصالك الطيبة، وأمجادك التليدة المستمرة.

ثانياً: إن الآخرين هم الأقوى؛ فإذا ما وجدت نفسك تحت إمرتهم أو في مواجهتهم، فلا تنتظر إلى أن يُطلب منك اعتذار، بل بادر بمجاملتهم، بتملقهم ونفاقهم وادعاء محبتهم. إحرص على أن تكون منكسراً أمامهم. ولكن كن حريصاً دائماً على حذرِك حيالهم وشحد كراهيتك واحتقارك لهم، دون أن تفصح عن ذلك ولو تلميحاً.

ثالثاً: إذا حدث في لحظة استثنائية أن وجدت نفسك في موقف الأقوى، فانتهاز الفرصة للانقضاض علي ذلك الآخر، دون تردد أو رحمة؛ فالعنف هو السبيل الوحيد الفعال في تغطية ضعفك، ومحاولة فرض احترامك على ذلك الآخر الملعون.

لقد استوعبنا هذه الرسالة، وكانت النتيجة هي ما نشهده في أنفسنا: نفور من الاعتذار وقبول بالانكسار وتقديس للعنف. ولكن يبقى الأمل قائماً دوماً في عودة الوعي بخطورة ما نحن ماضون فيه، والعودة إلى مواجهة أنفسنا بالشجاعة الواجبة للاختيار الواعي بين الدمار والانكسار، أو الاعتذار والاستمرار.

مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية

يدعوكم لزيارة موقعه على الإنترنت

WWW.Filnafs.com

WWW.Psyinterdisc.com

WWW.Psychiatre-naboulsi.com

إعداد:

نشأت صبوح - سناء شطح - رمزية نعمان

خلايا الأنف لفهم الاضطرابات النفسية

لجأ العلماء إلى تحليل الخلايا العصبية، أثناء مختلف مراحل الأمراض النفسية، مثل الكآبة ذات القطبين (Bipolar Depression) وهي مرض يتميز بمرحلة من الكآبة تتبعها مرحلة من الهيجان، لتعميق فهم طبيعتها البيولوجية. لكن صعوبة الوصول إلى خلايا الدماغ وتحليل الخلايا الأخرى، مثل خلايا الكريات الحمراء، لم يعط حتى الآن تفسيرات واقعية عن التغييرات الخلوية، التي تحصل أثناء مراحل المرض المختلفة. ووضع الباحثون في جامعة (بنسلفانيا) خطة لاستئصال خلايا الأنف العصبية، التي تهتم بترجمة الروائح. وعملية الاستئصال بسيطة ولا تتطلب أكثر من خمس دقائق. وفي حالة الكآبة ذات القطبين، ركّز الباحثون الأميركيون دراستهم على كثافة الكالسيوم في خلايا الأنف العصبية، بعد أن تم تحفيزها بصورة ملائمة. وبما أن الكالسيوم مادة أساسية في الإرسال العصبي، كشفت خلايا الشم العصبية، لدى أولئك الذين يعانون من ذلك النوع من الكآبة، تغييرات مهمة، مقارنة مع الخلايا العصبية لمجموعة المقارنة السليمة. والآن، يستهدف الباحثون الرد على سؤالين، ألا وهما "كيف" و"لماذا" يغير الكالسيوم سلوكه عند هؤلاء المرضى. وستولد الأجوبة عليهما جيلاً جديداً من الأدوية، التي تستهدف فك الطلاسم البيولوجية لتلك الأمراض.

اكتشاف الجين المسؤول عن النوم

الاكتشاف يتيح معرفة أسرار النوم

لوزان، سويسرا (CNN) فتح اكتشاف ما، يعتقد أنه الجين المسؤول عن النوم والنعاس، آفاقاً جديدة أمام فهم الأسرار التي تمنع الكثيرين من الاستغراق في النوم للفترات التي يريدون. وقالت أسوشيتد برس: إن الجين تمّ اكتشافه من قبل فريق عمل تابع لجامعة لوزان في سويسرا. وقال المسؤول عن الدراسة مهدي التافتي لأسوشيتد برس إن الأمر يتعلق بواحد من الجينات الأولى المسؤولة عن النوم العادي.

ورغم أنه يستغرق ثلث زمن الحياة، إلا أن النوم مازال يحتفظ بأسراره.
ويقول العلماء: إن الفرق بين النوم العميق والنوم المتقطع يعود إلى ما يعرف بنشاط موجات
الدلتا التي تجعل من النوم العميق متميزاً بطوله وجودته، على عكس النوم لدى الأشخاص كبار
السن، والذين يعانون من الأرق، والمصابين بالاكتئاب.
ونجح فريق العمل في تحديد موقع الجين المسؤول عن نشاط دلتا. ولاحقاً اكتشف الباحثون أن
الجين مسؤول عن تحديد وجهة ما ينتجه فيتامين ألف في الجسم. كما أنه يلعب دوراً حيوياً في
نمو الأجنة، ولاسيما في تكوين الجهاز العصبي المركزي. ومن شأن هذا الاكتشاف أن يسمح بفهم
لماذا يكون النوم عادياً مع ارتفاع نشاط دلتا عند البلوغ، ثم انخفاضه عند الشيخوخة.
كما أنه يسمح بفهم السبب الذي يجعل من بعض الأدوية مؤدية للنوم والنعاس. ومن المتوقع أن
يخلص العلماء إلى القطع بأن نسبة الفيتامين ألف تؤثر مباشرة في نوعية النوم.

البقاء لله

ببالغ الحزن والأسى تنعى شبكة العلوم النفسية العربية إلى أساتذة علم النفس والطب
النفسي وفاة المغفور له الأستاذ الدكتور:

أسامة محمد الراضي

أستاذ الطب النفسي - الطائف، السعودية

رئيس الجمعية العالمية الإسلامية للطب النفسي (سابقاً)

مدير خدمات الطب النفسي في المملكة العربية السعودية (سابقاً)

بهذه المناسبة الأليمة، أتقدم باسمي، ونيابة عن زملائي في شبكة العلوم النفسية، إلى
أسرة الفقيد، وإلى جميع الأطباء النفسانيين العرب بأحر التعازي، سائلاً الله العلي القدير
أن يتغمده برحمته الواسعة، ويسكنه فراديس جنانه، ويرفع درجاته، وأنا لله وأنا إليه
راجعون.

يا أيها النفس المطمئنة ارجعي إلى ربك راضية مرضية فادخلي في عبادي وادخلي
جنتي.

إننا لله وإنا إليه راجعون

ببالغ الحزن والأسى تنعى شبكة العلوم النفسية العربية إلى أساتذة علم النفس
والطب النفسي

الأستاذ الدكتور فاضل محسن الإزرجاوي

أستاذ علم النفس وعلم من أعلامه في العراق

فقدت الحركة النفسية في العراق علماً من علماء النفس، له إسهاماته الأصيلة في
تطوير علم النفس وتعلمه على يديه عدد كبير من الطلبة، وأشرف على العديد من رسائل
الماجستير والدكتوراه، وله مجموعة من البحوث والمؤلفات، فالفقيد إضافة لما يمتلكه من
علم واسع، كان يمتاز بأخلاق راقية.

عمل الفقيد أستاذاً في جامعة الموصل وجامعة بغداد، وتم إعارته خدماته إلى جامعة
درنة / ليبيا، واستمر في التدريس والبحث إلى أواخر أيام حياته، حيث كان عضو هيئة
التدريس في كلية البنات، جامعة بغداد.

اللهم ألهمنا وألهم أهله وأصدقائه الصبر والسلوان. إننا لله وإنا إليه راجعون.

يا أيتها النفس المطمئنة ارجعي إلى ربك راضية مرضية فادخلي في عبادي وادخلي
جنتي

هذه المؤتمرات الرائعة (الملتبسة)

أ.د. يحيى الرخاوي - الطب النفسي / مصر

www.rakhawy.com - Yehia_rakhawy@hotmail.com

انفض المؤتمر العالمي الذي عقد في القاهرة (مؤتمر الجمعية العالمية للطب النفسي)
بالاشتراك مع الجمعية المصرية للطب النفسي، وهو مؤتمر يعقد كل 4 سنوات، في موقع ما عبر
العالم، ويرجع الفضل إلى عقد هذا المؤتمر في القاهرة بالذات إلى الأستاذ الدكتور أحمد عكاشة،
رئيس الجمعية الأولى، والأستاذ الدكتور سعيد عبد العظيم، رئيس الجمعية الثانية.
المؤتمر رائع، والتنظيم شديد الدقة، والمسؤولية هائلة، والنجاح فضل كبير.

الحاضرون بضعة آلاف من أنحاء العالم، اللغة الإنجليزية هي الغالبة، مثل كل المؤتمرات في كل العالم، لكن كل اللغات كانت ممثلة، ولو في تحيات الصباح، أو على مواعيد العشاء. الفائدة الاجتماعية لا يمكن إنكارها: اللقاء بين العلماء والممارسين صادق الود، والأحضان دافئة، والابتسامات حقيقية، والانتعاش وارد.

الفائدة الدعائية - لمصر، تاريخاً وحاضراً، عراقية وتنظيماً - تتحقق بشكل لا شك فيه. والآن: تعالوا نبحث عن معالم دراسة الجدوى على محورين آخرين: أين العلم؟ أين الجديد؟ العلم موجود والله العظيم ثلاثاً، لكنه موجود على هيئة العينات التي توزع مجاناً لتذوقها قبل الإقبال على شراء ما تيسر منها، وأحياناً تجده متاحاً "أثناء الفاصل" بين المحاضرات والندوات. بل إن منظمي هذا المؤتمر كانوا من الأمانة والكرم بحيث أتاحوا لكاتب هذه السطور وتلاميذه أن يقدموا ملامح مدرسة باسمه في "سيمنار" مستقل. الأمر الذي لم يكن يحلم به أبداً قبل وفاته، ولا بعدها.

لكن لا بد أن ننتبه أن كل هذا ممول من شركات الدواء التي همها الأول: المكسب والتي لم ولن أكف عن اتهامها بترويج علم زائف، يصل زيفه إلى درجة غسيل مخ الأطباء الممارسين، خاصة الأصغر منهم، بعيداً عن صالح المرضى، وتطور المعرفة وتقديم الإنسان. (إلا بالصدفة أحياناً). الاختيار صعب، إذ يستحيل عمل مثل هذه المؤتمرات بدون دعم هذه الشركات، وفي الوقت نفسه، فإنه يستحيل دعم هذه الشركات لهذه المؤتمرات بدون أن تحقق مكاسبها الخطيرة المشبوهة. ما العمل؟... لست أدري!

بعد انتشار التواصل الإلكتروني (عبر النت) يلوح أمل حقيقي في أن يتخلص العلماء الأمان، وطالبو العلم المجتهدون، من وصاية هذه الشركات، وذلك بأن تتم اللقاءات بين من يهمه أمر المعرفة وصالح المرضى طوال العام، طوال الوقت، طول العمر، عبر الوسائل الأرخص والأحدث، وحتى تضطرر المعرفة، وننقد بعضنا بعضاً باستمرار نقداً حقيقياً دون تكلفة أو وصاية... إلخ. بدأت هذه المحاولة فعلاً في العالم العربي بفضل هذا الشاب الرائع الذي اسمه د. جمال التركي من تونس، فقد أسس هو وزملاؤه موقعاً (www.arabpsynet.com) يتمادى في التواصل والتعارف وتبادل المعارف والآراء والخبرات. وأحسب أن هذا هو بداية الحل.

الاكتئاب يعزز فرص الإصابة بسرطان القولون لدى النساء

أفادت دراسة حديثة بأن النساء اللاتي يعانين من الاكتئاب قد يكن أكثر عرضة من غيرهن للإصابة بسرطان القولون والمستقيم.

وفي دلالة على النتائج غير الحاسمة، لم يجد الباحثون الأميركيون الذين أجروا دراسة بحثية

متطورة أي علاقة بين أعراض الاكتئاب واحتمال الإصابة بأورام في القولون والمستقيم والغشاء المخاطي، ويمكن لهذه الأورام أن تصبح سرطانية.

وقال الباحث سانديس إتش كروينك في مستشفى بريغهام للنساء، وكلية طب هارفارد في بوسطن، وزملائه في المجلة الأميركية لعلم الأوبئة، إنه رغم الاعتقاد المعروف منذ فترة طويلة بأن الاكتئاب يلعب دوراً في الإصابة بالسرطان فإن البيانات غير حاسمة.

وأضاف أن الاكتئاب مرتبط بعوامل محددة لاحتمال الإصابة بسرطان القولون والمستقيم، بينها داء السكري، وانخفاض مستوى هرمون الإستروجين، إضافة إلى خطر عوامل سلوكية، مثل التدخين.

وحلل الباحثون بيانات من 81612 امرأة، لم تكن أي منهن مصابة بالسرطان عند بدء الدراسة. وعلى مدى ثماني سنوات من المتابعة لحالاتهن ظهرت 400 حالة إصابة بسرطان القولون و680 حالة ورم في القولون.

ووجدوا أن النساء اللاتي تتوافر لديهن مستويات أعلى لأعراض الاكتئاب في مؤشر الصحة العقلية تزيد لديهن بنسبة 43% احتمالات الإصابة بسرطان القولون مقارنة بالنساء اللاتي لديهن أقل مستويات لأعراض الاكتئاب. وكان الارتباط أقوى لدى النساء اللاتي يعانين من زيادة الوزن.

الخمر يضعف الحياة الجنسية للرجال ويقلل فرص الإنجاب

كشفت دراسة جديدة أن إدمان الخمر يضعف على الأرجح الحياة الجنسية للرجل، كما يقلل فرصه في إنجاب أطفال.

ويحسب باحثين في الهند، فإن الرجال الذين يعالجون من إدمان الخمر لديهم معدلات أقل من التستوستيرون -هرمون الذكورة - ومزيد من الخلط في السائل المنوي، مقارنة مع الذين لا يشربون. كما يعاني هؤلاء من عدم حدوث انتصاب بمعدل أعلى كثيراً يقدر بحوالي 71%، مقارنة مع 7% من الذين لا يشربون الخمر.

وكانت دراسات سابقة أشارت إلى أن الإكثار من شرب الخمر قد يدمر الصحة الإنجابية للمتزوجين. كما أظهرت دراسة حديثة أن احتمالات حدوث إجهاض تزيد بمعدلات أعلى إذا كان الرجل يشرب الخمر.

ومن المعروف أيضاً أن الرجال الذين يشربون الخمر أكثر عرضة للإصابة بأعراض نقص هرمون تستوستيرون، بما فيها ضمور الخصيتين وتضخم الثديين.

ووفقاً لمعدي الدراسة التي قادها الباحث (كي آر موثوسامي) من المركز الطبي ومستشفى كوفاي في كويمباتور في الهند، فإن النتائج الجديدة تضاف إلى أدلة على أن الإكثار من شرب الخمر-بين مدمني الخمر على الأقل- ربما يضر الحياة الجنسية للرجل وقدرته على الإنجاب. وخلص الباحثون في تقرير بالمجلة الطبية للخصوبة والعقم إلى توجيه نصيحة للرجال بالامتناع عن شرب الخمر إذا كانوا يرغبون في الإنجاب، وممارسة حياة جنسية عادية. وأجريت الدراسة على عينة من 66 رجلاً من غير المدخنين يعالجون من إدمان الخمر، إضافة إلى 30 رجلاً غير مدخنين أيضاً لم يشربوا خمر قط. وفي المتوسط كان لدى من يشربون الخمر سائل منوي أقل بشكل كبير، وخلل أكثر بهذا السائل، إضافة إلى معدلات أقل من هرمون تستوستيرون، وتغيرات بهرمونات الإنجاب الأخرى. ووفقاً للباحثين، فإن هذه النتائج تعكس على الأرجح مدى الضرر الذي تتعرض له الخصية بسبب الإفراط في شرب الخمر. وقال موثوسامي إن الكحول يدخل الخصية مباشرة، ويمكن أن يحد من إنتاج هرمون تستوستيرون، ويلحق الضرر بكمية المنى. لكن الضرر المحتمل غير قاصر على الرجال، إذ أشار الباحثون إلى أن دراسات أخرى وجدت أن الإكثار من شرب الخمر يضعف الصحة الإنجابية للنساء أيضاً.

علماء يستكملون خريطة للاختلاف في الجينات البشرية

قال باحثون إنهم أكملوا خريطة ترسم أنماطاً للاختلافات في الجينات البشرية بين سكان العالم، بما يساعد على تفهم أفضل لبيولوجيا الإنسان وتطورها وكيفية تشخيص الأمراض. ووصف الدكتور بانوس ديلاكاس، من معهد ولكام ترست سانجر، الإنجاز الجديد بأنه حدث علمي بارز، لأنه يرتبط الآن بصورة مباشرة بتسلسل العوامل الوراثية عند البشر، ويوفر أداة لإجراء دراسات جينية منتظمة.

وكان مشروع الجينوم البشري، الذي وضع خريطة للمليارات الثلاثة من الحروف التي تشكل الشيفرة الجينية البشرية، قد أظهر أن هناك تشابهاً بنسبة 99.9% بين أي شخصين. وقد أطلق العلماء على الخريطة الجديدة اسم "هاب ماب"، وهي تظهر مؤشرات الاختلاف الجيني أو الاختلافات الفردية في شكل أصغر وحدة في الحمض النووي نيوكلوتايد تفسر نسبة الاختلاف التي تبلغ 0.1%.

وقد تمكن الاتحاد العالمي لـ"هاب ماب" الذي يعتبر شراكة بين القطاع العام والخاص، ويشترك فيه 200 عالم من بريطانيا والولايات المتحدة وكندا واليابان ونيجيريا والصين من تطوير الـ "هاب ماب" باستخدام عينات من الحمض النووي من 263 شخصاً في آسيا وأفريقيا والولايات المتحدة.

وتتضمن المرحلة الأولى من "هاب ماب" أكثر من مليون من الاختلافات الفردية في "نيوكوتايد" وستضيف المرحلة الثانية مليونين آخرين.

وقال بيتر دونيلي من جامعة أكسفورد إن تسلسل الخريطة الجينية للبشر يعطي قائمة بالعديد من الأجزاء التي تكون إنساناً، مشيراً إلى أن الخريطة الجديدة تعطي مؤشرات من الممكن التركيز عليها في البحث عن جينات لها دور في أمراض شائعة.

وباستخدام "هاب ماب" يمكن للعلماء مقارنة أنماط الاختلافات الفردية في "نيوكوتايد" بين أشخاص يعانون من مرض ما مع أشخاص أصحاء لتحديد أسبابها الجينية الأساسية. وقال ديلوكاس إن الخريطة "ستساعدنا في فهم عمليات مهمة أخرى في علم الأحياء، مثل التطور والتوحد، والقوى التي شكلت هذا الاختلاف الجيني عند البشر".

والتوحد هو تزاوج الحمض النووي من الصفات الوراثية للأب والصفات الوراثية للأم، وستسمح البيانات التي تحويها "هاب ماب" للعلماء بإجراء المزيد من الدراسات المفصلة عن الوراثة.

التدخين يؤثر على القدرات الذهنية للرجال

توصل باحثون من جامعة ميتشغن بالولايات المتحدة إلى أن التدخين قد يؤدي إلى تدهور قدرة المدخن على التفكير بسرعة ودقة، وانخفاض منحنى الذكاء المعروف بـ IQ.

جاء ذلك كنتيجة مفاجئة لدراسة أجريت أصلاً لمعرفة الآثار البعيدة لإدمان الكحول على المخ ومهارات التفكير.

وعلى عكس ما يشاع بأن التدخين يساعد على التركيز واليقظ، أظهرت نتائج البحث على عينة من 172 رجلاً أن ضعف الذاكرة وعدم القدرة على حل المشكلات كانا أكثر وضوحاً لدى المدخنين. وتعتبر هذه النتائج هي الأولى التي تؤثر على وجود علاقة مباشرة بين التدخين، وبين الوظائف العصبية الإدراكية، خاصة لدى الرجال شاربِي الخمر.

ووجد الباحثون أن ضعف الذاكرة، وعدم القدرة على حل المشكلات، كان أكثر وضوحاً لدى المدخنين منذ فترة طويلة نسبياً، كما لاحظ الباحثون أن من بين المشاركين المدمنين على الكحول أظهر المدخنون منهم تراجعاً في قدرتهم على التفكير، حتى بعد احتساب أثر تعاطي الكحول، أو المخدرات على ذلك. وتبين أيضاً وجود صلة بين التدخين وتراجع القدرات الذهنية لدى الرجال غير المدمنين على الكحول.

وطالبت الدكتورة جينيضر غلاس، أستاذة الطب النفسي في جامعة ميتشغن، وقائدة فريق لبحث، بإعادة النظر في برامج مكافحة إدمان الخمر من ناحية أثر ودور التدخين. ومن العلوم ن معظم برامج العلاج من إدمان الكحول لا تبرز أهمية الإقلاع عن التدخين في سياق عملية لعلاج، رغم أن التدخين قد يكون هو إشارة البدء "الاجتماعية" أو "الكيميائية" المرتبطة بتعاطي الخمر. وتحذر الدكتورة غلاس من التسرع في قراءة نتائج الدراسة، أو اعتبار نتائجها المستخلصة من المشاركين الرجال سارية على النساء قبل إجراء المزيد من التجارب المماثلة على عينة مشاركين من الجنسين.

لذا سيبدأ فريق البحث مشروعاً بحثياً جديداً يتناول الاهتمام نفسه لدى المراهقين، كما يعتمزم اختبار الـ172 رجلاً المشاركين في الدراسة الحالية مرة أخرى.

الماريجوانا قد تنشط الذاكرة وتخفف القلق

دراسة كندية تكتشف أن مخدر الماريجوانا يؤدي إلى تنشيط إنتاج الخلايا العصبية في مناطق معينة من الدماغ.

أوتوا - اكتشف باحثون كنديون أن تدخين الماريجوانا قد يساهم في تنشيط الذاكرة وفي تخفيض حالات الاكتئاب، بحسب ما ذكر المسؤول عن الدراسة التي أجريت حول هذا الموضوع شيا جانغ.

ولاحظ فريق جامعة ساسكاتشيوان الذي أجرى الدراسة أن حقن فئران بمادة شبيهة بمكونات القنب (اتش يو210) يؤدي إلى تنشيط إنتاج الخلايا العصبية في منطقة معينة من الدماغ. واكتشفوا أن هذه المنطقة مرتبطة بالقدرة على التعلم والذاكرة، وكذلك بالاكتئاب والقلق. ويعتقد الباحثون أن ضعف الذاكرة، ومشاعر القلق، سببها النمو غير الكافي في الخلايا في هذا الجزء المحدد من الدماغ.

وأشارت دراسات أخرى إلى أن نمو الخلايا في هذا الجزء يخفف من حالات الاكتئاب.

وقال شيا إن الخلاصة هي أن تدخين الماريجوانا قد يكون أمراً جيداً.

وأضاف أن هذا الاكتشاف قد يؤدي إلى اختراع دواء جديد للاكتئاب يتجاوز بروزاك.

إلا أنه أضاف أنه لم تتم حتى الآن ملاحظة هذه الظاهرة إلا عند فئران المختبر، وأن مادة اتش يو210 هي مادة نقية أقوى بمئة مرة من "تي اتش سي"، العنصر المنشط في الماريجوانا.

وسيتم نشر الدراسة الكندية في صحيفة "جورنال اوف كLINICAL اينفستيجيشن".

اللاحسابية (عسر الحساب)

مصطلح "عسر" المرموز له بلازمة لاتينية هي (Dys) أصبح مؤشر قلق على قدرات التعلم لدى الأطفال العسورين. فهذا العسر غالباً ما يتأخر اكتشافه لغاية مرحلة المدرسة. ومن أكثر أنواع العسر انتشاراً "عسر القراءة" (Dyslexia) وهو الصعوبة، التي تبلغ حد الإعاقة، التي تعترض قدرة القراءة. ويلازمها "عسر الكتابة" (Dysorthographia) و"عسر مقاطع الكتابة" المصادف أحياناً منفصلاً عن عسر القراءة (قد يكون كامناً) ويسمى ب (Dysgraphia). إلا أننا نصادف عسراً أكثر إعاقة للتعلم وإحساء بالدلالة المرضية، وهو اللاحسابية أو عسر الحساب (Dyscalculia). وهو كناية عن العجز عن إجراء حتى أبسط العمليات الحسابية وتعلم مبادئ الرياضيات. ومن هنا تسميته الريفية بـ (Dysaritmetria).

والمصطلح مشتق من اللاتينية حيث Dys تعني العسر وCalculi تعني الحصى الصغيرة التي كان يستعملها الأقدمون في العد. ويعود إطلاق هذا المصطلح إلى العالم بيشلاي (Beslay) الذي أطلقه لوصف حالات متفاوتة من صعوبات التعامل مع مبادئ الرياضيات. وفي العيادة نصادف قائمة طويلة من أنواع هذا العسر. إذ يمكن ملاحظة اللاحسابية لدى البالغين تعرضوا لحوادث دماغية، أو لأمراض دماغية متنوعة، كما في حالات الخرف على مختلف أنواعها. أما في عيادة الأطفال، فإننا نلاحظ تفاوتاً كبيراً في الخلفيات المرضية المصاحبة لهذا العسر. إذ تتراوح ما بين نقص العقل الحاد (Oligophrenia) وبين صعوبات التموثق البسيطة في الزمان والمكان. حتى أن المحلل العربي سامي علي فسر حالة عسر حسابي راداً إليها إلى حول ولادي أعاق قدرة الطفل على إسقاط جسده في الزمان والمكان. فكانت اللاحسابية وصعوبة تعلم الرياضيات بسبب هذه الإعاقة.

وتزداد صعوبة تشخيص هذه الحالات بوجود حالات السوير حسابية لدى بعض ناقصي العقل. إذ تلاحظ لديهم قدرة فائقة على الحساب الذهني (وكأنهم آلات حاسبة) مقابل تخلف عقلي واضح وحاد. ويتعقد التشخيص في غياب تحديد التغيرات المصاحبة التي تصيب منطقة الحساب في الدماغ. مما يجعل وسائل التصوير العصبي الحديثة عاجزة عن تقديم معطيات موضوعية داعمة للتشخيص. لتبقى مسألة التشخيص خاضعة للملاحظة (قد يتأخر الأهل والمدرسون في

اكتشافها ما لم تترافق مع أمراض إعاقاة أخرى ملفتة للنظر) وللمعاناة والفحص العيادي. حتى أمكن القول بأن الحديث عن ندرة هذا العسر ممكن الرد إلى عدم اكتشاف أغلب حالاته بسبب الانشغال بالاضطرابات المرافقة له.

اختبار اللاحسابية

نحتاج في هذه الحالات إلى أدوات بسيطة وسهلة التطبيق تستطيع أن تلخص لنا مراحل تطور الإجابات بالاستناد إلى تطور مفهوم الزمان والمكان بحسب السن. فنعود إلى اختبار ارتفاع المياه في الأوعية. حيث يصعب على طفل ما دون السادسة استيعاب إمكانية تساوي كمية الماء في وعائين أحدهما أعرض من الآخر. لأن ارتفاع الماء في الوعاء الأعرض يكون أقل منه في الوعاء الأضيق. ولا يتوصل الطفل لإدراك إمكانية تساوي كمية الماء في الوعائين إلا بإدراكه لوجود معيار آخر غير معيار الارتفاع. مما يعني اكتسابه مبدأ التوقع في المكان. أما اقتران هذا التوقع بتموقع الزمان فإنه يتأخر لغاية سن التاسعة، حيث يستطيع الطفل اجتياز الشارع بقدرته على تقدير المسافة التي تفصله عن السيارة القادمة. والزمن الذي تحتاجه للوصول. وبناء عليه يقرر ما إذا كان لديه الوقت لاجتياز الشارع أم لا. لكن الطفل يكتسب مفهوم العدد في سن الثالثة. فإذا ما عانى من نقص في اكتسابه فإنه سيعاني نقصاً وتأخراً في التوقع الزماني- المكاني لاحقاً، ومن هنا التركيز على علاج نواقص هذا التوقع منذ اكتشاف اللاحسابية. وإذا كانت اختبارات التوقع مساعدة في تشخيص مستوى إعاقته فإن الاختبار الأسهل لللاحسابية هو عرض لوحتين على طفل تجاوز الخامسة، إحداهما تصور ثلاثة فيلة ضخمة مرسومة بلون أسود، والثانية تصور ثلاث حشرات صغيرة مرسومة بخطوط تحدد محيطها. مع سؤال الطفل: 'في أية لوحة توجد حيوانات أكثر؟'.

الطفل العادي المستوعب لمفهوم الرقم سيجيب أن العدد متساو. أما الطفل اللاحسابي، فإنه سيؤخذ بكمية الفراغ الذي تملأه الفيلة، ويجب بأن لوحة الفيلة تحتوي على حيوانات أكثر. بما يعكس عجزه الحسابي عن استيعاب مفهوم العدد. ولعل هذا الاختبار أسهل اختبارات اللاحسابية وأقلها تعقيداً، ولكن مع ملاحظة عدم صلاحيته للتطبيق في حالات البالغين المعانين من اللاحسابية. على أن جداول الفحص الحسابي المتخصصة تكون صالحة للتطبيق في جميع الحالات. وهي كناية عن مجموعة عمليات حسابية بسيطة بالصور.

تقويم اللاحسابية وعلاجها

أشرنا إلى تعدد المصادر السببية المؤدية لللاحسابية. ومن الطبيعي ربط علاجها بعلاج الأمراض والاضطرابات المسببة. من هنا اقتصار العلاج الخاص باللاحسابية على الحالات التي لا

يتقاطع فيها هذا الاضطراب مع مؤشرات أمراضية أخرى. بحيث تكون اللاحسابية الاضطراب الوحيد المتظاهر لدى الطفل.

في هذه الحالة تكتشف اللاحسابية في مرحلة الدراسة الأولية لدى طفل متكامل مع محيطه ورفاقه. لا ينقصه الذكاء في الدراسة، أو في التعامل مع أساتذته ورفاقه. إلا أنه يقف حائراً عاجزاً أمام أية عملية حسابية أو رياضية. بحيث تعجز جهود الأساتذة عن مساعدته على تخطي هذه الصعوبة، فتصل الشكوى إلى الأهل. ولكن، ونظراً إلى عدم معاناة هؤلاء الأطفال من نقص ذكائي، فإن بعضهم يقبل التحدي، ويدافع عن نفسه ضد تهمة التقصير الدراسي، فيتخذ قراراً في غاية الخطورة على مستقبله الدراسي، وعلى تنامي عمليات التفكير المنطقي السليم لديه. إذ غالباً ما يلجأ هذا الطفل لاعتماد مبدأ 'أن كل شيء قابل للحفظ ولا ضرورة للفهم'. وهنا يحمل الطفل ذاكرته أكثر من قدرتها، ويجمد إمكانية تطويره للفكرة المنطقية. إلا أنه ظاهراً يتخطى شكوى اللاحسابية الفضائحية بالنسبة له. ولاحقاً نجد هذا الطفل وهو يستعين سراً بالآلة الحاسبة لمداواة نقصه. لذلك علينا ألا نستغرب وصول بعض اللاحسابيين إلى مرحلة الدراسة الجامعية، وهم يخفون اضطرابهم اللاحسابي تحت ستار من العزلة والتجنب الاجتماعي والقوالب الفكرية الجامدة مع الابتعاد عن كل ما هو حسابي.

ولو نحن صادفتنا مثل هذا الطفل في نهاية المرحلة الابتدائية لوجدناه يجمع خمسة دراهم مع خمس بطيخات. أما في المرحلة التكميلية، فإننا نجده يجمع $(+4 - 12 = -16)$ وهو على آتم الاقتناع أن الناقص هو حصيلة ضرب الزائد بالناقص. وغيرها من المآزق الحسابية التي ينجح بعضهم في إخفائها، ويستمررون من غير ملاحظة.

من هنا، فإن علاج حالات اللاحسابية لا ينحصر في سن معينة. وعلى استراتيجيات هذا العلاج أن تأخذ في حسابها الحالات المستترة التي ينجح أصحابها في إخفائها لسنوات طويلة أحياناً. وباختصار شديد، فإن استراتيجية علاج اللاحسابية تتضمن المنطلقات التالية:

- 1- تعميق فهم اللغة الحسابية الرياضية، والعمل على تنويع دلالاتها. حيث مصطلح (ناقص) يجب أن يتعمق مع كلمات رديفة له، مثل بدون وحذف واختفاء ورمي... إلخ، كل وضعية بما يناسبها من ألفاظ متعددة. وتعميق اللغة الرياضية مساعد على تحريك الملكة التخيلية، وطوبوغرافية الفكرة، والبدائل، وطرح الأسئلة المساعدة على فهم وتموقع أفضل في المكان. حيث نقص هذا التموقع سبب رئيسي لمعاناة اللاحسابي.
- 2- التمارين المساعدة على ترسيخ وتطوير الفكرة المنطقية. وهي تختلف حسب السن، وحسب درجة قساوة اللاحسابية.

3- إبعاد الطفل عن طرائق التفكير المدرسية التقليدية التي فشلت معه، واستبدالها بطرائق تفكير عملية تجريبية تعينه على التجريد. ويستعمل في هذا السبيل مواد مختلفة (أعواد ثقاب، أفلام، ألعاب، طاباقات... إلخ). لتعويد الطفل على التفريق بين الأنواع وعدم جواز جمعها رقمياً بسبب اختلافاتها في ما بينها... إلخ من مبادئ التفكير المنطقي المستند على تنوع عوامل التفكير، وعدم الاكتفاء بعامل أو بمعيار واحد، بحيث يطلب من الطفل تجميعها في مجموعات وفق معايير مختلفة. كمثال أن يجمع الخشبية من بينها، والمستخدم في الكتابة، والمستعملة كألعاب... إلخ. وكلما ازدادت المعايير اقترب الطفل أكثر من التفكير المجرد.

4- استعمال الأصابع في العد (اليد تنتمي إلى الجسد، وتوفر صعوبات التوقيع في العالم الخارجي). لغاية العشرة، ومن ثم بعدها استخدام إصبع للرمز إلى المئات وآخر للألاف... إلخ. وهذه الطريقة من شأنها تسريع اكتساب الطفل لمفهوم الأرقام الكبيرة.

5- في بعض الحالات يكون اكتساب لغة الرياضيات معاقاً بعوامل نفسية انفعالية. يعود بعضهم بها إلى العقد والتجارب الطفولية، بحيث يصل الأمر إلى إدخال التحليل النفسي في علاج بعض هذه الحالات.

6- لاشك أن ألعاب الكمبيوتر (المناسبة لسن الطفل) تقدم أحد الحلول الناجمة بالنسبة لطفل محتفظ بقدراته الذكائية والتفاعلية، ورغبته في المنافسة (المنطوية على مقدار من العدوانية). حيث يكون توظيف هذه القدرات في اللعب دافعاً للطفل كي يطرح الأسئلة لتحسين أدائه في اللعبة. وبالتالي فإنه يدخل تلقائياً في آلياتها وبنيتها الداخلية وعواملها واحتمالاتها. وهذا ما أثبتته أبحاث عالم الرياضيات الأميركي سايمور بابرت Saymor Papert الذي ينطلق من مراحل بياجيه المحددة لتطور نمو الإدراك والتفكير عند الأطفال. وهو يرى في كتابه (توقد الذهن) إمكانية علاج مثل هذه الحالات، بل وإمكانية تربية أطفال عباقة. إلا أننا نصطدم بواقعة عدم إعدادنا لألعاب عادية وكومبيوترية خاصة بالطفل العربي.

المعلوماتية تعالج التخلف المدرسي

تتطلب العمليات الحسابية تضافر قوى إدراكية متعددة، أهمها الذاكرة والانتباه والتركيز. ومن الطبيعي القول بأن أي اضطراب إدراكي لابد له من التأثير على كامل الحصيلة الإدراكية. وبالتالي على الحسابية في الحالة التي نناقشها. وبذلك فإن العلاج الحاسم للحسابية هو علاج إدراكي متكامل. وهو يتطلب العودة إلى مراحل تطور الإدراك التي درسها بياجيه وحددها. فهذه المراحل تلخص مجمل العملية الإدراكية دون أن تقتصر على وجه خاص من وجوهها. وبمعنى آخر، فإن العلاج الذي يراعي متابعة تطور الإدراك لدى بياجيه هو علاج ممكن التعميم على كافة حالات

اضطراب الإدراك الخفيفة المساهمة في التخلف الدراسي لطفل لا يشكو من إعاقة عقلية، بل إن الباحثين يؤكدون على صلاحية أساليب تطوير الإدراك وتعميق مراحل بياجيه للاستخدام في تدريب الأطفال على المهارات التي من شأنها أن ترفع إنتاجيتهم الدراسية والعقلية معاً. حتى بات الحديث عن إمكانية اعتماد هذه الأساليب لتربية أطفال عابرة متداولاً ومعتمداً. ذلك أن هذه الأساليب لا تهتم فقط بتنمية القدرة الاستيعابية للطفل، وإنما هي تقرنها بتنمية قدرته الإدراكية وبشكل أساس.

والانتقال بالحديث من علاج حالة عمه (Agnosia)، محصورة على صعيد الحسابية إلى الحديث عن القدرات الإدراكية عامة، وأيضاً على علاج متكامل لحالات التخلف المدرسي، يقتضي منا العودة إلى طرح موضوع التفكير بالفكرة التي يقوم عليها هذا العلاج.

وسعينا إلى أساليب معلوماتية وعلاجية خاصة بالطفل العربي، تدفعنا إلى إعطاء بعض الأمثلة التي نعتبرها المدخل للتأسيس لمثل هذه الأساليب. ونبدأ بتجربة بسيطة قوامها تصوير شخص يرتدي ملابس سوداء وراء شاشة سوداء تماماً. فتكون النتيجة أننا لا نرى شيئاً على الفيلم. أما إذا طلينا مفاصل هذا الرجل باللون الأبيض، فإننا سنرى مجموعة نقاط متحركة (بحسب حركات الرجل) تسمح لنا بتخيل حركته وكأننا نراها. وهذا الاختزال من الصورة الكاملة إلى مجموعة نقاط هو مثال على العمليات المجردة التي يستطيع دماغنا استيعابها وتحليلها.

هذه التجربة على بساطتها تشرح إحدى أعقد النظريات الرياضية، وهي نظرية فورييه (Fourrier) القائلة بإمكانية جمع عدد لا متناه من المنحنيات الرياضية في منحنى واحد يلخصها جميعاً، ويدخلنا في قمة التجريد الرياضي. وعليه فإن لعبة حاسوبية من هذا النوع تمكنت من مساعدة الأطفال المتعالمين باللعب فيها على تخطي صعوبات التجريد لديهم.

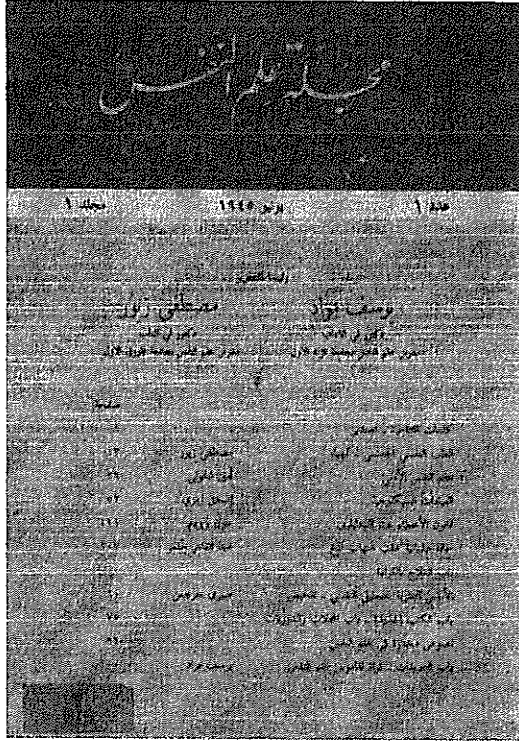
ومع بداية السبعينيات بدأ الباحثون الكلام عن العوالم المصغرة (أي الاختصارات الفكرية التي تبسط العمليات الفكرية المعقدة على غرار اختصار الحركات بالنقاط البيضاء) وعن الذكاء الاصطناعي (أي تعليم المهارات وتنمية المواهب الموروثة). وهذه الأبحاث تعد بإدخال تطورات نوعية عميقة على مفاهيم الذكاء البشري، وهي تتفوق على تقنيات تربية الأطفال العابرة اعتماداً على تدريب المهارات لوحدها. فهي تأخذ في حسابها، إضافة إلى تدريب المهارات، عاملين أساسيين هما: القدرة على الاستيعاب والقدرة على تعديل المخططات العقلية (كمثل التفكير بأن اتساع قعر الإناء يجعل مستوى الماء فيه أقل ارتفاعاً- راجع المثال أعلاه).

وهذا يعيدنا إلى كتاب سايمور بابرث المعنون 'توقد الذهن'. وفيه يعتبر أن تطور الاتصالات يستتبع معه تطور قدرة الطفل على الاستيعاب كنتيجة لتعددية أساليب عرض المهارات، وزيادة فرص الطفل في استيعابها، وتتدعم هذه الفرضية بالزيادة الملحوظة في نسبة الذكاء البشري عقب ظهور الراديو والتلفزيون. من هنا دعوة بابرث إلى دراسة التطورات اللاحقة بالذكاء البشري (الأطفال خاصة) بعد ظهور الحواسيب (لم يكن الإنترنت قد ظهر بعد عند صدور هذا الكتاب). إلا أن طريقة فرنسية شبيهة بالإنترنت _ فشل الفرنسيون في تسويقها وعولمتها _ كانت معروفة). ويرى هذا الباحث إن إدخال الطفل إلى عالم المعلوماتية ينمي قدرته على التفكير بالفكرة. وذلك بدعم من الحاسوب الذي يتيح لهؤلاء الأطفال الحصول على الإجابات التي يحتاجها كل منهم (وفق طريقته الخاصة بالاستيعاب _ أي وفق مخططاته العقلية الخاصة- كي يستوعب المعلومات استيعاباً موضوعياً، وبمعنى آخر، فإن بابرث يدعو إلى تعليم التعلم. وفي عودة إلى الطفل اللاحسابي (والأطفال المعانين من صعوبات الربط بين بعد الزمان وبعد المكان عامة) نجد أن تعليم التعلم هو علاج ناجز لهذه الحالات. فهذا التعليم يتيح للطفل حرية توجيه تعلمه في الاتجاه المناسب له خارج قوالب التعليم التقليدية، التي رأينا أنها غير مناسبة لهؤلاء الأطفال، والتي قلنا إن بداية علاجهم تكمن في إبعادهم عن قوالب التعليم التقليدية. وفي السياق النظري عينه نذكر "نظرية مجتمع الذهن" لـ مينسكي (Minsky). وهي تقول بوجود عملاء للذهن. فلو أخذنا مثال ارتفاع السائل في الإناء لقلنا إن للذهن عميلاً هو الارتفاع. وعميلاً آخر هو العرض. وزيادة الارتفاع تعني أكثر، وكذلك زيادة العرض. ويوجد عميل ثالث يقول إن الكميتين متساويتان (على الرغم من اختلاف ارتفاعهما). وبالنسبة للطفل، فإن تجربته المعيشة (فوق/تحت) تجعله متأثراً أكثر بعميل الارتفاع الذي يعارض عميل العرض. بحيث يقتضي الأمر تدخل عميل رابع يقنع العملاء بأن ارتفاع الماء في الإناء العريض بمساواة ارتفاعه في الإناء الضيق يعني حكماً زيادة كمية الماء في الإناء العريض.

وهذا التدخل، وفق مجتمع الذهن، يلخص استراتيجية علاج الحالات موضوع حديثنا، وفي مقدمها اللاحسابية، حيث يجب ألا نقوم بمواجهة العملاء مع بعضهم مباشرة، بل إننا نلجأ لاعتماد الطريقة غير المباشرة التي تثبت الخطأ عن طريق إثبات عدم صحته.

خلاصة القول إننا لا نزال نناقش مسائل من نوع قصص وحكايات وألعاب الطفل العربي، في حين أن حاجات هذا الطفل تنامي بسرعة أكبر من قدرتنا على تلبية حاجاته، ومن الجهود التي نوظفها لذلك. وعليه، فإن العمل على إيجاد لغة حاسوبية خاصة بالطفل العربي، وبمجتمعه الذهني لم تعد قابلة للتأجيل. وهي تتطلب تدخل ومشاركة كافة العرب العاملين في مجال الخصوصية الثقافية والاجتماعية والذهنية للطفل العربي على اختلاف تخصصات هؤلاء

العاملين. ولعل الخطوة الأولى تكمن في ترجمة هذه المراجع القديمة، نسبياً، والاستناد إليها مع متابعة التطورات الأحدث لإرساء مثل هذه اللغة الحاسوبية. الكفيلة بتتمية إدراك وقدرات الطفل العربي. ومساعدة الأطفال العرب المعانين من بعض الصعوبات، ومنها اللاحسابية، التي غالباً ما تمر بدون اكتشافها للأسباب المذكورة أعلاه. والتي تساعدنا هذه اللغة على تشخيصها واكتشافها وعلاجها.



مجلة علم النفس

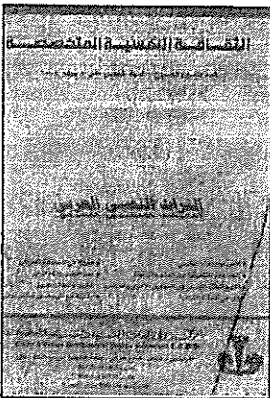
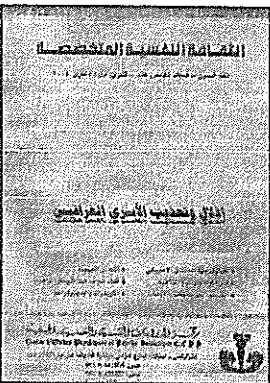
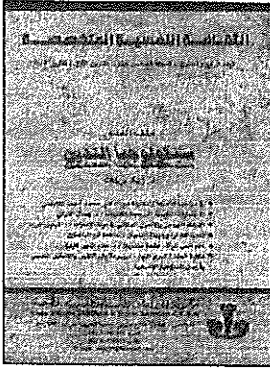
قام مركز الدراسات النفسية، والنفسية - الجسدية (طرابلس - لبنان) بإعادة طباعة العدد الأول من مجلة علم النفس، الصادر في حزيران/يونيو عام 1945 في مصر.

يطلب من مركز الدراسات النفسية، والنفسية الجسدية

فاكس: 438925 _ 6 _ 00961

هاتف: 441805 _ 6 _ 00961

E-mail: ceps50@hotmail.com



الثقافة النفسية المتخصصة فصلية متخصصة

الأفراد:

- اشتراك سنوي 40 دولاراً أميركياً .
- اشتراك سنوي شامل 100 دولار أميركي .
- اشتراك مدى الحياة 500 دولار أميركي .

المؤسسات

- اشتراك سنوي 100 دولار أميركي .
- اشتراك سنوي شامل 150 دولاراً أميركياً .

سعر النسخة الواحدة لعام سابق 10 دولار أميركي

لمحة عن علم النفس السياسي في العالم العربي

د. روز ماري شاهين

نائب رئيس الجمعية اللبنانية للدراسات النفسية

مقدمة

كان كتاب "مبادئ السيوسيلوجيا" أول كتب مؤسس البراغماتية ويليام جايمس. وهو الذي سخر السيكلولوجيا لخدمة السياسة انطلاقاً من هذا الكتاب. وبعضهم يذهب إلى حدود أنه عوض النقص الفكري البراغماتي بإدخال علم النفس إلى البراغماتية. ويسخر البعض الآخر من البراغماتية بالقول بأنها تعتمد نصيحة نفسية - إيحائية تقول بتركيب مكيفات الهواء لتبريد الجحيم. وهي نكتة تكرر مع كل فشل سياسي للبراغماتية. وهو عادة ما يكون فشلاً سياسياً أميركياً. مثال ذلك نكتة محاولة بوش تركيب مكيفات في الجحيم العراقي الحالي.

مهما يكن، فإن حصة علم النفس في السياسة الأميركية حصة كبيرة، خاصة مع تحويل السيكلولوجيا نحو الاتجاه السلوكي، ومن ثم المعرفي. حتى أن المعهد النفسي الأميركي لدراسة شخصيات القادة يشارك في القرار السياسي الأميركي، وهو نشر تقريراً حول شخصية صدام حسين قبيل حرب احتلال العراق.

على الجانب الآخر، لم يتمكن سيفموند فرويد من تجاوز العلاقة بين دراسة النفس الإنسانية وبين وجوه نشاطها، ومنها الفني والاجتماعي، والعسكري والسياسي. وكتب فرويد في كل هذه المجالات فكانت كتابته تأسيساً لتيارات نفسية لاحقة في هذه الاتجاهات. وبمراجعة مؤلفات فرويد نذكر له كتباً سياسية أو فطيرة السياسية، منها: 1- قلق في الحضارة، 2- أفكار لأزمة الموت والحرب، 3- موسى والتوحيد، 4- التحليل النفسي للرئيس الأميركي وودرو ولسون، والكتاب الأخير غير معروف كثيراً لصدوره بعد وفاة فرويد وزوجة ولسون، وترجمه إلى العربية الدكتور محمد أحمد النابلسي.

كان من الطبيعي أن يصل علم النفس السياسي إلى المكتبة العربية مع دخول العلوم النفسية إليها. وكان هذا الدخول موزعاً على التيارات الأساسية الأجنبية، وفروعها العربية. فتوزعت

البحوث العربية في علم النفس السياسي على التيارات التالية:

- 1- التحليل النفسي - السياسي: وعمل في مجاله تأليفاً وبحثاً وترجمة الأساتذة مصطفى زيور، وحسين عبد القادر، ومحمد أحمد النابلسي، وعلي زيعور، وغيرهم.
- 2- علم النفسي السلوكي - السياسي: وعمل فيه الأساتذة قدرتي حفني، ولفيف من تلامذته، إضافة إلى بعض الترجمات المتفرقة.
- 3- التيار النفسي الليبرالي: وهو جمع السياسة إلى علم النفس في ميادين التربية والاجتماع، وفي طبيعة العاملين في المجال الأستاذ جيمي بيشاي.
- 4- علم نفس الحروب والكوارث: وهو تيار ينطلق من اعتبار الحروب وجهاً من وجوه الممارسة السياسية.

على أن محاولتنا رصد هذه الأعمال العربية اصطدمت بعدم سيولة المعلومات بين الدول العربية، ومعها صعوبات النشر والتوزيع. وهي أمور قد تهمل باحثين هامين وجادين في المجال. لذلك لجأنا إلى متابعة هذه الأعمال عبر رصد بيبولوجرافي لهذا الفرع في مجلة الثقافة النفسية المتخصصة، وهي تصدر في لبنان، مع صلات وثيقة بالباحثين العرب في مختلف الدول العربية، وفي المهاجر. وفي ما يلي عرض للأعمال العربية في مجال علم النفس السياسي ونبدأ بـ:

1- التحليل النفسي

- سيكولوجية التعصب / أ. د مصطفى زيور، العدد 5.
- شخصية الرئيس نيكسون / د. محمد أحمد النابلسي، العدد6.
- أضواء على المجتمع الإسرائيلي / البروفسور مصطفى زيور، العدد6.
- أضواء على سيكولوجية الشخصية العربية / فرج عبد القادر طه، العدد9.
- هنري الرابع لشكسبير في ضوء التحليل النفسي / أ. د. مصطفى زيور، العدد 19.
- ملامح عن الشخصية العربية / أ. د. فرج عبد القادر طه، العدد 21.
- النفس المقهورة - سيكولوجية السياسة العربية (كتاب) / محمد أحمد النابلسي، العدد38.
- النفس المغلولة - سيكولوجية السياسة الإسرائيلية / محمد أحمد النابلسي، (عرض كتاب) العدد 46.
- لقاء مع مؤلف كتاب 'الثلاثاء الأسود' د. محمد أحمد النابلسي، العدد 51.
- لقاء مع مؤلف كتاب الحرب النفسية على العراق د. محمد أحمد النابلسي، العدد 55.
- يهود يكرهون أنفسهم / محمد أحمد النابلسي (عرض كتاب)، العدد 55.

- النفس المفككة - سيكولوجية السياسة الأميركية / محمد أحمد النابلسي، العدد 56.
- التحليل النفسي للرؤساء الأميركيين/ محمد أحمد النابلسي، العدد 57.
- رؤية نقدية لتحليل شخصية عرفات على ضوء التهديد بطرده / محمد أحمد النابلسي، العدد 57.
- لقاء مع مؤلف: النفس المفككة - سيكولوجية السياسة الأميركية، العدد 58
- في مواجهة الأمركة (عرض كتاب)/ محمد أحمد النابلسي، العدد 61.
- الخصوصية العربية والعقل الأسير، محمد أحمد النابلسي/ كتاب العدد 61.
- التحليل النفسي لشخصية العسكري الأميركي في العراق، فارس كمال نظمي، العدد 62.

2- علم النفس السلوكي - السياسي

- تعريف الشائعة وأنواعها ودوافع نشرها / د. محمود السيد أبو النيل، العدد 7.
- علم النفس والشائعات / د. محمد السيد أبو النيل (عرض كتاب)، العدد 7.
- سيكولوجية الإرهاب السياسي عرض كتاب / د. خليل فاضل، العدد 15.
- أضواء على سيكولوجية الشخصية اليابانية / د. كاملة الفرخ، العدد 17.
- العرب بين الإرهاب والبحث العلمي / التحرير، العدد 18.
- سيكولوجية الإرهاب المعاصر/ ملف العدد 28.
- سيكولوجية الحرب النفسية الأميركية / محمد حمدي الحجار، العدد 55.
- تقنيات الحرب النفسية في العراق / محمد أحمد النابلسي، العدد 55.
- هموم الاختصاص والوضع العربي / جمال التركي، العدد 55.
- بكاء أفهمه وبكاء لا أفهمه / عبد الستار إبراهيم، العدد 55.
- الشخصية العراقية / أحمد موسى، العدد 55.
- بوش الابن الضال وعقدة أوديب / جيمي بيشاي، العدد 57.
- سيكولوجية السياسة الخارجية / عبد الرحمن العيسوي، العدد 57.
- العولة و... الأحداث الجارية والطب النفسي/ يحيى الرخاوي، العدد 57.
- صورة سيكولوجية لعرفات / أ. د. عبد الفتاح دويدار ، العدد 58.
- محاولات تشويه صورة الإنسان العربي / التحرير، العدد 59.

- الأساطير المؤسسة للسياسة الإسرائيلية (عرض كتاب) / روجيه غارودي، العدد 31.
- علم النفس السياسي والصراع الدولي / قدري حفني، العدد 35.
- من فوكوياما إلى هنتنغتون، نهاية الانثروبولوجيا، أم صدام الإثنيات 5/ محمد النابلسي.
- حول خطة فك الارتباط / قدري حفني، العدد 59.

4- علم نفس الحروب

- الحرب والمجتمعات النامية / د. محمد أحمد النابلسي، العدد 1.
- مشكلة الشباب المحارب في مجتمع الحرب اللبنانية / د. محمد أحمد النابلسي، العدد 8.
- الأمن الاجتماعي والانصهار الوطني - / د. محمد أحمد النابلسي، العدد 9.
- عصاب الحرب في لبنان / د. جليل شكور - د. محمد أحمد النابلسي، العدد 10.
- شجون الحرب وويلاتها / د. كريستين نصار، العدد 10.
- أطفال الحرب اللبنانية / د. منصور حجيلي.
- نحو استراتيجية قومية لإعادة تأهيل الأسرى / د. محمد حمدي الحجار، العدد 17.
- السياسة وأخلاقيات الطب النفسي - العناية بضحايا العنف / محمد أحمد النابلسي.
- الصدمة النفسية . علم نفس الحرب والكوارث / النابلسي، ومشاركوه/كتاب، العدد 25.
- هولوكوست جديد اسمه قانا / أ. د. محمد أحمد النابلسي، العدد 27.
- سيكولوجيا الحروب والكوارث/ العدد 44 كاملاً.
- التعرض للعدوان قد يترك آثاراً على كيميائية الدماغ / محمد حمدي الحجار، العدد 44.
- مراجعة نظرية نقدية لأثر الصدمات النفسية / محمد نجيب الصبوة، العدد 44.
- سيناريوهات التعامل مع الأسرى وعائلاتهم / طلعت منصور، العدد 44.
- الوسواس المرضية وانتشارها الوبائي في مجتمعات الصدمة / محمد أحمد النابلسي، العدد 44.
- الكوارث العربية والماضي المستمر/ محمد أحمد النابلسي، العدد 47.
- سيكولوجية الانتفاضة في المؤتمر العربي للطب النفسي / د. جمال التركي، العدد 48.
- اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية / أ. د. قاسم حسين صالح، العدد 49.

- انعكاسات الثلاثاء الأسود / أ.د. محمد أحمد النابلسي، العدد 49.
- الآثار النفسية للكارثة الطبيعية / أ.د. محمد حمدي الحجار، العدد 49.
- معاناة الأسرى العرب الأسرى المصريين نموذجاً/ التحرير، العدد 49.
- اختبارات الكوارث والأزمات/ التحرير / العدد 49.
- خصوصية الضغوط الناجمة عن وضعية الانتفاضة / محمد أحمد النابلسي، العدد 50.
- قراءة في سيكولوجية طفل الانتفاضة / فيصل محمد خير الزراد، العدد 50.
- الآثار النفسية لممارسات الاحتلال على الجمهور العراقي/ محمد النابلسي، العدد 59.
- سيكولوجية الشائعة- الشائعات الأميركية نموذجاً / محمد أحمد النابلسي/كتاب، العدد 61.
- الجمهور العربي والصدمة النفسية التالية للانفجارات، محمد أحمد النابلسي، العدد 62.
- تفسير نفسي- اجتماعي لأحداث أبو غريب/ عبد الستار إبراهيم، العدد 63.

5- الترجمات

- هفوات الرؤساء الأميركيين / Patrick Young د. محمد البدوي، العدد 3.
- سياسة الشائعات / رالف آل.روسنو وألدين ج.كيمبل- ترجمة د. محمد البدوي، العدد 4.
- التحكم بالبشر. إيفلين لوران Eveline Laurent- ترجمة عبد الله عكاري.
- سيكولوجية الزعامة (الكتاب كاملاً) / يوجين جينيغر، العدد 27.
- أشكال الصراعات المقبلة / ألfn وهايدي توفلر، عرض كتاب / العدد 55.
- التحليل النفسي والسياسة / ترجمة سامر رضوان، العدد 57.

إصدارات مركز الدراسات النفسية

طرابلس - لبنان ص.ب: 3062 التل

فاكس: 438925 - 6 - 00961

هاتف: 441805 - 6 - 00961

1- المعجم النفسي

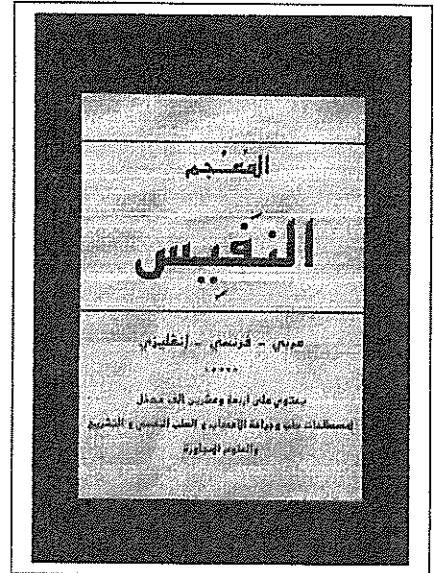
مصطلحات طبية ونفسية وعصبية
ذياب والجراية وعمار (40 دولاراً أميركياً)

2- سيكولوجية السياسة الإسرائيلية - النفس المغلولة
إصدار 2001 (10 دولارات أميركية)

3- الصدمة النفسية - علم نفس الحروب والكوارث (6 دولارات أميركية)

4- سيكولوجية السياسة العربية - العرب والمستقبلات
إصدار 1999 (10 دولارات أميركية)

5- معجم مصطلحات الطب النفسي (10 دولارات أميركية)



التجمع السيكولوجي لعلماء النفس العرب

Omar H. Khaleefa (Ph.D)

Visiting Professor, Kyoto University, Japan

البروفسور عمر خليفة

أستاذ زائر ، جامعة كيوتو ، اليابان

Correspondence concerning this manuscript should be addressed to Omar Khaleefa, Khartoum, P. O. Box 12718, Sudan

Fax: (+249-183-760712)

Tel.: (Res. ++249-185-324507)

Cell: ++249-19977467

e.mail: okhaleefa@hotmail.com

Biographical Note:

Dr. Omar Khaleefa, obtained his Ph.D. from the University of Newcastle upon Tyne, UK. At present he is a visiting professor at the Graduate School of Human and Environmental Studies, Kyoto University, Japan. His research interest includes intelligence and creativity, gifted children, indigenous psychology, and psychology in Japan. He published more than 45 articles in international and regional journals in Arabic, English and French

ملخص

التجمع السيكولوجي لدى علماء النفس العرب

بحثت الدراسة الحالية موضوع التجمع السيكولوجي لدى علماء النفس العرب عالمياً ومحلياً. وأظهرت الدراسة بأن هناك 'روابط' و'اتحادات' و'مجاس' عالمية عدة لعبت دوراً كبيراً في ترقية وانتشار علم النفس، منها: الرابطة النفسية الأميركية، والرابطة العالمية لعلم النفس عبر الثقافي،

والرابطة العالمية لعلم النفس التطبيقي، والاتحاد الدولي للعلوم النفسية، والمجلس العالمي لعلماء النفس، والمجلس العالمي للأطفال الموهوبين والمتفوقين. كما بحثت الدراسة كيفية تجمع علماء النفس في كل من اليابان وإسرائيل، كما بينت فوائد التجمع السيكولوجي العالمي، مثل دعم الأبحاث، وحضور المؤتمرات، وإقامة ورش العمل، ودعم المؤتمرات الإقليمية، والمشاركة فيها، وتوزيع بعض المواد المتعلقة بعلم النفس مثل الكتب، والدوريات، وخدمات الأقراص، ومعامل علم النفس، والاختبارات السيكولوجية، وعقد اتفاقيات التوأمة. كما قامت الدراسة بتحليل ندوة علم النفس وآفاق التنمية في دول مجلس التعاون المنعقدة في قطر 1998 من خلال تقديم بعض المعلومات عن الندوة، ومحاور وتوصيات الندوة، ونقاط القوة والضعف في الندوة، واقتراحات للندوات اللاحقة. وعموماً، خلصت الدراسة بأن هناك غياباً للعمل الفريقي في علم النفس في العالم العربي. ولقد تم التساؤل: لماذا استطاع علماء النفس في المجتمعات الغربية ذات الخصائص 'الفردانية' بالتجمع السيكولوجي الفعال لترقية وانتشار علم النفس، بينما لم يستطع علماء النفس العرب في المجتمع العربي ذي الخصائص 'الجموعية' كالقبيلة والعشيرة والفصيلة والحمولة من التجمع السيكولوجي الفعال؟ فيما ترى كيف نحل هذا المأزق؟ مجتمع فردي ينجح في التجمع، ومجتمع جمعي يفشل في التجمع! هل يا ترى إن نجاح علماء النفس في التجمع في الغرب يرجع لابتعاد مجتمعاتهم عن 'الجموعية'، بينما يرجع فشل علماء النفس العرب في التجمع لقرب مجتمعاتهم من 'الجموعية'.

التجمعات السيكولوجية العالمية

هناك مجموعة كبيرة من التجمعات السيكولوجية العالمية، والتي تتخذ اسم 'الروابط' والاتحادات و'المجالس'، والتي لعبت دوراً كبيراً في ترقية ونشر علم النفس، مثلاً، الرابطة النفسية الأميركية، والرابطة العالمية لعلم النفس عبر الثقافي، والرابطة العالمية لعلم النفس التطبيقي، والاتحاد الدولي للعلوم النفسية، والمجلس العالمي لعلماء النفس، والمجلس العالمي للأطفال الموهوبين والمتفوقين. ولقد لعبت هذه التجمعات السيكولوجية في الدول خارج الغرب الجغرافي دوراً كبيراً كذلك في ترقية علم النفس، مثلاً، اليابان (أزومة، 1984؛ أزومة وامادا، 1994)؛ وإسرائيل (عمير وبن عري، 1981؛ بن عري وعمير، 1986؛ حضي، 1991، لونر، 1980). ولقد أكد مجموعة من علماء النفس في العالم العربي على أهمية التجمع السيكولوجي لترقية علم النفس (أبو حطب، 1993؛ بدري، 1979؛ الخليفة وعشرية، 1996؛ عاقل، 1965؛ النابلسي، 1995). يقول رمضان أحمد بأن هناك حوالي 2700-2900 عالم نفس في العالم العربي. ومن هذا العدد حوالي 2000 في مصر. وهناك 108 قسم لعلم النفس في العالم العربي و60 من هذه

الأقسام في مصر (أنظر مارتز، 1999). فيما ترى كيف تتجمع هذه المجموعة الكبيرة من علماء النفس العرب؟ وما هي فعاليتهم مقارنة بعلماء النفس في اليابان وإسرائيل، مثلاً؟ وهل استفاد علماء النفس العرب من قيم 'التجمع' في العالم العربي؟ نقصد بذلك بأن المجتمع العربي مجتمع 'جمعي' من خلال القبيلة والعشيرة الفصيلة والحمولة (بركات، 1984؛ الخليفة، 1997؛ شرابي، 1990) بينما المجتمعات الغربية هي مجتمعات فردانية (بوند، 1994؛ ترياندينز، 1988، 1989، 1994؛ هوفستيد، 1980).

يقول عاقل: لا يحتاج الناظر في نتاجنا السيكولوجي إلى جهد عظيم، أو ذكاء شديد، ليلاحظ أن عمل الاختصاصيين بعلم النفس لا ينظمه ناظم، ولا يجمعه جامع، ولا يوجهه موجه، فلا جمعية، ولا منظمة، ولا مجلة، ولا مؤسسة، تهتم بعلم النفس، وتجمع المشتغلين به، وتنسيق جهودهم، وتوجه عملهم (عاقل، 1965). إن ما عبر عنه عاقل قبل أكثر من ثلاثين عاماً. ينطبق في جوهره حالياً حتى في كثير من الدول العربية. ولقد تأسست الجمعية المصرية للدراسات النفسية عام 1948، وتتضمن أنشطة الجمعية المحاضرات العامة والمطبوعات. وعقدت الجمعية أربعة مؤتمرات لعلم النفس في مصر بين 1985-1988 (أبو حطب، 1992). وتأسست الجمعية المغربية للدراسات النفسية عام 1992، والجمعية السورية للعلوم النفسية 1996. وتأسست كذلك الجمعية اللبنانية للدراسات النفسية، والجمعية النفسية اليمنية، والجمعية التونسية لعلم النفس، والجمعية النفسية السودانية. وفي عام 1998 بحث علماء النفس في الخليج العربي إمكانية قيام رابطة لهم إبان انعقاد الندوة العلمية الأولى لأقسام علم النفس في دول مجلس التعاون في قطر. وسوف نحاول لاحقاً تحليل محتوى هذه الندوة.

عموماً، هناك غياب للدراسات المتعلقة بالتجمع السيكولوجي في العالم العربي، عالمياً ومحلياً. ونقصد بالتجمع كيفية تعامل علماء النفس العرب مع الروابط والاتحادات والمجاس السيكولوجية، وما هو حجم عضويتهم، ودرجة مشاركتهم، ومدى استفادتهم منها مقارنة برصفائهم حول العالم. وما مدى قدرتهم وفعاليتهم في التنظيم المحلي داخل العالم العربي. لذلك تهدف الدراسة الحالية إلى ملء الفراغ في الدراسات المتعلقة بالتجمع السيكولوجي عند علماء النفس العرب. وبصورة محددة تحاول الدراسة تحقيق الأهداف التالية. أولاً: ما هي أهم الاتحادات والمجاس والروابط العالمية السيكولوجية. ثانياً: كيفية التجمع السيكولوجي في اليابان. ثالثاً: كيفية التجمع السيكولوجي في إسرائيل. رابعاً: فوائد التجمع السيكولوجي العالمي. خامساً: تحليل التجمع السيكولوجي لندوة عربية. سادساً: ملاحظات عامة عن التجمع السيكولوجي العربي

يعتبر الاتحاد بمثابة مظلة ل 63 رابطة وجمعية ولجنة سيكولوجية قومية حول العالم. وهناك عضوية واحدة للدولة الواحدة من خلال أكثر منظمة فاعلة لعلماء النفس في تلك الدولة. بالإضافة لذلك تنتمي 9 روابط وجمعيات عالمية للاتحاد. وليست هناك عضوية للأفراد في الاتحاد، بل تكون العضوية دائماً للتجمعات السيكولوجية. ويهدف الاتحاد إلى تبادل الآراء والمعلومات العلمية بين علماء النفس في العالم، وتطوير علم النفس، إن كان بيولوجياً أو اجتماعياً، للشواذ أو للعاديين، بحثاً أو تطبيقاً. وينشر الاتحاد "المجلة العالمية لعلم النفس". ولقد عمل الاتحاد على جمع معلومات هامة عن علم النفس في الدول المختلفة، من حيث تاريخ علم النفس، وأقسام علم النفس، وعدد علماء النفس، والاهتمامات البحثية، والتنظيم المهني. وعقد الاتحاد حوالي 27 مؤتمراً عالمياً لعلم النفس، مثلاً، كان مؤتمر 1966 في مونتريال، ومؤتمر عام 2000 سوف يعقد في استكهولم. ويعقد الاتحاد مجموعة من السمنارات التدريبية البحثية المتقدمة، خاصة لعلماء النفس من الدول غير الغربية. ومن أمثلة هذه السمنارات: "الأخلاق والبيئة" و"النمو الإنساني والقياس" و"الإدراك والثقافة". بالإضافة لذلك يعقد الاتحاد مؤتمرات إقليمية لعلم النفس، وكان أولها في الصين 1995. وهناك ثلاثة دول عربية لها عضوية في الاتحاد، هي مصر وتونس والمغرب. ولم يعقد أي مؤتمر للاتحاد في العالم العربي، كما لم يترأسه أحد علماء النفس العرب.

المجلس العالمي للأطفال الموهوبين والمتفوقين

تأسس المجلس عام 1975 ويضم مجموعة من المهتمين بالموهوبين من التربويين والعلماء والباحثين والآباء والمؤسسات التعليمية. وتنتمي للمجلس العالمي بعض المجالس القومية الإقليمية المهتمة بالموهوبين. ويهدف المجلس بصورة أساسية إلى ترقية استعدادات الموهوبين لأقصى حد ممكن لخدمة الإنسانية. ويتم تحقيق هذا الهدف من خلال تجمع المهتمين بالموهوبين من مختلف دول العالم لتبادل الآراء والخبرات، وترقية مناخ مناسب للموهوبين، ودعم البحث الخاص بالموهوبين، وإقناع الحكومات بالرعاية الخاصة للموهوبين، وتصميم أنشطة تجمع بين الموهوبين أنفسهم. ويصدر المجلس دورية "الموهوب والمتفوق العالمي" مرتين في العام، وهي دورية محكمة تتضمن النظريات والبحث والممارسة في تعليم الموهوبين. كما ينشر المجلس نشرة "الموهوب العالمي" لتغطية الأخبار والأنشطة المختلفة. ويعقد المجلس مؤتمراً عالمياً كل سنتين في دول مختلفة في العالم. مثلاً عقدت هذه المؤتمرات في لندن وسان فرانسيسكو ومونتريال ومانيلا وهامبورج وسدني وتورنتو وهونج كونج واستنبول وبرشلونة. وهناك 45 دولة لها مندوبون في "المجلس العالمي

للأطفال الموهوبين والمتفوقين". ولم يعقد أي مؤتمر للمجلس في العالم العربي، كما لم يتأسسه أحد علماء النفس العرب.

المجلس العالمي لعلماء النفس

ويهدف المجلس لترقية علم النفس وتطبيقاته العلمية حول العالم. ولقد تطور المجلس من خلال "المجلس القومي لعلماء النفس" الذي تأسس في الولايات المتحدة عام 1941. وتم تغيير الاسم عام 1946 بأن يكون "المجلس العالمي لعلماء النفس". وهو تجمع للتفاهم والتعاون بين علماء النفس حول العالم. وفي عام 1959 فتحت العضوية لكل علماء النفس من الذكور والإناث، وأصبح "المجلس العالمي لعلماء النفس". وتم تأسيس سكرتارية المجلس عام 1976، وللمجلس عضوية من أكثر من 80 دولة. وكان الرؤساء السابقين للمجلس من كندا وتايوان وهونج كونج واليابان والمكسيك وهولند والنرويج والولايات المتحدة. وعقدت المؤتمرات الأخيرة للمجلس في كندا 1996، والنمسا 1997، وأستراليا 1998. وأصدر المجلس سلسلة من دورية 'علم النفس العالمي'. وتهتم الدورية بكيفية تفهم وتطبيق وتدريس علم النفس حول العالم، وكيفية النظر لذلك من منظور عالمي. ويصدر المجلس كذلك نشرة 'عالم النفس العالمي' وذلك لتعزيز التواصل بين علماء النفس في العالم. وعقد المؤتمر السنوي للمجلس في إسرائيل عام 1975. ومن أقدم وأنشط أعضاء المجلس من العالم العربي رمضان أحمد، رئيس قسم علم النفس في جامعة المنوفية في مصر. وسوف ينشر رمضان مع أوي، محرر مجلة 'علم النفس العالمي، كتاباً حول علم النفس في العالم العربي كان مزماً نشره عام 1999. ولم يعقد أي مؤتمر للمجلس في العالم العربي، كما لم يتأسسه أحد علماء النفس العرب.

الرابطة العالمية لعلم النفس التطبيقي

تم تأسيس الرابطة عام 1920 ولها أكثر من 2000 عضو من أكثر من 70 دولة. وتهدف إلى خلق حوار بين علماء النفس الذين يعملون في حقول مختلفة لعلم النفس التطبيقي حول العالم. وتقدم الرابطة برنامج تدريبي بحثي لعلماء النفس من دول العالم الثالث. ولقد عقد المؤتمر العالمي لعلم النفس التطبيقي في آب/ أغسطس 1998 في مدينة سان فرانسيسكو، كاليفورنيا. ولقد اشتمل البرنامج العلمي للمؤتمر على 181 من العلماء المدعوين، فضلاً عن 1212 ورقة مقدمة، وكان عدد المشاركات الكلية قد بلغ 1964. وكان هناك 36 معرضاً من دور النشر الكبيرة. ولقد حضر المؤتمر 2281 عالم نفس من 77 دولة، وكانت أعلى نسب الحضور من أميركا (740 فرداً)، والمملكة المتحدة (169 فرداً)، وألمانيا (135 فرداً)، واليابان (125 فرداً)، وأستراليا (111 فرداً).

وكندا (106 أفراد). وهناك بعض الدول من ساهمت بفرد أو فردين، مثلاً، أرمينيا وبيروناي وبلغاريا والكمرون والإكوادور وفيجي ومنغوليا ونيكاراغوا وشمال كوريا. ومن الدول العربية هناك مشاركة من مصر وأخرى من اليمن. ولقد قامت اللجنة المنظمة للمؤتمر بوضع ميزانية بالنسبة للمنح المقدمة للمشاركين من الدول النامية. وتبعاً لذلك، منحت 95 منحة تراوحت بين تغطية نفقات التسجيل إلى دعم مالي وصل 2000 دولار أميركي للفرد الواحد. هنا نتساءل: هل استفاد علماء النفس العرب من هذه المنح، خاصة من الدول غير النفطية؟ ولماذا كان الحضور العربي ضعيفاً، مقارنة مع مناطق جغرافية مختلفة من العالم (علم النفس العالمي، خريف، 1999). ولم يعقد أي مؤتمر للرابطة في العالم العربي، كما لم يترأسها أحد علماء النفس العرب..

الرابطة السيكلوجية الأميركية

لعل الرابطة السيكلوجية الأميركية من أقدم وأهم هذه الروابط العالمية. فقد قامت الرابطة بتنظيم أول اجتماع سنوي لها عام 1892 في جامعة بنسلفانيا (كاتل 1894)، ولقد حضر الاجتماع 18 من بين 31 عضواً، وتم تقديم 12 ورقة علمية عن تطور علم النفس. ومنذ عام 1895 تعقد الرابطة اجتماعاتها بانتظام مع جمعيات أخرى منتسبة، وذلك بمساعدة الجمعية الأميركية للطبيعيين (سوكال، 1992). وكانت أول دورية لعلم النفس باللغة الإنجليزية هي المجلة الأميركية لعلم النفس التي أسسها هول عام 1887. ويستفيد أعضاء الرابطة من العضوية في عدة مجالات منها الحصول على بعض مطبوعات الرابطة، مثل "مرشد الرابطة السيكلوجية الأميركية" و"علم النفس العالمي". وتخفيض يصل إلى 60% بالنسبة لعدد 24 دورية تصدرها الرابطة، وتخفيض 20% لقائمة الكتب، ورسوم منخفضة لحضور المؤتمرات التي تنظمها الرابطة، ومتابعة الإعلانات لمنات الوظائف، ووضع اسم عالم النفس المنضوي للرابطة في الدليل السنوي للأعضاء، والدعم القوي للأبحاث والتدريب. بالإضافة إلى ذلك، هناك فوائد أخرى، مثل تغطية نفقات التأمين، ودعم للرعاية الصحية، والبطاقة الائتمانية للرابطة. وكان عدد المنتسبين للرابطة النفسية الأميركية من الدول العربية لعام 1997 هو 66 من إحدى عشرة دولة (أنظر جدول 1). الجدير بالذكر أن عدد الإسرائيليين في الرابطة هو 166 عضواً. أي أن نسبة عضوية علماء النفس العرب لعلماء النفس الإسرائيليين هي 4، 28%، و 6، 71% بالتتالي (علم النفس العالمي، 1997). والمسألة ليست مرتبطة فقط بالعدد، بل بحجم ونوعية المساهمة العالمية في الإنتاج السيكلوجي.

وحالياً، للرابطة عدة أقسام، من بينها علم النفس العام، جمعية تدريس علم النفس، علم النفس التجريبي، التقويم والقياس والإحصاء، علم الأعصاب السلوكي وعلم النفس المقارن، علم نفس النمو، الشخصية وعلم النفس الاجتماعي، علم نفس الفنون، علم النفس الإكلينيكي، علم

النفس الاستشاري، علم النفس الصناعي والتنظيمي، علم النفس التربوي، علم النفس المدرسي، علم النفس الإرشادي، علماء النفس في الخدمة المدنية، علم النفس الحربي، علم النفس التجريبي التطبيقي، وعلم النفس الهندسي، علم نفس إعادة التأهيل، علم نفس المستهلك، علم النفس النظري والفلسفي، التحليل التجريبي للسلوك، تاريخ علم النفس، علم النفس الصيدلاني، العلاج النفسي، التويم المغناطيسي، علم النفس الإنساني، التخلف العقلي والإعاقات النمائية، علم النفس النيورولوجي الإكلينيكي، علماء النفس في التطبيقات الحرة، علم النفس الأسري، الدراسة السيكولوجية لقضايا الأقليات العرقية، علم نفس الإعلام، علم النفس السكاني وعلم النفس البيئي، علم نفس النساء، علم النفس الديني، الطفل والشباب والخدمات الأسرية، علم النفس الصحي، التحليل النفسي، علم النفس الرياضي، علم نفس السلام، علم نفس المجموعات، الإدمان، الدراسة السيكولوجية للرجال والرجولة، علم النفس العالمي. الدراسة السيكولوجية للوطية والسحاقيات وثنائيي الجنس.

ولقد أتاحت الثورة الجنسية الهائلة في الغرب حرية الاختيار والتفضيل الجنسي بالنسبة للأفراد والجماعات. وظهرت جماعات الضغط من اللوطية والسحاقيات واهتم علماء النفس، خاصة اللوطية منهم، بهذه الجماعات. وتمتد عضوية الرابطة النفسية الأميركية إلى مدى واسع من الثقافات والمجموعات المختلفة. ويشكل علماء النفس في الرابطة أقساماً جديدة لكي تكون صوتاً معبراً بالنسبة لهم. وتتيح هذه الأقسام الفرصة للأعضاء لطرح القضايا الثقافية والاجتماعية بصورة موسعة. ومن بين هذه الأقسام القسم رقم 44 والخاص بالسحاقيات واللوطية وثنائيي الجنس، والذي تكون عام 1985. وعندما قامت رابطة الطب النفسي الأميركية عام 1973 بعدم تصنيف الشذوذ الجنسي "الجنسية المثلية" كمرض عقلي، فإن العلاج النفسي الإيجابي للوطية أصبح أكثر سهولة إذ يساعد الأفراد لتقبل حياتهم الجنسية دون تغييرها. لذلك كان القسم رقم 44 بمثابة دار بالنسبة للوطية والسحاقيات وثنائيي الجنس في الرابطة النفسية الأميركية (بيرنت، 1997).

وقد أعلنت الرابطة النفسية الأميركية في صحيفتها الشهرية حزيران/يونيو 1997 عن الترشيحات للجنة اللوطية والسحاقيات وثنائيي الجنس. ويجب أن يكون للمرشح خبرة في التغيرات المجتمعية، والسكان، والمؤسسات الاجتماعية. ومن واجبات اللجنة دراسة وتقييم كيفية طرح قضايا علمات النفس السحاقيات وعلماء النفس اللوطية من الذكور وثنائيي الجنس، وتشجيع البحث في المجالات المذكورة أعلاه. وللجنة ستة أعضاء، ثلاث نساء وثلاثة رجال. ومن يأنس في نفسه الكفاءة، عليه ترشيح نفسه على أن يرسل خطاباً يتضمن اهتماماته ومؤهلاته مع سيرته الذاتية إلى لجنة ترشيحات اللوطية والسحاقيات وثنائيي الجنس في الرابطة النفسية الأميركية

(أي، بي أي مونتر، 1997). ويمكن من غير تحرج التساؤل: هل هناك أحد علماء النفس العرب من يأنس في نفسه الكفاءة، ويقوم بترشيح نفسه على الأقل لتمثيل الشواذ جنسياً في العالم العربي في هذه القسم؟ أو هناك من هو عضو جهاً أو سراً في القسم 544 وما هي رؤيته لمفهوم الشذوذ الجنسي؟ هل على الطريقة الأميركية، ويعتقد في العلاج الإيجابي للوطية بأن يتكيفوا مع شذوذهم الجنسي؟ أم محاولة إرجاعهم للجنسية الغيرية؟ وما رأيه في مفهوم "التفضيل الجنسي" الذي يشغل مساحة من علم النفس المعاصر: أي أن للفرد كامل الحرية في تفضيل الجنس الذي يحبه ويرتاح له: ذكراً؟ أم أنثى؟ أم ذكراً وأنثى في الوقت نفسه؟

لقد ضمنت الرابطة النفسية الأميركية في دليل سياسة مجلسها كل التصريحات والقرارات والبيانات التي تتعلق بالقضايا العالمية، والتي تهم الرابطة. وتعكس هذه السياسة توثيق كل ما يخص موضوع حقوق الإنسان في العالم. ولقد لعبت اللجنة الخاصة بالعلاقات الدولية دوراً كبيراً في تطوير السياسة العالمية للرابطة النفسية الأميركية. ففي عام 1975 و1976 تبنى مجلس الرابطة النفسية الأميركية القرارات التي تدين منظمة اليونسكو التي عملت على عدم مساعدة إسرائيل وإبعادها عن المشاركة في التجمعات الإقليمية. وجادل مجلس الرابطة أن هذا القرار انحرف خطير عن أهداف اليونسكو الأساسية والتي يتوقع منها تشجيع المشاركة والتعاون بين الأمم عبر التربية والعلم والثقافة. وفي عام 1977 قدم مجلس الرابطة إدانة ثانية لليونسكو في سياستها الرامية إلى مساواة الصهيونية بالعنصرية (نيمارك، 1997). ما هو موقف علماء النفس العرب من أعضاء الرابطة النفسية الأميركية حول هذه القرارات؟ هل الرفض أم الموافقة؟ إذا كان الرفض من الذي وقف هذا الموقف؟ ومن يتابع تحريك علماء النفس الإسرائيليين لهذه القرارات؟ أم أن عضوية علماء النفس العرب في هذه الجمعية وغيرها هي العضوية الصامتة؟

الرابطة العالمية لعلم النفس عبر الثقافي

تعتبر الرابطة العالمية لعلم النفس عبر الثقافي من أنشط الروابط في العالم، ولها أهمية بالغة الخطورة بالنسبة لتطور علم النفس عبر الثقافات المختلفة. ولقد تأسست الرابطة عام 1972 وهناك 70 دولة لها عضوية في هذه الرابطة العالمية. وهناك 687 عضواً من هذه الدول المختلفة. ومجموع أعضاء هذه الرابطة من العالم العربي هو (6). فهناك ثلاثة دول عربية لها عضوية في الرابطة وهي البحرين (4 أعضاء)، مصر (1 عضو)، الكويت (1 عضو). وتبلغ عضوية إسرائيل 8 أعضاء (انظر جدول 3). ومن الدول الأخرى التي لها عضوية ونشاط أكبر من العالم العربي أجمع كوريا واليونان وهونج كونج ونيجريا والنرويج وبولندا وجنوب أفريقيا وتركيا. ولقد قسمت هذه الرابطة العالم لتسعة أحزمة ثقافية مختلفة وهي: أوروبا، وأميركا الشمالية، وشرق آسيا، ووسط

وجنوب أميركا، وجنوب آسيا، ووسط وجنوب أفريقيا، وجنوب شرق آسيا، وجزر المحيط الهادي، وشمال أفريقيا والشرق الأوسط. وتهدف الرابطة لتدعيم الاتصال بين علماء النفس المهتمين بعلم النفس عبر الثقافي وباختبار مفاهيم ونظريات علم النفس في ثقافات مختلفة. وتعد الرابطة كل سنتين مؤتمرها العالمي، فكان المؤتمر الأخير في واشنطن، وقبلة في مونتريال، والقادم في بولندا. وفي حالة قبول العضوية يستلم العضوة أعداد من "Journal of Cross-Cultural Psychology" في السنة، و4 أعداد من "Cross-Cultural Psychology Bulletin" في السنة، وتخفيض في رسوم تسجيل المؤتمرات العالمية والإقليمية.

وفي تقديري، إذا كانت هناك رابطة ينبغي أن ينضم لها علماء النفس العرب فهي الرابطة العالمية لعلم النفس عبر الثقافي، وذلك للدور الكبير الذي تلعبه الثقافة في البناء السيكولوجي لسلوك الأفراد والجمعيات. هناك عدة علماء نفس من الغرب واللاغرب من هم خبراء في الشؤون السيكولوجية في العالم العربي. ويبلغ عدد خبراء الشرق الأوسط 37 خبيراً (أنظر جدول 2). ولكن ليس من بين هؤلاء الخبراء من هم من العالم العربي. لذلك فإن غير العرب يمثلون العرب في قضايا علم النفس عبر الثقافي. أو قضايا تأثير الثقافة في سلوك الأفراد والجماعات في العالم العربي. فالشخص المسؤول عن العالم العربي بين 1994-1998 هو إسرائيلي 'شلوم شوارتز' من الجامعة العبرية في القدس. ويرجع السبب في ذلك إلى نشاط الإسرائيليين في مجال الأبحاث عبر الثقافية، وقدرتهم على التجمع وتوجيه المؤتمرات والجمعيات لأهداف الصهيونية بالجملة. في المقابل، يرجع السبب إلى كسل علماء النفس من المشاركة العالمية المؤثرة، أو حتى الفردية الفاعلة. فلماذا الصمت! ومنذ عام 1994 عندما كنت عضواً في هذه الرابطة كنت أحس بالتوتر والضيق من تمثيلي في هذه الرابطة بواسطة عالم النفس شوارتز، حيث فيصعب عليه الاتصال بعلماء النفس في الإقليم الذي يمثله، وفي الوقت ذاته يصعب اتصال علماء النفس العرب به. ولذلك قمت بعملية 'لوبي' مع بعض أعضاء الرابطة، وبالفعل لقد ترشحت ضده في عام 1998 ولقد فزت بعضوية المجلس التنفيذي للرابطة العالمية لعلم النفس عبر الثقافي، وأصبحت تبعاً لذلك الممثل الإقليمي لشمال أفريقيا والشرق الأوسط في الرابطة. ولكن من المشاكل التي تواجهني عزوف علماء النفس العرب من الاهتمام بهذا العلم الهام مقارنة بإسرائيل مثلاً والتي وظفته بصورة ممتازة، وأنتجت واحدة من أميز الأبحاث في العالم. ولا أدري إن كانت هناك جامعة عربية تدرس مقررأ في هذا العلم، وليس الفرع من علوم النفس. ولم ينعقد أي مؤتمر للرابطة في العالم العربي، كما لم يترأسها أحد علماء النفس العرب.

تقدم هذه التجمعات دعماً للأبحاث، ولحضور المؤتمرات، وإقامة ورش العمل، ودعم المؤتمرات الإقليمية، والمشاركة فيها، وتوزيع بعض المواد المتعلقة بعلم النفس مثل الكتب، والدوريات، وخدمات الأقراص، ومعامل علم النفس والاختبارات السيكولوجية. مثلاً، قامت الرابطة السيكولوجية الأمريكية والمجلس العالمي لعلماء النفس ببرامج منح وهبات يشمل الكتب والدوريات. ولقد استفاد من هذا البرامج دول من أفريقيا، مثل جنوب أفريقيا وزيمبابوي، ودول من آسيا، مثل كوريا الجنوبية والفلبين وسريلانكا وأستراليا، ودول أوروبية، مثل رومانيا والتشيك وقبرص والمجر وبلغاريا والبرتغال وبولندا، ودول من أمريكا اللاتينية، مثل الدومينكان وهاييتي وهندوراس وكوبا وبيرو (علم النفس العالمي، خريف، 1999). ولم تستفد دولة عربية واحدة، أو مؤسسة سيكولوجية من برامج المنح والهبات. هل يا ترى ليست هناك دول عربية محتاجة لهذه الهبات؟ وهل كوريا والمجر وبولندا والبرتغال أكثر حاجة من دول عربية، مثل السودان وموريتانيا والجزائر؟ يبدو أنه ليس هناك منطوق في ذلك. ويرجع السبب لعدم متابعة علماء النفس العرب لما يحدث في التجمع السيكولوجي في العالم. وإذا قدمت معظم الدول العربية طلبات لوجدت مثل هذه الهبات والمنح، والتي تعمل بدون شك على توفير بنيات تحتية تعمل على تطور علم النفس أكاديمياً ومهنياً.

يقدم معهد الولايات المتحدة للسلام منحةً سنوية كبيرة لدراسة الصراع العالمي من زاوية سيكولوجية، وحل الصراع، والدبلوماسية، والتفاوض، وحقوق الإنسان، ودور اللاعنف في السلام. ويتراوح حجم الدعم للباحث الواحد بين 25 ألف و45 ألف دولار أميركي. والبرامج البحثية الحالية محددة بصورة رئيسية للبوسنة والشرق الأوسط. فيا ترى من علماء النفس العرب من يأنس في نفسه الكفاءة والتقديم لهذا المشروع؟ خاصة بالنسبة للمتخصصين في علم النفس الاجتماعي وعلم النفس السياسي؟ أو من دعاة السلام؟ أو الحوار؟ وتقدم الرابطة السيكولوجية الأمريكية عدة جوائز سنوياً بالنسبة لترقية علم النفس على المستوى العالمي. وتبرر الجائزة بالنسبة لجهود تنظيم المؤتمرات المحلية والإقليمية، وتعزيز التواصل بين علماء النفس، وترقية البحث السيكولوجي، وترجمة المؤلفات للغات مختلفة، وحجم درجات الشرف السابقة التي نالها عالم النفس، والمشاركة في تحرير الدوريات العالمية. ولكن لم يفز أحد من علماء النفس العرب بهذه الجائزة، مع العلم بأن هناك عدداً من علماء النفس من العالم الثالث، أو اللاغربي قد فاز بها. وهناك مئات المؤسسات التي تقدم منحةً بالنسبة للزمالة أو الدكتوراة العليا في علم النفس، ولكن من الملاحظ عدم تقديم علماء النفس العرب لهذه المنح. وفي أحيان كثيرة يتم توزيع هذه المنح حسب الأقاليم الجغرافية، أو الأحزمة الثقافية المختلفة، وغالباً ما تذهب كوتة العالم العربي لمناطق جغرافية أو ثقافية أخرى. ويرجع السبب في ذلك لعدم استفادة علماء النفس العرب منها.

ويقدم معهد التدريب على العلاج الجشطي في فرانكفورت (ألمانيا) منحاً سنوية بالنسبة لبرنامج التدريب للعلاج الفردي والجماعي. ويربط هذا البرنامج بين الجانب المفهومي والتجريبي والممارساتي. وتستخدم في الورشة أفلام ومناقشات وممارسات فردية وجماعية. وهناك منح جزئية وكلية تقدم لعلماء النفس من دول العالم الثالث، وكذلك بالنسبة للطلاب (عالم النفس العالمي، شباط/ فبراير 1996). فقط، نتساءل من علماء النفس العرب استفاد من منح هذا البرنامج؟ أم ليس هناك عالم نفس عربي جشطي؟ أو باحث جشطي؟ أو معالج جشطي؟ وتقام بعض الورش والمؤتمرات بالنسبة لقضايا هامة لعلم النفس في العالم العربي، ولكن لم يشارك علماء النفس العرب فيها. فمثلاً مزعم عقد مؤتمر عالمي عن تكييف المقاييس السيكلوجية للاستخدام في المجتمعات متعددة اللغات والثقافات في الفترة بين 20-25 أيار/ مايو 1999 في واشنطن (علم النفس العالمي، شتاء 1999). إن علم النفس، إلى حد كبير، في العالم العربي هو علم نفس الورقة والقلم أو علم نفس الاختبارات السيكلوجية وذلك لكثرة استخدامها في البحث السيكلوجي العربي الذي يتميز بالبعد القياسي، وهو البعد الوصفي. مع ذلك يتوقع عدم مشاركة علماء النفس العرب في هذه المؤتمرات العالمي الهام. ولا ندري هل يتابع علماء النفس العرب مثل هذه الإعلانات؟ وهل قدم أحد طلباً للجهات المنظمة مستفسراً عن الدعم بالنسبة للتسجيل أو تكاليف السفر أو الإقامة إبان انعقاد المؤتمر؟

وتصدر عدة نشرات إخبارية بواسطة الروابط والجمعيات والمجالس العالمية، مثل 'عالم النفس العالمي' التي يصدرها المجلس العالمي لعلماء النفس، و'علم النفس العالمي' و'مرشد آل أي بي أي' اللتان تصدرهما الرابطة السيكلوجية الأميركية، ونشرة علم النفس عبر الثقافي التي تصدرها الرابطة العالمية لعلم النفس عبر الثقافي، و'الموهوب العالمي' التي يصدرها المجلس العالمي للأطفال الموهوبين والمتفوقين، وغيرها من النشرات الهامة. وتهتم هذه الإصدارات بتغطية أخبار المؤتمرات وأخبار الأعضاء من الأحياء والأموات، والمنح والهيئات المقدمة، وإعلانات الوظائف، وتقارير أو ملخصات للأبحاث الهامة، والإصدارات الجديدة، ومطبوعات الأعضاء، وحجم عضوية الدول المختلفة. ولكن يلاحظ عدم ذكر أخبار من العالم العربي. ويندر أن تقرأ خبراً عن علم النفس يتعلق بأحد علماء النفس العرب. فأين الحضور العالمي لهؤلاء العلماء؟ قد تكون هناك إشارات عابرة من قبل بعض علماء النفس، مثلاً، رمضان أحمد من مصر، إحسان العيسى من العراق، وتيسير صبحي من الأردن.

تقوم بعض الروابط والجمعيات والمجالس العالمية في الدول الصناعية في الغرب بعقد اتفاقات تفاهم مع الروابط الشبيهة في اللاعرب، خاصة دول العالم الثالث، مثلاً، الاتفاقية بين الرابطة السيكلوجية الأميركية والجمعية النفسية في جنوب أفريقيا. وتشمل الاتفاقية بنود مثل ترقية

علم النفس كعلم ومهنة، وكذلك بالنسبة لاهتمام العامة به. فضلاً عن تبادل الاستشارات والتعاون والنقاش المشترك، وتحديد بعض المشاريع والأنشطة للعمل المشترك، وذلك لترقية علم النفس (علم النفس العالمي، خريف، 1999). في تقديري، تعمل هذه العينة من الاتفاقات على نقل الخبرات وتبادل الآراء وترقية علم النفس بصورة غير عادية في حالة احتكاك علماء النفس من الدول الصناعية، والتي يتقدم فيها علم النفس مع الدول النامية، والتي تحتاج لهذه الخبرات. ويوسعنا التساؤل، هل هناك رابطة، أو جمعية سيكولوجية عربية واحدة، وقعت اتفاقية تضاهم مع أحد الروابط والجمعيات العالمية النشطة في علم النفس؟ يبدو أن الإجابة بلا فليس لدى غالبية علماء النفس العرب القدرة على التنظيم والاتصال. وتبعاً لذلك عدم القدرة على ترقية علم النفس في العالم العربي. وقد يكون فقدان الثقة في النفس أحد أسباب ذلك. أو التوجس خيفة من بعض الروابط أو عدم الانتباه لأهمية هذه الاتصالات. مع العلم بأن مجموعة كبيرة من علماء النفس العرب، من تدريب في الغرب، ومن هم أعضاء صامتون في هذه الروابط العالمية. فهناك دول تعرف كيف توظف، أو تستفيد من هذا التنظيم السيكولوجي العالمي، وسوف نعطي مثلاً اليابان وإسرائيل.

اليابان والتجمع السيكولوجي

إن أحد الملامح الهامة لتوطين وتناغم علم النفس في اليابان هو التنظيم السيكولوجي والذي يضع المعايير الصارمة للإنتاج السيكولوجي، كماً وكيفياً، بهدف ترقية التجربة السيكولوجية اليابانية. وعموماً، كان مستوى الأبحاث المقدمة، محلياً وعالمياً، عالياً في اليابان (الخليفة، 1999). ومن متطلبات الحصول على الدرجة الجامعية العادية إجراء رسالة بحثية في علم النفس. ويصعب الحصول على درجة الدكتوراه في علم النفس من الجامعات اليابانية، ولا ينالها إلا المتفردون والمتميزون جداً بعد نهاية الدراسات العليا. وواحدة من الأنشطة التي ساعدت على توطين علم النفس في اليابان هو الدوريات والتجمعات السيكولوجية. لقد تأسست مجلة (علم النفس) في طوكيو عام 1912، بينما تأسست المجلة اليابانية لعلم النفس في كويتو عام 1919. وتأسست المجلة اليابانية لعلم النفس، سلسلة جامعة طوكيو عام 1926 (تاناكا، 1966). وتنتشر الجمعية النفسية اليابانية الدورية اليابانية لعلم النفس باللغة اليابانية، مع ملخصات باللغة الإنجليزية، ودورية البحث السيكولوجي الياباني، وهي فصلية باللغة الإنجليزية (أزومة، 1984). وتأسست عروض علم النفس الياباني في جامعة كويتو عام 1957 والتي تتضمن عدة عروضات ومسوحات لعلم النفس، مع بعض الدراسات باللغة اليابانية (تاناكا، 1966). وأسس كوجي عام 1957 مجلة "سيكولوجيا" وهي مجلة عالمية لعلم النفس في الشرق. ولقد جذبت هذه المجلة الانتباه لعلم النفس الشرقي (هوشينو ويوميموتو، 1987).

وتأسست الجمعية النفسية اليابانية عام 1925، وكان أول مؤتمر لها في جامعة طوكيو الذي حضره 70 من الأعضاء. وفي عام 1972 استضافت الجمعية المؤتمر العالمي لعلم النفس لأول مرة في طوكيو، وحينها كان أعضاء الجمعية قد بلغ 3000 عضو، بالإضافة إلى 12 جمعية مهنية لعلم النفس. وقامت الجمعية كذلك باستضافة المؤتمر العالمي لعلم النفس التطبيقي في كويتو عام 1990 حيث بلغ أعضاء الجمعية النفسية اليابانية 4700 عضو، وزادت الجمعيات المهنية إلى 25 جمعية ويتراوح عدد علماء النفس في اليابان بين 17000-18000. ولقد حضر المؤتمر السنوي العام للجمعية 2000 عالم نفس، وقدمت فيه 800 ورقة عمل. ولقد زاد كذلك الاتصال العالمي لعلماء النفس في اليابان بالأنشطة العالمية في مجال علم النفس. وانضمت مجموعة كبيرة من الباحثين اليابانيين إلى جمعيات وروابط علم النفس العالمية، غالباً ما تتراوح عضوية أي عالم نفس ياباني بين 4-5 عضوية. بالإضافة لذلك هناك مشاركة فعالة وكبيرة بالعرض والنقاش في المؤتمرات العالمية (أزومة، 1984؛ أزومة واماد، 1994). وبلغت عضوية علماء النفس العرب الصامتة في الرابطة العالمية لعلم النفس عبر الثقافي 8 بينما هناك 18 يابانياً نشيطاً في الرابطة. أما في الرابطة النفسية الأميركية فقد بلغ عدد علماء النفس العرب الصامتين 63 بينما كان عدد اليابانيين النشيط 163 عضواً. وتعمل مؤسسات علم النفس على تعزيز وترقية التناغم فيها، وعلماء النفس في اليابان متعاونون، وفي ذات الوقت متنافسون. بينما نلاحظ في العالم العربي الصراع بين قبيلة علم النفس في كلية التربية، وقبيلة علم النفس في كلية الآداب. وذلك أشبه تماماً "بمضارب بني تميم ومضارب بني هلال" كما يحلو لمصطفى حجازي أن يقول. وهنا يتساءل الفرد هل قال أرسطو بخلاف ما قاله أفلاطون!

في تقديري، لقد وظفت اليابان بصورة ممتازة قيم "الجمعية" في التجمع السيكولوجي لعلماء النفس وتنظيمهم، وتبعاً لذلك إنتاجهم غير العادي في علم النفس، خاصة الثقافي منه. وفي العالم العربي، تم اعتبار الغرب النمط الأوحده لكل تقدم حضاري، ولا نمط سواه، وعلى كل شعب تقليده والمسير على منواله، وقد أدى هذا بالتالي إلى إلغاء خصوصيات الشعوب وتجاربها المستقلة، واحتكار الغرب حق إبداع تجارب جديدة، وأنماط أخرى للتقدم (حنفي، 1985: 81). يقول تورانس (1980: 17) "إن طوكيو سوف تصبح عاصمة المعلومات في العالم مع مجيء الفترة القادمة من مجتمع ما بعد الصناعة حيث تكون المعلومات هي مصدر القوة". إن اليابانيين على حسب قول كورودا قد طوروا حاسة الموازنة بين ثقمتهم لأنفسهم والتعقيد الداخلي بالنسبة للغرب لصالح الأمة ككل. وربما يستطيع العرب أيضاً، إذا استطاعوا، أن يطوروا بحكمة الاعتزاز الكافي بترائهم، ولكن دون أن يتركوا كبرياءهم يقف عائقاً في وجه عملية تطوره الذاتي، بتعلمهم من الغرب واليابان (كورودا، 1987: 271).

منذ عام 1930 هاجرت مجموعة كبيرة من علماء التحليل النفسي اليهود من ألمانيا النازية للاستقرار في فلسطين. ومنذ تلك المرحلة المبكرة هناك بعض الأنشطة السيكلوجية، مثلاً، فقد عمل ماكس ايتنغون على إنشاء جمعية فلسطين للتحليل النفسي. وتمت أول محاولات لإدخال علم النفس في الجامعة. وكان سيجموند فرويد عضواً في مجلس الجامعة العبرية في القدس، وتم ترشيح كيرت لوين لقيادة قسم علم النفس في الجامعة. وبمرور عام 1936 تم تأسيس معهد التحليل النفسي بواسطة ايتنغون، وتم تأسيس كرسي فرويد للطب النفسي في الجامعة العبرية، بمباركة من أُنَا، ابنة فرويد، وأصبحت القدس حينها مركزاً رئيسياً لتقديم التحليل النفسي على المستوى الفكري والبحثي. وتم تأسيس أول قسم لعلم النفس عام 1957 في القدس، وفي عام 1958 تم تأسيس قسم علم النفس في جامعة بار علان، بينما تم تأسيس أقسام علم النفس في جامعتي تل أبيب وحيفا عام 1966. وكان علماء النفس في إسرائيل منظمين منذ تأسيس الرابطة النفسية الإسرائيلية عام 1957 وكان عدد الأعضاء حينها 170 عضواً. ومنذ عام 1955 شارك 100 من علماء النفس في المؤتمر القومي لعلم النفس، بينما شارك 1000 في المؤتمر العشرين عام 1985 (بن عري، وعمير، 1986). وانضمت الرابطة النفسية الإسرائيلية إلى الاتحاد الدولي للعلوم السيكلوجية منذ عام 1951 (روزنزويج، 1982). بينما انضمت مصر للاتحاد الدولي وتونس والمغرب. وغير هذه الثلاث دول، فليست هناك دولة عربية عضو في الاتحاد الدولي لعلم النفس.

قال إبراهيم: إن الصهيونية العالمية قوة ذات نفوذ ضخم وهيبة كبيرة داخل الولايات المتحدة: فصوتها موجود في أروقة الكونجرس والبيت الأبيض، وفي دهااليز مكاتب الحزبين الديمقراطي والجمهوري. وتمكنت الصهيونية من اقتحام أهم المؤسسات الأميركية والتأثير عليها خلال العقود الأربعة الماضية دون مجابهة جادة مع أي طرف عربي، أي من طرف الجالية العربية الأميركية، أو السفارات العربية والفئات الأميركية المتعاطفة معها. ومن هنا جاءت السياسة الأميركية منذ قيام إسرائيل عام 1948 حتى اليوم معبرة عن آمال وأحلام الصهيونية دون أي اعتبار لوجهات النظر العربية حول قضية فلسطين بشكل خاص (نوفل، 1986). ولم تكتف الصهيونية بهذه المؤسسات، بل تغلغت في كافة الجمعيات والروابط العلمية والأكاديمية، ومن بينها عدد كبير من الجمعيات العالمية الناشطة في مجال علم النفس، والتي تهتم بالسياسة الداخلية للعلم والسياسة الخارجية له (الخليفة، 1998). وخلال العشرة سنوات بين 1970 - 1980 ساهم 62 من علماء النفس الإسرائيليين في أبحاث عبر ثقافية نشرت في المجلة العالمية لعلم النفس عبر الثقافي، بينما ساهم فقط 8 من علماء النفس العرب في تلك الفترة نفسها. ولقد تمت دراسة 12 مجموعة ثقافية في كل الدول العربية، بينما تمت دراسة 39 مجموعة ثقافية داخل إسرائيل، منها 12

مجموعة عربية. وتؤكد الأدلة المنشورة في الدوريات العالمية إنتاج علماء النفس الإسرائيليين لمجموعة هائلة من أبحاث علم النفس عبر الثقافي. وتعتبر إسرائيل الثانية في هذه الأبحاث على مستوى العالم بعد الولايات المتحدة، وذلك من حيث كمية الأبحاث، بينما تعتبر إسرائيل الأولى في هذه الأبحاث من حيث عدد علماء النفس في كل دولة (لونر، 1980).

وأصبحت إسرائيل مركزاً للمؤتمرات السيكلوجية العالمية، منها مؤتمرات عن علم النفس الإكلينيكي، وعلم النفس المدرسي، وعلم نفس الطفل، والصحة النفسية، ومؤتمرات في بعض الموضوعات المحددة، مثل العلاج، أو تقنيات العلاج، والتكيف مع التوتر (بن عري، وعمير، 1986). عقد المجلس العالمي لعلماء النفس اجتماعه السنوي العام 1975 في تل أبيب (حفني، 1988) وكان الموضوع الرئيسي لهذا الاجتماع هو الضغوط النفسية، والتوافق النفسي في الحرب والسلام، وكان من بين المتحدثين الرئيسيين في هذا المؤتمر عالم النفس الاجتماعي الشهير لازاراس الذي اختار موضوعاً لخطابه إلى المؤتمرين: "سيكلوجية المواقف العصبية ومواجهتها مع إشارة خاصة إلى إسرائيل". وحدد لازاراس موقعه منذ البداية قائلاً إنني أخاطبكم اليوم من موقفين: أولاً: كواحد من علماء النفس تركزت بحوثه وأسهماته النظرية في مجال دراسة المواقف العصبية، والتصرف حيالها، وثانياً: كأيركي يهودي في أواسط العمر يشعر - شأن غالبية أمثاله - بتوحد كامل مع نضال إسرائيل القومي من أجل خلق وتأمين مكان ليهود العالم في مجتمع إنساني متسامح. ثم عرض لازاراس لرؤيته السيكلوجية للإسرائيليين مقررراً أن الإسرائيليين كأفراد يواجهون ما يواجهه البشر عامة من أضرار، ومخاطر، ولكن الإسرائيليين - بالإضافة إلى ذلك - يعيشون في ظل توقع القتل أو فقدان الأحبة أو الأصدقاء نتيجة للحرب، أو للأعمال الإرهابية. وثمة خطر مستمر لهجوم معاد قد يسبقه نذير، وقد يكون مفاجئاً... ويعاني الإسرائيليون أيضاً إحساساً مستمراً بالوحدة في عالم كاره أو غير مبال... ولا بد أن هذا الإحساس قد تزايد بحدّة، حين تراجعت إحدى الحكومات عن موافقها المؤيدة السابقة نتيجة القدرة الجديدة للدول العربية المنتجة للبترول على التحكم في أسعار وكميات تلك المادة الحيوية بالنسبة للعالم الصناعي، هذا بالإضافة إلى ما لاقاه ياسر عرفات من ترحيب حار في الأمم المتحدة، وما تقرر بشأن طرد إسرائيل من اليونسكو، وكلا الأمرين نتيجة لسيطرة العالم الثالث على التصويت في هذه المؤسسات.

يعبر المقتطف السابق بدقة متناهية عن طبيعة العلاقة بين منظمات علم النفس الأميركية والمنظمات العالمية والصهيونية أو إسرائيل. لقد اختارت الجمعية الدولية لعلماء النفس، متعمدة، إسرائيل لطرح أحد الموضوعات التي لها علاقة مباشرة بهذه الدولة. ويمكن أن نتأمل أن علماء النفس العرب الذين ينتمون إلى أمة تعدادها 250 مليون نسمة، تقريباً، وهم لا يؤثرون في قرارات

هذه المجلس، بينما علماء النفس الإسرائيليون ينتمون إلى أمة تعدادها حوالي 5 مليون نسمة استطاعوا تحديد مقر انعقاد المجلس في إسرائيل، وتحديد الموضوع المطروح، وتحديد علماء النفس المدافعين عن القضايا الإسرائيلية. وقد يتساءل الفرد: هل حضر أحد علماء النفس العرب من أعضاء هذا المجلس هذا المؤتمر في إسرائيل؟ أو وجهت له الدعوة بالمشاركة؟ أو قدم ورقة من غير مشاركة؟ أو عبر عن رفضه للمشاركة؟ وقد يطرح السؤال بصورة أخرى: هل بالإمكان عقد المجلس العالمي لعلماء النفس اجتماعه في إحدى الدول العربية؟ يبدو أن ذلك يثير حفيظة علماء النفس الإسرائيليين، ويمكنهم التذرع بصعوبة حضورهم هذا المؤتمر في بيئة عدائية لإسرائيل. إن الإسرائيليين على حد تعبير لازاراس يعيشون في ظل توقع القتل، وماذا بالنسبة للفلسطينيين؟ قد يكون محيراً أن نجد إجابة لبعض هذه التساؤلات. لن نخطأ إذا قلنا بأن لازاراس يوظف بصورة سليمة أبحاثه، وربما بصورة استراتيجية، لخدمة موقفين في الوقت نفسه، موقفه كعالم نفس، وموقفه كيهودي أميركي، فيما ترى ما هو موقف علماء النفس العرب من توظيف علم النفس؟

ندوة علم النفس وآفاق التنمية في دول مجلس التعاون الخليجي

لماذا انعقدت الندوة؟

انعقدت الندوة العملية الأولى لأقسام علم النفس في جامعات دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية في الدوحة/ قطر من 11-13 مايو/ أيار 1998 (أنظر الخليفة، 1999أ). وكان موضوع الندوة الرئيسي هو "علم النفس وآفاق التنمية في دول مجلس التعاون". وكانت هناك خمسة أهداف طموحة للندوة، وهي:

(1) تحديد الدور الذي يمكن أن يلعبه علم النفس في مجالات التنمية المختلفة. (2) إلقاء الضوء على العوامل والظروف النفسية التي يمكن أن تسهم في بناء الإنسان وتنمية مهاراته وتؤدي إلى تحقيق أفضل مستويات من التنمية في دول مجلس التعاون. (3) التعرف على المعوقات النفسية والاجتماعية التي يمكن أن تحول دون تحقيق التنمية البشرية المتكاملة في دول مجلس التعاون وتحديد وسائل تشخيصها وطرق التعامل معها. (4) طرح تصورات علمية وعملية لاستثمار الطاقات البشرية في إطار الدور التنموي لعلم النفس، وتوجيه هذه الطاقات لخدمة عملية التنمية في دول مجلس التعاون. (5) تبادل المعلومات والخبرات بين أهل الاختصاص في مجالات علم النفس المختلفة، بما يؤدي إلى إثراء الحركة العلمية النفسية في العالم العربي.

إن السؤال الرئيسي الذي يطرح نفسه هنا هو: إلى أي حد قد تحققت هذه الأهداف الطموحة؟ وللإجابة على هذا السؤال، ربما يكون من المناسب عرض (أ) بعض المعلومات عن الندوة (ب) محاور وتوصيات الندوة (ج) نقاط القوة في الندوة (د) نقاط الضعف في الندوة (هـ) اقتراحات للندوات اللاحقة.

نظمت الندوة بواسطة قسمي علم النفس التعليمي والصحة النفسية، كلية التربية- جامعة قطر. وقد أقيمت الندوة تحت رعاية وزير التربية والتعليم والتعليم العالي وبدعم من إدارة الجامعة، ومكتب برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، ومكتب اليونسكو الإقليمي لدول الخليج في الدوحة، ويتعاون وثيق مع الأمانة العامة لمجلس التعاون لدول الخليج العربية. وقد حضر الندوة مجموعة من علماء النفس من المواطنين والمقيمين في دول مجلس التعاون. وقدمت في هذه الندوة 27 ورقة قدمت في 7 جلسات، وقام بإعدادها حوالي 43 معداً. وكانت الجلسة الأخيرة عبارة عن مائدة مستديرة حول 'علم النفس في العالم العربي: قضايا وآفاقه المستقبلية'. وكانت نسبة المشاركين من الذكور والإناث 75% و25% بالتالي. وبصورة عامة، تلت الأوراق كانت نظرية، بينما تلتها الأوراق كانت ميدانية. 54% من الأوراق تم إعدادها بواسطة فرد واحد، 31% بواسطة فردين و15% بواسطة ثلاثة أفراد. وشارك في الندوة 12 أستاذاً بأوراق في الندوة، وكانت غالبيتهم من مصر بالإضافة إلى مجموعة من الأساتذة المشاركين، وغالبية من الأساتذة المساعدين. وتم توجيه الدعوة لاثنتين من المتحدثين هما فؤاد أبو حطب ومصطفى حجازي. وقد ناقش الأول دور علم النفس في خدمة التنمية البشرية، بينما ناقش الثاني 'علم النفس والتنمية البشرية في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية' وذلك في الجلسة الأولى. وفي الجلسة ذاتها ناقش عمر الخليفة "معوقات نمو علم النفس في العالم العربي"، وبشير الرشيد "علم النفس وإعادة بناء الإنسان الكويتي بعد الصدمة" وسيد الطواب ومحمود عمر "صورة علم النفس في دول الخليج العربي".

محاوور وتوصيات الندوة

المحور الأول: دور علم النفس في خدمة التنمية البشرية: التركيز في مختلف مجالات علم النفس على موضوع التنمية، وإنشاء ميدان عن سيكولوجية التنمية، ودعوة المختصين في علم النفس للمشاركة في التخطيط لبرامج التنمية، وإنشاء مركز يعنى بجمع الدراسات والبحوث النفسية لتطوير الأبحاث والخدمات في مجالات التنمية البشرية.

المحور الثاني: علم النفس وقضايا الإنسان في دول مجلس التعاون الخليجي: إجراء دراسات لبيان صورة ومكانة علم النفس لدى الجمهور العام. ودعوة الباحثين في علم النفس إلى الاهتمام بالمجالات التطبيقية المرتبطة بقضايا التنمية البشرية. والعمل على بناء أطر مؤسسية للبحث والممارسة في علم النفس في دول مجلس التعاون الخليجي.

المحور الثالث: الفئات الخاصة والموهوبين. التأكيد على أهمية برامج الإرشاد النفسي للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة وأسرتهم. وتوفير رعاية ملائمة للطلاب الموهوبين والمتفوقين. وتوظيف وسائل الإعلام من أجل تنمية اتجاهات اجتماعية إيجابية للأفراد ذوي الحاجات الخاصة من المعاقين والموهوبين.

المحور الرابع: القياس والتقويم النفسي في دول مجلس التعاون. التنسيق بين مراكز البحوث ووحدات القياس لوضع خطة للتعاون في مجالات إعداد وتقنين الاختبارات والمقاييس التربوية والنفسية. ووضع قواعد لنشرها وضوابط قانونية لعملية إنتاجها وتسويقها، وإعداد أدلة بالاختبارات النفسية العربية المتوافرة ونشر هذه الاختبارات.

المحور الخامس: المرأة الخليجية ودورها في التنمية. إنشاء مكاتب للإرشاد النفسي الأسري والزواجي بما يساعد في تحقيق الاستقرار الأسري، وإيلاء اهتمام أكبر بصحة المرأة الخليجية، بصفة عامة، وصحتها النفسية على وجه الخصوص، وإعادة النظر في المحتويات الإعلامية وصورة المرأة فيها والعمل على تغيير الصورة السلبية للمرأة.

المحور السادس: الخدمات النفسية في التنمية المجتمعية. إعادة النظر في مناهج إعداد الاختصاصيين النفسيين التربويين، والاهتمام بالرقى بالمستوى الأكاديمي والمهني في إعداد معلم علم النفس، وحث الوزارات والمؤسسات المعنية على استحداث وتعميم برامج نفسية وقائية وعلاجية ونماذج تخدم الصحة النفسية لمختلف شرائح المجتمع.

المحور السابع: نشر الوعي والثقافة النفسية. الاهتمام بزيادة الوعي بأهمية علم النفس وتطبيقاته في إطار الدين الإسلامي. ودعوة أساتذة علم النفس إلى زيادة المشاركة في وسائل الإعلام لتوضيح الأدوار الإيجابية لعلم النفس. وإنشاء جمعية علم النفس الخليجية. والعمل على إنشاء هيئة استشارية تقدم خدمات في مجال التنمية البشرية، تساعد الحكومات على وضع استراتيجيات مناسبة لمواجهة تحديات العولمة في الاقتصاد، والمجالات الحيوية الأخرى.

نقاط القوة في الندوة

أولاً: لقد جذبت الندوة 27 مساهمة، بصورة رئيسية من قطر، ومختلف دول مجلس التعاون الخليجي، والوطن العربي، لمناقشة موضوع "علم النفس والتنمية" ويعتبر حجم هذه المساهمة نقلة قوة.

ثانياً: لقد لمس موضوع الندوة قضية مهمة مثل التنمية. فطبيعة الاقتصاد في دول مجلس التعاون هو اقتصاد ريعي، وربما بدأ علماء النفس في التفكير بصورة ذكية عن الحاجة للتنمية الاقتصادية والاجتماعية أكثر من الاعتماد على الاقتصاد الريعي. ويعتبر ذلك، في تقديري، خطوة

نظمت الندوة بواسطة قسمي علم النفس التعليمي والصحة النفسية، كلية التربية- جامعة قطر. وقد أقيمت الندوة تحت رعاية وزير التربية والتعليم والتعليم العالي وبدعم من إدارة الجامعة، ومكتب برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، ومكتب اليونسكو الإقليمي لدول الخليج في الدوحة، وبتعاون وثيق مع الأمانة العامة لمجلس التعاون لدول الخليج العربية. وقد حضر الندوة مجموعة من علماء النفس من المواطنين والمقيمين في دول مجلس التعاون. وقدمت في هذه الندوة 27 ورقة قدمت في 7 جلسات، وقام بإعدادها حوالي 43 معداً. وكانت الجلسة الأخيرة عبارة عن مائدة مستديرة حول 'علم النفس في العالم العربي: قضايا وآفاقه المستقبلية'. وكانت نسبة المشاركين من الذكور والإناث 75 % و25% بالتالي. وبصورة عامة، تلت الأوراق كانت نظرية، بينما تلتا الأوراق كانت ميدانية. 54% من الأوراق تم إعدادها بواسطة فرد واحد، 31% بواسطة فردين و15% بواسطة ثلاثة أفراد. وشارك في الندوة 12 أستاذاً بأوراق في الندوة، وكانت غالبيتهم من مصر بالإضافة إلى مجموعة من الأساتذة المشاركين، وغالبية من الأساتذة المساعدين. وتم توجيه الدعوة لاثنتين من المتحدثين هما فؤاد أبو حطب ومصطفى حجازي. وقد ناقش الأول دور علم النفس في خدمة التنمية البشرية، بينما ناقش الثاني 'علم النفس والتنمية البشرية في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية' وذلك في الجلسة الأولى. وفي الجلسة ذاتها ناقش عمر الخليفة 'معوقات نمو علم النفس في العالم العربي'، ويشير الرشيد 'علم النفس وإعادة بناء الإنسان الكويتي بعد الصدمة' وسيد الطواب ومحمود عمر 'صورة علم النفس في دول الخليج العربي'.

محاوور وتوصيات الندوة

المحور الأول: دور علم النفس في خدمة التنمية البشرية: التركيز في مختلف مجالات علم النفس على موضوع التنمية، وإنشاء ميدان عن سيكولوجية التنمية، ودعوة المختصين في علم النفس للمشاركة في التخطيط لبرامج التنمية، وإنشاء مركز يعنى بجمع الدراسات والبحوث النفسية لتطوير الأبحاث والخدمات في مجالات التنمية البشرية.

المحور الثاني: علم النفس وقضايا الإنسان في دول مجلس التعاون الخليجي: إجراء دراسات لبيان صورة ومكانة علم النفس لدى الجمهور العام. ودعوة الباحثين في علم النفس إلى الاهتمام بالمجالات التطبيقية المرتبطة بقضايا التنمية البشرية. والعمل على بناء أطر مؤسسية للبحث والممارسة في علم النفس في دول مجلس التعاون الخليجي.

المحور الثالث: الفئات الخاصة والموهوبين. التأكيد على أهمية برامج الإرشاد النفسي للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة وأسراهم. وتوفير رعاية ملائمة للطلاب الموهوبين والمتفوقين. وتوظيف وسائل الإعلام من أجل تنمية اتجاهات اجتماعية إيجابية للأفراد ذوي الحاجات الخاصة من المعاقين والموهوبين.

المحور الرابع: القياس والتقويم النفسي في دول مجلس التعاون. التنسيق بين مراكز البحوث ووحدات القياس لوضع خطة للتعاون في مجالات إعداد وتقنين الاختبارات والمقاييس التربوية والنفسية. ووضع قواعد لنشرها وضوابط قانونية لعملية إنتاجها وتسويقها، وإعداد أدلة بالاختبارات النفسية العربية المتوافرة ونشر هذه الاختبارات.

المحور الخامس: المرأة الخليجية ودورها في التنمية. إنشاء مكاتب للإرشاد النفسي الأسري والزواجي بما يساعد في تحقيق الاستقرار الأسري، وإيلاء اهتمام أكبر بصحة المرأة الخليجية، بصفة عامة، وصحتها النفسية على وجه الخصوص، وإعادة النظر في المحتويات الإعلامية وصورة المرأة فيها والعمل على تغيير الصورة السلبية للمرأة.

المحور السادس: الخدمات النفسية في التنمية المجتمعية. إعادة النظر في مناهج إعداد الاختصاصيين النفسيين التربويين، والاهتمام بالرقى بالمستوى الأكاديمي والمهني في إعداد معلم علم النفس، وحث الوزارات والمؤسسات المعنية على استحداث وتعميم برامج نفسية وقائية وعلاجية ونمائية تخدم الصحة النفسية لمختلف شرائح المجتمع.

المحور السابع: نشر الوعي والثقافة النفسية. الاهتمام بزيادة الوعي بأهمية علم النفس وتطبيقاته في إطار الدين الإسلامي. ودعوة أساتذة علم النفس إلى زيادة المشاركة في وسائل الإعلام لتوضيح الأدوار الإيجابية لعلم النفس. وإنشاء جمعية علم النفس الخليجية. والعمل على إنشاء هيئة استشارية تقدم خدمات في مجال التنمية البشرية، تساعد الحكومات على وضع استراتيجيات مناسبة لمواجهة تحديات العولمة في الاقتصاد، والمجالات الحيوية الأخرى.

نقاط القوة في الندوة

أولاً: لقد جذبت الندوة 27 مساهمة، بصورة رئيسية من قطر، ومختلف دول مجلس التعاون الخليجي، والوطن العربي، لمناقشة موضوع "علم النفس والتنمية" ويعتبر حجم هذه المساهمة نقطة قوة.

ثانياً: لقد لمس موضوع الندوة قضية مهمة مثل التنمية. فطبيعة الاقتصاد في دول مجلس التعاون هو اقتصاد ريعي، وربما بدأ علماء النفس في التفكير بصورة ذكية عن الحاجة للتنمية الاقتصادية والاجتماعية أكثر من الاعتماد على الاقتصاد الريعي. ويعتبر ذلك، في تقديري، خطوة

ثالثاً: لقد أتاحت الندوة جواً صحياً ومشجعاً للأفراد من خارج دائرة علم النفس للمساهمة في موضوع التنمية. ويعني ذلك إدراك الجهة المنظمة للندوة بأن موضوع التنمية موضوعاً شمولياً، فالإضافة للمساهمات من شتى أفرع علم النفس غطت الندوة منها مساهمات من التربية وعلم الاجتماع والقانون وإدارة الأعمال والاقتصاد.

رابعاً: تنظيم ونجاح أول ندوة عن علم النفس في دول مجلس التعاون الخليجي يعتبر نقطة قوية بدون شك.

خامساً: لقد أتاح المنظمون للندوة بعض الأنشطة الاجتماعية بالنسبة للمشاركين، مثلاً: الدعوة المقدمة من وزير التعليم والتعليم العالي، ودعوة رئيس الجامعة، وزيارة بعض المناطق السياحية، مما عزز عملية التعارف.

سادساً: لقد كانت الندوة منبراً ممتازاً للنقاش الحر بين جيلين من علماء النفس العرب من الشيوخ والشباب، وفي جو صحي ومعافى. وفي تقديري، تعتبر كل النقاط السابقة نقاط قوة بالنسبة للندوة، وحتماً هناك نقاط قوة أخرى يراها غيري. ومهما يكن فإن ذلك وجهاً واحداً من العملة، فما هو الوجه الآخر؟

نقاط الضعف في الندوة

أولاً: إن موضوع الندوة الرئيسي هو "علم النفس والتنمية"، ويلاحظ أن مجموعة كبيرة من الأوراق المقدمة ليست لها علاقة جوهرية بموضوع التنمية. وتصلح هذه الأوراق للتقديم في أي مؤتمر عام عن علم النفس.

ثانياً: لقد سمت الجهة المنظمة لتجمع علماء النفس الندوة العلمية الأولى لأقسام علم النفس في جامعات دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية ويلاحظ بصورة عامة بأن المساهمات كانت من أقسام علم النفس في كليات التربية، ولم يشمل ذلك علماء النفس من كليات الآداب والعلوم الاجتماعية. مع العلم بأن هناك مشاركة من علماء الاقتصاد وإدارة الأعمال والقانون. في تقديري، يمثل ذلك قصور في الندوة.

ثالثاً: إن الأوراق المقدمة في الجلسة الأولى دور علم النفس في خدمة التنمية البشرية لها ارتباط جوهرية بموضوع الندوة. ولكن لم تتح فرصة كافية للمساهمين لعرضها ولناقشتها من قبل الحاضرين. لقد قدمت في هذه الجلسة خمسة أوراق، وكان الزمن الكلي لها ساعتان، بينما قدمت وورقتان أو ثلاثة أوراق في جلسات أخرى في ساعتين كذلك. أعتقد بأن هذا يمثل قصوراً كبيراً،

أو بلغة أخرى، نقطة ضعف مركزية في الندوة.

رابعاً: قدمت ورقة في الجلسة الأولى بعنوان "صورة علم النفس في دول الخليج العربية: دراسة تحليلية" ويعتبر موضوع الورقة هاماً بالنسبة للتنمية، ولكنها كانت تراكمية وصفية بحثة بغير ما ذكر في عنوانها "دراسة تحليلية". اعتمدت على تركيم وتكويم بعض المعلومات من الأدب النفسي العالمي، ومن الدول العربية عامة، ودول مجلس التعاون خاصة. ولم يستطع الباحثان هضم المادة المكومة، ولقد عبر أحد القارئین بأنها عن صورة علم النفس في دول الخليج العربية، ولكن لم تتضح هذه الصورة، وربما كانت صورة مشوهة.

خامساً: هناك غياب أو انتباه أقل لمناقشة القضايا عبر الثقافية في علم النفس، والتي تعتبر في قلب أي مناقشة لموضوع التنمية البشرية. وربما يتساءل أحد لماذا لم يهتم علماء النفس العرب بعلم النفس عبر الثقافي، كما اهتم به الإسرائيليون، مثلاً، وقدموا أكبر مساهمة عالمية في هذا الجانب الهام من علم النفس. مثلاً، ساهم علماء النفس في إسرائيل ب 23 بحثاً بين 1990-1995 في 'المجلة العالمية لعلم النفس عبر الثقافي، بينما ساهم علماء النفس العرب في ذاتها الفترة، وفي الدورية ذاتها، بخمسة إسهامات!

سادساً: زيادة استخدام الإحصاء بصورة غير عادية في أبحاث علم النفس وغياب التحليل النوعي. فهناك بنية أو بناء في الأبحاث، ولكن تغيب زوح البحث، وبلغة أخرى، هناك حداثة بلا تحديث. وقد يتساءل أحد لماذا استجاب علماء النفس في اليابان بصورة مفايرة لاستجابة علماء النفس العرب لعلم النفس الغربي؟ يبدو أن علماء النفس في اليابان استوردوا تقنيات علم النفس من غير استيراد قيم علم النفس الغربي، مثلاً، 'الفردانية' بينما استورد علماء النفس العرب قيم علم النفس الغربي أكثر من استيرادهم لتقنيات علم النفس. ولذلك، فإن بعض الأبحاث المقدمة في المؤتمر تتحدث 'رطانة' ليست لها علاقة وثيقة بالبيئة المحلية. ويمثل ذلك نوع من الاتباع من غير إبداع، واستهلاك من غير إنتاج.

سابعاً: تم مناقشة بعض القضايا الساخنة، مثلاً، أسلمة وإحياء علم النفس. ومن الملاحظ أن الورقتين في هذا الموضوع تم عرضهما بواسطة أفراد من دائرة القانون أي من خارج دائرة علم النفس. وكانت ورقة محمد الدسوقي عن "علم النفس من منظور إسلامي، ودوره في التنمية" بينما ورقة محمد العاني "دور علم النفس الإسلامي في تحقيق أهداف السياسة الجنائية". لقد لمس المحاضرون موضوعاً حساساً يرتبط بإحياء وتوطين علم النفس، ولكن كانت المساهمة في مجملها ضعيفة المحتوى. وآثار التساؤل التالي: كيف يمكن أسلمة السيكوفيزيقا، أو علم نفس الحيوان، أو علم النفس الفسيولوجي، أو تحليل التباين؟ ولم تقدم أجوبة مقنعة لهذه الأسئلة.

ثامناً: يلاحظ كذلك بأن العرض لمجموعة معتبرة من الأوراق قد تم بصورة يمكن التعبير عنها بأنها فرصة للتدريب على كيفية تقديم ورقة، أكثر من كونها أوراقاً سيكولوجية صارمة، مفاهيمياً، ودقيقة نظرياً ومنهجاً.

تاسعاً: بالنسبة لتحليل المحتوى للأوراق المقدمة، يلاحظ غلبة الجانب الوصفي، أو الجانب القياسي، وتبعاً لذلك غياب الجانب المعرفي والنقدي. كما يلاحظ غياب جانب علم النفس الصلب مثلاً، التجريب، دراسة الإدراك، الذاكرة. ويمكن وصف غالبية الأوراق بـ "السيكوجراف" أي الوصف السيكولوجي من غير تحليل وتفسير.

عاشراً: لقد شارك 12 أستاذاً في أعمال الندوة، ولكن وجود هذا العدد الكبير لم ينعكس أثره في مناقشة موضوعات أصيلة، ومفاهيم ونظريات جديدة، ومناهج متطورة وتقنيات مبدعة. أعتقد بأن بشير الرشدي، قدم عرضاً شيقاً في الجلسة الأولى، كما ساهم فؤاد أبو حطب، ومصطفى حجازي، بصورة جيدة في معالجة موضوع علم النفس والتنمية.

اقتراحات للندوات اللاحقة؟

أولاً: أخذ بعض الدروس من المؤتمرات العالمية المنظمة في الدول الشبيهة. وذلك بدعوة ممثلين من منظمات علم النفس العالمية، كالاتحاد الدولي لعلم النفس، والمجلس العالمي لعلماء النفس، والقسم العالمي في الرابطة النفسية الأميركية، والجمعية النفسية البريطانية، والرابطة العالمية لعلم النفس عبر الثقافات.

ثانياً: تعلم بعض الدروس من المؤتمرات العالمية التي تقدم برامج مختلفة إبان انعقاد المؤتمر، مثلاً، متحدثون رئيسيون، وأوراق فردية، وأوراق جماعية، وحلقات نقاش، وملصقات، وورش عمل تدريبية خاصة بالنسبة لعلماء النفس الشباب قبل أو بعد الندوة.

ثالثاً: دعوة علماء النفس الموهوبين والمؤثرين على مستوى عالمي من دول العالم الثالث الشبيهة، والذين لهم مشكلات مشابهة في مجتمعاتهم، وفي علم النفس، وذلك للمشاركة في الخبرات والفعاليات المختلفة.

رابعاً: إعطاء وقت أطول بالنسبة لعرض ونقاش الأوراق الرئيسية، وخاصة تلك المقدمة من قبل علماء النفس المدعويين. ويمكن أن تكون كل ورقة أو ورقتين في جلسة منفصلة، بدلاً من 5 أوراق في جلسة واحدة.

خامساً: دعوة أقسام علم النفس من كليات الآداب والعلوم الاجتماعية، فهناك بعض علماء النفس التربويين من هم في مثل هذه الأقسام. ولا أدري ما السبب في هذه الجفوة المفتعلة بين

أقسام علم النفس أو هذا الصراع) مع العلم بأن موضوع "حل الصراع" يحتل باباً في علم النفس الاجتماعي أو السياسي)

سادساً: توجيه الدعوة لعلماء النفس المهويين الشيوخ من دول مختلفة من العالم العربي، وذلك لخبرتهم الطويلة، وهو شيء هام، ولكن دعوة علماء النفس الشبان من المتحمسين هي كذلك هامة لمستقبل علم النفس.

لقد ساهمت في هذه الندوة كمقدم لورقة رئيسية، وأخرى فرعية، بالإضافة للمشاركة في النقاش. وأعتقد كما قدمت في ورقتي "معوقات نمو علم النفس في العالم العربي" بأن هناك حاجة لما يمكن تسميته بالنقد السيكولوجي. وتبعاً لذلك هناك حاجة لما يمكن تسميته — "النقاد السيكولوجيين" أو "نقاد علم النفس". فالنقد السيكولوجي يمكن أن يكون بمثابة الرقابة في حالة غياب التجمعات السيكولوجية العربية التي تضع المعايير والقواعد الصارمة عن الإنتاج السيكولوجي كماً وكيفاً، ونظرياً وتطبيقاً، ومحلياً وعالمياً، وتراثاً ومعاصرة، وعربياً وغربياً، وتنبياً وتكييفاً. وأعتقد بأنه لا تنمية في علم النفس أو دوراً لعلم النفس في التنمية من غير نقدنا لأنفسنا ولنقاط ضعفنا. واعترف بأن كتابة تقرير شامل وموضوعي عن ندوة جذبت مجموعة من علماء النفس وعلماء من خارج دائرة علم النفس، بمختلف اتجاهاتهم وخبراتهم، ليس أمراً سهلاً. وذلك ربما ينتهي كاتب التقرير بانطباعات ذاتية، وملاحظات تتلون بتحليله الشخصي. وفي تقديري، إن الأهداف الطموحة بالنسبة للندوة قد تحققت بصورة جزئية. فالشكر موصول للدكتور عبد العزيز المنصيص، عميد كلية التربية، في جامعة قطر، ومنسق عام الندوة بالنسبة لتنظيمه الممتاز 'أول' ندوة، ولحرارة استقباله للمشاركين.

ملاحظات عامة حول التجمع السيكولوجي العربي

يقول أوي، أحد المراقبين والماسحين لعلم النفس في العالم، يواجه علماء النفس العرب معوقات عدة، منها أن علم النفس مجلوب من الخارج، ويتبع علماء النفس العرب تطور علم النفس في الغرب، ولكن معظم أبحاثهم تجرى باللغة العربية، ولم تترجم للإنجليزية. ونتيجة لذلك فهناك قلة من علماء النفس في الغرب من تقرأ أو تسمع بهذه الأبحاث. بالإضافة لذلك، فإن أكثر 10 اختبارات سيكولوجية مستخدمة في أميركا تمت ترجمتها وتكييفها في العالم العربي، ولكن لم يكن هناك تطور مواز لاختبارات محلية في الدول العربية (أنظر مارتن، 1999). تعبر لغة الأرقام بأن هناك مشاركة ضعيفة لعلماء النفس العرب في الروابط والاتحادات والمجالس العالمية. ففي الاتحاد الدولي لعلم النفس هناك ثلاثة دول عربية من بين 62 دولة في العالم، وفي المجلس العالمي للأطفال المهويين، هناك دولتان عربيتان من بين 45 دولة، وفي الرابطة العالمية لعلم النفس عبر

الثقافي، هناك 6 أعضاء من بين 687 عضواً. ويلاحظ كذلك قلة المساهمات والحاضرين للتجمعات السيكولوجية العربية، فمثلاً قدمت في ندوة علم النفس وآفاق التنمية في دول مجلس التعاون، الذي يضم 6 دول 27 ورقة عام 1998، بينما قدمت 1964 ورقة في المؤتمر العالمي لعلم النفس التطبيقي في السنة نفسها أي 1998. وقدمت 800 ورقة في المؤتمر السنوي العام للجمعية النفسية اليابانية عام 1990، وشارك 1000 من علماء النفس الإسرائيليين في مؤتمر الرابطة النفسية الإسرائيلية عام 1985. وتكون عضوية أي عالم نفس ياباني في التجمعات السيكولوجية بين 4-5 عضوية، بينما لا تصل عضوية علماء النفس العرب لعضوية واحدة!

لقد لاحظنا بأن هناك عدة رؤساء للروابط والمجالس السيكولوجية العالمية من اللاعرب، ومن دول العالم الثالث، ولكن لم يكن هناك أي رئيس عربي لجمعية سيكولوجية عالمية. وهناك قلة من علماء النفس العرب في اللجان التنفيذية لهذه التجمعات السيكولوجية العالمية. وهناك غياب للبرامج التدريبية البحثية بالنسبة لعلماء النفس العرب، خاصة الشباب منهم. وهناك عدم استفادة من الهبات والمنح المقدمة من التجمعات السيكولوجية العالمية، وعدم الاستفادة من برامج الدكتوراه العليا في علم النفس وبرامج الزمالة. بالإضافة لذلك هناك عدم استفادة من التمويل الممنوح لحضور التجمعات السيكولوجية العالمية. كما يلاحظ البعد عن التحريك العالمي لقرارات هذه التجمعات السيكولوجية. وهناك غياب للدوريات السيكولوجية العربية الصادرة بالإنجليزية، مقارنة باليابان وإسرائيل، وقلة الدوريات السيكولوجية الصادرة باللغة العربية. ولعلنا نتساءل لماذا لم تتم استضافة أي مؤتمر عالمي لعلم النفس في الدول العربية؟ وحتى في دولة عريقة في علم النفس، مثل مصر، لم تتم فيها استضافة أي تجمع عالمي لعلم النفس، من قبل الاتحاد الدولي لعلم النفس، أو الرابطة العالمية لعلم النفس عبر الثقافي، أو المجلس العالمي لعلماء النفس، أو الرابطة العالمية لعلم النفس التطبيقي، أو المجلس العالمي للأطفال الموهوبين والمتفوقين. ولم تصبح أي عاصمة عربية مركزاً لفرع من أفرع علم النفس.

لقد عقدت التجمعات السيكولوجية الدولية في إسرائيل في أمة عددها حوالي 5 مليون نسمة، بينما لم تعقد في أمة تعددها حوالي 250 مليون نسمة. ويبدو أن ذلك من بين الأسباب التي جعلت بعض علماء النفس الإسرائيليين يمثلون علماء النفس العرب في التجمعات العالمية! ويرجع السبب الرئيسي في ذلك لصمت علماء النفس العرب، والذين بلا صوت، مع العلم بأن الثقافة العربية توصف بأنها "ظاهرة صوتية" (القصيمي، 1977). وبين مفاهيم إدوارد سعيد المنماة، كما يعبر أبو ديب (1997)، مفهوم الأصلاحي الصامت الذي لا صوت له، والذي مثله الغرب نيابة عنه. لقد لاحظ بركات 'مع روح الجماعية الموجودة في النظام الاجتماعي والثقافي هناك غياب العمل الفردي في مختلف نشاطات الحياة الخاصة والعامة' (بركات، 1984: 350). ولعلنا نجد

التساؤل: لماذا استطاع علماء النفس في المجتمعات الغربية ذات الخصائص "الفردانية" بالتجمع السيكولوجي الفعال لترقية وانتشار علم النفس، بينما لم يستطع علماء النفس العرب في المجتمع العربي ذو الخصائص "الجموعية" ك القبيلة والعشيرة والفصيلة والحمولة من التجمع السيكولوجي الفعال؟ فيا ترى كيف نحل هذا المأزق؟ مجتمع فردي ينجح في التجمع ومجتمع جموعي يفشل في التجمع! هل يا ترى إن نجاح علماء النفس في التجمع في الغرب يرجع لابتعاد مجتمعاتهم عن "الجموعية"، بينما يرجع فشل علماء النفس العرب في التجمع لقرب مجتمعاتهم عن "الجموعية"؟

المراجع العربية

- أبو حطب، فؤاد (1993). مشكلات علم النفس في العالم الثالث: حالة الوطن العربي. في: علم النفس وقضايا المجتمع المعاصر. ص 9-31. الرياض: جامعة محمد الخامس.
- أبو ديب، كمال (1997). مقدمة المترجم في: الثقافة والإمبريالية. بيروت: دار الآداب.
- بركات، حليم (1984). المجتمع العربي المعاصر. بيروت: مركز دراسات الوحدة العربية.
- بطرس، أنطوان (1986). قرن التحديث الياباني: الانتقال التكنولوجي والعبر المستفادة. دراسات، 20، 5-38.
- تورانس، بول (1980). دروس عن الموهبة والابتكار نتعلمها من أمة ذات 115 مليون فائقي الإنجاز.
- ترجمة عبد الله سليمان. مجلة العلوم الاجتماعية، 8، 163-174.
- حفني، قدرى (1988). الإسرائيليون من هم؟ دراسة نفسية. القاهرة: مكتبة مدبولي.
- حنفي، حسن (1985). موقفنا الحضاري. المستقبل العربي، 6، 61-91.
- الخليفة، عمر (2000). علم النفس والتحكم: نظرة للحرب الباردة. عالم الفكر، 28، 295-365.
- الخليفة، عمر (1999). علم النفس في اليابان: التأسيس العلمي والتوطين المتناغم. ورقة قدمت للنشر.
- الخليفة، عمر (1999). ندوة علم النفس وآفاق التنمية في دول مجلس التعاون الخليجي: معلومات وآراء.
- دراسات عربية، 35، 119-124.
- سعيد، إدوارد (1997). الثقافة والإمبريالية. نقله إلى العربية وقدم له كمال أبوديب. بيروت: دار الآداب.

- شرابي، هشام (1990). النقد الحضاري للمجتمع العربي في نهاية القرن العشرين. بيروت: مركز دراسات الوحدة العربية.
- عاقل، فاخر (1965). سورية (ص. 335-371). في: نشاط العرب في العلوم الاجتماعية في مئة سنة.
- سلسلة العلوم الشرقية، الحلقة الثالثة والأربعون. بيروت: جامعة بيروت الأمريكية.
- القصيمي، (1977). العرب ظاهرة صوتية. باريس: مطابع شركة مونامارتر.
- كورودا، ياسومازا (1987). التحديث والافتراق في اليابان. في: التراث وتحديات العصر في الوطن العربي (ص. 223-272). بيروت: مركز دراسات الوحدة العربية.
- النابلسي، محمد (1995). نحو سيكولوجيا عربية. بيروت: دار الطليعة.
- نوفل، أحمد (1986). الحرب النفسية بيننا وبين إسرائيل. الكتاب الثالث. إريد: دار الفرقان للنشر والتوزيع.

المراجع الأجنبية

- Abu Hatab, F.(1992). Egypt. In V.Sexton, & J. Hogan, (Eds.). International psychology: Views from around the world. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Amir, Y.,& Ben-Ari, R. (1981). Psychology and society in Israel. International Journal of Psychology, 16, 239-247.
- APA Monitor (1997), 28, 49.
- Azuma, H. (1984). Psychology in a non-Western country. International Journal of Psychology, 19, 145-155.
- Azuma, H.,& Imada, H. (1994). Origins and development of psychology in Japan: The interaction between Western science and the Japanese cultural heritage. International Journal of Psychology, 29, 707-715.
- Badri. M.(1979). The dilemma of Muslim psychologists. London: MWH Publisher.
- Ben-Ari, R., & Amir, Y. (1986). Psychology in a developing society: The case of Israel. Annual Review of Psychology, 37, 17-41.
- Bond, M. (1994). Into the heart of collectivism: A personal and scientific journey.

- In U.Kim et al (Eds.) Individualism and collectivism: Theory, method and applications (66-76). London: Sage.
- Burnette, E.(1997). APA's divisions give minorities a voice. *The APA Monitor*, 28, 20.
 - Cattell, J.(1894). The American Psychological Association. *Psychological Review*, 1, 214 -215.
 - Hofstede, G (1980). *Culture's consequences*. Newbury Park, CA: Sage.
 - Hoshino, A.,& Umemoto (1987). Japanese psychology: Historical review and recent trends. In G.Blowers & A. Turtle (Eds.). *Psychology moving East: The status of Western psychology in Asia and Oceania* (p. 183-196). London: Westview.
 - International Psychologists (February, 1996). 37, 12.
 - Khaleefa, O.(1997). The predicament of Euro-American psychology in a nonwestern culture. *World Psychology*, 3, 29-64.
 - Khaleefa, O.,& Ashria, I. (1996). La psychotechnologie et le monde Islamique: Une tentative vers l'indigenisation. *L'Islam Aujourd'hui*, 14, 233-252.
 - Lonner, W.(1980). A decade of cross-cultural psychology: JCCP, 1970-1979. *Cross- Cultural Psychology*, 11, 7-34.
 - Martin, S.(October, 1999). Psychologists in Arab countries face daunting challenges. *APA Monitor*, 29, 49.
 - Naimark, H.(1997). *Psychology International*, 8, 1&7.
 - *Psychology International* (Fall, 1999). 9, 4.
 - *Psychology International* (Winter, 1999), 10,1.
 - Rosenzweig, M.(1982). Trends in development and status of psychology: An international perspective. *International Journal of Psychology*, 17, 117-140.
 - Sokal, M.(1992). Origins and early years of the American Psychological Association, 1890-1906. *American Psychologist*, 47, 111-122.
 - Tanaka, Y.(1966). Status of Japanese experimental psychology. *Annual Review of Psychology*, 17, 233-272.
 - Triandis, H.(1988). Collectivism and individualism: A reconceptualization of a

- Tanaka, Y.(1966). Status of Japanese experimental psychology. Annual Review of Psychology, 17, 233-272.
- Triandis, H.(1988). Collectivism and individualism: A reconceptualization of a basic concept in cross-cultural psychology. In G. Verma & C. Bagley (Eds.). Personality attitudes and cognitions (pp. 60-95). London: Macmillan.
- Triandis, H.(1989). Self and social behavior in differing cultural contexts: Psychological Review, 96, 269-289.
- Triandis, H.(1994). Theoretical and methodological approaches to the study of collectivism and individualism. In U.Kim et al (Eds.). Individualism and collectivism (pp. 41-51). London: Sage.

جدول (1)

التوزيع القطري لأعضاء الرابطة السيكولوجية الأميركية من العالم العربي

النسبة المئوية	عدد العضوية	القطر
25.8	17	مصر
19.7	13	المملكة العربية السعودية
16.7	11	الإمارات العربية المتحدة
7.6	5	البحرين
7.6	5	الأردن
6.1	4	قطر
4.5	3	سوريا
4.5	3	الجزائر
3	2	الكويت
3	2	اليمن
1.5	1	لبنان
%100	66	المجموع

جدول (2)

خبراء المناطق الجغرافية من أعضاء الرابطة العالمية لعلم النفس عبر الثقافي

النسبة المئوية	العدد	القارة أو المنطقة
21,9	185	آسيا
21,2	179	ثقافة عامة
16,7	141	أميركا الشمالية
16,1	136	أوروبا
6,5	55	أفريقيا
6,1	51	أميركا الجنوبية
4,6	39	جزر المحيط الهادي وأستراليا
4,4	37	الشرق الأوسط
2,5	21	روسيا
%100	844	المجموع

يتضمن الشرق الأوسط الدول العربية في آسيا وإيران وباكستان وتركيا وإسرائيل. ولم يشمل الدول العربية في شمال أفريقيا.

جدول (3)

أعضاء الرابطة العالمية لعلم النفس عبر الثقافي

العدد	الدولة	العدد	الدولة
3	السويد	257	الولايات المتحدة الأمريكية
2	بنغلاديش	51	كندا
2	الكاميرون	41	أستراليا
2	تشيلي	37	الهند
2	الدنمارك	25	ألمانيا
2	فرنسا	23	المكسيك
2	جورجيا	18	اليابان

2	المجر	18	المملكة المتحدة
2	سلوفاكيا	16	هولندا
2	إسبانيا	11	الصين
2	تايوان	10	تركيا
2	تيلندة	9	أندونيسيا
2	زمبابوي	8	إسرائيل
1	بوتسوانا	8	بوتسوانا
1	بلغاريا	8	هونج كونج
1	كولومبيا	8	جنوب أفريقيا
1	كوبا	8	نيوزلندة
1	التشيك	7	اليونان
1	غانا	7	نيجيريا
1	أيرلندة	7	سنقافورة
1	كينيا	6	النرويج
1	ماسيدونيا	6	كوريا الجنوبية
1	ناميبيا	6	البرازيل
1	نيبال	5	بلجيكا
1	باكستان	5	سويسرا
1	بيرو	5	إيطاليا
1	البرتغال	4	البحرين
1	رومانيا	3	الأرجنتين
1	ترنداد وتوباكو	3	النمسا
1	يوغندا	3	بيلاروسيا
1	أوكرانيا	3	آستونيا
1	فنزويلا	3	فنلندة
1	ليبيريا	3	إيران
1	الكويت	3	ماليزيا
1	مصر	3	روسيا

مجموع الدول الأعضاء 70 دولة ومجموع الأعضاء الأفراد 687 عضواً.



إن القراءة النفسية للحرب على العراق هي مهمة ملقاة على عاتق فروع اختصاصية متداخلة. وهي ستشغل العاملين في هذه الفروع على مدى سنوات قادمة. وعليه فإن ما تقدمه في هذه الدراسة ليس سوى مقدمة لقراءات نفسية لاحقة تنتظر ظهور معلومات جديدة عن خلفيات هذه الحرب وأسرارها وصفقاتها الخفية.



في هذا الكتاب متابعة وعرض للتجربة اللبنانية عبر أعمال الدكتور محمد أحمد النابلسي. وللتجربة الكويتية عبر أعمال الدكتور بشير صالح الرشيد. مع اقتران هذه المتابعة بدراسة مقارنة تبين نقاط التشابه والاختلاف بين هاتين التجربتين والتأكيد على خصوصية كل منهما. الأمر الذي يعطي لهذا الكتاب صدارته في المكتبة النفسية العربية. التي لا تزال فقيرة في ميدان دراسة الصدمات.

مستوى الحكم الأخلاقي لدى عينة من الأحداث الجانحين

محمد داودي

قسم علم النفس وعلوم التربية

جامعة الأغواط - الجزائر

ملخص الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة مستوى الحكم الأخلاقي لدى عينة من الأحداث الجانحين في مركزي إعادة التربية والتأهيل: 1 و2- في الجزائر العاصمة - وذلك من خلال تطبيق اختبار تحديد القضايا الأخلاقية (- DIT - Defining Issues Test) للعالم النفساني الأميركي جيمس ريبست.

أما الإطار النظري لهذه الدراسة، فيتمثل في تطبيق نظرية النمو المعرفي في دراسة الحكم الأخلاقي، كما صاغها بياجيه (Piaget 1932) في البداية، وطورها من بعده كولبرغ (Kohlberg 1958)، وأخيراً أتراها جيمس ريبست (Rest 1979).

تتكون عينة البحث من 20 حدثاً جانحاً (10 إناث و10 ذكور)، مقيمين في مركزي إعادة التأهيل والتربية، يتراوح سنهم ما بين 13 و16 بمعدل 15 سنة وشهر واحد.

وانطلاقاً من نتائج بعض الدراسات السابقة في مجال الحكم الأخلاقي، تم وضع الفرضين التاليين:

- 1- الأحداث الجانحون في مركزي إعادة التربية والتأهيل 1 و2 في الجزائر العاصمة يستخدمون المرحلة الثالثة أكثر من غيرها من مراحل النمو الأخلاقي الأخرى.
- 2- ليست هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الأحداث الجانحين والأحداث الجانحات في أحكامهم الأخلاقية.

تمت معالجة بيانات الدراسة إحصائياً باستخدام المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري، واختبار - ت - للتأكد من دلالة الفروق بين الجنسين.

أسفرت نتائج هذه الدراسة على أن أفراد العينة يستخدمون المرحلة الثالثة من مراحل النمو الأخلاقي أكثر من غيرها، مما يثبت الفرضية الأولى في هذا البحث. أما بالنسبة للفرضية الثانية فلم يتم إثباتها، إذ توصلنا إلى إيجاد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين، وقد تم تفسير هذه النتائج في ضوء الدراسات السابقة حول موضوع النمو الأخلاقي.

مقدمة

إن اهتمام الباحثين بدراسة الأخلاق عامة، والنمو الخلقي خاصة، يأتي من كون القيم الأخلاقية عنصراً أساسياً من عناصر وجود المجتمع وبقائه، ومقوماً جوهرياً من مقومات كيانه وشخصيته، فلا يستطيع أي مجتمع أن يبقى أو يستمر دون أن تحكمه مجموعة من القوانين والقواعد والضوابط التي تنظم علاقات الأفراد بعضهم ببعض، وتكون لهم بمثابة المعايير المعتمدة في توجيه سلوكهم وتقويم انحرافاتهم... لذلك يمكننا اعتبار النمو الأخلاقي من أهم ميادين البحث التي حظيت من قبل المربين بالدراسة والاستقصاء على مدار العصور والأحقاب، لكن هذه الدراسات القديمة للنمو للأخلاقي كانت فلسفة أكثر منها علمية، ولذلك لم تجد الاهتمام المطلوب.

أما العقود الأخيرة، فقد أبرزت اهتماماً ملحوظاً من طرف علماء النفس والتربية بدراسة النمو الأخلاقي عند الأطفال والمراهقين والراشدين على السواء. يعود الفضل في هذا إلى العالم النفساني جون بياجيه الذي كتب سنة 1932 الحكم الأخلاقي لدى الطفل، وقد فتحت آراؤه حول النمو الأخلاقي المجال لعدد كبير من الباحثين لدراسة هذا الموضوع خلال مرحلتي المراهقة والرشد، أمثال كولبرغ وجيمس ريست وغيرهما، ومن ثم نستطيع القول بأن عمل بياجيه يعتبر انطلاقة علمية صحيحة لدراسة النمو الأخلاقي دراسة قائمة على أساس منهجي وعلمي.

هدف البحث:

يهدف هذا البحث إلى التعرف على مستوى النمو الأخلاقي لدى عينة من الأحداث الجانحين والكشف عن الفروق الجنسية في نموهم الأخلاقي، كما يقيسه اختبار تحديد القضايا الأخلاقية **Defining Issues Test** لجيمس ريست.

أهمية البحث وأسباب اختياره:

إن دراسة النمو الأخلاقي يعني دراسة جانب هام من أهم الجوانب التي لها علاقة بشخصية

المراهق، وإبراز أهمية النمو الأخلاقي، وتوجيه أنظار العاملين في المجال التربوي والنفسي على مختلف المستويات للاهتمام بهذا الموضوع الحيوي الذي ما زال يشكو نقصاً ملحوظاً في الدراسات، في الجزائر خاصة، والعالم العربي والإسلامي عامة.

مجالات البحث وحدوده:

تقتصر نتائج هذا البحث على عينة من الأحداث الجانحين للعام الدراسي: 2002/2003، وبما أن هذه الدراسة تمت في حدود مجتمع الأحداث الجانحين بمركزين خاصين بإعادة تأهيل المنحرفين للذكور والإناث في الجزائر العاصمة، لذلك فقد تتأثر نتائج البحث بظروفهم النفسية والاجتماعية، وكذا بالنظام التعليمي المطبق في هذه المراكز، وكذلك بالمستوى الدراسي لأفراد العينة، وبموامل أخرى لا يمكن إهمالها. ومن ثم فإن الباحثين لا يستطيعان الإدعاء بأن هذه الدراسة يمكن تعميمها على مجتمعات أخرى.

الإطار النظري للبحث:

إن الإطار النظري للبحث الذي انطلقنا منه واعتمدناه في هذه الدراسة هو النظرية المعرفية وطريقتها في دراسة النمو الأخلاقي، لكن المنهجية العلمية تفرض علينا تقديم عرض موجز لكل من نظرية التحليل النفسي ونظرية التعلم الاجتماعي وطريقتهما في دراسة النمو الأخلاقي باعتبارهما من أهم النظريات في هذا المجال.

أولاً - نظرية التحليل النفسي:

يرى فرويد أن قيم الطفل الأخلاقية يتم اكتسابها في السنوات الخمس الأولى (محي الدين توقي، 1984، ص 120)، وذلك عن طريق عملية امتصاص وإدماج المعايير الاجتماعية والثقافية في نفس الفرد، بحيث تصبح مبدئاً هادياً لسلوكه الاجتماعي، يطلق فرويد على هذه القوة النفسية: الأنا الأعلى - Super ego - الذي هو الحارس الأخلاقي الأول للشخص، وهو الأداة المسؤولة بالدرجة الأولى على النمو الأخلاقي (بوحمامة 1988، ص 190).

إن ما يؤخذ على نظرية التحليل النفسي أنها ركزت اهتمامها على مظهر الشعور الذي ينعكس من خلال تلك المفاهيم السيكوديناميكية لنمو الشخصية، كالأنا الأعلى، والشعور بالذنب، ولم تعط أي دور للجانب المعرفي في النمو الأخلاقي، بالإضافة إلى شيء مهم هو عدم وجود مقاييس موضوعية يعتمد عليها علماء التحليل النفسي في دراستهم للنمو الأخلاقي، لأن مفاهيم، مثل الأنا الأعلى، والشعور بالذنب، يستحيل على الباحث أن يقيسها بموضوعية، وإذا قيست فإنها ستؤدي إلى نتائج متضاربة، خاصة عندما يتم تعريف هذه المفاهيم بطرق متباينة في دراسات مختلفة، أما النقد الأخير الذي يمكن أن يوجه لهذه النظرية فهو تركيزها على أخلاق الامتثال بينما يرى

كولبرغ - كما سنرى فيما بعد - أن الإنسان يمكن أن يتجاوز مرحلة أخلاق الامتثال، في مرحلة متأخرة من حياته (بوحمامة 1989، ص 110).

ثانياً: نظرية التعلم الاجتماعي:

يعتقد أصحاب نظرية التعلم الاجتماعي أن السلوك الأخلاقي، يتكون عند الفرد عن طريق التعلم، ويعتبرون أن المبادئ العامة للتعلم كافية لتفسير السلوك الخلقى، وهذا يعني أن الإجراءات التدريبية المتضمنة في تعلم السلوك الخلقى هي نفسها المتضمنة في تعلم أي نوع من أنواع السلوك (محي الدين توك وعبد الرحمن عدس 1984، ص 123).

أما منهج نظرية التعلم الاجتماعي في دراسة النمو الأخلاقي فيقوم على الافتراضات التالية:

- 1- النمو الأخلاقي ليس نتيجة أي تعديل في التركيب المعرفي، وإنما هو نمو في الامتثال للقواعد الاجتماعية.
- 2- أن العوامل المحفزة للأخلاق لها جذور في الحاجات البيولوجية التي يعبر عنها عن طريق البحث عن الثواب وتجنب العقاب.
- 3- أن الأخلاق نسبية، وتعتمد على المعايير التي تتعلق بالمواقف البيئية.
- 4- أن المعايير الأخلاقية هي امتثال للمعايير الخارجية.
- 5- أن التغيرات في قوة الثواب والعقاب تعكس تأثير البيئة وأثرها في الشخص (Kohlberg 1976, P.35)

إن أهم ما ساهمت به نظرية التعلم الاجتماعي في مجال النمو الأخلاقي هو تركيزها على السلوك، حيث أنها قامت بفحص العوامل البيئية الأساسية لمعرفة كيف تساهم هذه العوامل في النمو الأخلاقي (Rest 1979, P.37). إلا أن علماء هذه النظرية أهملوا دور الحكم الأخلاقي المعرفي في عملية النمو الأخلاقي، كما يؤخذ عليهم تجاهل خصائص الطفل المعرفية (عبد المجيد نشواتي 1987، ص 489)، وتركيزهم على السلوك الذي يتولد عليه نظام الثواب والعقاب.

ثالثاً: نظرية النمو المعرفي:

تفترض نظرية النمو المعرفي أن المعايير والمبادئ الأخلاقية الأساسية عبارة عن تراكيب أو بناءات معرفية تنتج عن تفاعل خبرات الفرد مع غيره، فهي بذلك تقف إلى جانب معاكس للنظريتين السابقتين، حيث ترى نظرية النمو المعرفي أن النمو الأخلاقي عملية ديناميكية تؤدي إلى حالة يجد الشخص فيها نفسه قادراً على أن يسلك سلوكاً ما تبعاً للمبادئ التي يفهمها ويتبناها.

ويقصد بمصطلح النمو المعرفي: مجموعة من الافتراضات التي تشترك فيها أفكار كل من جون ديوي 1909 Dewey وماكدوكل 1908 McDougall، ومارغريت ميد 1934 Mead وجون بياجيه، 1932 Piaget، وكولبيرغ 1958 Kohlberg.

أما الافتراضات التي يقوم عليها النمو الأخلاقي في نظرية النمو المعرفي، فيمكن تلخيصها في النقاط التالية:

- 1- أن النمو المعرفي هو تعديل في البناءات المعرفية (Cognitive structure).
 - 2- إن المعايير والمبادئ الأخلاقية الأساسية هي تراكيب أو بناءات تنتج عن تجارب التفاعل الأخلاقي.
 - 3- إن تأثيرات البيئة في النمو الأخلاقي تعكس نوع ودرجة الإثارة الاجتماعية والمعرفية خلال نمو الطفل.
 - 4- إن النمو الأساسي للأخلاق يتم بواسطة تحويل التراكيب المعرفية نتيجة لعدم التوازن، أي أن النمو عبر مراحل النمو الأخلاقي يعرف بأنه تحول في أنماط التفكير، وليس تراكمًا في معرفة القيم الثقافية.
 - 5- إن نمو التركيب المعرفي هو نتاج التفاعل بين تركيب العضوية وتركيب البيئة، وليس نتيجة مباشرة للتعليم أو التعلم (Kohlberg 1976, P.69).
- في ما يلي سنتعرض إلى نظرية بياجيه في النمو الأخلاقي، وكذا أهم الأفكار التي وردت في نظرية كولبيرغ التي ستشكل الإطار النظري لهذا البحث، وفي الأخير تقدم أهم آراء جيمس ريبست في النمو الأخلاقي التي سنستمد منها المنهجية والأداة التي سنستخدمها في هذه الدراسة:

1- نظرية النمو الأخلاقي عند بياجيه (Piaget):

يعتقد بياجيه أن النمو الأخلاقي عند الفرد مثل النمو المعرفي (Cognitive development) إنما هو جزء من عملية النضج ضمن إطار خبرة العمر العامة (McCandless and Evans, 1973).

إن تطور المبادئ الأخلاقية عند الأطفال مرتبط بمستوى نموهم المعرفي وتطور بناهم المعرفية، والنمو الأخلاقي هو الآخر يتطور عبر نمط منظم ومتسلسل على نحو هرمي.

وقد حاول بياجيه معرفة نوعية اتجاه تفكير الطفل الأخلاقي عن طريق معرفة تفكيره في قواعد اللعب، حيث يرى أن ثمة اتصالاً بين قيم الطفل الخلقية وبين أفعاله. يقول بياجيه في هذا المجال: 'إذا رغبتنا في فهم شيء عن خلق الطفل فمن الواضح أنه ينبغي أن نبدأ بتحليل هذه

الحقائق، فكل الأخلاق مجموعة من القواعد، وروح الأخلاق كلها نجده في مدى احترام الفرد لهذه القواعد (Piaget 1932, P.12-13).

وبناء على النتائج التي حصل عليها بياجيه في دراسته للتفكير الأخلاقي عند الأطفال استطاع صياغة نظريته في مرحلتين أساسيتين هما: الأخلاق الخارجية المنشأ والأخلاق الذاتية المنشأ.

إن أهم الانتقادات التي وجهت إلى بياجيه هي انتقادات بعض علماء مدرسة التعلم الاجتماعي، فقد أشار سميث إلى أن مراحل النمو الأخلاقي عند بياجيه عامة جداً، أما هوفمان فيرى بأن نظرية بياجيه ناقصة من الناحية التجريبية، وذلك لإهمالها عنصري العاطفة والدوافع في السلوك الأخلاقي.

2- نظرية النمو الأخلاقي عند كولبرغ (Kohlberg):

يرى كولبرغ أن التقدم من مرحلة أدنى إلى مرحلة أعلى في النمو الأخلاقي لا يمثل معرفة أكبر بالقيم السائدة، بل يمثل تحويلاً في بنية أو استراتيجية الأحكام الأخلاقية الأكثر نضجاً، لأن النمو الأخلاقي يمر عبر عملية النمو ذاتها عن طريق إعادة تنظيم البنى المعرفية الناجمة عن تفاعل الفرد مع البيئة (عبد المجيد نشواتي 1987 ص 490).

إن المراحل الأخلاقية التي صاغها كولبرغ تعد مراحل معرفية بالدرجة الأولى، ولذلك فقد أكد على أنها:

أ- يمكن تطبيقها على جميع الأفراد عبر العالم، وفي كل الثقافات.

ب- ثابتة الترتيب والتسلسل.

ت- المراحل الأخلاقية العليا تضم بناءات المراحل الأخلاقية الدنيا (Kohlberg 1976, P.32)

ومن ثم، فإن مساهمة العالم النفساني الأميركي كولبرغ تعتبر أهم مساهمة في العصر الحديث في ميدان النمو الأخلاقي بعد بياجيه، فقد توصل من خلال دراساته التي قام بها سنة 1958 إلى صياغة نمط للحكم الأخلاقي يتكون من ثلاثة مستويات أخلاقية، ويشمل كل مستوى مرحلتين.

3- نظرية النمو الأخلاقي عند ريست (Rest):

على الرغم من أن ريست لا يختلف كثيراً عن كولبرغ في استعماله للمفاهيم النظرية في مجال النمو الأخلاقي، إلا أنه يعد أول باحث يقدم اعتراضات وتعديلات على عمل كولبرغ نلخصها فيما يلي:

أ- إن مفهوم وجود الأفراد في مرحلة واحدة من مراحل النمو الأخلاقي مفهوم غير صائب لأنهم يظهرون مستويات أخلاقية عديدة.

ب- إن مفهوم سير النمو الأخلاقي خطوة إثر خطوة، عبر المراحل، واجه اعتراضات شديدة، لأنه من الصعب النظر إلى الفرد على أساس أن لديه نسقاً تفكيرياً واحداً لأنه يستخدم العديد منها حسب ما تمليه عليه الظروف، وبسبب عوامل الأداء والمستويات المختلفة للنمو المعرفي.

وتجدر الإشارة هنا أن أهم عمل ارتبط بـ جيمس ريست هو اختبار تحديد القضايا الأخلاقية، وقد استخدمنا هذا المقياس في هذه الدراسة نظراً للنتائج القوية والثابتة المتوصل إليها مع عينات مختلفة، وفي ظروف متباينة.

الدراسات السابقة:

يحتل موضوع النمو الأخلاقي مكاناً بارزاً في البحوث التربوية. ولأهمية هذا الموضوع أجريت دراسات عديدة تؤكد مدى الاهتمام المتزايد الذي حققه هذا المجال في البحث العلمي، نلخص في ما يلي بعضاً من هذه الدراسات ذات الصلة ببحثنا:

قامت ماري غافغون **Mary Gavaghan 1983** وزملاؤها بإجراء بحث حول النمو الأخلاقي لدى المراهقين المنحرفين، والمراهقين غير المنحرفين، وقد توصلوا إلى إيجاد فروق كبيرة بين العينتين، خاصة في القدرة على التعرف على المفاهيم الجديدة، كما لاحظوا أن بعض أفراد عينة المراهقين المنحرفين بلغوا مستوى من النمو الأخلاقي سمح لهم بالفهم والتعرف على المرحلة الثالثة من التفكير الأخلاقي كما حددها كولبرغ.

أما بانسون **Benson 1980** فقد أجرى دراسة تجريبية حول موضوع الحكم الأخلاقي على عينة من المراهقين الفصامين ينتسبون إلى مركز خاص بالطب العقلي في مدينة نيويورك، وكانت

الأداة المستخدمة في البحث هي: مقابلة الحكم الأخلاقي لكولبرغ **Moral judgement**

interview Kohlberg

وقد توصل الباحث إلى أن المراهقين الفصامين يستعملون مستويات وأنماطاً من الأحكام الأخلاقية أقل نضجاً من المراهقين العاديين.

وفي دراسة قام بها داودي **Daoudi 1999** حول الحكم الأخلاقي لدى عينة من المراهقين المنحرفين التمدرسين، استخدم الباحث في هذه الدراسة: اختيار تحديد القضايا الأخلاقية **Defining Issues Test** لصاحبه جيمس ريست، وقد أسفرت النتائج على أن عينة الدراسة

استخدمت المرحلتين: 3 و4 من مراحل النمو الأخلاقي أكثر من غيرها من المراحل الأخلاقية الأخرى، كما أن نتائج الذكور والإناث كانت متقاربة جداً، ومن ثم لم يلاحظ الباحث أي فروق ذات دلالة يمكن ذكرها (داودي محمد، الحكم الأخلاقي لدى عينة من المراهقين المنحرفين المتمدرسين (1999).

فروض البحث:

من خلال استعراضنا نتائج بعض الدراسات التي لها علاقة بهذا البحث، أمكننا صياغة الفرضين التاليين:

- 1- الأحداث الجانحون في مركزي إعادة التربية والتأهيل 1 و2 في الجزائر العاصمة يستخدمون المرحلة الثالثة أكثر من غيرها من مراحل النمو الأخلاقي الأخرى.
- 2- ليست هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الأحداث الجانحين، والأحداث الجانحات في أحكامهم الأخلاقية.

منهج الدراسة:

- أداة البحث: اعتمدنا في تحقيقنا لأهداف البحث على تطبيق اختبار تحديد القضايا الأخلاقية (DIT) الذي صممه العالم النفساني جيمس ريبست، ويتكون من 6 قصص افتراضية تعالج مشكلات أخلاقية مختلفة، وبما أن الأفراد باعتبارهم على مستويات نمائية مختلفة فإن ريبست يفترض بأن إدراكهم للقضايا الأخلاقية يكون من وجهات نظر مختلفة أيضاً. وبالتالي فإن الأفراد سوف يختارون الجملة المحورية طبقاً لمستوى الحكم الأخلاقي لديهم، هذه الجملة المحورية تأتي على شكل تساؤلات كل منها يمثل الاهتمامات الرئيسية بكل مرحلة من المراحل الرئيسية (2،3،4،5،5،5ب،6، P) في الإطار النظري لـ كولبرغ.

والمؤشر المستخدم للدلالة على مستوى الحكم الأخلاقي لدى الشخص هو درجة P باعتبارها ممثلة للأهمية التي يعطيها الفرد لاعتبارات المبادئ الأخلاقية.

- صدق وثبات أداة الدراسة: أثبتت دراسات كثيرة أجريت في بيئات مختلفة صدق مقياس اختبار تحديد القضايا الأخلاقية، وقد قمنا بعرض النسخة العربية على بعض الأساتذة المحكمين في كل من جامعتي الجزائر العاصمة والأغواط، قسم علم النفس، وعلوم التربية، والأرطوفونيا، وقد وافقوا على التغييرات التي أدخلناها على الاختبار، حذفاً وزيادة، حتى تتلاءم مع البيئة الجزائرية، وعموماً، فإن القضايا الأخلاقية المطروحة على عينة الدراسة من خلال القصص الست مناسبة، وذات دلالة للكشف على أنماط تفكيرهم الأخلاقي.

أما بالنسبة لقياس ثبات الاختبار، فقد قمنا بإعادة تطبيقه بعد فارق زمني مقداره 17 يوماً على أفراد العينة، باستثناء ثلاثة منهم تم إطلاق سراحهم من المركزين، وتم حساب معامل الثبات باستخدام معامل الارتباط بين الدرجات في المرتين فحصلنا على 0.82.

- عينة الدراسة: أجريت هذه الدراسة على عينة من الأحداث الجانحين ن = 20 منهم 10 ذكور و10 إناث، متوسط سنهم 15 سنة وشهر واحد، أغلبهم من نواحي الجزائر العاصمة، مستواهم التعليمي يتراوح بين السابعة أساسي، والأولى ثانوي.

- إجراءات التطبيق: تم تطبيق الاختبار على عيني البحث (ذكور وإناث) في ورشتي الأشغال العامة في المركزين، بمراعاة تثبيت ظروف تطبيق الاختبار من حيث تقنين الإجراءات، وقد تبين أن الزمن الذي استغرقته إجابات أفراد العينتين قدر بـ 70 دقيقة في المتوسط، وبعد جمع استمارات الاختبار، قام الباحثان بتصحيحها حسب الخطوات التي حددها ريست في كراسة التعليمات.

- المعالجة الإحصائية: لتحليل نتائج هذه الدراسة استخدمنا الوسائل الإحصائية التالية:

- 1- المتوسط الحسابي.
- 2- الانحراف المعياري.
- 3- اختبار - ت - للدلالة الإحصائية.

نتائج الدراسة ومناقشتها:

اعتمد الباحثان في تحليل نتائج الدراسة على استخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل مرحلة من مراحل النمو الأخلاقية لعينة الدراسة:

الجدول رقم (1) يوضح النتائج التي أسفرت عنها التحليلات الإحصائية:

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمراحل النمو الأخلاقي

لعينة الدراسة ن = 20

الجدول رقم (1)

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	مراحل النمو الأخلاقي
6.29	9.75	2
5.13	18.80	3
6.30	12.70	4
3.46	6.40	15
1.47	2.90	5 ب
1.97	3.25	6
4.10	12.55	P
/	20.91%	P%

من خلال التفصيلات المبينة في الجدول (1) يبدو أن المفحوصين يستعملون المرحلة الثالثة في معظم أحكامهم الأخلاقية، وهي المرحلة التي تتميز بتوافق العلاقات الشخصية المتبادلة، كما يستخدمون بدرجة أقل المرحلة الرابعة والمرحلة الثانية، وهذه النتيجة تحقق فرضية البحث الأولى: المراهقون المنحرفون بمركزي إعادة التأهيل 1 و2 بالجزائر العاصمة يستخدمون المرحلة الثالثة أكثر من غيرها من المراحل الأخلاقية الأخرى كما يقيسها اختبار تحديد القضايا الأخلاقية لـ جيمس ريس، وتتفق نتيجة هذه الدراسة مع ما توصلت إليه ماري قضاغون Mary Gavaghon 1983 في دراستها، حيث كانت المرحلة الثالثة بارزة الاستخدام لدى عينة الدراسة، كما تؤكد هذه النتيجة نظرة جيمس ريس للمراحل الأخلاقية التي تمت الإشارة إليها في سياق هذه الرسالة، وهي أنه لا يمكن وصف الأفراد بأنهم يستخدمون مرحلة معينة من مراحل النمو الأخلاقي كما يعتقد ذلك كولبرغ، بل يجب وصفهم بأنهم يستخدمون كل المراحل بنسب متفاوتة كما أثبتته النتائج السابقة، بما في ذلك استخدام المرحلة السادسة أعلى مستوى في اختبار تحديد القضايا الأخلاقية (Rest et Al 1978, P.264).

ولاختبار الفرضية الثانية في هذه الدراسة، تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للذكور والإناث، كل على حدة، لجميع مراحل النمو الأخلاقي، الجدول رقم (2) يوضح النتائج الإحصائية للجنسين:

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمراحل النمو الأخلاقي

حسب الجنسين

الجدول رقم (2)

الإناث الأحداث الجانحات		الذكور الأحداث الجانحون		مراحل النمو الأخلاقي
الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
5.72	9.70	6.90	9.80	2
5.57	16.60	3.40	21.00	3
5.24	12.80	6.85	12.60	4
2.49	7.40	3.97	5.40	15
1.02	3.50	1.61	2.30	5 ب
1.55	3.70	2.22	2.80	6
3.44	14.60	3.666	10.50	P
/	24.33 %	/	17.50	P %

توضح هذه النتائج أن الذكور تفوقوا على الإناث في المرحلتين 2 و3 بينما الإناث تفوقن في المراحل الأخلاقية: 4 و5 أو 5 ب و6.

وتفصيلاً للنتائج المتعلقة بالفروق الجنسية بين المفحوصين في هذه الدراسة، يتضح لنا أن الذكور تفوقوا في استعمالهم لمراحل النمو الأخلاقي التي تميز مستوى الأخلاق المتواضع عليها اجتماعياً، كما حددها كولبيرغ، أي المراحل: (2 و3)، بينما تفوقت الإناث في استعمالهن للمراحل الأخلاقية التي تميز الأخلاق ما بعد المتواضع عليها اجتماعياً، أي المراحل: (5، 6، 6 ب).

أما بالنسبة إلى الدرجة P- وهي المؤشر للنمو الأخلاقي الأكثر تداولاً في البحوث، فقد توصلنا إلى إيجاد فروق بين الجنسين يقدر بـ: 6.83، وهو فرق له دلالة بين عيّنتين تتصفان إلى حد ما بنفس الخصائص النفسية والاجتماعية، حيث P لدى الإناث تساوي 24.33، في حين لدى الذكور تساوي فقط 17.50، ولعل الفروق الجنسية التي كشفت عنها هذه الدراسة الحالية ترجع إلى تأثير عوامل أخرى، مثل الذكاء، والحالة النفسية، والاجتماعية، والاقتصادية، للمفحوصين، والتي لم يستطع الباحثان التأكد منها لأسباب عملية.

يمكن أن نلخص إحصائياً الفروق التي ذكرناها بين الجنسين من خلال الجدول التالي:

دلالة الفروق بين الجنسين لجميع مراحل النمو الأخلاقي لدى عينة الأحداث الجانحين

الجدول رقم (3)

الملاحظات	قيمة - ت -	مراحل النمو الأخلاقي
لا توجد فروق بين أداء الذكور والإناث	0.24	2
هناك فروق دالة عند مستوى المعنوية 0.01 ودرجة ثقة 99 %	2.95	3
لا توجد فروق بين أداء الذكور والإناث	0.10	4
هناك فروق دالة عند مستوى المعنوية 0.05 ودرجة ثقة 95 %	1.86	5 أ
هناك فروق دالة عند مستوى المعنوية 0.01 ودرجة ثقة 99 %	2.79	5 ب
لا توجد فروق بين أداء الذكور والإناث	1.47	6
هناك فروق دالة عند مستوى المعنوية 0.01 ودرجة ثقة 99 %	3.56	P

يتضح من الجدول أعلاه أن الإناث تفوقن على الذكور في معظم مراحل النمو الأخلاقي، ومن ثم لم تتحقق فرضيتنا الصفرية: ليست هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الأحداث الجانحين والأحداث الجانحات في أحكامهم الأخلاقية، ونقبل الفرضية البديلة: هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الأحداث الجانحين والأحداث الجانحات في أحكامهم الأخلاقية.

ومما يجدر ذكره هنا أن معظم الدراسات التي استخدمت اختبار تحديد القضايا الأخلاقية لم تظهر فروقاً بين الجنسين في النمو الأخلاقي، فمن بين 22 دراسة راجعها ريبست Rest وجد أن دراستين فقط أسفرتا عن وجود فروق معنوية في درجة P- بين الجنسين لصالح الإناث، مثلما هو الشأن في دراستنا هذه، ولعل الفروق الجنسية التي كشفت عنها الدراسة الحالية ترجع إلى اختلاف المستوى التعليمي بين الجنسين لصالح الإناث، ويمكن أن تعزى إلى عوامل أخرى، مثل الذكاء، أو الحالة الاجتماعية، أو الاقتصادية، للمفحوصين، التي لم نتناولها بالبحث في دراستنا هذه. ويعتبر هذا التفسير متماشياً مع الخلاصة التي توصل إليها ريبست بعد مراجعته لعدد كبير من البحوث حول هذا الموضوع، والتي تؤكد أنه حيثما وجدت فروق بين الجنسين في النمو الأخلاقي، فإنه يجب التأكد من تأثير عوامل أخرى، مثل عامل الذكاء، أو المستوى الثقافي، أو الحالة الاجتماعية، أو الاقتصادية، للمفحوصين (Rest 1979, P.120).

الخلاصة:

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على أنماط الحكم الأخلاقي لدى عينة من الأحداث الجانحين والأحداث الجانحات في مركزين لإعادة التأهيل والتربية في مدينة الجزائر العاصمة. وقد كشفت الدراسة على عدد من النتائج يمكننا إيجازها في ما يلي:

- 1- بينت هذه الدراسة أن النمط السائد الذي استعمله أفراد العينة في إصدار الأحكام الأخلاقية هو تفكير المرحلة الثالثة من مراحل النمو الأخلاقي لـكولبرغ.
- 2- بالنسبة للدرجة P فقد بلغت 20.91، وهي درجة عالية نسبياً بالنسبة لأحداث جانحين إذا ما قورنت بدرجات P في دراسات أخرى مماثلة لهذه الدراسة.
- 3- دلت النتائج أيضاً على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في النمو الأخلاقي، وقد أرجع الباحثان هذه النتائج إلى تأثير بعض العوامل الأخرى، والتي لم يتم التأكد منها لدى عينة البحث.

وفي ضوء هذه النتائج يوصي الباحثان بإجراء دراسات أخرى للتحقق من أثر بعض المتغيرات التي قد تساعد في الكشف على طبيعة الفروق المعنوية بين الجنسين، مثل الذكاء والحالة الاجتماعية والاقتصادية للمفحوصين.

وأخيراً، فإن هذه الدراسة محاولة تهدف إلى استئارة الباحثين في موضوع النمو الأخلاقي، لكونه موضوعاً حيويماً يحتاج إلى المزيد من الدراسات، خاصة إذا علمنا أن هناك نقصاً واضحاً في هذا المجال في الجزائر خاصة، والبلاد العربية والإسلامية عامة.

المراجع العربية

- 1- بوحمامة جيلالي (1988)، دور النشاط الاجتماعي والمعرفي في النمو الأخلاقي، مجلة الثقافة، العدد 101 السنة 18، الجزائر، مديرية الثقافة.
- 2- بوحمامة جيلالي (1989)، مستوى الحكم الأخلاقي لدى طلاب معهد علم النفس في جامعة وهران، المجلة التربوية، العدد 21، الكويت، جامعة الكويت.
- 3- جيمس ريبست (1983)، اختبار تحديد القضايا الأخلاقية، ترجمة محمد رفقي، ط1، الكويت، دار السلام.
- 4- عبد المجيد نشواني (1987)، علم النفس التربوي، ط3 عمان، الأردن، دار الفرقان للنشر والتوزيع.
- 5- محمد داودي (1999)، الحكم الأخلاقي لدى عينة من المراهقين المنحرفين المتمدرسين، المجلة الجامعية، المجلد 1، العدد 2، الأغواط، الجزائر، جامعة الأغواط.
- 6- محي الدين توق (1980)، المستوى الاقتصادي والاجتماعي والترتيب الولادي وتأثيرهما على النمو الأخلاقي عند عينة من الأطفال الأردنيين، مجلة العلوم الاجتماعية، العدد 3، السنة 8، الكويت، جامعة الكويت.
- 7- محي الدين توق وعبد الرحمن عدس (1984)، أساسيات علم النفس التربوي، ط 1، عمان، الأردن، دار جون وايلي.

المراجع الأجنبية

- 1- Kohlberg, L. (1976) Moral stages and moralization: **The cognitive developmental approach** in T. Lickona (ed) **Moral development and behavior: Theory research and social issues**. Holt, Rinehart and Winston.
- 2- Mary, P. Gavaghan, John, C. Gibbs. And Kevin, Arnold, (1983) Moral judgment in delinquents and no delinquents, Recognition versus, production measures, **Journal of psychology**, 14

- 3- McCandless, B. and Evans (1973) **Children and youth: Psychological development**, Dryden press.
- 4- Piaget J. (1932) **The moral judgment of the child**, Rout ledge and Kegan Paul.
- 5- Rest, J. R. Davison, M.L.& Robbins, (1978) Age trends in judging moral issues: A review of cross-cultural longitudinal and sequential studies of the Defining Issues Test, **Childdevelopment**, 49 vol 2.
-

العلاج النفسي للأسرى وضحايا العدوان

تأليف

الدكتور محمد أحمد النابلسي
الأمين العام للاتحاد العربي لعلم النفس

يسجل للمؤلف سبق إصداره لأول الكتب العربية الباحثة في موضوع الحروب وضحاياها على المستويات النفسية والسيكوسوماتية. فقد أصدر النابلسي دراسته عن الحرب اللبنانية في العام 1985 وهي استخدمت مرجعا في غالبية الدراسات التي تناولت هذه الحرب.

ويأتي هذا الكتاب ليتوج أعمال المؤلف في هذا المجال حيث يركز على موضوعين هامين هما رعاية الأسرى ومعاونة الضحايا من الوسواس المرضية ومخاوف الموت التي تنتشر بصورة وبائية في المجتمعات المتعرضة للحروب والكوارث. مما يجعل من هذا الكتاب ضرورة ملحة لكل معالج عامل في هذه المجتمعات.

يطلب من مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية (إصدار عام 2001).

العنوان: المجلة العربية للطب النفسي.

المؤلف: جماعة من الباحثين.

الناشر: اتحاد الأطباء النفسيين العرب.

صدر العدد الخامس عشر من المجلة العربية للطب النفسي، وتضمن المواضيع التالية:

الأخلاق الطبية من المقاصد الشرعية

عمر حسن كسولا

الملخص:

إن القانون الوضعي الأوروبي ينكر الاعتبارات الأخلاقية المرتبطة بالدين، ولذلك فقد فشل في تقديم الحلول المتعلقة بمواضيع طبية حديثة تتطلب اعتبارات أخلاقية، وهذا أدى إلى ظهور اختصاص الأخلاق الطبية، والتي لا يتبناها القانون، ولا هي أخلاق تتبع من الضمير الإنساني. القانون الإسلامي شمولي ويحوي مبادئ أخلاقية تطبق مباشرة على الطب.

هذه الورقة تقترح أن نظرية الأخلاق الطبية في الإسلام يجب أن تركز على خمسة مقاصد في القانون، والتي يمكن تسميتها مقاصد، وهذه الأهداف الخمسة هي: حدة الدين، حدة النفس، حدة النسل، حدة العقل، وحدة المال، وإن أي عمل طبي لا بد أن يأخذ بأحد هذه الأسباب حتى يعتبر أخلاقياً، وإذا خالف الإجراء الطبي أي المقاصد الخمسة أُعتبر لا أخلاقياً.

كما تقترح هذه الورقة أن المبادئ الأساسية للأخلاق الطبية في الإسلام يجب أن تستنبط من خمسة مبادئ من قواعد الشريعة، وهي: القصد، اليقين، الضرر، المشقة، والعادات.

إن المقاصد والقواعد الشرعية يجب أن تستعمل بشكل متكرر، فالهدف من القواعد هو تقديم الأسس الواضحة لحل المواقف والخلاف بين وضمن، مختلف المقاصد.

إن التحدي أمام الأطباء المسلمين هو أن يحرروا أنفسهم من المبادئ والنظريات الأخلاقية الأوروبية المختلفة والغير منسجمة، وأن يعملوا بجهد لتطوير أنظمة محددة لكل المدخلات الطبية

(ثوابت الطبابة) وذلك بالعودة للاجتهاد، وهذا الاجتهاد لا بد أن يعتمد على المصادر الأولية للقانون وهي القرآن الكريم والسنة الشريفة، المصادر الثانوية للقانون في الاجتهاد فهو يعتمد على مصادر- (الإجماع والقياس) وتعتمد أيضاً على مصادر عقلية (استشهاد، استشعار والإصلاح) وكذلك مقاصد الشريعة وقواعد الفقه وثوابت الفقه .

في الفترة الأولى من الطب الشرعي (حتى 1400 هجري) كانت تحل معظم القضايا بالإشارة للمبادئ الأولية للقانون، وفي الفترة المتوسطة (بين 1401-1420 هجري) فقد حلت الإشكالات باللجوء للإجماع والقياس والاستشهاد والاستحسان والاصطلاح، أما في الفترة المعاصرة من 1420 هجري، وحتى الآن، فإن التكنولوجيا الطبية قد خلقت العديد من الإشكاليات، والتي يعتمد حلها على أسلوب واسع الأفق، والذي لا يمكن أن يتوافر إلا في المقاصد الشرعية.

الإدمان على العقاقير - مراجعة للأسباب البيولوجية حتى المعالجة

نسليم اخطر قرشي

و طارق علي الحبيب

الملخص:

إن الآلية العصبية للإدمان على الكحول غير واضحة حتى الآن. وهذه الورقة تراجع التقدم الذي تم مؤخراً في هذا المجال، مع التركيز على النواحي العلاجية. تم إجراء بحث على مدلاين للحصول على المقالات المنشورة في الدوريات العالمية خلال العقدين الماضيين، إن تعاطي المواد المخدرة بشكل حاد أو مزمن من قبل أشخاص لديهم الاستعداد البيولوجي النفسي الاجتماعي تؤدي إلى سلسلة من التغيرات الخلوية والجزيئية في التكيف العصبي، وخصوصاً في الجهاز الحرقفي القشري الذي يعمل على توصيل المكافأة.

إن التكيف العصبي البيولوجي يتم بواسطة آلية نسخ الإشارات التي تمكن من فهم العديد من مكونات الإدمان. إن الفهم المتقدم لهذه الآليات أدى إلى تطوير العديد من الأدوية، وهناك حاجة للمزيد من البحوث لتطوير علاجات أفضل في المستقبل.

الكلمات الرئيسية: الإدمان، بيولوجيا الجهاز العصبي، التكيف العصبي، الجهاز الحرقفي القشري، المكافأة، جهاز نسخ الإشارة.

دافع غريب لإيذاء النفس عند شخص يعاني من التخلف العقلي

دراسة بحثية وعرض لحالة مرضية

وليد شنيقات - ناصر الشريقي

فايق شعبان - عبد الله الرعود

الملخص:

الغرض من هذه الورقة هو عرض حالة مرضية فريدة لذكر يعاني من التخلف العقلي، وغير ذهاني، راجع المستشفى بعد أن أدخل ملقظاً جراحياً في قضيبيه عن طريق الإحليل. لقد قدم هذا الشخص دافعاً غريباً لهذا الفعل، وهو تجنب الاتصال الجنسي مع زوجته كعقاب لها.

تشتمل هذه الورقة على دراسة أسباب إيذاء النفس عند الأشخاص الذين يعانون من التخلف العقلي، بالإضافة إلى التشخيص التفريقي لذلك. كما تشتمل هذه الورقة على بحث موسع لحالات الإيذاء الذاتي، والمتعمد للأعضاء الجنسية، والتي وردت في المصادر العالمية المختلفة.

تأثير وجود إضرابات نفسية لدى الموقوفين في السجن العسكري

فيروز فرح الصايغ

الملخص:

أجريت هذه الدراسة للتعرف على مدى تأثير وجود اضطرابات نفسية لدى الموقوفين في السجن العسكري على شدة العقوبة المقررة من قبل المحاكم العسكرية.

شملت الدراسة 44 موقوفاً من الذين تحولوا من قبل المحكمة العسكرية إلى قسم الصحة النفسية في الخدمات الطبية الملكية، وذلك لتقييم الحالة العقلية، وتنظيم تقرير طبي لبيان في ما إذا كان المتهم مدركاً لكل أفعاله وقت ارتكاب الجرم أم لا.

بعد التقييم النفسي الشامل، وتنظيم التقارير الطبية، تبين بأن 80 % من العسكريين المحولين كان لديهم اضطرابات نفسية. تم الإطلاع على الأحكام الصادرة بحقهم، ومقارنتها بالأحكام الصادرة بحق مجموعة من السجناء المحكومين، والذين لم يحولوا إلى قسم النفسية.

وجد أن شدة العقوبة تقل بوجود اضطراب نفسي، وإن كان المتهم مدركاً لكل أفعاله.

عادل الزايد - عادل سرور

الملخص:

على الرغم من ضخامة أبحاث استقصاء الأمراض النفسية، والتطور الكبير الحادث في مجال علاج هذه الأمراض، إلا إنه مازال هناك كم هائل من المعلومات التي تخص طببيعة المرضى النفسانيين، وكيفية المعالجة في الوضع الطبي الاعتيادي التي لا توفرها مثل تلك الأبحاث. وهذا البحث الاستقصائي الذي أجري عام 2002 في مستشفى الطب النفسي في دولة الكويت، قمنا بمراجعة كافة الملفات الجديدة التي تم فتحها، خاصة هذا العام، لمعاينة نوعية المرضى، وطرق العلاج المتبعة في المستشفى.

زواج دون إيلاج (نسخة سعودية)

محمد الصغير

الملخص:

أجريت هذه الدراسة في العيادة النفسية في مستشفى تعليمي في الرياض من أجل كشف الخصائص الإكلينيكية لحالات الزواج دون إيلاج لدى الأزواج السعوديين، ومقارنتها بالدراسات الأخرى.

خلال أربع سنوات تم تقييم 39 حالة زواج دون إيلاج، ومقارنتها مع 37 حالة ضابطة من نفس العيادة. لم يتضح فرق بين المجموعتين في ما يتعلق بالمعلومات الأساسية عن الجنس والتعليم والوظيفة والإقامة، واتضح أن الزوجات في حالات الزواج دون إيلاج تزوجن في سن أقل من مثيلاتهن في المجموعة الضابطة، وكان مستوى القلق أثناء المعاشرة الجنسية لديهن أكثر من مثيلاتهن، وكان لذلك القلق علاقة عكسية مع قدرة أزواجهن على التحكم بعملية القذف. تراوح مدى الزواج بدون إيلاج بين 7-47 شهراً وكان السبب الأكثر شيوعاً هو انقباض المهبل (77%) أما العنة لدى الأزواج فقد وجدت لدى 13% منهم والغالبية العظمى (87%) من الحالات عزو مشكلتهم إلى أحد الأسباب الغيبية (السحر أو المس أو العين). أربع نسوة سبق أن أجريت لهن

عملية إزالة غشاء البكارة، ولكنها لم تفلح في تسهيل عملية الإيلاج. وثلاث نسوة حملن من دون إيلاج.

تم نقاش النتائج مقارنة بالدراسات الأخرى في المجال نفسه.

دراسة حول تأثير القلق والاكتئاب والضغط النفسية

في الإصابة بارتفاع ضغط الدم

عبد الباري بنر، عبد العزيزي كمال

عرو فارس، عثمان صابونجو أوغلو

الملخص:

عنوان الدراسة: العلاقة بين ارتفاع ضغط الدم والقلق والاكتئاب والضغط النفسية.

الكلمات الرئيسية: الوبائيات، ارتفاع ضغط الدم، الضغوط النفسية، القلق، الاكتئاب، عوامل الخطر.

الهدف: الهدف من الدراسة الحالية هو تحديد الدور الذي تلعبه مظاهر القلق والاكتئاب والضغط النفسية في الإصابة بمرض ارتفاع ضغط الدم، في المجتمع القطري.

الخطوة: هي دراسة استرجاعية للمقارنة بين أشخاص مرضى وآخرين أصحاء.

الموقع: تم إجراء الدراسة في مراكز الرعاية الصحية الأولية.

الطريقة: تم إجراء الدراسة خلال الفترة من كانون الثاني/يناير 2003- تموز/ يوليو 2004، على مجموعة من المواطنين القطريين تتراوح أعمارهم بين 25-65 سنة. شملت الدراسة 800 شخص، منهم 400 مصاب بارتفاع ضغط الدم و400 شخص سليم. فقط 318 من مجموع المصابين بالمرض، و316 من مجموع الأصحاء استجابوا للاستبيان، وذلك بمعزل استجابة بلغ 79.3%. تعريف مرض ارتفاع ضغط الدم وفق معايير منظمة الصحة العالمية: ضغط دم انقباضي 140 mmHg (SBP) وضغط دم انبساطي 90 mmHg (DBP). اشتملت هذه الدراسة على استبيان، يجرى وجهاً لوجه مع الأشخاص موضوع الدراسة، ويدور حول مدى تأثير مظاهر القلق والاكتئاب، والضغط النفسية في الإصابة بمرض ارتفاع ضغط الدم.

النتائج: من مجموع المرضى الذين أجريت عليهم الدراسة، بلغت نسبة الرجال 42.1%، بينما بلغت نسبة النساء 57.9%. المتوسط \pm الانحراف المعياري للعمر، للرجال مقابل النساء يساوي

(14.6 ± 45.7 و 13.1 ± 41.3 على التوالي، $p < 0.001$). أظهرت الدراسة الحالية أن العمر، والسمنة ($BMI > 30$) ومرض السكري، وعادة التدخين، والضغط النفسي، والقلق، والاكتئاب، كلها تعتبر عوامل خطر للإصابة بارتفاع ضغط الدم، وقد تم تأكيد هذه النتائج بواسطة العديد من التحاليل. فضلاً عن ذلك، أثبتت الدراسة أن هناك علاقة إيجابية بين ارتفاع ضغط الدم والاضطرابات النفسية والقلق والاكتئاب والضغط النفسي.

الخلاصة: أثبتت الدراسة الحالية أن القلق والاكتئاب والضغط النفسي لها علاقة بارتفاع ضغط الدم.

العنوان: مجلة الطفولة العربية.

المؤلف: جماعة من الباحثين.

الناشر: الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية.

صدر العدد الواحد والعشرون، المجلد السادس، من مجلة الطفولة العربية، وتضمن العدد:

افتتاحية العدد / هيئة التحرير .

الأبحاث والدراسات

- مصدر الضبط وعلاقته بكل من تناول والتشاؤم لدى الأطفال / د. محمد قاسم عبد الله.

- عادات النوم لدى المراهقين الكويتيين / آ. د. أحمد عبد الخالق.

- نحو منظور تعددي لنمو المعارف واشتغالها. / د. هشام خباش.

كتاب العدد

- تكامل عادات العقل والمحافظة عليها / مراجعة د. ياسر الحبلواني.

المقالات

- التهديدات البيئية على صحة الأطفال. تلوث الهواء. / د. عماد عبد الرحمن محمد الهيتي.

- الطفل وقانون الشغل في المغرب، قراءة تحليلية لأهم مستجدات مدونة الشغل بالنسبة للطفل الأجير / فوزي بوخريص.

- أطفالنا وقصص الحيوان - نماذج تطبيقية من الرسوم المتحركة وأفلام الأطفال / د. باسم

بسام العسلي.

- إصلاح التعليم العام في الدول العربية.
- مقتطفات من تقرير عن التقدم الذي أحرزته دولة الكويت في ما يتعلق بتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية.
- نبذة عن محاضرة في أدب الأطفال قدمتها السيدة منى زريقات هيننج في مقر الجمعية.
- أنشطة وأخبار الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية.
- أحدث إصدارات الكتب المتعلقة بالطفل.
- بيلوجرافيا الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية.

وجاء في افتتاحية العدد: تنطلق مجلة الطفولة العربية في مسيرتها الهادفة لخدمة الطفل العربي في عددها الجديد، الحادي والعشرين. كي تضيف إنجازاً جديداً إلى إنجازاتها السابقة من تنوع في الأبحاث والدراسات الميدانية، وتعدد في المقالات العلمية والدراسات النظرية، وتقارير مختلفة لتكون في مجملها وجبة دسمة للقارئ العربي المهتم بقضايا الطفولة ومشكلاتها. ولعل من أبرز النشاطات التربوية على الساحة العربية في هذه الفترة التي قامت مجلة الطفولة العربية بنشر تقرير عنها، هي الحلقة الدراسية عن إصلاح التعليم العام في الدول العربية، والتي أقيمت في بيروت في الفترة من 19-20 تشرين الثاني نوفمبر 2004 م، وحضرها عدد من الوفود، يمثلون منظمات عربية وأجنبية غير رسمية مهتمة بشؤون الطفل وتربيته، وكان للجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية السبق في التخطيط والتنفيذ لهذه الحلقة، بالاشتراك مع الهيئة اللبنانية للعلوم التربوية.

وكان من جملة ما توصل إليه المجتمعون في هذه الحلقة هو أن المعرفة العربية بالإصلاح التربوي محدودة، إما بسبب قلة المشاريع الإصلاحية في تربية الطفل، أو بسبب صغر حجم المكتبة المعرفية العربية حول الإصلاح. لقد بينت التجارب الإنسانية أن الإصلاح هو ديناميكية متجددة ومستمرة، يلزمها فتح الأبواب على نطاق واسع للدراسات والأبحاث التي تغذيها بالمعارف المطورة، بما يتناسب ومنطلقات القرن الجديد.

ومما أجمع عليه المؤتمرون هو أن هناك أمرين يجب التركيز عليهما في الخيارات الإصلاحية، أولهما يتعلق بالمتعلم، المستهدف بالتربية، وثانيهما يتعلق بالمؤسسة التربوية المعنية بتكوين المتعلم، ذلك أن الاتجاه السائد في التربية العربية هو إغلاق العقول عن التفكير العلمي لدى الطفل العربي، وهذا يتجسد خاصة في موضوعات التربية الإسلامية واللغة العربية في مناهج الدول العربية.

إن الاتجاه العالمي في مجال الإصلاح التربوي للطفل يشير إلى جعل الأهداف التربوية أهدافاً كونية، ترتقي بالإنسانية باختلاف مشاربيها، واعتماد معايير الجودة في الإنتاج، واتخاذ نظم اللامركزية في الإدارة التربوية والإعداد لها. ولا تقوم قائمة لأي إصلاح دون محيط ثقافي ملائم، وتوافق مجتمعي على أهدافه وآلياته.

وكان من أهم ما توصل إليه المشاركون هو اعتبار هذه الحلقة النقاشية مبادرة وفرصة للتفكير في الإصلاح التربوي، والنظر إليه على أنه أمر ديناميكي ممارسة وتفكيراً، ويحتاج إلى متابعة مستمرة من خلال مجموعة من الأنشطة تتمثل في إيجاد منتدى خاص يسمى — المنتدى العربي للإصلاح التربوي — يأخذ على عاتقه متابعة الأنشطة الإصلاحية الجارية في الوطن العربي، والعمل على التنسيق في ما بينها.

ولا شك أن مثل هذه المبادرات تصب في خانة تربية الطفولة العربية وتميبتها لأنها تهتم بأهم مصدر من مصادر تنشئة الطفل العربي والاهتمام به، ألا وهو إصلاح قطاع التربية والتعليم.

ومجلة الطفولة العربية إذ تسعدها مثل هذه المبادرة، التي قامت بها الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية، بالتعاون مع الهيئة اللبنانية للعلوم التربوية، لا يسعها إلا أن تبارك لهما هذا الجهد الطيب، وتساءل الله التوفيق لهما في تحقيق الهدف المنشود، وهو خدمة الطفولة العربية ورعايتها.

أمراض القلب النفسية

الدكتور محمد أحمد النابلسي

- الفصل الأول / دور العوامل النفسية
- الفصل الثاني / اضطرابات القلب الوظيفية
- الفصل الثالث / أمراض القلب الوظيفية - النفسية
- الفصل الرابع / أمراض القلب النفسية - العضوية
- الفصل الخامس / العلاج النفسي لأمراض القلب

مع بدايات هذا القرن، انطلقت الصيحات في أنحاء عديدة من العالم، تطالب بإعادة الوحدة الفردية (الذاتية) للإنسان المريض. فكان SELYE الذي اعتبر أن الجسم السليم إنما يعيش حالة توازن، بحيث أن الاضطراب المرضي إذا ما أصاب وظيفة ما فإنما يصيب الجسم كله، وبالتالي فهو يصيب حالة التوازن.

أما الأطباء المحللون مثل Alexander و Dumbar فقد رأوا أن هنالك روابط أكيدة بين الاقتصاد النفسي (وعوامله من نكوص، هوام، توظيف... إلخ) وبين الاقتصاد الجسدي للشخص. فأسسوا بذلك فرعاً جديداً للعلوم الطبية هو الطب النفسي - الجسدي، أو البسيكوسوماتيك.

ومع بداية الخمسينات، وصل هذا العلم من وراء البحار إلى القارة الأوروبية، حيث شهد تطورات وقفزات جديدة، عرضنا ملخصاً لها في كتاب ترجمناه للبروفسور P.MARTY تحت عنوان: الحلم والمرض النفسي والنفسي.

وبالرغم من مضي أكثر من ثلاثين سنة على دخول هذا العلم إلى أوروبا، وبالرغم من المؤتمرات العالمية التي تعقد عدة مرات كل عام وكذلك بالرغم من المجالات المتخصصة والكتب العديدة في هذا المجال، فإن العلم لم يطرق بعد أبواب عالمنا العربي، وذلك بالرغم من وجود العديد من الاختصاصيين العرب، ومنهم قاسم، مصري، مخيمر، زيور وسامي علي... إلخ.

ولعلّ السبب الأساسي في ذلك يعود إلى أن هذا العلم لا يزال في طور الأبحاث ولم يتحوّل بعد إلى اختصاص طبي منفرد. فالباحث النفسي في مجال القلب، مثلاً، عليه أن يجري دراساته وأبحاثه في قسم الأمراض القلبية، أو على الأقل أن يكون تابعاً لهذا القسم. ولكن هذا الوضع بدأ بالتحول نتيجة التقدم الذي حققه الباحثون النفسيون. ويسرنا أن نسرد في هذا المجال التطورات التالية:

1- قيام اختصاص المناعة النفسية في الولايات المتحدة، وهو اختصاص طبي يدرس الإرهاق النفسي في تراجع الأنسجة الليمفاوية، وعلى صعيد الغدة الصغرى، مما يؤدي إلى انخفاض مناعة الجسم، معرضاً إياه للإصابة بالأمراض الجرثومية والمعدية.

2- إنشاء مستشفى ومعهد للأمراض النفسية في فرنسا. حيث تجري معالجة المرضى النفسيين.

3- قيام اختصاص الطب الجنسي: الذي يعالج انعكاس الإرهاق والأزمات النفسية على الصعيد الجنسي.

مما تقدم، تتضح الأهمية التي نوليها لسلسلة الأمراض النفسية . الجسدية .
وهذا الكتاب هو ثاني كتب هذه السلسلة، بعد الانهيار العصبي. وقد قسمناه إلى خمسة فصول
هي: العوامل النفسية المؤدية لاضطرابات القلب، الاضطرابات القلبية - الوظيفية، التناذرات
القلبية - الوظيفية، الأمراض القلبية والعلاج النفسي للاضطرابات القلبية.
آملين أن نكون قد وضعنا بين أيدي الطبيب، المعالج النفسي، والمثقف العربي، مادة عصرية،
غنية وضرورية . وقد أصررنا على توثيق كافة المعلومات الواردة في هذا الكتاب لكي يتاح للراغبين
التعمق في دراسة المواضيع المطروحة فيه .

إن أمراض القلب ذات المنشأ النفسي، أو أمراض القلب النفسية، هي كناية عن مجموعة من اضطرابات وأمراض القلب، يلعب الإرهاق النفسي دوراً رئيسياً في ظهورها. والحقيقة أنه ولفترة بسيطة خلت، كان هنالك عدد من العلماء الذين يقصرون أمراض القلب النفسية، على مجموعة من التناذرات المميزة باضطرابات القلب الوظيفية، دون أية إصابة عضوية تلحق بالقلب. إلا أن الأبحاث الطبية الحديثة أثبتت، بما لا يدع مجالاً للشك، دور العامل النفساني في إصابات القلب العضوية.

هذا، وقد اتفق العلماء المجتمعون في المؤتمر العالمي لأمراض القلب، في Montsoul في العام 1980، على النقاط التالية:

1- يؤدي الإرهاق النفسي إلى إفرازات عصبية - هرمونية، من شأنها أن تحدث اضطرابات وظيفية على صعيد القلب. إلا أن هذه الإفرازات، يمكن أن تؤدي، وفي ظروف معينة، إلى إصابات عضوية، أو اضطرابات وظيفية، تظهر آثارها على موجات تخطيط القلب الكهربائي⁽¹⁾.

2- إن الإثارة المزمنة للجهاز العصبي، نتيجة للإرهاق النفسي المزمن، تؤدي إلى استهلاك الجسم للهورمون المسمى بـ A.C.T.H. ونقص هذا الهورمون يساعد على زيادة نسبة الكوليسترول والدهون الغذائية في الدم⁽²⁾.

3- إن العوامل النفسية، على أنواعها، تؤدي إلى إفراز الأدرينالين أو / والـ نور - أدرينالين. وهذه المواد هي كناية عن ناقلات عصبية، من شأنها أن تؤدي إلى حدوث اضطرابات وظيفية متنوعة⁽³⁾ من تقلص الشرايين، إلى ارتفاع ضغط الدم، إلى تسارع نبض القلب... إلخ.

4- باستطاعة العلاج النفسي الحديث أن يعالج مظاهر الإرهاق النفسي، ومنها إفراز الأدرينالين. بحيث يؤدي إلى خفض نسبة الكوليسترول والدهون الغذائية في الدم. وذلك دون أية مساعدة دوائية⁽⁴⁾.

¹ - W. Rutishauser, Rosenman, Margaret. A. Chesney

² - M. Carruthers dans "une mode trepas de poccident" 1980

³ - سنخصص فصلاً خاصاً لاضطرابات القلب الفيزيولوجية.

⁴ - طرق الـ: Soophrologie. Bofeed back Training autogene

5- تستطيع العقاقير المسماة (صادات بيتا)، كالبروبيرانولول مثلاً، أن تلعب دوراً رئيسياً مساعداً للعلاج النفسي لأمراض القلب العضوية . النفسية⁽¹⁾ خاصة في حال اقتران هذه الأخيرة بالانهيار المُقَنَّع (Masked depression).

وفي النهاية فإن العلاقة ما بين عوامل الإرهاق النفسي وبين الأمراض القلبية على أنواعها، هي علاقة لا تزال غامضة وغير محددة المعالم.

والإيمان بوجود مثل هذه العلاقة يعود إلى بداية معرفة الطب لأمراض القلب الإنسدادية . ففي العام 1868 أكد Van Dusch⁽²⁾ بأن الإصابة بأمراض القلب الإنسدادية تكون أكثر حدوثاً لدى الأشخاص الذين يتكلمون بصوت مرتفع، وكذلك لدى الأشخاص المرهقين بسبب ظروفهم المعيشية.

وفي العام 1910 يؤكد Wiliam Oster⁽³⁾ على تأثير الإرهاق النفسي، والنموذج السلوكي المتميز بالحيوية الفائقة، في الإصابة بأمراض القلب الانسدادية. أما Kemple⁽⁴⁾ فيعتبر أن غالبية مرضى الذبحة القلبية هم من الأشخاص الطموحين جداً. والذين يقومون باستهلاك أنفسهم دون حساب، من أجل بلوغ أهدافهم. هذه الأهداف التي تتركز عادة حول تدعيم قوتهم وسحبهم، توصل الباحثون في معهد ستانفورد العالمي للأبحاث، وعلى رأسهم العالمان Rosenman و friedman إلى تحديد نمط سلوكي، أو نهج حياتي، يكون اتباعه أحد أهم الأسباب المؤدية للإصابة بأمراض انسداد الشرايين التاجية، وبخاصة الذبحة القلبية. وقد سمي هذا النمط السلوكي Schema Comportementale type⁽⁵⁾ ويرمز له بـ C.T.A. وسنتصدي لشرح هذا النمط بالتفصيل لدى كلامنا عن أمراض القلب الانسدادية.

وبعد هذا العرض السريع لتأثيرات العوامل النفسية على صعيد القلب والشرايين، فإننا سوف نعتمد، في الفصول القادمة، إلى تفصيل وجوه هذه العلاقة، وكذلك إلى شرح أمراض القلب النفسية . العضوية وذلك من خلال فصول خمسة هي التالية:

¹ - M. Nabels influence des beta bloquantes sur H.T.A 1983

² - van Dusch. T. lehrbuch der herzkrankheiten Lepzig 1868.

³ - W. osler the Leem Lei an lecture on Angine pectoris 1910.

⁴ - Rosenman. Profils psgchologiques et cardiopathie Coronarienne.1980.

⁵ - S. C. T. A. هي اختصار لجملة Schéma comportementale Typé وتعريبها للنمط السلوكي أ. وهو النمط الذي يتبعه غالبية مرضى الذبحة القلبية.

- 1- دور العوامل النفسية.
- 2- اضطرابات القلب الوظيفية.
- 3- أمراض القلب الوظيفية.
- 4- أمراض القلب العضوية.
- 5- العلاج النفسي.

الفصل الأول

دور العوامل النفسية

- النظريات البسيكوسوماتية.
- الذكريات المثيرة للانفعال.
- الإرهاق المهني.
- اضطرابات النوم.
- السوابق النفسية.
- الخوف من الموت.
- القلق والإرهاق النفسي.

يعود تخمين تأثير الانفعالات النفسية على القلب إلى العام 1628 عندما كتب ويليام هارفي (الذي ينسب إليه اكتشاف الدورة الدموية)⁽¹⁾ مايلي:

”الحزن والفرح والأمل والخوف، كلها عوامل تتسبب بإحداث الاضطرابات التي تؤثر على القلب“.

والحقيقة أنه إلى جانب أمراض القلب النفسية، هنالك طائفة من الأمراض، التي سميت في ما بعد بالنفسية - الجسدية، التي شهدت زيادة هائلة في الإصابة بها مع ظهور الثورة الصناعية. ولقد عجزت النظريات التقليدية عن تفسير هذه الزيادة. الأمر الذي دفع بالعديد من الباحثين إلى سعي إلى إيجاد تفسير علمي معقول لهذه الزيادة. ولقد أثبت هؤلاء الباحثون بأن الثورة الصناعية جلبت معها العديد من عوامل الإرهاق النفسي، ابتداء من شعور الإنسان بعجزه أمام الآلة وانتهاءً بارتفاع متطلبات الرفاهية والحياة الحديثة. كما اثبت هؤلاء الباحثون بأن عوامل الإرهاق هذه هي المسؤولة المباشرة عن زيادة الإصابة بالأمراض النفسية الجسدية، ومن بينها أمراض القلب.

¹ - إلى هارفي يُعزى اكتشاف الدورة الدموية في حين أنه من الثابت بأن الطبيب العربي ابن النفيس كان السباق لاكتشافها.

وفي سبيل تقديم البراهين العلمية على أهمية الدور الذي يلعبه الإرهاق النفسي، عمد الباحثون إلى إجراء تجاربهم على الحيوانات، فعرضوا هذه الحيوانات لعوامل الإرهاق النفسي والجسدي. بهذه الطريقة استطاع هؤلاء الباحثون أن يحدثوا مختلف الأمراض النفسية الجسدية لدى هذه الحيوانات. كمثل القرحة والذبحة القلبية (انظر تجربة Raad في الفصل الرابع).
بهذه الطريقة، استطاع هؤلاء الباحثون أن يبرهنوا أن العوامل النفسية تشكل سبباً أساسياً للإصابة بهذه الأمراض.

وبناءً على هذه الحقيقة العلمية قامت العديد من المدارس النفسية الجسدية التي تحاول أن تشرح آليات تأثير العوامل النفسية. وهذه المدارس هي التالية:

1- النظرية التحليلية.

2- نظرية J. Reuch.

3- نظرية التأخر النفسي - الوظيفي.

4- نظرية كانون Cannon .

5- نظرية سيلبي Selye.

1- النظرية التحليلية:

وتلتزم هذه النظرية، كما يوحي اسمها، بالمبادئ الفرويدية. وهي بالتالي تعتبر التحول (Conversion) مسؤولاً عن ظهور الأمراض النفسية - الجسدية. وهكذا فإن هذه النظرية تُضفي على هذه الأمراض طبيعة هستيرية.

ومن أبرز باحثي هذه المدرسة⁽¹⁾، Alexander الذي توصل إلى تحديد علائم مشتركة بين مرضى الجهاز الهضمي النفس - جسديين. وعلى خطاه سار العديد من باحثي هذه المدرسة. أبرزهم البروفيسور Pierre Marty⁽²⁾. كما حددت هذه المدرسة علائم مشتركة لمرض ارتجاع الضغط النفس - جسديين (انظر الفصل الثالث). وفي النهاية نقول بأن الواقع العلمي يقتضي قبولنا لآراء هذه المدرسة، لأنها، وفي أغلب الأحيان تقدم لنا نتائج تكاد تلتصق بالواقع العيادي.

¹ - الأمراض النفسية وعلاجها، د. محمد النابلسي 1985، فصل الأمراض العضوية - النفسية. مركز الدراسات النفسية - الجسدية.

² - Pierre Marty l'orde Psychosomatique payoT1982 Paris أو الحلم والمرض النفسي منشورات دار الإنشاء 1978 للبولف نفسه.

2- النظرية المعتمدة على خصوصيات الصراع J. Reuch.

ويعتمد هذا الباحث في نظريته على مبدأ تحديد الشخصية، ولكنه لا يهمل دراسة خصوصيات الصراع الذي تعرضت له هذه الشخصية. والذي قد يؤدي إلى تغيير بعض خصائصها. وبهذه الوسيلة تحاول هذه النظرية أن تفسر لنا لماذا تؤدي عوامل الإرهاق نفسها إلى إصابة شخصٍ ما بالقرحة، وآخر بالذبحة، وآخر يبقى سليماً.

3- نظرية التأخر النفسي. الوظيفي

وقد وضع أسس هذه النظرية الباحثان Th. Szasez و E. Trillat وترى هذه النظرية بأن الإصابة بالأمراض النفسية الجسدية إنما تنجم عن إثارة مزمنة للجهاز العصبي. وهذه الإثارة تنجم بدورها عن عوامل الإرهاق النفسي بالطبع. وهكذا فإن هذه النظرية تدعو إلى البحث عن المشاكل النفسية المزمنة وذات طابع الديمومة والاستمرارية.

4- نظرية كانون Cannon

طرح العالم كانون نظريته في أواخر الثلاثينات من هذا القرن. إلا أن هذه النظرية لا تزال تلاقى القبول في كافة الأوساط الطبية. وملخص هذه النظرية أن جميع أعضاء الجسم تعمل في ما بينها بشكل متكامل. بمعنى أن اضطراب أية وظيفة جسدية يؤدي إلى اضطراب الوظائف الجسدية الأخرى.

وعندما يقوم الجسد بكافة وظائفه بشكل جيد وطبيعي، فعندها نتكلم عن حالة اتزان الجسد .The Stady State

هذا، ويرى كانون، أن ردود الفعل الجسدية أمام المثيرات المرهقة تتجلى بإفراز مادة الأدرينالين Adrenalin وهذا الإفراز يتسبب في حدوث اضطرابات وظيفية متنوعة، مثل توسع حدقة العين، تسارع دقات القلب، ارتفاع قابلية الدم للتخثر... إلخ. ولكن إفراز الأدرينالين يؤدي أيضاً إلى زيادة ضخ الدم إلى كل من الدماغ الأوسط، عضلات الوجه والأطراف. الأمر الذي يؤدي إلى نقصان كميات الدم المتوجهة إلى مناطق جسدية أخرى، كالرئتين (مما يؤدي إلى ضحالة التنفس) أو البطن (مما يؤدي إلى الإمساك أو الإسهال)... إلخ.

5- نظرية Selye

وهذا العالم هو الأول الذي درس الإرهاق النفسي، أو الشدة، أو الـ stress وعرفه كالتالي: يمثل الإرهاق ردة فعل جسدية غير نوعية⁽¹⁾ تظهر الحيوانات لدى تعرضها للإثارات غير

¹ - Non spécifique. غير نوعية.

المستحبة، مثل الألم والبرد والضوء المزعج للنظر... إلخ.

. ومن خلال دراساته العديدة على الحيوان، لاحظ هذا العالم بأن إرهاق الحيوانات كان يؤدي في حال تكراره، إلى إحداث تغيرات عضوية في أجساد هذه الحيوانات، وكان يؤدي، في حال تكراره، إلى إحداث تغيرات عضوية في أجساد هذه الحيوانات. ودرس سيلبي هذه التغيرات، ولخصها على النحو التالي:

أ- تضخم القشرة الكظرية. نتيجة لزيادة إفراز الأدرينالين.

ب- نزيف المعدة ويستتبع معه إمكانية الإصابة بالقرحة وهذا ما أثبتته لاحقاً Delay. ج.

ت- انحطاط وتراجع الأنسجة الليمفاوية، مما يجعل الحيوان أقل مناعة أمام الالتهابات.

ث- اضطراب الغدة الصعترية⁽¹⁾ مما يؤدي إلى خلل في جهاز المناعة أيضاً.

وهي شرحة للعوامل المسببة للإرهاق، فإن سيلبي يقسمها على النحو التالي:

أ- عوامل الإرهاق الجسدي البحت، مثل البرد والحرارة، الأصوات والأضواء المزعجة، الجروح والرضوض والالتهابات، وكذلك الآلام على أنواعها... إلخ.

ب- عوامل الإرهاق النفسي، مثل الضغوط النفسية، القلق، الإرهاق المهني، الوحدة، الخوف، وخاصة الخوف من الموت.. إلخ.

ت- عوامل الإرهاق النفسية. الاجتماعية: مثل المشاكل المهنية، مشاكل الظروف المعيشية، الخلافات العائلية، الطلاق، وأخيراً العزلة الإجبارية. ويرى سيلبي أن هذه العوامل بأنواعها تتسبب مبدئياً بتهييج الهيبوتالاموس⁽²⁾ هذه الغدة التي تتحكم بالجهاز العصبي السمبتاوي⁽³⁾ (الذي يؤدي تهييجها إلى تضخم الغدة الكظرية ونزيف المعدة... إلخ) وكذلك فهي تتحكم بالمزاج. وهكذا فإن تهييج هذه الغدة يؤدي إلى إحداث سلسلة من التغيرات يقسمها سيلبي إلى ثلاث مراحل:

1- المرحلة الأولى: وتتمثل بردة فعل جسدية هي بمثابة الإنذار. وتتجلى ردة الفعل هذه بتحريك كافة قدرات الجسد من أجل التصدي للإرهاق وللشدة النفسية وللإثارات التي يُحدثانها. ويرى سيلبي أن معظم الناس يعيشون في الواقع ضمن إطار هذه المرحلة.

2- المرحلة الثانية: وتأتي هذه المرحلة في حال استمرار عوامل الإرهاق. وهي في الواقع نتيجة طبيعية لعدم قدرة الجسد على التكيف مع عوامل الإرهاق التي يتعرض لها. ويسمى سيلبي هذه المرحلة بـ: مرحلة المقاومة. وهذه المقاومة المتجلية بقيام عوامل الدفاع الجسدية

¹ - الغدة الصعترية: Thymus

² - الهيبوتالاموس; Hypothalamus ما تحت المهاد.

³ - الجهاز السمبتاوي أو الودي.

بمواجهة عوامل الإرهاق النفسية (إطلاق الكبد لمخدراته، زيادة دقات القلب... إلخ).

3- المرحلة الثالثة: ويسمى سيلبي هذه المرحلة بالاستنفادية. إذ تتميز هذه المرحلة باستنفاد قدرات الجسد التي تؤهله لمقاومة عوامل الإرهاق. وهذا الاستنفاد يجعل الجسد عاجزاً فقط عن مقاومة العوامل المرهقة، ولكنه يصبح عاجزاً حتى عن الاستجابة لمثيرات الإرهاق. وهذه المرحلة في حال استمرارها تؤدي إلى الإصابة بالأمراض النفسية. الجسدية، وحتى إلى حوادث الموت المفاجئ.

وكما ذكرنا، فإن سيلبي أجرى العديد من تجاربه على الحيوان. واستطاع من خلال هذه التجارب أن يبرهن بأن الإرهاق ممكن أن يؤدي لإصابة الحيوان، المتعرض له، بقائمة من الأمراض النفسية الجسدية، كمثل: ارتفاع الضغط، القرحة، أمراض الشرايين... إلخ.

وفي النهاية يلاحظ سيلبي بأن هنالك تشابهاً كبيراً بين ردود فعل الحيوان، وردود فعل الإنسان. الأمر الذي حدا بسيلبي إلى الاستنتاج بأن هذه الأمراض (لدى الإنسان والحيوان على حد سواء) هي ذات منشأ نفسي، وسمى سيلبي مجموعة هذه الأمراض بأمراض التكيف والتلاؤم. (Syndromed adabtation).

وبعد عرضنا النظريات التي تشرح دور الإرهاق النفسي في ظهور الأمراض العضوية. النفسية فإننا نعرض الجدول التالي الذي يفسر لنا كيفية ومراحل تأثير الإرهاق النفسي على أعضاء الجسد.

المرحلة الأولى:	المرحلة الثانية:	المرحلة الثالثة	
حساسية مفرطة	ردات فعل عداوية أوهام مرضية	انهيار بسبب الاستنفاد	ردود الفعل النفسية
شعور مقلق بالإحباط	انفجارات نفسية	شعور مقلق أوهام مرضية	
	علانم تحسس الجهاز السيمبتاوي	إدمان العقاقير إدمان الكحول	ردود الفعل الجسدية
	واضطرابات وظيفية. عضوية	الأمراض العضوية. النفسية	

جدول رقم 1: جدول المراحل الثلاثة - التي يحددها سيلبي (SELYE)

ولا بد لنا من الإشارة إلى أن الإرهاق الذي تشير إليه مختلف النظريات المعروضة، يمكن أن ينشأ نتيجة لحالات ومعاناة نفسية متباينة. وتوخياً منا للدقة، فإننا سوف نقدم عرضاً سريعاً لأهم الحالات النفسية المتسببة في الإرهاق. ومن هذه العوامل نذكر:

أ- الذكريات المثيرة للانفعالات

تشير كافة الأبحاث إلى أن نسبة الإصابة بالأمراض النفسية - الجسدية تكون أكبر كثيراً لدى المحاربين القدماء المتعرضين للأسر منها لدى آخرين لم يتعرضوا لهذا الأسر. ونذكر هنا بحالة لها دلالتها الخاصة. ونقصد بها الحالة التي وصفها العالم SIEGLER⁽¹⁾ وهي حالة مريض في الـ 69 من العمر، شهد الأسر النازي، ونجا من الموت بأعجوبة. ووضع هذا العالم مريضه تحت المراقبة الطبية المستمرة، بما فيها تسجيل موجات القلب الكهربائية، نبض القلب والضغط باستمرار).

وخلال هذه المراقبة طلب سيغلير من مريضه أن يقوم بسرد ذكرياته في ما يتعلق بفترة اعتقاله. وكانت هذه الذكريات المؤلمة كفيلاً لأن تؤدي إلى ظهور موجات قلبية شاذة⁽²⁾.

نتيجة لتجاربه يقول العالم Seigler: إن الذكريات المؤلمة تؤدي إلى تغيرات في تخطيط القلب الكهربائي. وهذه التغيرات، وإن تكن عابرة في العادة، إلا أنها تأخذ طابع الخطورة لدى المرضى المسنين، أو لدى أولئك الذين يعانون من أمراض قلبية.

ب- الإرهاق المهني.

من المعلوم أن الإرهاق المهني يشكل أحد الأسباب الأساسية المؤدية للإرهاق النفسي. وتشير الإحصاءات العالمية كافة، والدراسات السريرية - الطبية كافة، إلى أن الإرهاق المهني هو أحد أهم العوامل المؤدية للإصابة بأمراض القلب الإنسدادية. ولكننا ومنذ البداية نؤكد على وجوب التفريق بين أنواع الإرهاق المهني. فهناك:

1- الإرهاق المهني المتأتي بسبب طبيعة المهنة (المضاربون، الجراحون، الطيارون، الجنود... إلخ).

2- الإرهاق المهني الناجم عن زيادة ساعات العمل.

3- الإرهاق المهني المتأتي بسبب تعدد المهن والاهتمامات.

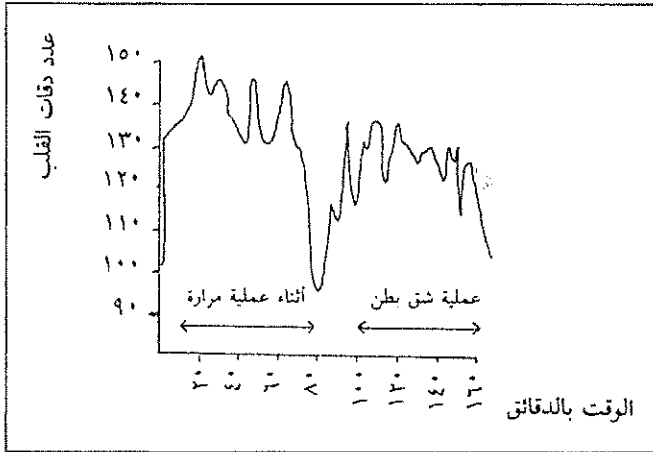
¹ - L. Siegler ECG.changes observed on the recall of post emotiona disturbanes. Brit, j. mod. Psycho 40, 55-1967

² - QRS deforme en V2et ponde Test plus Negative dans les deriva- tions (v3, v4, v5).

1- لنبدأ بالإرهاق الناتج عن طبيعة المهنة: ولتذكر بأن المهن المسببة للإرهاق هي أكثر من أن تحصر في أمثلة. وكنا قد اكتفينا بذكر المضاربين، الجراحين، الطيارين والجنود. وللدلالة على أهمية هذا النوع من الإرهاق المهني، في إحداث الإصابات القلبية، فإننا نورد موجزاً للدراسة التي قام بها البروفيسور⁽¹⁾ Kelly. الذي أجرى دراسته على عدد من الجراحين. فقام بتسجيل عدد دقائق قلبهم (أخذ عينة من ثمانية جراحين) أثناء النوم، أثناء الراحة، أثناء قيامهم بالفحوصات العيادية، أثناء إجرائهم للعمليات، وكذلك في فترة الراحة الفاصلة بين عمليتين. وحصل Kelly على النتائج التالية:

- 1 - معدل نبض قلب الجراح أثناء نومه: 73 نبضة في الدقيقة.
- 2 - معدل نبض قلب الجراح أثناء الراحة: 82 نبضة في الدقيقة.
- 3 - معدل نبض قلب الجراح أثناء الفحوصات العيادية: 92 نبضة في الدقيقة.
- 4 - معدل نبض قلب الجراح أثناء الراحة الفاصلة بين عمليتين: 95 نبضة في الدقيقة.
- 5 - معدل نبض قلب الجراح أثناء القيام بالعملية: 135 نبضة في الدقيقة.

ويعد وصوله إلى تحديد هذه المعدلات، عمد Kelly إلى قياس نبض قلب الجراح نفسه: فلاحظ أن تسارع نبض جراح ما يختلف باختلاف صعوبة العملية. وهذا ما يوضحه الرسم البياني التالي:



جدول رقم 2: جدول يمثل تسارع نبض الجراح أثناء إجراء العملية الجراحية

من خلال هذا الرسم البياني، نلاحظ بأن نبض الجراح يرتفع ليلبلغ 150 نبضة في الدقيقة أثناء إجرائه لعملية المرارة. في حين أن نبض هذا الجراح لا يتعدى الـ 137 نبضة في الدقيقة

¹ - Kelly. D: Anxiety and motion (thomas, spring field) 1980.

أثناء عملية شق البطن التي هي أسهل بكثير من عملية المرارة وبعد هذا التوضيح ما علينا إلا أن نتخيل وضع طبيب الطوارئ، وخاصة الجراح، أثناء النوبات، مثل الحروب أن الزلازل... إلخ. ومن الطبيعي القول بأن هذا النوع من الإرهاق جديرٌ بأن يحدث مجموعة غنية من الاضطرابات الوظيفية التي في رأي العالم Beninghof لا تلبث أن تتحول إلى اضطرابات نفسية - عضوية، أي إلى أمراض عضوية حقيقية. وفي نهاية حديثنا عن الإرهاق المهني المتأتي عن طبيعة المهنة، لا يسعنا إلا أن نذكر بنتائج أبحاث⁽¹⁾ Russek, zohman اللذين يؤكدان بأن نسبة الإصابة بالأمراض القلبية والحوادث الدماغية تزداد لدى أطباء الطوارئ لتصل إلى نسبة 11.9% في حين تنحصر لتقف في حدود الـ 3.2% لدى أطباء الجلد مثلاً. وذلك في فئة الأعمار المتراوحة بين 40 و 60 سنة.

2- الإرهاق المهني الناجم عن زيادة ساعات العمل: في بداية حديثنا عن هذا النوع من الإرهاق نعرض تجربة العالم RAAB⁽²⁾ وفريقه الذي استطاع أن يحدث انسداداً في الشرايين التاجية (احتشاء قلبي) لدى 25% من الفئران المتوحشة، نتيجة لتعريض هذه الفئران إلى السماع المتكرر لتسجيل صوت معركة بين قط أو فأر.

وعودة إلى الإنسان، فإننا نلاحظ بأن زيادة ساعات العمل لم تعد ناجمة عن الاستغلال بقدر ما هي ناجمة عن الرغبة بالمنافسة، والرغبة بتحقيق الطموحات، بشكل أتاح للباحث G.Mentzel⁽³⁾ أن يعتبر مثل هذه الحالات بمثابة إدمان. فعمد ما تنزّل إلى تسمية زيادة ساعات العمل بإدمان العمل. وقد أثارت هذه التسمية ضجة كبيرة في مؤتمر الطب البسيكوماتيك المنعقد في مونيخ. وفي هذا المؤتمر أكد ما تنزّل، وهو اختصاصي الأعصاب والتحليل النفسي، بأن للعمل مفعول الإدمان تماماً كما يحدث في الإدمان في رأي Mentzel ووفق إحصاءاته يؤدي إلى اضطرابات جسدية متنوعة، كالصداع، اضطرابات الدورة الدموية، انخفاض الانتباه، وكذلك القلق والانهيار، وفي هذا المؤتمر طرح Mentzel الاختبار التالي في سبيل تحديد إصابة شخص ما بإدمان العمل:

أ- هل تقضي سهراتك وعطلاتك مكباً على العمل، أو على الأمور المتعلقة به.

ب- هل تحمل نفسك الأعباء والمسؤوليات التي كان من الممكن أن توكل بها غيرك؟.

¹- Russek, H. I; zohman B.L: Relative Significance of occupational Stress in Caronart disease. Amer. J. Med 235.266 (1958)

²- Raab. W: chaplin. J; Bajusz, E: Myocardial Necroses Produced in domesticated erts and in wid rats by Sensory and emotional Stress. Proc. Sroc. Biol. Med 116. 665.1964.

³- G. Mentzel. Symposion des maladies psychosomtiques (1976) Munchen.

ت- هل تشعر بأنك أهملت عائلتك من أجل عملك؟⁵.

ث- هل تعمل بتفانٍ، ومع ذلك تحس بأن مردود عملك يتناقص؟⁹.

ويرى مانتريل بأن الجواب بنعم على هذه الأسئلة يعني إصابة الشخص بإدمان العمل.

3- الإرهاق المهني الناجم عن تعدد المهن: في البداية نقول أنه من الطبيعي أن يجيب بنعم، على أسئلة اختبار إدمان العمل، ذلك الشخص الذي يعمل في مهنتين أو أكثر. الأمر الذي يتطلب منه ساعات عمل لا تقل عن عشرة ساعات يومياً.

كما تجدر الإشارة إلى أن تعدد المهن هي ظاهرة تكاد تكون وقفاً على الدول النامية، حيث يحول التخلف دون إيجاد آفاق أوسع لمهنة ما، وحيث يتيح هذا التخلف للشخص أن يمارس مهنة أخرى دون أن تتطلب منه هذه الممارسة الكثير من الشروط.

ج- اضطرابات النوم:

كان فرويد هو البادئ بتوجيه الأنظار نحو طبيعة النوم البشري والأحلام التي يستعرضها الإنسان أثناء نومه: ولكن فرويد لم يكن يعلم شيئاً عن النشاط الكهربائي للدماغ البشري، الأمر الذي جعل من مفاهيم فرويد، حول النوم والأحلام، مفاهيم غير متكاملة. وهكذا نشأت المراكز العديدة المتخصصة بدراسة النوم الإنساني. والحقيقة أن ما يهمننا في سياق حديثنا، عن تأثير اضطرابات النوم في إحداث الاضطرابات القلبية، هو دراسة مراحل النوم البشري، وعلى الأخص دراسة تفاصيل مرحلة النوم العشوائي.

والواقع أن تقسيم فترة النوم إلى مراحل هو تقسيم حديث، يعود إلى العام 1968، وقد فسره الباحثان A.Kales و Rechtschshaffen⁽¹⁾. اللذان قسما النوم الإنساني إلى خمس مراحل هي التالية:

1- مرحلة بداية النوم: وتؤلف هذه المرحلة من 2 إلى 4% من مجمل وقت النوم.

2- مرحلة النوم الخفيف: وتمثل هذه المرحلة في العادة ما يقارب الـ 50% من مجمل وقت النوم.

3- مرحلة النوم البطني. العميق: وتتميز هذه المرحلة بصعوبة الاستيقاظ.

4- مرحلة النوم الأكثر عمقاً: وهي أكثر عمقاً من المرحلة (3) والمرحلتان 3 و 4 تشكلان من 20 إلى 25% من إجمالي وقت النوم.

¹ - Rechtschaffen, A.Kales, A: Amannual of Standardized terminologg jor sleep stages of human subjects.

5- مرحلة النوم العشوائي: وتمثل هذه المرحلة من 20 إلى 25٪ من إجمالي وقت النوم. وفي هذه المرحلة تحدث الأحلام.

وهذه المرحلة بالذات هي التي تهمننا من حيث تأثيرها في إحداث اضطرابات القلب. والنوم العشوائي يظهر مرة كل تسعين دقيقة من النوم. ومن ثم يختفي ليظهر من جديد بعد تسعين دقيقة أخرى، ولكن لفترة أطول من السابقة حتى تصل فترة النوم العشوائي في النوم الصباحي إلى ما يقرب الساعة.

ونذكر من جديد بأنه خلال فترات النوم العشوائي هذه تحدث الأحلام، ومن المعلوم⁽¹⁾ بأن الجهاز الباراسمبتيوي⁽²⁾ يهيمن على الجسم أثناء النوم العشوائي (أي أثناء الأحلام). وقد يحدث أن تؤدي الأحلام إلى زيادة هذه الهيمنة عن طريق تهيج الباراسمبتيوي. أو قد يحدث أحياناً أن يتدخل الجهاز السمبتيوي⁽³⁾ نتيجة لحلمٍ مرعب مثلاً. وهذه التهيجات من شأنها أن تحدث اضطرابات قلبية متنوعة. إلا إن هذه الاضطرابات تقف عند حدود معينة. فإذا ما تجاوزت الاضطرابات هذه الحدود، فإنها تؤدي عادة إلى إيقاظ النائم. وفي هذه الحالة يلعب الحلم دور عامل الإرهاق. إذ أن الحلم ممكن أن يحوي ذكريات مؤلمة، مخاوف، مشاعر سلبية (كراهية، حقد، رغبة بالثأر... إلخ) إلى ما هناك من عوامل الإرهاق التي يمكن أن يحتويها الحلم. ومن هنا تتبع الأهمية القصوى لسؤال مريض الذبحة، أو الاحتشاء القلبي، الذي حصلت لديه الحوادث ليلاً، عن الحلم أو الأحلام التي راودت المريض أثناء نومه، لأن هذه الأحلام تساعدنا على تبين عوامل الإرهاق والصراع النفسيين لدى هذا المريض⁽⁴⁾. وللأسباب عينها تأتي أهمية تناول البروبرانولول (أو معادله) مساءً خاصة لدى أولئك الذين أصيبوا سابقاً بالذبحة القلبية.

وفي نهاية حديثنا عن اضطرابات النوم، لا يسعنا إلا أن نقدم عرضاً لمجموعة الأسباب التي تعتبر سبباً مباشراً لإحداث هذه الاضطرابات. وفي مقدمة هذه الأسباب يأتي القلق⁽⁵⁾ والانهييار⁽⁶⁾ المسببان للأرق. ومن ثم تأتي مشاعر الكبت التي تحدث عنها فرويد. وأخيراً الإرهاق الفكري

¹ - إن هيمنة الجهاز العصبي اللاإرادي، وبخاصة القسم المسمى بالباراسمبتيوي قد أصبح من المسلمات.

² - الجهاز الباراسمبتيوي: هو أحد قسمي الجهاز العصبي اللاإرادي وتهيج هذا الجهاز يؤدي إلى إفراز مادة الاستيل كولين، وينعكس جسدياً بمظاهر أهمها تباطؤ نبض القلب.

³ - الجهاز السمبتيوي: هو القسم الآخر المكون للجهاز العصبي اللاإرادي، وتهيجه يؤدي إلى إفراز مادتي الأدرينالين والنور أدرينالين. وينعكس جسدياً بمظاهر أهمها تسارع نبض القلب وارتفاع الضغط.

⁴ - انظر كتاب الحلم والمرض النفسي والنفسي تأليف بيار مارتني منشورات الإنشاء . طرابلس 1987 .

⁵ - القلق ويتسبب بالأرق الليلي أي أرق ما قبل النوم. راجع كتابنا (الانهيار العصبي وعلاجه). مؤسسة الرسالة . دار الإيمان . طرابلس .

⁶ - الانهييار ويتسبب بالأرق الصباحي. راجع كتابنا (الانهيار العصبي وعلاجه).

الذي يؤدي إلى اضطراب مراحل النوم. وذلك بسبب ازدياد المعلومات المنتقلة من الذاكرة القصيرة الأمد إلى الذاكرة الطويلة الأمد.

د- السوابق النفسية.

نحن لا نستطيع أن نحدد موقفاً ثابتاً، في ما يتعلق بتأثير السوابق النفسية. العقلية، فالإصابة بالأمراض القلبية، وذلك لمجموعة من الأسباب، أهمها عدم قدرة مريض الفصام مثلاً على الإعراب الواضح والصريح عن معاناته، وعن ظروف هذه المعاناة.

إلا أننا لاحظنا، لدى شرحنا لتأثير الذكريات المؤلمة، بأن هذه الذكريات، مع ما رافقها من انفعالات نفسية ممكن أن تتسبب في إحداث الأمراض القلبية.

وفي النهاية تجدر الإشارة إلى أن وجود السوابق العصابية لدى المريض أو لدى عائلته، يمكن أن تتسبب في إحداث عدد من الأمراض القلبية، ومن بينها تناذر قلب المحارب، حيث تصل نسبة أصحاب السوابق العصابية إلى 70% من المصابين بهذا التناذر. وتقل هذه النسبة إلى 65% من مرضى هذا التناذر ممن توجد في عائلاتهم سوابق ذهانية أو عصابية (انظر تناذر قلب المحارب).

هـ- الخوف من الموت

يلعب الخوف من الموت دوراً رئيسياً في إحداث الاضطرابات القلبية. إذ أن هذا الخوف يؤدي، وبشكل مباشر، إلى ظهور أعراض متنوعة كمثّل خفقان القلب، ضيق التنفس، الغثيان، الدوار، الصداع. وكذلك زيادة الإقبال على المسمّات (دخان، كحول، مخدرات... إلخ) وأحياناً زيادة الإقبال على الطعام بالأمراض القلبية. وإذا كنا في سياق الحديث عن الخوف من الموت وتأثيره في إحداث الأمراض القلبية، فلا مناص لنا من ذكر الحالة التي وصفها Rhine⁽¹⁾. وهي حالة مراهق رأى في حلمه صديقه المتوفى منذ بضعة شهور. وفي الحلم أخبر المتوفى صديقه المراهق بأنه سيמות في الخامس من كانون الأول/ديسمبر، وفي الساعة الخامسة عشرة. وقد تم عرض هذا المراهق على الطبيب الذي أثبت صحته وخلوه من أي عيب صحي. وفي تاريخ الخامس من كانون الأول/ديسمبر استيقظ المراهق كعادته. وتناول فطوره. إلا أنه وابتداءً من الساعة الثانية عشرة صرح بأنه يشعر بسوء في حالته الصحية. وفي الساعة الخامسة عشرة وعشرة دقائق فارق المراهق الحياة. وكان في السابعة عشرة وثلاثة أشهر من عمره.

ومن الملاحظ أن الخوف من الموت يزداد في حالات نفسية واجتماعية معينة. بحيث تؤدي زيادة هذا الخوف إلى زيادة احتمال الإصابة بالأمراض القلبية لدى المتعرضين لمثل هذه الحالات.

¹ - Pr. Rhine la peur et la mort G. C. Barker. Ed Marabout. Pp. 85.

ونظراً لضيق المجال، فإننا سوف نكتفي بمناقشة ازدياد الخوف من الموت، وآثار هذه الزيادة على صعيد القلب والشرايين. وذلك لدى المتقاعدين والمترملين. ففي هذه الحالات، نلاحظ أن نسبة الإصابة بالذبحة القلبية تزداد بنسبة 400% وتفسير هذه الزيادة هو أن التقاعد لا يعني للشخص المتقاعد سوى محطة قصيرة للراحة على طريق الراحة الأبدية (الموت) وكثيرة هي الحالات التي يموت فيها المسنون بعد بضعة أيام من إدخالهم إلى مأوى العجزة. أو أولئك الذين يموتون بعد فترات وجيزة من تقاعدهم. أو في النهاية أولئك المتقاعدين الذين يجدون عملاً بعد التقاعد رغبة منهم في التخلص من خوفهم من الموت.

أما في حالات الترميل، فإن فقدان الشريك لا يعني بالنسبة للآخر (الأرمل) سوى قرب فقدانه هو نفسه لحياته، وبالتالي فإن موت الشريك هو أحد الأسباب المؤدية إلى الخوف من الموت. حتى ولو كان الأرمل شاباً.

وفي نهاية الحديث عن الخوف من الموت، لا بد لي من التأكيد بأن جميع مرضى الذبحة القلبية الذين أتيح لي معابنتهم، منذ عهد الدراسة ولغاية اليوم، أكدوا لي بأن شعوراً بالخوف من الموت انتابهم قبل فترات مختلفة من أصابتهم بالمرض. ويؤكد معظم هؤلاء المرضى بأن خوفهم من الموت كان منسياً، وغير واعٍ، لغاية لحظة حدوث المرض الذي يجبرهم على الجمود وعلى عدم الحراك، لأنهم يحسون بأن أية حركة يقومون بها جديرة بأن تؤدي بحياتهم. وفي اللحظة التي ينتاب فيها المريض مثل هذه الإحساسات، ومثل هذا الخوف العميق من الموت، فإنه يتذكر فجأة خوفه السابق من الموت. وإذا كانت هذه هي حالات مرضى الذبحة القلبية، ففني عن القول بأن 100% من مرضى الاحتشاء القلبي يعانون من الخوف من الموت قبل إصابتهم بالاحتشاء.

أما في ما يتعلق بمرضى تناذرات القلب الفيزيولوجية فإن 90% من هؤلاء المرضى يعيشون هاجس الخوف من الموت.

و- القلق والإرهاق النفسي.

في الواقع أن هذين التعبيرين يحتويان على مجموعة من الاضطرابات الجسدية والنفسية، ويؤديان إليها. وإذا كنا قد شرحنا دور الإرهاق النفسي أثناء عرضنا لنظريات كل من CANNON و Selye، فإننا سنكتفي بشرح القلق وآثاره. ولعل أوجز شرح للقلق وتأثيراته، نجدها في الروايز المكونة للقياس المعروف بـ Hamilton والذي يقسم آثار القلق النفسي إلى:

1- المزاج القلق . 2- الضغط النفسي.

3- المخاوف. 4- الأرق.

5-اضطراب الذاكرة.

6- الميل الانهياري

7-الاضطرابات الجسدية (حسية، عضلية، تنفسية، هضمية وتناسلية).

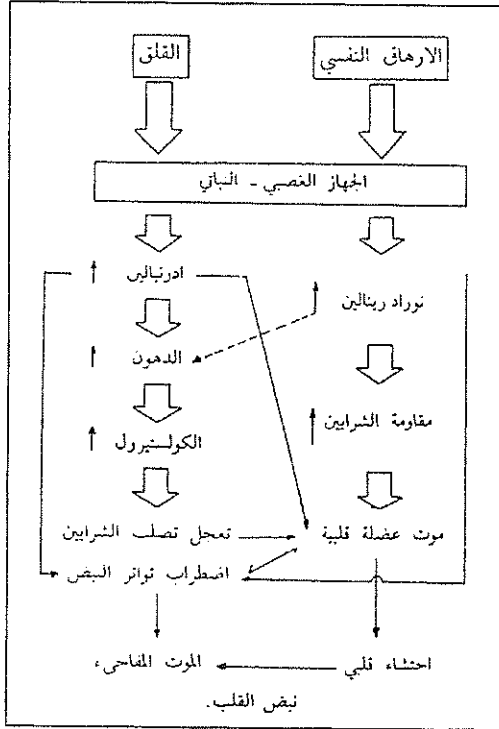
8-اضطرابات القلب والشرايين.

9- علائم تحسس الجهاز العصبي اللاإرادي.

10-مظاهر القلق أثناء الفحص الطبي .النفسي.

وتشير دراسة أجراها البروفيسور J. R. Hawkins⁽¹⁾. (على مريضاً بالقلق) إلى أن اضطرابات القلب والشرايين، على أنواعها، كانت واضحة لدى 90% من هؤلاء المرضى القلقين. وهكذا تؤكد لنا هذه الدراسة، وكثيرات غيرها، أهمية القلق في إحداث اضطرابات القلب والشرايين.

وفي النهاية نعرض هذا الجدول الذي يلخص التأثيرات العصبية الهرمونية التي يمارسها كل من القلق والإرهاق على صعيد الجسد:



جدول رقم 3: جدول يمثل تأثير كل من الإرهاق النفسي والقلق في إحداث تغييرات كيميائية.

¹ - Haw king J.R.: The cardiovascular metabolic and psychological interface. No 14. Internat. Congr. Symp. Ser. P.p.73.(Roy soc med. Londres, 1979)

وفي نهاية هذا الفصل الذي عرضنا فيه لدور العوامل النفسية بإحداث الاضطرابات¹ القلبية. لا يسعنا إلا أن نؤكد على ملاحظة وتجارب العالم Rosenman إذ يقول: هناك العديد من الأسباب المنطقية التي تجعلنا نعتقد بأن للأسباب (التربوية . المحيطية) النفسية أثراً أكبر وأوضح من الأسباب الوراثية في تكوين الـ S. C. T. A. المؤدي للإصابة بأمراض القلب الإنسدادية. ويتابع هذا العالم بأن العوامل النفسية تتأثر بالرابطة العصبية (الهيپوتالاموس . الغدة النخامية . القشرة الكظرية). وبأن الشخص المتعرض للضغوط النفسية يملك في دمه كمية من الـ A. C. T. H. أكبر من تلك الموجودة لدى الشخص المرتاح نفسياً. ويعتبر روزنمان أن هذه الدهون الغذائية في الدم التي يسببها الإرهاق النفسي. وقد أثبت هذا العالم، ومعاونوه، صحة هذه النظرية حينما أثبتوا أن إعطاء الـ A. C. T. H. يؤدي إلى الانخفاض المؤقت لكمية الدهون الغذائية في الدم.

وانطلاقاً من هذه النظرية، فإن الباحثة Madame patel أثبتت بأن إزالة عوامل الإرهاق النفسي عن طريق الاسترخاء من شأنها أن تؤدي إلى انخفاض نسبة تركيز الدهون الغذائية في الدم. لتعود هذه النسبة إلى معدلها الطبيعي لدى 20% من المرضى دون استعمال أي عقار.

ليس هذا فحسب بل إن Madame patel عن طريق تطبيق الطريقة المعروفة بالاسترخاء الذاتي المراقب بالـ Biofeed back⁽²⁾ استطاعت أن تساعد عدداً كبيراً من المرضى على التحكم بارتفاع الضغط، تسارع دقات القلب... الخ. وذلك دون استعمال أي عقار.

¹ - Rosenman, R.H. et chesney: profils psychologiques et cardiopathie coronarienne. Symp. Montsoul. 1980.

² - الـ Training autogene هي إحدى الطرق الاسترخائية الأكثر استعمالاً في الطب النفسي الجسدي. وتتلخص هذه الطريقة بالاسترخاء التقليدي مع الطلب والإيحاء للمريض بأن أحد أعضائه ثقيل وحرار . بحيث يحس المريض هذه الحرارة . عندما تستخدم هذه الطريقة ف بالعلاج النفسي . الجسدي، فإن الجسم يكون مراقباً من حيث الـ Biofeed back وهذا يعني القدرة على تحديد التغيرات الكيميائية التي يحدثها هذا الاسترخاء على صعيد الجسد .

الفصل الثاني

اضطرابات القلب الوظيفية

- تسارع نبض القلب.
- خفقان القلب.
- عثرة القلب.
- اختلاج القلب.

مقدمة:

لاحظنا أثناء عرضنا للعوامل النفسية المؤدية لاضطرابات القلب، ذو طابع فيزيولوجي، أي وظيفي، بحت. وهذا النوع من الاضطرابات يمكن أن ينشأ، كما رأينا، عن تهيج الجهاز السمبتاوي (المؤدي لإفراز الأدرينالين والنور أدرينالين). أو عن تهيج الجهاز الباراسمبتاوي (المؤدي إلى إفراز الاستيل كولين).

وإذا كان تسارع نبض قلب الجراح، أو المحارب، أو الخائف من الموت، هو تسارع طبيعي وعابر إلا أنه يمكن أن يتحول إلى تسارع دائم، مكوناً ما يسمى بالتأذر القلبي. بل إنه من الممكن في بعض الأحيان أن يتحول هذا الاضطراب الفيزيولوجي العابر إلى مرض قلبي خطير، وذلك في حالات معينة. وفي هذا المجال نذكر بقول Beninghof⁽¹⁾: (ممكن للاضطراب الوظيفي أن يتحول إلى مرض عضوي إذا ما توافرت له الشروط) ولهذه الأسباب مجتمعة رأينا من الضروري أن نقوم بشرح اضطرابات القلب الوظيفية قبل تصدينا لشرح التآذرات القلبية والأمراض القلبية (العضوية - النفسية).

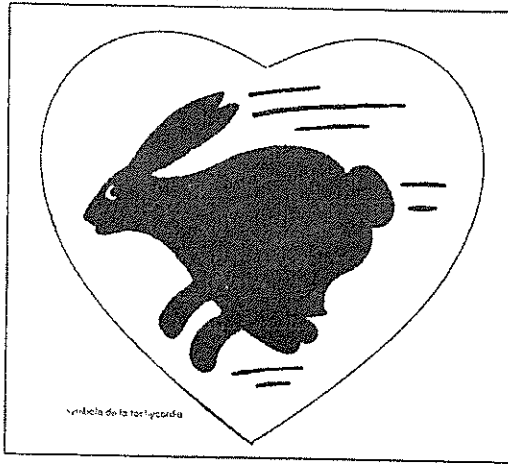
والحقيقة أن اضطرابات القلب الوظيفية التي سنعرضها هي تلك المعروفة باضطراب نبض القلب (Arythmie) وتقسيم إلى:

- 1- تسارع نبض القلب (Tachycardie).
- 2- خفقان القلب (Palpitation).
- 3- عثرة القلب (Extrasystole).
- 4- اختلاج القلب (Fibrillation).

¹ - Beninghof. Clinique médicale, ed, med. 1980

1- تسارع نبض القلب:

وهو كناية عن زيادة عدد نبضات القلب عن معدلها الطبيعي. هذا المعدل الذي يكون عادة في حدود الـ 70 نبضة في الدقيقة. ومثل هذا التسارع ممكن أن ينشأ لأسباب متنوعة، مثل الجهد الجسدي، ارتفاع الحرارة، زيادة إفراز الدرقية، الانفعالات النفسية... إلخ. وكثماً قد بينا كيف يؤدي الإرهاق والانفعال إلى زيادة النبض لدى الجراح لتصل نبضاته إلى الـ 150 نبضة في الدقيقة، أثناء وجوده في غرفة العمليات، ومن الممكن إحداث تسارع نبض القلب عن طريق تعريض الشخص للإرهاق الفكري. وتتخلص هذه الطريقة بالطلب من المريض أن يستلقي على ظهره بوضع يؤمن له الراحة الكلية. والامتناع عن التدخين والحركة والتفكير (في العادة تجرى للمريض إحدى تمارين الاسترخاء)⁽¹⁾. وذلك لكي نصل بقلب المريض إلى عدد من النبضات يشابه عددها وهو نائم. ومن ثم نطلب من المريض أن يقوم، وهو بوضع الاسترخاء والاستلقاء، بمجموعة من العمليات الحسابية الذهنية، الأمر الذي يسبب له الإرهاق الفكري، مما يؤدي بالتالي إلى زيادة نبض قلبه. وهذه الطريقة ممكن أن تساعدنا على تبين احتمال ظهور عثرة القلب أو النبض الصفير (Souffle) الذي قد لا يكون واضحاً في حالة الراحة. كما أن المقارنة بين زيادة النبض، في كل من حالتي الإرهاق الفكري والإرهاق الجسدي (اختبار الدراجة أو السلم... إلخ)، ممكن أن تساعدنا في تحديد نوعية الاضطراب: هل هو وظيفي، أم عضوي؟



صورة ترمز لإحساس الشخص لدى تسارع نبض قلبه.

¹ - عادة نستعمل الاسترخاء السوفولوجي. وفي سبيل معرفة أفضل لطرق الاسترخاء يمكن مراجعة أحد الكتب التالية:

1- (1980) Relaxion et Sophrlogie.ed Marabout.

ب - العلاج النفسي الحديث. د. عبد الستار إبراهيم. سلسلة عالم المعرفة (37).

ج - الأمراض النفسية وعلاجها ص 163 - د. م. نابلسي (1985).

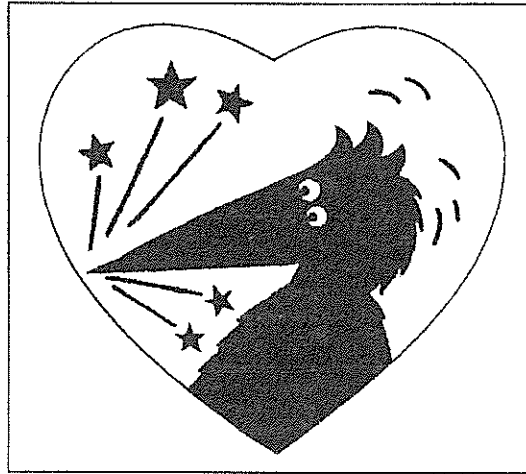
د - Les annales de Sophrlogie medicales.(Innervation)

2- خفقان القلب (Palpitation)

وهو عبارة عن الإحساس الواضح بنبضات القلب. ومن الممكن أن يكون هذا الإحساس عادياً، متقطعاً أو قوياً، بحيث يسبب قلق المريض. والواقع أن خفقان القلب غالباً ما يحدث بسبب الانفعالات القوية، أو أثناء التوبات العصبية⁽¹⁾. إلا أنه ممكن الحدوث أيضاً نتيجة للإكثار من التدخين، أو بسبب تناول المهيجات والمنشطات، مثل القهوة أو الشاي أو العقاقير المنشطة. والحقيقة أنه من النادر أن يكون خفقان القلب دليلاً على حدوث إصابة عضوية على صعيد القلب.

وكما سبق وأشرنا أعلاه. فإن خفقان القلب غالباً ما ينجم عن عوامل نفسية أي عن انفعالات. لأن هذه الأخيرة تؤدي إلى زيادة إفراز الأدرينالين، مما يؤدي إلى زيادة تهيج الجهاز السمبتاوي. وهذا التهيج هو المسؤول عن زيادة نبض القلب، وكذلك عن خفقان القلب.

وفي النهاية، نعطي بعض الأمثلة حول الانفعالات التي من شأنها أن تؤدي لخفقان القلب. ولتبدأ بالخفقان الذي يأتي عقب سماع أصوات مزعجة (انفجارات، ضجيج غير محتمل، أصوات تتردد على تواتر معين لفترة طويلة... إلخ). إن مثل هذه الأصوات من شأنها أن تحدث خفقاناً شديداً للقلب. بحيث يؤثر هذا الخفقان على التنفس الذي يصبح ضحلاً، ليصل في بعض الأحيان إلى حد الشعور بالاختناق.



صورة ترمز لإحساس المريض بالخفقان القلبي.

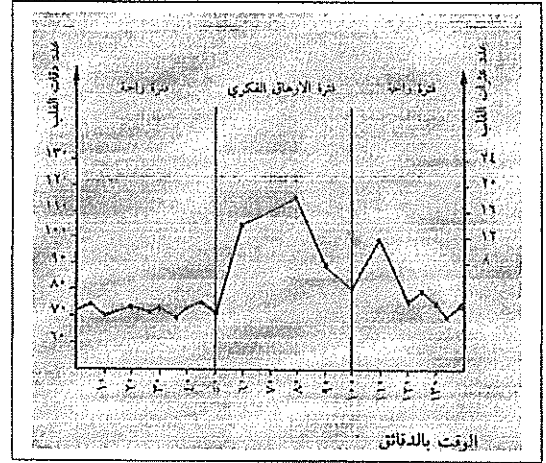
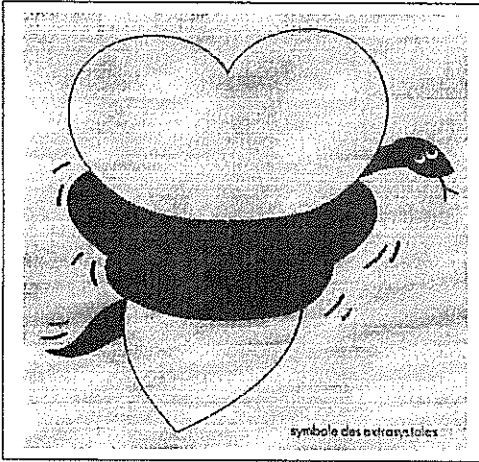
¹ - النوبة العصبية هنا بالمعنى الفرويدي للتعصيب Innervation والمقصود به هو إقلاب الطاقة النفسية إلى طاقة عصبية.

أما على الصعيد النفسي، فإن مثل هذه الأصوات جديرة بأن تؤثر على التوازن النفسي للشخص، وأن تسبب له المخاوف، التي تؤدي بدورها إلى خفقان القلب. وهكذا ندخل في حلقة مفرغة، سنتصدى لشرح تفاصيلها لدى شرحنا لتأذر القلب الزائد الحيوية.

3- عثرة القلب (Extrasystole)

وهي كناية عن نبضة قلبية جديدة، دخيلة، شاذة وغير طبيعية. وتأتي هذه النبضة الدخيلة بين نبضتين طبيعيتين، بحيث تؤثر هذه النبضة الدخيلة على تواتر دقات القلب. وتدفع بالشخص إلى الشعور بالانقباض والقلق. وقد تؤدي عثرة القلب أحياناً إلى الشعور بالألم، وإن لم يكن هذا الشعور عنيفاً. ومن الممكن أن تتجم عثرة القلب كنتيجة للمبالغة في التدخين، أو تعاطي المنبهات والمنشطات. إلا أن عثرة القلب ممكن أن تنشأ أيضاً عن إصابات عضوية في القلب، أو عن طريق الانفعالات النفسية العنيفة (راجع الذكريات المؤلمة والإرهاق الفكري.. إلخ).

وتقدم في ما يلي رسماً بيانياً يشرح لنا تأثير الإرهاق النفسي على صعيد القلب، لدى مريض مصاب بمرض قلبي ذي طبيعة إنسدادية. والإرهاق الذي يشير له الرسم هو الإرهاق الفكري بالعمليات الحسابية الذهنية (التي شرحناها في تسارع نبض القلب).



صورة ترمز لإحساس المريض أثناء عثرة القلب

4- الاختلاج القلبي (Fibrillation)

هو عبارة عن انقباضات سريعة لقسم من عضلات القلب، بحيث تنبض هذه المجموعة بسرعة، وبمعزل عن بقية عضلات القلب التي تواصل نبضها كالمألوف. هذا الاختلاج ممكن أن يطال مجموعة عضلات أذينية (نسبة إلى أذين القلب) وتتكلم في هذه الحالة عن الاختلاج الأذيني (Fibrillation atrielle).

أما إذا أصاب الاختلاج عضلات البطن، فإننا نتكلم عندها من الاختلاج البطني (Fibrillation ventriculaire) وهذا الاختلاج هو الأخطر، ويستوجب علاجاً طارئاً وغير عادي. ذلك أن الاختلاج البطني هو أحد الطوارئ في القلب. ومع ذلك فنحن لا نستطيع أن نهمل دور الانفعالات النفسية في إحداث هذا الاختلاج. على سبيل المثال نورد هاتين الحالتين:

الحالة الأولى:

وقد وصف هذه الحالة البروفسوران (Harvery , Levine)⁽¹⁾ وهي حالة امرأة عصابية، أدى بها التعرض للإرهاق النفسي إلى الإصابة بما يسمى بتسارع نبض البطن العشوائي Tachycardie Ventriculaire Paroxisque وهذه الإصابة تعتبر مقدمة للإصابة بالاختلاج البطني.

الحالة الثانية:

يذكر البروفيسور (Wellens)⁽²⁾ حالة فتاة في الرابعة عشر من عمرها. وهذه الفتاة كان بالإمكان تعريضها لحالة إغمائية بانتظام. وذلك عن طريق إيقاظها بالمشيرات الصوتية المزعجة. ولقد استطاع Wellens أن يحدد الآلية الكامنة وراء هذا الإغماء والمؤدية له. وكانت هذه الآلية هي حدوث الاختلاج البطني العابر لدى هذه الفتاة إثر إيقاظها بالمشيرات الصوتية المزعجة.

¹ - Harvery, W. Pte Levine, S. A., Paroxysmal ventricular Tachycardia due to emotion. journal. Amer. Ned. Ass 150, 479 (1952)

² - Wellens. Hjj. Ventricular Fibrillation Pccuring On arovsal From Sleep Buaudotiry Stimuli Circulation 46, 661 (1972)

الفصل الثالث

أمراض القلب الوظيفية - النفسية

- تناذر داكوستا .
- تناذر القلب الزائد الحيوية .
- انخفاض الضغط الانفعالي .
- مرض بوفيرية .
- التناذر العصبي . النباتي .
- عصاب القلق . (عصاب القلب) .
- ارتفاع الضغط الانفعالي .

مقدمة:

بعد استعراضنا لدور العوامل النفسية في إحداث الاضطرابات الوظيفية . القلبية، ها نحن نقوم بدراسات الأمراض، أو بالأحرى، تناذرات القلب الوظيفية الناشئة عن العوامل النفسية . ولكي نستطيع أن نتوصل لفهم واضح لهذه التناذرات، وكذلك لكي نفهم آلية تأثير العوامل النفسية على صعيد القلب، علينا أولاً أن نفهم ماهية ما يسمى بالانشطار الحيوي .

- الانشطار الحيوي (Schizokinésie)

هناك قسم من المرضى ممن يحسنون ضبط المظاهر النفسية لديهم، بحيث لا يوحى لنا مظهرهم الخارجي، أو تصرفاتهم، بوجود أي أثر للعوامل النفسية لديهم . ومن الملاحظ أن هؤلاء المرضى هم أكثر عرضة لظهور الاضطرابات الجسدية على أنواعها .

أما القسم الآخر من المرضى، فإنهم لا يحسنون ضبط انفعالاتهم واضطراباتهم النفسية بحيث تتبدى هذه الاضطرابات واضحة في المظهر الخارجي لهؤلاء المرضى، ومن الملاحظ أن الاضطرابات الجسدية، لدى هؤلاء المرضى، تكون نادرة الحدوث . وإذا حدثت، فإننا نلاحظ بأنها غالباً ما ترتدي طابعاً تحويلياً هستيرياً .

وبالطبع فنحن لا نستطيع أن نهمل ذلك القسم الثالث من المرضى الذين يجمعون بين مظاهر القسمين الأول والثاني.

وبناءً على هذه المعطيات يقترح العالم (Gantt) ⁽¹⁾ مصطلح الانشطار الحيوي (Schizokinésie) معتبراً أن هذا الانشطار بين نشاطين متلازمين هما:

1- الانفعال النفسي البادئ والمنعكس على التصرفات وعلى المظهر الخارجي.

2- ردود الفعل الجسدية التي قد تتطور إلى مرحلة الأمراض العضوية - النفسية. وفي حال حدوث هذا الانشطار الحيوي، نلاحظ أن أحد هذين العاملين يختفي ويبقى الآخر.

فإذا اختفى الانفعال الخارجي، وبقيت ردود الفعل الجسدية، فإننا في هذه الحالة نجد أنفسنا أمام مريض صعب المراس. لا يريد الاعتراف بقلقه، ولا بعوامل هذا القلق. إلا أن فحصاً نفسياً دقيقاً من شأنه أن يساعدنا على تبين الإرهاق النفسي وعوامله. وبالتالي فإن الفحص يساعدنا على تقرير وجود الانشطار الحيوي، أو عدم وجوده.

أما في حالة اختفاء ردود الفعل الجسدية، وسيطرة مظاهر الانفعال الخارجي، فإننا نجد أنفسنا أمام حالة كثيرة الشبه بالهستيريا.

والمواقع إن دور العوامل النفسية في إحداث اضطرابات القلب الوظيفية، هو دور أكيد وثابت. وهذه الاضطرابات ممكن أن تقف عند حدود الاضطرابات الوظيفية البسيطة. كما شرحنا في الفصل السابق، مثل تسارع النبض، الشعور بالخفقان... إلخ. إلا أن هذه الاضطرابات ممكن أن تتطور، بحيث تؤدي إلى اضطرابات أكثر تعقيداً، وخاصة لدى أولئك المرضى الذين يشكون من القلق النفسي المتطور، والإحساس بالضغط العقلي، أو من حالات الهيجان الانفعالي، أو الشعور المفاجئ بالاختناق.

هذا وقد استخدم العلماء تسميات عديدة لمثل هذه الحالات. ومن هذه التسميات ما هو واضح، معروف محدد. ومنها ما هو غامض وشامل. وعلى أية حال، فإننا نورد مختلف هذه التسميات، وهي التالية ⁽²⁾:

1895	فرويد	Nevrose d Angoisse	1- عصاب القلق
1952	الجمعية الأمريكية للطب النفسي	Reaction d Anxieete	2- استجابة القلق
1956	بروتيفام	Hypocondre Cardiaque	3- وسواس مرض القلب

¹- Gantt, W. H. Principales of nervous breakdown, Schizokinésis and Autokineses. Ann. N.Y.Acad. Sci 56, 143 (1953)

²- Richter, H. E. Beckman: Herzneurose (Thieme stuttgart 1969).

1960	كولن كامن وبوير	Cardiphobie	4- الخوف من الإصابة بمرض قلبي
1833	فوريس	Angine Pec Fonctionlle	5- الذبحة القلبية الوظيفية
1853	ستوك	Palperkinesie Careuse	6- الخفقان العصبي
1867	اوبولزر	Hyperkinesie Cardiaque	7- القلب الزائد الحيوية
1871	داكوستا	Coeur Irritable	8- القلب النزق
1918	أوبنهمار	Asthenie neuro- Circulatoire	9- تعب الدورة الدموية العصبي
1918	الجمعية الطبية للأبحاث	Syndrom d effort	10- تناذر الجهد
1947	فريدمان	M. Cardio - Vasc. fonctionelles	11- أمراض القلب الوظيفية

هذا ويرى البروفسور H. Simon⁽¹⁾ بأن نسبة الإصابة بتناذرات القلب الوظيفية تكون بمعدل 10% من المرضى الذين يعانون من أمراض قلبية عضوية. وتتنخفض هذه النسبة إلى 5% لدى عامة الناس. كما يلاحظ البروفسور Simon أن 75% من هؤلاء المرضى هم من النساء.

ويتفق العلماء على أن سن الـ 25 عاماً هو المعدل الوسطي لظهور مثل هذه الاضطرابات. ويؤكد هؤلاء العلماء بأن غالبية المصابين بهذه الاضطرابات. هم من الذين تعرضوا في خضم حياتهم لحالات إرهاق نفسي ولخسارات من نوع فقدان الزوج. أو أحد المقربين، أو فقدان مورد الرزق. كما يؤكد هؤلاء العلماء بأن القلق المتمثل بالخوف من الحرب يلعب دوراً هاماً في الإصابة بهذه الاضطرابات.

ومن الجدير بالذكر أن مختلف الباحثين في هذا المجال يتفقون على وجود خلفية عصابية لدى 65% من المرضى المصابين بتناذرات القلب الوظيفية.

ولعل أبرز الدراسات في هذا المجال هي الدراسة التي نشرها العالم Wheeler⁽²⁾ عام 1950. وكان هذا العالم يتابع ابتداءً من العام 1928 عدداً من المرضى يبلغ 173 مريضاً مصابين بالتعب العصبي للدورة الدموية. Circulatore Asthenie neuro⁽³⁾ وبعد مراقبة استمرت عشرين سنة جاءت نتيجة الدراسة على النحو التالي:

¹ - Simon H, le tritment des troubles Psychosomatiques cong. Mont Soult. (1980).

² - Whceler, E.o., White, P.D. Reed, E.W., Cohen, M. E.: Neurocircula- tory astheina (anxiety neurosis, effort sydr, neurasthenia) J.Amer. med. AS. 142, 878 (1950).

³ - التعب العصبي للدورة العصبية ومن الممكن أن يكون ناشئاً عن ضعف بنيوي. كما في حالة النوراستانيا أو في حالة البسيكاستانية.. إلخ. أو أن يكون ناشئاً كردة فعل لعوامل الإرهاق النفسي، مثل الإصابة بالانهيار المتنع، أو بالعصاب العضوي. كعصاب القلب مثلاً.

1- 88% من المرضى بقوا على إحساسهم بالاضطرابات القلبية الفيزيولوجية. وهنا لا بد من الإشارة إلى أن تلك الفترة 1928-1948 كانت فقيرة بالعقاقير التي تعالج هذه الاضطرابات، من صادات بيتا إلى مضادات الانهيار التي كان أول ظهور لها في العام 1957.

2- إن نسبة الوفيات لدى المصابين بالأمراض القلبية - الفيزيولوجية لم تتجاوز نسبة الوفيات لدى عامة الناس. وهذا ما عاد فأكدته العالم⁽¹⁾ روزنمان عام 1980. كما أكدّه البروفيسور Paul White⁽²⁾ إذ قال: إن أياً من الأمراض النفسية - الفيزيولوجية لا يؤدي إلى الإصابة المبكرة بالأمراض القلبية التي يمكن أن تؤدي بحياة المريض. وبالتالي فإن هذه الأمراض لا تؤدي إلى زيادة نسبة الإصابة القلبية، أو إلى زيادة احتمال وفاة المريض. وبعد هذا العرض لآراء مختلف العلماء، سنقوم باستعراض تناذرات⁽³⁾ القلب الوظيفية النفسية. وعرضنا هذا سوف يقتصر على التناذرات التي أستطاع الباحثون تحديد أعراضها، تشخيصها وعلاجها. وهذه التناذرات هي التالية:

- 1- تناذر قلب المحارب (داكوستا).
- 2- تناذر القلب الزائد الحيوية.
- 3- انخفاض الضغط الانفعالي.
- 4- مرض بوفيرية.
- 5- التناذر العصبي - النباتي.
- 6- عصاب القلق.
- 7- ارتفاع الضغط الانفعالي.

1- تناذر قلب المحارب:

أطلق العلماء أسماء عديدة على هذا التناذر، فسماه بعضهم بتناذر داكوستا. كما سمي أيضاً بالتعب العصبي للدورة الدموية، وأيضاً سمي هذا التناذر بتناذر الجهد. إلى ما هنالك من التسميات.

والحقيقة أن لهذا التناذر أعراضاً محدودة تساعد على تشخيصه. وذلك بغض النظر عن وجود، أو عدم وجود، إصابات عضوية في القلب. إذ إنه من الممكن أن يصاحب هذا التناذر عدد

¹- Rosenman, R.M. and Al. Apredictive Study of caronary heart disease. (W. C. G. S.) J. Amer. Med. Ass. 189, 15 (1964).

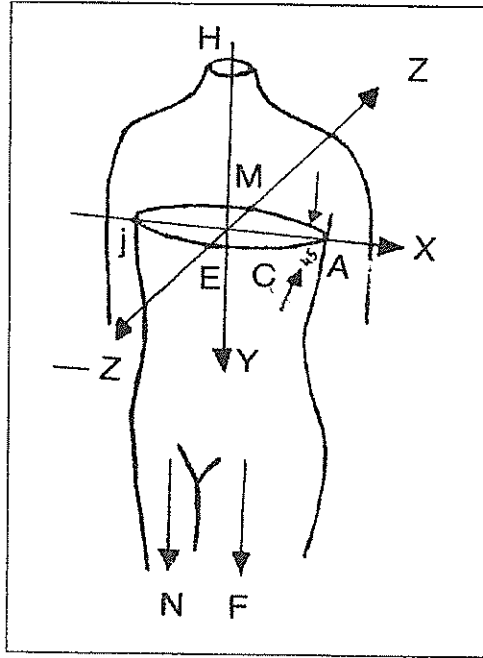
²- White, P.D.: Neurocirculatory Asthenia. J. Amer. Med. Ass. 1950

³- التناذر هو مجموعة أعراض مرضية وليس مرضاً Syndrome.

من الأمراض القلبية، كالذبحة مثلاً. وبالتالي فإن الانهماك بعلاج الذبحة الوقائي يجب ألا يصرف نظرنا عن تشخيص هذا التناذر، وعن علاجه.

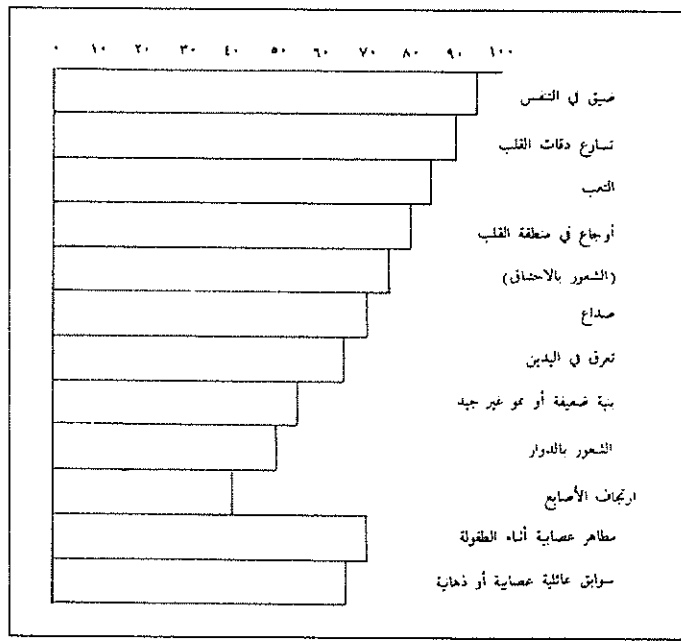
وقبل أن نستعرض العلائم العيادية المميّزة لهذا التناذر. علينا أن نذكر بضرورة استبعاد الإصابة بعدد من الأمراض، ذات الأعراض المشابهة لأعراض التناذر، قبل التسرع بوضع تشخيص تناذر قلب المحارب. وهذه الأمراض هي:

- 1- زيادة إفراز الغدة الدرقيّة. مما يقتضي تحديد نسبة الـ T3.
- 2- انسداد الصمام القلبي (Prolapsus de la valve Mitrale) مما يقتضي الانتباه إلى عدم وجود صفير ما بعد انقباضي (Souffle Téléstystonique)
- 3- الإصابة بتناذر إكس (سنشرحه في الفصل الرابع).
- 4- حصول تضخم القلب، ويمكن تحديد ذلك من خلال التخطيط الكهربائي للقلب ويفضل إجراء التخطيط حسب نظام Frank⁽¹⁾.



أما عن أعراض هذا التناذر، فإننا نلخصها بالجدول التالي الذي يعرض النسبة المثوية لتردادها.

¹ - تخطيط القلب الكهربائي على طريقة Frank المسماة أيضاً بالتخطيط المتعامد. هو تخطيط يعتمد على 3 متعامدات هم VZ, VY, VX وفق الصورة التالية:



جدول رقم 4: جدول يمثل نسبة ترداد المظاهر النفسية - الجسدية لدى مرضى داكوستا

2- تناذر القلب الزائد الحيوية (Coeur Hyperkidétique)

لغاية فترة قريبة، كان معظم العلماء ميالين لتصنيف هذا التناذر ضمن أمراض القلب العضوية. وذلك انطلاقاً من فرضية مفادها أن زيادة حيوية القلب تؤدي مع الوقت إلى تضخمه. أما عن تفصيل هذه الفرضية فهو التالي: يؤدي القلق إلى زيادة حيوية انقباضات القلب، مما يؤدي بالتالي إلى زيادة عدد دقات القلب، وكذلك إلى خفقانه. وهكذا يظهر القلق من جديد. وهكذا دواليك يغذي القلق، ويغذي الخفقان القلق لغاية حدوث تضخم البطين الأيسر، كمرحلة أولى، ومن ثم تضخم القلب بأكمله.

إلا أنه قد تم حديثاً إثبات عدم صحة هذه النظرية. ولعلّ أبرز الأبحاث في هذا المجال هي أبحاث البروفسورين Guazzi, Fiorentini⁽¹⁾ اللذين خلصا إلى نتيجة مفادها:

إن القلق يؤدي إلى زيادة نشاط، والعكس بالعكس. بحيث يمكننا القول بأن هذا الدعم هو المسؤول عن استمرارية زيادة حيوية القلب. إلا أن هذا التناذر لا يغدو كونه تناذراً وظيفياً بحتاً، وهو لا يؤدي مطلقاً إلى تضخم القلب، ولا لأية إصابة قلبية عضوية.

¹ - Guazzi et Fiorentini, C: stress- induced and sympathetically mediated electro cardiographic and circulatory variations the primary hyperkinetic heart syndr. Cardiovasc. Res. 9, 343 (1975).

أما عن الأعراض المميزة لهذا التناذر فهي التالية:

- القلق النفسي.
- خفقان القلب.
- الإحساس الذاتي بوخز (لدغة) في منطقة القلب.
- زيادة نشاط القلب. سواءً من حيث عدد نبضاته، أو من حيث كمية الدم التي يضخها.
- زيادة الـ inotropie.

وهذه الأعراض تتأثر مباشرة بإفراز الأدرينالين، فهي تزداد حدة لدى تعرض المريض للأسباب المؤدية لزيادة إفراز الأدرينالين (مثل الإرهاق). وكذلك فإنها تتناقص تدريجياً حتى تختفي في حالات إعاقة إفراز الأدرينالين، أو إعاقة تثبيته. كما يحصل لدى استعمالنا للعقاقير صادات بيتا، مثل البروبرانولول، وغيره.

هذا، وقد أجريت دراسة في كرايوفا ما بين العامين 1980 و 1983⁽¹⁾ تحت رعاية البروفيسور Moronescu. وقد تناولت هذه الدراسة 80 مريضاً مصابين بارتفاع الضغط. ومن بين هؤلاء، كان عدد المرضى الذين يمتازون بزيادة حيوية القلب (في هذه الحالة تعتبر زيادة الحيوية ثانوية) يبلغ 29 مريضاً من أصل الـ 80 مريضاً. كما أخذنا خلال هذه الدراسة 15 شاهداً، منهم 7 مرضى يعانون من تناذر القلب الزائد الحيوية. وخلال هذه الدراسة توصلنا للنتائج التالية:

1- تابعنا لمدة ثلاث سنوات المرضى السبعة المصابين بتناذر القلب الزائد الحيوية، ولم نلاحظ تضخم البطين الأيسر لدى أي منهم. وكان من الممكن الحد من مظاهر هذا التناذر عن طريق إعطاء المريض 20 ملغ بروبرانولول جرعة واحدة. كما كان من الممكن أن نسيطر على مظاهر هذا التناذر عن طريق إعطاء المريض 40 ملغ بروبرانولول صباحاً ومساءً.

2- من ضمن مرضى ارتفاع الضغط كانت نسبة المصابين بتضخم البطين الأيسر كالتالي:

5.88% لدى مرضى الضغط المترافق بزيادة حيوية القلب.

22.2% لدى مرضى الضغط دون زيادة حيوية القلب.

وهكذا نلاحظ بأن زيادة حيوية القلب لا تؤدي، ولا تزيد من تعرض القلب للتضخم، أو للإصابات العضوية.

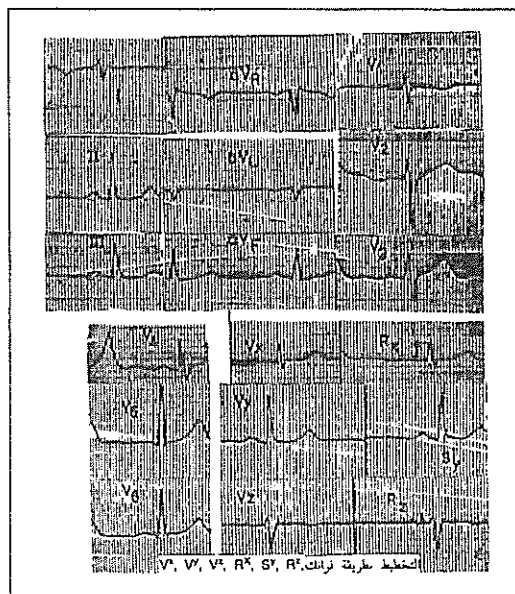
وفي رأي البروفيسورين Guazzi , Fiorentini أن تحديد الدور الذي يلعبه الإرهاق النفسي، في ظهور وتمركز أعراض قلبية - وظيفية، وبخاصة تناذر القلب الزائد الحيوية، هو تحديد صعب، وذلك للأسباب التالية:

¹ - Nabelsi M. Musatescu, R: influence de B. bloquante sur IH. T. A. Univ. Criova. 1983.

- 1- من الصعب علينا أن نتوصل لقياس موضوعي لأعراض لا تتسم بالموضوعية. فإحساسات المريض هي إحساسات ذاتية، يختلف الإعراب عنها، وعن حدثها من شخص لآخر.
- 2- من السبب الأول تتبع عدم مقدرتنا على تتبع القدرة الفعلية للعلاج.
- 3- في حالة القلب الزائد الحيوية، نلاحظ بأن القلق النفسي يؤدي إلى تسارع نبض القلب، والعكس بالعكس. وهذا الدعم المتبادل هو المسؤول عن استمرار زيادة نشاط القلب.
- 4- إن العلاج الأمثل لهذا التناذر هو إعطاء المريض جرعة تتراوح بين 40 و 80 مع بروبرانولول يومياً.

وفي النهاية، لا بد لنا من الإشارة إلى أننا قبل أن نضع تشخيص مثل هذا التناذر علينا أن نستبعد أولاً الإصابة بآحد الأمراض التالية:

- 1- زيادة إفرازات الغدة الدرقية، مما يقتضي قياس الـ T3.
- 2- تضيق الصمام الأورطي، مما يقتضي إجراء تخطيط كهربائي للقلب.
- 3- انسداد الصمام القلبي. ومن الممكن تمييزه من خلال الاستماع لدقات القلب، ومن خلال وجود صفير ما بعد انقباضي بين هذه الدقات.
- 4- مرض أديسون.
- 5- السرطانات.



جدول رقم (5) صورة تبين تخطيط القلب بالطريقة العادية

وكذلك بطريقة فرانك FRANK. والأخيرة هي الأدق بالنسبة لتحديد الإصابة بتضخم البطين الأيسر. وعلى هذه الطريقة اعتمدنا في دراسة كرايوفا التي أشرنا إليها.

3-تناذر انخفاض الضغط الانفعالي:

عادة ينشأ تناذر انخفاض الضغط عن إصابات عضوية من نوع السكري، إصابات العمود الفقري، الزهري، إدمان الكحول، الشلل الارتعاشي⁽¹⁾... إلخ. إلا أننا سوف نناقش هنا انخفاض الضغط الانفعالي، أي انخفاض الضغط الناجم عن الاضطرابات ذات الطبيعة النفسية.

وهذا النوع من انخفاض الضغط يمتاز بوجود ميول انهيارية وأضحة لدى المريض. هذا بالإضافة إلى رغبة المريض الجامحة في رد أية أعراض جسدية إلى المرض. مما ينم عن ميول هستيرية تختلف في حدتها من مريض إلى آخر.

ومن الملاحظات المهمة في هذا المجال، ملاحظة البروفسور Christian الذي يقول بأن غالبية مرضى هذا التناذر، وبسبب طبيعتهم الانفعالية، لا يتقبلون علاج العقاقير الطويل الأمد، ولا يواظبون عليه. الأمر الذي يقتضي اتباع طرق العلاج الفيزيائي المرفق بالنظام الغذائي الملائم، وأيضاً بالعلاج النفسي، على أنواعه، الذي يمكن أن يكون:

1- العلاج النفسي الداعم لمعنويات المريض. والمقوم لسلوكه.

2- العلاج الاسترخائي⁽²⁾.

3- العلاج بالتحليل النفسي، وهو علاج طويل قلما يتقبله مريض انخفاض الضغط.

وقد أثبتت التجارب العيادية العديدة بأن العلاج النفسي الداعم، إذا ما استطاع أن يساعد المريض على التكيف مع ظروفه العائلية، الاجتماعية والمهنية، يستطيع لوحده أن يضع حداً لهذا التناذر، وذلك دون أي علاج دوائي.

ومسألة التمييز بين انخفاض الضغط العضوي، وبين ذلك الوظيفي - الانفعالي هي مسألة سهلة نسبياً. وخاصة في حالة انخفاض الضغط في وضع الوقوف، حيث يعود السبب غالباً إلى اضطرابات عضوية عصبية تجعل من الصعب على الشرايين أن تتكيف مع الوضع الجديد (أي وضع الوقوف). وفي هذه الحالة، فإننا غالباً ما نلاحظ أن انخفاض الضغط يكون مصاحباً بعدد من العلائم العيادية، مثل: قصور الجهاز العصبي التلقائي⁽³⁾ أو غياب ارتكاس حدقة العين،

¹ - الشلل الرعاشي أو داء باركنسون. Parkinson.

² - من أجل معرفة أفضل للعلاج الاسترخائي يمكن مراجعة أحد الكتب التالية:

- les annales de Sophrologie medicale.

- الأمراض النفسية وعلاجها د. م. نابلسي ص 160.

- العلاج النفسي الحديث د. عبد الستار إبراهيم، سلسلة عالم المعرفة.

³ - System nerveux autonome

أو اضطرابات إفراز العرق، أو الضعف الجنسي، أو اضطرابات العضلات العاصرة (Sphincter) أو غيرها من العلائم التي تدل على الإصابة بمرض عضوي معين. وعلى أية حال، فإننا نورد الجدول التالي الذي يوضح الفوارق بين هذين النوعين من انخفاض الضغط.

انخفاض الضغط العضوي	انخفاض الضغط الوظيفي	
غائبة أو بطيئة	طبيعية أو مرتفعة	نبضات الشرايين
عدم إمكانية تكيف الشرايين وبالتالي حدوث تغير بالضغط.	تكيف الشرايين بحيث لا يتغير الضغط	الإنحناء
عدم وجود ردة فعل للشرايين مما يؤدي إلى زيادة الضغط.	ردة فعل مرتفعة للشرايين لا تؤدي لزيادة الضغط.	طريقة Bürger المؤدية إلى ارتفاع الضغط داخل الشريان الأبهري.
مرتفعة	طبيعية	ردة فعل الشرايين أمام العقاقير المضيقية للشرايين
نادرة	عديدة مرافقة بميول انفعالية	الشكاوى المرضية

جدول رقم 6: جدول يمثل مقارنة مظاهر انخفاض الضغط الانفعالي مع مظاهر انخفاض الضغط العضوي.

4 - تسارع النبض العشوائي الفوق بطيني (Tachycardie Paroxystique Supraventriculaire)

ويسمى أيضا بمرض بوفيري (Maladie de Bouveret) ويظهر هذا التسارع عقب الإرهاق الجسدي، أو الانفعال النفسي. كما يظهر أحيانا دون سبب واضح، أو نتيجة لتغيير وضع الرأس، أو الجسد، بسرعة.

وهذا التسارع يبدأ عادة بشعور مضمض بفعال (DECLIC) الصدر. يعقبه مباشرة الإحساس المستمر بالخفقان الشديد للقلب. وهذا الخفقان غالبا ما يصاحب بالإحساس بالضغط على الصدر، الإحساس بالدوار، الغثيان، وأحيانا القيء، كما يترافق هذا التسارع في بعض الأحيان مع الإغماء وفقدان الوعي.

كما يتأثر نبض القلب بهذا التسارع فيرتفع ليرتفع بين 140 و 210 نبضات في الدقيقة. وفي النهاية نلاحظ أن نوبات التسارع هذه تنتهي بشكل فجائي تماما كما بدأت.

وفي أغلب الأحيان نلاحظ بأن هذه النوبات تتكرر لدى بعض المرضى، بحيث يلاحظ هؤلاء أن بإمكانهم أن يتخلصوا منها، أو أن يحدوا من تطورها عن طريق القيام بحركات معينة قد يكتشفونها لوحدهم، أو قد ينقلونها عن الطبيب الذي عالجهم أثناء نوباتهم السابقة. ولنتعرض معا هذه الحركات:

1- بلع لقمة غذائية ضخمة.

2- إحداث القيء عن طريق إدخال إصبعين في الفم لغاية البلعوم.

3- اتخاذ وضع معين، كأن يحتفظ برأسه بوضع الانحناء إلى الإمام.

4- الضغط على مقلة العين (وهي مغمضة طبعاً).

5- الضغط على منطقة الـ (Syno – carotidien)

6- تحسس سقف الحلق بطرف اللسان.

ومما لاشك فيه أن مثل هذه النوبات تكون مصدر قلق وإزعاج كبيرين بالنسبة للمريض. إلا أن هذه النوبات لا تشكل خطورة حياتية على المريض. إلا في حالة تزامن هذه النوبات مع أمراض قلبية أخرى ذات طبيعة عضوية، مثل قصور القلب، موت عضلة قلبية، تضيق الصمام القلبي... إلخ.

ففي مثل هذه الحالات وجب الحذر الشديد، والحوّول دون تكرار هذه النوبات، عن طريق منع أسبابها، وإخطار المريض بالخطوات الواجب اتخاذها ريثما يحضر الطبيب.

5 - التناذر العصبي. النباتي Syndrome neuro vegetative:

تحت هذا الاسم تنضوي مجموعة من الأمراض النفسية - الوظيفية، التي تعود أسبابها إلى الاضطرابات الوظيفية البحتة. أي التي لا تكون مرافقة بأيّة إصابة عضوية.

ولهذا السبب، فإننا قبل أن نضع تشخيص التناذر العصبي - النباتي. علينا أولاً التأكد من عدم وجود أية إصابة عضوية هنالك، حيث تحدث الاضطرابات الوظيفية.

ونحن، لكي نستطيع تحديد الإصابة بهذا التناذر، علينا أولاً أن نقوم بقياس حيوية الجهاز العصبي - النباتي. وهذا القياس ممكن أن يتم بطرق متنوعة. فمنها ما يسمى بالاختبارات الدوائية، وذلك عن طريق إعطاء المريض إحدى المواد التالية: الأدرينالين (Adrenaline) البيلوكاربين (Pilocarpine) (Atropine) الأتروبين، الميكوليل (Mecholyle) أو النور أدرينالين (Noradrenaline). ومن طرق قياس حيوية الجهاز النباتي، هنالك أيضاً طرق التخطيط الكهربائي، وهي: Plethymographie و Galvanique و Microvibration على أن الطريقة الثالثة والأخيرة لقياس حيوية الجهاز النباتي هي الاختبارات التي تجري على صعيد القلب والشرابين. وهذه الاختبارات هي:

يفضل غالبية الأطباء البسيكوسوماتيين إجراء هذا الاختبار وذلك بسبب سهولته. ويتلخص هذا الاختبار بإحداث تغيرات في دينامية الدورة الدموية. وذلك عن طريق قياس ضغط الدم، وعدد دقات القلب، في وضعي الاستلقاء والوقوف، والمقارنة بين الأرقام المسجلة في كل من هذين الوضعين.

وهذه المقارنة في حالة زيادة حيوية الجهاز العصبي - النباتي تتيح لنا ملاحظة أحد نمطين يمثل انعكاس هذه الزيادة، وهما:

1- النمط المنخفض النشاط Type Hypodynamique.

2- النمط المنخفض الحيوية Type Hypotonique.

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

2- النمط المنخفض الحيوية: وبدوره يمتاز بتسارع نبض القلب. إلا أنه يتميز بانخفاض قيمتي الضغط القصوى والدنيا.

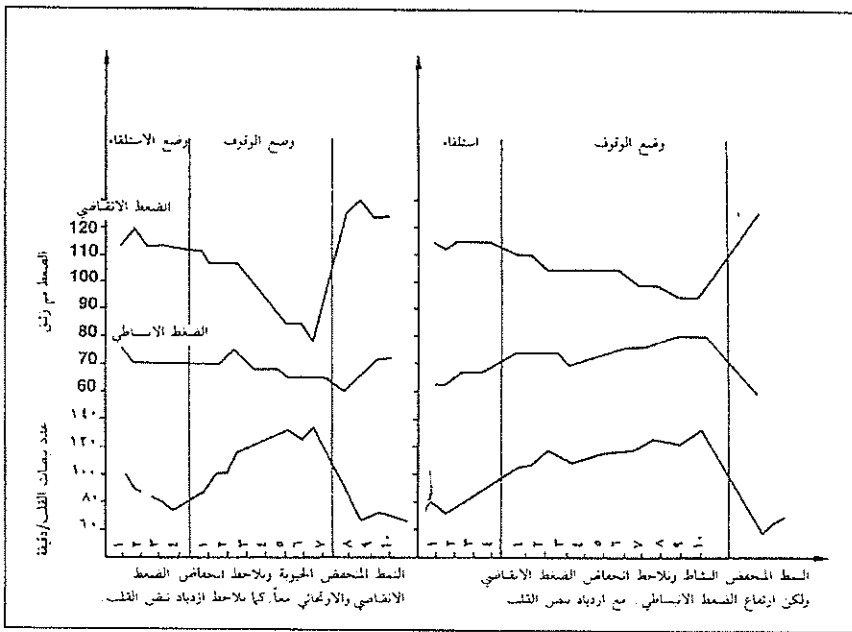
ب- اختبار اضعاف الموجة (T)⁽²⁾

وهذا الاختبار هو أيضاً كثير الاستعمال. وهو كذلك أكثر دقة من الاختبار السابق. إلا أنه من الممكن أن يساهم في خلق وسواس مرض القلب، أو تغذيته لهذا الوسواس. وفي أية حال، فإننا نفضل هذا الاختبار، الذي يقتضي إجراء تخطيط القلب الكهربائي للمريض في وضعي الاستلقاء والوقوف. والقيام بالمقارنة بين الموجة (T) في كلا التخطيطين. فإذا كان الفارق بينهما يساوي أو يزيد عن 0.12 ميلي فولت، فإن ذلك يعني وجود التناذر العصبي - النباتي. أما عندما لا يصل الانخفاض إلى هذا الحد فإن ذلك ينفي وجود هذا التناذر.

هذا، ومن وجهة نظر عيادية، فإن هذه الاختبارات التي تثبت وجود هذا التناذر ممكن استعمالها للتحقق من وجود التناذرات التي كنا قد ذكرناها سابقاً. خاصة وأن التناذر العصبي - النباتي يحوي تناذر قلب المحارب، انخفاض الضغط، عصاب القلب... إلخ.

¹- Schellong, F.: Regulations pr u fung des Kreislaufsleipzig 1938.

²- الموجة T هي إحدى موجات تخطيط القلب الكهربائي وقد أشرنا لها في صورة هذا التخطيط.



جدول رقم 7: رسم بياني يوضح جوابي اختبار شيلونغ Schillong

هذا ويقسم البروفيسور الياباني S. Tsutsui⁽¹⁾ هذا التناذر إلى ثلاثة أشكال هي:

1- الاضطراب العصبي - النباتي.

2- العصاب.

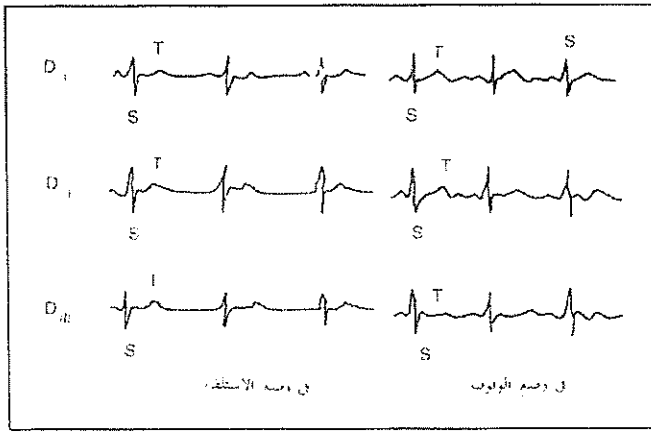
3- الانهيار المقنع⁽²⁾.

1- الاضطراب العصبي النباتي: ويقصد بهذا الشكل ذلك الاضطراب النباتي الذي يتظاهر على صعيد القلب بسبب بنية الشخص الجسدية. وهذا يعني بالطبع وجود ضعف تحسسي في الجهاز النباتي. مما يدل على أن العوامل النفسية تلعب دوراً ثانوياً في هذا الشكل من أشكال التناذر العصبي - النباتي.

2- العصاب: ويقصد بهذا الشكل من أشكال التناذر مثل الاضطرابات العصبية - النباتية التي تعود في أصلها للأسباب والعوامل النفسية. وسنشرح تفصيلاً عصاب القلب في الفقرة التالية.

¹- Tsutsui, S.; Vegetative dystonia Tokyo 1972.

²- راجع كتابنا الانهيار العصبي وعلاجه. في ذات سلسلة.



مقارنة بين تخطيط القلب في وضعي الاستلقاء والوقوف

لدى مقارنة هذين التخطيطين اللذين أجريا بالطبع للشخص ذاته في وضعي الوقوف والاستلقاء. نلاحظ بأن وضع الوقوف امتاز بازدياد عدد دقات القلب، كما نلاحظ بأن الـ ST تختلف في كل منهما.

6- عصاب القلب Nervose Cardiaque:

وهذا العصاب هو أحد أنواع عصاب القلق Nervose d'angoisse الذي وصفه في البداية Freud و Regis⁽¹⁾ وكما سبقت الإشارة فإن 75 ٪ من المصابين بهذا النوع من العصاب هم من النساء. ووفق تعريف فرويد وريجيس، فإن ظهور هذا العصاب يكون عادة مسبقا بفترة قصيرة تتابع خلالها مجموعة من الحوادث التي تترك أثارا نفسية، تؤدي بدورها إلى التدني التدريجي لقدرة الشخص على التفاعل، وعلى التكيف. وكذلك تتدنى قدرة الشخص على الاحتفاظ بهدوئه وبتقته بنفسه. وفي البداية، فإن القلق يظهر في فترات الراحة، أي حين يستطيع المرء أن يخلو لنفسه. وعادة ما تنحصر هذه الفترات في المساء. الأمر الذي يؤدي إلى تسارع نبض القلب والغثيان... إلخ. ولكن هذه الظاهرة لا تلبث أن تختفي مع الوقت. ولكنها تعود للظهور متخذة طابعا أكثر حدة. والتطور اللاحق لهذا العصاب مشروط بحدوث عوامل نفسية ذات تأثير سلبي في نفس المريض. وعندما يصل عصاب القلق إلى هذه المرحلة المعقدة، فإنه يؤدي إلى مظاهر عصبية - نفسية. فيزيولوجية من السهل التعرف عليها.

ولقد اقتضى منا المقام ذكر تعريف فرويد لعصاب القلق، لأن هذا العصاب ممكن أن يتجلى بشكل صداع، أو ضيق في التنفس أو .. إلخ. أما الآن، فإننا سنقوم بشرح عصاب القلب بالتحديد.

¹ - Freud, S. et Regis

- مضادات الانهيار.

- صادات بيتا.

- العقاقير المهدئة على أنواعها.

7- ارتفاع الضغط الانفعالي: (1)

تؤكد معظم الدراسات على العلاقة بين الاضطراب النفسي، وبين ارتفاع الضغط، وفي هذا المجال لا يسعنا إلا أن نذكر بالدراسات التالية:

1- الإرهاق النفسي المصاحب للمعارك **Battle Strain** والمتكون من عوامل الخوف والتعب والأرق... إلخ، يؤدي إلى ارتفاع الضغط. ونحن لكي نميز الإصابة بارتفاع الضغط الإنفعالي (الذي قد يصل إلى حد الحوادث الدماغية، أو الاحتشاء القلبي) بسبب المعارك عن غيره من أشكال ارتفاع الضغط، فإن الأول يجب أن تتوافر فيه الشروط التالية:

1- أن يظهر ارتفاع الضغط بعد الإرهاق الملازم للمعارك.

2- يجب أن تكون فترة المعارك طويلة نسبياً.

3- التطور المتتابع على وتيرة واحدة لغاية استقرار المرض.

4- ألا يكون المريض قد عانى من ارتفاع الضغط قبل المعارك.

2- دراسة (Maranon) التي تؤكد بأن الحالة النفسية التي يسببها انقطاع الطمث تؤدي إلى ظهور ارتفاع الضغط في 50% من الحالات. إلا أن هذا الارتفاع في الضغط قابل للتراجع إذا ما استطاعت المرأة التكيف مع وضعها الجديد.

3- دراسة الباحث (Genest) الذي يذكر حالة أرملة كانت تعيش ظروفًا حياتية صعبة. وكانت هذه المرأة قد عانت طيلة أربعة سنوات من ارتفاع في الضغط مصاحب بالصداع الشديد. وعندما دخلت هذه السيدة إلى المستشفى تخلصت بذلك من عوامل إرهاقها. الأمر الذي أدى إلى تحسن سريع وملحوس لحالتها. مما دفع بالمعالجين إلى تحويلها للعلاج النفسي الذي أعطى كما يقول Genest أفضل النتائج.

4- يقول الباحث (Facquet) بأن العلاج النفسي المرفق بالمهدئات من نوع الباربيبرات هو العلاج الناجح لارتفاع الضغط المعتدل، والغير مصحوب بالصداع.

¹ - راجع أحد كتبنا 1- الأمراض النفسية وعلاجها أو 2- ارتفاع الضغط الانفعالي.

5- إن قواعد وأسس الحياة العسكرية كفيّلة، وخاصة في أعمار معينة، أن تؤدي إلى تطور وتعقيد حالة ارتفاع ضغط سابقة لهذه الظروف.

أما العالم Bringer فيحاول أن يحدد لنا شخصية مريض ارتفاع الضغط. ويعرف هذه الشخصية على النحو التالي:

- 1- غير قادر على تجاوز العقبات المرتبطة بصراعه النفسي، وهذا يعني ميلا انهياريا.
- 2- غير قادر على كبت ميوله العدائية.
- 3- غير قادر على إحداث عصاب عضوي منظم.
- 4- يعاني نقصا في قدرته على الخلق (Fantaisie).

الفصل الرابع

أمراض القلب النفسية - العضوية

□ تناذر إكس.

□ أمراض القلب الانسدادية

أ- المؤئلة: / الذبحة القلبية - الاحتشاء القلبي - التناذر الوسيطى/.

ب- غير المؤئلة.

بعد استعراضنا للاضطرابات الفيزيولوجية وللتناذرات النفسية - الوظيفية، بقي علينا أن نستعرض الأمراض القلبية النفسية - العضوية، والتي سبقت الإشارة إليها في الفصول السابقة. والواقع أن مجموعة الأمراض القلبية، النفسية - العضوية، هي من الأمراض الخطرة التي يمكن أن تهدد حياة المريض. وفي مثل هذه الحالات، فإن إزالة عوامل الإرهاق هي من الخطوات الرئيسية للعلاج الهادف إلى منع المرض، والحوؤل دون تكراره، وكذلك الحوؤل دون مضاعفاته الخطرة.

ونحن لو حاولنا تقسيم هذه المجموعة من الأمراض لوجدنا أنها تنقسم إلى:

1- تناذر إكس Syndrome X.

2- أمراض القلب الإنسدادية، وتقسم بدورها إلى قسمين:

أ- المؤئلة:

1- الذبحة القلبية Angine Pectorale.

2- الاحتشاء القلبي infarct Myocardique.

3- التناذر الوسيطى Sydr. Intermé diair.

ب- غير مؤئلة:

وتحوي أمراض السداد القلبي التي لا يمكن تبيينها إلا من خلال التخطيط الكهربائي للقلب، وسنعمد إلى مناقشة أمراض القلب الإنسدادية ككل.

ويعرف هذا التناذر أيضاً باسم تناذر ليكوف Sydr. Likoff وقد عرف هذا التناذر للمرة الأولى في العام 1910. حين ابتدأ الأطباء بملاحظة احتمال حدوث الأمراض الإنسدادية، على صعيد القلب، لدى أشخاص يملكون شرايين تاجية سليمة. خاصة بعد تأكدهم من سلامة هذه الشرايين بعد تشريحهم لجثث هؤلاء المرضى.

إلا أن التحديد الدقيق لهذا التناذر، ولعلائمه العيادية، لم يتم إلا في العام 1967⁽¹⁾. وتوالت بعد ذلك الدراسات حول هذا الموضوع. فالبروفسور W.proudfit⁽²⁾ يرى بأن 37% من مرضى الذبحة القلبية هم في الأساس مرضى — تناذر إكس. في حين يرى البروفسور H.G.Kemp⁽³⁾ بأن هذه النسبة لا تتعدى الـ 10%.

ولكننا في دراستنا هذه نميل إلى تأييد رأي العالم A.maseri⁽⁴⁾ ومعاونيه، الذي تابع عدداً كبيراً من مرضى الانسداد القلبي، والذي يعتبر بأن نسبة المصابين به، دون أن يكونوا مصابين بأعطال في شرايينهم التاجية، هي 7% من مجموع مرضى الانسداد القلبي. واعتمادنا لرأي العالم Maseri لا ينفي بالطبع فرضية البروفسور Prondfit باحتمال أن يكون تناذر إكس مسبباً لانسداد الشرايين في 37% من الحالات. إلا أن هذه الفرضية لا تزال بحاجة للبرهان.

وعلى أية حال فإن ضخامة عدد المصابين بأمراض القلب، وتساعد هذا العدد باضطراب، يجعل من هؤلاء الـ 7% عدداً ضخماً، ويجرنا بالتالي إلى مناقشة المظاهر العيادية لهذا التناذر وهي التالية:

- 1- أوجاع صدرية مردها التعرض للإرهاق الحاد. ويمكننا إحداث هذه الأوجاع عن طريق تعريض المريض لإرهاق جسدي، أو نفسي، حاد.
- 2- يبين تخطيط القلب الكهربائي انخفاض الـ T والـ ST بنسبة تساوي وأحياناً تتعدى الـ 0.2 مل فولت.
- 3- ازدياد إفراز الـ Lactate⁽⁵⁾ أثناء تعريض المريض للإرهاق. وذلك عندما يتعدى انخفاض الـ ST

¹ - Likoff, W. et al: paradox of normal selective coronary arteriograms in patient considered to have an unmistakable coronary heart disease. New Engl. J. Med, 276, 1063. (1967).

² - Proudfit, W.L: selective cine coronary arteriographic circulation 33, 901.

³ - Kemp, H.G: anginal sydr. With normal coronary arteriography. Trans. Ass. Amer. Pys 80, 59 (197867).

⁴ - Maseri, A. and Col: Coronary vaso spasme as a possible cause of myocardial infarction Neur Engl. J. Med. 299, 1271 (1978).

⁵ - Boudoulas: Myocardial Lactate production in patient with Anginalike chest pain. Amer j. cardiol 34. 501 (1974).

الـ 2٪ م فولت. وحقيقة الأمر، فإن الدراسات حول هذا التناذر لا تزال في يمهدها. ويسرنا أن نعرض آخر المستجدات⁽¹⁾ في هذا المجال، وهي التالية:

- 1- يظهر هذا التناذر في سن متوسطه 45 عاماً.
 - 2- يحدث هذا التناذر لدى النساء أكثر منه لدى الرجال.
 - 3- الألم المرافق لهذا التناذر يختلف عن ألم الذبحة القلبية من حيث حدته ومدته. فمدة هذا الألم تزيد عادة عن العشرين دقيقة، وقد تستمر ساعات، بل أياماً. أما من حيث الحدة، فإن حدة هذا الألم تظل أقل من ألم الاحتشاء القلبي بنسبة كبيرة.
 - 4- إن الآلام المرافقة لهذا التناذر لا تزول مع زوال عوامل الإرهاق النفسي والجسدي الذي أدى إليها. بل إنها تدوم وقتاً طويلاً بعد إزالة هذه العوامل.
 - 5- يلاحظ LAVAY (2) أن 70٪ من مرضى تناذر إكس. يتحسنون تلقائياً بعد عدة سنوات. ولكن ذلك لا ينفي بالطبع خطر تعرضهم للإصابة بالذبحة، أو الاحتشاء، خلال هذه المدة.
 - 6- أثبتت التجارب العيادية بأن استعمال النيترات والـ Nifedipine في علاج هذا التناذر لا يعطي أية نتيجة.
 - 7- يرى بعض الباحثين (3) أن استعمال صادات بيتا يعطي نتائج مؤقتة في علاج هذا التناذر. إلا أن الآلام لا تلبث أن تعود للظهور.
 - 8- يؤكد العلمان Sowton و Day (4) أن استعمال عقار الـ Perhexiline (5) يعطي نتيجة فعالة في علاج تناذر إكس وآلامه.
- 2- أمراض القلب الإنسدادية.

إن حديثنا سيركز على الذبحة، الاحتشاء والتناذر الوسطي. أي على هذه الأمراض التي يطلق عليها اسم أمراض الشرايين التاجية الإنسدادية المؤلمة، وهذه الأمراض هي كناية عن حوادث

¹- Kaindl, F. et zilcher, H: Douleur d'allure Angineuse en l'absence de maladie Caronarienne 1980.

²- Lavay, E.B. Continvig disaility of patients with chest pain and normal coronary arterigrams J orbon Dis 32, 191 (1979).

³- Day, L.J. et Sowton, E: the treatement of Angina pectoris practioner 220, 965 (1978).

⁴- Day, L.J. et Sowton, E: clinical features and follow - upof patient with Angina and normal coronary arteries lancet 1976/11, 334.

⁵ - Perhexiline هي الاسم العلمي للعقار المعروف باسم Pexid.

فجائية، تشكل في بعض الأحيان خطراً على حياة المريض، وهي على أية حال أحد أهم الطوارئ الطبية على وجه العموم.

أما العوامل المشجعة لظهور هذه الأمراض فهي كثيرة ومتنوعة، نذكر منها: التدخين، زيادة نسبة الكوليسترول في الدم، وكذلك الدهون الغذائية، ارتفاع الضغط، السكري، تصلب الشرايين... إلخ.

ولكن هذه العوامل، المسماة بالعوامل المعرضة لخطر الإصابة بالذبحة، ممكن أن تعيب كلياً، ومع ذلك تحدث الإصابة بأمراض القلب الإنسدادية. وقد رأينا ذلك لدى 7% من هؤلاء المرضى المصابين بتناذر إكس.

إلا أن العالم Keys⁽¹⁾ يرى بأن العوامل المعرضة لخطر الإصابة بالذبحة لا تستطيع أن تفسر لنا سبب حدوث الإنسداد سوى في 50% من الحالات. وبمعنى آخر فإن هذا العالم يرى بأن هنالك 50% من مرضى الانسداد القلبي الذين لا يوجد لديهم من العوامل المذكورة أعلاه ما يبرر حدوث انسداد الشرايين.

وهذا الواقع دفع بالباحثين إلى البحث عن أسباب وعوامل أخرى تستطيع أن تفسر لنا حدوث هذه الأمراض، بحيث يكون هذا التفسير أوضح وأعم، ومن هذه النظريات نذكر:

1- النظرية الوقائية: افترض بعض العلماء بأن زيادة الكوليستيرول في الدم، المؤدية إلى ترسب الكوليستيرول على جدار الأوعية الدموية، هي بمثابة وسيلة دفاعية يتبعها الجسد أمام المسبب الفعلي لانسداد الشرايين. إلا أن التجارب العيادية أثبتت بأن تناول شخص ما للأطعمة الحاوية على الكوليستيرول بنسبة كبيرة يؤدي إلى تعاضم احتمال حدوث الانسداد لدى هذا الشخص. ومع أن هذه النتيجة تدحض هذه النظرية، إلا أن الأبحاث لا تزال قائمة، محاولة إثبات صحة هذه النظرية.

2- النظرية الوراثية: يميل أصحاب هذه النظرية إلى تبني نظرية مفادها: إن وراثية الشرايين الرديئة هي العامل الرئيسي المؤدي إلى الإصابة بانسداد الشرايين. وذلك بغض النظر عن أية عوامل أخرى هي، في نظرهم، علائم عيادية، وليست دوافع للإصابة بالأمراض الانسدادية.

3- نظرية التخثر والانهلال: وتعتبر هذه النظرية بأن خثرة الدم المحدثه للانسداد تتكون داخل الشرايين، ولكنها لا تلبث أن تتحلل تلقائياً. وهكذا فإن تشريح قلب المتوفى لا يظهر لنا وجود أية أعطال وهكذا فإن تشريح قلب المتوفى لا يظهر لنا وجود أية إعطال بالشرايين أو بالعضلات

¹- Keys, A, Taylor, H.L: Mortality and coronary heart disease among men studied for years. Med 128, 201 (1971).

القلبية. ويعتمد متبعو هذه النظرية على فرضية مفادها: حدوث اضطرابات في تحرير المخثر (A2)⁽¹⁾ الذي يؤدي إلى تكوين الخثرة، وكذلك اضطراب في تحرير Prostacycline⁽²⁾ من جدار الأوعية الدموية. وهذه المادة تؤدي إلى ذوبان الخثرة وكذلك إلى توسع الشرايين.

ويؤكد بعض العلماء⁽³⁾ بأن حدوث هذا النوع من الانسداد يكون أكثر حدوثاً لدى النساء المدخنات، واللواتي يتناولن مضادات الحمل الحاوية على الأستروجين. في حين يؤكد عدد آخر من العلماء بأن الاضطرابات النفسية - الجسدية تلعب دوراً رئيسياً في حدوث⁽⁴⁾ اضطرابات تحرير كل من الـ A2 و I2.

وفي النهاية نشير إلى أن أصحاب هذه الفرضية لم يتمكنوا لغاية الآن من إثباتها بالطرق العلمية المقنعة، وهكذا فإنها تبقى مجرد نظرية.

4- نظريات السدادات المصغرة Microembolisme

وتفترض هذه النظرية حدوث الانسداد القلبي نتيجة لوجود عدد كبير من الـ Microembolisme التي لا تلبث أن تختفي، بعد إحداثها للذبحة، أو للاحتشاء، في مجرى الدم.

إلا أن العالم Baroldie⁽⁵⁾ درس هذا الاحتمال لدى مرضى تناذر موسكو فيتش المعروف بـ Purpura thrombocytopénique thrombotique فوجد أن احتمال توجه السدادات الصغرى إلى الشرايين التاجية هو احتمال ضئيل. بل إن غالبها يتوجه نحو الكليتين حيث يسبب المضاعفات الخطيرة. وهكذا سقطت هذه النظرية.

5- نظرية تشنج الشرايين التاجية

يتفق العلماء على أن هذه النظرية هي الأقرب للواقع. فهي جديرة بأن تشرح لنا سبب حدوث الانسداد القلبي لدى المرضى الذين لا يشكون أعطالاً في شرايينهم التاجية، ولا من عوامل الخطر المؤدية للإصابة بهذا الانسداد. ويؤكد هؤلاء العلماء بأن هذا التشنج ينجم عن اضطرابات نفسية

¹ - الخثر A2 هو بروتين معقد التركيب يؤدي إلى إحداث الخثرة الدموية.

² - Steinberg, D: Research related to underlying mechanisms in atherosclerosis, circulation 60, 1559 (1979).

³ - Royal college of general practitioners: Mortality among oral contraceptive users lancet 1977/11, 727.

⁴ - Douleur d'Allure Angineuse en l'absence de maladie coronarienne F. Kaindl et H. Selcher (1980)

⁵ - Baroldi, G: primary and secondary angina pectoris p. 305 (grun and stratton 1976).

- عضوية هي بدورها ناجمة عن اضطرابات ذات طبيعة نفسية - اجتماعية.⁽¹⁾

6- تصاعد الحاجات الأيضية

Besoin métaboliques للعضلات القلبية:⁽²⁾

ويحدث مثل هذا التصاعد في حالات ارتفاع نسبة الكالسيوم في الدم، والمقرونة بزيادة إفراز الغدة الجنب الدرقية Parathyroïde الحادة. ولكن هذه حالة خاصة من حالات الإصابة بالانسداد القلبي. وبالتالي، فإن هذه النظرية غير صالحة للتعميم. وتجدر الإشارة بأن تصاعد الحاجات الأيضية يمكن أن يؤدي إلى الإصابة بالانسداد القلبي، بالرغم من عدم وجود العوامل المشجعة على هذه الإصابة.

7- النظرية النفسية - الجسدية:

رأينا أن قسماً من النظريات السابقة تركز على دور العوامل النفسية - الاجتماعية والنفسية - الجسدية في إحداث الانسداد القلبي، وذلك في غياب عوامل الخطر المؤدية لهذا الانسداد. إلا أن أصحاب النظرية النفسية - الجسدية يعتبرون بأن عوامل الإرهاق النفسي، وما يصاحبها من اضطرابات عصبية - هورمونية. هي سبب رئيسي في حدوث الانسداد. وهم يقدمون هذا السبب على مجموع العوامل التقليدية المعروفة كمسبب لهذا الانسداد.

والواقع أن هذه النظرية هي الوحيدة التي استطاعت أن تحقق تقدماً ملحوظاً في أبحاثها، محرزة بذلك تقدماً كبيراً نحو دعم صحتها.

ويرأس هذا الاتجاه العالم الأميركي Friedman الذي حدد نمطاً سلوكياً معيناً لدى مرض الانسداد القلبي، وقد سمى فريدمان هذا النمط بالنمط السلوكي، أو يرمز له باختصار بـ: S.C.T.A⁽³⁾ وقد أظهرت التجارب بأن تبني شخص ما لهذا النمط يؤدي إلى تعاضل احتمال إصابته بمرض قلبي انسدادى وذلك بنسبة 37. 2 ضعفاً.⁽⁴⁾

ويفسر لنا روزنمان هذا النمط السلوكي، أي الـ S.C.T.A على النحو التالي:

إن هذا النمط هو عبارة عن علاقة بين الفعل والانفعال. وهذه العلاقة تصبح أكثر حدة

¹ - Carey, R.J: Self - predicted fata myocardial infraction in absence of coronary - artery disease lancet 1980/1, 159.

² - Glogar, D, zilcher, H: calcium in duzierte Nekrasen des herzmuskels todesursache bei akutem Hyper parathyroidismus. Detsch med. Wshr 105, 307, 1980.

³ - S.C.T.A هي اختصار لـ: Shema Comortamental Type A

⁴ - W.C.G.S هي اختصار لـ: Western collabrative Group Study.

وظهوراً لدى الأشخاص الذين يخوضون صراعاً بهدف الحصول، وبأقل وقت ممكن، على عدد معين من الأشياء والأهداف. ومتبع هذا النمط يختلف اختلافاً كبيراً عن الشاعر بالقلق. فالأخير يتراجع طالباً للنصح والمساعدة إذا ما أحس أن نصاب الأمور يكاد يفلت من يديه. وهذه الحالة هي عكس حالة متبع الـ S.C.T.A الذي قد يظهر الوداعة أمام الحواجز التي تعرض له، ولكنه أبداً لا يتراجع عن أهدافه. وفي النهاية نذكر بإحدى أكبر وأهم الدراسات الداعمة لهذه النظرية، ونقصد بها الدراسة التي نشرتها الـ W.C.G.S. وقد تابع الباحثون خلال هذه الدراسة عدداً من الأشخاص بلغ 3154 مشخّصاً. وذلك لفترة ثمانية سنوات ونصف السنة. وكانت أعمارهم تتراوح بين 39 و59 شخصاً، وكانوا جميعهم من الذكور.

وأثناء هذه الدراسة قام الباحثون بتحديد متبعي الـ S.C.T.A من بين المصابين بأمراض الانسداد القلبي. وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة أن 71% من مرضى الانسداد القلبي هم ممن يتبعون الـ S.C.T.A.

وهذه النتيجة أدت إلى تدعيم آراء هذه المدرسة وهيمنتها على بقية المدارس.

العلاج النفسي لأمراض القلب

- دور العلاج النفسي.
- العلاج الدوائي.
- الاسترخاء.

1- دور العلاج النفسي:

يهدف العلاج النفسي لمريض القلب إلى إيصال هذا المريض إلى المستويين الذهني والجسدي المتلائمين لحالة قلبه Zohman.

يحس مريض القلب بأن ذاته (الأنَا الفرويدية)⁽¹⁾ قد تعرضت لاعتداء داخلي أدى إلى تخلي قلبه، وهو أحد الأعضاء الحيوية، عن دعمه ومساندته ليخوض معاركه في عالم الناس الأصحاء.

ولكننا عندما نلقي نظرة سريعة على مختلف التناذرات والأمراض المعروضة في الفصول السابقة نلاحظ أن هذا الاعتداء الداخلي غالباً ما يكون وهمياً، ومن نسج الخيال. فمن الملاحظ أن أكثر هؤلاء المرضى قلقاً وعرضة للجرح النرجسي⁽²⁾ هم أولئك الذين يشكون من اضطراب فيزيولوجي مميّز بمظاهر ذاتية مبالغة (تسارع النبض، الخفقان، الإحساس بعدم الراحة... إلخ) وهذه الاضطرابات لا تشكل تهديداً حقيقياً لحياة المريض، مما يدفعنا إلى رد مظاهر القلق، المتبدية على هؤلاء المرضى، إلى ميدان الهيستيريا.

أما بالنسبة لأمراض القلب العضوية، فإننا نورد الإشارة إلى أن تطور هذه الأمراض إنما يتم بصمت، إذا ما استثنينا فترة النوبات القلبية، وفي الغالب نحتاج إلى عدد من الفحوصات العيادية والمخبرية لكي نستطيع تحديد هذا التشخيص.

¹ - الأنا الفرويدية: يقسم فرويد الجهاز النفسي إلى ثلاثة أقسام: الأنا، الأنا الأعلى والهو. والأنا في هذا التقسيم تقوم بدور التوفيق بين مطالب الأنا الأعلى والهو وملاءمتها مع الواقع.

² - الجرح النرجسي Blesure narcissique وكثيراً ما يتعرض لهذا الجرح أصحاب الأنا المثالية التي تسبق ظهور الأنا الأعلى. والجرح النرجسي إنما يتأتى نتيجة تماهي الشخص بالمعتدي، فإذا ما تعرض هذا التماهي لصدمة ما، فهو يؤدي إلى الجرح النرجسي.

انطلاقاً من هذه المعطيات يتوضّح لنا الدور الذي يمكن للعلاج النفسي أن يلعبه في ميدان طب القلب والشرابين. ونحن في عرضنا لهذا الدور نود أن نتحدث عن كل نوع من هذه الأمراض على حدة. ذلك أن العلاج النفسي يختلف بطبيعته وبأهدافه من حالة إلى أخرى ونبدأ بـ:

أ- التناذرات الوظيفية⁽¹⁾: وهنا نود أن نذكر بقول P. Wood⁽²⁾ إن الطبيب الذي يعتقد خطأً بأن ألم ما تحت الثدي الأيسر هو ألم الجلطة القلبية (Angine) أو ذلك الطبيب الذي إذا ما لاحظ وجود الصفير الانقباضي يتسرع بتشخيص وجود مرض في صمامات القلب. أو ذلك الطبيب الذي يفسّر أي دوار على أنه انهيار القلب، إن مثل ذلك الطبيب لا يرتكب بهذا حماقة فقط تعكس جهله، ولكنه يتحمل أيضاً مسؤولية تحويل مريضه إلى مصاب الوسواس المرضية، أو إلى عصابي مزمن يصعب شفاؤه.

وبعد عرضنا لهذا القول نودّ أن نعرض لبعض تجاربنا في هذا المجال. وأولى ملاحظتنا هي مظاهر القلب العنيفة المتبدية على هؤلاء المرضى المسيطر على تصرفاتهم. وهم لا يكتفون بزيارة طبيب واحد، بل يعمدون إلى عرض حالتهم على عدد كبيرة من الأطباء وهم مستعدون دائماً لزيادة طبيب آخر.

وبما أننا عرضنا في الفصول السابقة لهذه التناذرات، ولمظاهرها العيادية، فإننا نودّ الآن التركيز على المضاعفات النفسية والجسدية التي تؤدي لها مثل هذه التناذرات.

وفي هذه الحالة، نودّ التركيز على الطريقة التحليلية⁽³⁾ فهذه التناذرات ليست خطيرة، كما رأينا. بل إن العالم روزنمان يلاحظ أن غالبية هؤلاء المرضى ينتمون إلى النمط السلوكي (ب) مما يدفعه إلى استبعاد إمكانية إصابتهم بأمراض قلبية خطيرة على حياتهم.⁽⁴⁾

من خلال تجربتنا في هذا المجال، نقول بأن غالبية هؤلاء المرضى يعيشون حالة نكوص نرجسي⁽⁵⁾ من شأنها أن تؤدي إلى زيادة معاشتهم للمظاهر الذاتية للاضطرابات الوظيفية في قلوبهم. فهذه النرجسية تجعلهم يحسون تسارع نبضهم بطريقة مبالغ، وقس عليه بالنسبة للخفقان وغيره. وغالباً ما تؤدي هذه الحساسية المفرطة إلى شعور المريض بالاختناق. وبعدم الراحة، بل أحياناً بالألام في منطقة القلب. وتزداد هذه الحساسية إفراطاً من خلال الزيارات

¹ - التناذرات الوظيفية Syndromes fonctionels وقد تمّ تعدادها في الفصل الثالث من هذا الكتاب.

² - Wood, P: Diseases of the heart and circulation 2⁽⁰⁾e d lippincott 1956.

³ - للتعلم في هذا الموضوع انظر: L'ordre psychosmtique P.Marty, e'd payot 1980.

⁴ - Coronary heat disease in the W.C.G.S in J.Amer. med Ass 233, 872 (1975).

⁵ - النكوص النرجسي Re'gression marcissique وهو تعبير شائع في التحليل النفسي وهو يعني عودة الشخص إلى مرحلة النرجسية التي سبق له تجاوزها أثناء تطور جهازه النفسي.

الطبية، والتحاليل التي يمكن أن ترافقها. وفي هذه الحالة، فإن شكوك الطبيب بإمكانية وجود مرض قلبي، أو تخمين المريض لوجود هذه الشكوك لدى طبيبه، من شأنها أن تحدث لدى هذا المريض جرحاً نرجسياً.

وهنا أودّ أن أركز على الآثار السلبية للجرح النرجسي، ليس فقط من حيث تسببه في زيادة مظاهر الاضطراب الفيزيولوجي، ولكن أيضاً من حيث تسببه في إحداث اضطرابات فيزيولوجية في أماكن متعددة من الجسم. هذه الاضطرابات التي تتحول أحياناً إلى أمراض نفس - جسدية حقيقية. فمن وجهة تحليلية يؤدي الجرح النرجسي إلى إحداث اضطراب في الاقتصاد النفسي - الجسدي، وبالتالي إلى إحداث اختلال تنظيم⁽¹⁾ جسدي. وهنا أودّ أن أعرض حالة لها دلالتها الخاصة: شاب في الثلاثين من عمره تعرض لرضة عاطفية إثر موت خطيبته، مما أدّى به إلى انعدام كفاية ووظائفه النفسية. وكان هذا الانعدام عابراً استطاع معالجته بالتهرب، وبكبت التطورات العقلية (تزوج). إلا أنه ما لبث أن تعرّض لرضة جديدة. وفي هذه الحالة، لم يستطع جهازه النفسي أن يتجاوز عدم الكفاية بالتهرب، بل إن أجهزة إعادة التنظيم النفسي - الجسدي لديه دفعته للنكوص النرجسي الذي أدّى، فيما أدّى إليه، إلى حساسية مفرطة جعلته يعاني من المظاهر العيادية التالية: تسارع في دقات القلب، أوجاع في منطقة القلب، الشعور بالاختناق، ضيق في التنفس، تعرق اليدين، ارتجاف الأصابع.

وقد تبين لنا أن لهذا المريض بنية عصابية (عصاب طبائعي)⁽²⁾ يشترك معه فيها بعض أفراد عائلته. وبما أن هذه المظاهر تميّز التاذر المعروف بـ داكوستا (Dacosta) فلقد وضعنا له هذا التشخيص، ولكن بعد إجراء الفحوصات التالية:

1- الهورمونات الدرقيّة T4 و T3. وفحص اختصاصي الغدد.

2- تخطيط كهربائي للقلب (كان طبيعياً).

3- فحص عيادي للقلب (أسفر عن وجود صفير انقباضي - وظيفي).

وكان هذا الشاب قد زار جميع اختصاصيي القلب في المدينة. والجميع أكدوا له عدم وجود أية إصابة عضوية على صعيد القلب. وكانت النتيجة أن اختلال التنظيم النفسي - الجسدي يتطور (بسبب عدم خضوعه للعلاج النفسي المساعد على إعادة هذا التنظيم) إلى اضطراب وظيفي في المعدة، ومن ثم في الأمعاء الغليظة. وإذا ما أضفنا الطابع الهستيري، المرافق لمثل هذه الحالة، إلى

¹ - اختلال التنظيم De'sorganisation راجع كتاب الحلم والمرض النفسي P.Marty دار الإنشاء - مركز

الدراسات النفسي والنفسية - الجسدية (1987).

² - المرجع ذاته ص (29).

مجموعة هذه الاضطرابات الوظيفية، لاستطلعنا أن نفهم سبب نشوء الوسواس المرضية المتطورة لدى هذا المريض. وهذا الأمر يبرر اللجوء إلى استعمال المهدئات العظمى (من نوع الـ Tioridazine, Pipotiazime أو Periciazime ... إلخ) بجرع خفيفة في مثل هذه الحالات. وذلك طبيعياً بالإضافة للعلاج النفسي- الجسدي Marty.

وقبل تطرقنا للخطوط العريضة لهذا العلاج، نود أن ننوه بالأهمية القصوى المترتبة على موقف اختصاصي القلب الذي يجب عليه تبني المواقف التالية:

- 1- كسب ثقة المريض، وخاصة من خلال قيامه بفحص عيادي دقيق وكامل لكافة أعضاء الجسم، إضافة إلى مناقشة بعض الأمور الحميمية (الحياة الجنسية، الصراعات... إلخ).
- 2- الانتباه إلى عدم المشاركة في إحداث الجرح النرجسي لدى المريض. سواءً عن طريق التلميح بإمكانية وجود مرض عضوي، أو عن طريق الاستهتار بالمظاهر الذاتية التي تضايق المريض. ففي هذه الحالة على الطبيب أن يشرح بصراحة ووضوح الطبيعة الوظيفية لهذا الاضطراب، وأن يوجهه نحو العلاج النفسي.
- 3- التنبيه إلى أن خلل التنظيم النفسي - الجسدي، المتبدي باضطراب وظيفي على صعيد القلب، يمكن أن يمتد إلى اضطرابات وظيفية تطال أنحاء متفرقة من الجسم. الأمر الذي يغذي الوسواس المرضية لهذا المريض، بحيث يؤثر حتى على مقدرته بالاستمرار في حياته العملية. وهنا يجب تنبيه أقرباء المريض إلى هذه الاحتمالات حتى لا يقع المريض في دوامة المراجعات الطبية في اختصاصات متعددة، ويخرج منها من دون تصنيف 'Malade non classe'. وفي النهاية نودّ أن نعرض للعلاج النفسي لتناذرات القلب الوظيفية. الذي يقسم إلى:

- 1- العلاج الدوائي (سنتحدث عنه في الفقرة التالية).
- 2- العلاج التحليلي: ويقضي هذه العلاج تتبع المسارات النكوصية لدى هذا المريض⁽¹⁾ وتصنيفه ضمن واحدة من حالات الأعصاب الطبائعية، أو السلوكية⁽²⁾ وكذلك تحليل أحلامه ومراقبة نوعيتها (تكرارية، فظة، عملياتية أو غائبة)⁽³⁾ ويرى البروفسور Marty أن هذا العلاج يجب أن ينطلق من خلال تحديد البنية النفسية - الذاتية لهذا المريض، إلى جانب تحديد كل من خصائصه الاعتيادية وخصائصه الحالية⁽⁴⁾.

1 - المرجع ذاته ص 24.

2 - المرجع ذاته ص 34.

3 - المرجع ذاته ص 43-84.

4 - المرجع ذاته ص 24.

3- العلاج الإدراكي: ويعتمد في هذه الحالة على التعرف إلى الرضات العاطفية المؤدية إلى تظاهر الاضطراب النفسي على الصعيد الجسدي، وإبدال مواقف المريض الجامدة بمواقف أكثر مرونة، وبمعنى آخر مساعدة هذا المريض الجامدة بمواقف أكثر مرونة وبمعنى آخر مساعدة هذا المريض على التكيف مع الآثار المترتبة عن الرضات العاطفية، أو المادية التي تعرض لها.

ب - أمراض القلب العضوية: يختلف العلاج النفسي لهذه الأمراض اختلافاً كبيراً عنه في حالة التنازلات الوظيفية، وذلك لأسباب عديدة، أهمها:

- 1- الأهمية القصوى للعلاج الطبي-القلبي في هذه الحالات.
- 2- عدم إمكانية تطبيق، العلاج التحليلي بسبب ما يحدثه هذا التحليل من انفعالات ومن إثارة للذكريات المؤثرة في وجدان المريض.
- 3- الانهيار العصبي المرافق لهذه الأمراض، مع ما يصاحبه من أزمات نفسية، مثل الخوف من الموت، احتقار المريض لجسده، الجروح النرجسية، الإسقاطات والتوظيفات...إلخ.
- 4- أواليات الدفاع التي تدفع بغالبية المرضى إلى عدم الاعتراف بمرضهم، وأحياناً إلى انتقاد الطبيب، وبشكل عام إلى رفض العلاج النفسي، إلا في الحالات التي يكون الانهيار فيها قاسياً، بحيث يدفع بالمريض إلى الاستسلام. وعلى أية حال، فإن تدخل المعالج النفسي في هذه الحالات يجب أن يتسم بالكثير من الرهافة والحساسية.

انطلاقاً من هذه المعطيات، وما يتفرع عنها، تختلف الآراء وتتضارب حول طبيعة العلاج النفسي لهؤلاء المرضى، وحول إمكانياته. ومن هذه الآراء نعرض لـ:

1- مدرسة الأنماط السلوكية: وينتمي إليها عدد كبير من كبار الباحثين في مجال أمراض القلب النفسية، ونذكر منهم Kielholz, Rosenman, Friedman وهؤلاء يقسمون المرضى إلى نمطين⁽¹⁾ سلوكيين (أ) و(ب) ويرون أن أصحاب النمط (أ) هم المعرضون للإصابة بانسداد شرايين القلب. وتقوم نظريتهم في العلاج النفسي على مساعدة المريض في تعديل سلوكه (أ) وإبداله بالسلوك (ب) الممتاز بمرونته وتسامحه وانخفاض عدانيته. واستناداً إلى أبحاثهم، فإن هذا التعديل من شأنه أن يقلل من احتمال حدوث نوبة قلبية جديدة. خاصة أنه يؤدي إلى خفض نسبة الكوليستيرول في الدم.

2- مدرسة العلاج السلوكي: وهذا الأسلوب العلاجي معتمد في هذه الحالات لدى عدد من

¹ - راجع الفصل الرابع من هذا الكتاب.

كبار المحللين من أمثال Dumber, Alexander, Marty ويعتمد هذا العلاج على تربية وإعادة تربية السلوك، ويهدف إلى التقليل من حساسية المريض أمام بواعث الصراع النفسي في حياته.

3- العلاج الاسترخائي: (سنتحدث عنه لاحقاً).

4- العلاج النفسي - المرهلي: ويعتمد هذا العلاج تقسيم المعاناة النفسية لمريض الاحتشاء القلبي، مثلاً، إلى مراحل، هي:

المرحلة الأولى: وتهدف هذه المرحلة العلاجية إلى تهيئة المريض ومساعدته للانقطاع عن عمله وعن علاقاته طيلة فترة العلاج في المستشفى، والتي قد تمتد إلى بضعة أسابيع. وهذه المرحلة هي فرصة تتيح للمعالج الاطلاع على سلوك هذا المريض، وطرائق تفاعله مع الآخرين.

المرحلة الثانية: وتمتد هذه المرحلة طيلة فترة وجود المريض في المستشفى. والمعالج يستغل هذه الفترة ليهيئ المريض كي يعود إلى حياته الطبيعية، ولكن بعد إدخال بعض التعديلات المتلائمة مع الحالة الجديدة لقلبه.

وتتخلل هذه المرحلة بعض المحادثات الجماعية بين مجموعة من المرضى بإشراف المعالج النفسي. وفي نهاية هذه المرحلة يشترك اختصاصي القلب مع المعالج النفسي في حوار مع المريض، بهدف إفهامه بأن وضعه لم يعد بحاجة لوجوده في المستشفى، وبأنه قد يشعر ببعض الانحطاط البدني الناجم عن العقاقير التي استعملت في علاجه (قد يمتد هذا التأثير لمدة شهرين) وفي النهاية يشرحان للمريض تأثير العقاقير التي يجب استعمالها بعد الخروج من المستشفى. وكذلك فهما يشرحان له أهمية تقيده بالنظام الغذائي، وبالامتناع عن التدخين.

المرحلة الثالثة: وتبدأ فور خروج المريض من المستشفى. هذا العلاج الذي يضع المريض في مواجهة مباشرة مع محيطه. ومن المهم أن يؤمن المعالج النفسي لمريضه الأجواء المتلائمة عن طريق توجيه عائلته للسلوك الواجب اتباعه مع هذا المريض⁽¹⁾. فالمريض قد يكون مصاباً باحتقار شديد لجسده، وبانهيار عصبي متطور، يقتضي من محيطه أن يرعاه بمنتهى العطف. وفي حين أن مريضاً آخر قد يصاب بحالة تمرد نرجسي تجعله رافضاً حتى لتناول العقاقير، وفي هذه الحالة يجب على المحيط أن يكون أكثر تحفظاً في إظهار عطفه، ولكن أيضاً أن يكون أكثر حذراً. لأن هذه الحالة إنما تعكس حالة الجمود النفسي لهذا المريض في تعبير روزنمان تعكس بقاء عدائيته، وبأبقي مظاهر احتمال تعرضه لنوبة قلبية أخرى.

¹ - انظر مواقف مرضى الاحتشاء القلبي من مرضهم في كتابنا الأمراض النفسية وعلاجها، منشورات مركز الدراسات النفسية والنفسية - الجسدية، الطبعة الثانية 1987/ ص74.

المرحلة الرابعة: وتبدأ هذه المرحلة عندما يلتفت المريض إلى ممارسة الجنس. وهذه المرحلة تبدأ بعد فترة، قد تطول أو تقصر، من خروجه من المستشفى. وهذه الفترة تختلف باختلاف موقف المريض من مرضه، ولكنها تختلف أيضاً باختلاف ما يسميه المحللون بهوام لحظة النوبة *Fantasme du moment de la crise* وعلى أية حال، فإن إعلان المريض عن رغبته في ممارسة الجنس إنما يعكس تخطيه لعدد من الصراعات النفسية والخاوف، وكذلك يعكس مرونته في التعامل مع واقعه الجديد. أما بالنسبة للجهد المسموح به أثناء العملية الجنسية، فهو يحدد بناءً على حالة قلب المريض. والطبيب يعطي توجيهاته في هذا المجال، وخاصة فيما يتعلق ببعض التمارين الجسدية البسيطة، كالمشي، وغيره. هذه التمارين التي تبدأ بسيطة وحذرة منذ المرحلة الثانية، وتزداد تدريجياً في المرحلتين الثالثة والرابعة، لغاية عودة المريض إلى عمله (إذا لم يكن هذه العمل يقتضي جهداً أكبر من المسموح به، وإلا اضطررنا لتغيير هذا العمل).

وفي النهاية، نعرض للخطط العريضة للتغيرات السلوكية الواجب إدخالها على حياة ما بعد المرض.

1- إبدال الجمود بالمرونة، وذلك عن طريق تشجيع المريض على توسيع إطار علاقاته الاجتماعية. والحوّول دون لجوء هذا المريض إلى التفكير الوجداني (كتابة مذكرات، التفكير في ما بعد الموت، التأمل.. إلخ) لأن هذه الأفكار تضاعف معاناته، وتثير مخاوفه، وذكرياته المؤثرة.

2- الحوّول دون تجلي هوام لحظة النوبة، من خلال مظاهر هستيرية، أو وساوس مرضية، أو انهيار مقنع. وذلك عن طريق إفهام المريض بأن مرضه لا يمنعه من ممارسة حياته العادية، ولكن شرط الالتزام بالتعاليم الطبية.

3- إعادة احترام المريض لجسده.

4- الإقلال من رغبته في المنافسة وتهيئته لقبول مساعدة الأشخاص الذين يثق بهم.

5- التخفيف من رغبته بالسيطرة، ومساعدته ليكون أكثر تسامحاً.

وعلى أية حال، فإننا من المعتقدين بمبدأ البنية النفسية الذاتية التي تميز كل شخص عن الآخرين. وإذا عرضنا لهذه الخطوط العريضة (لأن التحليل عاجز عن التدخل في مثل هذه الحالات) فإن تطبيقها يختلف بدوره من حالة لأخرى.

1- العلاج الدوائي:

لاحظنا أن القلق والوساوس المرضية هما عاملان مشتركان لدى كافة المصابين بالتناذرات

القلبية، سواء الوظيفية منها أو العضوية. والعلاج بشقيه الطبي والنفسي يستطيع أن يخفف من حدة هذه الأعراض، ولكن دون أن يزيلها. لهذا السبب يأتي استعمالنا لبعض العقاقير بمثابة تنمة لعلاج مريض القلب. ومن أهم هذه العقاقير نذكر:

1- مضادات القلق، أو المهدئات البسيطة، وأهمها في هذه الحالة:

أ- الـديازيبام ومشتقاته: Lorazepam, Bromazepam, Diazepam.

ب- مضادات الهيستامين، أو بشكل خاص عقار الـ Hydroxizine.

2- المهدئات العظمية: ويقتصر استعمالها في حالات تطور الوسواس المرضية وظهور العلائم الهيستيرية. ومن هذه المهدئات نذكر Trifluoperazine, Tioridazine, Periciazine, Pipotazine.

3- صادات بيتا Beta - Bloquantes وهذه العقاقير غالباً ما توصف للمصابين بالأمراض القلبية - العضوية، ولكنها صالحة أيضاً لعلاج الاضطرابات القلبية- الوظيفية. وحسبنا في هذا المجال أن نذكر بالتجربة التي أجريناها في مستشفى كرايوفا⁽¹⁾: أجريت هذه الدراسة على 80 مريضاً بين عامي 1980-1983 على مرضى مصابين بارتفاع الضغط (مرحلته الأولى) وكانت نسبة 36.77% من هؤلاء قد تعرضوا لصراعات نفسية، لحالات انهيارية، أو كانوا مصابين بأحد أنواع الأعصاب. كما أن نسبة 48.57% منهم كانوا مصابين بتناذر القلب الزائد الحيوية. وفي تجربتنا عمدنا إلى إعطاء هؤلاء المرضى عقار صاداً لبيتا (البروبرانولول) بجرعة يومية واحدة 20ملغ. وإلى جانب تأثير هذا العقار في خفض الضغط، فقد لاحظنا أن إفراز مواد الألدوستيرون والرينين قد عاد إلى طبيعته، مما دفعنا إلى افتراض تأثير هذه العقار في خفض حيوية الـ Renine الموجودة في البلازما. وإلى جانب ذلك، فإن البروبرانولول أدى إلى تطبيع عدد دقات القلب، وكميات الدم التي يضخها لدى المصابين بزيادة حيوية القلب. وهذا لا يخرج عن كونه تأكيداً للأبحاث القائلة بأن زيادة الحيوية إنما تتجم عن ارتفاع نسبة الكاتيكولامين في الدم، ولكن أيضاً في خلايا القلب.

وهذا ويؤكد بعض الباحثين أن استعمال هذه العقاقير من شأنه أن يؤدي إلى تراجع تضخم البطين الأيسر، المرافق أحياناً لزيادة الحيوية⁽²⁾.

وإذا كانت المهدئات تماري دورها من خلال تأثيرها على صعيد الجهاز العصبي المركزي، (وخاصة التكوين الشبكي) مساهمة ليس فقط في تخفيف القلق، ولكن أيضاً في تخفيف

¹ - Metode neinvaive in diagnostical H.T.A Stadiile, I, Sill. Univ Craiova. NABELSI, M. 1984, page 59- 65.

² - Weeb - Peploc, M. et Al: Practolol in Hypertrophic obstructive cardiopathy Brit.Heart J. 33,143 (1971).

الحساسية المفرطة لدى هؤلاء المرضى، فإن صادات بيتا تمارس تأثيرها من خلال تسببها بالانقطاع الجزئي للوصلة العصبية المعقدة التي تربط بين الدماغ وبين القلب. والتجارب العيادية تثبت لنا دور هذه الوصلة في نقل ردة الفعل العصبية، الناجمة عن الإرهاق والشدة، من الدماغ إلى القلب. ويلخص (1) KOELLA دور صادات بيتا على الصعيد العصبي كمايلي:

1- تملك هذه العقاقير تأثيراً غير محدد non spécifique على الصعيد الدماغي.

2- من المفترض وجود مستقبلات الأدرينالين من نوع بيتا على الصعيد الدماغي، وبناءً عليه تمارس العقاقير تأثيرها.

3- تمارس هذه العقاقير تأثيرها أيضاً على صعيد الأعصاب المحيطة Périphérique مع أثر رجعي جاذب Centripète.

وفي نهاية حديثنا عن دور هذه العقاقير، نورد الجدول التالي (2) الذي يلخص بعض النتائج العلاجية:

اسم البحث	الأعراض التي عالجتها	العقاقير المستعملة	نسبة التحسن
Braathen (1977)	خفقان - تسارع النبض - آلام قلبية وصعوبة تنفس	Alprénolol	70%
Lorgé (1980)	خفقان - تسارع النبض - آلام قلبية وصعوبة تنفس - آلام صدرية وشعور بالاختناق	Oxprénolol + Diazepam	91%
Bianchi (1975)	خفقان، تسارع نبض وعثرة قلب	bromazepam	85%
De Francisco. P.(1974)	قلق وتوتر نفسيين	Benzoctamine	59%
Toiedo er pisa (1977)	قلق نفسي وتناذرات وظيفية	Diazepam	60%

3- العلاج الاسترخائي:

إن اختيار المعالج النفسي لهذا النوع من العلاج يجب أن يكون مدروساً حتى نتجنب توريط المريض في علاجات عقيمة. فهناك عدد من المرضى ممن لا يستجيبون لهذا العلاج. ولهذا نود أن نبدأ حديثنا عن الاسترخاء بتحديد الحالات التي يعطي فيها هذا النوع من العلاج، الفائدة المرجوة.

1- Kolla, W.P: contral effects of beta - adrenergic blockings Agent world cong. Psychiat Hawaii 1977.

2- Simon, Hi Traitementmédicamenteux des troubles psycho somatiques cardio - vasculaires, cong Montsoul 1980.

فبعد ربع قرن من ممارسته لهذا النوع من العلاج يؤكد العالم Kielhoiz بأنه لا يجدي مع المرضى المصابين بحالات الانهيار والقلق، أو بحالات الهستيريا والوساوس المرضية وكذلك المصابين بالمبول الانقصامية.

وبالطبع، فإن للشخص الذي يعاني من اضطراب القلب (وظيفياً كان هذا الاضطراب أم عضوياً) بنيته الذاتية أي شخصيته المتكونة، ليس فقط من وراثته وتربيته، وطبيعة جسده، ولكن أيضاً من تجاربه، ثقافته، والصدمات التي تعرض لها.

انطلاقاً من هذا المبدأ، فإن العلاج الاسترخائي لا يمكن تطبيقه عشوائياً على حاملي مرض معين. بل علينا أن نتبين صراعات هذا المريض، وأن نحاول تحديد بنيته الذاتية، فإذا ما وجدنا أنه لا يعاني من أحد المظاهر، التي ذكرها كيهولز أعلاه، أمكننا اللجوء إلى تطبيق العلاج الاسترخائي.

ولكي نبين بشكل أوضح إمكانية تطبيق هذا العلاج، فإننا نورد الجدول التالي الذي عرضه البروفيسور Carruthers في المؤتمر العالمي لأمراض القلب النفسية في مونت سوت في فرنسا عام 1980.

العوامل المتأثرة	الإرهاق والشدة النفسيتين عن طريق تهيج الجهاز الودي	التمارين الاسترخائية عن طريق تهيجها للجهاز نظير الودي
العوامل الأيضية	نقص التمثيل الغذائي Catabolisme	زيادة التمثيل الغذائي Anabolisme
التيسستوستيرون والأنسولين	نقص الإفراز	زيادة الإفراز
تخثر الدم	زيادة التخثر	نقص التخثر
الكاتيكولامين والكورتيزون	زيادة الإفراز	نقص الإفراز
الدهون، السكر والزلال	زيادة الإفراز	نقص الإفراز
نبض القلب	زيادة	نقص
ضغط الدم	ارتفاع	انخفاض
علائم وعوارض نقص تغذية القلب بالأوكسجين مثل الذبحة Angine أو التناذر الوسطي أو انخفاض الـ T-ST في تخطيط القلب... إلخ	ازدياد المظاهر	نقص المظاهر

وبعد هذا العرض الموجز لمبادئ الطريقة الاسترخائية، ولموجباتها، نعرض هذه الطريقة الاسترخائية المطبقة في عدد من المراكز الطبية - القلبية، وإن كنا نفضل عليها طريقة الـ Training Autogene أو طريقة السوفولوجي.⁽¹⁾

وتتألف الطريقة التي نعرضها من 13 جلسة علاجية تجرى يومياً الساعة الثامنة صباحاً (قبل البدء بالمشاغل اليومية) وتكون هذه الجلسات جماعية يحضرها عشرة من المرضى، ويقوم خلالها المعالج بإصدار أوامره أن تكون الإنارة خفيفة وبضوء أزرق، وهذه تفاصيل الجلسات. الجلسة الأولى: وضع الجلوس (لأنه أقرب إلى الواقع العملي) العينان مغمضتان، أو مفتوحتان (وفق رغبة المريض) شد عضلات اليدين والقدمين، ومن ثم إرخاؤها. وتعاد عملية الشد والإرخاء عدة مرات (وفق توجيهات المعالج).

شهيق مع شد كافة عضلات الجسم (القبضة مغلقة، العضلات مشدودة طيلة فترة الشهيق) ومن ثم زفير هادئ وتدرجي، مع الإرخاء التدريجي لكافة عضلات الجسم. وصولاً إلى الاسترخاء الجسدي التام. وعندها تفتح العينان. ويدوم الاسترخاء في هذه الجلسة مدة عشرة دقائق، يجري بعدها حوار حر بين المرضى (بتوجيه من المعالج، وتدخل عند الحاجة) يستمر عشرين دقيقة. الجلسة الثانية: وضع الجلوس، العينان مغمضتان، (دائماً ابتداءً من هذه الجلسة) إعادة تمرين الجلسة الأولى، تحسس الجسم وتخيله ذهنياً في وضع الجلوس، الظهر مستقيم، الإليتان مرتكزتان جيداً على المقعد، القدمان على الأرض (بعيثة تلاصق الأرض أكبر مساحة ممكنة من القدم) البحث عن مركز توازن الجسم في وضع الجلوس (من خلال ميلان بسيط إلى الإمام وإلى الجوانب) إحساس المقعد الذي يحمل الجسم. شهيق مترافق بشد كامل عضلات الجسم (يحتفظ بهذا الوضع لبضعة ثوان) ومن ثم إرخاء عضلات الجسم وصولاً إلى حالة الاسترخاء التام.

وبعد التمرين توجه للمرضى ملاحظة تقتضي تأكدهم طيلة النهار من أنهم يلقون بكامل ثقل جسدكهم على المقعد عندما يجلسون. وتدوم هذه الجلسة عشر دقائق. وتلي هذه الجلسة مناقشة حرة تمتد إلى عشرين دقيقة.

الجلسة الثالثة: تكرار التمارين السابقة، شعور بثقل الجسد، صمت تام لمدة دقيقتين، شهيق وزفير كما في المرات السابقة. على أن تدوم هذه الجلسة 15 دقيقة. بعد هذه الجلسة تجري أحاديث حرة لمدة 20 دقيقة.

وفي نهاية هذه الجلسة، يطلب من المريض أن يتأكد من إلقاء ثقل جسده على المقعد عندما يجلس وكذلك أن يمارس تمرين شهيق (مع شد العضلات) - زفير (إرخاؤها) صباحاً عند استيقاظه، ومساءً قبل نومه.

¹ - وقد شرحنا هاتين الطريقتين في كتابنا الأمراض النفسية وعلاجها ص 160.

الجلسة الرابعة: تكرر التمارين السابقة، العمل على إرخاء عضلات النقرة، الرأس مَرِنٌ وكأنه بالون، الكتفان منخفضان ومتحرران، صمت تام لمدة 3 دقائق. شهيق، فتح العينان. ومدة هذه الجلسة 15 دقيقة تتبعها مناقشة حرة لمدة 20 دقيقة. الواجبات المطلوبة: إضافة إلى الواجبات السابقة يطلب من المريض أن يراقب وضع كتفه أثناء النهار.

الجلسة الخامسة: التمارين السابقة نفسها لمدة خمس دقائق كاملة، ومن ثم دعوة المريض إلى تحرير ذهنه، السماح لصورة الخيالات بالمرور في الفكر، ولكن دون تركيز الفكر عليها، التحرر من وطأة الوقت (التركز على فكرة الآن وهنا دون التفكير بما كان أو قد يكون)، صمت لمدة خمسة دقائق، شهيق وفتح العينين. مدة هذه الجلسة 15 دقيقة وتتبعها 20 دقيقة مناقشة حرة.

الواجبات المطلوبة: إضافة للواجبات السابقة يطلب من المريض أن يجد الوقت أثناء النهار كي يقوم بإعادة تحرير ذهنه، واستعراض أفكاره (دون الوقوف عندها) مرتين يومياً.

الجلسة السادسة: إعادة التمارين السابقة، إرخاء العضلات المحيطة بالعينين، عضلات الفم الأنف، منطقة الأذنين، الحاجبان متباعدان. صمت تام لمدة 5 دقائق، تنفس وفتح العينين، مدة الجلسة 15 دقيقة، تليها مناقشة 15 دقيقة.

الواجبات المطلوبة: الواجبات السابقة مضافاً إلى تمرير أطراف الأصابع على الحاجبين، الفم، والأنف والعيان وذلك عدة مرات يومياً.

الجلسة السابعة: إعادة التمارين السابقة لمدة عشرة دقائق، وليدع المريض نفسه يشعر بحرارة لطيفة تجتاح جسمه، وليشعر بالدماء تتدفق في جسده بحرية. صمت لمدة 5 دقائق. تدوم هذه الجلسة 20 دقيقة، تليها 15 دقيقة مناقشة حرة.

الواجبات المطلوبة: واجبات الجلسة السادسة نفسها.

الجلسة الثامنة: إعادة التمارين السابقة، إرخاء اللسان، والحنجرة، تنفس بطيء، مع ضغط بسيط على قاعدة الحجاب الحاجز. الصمت لمدة 5 دقائق، تنفس وفتح العينين. مدة هذه الجلسة 20 دقيقة، تليها مناقشة تمتد 15 دقيقة.

الواجبات المطلوبة: واجبات الجلسة السادسة، مضافاً إليها تمرين تنفس مع رفع الحجاب الحاجز أثناء الشهيق، وذلك كما أحس المريض بالتعب أو بالانفعال.

الجلسة التاسعة: إعادة التمارين السابقة، إرخاء الحنجرة، فالبلعوم، فالمعدة، فالصدر، فالبطن. وذلك بحيث يحس المريض داخله مسترخياً، رحيباً ومتفتحاً.

الجسم مُسْتَرخٍ من الداخل، كما من الخارج. صمت لمدة 7 دقائق، وتنفس وفتح العينين.

الواجبات: واجبات الجلسة السابقة. (مدة الجلسة 20 دقيقة، ومدة المناقشة 10 دقائق).

الجلسة العاشرة: تكرر التمارين السابقة، يردد كل من المرضى عدداً من الكلمات بصوت جد

منخفض، وذلك بحيث يعي كل مريض تقلص حباله الصوتية. وبعدها وبالصوت المنخفض نفسه يردد كل من المرضى بعض الكلمات المقذعة (ربما شتائم إذا أراد) وبعدها بعض الكلمات اللطيفة. وليعي المريض مع تقلصات حباله الصوتية تقلصات القصبة الهوائية، الحنجرة وتقلص عضلات الوجه أثناء الكلام. صمت لمدة 5 دقائق. مدة الجلسة 20 دقيقة، ومدة الأحاديث الحرة 10 دقائق.

الواجبات المطلوبة: الواجبات السابقة، يضاف إليها وعي التقلصات المصاحبة للكلام.

الجلسة الحادية عشرة: تكرار التمارين السابقة. التنصت لسماع الضجة الخارجية. ومن ثم العودة إلى التركيز على استرخاء الجسد. (في هذا الوقت يحدث المعالج بعض الضجة، كأن يرمي شيئاً ما على الأرض مثلاً). صمت لمدة 5 دقائق تنفس وفتح العينين.

الواجبات المطلوبة: الواجبات السابقة يضاف إليها التكيف مع الضجيج. مدة الجلسة 20 دقيقة ومدة المناقشة 15 دقيقة.

الجلسة الثانية عشرة: إعادة التمارين السابقة وبسرعة. الطلب إلى المرضى القيام بعمليات فكرية (مثلاً 13×13 أو ترجمة جملة ما .. إلخ) مع العودة إلى التركيز على استرخاء الجسد تنفس وفتح العينين.

مدة هذه الجلسة 20 دقيقة، تليها مناقشة لمدة عشر دقائق.

الواجبات المطلوبة: واجبات الجلسة السابقة نفسها.

الجلسة الثالثة عشرة: إعادة التمارين السابقة. التحليق الفكري، مع محاولة استعراض ما يمكن في الغد. ومن ثم العودة إلى التركيز على الاسترخاء الجسدي. تنفس، وفتح العينين. مدة الجلسة 10 دقائق، والمناقشة 20 دقيقة.

والحقيقة أن اختيار هذه الطريقة الاسترخائية له ما يبرره. فهي تتطابق مع الواقع العملي (وضع الجلوس، الضجيج المزعج، التفكير... إلخ). ويمكن ممارستها مع عشرة مرضى في أن واحد. ومن ثم، فإن المناقشة التي تجري بين المرضى عقب كل جلسة استرخائية تدخل في مجال العلاج الجماعي. تسهيل اتصال المريض بالآخرين، وحواره معهم، وأخيراً، فإن المعالج يستطع من خلال هذه الأحاديث أن يكون فكرة واضحة عن الحالة النفسية لكل مريض على حدة.

وفي النهاية، نود أن نعرض النتائج التي توصلت إليها مجموعة من كبار الباحثين⁽¹⁾، D. Terry, M.Marmot C.Patel, Carruthers وهذه النتائج هي أن من شأن العلاج الاسترخائي أن يؤدي إلى انخفاض نسب كل من الكولسترول الـ Renine الـ Angiotensim في الدم. كما أن من شأن الاسترخاء أن يخفف العديد من عوامل الخطر المؤدية لإصابة قلبية. عضوية.

¹ - M. Carruthers, Congres Europeen De cardilge, Paris 1980



مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية

الثقافة النفسية المعاصرة

عدد السادس والخمسون - العدد الرابع عشر - تشرين الأول / أكتوبر 2003

الجديد حول الاكتئاب

مجموعة من الباحثين

- محمد أحمد النابلسي / الاكتئاب، أسبابه وعلاجه.
- جمال التركي / مقياس هاميلتون للاكتئاب.
- مصطفى زيور / الاكتئاب... صراع الحب والكراهية.
- قاسم حسين صالح / برنامج علاجي لحالات الاكتئاب.

مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية
Centre d'Etudes Psychologiques et Psychosomatiques C.E.P.S.
طرابلس - لبنان - شارع عزيمى - بناية فاينش ص ب 3026
تلفون 961 6 441805
فاكس 961 6 441925
E-mail: ceps@net.tn.com



الثقافة النفسية المعاصرة

عدد الرابع والخمسون - العدد الرابع عشر - حزيران 2003

سيكولوجية الأتم

د. برونكر - ش. موع - ف. بترمان
ترجمة د. سامر رضوان

- علاج الأتم
- خصائص الأتم
- مضيق الأتم في الطفولة
- تخصيصات الأتم
- صعاب الشفيرة
- نمط الأتم العزيمية
- علاوة مع البرولسور فاخر مائل
- تطبيقات العلاج النفسي

مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية
Centre d'Etudes Psychologiques et Psychosomatiques C.E.P.S.
طرابلس - لبنان - شارع عزيمى - بناية فاينش ص ب 3026
تلفون 961 6 441805
فاكس 961 6 441925
E-mail: ceps@net.tn.com



الثقافة النفسية المعاصرة

عدد الثاني والخمسون - العدد الرابع عشر - كانون الثاني 2003

السممة وعلاجها النفسي

جماعة من الباحثين

- العلاج النفسي للسممة
- العلاج الدوائي للسممة
- السممة وإدمان الطغاف
- التفسيرية... التشخيص والعلاج
- أزمة منتصف العمر - وهم أو حقيقة
- طرق علاج عن السموم

مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية
Centre d'Etudes Psychologiques et Psychosomatiques C.E.P.S.
طرابلس - لبنان - شارع عزيمى - بناية فاينش ص ب 3026
تلفون 961 6 441805
فاكس 961 6 441925
E-mail: ceps@net.tn.com



الثقافة النفسية المعاصرة

عدد السابع والخمسون - العدد الخامس عشر - كانون الثاني / يناير 2004

علم النفس السياسي

مجموعة من الباحثين

- عودة الإنشغال جورج ووقر بوش / جيمى بينشاي
- التحليل النفسي للرؤساء الأمريكين / محمد أحمد النابلسي
- التحليل النفسي والسياسة / سامر رضوان
- سيكولوجية السياسة الخارجية / عبد الرحمن الفعوس
- الهولاء والأحداث الجارية و الطب النفسي / يحيى الخواوي
- رؤية نقدية لمحاولة تحليل شخصية عرفات / محمد أحمد النابلسي

مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية
Centre d'Etudes Psychologiques et Psychosomatiques C.E.P.S.
طرابلس - لبنان - شارع عزيمى - بناية فاينش ص ب 3026
تلفون 961 6 441805
فاكس 961 6 441925
E-mail: ceps@net.tn.com



الثقافة النفسية المعاصرة

عدد الخامس والخمسون - العدد الرابع عشر - ايلول 2003

سيكولوجية الحروب العربية

جماعة من الباحثين

- سيكولوجية الحروب النفسية الأمريكية / د. محمد عددي الحجز
- كشريات الحرب النفسية في العراق / د. محمد أحمد النابلسي
- هجوم الإخطائي / د. جمال التركي
- مكافؤ الهولاء وبتك لا الهولاء / د. عبد الستار بربيع
- الخصية العراقية / الباندا أحمد موسى

مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية
Centre d'Etudes Psychologiques et Psychosomatiques C.E.P.S.
طرابلس - لبنان - شارع عزيمى - بناية فاينش ص ب 3026
تلفون 961 6 441805
فاكس 961 6 441925
E-mail: ceps@net.tn.com



مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية
يدعوكم لزيارة موقعه على الإنترنت

WWW.FILNAFS.COM
WWW.PSYINTERDISC.COM
WWW.PSYCHIATRE-NABOULSI.COM

إصدارات مركز الدراسات النفسية



ما زالت شعوب المنطقة تتلقى التهديدات الأميركية بتكرار السيناريو العراقي وبالنشر القهري للديمقراطية الأميركية. وبإمكانية إطلاق الديمقراطية من منصة الأقليات في المنطقة. بما يحول شعوب المنطقة إلى احتلال مزدوج (أميركي متماز بتسلط الأقليات). أيضاً تتضمن التهديدات إطلاق الديمقراطية عبر الشركات الأميركية العملاقة. حيث وضعت شركة هاليبرتون على النفط العراقي لتصبح الحاكم الفعلي للعراق. والأميركيون مستعدون لتولية شركاتهم الأخرى بقية دول المنطقة وشعوبها.



دراسته في فهم الظاهرة السياسية، من خلال التعرف على جذورها النفسية في التكوين الجماعي أو الفردي، يضيء زوايا معتمة من المشهد الواقعي لحال الأمة في حركة تطورها، وينخرط في صراعاتها المعاصر ضد قوى الاستكبار العالمي والكيان الصهيوني، آملياً أن يتطور البحث في هذا الميدان، وأن يفتتحي عبر تلاقح الأفكار، والنقد الإيجابي، حتى تشكل مثل هذه الدراسات دليلاً علمياً وعملياً يرشد خطواتنا في معركة التنمية والنهضة ومواجهة التخلف.