

# الثقافة النفسية المتخصصة

العدد الرابع والسبعون - المجلد التاسع عشر - نيسان / أبريل 2008

ملف العدد

## علم النفس والشيخوخة

- ❖ قضية حيوية/ علم النفس وجائزة نوبل.
- ❖ اختبار العدد/ اختبار الذكاء الإنفعالي - العاطفي.
- ❖ علم نفس الكهولة/ الأزمة الوجودية في منتصف الحياة.
- ❖ علم نفس الطفل/ التوحد عند الأطفال.
- ❖ الطب النفسي السلوكي/ التعديل النفسي للمزاج.
- ❖ الطب النفسي/ ذهان الهوس الإنهياري.

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



الدكتور محمد أحمد النابلسي

# أوهام مشروع الشرق الأوسط الكبير



ما حدود الشرق الأوسط؟

أين يبدأ، وأين ينتهي؟

لماذا هذا السعي الغربي المستميت لنشر  
الإصلاح الاقتصادي والسياسي، والديمقراطية،  
والحكم الصالح، وحقوق الإنسان وتمكين المرأة،  
ونشر حرية وسائل الإعلام، في هذه المنطقة؟  
وهل حقاً مشروع الشرق الأوسط الكبير يحمل  
كل هذه القيم النبيلة ليقدمها للعالم العربي  
والشرق أوسطي هدية مجانية؟

هل استشيرت شعوب تلك المنطقة بهذه  
الخيارات ووافقت عليها؟

أم أن وراء الأكمة ما وراءها؛ فهناك أطماع  
سياسية وعسكرية واقتصادية مخبأة خلف هذا  
المشروع!

هذا الكتاب يوضح المخبوء خلف هذا المشروع  
من أهداف استراتيجية ومرحلية مباشرة.  
والمؤلف مفكر استراتيجي معروف بدراساته  
السياسية والنفسية.



## سكرتاريا التحرير

حسن الصديق      عبد القادر الأسمر

## هيئة التحرير

روز ماري شاهين      سلمى المصري دملج  
سامر رضوان      جليل شكور

## الهيئة الاستشارية

- أحمد عبد الخالق\_جامعة الكويت. كلية الآداب.  
أحمد أبو العزائم رئيس الاتحاد العالمي للصحة النفسية.  
أنور الجراية مستشفى الهادي شاعر للطب النفسي.  
بشير الرشيدى رئيس مجلس أمناء مكتب الإنماء الاجتماعي.  
جمال التركي استشاري الطب النفسي / بريطانيا.  
جيمي بيضاى مشفى المحاربين القدماء / الولايات المتحدة.  
على وطفة كلية التربية. جامعة دمشق.  
صفاء الأسمر مركز دراسات الطفولة / عين شمس.  
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 النخض 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.  
فرج عبد القادر طه عضو المجمع العلمي المصري.  
فيصل الزراد مستشفى الطب النفسي / أبو ظبي.  
قدرى حنفي قسم الدراسات الإنسانية / عين شمس.  
محمد حمدي الحجار أستاذ 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 والنفسيّة - البشريّة  
Center d'Etudes Psychiques et Psycho Somatique C.E.P.S.

## الثقافة النفسية المتزايدة

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: ceps50@hotmail.com

## 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 أعضائه 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 يشترك 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 مبيناً فيه بوضوح: الاسم والعنوان، والمستوى الأكاديمي، ومكان العمل، وفئة 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)

## 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 ومراجعاً 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 للكاتب 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.

## المحتويات

7	عزيزي القارئ
9	قضية حيوية: علم النفس وجائزة نوبل
13	علم النفس حول العالم
35	مكتبة العدد
41	إختبار العدد: إختبار الذكاء الإنفعالي - العاطفي / ترجمة وإعداد د. حسان المالح
47	علم نفس الكهولة: الأزمة الوجودية في منتصف الحياة / البروفسور دانييل كينودوز.
63	علم نفس الطفل: التوحد عند الأطفال / ترجمة دلال رضوان.
73	الطب النفسي السلوكي: التعديل النفسي للمزاج / أ.د. قدرى حفني.
77	الطب النفسي: ذهان الهوس الإنهاري / أ.د. محمد أحمد النابلسي.
91	ملف العدد علم النفس والشيخوخة أ.د. مصطفى عشوي

إنا لله وإنا إليه راجعون

تنعي أسرة علم النفس في الوطن العربي الفقيه الراحل:

**الأستاذ الدكتور جمعة يوسف**

أستاذ علم النفس الإكلينيكي في جامعة القاهرة

الذي وافته المنية صباح اليوم 2008/2/27.

فالفقيه الرحمة، ولأسرته الصبر والسلوان.

إنا لله وإنا إليه لراجعون.

**أ.د / خالد الفخراني**

رئيس قسم علم النفس في آداب طنطا - مصر

fakhrany61@hotmail.com



## عزيزي القارئ

لا يزال اختصاص العلوم النفسية، بفروعه، ساعياً لنيل الإعتراف في مؤسساتنا، ولدى مرجعيات القرار في بلادنا، حتى أن الإختصاص يغيب في مجالاته الرئيسية والمؤسسات الأكثر حاجة لخدماته، وي طرح زميلنا البروفسور قدري حفني هذه القضية في باب "قضية حيوية" في هذا العدد، مشيراً إلى حصول اثنين من علماء النفس على جائزة نوبل من باب "علم نفس الإقتصاد".

وبما أن المجلة اختارت عنوانها "عبر الإختصاص" فهي تداوم على الربط بين فروع الإختصاص، حيث يقدم هذا العدد مواضيع موزعة في مجالات سيكولوجية الطفل والمجتمع والكهولة والشيخوخة، إضافة للطب النفسي، والطب النفسي السلوكي.

ويركز ملف العدد على دور علم النفس في مرحلة الشيخوخة وتقديماته لهذه الفئة العمرية، حيث يصدر هذا العدد متزامناً مع انعقاد مؤتمر عربي لطب الشيخوخة في إمارة أبوظبي.

ولا يسعنا إلا تقديم تحياتنا لجهود القائمين على النشاطات الساعية لنيل الإعتراف بالاختصاص، ووضع في خدمة مجتمعنا العربي المحتاج للخدمات النفسية بصورة مكثفة بالنظر لظروفه الإنسانية الصعبة. ومن هؤلاء القائمين على مؤتمر (أبوظبي) والمؤتمرات النفسية العربية عموماً. ولا يفوتنا توجيه العرفان لجهود الزميل جمال التركي، مؤسس الشبكة العربية للعلوم النفسية، التي أصبحت بجهوده صلة الوصل بين الاختصاصيين العرب. وعلى أمل أن يحظى العدد بقبولك، وأن يستجيب لحاجاتك، تفضل عزيزي القارئ بقبول تحياتنا.

أسرة التحرير

## 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 مرجعاً 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.

## علم النفس وجائزة نوبل

د. قدرى حفني

kadrymh@yahoo.com

ما زال البعض في بلادنا ينظرون إلى إسهامات علم النفس في مجالات السياسة والاقتصاد، تحديداً، باعتبارها مزيداً قد لا يضر، ولكنه لا يقدم إضافة حقيقية. وما زال العديد من علمائنا أسرى أفكار عدة تجاوزها تقدم العلم في العالم:

فكرة أن العلم الحق هو الذي يلتزم حدود التخصص الدقيق، وأنه كلما اشتبك مع غيره من التخصصات انحسرت عنه صفة العلم المتخصص، وأن البحث العلمي كلما كان فردياً كان ذلك دليلاً على تمكن الباحث وقدرته على الإنجاز، وأن البحث العلمي الجدير بالاعتبار في مجال العلوم الإنسانية هو ذلك الذي يقوم على تصميم أو تطوير برنامج لتعديل السلوك، وأن كل ما عدا ذلك من أشكال البحث العلمي لا ترقى لأن تكون علماً بحق. ولذلك ما زالت تخصصات "علم النفس السياسي" و"علم النفس الاقتصادي" تحاول عبثاً أن تجد لها موقعاً مستقراً ضمن المقررات الأكاديمية في كليات الآداب والتجارة والاقتصاد والعلوم السياسية، وما زلنا رغم ما يكتنفنا من أزمات سياسية واقتصادية نتردد في فتح الأبواب لتشجيع علمائنا الشبان على اختيار تلك التخصصات المشتركة، بل وإيفادهم في بعثات لإعدادهم في تلك المجالات.

ولذلك فقد استوقف نظري أن قائمة الحاصلين على جائزة نوبل - رغم أن علم النفس لا يدخل ضمن تخصصاتها المعتمدة - قد ضمت اثنين من علماء النفس، في عامي 1987، 2002 ولكنهما ولجا إلى الجائزة من خلال بوابة تخصص علمي آخر هو علم الاقتصاد، حيث أنجزا بحثهما في مجال "علم النفس الاقتصادي" وهو مجال شبيه من الناحية المنهجية بعدد من فروع علم النفس الحديثة، التي تتشارك مع غيرها من التخصصات العلمية مثل "علم النفس

السياسي" الذي يجمع بين علم النفس وعلم السياسة، ضمن باقة تضم عدداً من أصحاب التخصصات المختلفة.

وعلم النفس الاقتصادي هو ذلك الفرع من فروع علم النفس الذي يدرس الآليات النفسية التي تحكم السلوك الاستهلاكي، وغيره من أنواع السلوك الاقتصادي؛ كما يهتم بدراسة التفضيلات والاختيارات والقرارات والعوامل المؤثرة في هذا المجال، وتحليل العديد من أنماط السلوك الاقتصادي الجمعي، بدءاً من المستوى الأسري إلى المستوى القومي، وكذلك ارتباط السلوك الاقتصادي بظواهر التضخم والبطالة ونظام الضرائب والتنمية الاقتصادية، وتأثير اتخاذ قرارات اقتصادية معينة على السلوك البشري وعلى نوعية الحياة.

لقد حصل هريارت سيمون Herbert A. Simon على الجائزة عام 1978، بعد أن حصل على درجتي الماجستير (1936) والدكتوراه (1943) في العلوم السياسية من جامعة شيكاغو، ولم يلبث أن اجتذبه استخدامات برامج الحاسب الآلي في مجال التنظيم والإدارة، وتحول اهتمامه شيئاً فشيئاً صوب آفاق علم النفس المعرفي، ليصبح واحداً من رواد "الذكاء الاصطناعي". وتمثل إنجازه الرئيسي كما يشير تقرير تزكيته للحصول على جائزة نوبل في صياغته لمفهوم "اتخاذ القرار التنظيمي organizational decision-making" وآليات اتخاذ مثل ذلك النوع من القرارات في ظل نقص المعلومات المتاحة.

وكانت جائزة نوبل في الاقتصاد عام 2002 من نصيب الأميركيين فيرنون سميث Vernon Smith عالم الاقتصاد ودانيال كانيمان Daniel Kahneman عالم النفس، وأوضح بيان الأكاديمية أن الجائزة جاءت تقديراً لهما على أبحاثهما بشأن معطيات يمكن تطبيقها في مجال العلوم الاقتصادية. وأضافت الأكاديمية أن هذه البحوث رسمت خريطة المستقبل في البحث النفسي والتجارب المعملية في التحليل الاقتصادي، وأن بحوث عالم النفس دانيال كانيمان في جامعة برنستون قد أدت إلى إدخال مكتسبات الأبحاث في علم النفس إلى العلوم الاقتصادية، وأنه يعتبر مؤسساً لميدان بحث جديد يختص بعملية اتخاذ القرارات في ظل ظروف ينقصها الوضوح، حيث أثبت بطريقة منهجية كيف أن قرارات الأفراد يمكن أن تختلف عن توقعات النظرية الاقتصادية التقليدية، ويمضي بيان الأكاديمية مشيراً إلى أن أعمال كانيمان قد ألهمت جيلاً جديداً من الباحثين في مجال الاقتصاد تمكنوا من إثراء النظرية الاقتصادية، إذ أضافوا إليها مفاهيم من علم النفس المعرفي تتعلق بالحوافز التي تحرك الأفراد. لقد لاحظ كانيمان أن البشر كثيراً ما يعجزون عن التوصل إلى تحليل شامل لمكونات المواقف الاقتصادية التي تتطلب منهم اتخاذ قرارات معقدة، فيلجأون عوضاً عن

التحليل المنطقي إلى اتخاذ قراراتهم اعتماداً على عوامل لم يكن الاقتصاديون التقليديون يضعونها في اعتبارهم، كالعادلة والخوف من الخسارة والأحداث التي سبق أن تعرض لها الفرد.

لقد ذهبت الجائزتان إلى اثنين من علماء النفس، خرجا عن حدود التخصص الضيق، واشتبكا مع تخصص آخر هو علم الاقتصاد، ولم تقم إسهاماتهما على تصميم برنامج لتعديل السلوك، بل قامت على التوصل لنظرية لتفسير السلوك المركب تفسيراً قد يفتح الطريق لما لا نهاية له من تصميمات تطبيقية لبرامج تهدف لتعديل التخطيط الاقتصادي، أو السلوك الاستهلاكي، ولكن تبقى النقلة النوعية متمثلة في ذلك الابتكار الذي يعدل مسار التفكير العلمي، والذي حرص كل منهما على تأكيد أن ما أنجزه لم يكن بحال إنجازاً فردياً، بل كان بفضل جهد جماعي لفريق متكامل.

محمد أحمد النابلسي

### الحرب النفسية في العراق

متابعة للجوانب النفسية في الحرب  
الأميركية على العراق

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.

### نحو استراتيجية عربية

لمواجهة الصدمات والكوارث

دراسة مقارنة بين النموذجين اللبناني والكويتي

الدكتور: عبد الفتاح دويدار

الدكتور: حسن الصديق

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

إعداد: رمزية نعمان، وسناء شطح، ونشأت صبوح

### دراسة بريطانية: دواء الاكتئاب بروزاك قليل الفائدة

قالت صحيفة ليبراسيون الفرنسية إن على من يتناولون الأدوية المضادة للاكتئاب مثل بروزاك، ويبلغون 40 مليون شخص عبر العالم، أن يدركوا أن ذلك لا يفيدهم أكثر مما يفيدهم شرب كأس من الماء، ونسبت لباحثين بريطانيين من جامعة هال تأكيدهم أن الجيل الجديد من أدوية الاكتئاب (بروزاك، أفكسور ودروكسات) لا يزيد تأثيرها عن تأثير أي علاج خادع. وحسب هؤلاء الباحثين لا يفيد في الواقع من هذه الأدوية إلا من يعانون من اكتئاب حاد، أما في أغلب الأحيان فإنها لا تفيد. وقال البروفيسور إيرفينغ كيرش، الأستاذ في كلية علم النفس في جامعة هال، عضوا الفريق الذي حلل بيانات الدراسة المذكورة، إن الفرق في تحسن من تناولوا مضادات الاكتئاب، ومن تناولوا علاجات مموهة، لم يكن ذا أهمية تذكر. ويعني هذا أن المرضى الذين يعانون من الاكتئاب يمكن أن تتحسن حالتهم الصحية بصورة أفضل لو لم يتناولوا مواد كيميائية. ويتعلق الأمر بمضادات الاكتئاب التي تحظى بأكبر قدر من الوصفات الطبية عبر العالم، مثل بروزاك، و أفكسور ودروكسات ( Prozac, Efexor, Deroxat). ويستنتج كيرش من هذه الدراسة أنه لم يعد هناك مبرر يذكر لوصف أدوية الاكتئاب من هذا النوع لمن لا يعانون من حالات حادة، إلا إذا كانت العلاجات البديلة لم تساعد في تحسين وضعية المريض. لكن المتحدثة باسم مختبر غلاسكوسميث كلاين الذي ينتج عقار دوكسات تتهم معدي هذه الدراسة بأنهم أغفلوا فوائد هذه الأدوية على المرضى وأسرههم، كما أنهم خالفوا ما لوحظ بشأن هذه الأدوية في الممارسات الإكلينيكية على أرض الواقع. وكانت الثقافة النفسية قد لفتت إلى عدم فعالية البروزاك وآثاره الجانبية غير المرغوبة منذ أعدادها الأولى العام 1990، وذلك بناء على تجارب الدكتور محمد أحمد النابلسي ومشاركوه في معهد بودابست للطب النفسي.



## تقدم كبير في علاج داء عصبون الحركة

كشفت باحثون درسوا الأصول الجينية لداء العصبون الحركي عن معلومات مهمة لفهم هذا الاختلال العصبي الذي يعتبر أكثر أمراض الجهاز العصبي غموضاً. وحسب صحيفة ذي إنديبندنت، فإن هذه هي المرة الثانية فقط، خلال أكثر من قرن، التي يكتشف فيها العلماء أي شيء مهم حول الطبيعة الحقيقية لهذا المرض، المسبب للوهن والضعف، وفي أغلب الحالات للموت، الذي يعاني منه 5000 شخص في بريطانيا مثلاً. فعندما يصيب هذا الاختلال الشخص، فإن أعراضه تسوء بسرعة شديدة. ويمكن لهذا المرض أن يصيب أي بالغ في أي وقت من حياته، وإن كان أحد أنواعه وراثياً، ويسري في بعض العائلات دون غيرها.

وقد اكتشف الباحثون تحولات في إحدى الجينات الخاصة، يمكنها أن تتسبب في إتلاف أعصاب "الحركة" في الجسم، وهي المسؤولة عن إرسال الأوامر من الدماغ والحبل الشوكي إلى العضلات، ويؤدي هذا الإتلاف إلى الشلل التدريجي والموت. وينظر إلى هذه النتائج على أنها معلم بارز في فهم داء العصبون الحركي، بل تعتبر أهم من كشف مماثل في العام 1993 أدى حينها إلى زيادة الاهتمام والبحث في هذا الخلل. ورغم أن العلماء يلتزمون الحذر في ما يتعلق بالتنبؤ بعلاج، أو دواء، مستقبلي لهذا المرض، فإنهم يشددون على أن هذا الكشف الأخير سيعجل بفهم هذا المرض الذي استعصى حتى الآن الكشف عن أصوله المعقدة.

## مشاكل نفسية لدى 300 ألف أميركي

### حاربوا في العراق وأفغانستان

خلصت دراسة أميركية حديثة إلى أن نحو 300 ألف جندي أميركي يعانون من حالات اكتئاب حاد وتوتر متقدم، بسبب مشاركتهم في حربي العراق وأفغانستان. كما قالت الدراسة إن 320 ألف جندي أميركي تلقوا إصابات في الدماغ، وفق ما نقلت أسوشيتد برس. وأضافت الدراسة التي أعدتها مؤسسة RAND إن نحو نصف هؤلاء تلقوا علاجاً، في الوقت الذي قالت فيه تيري تانيليان، التي شاركت في الدراسة إن "هناك أزمة صحية بالغة تواجه هؤلاء الرجال والسيدات الذين خدموا أمتنا في العراق وأفغانستان". وأضافت "إذا لم يتلق هؤلاء العلاج المناسب والفعال، ستكون هناك آثار طويلة المدى، ليس فقط بالنسبة إليهم، وإنما بالنسبة إلى أمتنا".

والدراسة، التي جاءت في 500 صفحة، هي الأولى من نوعها التي تجرى بمثل هذا الحجم، حيث شملت 1965 جندياً من مختلف أنحاء البلاد، ومن ضمن جميع صفوف القوات المسلحة، بما فيهم قدامى محاربين، وآخرون مازالوا في الخدمة. وتعدّ نتائج الدراسة متوافقة مع أرقام تقارير حول الصحة العقلية لدى الجنود الأميركيين قدمتها الحكومة الأميركية، رغم أنّ البنّاغون لم يعلن حتى الساعة رسمياً عن عدد الأشخاص الذين تولى معالجتهم من مشاكل عقلية.

غير أنّ قسم شؤون قدامى المحاربين أوضح هذا الشهر أنّ سجلاته تشير إلى أنّ من ضمن 120 ألفاً، هناك قرابة 60 ألفاً يعانون من مشاكل صحية عقلية ونفسية. وفي مارس/ آذار، خلصت دراسة إلى أنّ ثلث الجنود الأميركيين العائدين من العراق وأفغانستان، خلال الفترة من عام 2001 إلى 2005، عانوا من اضطرابات نفسية وأمراض عقلية.

وعاينت الدراسة، التي أجراها باحثون من "جامعة كاليفورنيا" و"مركز سان فرانسيسكو الطبي VA" ونشرت في دورية "أرشيف الطب الداخلي" بيانات 103788 جندياً أميركياً، 13 في المئة منهم من النساء، و54 في المئة منهم تحت سن الثلاثين، وثلثهم من عرقيات مختلفة، وقرابة نصفهم من الحرس الوطني، أو الاحتياط.

وشُخص 32010 من تلك المجموعة - أي 31 في المئة منهم - بالإصابة باضطرابات نفسية، أو أمراض عقلية، من بينهم 25658 خضعوا لعلاج الأمراض العقلية، كما عانى أكثر من نصف المجموعة - 56 في المئة - من أنواع عدة من الاضطرابات النفسية. وتعد الاضطرابات النفسية K التي تعقب ما بعد التعرض للإصابة، أو المرور بتجربة شديدة (K) post-traumatic stress disorder من أكثر الأمراض شيوعاً، وقد ينجم عنها الإصابة بالاكتئاب، وإيذاء النفس وتشوش الذاكرة والإدراك.

## تقدم مفاجئ في علاج الشلل الرعاش "باركنسون"

ذكرت صحيفة ذي إنديبننت البريطانية أن دراسة جديدة بينت إمكانية علاج مرض الشلل الرعاش (باركنسون) بخلايا مأخوذة من أجنة مستنسخة، الأمر الذي أدانت الكنيسة الكاثوليكية الرومانية.

وقالت الصحيفة إن البحث أجري على فئران المختبر، لكن العلماء يعتقدون أن الاكتشافات دليل على أن هذه التقنيات يمكن تطبيقها على البشر الذي يعانون ليس فقط من الشلل الرعاش، بل من مجموعة من الأمراض المستعصية الأخرى.

وقد برهن الباحثون على إمكانية معالجة هذا المرض بزرع خلايا مخ ناضجة مخبرياً في الأشخاص الذين قدموا خلايا الجلد التي تحولت إلى أجنة مستنسخة، في عملية تعرف بالاستنساخ البيولوجي.

وقالت كيران برين، مديرة جمعية مرض الشلل الرعاش، وهي جمعية خيرية تمثل 120 ألف مصاب بالمرض في بريطانيا، إن "هذا تطور مثير، لأنه لأول مرة يمكن تخليق خلايا جذعية جنينية من شخص لمعالجة مرض باركنسون".

وأضافت برين أن "العلاج بالخلايا الجذعية يمنح أملاً كبيراً في إصلاح الدماغ، ويمكن أن يقدم في النهاية علاجاً يجعل الناس يعيشون حياة خالية من أعراض مرض باركنسون". وقالت الصحيفة إن التطور الأخير دليل جديد على أن الاستنساخ البيولوجي يمكن أن يعالج بفعالية، واحتمال أن يشفي من هذا المرض.

وأضافت أن العلماء تمكنوا لأول مرة من تخليق خلايا دماغية نشطة وسليمة من خلايا جذعية غير ناضجة، مشتقة من أجنة مستنسخة من خلايا جلدية، وأعيدت زراعتها في الدماغ المعتل.

وأشارت ذي إندبندنت إلى أن فريقاً من العلماء الأميركيين واليابانيين تمكنوا من إنتاج 187 نوعاً مختلفاً من الخلايا الجذعية الجنينية من 24 فأراً مصابة بالشلل الرعاش. ودلت التجربة على عدم وجود علامات على رفض الأنسجة، لأن خلايا الدماغ المزروعة كانت مشتقة من نفس الفأر الذي أمن الخلايا الجلدية للجنين المستنسخ.

وختمت بأن الخطوة التالية للعلماء هي تكرار الإجراء برمته على قرود، حيث سيسمح هذا بتجارب أفضل على الشفاء والسلامة الوظيفية.

## دراسة تكشف عن تأثير ضخامة البطن في منتصف العمر

### على زيادة احتمال الإصابة بالعتة في سن الشيخوخة

قال باحثون إن كبر حجم بطن المرء في منتصف العمر يزيد، في ما يبدو، احتمال إصابته بمرض خرف الشيخوخة (الزايمر)، أو أي شكل آخر لعتة الشيخوخة، بعد عقود لاحقة.

وتتبعت دراستهم حالات 6583 شخصاً في شمال كاليفورنيا لفترة متوسطة 36 عاماً بدأت حين كانت أعمارهم بين 40 و45 عاماً. وقيست أحجام بطونهم في مستهل الدراسة.

وأصيب ما إجماليه 1049 منهم (نحو 16 في المئة) بالزايمر، أو بعض الأشكال الأخرى

لعتة الشيخوخة ببلوغهم السبعينات من العمر. واكتشف الباحثون أن أولئك الذين كانوا ضمن العشرين في المئة الأعلى في ما يتعلق بحجم البطن في منتصف العمر، كانت احتمالات إصابتهم بعته الشيخوخة أعلى ثلاث مرات، مقارنة مع العشرين في المئة الأقل من حيث حجم البطن.

ومرض الزايمر هو الشكل الأكثر شيوعاً لعتة الشيخوخة بين كبار السن، ويعمل الباحثون لفهم أسباب وعوامل احتمالات الإصابة بالمرض الذي يصيب المخ.

وقال الباحثون إن حجم البطن في منتصف العمر كان مؤشراً أفضل كثيراً للتنبؤ للإصابة لاحقاً بعته الشيخوخة، مقارنة مع النظر فقط في البدانة، كما يتضح من مؤشر كتلة الجسم، وهو مقياس لبدانة الجسم اعتماداً على الطول والوزن.

وقالت راشيل وايتيمير، الباحثة في مركز قيصر بيرماننت الطبي في أوكلاند في ولاية كاليفورنيا، والتي قادت فريق البحث "المسألة ليست الوزن فقط، إنها أين تحمل هذا الوزن الذي يعتبر عاملاً هاماً محتملاً".

وقالت وايتيمير في حوار عبر الهاتف "إذا كان لديك شخصان لدى كل منهما زيادة في الوزن قدرها 4.5 كيلوغرامات، أحدهما يحملها حول وسطه، والثاني حول فخذه، فإن الشخص الذي يحملها (الزيادة) حول وسطه في حاجة ليعرف أنه في خطر جسيم".

وأظهرت دراسة سابقة أن كبر حجم البطن في منتصف العمر يزيد احتمالات إصابة المرء بداء البول السكري، والسكتة الدماغية، ومرض القلب، إلا أن الباحثين قالوا إن هذه أول دراسة تربط دهون البطن في منتصف العمر بالزيادة المحتملة للإصابة بعته الشيخوخة.

وأوضحت الدراسة التي نشرت في دورية "علم الأعصاب" إن زيادة حجم البطن يزيد احتمال إصابة المرء بعته الشيخوخة، بغض النظر عن كون وزنه طبيعياً بوجه عام، أو أنه يعاني من زيادة الوزن، أو بديناً، وبغض النظر عن الظروف الصحية، مثل إصابته بالبول السكري، والسكتة الدماغية، ومرض الأوعية الدموية للقلب.

وقالت وايتيمير إن هناك حاجة لدراسة توضح الآليات التي تربط حجم البطن بالاحتمال الفعلي للإصابة بعته الشيخوخة.

وأضافت وايتيمير أن قياس حجم البطن لدى المسنين قد لا يكون مؤشراً ذا قيمة لاحتمال الإصابة بعته الشيخوخة، لأن الناس مع تقدمهم في العمر يصبحون عرضة لفقد كتلة العضلات والعظام وزيادة حجم البطن.

## العقاقير المخدرة ثاني أسباب الوفيات في أميركا

ذكرت يواس أي توداي أن تقريراً فيديريالياً أفاد بأن ظاهرة التسمم تظل ثاني أكبر سبب لوفيات الإصابات في الولايات المتحدة، وتفوق الوفيات الناجمة عن الأسلحة النارية للسنة الثانية على التوالي.

وقالت الصحيفة إن معدلات وفيات حوادث السيارات والأسلحة النارية لم تتغير كثيراً منذ العام 1999 إلى 2005، لكن آخر تحليل بين أن معدلات التسممات القاتلة تزايدت تزايداً مخيفاً، وأن العقاقير المخدرة هي المسؤولة عن أغلبية الزيادة.

وأشارت الصحيفة إلى دراسة ثانية، نشرت في فبراير/ شباط الماضي، لامت عقاراً مخدراً معيناً، وهو ميثادون، الذي غالباً ما يوصف لمعالجة ألم مزمن.

وأضافت أن ميثادون له بعض الخواص التي تجعله مخادعاً عند وصفه، فخواصه المزيّلة للألم يمكن أن تتلاشى بعد ساعات قليلة، لكنه يمكن أن يبقى في مجرى الدم لأيام.

وقال أحد الباحثين إن الأطباء يصفون، أحياناً، الكثير من ميثادون، أو أن المرضى يأملون في التخلص من الألم فيتناولون جرعة إضافية. وبالتالي يتراكم العقار في مجرى الدم إلى مستوى قاتل، ويتوقف المريض عن التنفس.

وحذر آخر بأن بعض الناس يتناولون ميثادون مع عقاقير أخرى ليثملوا، وبإمكانهم شراء العقار من مروجي المخدرات في الشوارع، أو عن طريق وصفة طبية من صديق.

وركز الباحثون على الحاجة إلى توعية عامة وعاجلة لمخاطر الجرعات الزائدة من هذه العقاقير، خاصة تلك التي يسببها ميثادون، لأنها تقتل بسهولة، ويموت الناس منها في البيوت والطرقات.

## التدفق البطيء للطاقة قد يضر بالذاكرة

### عشر حقائق مذهلة عن المخ

ما زالت الأبحاث والدراسات العلمية تكشف لنا المزيد عن حقائق المخ، وفي كل يوم يتم الكشف عن جوانب مذهلة تتعلق بتركيب المخ وكيفية قيامه بوظائفه. وفي مقال علمي نشرته صحيفة التايمز اللندنية، قدمت ساندرأ أمودت المزيد من تلك الحقائق، مثل مقدار الطاقة التي يستخدمها المخ، والأجزاء المسؤولة عن المزاج والفكاهة في المخ، ولماذا يعطس بعض الناس من ضوء الشمس، وغيرها من الحقائق والمعلومات المثيرة.

### يستهلك مخك طاقة أقل مما يستخدمه مصباح صغير

يستخدم المخ طاقة كهربائية قدرتها 12 واط. وخلال يوم، يستهلك المخ كمية من الطاقة تساوي الطاقة الموجودة في موزتين كبيرتين. فعلى الرغم من أهمية المخ، إلا أنه يستخدم كمية ضئيلة من الطاقة. كما أنه يعادل 3 في المئة من وزن الجسم، ولكنه يستهلك 6/1 (17) في المئة من الطاقة الإجمالية للجسم. وتذهب معظم الطاقة التي يستخدمها في عملية الصيانة، أما الكمية الإضافية من الطاقة التي يستخدمها في التفكير العميق فهي لا تكاد تذكر.

### التدفق البطيء للطاقة قد يضر الذاكرة

إن التدفق البطيء ليس مزعجاً، ولكنه إذا كان في شكل جرعات متكررة فإنه يكون خطيراً على صحة المخ. حيث أن أولئك الأشخاص الذين يمرون بمناطق زمنية مختلفة من الممكن أن يصابوا بأضرار في المخ ومشاكل في الذاكرة. وقد ينتج هذا من هرمونات التوتر، التي تنطلق أثناء التدفق البطيء للطاقة، والتي يعرف أنها تضر الفص الزمني في المخ والذاكرة. ولست في حاجة إلى القلق إذا لم تكن تعمل في شركة طيران، فأولئك الأشخاص الذين يعبرون مناطق زمنية متعددة لمدة تتجاوز الأسبوعين، قليلون. أما عمال الورديات فهم معرضون للخطورة كثيراً، مثلهم مثل من يسافرون بالطيران المتكرر، حيث أن التغيرات الشديدة في ساعات العمل من الممكن أن تسبب التوتر للجسم والمخ.

### لماذا لا تستطيع سماع المحادثات التليفونية في حجرة ضوضاء

من الصعب أن تتحدث في تليفونك المحمول في مكان به ضوضاء. حيث إن التليفون المحمول من الممكن أن يجعل الخطورة على المخ أشد من خلال تغذيته بأصوات من الحجرة التي تتواجد فيها من خلال دائرته، ويخلطها بالصوت الذي يستقبله من التليفون الآخر. وهذا يجعل من الصعب على مخك أن يحل هذا الاختلاط، لأن صوت صديقك المنتقل عبر التليفون، وضوضاء الحجرة التي توجد فيها يختلطان معاً. ويمكنك تغطية السماعة التي تتحدث فيها في محاولة منك لمنع اختلاط الضوضاء بصوت محدثك في التليفون.

### العب الفيديو الحركية تزيد من تركيزك

المهام المتعددة من الممكن أن تزيد قدرتك على تركيز انتباهك على العديد من الأشياء في الوقت نفسه. ومن أهم طرق التدريب على ذلك هو أن تلعب ألعاب الفيديو الحركية، التي يكون فيها الهدف هو إطلاق النار على العديد من الأعداء قبل أن يطلقوا هم النار عليك، حيث أن هذه الألعاب تساعدك على تركيز الانتباه على الشاشة، وسرعة اكتشاف الهدف

والتفاعل سريعاً مع الأحداث. ولكن ألعاب الفيديو التي يكون فيها التركيز على هدف واحد كل مرة، ليست مفيدة مثل الألعاب التي تتطلب التركيز على أكثر من هدف في وقت واحد. هل هذا يعني أنه ينبغي عليك أن تشجع أطفالك على لعب ألعاب الفيديو الحركية، التي يكون فيها الهدف هو إطلاق النار على أكثر من هدف في وقت واحد؟ إننا لا نريد أن نذهب بعيداً عن غايتنا، وهي عدم تعريض الأطفال لأعمال العنف، ولكن على الأقل يجب أن تضع في اعتبارك أن هذه الألعاب لها آثارها الإيجابية.

### في المخ جزء للمزاح

من الصعب تعريف الفكاهة، ولكننا نعرفها عندما نراها تحدث أمامنا. وترى إحدى النظريات أن الفكاهة تتكون من مفاجأة، مثل أن لا نصل إلى ما كنا نظن أننا في طريقنا إليه، يتبعها إعادة تفسير لما حدث مسبقاً، من أجل أن نجعله ملائماً لوجهة النظر الجديدة. ولكي تجعل الأمر يبدو مزحة، بدلاً من أن يبدو لغزاً عقلياً، فإن النتيجة تحتاج إلى قصة مترابطة، ولكنها تبدو غير معقولة في الحياة اليومية العادية. وهذا هو السبب في أنهم يجدون صعوبة في عملية إعادة تفسير الحدث على المسرح، مثل إعطاء مزحة مع خيارات متعددة لنهايتها، فهم لا يستطيعون أن يحددوا أيها أكثر أضحاكاً.

### هناك سبب لتذكرك الأغاني المزعجة

إن ثبات أغنية مزعجة، أو جزء منها، في ذاكرتك قد يعد شيئاً مؤلماً لك. ولكن الاستدعاء المتتابع له مكان خاص ومفيد في ذاكرتنا. فنحن نتذكر باستمرار المتتابعات، بدءاً من الحركات التي نفعّلها ونحن نتغنى بأسمائها، أو نعد القهوة في الصباح، إلى الأسماء التي نقابلها قبل أن يتم غلق الطريق الذي نستخدمه يومياً للعودة إلى منازلنا. كما أن القدرة على تذكر مثل تلك الأحداث المتتابعة تجعل العديد من مظاهر الحياة اليومية شيئاً محتملاً، فأثناء تفكيرك في مقطع من أغنية، أو حديث، فإن عقلك يستعيد سلسلة من المتتابعات التي تعزز الارتباطات مع هذه العبارة أو المقطع. وبالتالي، فإن هذا يزيد احتمال قدرتك على استعادتها ثانية، مما يؤدي إلى زيادة تشبيتها في الذاكرة أكثر.

ويمكنك أن تقطع هذه الحلقة اللامنتهية من الاستدعاء والتعزيز المتكرر، والذي يعد ضرورياً من أجل ذاكرة قوية وعادية، من خلال تقديم متتابعات أخرى، حيث أن التفكير في أغنية أخرى ربما يساعد على مزاحمة الأغنية الأولى، على أمل أن تكون الأغنية الثانية أقل إزعاجاً من الأولى.



## ضوء الشمس يجعلك تعطس.. لماذا؟

يعطس بعض الناس عندما ينظرون إلى ضوء ساطع. لماذا يحدث هذا وكيف يحدث؟ إن الوظيفة الأساسية لعملية العطس واضحة تماماً: حيث أنه يساعد على طرد المواد أو الأجسام المهيجة من الشعب الهوائية. ويقع مركز العطس في جذع المخ، في منطقة جانبية، وإن إصابة هذه المنطقة يعني أننا نفقد القدرة على العطس. ويحدث العطس عادة عندما تصل إشارة من مادة مهيجة إلى مسارات المخ، ثم إلى هذا الجزء الجانبي. وتصل هذه المعلومات إلى المخ من الأنف عبر العديد من الأعصاب، بما فيها العصب الطرفي، الذي يحمل العديد من الإشارات من الوجه إلى جذع المخ. إنه عصب مزدحم، وهو الذي يفسر لماذا يعمل الضوء الساطع على استثارة العطس، فالضوء الساطع الذي يثير بؤبؤ العين، ربما ينتشر إلى المواقع المجاورة، مثل الألياف العصبية، أو الخلايا العصبية، التي تحمل الأحاسيس الداخلة إلى الأنف. كما أن الضوء الساطع ليس هو الإحساس الوحيد غير المتوقع الذي يثير العطس، حيث أن النشوة الجنسية من الممكن أن تثير العطس لدى الرجال أيضاً.

## لا يمكنك أن تداعب (تزغزغ) نفسك

حاول الأطباء فحص شخص سريع التأثر بالمداعبة (الزغزغة)، وقد وجدوا أن المخ عندما يركز على ما يحدث في العالم الخارجي فإن الإشارات لا تصل إلى المخ، وبالتالي فلا يمكن للشخص وهو يركز على فعل الزغزغة أن يتأثر به. وإنما يجب ألا يكون منتبهاً إليه عند حدوثه. فعلى سبيل المثال، فنحن لا نشعر بالكرسي الذي نجلس عليه، ولا بنسيج الجورب الذي نرتديه، ومع ذلك فنحن نحس بالنقر على أكتافنا.

والجزء الذي يقوم بمهمة الإدراك الفجائي هذه هو المخيخ الذي يبلغ 8/1 الحجم الكلي للمخ، أي أصغر قليلاً من قبضة اليد، ويزن حوالي 4 أوقيات (113 جراماً). كما أنه المرشح الأساسي لدى العلماء على أنه الجزء الخاص من المخ الذي يتنبأ بردود الفعل الحسية لأفعالنا. ويُعد المخيخ الموقع المثالي للتمييز بين الإحساسات المتوقعة والأخرى غير المتوقعة. وإذا تطابق التنبؤ بالمعلومات الحسية الواقعية، فإن المخ يعرف بأن الوضع آمن لتجاهل الإحساس، لأنه غير هام. وإذا لم يتطابق الواقع مع التنبؤ، فإنه لا بد وأن شيئاً مفاجئاً قد حدث، ويجب عليك أن تركز انتباهك.

## التثاؤب يوقظ المخ

على الرغم من أننا نربط بين التثاؤب والنوم والملل، فإن وظيفته يبدو أنها إيقاظنا، حيث أن

التأؤب يوسع البلعوم والحنجرة، ويسمح بمرور كم كبير من الهواء إلى الرئتين، حيث يندمج الأكسجين مع الدم، ويجعلنا أكثر يقظة. ويحدث هذا في العديد من الحيوانات الفقارية، بما فيها الثدييات والطيور. كما لوحظ أن الجنين البشري يتأؤب بعد 12 أسبوعاً من الحمل. أما في الحيوانات البدائية، فقد كان التأؤب مرتبطاً بفترات الوقت والتهديدات المحتملة.

ويجب أن تنظر إلى التأؤب على أنه محاولة الجسم أن يصل إلى أعلى درجة من التيقظ في مواقف تستدعي ذلك. كما أن عملية التأؤب تنتشر كالعدوى، فإذا تشأب شخص في غرفة بها آخري، تشأب الآخرون. ولا يعرف أحد السبب في ذلك، ولكنها قد تكون ميزة، فعندما يحاول شخص أن يصبح أكثر يقظة من خلال هذا الفعل اللاإرادي، فإنه من المفيد أن ينتقل إلى الآخري كي يصبحوا أكثر يقظة. ولكن هذا الفعل لا ينتقل بين الحيوانات الأولية غير الثديية، ولكنه موجود عامة لدى الحيوانات، حيث أن الكلاب تشأب من التعب، ويعتقد أنها تستخدم التأؤب كي تهدئ الآخري.

### مكان الشخص يجعل مخه يرى رؤى غريبة

هناك خبرات غريبة، وليس لها تفسير، تحدث لنا، مثل الشعور بوجود شخص غير موجود، أو سماعه، أو رؤية أضواء، أو الشعور بالخوف. فقد ذكر متسلقو الجبال الظواهر مماثلة، وهي مجموعة من الظواهر لا يعتقد أنها أسطورية. ومن هذه الظواهر ما يتعلق بحدوث دوار حاد نتيجة تسلق الجبال على ارتفاع 8.000 قدم (2400 متر). وإن العديد من هذه الظواهر يعود إلى نقص الأكسجين الداخلى إلى المخ على هذه الأماكن المرتفعة. حيث أنه على ارتفاع 8000 قدم، أو أعلى، يقول من يسكنون هذه المناطق أنهم يدركون رفاق يلازمونهم، ولكنهم لا يستطيعون رؤيتهم، وأنهم يرون أضواء تبعث منهم، أو من آخري، وأنهم يرون أجساماً أخرى مثلهم، ويشعرون فجأة بعواطف غريبة، مثل الخوف. ومن المحتمل أن يكون نقص الأكسجين هو العامل الذي يتدخل في مناطق المخ الخاص بالرؤية والمواقف العاطفية.

### الأرمل أكثر عرضة للوفاة حزناً على رحيل زوجته

ربما يجد البعض صعوبة كبيرة في الاقتناع بتدخل الدراسات العلمية في العاطفة الإنسانية، وإخضاعها للقياس والتجريب والرصد العلمي، وذلك لأن العلم لا يعرف سوى الأحكام الواضحة، والتي لا تلتقي بطبيعتها مع العاطفة الإنسانية التي تتسم بالتقلب والتمرد على القياس، ولكن ما يحدث على أرض الواقع يختلف عن هذا الطرح النظري، حيث ارتفعت

وتيرة الأبحاث العلمية المتعلقة بالمشاعر الإنسانية بشكل لافت خلال السنوات الأخيرة، فالموت من الحزن على سبيل المثال قد لا يكون له تفسير علمي مقنع بشكل كاف لأي شخص، ولكنه يوجد ويمكن قياسه بالفعل. حيث إن فقد الزوجة يجعل الزوج عرضة للوفاة أكثر من الأزواج الآخرين بمعدل 6 مرات، بينما الزوجة الأرملة تتضاعف لديها خطورة الوفاة، هذا ما جاء في بحث نشر مؤخراً في صحيفة "الديلي ميل" البريطانية.

وأشار البحث إلى أن هذه الخطورة تزداد لدى الشريك الذي مازال على قيد الحياة خلال العام الأول من وفاة شريكه، ثم تتناقص هذه الخطورة بعد ذلك. ويرى الخبراء أن الإكتئاب الذي ينتج من فقد شريك الحياة من الممكن أن يضر جهاز المناعة للزوج الذي ما زال على قيد الحياة، ما يجعل الظروف الصحية أكثر سوءاً.

كما أن التوتر العاطفي قد يدفع بعض الرجال الأراامل إلى قتل أنفسهم، بينما قد يهمل آخرون صحتهم وغذاءهم.

وقد قال الدكتور جاب سبريو، المحاضر في علم النفس، إن بحثه يؤكد أثر مجموعة الأعراض المرضية التي تلازم الحزن.

وأضاف: نحن نعرف جميعاً أن وفاة شخص محبوب له أثر شديد على حياة الزوج، أو الزوجة التي مازالت على قيد الحياة، وأن هذا التأثير قد يمتد إلى قدرتهم على البقاء أحياء بعد وفاة شريكهم. وهذا يثبت إحصائياً أن الأشخاص من الممكن أن يموتوا من الحزن أثناء المراحل الأولى التي تلي وقوع الفاجعة.

ويعد هذا التأثير كبيراً على الأشخاص كبار السن الذين استمر زواجهم لفترة طويلة. أما الخبر الجيد فهو أنه بعد مرور الأعوام الأولى من الحداد، فإن حدوث الوفاة يقل. وعلى الرغم من تزايد فرصة حدوثه لدى الأزواج الذين فقدوا شريكهم، إلا أنها تتناقص مع مرور الوقت.

وقد كان بحث الدكتور سبريو قائماً على تحليل عدد 11.454 من وثائق التأمين السنوية على الحياة لدى شركة تأمين كندية. وقد أظهرت الدراسة أن 195 زوجاً قد توفوا خلال الوقت نفسه. فمن خلال 1.048 حالة توفيت فيها الزوج، وبقيت زوجته على قيد الحياة، وفي 255 حالة زواج توفيت الزوجة وعاش الرجل بعدها. كان معدل الوفيات مرتفعاً بين أولئك الذين فقدوا شريكاً لهم خلال الإثني عشر شهراً الأخيرة من حياتهم، وكانت خطورة الوفاة عالية بين الرجال.

ويوضح هذا أن الأعراض التي تلازم الحزن لها تأثير شديد على الرجال أكثر من النساء. كما أن معدل الانتحار كان يزيد بين أولئك الذين فجعوا حديثاً في وفاة شريكهم. حيث إن

فقد شريك الزواج الذي نحبه كثيراً يعد حدثاً عاطفياً مؤثراً على الرجال الكبار في السن، وقد يؤدي إلى حدوث تغيرات سلبية عليهم. وربما يجعلهم غير قادرين على العيش بالطريقة نفسها التي كانوا يعيشون بها من قبل.

كما أن الإكتئاب يؤثر سلباً في صحة الجهاز المناعي، ولكن البحث أظهر أيضاً أن أولئك الذين يشعرون بأن حياتهم أصبحت بلا معنى وبلا أمل بعد وفاة شريكهم في الزواج معرضون للخطورة بصفة خاصة. ويجب على أي شخص يعاني من هذه الحالة أن يتوجه إلى الطبيب ويتحدث إليه.

### جينة معيبة تسبب توأرت الربو

إكتشف علماء وجود احتمال انتقال داء الربو من الآباء إلى الأبناء من خلال جينات معيبة. وكشفت الدراسة التي أجريت في أميركا أن انحرافاً في جين معين يمكن أن يضاعف فرص الإصابة بالربو، بينما أولئك الذين ليس لديهم هذا الانحراف كانوا محميين من الداء. وقالت الصحيفة إن الربو، الذي يسبب صعوبة التنفس أثناء حدوث النوبة، هو أحد أكثر الحالات الطويلة الأجل انتشاراً في بريطانيا، حيث يعالج منه خمسة ملايين شخص. وأضافت أن طفلاً من كل 10 أطفال يعانون من الربو، ويؤدي إلى وفاة 1300 شخص سنوياً.

ونوهت الصحيفة إلى أن هذا الكشف يمكن أن يقود إلى علاجات جديدة تعوق الجينة، وتمنع، أو تشفي، من الداء، فقد قام فريق من المركز الطبي في جامعة شيكاغو بدراسة سكان منطقة نائية، وحددوا الانحرافات التي تزيد وتقلل خطر الإصابة بالربو.

واكتشفوا أن جيناً معروفاً باسم "سي إتش آي 3 إل 1" فيه بروتين يدعى "131 سي" أو "131 جي" وأن الأشخاص الذين يرثون نسختين من الانحراف "131 سي" تتضاعف فرصة إصابتهم بالربو أكثر من الذين هم بدونه.

وقالت إن الأشخاص الذين لديهم نسخة، أو نسختان، من الانحراف "131 جي"، لديهم نصف خطر الإصابة بالمرض. كذلك كشف البحث أن 60% من الأشخاص البيض يحملون نسختين من "131 سي".

وقال البروفيسور كارول أوبر، رئيسة فريق البحث، إن الجينة تبرمج الشخص مسبقاً ليكون عرضة للإصابة بالربو.

## حمية بديلة عن أدوية علاج الصرع

قالت غارديان البريطانية إن الأدوية التي تعطى للأطفال المصابين بالصرع غالباً ما تكون غير فعالة، ويمكن أن تسبب آثاراً جانبية خطيرة، مشيرة إلى أن هناك خطة بديلة باستخدام غذاء عالي الدهون يقلل نوبات الصرع بدرجة كبيرة.

وأوردت الصحيفة حالة الطفل ماثيو، الذي قال الأطباء لأمه، عندما كان في السادسة من عمره، إنه لن يبلغ الثانية عشرة بسبب الصرع الشديد الذي يصيبه، وأنه إذا تجاوز ذلك فمكانه سيكون في إحدى دور الرعاية.

لكنه بلغ، الآن، الرابعة عشرة، وهو يعيش حياة عادية سعيدة بفضل حمية خاصة، بعد أن كان يتعرض لمئات النوبات في الأسبوع، تستغرق الواحدة منها نحو ساعة أحياناً، مما يجعل حالته تتدهور بسبب ذلك، ويجعله يفقد القدرة على الكلام والمشى، ولم يكن في أيدي والديه حيلة لوقف ذلك العذاب.

وقالت الصحيفة إن ماثيو كان من الأطفال المحظوظين الذين خضعوا لتجربة طبية في مستشفى بريطاني معروف لدراسة آثار حمية مولد الكيتون في علاج صرع الطفولة. وهذه الحمية مشابهة لحمية أتكينز في احتوائها على نسبة عالية من الدهون، مع بعض البروتين، والقليل جداً من الكربوهيدرات.

وأشارت إلى أن هذه الحمية تضع الجسد في حالة من حرق الدهون تسمى فرط كيتون الدم، تنتج عنها مركبات كيميائية تسمى كيتونات، توقف نوبات الصرع. وقد استخدمت الحمية هذه لعلاج الصرع عدة سنوات، ولكن مع وصول أدوية الصرع، نحيث جانباً، ثم عادت لتأخذ مكانها ثانية بعد تلك التجربة.

ونبهت الصحيفة إلى أن الصرع عبارة عن اضطراب عصبي شائع، يتميز بنوبات متكررة عندما يختل الأداء العادي للمخ، ويصيب نحو مئتي ألف طفل في المملكة المتحدة، ثلثهم لا ينفع معهم الدواء.

وقد أثبتت التجربة التي أجريت، مع أن كل الأطفال لم يستجيبوا للأدوية، أن 50% من الأطفال تحسنت نوباتهم بنسبة أكثر من 50%، وهذا يؤكد أفضلية الحمية على العقاقير.

## نوبة الصرع: أعراضها وتطور الأبحاث في علاجها

مرض الصرع من الأمراض التي حيرت الباحثين، لكن معرفتهم به تتطور باستمرار، حيث

ظهرت أدوية أكثر نجاعة، وتحسنت تقنيات الكشف عنه بكثير، كما توصل الأطباء إلى طرق جديدة في الجراحة، وفتح باب الأمل في الأبحاث الخاصة بعلاقة هذا المرض بالوراثة، والصرع مشكل صحي عصبي يتجلى بوساطة النوبات والأزمات الصرعية الناتجة عن تفرغ تلقائي للخلايا العصبية التي تكون في حالة تهيج مفرطة يمكن تشبيهها بعاصفة كهربائية، وينتج عن هذه النوبة حركات وحالة خارجة عن إرادة المصاب، ويمكن أن يستمر هذا المرض لأشهر، أو يبقى مدى الحياة، مع انقطاع لمدة عشرة سنين في المعدل، ويشفى 50% من الأطفال المصابين بهذا المرض عند بلوغهم مرحلة المراهقة، بينما يضطر الباقون للملازمة الدوائية التي غالباً ما تكون ناجعة، وتمكنهم من حياة عادية، فهذا المرض لا ينقص من العمر، ولا من الذكاء، ولا يخرب الدماغ، خلافاً لما يمكن أن يتبادر إلى أذهاننا، خصوصاً عندما نلاحظ حالة المريض أثناء النوبة، مثلاً عندما يسقط لا إرادياً على رأسه، أو عندما يهتز. وينتج مرض الصرع في 5 إلى 10 في المئة من الحالات نتيجة عوامل وراثية وفي 40 في المئة من الحالات نتيجة خلل في الدماغ (تشوه، أو رضخ في الجمجمة، أو ورم) وتنشط الأزمات الصرعية بمساعدة عوامل، كالتعب، وتناول الكحول، ويبقى مصدر هذا المرض غير معروف عند نصف الحالات المصابة، إن الحالة التي يكون عليها مريض الصرع توجب عليه عدم القيام ببعض المهام، أو اتخاذ مهن معينة، كسوق الشاحنات، أو سيارات النقل العمومي، أو العمل في مكان مرتفع عن سطح الأرض، أو التكلف بآلات خطيرة، وتبقى الصلاحية للطبيب المختص، وطبيب العمل، لتحديد إمكانية قيام المريض بعمل ما.

### أنواع الصرع وأعراضه:

هناك نوعان من هذا المرض: الصرع العام (30% من الحالات) والصرع الجزئي (70% من الحالات).

فالصرع الجزئي يتجلى في منطقة معينة من الدماغ، ومن ثم فإن الأعراض تتغير حسب المنطقة المصابة، وأحياناً يصعب معرفة أنها نوبة صرعية، وتكون نوبات الصرع الجزئي بسيطة، أو معقدة، حسب المصاب إذا ما حافظ على اتصاله بمحيطه أولاً. ويمكن أحياناً أن تتحول إلى نوبة الصرع العامة، حيث تبدأ العاصفة الكهربائية في منطقة معينة من الدماغ، لتنتشر بعد ذلك في باقي الدماغ، وفي ما يلي جرد لبعض الأعراض حسب نوع الصرع

### أعراض النوبة الجزئية البسيطة:

يحافظ المصاب على اتصاله بالواقع.

يعاني من مشاكل متفرقة (صعوبة في الكلام بطريقة سليمة، تقلصات وارتعاشات الأعضاء، تحرف صوتي ويصري...).

مشاكل في الحواس (شم وذوق مختلف...).

مشاكل في المعدة.

إحساس بالغم والخوف.

مدة النوبة من ثوانٍ إلى ثلاث دقائق.

#### **أعراض النوبة الجزئية المعقدة:**

فقدان ظرفي للاتصال مع الواقع.

آلية وتلقائية المصاب، حيث يقوم مثلاً بحركات بغير هدف، ويتمم، ويظهر حركات المضغ.

لا يحتفظ المصاب بأي ذكرى من النوبة.

مدة النوبة من ثوانٍ إلى ثلاث دقائق.

#### **أعراض النوبة العامة:**

فقدان الوعي والسقوط

تصلب عضلي عام.

تشنج واختلاج إيقاعي.

كثرة الإفرازات اللعابية.

غيوبة واسترخاء عضلي، وقد يحدث معه تبول، أو خروج براز.

غالباً ما يكون هناك تقيؤ.

ارتباك عند اليقظة.

لا يحتفظ المصاب بأي ذكرى من النوبة.

مدة النوبة 3 أو 4 دقائق، لكن أحياناً يمكن انتظار 20 دقيقة قبل الرجوع إلى الحالة

الأصلية.

#### **تطور الأبحاث العلمية في الكشف عن المرض وتتبعه:**

يركز تشخيص الطبيب على وصف حالة المريض أثناء أزمة الصرع، أو على نتائج النشاط الكهربائي للدماغ. ويقول البروفيسور ميشيل بولاك، اختصاصي الدماغ والأعصاب، ورئيس قسم في مستشفى باريس "يمكن التصوير بالرنين المغناطيسي من فهم سبب المرض، لأنه



يكشف عن أجزاء الدماغ المصابة. وأدوية الصرع لا تؤثر بالطريقة ذاتها، فقد يجب تجريب عدة أدوية قبل التوصل إلى الدواء المناسب، وأحياناً يجب على المريض تناول نوعين، أو ثلاثة، من الأدوية، في الوقت نفسه".

وفي السنوات الأخيرة، ظهرت أدوية جديدة، مكنت من تحسين حياة المرضى، ويمكن التوقف عن تناولها بعد بضع سنين، لكن 30 في المئة من أمراض الصرع لاتزال تقاوم هذه الأدوية. وإذا كانت المنطقة المصابة في الدماغ سهلة المنال، فإنه يمكن إجراء تدخل جراحي، خصوصاً وأن التقدم في التصوير الطبي مكن من تحديد البؤر المسؤولة عن هذا الداء. ففي السابق، كانوا يصورون الدماغ في لحظة معينة، أما اليوم، فإنه بفضل التصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي تمكن الخبراء من تصوير نشاط الدماغ أثناء حصول أزمات الصرع أو قبلها. وإذا لم تنفع هذه الطريقة، فإنه يمكن إدخال أقطاب كهربائية صغيرة جداً في المناطق العميقة من الدماغ، يوجهها الخبراء بوساطة آلة خاصة في اتجاه أماكن محددة مسبقاً، حيث تبقى هناك بضعة أيام لتسجيل النوبات. وبفضل هذه التقنيات أصبحت العمليات الجراحية أكثر دقة، لأنها تمكن من تفادي المس بالمناطق الدماغية السليمة الخاصة بالكلام والبصر والتذكر.

ويقوم الباحثون حالياً بدراسة جزيئات يمكنها أن تؤثر على الدماغ لمنع حصول مرض الصرع عند الأشخاص المؤهلين بالإصابة بهذا المرض، مثل أولئك الذين لهم استعداد وراثي، أو أصيبوا بأورام، أو برضح في الجمجمة، بحيث تتدخل هذه الجزيئات لمقاومة توليد العمليات العصبية غير الطبيعية، والشحنات الكهربائية، التي تؤدي إلى حصول النوبات.

### معدل الذكاء يختلف حسب تراتبية الولادة

أظهرت دراسة دانماركية أن معدل الذكاء ينخفض بحسب تراتبية الولادة، فالأب يكون عادة أذكى من الإبن والإبن أذكى من الحفيد.

وأفاد الباحثون أن الدراسة شملت عينة من 1000 طفل، تمت مراقبة معدل ذكائهم من عمر المراهقة إلى حين بلوغ الـ 18 من العمر، أظهرت أن معدل ذكاء الأولاد يختلف حسب تراتبية ولادتهم.

وكشفت الدراسة التي نشرت في مجلة "إنتلجنس" أن معدل ذكاء الأولاد الأوائل كان الأعلى في غالبية الحالات.

يشار إلى أن هذه الدراسة هي الأحدث في ما يتعلق بتأثير ترتيب الولادات على ميزات الإنسان، من مخاطر الإصابة بالسرطان، والربو، وزيادة الوزن، وغيرها. واقتراح العلماء أن ترتيب الولادة يؤثر على اليد التي يستخدمها الطفل للكتابة، وعلى التوجه الجنسي.

### الخلل العقلي الموقت حافظ لأعمال إبداعية!

تركت الدكتورة آدمز عملها كمعلمة وعالمة متخصصة في الرياضيات والكيمياء والأحياء في عام 1986، من أجل العناية بإبنتها الذي كان قد تعرض لإصابة خطيرة في حادث سيارة، ولم يكن متوقفاً له أن يعيش. ولكن الشاب حقق شفاءً معجزاً، حيث ترك عكازيه بعد سبعة أسابيع، وعاد إلى مدرسته. وكما ذكر زوجها، فإن الدكتورة آدمز قررت أن تهجر العلم، وتعمل في الفن. حيث كانت مغرمة بالرسم عندما كانت صغيرة، ولكنها الآن لديها دافع قوي للرسم. كما أضاف روبرت آدمز، عالم الرياضيات المتقاعد، لقد كانت آن تقضي يوماً وقتاً يبدأ من الساعة التاسعة، وحتى الخامسة في الرسم الخاص بها. وكانت في البداية ترسم لوحات معمارية عن المنازل الموجودة في غرب فانكوفر، وكولومبيا البريطانية، والأماكن المجاورة التي عاشت فيها. وفي عام 1994، أصبحت الدكتورة آدمز مغرمة بموسيقى موريس رافيل. ففي سن الثالثة والخمسين رسمت "الرقصة الإسبانية" ذلك العمل الذي ترجم الهدف الموسيقي الشهير إلى صورة مرئية.

ودون أن تدري، كان رافيل أيضاً يعاني من مرض في المخ، وكانت أعراضه متشابهة مع تلك الأعراض التي كانت تعاني منها الدكتورة آدمز، كما قال الدكتور بروس ميلر، عالم الأعصاب، ومدير مركز الذاكرة والشيخوخة في جامعة كاليفورنيا، وقد ألف الملحن رافيل مقطوعة "الرقصة الإسبانية" في عام 1928 عندما كان في سن الثالثة والخمسين، وبدأت تظهر عليه أعراض المرض في أخطاء في تلحينه وكتاباته الموسيقية.

تستخدم مقطوعة "الرقصة الإسبانية" مقطعين موسيقيين، حيث تكررهما ثماني مرات خلال 340 عارضة مع زيادة الصوت، وطبقات الآلات الموسيقية. وفي الوقت نفسه، يندمج معها خطين من الصوت المتقطع المتبادل البسيط. ويقول الدكتور ميلر بأن مقطوعة الرقصة الإسبانية هي تمرين على التمرس الإجباري، وبناءً وحفظ المقطوعة الموسيقية. حيث أنها تستمر دون تغيير أساسي حتى العارضة الموسيقية رقم 326. ثم تتسارع المقطوعة الموسيقية بعد ذلك حتى تهدأ وتتداعى في خاتمتها.

كما أن الدكتور أدامز، التي كانت مهمة بقضايا التكرار، قد رسمت مستطيلاً قائماً لكل عارضة موسيقية من مقطوعة "الرقصة الإسبانية"، وقد تم ترتيب هذه الأشكال بطريقة مرتبة مثل الموسيقى، يقابلها مخطط ملتحف في شكل لولبي. ويتضح هذا التحويل للصوت إلى شكل مرئي بنائي. وتظل الألوان متحدة حتى يحدث التغير الشديد الفجائي في العارضة الموسيقية رقم 326 التي تأخذ أشكالاً أبرتقالية وقرمزية تدل على الخاتمة.

وكان كل من رافيل، والدكتور أدامز في المراحل الأولى لمرض نادر يسمى بالاختلال العقلي الموقت لمقدمة المخ، عندما كانا يعملان، رافيل في تأليف مقطوعة "الرقصة الإسبانية"، والدكتور أدامز في رسمها لهذه المقطوعة الموسيقية. ويبدو أن المرض أحدث تبديل الدوائر نفسها في عقليهما، حيث بدل الاتصالات بين الأجزاء الأمامية والأجزاء الخلفية للمخ، وأدى إلى تدفق سيل من الإبداع.

وقال الدكتور ميلر: لقد كنا نعتقد أن مرض الاختلال العقلي يصيب المخ كله بشكل عام، وليس هناك شيء تشريحي محدد، ولكننا كنا على خطأ. فنحن نعرف الآن أنه عندما تحدث إصابة في بعض الدوائر النوعية المسيطرة، فإنها قد تطلق، أو تعيق، النشاط، أو الحركة، في المناطق الأخرى من المخ. وبمعنى آخر إذا تمت إصابة أحد أجزاء المخ، وأعيد تشكيكه، فإن جزءاً آخر قد يعاد تشكيكه، أو يصبح أكثر قوة. ولذلك، فإن بعض المرضى بمرض الاختلال العقلي تظهر لديهم قدرات إبداعية عندما تتحدروا المناطق الأمامية من المخ وتعلو المناطق الخلفية.

ويشير هذا المرض عادة إلى مجموعة من الأمراض يتم تشخيصها، بشكل خاطئ، على أنها مرض الزهايمر لدى أولئك المرضى الذين يعانون من حالة هياج شديدة. ولكن الدلائل السلوكية، ومسار مرض الاختلال العقلي الموقت في مقدمة المخ مختلفة تماماً. وفي أكثر الحالات شيوعاً، يخضع المرضى لتغيرات تدريجية في الشخصية، حيث يصبحون غير مباليين، ويصبح مظهرهم غير نظيف، ويزيد وزنهم بمعدل 20 رطلاً،.. كما أنهم يتصرفون مثل الأطفال الذين لم يتجاوز عمرهم 3 أعوام أمام العامة، حيث يسألون أسئلة محيرة بصوت عال. ومع كل ذلك، فهم ينكرون أنهم على خطأ.

وهناك مظهران آخران من مرض الاختلال العقلي لمقدمة المخ، ويشمل فقد اللغة، ففي إحدى الحالات، يجد المرضى صعوبة في إيجاد الكلمات، كما يقول الدكتور ميلر، فعندما يقول شخص ما إلى أحد المرضى مثلاً: أحضر القربيط، فإنهم يتساءلون: ما هو القربيط؟

وفي حالة أخرى، قد يحدث للمريض حبسة في النطق، إذ لا يستطيع النطق، حيث أن

شبكة الكلام عنده تتقطع ويفقد القدرة على التحدث، وتشتت الحالات الثلاث من هذا المرض في الأعراض المرضية نفسها، كما أن هذا المرض الذي ليس له علاج من الممكن أن يتطور بسرعة، كما في حالة السيناتور الجمهوري بيتي دومينيكي، الذي أعلن عن تقاعده في الخريف الماضي لإصابته بمرض الإختلال العقلي في منطقة المخ الأمامية على مدار عدة سنوات. كما قال الدكتور ميلر بأن كلاً من آدامز ورافيل كانت لديهم حالة الحبسة عن النطق. وبدءاً من عام 1997، ولمدة عشر سنوات، حتى وفاتها، كانت الدكتورة آدامز تجري فحصاً بالأشعة لمخها بشكل دوري، كي يحصل أطباؤها على صور جيدة عن التغيرات التي تحدث في مخها.

وقد قال زوجها: في عام 2000 كانت تجد بعض الصعوبة، أحياناً، فجأة في إيجاد الكلمات التي تريد أن تتحدث بها. وعلى الرغم من أنها كانت موهوبة في الرياضيات، فلم تعد قادرة على جمع أعداد مفردة بسيطة. ولقد كانت مدركة لما يحدث لها، وكانت محببة. منذ ذلك الحين أصبح ما يحدث في مخ الدكتورة آدامز معروفاً، حيث صارت المناطق الأمامية من المخ، والمسؤولة عن اللغة، تضمر. وفي هذه الأثناء هناك مناطق في خلف المخ على الجانب الأيمن، والمخصصة لعمليات معالجة الرؤية والفراغ قد أصبحت أكثر سمكاً.

فعندما يعاني الفنانون من حدوث ضرر في الجانب الخلفي الأيمن للمخ، فإنهم يفقدون القدرة على الإبداع. أما قصة الدكتورة آدامز فهي عكس ذلك. فحالتها، وحالة آخرين أيضاً، تثبت أن الفنانين عامة يظهرون سيطرة أكثر على الجانب الخلفي الأيمن من المخ. ففي المخ السليم، تساعد هذه المناطق على تماسك الإدراك الحسي المتعدد، حيث يتم دمج إحساسات اللون والصوت واللمس والفراغ بطرق جديدة. ولكن هذه المناطق الخلفية تكون عادة موقوفة بسيطرة القشرة الأمامية، وعندما يتم إطلاقها فإن الطاقة الإبداعية تظهر.

وقد قال الدكتور ميلر بأن مرضى الإختلال العقلي في المناطق الأمامية من المخ يكونون موهوبين عادة في رسم المناظر الطبيعية، والعزف على البيانو، والتلوين، وفي الفنون الإبداعية الأخرى، كلما تقدم بهم المرض. فالدكتورة آدمز استمرت في رسم اللوحات حتى عام 2004 عندما أصبحت غير قادرة على الإمساك بالبريشة.

### ثلاثة أسباب تسرع الإصابة بالزهايمر

نشرت دبليو تلغراف دراسة شاملة مفادها أن الخمر، والتدخين، والطعام الرديء، تسرع الإصابة بمرض العته المعروف بالزهايمر.

وقالت الدراسة إن الذين يشربون أكثر من كأسين من المشروبات الكحولية يومياً عرضة للإصابة بالمرض قبل الذين لا يشربون بخمس سنوات.

وأضافت أن الذين يدخنون يتأثرون بالمرض قبل غير المدخنين بسنتين، في حين أن احتمال الإصابة بالمرض عند الذين يدخنون ويشربون الخمر يكون أسرع بسبع سنوات. وأشارت إلى أن الذين يعانون من ارتفاع الكوليسترول في متوسط العمر يزداد احتمال إصابتهم بالمرض بمقدار مرة ونصف.

وقالت ديلي تلغراف إن تأثير أسلوب الحياة في تطور وتقدم المرض، الذي يؤثر في أكثر من أربعمئة ألف بريطاني، جاء في دراستين منفصلتين تم تقديمهما في الاجتماع السنوي للأكاديمية الأمريكية لعلم الجهاز العصبي في شيكاغو.

وقالت الدكتورة أليسا سلومون من جامعة كيوبيو في فنلندا، التي عملت على إحدى الدراستين، إن "الاهتمام بصحة القلب يمكن أن يحمي المخ أيضاً. والناس بحاجة ليدركوا الأمر بكل أبعاده، وليس التركيز فقط على القلب، أو على المخ فقط".

ومن جهتها حذرت جمعية ألزهايمر من أنه خلال نصف قرن يمكن أن يصاب نحو 2.5 مليون شخص في المملكة المتحدة بالعتة ما لم تتخذ خطوات جادة لتشجيع أساليب حياة أصح. وصنف الأطباء مدمني الخمر بأنهم أولئك الذين يحتسون أكثر من كأسين في اليوم، ومدمني التدخين بأنهم الذين يدخنون عشرين سيجارة يومياً.

كذلك ركزت الدراسة على الذين لديهم متغير وراثي يدعى "أي بي أو إي" الذي له علاقة بالمرض، وكشفت أنهم يطورون المرض أسرع ثلاث سنوات من أولئك الذين ليس لديهم هذا المتغير.

وقد كشفت الدراسة الثانية، التي أجريت في كاليفورنيا، أن الناس الذين لديهم نسبة كوليسترول عالية، في بداية سن الأربعين، من المحتمل أن يكونوا أكثر عرضة لتطوير السبب الرئيسي للعتة من أولئك الذين لديهم نسبة كوليسترول منخفضة.

ونوهت ديلي تلغراف إلى أن الدراسة شارك فيها تسعة آلاف و752 رجلاً وامرأة في شمال كاليفورنيا، خضعوا لفحوصات صحية بين عام 1964 و1973، عندما كانوا بين سن الأربعين والخامسة والأربعين، وظلوا على قيود شركة التأمين نفسها حتى عام 1994.

ومن عام 1994 إلى 2007 اكتشف الباحثون أن 504 أشخاص مصابون بالعتة. وكشفت الدراسة أيضاً أن الذين لديهم مستويات كوليسترول إجمالية بين 249 و500 مليغرام كانوا أكثر احتمالاً مرة ونصف المرة لتطور المرض من أولئك الذين مستويات

الكوليسترول عندهم أقل من 198 مليغراماً، الذي يعتبر عادياً. والذين مستويات الكوليسترول لديهم من 221 إلى 248 مليغراماً كان احتمال تطويرهم للمرض أكثر من مرة وربع المرة.

وانتهت الدكتورة سلومون إلى أنه من الأفضل للأطباء والمرضى أن يهاجموا مستويات الكوليسترول العالية في سن الأربعين لتقليل خطر الإصابة بالعتة.

## إصدارات مركز الدراسات النفسية

طرابلس - لبنان ص. ب: 3062 التل

فاكس: 438925 - 6 - 00961

هاتف: 441805 - 6 - 00961

### 1- المعجم النفس

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)

محمد أحمد النابلسي

### النفس المفككة

سيكولوجية السياسة الأميركية

### المعجم

### النفس

عربي - فرنسي - انكليزي

مصطلحات طبية ونفسية وعصبية

ذياب والجراية وعمار

**عنوان الكتاب:** علم النفس السياسي: رؤية مصرية عربية.  
**المؤلف:** دكتور / محمد عبد الفتاح المهدي - استشاري الطب النفسي.  
**دار النشر:** مكتبة الأنجلو المصرية.

هذا الكتاب هو محاولة لطرق باب جديد من أبواب علم النفس المنسية، ذلك الباب الذي سقط عمداً، أو سهواً، أو قهراً، أو خوفاً، من تراثنا العلمي، ومن حياتنا اليومية، مما كان له الأثر في تدهور مستويات الممارسة السياسية على مستوى النخبة، وعلى مستوى الجماهير، على حد سواء، مما نراه بأعيننا في مجتمعاتنا العربية من إفرازات سلبية، وظواهر للاستبداد والفساد، تؤكد كل يوم على ضرورة الاهتمام بفهم الأبعاد النفسية للسلطة، والجماهير، والمعارضة، والعنف، والتطرف، والفساد، والحوار، والإصلاح، ذلك الفهم الذي يستتبع جهداً حقيقياً مخلصاً لإعادة تأهيل مجتمعاتنا بشكل علمي مدروس، كي تكتسب مناعة تحميها من تمشي الأمراض السياسية والاجتماعية والنفسية. وفي الجزء الأول من الكتاب يستعرض المؤلف سيكولوجيات المنظومة السياسية، بكل مستوياتها وجوانبها، وذلك لفهم طبيعتها ودينامياتها وانحرافات وإمكانات إصلاحها. أما في الجزء الثاني، فيورد نماذج تطبيقية لبعض المشكلات والمعضلات ذات الجذور السياسية في المجتمع المصري، على وجه الخصوص، وفي المجتمع العربي على وجه العموم، .. وأخيراً نرجو أن يكون هذا الكتاب لبنة في بناء الإصلاح السياسي والحياتي الذي ننشده لأنفسنا ولغيرنا.

**عنوان الكتاب:** سيكولوجية الدين والتدين.  
**المؤلف:** الدكتور محمد عبد الفتاح المهدي - تاريخ الصدور: 2002 م.  
**دار النشر:** البيطاش سنتر للنشر والتوزيع - الإسكندرية.

يناقش الكتاب، بأسلوب علمي مفهوم، الدين كوحي إلهي، واستقباله في الثقافات المختلفة، والتعامل معه على أساس ذلك الاستقبال.



ثم يتطرق إلى السلوك التديني، وهو سلوك بشري له دوافعه ومحدداته، ولذلك تتعدد صورته، بحيث نرى تبايناً في الخبرات الدينية، بعضها مكتمل، وبعضها ناقص، وبعضها تشويه توجهات مرضية. ومن الإنجازات المهمة والأصيلة في هذا الكتاب أن المؤلف وضع تصنيفاً لأنواع التدين، موضعاً خصائص كل نوع، ثم وضع معايير واضحة للتفرقة بين السلوك التديني الصحي والسلوك المرضي.

وهو يوضح أثر الخبرة الدينية على السلوك الإنساني، وأهمية ذلك الأثر في حياة البشر، في صحتهم ومرضهم، وهذا يساعد المريين والمعالجين على تقديم المساعدة لقاصديهم بشكل أفضل.

ومن الأشياء الهامة في هذا الكتاب أنه أعطى نماذج لبعض الاختبارات النفسية المقننة التي تسهل على الباحثين تقييم السلوك التديني في أعمالهم البحثية، أو في المجالات العلاجية. وهو يحوي في ثناياه دعوة لنبذ التعصب الديني والعنصرية، وأن يكون الدين عامل بناء وإسعاد للبشرية، كما أراده الله، وكما بلغه الأنبياء والرسل عليهم جميعاً صلوات الله وسلامه.

---

**عنوان الكتاب: النفس والجنس والجريمة.**

**المؤلف: د. خليل فاضل.**

**الطبعة الأولى: 2007 تصميم الغلاف: عمر مصطفى.**

هذا الكتاب: يتحدث عن العلاقة الجدلية بين النفس والجريمة، وارتباط الجنس بهما في بعض الحالات. ينقسم إلى ثلاثة فصول:

في فصله الأول يلمس العلاقة بين النفس والجريمة، ويمر بالجنس عابراً. وفي الفصل الثاني تكون العلاقة الثلاثية بين النفس والجنس والجريمة (عنوان الكتاب) الأوضح في جرائمها وأحداثها. أما الفصل الثالث، فهناك ربط بين النفس والجريمة والجنس، وبين النفس والجنس فقط دون الجريمة.

يحاول الكتاب الرصد، التحليل، الفهم، التأمل، ويترك للقارئ مساحات كبيرة لمتابعة البحث وللتأمل.

---

**عنوان الكتاب:** الوسواس القهري من منظور عربي إسلامي.

**المؤلف:** أ. د. د. وائل أبوهندى.

**الناشر:** المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب - الكويت.

هذا الكتاب هو أول كتاب في اللغة العربية (بهذا الشكل والمضمون) عن اضطراب الوسواس القهري، الذي تشير أقل التقديرات إلى أنه يصيب ما لا يقل عن ستة ملايين إنسان عربي، حيث أنه يصيب واحداً من كل خمسين من البشر على مستوى العالم. وتشير متابعة الدراسات العلمية عن معدل انتشاره إلى زيادة مطردة على مستوى العلم أيضاً. ويتناول المؤلف قضية الخلط الموجود لدى الكثيرين من العرب المسلمين ما بين الوسواس الخناس، والوسواس القهري، محاولاً تصحيح الكثير من المفاهيم الخاطئة الشائعة في مجتمعاتنا، وكيفية التفريق بين ما هو من فعل الشيطان الرجيم، وما هو اضطراب نفسي له علاج دوائي، أو معرفي سلوكي، خاصة أن كلاً من المعنى اللغوي، والمعنى الديني للوسوسة معروف ومشتهر بالشكل الذي يجعل الكثيرين من علماء الدين، ومن الناس العاديين يخلطون بين الأمرين، ويمتاز الكتاب فضلاً عن كونه الأول في مجاله في المكتبة العربية، بطريقة عرض مبسطة تجعله مشوقاً لكل من القارئ العادي والمتخصص على السواء.

ويحرص المؤلف في أكثر من موضع على الاهتمام ببيان إسهام الباحثين العرب المعاصرين الذين قاموا بدراسات علمية "طب نفسية" عن اضطراب الوسواس القهري والنتائج التي توصلوا إليها في أربع دول عربية هي: مصر والكويت والسعودية والبحرين. كما يبرز إسهامات وأفكار علماء العرب القدامى، مبيناً تأثيرها الذي لا يدري به أحد اليوم في توجهات العلم الحديث.

---

**عنوان الكتاب:** الحرب النفسية في العراق.

**المؤلف:** محمد أحمد النابلسي.

**الناشر:** مركز الدراسات النفسية / لبنان.

**عرض:** الصحافي أنس الأموي.

في تحليله لشخصيات «بوش» و«صدام حسين» وعرضه للجوانب الإعلامية والشائعات والنكات الموظفة في الحرب الأميركية على العراق، يطرح الدكتور محمد أحمد النابلسي في

كتابه الصادر في مايو من العام 2003، وبعد أسبوعين على إعلان بوش نهاية حرب العراق، تحت عنوان «الحرب النفسية في العراق»، السؤال اللغز، والأكثر غموضاً، المتعلق بكيفية تحقيق الانتشار الأميركي بهذه الصورة المذهلة؟. وهو سؤال يستتبع قائمة من الأسئلة المغمزة مثل: كيف انهارت الدفاعات العراقية بهذه الصورة المأسوية؟ وما هو مصير القيادة العراقية؟ وهل استقرت أميركا في العراق، أم أنها تورطت فيه؟ وهل يمكن لمقاومة عراقية أن تنتظم في مواجهة الأميركيين؟ وأخيراً، سؤال عما إذا كان نموذج حرب العراق كافيًا لنصرة نظرية الحرب الإستباقية، أم أنه يدحضها على الرغم من الانتصار الذي حققته أميركا في هذه الحرب؟. وهي أسئلة تستتبع السؤال: هل ستستمر أميركا في حروبها الإستباقية، أم تنغمس في ورطة عراقية غير متوقعة.

### تقنيات الحرب النفسية على العراق

في الفصل الأول من الكتاب الجديد، يشير الدكتور النابلسي إلى تقنيات الحرب النفسية في العراق، ويقصد الحرب النفسية الأميركية، وحرب الشائعات، وحرب النكات، والإعلام والدعاية، وأخيراً سيكولوجيا الحروب، مؤكداً أن هذه الحرب لم تقف عند حدود الحرب النفسية التقليدية، بل تخطتها إلى أسلحة نفسية، وتحديدًا إلى القنبلة النفسية، وهي فكرة لم تغب عن بال العراقيين الذين صنعوا سلاحاً نفسياً في إطار الإمكانيات المتاحة لهم، حيث استغلوا شائعة أسلحة الدمار الشامل، فانتجوا قاذفات بدائية تقذف بوردرة بيضاء توهم العدو بأنها سلاح كيماوي، مما يولد الذعر والرغبة في الهرب. وفي هذا الإطار، يروي شهود عيان أن الأثر النفسي لهذه البوردرة الخادعة كان فاعلاً في بعض المعارك خلال الحرب العراقية، وتحديدًا في معارك أم القصر، ومعركة المطار الأولى. هذا في الوقت الذي روج فيه الأميركيون للعديد من الشائعات، كشائعة ملكية العراق لأسلحة الدمار الشامل، وشائعة قطع رأس النظام، وأخرى عن هروب طارق عزيز، إلى جانب شائعات عن تغيير خطة الحرب، وإطالتها، وتأخير الهجوم على بغداد في انتظار وصول قوات إضافية، وكذلك شائعة سقوط المدن، وضرب مقرات القيادة العراقية، واستسلام لواء عراقي مع فرقته، وتدمير فرقة من الحرس الجمهوري، وشائعات أخرى عن انتظار انقلاب على الرئيس العراقي، وشائعات عن الأسلحة الروسية والسورية.. لذلك كان من الطبيعي أن تكون حرب بظخورة حرب العراق موضوعاً لقائمة طويلة من النكات السابقة، والمرافقة، والتالية لها، حيث نجد أن الاختلاف الثقالي يجعل بعض النكات مفهومة في ثقافة دون غيرها، مع ما يصاحب ذلك من عجز بعض

النكات عن اختراق الثقافات المستهدفة. وعن حرب الإعلام والدعاية، يشير الدكتور النابلسي إلى أن الإعلام والدعاية الإعلامية، لعبا دورهما في هذه الحرب، حيث تمكن وزير الإعلام العراقي محمد سعيد الصحاف من اكتساب صدقية عبر تكذيبه الناجح للدعاية الأميركية، إذ اعتمد الأميركيون مبدأ الإرباك المعلوماتي، فكانوا يمنعون الصحافة من الوجود في أماكن الأحداث، ليعودوا فيذيعوا بياناتهم بصورة غامضة، مما أتاح للإعلام العراقي فرصة التفوق عن طريق حصرية مصدر المعلومات العراقية بالصحاف، وإعطائه للمعلومات الدقيقة، لذلك كان قطع الطريق على ظهور الصحاف، وضرب الإذاعة والتلفزيون العراقي، أولى خطوات الدخول الأميركي إلى بغداد.

### التحليل النفسي بين «بوش» و«صدام حسين»

من جهة أخرى يقدم رئيس المركز العربي للدراسات المستقبلية في الفصلين الثاني والثالث، تحليلاً نفسياً للرئيس الأميركي جورج ووكر بوش، مؤكداً أنه من النمط الذي لا يحسن التحكم في ردود فعله، وبحسب عالم الشخصيات الأميركي «دايفيد باربار»، فإن القالب السلوكي لبوش الابن يشير إلى أنه يملك طاقة شخصية عالية، لكنها موجهة في كفاح قهري لا متعة فيه، ومن هنا عجزه عن تحمل الإحباطات، ذلك أنه لا يحصل من جهوده على كفاية عاطفية مقبولة، فالطابع القهري لعمله يحد من المردود العاطفي لهذا العمل ويقلصه، كما يواجه صاحب هذا النمط صعوبة في السيطرة على عواطفه وانفعالاته وعدائيته، مثال ذلك الإحراج الذي سببه بوش لنفسه عندما تلفظ بكلمات نابية وجهها لأحد المرسلين الصحفيين دون أن ينتبه أن صوته لا يزال مسموعاً من الجمهور. هذا في الوقت الذي جهدت فيه المخابرات الأميركية، كي تتزع عن «صدام حسين» صورة البطل، لكن هذه الجهود فشلت لتوافر عناصر شخصية البطل في اللاشعور الجماعي عند الرئيس العراقي السابق، فهو شخصية يتيمة، برزت على خلفية فقيرة، لكنها منتمية انتماء واضحاً وراسخاً، وهو صاحب دعوة عروبية شاملة تحمس لها ودافع عنها حتى النهاية، كما يضاف على هذه الشخصية كونها بدأت حياتها بظلم فرضته الظروف، وأنهتها بظلم فرضه الأعداء. وهنا يؤكد الدكتور النابلسي أن الموضوعية تقتضي الإقرار بأن الطريق إلى الحكم كان شاقاً ومكلفاً، وأصعب منه الحفاظ على السلطة والفترات الصراعية الصعبة فيها، حيث تشير متابعة هذه المسيرة إلى تمتع «صدام» بصفات يعترف بها أعداؤه ومعارضوه "صلاح عمر العلي"، مثل الذكاء، والشجاعة، والقدرة على المواجهة، وتحمل الضغوطات، والتعامل مع الأزمات، وغيرها من

الصفات التي لا تجد لها معادل لدى «ووكر بوش»، حيث يعلم الجميع حيثيات وصوله إلى هناك، عدا عن حاجته الحيوية إلى من يشرح له الأمور ويبسطها له.

بين اللامعقول وحد الهاوية، وفي ما يتعلق بحالة الاقتصاد الأميركي، يوثق الباحث اللبناني المعروف، الحقائق التي تؤكد أن الأهداف الاقتصادية للحرب على العراق كانت معلنة، وأنه تم تغليفها بشعارات أميركية الدلالة والمضمون، فقد أظهرت حوادث 11 أيلول "سبتمبر" هشاشة الاقتصاد الأميركي، ومعاناته من سرطانات صعبة الشفاء بالعلاجات التقليدية، وهذه لا يعني أن الأزمة تولدت نتيجة 11 أيلول "سبتمبر"، فحوادث ذلك الثلاثاء لم تكن إلا مناسبة لاكتشاف أمراض الاقتصاد الأميركي، حيث تهاوت شركاته الكبرى "هالبيرتون، واينرون، وورلد كوم، وغيرها"، ليتبين أن هذه الشركات كانت مفلسة منذ العام 1997، وأن بوش وفريقه كانوا يعلمون بهذه الحقيقة، ويتسترون عليها، كما يتسترون على تزويرها لكشوفاتها المالية التي تظهرها شركات مريحة، بما يعادل النصب على المستثمرين، وإغرائهم بإيداع أموالهم في شركات مفلسة، كما تبين أن بوش وفريقه شركاء في هذه الشركات. وعنون الباحث إحدى فقرات كتابه بـ "بوش يضع الاقتصاد العالمي على حافة الهاوية". وهو ما يحدث راهناً، حيث أوصلت سياسات بوش اقتصاد العالم إلى حافة الهاوية.

وما بين الانعكاسات العالمية للسوق الأميركية والاقتصاد الأميركي، من الداخل، وسيكولوجية الإدارة الأميركية والبورصة وأزمة الرأسمالية العالمية، يختار الدكتور محمد أحمد النابلسي أبحاث الفصل الرابع من كتابه الجديد، فيما تتناول الفصول الأخيرة سيناريوات الحرب اللامعقولة، إلى جانب مناقشة نقدية للحرب الإستباقية، وحرب العراق بين الحرب الإستباقية والحرب الافتراضية، مؤكداً في النهاية أن القراءة النفسية للحرب على العراق، هي مهمة ملقاة على عاتق فروع اختصاصية متداخلة، وهي ستشغل العاملين في هذه الفروع على مدى سنين آتية.

## اختبار الذكاء الانفعالي / العاطفي Emotional Intelligence Test ,EIT(EQ)

إعداد وترجمة الدكتور حسان المالح

استشاري الطب النفسي - دمشق

أستاذ محاضر في الجامعة العربية الأوربية AEU

director@hayatnafsa.com

### مقدمة حول الذكاء الانفعالي (العاطفي):

مما لا شك فيه أن الذكاء العام التقليدي، والذي نقيسه اختبارات الذكاء المعروفة، هام وضروري في الحياة الشخصية والدراسية والنجاح المهني، ولكن الذكاء الانفعالي هام أيضاً وضروري مثل الذكاء العام.

ويمكننا القول إن الذكاء الانفعالي هو شرط مسبق لتطوير وتحقيق قدراتنا العقلية المتنوعة. وببساطة، نحتاج للتعرف على انفعالاتنا، وعلى إعطاء مشاعرنا وحاجاتنا الداخلية الوصف المناسب والتسمية الملائمة، مما يفيدها في تحقيق أهدافنا الحياتية، بما يتناسب مع حاجات ومشاعر الآخرين من حولنا. كما نحتاج إلى تنمية المهارات اللازمة للوصول إلى طرق مناسبة لتحقيق أهدافنا وحاجاتنا المتنوعة، من خلال تهدئة انفعالاتنا الخاصة، وصولاً إلى ارتياحنا الداخلي.

وبعد كل ذلك، نحتاج إلى تنشيط أنفسنا، وتحريك كل قدراتنا الداخلية، مثل الطاقة الداخلية، الجهد، الانضباط، المثابرة، المرونة. ومن ثم التوجه نحو المصادر الخارجية المتوافرة حولنا، ومنها بناء شبكة علاقات اجتماعية فعالة من خلال التفاهم والحوار الناجح مع الآخر، وتفهم حاجاته، والقدرة على التعاطف معه، وقراءة انفعالاته، وتحديد الحدود المناسبة بين الذات والآخر.

## اختبار الذكاء الانفعالي:

في هذا الاختبار المختصر تحتاج إلى إحضار قلم وورقة للإجابة على الأسئلة السبعة عشرة التالية.. تتضمن الإجابات خمسة احتمالات لكل سؤال. اختر إجابة واحدة فقط عن كل سؤال، وأكتب رقم السؤال ورقم الإجابة. وبعد الانتهاء اضغط على النتائج للتعرف إلى درجة ذكائك الانفعالي.

1 - عندما أشعر بالانزعاج، لأعرف من أزعجني، أو ما هو الشيء الذي أزعجني.

- أ - معظم الوقت.
- ب - غالب الأوقات.
- ت - أحياناً.
- ث - نادراً.
- ج - أبداً تقريباً.

2 - كل شخص لديه مشكلات،. ولكن هناك أشياء كثيرة خاطئة عندي، ولذا لا

أستطيع أن أحب نفسي.

- أ - معظم الوقت.
- ب - غالب الأوقات.
- ت - أحياناً
- ث - نادراً.
- ج - أبداً تقريباً.

3 - بعض الأشخاص يجعلونني أشعر أنني شخص سيء، مهما فعلت.

- أ - معظم الوقت.
- ب - غالب الأوقات.
- ت - أحياناً.
- ث - نادراً.
- ج - أبداً تقريباً.

4 - عندما أخطئ أقول عن نفسي عبارات تحطم من نفسي مثل: إنني شخص فاشل،

غبى، لا أستطيع أن أعمل عملاً ناجحاً.

- أ - معظم الوقت.

- ب - غالب الأوقات.
- ت - أحياناً.
- ث - نادراً.
- ج - أبداً تقريباً.

5 - أشعر بالحرج والارتباك عندما يتوقع مني أن أظهر عواطفى.

- أ - معظم الوقت.
- ب - غالب الأوقات.
- ت - أحياناً.
- ث - نادراً.
- ج - أبداً تقريباً.

6 - تأتيني حالات مزاجية أشعر فيها أنني قوي وقادر وكفاء.

- أ - معظم الوقت.
- ب - غالب الأوقات.
- ت - أحياناً.
- ث - نادراً.
- ج - أبداً تقريباً.

7 - عندما أشرف على إنجاز أمر ما ، أو هدف معين ، تأتيني عقبات تمنعني من الوصول

إلى أهدافى.

- أ - معظم الوقت.
- ب - غالب الأوقات.
- ت - أحياناً.
- ث - نادراً.
- ج - أبداً تقريباً.

8 - لا أستطيع التوقف عن التفكير في مشكلاتي.

- أ - معظم الوقت.
- ب - غالب الأوقات.
- ت - أحياناً.



ث - نادراً.

ج - أبداً تقريباً.

9 - من الأفضل أن أبقى بارداً وحيادياً إلى أن أعرف الشخص الآخر بشكل جيد.

أ - معظم الوقت.

ب - غالب الأوقات.

ت - أحياناً.

ث - نادراً.

ج - أبداً تقريباً.

10 - لدي صعوبة في قول أشياء مثل "أنا أحبك" حتى عندما أشعر بذلك بشكل حقيقي.

أ - معظم الوقت.

ب - غالب الأوقات.

ت - أحياناً.

ث - نادراً.

ج - أبداً تقريباً.

11 - إنني أشعر بالضجر (الملل، السأم).

أ - معظم الوقت.

ب - غالب الأوقات.

ت - أحياناً.

ث - نادراً.

ج - أبداً تقريباً.

12 - إنني أقلق على أمور لا يفكر فيها الآخرون عادة.

أ - معظم الوقت.

ب - غالب الأوقات.

ت - أحياناً.

ث - نادراً.

ج - أبداً تقريباً.

13 - أحتاج إلى الدفع من شخص ما كي أتابع مسيري.

أ - معظم الوقت.

ب - غالب الأوقات.

ت - أحياناً.

ث - نادراً.

ج - أبداً تقريباً.

14 - حياتي مليئة بالطرق المغلقة.

أ - معظم الوقت.

ب - غالب الأوقات.

ت - أحياناً.

ث - نادراً.

ج - أبداً تقريباً.

15 - لست راضياً عن عملي إلا إذا امتدحه شخص ما.

أ - معظم الوقت.

ب - غالب الأوقات.

ت - أحياناً.

ث - نادراً.

ج - أبداً تقريباً.

16 - يقول لي الآخرون أنني أبالغ في ردودي على مشكلات صغيرة.

أ - معظم الوقت.

ب - غالب الأوقات.

ت - أحياناً.

ث - نادراً.

ج - أبداً تقريباً.

17 - لست سعيداً لأسباب لا أفهمها.

أ - معظم الوقت.

ب - غالب الأوقات.

ت - أحياناً.

ث - نادراً.

ج - أبداً تقريباً.

مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية

يدعوكم لزيارة موقعه على الإنترنت

[WWW.Filnafs.com](http://WWW.Filnafs.com)

[WWW.Psyinterdisc.com](http://WWW.Psyinterdisc.com)

[WWW.Psychiatre-naboulsi.com](http://WWW.Psychiatre-naboulsi.com)

## الأزمة الوجودية في منتصف الحياة: الباب الضيق<sup>1</sup>

دانييل كينودوز

ترجمة: مي صقور \_ سليمان كاسوحة

Summary For certain analysands, their mid-life crisis is in relation with their feeling of identity. They need to perceive their existence, to situate it in the universe and construct a good relation with their internal objects. The author has observed that these patients succeed in resolving their crisis the moment they discover that it is enough to be "simply themselves". An analysand's metaphor expresses this taking stock: "in order to communicate with myself and with the universe, I must go through a doorway that has my shape exactly and that can let no-one through but myself". Henceforth, it is of no importance whether this doorway is different from what she would have wished it to be. It is no longer the doorway that counts but what it provides access to. Keywords: Mid-life crisis, Feeling of identity, Representation of time, Perception of time, Integration of memories, The child in the adult .

### الأزمة الوجودية في منتصف الحياة

تتجلى أزمة منتصف الحياة في أشكال عدة، وذلك بحسب المتعالج<sup>1</sup>، فهي تظهر عادة عندما يدرك أحدهم في آن واحد أن ليس لديه إلا حياة واحدة يحيها، وأن نهاية هذه الحياة تقترب بشكل حتمي.

في مثل هذه الظروف، يمكن أن يشعر المتعالج برغبة لا تقاوم بالبداية بحياة جديدة، لكن هذه الفرصة الثانية تحمل مخاطر التسبب بخيبة أمل مؤلمة. في الواقع، يبدو أن هذه الحياة

<sup>1</sup> - المقصود بالمتعالج في هذا المقال الإنسان الذي يتبع جلسات تحليل نفسي بهدف العلاج.

الثانية حقاً مخيبة، إلى جانب الاحتمالات التي لا تحصى التي يمكن أن يتوقعها المتعالج. أريد أن أعالج موضوع أزمة منتصف الحياة من أحد جوانبه، والذي نادراً ما تم توضيحه. في الواقع لقد لاحظت، لدى بعض المتعالجين بالتحليل النفسي، ارتباط هذه الأزمة بشعورهم بهويتهم. هل ما أحياء هي حقاً حياة؟ حياتي أنا؟ في ما مضى انتظرت أن أصبح كبيراً لأحيا، انتظرت أن أنهي دراساتي، ثم أن أجد عملاً مناسباً، ثم أن أؤسس عائلة، ثم.. إلى متى سأنتظر أن أصبح كبيراً؟ أنتظر دائماً يوم غد كي أحياء؟ في يوم من الأيام سأكون ميتاً دون أن أشعر بأنني قد عشت حياتي! لقد لاحظت بأن هؤلاء المتعالجين يتوصلون لحل أزمتهم الوجودية في منتصف الحياة عندما يكتشفون بأنهم، لكي يشعروا ثانية بقيمتهم وبقيمة حياتهم، يكفيهم أن يكونوا "ببساطة" هم أنفسهم. إن القلق بوجود مغادرتهم هذه الحياة ينخفض عندما يتوافر لديهم الشعور بأن لهم حياة، حياتهم الخاصة بهم. في الواقع، من الضروري أن نشعر بمكاننا قبل أن نتركه للآخرين. أن نكون أنفسنا ببساطة هو أن نكون بكل مزايانا، وعيوبنا، ومواهبنا، وإعاقاتنا، وبتاريخنا وبأهلنا، أن نكون كإبداع فني، إبداع بسيط وصعب في آن. إذا كنت مصرة على كلمة "ببساطة"، فذلك للإشارة إلى الجهود المضنية التي يُجبرُ المتعالجون أنفسهم على بذلها، ليحاولوا اكتساب مواهب معلمهم، أو أقرانهم، الذين يُعجبون بهم، ويحسدونهم بشكل خفي. بعض منهم يتألق نتيجة تبنيه أسلوب الأشخاص الذين يعتبرهم مثلاً أعلى، بينما يُمحي بعض آخر لعدم جرأته على تبني مواقف خاصة، خوفاً من أن يخالف الصورة المثالية المكونة لديه. لكن في كلتا الحالتين فهم جميعاً يعانون خفيةً من البقاء، ولو جزئياً، غير قادرين على إدراك ما يفكرون به، ما يشعرون به، أو ما يختبرونه. إن افتتانهم بغنى الآخرين النفسي، يمنعمهم من إدراك غناهم الشخصي، أو الإيمان بقيمتهم الخاصة. إلا أن أحداً لا يستطيع أن يفكر، أو يشعر مثلهم، حيث أنهم الوحيدون القادرون أن يشعروا بأنهم هم أنفسهم. وهكذا فإن عدم معرفتهم بغناهم تجعلهم غير قادرين على نقله، ويحرمون الآخرين منه أيضاً من دون علمهم.

يتحمل المتعالجون هذه الحالة، بمعاناة أكثر، أو أقل، حتى ظهور أزمة وجودية. على الرغم من أن هذه الأزمة تظهر في أعمار مختلفة، إلا أنني أسميها أزمة منتصف الحياة، باستعارة مصطلح إليوت ياكوبس (1965) Eliott Jaques. وما حملني على تسميتها بهذا الاسم، هم أشخاص شعروا بهذه الأزمة في عمر متقدم. في الواقع، لا يتوجب حساب في ما إذا كان وسط الحياة يقع على بعد متساوٍ بين بدايتها ونهايتها بمعايير رياضية، حيث أن كل فرد يقيّم الوقت الذي يمر بطريقة شخصية.

وذلك بحسب درجة شعوره بالحياة. وعندما يتجاوز هؤلاء المتعالجون هذه الأزمة، فإن نسمة جديدة تعشهم مهما كان عمرهم، ويبدون وكأن لديهم مُجدداً كل طاقتهم الحيوية. وفي أغلب الأحيان، يحتفظ هؤلاء المتعالجون بمعاناتهم سراً. مع ذلك فإن البعض منهم بتعبيرهم لي عنها، خلال تحليلهم النفسي، يبدأون بتمثل أزماتهم، ويكتسبون الجرأة ليكونوا هم أنفسهم. إنهم بحاجة لتحليل نفسي طويل الأمد، لأنهم غالباً ما يستجيبون بطريقة مدهشة عندما يبدأون باكتشاف المعنى الحقيقي لأفكارهم، فبدل أن يفرحوا به، فهم يهملونه، ويبدون وكأنهم يتمسكون بأفكارهم وآرائهم. ويمكن أن نقول بأنه ليس لديهم الثقة بأن أفكارهم يمكن أن تتطور. باختصار، إنهم يتخلون عن الطفل بعد إنجابهم. إن رد الفعل بالفشل مرتبط بصعوبات لا واعية: فبحسب المتعالجين، يمكن أن تكون الرغبة، الخوف من الوحدة، أو إعادة فتح جرح نرجسي، دون أن يلغي وجود أحدها وجود الآخر. على سبيل المثال، عندما يسيطر الحسد، فإنهم يعتقدون، دون أن يكون لديهم الوعي الكافي، بأن أفكارهم الخاصة أقل إذهالاً من تلك التي يحسدون وجودها لدى الآخرين، لماذا أتعذب من أجل أفكار لا ترفع من قيمتي كما أريد؟".

بوجود القلق، فإن الوحدة تسيطر، ويخشى المتعالجون أن تنتقد أفكارهم، أو حتى أن يُقلل من قيمتها، من قبل هؤلاء الذين يفكرون بطريقة مختلفة، وأن يخاطروا بأن يهملوا، أو أن يُوضعوا جانباً، بسبب طريقتهم في التفكير. عندئذ يترددون في أن يكونوا هم أنفسهم، وأن يعوا أفكارهم، وأن يؤكدوا ذاتهم، هذا يشبه قليلاً الشعور بالفراغ الذي ينتاب الجميع عند الغطس لأول مرة في المسبح. بدلاً من المخاطرة، فإنهم يستطيعون العودة إلى وسائلهم الدفاعية القديمة: يتألقون بإظهار ما يمكن أن يكون أكثر قبولاً بشكل فني، أو أنهم ينزرون على أنفسهم. وبالتالي تستمر معاناتهم.

### متعة أن نكون أنفسنا

عندما يستطيع المتعالجون أن يعبروا عن موضوع خيّر غير مثالي أثناء التحليل، فإن أناهم الأعلى السادي يفسح المجال لأناهم الأعلى الحامي. بالتالي، بإمكانهم أن يختبروا إبداعاً أصيلاً، لا تُعوض قيمته مهما كان بسيطاً، ولا يمت بصلة لإبداع استعراضي مُستعار. إنهم يكتشفون لذة الشجاعة بأن يكونوا هم أنفسهم.

وتشكل اللحظة التي تتغلب فيها متعة أن يكونوا هم أنفسهم على الحسد، أو على القلق من مواجهة الوحدة عند هؤلاء المتعالجين، المرحلة الأولى من تمثيل أزماتهم في منتصف الحياة. فيتجرأ المتعالجون على المخاطرة في التخلي عن الآخرين، وعلى مواجهة

الانتقادات، حتى ولو سببت لهم المعاناة، لأنهم بدأوا يأخذون قدرتهم على الإبداع، على محمل الجد: ما يفكرون به، ما يشعرون به، أو ما يختبرونه هو عالمهم، وليس من أحدٍ قادر على أن يبدعه مكانهم.

غالباً ما يُدرك المتعالجون، بشكل مبالغ فيه، التناقض الذي يعيشه كل كائن بشري: إحساسه في الوقت نفسه أنه نقطة صغيرة جداً مجهولة، ضائعة بين الجموع، وأنه كائن جبار قادر على أن يتبصّر في هذا الكون، وهو يعلم أنه فريد بالنسبة لمحبيه. لقد شعرت إحدى المتعالجات بأنه لمن المثير للسخرية أن تكتشف النتائج المدمرة التي جرتها عليها مرحلة من الغزلة المفاجئة لبضعة أسابيع حين كانت طفلة رضية، إذ تفكر بالعدد الذي لا يحصى للأطفال ضحايا الكوارث الطبيعية، أو الحروب. وهناك متعاجة أخرى، كانت مترددة أثناء الجلسات الأولى، في أن تحدثني عن إصابتها بالسرطان، إذ أنها على معرفة بالإحصائيات، وتعلم أن كثيراً من النساء هن في أوضاع أسوأ من وضعها.

### بالنسبة للمحلل كل شخص هو باب مفتوح على العالم الرحب

أحس، كمحللة نفسية، أنني في قلب هذا التناقض، ذلك لأنني، حتى لو اعترفت بأهمية الإحصائيات، والجدوى من تقديم المساعدة للعديد من المجهولين، فأنا أخصص أيامي للعمل مع عدد قليل من المتعالجين. يخالجنني الشعور نفسه الذي أحسه في قطار يعبر ليلاً ضاحية مدينة كبيرة: آلاف النوافذ المضاءة توحى بالعديد من المجهولين الذين قد يرحلون دون أن أعرفهم، أشعر بالتشويش عندما أفكر أن خلف كل نافذة شخصاً فريداً ومليئاً بالأسرار المتمركزة فيه لوحده، كل جدوى الكون بالنسبة للذين يشاركونه حياته. لذلك أتمنى أن تُدرك تلك المتعاجة التي فصلت عن أهلها، بعد ولادتها بقليل، بأنها الوحيدة التي عاشت هذا الانفصال. وأتمنى أن تشعر المتعاجة الثانية أن مرض السرطان الذي تعاني منه فريد، بالنسبة لي، كما بالنسبة لها، لأن التحليل النفسي هو مجال الفرد. تشير الإحصائيات في مقاطعة جنيف حالياً أن امرأة من أصل ثمانية، من كافة الأعمار، تعاني من سرطان الثدي، لكن، في التحليل النفسي، كل واحدة من هؤلاء النساء الثمانية لها "سرطانها"، .. ليس هناك اثنان متشابهان.

إن هؤلاء المتعالجين حساسون لهذه المفارقة التي تجرُّ أخرى: لكي ندرك هذا العالم ونتواصل معه، فإن كل واحد منا مجبر بأن يعبرَ باباً فريداً، له شكل شخصنا. إنه باب ضيق، لأن له هيكلنا تماماً، ولا يمكن أن يمر عبره أحد سوانا. لا يستطيع أحد أن يفهم هذا الكون لظالم أنه يعتقد بأنه سيتمكن من ذلك من خلال شخصية فرد آخر، مهما كان

معجباً به، أو يحبه. ولقد شرحتها لي إحدى المتعالجات على الشكل التالي: "إذا أراد الكمان أن يشدو مثل البيانو، فلن يبدع أبداً موسيقاه الخاصة. سأكمل هذه الجملة بالقول: "أحياناً في أوركسترا الحجر، يُدرك الكمان والبيانو خصوصية كل واحد منهما بشكل أفضل." في الواقع، إن تفكير الآخرين لا يحل محل تفكيرنا الخاص، لكنه يساعد على بلورته. أتذكر كذلك أن زميلاً لي، أثناء حلقة دراسية، قام بتقديم حالة متعالج في أوج أزمة منتصف الحياة. لقد كانت الموسيقى، على ما يبدو، المجال الوحيد الذي يلامس مشاعر هذا المتعالج الحسود والمعذب، لأنه لم يكن أبداً راضٍ عن نفسه. ينهر هذا المتعالج محلله بازدراء، ودون توقف "أكاذيب! كل ما تقوله أكاذيب". "أقترحت على هذا الزميل إمكانية اللعب على المعنى المزدوج للعبارة وتأويلها"<sup>1</sup>: "إذا كنتُ مزماراً، فهل يجب أن أشدو مثل كمان؟ ألا أستطيع أنا أيضاً أن أصنع موسيقي الخاصة؟".

### إليز والباب الضيق

طلبت إليز مني أن أساعدها عندما كانت تمر بأزمة وجودية مؤلمة تشبه أزمة منتصف الحياة: "أريد أن أعيش قبل أن أتقدم في السن"، لقد كررتها إليز بطرق مختلفة في الحقيقة. لقد ابتهجت أثناء التحليل ابتداءً من اللحظة التي قبلت فيها أن يكون تحليلها على مقاسها، لقد عبرت من الباب الضيق الذي يتطابق معها، بدلاً من أن تكافح في البحث عن المعبر العظيم الذي تخيلته عند سماعها لحديث أصدقائها عن التحليل النفسي. كانت تمتلك إليز صورة عن التحليل بعيدة كل البعد عما عاشته معي: في الواقع، مرت سنوات ثلاث دون حوار مميز بيننا. إذ من وجهة نظرها، لا يحدث شيء أثناء التحليل. "هل هذا فقط هو التحليل؟" تقول مستشيطة غضباً. "أنت هنا لأن هذا هو عملك، من الممكن أن أتعذب، من الممكن أن أموت، دون أن يلاحظ أصدقائي هذا، إنهم لا مبالون، وأنت كذلك". على الرغم من ذلك، تتابع إليز باستمرار وبجدية كبيرة تحليلها. أما بالنسبة لي كمحللة، فأرى أن الكثير من الأشياء المثيرة للاهتمام تجري في التحليل النفسي لإليز، حتى ولو أنها لم ترها هي نفسها. لم تكن تعي إليز المزايا العديدة التي يبدو لي أنها تتمتع بها. كيف يمكن مساعدتها كي تشعر بما يحدث؟.

عندما أخذت إليز قراراً بمباشرة التحليل معي، حاولت أن تقنعني في اللحظة نفسها، أنها لا تريد التحليل، فاقترحت عليها أسماء زملائي الذين من الممكن أن تبدأ معهم علاجاً نفسياً. هكذا نقلت إلى إليز، منذ اللقاءات التحضيرية، بشكل لا واعي، ودون أي كلمة، رسالة

<sup>1</sup> - Pipeau تعني أكاذيب، وفي الوقت نفسه تعني المزمار.



مكتفة ليس لها أي معنىً نفسي بالنسبة لها ، لكنها تحمل الكثير بالنسبة لي: لكي تقبلني إليز كمحللة نفسية ، يلزمها وبشكل لا واعي ، أن تجعلني والدة تحويلية ورافضة ، كأن تدفعني ، على سبيل المثال ، لاستحضار آخرين لكي يعمتوا بها. أستوجب هذه الرسالة ألا تتخيل نفسها جديرة بأن أعترف بها كابنتي في التحليل ، وألا أقبلها حتى عندما تكون هي نفسها ببساطة ؟ أهي مجبرة على الدخول عندي خلصة ، كما لو أنه لا يوجد مدخل على مقاسها؟

كانت السنوات الثلاث الأولى من التحليل ضرورية لكي نكتشف ، أنا وإليز ، مكونات هذه الرسالة اللامحكية ، وذلك بأن نعيشها من خلال تجربة العلاقة التحويلية المنسوجة من اللاتفاهم واللاتواصل. إن التفسيرات المحكية ليست كافية لكي نخفف من كثافة هذه الرسالة. كان يلزمنا أن نختبر المشاعر التي تستوجبها هذه الرسالة: كنا بحاجة أن نعيش هكذا تجربة. في الحقيقة. إما أن تفشل تأويلاتي ، أو أن تثير غضباً عارماً. تكرر لي إليز: "أنت لا تفقهين شيئاً" بيد أن مثابرة إليز ، وفكرة أنها تدرك بشكل لا واعي عمل هذه الآلية الخفية تواسيني. فوق ذلك ، فإن بعض التفسيرات على مستوى المشاعر تفتح أحياناً بوابة التواصل بين عالمنا الداخليين. تبقى هذه التأويلات ، بالنسبة لي وإليز ، نقاط ارتكاز مهمة تسمح بالحفاظ على الثقة ، وتشير إلى أننا على الطريق الصحيح ، طريقنا.

كنت غالباً ما أخشى إليز وعدوانيتها. لقد بدا لي هذا طبيعياً. لقد كان محتملاً أن أشعر بألم بسبب هجوم إليز العنيف ضدي ، بالرغم من أنني أستوعب معناه التحويلي ، وجدواه على مسار التحليل. من جهة أخرى ، تلعب إليز جيداً لعبة التحليل: "قالت إليز أنت هنا من أجل ذلك ، إنها مهنتك". كان المهم أن أعلم ما هو منشأ خوفي: هل أنا خائفة أن أرفض؟ أن أموت؟ هل خوفي يشبه الخوف الذي من الممكن أن تكون والدة إليز قد شعرت به بتواصلها مع فتاة من الممكن أن تتقدمها وتجدها عديمة الفائدة مهما قالت؟ لكن أليس هذا الخوف شعوراً مختبراً من قبل إليز أيضاً ، أسقطته عليّ بشكل لا واعي كي أعطيه معنى؟

### باب على شكل هيكل كل شخص

فرضت صورة "العبور من باب ضيق" نفسها عليّ ، ولم أفهم معناها مباشرة: بالطبع احتفظت بهذا الانطباع لنفسني ، لكنني تساءلت داخلياً عن طبيعة هذا الباب. أين هو هذا الباب الضيق الذي يفتح على الكون الرحب؟ هكذا ، وعلى عدة مراحل ، استطعنا أنا وإليز أن نفهم الرموز المختلفة لهذا الباب ، أحدها يقودنا إلى الآخر ، وتتكامل كل الرموز مع بعضها بعضاً.

في الحقيقة، طلبت مني إيليز تحليلاً مشابهاً للتحليلات النفسية التي سمعت عنها في محيطها: تحليلاً قائماً على حوارات مميزة، وذلك من خلال لعبة شفوية تتميز باكتشافات مدوية. كررت إيليز: "أريد أن تشرحي لي!"، وفي الوقت نفسه كانت تصم أذنيها عن تحليلاتي. لقد أجبته، عدة مرات، وبطرق مختلفة، على الشكل التالي: "ربما تفضلين تحليلاً مترافقاً مع شروحات واضحة كما تتخيلين تحليل الآخرين، وماذا لو كان الهدف هو أن تقوم بتحليلك الخاص؟". لكن أثناء إحدى الجلسات، استخدمت تشبيهاً انغرس في أعماقي: "ربما يجب علينا أن نجد باباً فقط من أجلك، حسب أبعادك، ليس باب أحدٍ آخر. باباً للدخول إلى عالم ما قبل الكلام، عالمك عندما كنت صغيرة؟" أجملت إيليز وهي متضايقة: "قلت لك سابقاً أنني لا أذكر شيئاً من طفولتي!.. سوى صورة وحيدة: هوة سوداء؟". في الحقيقة، أخبرتني إيليز أن ذاكرتها بصرية، وأن أحلامها تقتصر غالباً على بقع ملونة.. تساءلت: "سوداء! ماذا تعني بالنسبة لك هذه الهوة السوداء؟" صممت إيليز طويلاً ثم أضافت: "تذكرني بمدخل نفقٍ، بالقرب من المنزل الذي نُقلت إليه عندما قرر والدي فصلي عنهما. لا أذكر من تلك المرحلة إلا تلك: الهوة السوداء.. وتساءلت إذا كان هذا النفق هو بابي؟

ابتداءً من تلك الجلسة، عزفت إيليز عن العبور من باب الآخرين، ذلك الباب الذي اعتقدته رائعاً. لقد قبلت أن تكتشف تحليلها هي، وأن تعتبر مخاوفها الحالية، كبالغة، جزءاً لا يتجزأ من المخاوف التي عاشتها، كطفلة صغيرة لم تتعلم الكلام بعد. بدأت تحس أن مخاوفها، كبالغة، تتسق مع خوفٍ غير مسمى في طفولتها المبكرة، أو حتى ناتجة عنه. في الحقيقة، بدأت إيليز تدرك أنها، منذ بداية حياتها، لاتزال الشخص نفسه، ولكن في تطور مستمر، وأن تاريخها الداخلي الخاص والفريد تكوّن حتماً مع مرور الوقت

بقبول إيليز أن يأخذ المدخل الأسود للنفق معنىً بالنسبة لها، كانت قد قبلت أن أصبح، في عملية التحويل، والدة مزودة بالقدرة على حلم اليقظة. استطاعت أن تحلل معي ممّ تتكون الكثافة السوداء لبابها. أعادها الانفصال الذي عاشته خلال فترة النفق إلى انفصال مبكر حدث بعد فترة قليلة من ولادتها، والذي حتى اللحظة الحالية لا تعلم بوجوده إلا عقلياً.

عندما كانت إيليز طفلة رضية، تتمتع بحساسية عالية، كانت بحاجة إلى حلم اليقظة بوالدتها، التي حرمت منها خلال فترة فراق طويلة جداً بالنسبة لها. لقد قامت بنجاح، وبشكل لا واعي، بتغليب مخاوفها، التي كانت بلا معنى، لكي تمنعها من الجري وراء ما تبقى من حياتها، وبذلك أمضت طفولة هائلة، وسط عائلة تملؤها الحياة. هكذا استطاعت أن تبني شخصية ديناميكية وجذابة، لكن الثمن كان استمرارية وجود منطقة مظلمة في داخلها أثقلت كاهلها يوماً بعد يوم.

في الحقيقة، بقي القلق المغلف كحضرة سوداء، لون أسود، فائض مكثف من المخاوف الغير قابلة للترجمة والتعبير، لقد أدركت الآن، في "منتصف" الحياة، العبء الموجود داخلها كإحساس بالفراغ، لا تستطيع إليز أن تستمر في حرمان نفسها من جزء من تاريخها الداخلي دون أن تفقد الشكل المتكامل لشخصها. بالنسبة لإليز، كانت إحدى وسائل التحرر من هذا القلق هي نقله لي، وإسقاطه عليّ خلال سنوات ثلاث، هكذا سمحت لي أن أختبره أنا بدوري، وأيضاً أن تعيش معي، من خلال التحويل، الوضع الذي عاشته عندما كانت طفلة صغيرة مع والدين معميان عن معاناتها، وبشكل خاص عن خوفها الشديد من الموت. الآن، وجدت إليز مجدداً هذا الانفصال المبكر، من خلال تجلياته الحالية، وليس من خلال لون واحد. لقد أخذت الأحاسيس والمشاعر الراهنة والمقلقة معنى، لأنها تستدعي الأحاسيس والمشاعر التي اجتاحتها وقت فصلت عن والديها عندما كانت طفلة صغيرة. إذ كان من المستحيل أن تميز ما تشعر به في داخلها، لقد بقي ذلك "رعباً بلا اسم" (بيون، ص132).

يكون التطور طبيعياً إذا سمحت العلاقة بين الطفل الرضيع والرحم أن يسقط الطفل شعوره بأنه يحتضر، على سبيل المثال، داخل الأم، وأن يتمثل هذا الشعور مجدداً بعد أن تكون فترة مكوثه في الرحم قد جعلته أكثر قبولاً في داخله. إذا رفضت الأم هذا الإسقاط، يحس الطفل أن شعوره بالاحتضار جُرد من كل معانيه. بالتالي لا يقوم بتمثل خوف محتمل من الموت، لكن رعب بلا اسم. (W.R. Bion, 1967 ; trad 1983, P.183).

حالياً، لاتزال إليز تحس هذا الرعب في داخلها، لكنها بدأت تستطيع أن تسميه. من خلال ما أدركته من قلقي الضد - التحويلي، استطعت أن أساعد إليز في أن تجد معنى لقلقها الحالي، المبني على أساس رعب طفولي لا اسم له. إن صورة النفق تحتوي العديد من الصور، لكن الصورة المحورية والقوية هي: القلق من الموت في اللامبالاة. قالت لي إليز: "الآن فهمت لماذا أحس غالباً أنني قريبة من الموت، وأن الآخرين، حتى لو أحبوني، لا يدركون ذلك، أحس دوماً أنني لست مهمة بالنسبة لهم." لقد وجدت إليز في سن البلوغ الحاجة للقدرة على الحلم التي ينتظرها الطفل الرضيع من والدته.

أخيراً، إن تحليلاتي "تهم" إليز، لم أكن بالنسبة لها أمّاً محللة لم تلاحظ أن ابنتها قريبة من الموت. عندما أعادت إليز التفكير في تحليلاتي السابقة، فوجئت بأنها تسمعها بطريقة مختلفة عن الماضي، لم تعد تعبر عن لامبالاتي تجاهها. أدركت إليز أنها كانت تسمعها بطريقة مشوهة بسبب رعبها الغير مسمى، وفهمت أن إدراكها للعالم الخارجي يتغير بتغير

أوهامها: "لاحظتُ أنني أشاهد الآخرين من خلال نظارات مشوهة! لا بد أن هذا قد جعلهم يشعرون باليأس!".

بدأت إليز تجد معنى لتحليلها النفسي عندما قبلت شكلها الخاص، وشخصيتها، وتاريخها، بدلاً من أن تعتقد أن هناك نموذجاً جاهزاً يجب اتباعه. لقد قبلت أن تعبر من باب تحليلها الخاص. إنه باب "ضييق" لأنه لا يسمح بمرور أحد إلا إليز! لكن بالنسبة لها، فقد عبرت حياتها كلها من خلاله. يجب إذاً أن تولد من ذاتها مع شخصيتها، وأصلها، وتاريخها، وذلك بالعبور من باب على مقاسها، يشبه الباب الذي يُستخدم للخروج من رحم الأم (هل سيأخذ شكل عملية قيصرية؟) أو بصورة أخرى، يشبه مشهد الخلق الأولي<sup>(1)</sup>.

## المرحلة الثانية

### نظرة مدهشة على الذات نفسها

مع ذلك، فإن تمثُّل الأزمة الوجودية في منتصف الحياة لا يتوقف هنا. كما في أي عملية خلق، فهناك مرحلة ثانية: لا يتوجب فقط إنجاب طفل في هذا العالم، بل يتوجب في ما بعد تأمين كل الظروف المناسبة ليعيش. بعض المتعالمين يقبلون هذه المرحلة الثانية بعناء كبير. لقد فهمت بأن هذه المرحلة ضرورية لكي يمتلك المتعالج الجرأة بأن يكون هو نفسه، عندما قالت لي إليز "إني أتساءل، لماذا تحاولين منذ بعض الوقت إظهار مزاياي؟". رد الفعل هذا جعلني أبتسم في داخلي، لأنني لم أكن أنا من فعل هذا، بل هي التي قد رأت الآن مزاياها، وأعطتها قيمتها. لقد مضى وقت طويل على رؤيتي لهذه المزايا لديها. لقد فهمت بأن إليز بحاجة لنظرتي كأم، أو كأب، لكي تتعرف مجدداً على قيمة "من تكون". لا يتوجب فقط التعرف مجدداً على مزاياها، بل بإعطاء القيمة لما يجعلها "أنها هي" نفسها، وليست أحداً آخر.

لكي "ترى" مزاياها، ونقاط ضعفها، كغنى خاص بها، كانت إليز بحاجة للتحقق مما كنت أراه. كان لديها انطباع بأنها تحدثني عن أشياء بلا أهمية، عن قصص صغيرة وعادية تحدث في كل الأوقات، لقاءاتها مع أصدقائها، ماذا قالوا لها عن رد فعلها.. إلى آخره. إليز، أو جانب بأكمله منها، والذي لم يكن قد نضج بالإيقاع نفسه للجوانب الأخرى، كانت بحاجة لرؤيتي كي تأخذ هذه القصص الصغيرة قيمتها كغنى. لقد كشفت لي إليز عن مزاياها من خلال ما أظهرته لي: كنوز من الحنان، من الصداقة، من الدفء الإنساني. لقد كشفت لي أيضاً عن صعوباتها ونقاط ضعفها. بدون قدرتي التحويلية للاندهاش، لكانت إليز قد

<sup>1</sup> - مشهد العلاقة الجنسية بين الوالدين، مراقبة أو متخيلة، من قبل الطفل

تمسكت بقيمة لا تُذكر لهذه المزايا وهذه الصعوبات. والحال هذه، كنت قد وجدت مجدداً معها، خلال عدة جلسات، شعوراً ضد \_ تحويري محدد بوضوح: لقد كنت أنظر بروية، إلى حفيدتي الصغيرة وهي تُخرج كل الألعاب الموجودة في صندوق ألعابها واحدة بعد أخرى، وكنت أندesh أمام كل لعبة جميلة، أو أقل جمالاً.

لقد سنحت لي الفرصة أن أمارس هذه اللعبة مع أطفال لا يعرفون بعد لا المشي ولا الكلام، لكن يستطيعون بالكاد أن يقفوا ويتمسكوا بصندوق الألعاب. إن الطفل يُخرج لعبة ويريني إياها، أنظر إليها أصفها، أندesh لشكلها أُعجب لوجودها، ينظر إليها الطفل، يندesh بدوره، يضعها، ثم يأخذ واحدة أخرى. عندما يصبح الصندوق فارغاً، يضع الطفل مجدداً الألعاب في الصندوق، وتبدأ اللعبة من جديد: كل لعبة تُرى من جديد، بنظرة جديدة، وكأنها تُرى للمرة الأولى. هذه الألعاب أكانت جميلة أم لا، سليمة أو مكسورة، تصبح كنوزاً، لأن الطفل يتعلم أن ينظر إليها باندهاش مشابه لنظرة أمه، نظرة لا تُبتذل، ولا يُعتاد عليها. لم يعد الطفل بحاجة لهذه اللعبة عندما يهضم بشكل كافٍ صندوق الكنوز هذا، وعندما تكون النظرة التي يحملها لذاته مطابقة لنظرة أمه، أو أبيه. من الآن فإن هذه الكنوز توجد لديه، يشعر بغنى مزاياه وضعفه الذاتي.

### تستطيع الكلمات أن تكون باباً يسمح بمرور المشاعر

في اللحظة التي يكتشف فيه المتعالج أن الانفتاح على العالم يمر عبر القبول بنموذج شخصيته، يدرك غالباً بأن الكلمات أيضاً، باب محدود يمكن أن تختبئ فيه المشاعر. إن متعالجاً في طور تمثل أزمة الوجود في منتصف الحياة، يكون متأثراً جداً، خلال جلسة التحليل، فهو يختبر أن التواصل يمكن أن يمر من خلال باب ضيق.

في الواقع، بعد عشرات السنين من عدم التواصل مع أبيه، للمم كل شجاعته، مع شعور بأنه سيرمي نفسه للمرة الأولى في مغطس على عمق عشرة أمتار، استطاع أن يقول لأبيه "أتعلم يا أبي، إننا نحبك". لقد كان مضطرباً لمعرفته بأن هذه الكلمات الخمس، البسيطة، غير المرتبة، كانت مقنعة، .. أصبحت باباً تختبئ من خلاله دفقة عاطفية عارمة ومتبادلة، ماحية سنياً من عدم التفاهم. إن المثالية غير مطلوبة، فلا الأب ولا الابن بحاجة لأن يكونا كاملين حتى تمر هذه الدفقة العاطفية. أنا كذلك كنت متأثرة، بقدر أكبر عندما أدركت أيضاً، المعنى التحويري لهذه الكلمات. إن عمق المشاعر ليس بالضرورة بحاجة لتجليات كبيرة لكي يتم التعبير عنه. بضع كلمات، أفعال، أو إيماءات، تبدو بسيطة، تكفي، بشرط أن تكون أبواباً تسمح بعبور نفحة العواطف. بدون هذه الأبواب، لا يمكن أن تُدرك هذه النفحة. لكن،

وبشكل متناقض، فإن هذه الأبواب ليس لها قيمة إلا لمن يعطي أهمية أكبر لنفحة العواطف من الأبواب التي تسمح بمرورها.

### عندما يعبر الازدهار المهني من خلال باب ضيق

إن ملاحظة أزمة الوجود في منتصف الحياة، لدى البعض من الذين تم تحليلهم النفسي، كانت مفيدة جداً لي لفهم بعض المواقف التي واجهتها خلال عملي كمدرية على التحليل النفسي. في الواقع، إن بعض المحللين أثناء التدريب، لديهم ردود فعل مشابهة عند تخطيهم لمرحلة هامة في مسيرتهم المهنية. لقد واجهتني ردود مماثلة، على سبيل المثال، مع الذين لا يتجرؤون على تقديم مشروع التخرج، أو كتابة أي نص هم بحاجة له ليتجاوزوا مرحلة من مراحل دراستهم الجامعية، مع أن لديهم الإمكانيات للقيام به. إن إضفاء المنطقية على هذه الأشياء تبرر هذا التثبيت المتعدد الأشكال.

هذه الصعوبات تنتج عن عدة عوامل، أذكرها هنا في الإطار التي ترتبط فيه بأزمة الهوية في منتصف الحياة. تتوضح هذه الأزمة على سبيل المثال، لدى أحد المتدربين على التحليل النفسي، عندما يكون التأثير ممارساً من خلال نتاجات زملائه، فإنه يخفي رغبة تمنعه من رؤية الأصالة في إنتاجه الشخصي. "لن أستطيع كتابة مشروع تخرج أبداً، كما فعل فلان وفلان". فأننا، إلى حد ما، لست بواضع نظريات لكي أكتب أطروحة". ليصبح هؤلاء المرشحون محللين نفسيين فهم، على الأرجح، بحاجة إلى مشرف، أو إلى زميل لديه الخبرة، في سن الرشد، ليأخذ دور الأهل الذين يهتمون باكتشاف محتوى خزانة الألعاب. يتوجب النظر باهتمام إلى ما يظهره لنا هؤلاء المتدربين على التحليل النفسي، من نشاطهم المهني، لكي يدركوا من خلال نظرتنا هذه القيمة فيهم أنفسهم. لا يتطلب الموقف تفسيراً، فنحن لسنا في إطار تحليل نفسي، لكن هذا ما يشكل جزءاً من عمل المحلل النفسي المتكامل الذي يرغب بملء دوره كمدرّب على التحليل النفسي.

### إدراك الوقت بشكل متقطع

عندما أحدد "في منتصف الحياة"، فأني أضع هذه الأزمة الوجودية بعلاقة مع الطريقة التي يختبر فيها المتعالج في داخله البعد المؤقت لوجوده. في الواقع، تبدأ هذه الأزمة في اللحظة التي يدرك فيها المتعالج أن جزءاً من حياته قد مردون أن ينتبه لهذا المرور. بشغفه للتوغل في المستقبل، ورؤية مشاريعه قد تحققت، فإنه يعيش حياته دون أن يفكر فيها. الآن، يعي فجأة الوقت الذي مر. كل واحد منا، في لحظة، أو أخرى، يمكن أن يواجه هذا، دون أن يعني أن يطلق هذا الوعي العنان لأزمة وجود بشكل إجباري.

إن انطلاق هذه الأزمة، يعتمد على المفهوم الشخصي لكل واحد عن الوقت، وعلى الطريقة التي يبني فيها مسيرته الداخلية. مع هذا، ففي أغلب الأحيان عندما يأتي المتعالج لاستشارتنا، لا يكون مدركاً ارتباطه الخاص بالوقت، هذا الارتباط بديهي جداً بالنسبة له، لدرجة أنه لا يتخيل وجود ارتباط من نوع آخر.

في الواقع، إن المتعالجين الذين لديهم هكذا أزمة يميلون لأن يقسموا بشكل لا واع مدة حياتهم، وكأنها مؤلفة من حلقات منفصلة، لكنها متجاورة، وأحياناً متصدعة. إن تيار الحياة يمر بين الحلقات المختلفة من حياتهم الداخلية: يظهرون وكأنهم وضعوها في علب مختلفة، وأحياناً مغلقة بإحكام. إنهم يستطيعون حتى أن ينسوا الواحدة، أو الأخرى، إلى حد أن بعض هذه الحلقات تبقى خارج تيار حياتهم، كما الحال في بعض اللحظات في حياة إليز. والحالة هذه، فإن خبرة مثبتة خارج تيار الحياة، يمكن أن تخلق طوقاً داخل الأنا، يمنع الجزء المتعلق من الأنا بهذه الخبرة، من التطور مع باقي جوانب الشخصية الأخرى.

أذكر متعالجة في الخمسين من العمر، قد فاجأنتني بأسلوبها المختلف بالتعريف عن نفسها. هذه المرأة الراشدة، مثقفة، ذكية، متمكنة من مهنتها، لكنها تلبس زي فتاة صغيرة، وتحفظ بنبرات صوت طفلة صغيرة. خلال التحليل، بدأت تعي أن جزءاً منها بقي مثبتاً في عمر الخمس سنوات، عند وقوع أزمة بين والديها، وباكتشاف أمها عدم إخلاص زوجها، أصبحت الأم مكتئبة. والمتعالجة، على غير وعي منها، أوكلت لنفسها المهمة المستحيلة بإنقاذ أمها ودعمها. بقي جزء منها مثبتاً في هذا العمر، فلم تسمح المتعالجة تحت تأثير الشعور بالذنب لحياتها بالنجاح قبل أن تتجح بمهنتها.

متعالج آخر، لم يكن يعي اختباره لمشاعر القنوط والغضب، عندما عهد أهله بتربيته لأشخاص آخرين.

في المقابل، في سن الرشد، عاد ليشعر بقلق رهيب عند كل انفصال مهما كان بسيطاً. لم يكن يستطيع الربط بين هذين الموقفين، لأنه كان قد أزاح كل هذه المشاعر التي كانت لديه عندما كان صغيراً، لم يكتبها بكتبها فحسب، بل وضعها خارجاً عنه. لم يطوق هذا الجزء من ذاته الذي اختبره هذه المشاعر فقط، وإنما كل سياق هذه الحلقة من حياته، بما فيها حفظها في سجله الزمني. وهكذا، فهو بإزاحته هذا الجزء من تيار حياته، لم يسمح له بالتطور، حتى لو أن شخصيته تابعت التطور. هذا المتعالج الذي كان يتصرف بشكل عادي كراشد في الحياة الاجتماعية والمهنية، مع اضطرابه الكبير، يرتكس كطفل صغير مبعد عن والديه، عندما يحدث أي انفصال.

إن الانحراف في إدراك الزمن يمكن أن يحدث بشكل مغاير: أحياناً يمكن أن تأخذ فترة من الحياة بعداً مبالغاً يجتاح كل الوجود. هذه حالة متعاجة تعرضت للاعتداء الجنسي في طفولتها: هذه الخبرة المرعبة أضفت نفسها على كل حياتها. كل شيء كان مردوداً إلى هذه الخبرة بشكل لا واعٍ: على سبيل المثال، في ما يتعلق بعملية التحويل النفسي، فالمحلل نادراً ما لا يدرك على أنه إما معتدٍ، أو معتدى عليه. هذا الإضفاء، حرم المجالات الأخرى في حياة هذه المتعاجة من التيار الحيوي، ومن الاستقلال. خلال التحليل، بدأت المتعاجة بإعادة فسح المجال للجوانب الأخرى في حياتها، جوانب أخرى من أناها، استطاعت أن تستعيد النشاط موازنةً، كذلك تقل هذه الخبرة المرعبة.

### الوقت يمر من باب اللحظة الحاضرة

يظهر المتعالجون الذين أخفوا وراء الستار بعضاً من الحلقات المعيقة من حياتهم، وكأنهم تكيفوا مع هذه المنسيات. يبدو وكأنهم يكذبون ذكرياتهم، بتجميعها في صف يكتفي بامتداده مع العمر. إن إدراكهم المجرى للزمن يفترض مفهوماً ساكناً لمسيرتهم الداخلية: فليس لحذف واحدة، أو أخرى، من هذه الذكريات، التي لديها قليل من التفاعل في ما بينها، أهمية تذكر.

ليتمثل المتعالج أزمته الوجودية، فهو بحاجة لأن يفكر في حياته بامتدادها الزمني، كأنها مسيرة كاملة، حية، مبنية بإدماجه كل واحدة من الحلقات التي تشكلها. كل لحظة من الحياة مهمة، سواء كانت جيدة، أم سيئة، ولها دورها في خلق مسيرة داخلية، أصيلة وفريدة. تأخذ هذه اللحظات معناها، بشكل متبادل، بفضل هذه المسيرة الكاملة، بحيث أن هذه المسيرة المتكاملة الموجودة تغير، وبدون توقف، مدلولية كل واحدة من هذه اللحظات التي تكونها. يمكن أن يغير التالي من معنى السابق في كل لحظة. ما من شيء ثابت طالما أن الفصل الأخير من حياة ما، لم يكتب بعد. فمعنى الفصل الأخير يعتمد أيضاً على كل ما تم عيشه من قبل.

في كل لحظة، يكون للمتعالج عمر معين، هو اللحظة الحاضرة، وكل تيار الحياة يمر من هذا الباب الضيق لهذه اللحظة الحاضرة، لكي يحيي فيها الماضي، ويتجه نحو المستقبل، كل واحد منهما يعطي معنى للآخر. في الواقع، لكي يكون الإنسان في عمره الحالي، عليه أن يكون راشداً لطفل متطور عاش كل مرحلة بملئها، مُكاملاً المرحلة الحالية بالمراحل الماضية، ومستعداً لرؤيتها تأخذ معنىً جديداً مع المراحل اللاحقة. في الخلاصة، يجب ألا يكون راشداً قد رمى، أو ثبت، الطفل الذي كان، لكن الذي صنع مسيرته الداخلية



بتنظيمه المراحل المختلفة بزخم واحد، لكي يتمثل الأزمة الوجودية في منتصف الحياة، ليست نوعية الذكريات التي تهم، لكن قدرة المتعالج على إدماجها. والمتعالجون الذين يأتون إلينا، هم غالباً بحاجة لمساعدتنا لكي يجدوا الوحدة الحيوية لشخصهم ولحياتهم. وأحياناً، يخاف المحلل من إضفاء الطفولة على المتعالج من خلال التحدث معه عن الطفل الذي في داخله. وفي الواقع، فإن كل شيء يعتمد على طريقته بالتحدث عن هذا الطفل. إن متعالجاً راشداً بحاجة لأن ننعش ميزاته عندما كان شاباً، تلك التي لم يتخلل عنها، لكنها تغيرت دون أن يفقدها، من الممكن بمعنى، أو آخر، أن يحتفظ بكل الأعمار الداخلية في داخل عمره الحالي: فالطفل الذي نمتى إلى راشد لم يعد طفلاً، لكنه راشد مختلف عن ذلك الذي انفصل عن طفولته. أذكر كيف أن إحدى المتعالجات لدي كانت قد ارتاحت، عندما اكتشفت في نهاية التحليل بأنها ليست بحاجة للتخلي عن طفولتها لتكون راشدة.

بشكل متعاكس، فنحن كلما أصغينا إلى هذه الطفلة التي كانتها، والتي نمت بخزي، كلما نمت هذه الطفلة كلما تكاملت مع الراشدة التي هي الآن. لقد استعادت، إذاً، قواها الحيوية، وميزاتها في طفولتها، لقد وجدت الوحدة في حيوية الحياة. إنني مندهشة لملاحظة أن بعض المتعالجين، باستعادتهم لجهوية أعمارهم الداخلية، يعطون انطباعاً باستعادة حيويتهم خلال التحليل النفسي.

### أحلام نهاية التحليل وإدراك الزمن

في نهاية التحليل تخلق في بعض الأحيان مُكاملة، أو إدماج، الحلقات المختلفة لحياة ما، مسيرة متكاملة تجد لها تصوراً في الأحلام. لقد لاحظتها بأشكال مختلفة. إن ما يغلب لدى بعض المتعالجين هو التصور لأننا متكامل (كلي)، حاضر، في حركة باتجاه المستقبل، ومبني على مراحل الحياة التي مضت. فقد حلم أحد المتعالجين، على سبيل المثال، بالبيت الجديد الذي بناه ويسكنه. كم كان مندهشاً بأنه كان مبنياً من مكونات بيته الذي عاش فيه طفولته، كما تعرف على المنازل المختلفة التي كان قد عاش فيها.

وحلمت متعالجة أخرى بقماش منسوج من خيوط، ومن ألوان متشابكة آتية من ملابس لأعمار مختلفة من حياتها، من اللون الزهري لحدائثها المنزلي في طفولتها، حتى ملابسها في سن الرشد، وذلك بتركيبتها لألوان معتمة وفتحة، أحياناً هادئة وأحياناً فاقعة.

ويغلب بالنسبة لمتعالجين آخرين تصور لإعادة إدماج حلقة، تمسك المتعالج قبلاً بعدم وجودها، في تيار الحياة. على سبيل المثال، لور متعالجة تم التخلي عنها عند الولادة، ثم تم

تنبئها، ليس لديها أي معلومة تتعلق بأبويها الحقيقيين (البيولوجيين). كان لديها شعور، في داخلها، بأنها غير موجودة نهائياً. خلال جلسة التحليل، أُبديت لها ملاحظة عن أنها تتكلم عن أمها التي تخلت عنها، ولكن ليس عن أبيها، وكأن أمها هي الوحيدة التي تخلت عنها، أجابتي "لكنه لم يكن يعرف أنني موجودة". لم تكن قد قالت له، لقد أدركت لور الطبيعة الغريبة لصمتي، لقد وعت بأنها واهمة. لقد كان لديها إذن هذا التصور الوهمي عن هذا الأب المجهول، كذلك عن العلاقة بين والديها. لقد أدركت، في عالمها الداخلي، أن والديها موجودين، وأنها قد استطاعت أن تفكر بهم دون أن تعلم. لقد حلمت بالحلم التالي: "لقد اكتشفت في المكتبة، صندوق كتب لم أكن قد رأيته أبداً من قبل، والذي مع ذلك، يبدو لي أنه كان هنا منذ وقت طويل. لقد ترددت بفتحه، معتقدة بأن هذا الكتاب يجب أن تكون من نموذج آخر مختلف عن باقي المكتبة، ولم يكن لدي أبداً المكان الكافي لأضعها في مكتبتي. لقد اكتشفت بأن لدي خزانة أخرى، لم أكن قد رأيته أبداً، وبأني أستطيع بسهولة أن أجعل مكتبتي أكبر". أظهرت الترابطات التي قامت بها على أنها تستطيع الآن تصور أنها مُكاملة، أو مُدمجاً، الجوانب المنسية. بوعيتها لوجود هذا الجانب، نمت لور "أناها الواعي"، مكتبتها الداخلية، وتحرير "الأنا الواعي"، سمح بتحرير هذا الجانب.

### باب مفتوح على العالم

إن أزمة منتصف الحياة لديها غالباً صبغة وجودية. لكي يتمكن المتعالج من حلها، فهو بحاجة لإدراك وجوده الخاص، مكانه في هذا العالم، حضور موضوعاته الداخلية، والعلاقة التي يمكن أن يكونها معها. هذا الإدراك هو جزء من وعي كلي، عبّرت عنه مجازياً: بأنه ينشأ لحظة اكتشاف المتعالج إمكانية دخوله بتواصل مع العالم، بعبوره من باب له نفس شكل شخصيته الخاصة. باب صغير بحجم قطرة ماء أمام هذا العالم، ولكنه مفض إلى اللامتاهي الواسع. إن العلاقة مع الموضوعات الداخلية تُدخلنا في عالم لا متناهٍ. لكن لكي ندخل في علاقة مع هذا العالم، فكل واحد منا لا يستطيع أن يعبر إلا من خلال الشكل الذي تحدده شخصيته. إن الشعور بالعبور من هذا الباب، الذي لديه تماماً الشكل نفسه لكل واحد منا، ليس له علاقة بالاستسلام، هو طريقة لبلوغ ما هو بعيد الغور.

يحارب المتعالجون، بشدة، ليجدوا أشكالاً أخرى غير شكلهم. إنهم لا يحبونه، يريدون شكلاً آخر، أو بالأحرى أشكالاً أخرى. يرغبون بأن تكون أجسادهم، صفاتهم، مواهبهم، آباءهم، طفولتهم، وماضيهم، مختلفة. وينتظرون، على غير وعي، أن يحقق المحلل النفسي المستحيل، ويغيرها. إنهم يفقدون الكثير من الطاقة في بحثهم، ويبقون سجناء فضائهم

الضييق، فضلاً عن أنهم يمرون بجانب نداء أكبر يسمح ببسط الفضاء الوهمي. في اليوم الذي يكتشفون فيه أن باب شخصيتهم يفتح على العالم، لن يقلقوا بعد ذلك إذا كان ضيقاً أكثر مما تمنوه، إنه يفتح على فضاء من الحرية، مهما كان حجم العبور. ليس الباب الذي يهْم، لكن إلى أين يمكن أن يؤدي.

## التوحد عند الأطفال... ما هو الجديد في مجال التشخيص والرعاية؟

T. Saïas & A. Guédeney

ترجمة: دلال رضوان

**الخلاصة:** غيرت الأمور كثيراً في السنوات الأخيرة في ما يتعلق بالمعرفة في مجال التوحد، إذ إننا أصبحنا نعرف أكثر حول أشكال اضطرابات النمو الشاملة، وتأثيراتها، وأعراضها، وإمكانية تشخيصها بشكل مبكر منذ الشهر الثامن عشر، وكذلك الاضطرابات العصبية والجينية المرافقة لها، وأهمية علاجها بشكل مبكر. وقد أثبت استخدام وسائل الاتصال الحديثة \_ كالفيديو على سبيل المثال \_ فائدته في تحسين وسائل التشخيص والرعاية والتأهيل، كما سمح البحث العلمي بالتفكير بالرعاية والتأهيل بعيداً عن الانقسام بين الاتجاهين التربوي والنفسي الدينامي، إلا أن التنبؤ بالمرض مازال صعباً، ولا تزال فعالية العلاج ضعيفة بشكل عام أيضاً. لا يهدف هذا العمل إلى البحث في أدبيات اضطرابات النمو الشاملة بشكل عام، ولا بالتوحد بشكل خاص، وإنما يهدف إلى الإشارة إلى العناصر الجديدة والهامة بالنسبة للمتخصصين والباحثين حول النقاط المختلفة التي ذكرت سابقاً، في ما يتعلق بالأطفال حتى سن الثالثة من العمر.

**كلمات أساسية:** التوحد، اضطرابات النمو الشاملة، التشخيص، التقييم، التعلق، العلاج. في السنوات العشر الأخيرة، تغيرت الأمور بشكل كبير في ما يخص المعرفة في مجال التوحد بالنسبة للاختصاصيين، وعلى الرغم من كونه لا يزال بحاجة إلى المزيد من الشرح، إلا أننا أصبحنا نعرف أكثر عن تأثيراته وأعراضه، وإمكانية تشخيصه بشكل مبكر منذ عمر الشهر الثامن عشر من العمر. وكذلك عن الاضطرابات المرافقة له، وأهمية علاجه بشكل مبكر. إلا أنه لا بد من التذكير بصعوبة التنبؤ به، وبأن فعالية العلاج لا تزال ضعيفة بشكل عام.

## 1 - تاريخ التوحد:

عُرف الوصف العيادي الأول لمرض التوحد منذ بداية القرن التاسع عشر، بوصف قام به فيكتور دوافيرون Victor de l'Aveyron وإيتارد Itard [1] والأب بوناتيير Abbé Bonnaterre. ولئن كان كانر Kanner 1934م [2] وبعده أسبرجر Asperger 1944م [3] قد قدما نموذجاً للتوحد، إلا أن عملهما كان مسبقاً من الطبيب الألماني سوشاروا [4] Ssucharewat الذي وصف في عام 1926م ستة حالات مشابهة تماماً لما وصفه أسبرجر. أي أن الاضطراب لم يسمَ \_ كما هو معروف \_ عام 1944م.

## 2 - تطور التشخيص:

استعمل مفهوم التوحد، تاريخياً، كمفهوم واسع حسب مفهوم كانر [5]، ولكن أصبح الآن لمفهوم التوحد خصوصية أكبر، فقد ظهرت أنواعه المختلفة (متلازمة رات، متلازمة أسبرجر، اضطرابات التفكك والانحلال الطفولي) في التصنيفات العالمية DSM-4 (الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية) و ICD-10 (التصنيف الإحصائي الدولي العاشر للأمراض والمشاكل المتعلقة بالصحة) ضمن مجموعة الاضطرابات النمائية الشاملة. ويحتل التوحد النمطي بالشكل الذي وصفه كانر موقفاً أكثر خصوصية من الأنواع الأخرى، وذلك بفضل الاختصاصيين والباحثين فيه، إلا أن الأنواع الأخرى يمكن أن تصبح موضوعاً للبحث في أسبابها وطبيعتها المختلفة أيضاً [6].

## 3 - مكان متلازمة أسبرجر:

وصف لورناوينغ Iornawing عام 1981 الأعراض المبكرة لمتلازمة أسبرجر [7]، التي يقصد بها التوحد عالي القدرات، والذي تتمثل أعراضه في الانزعاج من الأشخاص المحيطين، ونقص في نوعية وكمية الحديث، والنقص الواضح في الاهتمام بالمشاركة، وفي الرغبة بالتواصل اللغوي، وغير اللغوي، وتأخر في اكتساب اللغة، وغياب اللعب التخيلي. لذلك كان من الصعب تشخيصه عند الأطفال الصغار، ولكن مع الوقت أصبح التشخيص أسهل قليلاً. ومن المهم أيضاً ألا نستعمله بدلاً من تشخيص الذهان، أو اضطراب النمو.

ولا بد لنا هنا من الحديث عن القوانين الجديدة حول المعاقين نفسياً والاندماج المدرسي. هذه القوانين التي أدت إلى المطالبة بحقوقهم، ولكنها كذلك وضعت إشارة عليهم، أو وصمتهم بالإعاقاة. وتعتبر هذه المطالبة حقاً مشروعاً للأهالي، لكنه لا بد من التنبيه إلى سهولة الوقوع تحت تأثير وصمة المعاق.

#### 4 - الانتشار:

حتى فترة وجيزة، كانت نسبة انتشار اضطراب التوحد حوالي 10000/4، منها 10000/2 لتوحد كانر، ولكن نستنتج من عدة دراسات حديثة أن النسبة أصبحت 10000/60 للاضطراب بشكل عام، و 10000/17 للتوحد النمطي (8,9).

من وجهة نظر طبية، نجد أن هذا المرض لم يعد حالة استثنائية، ونرى أن عدداً من الاختصاصيين العياديين لديهم انطباع بأن النسبة أكثر ارتفاعاً في العينات التي تجتمع فيها عدة عوامل تندر بالخطر، كحالة العينات الفقيرة التي تعيش في ظروف من عدم الاستقرار وتاريخ طويل مع الهجرة (10).

وفي الحقيقة، إن استعمال الخصائص التشخيصية المحددة، سواء في DSM-4 أو CIM-10، قد سهل تشخيص التوحد، لذلك فمن الممكن أن يكون الارتفاع الظاهر في نسبته ليس بسبب المعرفة الأفضل بالتوحد النمطي فقط، ولكن أيضاً بالأشكال الأخرى المرتبطة به، كمتلازمة رات، وأسبرجر، والانحلال الطفولي، وكذلك انتشار استعمال فكرة اضطرابات النمو الشاملة.

لكنه لا يزال من الصعب حتى الآن تقدير نسبة الارتفاع بشكل حقيقي في هذا المرض، والتي قد تكون مرتبطة أيضاً بالتحسن في أدوات التشخيص، والجمع بين العوامل المسببة للمرض في العينات المدروسة، أي بين ما هو وراثي وبيئي.

#### 5 - التنبؤ بالمرض:

قدم شارمان Charman وزملاؤه (11) في دراسة حديثة عناصر هامة في التنبؤ بالمرض الذي كان يعتبر نقطة ضعف في البحث الإكلينيكي الراهن.

ففي دراسة شملت 26 طفلاً، تم تقييمهم بأعمار (2، 3 و 7 سنوات)، أشار الباحثون إلى أن التشخيص لم يبق ثابتاً مع الوقت عند 22 طفلاً من أصل الـ 26. وفي الوقت نفسه، فإن التقييم العام الذي أجري في سن السنتين لا يمكن أن يتنبأ بالمرض في السبع سنوات، إلا أنه يبدو أن التقييم العام في عمر الثلاث سنوات يمكنه أن يفعل ذلك.

كما يمكن لقدرة التواصل غير اللغوية في عمر السنتين أن تنبئ بما يمكن أن يكون في عمر السبع سنوات.

وأكدت دراسة فرنسية لـ مالفيتال Malvyetal (12) أجريت على 74 طفلاً تتراوح أعمارهم بين 6 و 36 شهراً تم تقييمهم بمقياس ERCA-N Echelle d'Evaluation résumée du comportement Autistique du Nourrisson (مقياس التقييم المختصر

لسلوكيات التوحد عند الصغار) على تباين الأعراض واختلافها في بداية الاضطراب. حيث الباحثون أربعة بروفيلات أو فئات للأعراض، وذلك تبعاً لخمسة سلوكيات هي:

1- النشاط.

2- الإدراك السمعي.

3- النشاط الحسي الحركي.

4- التواصل البصري.

5- استعمال الأشياء.

وتسمح لنا متابعة هذه البروفيلات، بحسب علاج معين، بمعرفة أفضل للإجراءات التي يمكن أن نتخذها، ومدى ملاءمتها لكل طفل.

كما تسمح لنا هذه التقييمات بمعرفة نموذج الطفل الذي يمكن أن يستفيد من الدمج المدرسي، ونسبة الاستفادة منه.

#### 6 - الفيديو واستدلال الإشارات الأولى:

لا يزال استدلال الإشارات الأولى في التوحد يشكل مطلباً أساسياً بالنسبة للاختصاصيين من أجل الوقاية المبكرة من نتائج الاضطراب، ومن أجل تحسين إمكانية التنبؤ بالمرض. لم تقل معرفة العوامل المرضية، والعوامل التي تشكل خطراً في الطفولة المبكرة، اهتماماً كبيراً في الدراسة، فوصف الأطفال الذين يعانون من اضطرابات النمو الشاملة هو بشكل عام نتيجة لمجرد ملاحظات استذكارية ماضية لحالة المريض [13].

وقد قام سوفاج *sauvage* [14] عام 1984، للمرة الأولى في فرنسا، بلفت الانتباه لأهمية تصوير الفيديو للأطفال الصغار من أجل الاستدلال على العناصر التي يمكن أن تشكل مرضاً من النمط التوحدي.

وقد أصبحت الصفات التي قدمها للطفل الرضيع بأنه هادئ جداً، وغير مبالي، ويعطي انطباعاتاً بأنه أصم، وينام كثيراً، من الصفات المعروفة الآن بالنسبة للمرض. بالإضافة إلى ذلك، فقد أُلح على أهمية الاستدلال للأنماط الحركية (حركات نمطية تكرارية) التي ستصبح توحداً.

وقد تم تأكيد هذه العناصر في الدراسات الحديثة لـ *Maestre et al* [15] حيث أخذ الباحثون بعين الاعتبار الثغرات في طريقة الاستدلال الماضي للاضطراب من قبل آباء الأطفال الصغار، وبالتحديد في الأشهر الثلاثة الأولى من الحياة، وذلك باستعمال الفيديو في حالة الشك من أجل الاستدلال على السلوكيات كغياب الاستجابة للأصوات، وغياب

التساغم الانفعالي في اللعب والتواصل، والقيام بالتكرار النمطي، سواء كان لغوياً، أو حركياً، والغرابة في التوجهات الحركية غير المرتبطة بالتشارك الفعال، التي تظهر كعلامة أو كخاصة مبكرة لنشوء اضطراب النمو الشامل. ومن هنا، فقد أصبح الطلب من الأهل تصوير الفيديو لأطفالهم، ومشاهدته معهم أمراً بديهياً.

ويلح بزناد وزملاؤه Bernard et al (16) على أهمية تقييم الحركات التواصلية عند المتوحدين (الإشارة باليد، الرفض، القبول، السلام، التصفيق) التي هي أقل تكراراً في أعمار معينة من الأطفال الآخرين. ويسمح لنا تصنيفهم بتمييز عناصر الضعف أكثر من التشخيص، وذلك في ما يخص السنة الأولى من عمر الطفل.

### 7 - نظرية التدبير *théorie de l'esprit* واستدلال الإشارات الأولى:

إن مقياس قائمة أعراض التوحد للأطفال CHAT Checklist for autism in (toddlers) (17) الذي وضع على أساس نظرية التدبير يعتبر اختباراً بسيط الاستعمال، يعتمد على مبدأ مراقبة الطفل، ويكشف عن الاهتمام الاجتماعي، والقدرة على التواصل المشترك والانتباه المشترك، القدرة على التظاهر بعمل شيء ما. بالإضافة إلى عناصر أخرى متعلقة بالأنشطة واللعب. وإن الفشل في أكثر من اثنين من أصل العناصر السابقة ينذر بالإصابة بالتوحد. وقد تم تحديد دقة المقياس بتطبيقه على أكثر من 30000 طفلاً في إنكلترا، وتشير النتائج إلى تمتع المقياس بحساسية جيدة، لكن مع خصوصية ضعيفة، وتكون الخصوصية أفضل باستخدام مقياس (Modified Check-list for Autism in Toddlers) M-CHAT (19) قائمة أعراض التوحد المعدل للأطفال الأميركي، إلا أنه أطول، واستعماله أكثر صعوبة.

وتصبح قدرة الـ CHAT على تمييز اضطرابات النمو عن التأخر أفضل في حال قمنا بإعادة الاختبار بعد شهر، ولا بد من الإشارة إلى أن هذه الأداة قد أخذت مكانها في مراكز الصحة والرعاية.

### 8 - التوحد والجينات:

تأخر تطور الدراسات الجينية بسبب الجدل حول أولوية عامل، أو آخر، من العوامل البيئية المسببة للمرض.

وقد بدأت دراسات مركز باريس للبحث العالمي منذ عشرة سنوات بمحاولة العمل على تمييز الجينات الحساسة للتوحد (21)، وإن كان هناك العديد من الجوانب التي يمكن أن تجذب اهتمام الأبحاث الحديثة، إلا أنه يبدو أنها تتجه حول نموذج البروفيل الذي يميز نقاط



## 9 - التدخل المبكر:

ليس للتشخيص المبكر معنى وأهمية، إلا إذا كان موظفاً في خدمة العلاج. ففي دراسة فرنسية حديثة ضمت 49 فريقاً من الاختصاصيين بعلم نفس الطفل[23]، تمت الإشارة إلى أن الفترة بين التعرف على الإشارات الأولى للاضطراب، وتاريخ الاستشارة الأولى، لاتزال طويلة جداً. وكانت الدراسة قد أجريت على 193 طفلاً تمت معاينتهم في عامي 1997 و1998، وأشارت إلى أن متوسط الفترة من أجل التحديد الأول للاضطراب يقع بين 17 - 32 شهراً للحصول على أول رأي متخصص. وهذه الفترة، حسب الباحثين، ليست مرتبطة بجنس الطفل، وترتيبه الأسري، أو المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأبوين، كما أنها ليست مرتبطة أيضاً - وهو ما يثير الدهشة - بشدة أعراض التوحد.

وقد أشارت الدراسة إلى أن التشخيص يظهر بشكل مبكر إن كانت العيوب المعرفية هامة، أو ظاهرة، أو في حال وجود الصمم، أو اضطراب عصبي مرافق. وتعد الفترة قبل التشخيص - وبالأخص بداية التدخل العلاجي - هامة جداً من أجل تجنب التطور المرضي للاضطراب.

ويمكن لنا أن نسهب في الشرح للأهالي الذين يشعرون بالخوف من تشخيص إبنهم بمرض صعب كالتوحد، خاصة في ما يتعلق بالطفل الأول ليتعرفوا على طبيعته، باعتباره مرضاً يصعب فهمه واستيعابه، لأنه يتعلق بالاكشاف والاستدلال على عيب، أو نقص، في التواصل الانفعالي، والتفاعل مع البيئة الاجتماعية. وحتى الأطباء العامون، أو اختصاصيو الأطفال، يمكن أن يكونوا مترددين بالقيام بمثل هذا التشخيص أيضاً، إن لم يكن لديهم تصور ذهني بأهمية التشخيص والوقاية المبكرة، وإمكانية التحسن اللاحق، وإن لم يكونوا على ارتباط بشبكة فعالة من التقييم والتشخيص والتدخل.

من هنا تتبع أهمية استعمال أدوات التشخيص بشكل فعال، ومعرفة الإشارات التي تنذر بالتوحد، وكذلك معرفة مشاكله وعلاجه عند اختصاصيي الصحة.

## 10 - التوحد والتعلق:

من المعروف منذ أكثر من 15 سنة أن أطفال التوحد يمكن أن يكون لديهم تعلق بآبائهم، على الرغم من الصعوبة التي نجدها في فهم إشارات الضيق لديهم عندما يتعلق ذلك بالانفصال عن آبائهم بعد العطلة، أو عند الذهاب إلى المدرسة، أو إلى مركز الرعاية.

وقد سمحت الأعمال الحديثة بالتأكيد على الاختلاف بين أعراض التوحد واضطراب

التعلق. فقد أكدت دراسة قامت على متابعة لمجموعة من الأطفال الأيتام الرومانيين على أهمية الانخراط في الحياة الاجتماعية، مع وجود مظاهر واضحة للتوحد.

كما برهن ويلمسون وسوينكلز Willemssen-Swinkels في دراسة حديثة (26) أنه يمكن أن نفرص بين أعراض اضطراب التوحد الأكثر تغيراً وتقلباً واضطراب التعلق. إن أعراض التعلق هذه تفسر التغير العلاجي الهام الذي لا نأخذ لسوء الحظ بعين الاعتبار إلا بشكل قليل جداً في مجال التوحد.

## 11 - اية رعاية ولأية فئة:

لسوء الحظ، لم تشهد السنوات الأخيرة ثورة في علاج التوحد، مع ذلك فقد كان هناك تأكيد على أهمية العلاج المبكر الذي يعتبر هاماً في التخفيف من شدة الأعراض المرافقة، ويُحسن النمو الاجتماعي.

يبدو أن هنالك إجماعاً على نمط علاجي يجمع بطريقة تجريبية بين العلاج النفسي الحركي، وعلاج النطق، والاتجاهات المعرفية لتحسين النمو الاجتماعي.

ففي فرنسا، أصبح هناك اعتماد أقل على العلاج النفسي الدينامي كما كان في السابق، وأصبحنا نرى الاعتماد على الأهل بالمساعدة والتقييم والعلاج.

وما زالت تستخدم الأدوية في الحالات الصعبة. وبفضل مبادرات الأهالي، تم تطوير عدة أنماط من العلاج، إلا أنه لم يثبت أي منها فعاليتها حتى الآن. ومع ذلك، فإن العمل الحديث لنادل Nadel (27)، حول التقليد غير اللفظي، ينظر لهذا التقليد كوسيط هام وخاص في التقييم والرعاية، وكعامل هام للتواصل عند أطفال التوحد، وكذلك الأطفال الذين لديهم أداء ضعيف من وجهة نظر معرفية.

فقد افترض نادل بأن التقليد يمكن أن يكون هاماً ومشجعاً في ما يتعلق بتحسين الاستقلالية (28). في السياق نفسه اقترح شارمان Charman (29) أن العلاج الذي يعتمد على تطوير نظرية التدبر يمكن أن يكون مفيداً. والبحث مطروح أيضاً حول الاستعمال المبكر لأنواع مختلفة من الأدوية اعتماداً على نمط الأعراض بعيداً عن الحالات الصعبة والشديدة جداً. فقد ثبتت فعالية الريسبيردون لدى الأطفال الأكبر للتخفيف من حالات الهيجان والإثارة (30). كما تبينت أهمية الجرعات الخفيفة من كباحات لإعادة قبض السيروتينين IRS في معالجة صفات التوحد.

## 12 - معلومات المتخصصين:

في الواقع، يصل الآباء إلى الاستشارية، ولديهم معرفة جيدة عن التوحد، وبما أن

التشخيص أمر ليس سهلاً، فإنه ينبغي للمتخصص أن يكون على دراية بنماذج التقييم الحديثة، وبأهمية التداخلات العصبية والجينية لدى الأطفال. وقد كانت هذه المعلومات استثنائية منذ عشر سنوات، إلا أنها أصبحت أمراً معروفاً ومهماً. إلا أنه لا يزال تصور الخريطة الجينية من الصعوبة بمكان.

وستقوم إحدى الشركات قريباً بنشر اختبار للكشف الجيني للتوحد، لذلك يجب معرفة الحالة الراهنة للوضع الجيني للتوحد، لنتمكن من إعطاء الأهل الطمأنينة، والتأكيد لهم على أنه ليس من الضروري أن يكون سبب الاضطراب جين وراثي فقط.

بالإضافة إلى ذلك، فإن أي تقييم للطفل، أو للأسرة، لا يمكن أن يتم إلا في إطار علاقة وعلاج موحد. ويجب على الاختصاصيين الآن معرفة الدراسات الحديثة حول آثار اللقاحات، أو عدمها، على مرض التوحد، والأخطار الممكنة، كذلك لا بد من الانفتاح على التجديد العلاجي ومتابعته.

لا شك أن التوحد أصبح جزءاً من المشهد المرضي بشكل أكثر تكراراً وتواجداً مما كان عليه في السابق. وليس من السهولة القيام بتشخيصه عند الأطفال الصغار، فهذا يتطلب تعاوناً بين مركز التشخيص والأهل والطفل.

في المحصلة، التوحد مرض صعب، يتطلب اهتماماً أكبر من الأهل، والمراكز المعنية، وتضافر الجهود لتحسين الخدمات. ومن الهام جداً حالياً أن يتوجه البحث العيادي نحو تحديد نمط العلاج الذي يناسب كل فئة.

## المراجع:

### References:

- [1] J. Itard, De l'éducation de l'homme sauvage, ou des premiers développements physiques et moraux du jeune Sauvage de l'Aveyron, Goujon, Paris (1801).
- [2] L. Kanner, Autistic Disturbances of Affective Contact, The Nervous Child 2 (1943), pp. 217-250.
- [3] H. Asperger, Die 'Autistischen Psychopathen' im Kindesalter, Arch. Psychiatr. Nervenkr. 117 (1944), pp. 76-136.
- [4] G. Ssuharewa, Die Schizoiden Psychopathien in Kindersalter, Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie 60 (1926), pp. 235-261.
- [5] Kanner L. Ier congrès de la National Society for Autistic Citizens; 1969; USA.
- [6] Barthelemy C. Les troubles envahissants du développement. Colloque Autisme, cerveau et développement: de la recherche à la pratique; 2003; Collège de France.
- [7] L. Wing, Asperger's syndrome: a clinical account, Psychol. Med. 11 (1981), pp.

- [8] L. Barclay, Rate of Autism May Be Increasing, *JAMA* 289 (2003), pp. 49-55.
- [9] T. Charman, The prevalence of autism spectrum disorders: recent evidence and future challenges, *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 11 (2002), pp. 249-256.
- [10] Wahl E, Isnard P, Guédeney A. Attachement désorganisé et sémiologie autistique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 2006, à paraître.
- [11] T. Charman, E. Taylor, A. Drew, H. Cockerill, J. Brown and G. Baird, Outcome at 7 years of children diagnosed with autism at age 2: predictive validity of assessments conducted at 2 and 3 years of age and pattern of symptom change over time, *J. Child Psychol. Psychiatry* 46 (2005), pp. 500-513.
- [12] J. Malvy, C. Barthelemy, D. Damie, P. Lenoir, C. Bodier and S. Roux, Behaviour profiles in a population of infants later diagnosed as having autistic disorder, *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 13 (2004), pp. 115-122.
- [13] S. Maestro, C. Casella, A. Milone, F. Muratori and F. Palacio-Espasa, Study of the Onset of Autism through Home Movies, *Psychopathology* 32 (1999), pp. 292-300.
- [14] Sauvage D. Autisme du nourrisson et du jeune enfant: signes précoces et diagnostic. Extraits du compte rendu du Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française; 1984; Luxembourg.
- [15] S. Maestro, F. Muratori, M. Cavallaro, F. Pei, D. Stem and B. Golse et al., Attentional Skills During the First 6-Months of Age in Autism Spectrum Disorder, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 41 (2002), pp. 1239-1245.
- [16] J. Bernard, J. Adrien, S. Roux and C. Barthelemy, Étude du complexe relationnel Geste-Regard-Oralisation chez des enfants autistes âgés de 12 à 36 mois par analyse de films familiaux, *Devenir* 17 (2005), pp. 105-122.
- [17] S. Baron-Cohen, J. Allen and C. Gillberg, Can autism be detected at 18 months? The Needle, the Haystack, and the CHAT, *Br. J. Psychiatry* 161 (1992), pp. 839-843.
- [18] Rimland B. CHAT passes large-scale UK test. *Autism Research Review International* 1996; 10.
- [19] D. Robins, D. Fein, M. Barton and J. Green, The Modified Checklist for Autism in Toddlers: an initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders, *J. Autism Dev. Disord.* 31 (2001), pp. 131-144.
- [20] T. Berney, Autism—an evolving concept, *Br. J. Psychiatry* 176 (2000), pp. 20-25.
- [21] Leboyer M, Bourgeron T. Étude Paris Autism Research International Study. Actes du colloque Autisme, cerveau et développement: de la recherche à la pratique; 2003; Collège de France.
- [22] Bailey T. La génétique moléculaire de l'autisme: l'étude IMGSAC. Actes du colloque Autisme, cerveau et développement: de la recherche à la pratique; 2003; Collège de France.
- [23] C. Aussilloux, A. Boghdadli, C. Bursztejn, J. Hochmann and A. Lazartigues,

- Recherche sur les facteurs d'évolution de l'autisme: caractéristiques initiales d'une cohorte de 193 enfants autistes de moins de sept ans, *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.* 49 (2001), pp. 96–107.
- [24] S. Rogers, S. Ozonoff and C. Maslin-Cole, A comparative study of attachment behavior in young children with autism or other psychiatric disorders, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 30 (1991), pp. 483–488.
- [25] T. O'Connor, M. Rutter and The English and Romanian Adoptee Study Team, Attachment disorder behaviour following early severe deprivation: extension and longitudinal follow-up, *J. Am. Acad. Child Adol. Psychiatr.* 39 (2000), pp. 703–712.
- [26] S. Willemsen-Swinkels, M. Bakerman-Kranenburg, J. Buitelaar, M. Van Ijzendoorn and H. Van Engeland, Insecure and disorganised attachment in child ren with a pervasive developmental disorder: relationship with social interaction and heart rate, *J. Child Psychol. Psychiatry* 41 (2000), pp. 759–767
- [27] J. Nadel and J. Decety, *Imiter pour découvrir l'humain: psychologie, neurobiologie, robotique, philosophie de l'esprit*, PUF, Paris (2002).
- [28] Nadel J. Imitation et autisme. Actes du colloque Autisme, cerveau et développement: de la recherche à la pratique. Collège de France 2003.
- [29] T. Charman and S. Baron-Cohen, Understanding drawings and beliefs: a further test of the metarepresentation theory of autism: a research note, *J. Child Psychol. Psychiatry* 33 (1992), pp. 1105–1112.
- [30] S. Shea, A. Turgay, A. Carroll, M. Schulz, H. Orlik and I. Smith et al., Risperidone in the treatment of disruptive behavioral symptoms in children with autistic and other pervasive developmental disorders, *Pediatrics* 114 (2004), pp. e634–e641.
- [31] M. Moore, S. Eichner and J. Jones, Treating functional impairment of autism with selective serotonin-reuptake inhibitors, *Ann. Pharmacother.* 38 (2004), pp. 1515–1519.

## التعديل النفسي للمزاج

د. قدرى حفني

kadrymh@yahoo.com

كثيراً ما تتناوبنا الدهشة حين نلاحظ على أنفسنا، أو على غيرنا، تبديلاً في موقفهم الانفعالي مما يدور حولهم من أحداث، دون أن يطرأ على تلك الأحداث تغير موضوعي حاسم يبرر الانتقال من تعاسة التشاؤم إلى سعادة التفاؤل. وقد يزيد اندهاشنا إذا ما كنا بصدد سلوك جماعي جماهيري، حين تنتقل مشاعر وتصرفات الجماهير من حال إلى حال، دون أن يحدث على أرض الواقع ما يبرر هذا التغير، وبهذه الدرجة.

ولا ينفى ذلك بطبيعة الحال أن منا من يظل ملتزماً بحالته الانفعالية، تشاؤماً، أو تفاؤلاً، بصرف النظر عما يحدث من تغيرات واقعية من حوله، تبرر ذلك التفاؤل، أو ذلك التشاؤم، بحيث أن النظرة إلى الحدث نفسه قد تبلغ غاية التشاؤم عند فرد معين، في حين أنها تكون مدعاة لتفاؤل لا حد له عند غيره.

وأذكر في هذا الصدد خبرة قديمة عشتها في معسكر تعذيب أوري ليمان، أبو زعل. كنا في معسكر التعذيب،

شأن بقية البشر، منا من هم أقرب إلى التفاؤل، ومنا من هم أقرب إلى التشاؤم. أذكر واحداً من الزملاء الذين كانوا يعملون قبل الاعتقال بمهنة التعليم. كان فناناً مرهفاً، أميل للتفاؤل؛ لكنه كان يبحث عن يؤكد له صحة تفاؤله وتوقعه بأن الغمة لا بد منتهية، وكنت أراه أياماً يستلقي إلى جوارى بعد إغلاق أبواب العنبر مرتاحاً،

هادئاً، أقرب للسكينة والتفاؤل، وفي ليالٍ أخرى أراه حزيناً مكتئباً متشائماً؛ واتضح لي أنه في ليالي تفاؤله وسكينته يكون قد التقى أثناء "العمل" بزميل متفائل نقل إليه أن ما نمر به هوما يطلق عليه بلغة السجون "تكديرة"؛ وأن التكديرة لا تستمر إلا لفترة محدودة محددة

سلفاً، وأن تلك الفترة توشك أن تنتهي؛ أما في ليالي التشاؤم والكدر، فقد كان صاحبنا يجلس مصادفة أثناء "العمل" بجوار رفيق شديد التشاؤم يؤكد له مستنداً إلى وقائع يحفل بها تاريخ النازية والفاشية أنه لا نهاية للتعذيب، إلا حين يقرر النظام الفاشي الحاكم التخلص منا بالقتل، وأن ذلك القتل الجماعي ليس بالمهمة الصعبة، فما أيسر إطلاق الرصاص على سجين حاول التمرد، أو الهرب. X

كانت تلك الأحاديث الليلية الهامسة ترهقني كثيراً، وفكرت في انتهاز أية فرصة خلال "العمل" لحل هذا الإشكال المرهق، وتصادف جلوسي بين الزميلين "المتشائم" و"المتفائل" لأدير حواراً هامساً بينهما. نجح الرفيق "المتشائم" في إفحام الزميل "المتفائل" وتفنيده حججه، مما دفعه إلى القول بأنه حتى إذا كانت النهاية مأساوية بالفعل - وهو مجرد احتمال - وأنه لا سبيل البتة لتلافيها، فما الذي يمنع من إتاحة الفرصة لزميل بائس أن يتعلق بأذيال الأمل ليقضي ليلة هادئة، وساق عدة أبيات من الشعر ما زالت عالقة بذاكرتي:

منى إن تكن حقاً تكن أحسن المنى

وإلا فقد عشنا بها زماناً رغداً

جهودنا، نحن المتخصصين، في علم النفس، في مجال التخفيف من اعتلال أمزجة البشر، جهود لم يعد ينكرها أحد، بل إنها تعدت، في بعض الأحيان، حدود التعديل، بهدف بلوغ الاعتدال إلى استهداف غايات أخرى تصل أحياناً إلى ما اصطلح على تسميته بغسيل المخ تعبيراً عن استخدام فنيات علم النفس لإحكام السيطرة على الآخر انفعالاً ومزاجاً وسلوكاً. ولكن التقييم الموضوعي لهذه الجهود يقتضي الامتداد بالنظر إلى خارج الحدود التاريخية والمعاصرة لعلم النفس؛ فموضوع "التعديل النفسي للمزاج" يسبق تاريخياً ظهور علم النفس بقرون عديدة، كما أن الممارسات التي تهدف إلى ذلك التعديل تتجاوز إطار المتخصصين في علم النفس.

لقد أحس البشر، مذ كانوا، بتعاستهم، واضطراب أمزجتهم، وتبدت لهم كذلك مظاهر ما يعانیه غيرهم من تعاسة واضطراب مزاج، وضاقوا بذلك الاضطراب، وبما يصحبه من آلام القلق والتوتر، وسعوا ماوسعهم الجهد إلى استعادة اعتدال أمزجتهم وأمزجة المحيطين بهم، وتعددت تعبيراتهم عن ذلك الاعتدال المرجو: من هدوء البال، إلى الطمأنينة، إلى التفاؤل، إلى السعادة.

إحساس البشر، إذن، بالتعاسة، يمتد بجذوره إلى بدايات الوعي البشري، ومحاولاتهم بلوغ السعادة والطمأنينة بدأت من ذلك التاريخ الموعول في القدم، فحاول البشر استجلاب السعادة

والطمأننة لأنفسهم بقراءة الطالع، واستقراء النجوم، ورؤى العرافين، وسحر السحرة. كما لجأوا لمن يتوسمون فيهم طيبة وعلماً وحكمة، يلتمسون لديهم ما يخلصهم من شقائهم، أو من يقدم لهم وصفة تريحهم من عذابهم، ومن هنا كانت كلمة "الحكيم" إشارة إلى من يتصدون بالدواء، أو بالكلمة المطمئنة، أو بالنصيحة المرشدة لعلاج علل الجسد والنفس والعقل، بل والمجتمع أيضاً.

ونستطيع أن نجتهد، فنصنف تلك السبل التي توصل لها البشر خلال بحثهم عن السعادة، وسواء المزاج، إلى سبيلين أساسيين تنفرع من كل منها سبل فرعية تزيد، أو تقل:

- سبيل يقوم على تغيير الواقع المعاش.

- وسبيل يقوم على تعديل الوعي بذلك الواقع.

وليس مطروحاً في هذا المقام التعرض بالتفصيل للسبيل الأول لتعديل المزاج النفسي، وهو تغيير الواقع المعاش، حيث أنه يقوم بكل تفريعاته على مسلمة مؤداها أن المصدر الأساسي، بل الوحيد، لتعاسة الإنسان إنما يكمن في واقعه الاجتماعي، وما يتضمنه ذلك الواقع من ظلم وقهر وتعسف، وأنه لا سبيل للتخلص من تعاسة الإنسان إلا بتعديل تلك الظروف المسببة للتعاسة، وغني عن البيان أن تفصيل جهود البشر لتغيير واقعهم الاجتماعي قد يكون أقرب إلى اختصاص المشتغلين بالاقتصاد، ولكنه في حقيقة الأمر يعد مجالاً تتشابك فيه اهتمامات العديد من التخصصات العلمية، ومن بينها بالتأكيد مجال المشتغلين بعلم النفس السياسي، وغيره من فروع علم النفس المختلفة، كل وفق موقعه على خريطة الصراع الاجتماعي، وموقفه من قوى ذلك الصراع.



## من إصدارات مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية

- العلاج السيكوسوماتي المعرفي.
- سيكولوجية الشائعة / شائعات الحرب العراقية أنموذجاً.
- علم النفس الأمني.
- الأمراض النفسية وعلاجها / دراسة في مجتمع الحرب اللبنانية.
- الثلاثاء الأسود / خلفيات ما جرى في 11 أيلول.
- النفس المقهورة / سيكولوجية السياسة العربية.
- أميركا في المستنقع العراقي.
- الخصوصية العربية والعقل الأسير / نحو سيكولوجية عربية.

## ذهان الهوس الانهيارى الإضطراب المزاجى ثنائى القطب

أ.د. محمد أحمد النابلسى

### لمحة تاريخية:

إن مرض الهوس الانهيارى هو مرض معروف منذ أقدم العصور. فقد وصفه الأطباء المصريون القدماء، كما وصفه الأطباء الإغريق، بطريقة جد موضوعية. وبهذا، فإن الهوس والانهييار هما أقدم الأمراض النفسية المعروفة في تاريخ البشرية. فهذا المرض يمتاز بدرامية مظاهره، التي تلفت إليه الانتباه حتى من قبل غير الأطباء.

ومع بداية القرن السادس عشر، نلاحظ أن وصف حالات الهوس والانهييار كثيراً ما كانت تتداخل مع الفلسفة والدين، الأمر الذي شتت الجدول العيادي لهذا المرض. ولكن ذلك لم يحل دون كلام الإنكليزي WILLIS عام 1675 عن تعاقب موجات الهوس والكآبة. وأما في فرنسا فقد وصف FARLET 1851 المرض بالجنون الدائري، كما وصفه BAILLARGER (1854) بالجنون ذو الشكلين، وقد أكد NAGNAN (1890) احتمال توالي حالة الاضطراب الهوس، وحالة الانهييار، لدى المريض نفسه.

ولكن النظرة الجامعة، القائلة بعودة مظاهر كل من الهوس والانهييار إلى منشأ مرض واحد، هي نظرية يعود فضلها إلى المدرسة الألمانية. وكان العالم KNAEPELIN قد أشار إلى ذوبان الحالتين على الصعيد العيادي ومركزهما في المريض الواحد (وذلك في الطبعة السادسة من كتابه 1899) وقد أشار العالم نفسه (في الطبعة السابعة من الكتابة) إلى الحالات المزيجية (مزيج من الهوس والانهييار) وفي حينها أشارت هذه الإشارة العديد من المناقشات، بحيث انقسم العلماء الفرنسيون إلى قسمين، واحد يؤدي طروحات كرابلن،

ويمثله العلماء (Deny, serieux , Capzas) أما القسم الآخر، فقد تلقى هذه الطروحات بحذر (Rezis , Ballet, Chaslin). وفي وقتنا الحاضر، لم يعد هنالك معارضون لهذه النظرية الجامعة، وليس أدل على ذلك من تسمية المرض بذهان الهوس الانهياي.

إلا أن تصنيف هذه الحالات، وتوزيعها إلى أشكال عيادية خاصة، لاقت الكثير من الصعوبات. فقد دلت الدراسات العيادية، والوراثية، إلى وجود أنماط عديدة للمرض، مميزة من حيث طريقة انتقالها الوراثي، كفاً من حيث إمكانيات تطورها. وهذا ما دفع ب Leonard (1959) إلى اقتراح التصنيف التالي:

أ - **الذهان ثنائي القطب (Bipolaire)** ويتميز بتعاقب ظهور نوبات الهوس والانهيار لدى المريض ذاته.

ب - **الذهان وحيد القطب:** ويتميز بظهور نوع واحد من هذه النوبات. ولكن أبحاث كل من mendlewiec و wimokul دلت إلى وجود فروع عديدة لكل شكل من هذين الشكلين.

وفي النهاية، تشير إلى تصنيف الجمعية الأميركية للطب النفسي المتعلق بهذا المرض، فهذا التصنيف لا يأخذ بعين الاعتبار الأساس العضوي المفترض للأمراض النفسية، وعليه أتى هذا التصنيف ليدرج هذا المرض في قائمة الاضطرابات المزاجية، وليقسمه بناء على حدة المظاهر المرضية، عوضاً عن الاعتماد على داخلية المنشأ، أو خارجيته، كما تفعل بحمل المدارس الأخرى، بما في ذلك التصنيف الدولي للأمراض النفسية.

### 1 - انتشار المرض:

يختلف العلماء اختلافاً كبيراً في تحديد نسب انتشار الأمراض النفسية، واحتمالات التعرض للإصابة بها، ويعود هذا الاختلاف إلى العوامل التالية:

1 - **العوامل الاجتماعية الثقافية:** ويمكن تلخيصها بالاختلافات الهائلة من مجتمع لآخر،

للعناصر التالية:

- درجة الوعي الصحي - النفسي.

- درجة الرعاية والأمن الاجتماعيين.

- توافر الأطباء النفسيين، وسهولة التوجه إليهم.

- مدى تعاون العائلة والمحيط.

- مدى استعداد المريض للتوجه إلى العلاج الطبي - النفسي<sup>1</sup>.

2 - عوامل متعلقة بنوعية المرض: في حالة الهوس الانهيارى، غالباً ما يبدأ المرض بشكل

مقنع بمظاهر جسدية، أو انهيارية داخلية، مما يبعد التشخيص الحقيقي له لفترة.

3 - عوامل متعلقة بالباحثين: تختلف مدارس الباحثين، وتختلف معها تصنيفاتهم وعناصر

تشخيصهم للأمراض، وعن ذلك ينشأ الاختلاف في النتائج من باحث لآخر.

ولكي نأخذ فكرة أوضح عن هذه الاختلافات، ومن اختلاف نتائج البحوث

والإحصاءات، فإننا نورد الجدول التالي:

النسبة العامة						
اسم الباحث	سنة الدراسة	في المدن	في القرى	لدى الرجال	لدى النساء	احتمال الإصابة
Salter , Roth	1969	-	-	%2.4	%3.9	%6.3
Helgason	1964	%2.18	%2.74	%1.8	%2.5	%4.3
Winkonet al	1969	-	-	%2	%3	%5
Eyeball	1928	-	-	مستشفى %10	نساء+رجال	-
Eyeball	1977	-	-	مستشفى %3.3	نساء+رجال	-
Odegaard	1946	-	-	%0.6	%0.8	%1.4
Fremmin g	1951	-	-	%1.02	%2.2	%3.22
Larsson-sigogenc	1954	-	-	%0.9	%1.2	%2.1
Noris	1959	-	-	%0.8	%1.4	%2.2

ويبدو أن اختلاف احتمالات الإصابة بالمرض لا يتعلق فقط بالعوامل المشار لها أعلاه،

ولكنه يتعلق بعوامل عديدة أخرى، قد تبدو لنا ثانوية للوهلة الأولى. وتختصر هذه العوامل

<sup>1</sup> - يلاحظ أن مرض الانهيار بشكل خاص يرفضون التوجه للعلاج، ويعارضونه بشدة، كما يلاحظ عدم خضوعهم للتعليمات الطبية، وقد ناقشنا هذه المشكلة في كتاب الانهيار العصبي منشورات الرسالة الإيمان،

كما يلي:

- أ - تتفق مجمل الدراسات (أنظر الجدول) على ارتفاع نسبة الإصابة بهذا المرض في الريف، وفي المحيط الثقافي المتدني.
- ب - تشير دراسة (أنظر الجدول) ودراسات عديدة أخرى، إلى اختلاف نسبة الإصابة بهذا المرض في الظروف الحضرية نفسها، مع اختلاف الفترة الزمنية.
- ت - يلعب الجنس دوراً هاماً في الاستعداد للإصابة بالمرض، وذلك بحيث يتفق جميع الباحثين على زيادة الإصابة به لدى النساء مع ميل بعضهم لاعتبار هذه النسبة متساوية بعد عمر الستين.

### العلامات المبكرة للانتكاسة:

- هذا الموضوع هو الموضوع الأكثر أهمية، ذلك أن نوبة الاكتئاب، والهوس، والهوس الخفيف، لا تبدأ فجأة، بل تبدأ عبر علامات مبكرة تستمر لعدة أيام، ثم تشتد. ولو استطلعت التعرف على هذه العلامات، واستشارة الطبيب مباشرة، فستمنع من تطورها.
- لقد أثبتت الدراسات العلمية أن وعي المريض وأسرته بالأعراض المبكرة لهجمة الهوس، أو الاكتئاب، تقل بشكل كبير من هذه النوبات، أو الانتكاسات.
  - تدل الدراسات أن هناك فترة ما بين 2-4 أسابيع بين بداية الأعراض المبكرة للانتكاسة r وبين فقدان المريض للبصيرة بمرضه (الانتكاسة الحادة). هذه الفترة ذهبية بكل ما تعني الكلمة، لأن تدارك المريض سيقه من انتكاسة لا يعرف ضررها إلا الله.
  - أحداث الحياة والشدة النفسية التي يتعرض لها المريض هي عامل مساعد للانتكاسة. كما أن الضغط النفسي سيجعل من علاج الهجمة والعودة إلى المستوى الطبيعي أصعب.
  - إن هجمة الهوس لا تأتي فجأة، بل تبدأ ببعض الأعراض الخفيفة التي قد لا يلاحظها الآخرون. لو استطلعت تدريب نفسك على اكتشاف هذه الأعراض، وسارعت بالذهاب إلى الطبيب النفسي لأخذ العلاج اللازم، فستقي نفسك بمشيئة الله من هجمات الهوس.

### الأدوية المستخدمة في علاج نوبة الاكتئاب:

تسبب نوبة الاكتئاب المأ رهيباً للمريض، وعلاج هذه النوبة يحتاج إلى خبير متخصص. والغريب أن الدراسات تدل على أن كثيراً من الأدوية التي تستخدم في علاج الهوس هي نفسها التي تستخدم لعلاج الاكتئاب. وأهمها (مثبتات المزاج)، وبعض الأدوية المضادة للذهان. كما

أن هناك دوراً هاماً لمضادات الاكتئاب، وللعلاج بالموجات المنظمة للمخ (العلاج بالجلسات الكهربائية). سنقوم الآن بشرح أهم هذه الأدوية المستخدمة:

أولاً: مثبتات المزاج:

أ. الليثيوم Lithium..

ب - الديباكين Depakine (الفالبريك أسيد Valproic Acid).

ج - التيجريتول Tegretol (الكاربامازيبين Carbamazepine).

د - لاموتروجين Lamotrigine (لاميكثال Lamictal).

و - جابابنتين Gabapentin نيورونتين Neurontin.

ثانياً: مضادات الاكتئاب

ثالثاً: أدوية مضادات الذهان

أولاً: مثبتات المزاج:

(أ) الليثيوم Lithium.. وهو دواء قديم ساعد آلاف المرضى للتخلص من حالة الهوس، والاكتئاب، في الهجمات الحادة، بالإضافة إلى الوقاية من انتكاسة المرض، وعودة الأعراض. لا يبدأ مفعول الدواء مباشرة، بل بعد بضعة أيام.

أهم الأعراض الجانبية:

إذا كنت تتناول هذا الدواء، فمن الطبيعي أن تلاحظ وجود هذه الأعراض الجانبية التالية:

- كثرة التبول.

- زيادة العطش.

- رجفة خفيفة في اليد.

- غثيان.

- زيادة طفيفة في الوزن.

هذه الأعراض الجانبية غير مؤذية، ولا تدوم، بل تختفي في الغالب بعد أن يتعود الجسم على الدواء. أخبر طبيبك عنها، واسأله ما الذي يجب أن تفعله.

إذا كنت تتناول دواء الليثيوم، فلا بد من الحذر من الآتي:

- تتأثر لدى بعض المرضى وظائف الكلى والغدة الدرقية. لا تخش شيئاً، فهذه الآثار

نادرة، ويمكن الوقاية منها عبر إجراء التحاليل اللازمة مرة كل ستة أشهر.

- يجب أن تُخبر الأم التي ترغب بالحمل طبيبتها إذا كانت تتناول الليثيوم، إذ قد يكون

- له تأثيرات هامة على الحمل.
  - إذا تناولت الليثيوم حسب وصفة الطبيب فهو دواء آمن. ولقد استخدمه المرضى منذ عشرات السنين بأمان. ولكن لو تناولت جرعة زائدة منه، فقد يسبب بعض الأضرار الصحية (التسمم بالليثيوم) ومنها (ركز على الأعراض الثلاثة الأولى):
  - صعوبة في الكلام وعدم وضوحه.
  - صعوبة في التوازن في المشي.
  - رجفة واضحة وشديدة.
  - تشوش في الذهن والتركيز.
  - تشنجات.
  - تغير في الوعي، أو إغماء.
- لو لاحظت أياً من هذه الأعراض، أوقف الدواء في الحال، واتصل بطبيبك مباشرة.

#### (ب) الديباكين Depakine (الفالبرويك أسيد Valproic Acid)

وهو في الأصل دواء مضاد للصرع، ولكنه أثبتت فعالية رائعة في علاج الهجمات الحادة للاضطراب الوجداني ثنائي القطب (أوثق) وفعالية عالية في الوقاية من عودة الأعراض (هذا دليل جديد على أن أوثق هو مرض دماغي، وليس له علاقة بأمور السحر والشعوذة). لهذا الدواء (كما لكل الأدوية النفسية وغير النفسية) أعراض جانبية عابرة، وغير مؤذية، وأهمها:

- تساقط الشعر.
- زيادة الوزن.
- الغثيان.
- إسهال.
- زيادة في النوم.
- يجب أن تخبر الأم التي ترغب بالحمل طبيبها، إذا كانت تتناول الديباكين، لأن ذلك قد تكون له تأثيرات هامة على الحمل.

#### (ج). التيجريتول Tegretol (الكاربامازيبين Carbamazepine)

وهو أيضاً مضاد للصرع، ولكن له نتائج فعالة في علاج النوبات الحادة للاضطراب الوجداني ثنائي القطب (أوثق)، وفعال أيضاً في الوقاية من عودة الأعراض، خاصة عند حدوث

نويات متكررة بشكل كبير.

### الأعراض الجانبية للدواء:

التيجريتول دواء رائع، يستخدمه آلاف المرضى المصابين بالصرع و(أوثق). وله بعض

المضاعفات النادرة وهي:

- دوخة.
- غثيان.
- تشويش في الرؤية.
- طفح جلدي.
- إنقاص إنتاج الخلايا الدموية.
- تأثير قليل على الكبد.
- يجب أن تخبر الأم التي ترغب بالحمل طبيبها إذا كانت تتناول الديقاكين، لأن ذلك قد يكون له تأثيرات هامة على الحمل.

### (د). لاموتروجين Lamotrigine (لاميكثال Lamictal)

وهو أيضاً مضاد للصرع. تم اكتشاف تأثيره الرائع على (أوثق) حديثاً، وخاصة على نوبة

الاكتئاب الحادة والوقاية منها.

### الأعراض الجانبية للدواء:

- يجب أن تخبر الطبيب عن بدايات لطفح جلدي.

### ثانياً: مضادات الاكتئاب:

ومن اسمها، فهذه المجموعة تعمل على التخفيف من الاكتئاب، سواء في الاكتئاب العادي

(نسميه أحادي القطب، لأنه لا يوجد فيه هوس)، أو في الاكتئاب ثنائي القطب. هناك العديد

من الأنواع التي تتبع هذه المجموعة، ومن أهمها:

(أ) موانع استرجاع السيروتونين المتخصصة (Serotonin-Specific Reuptake Inhibitors):

وهي:

سبرام، سبرالكس، سيروكسات، بروزاك، فيفارين، سيرترالين. (هذه هي الأسماء

التجارية، وقد تختلف من شركة لأخرى، فاسأل طبيبك إذا اختلطت عليك الأسماء).



#### مزايا هذه المجموعة:

- متوافرة، مع أنها غالية الثمن نسبياً.
- آمنة لا تسبب أعراضاً جانبية دائمة.
- لا تسبب أي إدمان، أو تعود.
- فعالة بشكل رائع.

#### عيوب هذه المجموعة:

- لها بعض الأعراض الجانبية وهي:
- أعراض متعلقة بالجهاز الهضمي (غثيان، إقياء، ..).
- اضطرابات جنسية: قلة الرغبة، ضعف الوصول إلى النشوة، تأخر القذف (أمر محبب للبعض!).
- زيادة، أو نقصان، في النوم.
- زيادة، أو نقصان، في الوزن.

#### ملاحظة:

- هناك اختلاف في الأعراض الجانبية لكل من الأدوية السابقة، ولذا سيختار الطبيب ما يناسبك منها.
- لا يبدأ مفعول هذه الأدوية مباشرة، وإنما تحتاج إلى أسبوع، إلى أسبوعين، حتى تلمس الفرق، وكل يوم سيكون أفضل من الذي قبله.
- (ب) موانع استرجاع النوربينفرين والسيروتونين: مثل الإيفكسور Effexor وسيمبالتا Symbalta.
- (ت) ميرتازيبين Mirtazepine: له تأثير قوي على النوم، مع تأثيره على الاكتئاب والقلق.
- (ث) موانع استرجاع النوبينفرين والدوبامين (بوبروبيون Bupropion).
- (ج) ترازدون Trazodone: له مفعول جيد على النوم، بالإضافة لتأثيره على القلق والاكتئاب.
- (ح) مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة: من أدوية الاكتئاب القديمة، والرخيصة، والفعالة، ولكن لها أعراضاً جانبية أكثر من غيرها. كما لا تحبذ استخدامها في الاضطراب الوجداني ثنائي القطب (أوثق)، لأنها قد تسبب نوبة هوس. ولذا يجب الحذر عند تناولها. ومنها: تريبتزول (أميتريالين)، إنفرانيل، توفرانيل، ..
- (خ) مثبطات أنزيم MAO: من الأدوية القديمة، والتي لها أعراض جانبية ومخاطر كثيرة، كما أنها قد تسبب نوبة هوس.

## ثالثاً: مضادات الذهان:

بعض هذه الأدوية فعالة في علاج نوبة الاكتئاب، وخاصة في الحالات الحادة (الذهانية). وما زالت الدراسات التي تدعم استخدام هذه الأدوية لوحدها في علاج الاكتئاب قليلة، والوقت هو ما نحتاجه للتأكد من فعالية هذه الأدوية.

### الأدوية المستخدمة في علاج نوبة الهوس

الاضطراب الوجداني ثنائي القطب هو مرض مزمن طويل الأمد، ويحتاج إلى علاج لفترة طويلة. والعلاج الدوائي يعتبره الركن الأساسي من عملية العلاج. وبحمد الله ونعمته، أصبح لدينا الآن العديد من الأدوية الجيدة والفعالة في علاج هذا المرض. سنناقش في هذا القسم الموضوعات التالية:

#### أولاً: مثبتات المزاج:

أ. الليثيوم Lithium.

ب. الديباكين Depakine (الفالبرويك أسيد Valproic Acid).

ج. التيجريتول Tegretol (الكاربامازيبين Carbamazepine).

د. لاموتروجين Lamotrigine (لاميكثال Lamictal).

و. جابابنتين Gabapentin نيورونتين Neurontin.

#### ثانياً: أدوية مضادات الذهان:

أ - مضادات الذهان التقليدية:

ب - مضادات الذهان الحديثة:

أهم الأدوية المستخدمة في علاج هجمة الهوس والوقاية منها:

#### أولاً: مثبتات المزاج:

(1). الليثيوم Lithium.. وهو دواء قديم ساعد آلاف المرضى للتخلص من حالة الهوس

والاكتئاب في الهجمات الحادة بالإضافة إلى الوقاية من انتكاسة المرض وعودة الأعراض. لا

يبدأ مفعول الدواء مباشرة، بل بعد بضعة أيام.

أهم الأعراض الجانبية:

إذا كنت تتناول هذا الدواء فمن الطبيعي أن تلاحظ وجود هذه الأعراض الجانبية التالية:

- كثرة التبول.

- زيادة العطش.

- رجفة خفيفة في اليد.

- غثيان.

- زيادة طفيفة في الوزن:

هذه الأعراض الجانبية غير مؤذية، ولا تدوم، بل تختفي في الغالب بعد أن يتعود الجسم على الدواء. أخبر طبيبك عنها، واسأله ما الذي يجب أن تفعله.

إذا كنت تتناول دواء الليثيوم، فلا بد من الحذر من الآتي:

- تتأثر لدى بعض المرضى وظائف الكلى والغدة الدرقية. لا تخش شيئاً، فهذه الآثار

نادرة، ويمكن الوقاية منها عبر إجراء التحاليل اللازمة مرة كل ستة أشهر.

- يجب أن تُخبر الأم التي ترغب بالحمل طبيبها إذا كانت تتناول الليثيوم، إذ قد يكون

له تأثيرات هامة على الحمل.

- إذا تناولت الليثيوم حسب وصفة الطبيب، فهو دواء آمن. ولقد استخدمه المرضى منذ

عشرات السنين بأمان، ولكن لو تناولت جرعة زائدة منه، فقد يسبب بعض الأضرار

الصحية (التسمم بالليثيوم) ومنها (ركز على الأعراض الثلاثة الأولى):

- صعوبة في الكلام، وعدم وضوحه.

- صعوبة في التوازن في المشي.

- رجفة واضحة وشديدة.

- تشوش في الذهن والتركيز.

- تشنجات.

- تغير في الوعي، أو إغماء.

لو لاحظت أيًا من هذه الأعراض، أوقف الدواء في الحال، واتصل بطبيبك مباشرة.

### (ب) الديباكين (الفالبرويك أسيد Valproic Acid)

وهو في الأصل دواء مضاد للصرع، ولكنه أثبت فعالية رائعة في علاج الهجمات الحادة

للاضطراب الوجداني ثنائي القطب (أوثق) وفعالية عالية في الوقاية من عودة الأعراض (هذا

دليل جديد على أن أوثق هو مرض دماغي، وليس له علاقة بأمور السحر والشعوذة).

لهذا الدواء (كما لكل الأدوية النفسية وغير النفسية) أعراض جانبية عابرة وغير مؤذية،

وأهمها:

- تساقط الشعر.

- زيادة الوزن.

- الغثيان.

- إسهال.
- زيادة في النوم.
- يجب أن تخبر الأم التي ترغب بالحمل طبيبها إذا كانت تتناول الديباكين. لأن ذلك قد يكون له تأثيرات هامة على الحمل.

#### (ج). التيجريتول Tegretol (الكاربامازين Carbamazepine):

وهو أيضاً مضاد للصرع، ولكن له نتائج فعالة في علاج النوبات الحادة للاضطراب الوجداني ثنائي القطب (أوثق)، وفعال أيضاً في الوقاية من عودة الأعراض، خاصة عند حدوث نوبات متكررة بشكل كبير.

الأعراض الجانبية للدواء:

التيجريتول دواء رائع، يستخدمه آلاف المرضى المصابين بالصرع و(أوثق)، وله بعض المضاعفات النادرة وهي:

- دوخة.
- غثيان.
- تشويش في الرؤية.
- طفح جلدي.
- إنقاص إنتاج الخلايا الدموية.
- تأثير قليل على الكبد.
- يجب أن تخبر الأم التي ترغب بالحمل طبيبها إذا كانت تتناول الديباكين، لأن ذلك قد يكون له تأثيرات هامة على الحمل.

#### (د). لاموتروجين Lamotrigine (لاميكثال Lamictal)

وهو أيضاً مضاد للصرع، تم اكتشاف تأثيره الرائع على (أوثق) حديثاً، وخاصة على نوبة الاكتئاب الحادة والوقاية منها.

الأعراض الجانبية للدواء:

- يجب أن تخبر الطبيب عن بدايات لطفح جلدي.

#### (هـ). توبايرومات Topiromate (توباماكس Topamax)

دواء مضاد للصرع، وله تأثير إيجابي في الوقاية من (أوثق). لهذا الدواء ميزة هامة، وهي أنه لدى بعض المرضى قد يسبب نقصاناً في الوزن. مازال استخدام هذا الدواء محدوداً بين الأطباء.

## الأعراض الجانبية:

- قد يسبب بلادة في الفهم.
- إنقاص الوزن (يحب مرضانا، خاصة النساء هذه الميزة!).

## (و). جابابنتين Gabapenin نيورونتين Neurontin

من مضادات الصرع الحديثة، وقليلاً ما يستخدمان في الوقاية من (أوتق)، رغم وجود بعض الدراسات التي تدعم فعاليتها.

## ثانياً: أدوية مضادات الذهان:

هذه الفئة من الأدوية فعالة للغاية في الحالات الحادة من نوبة الهوس، وعادة ما نتوقف عن صرفها للمريض بعد فترة من استقرار حالة المريض. على الرغم من وجود دراسات قوية تدعم استخدام هذه الأدوية كـ (مثبتات مزاج) للوقاية من انتكاسات المرض. وأهم هذه الأدوية:

## أولاً: مضادات الذهان التقليدية:

بدأ اكتشاف هذه الأدوية منذ خمسينات القرن الماضي. وكان لها أثر كبير لولا أنها تسبب بعض الأعراض الجانبية المزعجة (الرجفة، زيادة الحركة، تشنج العضلات، ..). وعلى الرغم من أن هناك الكثير من الأدوية التي تخفف من هذه الأعراض الجانبية، إلا أن الكثير من الأطباء لا يفضل استخدامها.

## مميزاتها:

- تأثيرها السريع في تهدئة المريض المضطرب.
- رخيصة الثمن.
- وجودها على شكل أبر زنتية تعمل على (نز)، أو إبقاء الدواء في الجسم لمدة (2-4) أسابيع. وهنا لا يوجد حاجة لتعاطي الحبوب خلال هذه الفترة (ممتازة لمن يرفض العلاج، أو ينسأه).

## عيوبها:

- الأعراض الجانبية، رغم أن معظم هذه الأعراض مؤقتة، لكنها مزعجة.
- قد لا تحمي من الانتكاسة بشكل كاف.

أهم هذه الأدوية:

الهالوبيريديول Haloperidole ، اللارجكتيل Chlorpromazine ، ميلاريل Mellaril ،

استلازين Stelazine.

## ثانياً: مضادات الذهان الحديثة:

وتتميز بقلة أعراضها الجانبية، وهي أدوية رائعة، سببت في تغيير حياة المرضى.

### مميزاتها:

- أعراض جانبية أقل.
- لها تأثير فعال في الوقاية من انتكاسة المرض.
- هناك عدة أنواع منها لكي تتناسب مع كل مريض.

### عيوبها:

- غالية الثمن.
- لها بعض الأعراض الجانبية: زيادة الوزن، زيادة السكر والدهون في الدم. يمكن الوقاية من هذه الأعراض عبر تنظيم وجبات الطعام.

### وأهم هذه الأدوية:

- ريسبريدون (Risperidone) (ريسبريدال Risperdal): ويوجد منه على شكل أقرص طويلة الأمد، أي تكفي المريض من أخذ الدواء لمدة أسبوعين، لكنها باهظة الثمن.
- أولانزابين (Olanzapine) (زيبركسا Zyprexa).
- كيتابين (Quetapine) (سريكويل Seroquel).
- أريبيرازول (Aripiprazole) (ابيلفاي Abilify).
- زيبراسيدون (Ziprasidone) (جودون Gedeon).

### العلاج والحمل والرضاعة

يطرح التعامل مع النساء الحوامل والمرضعات إشكاليات علاجية متنوعة، إذ إن الاستمرار في تناول الدواء أثناء الحمل يحمل بعض المخاطر أحياناً، وخاصة في الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل، ومع أن معظم الأدوية النفسية لا تسبب تشوهاً معروفاً للجنين، إلا أننا يجب أن نأخذ الحذر عبر اتباع النصائح التالية:

- يجب أن تتابع المريضة التي تتناول العلاج، بدقة، حدوث أي حمل في أي وقت. وهناك أدوات عديدة في الأسواق لاكتشاف الحمل، مهما كان مبكراً. ثم يجب أن تخبري طبيبك في الحال عند ثبوت أي حمل.
- يوازن الطبيب بين الخطر من إيقاف الدواء، وتوقع حدوث انتكاسة، وبين خطر الدواء على الجنين. تذكر أنه في بعض الأحيان يكون الخطر على الجنين من الانتكاسة أكثر من خطر الدواء عليه!

- بشكل عام يميل الجميع إلى إيقاف الدواء في الثلاثة أشهر الأولى من الحمل، إلا في بعض الحالات الخاصة. على كل حال، إستشر الطبيب قبل إيقاف الدواء.
- هناك بعض الأدوية التي نعطها اهتماماً أكبر في حال الحمل، وهي: الليثيوم، تيجريتول، ديباكين، مضادات الاكتئاب الحلقية، أي نوع من البنزوديزينات (الفالسيوم، اتيفان، كلونازيام، ..).
- بسبب وجود وسائل الرضاعة الصناعية، فإن النصيحة العامة هي عدم إرضاع الأم التي تتناول العلاج للطفل الرضيع. ويمكن الاعتماد على الرضاعة الصناعية (بعد استشارة طبيب الأطفال). انتبه أن هذا يدفعنا إلى إعطاء المزيد من الحنان الذي يُحرم منه الرضيع أثناء الرضاعة. ومن الأفكار الجميلة التي تعلمناها من أساتذتنا هي أن تضع الأم (الرضاعة) بين إبطها (أي بين الصدر والساعد) وتحمل الرضيع في وضعية الرضاعة الطبيعية (نعم نغش الطفل لأننا نحبه..!).

ملف العدد

# علم النفس والشيخوخة: نحو نظرة لا نمطية

إعداد

أ.د. مصطفى مؤنود عمر عشوي

جامعة الملك فهد للبترول والمعادن



المشكلة هي:

المشكلة هي:  $\frac{1}{x^2} = x^{-2}$

المشكلة هي:  $\frac{1}{x^2} = x^{-2}$

## ملخص البحث

تناولت هذه الدراسة موضوعاً هاماً لم يطرق بما فيه الكفاية، وهو موضوع مراحل الشخصية، وخاصة مرحلة الشيخوخة، من خلال نظرة جديدة تقوم على اللانمطية بدلاً من النمطية السائدة في معظم نظريات علم نفس الشخصية، وغيرها من النظريات التي تنظر إلى الشيخوخة نظرة نمطية قائمة على التعميم، مما أدى إلى معاملة المسنين كأنهم فئة واحدة، وتحديد سن التقاعد بناءً على ذلك بسن الستين، أو ما يعادل ذلك.

والملاحظ في الواقع هو عكس هذه النظرة النمطية، إذ يتباين المسنون في قدراتهم الجسمية والروحية والعقلية والوجدانية تبايناً كبيراً. ونلاحظ أيضاً أن كثيراً من قادة السياسة، ورجال الأعمال، وأصحاب المهن الحرة الناجحين، هم من المسنين الذين بلغوا سن التقاعد الرسمي الذي تعترف به الأمم المتحدة.

تستند هذه النظرة الجديدة (اللانمطية) على التأكيد على ضرورة اعتماد مبدأ "الفروق الفردية" في معاملة كبار السن في مجالات عدة، وخاصة في إدارة الموارد البشرية، حيث إن هناك حاجة ماسة لتوظيف المسنين في كثير من البلدان التي ارتفعت فيها نسبة الشيخوخة كثيراً. ولا ينبغي أن يقتصر توظيف المسنين في الوظائف المناسبة لقدراتهم الجسمية والعقلية والوجدانية على البلدان التي ارتفعت فيها نسبة الشيخوخة، كما هو الحال في معظم البلدان المتقدمة صناعياً، بل وينبغي أن يكون الأمر كذلك في دول الخليج، حيث هناك حاجة ماسة لكل الأيدي العاملة، وخاصة المتعلمة والماهرة منها.

### مقدمة:

لم يهتم رواد علم النفس المعاصرين المهتمين بتقديم تصور عن "الشخصية والسلوك"، مثل فرويد، ويونغ، وأدلر، وواطسون، وسكينر، وألبورت، وماسلو، وروجرز، وباندورا، وبياجي، بمرحلة الشيخوخة، وما يرتبط بها من عمليات ذهنية وحسية - حركية ووجدانية،

ومن تغيرات جسمية مؤثرة في الجوانب الذهنية والوجدانية السلوكية. كان الإهتمام منصباً في الأساس - في دراسة الشخصية والسلوك - على مرحلة الطفولة، وما يليها مباشرة من المراحل إلى سن الرشد. ويألف بعض علماء النفس الغربيين في الإهتمام بمرحلة الطفولة الأولى،.. قال فرويد: إن شخصية الطفل تتحدد في السنوات الخمس الأولى من العمر. وقال واطسون: أعطني اثني عشر طفلاً، وأنا أشكل سلوكهم كيفما تشاء، وأنشئ منهم نجاراً، أو طبيباً، أو مجرماً، أو أية شخصية تختار. ولعل الإستثناء الذي حصل في مدارس علم النفس ورواده من حيث دراسة شخصية الإنسان طوال حياته (أي من الولاده إلى الشيخوخة) قد جاء من حركة التحليل النفسي نفسها، التي ينتمي إليها رائدها الأول، والذي اقتصر على التأكيد على ضرورة دراسة مرحلة الطفولة الأولى وما يليها من مراحل إلى سن الرشد. وقد تمثل هذا الإستثناء في نظرية إريك إريكسون، وهي النظرية المسماة (نظرية مدى الحياة) (Life Span Theory). وقد قسم إريكسون مراحل نمو الشخصية إلى ثمان مراحل، تمتد من الولادة إلى ما بعد خمس وخمسين (55) سنة.

وإذا كان إريكسون قد حذا حذو فرويد في المراحل الأربع الأولى من مراحل نمو الشخصية، وهي المراحل (الفمية، الشرجية، القضيبية، والمتأخرة)؛ فإن إريكسون قد أضاف لذلك أربع مراحل أخرى، وهي: المراهقة، والرجولة الشابة، والرجولة، وأخيراً النضج مع تقدم العمر.

وإذا كانت مرحلة الرجولة تمتد عند إريكسون من 35 - 55 سنة؛ فإن مرحلة النضج وتقدم العمر تمتد من 55 سنة إلى آخر العمر.

وتقوم نظرية إريكسون في فهم نمو الشخصية وتطورها على التأكيد أن عملية التطور محددة وراثياً، وذلك بعوامل جينية، ولكنها متأثرة أيضاً بعوامل إجتماعية وبيئية. وعليه، فإن إريكسون قد اهتم بالجوانب البيولوجية (الوراثة)، إلى جانب الجوانب البيئية والاجتماعية؛ وذلك عكس فرويد الذي قد اهتم بالتأثير الغريزي، أو البيولوجي فقط، في نمو وتطور الشخصية.

ويعتقد إريكسون أن كل مرحلة من مراحل النمو المذكورة أعلاه تتضمن مجموعة من الصراعات التي ينبغي للفرد التوافق معها. ويرى أن هذه الصراعات مورثة في شكل استعداد، أو قابلية. ولكن ظهورها في مختلف مراحل النمو يتوقف على مواجهة المحيط، أو البيئة، التي تشكل ضغطاً على الشخص حسب مراحل النمو التي يمر بها.

ويعتبر إريكسون أن كل عملية مواجهة مع المحيط عبارة عن (أزمة) تتطلب من الفرد بعض التغيير في سلوكه وشخصيته لمواجهةها، وأن الفرد مخير بين طريقتين لمواجهة "الأزمة":

1 - طريقة سلبية، وتتميز بسوء التوافق.

2 - طريقة إيجابية، وتتميز بالتوافق الجيد.

ويؤمن إريكسون أنه ينبغي للأنا، أو الفرد، أن يدمج، أو أن يجمع بين الطريقتين في التوافق، أي الطريقة السوية وغير السوية، ولكن بمقادير، أو نسب مختلفة.

وإذا طبقنا نظرية إريكسون على المرحلة المتأخرة من العمر، التي يسميها مرحلة النضج، وتقدم العمر (Maturity Old Age)، فإننا نجد أنه يصفها كما يلي:

- مرحلة النضج وتقدم العمر (55 سنة فما فوق):

تتميز هذه المرحلة -حسب اعتقاد إريكسون - بطريقتين لمواجهة الأزمة التي يمر بها (الأنا)، أو الشخص في هذه المرحلة.

1 - الطريقة السوية: وتتميز بنزاهة (الأنا)، مما يعني أن الشخص يتقبل في هذه المرحلة مكانته وماضيه الشخصي، ومأمراً به من فشل ونجاح، وما حققه خلال مراحل حياته السابقة (Ego Integrity).

2 - الطريقة غير السوية: وتتميز بالشعور بالسخط واليأس والإحباط، بسبب ضياع فرص، أو بسبب ارتكاب أخطاء لا يمكن إصلاحها.

ونقطة القوة في هذه المرحلة التي تمكن الشخصية من التطور عند حدوث التوافق السوي، أو السليم، مع الأزمة التي تواجه الشخص في هذه المرحلة هي: الحكمة.

ويعتبر من الحكمة في هذه المرحلة حسب اعتقاد إريكسون - المنبثقة عن (نزاهة الذات) (Ego Integrity) بالإهتمام بالحياة ككل، وتبليغ ذلك إلى الأجيال اللاحقة في شكل تجارب وخبرات، وفي شكل تراث، كما أورد ذلك شولتز في كتابه "نظريات الشخصية" باللغة الانكليزية (Schultz & Schultz، 1998).

. وقد ألف إريكسون سنة 1986 كتاباً، وهو في عمر 84 سنة تحت عنوان: "الاندماج الحيوي أثناء الشيخوخة (Vital Involvement in Old Age).

وقد درس إريكسون في هذا الكتاب حياة 49 شخصاً في الثمانينات من أعمارهم. وقد أكد إريكسون في هذا الكتاب أنه ينبغي للمسنين القيام بأكثر من التأمل في ماضيهم، إذ ينبغي لهم أن يبقوا يقظين ونشيطين (نشطاء) ومشاركين في الحياة مشاركة فعالة؛ وذلك بالبحث عن التحديات في محيطهم، ومواجهتها، والمشاركة في النشاطات الإجتماعية

المختلفة، كالعناية بالأحفاد، والدراسة من جديد، وتطوير مهارات وقدرات جديده ( Schultz et al. 1998 ).

وكما يعتقد إريكسون أن لكل مرحلة من مراحل النمو جوانب إيجابية، أو نقاط قوة، لإحداث التوافق الإيجابي، فإنه يعتقد أيضاً أن لكل مرحلة طرق غير سوية في التوافق، تؤدي إلى تطور غير سوي في الشخصية، بسبب سيطرة نقاط الضعف على شخصية الإنسان.

### - نقاط الضعف الأساسية:

يرى إريكسون أن الأساليب السوية، وغير السوية، في التوافق مع الأزمات التي تمر بها "الشخصية" في مختلف مراحل العمر مندمجة في الذات، أو الأنا، بتوازن مبدع. ورغم أن الذات، أو الأنا، تتشكل أساساً من الإتجاه التوافقي (التوافق الإيجابي)، إلا أنها تحتوي أيضاً على جزء من الإتجاه السلبي (اضطراب التوافق، أو التوافق اللا سوي). وعند حدوث اضطراب، أو اختلال، في نمو مرحلة من مراحل نمو الشخصية؛ فإن الذات، أو الأنا، لا تتشكل إلا من اتجاه واحد فقط، سواء كان إيجابياً أم سلبياً. ويسمي إريكسون هذه الحالة "اختلال النمو" (Mal-development). وعليه، فإذا كان الإتجاه الإيجابي هو الوحيد الموجود في الذات (الأنا)، فإن هذه الحالة تؤدي إلى ما يسميه إريكسون "سوء توافق" (Mal-adaption).

أما إذا كان الإتجاه السلبي هو الموجود فقط في الأنا، فهذا يؤدي إلى ما يسميه إريكسون (Malignancy) أي "الشعور بالحق والشناء".

ويؤكد إريكسون أن "سوء التوافق" يؤدي إلى نشوء العصابات، وهي الاضطرابات النفسية، بينما يؤدي "الشعور بالحق" إلى نشوء الذهانات، وهي الاضطرابات العقلية. والملاحظ على نظرية إريكسون في نمو الشخصية، وإن كانت نظرية لم تهمل كل مراحل نمو الشخصية، بما فيها مرحلة النضج والشيخوخة، التي تتسم بصفة بارزة وهي "الحكمة"، فإن هذه النظرية لا تخرج عن إطار التحليل النفسي، الذي ينطلق من حتمية المرور بمراحل معينه، وأن كل مرحلة تتسم بأزمة واختلال في التوازن، ومحاولات لإعادة التوازن، وأن الاضطرابات النفسية والعقلية ناشئة عن الفشل في المحافظة على التوازن، أو في إعادة التوازن للذات المضطربة ذهانياً.

ورغم عمق هذه النظرية، فإنها تغفل حقيقة هامة قد نستنتجها من مراجعة مختلف "نظريات الشخصية"، وهي أن "الشخصية" لا تشتغل بهذه الصورة الميكانيكية، أو "المادية البحتة"؛ إذ إن للشخصية أبعاداً بيولوجية وراثية، كما أن لها أبعاداً روحية وعقلية ووجدانية

وسلوكية. وهذه الأبعاد تتبادل التأثير والتأثير، وتتكامل في وظائفها، وفي إعادة التوازن لأننا عند اضطرابها واختلالها.

وكما أن إعادة التوازن قد تكون نتيجة جهد فردي لأننا، فإنها قد تكون أيضاً لتدخل عوامل خارجية، كما هو الحال في تدخل الأسرة لإعادة التوازن لأحد أفرادها، وخاصة في المجتمعات "الجموعية، أي التي تقوم على الجماعة، وليس على الفرد" (Collectivist Societies)، كما أن البعد الروحي، كما هو في الإسلام مثلاً، قد يحمي المؤمن من الشعور باليأس والقنوط، مهما عظمت ذنوبه وأخطاؤه وعثراته، إذا تاب إلى الله، بل وحتى عاد وارتكب الذنوب نفسها، ثم تاب، وهكذا.

"قل يا عبادي الذين أسرفوا على أنفسهم لا تقنطوا من رحمة الله إن الله يغفر الذنوب جميعاً إنه هو الغفور الرحيم" (الزمر 39).

ورغم عمق نظرية إريكسون، وتناولها مختلف مراحل العمر، بما فيها مرحلة الشيخوخة، إلا أنها وقعت بجانب التصور الميكانيكي للشخصية في "النمطية"؛ حيث وقع إريكسون في وصف هذه المرحلة مثل باقي المراحل، إما بكونها مرحلة تتصف بالنضج والحكمة، أو باليأس والقنوط، وبالتالي بالتوافق، أو بسوء التوافق. وفي الواقع، فإن الشخصية أكثر ديناميكية ونشاطاً من هذا الوصف، حتى في المرحلة الواحدة.

فإذا أخذنا مرحلة الشيخوخة مثلاً، فإنها مرحلة من الصعب وضع نقطتي البداية والنهاية لها، بل يمكن أن تقسم نفسها إلى مراحل، كمرحلة الشيخوخة، ومرحلة الهرم، ومرحلة أرذل العمر، وغير ذلك من التقسيمات الموجودة في كتب علم النفس، والطب، والقانون. ولكن هذه التقسيمات نفسها لا تخرج عن التصور النمطي للشخصية ككل، ولمرحلة من مراحل نموها.

إن نمو الشخصية، وإن يبدو خطأً مستقيماً، إلا أن الفروق الفردية قد تكون كبيرة إلى حد يجعل من الصعب جداً اعتماد مبدأ تقسيم الشخصية إلى مراحل متباينة، وخاصة في مرحلة الشيخوخة، التي يجعل لها إريكسون سن 55 كبدائية، بينما تعتبر معظم التشريعات سن 60 هو سن التقاعد عن العمل، باعتبار أن الشخص قد دخل مرحلة العجز والضعف في الجسم والأداء، بمختلف أشكاله، الذهنية، والجسدية.

والغريب أن هذه التشريعات قد طبقت في معظم المؤسسات والهيئات الحكومية والأهلية (الخاصة)، وإن كان ذلك يتباين في تحديد سن التقاعد بالضبط، إلا أن قاعدة التقاعد التي أصبحت إجبارية بنص القانون وروحه في معظم بلدان العالم لا تنطبق على كثير من السياسيين

والتجار وأصحاب المهن الحرة والنساء العاملات في البيوت والحقول، وغير ذلك من المهن الحرة التي تتطلب جهداً بدنياً وذهنياً ليس بالقليل.

ونلاحظ أيضاً أن معظم قادة العالم البارزين غالباً ما يكونون في عمر يتجاوز الستين سنة. ولو أجرينا إحصائية لهؤلاء القادة، لوجدنا أن أعمار أغلبهم تتراوح بين الستين والسبعين سنة، وهم مثل باقي أصحاب المهن الهامة الأخرى غير معصومين من الأمراض الجسدية والذهنية والوجدانية التي قد تعرض قراراتهم وأفعالهم، بل ومجتمعاتهم وبلدانهم لأخطار شديدة، بل إن شرهم قد يتعدى، ويصبح مدمراً للبشرية.

ومن آخر وأطرف ما قرأته في هذا المجال ملخص لكتاب تحت عنوان "السلطة والاضطرابات النفسية". وقد جاء فيه: "على الرغم من ارتباط "السلطة" بمجموعة من التداعيات الأقرب إلى السلبية منها للإيجابية، من استغلال السلطة، أو إساءة استخدامها، أو التعسف، أو القمع، إلا أن غالبية من هم في السلطة يدركون واجباتهم ومسؤولياتهم، ويكونون على قدرها، ويشعرون أن كل هذا يكلفهم الكثير من الطاقة الجسدية، والنفسية والذهنية" (ص 17) <sup>1</sup>.

وقد استشهد الكاتب في كتابه بأمثلة ونماذج كثيرة، لقادة أوروبيين، وأميركيين، أثروا في التاريخ تأثيراً كبيراً، مثل نابوليون، وهتلر، وستالين، والرؤساء الأميركيين.. ويلسون، وأبراهام لينكولن، وروزفلت،

وغيرهم. وقد تبين من دراسة حالات هؤلاء القادة الصحية - بتشخيص رجعي - أن معظمهم كان يعاني اضطرابات ذهنية ووجدانية شديدة، قد تصل إلى حدّ الذهان، والإكتئاب الشديد.

ولكن، هل كان المؤلف انتقائياً؟ أي هل اكتفى بإيراد حالات لزعماء وقادة تاريخيين عانوا اضطرابات ذهانية، واكتئاب شديد، إلى جانب أمراض جسدية خطيرة أيضاً؛ بينما أهمل إيراد نماذج لزعماء وقادة تاريخيين لم يعانون الاضطرابات الشديدة التي أوردتها، وأثروا إيجاباً في الأحداث التاريخية، رغم بعض الأخطاء التي قد ارتكبوها.

ولعل في التاريخ الإسلامي نماذج كثيرة لهؤلاء القادة والحكام، وإن لم يخل التاريخ الإسلامي نفسه من نماذج قيادية، لا شك أنها لم تكن سوية من الناحية الذهنية، أو

<sup>1</sup> - السلطة والاضطرابات النفسية للكاتب (Volker Faust) ترجمة دسلى جميل رضوان. مجلة الثقافة النفسية المتخصصة، عدد 71، مجلد 18، يوليو 2007، ص 17 - 48.

الوجدانية؛ وهذا موضوع جدير بالبحث والدراسة المستقلة.

ولعل الإنتقائية في اختيار الحالات الشاذة، وغير السوية، هو دأب علماء النفس، وخاصة التحليليين منهم. وهذه الإنتقائية ليست مرتبطة بدراسة الشيخوخة، وتأثيراتها السلبية النمطية عند عامة الناس والكتّاب، والفنانين والسياسيين، سواء كانوا ذكوراً، أم إناثاً. بل إن هذه الإنتقائية وصلت إلى حد ربط الإبداع بالإضطرابات المزاجية والعقلية، كالإكتئاب والخرف. ففي دراسة قام بها (Post) سنة 1994 اختار فيها 291 من الشخصيات العالمية المشهورة في مختلف المجالات، بما فيهم السياسيون، والذين توافرت معلومات موضوعية وذات مصداقية عن سماتهم الشخصية. وتبين أن الاضطرابات النفسية أكثر انتشاراً في الفئات الإبداعية. وخلص بوست (1994) إلى أن هناك صفات مرضية في الشخصية ترتبط سببياً مع بعض أنواع الإبداع (المالح، 2006)<sup>1</sup>.

وفي الواقع، فإن سمات شخصية عديدة (إيجابية وسلبية) واضطرابات كثيرة (ذهنية ووجدانية وسلوكية) ترتبط ارتباطاً غير سببي بمختلف مراحل نمو الشخصية، من الولادة إلى الوفاة.

وعليه، فلا ينبغي اعتماد نظرة نمطية تعمم على ما يسمى بمرحلة الشيخوخة، سواء كانت هذه النظرة إيجابية، كاعتبار الشيخوخة مرحلة النضج والحكمة والزهد والتقوى والشجاعة والصبر، وغير ذلك من الصفات الإيجابية، أم كانت هذه النظرة سلبية، كاعتبار الشيخوخة مرحلة اليأس والإحباط والمرض والعجز والخرف، وغير ذلك من الاضطرابات الجسمية والوجدانية والذهنية التي تحاول إبعاد المسنين من الحياة النشطة، وخاصة من المهمات المتميزة بالصعوبة والتحدى، كالقيادة والحكم وإدارة المؤسسات الكبيرة.

#### - مفهوم النمطية:

يعرف علماء النفس النمطية (Stereotyping) بأنها اعتقادنا أن جميع أفراد جماعة ما تشترك في بعض الخصائص والسمات، (Baron & Byrne، 1997). وبالتالي، فإن تقويم سلوك فرد ما من هذه الجماعة لا يقوم على خصائصه وسماته الشخصية (الفردية)، وإنما يقوم بناءً على تصنيفه بصفة نمطية ضمن جماعة، أو مجموعة ما، وذلك كأن نقول بأن الشيخوخة

<sup>1</sup> - انظر: الإبداع والاضطراب النفسي: راكيل فريدمان (مراجعة عن مجلة (The Harvard Brain، Spring 2000، vol.7). ترجمة: د. حسان المالح، مجلة الثقافة النفسية المتخصصة، عدد 66، مجلد 17 (2006) ص 33-41.



كلهم سواء، وأن النساء كلهن سواء، أو أن كل السود متخلفين، أو أن كل العرب كرماء. والنمطية مذمومة، سواء كانت إيجابية في تعميمها، أم سلبية، كما يتضح ذلك من الأمثلة أعلاه؛ ذلك لأن لكل فرد، وإن كان ينتمي لبلد، أو ثقافة، أو جماعة ما، خصائص وسمات تميزه عن باقي أفراد الجماعة، وإن كان يشترك معها في بعض الخصائص العامة. ويلاحظ هذا التمييز حتى عند التوائم الحقيقية، والإخوة، والأخوات الأشقاء. وإذا كانت النمطية في التصنيف والتقويم شائعة عند عامة الناس، فإنها غير مقبولة عند المختصين في إدارة الموارد البشرية، وعلم النفس، وغيرها من العلوم، وغير مقبولة من الناحية الدينية. والآيات القرآنية والأحاديث الشريفة في هذا الموضوع ليست قليلة. ومن أهم العواقب السلبية للنظرية النمطية ليست إصدار الأحكام المطلقة بدون دليل فقط، بل يتعدى ذلك لكون النمطية لا تقف عند إصدار الأحكام، واتخاذ مواقف واتجاهات عاطفية (وجدانية) نحو جماعة ما، بل يتعدى ذلك إلى توقع أن يكون سلوك أفراد هذه الجماعة وفق نمطية محددة، وبالتالي اتخاذ مواقف عملية سلبية من هذه الجماعة، ومن كل الأفراد الذين ينتمون إليها. فمثلاً إذا كان مدير الموارد البشرية يعتقد أن جماعة ما لا تتسم بالأمانة، أو المواظبة في العمل، أو بالكسل، فإنه لن يوظف أي شخص ينتمي إلى هذه الجماعة (Greenberg & Baron, 2008).

وينطبق هذا المثال على حالات كثيرة في ما يتعلق بإدارة الموارد البشري على المستوى الوطني والتنظيمي (المؤسسات)، بل وحتى على المستوى العالمي؛ فيحدث التحيز والتمييز بين الجماعات والقوميات والديانات وفئات الأعمار، وغيرها من عوامل التعدد والتنوع الثقافي والشخصي (Diversity). ويتجلى التحيز والتمييز جلياً في التفرقة في التوظيف، وتقويم أداء الموظفين، والترقية، وغير ذلك من مهام إدارة الموارد البشرية.

وفي الواقع، فإن النظرة النمطية، وما يرتبط بها من عوامل سلبية، لا تقتصر على عامة الناس والمديرين، بل تتعداها إلى بعض المتخصصين في علم النفس.

فإذا أخذنا مثلاً كتاباً مشهوراً في علم النفس باللغة العربية، وهو كتاب الدكتور فؤاد البيهي السيد (الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة) (1998)، فإننا نجد قد وقع في النمطية عند تقسيمه لمراحل النمو. وعند حديثه عن الخصائص المميزة لمرحلة الشيخوخة، وهي كالحا خصائص سلبية. وقد جاءت هذه الخصائص في صفحة 306 من كتابه المذكور كما يلي:

1 - يجد الفرد صعوبة كبيرة في المحافظة على مكانته في المجتمع المتغير والمتطور.

2 - يزيد معدل فقدان على معدل الزيادة في جميع مظاهر الفرد السلوكية وطاقاته المختلفة.

3 - الشعور الشديد بالنهاية، ولذا يميل أغلب الأفراد في هذه المرحلة للتصوف.

4 - يصبح الفرد ذاتي المركز، يهتم بنفسه أكثر من اللازم، ويميل إلى الترجسية وعشق الذات.

5 - يجد الفرد صعوبة كبيرة في محاولة حل مشكلاته عن طريق التعويض.

ونحن إذ نتفق مع الدكتور البيهي في توفر هذه الخصائص لدى بعض المسنين، فإننا لا نتفق معه على التعميم والنمطية، ثم إن الخصائص المذكورة، والتي خص بها مرحلة الشيخوخة، ملاحظة في مراحل العمر السابقة عن الشيخوخة؛ فمركزية الذات، مثلاً، التي ذكرها عند المسنين، هي في الواقع خاصية من خصائص مرحلة الطفولة الأولى، والترجسية وعشق الذات قد تلاحظ عند بعض المراهقين والراشدين أيضاً، بل وفي كل الأعمار.

ورغم هذه النمطية التي وقع فيها الدكتور البيهي، ومعظم علماء النفس، عند الحديث عن مختلف مراحل نمو وتطور الشخصية، وخاصة مرحلة الشيخوخة، فإننا نشير إلى أن الدكتور البيهي قد أحسن عندما أكد في صفحة 304 من الكتاب نفسه: " .. وليس هدفنا من دراسة مرحلة الشيخوخة هو إطالة العمر، لأن الأعمار بيد الله، ولكن هدفنا الحقيقي هو زيادة المدى النشط في حياة الفرد، حتى يستمتع بحياته في عمله وراحته، بعيداً عن الآلام والمشكلات، وحتى يشعر الفرد أن الحياة من بدئها إلى نهايتها تجربة رائعة، ومخاطرة جميلة، وليست مجرد أعباء متراكمة ومشكلات عابسة، وأزمات ثقيلة تنقض ظهر صاحبها".

ما أحوجنا إلى هذا الموقف الإيجابي في النظر إلى مرحلة الشيخوخة، وباقي مراحل العمر، وإلى الخصائص التي تميز كل مرحلة، إذ نجد أن لكل مرحلة خصائص إيجابية وسلبية.

ولعلنا إذا اتبعنا التصور الإسلامي للحياة، وما يحدث فيها، فإننا نجد أن كل ما يصيب المؤمن خير، كما أكد على ذلك الحديث الشريف: ((عجباً لأمر المؤمن إن أمره كله خير، وليس ذلك لأحد إلا للمؤمن؛ إن أصابته سراء شكر؛ فكان خيراً له، وإن أصابته ضراء صبر؛ فكان خيراً له (رواه مسلم)).

والملاحظ أن التقسيم النمطي الذي يعتمد كما يقول المفدى (2000) على "الإتفاقية" و"التقريبية" هوالسائد عند مختلف النفسانيين، رغم إدراكهم لصعوبة التمييز بين مرحلة وأخرى، كالتمييز بين الشيخوخة والهرم من جهة، وطول الفترة الزمنية لما يعتبر شيخوخة وهرماً - على حد تعبير المفدى - قد تصل إلى ثلاثين، أو أربعين سنة. فكيف تعتبر هذه المدة

مرحلة واحدة، أو حتى مرحلتين، أو ثلاث، بينما أي من المراحل السابقة: الطفولة والمراهقة والشباب والكهولة لا تتجاوز هذه الفترة، بل ولا تتجاوز نصفها؟

ولعل طول هذه الفترة هو الذي أدى إلى التخطيط في تصنيف مرحلة الشيخوخة، فقد اعتمدت معظم دول العالم على تحديد الأمم المتحدة لسن الستين كبداية للتقاعد، بينما تعتمد دول أخرى على إجراءات قد تسمح بسن "التقاعد المبكر" في سن الخامسة والخمسين سنة، كما هو الحال في ماليزيا. أما السعودية، مثلاً، فتعتمد على تحديد سن التقاعد على التاريخ الهجري بدلاً من الميلادي، فالمملكة التي تعتمد على تحديد سن الستين (هجري) للتقاعد بالنسبة للمدنيين، لا يعادل إلا ثمانية وخمسين عاماً وخمسين يوماً إذا ما قورن بالتاريخ الميلادي الذي تتبعه دول العالم، بما في ذلك باقي الدول الخليجية، في حين تتراوح فترات سن التقاعد في العالم كله بين 60 - 70 عاماً، وفقاً لنفس التاريخ الميلادي (السلطان وبن طالب، 2003).

ووقوع النفسانيين العرب في هذه النمطية هو انعكاس لوقوع علماء النفس وغيرهم من المختصين الغربيين في المشكلة نفسها، وإن كان بعض النفسانيين العرب قد تفتن إلى أخطار ومحاذير هذه النقطة. فقد أكد المفدى (2000) مثلاً أنه ليس هناك أي مبرر علمي لاختيار هذه السن بالتحديد على اعتبارها نهاية مرحلة وبداية مرحلة جديدة.

إذ ليست هناك معالم واضحة تنبئ عن خروج الفرد من مرحلة، ودخوله مرحلة جديدة. فهذه الأرقام لتبسيط التصنيف وسهولة الدراسة" (ص 463).

ولكن هذا التبسيط هو عين "النمطية"، التي تفتن إلى بعض جوانبها السلبية قليل من الباحثين، مثل باباليا وأولدز (Papalia & Olds, 1978). لقد أشار هذان الباحثان إلى أن أشكال النمطية للشيخوخة كثيرة، بعضها إيجابي، ولكن أغلبها سلبي.

وذكرنا أن من أشكال النمطية الإيجابية اعتبار الشيخوخة مرحلة الهدوء و"العصر الذهبي" للسلام والاستراحة، حيث يستطيع الأشخاص قطف ثمار جدهم وكدهم طيلة حياتهم. أما بعض أشكال النمطية السلبية التي أشارا إليها، فهي النظر إلى الشيوخ باعتبارهم أشخاصاً يقضون معظم وقتهم على أسرة المرض، ويتعرضون للحوادث، ويعانون ضعف التركيز والإرهاق والإلتهابات (ص 397).

ورغم تحذير هذين الباحثين من "النمطية" بأشكالها المختلفة، فقد وقعا فيها أيضاً، حيث ذكرنا، بعد أن استعرضنا مختلف التقسيمات العمرية لمرحلة الشيخوخة، أنه، وبصفة اعتباطية (Arbitrarily) قد اختارا سن 65 كبداية لمرحلة الشيخوخة.

وللخروج من هذه التقسيمات غير العملية، بل الإعتباطية، أو الإتفاقية، ينبغي اعتماد منهج

يقوم على دراسة "الفروق الفردية"، ومعاملة كل فرد حسب حالته العامة، بالنظر إلى مختلف جوانب صحة الجسمية والروحية والعقلية والوجدانية والاجتماعية والسلوكية، إلى جانب مراعاة اهتمامات الشخص وميوله ورغباته في كيفية صرف طاقاته، وخدمة المجتمع بناءً على هذه المنهجية التي تتمثل أهم خصائصها في ما يلي:

- 1 - نبذ النمطية في دراسة الشيخوخة، بل وفي دراسة غيرها من مراحل نمو وتطور الشخصية.
  - 2 - اعتماد مبدأ "الفروق الفردية" في دراسة المسنين من مختلف الجوانب الصحية (الجسمية والنفسية).
  - 3 - إدارة المسنين باعتبارهم ثروة بشرية يمكن توظيفها توظيفاً عملياً يفيد الأفراد والبلاد، كما هو الحال في اليابان مثلاً، وفي كثير من المجتمعات التقليدية التي تعطي للمسنين احتراماً كبيراً ودوراً مؤثراً في الحياة العائلية، وفي إدارة أعمالها، سواء كانت تجارية، أو غيرها.
  - 4 - التفكير في مناهج تعليم وإعادة تدريب للمسنين المستعدين لذلك، لإعادة توظيفهم في مجالات تناسب قدراتهم العقلية والجسمية، وخاصة في المجتمعات التي هي في أمس الحاجة إلى اليد العاملة ذات الخبرة والتجربة الواسعة، كما هو الحال في دول الخليج.
- تضادي النمطية في دراسة الشيخوخة:**

ولتضادي النمطية في دراسة الشيخوخة، وخاصة في جوانبها النفسية (العقلية والوجدانية والسلوكية)، ينبغي للباحثين التعمق في الاضطرابات التي ترتبط بهذه المرحلة، وعلاقتها بالفروق الفردية، فإذا أخذنا الإكتئاب مثلاً، فإننا نجده منتشراً عند معظم الفئات العمرية، من الطفولة إلى الشيخوخة، بينما نجد أمراضاً معينة ترتبط بالشيخوخة فقط، كمرض الزهايمر، والخرف، تماماً كما نجد أمراضاً خاصة بالطفولة فقط، كالكساح. وينتشر هذان المرضان (الزهايمر والخرف) عند المسنين والمسنات بدرجات متفاوتة، حسب فئات الأعمار المختلفة، وحسب الفروق بين الأفراد، كما ينتشران بنسب متباينة في مختلف المجتمعات والثقافات.

وإذا نظرنا إلى الشيخوخة نظرة غير متحيزة، فهي عبارة عن مرحلة لها إيجابياتها وسلبياتها، شأنها شأن باقي مراحل العمر المختلفة التي يمر بها الإنسان في كل شيء تقريباً، بل حتى الوفاة شيء مشترك، إذ لا تدري نفس متى تموت! والملاحظ أن الموت موجود في كل مراحل العمر، وإن كان بنسب متفاوتة، وأسباب

متباينة، فمن موت الأجنة والأطفال حديثي الولادة، إلى موت الشباب، والكهول، والشيخوخة. وهناك حقيقة واحدة، وهي أن الموت حق على الجميع، كما جاء في قوله تعالى: (كل نفس ذائقة الموت وإنما توفون أجوركم يوم القيامة فمن زحزح عن النار وأدخل الجنة فقد فاز وما الحياة الدنيا إلا متاع الغرور (آل عمران185)). وفي قوله تعالى: (لكل أمة أجل إذا جاء أجلهم فلا يستأخرون ساعة ولا يستقدمون) (يونس، 49).

وفي الواقع، فإننا إذا تجاوزنا المنظور الغربي للشخصية، وحاولنا وضع تصور إسلامي للشيخوخة، فإنه لا ينبغي اعتبار الشيخوخة نهاية العمر، ونهاية الحياة، بل هي مرحلة للعبور إلى مرحلة أخرى أبدية، وهي حياة الآخرة.

ولعل هذا الاعتقاد هو الذي يفتح باب الأمل أمام المسلم، ولا ييأس مهما بلغت الصعوبات التي تواجهه في هذه الحياة الدنيا. وعليه، فمرحلة الشيخوخة والهرم هي معبر لمرحلة الخلود؛ وكل مؤمن يطمح إلى هذا الخلود، ولكن الخلود الذي يكون في الجنة، حيث النعيم المقيم! وإذا أخذنا حالات الضعف الجسمي العام، فإننا قد نلاحظه أيضاً في مختلف الأعمار، كما هو الشأن في مرحلة الطفولة، وغيرها، وإن كان أوضح في مرحلتي الطفولة والشيخوخة. ويظهر ذلك في قوله تعالى: "اللَّهُ الَّذِي خَلَقَكُمْ مِنْ ضَعْفٍ ثُمَّ جَعَلَ مِنْ بَعْدِ ضَعْفٍ قُوَّةً ثُمَّ جَعَلَ مِنْ بَعْدِ قُوَّةٍ ضَعْفًا وَشَيْبَةً يَخْلُقُ مَا يَشَاءُ وَهُوَ الْعَلِيمُ الْقَدِيرُ" (الروم، 54).

وكذلك الشأن لضعف البصر والسمع، وغيرها من الحواس، الملاحظ عند المسنين، فإن هذا الضعف ملاحظ أيضاً في مختلف مراحل العمر.

وإذا جئنا للقدرات العقلية، وانخفاض مستوياتها ونوعيتها، أثناء الشيخوخة، فإننا نلاحظ أن الضعف والقصور، ذاتهما، قد يحدثان في المراحل الأخرى من العمر، من حيث العلم والمعرفة والذكاء. ومصدق ذلك قوله تعالى: "واللَّهُ أَخْرَجَكُمْ مِنْ بَطُونِ أُمَّهَاتِكُمْ لَا تَعْلَمُونَ شَيْئاً وَجَعَلَ لَكُمُ السَّمْعَ وَالْأَبْصَارَ وَالْأَفْئِدَةَ لَعَلَّكُمْ تَشْكُرُونَ" (النحل 78).

وكما نلاحظ القصور والضعف والإضطراب في مختلف مراحل العمر؛ فإننا نلاحظ القوة والسواء والحدائق في مختلف المراحل أيضاً؛ فكم من طفل عمره الزمني لا يتعدى بضعة سنوات، في حين أن عمره العقلي هو عمر العاقل الراشد المبدع والعبقري، كما نجد مسنين لا يتعدى عمرهم العقلي عمر طفل في شهوره الأولى.. وهذا الضعف لا يرجع أساساً إلى أي مرض مرتبط بالشيخوخة، أو خرف، أو ذهان، وإنما يرجع أساساً إلى ضعف مدارك الشخص في المراحل السابقة من العمر.

لا يعني رفضنا للنمطية في مرحلة الشيخوخة قبولها في مراحل العمر الأخرى، كما لا يعني

أنا نرفض تقسيم مراحل النمو جملة وتفصيلاً، ولكن الذي نرفضه هو ما يلي:

- 1 - اعتماد هذا التقسيم وكأنه حقيقة علمية، في حين أنه وضع أساساً لفهم مراحل نمو وتطور الشخصية، وتسهيل عملية دراستها، والتعمق في مختلف جوانبها، حتى ظهرت اختصاصات في هذا المجال، كعلم نفس الطفل، وعلم نفس المراهق.
- 2 - النظرة الجامدة لمختلف فئات العمر، ووضع الشخصية في إطار هذه النظرة الجامدة، التي تضع كل مرحلة من مراحل النمو (العمر) في قالب زمني لا يحيد عنه، تماماً كما اتفقت معظم التشريعات وقوانين الأمم المتحدة على اعتبار سن الستين سنة هو عمر التقاعد، بينما قد يكون التقاعد ضرورياً قبل ذلك بسنوات، كما قد يمتد بعد ذلك العمر بسنوات أيضاً لا تحددها إلا نوعية الأداء واتزان السلوك في إطار ثقافي ما.
- 3 - قد تؤدي المغالاة في تقسيم مراحل نمو الشخصية إلى المغالاة في النظرة النمطية للشيخوخة، تماماً مثل المغالاة في النظرة للطفولة، أو المراهقة، مما يؤدي إلى عزل كل الأفراد الذين ينتمون إلى هذه الفئات، ووصمهم بالعجز، أو الخرف، أو الجهل، بمجرد الإلتناء إلى هذه الفئة (المرحلة)، أو تلك، مما يؤدي إلى عواقب يمكن إيجازها في ما يلي:

أ - اشتداد الصراع بين الأجيال، مما يؤدي إلى التفكك العائلي.

ب - هدر طاقات كبيرة في الوقت الذي يكون فيه البلد في أمس الحاجات إليها.

ج - اضطراب منظومة القيم والشعور بالإغتراب عند المسنين، كما هو ملاحظ في بعض المجتمعات التي يوضع فيها المسنون في ملاجئ للعجزة، بعيداً عن دفة العائلة وتضامنها.

ولعل المغالاة في النمطية هي التي تؤدي إلى نشوء "عوالم" و"كيانات" منعزلة، حتى في إطار الأسرة الواحدة، والمجتمع الواحد، فنجد "عالمًا للصغار" منعزلاً عن "عالم الكبار" وعالمًا للنساء" منعزلاً عن "عالم الرجال"، وهكذا... مما يؤدي إلى عدم التواصل والعمل سوياً لبناء المجتمع بناءً حضارياً على أسس قوية من أسس بناء العلاقات، سواء كانت علاقات أسرية، زمالة، صداقة، أم علاقات جماعية، مجتمعية وإنسانية.

وتأكيداً لما سبق، فإن النظرة اللانمطية للشيخوخة تؤدي إلى استثمار أحسن للموارد البشرية في الجانب الإقتصادي من هذا الإتجاه، ويؤدي إلى تطوير علاقات أسرية واجتماعية أقوى، مما يخفف معاناة المسنين الذين يعزلون في بعض البلدان عن الحياة العامة، ويوضعون في ملاجئ، أو دور العجزة والمسنين، بل وحتى في مصحات متخصصة.

ولعل التنبية إلى عدم الوقوع في المحاذير السلبية للنظرة النمطية للشيخوخة، ونبذ المسنين عائلياً واجتماعياً، يبدو جلياً في القرآن الكريم، والأحاديث الشريفة، التي دعت إلى طاعة الوالدين، وإنزالهما منزلة عظيمة، وخاصة الأم.

وتبدو هذه المكانة الرفيعة للوالدين في قوله تعالى "وَقَضَىٰ رَبُّكَ أَلَّا تَعْبُدُوا إِلَّا إِيَّاهُ وَيَالِ الْوَالِدِينَ إِحْسَانًا (الإسراء:23).

والآيات الكريمة، والأحاديث الشريفة، في هذا الباب كثيرة جداً، ولعل باحثين آخرين قد تعرضوا لها بالشرح والتفصيل.

وفي الواقع، فإن مكانة المسنين في البلدان العربية الإسلامية لاتزال مستمدة من القيم الإسلامية، والقيم التي تركز على أهمية الجماعة والأسرة؛ ففي بحث ميداني أجريناه في السعودية، اشتمل على عينة مكونة من 867 شخصاً من كل المناطق، وفئات الأعمار، ومن الجنسين، وجدنا أن "تقدير الآباء" قد جاء -كقيمة عامة - في المرتبة الثانية بعد "الأمن الوطني"، وقبل "الأمن العائلي"، وغيرها من القيم التي كانت في مجملها 43 قيمة<sup>1</sup>.

وباختصار، فإن النمطية مذمومة في كل شيء، وخاصة عندما يتعلق الأمر بالقيام بتقويم الآخرين من حيث الأداء، أو الصحة، أو أية خصائص شخصية معينة.

وعليه، فإن ما ندعو إليه في هذه الدراسة هو نبذ النمطية واتباع "اللانمطية" في دراسة الشيخوخة، بل والشخصية. وبصفة عامة، من خلال اعتماد مبدأ "الفروق الفردية" في دراسة الشخصية من مختلف الجوانب الجسمية والروحية والعقلية والوجدانية، وكذلك السلوكية، في إطار ثقافي معين. ولا شك أن هذه المنهجية هي التي تتناسب تعريف الشخصية الأكثر تداولاً بين الباحثين النفسانيين.

فقد أورد (Greenberg & Baron, 2008) مثلاً أن تعريف الشخصية هي: "أنماط من السلوك والأفكار والعواطف المتميزة والمستقرة نسبياً التي يظهرها الأفراد" (ص135). ويعنى بمفهوم "التميز" هنا كون أي شخص (فرد) تتكون شخصيته من عدة سمات وخصائص غير مكررة في شخصية أخرى. كذلك استقرار هذه السمات والخصائص عبر الزمن وتغير مراحل العمر.

وعليه، إذا رأينا شخصاً يتسم بصفة الثقة بالنفس حالياً، فأغلب الاحتمال أنه كان يتصف

<sup>1</sup> القيم في المجتمع السعودي: دراسة ميدانية غير منشورة، ممولة من طرف جامعة الملك فهد للبترول والمعادن (بالإنكليزية).

بها في الماضي، وسيبقى يحتفظ بها في المستقبل؛ وذلك طبعاً في الظروف الطبيعية. ولاشك، أن هذه المنهجية ستوفر كثيراً من الطاقات والموارد البشرية ذات الخبرات والتجارب الواسعة خاصة للبلدان التي هي في أمس الحاجة للأيدي العاملة والأدمغة المفكرة والمبدعة في مختلف المجالات الاقتصادية والسياسية والاجتماعية، وغيرها من المجالات المناسبة لكبار السن من كل النواحي.

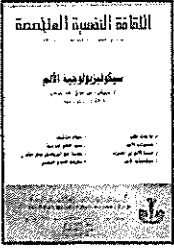
### المراجع العربية:

- البيهي، فؤاد السيد: الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة، ط2. دار الفكر العربي، القاهرة: 1998.
- السلطان، علي بن أحمد، بن طالب، إبراهيم بن عمر: المتقاعدون في المملكة العربية السعودية. معهد الإدارة العامة، مركز البحوث، الرياض (1424 - 2003).
- المالح، حسان: الإبداع والإضطراب النفسي: راكيل فريدمان (مراجعة عن مجلة ( The Harvard Brain ، vol.7، Spring 2000 ، )، مجلة الثقافة النفسية المتخصصة، عدد 66، مجلد 17 (2006).
- رضوان، سلمى جميل: السلطة والإضطرابات النفسية للكاتب (Volker Faust) (ترجمة). مجلة الثقافة النفسية المتخصصة، عدد 71، مجلد 18، يوليو 2007.
- المفدى، عمر بن عبدالرحمن: علم نفس المراحل العمرية: النمو من الحمل إلى الشيخوخة والهرم، ط1 الرياض: (1421-2000) (لم تذكر دار النشر).

### References:

- Baron, A. R.; Byrne, D. Social Psychology, 8th Ed. Allyn and Bacon. Boston (1997).
- Greenberg, J.; Baron, R. A. Behavior in Organizations. Pearson Prentice Hall. New Jersey (2008).
- Papalia, D. E.; Olds, S. W. Human Development. McGraw-Hill Book Company, New York (1978).
- Schultz, D.; Schultz, E. S. Theories of Personality. Grove: Brooks/Cole Publications (1998).





# الثقافة النفسية المنصحة

WWW.psyinterdisc.com

Interdisciplinary Psychology

علم النفس

الكوارث

أدوية نفسية

تحليل نفسي

Psychologie Interdisciplinaire

العلاج النفسي

السيكوسوماتيك

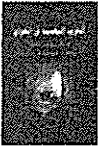
الطب النفسي

## السمنة وعلاجها النفسي

د. محمد احمد النابلسي

العدد الثالث والخمسون / يناير / السعر: دولارات

يتناقش العدد موضوع السمنة والبدانة بوصفها شكل من أشكال إيمان الأكل. عارضا لمختلف النظريات الطبية المفسرة للسمنة والطارحة لأسبابها. ودون إهمال لاهتراءات علاج السمنة الدوائية وحتى الجراحية فإن الملف يعرض للعلاجات النفسية المقترحة للسمنة. حيث يصنفها المؤلف ومعهما اضطرابات الأكل عامة في إطار الاضطرابات السيكوسوماتية. للمزيد



## المعلوماتية والعلوم النفسية

د. جمال التركي

العدد الثاني والخمسون / أوكتوبر / السعر: دولارات

يتناقش 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 الامعان المعروفين. ترجمها للمجلة الزميل سامر رضوان. كما يضم العدد مقابلة مع العالم فخر عقال وهو من رواد الاختصاص في المشرق العربي ...



## سيكولوجية أطفال الانتفاضة

جماعة من الباحثين

العدد الخمسون / أبريل / السعر: دولارات

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

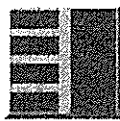
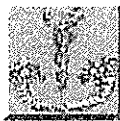
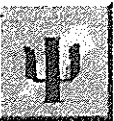
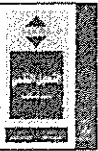


## أزمات المراهقة

أ.د. أنور الجراية

العدد الثامن والأربعون / أوكتوبر / السعر: دولارات

يحتوي الملف على البحوث والمقالات الثالفة: المراهق والسلطة. سلوكيات المراهق. المراهق والصحة النفسية. المراهق والتكيف الأسري. والمراهق والانتحارات. للمزيد



الصفحة التالية

شروط النشر
الهيئة الاستشارية
مؤتمرات المجلة
ملفات المجلة
تدليل الموقع

## LES NEVROSES DE LA GUERRE LIBANAISE



Dr. Mohamad Naboulsi  
Psychiatre: MD-PH.D

**“Mais que vient-il donc faire dans  
cette galère ?”**

Cette paraphrase de G ronde, dans les “Fourberies de Scapin” pourrait bien illustrer mes propos. Loin de me perdre dans des données historiques, politiques ou théoriques, je consacre cette étude à l’élucidation de la catastrophe libanaise, du point de vue psychiatrique.

Cette catastrophe, aux effets traumatisants, est devenue quotidienne dans la vie du Libanais. L’histoire de cette guerre est jalonnée de situations catastrophales quand elle n’est pas elle même une.

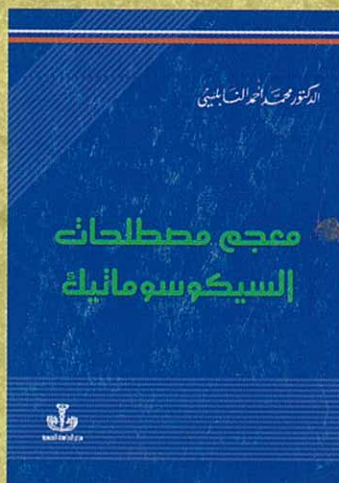
Dans cette cours folle, le rôle du psychiatre qui cherche à faire une distinction entre le domaine quantitatif et le domaine qualitatif des troubles, semble bien difficile. Ne pouvant accomplir ce rôle, le psychiatre doit alors étudier les nuances des aspects psycho-socio-somatiques, car je suis parti de la définition suivante de la psychiatrie :

“La psychiatrie ne se limite pas au seul rôle curatif mais elle le dépasse pour jouer un rôle dans l’organisation de la défense et promotion de la santé mentale”.





# من إصدارات مركز الدراسات النفسية



«إن الخطأ الكبير لأطباء عصرنا هو أنهم يفصلون النفس عن الجسد لدى تصديهم لعلاج الجسم البشري. فطبيعة الجسد لا يمكن أن تكون مفهومة ما لم ننظر للإنسان ككل» ويتوالى الاهتمام بهذه الخلفية على امتداد التراث الإنسان حيث توقف عندها ابن سينا ليفرد لها فصلاً خاصاً في قانونه وذلك وصولاً إلى العصر الحديث إذ بدأ الأطباء منذ القرن التاسع عشر بإعادة النظر في موقفهم من العلاقة بين النفس والجسد وبالتالي من هذه الخلفية. ولقد كان الطبيب فان دوش Van Dush أول من تخطى الثنائية الديكارتية (التي تفصل بين النفس والجسد) ليعلن عن نمط نفسي خاص بمرضى القلب في العام 1868 حيث وصفهم بأنهم يتكلمون بصوت عال وبأنهم يخوضون الصراعات المتركة حول تدعيم سحرهم وسطوتهم. وكان هاينروث Heinroth قد أطلق مصطلح «سيكوسوماتيك» في العام 1818. لكن الاستخدام الدقيق للمصطلح تأخر لغاية العام 1922 على يد دوتش F.Deutch. وقد كان لظهور التنويم المغناطيسي. وقدرته على شفاء العديد من الحالات المرضية الجسدية، دور هام في إقناع الأطباء بالعلاقة بين النفس والجسد.