

الصحافة العربية

المتخصصة

العدد السابع والثلاثون - المجلد العاشر - كانون ثاني - يناير ١٩٩٩

ملف العدد

علاج الادمان على المخدرات
والمؤثرات العقلية

المشاركون في العدد

محمد رؤوف حامد

حلمي الميلجي - فيصل الزراد
محمد وجيه عليو - وليد المصري
آمال باطة - محمد احمد النابليسي
محمد قاسم عبد الله - خليل فاضل
رمزية نعمان - سنا شطح
نسأت صبور - محمد حمدي حجار
فؤاد ابو حطب.

في العدد

- عوامل التقدم التكنولوجي
- لقاء مع الدكتور حلمي الميلجي
- علم النفس حول العالم
- تشخيص الإفراط الحركي
- تقويم الأبوة
- رؤية لمفهوم السيطرة
- هوس التشخيص المزاجي
- الطفل في ظل الأسرة الكحولية
- الطقس ميزان النفس
- اعلان مدريد
- الندوات والمؤتمرات
- مكتبة العدد
- السيرة العلمية / أ.د. فؤاد ابو حطب
- المؤتمر العالمي لتاريخ الطب
- الصحافة النفسية الأجنبية

رئيس التحرير

أ. د. محمد أحمد النابلسي

مدير التحرير

أ. د. باسمة المنا

- الهيئة الاستشارية -

- | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| أ. د. فاروق السنديوني (استراليا) | أ. د. اليزابيت موسون (المجر) |
| أ. د. عادل الأشول (مصر) | أ. د. عبدالله عويدات (الأردن) |
| أ. د. عبدالرزاق الحمد (السعودية) | أ. د. محمد حجار (سوريا) |
| أ. د. محمد رشيد شودري (باكستان) | أ. د. أسامة الراضي (السعودية) |
| أ. د. عبدالفتاح دويدار (مصر) | أ. د. علي سعد (سوريا) |
| أ. د. علي زيعور (لبنان) | أ. د. أحمد عبد الخالق (الكويت) |
| أ. د. جيمي بيشاي (الولايات المتحدة) | أ. د. عبد المجيد الخلidi (اليمن) |

- المحررون -

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

- المراجعة اللغوية -

مكتب التدقيق اللغوي

سكرتير صحفي
أ. عبد القادر الأسمري

المدير الفني
أ. سمير السوسي

الناشرة المختصة

العدد السابع والثلاثون
المجلد العاشر
كانون ثاني - يناير ١٩٩٩

تصدر عن
مركز الدراسات النفسية
والت نفسية الجسدية
م. د. ن. طرابلس - لبنان
ص. ب: ٣٠٢٦ - التل

ان المقالات المنشورة
تعبر عن
رأي كاتبها

توجه المراسلات الى:
طارق النهضة العربية
للطباعة والنشر
بيروت - لبنان

تلفون: ٧٤٣١٦٦ - ٧٤٣١٦٧
برق، دالهضنة، ص. ب: ١١ - ٧٤٩

مدير التحرير
أ. د. باسمة المنا

رئيس التحرير
أ. د. محمد احمد النابلسي

اللجنة الاستشارية

- أ. د. البيزابيت موسون (المجر)
- أ. د. جمال ابو العزائم (مصر)
- أ. د. عادل الاشول (مصر)
- أ. د. عبد الرزاق الحمد (ال سعودية)
- أ. د. محمد رشيد شودري (باكستان)
- أ. د. علي سعد (سوريا)
- أ. د. عبد الفتاح دويدار (مصر)
- أ. د. علي زبعور (لبنان)
- أ. د. احمد عبد الخالق (الكويت)
- أ. د. جيمي بيتشاي (الولايات المتحدة)
- أ. د. عبد الجيد الخلidi (اليمن)

المهرورون

- د. روز ماري شاهين
- د. سامي رضوان
- د. سلمى المصري
- د. نبيل قطان
- د. حسن الصديق
- د. مرعي قطريب
- د. غادة حروف
- د. جليل شكور

المراجعة اللغوية مكتب التدقيق اللغوي

- الدبير الفني
- أ. سمير السوسي
- سكرتير صحفي
- أ. عبد القادر الاسمر

الاشتراك السنوي:

لبنان: ٤٠ دولاراً
الدول العربية: ٤٠ دولاراً

أوروبا: ٥٠ دولاراً
أمريكا: ٦٠ دولاراً

لا تدفع «الثقافة النفسية» مكافأة عن المواد التي تنشرها

المحتويات

| | |
|----|--|
| ٦ | □ عزيزى القارئ |
| ٧ | □ قضية حيوية العوامل المساعدة الحاكمة للتقدم التكنولوجي / د. محمد رؤوف حامد |
| ٣٠ | □ علم النفس حول العالم |
| ٣١ | □ لقاء مع البروفسور حلمي العليجي |
| ٣٥ | □ اختبار العدد استبيان تشخيص حالات فرط الحركة / د. فيصل الزراد |
| ٤٤ | □ علم نفس الطفل تقويم الابوة من خلال لعبة الوالد / سوجينر - ترجمة عليو والمصري |
| ٥٣ | □ علم نفس الشخصية رؤية نفسية لمفهوم السيطرة / د. آمال باظة |
| ٥٦ | □ الطب النفسي من أخطاء التشخيص السيكاتري / د. محمد أحمد النابلسي |
| ٦١ | □ علم النفس الاسري الطفل في ظل الاسرة الكحولية / د. عبد الله و د. المصري |
| ٧٧ | □ المزاج واضطراباته الطقس ميزان النفس / د. خليل فاضل |
| ٨٠ | □ اخلاقيات الطب النفسي اعلان مدريد |

□ الندوات والمؤتمرات

| | |
|----|---|
| ٨٣ | علم النفس وأفاق التنمية في دول الخليج |
| ٨٦ | المؤتمر العربي الثامن لعلم النفس |
| ٨٧ | مؤتمر الاسرة الخليجية ومتطلبات الواقع |
| ٨٧ | المؤتمر العالمي لتاريخ الطب |
| ٨٨ | اليوم العالمي للصحة النفسية |
| ٨٩ | الموسم الثقافي للجمعية العالمية الاسلامية للصحة النفسية |
| ٨٩ | السلوك الاجتماعي دائرة في التنمية |
| ٩٠ | المؤتمر الثالث لرعاية الاطفال ضحايا الحرب |
| ٩٢ | مؤتمر الجديد في الوقاية من الادمان |
| ٩٣ | الجمعية اللبنانية واليوم العالمي للصحة النفسية |

□ مكتبة العدد

| | |
|-----|-----------------------------------|
| ٨٩ | الشهادة الطبية |
| ١٠٠ | علم نفس قرآني جديد |
| ١٠١ | العلاج النفسي للتوتر والغضب |

□ شخصية العدد

| | |
|-----|--|
| ١٠٤ | السيرة العلمية للبروفسور فؤاد أبو حطب |
| ١٠٧ | علاج الادمان على المخدرات والتأثيرات العقلية / د. محمد حمدي حجار |

□ طف العدد

فتتناول موضوع اخطاء التشخيص السيكاتري وهوس تشخيص الاضطرابات المزاجية.

وفي ابواب الثابتة يعرض العدد لإعلان مدريد (الجمعية العالمية للطب النفسي) وقائمة من الندوات والمؤتمرات ومكتبة العدد. أما ملف العدد فهو بقلم البروفسور محمد حمدي حجار وعنوانه: «علاج الادمان على المخدرات والمؤثرات العقلية».

كتاب هذا العدد والمشاركون فيه يتوزعون على المراكز البحثية والعلمية التالية: الجامعة اللبنانية وجامعة بيروت العربية وجامعة دمشق وجامعة حلب وجامعة عين شمس وجامعة الاسكندرية وجامعة طنطا ومركز العناية الاجتماعية (انجلترا) ومستشفى الطب النفسي الجديد بالامارات. والجمعية الاسلامية العالمية للصحة النفسية واتحاد الاطباء النفسيين العرب والاتحاد العربي لعلم النفس... الخ.

نأمل ان تكون قد بدأنا مجلتنا العاشر مستفيدين من التجارب السابقة وان تستمر صحبتنا معاً عزيزي القارئ.

أسرة التحرير

ها نحن ندخل سوية في العام العاشر من صحبتنا على مدى ستة وثلاثين عدداً. جهدنا خلالها للاستجابة الى المتطلبات الواقعية والاحتياجات الفعلية لتنمية الاختصاص وتطويره في عالمنا العربي. عبر هذه المجلدات التسعة عرضنا للعديد من الملفات وخصصنا لمواضيع حيوية اعداداً خاصة. في هذه التجربة الممتدة اخطأنا كثيراً وعملنا كثيراً وتلقينا تصويبات والاعجاب وامتزجت بالانتقادات فكانت المجلة على ما هي عليه اليوم. حصيلة لكل ذلك.

في هذا العدد نقوم بواجب التعريف بعالمين من علماء النفس العرب المميزين وهو البروفسور فؤاد بو حطب (شخصية العدد) والبروفسور حلمي الميليجي (مقابلة العدد). ويقدم الزميل خليل فاضل عرضاً لعلاقة الطقس بالمزاج ويتوجه الدكتوران عليو والمصري مقالة لسوجيفرن بعنوان: تقويم الأبوة من خلال لعبة الوالد. ويقدم الدكتور فيصل الزراد استبياناً مقترحاً لتشخيص حالات الإفراط الحركي. كما تعرض الدكتورة آمال باطة رؤية نفسية لمفهوم السيطرة. ويدرس الدكتوران عبد الله والمصري أوضاع الطفل في ظل الأسرة الكحولية. أما مقالة رئيس التحرير

العوامل المساعدة الحاكمة للتقدم التكنولوجي

المرأة التي جعلت التقدم الحادث أكبر من حجمه من التقدم المتوقع، نهجاً مناسباً لأمريكا ١٩٥٦، فإن من المناسب اتباع نفس النهج بالنسبة لمعكوس هذه المشكلة، والذي يعني به البحث عن الأسباب غير المرئية المنسوبة في عدم احراز القدر المناسب من التغيير التكنولوجي في مجتمع ما. وطبقاً للمعرفة السائدة، هناك بوجه عام نوعان من الأسباب الرئيسية المؤدية إلى إحداث تغيير تكنولوجي.

النوع الأول: يختص بقوة الدفع الناتجة عن العلم وتطوره Science Push والنوع الثاني: يختص بطلبات أو احتياجات السوق Market Demand ورغم معرفة المسؤولين في العديد من البلدان النامية (ومنها بلداناً العربية) بهذه الأسباب، ورغم ادراكهم أهمية التكنولوجيا، وكذلك رغم وجود مؤسسات خاصة بالتنمية التكنولوجية، إلا أن التغيير التكنولوجي لا يحدث في هذه البلدان بالشكل المأمول (ولو نسبياً) هنا يأتي السؤال المهم: هل يا ترى هناك أسباب أو عوامل غير مرئية (أو غير مباشرة) تؤثر سلباً على الامكانية الفعلية في إحداث التغيير التكنولوجي؟

في تقديرنا هناك فعلاً عوامل أو قضايا غير مرئية تؤثر بشكل غير مباشر ليس فقط على التغيير التكنولوجي وانتشاره، ولكن أيضاً على أوضاع المنظومة العامة للتكنولوجيا ككل بما فيها (أو ما يتداخل معها) من قوة

في عام ١٩٥٦ نشر مؤسس إبراموفيتز بحثاً تاريخياً مهماً عن تقييم توجهات المدخلات والخرجات في الاقتصاد الأمريكي منذ عام ١٨٧٠.

لقد كان لإبراموفيتز استنتاج شديد الذكاء في نهاية بحثه، وهو أن جزءاً صغيراً فقط من جملة النمو في انتاجية الولايات المتحدة يمكن ارجاعه إلى العوامل المتعارف عليها كمساهمات للنمو Factor Growth والتي تمثل أساساً في رأس المال وقوة العمل والأرض.

ونتيجة لاستنتاج إبراموفيتز يزغ الاعتقاد بأن هناك سبباً أو أسباباً غير مرئية (بالنسبة للمعرفة الاقتصادية وقها) هي المسئولة عن الفارق Residual الناتج عن الريادة الفعلية في النمو عما كان من المفترض أن يكون طبقاً للمعرفة الاقتصادية السائدة. لقد استحدث هذا الاعتقاد (أو الاكتشاف) الباحثين في علم الاقتصاد على السعي من أجل التوصل إلى العالم غير المعروف Unidentified والسبب في النمو الزائد في الانتاجية. وكانت أهم الأطروحات في هذا الخصوص هي تلك التي وضعت بواسطة عالم الاقتصاد الشهير روبرت سولو (١٩٥٧/٥٦) والذي حصل على جائزة نوبل فيما بعد. لقد عرف سولو العامل الجديد للفارق Residual بأنه «التغيير التكنولوجي».

وإذا كان هذا النهج، نقصد البحث عن العوامل غير

تمكنا من تقوية بعضهم البعض، وكلما تلاشت فرص التفتت المجتمعي Social Fragmentation ودائماً - في هذه الحالة - تزداد باطراد القدرة المجتمعية على استحضار وتوظيف عوامل القوة من الجغرافيا والتاريخ، ومن التراث والقيم، وكذلك من التحديات.

دفع العلم واحتياجات السوق. إن هذه العوامل (او القضايا) تعتمد الى حد كبير على بعضها البعض، ويمكن ان نطلق عليها «العامل المساعدة Catalysts والتي بدون مردود ايجابي منها فإن أي عامل اخر مباشرة (مثل وفرة المال أو عدد العلماء... الخ) لا تنبع في إحداث التأثير الملائم في الوضعية التكنولوجية للمجتمع.

وفيمما يلي نصنف هذه العوامل الى سبعة، نشير بإيجاز الى الدور الذي يلعبه كل منها سواء في التمهيد والسماح والتسهيل والاعداد للتغيير التكنولوجي او اي تأخير وتقليل وهم ومنع فرص هذا التغيير.

١ - الثقافة العامة:

طبقاً لوضعية الثقافة العامة في مجتمع ما يتحدد ما يلي:

- تقديم الفكر الشائع Common-Sense في المجتمع من حيث التفسير بالغبيات والخرافات، أو الاعتماد على التهجّج العلمي في التفكير.
- القدرة على الاستيعاب الايجابي لمنتجات التقدم في الفنون والآداب والعلوم في إطار النسيج الحياتي الوطني.

ج - إمكانية فهم التحديات القادمة على المجتمع، وكذلك إمكانية تنظيم التعامل مع (ومواجهة) هذه التحديات.

٢ - الرغبة الذاتية في التقدم:

من الثابت - بعيداً عن أية أسباب أو خلفيات عنصرية أو شوفونية - أن الصورة الذهنية لشعب ما داخل عقول أفراده تؤثر تأثيراً مباشراً على قوة الدفع الذاتي لهؤلاء الأفراد، كأفراد أو مجموعات، في حركتهم تجاه التقدم. من هنا تقوى أو تضعف الرغبة الذاتية في التقدم. فكلما ازداد قدر الرغبة الذاتية في التقدم عند أفراد المجتمع،

٣ - قابلية العمل الجماعي:

مع ارتفاع مستوى الثقافة العامة، ومع ازدياد قدر

الرغبة الذاتية في التقدم يتوازن تلقائياً الدافع الى العمل

الجماعي Team Work. ان هذا الدافع يوجد ليس فقط

عند الانسان، بل أيضاً عند الكثير من انواع الحيوانات

والطيور. وإذا كان العمل الجماعي يحفظ النوع ويساعد

في تحقيق حاجات أساسية (مثل الطعام والشراب

والامن... الخ) عند الحيوانات، حيث يفوق نتاج عمل

الجماعة الجموع الجبري لنتائج عمل كل فرد فيها، ففي

العمل الجماعي عند الانسان يتواصل ويتصاعد الناتج

التراكمي خاصة الناتج المعرفي (عبر الأفراد والمجموعات

والأجيال) الى حد عمل اختراقات وقفزات تطورية

جدلية.

٤ - الاطر المنظومة المحفزة للأفراد والجماعات

والواعدة بالعدل والامان:

إذ يعتبر الشعور بالانتفاء الى منظومة ما شعوراً مهماً

لأى فرد ولأى جماعة. وتتمثل بداية هذا الشعور بدأه

المحفز على تحقيق الذات.. تحقيق الانسان الفرد لذاته تجاه

نفسه وامام الآخرين، وكذلك تحقيق الجماعة لذاتها

بالتميز بشكل أو بآخر. وبقدر كفاءة المنظومة في حفظ

مكوناتها (من افراد وجماعات) على حسن تحقيق الذات

والتميز، بقدر السعي الايجابي (وليس العدوانى) للأفراد

والجماعات من أجل تحقيق الذات والتوصيل الى التميز.

ويصل السعي الايجابي من اجل تحقيق الذات (للأفراد

سياسية، وبالتالي لا ينصح امر ما في ان يكون هدفاً على مستوى الدولة او المجتمع دون قناعة وسعي وضلال النخبة السياسية (النخبة التي تصنع وتصوغ الاهداف العامة) وهكذا تظل التكنولوجيا في مجتمع ما مجرد مصطلح تلوّه الافواه، او نشاط هامشي، حتى يتم الانتباه السياسي (أي انتباه النخبة السياسية) لدور التكنولوجيا في تطور حال المجتمع.

وغمى عن البيان ان تجسيد هذا الانتباه في اهداف تكنولوجية محددة وواضحة هو أمر كفيل (من الناحية المنظومية) بوضع التكنولوجيا في المسار الملائم من ناحية التطبيق (النقل - الاستيعاب - التطوير - الانتشار... الخ).

٧ - الديمocrاطية:

اذا كانت العوامل الستة السابقة تتعلق بامكانية احداث تغيير تكنولوجي، فإن توافر الدرجة المناسبة من الديمocratie امر من شأنه اتاحة مساحة مناسبة للحركة الابداعية. والابداع من ناحية اخرى هو الجوهر الرئيسي في عمليات التغيير التكنولوجي. ان وجود نقل تكنولوجي دون وجود ابداع امر يعني استمرار عمليات النقل من الخارج، وبالتالي استمرار التبعية التكنولوجية.

وهكذا، يمكن القول بأن قدر الوضعيه الاجياعية للعوامل السبعة السابقة يتاسب طردياً مع القدرة الجماعية الخاصة بالتغيير الى الاحسن في كافة مجالات الحياة وعلى رأسها التكنولوجيا. ويتبين كذلك ان مسألة وجود تغيير تكنولوجي حقيقي هي مسألة منظومة تعتمد على الماخ المجتمعي العام.

د. محمد رؤوف حامد
أستاذ الرقابة والبحوث الدوائية

والجماعات الى اقصى درجاته او الى درجة مثل Optimun عندما توفر المنظومة العدل والأمان لمكوناتها. هنا يتحقق أعلى ما يمكن من انتماء، فكل صاحب حق يحصل على ما يستحق دون عناء أو فقد في الطاقة والوقت والكرامة.

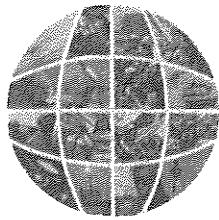
عندئذ لا يبعدى جزء من المجتمع (سواء كان فرداً او جماعة) على حق جزء آخر (فرد آخر أو جماعة آخر)، فلا وجود أو سماح للواسطة أو المسؤولية او النفاق، ولا حائل أمام فرص ومسارات التعلم والإبداع والتلورق.

٥ - مصالح خاصة لافراد وجماعات:

ان التعدي على حق الافراد والجماعات في الحصول على المستوى الملائم من العدل والامان ينشأ - عادة - عن مصالح خاصة لأفراد - وجماعات أخرى يكون من شأن التجاج في إحرازها حجب جزء من (أو كل) العدل والامان عن الآخرين. هنا يتدحر الانتماء، ويتلاشى الحافر ويهرب الطموح، وتتضاءل الثقة في المستقبل. وقد تنشأ صراعات تقiqueية تشغل الافراد والجماعات عن العمل الجماعي الاجياعي وعن تحقيق الذات...، وفي النهاية يقل العطاء (أو الاهتمام) الجماعي بخصوص احداث تغيير الى الاحسن، وعندما تعلم كفاءة اجراء كافة انواع التغيير التنموي (التكنولوجي - التعليمي - الجمالي... الخ)

٦ - الانتباه السياسي لدور التكنولوجيا:

باعتبار ان أي مجتمع يمثل منظومة كبيرة، فان هناك اهدافاً لهذه المنظومة هذه الأهداف تتشكل وتبدل وتتطور طبقاً لطموح وقدرات المجتمع، وكذلك طبقاً للتحديات الخارجية الواقعة عليه. ان عملية تحديد اهداف هذه المنظومة الكبيرة (المجتمع أو الدولة) هي عملية



حلم النفس حول العالم

تصویر دماغی

إعداد: نشأت صبور، رمزية
نعمان وسناء شطح

انفصام الشخصية او اضطراب نقص الانتباه، وقد اكتشفوا ان الجانب الأيمن لدماغ الصبيان المصابةين باضطراب نقص الانتباه اصغر حجماً بنسبة ٨٪ من دماغ نظرائهم السويين. اما الاطفال الذين ابليوا بالاصوات او الصور الشبيهة، فقد كان بطينهم الدماغي اكبر من دماغ السويين، في حين ان المهداد (السرير البصري) لديهم كان منكمشاً.

اما صور دماغ ساشا، وهو الاصغر في الدراسة بحكم صغر سنه، فقد كشفت الشهر الماضي ان المقرن الاعظم - وهو الجزء المصبي - التي تتيح الاتصال بين نصفي الدماغ - قد ازداد حجماً حتى الآن بنسبة ١٥٪، كما ان المادة البيضاء في دماغها نمت بنسبة ٢٠٪. ويقول الأب الفخور: «عندما ندرس الشخص ذاته على مر الزمن، يمكننا ان نكتشف الكثير عن غم الدماغ».



حول عالم النفس جاي غيد حياته العائلية الى مختبر حي: فهو يخضع ابنته تصوير دماغي كل ثلاثة أشهر. عندما ولدت اليكسنдра عام ١٩٩٣، كان غيد غارقاً اصلاً في دراسة بشأن نمو الدماغ لدى الاطفال، وقد ادرك ان صغيرته يمكنها، كموضوع دراسة، ان تقدم له معطيات ما كان ليستطيع جمعها من تصوير طفل كل بضع سنوات. وقد اعتبرت غواندولين غيد، والدة «ساشا»، كما يدللها والدها، ورجت زوجها قائلة: «دعنا ننتظر الى ان ترغب هي» في تصوير دماغها. ولكن ما أن بلغت ساشا الثالثة من العمر، حتى قالت: «أريد ثورة دماغي».

وهكذا أخذت ساشا ترافق والدها كل ثلاثة اشهر الى المعهد الوطني للصحة العقلية في بيشيسدا (ميريلاند)، حيث تدلل الى جهاز التصوير وهي تحمل لعبتها المفضلة، الدب «ميشا». وهي ترتاح جداً لهذه العملية، حتى انها تعفو احياناً في «ماكينة الضجيج» هذه كما تسميتها. والآن وقد بلغت الخامسة من العمر، فإنها ت يريد ان تصبح عالمة مثل ابها.

وفي اطار هذه الدراسة، صور غيد وفريقه من الباحثين ادمغة اكثر من ٨٠٠ طفل، حوالي ثلثهم يتميزون بسلوك طبيعي مثل ساشا، وكثيرون آخرون يعانون من

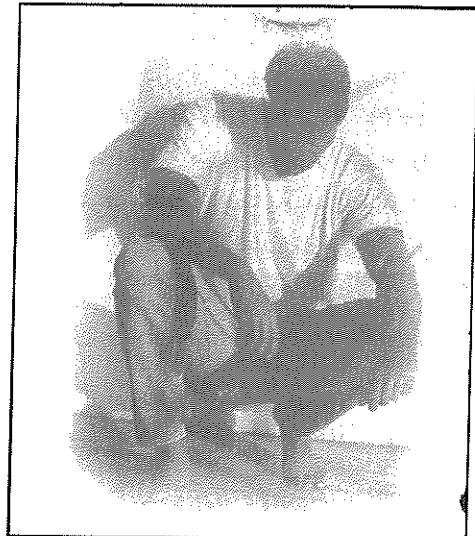
البروزاك... مرة أخرى

علاج استرضائي

حال هذه العقاقير، فربما ينطبق الأمر على عقاقير أخرى تستخدم في علاجات الطب النفسي. وكل ذلك من شأنه أن يدفع علماء النفس إلى إعادة التفكير في أسباب الأمراض العقلية أصلاً.

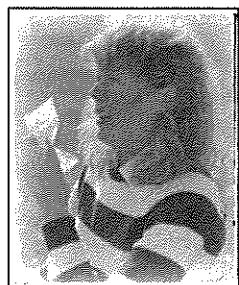
وفي دراستهما، حلل العالمان ما مجموعه ١٩ بحثاً تتعلق بعلاج ما مجموعه ٢٣١٨ مريضاً بوساطة مهدئات ومضادات الاكتئاب كان من بينها بروزاك. وفي كل من هذه الابحاث، كان الاطباء يعطون المرضى اما عقاراً فعالاً، واما عقاراً استرضائياً غير فعال كيماروبا. وفي جميع الحالات، درسوا الحالات النفسية للمرضى. واذا كانت شركات الصيدلة تزعم ان العقاقير المضادة للأكتئاب اكثر فعالية من العقاقير الاسترضائية (التي تعطى مجرد ارضاء المريض) بنسبة ٤٠٪، فإن كيرش وسابيرشتاين يقولان ان هذه النسبة لا تزيد على ٢٥٪ في حدتها الاقصى، بل هي اقرب الى حدود ١٥ - ٢٠.

وفكرة ان آمال وتوقعات المرضى تؤثر في الطريقة التي يستجيبون بها للعقاقير العلاجية ليست جديدة. ولهذا السبب يستخدم الباحثون اصلاً العقاقير الاسترضائية للتتأكد من صحة التجارب الفعلية. ولكن استنتاج العالمين أن «الاستجابة الاسترضائية» يمكن ان تشكل نسبة تزيد على ٧٥٪ من مفعول العقاقير المضادة للأكتئاب هو الذي أثار الروعة في الأوساط العلمية. ومرد ذلك ان هذه العقاقير لا تستخدم فقط لعلاج المرضى، وإنما يفترض ايضاً أنها تساعد علماء النفس على فهم الكيمياء الدماغية الكامنة وراء الاكتئاب. فإذا كانت الاستجابة الاسترضائية النفسية، وليس المفعول الكيميائي، هي التي تجعل العقاقير فعالة، فكيف سيستطيع العلماء كشف اسرار الكيمياء الدماغية؟



أثار باحثان امير كيان زوجة في الأوساط العلمية باعلانهما عن نتائج دراسة توحى بقوة ان مفعول العقاقير المضادة للأكتئاب، مثل عقار بروزاك الشهير، يعود كلياً تقريباً الى التأثير النفسي الايجابي لتناول دواء، وليس الى تأثيراتها الفعلية في كيمياء الدماغ. وبكلمات اخرى، فإن ما يقوله عالما النفس ايرفينغ كيرش وعني سابيرشتاين هو ان الفائدة الحقيقة لهذه العقاقير، ليست قدرتها على التأثير في الكيمياء الدماغية، وإنما قدرتها على تغذية آمال وتوقعات المرضى. واذا تبين في النهاية ان نتائج الدراسة صحيحة، فهذا يعني انه سيتعين على علماء النفس ان يعيدوا التفكير في الطريقة التي تعمل بها العقاقير المضادة للأكتئاب. علاوة على ذلك، اذا كانت هذه هي فعلاً

زكام التوتر



كان الوضع المتوتر يدوم أكثر، كانت فرصة الاصابة بعدوى الفيروس تزداد.

والشخص الذي كان عاطلاً عن العمل لمدة تتراوح بين شهر وستة أشهر، كان معرضاً للمرض أكثر بمرتين من الشخص الذي كان أكبر همومه ايجاد موقف لسيارته.

وبطبيعة الحال، لا يمكن للناس ان يتخيّلوا دائمًا عوامل الضغط الحياتية طويلة الأمد. وليس معروفاً على وجه اليقين ما إذا كانت الاستراتيجيات التقليدية للتعامل مع التوتر، مثل التحدث الى اصدقاء وتخفيص وقت للتمارين الرياضية، تعزز جهاز المناعة بدرجة كافية للوقاية من فيروسات الزكام.

ولكن لا ضرر من تجربتها.

يدرك معظم الناس ان الضغط النفسي يمكن ان يسبب مرضًا. ولكن، حتى عهد قريب، لم يكن العلماء يعرفون الكثير في شأن أي نوع من الضغط هو الأكثر إلذاء لجهاز المناعة.

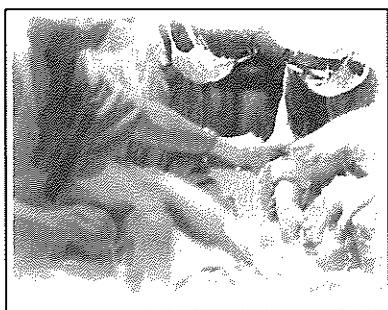
وتظهر دراسة جديدة ان التوتر على مدى طويل، كنزاع بين زوجين مثلاً، يمكن ان يجعل المرأة فريسة سهلة لجرثومة خبيثة.

وقد اجرى عالم النفس في جامعة ميلتون كارنغي شيلدون كوبر دراسة جند لها ٢٧٥ رجلاً وامرأة اصحاء، تتراوح اعمارهم بين ١٨ و٥٥ سنة. وجمع منهم معلومات عن التوترات في حياتهم، ثم عزلهم لمدة ستة أيام، وأعطاهن قطرات أنف تحتوي فيروس زكام.

وتبين أن ضغوطاً عابرة مثل يوم عمل متعب من وقت لآخر لم يكن لها تأثير كبير في مقاومة المتطوعين للتجربة. لكن الاشخاص الذين ابلغوا عن نزاع مع شخص مقرب، لفترة شهر على الاقل، كانوا معرضين للمرض أكثر بمرتين من أولئك الذين كانوا يعيشون حياة انسجام.

والأشخاص الذين يقوى عاطلين عن العمل لفترة تزيد على شهر، كانوا أكثر عرضة بثلاث مرات ونصف المرة للسقوط ضحايا الفيروس. علاوة على ذلك بمقدار ما

جراحة دائمة



اجرى اطباء عملية جراحية لسيدة في مدينة بيتسبرغ الامريكية، حقنوها خلالها بنسج عصبي بشري تمت زراعته في المختبر، من اجل اصلاح تلف في دماغها تسببت به سكتة دماغية، واذا تبين ان هذه العملية ناجحة، فإن الطريقة ذاتها يمكن ان تخbir لعلاج اضطرابات اخرى، مثل مرض باركسون واصابات الجبل الشوكي.

علاج المذاكرة

الفقران التي تحس، بدرجة أقل، بالألم لديها ذاكرة أفضل من نظيراتها الأكثر حساسية. ويقول باحثون في جامعة طوكيو ان اكتشافهم، هذا، يمكن ان يؤدي الى علاجات جديدة لضعف المذاكرة. وقد اكتشف هiroshi Takemoto وزملاؤه ان الفقران التي تفتقر للمستقبل الدماغي الذي يتلقى مادة «Noctceptin» وهي المغنية بادراك الألم، أكثر قدرة بكثير على تعلم تلمس طريقها عبر المذاهات. واكتشفوا أيضاً ان الفقران الأقل قدرة على التعلم كانت تطور صلات عصبية أقل. ويعتقد الباحثون ان المواد التي تعطل مستقبل «Noctceptin» يمكن ان تعمل كعلاجات لضعف المذاكرة البشرية.

مراهقو اليوم لا يتصورون انفسهم كبار الغدا!

«الاصحاب في البداية».. هذا هو شعار المراهقين الفرنسيين في دائرة الأولى، يتداولون الاسرار والمراوح والأحلام، ويخرجن سوياً الى السينما او المقهي او مطعم ماكدونالد.. يتواعدون عند مدخل البناءة ويتهافتون بعد عدة دقائق لأن الحديث بينهم لم ينته.. يصعب عليهم الانفصال.

هناك العائلة في الدائرة الثانية، وتبدو لطيفة. يعطي الأهل / الأصحاب مصروف الحبيب ويدفعون نفقات العطلة والسفر الى الخارج.. لكن الشاب مسألة مزعجة لانها ملقة في ارض الغرفة. النتائج المدرسية هي بشكل عام ايجابية لكن المدرسة هي مستودع الاشغال الشاقة والمدرسوں مزعجون وقاھرون.. التعليم مرهق لكن الذهاب الى المدرسة واجب. لا فرص عمل دون

قبل هذه العملية، كانت بعض عمليات زرع قد اجريت لأشخاص مصابين بمرض باركنسون، استخدمت فيها انسجة أجنة. ولكن مثل هذه العملية لم تكن قد اجريت ابداً لمرضى اصيبوا بسكتة دماغية، كما لم تستخدم ابداً خلايا تم تنتيمتها في المختبر. والحصول على وحدات عصبية ممزروعة في المختبر، يمكن ان يوفر في المستقبل مصدر انسجة لا يتضمن، ما يحمل المشكلات التقنية والأخلاقية المرتبطة باستخدام خلايا دماغية تؤخذ من أجنة مجهرضة.

وفي عملية بيتسبورغ، حقن الاطباء حوالي مليوني خلية عصبية ممزروعة في دماغ امرأة عمرها ٦٢ سنة، كانت عاجزة عن النطق وتحريك ذراعها وساقها اليمين منذ اصابتها بسكتة دماغية في سبتمبر (ايلول) الماضي. ومعروف ان أكثر من خمس ضحايا السكتات الدماغية يعانون من عجز ما، حاد ودائم، لأن اجزاء من ادمغتهم تموت بسبب نقص الدم.

وقد حقن الاطباء الخلايا العصبية، مستخددين محقنة ادخلوها عبر ثلاثة ثقوب دقيقة حفرت في جمجمة المريضة. ويفترض ان تلتزم هذه الخلايا بالوحدات العصبية الحية المحاطة بالنسيج الدماغي التالف. واجرى الاطباء هذه العملية استناداً الى تجارب وأبحاث سبق ان ثبتت ان قدرات الحركة والتعلم لدى فران مختبر عانت من سكتات دماغية تحسن اذا اجريت لها عمليات زرع خلايا عصبية بشريّة.

وعملية بيتسبورغ، التي اجريت في ٢٣ يونيو (حزيران) الماضي، هي الأولى من ١٢ عملية من هذا النوع وافقت عليها ادارة الاغذية والعقاقير الاميركية. واذا نجحت هذه العملية، يتطرق ان توافق الادارة على اجراء تجارب على نطاق واسع. ويقول دوغلاس كونديزيلكا من جامعة بيتسبورغ، وهو جراح الأعصاب الذي قاد فريق الجراحين في العملية: «هذا ما كنا ننتظره، ونحن نأمل في تحقيق تقدم اكبر في غضون أشهر».

نلاحظ ان مراهقى اليوم لا يتصورون انفسهم كبار الغد، ولا يتصورون انفسهم في محاولة تغيير مجتمع يدينون الظلم فيه وعدم المساواة. يبدو المجتمع لهم « شيئاً لرجاً يرخي بثقله عليهم» حسب تعبير ستيفان فاهنيتش مدير المعهد الذي قام بالتحقيق.

يبدو رجال السياسة بأغلبتهم غير عادلين، مغلقين، أنانيين وغير مسؤولين. يبدو المراهقون غير مؤمنين بأى قضية بنسبة ٨١٪. يقول فاهنيتش عنهم «يحلمون ولا يعبرون عن رغبات معينة.

انه جيل فقد التطلعات المحددة لكنه لم يفقد الآمال، لذلك نسميه جيل الانتظار».

ما رأي الطيب؟ «لا يمكننا البقاء في الغموض الذي يسوس علاقاتنا العائلية والاجتماعية حسب تعبير كرافينيه يومرو، ويضيف: يجب اختراع القوانين والقواعد التي يشارك بها الجميع داخل العائلة دون اعتبار المراهق اداة نجها فقط، كما يفعل الأهل اليوم».

أسباب جيني وراء فضام الشخصية

اكتدت دراسة أمريكية للمرة الأولى النظرية القائلة بأن مرض فضام الشخصية ناجم عن خلل في الجينات، لكنها لم تتمكن من تحديد الجينة المسئولة.

اجرى الدراسة «معهد جون هوبكنز» الاميركي الطبي على مدى ١٥ عاماً وتناولت قرابة الف شخص من أكثر من مئة عائلة ونشرت نتائجها في مجلة «نيتشر جينتيكس».

وقالت الطبيبة آن بالفر المسئولة الرئيسية عن هذه الدراسة ان الجينة المسئولة عن المرض موجودة على الكروموزوم ١٣ مضيفة ان العثور عليها هو «مثل العثور

شهادات، وليس العمل متوازناً بالضرورة مع الشهادات.. لكن من الأفضل الحصول عليها.

هناك مسحة ضبابية اجتماعية خارج هذه الدوائر. مجتمع الشبيبة اليوم هو مجتمع عنيف وحسب اجروية ٥٠٪، متعاضد حسب ٣٣٪، غير مسؤول، حسب ٣٠٪... أما مجتمع الكبار فهو مجتمع مغلق، أناني، جائز عنصري، يزداد عنصرية.. والعنصرية طبيعة السائدة خلال السنوات العشر القليلة. تستنتج ان المراهقين لا يعتقدون بأنهم سيصبحون كباراً بعد عشر سنوات.. فالشباب أبدي.

تكمن احدى صعوباتهم في انعدام الشيوخوخة. كيف يمكن لشاب ان يتعرف على ذاته في حين يرفض الجميع الشيوخوخة؟ لا تتحدث عن الجدد بل عن الأهل فقط. كيف نعارضهم شكل بناء؟ فهم يتهربون ويلعبون كلما راهقين.. غاب الأب وضاع الدليل. لا جدال ولا صراع ولا صدامات. اضحت العائلة عرياناً مبطناً يحتمي داخله الكبار من عدوانية العالم ومن ارهاق الحياة اليومية. يقول كرافينيه يومرو، عالم نفس واحصائي في المراهقة ان «عائلة لا تميز التزاعات هي عائلة مريضة». استبدلت، غياب السلطة، واجبات الأهل المتمثلة بالسكن والتغذية والغسيل والتمويل والحماية. وحقوق الأولاد. لذلك لا تستغرب في ظل هذه الشروط، غياب النموذج المعيّر عنه بحياة الأهل امام الأولاد.

اختراع القوانين والقواعد: يبدو المستقبل امام الشباب مظلماً. ويتحقق شبح البطالة امام ٦٠٪ منهم. تتوقع نسبة ١٨٪ حرياً مقبلة، ويتضرر ١٠٪ منهم ان يصبحوا فقراء. يعتقد ٩٠٪ منهم ان البطالة خطير حقيقي لذلك تفكّر نسبة ٤٩٪ ان الثبات في المهنة هو الأساس في العمل، في حين تعتقد نسبة ٢٦٪ بأهمية المسؤولة و٢٢٪ بمسألة الربح.

وأضافتا «بشكل اساسي فان الفتيات يسعين بشغف كبير لفهم ما يجري في حياتهن ومشاعرهن العاطفية. ويهدر هذا في صورة تأمل».

وجاء في الدراسة التي عرضت في اجتماع الرابطة النفسية الاميركية في سان فرانسيسكو ان معدلات الاكتئاب المرتفعة جداً بين المراهقات والنساء ربما تكون مرتبطة بشكل مباشر مع عادة «التأمل».

وقبل بلوغ سن الحادية عشرة يتساوى الفتيان والفتيات في معدلات الاصابة باعراض الاكتئاب وآثارها الجانبية، ولكن مع ارتفاع السن الى ١٥ عاماً ترتفع هذه المعدلات بقوة لدى الفتيات مقابل زيادة طفيفة عند المراهقين.

وقالت جرجس وهوكيسيما ان التأمل الذي وصفته بأنه «تركيز متكرر سلبي على العواطف السلبية» يبدو وكأنه المسؤول الرئيسي عن هذه الظاهرة.

وسألت الطبيبات ٦١٥ مراهقاً ومراهقة في دراسة في منطقة سان فرانسيسكو عن اي مظاهر الحياة التي تشير لديهم اكبر قدر من القلق.

وحملت اجابات المراهقين والمراهقات معدلات قلق متساوية تقريباً حيال المدرسة والعلاقات مع الآباء وخطط المستقبل المهني غير ان الفتيات قدمن مجموعة من مصادر القلق التي صعب رصدها لدى الصبية.

وأضافت الدراسة ان هذه الهواجس شملت المظهر العام والاصدقاء ومشاكل شخصية والعلاقات العاطفية والشعور بالأمان.

وقالت الدراسة: المسألة الوحيدة التي قال الصبية انها تقلقهم بشكل اكبر مقارنة مع الفتيات هي.. الرياضة وانشطة اخرى.

وقالت الطبيبات ان التنوع الكبير لمصادر قلق الفتيات

على منزل معين في مدينة كبيرة». وقالت «لقد عثرنا على المدينة وهي الكروموزوم الـ ١٣، وهذه أولى فائقة الأهمية».

ويعتبر معظم الخبراء ان مرض فضام الشخصية النفسي الذي يعاني منه قرابة ٤٪ من سكان العالم ناجم عن سببين احدهما جيني والثاني يتعلق بالظروف الحياتية. وتعتقد الطبيبة بالفر أيضاً انه من الممكن ان تكون جينات مختلفة عدة مسؤولة عن المرض، طبقاً للعائلات، اذ لاحظ الباحثون ان جينات من الكروموزمين ٨ و ٢٢ يمكن ان تكون مسؤولة عن فضام الشخصية. لكن الاحصاءات في هذا الشأن ليست حاسمة.

وسبق مختبرات اخرى ان اشارت الى وجود رابط محتمل بين المرض وجينات من الكروموزمين ٥ و ٦.

دراسة للعالمةين سوزان هوكيسيما وجوان جرجس:

قلق المراهقات يقودهن الى الاكتئاب

بيت دراسة ان المراهقات اكثر عرضة بكثير من المراهقين للاصابة بالاكتئاب لأسباب ربما ترجع الى انهن يقضين جانباً اكبر من الوقت في قلق حيال مشاكل في حياتهن.

وقالت الطبيتان النفسيتان سوزان نولين هوكيسيما وجوان جرجس (التي يبدو انها لبنانية الأصل) «تشعر الفتيات بقدرة اقل على السيطرة على البيئة المحيطة بهن مقارنة مع الفتیان منذ سنوات العمر الاولى.. وهذا الشعور بعدم القدرة على التحكم يساعد على التأمل».

قد يزيد من صعوبة معالجة اكتئابهم ولا يقدم حلًا سريعاً للمشكلة.

وتنادي الدراسة الميدانية التي اجرتها الدكتور مسعد عويس الاستاذ بكلية التربية الرياضية جامعة حلوان بضرورة رفع مكانة مهنة التربية البدنية، وعدم الفصل بين النشاط العقلي والبدني، وذلك لأن الثقافة الرياضية للإنسان خاصة الطفل تتبع من فلسفة واتجاهات المجتمع وتحديد اختصاصات عمل الهيئات الحكومية والأهلية لا تفرز عناصر بشرية تظهر في الجرأة والتعصب الاعمى ذلك لأن الرعاية البدنية تشمل كل أنواع رعاية الطفل.

وهو في دور التكوين وتسهم مؤسسات التعليم بوجه خاص في رعاية الشء من سن ٦ - ١٥ عاماً بخصوص حصتين أسبوعياً مما يعد انتهاكاً لحق الطفل في اطلاق طاقاته الكامنة وتبرز الدراسة أهمية وضع التربية البدنية الرياضية كأساس وحق للجميع ضمن الميثاق الدولي للأمم المتحدة لتطبيق عنصري التربية والثقافة وتنمية قدرات الفرد وإرادته و بما يحفظ له قدراته الصحية والنفسية، فكلما كان المجتمع متقدماً حضارياً ارتفعت مكانة العمل مع الطفولة من خلال برامج ومناهج تناسب مع كل مرحلة سنية.

وتشير الدراسة الى ان الحروف الأبجدية للطفل في مجال الرياضية تبدأ بالرمح، والوقوف والمجلس والمشي والجري، وأظهرت الدراسة بعض مشاكل التربية البدنية للطفل المصري تتمثل في انخفاض معدلات النمو البدنى والقدرات الحركية، وارتفاع نسبة انحرافات القوام لدى النشاء، وضعف المعلومات الأولية عن التربية البدنية وتعدد موضوعات المنهاج، كما لوحظ ان الطفل المصري لا يحصل سوى على ٣٠ حصة للتربية سنوياً في المقابل ٨٧٦٠ ساعة لمواد الدراسة وان المتوسط العام للتربية الرياضية ٥,٥٪ من اجمالي ساعات الدراسة وان

واضافت الباحثان: هذه امور لا يمكن حلها بسهولة. يصعب علاج اغلبية هذه الهاوجس التي تشمل آخرين وعلاقات المرء مع آخرين او بمشاكل آخرين.. ويماكانها (اغلبية هذه الهاوجس) ان تقدم مصادر قلق وتحديات جديدة كل يوم.

دراسة علمية تؤكد حركة الطفل المنتظمة أساس صحة البدنية والنفسية

تمثل الحركة ضرورة إنسانية حيث لا يمكن ان يعيش الإنسان بدونها، فقد يتمنع عن التنفس لبضع ثوان وعن الغذاء لعدة ساعات وأيام إلا انه لا يستطيع ان يتوقف عن الحركة الإرادية واللاإرادية، ليقى على قيد الحياة فالدول المتقدمة ما زالت تضع نصب عينها تنمية شخصية الطفل نفسياً وصحياً من خلال تنظيم الحركة والتربية البدنية، وفي ضوء استخدام العلم في تربية وتنمية اعضاء الجسم لما يمثله من استثمار مضمون للنهوض بالمجتمع، وتشير الدراسات العلمية حول المستقبل الرياضي للطفل الى ان المؤسسات التربوية وتكافتها ضرورة للرعاية الصحية والتربية والاجتماعية، بدءاً من الاسرة للمدرسة للدور العبادة والإعلام والثقافة والمنظمات الاجتماعية والسياسية لما للحركة من ضرورة تكوين شخصية الطفل في هذا العصر الذي أصبح الإنسان يعتمد فيه كلياً على الأجهزة التكنولوجية التي توفر جهداً كبيراً من طاقته، وتبعده عن الحركة الصحية المنظمة المرتبطة بال المجالات الاجتماعية والصحية والثقافية،

وهو هرمون يفرزه الجسم رداً على الضغط النفسي، يمكن ان يؤثر سلباً في ذاكرة المقدمين في السن الاصحاء، ويبدو ان تأثيره هذا يعود الى انه يقلص حجم قرن آمون، وهو بنية في الدماغ حيوية للتعلم على المدى القصير.

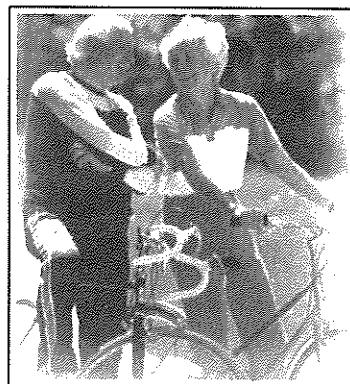
وقد راقبت الدكتورة سونيا لوبيين وزملاؤها مجموعة من الأشخاص المقدمين في العمر على مدى خمس سنوات، لعرفة تأثير الكورتيزول في أدمعتهم. واكتشفوا تلقائياً في حجم قرن آمون لدى الأشخاص الذين كانت لديهم مستويات أعلى من الكورتيزول. ولاحظوا ان هذه المستويات كانت تتزايد خلال فترة السنوات الخمس. أما بالنسبة الى الأشخاص الذين كانت مستوياتهم من الكورتيزول طبيعية وتختفي مع الوقت، فلم يتغير حجم قرن آمون لديهم.

وطلب الباحثون من مجموعة الاشخاص الذين لديهم مستويات مرتفعة من الكورتيزول ان يتذكروا بعد يوم صور أجسام مألوفة، وان يشقوا طريقهم عبر متاهة، وهاتان مهمتان تعتمدان أساساً على قرن آمون. وتبين انهم استغرقوا وقتاً أطول من الأشخاص الذين لديهم مستويات متدنية في الكورتيزول. كما ان الأشخاص الذين تأثرت ذاكرتهم أبلغوا عن احساس بالضغط النفسي أكثر مما كان يشعر به الآخرون. وتقول لوبيين ان الذين لديهم مستويات مرتفعة من الكورتيزول يجدون صعوبة أكبر في التعامل مع ضغوط الحياة، ويصبحون أقل سيطرة على مشكلاتهم.

وبناء على ما يكتسبه الآباء دراسة لمعرفة المستوي الذي يبدأ الكورتيزول عنده في التأثير في الوظائف الذهنية. وتقول لوبيين: «نريد استكشاف آفاق مع ضعف الذاكرة لأسباب مرضية».

الأسلوب الأمثل ان يمارس الطفل الرياضة ٣٦٥ ساعة سنوياً، كما ان المساحة المفتوحة للتلميذ لا تتعدي ٢,٥ متر مربع لزراولة نشاطه، وطالبت الدراسة بضرورة مراجعة اولويات الاهداف التربوية للمجتمع وتحقيق الرعاية المتكاملة من خلال ممارسة الرياضة في برامج، ووضع التنسيق بين قادة العمل مع الطفولة للرعاية المتكاملة للطفل مستقبلاً وتبني نظام الرياضة للجميع، ومراجعة خطط الدراسة في معاهد وكليات وإعداد القادة في التربية الرياضية وتحديد مواصفات التموزج الأمثل والقدرة الصالحة في المجالات الثقافية والاستفادة من نتائج الدراسات والبحوث العلمية في المجال.

تعجيل الشيخوخة



من مفارقات الشيخوخة ان بعض الناس يفتمنون لدى تقدمهم في العمر، وهذا يمكن ان يجعل في تراجع قدراتهم الذهنية. وتنظر دراسة جديدة لعلماء نفس في جامعة ماك جيل (كندا) ان الضغط النفسي يجعل الدماغ يهرم بسرعة أكبر، وينسى بسهولة أكبر. وهذه الدراسة هي الأولى التي تظهر ان الكورتيزول،

موقع دماغي

يقول علماء في ماساشوستس، انهم حددوا موقعًا في خلفية الدماغ السفلي هو الذي يجعل البشر يدركون الألوان حسياً. وفي حالات نادرة، يفقد بعض الأشخاص هذه القدرة بسبب تشهوة دماغي، فيرون الأشياء كما لو أنهم يشاهدون تلفزيوناً بالأبيض والأسود. وقد كان كثيرون من الباحثين يحاولون تحديد الموقع الدماغي المسؤول عن إدراك الألوان داخل المنطقة المشوهة. وفي تجربة أجرتها باحثون ماساشوستس، عرضوا على ١٣ شخصاً أصحاب مشاهد ملونة، وأخرى بالأبيض والأسود. وفي كلتا الحالتين، أجرروا تصويرات مقطعة لأدمغتهم بهدف معرفة المراكز الدماغية التي تستجيب للألوان. وأدى ذلك إلى اكتشاف الموقع المسؤول، وهو موقع صغير أطلقوا عليه اسم «في - ٨».

ومخاطر تناول العقار لمن يعانون من أمراض القلب والذين يتناولون عقاقير يدخل في تركيبها التترات مثل افراص التتروغليسرين معروفة بالفعل.

لكن الدكتور ب. ك. شاه من مركز سيدار سيناء الطبي في لوس أنجلوس تحدث عن رجلين يعانيان من أمراض القلب لكنهما لا يتناولان عقار التتروغليسرين ومع ذلك تعرضا لمشكلات بعد تناول الفياغرا.

إحد الرجلين (٧١ عاماً) زرع له جهاز يعطي صدمة إذا اضطربت ضربات القلب. ولم يتلقى الرجل أي خدمات منذ ستة أشهر. لكن عقب تناوله الفياغرا ومارسته الجنس «تلقي ثلات صدمات تفصل بينهما دقائق».

وقال شاه انه بعد الصدمة الثالثة قرر الرجل ان يتوقف. وأظهرت اختبارات لاحقة ان نبض القلب اضطرب بصورة خطيرة.

والحالة الثانية كانت لرجل (٥٢ عاماً) يعاني من أزمات قلبية وتعرض لاضطرابات في ضربات القلب بعد تناول الفياغرا ومارسة الجنس. وكان لا بد من تلقي القلب صدمة ليعود إلى طبيعته.

وقال شاه انه يجب توخيحذر عند وصف السيلدنافيل / الفياغرا / لمن لديهم تاريخ في اضطرابات القلب.

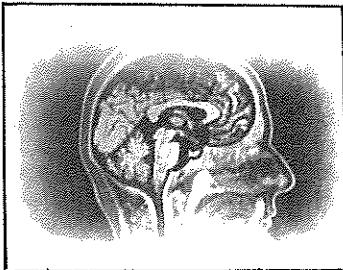
وفي خطاب آخر استشهدت إيرا شوارتز والدكتور ديفيد مكارثي من كلية الطب في جامعة بنسفانيا بدراسة حديثة خلصت الى ان ١٣ في المائة من الرجال المصابين بأمراض في القلب لا تصلهم كمية كافية من الأوكسجين الى عضلة القلب أثناء ممارسة الجنس.

مخاوف جديدة بشأن الآثار الجانبية للفياغرا

قال باحثون في مجلة «نيوإنجلاند جورنال» الطبية إن المخاطر الصحية المحتملة لتعاطي افراص الفياغرا المستخدمة لعلاج الضعف الجنسي قد تكون أكثر بكثير من التحذيرات الواردة في النشرة الطبية للدواء خاصة لمن يعانون من مشكلات في القلب.

وأشارت خطابات نشرت في المجلة محاذير جديدة بالنسبة لمن يعانون من مشكلات في القلب وكشفت أيضاً عن احتمال الاصابة بمضاعفات خطيرة بالرئة. كما حذر خطاب آخر من حدوث التهابات بالمثانة لدى نساء يستخدم أزواجهن عقار الفياغرا.

حالة التوحد



يعتبر التوحد، أو الفضم الذاتي، وهو حالة من الانطواء على الذات والاسترسال في التخيل هرباً من الواقع، مشكلة صعبة الحال بسبب غموض الاسباب الكامنة وراءه. وتقول احدث نظرية لتفسير هذه الحالة، وبالتالي محاولة علاجها، ان سببها بنية دماغ غير سوية. فقد اكتشف علماء في الولايات المتحدة ان مناطق معينة معاقة النمو في الدماغ يمكن ان تكون المسؤولة عن الاعراض الاكثر حدة لهذه الحالة، في حين ان مناطق اخرى اصغر من الحجم الطبيعي ربما تسبب الاعراض الملطفة التي يعاني منها في كثير من الحالات اقرباء مقربون من المتوحدين.

وقد استخدمت ويندي كايس وزملاؤها في جامعة جون هوبكنز تقنية التصوير بالرنين المغناطيسي لفحص توأمين طبيقين عمرهما سبع سنوات. وقد كان احد الصبيين مصاباً بالتوحد الكلاسيكي، بينما كان توأميه يعاني فقط من بعض اعراض التوحد، مثل مشكلات في اللغة وال العلاقات الاجتماعية. وتقول كايس ان حوالي نصف جميع الاقرباء المقربين للاطفال المتوحدين لديهم هذه الاعراض الملطفة.

وعندما قارن الباحثون الصور الدماغية للصبيان، اكتشفوا فروقات عده. فلدى الطفل التوحد، كانت اللوزة، وهي المنطقة المعنية بالانفعالات، والحسين، وهو منطقة مهمة بالنسبة للتعلم والذاكرة، بنصف حجمهما

وعلى الرغم من ان سبعة في المئة لا يشكون من أي الام في الصدر الا ان ٢٤ في المئة منهم يشكون منها وقد يتناولون التتروغليسرين لمعالجتها.

واقترح الطبيبان ان تجري اختبارات على مستخدمي الفياغرا المصابين بأمراض قلبية للمساعدة في توقع المعرضين للمخاطر.

وحذرت شركة «فايزر» المنتجة للعقار من ان التفاعل بين التتروغليسرين وبين الفياغرا يمكن ان يسبب هبوطاً قاتلاً في ضغط الدم.

وتحدث خطاب آخر عن رجل تعرض لمشكلة خطيرة في الرئة عقب تناوله ثلاثة أقراص من الفياغرا خلال يومين. وقال الخطاب ان الأشخاص المعرضين لنزيف الرئة يجب ان يستخدموا الفياغرا بحذر.

وجاء في خطاب من أطباء في مستشفى نيورن العام في جوريا انه تم رصد ١٥ حالة التهاب المثانة بين مئة امرأة يتناول أزواجهن الفياغرا.

اضافوا «الرجال الذين يتناولون السيلدينافيل يجب ان يطلبوا من نسائهم ان يشربن الكثير من المياه وان يتخلصن منها عقب الجماع مباشرة لتجنب الاصابة بالالتهاب.

لكن فريقاً من الباحثين كان قرر سلامة الفياغرا في عدد المجلة الصادر في ١٤ أيار قال ان الاختبارات اظهرت ان مخاطر التعرض لأزمات قلبية لدى من من يتناولون الفياغرا او المهدئات متساوية. وقالوا انه ليس هناك دليل على ان الفياغرا تزيد من خاطر نزيف الرئة.

ان يسبب لائحة طويلة من الاعراض المخيرة، من الام الصدر والاضطرابات المعاوية الى الارهاق المزمن.

تضمن عملية التنفس استخدام مجموعات عددة من العضلات، لكن تلك التي يستخدمها بدرجة اكبر لاداء الانشطة اليومية المعتادة هي الحجاب الحاجز: الغشاء العضلي الذي يفصل الصدر عن الاحشاء. وفي احياناً اخرى، كما هي الحال مثلاً عند القيام بتمرين جسدي شاق او عند الشعور بالخطر، تُستخدم عضلات الجزء العلوي من الصدر لسحب مزيد من الهواء، وفي مثل هذه الوضاع ي تكون التنفس السريع من اعلى الصدر شيئاً طبيعياً.

تبدأ المشاكل عندما نتعاد على استخدام عضلات الجزء العلوي من الصدر اثناء النشاط العادي. وتوضح أن بيتمان خبيرة العلاج الطبيعي في مستشفى «لندن كلينيك» ان «النتيجة هي التنفس المفرط، فإذاخذ المرء ٢٠ نفساً او اكثر في الدقيقة بدلاً من المعدل المعتاد الذي يراوح من ١٠ الى ١٤ نفساً». ويؤدي هذا الى «احتلال في غازات الجسم اذ تنخفض مستويات ثاني اوكسيد الكربون في الدم ويصبح الجسم اكثر قلوية من المعتاد». وتنجم عن هذه الحالة، التي تُعرف بـ «القلاء التنفسي»، شتى انواع الاعراض المثيرة للقلق، مثل المصدري وخفقان القلب واحساس كوخز الابر في اصابع القدم واليد واللهااث والتعب المزمن والاضطرابات المعاوية والدوار والمشاعر المضطربة وضعف التركيز الذهني.

ويُسعي مركز السيطرة الخاص بالجهاز التنفسي الى المحافظ على مستوى منخفض من غاز ثاني اوكسيد الكربون. فعندما يبدأ مستوى بالارتفاع يجد المرء نفسه يتضاءب بشكل متواصل، وهي الطريقة التي يخفض الجسم بواسطتها ثاني اوكسيد الكربون ويزيد مستويات الاوكسجين في الدم.

تقريراً، مقارنة مع التوأم الآخر، كما ان المخيخ والنواة المذيلة، اللذين يعتقد بأنهما معنيان بتحويل الانتباه من مهمة الى اخرى، كانا اصغر بقدر لا يأس به لدى الطفل التوأم.

وفي مرحلة تالية، قارن الباحثون الصور الدماغية للصبيان مع صور مماثلة لخمسة صبيان آخرين في العمر ذاته، لم تكن لديهم مشكلات اتصال أو مشكلات سلوك. وتبين أن كلاً التوأمين كانت لديه قشرة مخيخ جبهية اصغر. وهذه المنطقة معنية في وظائف التخطيط والتتنظيم، وحل المشكلات. وكان لدى التوأمين أيضاً تلفيف جبهي اعلى اصغر، وهو المنطقة المسئولة عن المعالجة اللغوية في الدماغ.

وتقول كايتس ان نتائج هذه الدراسة توحّي بأنه ربما تكون هناك مجموعة مناطق مختلفة تتسبّب في التوأم. فالفرقّات في قشرة المخ قد تكون موقع المشكلات اللغوية والاجتماعية الملطفة، بينما المناطق غير السوية تتحتها قد تكون سبب الاعراض الأكثر حدة.

وتتابع كايتس وزملاؤها الآن بحثهم من خلال دراسة أوسع تشمل عشرة ازواج من التوائم الطبيعية. ويعود تركيز الباحثين على التوائم الطبيعية الى ان الاختلافات الطبيعية بين الأطفال غير التوائم كانت على ما يبدو تؤثر سلباً في نتائج الدراسات السابقة لهذه الحالة.

للتنفس الصحي أصول... وتمارين أيضًا

لا يولي اغلبنا اي اهتمام للطريقة التي نتنفس بها لأننا لا ندرك ان عملية تلقائية وبسيطة كهذه يمكن ان تترك اثراً كبيراً في صحتنا. ومع ذلك فان التنفس المفرط يمكن

الناتجة عن حالات التوتر والاجهاد عبر التنفس بطريقة فاعلة. ولم تتنفس بقية المجموعة (خمسة في المئة) من هذا العلاج، ويرجع السبب بشكل رئيسي الى عدم تحصيص وقت كافي لاداء التمارين.

قد يستغرق العلاج بهذه الطريقة وقتاً طويلاً اذا كنت لم تتنفس منذ سنوات بشكل صحيح. لكنه، في النهاية لن يمنع ظهور الاعراض المثيرة للقلق فحسب بل سيعيد اليك ايضاً الاحساس بالثقة والقدرة على مواجهة اعباء الحياة.

اخبر تنفسك: هل تتنفس بشكل صحيح؟

- تشمل علامات التنفس المفرط سحب الهواء عبر الفم بدلاً من الانف والشاؤب والافراط في التنفس، بالإضافة الى التتحنج المتكرر لتنظيف الحنجرة.

تأكد من تنفسك بوضع احدى يديك على بطنه والآخر على الجزء العلوي من صدرك. يفترض ان تتحرك بطنه، وليس الجزء العلوي من الصدر، صعوداً وزنولاً عن الشهيق والزفير.

- التنفس بشكل صحيح، اجلس في كرسي مريح مع إسناد ظهرك بحيث تكون مسترخياً.

أرخ اي ملابس مشدودة على الجسم، خصوصاً حول البطن.

ضع احدى يديك على صدرك والآخر على بطنه تحت الضلوع مباشرة. اسحب الهواء بيضاء عبر انفك، لتجعل بطنه ترتفع. احبس نفسك لبعض ثوانٍ، ثم انفث الهواء بيضاء لطلق من رئتيك اكبر ما يمكن منه. كرر العملية مرات عدة، وتأكد ان بطنه، وليس صدرك، ترتفع عندما تنفس.

ويعتبر التنفس المفرط المزمن من الحالات الشائعة. ويقول اختصاصي الصدر الدكتور كلود لام، الذي اجرى ابحاثاً واسعة حول المشكلة، ان ما لا يقل عن واحد بين كل عشرة اشخاص يتنفس بشكل خاطئ، والعدد في تزايد.

ويع垦 لهذا الاعتلال ان ينشأ بعد الاصابة بمرض مثل التهاب الرئة. لكنه يبدأ احياناً عندما نعاني الاجهاد لفترة طويلة او اثر حادث مؤلم، مثل وفاة احد افراد العائلة او فقدان الوظيفة او انتهاء علاقة اجتماعية.

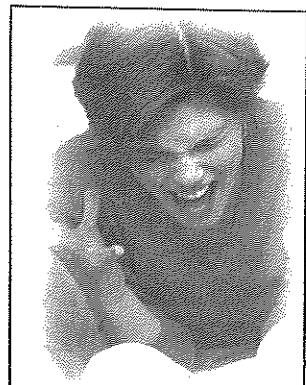
ويلعب القلق دوراً رئيسياً،اما لانه يسبب المشكلة او لأن الاعتلال يجعلنا أكثر قلقاً. ويمكن لطرق التنفس الخاطئة ان تفاقم ايضاً حالات اخرى، مثل داء الربو والقرولون السريع التهيج. كما تثار تساؤلات عن احتمال وجود علاقة بين التنفس المفرط المزمن ومشاكل مثل اضطراب ضربات القلب.

ويمكن معالجة التنفس المفرط، حالما يتم تشخيص الحالة، من دون اللجوء الى ادوية. فالعلاج يدور ببساطة حول تعلم كيفية التنفس بصورة صحيحة مرة اخرى.

وتقول بيترمان ان «الخطوة الاولى تمثل في تخفيف القلق بتوسيع الاسباب وراء ظهور الاعراض. فغالباً ما يفترض الناس انهم مصابون بمرض خطير. بعدئذ يتعلمون عبر جلسات عدة كيف يتتنفسون بوتيرة ابطأ باستخدام الحجاب الحاجز. وفي الفترة بين الجلسات يتدرّبون على تمارين في منازلهم».

التمارين متعددة، وبعضها يشبه تمارين التنفس التي تعلّم في اليوجا. وتحقق هذه الطريقة معدلات نجاح عالية. وتبيّن دراسة اجرتها الدكتور كلود لام وشملت ٧٠٠ مريض ان ٧٠ في المئة منهم شفوا بشكل كامل، وتمكن ٢٥ في المئة آخرون من السيطرة على الاعراض

ادارة الغضب



لماذا يفقد بعض الناس صوابهم عندما يغضبون؟ سبب ذلك، كما يقول باحث، هو انهم لم يعوا الحكمة القائلة: «اعرف نفسك» جدياً وعقلياً.

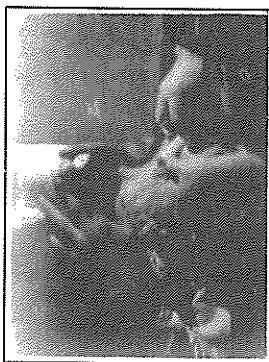
يقول عالم النفس في جامعة كاليفورنيا هيث ديماري ان الناس التزاعن الى الانفجار غضباً كثيراً ما يجهلون الاشارات، الجسدية والنفسية معاً، التي تنبئ بأن غضبهم يتعمل، علمًا بأن هذه الاشارات هي ذاتها التي تساعد آخرين على التحكم بعواهم العدائية، وقد اكتشف ان الاشخاص الذين ينحوون في اختبارات على التزعة العدائية يتالفون مع اجسادهم. فهم يعرفون متى يرتفع ضغط دمهم او يتسرع نبض قلبهم. ووعيهم بهذه التغيرات الجسدية يساعدهم على كبح جماح انفسهم ومنه انفعالاتهم من الخروج عن السيطرة. في المقابل، تحدث عملية مختلفة لدى الاشخاص الذين يفقدون رباطة جأشهم. فهو لا يعون انهم اصبحوا مستثارين جسدياً، ولذلك يواصلون بعناد سلوكاً يزعجهم هم وآخرين حولهم. واكثر من ذلك، فإن رد فعل الاشخاص العدائيين بصورة مزمنة يكون مبالغًا فيه، وهم يستغرقون وقتاً أطول لكي يهدأوا.

ويعتقد ديماري ان الصلة بين والذات والتزعة

العدائية ربما تبدأ من الدماغ؛ اذ ان معالجة الانفعالات السلبية تحدث في الجانب الایمن من المخ، وهو المنطقة ذاتها التي تولد الادراك الوعي، والاشخاص العدائين ربما لديهم خلل ما في هذه المنطقة، واكتشف ديماري ايضاً ان الاشخاص الذين يسيطر عليهم الغضب هم اقل وعياً بتعبيرات وجوههم، ووضع اجسامهم، والتغيرات في مقام اصواتهم.

واذ تسلح بهذه المعلومات، افتتح ديماري في عيادته «برنامج ادارة الغضب» وفيه يعلم الناس كيف يصبحون اكثر وعياً بأنفسهم. ويتعلم المشاركون في البرنامج كيف يرصدون اشارات الجسم، مثل سرعة القلب، وقصر النفس، وراحتي اليد المعرقتين. وهو يقول ان مثل هذا الوعي «هو المفتاح لحماية نفسك من التصرف بطرق تندم عليها لاحقاً».

ثمن الشهرة



الذين يكتبون الشهرة، يصبحون موضع اهتمام الناس. وهذا يجعل بعضهم معورين. ولكن بالنسبة الى البعض الآخر، يكون تأثير الشهرة معاكساً: فهو يجعلهم واعين تماماً لنقطات ضعفهم، وقد يدفعهم الى الانتحار.

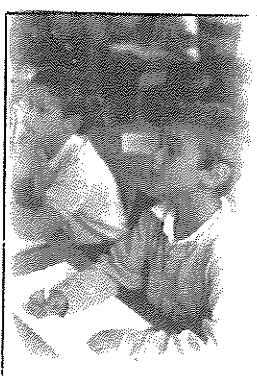
وقد اجرى عالم النفس في جامعة كولومبيا البريطانية

بضيق المنافذ الهوائية، ما يتسبب بانقطاع وحجز للنفس أثناء النوم. وهذا ما يجعل المصابين به يستيقظون، وأحياناً مئات المرات في الليلة الواحدة، ما يتركهم عرضة للتتعب أثناء النهار.

ولدى الأطفال، تشمل اعراض البهـر فرط النشاط والسلوك العدواني وعدم القدرة على الانتباه المتواصل، وكل هذه تشكل معوقات للتعلم.

ويشير غوزال إلى أن اللوزتين يمكن أن تسد المـنافذ الهـوـائـية، ويقول إن العلاقة بين اللوزتين وقدرات الأطفال كانت معروفة منذ وقت طـوـيل. وقد قـرـرـ اجرـاء دراستـه بعدـماـ اـبـلـغـ بـعـضـ الـاـهـالـيـ عنـ تـحـسـنـ عـلامـاتـ اـبـنـاهـمـ اـثـرـ اـخـضـاعـهـمـ لـعـلـمـيـةـ اـسـتـصـالـ اللـوزـتـينـ. وـشـمـلـتـ درـاسـتـهـ مـراـقبـةـ ٥ـ٤ـ طـفـلـاـ،ـ كـانـ بـيـنـهـمـ ٢ـ٤ـ اـسـتـرـصـلـتـ لـوزـاتـهـمـ وزـوـاـدـهـمـ الـأـنـفـيـةـ،ـ فـيـ حـينـ لـمـ يـوـافـقـ اـهـالـيـ الـبـاقـيـنـ عـلـىـ اـجـرـاءـ الـعـلـمـيـةـ.ـ وـبـعـدـ مـضـيـ سـنـةـ،ـ تـحـسـنـ الـادـاءـ الـمـدـرـسـيـ لـعـلـمـ الـاـطـفـالـ الـذـيـنـ اـجـرـيـتـ لـهـمـ الـعـلـمـيـةـ،ـ فـيـ حـينـ بـقـيـ مـسـتـوـىـ الـاـخـرـيـنـ عـلـىـ حـالـهـ.ـ وـيـقـولـ غـوزـالـ:ـ «ـاسـتـنـتـاجـ الـدـرـاسـةـ هـوـ اـنـهـ فـيـ حـالـ التـدـخـلـ الـجـراـحيـ وـعـلاـجـ الـمـشـكـلةـ،ـ يـصـبـعـ فـيـ الـامـكـانـ تـوـقـعـ تـحـسـنـ الـادـاءـ الـدـرـاسـيـ لـهـؤـلـاءـ الـاـطـفـالـ»ـ المـصـابـينـ بـالـبـهـرـ.

وعـلـقـتـ عـلـىـ الـدـرـاسـةـ الدـكـتـورـةـ فـيـ طـبـ الـاـطـفـالـ فيـ



جامعة جون هوبكنز
كارول ماركوس بالقول
ان دراسة غوزال تلقي
ضوءاً على مسألة مهمة.
وهي تشير الى ان جميع
الاطفال يشخرون. ولكن
الأهل ينبغي ان يقلقا اذا
كان ابناؤهم يشخرون كل

(كندا) مارك شالر دراسة لأعمال كاتبي الأغاني تورت كوبين وكول بورتر والأديب جون شيفر، لمعرفة مدى استخدامهم صيغة الأنـاـ المـفرـدةـ.ـ ولـاحـظـ انـ اـشـارـةـ الرـجـالـ الثـلـاثـةـ الـىـ ذـواـتـهـمـ اـزـدـادـتـ كـثـيرـاـ بـعـدـ انـ اـصـبـحـوـ مشـهـورـينـ.

وـخلـصـ شـالـرـ إـلـىـ نـظـرـيـةـ تـقـولـ انـ اـهـتـمـامـ جـمـهـورـ الـعـجـيبـ وـوـسـائـلـ الـاعـلـامـ بـصـورـةـ مـتـواـصـلـةـ وـمـرـكـزةـ يـجـعـلـ بـعـضـ الـاـشـخـاصـ الـمـشـهـورـينـ وـاعـيـنـ لـحـقـيقـةـ ذـواـتـهـمـ،ـ فـتـمـوـ لـدـيهـمـ «ـعـقـدةـ الـادـعـاءـ»ـ،ـ الـتـيـ تـجـعـلـهـمـ يـقـولـونـ لـأـنـسـهـمـ:ـ «ـاـنـاـ اـعـرـفـ اـنـيـ لـسـتـ عـظـيـماـ كـمـاـ يـظـنـونـ»ـ.

والـحـاجـةـ إـلـىـ الـهـرـوبـ منـ هـذـاـ الـوعـيـ الـذـيـ يـعـذـبـ الذـاتـ،ـ قدـ يـدـفـعـ بـعـضـ الـمـشـهـورـينـ إـلـىـ اـدـمـانـ الـكـحـولـ،ـ اوـ تعـاطـيـ المـخـدـراتـ،ـ اوـ العنـفـ الجنـسـيـ.ـ وـيـشـيرـ شـالـرـ إـلـىـ انـ بـورـترـ وـشـيفـرـ كـانـاـ مـدـمـنـيـ كـحـولـ.ـ وـلـدـىـ مـرـاجـعـتـهـ رسـائـلـ شـيفـرـ وـمـاـ كـتـبـتـهـ عـنـ الصـحـافـةـ،ـ اـكـتـشـفـ شـالـرـ إـلـىـ صـرـاعـهـ مـعـ الـكـحـولـ كـانـ يـأـتـيـ عـقـبـ فـتـرـاتـ الشـهـرـةـ الـمـدـوـيـةـ.

أـمـاـ كـوبـينـ،ـ فـقـدـ أـدـمـنـ الـهـيـرـوـيـوـنـ،ـ وـفـيـ الـنـهاـيـةـ انـتـحـرـ بـطـلـقـةـ مـسـدـسـ.ـ وـلـاحـظـ شـالـرـ إـلـىـ (ـالـاتـحـارـ وـصـفـ بـأـنـ الـهـرـوبـ الـهـائـيـ مـنـ وـعـيـ حـقـيقـةـ الذـاتـ)ـ.

الـبـهـرـ وـالـمـدـرـسـةـ

تـظـهـرـ درـاسـةـ انـ بـعـضـ التـلـامـذـةـ الصـغـارـ الـذـينـ يـكـونـ أـدـأـؤـهـمـ سـيـئـاـ فـيـ الـمـدـرـسـةـ رـبـماـ يـعـانـونـ مـنـ اـضـطـرـابـ نـوـمـ.ـ حـادـ،ـ وـانـ الـجـراـحةـ يـكـنـ انـ تـحـسـنـ عـلامـاتـهـمـ الـمـدـرـسـةـ.ـ وـحـسـبـ الدـكـتـورـ دـيفـيدـ غـوزـالـ،ـ اـسـتـاذـ طـبـ الـاـطـفـالـ فـيـ جـامـعـةـ تـولـينـ الـأـمـيرـكـيـةـ،ـ فـانـ الـبـهـرـ (ـانـقـطـاعـ الـنـفـسـ الـمـؤـقـتـ)ـ،ـ وـالـأـدـاءـ الـمـدـرـسـيـ السـيـءـ النـاجـمـ عـنـهـ،ـ يـكـنـ عـلـاجـهـ عـنـ طـرـيقـ اـسـتـصـالـ اللـوزـتـينـ وـالـرـائـدـةـ الـأـنـفـيـةـ.ـ وـالـبـهـرـ هـوـ أـكـثـرـ اـنـوـاعـ الشـخـيرـ حـادـ،ـ وـهـوـ حـالـةـ تـمـيـزـ

ليلة، وإذا كان الشخير يترافق مع لهاث أو أصوات ممكوتة بين حين وآخر.

وهي تشير إلى أن الحالات الحادة من البهتان يمكن أن تعلق النمو، وتؤدي إلى قصور قلبي، وتتسبب في نوبات صرع وتختلف عقلي. ولكنها تقول أن الشخير وحده لا يعني أنه ينبغي استئصال لوزتي الطفل. وقال غورزال انه يتبعن على الأهل اخضاع ابنائهم لفحص شامل قبل ان يقرروا اجراء عملية جراحية.

شخصاً اقاموا علاقة جنسية كاملة مع اشقاء لهم، ومع ٣٥ شخصاً اقاموا نوعاً من العلاقة الجنسية مع اشقاء لهم ولكن من دون جماع، و٨٠ شخصاً لم يكن لديهم ابداً اي نشاط جنسي مع اشقاء لهم. وطروحا عليهم جميعاً اسئلة تتعلق بالتعري في البيت، وكم اقضوا من الوقت الحسيمي مع شقيقاتهم او اشقاءهن، وطول الفترة التي فصلوا خلالها في طفولتهم المبكرة.

واكتشف الباحثان ان الـ ٤٣ الذين اقاموا علاقة جنسية كاملة كانوا قد فصلوا لمدة تزيد على سنة خلال سنوات الطفولة الست الأولى. ومن بين هؤلاء الـ ١٦، كان هناك ١٢ فصلوا لأكثر من أربع سنوات. وتقول بيفيك: «الفصل في الطفولة المبكرة له تأثير». وأشارت الى ان واحدا فقط من الاشخاص الذين اقاموا نوعاً من العلاقة الجنسية من دون جماع كان قد فصل لمدة تزيد على سنة، وواحداً فقط، أيضاً، من مجموعة الذين لم يقيموا ابداً اي علاقة جنسية. وهي تقول ان هذه النتائج تؤيد على العموم نظرية ويستر مارك.

غير ان الباحثين هذبا النظرية بعض الشيء.. فهما يقولان ان التلامس المبكر قد لا يزيل كل اشكال الاهتمام الجنسي بين الاشقاء.

وبدلاً من ذلك، يبدو ان التلامس يخلق لدى الاشقاء تغييراً واضحاً بين الاهتمام الجنسي العامض والعلاقة الكاملة.

غير ان كريستوفر بادوك، عالم الاجتماع في كلية لندن للاقتصاد، والذي درس سفاح القربي، يشكك في نتائج الدراسة الجديدة. وهو يقول انه لم يظهر ابداً دليلاً دامع يؤيد نظرية ويستر مارك.

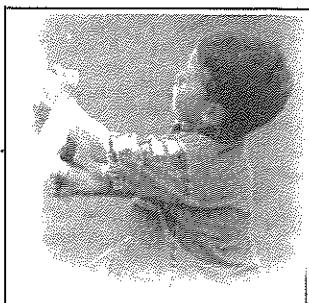
علاقة محضة



يرى باحثان في كندا ان سفاح القربي بين الاشقاء يكون اكثر احتمالاً اذا فصلوا لفترات طويلة خلال طفولتهم المبكرة. ويقولان إن التلامس الاعيادي في السنوات القليلة الاولى من العمر هو عام حاسم في بناء رباط غير جنسي بين الاشقاء.

وهناك نظرية ريادية في شأن سفاح القربي، كان عالم الاجتماع الفنلندي ادوارد ويسترمارك (١٨٦٢ - ١٩٣٩) أول من اقترحها، وهي ترى ان الاشقاء يطورون رباطاً غير جنسي بين بعضهم بعضاً خلال السنوات الست الأولى من الحياة، ولكن قلائل، فقط من الباحثين حاولوا التتحقق من صحة هذه النظرية. وهكذا قررت ايرين بيفيك وايرفين سيلفرمان من جامعة يورك في تورنتو ان يتحقققا. وقد اجريا مقابلات مع ٤٣

شجار الاخوة

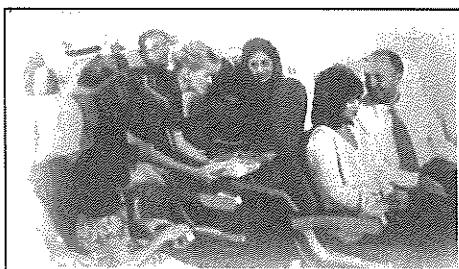


بالمثل، ولكن معاملة الاكبر سنًا لاشقائهم الصغار تكون عادة اكبر سوءاً.

ويستنتاج الباحثون، وهم من علماء النفس، ان «التفاعل السلبي بين الاخوة مرتبط بالتفاعل العائلي السلبي». وحيث ان العائلة تعمل كنظام متكامل، فإن المشكلات تمتد من العلاقة الزوجية، الى العلاقة بين الاهل والابناء، فالعلاقة بين الابناء».

ويقول الباحثون ان الشجار بين الاخوة ليس مؤذياً بالضرورة.. فهو يشكل حلبة يتعلم الأطفال فيها كيف يحلون النزاعات، وبخاصة منها المشحونة عاطفياً. ولكن هذا يحدث فقط عندما يكون البيت مكاناً هادئاً وسليماً.

نغمات مهدئة



سخرت شركة الخطوط الجوية البريطانية (بريتيش ايرواييرز) زققة العصافير، وطنين حشرات الصيف، وخبرير الجداول، من اجل تهدئة توتر المسافرين. وفي الوقت الراهن، تختبر الشركة هذه التغمات الطبيعية، ممزوجة بموسيقاً ألغفت خصيصاً لهذه الغاية، داخل حجرات خاصة في قاعات المسافرين في مطارات هيثرو، وغاتويك، ومانشستر، لمعرفة ما اذا كانت ستساعد المسافرين على الاسترخاء، وتربيتهم من التوترثناء انتظار رحلاتهم.

ما الذي تقتضيه تنشئة الابناء بحيث يبقى شجارهم حميداً، أو على الأقل غير مؤذ؟

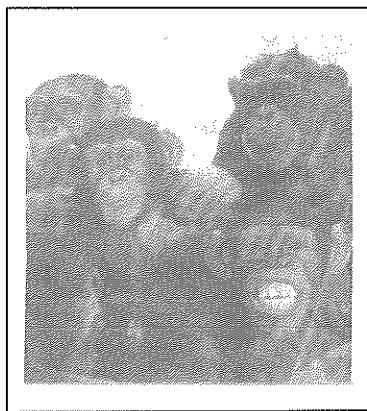
تقول دراسة لفريق باحثين في لوس انجلوس، ان أحد العناصر الرئيسية لتحقيق ذلك هو زواج من دون نزاعات مكشوفة. فعندما يتفجر خلاف بين الأبوين، تعكس أثاره سلباً على العلاقات بين الاخوة.

وتطهر الدراسة ان هذا التأثير غير مباشر، من حيث ان العداء بين الاهل يمتد عادة الى العلاقة بين الام والطفل. وقد صور الفريقأفلام فيديو لـ ٧٣ زوجاً من أشقاء من جنس واحد، تتراوح أعمارهم بين ثلاث وتسعة سنوات، أثناء انصرافهم الى اللعب. وبموازاة ذلك، طلبوا من الأمهات ان يملأن استبيانات تفصيلية في شأن سلوك ابناهنهن، والاساليب التي يتبعها في تربيتهم، وحياتهم الزوجية.

واكتشف الفريق انه بمقدار ما كانت المشكلات الزوجية تتزايد، بمقدار ما كان احتمال لجوء الامهات الى الاساليب العقابية يزداد. ولاحظ الباحثون انه في الحالات التي كانت الامهات تستخدمن خلالها وسائل فرض السلطة، كان الابناء الاكبر سنًا يلجأون الى عرض القوة، ويستخدمون اساليب عدوانية للسيطرة على اشقائهم الاصغر. وعلى العموم، يحاول الصغار الرد

أمر مذهل بالطبع. ولكن هل هذه المهارات اثبات على ان كانزى امتلك المقدرة على الكلام والتي تميز لغة الانسان دون لغات التواصل الاخرى بين الحيوانات، اي انها تميز وبالتالي الانسان عن الحيوان؟ ومن اهم السمات في لغة الانسان ترتيب الكلمات وتوزيع ادوارها وما يؤثر هذا الترتيب على المعنى (كما في جملتي «العنب» و«الماء»).

وتقول سو سافاج، الباحثة المشرفة على التجارب المتعلقة بالقرد كانزى، «ان المهارات اللغوية لدى الشمبانزي اشبه بقواعد لغوية يستخدمها طفل الانسان في سنته الثانية». اما بالنسبة للمهارات الاخرى فان الشمبانزي ما زال بعيداً عنها، كما يقول علماء آخرون. ولكن، منذ أشهر قليلة، اعلن العلماء نتائج اولية لتجربة ذات مقارنة جديدة قد تساعد على حلّ المسألة. وقد بحثت تلك الدراسة على اشكال وبنيات في دماغ القرود تكون شبيهة بالاشكال التي تتبع القدرة على الكلام في دماغ الانسان. وكان فريق البحث في كلية ماونت سيناي للطب في نيويورك يبحث عن نتوء صغير في المادة الرمادية شبيه بالذى يستخدمه الدماغ الانساني لفهم اللغة المحكمة وانتاجها، او حتى لغة الاشارة.



وقد عمد المهندسون المشرفون على المشروع الى معالجة ومزج هذه الاصوات واللغمات في محاولة خلق ذلك الجو الهادئ الذي يفلج مرجأً أحضر في يوم مشمس. وزرعوا في الحجرات مكبرات صوت ستيريو لخلق «صورة نغمية».

وتقول الشركة، ان كثيرين من مسافريها اشتكون من ان قاعات المطارات مملة وكثيرة الضوضاء. ولا تتوفر لهم فضاء شخصياً، وحسب تعبير متحدث باسمها، فان غاية المشروع هي «احضار جو من الخارج الى الداخل».

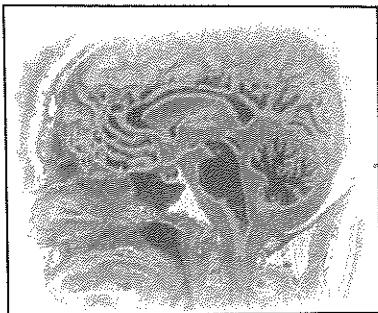
وقد تعاقدت الشركة مع شركة «تي. او. اي» اليابانية من اجل صنع النظام النغمي. ويقول بريث دونينغ، مدير الفرع البريطاني للشركة اليابانية، «ان هذا النظام سيخلق جواً هادئاً جداً، من دون ان تلاحظ الاصوات تقريباً. فأنتم تصغي الى التغمات ولكن لا تسمعها».

ومن اجل تنفيذ مشروعها هذا، استعانت الشركة البريطانية بمجموعة من علماء النفس، والموسيقيين وخبراء الأجهزة الصوتية.

لغة القرود

اليكم بعض ما يستطيع الشمبانزي كانزى القيام به: حين يسمع جملة «أعط الكلب حقنة» (بالإنجليزية طبعاً) يمسك بالحقنة من بين مجموعة أشياء اخرى على الأرض وينزع غطاءها ويشك بها الكلب - الدمية. وهو يميز الفرق ما بين «خذ البطاطا الى الخارج» وبين «اذهب الى الخارج واحضر البطاطا». ويميز الفرق أيضاً ما بين «ضع الماء على العنبر» وبين «ضع العنبر في الماء». وكانزى الذي بلغ مؤخراً سنته السابعة عشرة يدمج الكلمات (وهي في الواقع رسوم واشكال على لوحة مفاتيح) بالترتيب المناسب لانتاج بعض الجمل.

قطرة الدماغ



يعتقد باحثون في مركز ابحاث الزهاير في ولاية مينيسوتا الاميركية بأنه سيصبح بالامكان في وقت قريب علاج مرض الزهاير وأمراض عصبية اخرى بوساطة قطرات أنف.

ويوضحون ان مسلك الأنف يشير بأن يكون مرا لاصصال عقاقير الى الدماغ، من حيث ان جهاز الشم يشكل حلقة اتصال مباشرة بين الدماغ والعالم الخارجي.

اصصال عقاقير الى الدماغ هو واحد من التحديات الكبيرة امام علم الاعصاب؛ إذ أن جزيئات الكثير من العقاقير هي أكبر من ان تمر عبر الحاجز الدماغي الدموي، المكون من خلايا محكمة النسخ داخل الأوعية الدموية في الدماغ وحوله، تشكل نوعاً من السياج الذي يحمي السبيع الدماغي.

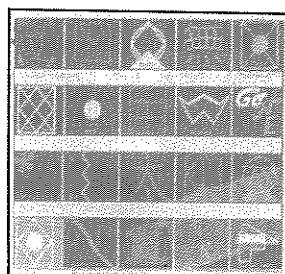
وأحد هذه العقاقير هو عامل النمو العصبي، الذي يشكل علاجاً واعداً لمرض الزهاير، ولكن اتصاله الى الدماغ عن طريق المخنق أو الزرع لا يزال محفوفاً بالخطر وغير فعال. ولهذا فكر عالم الاعصاب ولیام فرای في ما إذا كان من الممكن استخدام المسلك الانفي كممر.

ان الاعصاب الشمية غير عادية، من حيث أنها تمتد مباشرة من البصلة الشمية في الدماغ الى التجويف الأنفي، حيث تتلامس مع المواد ذات الرائحة في الجو.

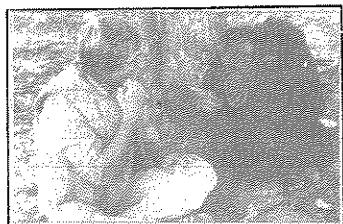
وفي مقال نشر في مجلة «ساينس» أعلن العلماء ان الشمبانزي يمتلك الاساس العصبي التشريحي للغة، وهو شبيه بما يمتلكه الانسان.

من المؤكد ان هذا الاكتشاف سيروجح الجدل حول لغة القرود وكانت بداية هذا الجدل الحامي في اوائل السنتينات حين قام علماء نفس بتعليم الشمبانزي «لغة الاشارات الاميركية» واعتبروا ان القرود قادرة على فهم توزيع الكلمات وترتيبها غير ان المشككين بصحة النتائج أكدوا ان القرود تقلد الحركة التي ترافق الجملة ولم تكن لتفهم الجملة.

والنقاش ما زال مفتوحاً وحامياً خاصة وان الفرق بين الشمبانزي والانسان لا ينبع من الاختلافات المادية من حيث الخريطة الوراثية. وكلما تمكننا من فهم الشمبانزي اقتربنا اكثر فاكثير من فهم انفسنا.



اشارات لغة القرود



أكثر تعريضاً للكتابة اذا كانت شريكتهم مكتبات. ويزر هذا الاكتشاف اهمية رعاية شركاء الامهات المكتبات، لأن الابناء انفسهم يكونون معرضين لمواجهة مشكلات اجتماعية اذا كان كلا الآباء مكتبين.

وقد شرع كيربي ديتز - ديكارد وجوديث دان، من معهد الطب النفسي في لندن، بالتعاون مع جين غولدينغ وزملائهما في جامعة بريستول، في دراسة لمعرفة ما اذا كانت البنية العائلية تعرض الرجال لامكان الكتابة في حدود الوقت الذي يولد فيه ابناؤهم.

وفي إطار دراستهم، راقبوا رجالاً من عائلات تقليدية، وآخرين لديهم أبناء من علاقات سابقة، ورجالاً كان لشريكاتهم أبناء من علاقات سابقة، ورجالاً لم يكونوا يعيشون مع شريكاتهم.

وقد اجاب جميع المشاركون، وعددهم ١٨٠٧، في استبيانات خاصة بمشكلة الكتابة، عن اسئلة تتعلق بعمرهم، ومستواهم التعليمي، ووضعهم الوظيفي، اضافة الى تقديمهم تفاصيل عن نوعية وطبيعة علاقتهم، واحادث سابقة في حياتهم.

وتبين ان حوالي ٥٪ في المئة من الرجال و٣٪ في المئة من شريكاتهم عانوا من اكتئاب في حدود الوقت الذي ولد لهم فيه ابن. واظهرت الدراسة ايضاً ان الرجال الذين يعيشون وشريكاتهم مع أبناء من علاقات سابقة معرضون للاكتئاب أكثر بمعدل الصعف من أولئك الذين يعيشون ضمن عائلة تقليدية، ولكن عوامل أخرى تدخل هي ايضاً في تفسير ذلك، مثل المستوى التعليمي المنخفض والعلاقات المضطربة التي يسودها نزاع.

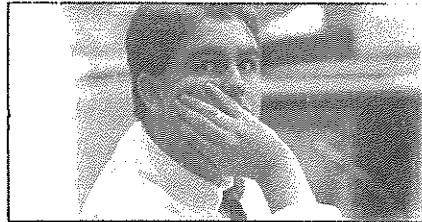
ويقول الباحثون انه حتى إذا اخذت جميع هذه العوامل بعين الاعتبار، فإن شركاء النساء اللواتي عانين من الاكتئاب في حدود وقت الولادة، كانوا أكثر عرضة

ولكن التركيب البنائي الشاذ للجهاز الشمي يمكن ان يكون خطراً احياناً، لأنه يشكل ممراً لبعض الفيروسات، مثل العقبولة (الهربس)، فتسدل عبره الى الدماغ. وقد قال فراري: «كنت أعرف ان اشياء خبيثة يمكن ان تتدخل الى الدماغ» بهذه الطريقة. وخطر لي ان اشياء حميدة ربما يمكن ان تدخل بهذه الطريقة ايضاً.

وهكذا قرر فراري وزملاؤه اختبار ما اذا كان من الممكن ايصال عامل النمو العصبي عن طريق قطرات أنف. وقد قاموا بتجدير ١٢ فأراً مختبرياً، ثم حققوا نصفها بعامل النمو العصبي، واعطوا البقية قطرات في الانف. واكتشفوا انه، بعد ساعة، وصل القليل جداً فقط من العامل الى ادمغة الفئران التي حققت، في حين ان العامل شق طريقه لدى الفئران الأخرى ليس الى البصلة الشمية فحسب، وإنما ايضاً الى مناطق دماغية أخرى غير معنية بالشم.

وحصل الباحثون على النتائج ذاتها عندما استخدمو عامل نمو الانسولين، وهو علاج ممكن للسكتة الدماغية. ويقول الباحثون ان الأنف يمكن ان يوصل عقاقير، ليس لعلاج مرض الزهايير فحسب، وإنما لعلاج مجموعة امراض أخرى، مثل مرض باركنسون، وتصلب الاعصاب.

اكتئاب أبيوي



الرجال ايضاً يصابون باكتئاب ما بعد الولادة. هذا ما يؤكده باحثون بريطانيون، يقولون ان الرجال يكونون

نراقب الخطر بصوت مسموع واضح، ولكن خبراء الرايير الذين يشاركون في مؤتمر دولي في مدينة كوتشنين بالهند قالوا انه لم يتبع للخطر الداهم سوى دول معدودة.

وقال بيتر وايتهاوس استاذ علم الاعصاب في جامعة كيس وسترن روزيرف في كليفلاند بولاية اوهايو «في كثير من الدول ما زال ينظر لاصابة كبار السن بمشكلات خاصة بالذاكرة على انه أمر طبيعي».

وقال رافي اناند رئيس وحدة الجهاز العصبي المركزي التابعة لمجموعة نوفارטיס السويسرية للمستحضرات الطبية ان من العسير استيعاب سبب ايلاءاهتمام كبير لمرض يصيب ما بين ٥ و ١٠٪ من السكان من هم فوق الخامسة والستين.

وفي العام الماضي طرحت مجموعة نوفارטיס في الاسواق مستحضرأ يبطئ من تطور مرض الرايير ولكن لم تتوافق على استخدام هذا العقار سوى ٤٠ دولة.

وقال موهان اسحق رئيس قسم الطب النفسي بالمعهد القومي للأمراض العقلية وعلوم الأعصاب بالهند ان الرايير وغيره من الأمراض العقلية «يجري التعرف اليها الآن فقط» في الهند وكثير من الدول النامية.

وأضاف «يشكل من الاشكال تمثل هذه الدول النامية ثلثي سكان العالم، وعندما تقول ان ثلثي سكان العالم غير متبعين للأمر فإن هذا شيء مخيف في حد ذاته». ومن بين الأسباب الرئيسية وراء عدم قدرة الدول النامية على تركيز اهتمامها على مرض الرايير هو انشغالهم بالمشكلات الصحية التقليدية.

وقال احد الخبراء «بالنسبة لدول آسيا وأميركا اللاتينية وأفريقيا فإن الدرن والكولييرا والمalaria ما زالت تشكل اوبئة خطيرة تشتد الحاجة لمكافحتها».

هم ايضاً للإصابة بالأكتئاب. ومن بين النساء المكتئبات، اصيب ١٠ في المائة من شركائهن بالأكتئاب، في حين كانت النسبة بين شركاء النساء غير المكتئبات ٢,٦ في المائة.

وتؤكد الدراسة ما اوحى به دراسات سابقة، وهو ان العائلات التي يعاني فيها كلا الآبوبين من الاكتئاب تحتاج الى رعاية خاصة. وقد اكتشف فريق من الباحثين في جامعة ايموري، في ولاية اتلانتا الاميركية، ان تلامذة المدارس الابتدائية الذين يعاني كلا ابويهم من اضطرابات، يجدون صعوبة في اقامة علاقات مستقرة مع رفاقهم. ويستخلص هؤلاء الباحثون ان من المهم الى اقصى حد النظر الى الاسرة ككل.

مؤتمر دولي في الهند حول «الرايير»

عدم الاهتمام بالمرض «الهادئ» الذي يصيب الكبار منطق غبي يحرم البشرية حكمة الشيوخ وخبرتهم

اثار الرايير «المرض الهادئ» الذي يصيب كبار السن اساساً قلقاً متزايداً مما دفع العلماء لمحاولة التعرف الى اسبابه وال Thuror على علاج له.

ويقدر عدد المصابين بالمرض بنحو ٥٪ من عدد كبار السن في العالم.

ويسبب المرض اضطرابات في المخ تؤثر في الذاكرة والانفعالات والتفكير. ويفقد المريض وزنه باطراد فبل ان يقضي نحبه.

ويتوقع الخبراء ان يصاب ٣٠ مليون شخص بالمرض بحلول العام ٢٠٠٢ منهم ٧٥٪ في الدول النامية في آسيا وامريكا اللاتينية.

ومع تردید تحذيرات كهذه كان لا بد وأن تدق

ووصف اناند ذلك بأنه «منطق غبي للغاية» لأن كبار السن يمكنهم تقديم الكثير للمجتمع من واقع خبرتهم وحكمتهم.

وأشار الخبراء إلى أن أمراضًا أخرى كنقص المناعة المكتسبة «الايدز» أصبح محور اهتمام عالمي في وقت قصير للغاية بسبب تأثيره في الصغار والشبان.

وقالت جين جيلهارد مديرة مركز دينتشيا فريز للأمراض العقلية في بريستول ببريطانيا «أنتي على يقين من أنه لو كان الزاير مرضًا يصيب من هم في العشرينات والثلاثينيات لحصل على دعاية أكبر بكثير».

وقال مارتن برينس من معهد لندن للطب النفسي والباحث في انتشار الزاير في العالم أن تركيز الدول النامية ينحى للعناية بصحة الطفل والأم والصحة الابنجابية.

وأضاف «هذه مناطق أولويات رئيسية لأسباب مفهومة وقد تكون مبررة تماماً».

وربما يكون من بين التفسيرات الأخرى لاهتمام الرايér الواقع القاسي الذي يقل فيه اهتمام كثير من المجتمعات بمواطنيها كلما تقدم بهم العمر.

وقال وايتهاوس: «إن الأمراض التي تصيب كبار السن لا تؤخذ بنفس درجة الجدية لأن البعض يعتبر كبار السن بلا قيمة».

العلاج الاسترخائي (كاسي)

يدخل الاسترخاء Relaxation اليوم كتقنية علاج نفسي وجسدي في العيادات النفسية. ويهدف الاسترخاء إلى تعريف الشخص على جسده وهو في حالة من الهدوء وانعدام التوتر مما يتيح له معايشة جسده والاحساس باعضائه بعيداً عن ضغوطات الحياة اليومية.

فقد رأى العالم رايش ان عضلات الجسم تسجل الاحاسيس وتتنبض متفاعلة مع هذه الاحاسيس حتى تأخذ شكل الدروع الفصلية. والاسترخاء يمكنه ان يزيل هذه الدروع ويعيد توليد الاحاسيس بما يشبه العلاج بالتطهير.

الدكتور خليل فضل قام بتسجيل جلسات علاج استرخائي على شريط كاسيت لمعالجة حالات التوتر وغيرها. وعنوانه في بريطانيا:

Dr. Khalil Fadel - Chichester Priority Care Treest - 60 Ferndale Road - Chichester - West Sussex. PO 194 QI / U. K.



لقاء مع البروفسور حلمي المليجي

■ الثقافة النفسية: فنان وعالم سيكولوجي ومؤلف لسيكولوجية الابتكار هل لك ان تعرف لنا «اللحظة الابداعية»؟

- د. المليجي: كثيرون يربطون بين المعانة وبين الانتاج الابداعي. وهم يستندون بذلك الى تصريح العديد من المبدعين بان العواطف السلبية تطلق ابداعهم. لكن ثيرتي الشخصية تختلف هذا الاعتقاد اذ تأثيني القدرة الابداعية عندما اكون منطلقاً مسروراً ومن هنا كانت الواني مرحة وهي من نوع (Crystal Colors).

بل انتي لا تستطيع تحمل الابداع التعيس. مثال ذلك انتي تركت لبنان في العام ١٩٧٣ (مع بداية الحرب الاهلية) واردت ان ارسم معانة هذه الحرب فرسمت اماماً تختضن طفلها وخلفها الدمار. لكي شعرت بانني ارفض كل هذه الجرعة من التعasse فاتلفت اللوحة ورسمت على نفس اللوحة اخرى فيها فتاة ريفية تقف مشدوهة امام فتيرتها تتأمل الموديلات - باثواب الرفاف. ورسمتهما بدون وجه (اي ان مكان الوجه كان أبيض) ووضعت لهندة اللوحة عنواناً تحول الى مبدأ من مبادئ حياتي وهو «الزهرة لا القوة».

يومها كان لدى ابستان كبراهما في السابعة من عمرها. وبعد سنوات طويلة و يوم زفاف ابنتي تذكرت

بدأ حياته مدرساً للكيمياء بعد تخرجه من كلية العلوم وقادته التجربة الى التربية ومنها الى علم النفس التربوي ثم الى علم النفس بعيادينه الاوسع.

خاتمه فنان وعشّق الرسم ويطل منه على فنون اخرى. فهو قد استبق السينما بتجربة في الاخراج المسرحي وصلت الى حدود دعوه للعمل كمخرج في BBC في بريطانيا. لكنه يعتبر ان الرسم هو موهبته الأساسية وهو عشّق في الاعراب عن ذاته والتعبير عنها. بل ان الرسم بالنسبة اليه هو اسلوب خاص في معايشة الزمن والحياة. وهو قد كلل هذا الانغماس الفني بالعمل في صحفة النقد الفني. ان ضيق هذا العدد يشكل مثلاً مतطرفاً على قدرة التكيف فهو قد ترك الحياة تتقاذفه على شواطئها وتق肯 من التكيف مع هذه الظروف مجتمعة. محافظ على مستوى من الرقي والابداع تكرس في تفوقه الدراسي وفي الجوائز التي نالها وايضاً في الصيت العلمي الذي حققه. وكان من الطبيعي بعد هذه الرحلة الطويلة ان يتوقف هذا العالم النفسي عند «سيكولوجية الابتكار» حيث يعتبر كتابه «يحمل هذا العنوان» متميزاً كابداع علمي - فكري في مكتبتنا العربية. فقد خبر البروفسور حلمي المليجي الابداع معاية ومعايشة ودراسة وتدريساً و معه كان لنا هذا اللقاء.

اللوحة واستبصرت انتي كنت اعنيهما بتلك اللوحة! ■ الثقاقة النفسية: هذا يقودنا الى السؤال عن العلاقة بين الابداع واللاوعي؟

- د. المليجي: انا اعارض المبدأ الفرويدي الذي يربط كلاً من الابداع والجنون باللاوعي. وهي معارضة اشتراك فيها مع المخللين الحديثين «Neopsychanalyse».

انا كفنان مقتني بوجود دوافع لا واعية الا انتي اعتقد بأنني امارس ابداعي بوعي كافي. لذلك فاني اجد انه من الاصح نسبة الابداع الى ما قبل الوعي (Preconscious) عوضاً عن اللاوعي. وبذلك يبقى التحليل النفسي قادرآ على سبر أغوار العمل الابداعي ويبقى المرض العقلي من اختصاص اللاوعي.

■ الثقاقة النفسية: قد يقع المخلل في خطأ التسرع في نسبة عناصر ابداعية ما الى اللاوعي في حين تكون ذات صلة الحياة اليومية العملية للمبدع. لكن احتمال مثل هذا الخطأ ليس كافياً لتجريد اللاوعي من دوره في العملية الابداعية وتكرار مظاهراته وبصماته في العمل الابداعي!. ودعني اذكرك بمثال اللوحة حيث العروس المرسومة كانت ابنته وهي بعد في السابعة من عمرها.

- د. المليجي: أنا لا انكر تدخل اللاوعي في العملية الابداعية ولكنني اعتبر ان ما قبل الوعي هو المهيمن في هذه العملية.

■ الثقاقة النفسية: بما انك من المهتمين بموضوع الابداع وسيكلولوجيته هل تجد ان العالم العربي يفيد من هذه الدراسات؟

- د. المليجي: ان الطفل المبدع تائه وضال في مدارستنا العربية. وذلك لانعدام الاهتمام بالاطفال المهووبين في هذه المدارس. اضافة الى قصور الوسائل

العربية المتأخرة لتقديم القدرات العقلية مع تجاهل شبه كلي للقدرات الابداعية وأيضاً مع تحييز واضح للطفل الذكي.

■ الثقاقة النفسية: ما هي الفوارق بين الطفل المبدع والطفل الذكي؟ وما هي سبل المراقبة بينهما؟

- د. المليجي الطفل الذكي يستخدم عمليات عقلية مختلفة عن تلك التي يستخدمها المبدع. فالذكي يستخدم عمليات مثل الاستدلال المنطقي وسلسل التفكير المنطقي (الخاضع لقواعد التفكير المعتمدة في التدريس) والقدرة على حفظ ما هو تقليدي والانصياع لاعباء الدراسة. كما ان الطفل الذكي يبدو لطيفاً مطيناً لذلك فهو محبوب و يصل الى النجاح. اما الطفل المبدع فهو يستخدم قدرات عقلية اخرى مثل قدرات التفكير المتشعب مثل الفكرة الاصيلة وهو يستخدم الطلاقة الفكرية والمرونة التلقائية... الخ من هذه القدرات التي لا تقيسها الاختبارات العقلية المعتمدة. وبالتالي فان لا نجاح دراسي للطفل المبدع ولا مكان له في الامتحانات (يسبب شروده عن تفكير القطبي). لذلك يجب توجيه الانظار الى هؤلاء الموهوبين والعنابة بهم.

الثقافة النفسية: ماذا عن الطفل الذي يجمع بين الذكاء والموهبة؟

- د. المليجي: مشكلة الطفل المبدع انه يبدو وكأنه يغدو خارج سربه فهو يبدو منشقاً على طريقة التفكير التقليدية بسبب استخدامه قدرات التفكير المتشعب (Divergent Thinking) في حين يستخدم الذكي قدرات التفكير اللام (الجمع) - اي ما يعرف بالConvergent Thinking. وعليه فان الطفل الذي يجمع بين الاثنين لا ينجو من سيطرة واحدة منهمما على الاخرى فاذا زاد استخدام القدرات الذكية زاد التوافق

تصنيف الجمهور هو العلاج الشافي للممثل الخجول وقس عليه.

■ الثقافة النفسية: دكتوراه علم النفس التربوي - رئيس قسم علم النفس وعميد كلية التربية - جامعة الاسكندرية. ماذا عن تجربتك في المجال التربوي؟

- د. المليجي: ان تجربتي في عمادة التربية دفعتني في المسار التربوي واخذتني من الاجواء التطبيقية لكلية الآداب. ولعلها رهبة المسؤولية واستهابتها، فال التربية، وتعليم التربية خصوصاً، هي مسؤولية اخلاقية عظيمة. فاختصاصي التربية اثنا تربوي المربين ويدربهم. فلو نحن انساناً هذا التدريب كان لذلك انعكاساته السلبية على المجتمع قاطبة. والعكس اذا نحن احسنا القيام بدورنا. وفي هذه الحالة فاننا نكون فاعلين في تشكيل المجتمع الآتي ورسم معالله. وهنا استعيد احساس الرسام في داخلي فاقول بان التربية هي فن تشكيل المجتمع وعليه فان التربويين يتحملون مسؤولية جسمية على عاتقهم. ومن جهتي فقد اعتمدت في تشكيل المجتمع المبدأ الذي اعتمدته في الفن التشكيلي وهو مبدأ «الزهرة لا القوة» وهو يعكس تربوياً بنى العنف الاسري واستبعاد العنف بكافة صوره واحلال السلام مكانه. ولعل هذه المنطلقات قد تجلت في محمل اعمالي المقدمة الى المؤتمرات العالمية. ومنحت عبر هذه الاعمال جائزة تقديرية من المجلس الثقافي العالمي - سويسرا (١٩٩٠) كما انتخبت من قبل ١٣٠ دولة مديرأً في المجلس العالمي لاعداد المعلم ومنحت العام ١٩٩٤ الجائزة الدولية للتعليم الدولي.

■ الثقافة النفسية: ماذا عن التعليم الدولي وهل هو تعبر عن نوع من العولمة التعليمية؟

- د. المليجي: ان الفرع الحضاري يجهد لمتابعة

الاجتماعي ومعه النجاح واذا زاد استخدام القدرات المشعّبة زاد مظهر الانشقاق.

■ الثقافة النفسية: وماذا عن المقاييس في كلتا الحالتين؟

- د. المليجي: ان مقاييس التحصيل الدراسي تتجنب او تتجاهل قياس القدرات التالية:

١ - الاصلية - التفكير الاصيل Originality.

٢ - المرونة التلقائية Spontaneous Flexibility.

٣ - الطلقية الفكرية Ideational Fluency.

وبذلك فهي تتجنب الطفل المبدع وتطبلمه بتجاهله لقدراته.

■ الثقافة النفسية: عملت في الاخراج المسرحي حتى طلب اليك الشرغ له. فما هي انعكاسات وفوائد هذه التجارب على صعيد ممارستك النفسية وخصوصاً على صعيد «السيكودrama».

- د. المليجي: لقد اخرجت «الدراما» وهي تشتراك مع «السيكودrama» من حيث امكانية استخدامها في العلاج. لكن فوارق عديدة توجد بينهما. ففي الدراما هنالك نص مفروض اما في السيكودrama فان العميل هو الذي يؤلف النص بصورة فورية وتلقائية. وهو اذا يتبع النص وهنا تكون للهفوات ولزلات اللسان دلالات عميقة.

وانا شخصياً عملت في الاخراج الدرامي من منطلق سيكولوجي. اذ كنت اعتبر الممثلين مجموعة يفترض التعاون بين افرادها. وكنت اعد مثل هذا التعاون بالتقارب وباتاحة الفرص لكل منهم كي يعبر عن ذاته وعن افعالاته. وهذا يساعد الممثل الخجول مثلاً كي يتغلب على خجله عن طريق اعتياده على التواصل مع افراد المجموعة. ومن تجربتي اقول مثلاً بان

البروفسور حلمي المليجي

- * خريج كلية العلوم قسم الكيمياء.
- * دبلوم التربية وعلم النفس.
- * ماجستير معهد التربية – لندن.
- * دكتوراه معهد التربية – لندن.
- * تدريب مهني في علم النفس الاكلينيكي بمعهد تافتونك بلندن.
- * استاذ ورئيس قسم علم النفس جامعة الاسكندرية.
- * عميد كلية التربية بالاسكندرية.
- * ادرج في الموسوعة العالمية (من هو?).
- * مستشار دولي في التعليم.
- * عمل استاذ العلم النفس التربوي في جامعات الاسكندرية ولبيا وبيروت العربية والرباط والملك عبد العزيز.
- * استاذ في جامعة الاسكندرية.
- * استاذ زائر في جامعة بيروت العربية.
- * شارك في عدة مؤتمرات عالمية.
- * عضو عدة مؤسسات وجمعيات عالمية.
- * اقام عدة معارض فردية للوحاته.
- * حاصل على جائزة المجلس الثقافي العالمي (١٩٩٠).
- * حائز على الجائزة العالمية للتعليم الدولي (١٩٩٤).
- * من مؤلفاته:
سيكلولوجية الابتكار وعلم النفس المعاصر والقياس السيكلولوجي في الصناعة.

وتسجيل الفروق الحضارية وهو يهتم باكتشاف خصوصية كل حضارة على حدة. لكنه ينتهي بتسجيل الملامح المشتركة انسانياً بينحضارات. والتعليم الدولي يهدف لابتكار اساليب تعليمية تتجاوز عند التطبيق كل عوائق الخصوصية بحيث تكون صالحة للتطبيق في اي مجتمع بالاسلوب الملائم بعد مرحلة وجيزة من التجريب. وهذا لا يعارض مع الهوية والخصوصية لاي من هذه المجتمعات. من هنا فقد وصفوا مجدهاتي في هذا المجال بانها مساهمة في رفاهية الشعوب ونفع البشرية. وانا اسعى للربط بين اصقاع الكرة الارضية على طريقتي الخاصة.

■ الثقافة النفسية: نود ان نعرف ما اذا كانت اهتماماتك العالمية قد صرفتك عن تحري خصوصية البيئة العربية وظروفها؟

- د. المليجي: ان رغبتي الملحة في سير اغوار الملامح المشتركة بين البشر بحضاراتهم المختلفة لم يصرفني عن الاهتمام بالبيئة العربية وخصوصياتها وقد اعددت في هذا المجال جملة دراسات في مصر ولبنان ولبيا وال سعودية وغيرها من الدول العربية. ولقد جهدت لمعايشة خصوصية البيئة في كل بلد من هذه البلدان لاستخراج نتائج دراستي على ضوئها.

■ الثقافة النفسية: نود ان نعرف اعلى المؤلفات واللوحات والجوائز على قلب البروفسور حلمي المليجي؟

- د. المليجي: ١ - في الكتب: سيكولوجية الابتكار والنمو النفسي وعلم النفس المعاصر ٢ - في اللوحات لوحة «الزهرة لا القوة» و ٣ في الجوائز الجائزة العالمية للتعليم الدولي.

استبيان تشخيص حالات فرط الحركة ونقص الانتباه، والاندفاعية لدى الاطفال (*)

(استبيان الاسرة والمدرسة)

إعداد وتقنين

الدكتور فيصل محمد خير الزراد (٢٠)

* بيانات عامة:

- | | |
|--|---------------------------|
| : ٣ - المستوى التعليمي للأب | : ١ - اسم الطفل |
| : ٤ - أمراض الأب | : ٢ - العمر بالشهر والسنة |
| : ٥ - عمر الأم | : ٣ - الجنسية |
| : ٦ - عمل الأم | : ٤ - المستوى التعليمي |
| : ٧ - المستوى التعليمي للأم | : ٥ - العمل (إن وجد) |
| : ٨ - أمراض الأم | : ٦ - رقم الملف الطبي |
| : ٩ - عدد الأخوة والأخوات وترتيب الطفل بين أخوته | : ٧ - جهة التحويل |
| : ١٠ - أعمار الأخوة | : ٨ - العنوان ورقم الهاتف |
| : ١١ - المستوى التعليمي للأخوة | |
| : ١٢ - أمراض الأخوة | |

(*) Parent's and Teacher's Questionnaire for Diagnosis Hyperactivity, Attention deficit and impulse control disorder at children.

(٢٠) استشاري نفسي - سريري، رئيس وحدة علم النفس السريري والتعليم الطبي المستمر في مستشفى ابو ظبي للطب النفسي.

* معلومات عن الاسرة

- | |
|----------------|
| : ١ - عمر الأب |
| : ٢ - عمل الأب |

نحو الطفل بعد الولادة:

- ١ - الرضاعة (عادية، اصطناعية، مختلطة، مدة الرضاعة...).
 - ٢ - الفطام (عادي، مبكر، متأخر، تدريجي، مفاجئ...).
 - ٣ - النسرين:
 - ٤ - المشي:
 - ٥ - النطق والكلام:
 - ٦ - تغذية الطفل:
 - ٧ - تحصين الطفل ضد: (حصبة، نكاف، لقاح الدرن، لقاح شلل الأطفال، لقاح الدفتيريا (الخانوق)، والبيتانوس (الكرياز)، لقاح الحصبة الألمانية (المميراء) ...
- صححة الطفل:**
- ١ - وجود عاهات أو إعاقات أو أمراض خلقية:
 - ٢ - التحكم في عملية التبرز:
 - ٣ - التحكم في عملية التبول:
 - ٤ - سلامة الحواس:
 - ٥ - اصابات عضوية مثل (حميات، اسهالات متكررة، التهاب سحايا، امراض حساسية، حصبة، جدري، نكاف، شلل أطفال، سعال ديجيكي، التهاب كبد وبائي، حمى قرمدية، تدرن رئوي، طفيلييات معوية، امراض قلب، امراض صدر، صرع، اورام، تشنجات، آلام في الاشضاء، تقيؤ وغثيان، إمساك، يرقان...).
 - ٦ - الإضطرابات النفسية السلوكية: (خوف، قلق، غيرة، إكتئاب، عدوان، كذب، بكاء، عناد، هروب، قضم أظافر، مص أصابع، سرقة، إضطراب في الطعام، إضطراب في النوم، أحلام يقظة،...).
 - ٧ - العلاجات السابقة:

١٣ - هل يعيش الوالدان معاً (في حالة الاجابة بلا يرجى معرفة السبب)?

١٤ - هل يوجد تعدد زوجات في الاسرة؟

١٥ - دخل الأسرة والوضع الاقتصادي والسكن.

١٦ - هل عانى الطفل من حرمان عاطفي من الأم؟

١٧ - ما هي أهم المشكلات الأسرية؟

١٨ - إتجاه الآبوبين في التشغيل الأسري للأطفال: (قسوة، رعاية زائدة، نبذ، عدالة...).

١٩ - هل يعتمد في رعاية الأطفال على الشغال (جزئياً، كلياً).

٢٠ - هل يوجد أمراض لدى الأقارب.

• هذه البيانات يتم كتابتها تحت اشراف الطبيب او الاخصائي النفسي:

معلومات عن ظروف الحمل والولادة:

١ - ظروف الحمل (هل كان الحمل طبيعياً)?

٢ - عمر الام أثناء الحمل:

٣ - اتجاه الام نحو الحمل:

٤ - امراض الام والاصابات أثناء الحمل:

٥ - العلاجات والعقاقير التي تناولتها الام أثناء الحمل:

٦ - مدة الحمل:

٧ - عملية الولادة (طبيعية، قيصرية، عسرة، قبل الاولان...)

٨ - الحالة الصحية للطفل بعد الولادة (الوزن والطول ومحيط الجمجمة...)

٩ - إضافات من الأم:

المستوى الأكاديمي والعقلاني:

- ٣ - التواصل اللغوي (المحصول اللغوي):
- ٤ - التواصل الاجتماعي والصلات والألعاب.
- ٥ - الانشطة الفنية والرياضية للطفل.
- ٦ - مستوى القدرة العقلية لدى الطفل (Q I) (عادي، دون عادي، دون الوسط، ضعيف).
- ٢ - مستوى الطفل في مهارات القراءة والكتابة والحساب دون الوسط، ضعيف).

استبيان المعلم^(*)

Teacher's Questionnaire

الأخ المعلم/ المعلمة في إطار تشخيص حالة الطفل التلميذ () الأكاديمية والسلوكية والعقلية يرجى الإجابة عن الأسئلة والاستفسارات بدقة وموضوعية، وذلك بوضع اشارة () في العمود تحت الإجابة المناسبة شاكرين تعاونكم معنا:

١ - أعراض ضعف الانتباه لدى الطفل (Inattention symptoms)

| بعض الأسباب (Items) | ليس دائمًا | قليلًا | كثيراً | كثيراً لحد ما |
|---|------------|--------|--------|---------------|
| ضعف مدى الانتباه. | | | | - ١ |
| يحتاج إلى جهد للانتباه إلى تعليمات المعلم. | | | | - ٢ |
| يعاني من الذهول والجيرة أو الارتباط. | | | | - ٣ |
| الفشل في إتمام المهام أو الانشطة التي يبدأ بها. | | | | - ٤ |
| انتقال الطفل من شيء لآخر، أو من نشاط آخر بشكل مزعج وغير هادف. | | | | - ٥ |
| لا يصغي أو يستمع للأ الآخرين. | | | | - ٦ |
| ليس لديه القدرة على متابعة التفاصيل. | | | | - ٧ |
| ليس لديه القدرة على الفهم والاستيعاب وإدراك العلاقات. | | | | - ٨ |
| ليس لديه القدرة على التركيز. | | | | - ٩ |
| يعاني من تخلف دراسي أو صعوبة في مجال التعلم. | | | | - ١٠ |
| يعاني من الشرود وأحلام اليقظة. | | | | - ١١ |
| كثيراً ما يشغل ذاته. | | | | - ١٢ |
| تشتت انتباهه بسرعة بفعل المثيرات وبشكل غير عادي. | | | | - ١٣ |
| ينسى الأشياء الهامة لانهاء المهام. | | | | - ١٤ |
| يفشل في تنظيم المهام وتنفيذها. | | | | - ١٥ |
| يفشل في متابعة التعليمات التي توجه إليه. | | | | - ١٦ |

(*) يتم الإجابة عن هذه الاستفسارات من قبل معلم التلميذ في المدرسة ويمكن أن يكون ذلك بمساعدة الإحصائي الاجتماعي في المدرسة.

- ١٧ - يتجنب المهام التي تتطلب جهداً عقلياً وانتباهاً وادراكاً وغير ذلك.
- ١٨ - التعرض للحوادث بسبب نقص الانتباه.
- ١٩ - يفقد بعض الاشياء والادوات.
- ٢٠ - عدم الاهتمام او اللامبالاة بعملية التعلم.

٢ - اعراض فرط الحركة (Hyperactivity Symptoms)

| كثيراً | كثيراً حد ما | قليلًا | ليس دائماً | بنود الاستبيان (Items) |
|--------|--------------|--------|------------|---|
| | | | | ١ - الخروج من الصف عدة مرات دون مبرر. |
| | | | | ٢ - سلوكيات متكررة لدرجة الإزعاج. |
| | | | | ٣ - عدم الراحة مع الإحساس بالملل والتلوّي أثناء الجلوس على المقعد. |
| | | | | ٤ - يسبب صخباً وضوضاء داخل الصف. |
| | | | | ٥ - يزعج الأطفال الآخرين في الصف، ولا ينسجم معهم. |
| | | | | ٦ - غير متعاون مع معلميته او المشرفين عليه. |
| | | | | ٧ - لا يستجيب لتعليمات المعلم، متفرد او خارج عن الطاعة. |
| | | | | ٨ - يظهر سلوك العناد والمعارضة. |
| | | | | ٩ - تظهر عليه اعراض اللامبالاة او الاهمال. |
| | | | | ١٠ - يمكن ان يدفع الآخرين في الصف. |
| | | | | ١١ - عدم ممارسة الانشطة. |
| | | | | ١٢ - التواصل الاجتماعي مع الآخرين ضعيف. |
| | | | | ١٣ - يتهم الآخرين باستمرار. |
| | | | | ١٤ - تغيب عن المدرسة دون عذر. |
| | | | | ١٥ - يخالف الانظمة والمواعيد ويكره أن تقيده النظم او القواعد. |
| | | | | ١٦ - يتجنب العذار. |
| | | | | ١٧ - سلوكه لا يمكن توقعه. |
| | | | | ١٨ - من السهل قيادته من الأطفال الآخرين. |
| | | | | ١٩ - يتكلم كثيراً بشكل مختلف عن الأطفال الآخرين من نفس العمر (كلام، طفلية، تهتها) |

٣ - اعراض الاندفاعية

(Impulsivity)

| بنود الاستبيان (Items) | ليس دائمًا | قليلًا | كثير حد ما | كثيراً |
|---|------------|--------|------------|--------|
| لا يستطيع السيطرة على افعاله. | | | | - ١ |
| يجب ان تؤدي مطالبه في الحال. | | | | - ٢ |
| انفجار المزاج والقيام بسلوك غير متوقع. | | | | - ٣ |
| حساس بشدة لعملية التقد. | | | | - ٤ |
| ي بكى كثيراً وبسهولة. | | | | - ٥ |
| صعوبة ارجاء رد الفعل او الاستجابة. | | | | - ٦ |
| يجيب عن السؤال قبل اتمامه. | | | | - ٧ |
| محب للعراك ودائماً في حالة غضب واستياء. | | | | - ٨ |
| اقحام نفسه في امور لا مبرر لها. | | | | - ٩ |
| مقاطعة الاخرين في الحديث. | | | | - ١٠ |
| غير قادر على ايقاف حركاته المتكررة. | | | | - ١١ |
| ينكر الاخطاء ولو تم الامر له. | | | | - ١٢ |
| مطيع باستثناء وبامتناع. | | | | - ١٣ |
| وقاحة مع قلة الحياء في افعاله. | | | | - ١٤ |
| ضرب الاخرين بعنف. | | | | - ١٥ |
| يركض ويقفز بسرعة. | | | | - ١٦ |

استبيان الاسرة (الأباء) Parent's Questionnaire

١ - اعراض ضعف الانتباه لدى الطفل (Inattention Symptoms)

| بنود الاستبيان (Items) | ليس دائماً | قليلًا | كثيراً | كثيراً خد ما |
|--|------------|--------|--------|--------------|
| - ١ - ضعف القدرة على الانتباه والتركيز. | | | | |
| - ٢ - ضعف القدرة على ادراك التفاصيل والعلاقات. | | | | |
| - ٣ - يعاني من الشروق واحلام اليقظة. | | | | |
| - ٤ - يفشل في اتمام المهام التي يبدأها. | | | | |
| - ٥ - يعاني من الذهول والحيرة او الارتباك. | | | | |
| - ٦ - ينتقل من نشاط لآخر دون مبرر. | | | | |
| - ٧ - يروي قصصاً غير حقيقة او كاذبة. | | | | |
| - ٨ - لا يستمع او يصفى الى التعليمات التي تقدم اليه. | | | | |
| - ٩ - كثيراً ما ينشغل بذاته، بأصابعه، ملابسه، بشعره... | | | | |
| - ١٠ - من السهل قيادته من الغير. | | | | |
| - ١١ - يتشتت انتباشه بسرعة بسبب المثيرات وبشكل غير عادي. | | | | |
| - ١٢ - ينسى اشياء أو أدوات هامة. | | | | |
| - ١٣ - التعرض الى حوادث بسبب نقص الانتباه. | | | | |
| - ١٤ - يتجنب المهام الصعبة التي تتطلب جهداً عقلياً. | | | | |
| - ١٥ - يفشل في تنظيم المهام او الاشياء في حياته. | | | | |
| - ١٦ - | | | | |

٢ - اعراض فرط الحركة (Hyperactivity Symptoms)

| كثيراً | كثيراً مخدداً | قليلًا | ليس دائمًا | بنود الاستبيان (Items) |
|--------|---------------|--------|------------|--|
| | | | | اعمال وسلوكيات كثيرة مزعجة وغير هادفة. |
| | | | | - ١ الجري والقفز والتسلق... |
| | | | | - ٢ اتلاف الاشياء ويعترتها... |
| | | | | - ٣ القفز على الاثاث والاشياء. |
| | | | | - ٤ الهروب من المنزل. |
| | | | | - ٥ القيام باعمال مرفوضة من الآخرين. |
| | | | | - ٦ محباً للعراب مع الآخرين. |
| | | | | - ٧ يجلس خارج المنزل. |
| | | | | - ٨ قاسياً على الحيوانات. |
| | | | | - ٩ لا ينسجم مع اخوته او الآخرين. |
| | | | | - ١٠ لا يتمتع بعملية اللعب. |
| | | | | - ١١ سلوكه طفلي وغير ناضج. |
| | | | | - ١٢ غير متعاون مع الآخرين. |
| | | | | - ١٣ يبيح بعده أشياء، وقد يركز على ذاته. |
| | | | | - ١٤ يطلب عدة أشياء متتابعة. |
| | | | | - ١٥ يمتص، او يمضغ الابهام، او الملابس، او البطانية. |
| | | | | - ١٦ ينقل اشياء على كتفه من مكان لآخر. |
| | | | | - ١٧ يقاوم النظم والقواعد ويخالف المواعيد. |
| | | | | - ١٨ يقوم بسرقة الاشياء. |
| | | | | - ١٩ مطبع باستثناء او يامتعاضن. |
| | | | | - ٢٠ قاسي وتصرفاته وحشية. |
| | | | | - ٢١ متفرد وعنيف وغير مطبع. |
| | | | | - ٢٢ من الصعب تكوين صداقات او التواصل مع الآخرين. |
| | | | | - ٢٣ ينكر الاخطاء ولو لم يدرك لها. |
| | | | | - ٢٤ كلامه غير واضح ويكون بشكل مختلف عن الاطفال الآخرين. |
| | | | | - ٢٥ يمكن ان يقوم بسلوك مضاد للمجتمع مثل إشعال النار. |
| | | | | - ٢٦ يمكن ان يمارس الجنس مع الآخرين. |
| | | | | - ٢٧ يتتجنب الاعتنار. |
| | | | | - ٢٨ |

٣ - الاعراض الاندفاعية

: (Impulsivity)

| كثيراً | كثيراً خلد ما | قليلاً | قليلًا | ليس دائمًا | بنود الاستبيان (Items) |
|--------|---------------|--------|--------|------------|--|
| | | | | | ١ - إفراط حركي اندفاعي لا يهدأ. |
| | | | | | ٢ - عناد و معارضة. |
| | | | | | ٣ - لا يستطيع السيطرة على افعاله. |
| | | | | | ٤ - يصعب عليه الانتظار. |
| | | | | | ٥ - يلامس أحياناً أشياء غير متوقعة. |
| | | | | | ٦ - سرعان ما تخرج مشاعره. |
| | | | | | ٧ - يتغير المزاج بسرعة وبشدة أو صرامة. |
| | | | | | ٨ - دائم الشجار و مولع بالغرار مع الآخرين. |
| | | | | | ٩ - يضجر بسرعة ويعاني من الملل. |
| | | | | | ١٠ - يتعرض بسرعة للاحباط في الجهد الذي يقوم بها. |
| | | | | | ١١ - من السهل ان يصرخ، او يبكي. |
| | | | | | ١٢ - غير قادر على ايقاف حركاته. |
| | | | | | ١٣ - نجده متوجهما، عبوساً، مستاء. |
| | | | | | ١٤ - ممكن ان يفضح السر بسرعة وسهولة. |
| | | | | | ١٥ - يقحم نفسه في أمور لا علاقة له بها. |
| | | | | | ١٦ - ضرب الآخرين بعنف. |
| | | | | | ١٧ - اتلاف الأشياء. |
| | | | | | ١٨ - يجب ان تؤدي مطالبه في الحال. |

تقرير الاخصائي النفسي السريري

تصحيح الاجابة عن الاستبيان:

بعد الاجابة عن الاستبيان بالنسبة للمعلم، وكذلك بالنسبة للأبدين، تعطى عادة الدرجات التالية حسب مستويات الاجابة.

| | | | |
|-------------------|-----------------|-----------------|----------|
| تعطى درجة صفر. | (Not at all) | (ليس دائمًا) | كل اجابة |
| تعطى درجة واحد. | (Just a little) | (قليلًا) | كل اجابة |
| درجتان. | (Pretty much) | (كثيرٌ لحدٍ ما) | كل اجابة |
| تعطى ثلاثة درجات. | (Very much) | (كثيراً جدًا) | كل اجابة |

وبهذا الشكل تكون الدرجة تتراوح بين صفر و(١٦٥) وهي أعلى درجة (Maximum score) بالنسبة لاستبيان المعلم، وكذلك تتراوح الدرجة بين صفر و(١٨٣) درجة بالنسبة لاستبيان الأسرة وهي أعلى درجة يمكن ان يصل اليها المصحح، ويكون متوسط مجموع الدرجة القصوى $165 + 183 = 174 \div 2 = 174$ درجة فإذا نال الطفل الدرجة (١٧٤) فأكثر يكون يعاني اعراض فرط الحركة ونقص الانتباه والاندفاع في السلوك. ويمكن من اجل اغراض البحث العلمي تناول درجات كل بعد من ابعاد استبيان المعلم، وكذلك كل بعد من ابعاد استبيان الأبدين من اجل المقارنة والكشف عن وجود علاقات متبادلة بين الدرجات. وكذلك معرفة التباين بالنسبة لبعض بنود الاستبيان بين آراء المعلم وآراء الاسرة مما قد يكشف عن وجود مشكلة في المدرسة او في الاسرة، لدى الابدين او لدى المعلمين مما قد يتربّب عليه الارشاد او الارشاد التربوي فيما بعد. اخيراً لا بد من الاشارة الى ضرورة مقابلة الطفل وملاحظة سلوكه العام من اجل الدقة وال موضوعية في عملية التشخيص.



تقدير الأبوة التشخيصي في مجال حماية الطفل

باستخدام لعبة الوالد (الوالدة) / الطفل (*)

بقلم «سو جينر»

ترجمة: د. محمد وجيه عليو (٢٠)

مراجعة: د. وليد المصري (٣٠٠)

مساعدة الأطفال في تقدير ما إذا كان من الأفضل ابعادهم عن أبويهم أو اعادتهم إليهم. غالباً ما تعطى الآراء استناداً لمقابلات أو مراقبات قصيرة فقط، حيث يبدو أن كوادر متخصصة بدراسة الحالات النفسية والعقلية لاطفال في المملكة المتحدة البريطانية تلتقي اعداداً متزايدة من حالات لأطفال يعانون من اضطرابات شديدة ويقايسون اشكالاً مختلفة من الاذية الانفعالية العاطفية Emotional والجسدية Physical والجنسية Sexual بالإضافة إلى معاناتهم الاهمال مما قد يؤدي إلى قصور في نورهم النفسي واللاعضوي

(١) بحث منشور في مجلة Child psy Psychologi psychiatri Review 2, No.2, 1997

(٢) مدرس في كلية الآداب والعلوم الإنسانية - قسم اللغة الانكليزية - جامعة حلب.

(٣) مدرس علم نفس الطفل في كلية التربية - جامعة حلب.
(٤) المذكور في الجدول رقم (١) المترجم.

ستدرس هذه المقالة نموذجاً من العناصر التي يمكن إدخالها إلى منظومة التقويم التشخيصي وذلك لاستخدامها في الحالات المرضية Protection Referrals المتعلقة بحماية الطفل، مع الإشارة بشكل خاص إلى أسلوب مبتكر ورائد لتدريب المهارات الرالدية Parenting Skills المعروفة باسم لعبة الوالد / الطفل Parent Child Game. وسيتم تقويم هذه الطريقة من خلال منهجية لتصميم حالات فردية. كما يعكس هذا النموذج العمل الذي قام به مجازه فريق من الأطفال والعائلات في مستشفى «مودزلبي» Maudsley بقسم الأطفال حتى ربيع عام ١٩٩٤.

الكلمات الأساسية لعبه الوالد (الوالدة) / الطفل، تدريب الأبوين، حماية الطفل.

المقدمة:

تزايد الحاجة إلى خدمات الطب النفسي من أجل

السلوكي والاجتماعي Behavioural and Social Learing جوانب من التدخل Intervention بشكل جوهري. مثلاً تجسد نظرية التعلق المغزى الجوهرى والأشمل لعملية التقويم التشخيصي. وتتضمن هذه الطريقة تنظيمًا للاحظات، وهذا ما يضفي الصوابية والفعالية على عملية تقييم الحالة الفردية الرسمية.

وعندما تلتقي العائلات طلبات من المحكمة لحضور جلسات التقويم كجزء من اجراءات العناية بالطفل، يكون من الضروري اتخاذ وسائل ارتباط فعالة، ويمكن خلال اجتماع أولي التأكيد على استقلالية فريق الصحة العقلية عن كلّ من السلطة المحلية والمحكمة، وينبغي اعلام العائلات بشكل مستديم بأن المكان الأفضل والمناسب للطفل هو وسط اسرته الحقيقة شريطة ان تشبع حاجات الطفل بأسلوب آمن وراقي ويمكن نقل الطابع الفعال لمدخل المعالج Therapist input الى الوالدين من خلال ابلاغهم بان احد الاهداف الرئيسية يكمن في محاولة تيسير تنمية نوع من المهارات الابوية، واشكال من التفاعل والتواصل بين الآباء والاطفال والتي ستمكن علاقتهم بالاطفالهم دفعاً باتجاه ما هو افضل، كما تلعب المشاركة الوالدية الفعالة والنشطة دوراً حاسماً في التطوير العلمي للمهارات، وفي المناقشات التي تعيد النظر في فهم الآباء لاحتياطيات ابنائهم واحتياجاتهم، كما تباين هذه التفسيرات عادة مع توقعات الآباء لأسلوب اكثر سلبية لا يزيد عن مرافقهم وادلاتهم بتفاصيل عن حياتهم الشخصية.

Nonorganic مشكلة ذات وجوه متعددة، فالعائلات المضطربة تكون من آباء واطفال يعيشون في اوضاع بائسها شديدة الخطورة، كما انهم يظهرون مشاكل عصبية على الحال (ولكنت، Gent، ١٩٨٧، وجنت ١٩٨٧) ان الكثير من الاطفال مدرجة اسماؤهم في سجل حماية الطفل وهم خاضعون لأوامر صادرة عن المحكمة. ان الاخطاء المنسنة بالفوضى والتعبير عن المشاعر الداخلية والسلوك من السمات المميزة للاطفال في هذه المجموعة (Herbert ١٩٨٨) وغالباً ما تتضمن هذه الحالات تقويماً عندما تعود الى الابوة غير المؤهلة وغير الناضجة اضطراب شخصية الطفل، وفيما اذا كان الوضع قابلاً للتعديل، ويمكن اثناء عملية تقويم الابوة بواسطة لعبة الوالد / الطفل استخدام ثلاثة عناصر واضحة المعالم وذلك بشكل فردي او كجزء من سلسلة متعاقبة.

أولاً: تقويم الأبوة الحالية لتحديد خطر سوء المعاملة The Risk of abuse

ثانياً: تدريب الآباء لمدة محدودة على التدخل وذلك لقياس القدرة الابوية على التغير السلوكي.

ثالثاً: فترة إضافية من التدريب الوالدي وذلك لتعليم الآبوين مهارات ايجابية Positive Skills كافية بالنسبة لتربيه الطفل مما يسمح لها بتنزيل الصعوبات والعقبات التي تواجههما فيما يتعلق بتوجيه الطفل والاهتمام بشؤونه. ان الهدف من ذلك كله هو خفض مستويات خطر سوء معاملة الطفل في الحاضر والمستقبل (جيبر Jenner ١٩٩٢، جيبر و McKarthy ١٩٩٥ Jenner ١٩٩٥) بحيث تجسد نظريات التعلم

البيط الاجتماعي فرضاً من أجل التدخل المباشر في التفاعلات بين أحد الأبوين والطفل على سبيل المثال، يمكن أن توفر تحيات اللقاء الأولى فرصة للاحظة دقيقة للأب والطفل، غالباً وبعد مدة من الانفصال تعطي هذه التحيات دلالات على تعلق الطفل بوالديه أو باحدهما والعكس صحيح. ويمكن أن تنظم تحيات اللقاء وتحيات الوداع في نهاية الجلسات على المثال ذاذه لكل حضور، وبذلك تصبح محل تركيز في العمل.

ومن الأمور التي يمكن اتباعها لمساعدة الوالد في لعب الأدوار اتباع أسلوب الاقتداء والحاواز، وحل المشكلات، والمناقشة، وتصويب المعلومات بالتلقين. ويمكن اختيار النقاط الرئيسية والفعالية للعناصر في أي حالة لتناسب وتلائم متطلبات أسرة معينة. ومن المهم أن يشمل الملف الترمذجي للتقويم عن طريق المعالجة: تقويم نمائي للطفل، مراقبة تحيات اللقاء والافتراق، ملاحظة أوقات اللعب، وفترات تناول وجبات الطعام غير المنظمة لدى العائلة، دراسة المشكلات الاجتماعية مع الأبوين أو أحدهما، مراجعة الاب / الطفل. طرق اللعب، ولعبة الاب / الطفل.

تدريب الوالدين :Parent training

ان تضمين نموذج متعدد لتدريب الوالدين في ملف التقويم ليس مجرد أحد مكونات العمل، لكن يمكنه ان يمثل أسلوباً جوهرياً معيناً مع الاقرار باعتقاد مشترك بان بعض السلوكيات الوالدية الضارة بالاطفال قابلة للتعديل.

تعتبر لعبة الوالد / الطفل اصطلاحاً متداولاً في مستشفى «مورزلي» لوصف تكيفي لطريقة «فورهند ومكمهون» التي تم تعديلاها من أجل ان تطبق في مجال حماية الطفل (جيست ١٩٩٢ Gent ١٩٩٢ Jenner).

جدول رقم (١) يوضح العناصر التي يمكن ان يشملها ملف Pachage التقويم

- ١ - التقويم النمائي.
- ٢ - تقويم مستوى الذكاء لدى أحد الوالدين أو كليهما.
- ٣ - تقويم نمو الطفل وصحته العامة.
- ٤ - تقويم أحداث الحياة العائلية والعزيز الاجتماعي.
- ٥ - مراقبة تحيات اللقاء والوداع.
- ٦ - مراقبة أوقات اللعب وأشكال اللهو غير المنظم في العائلة.
- ٧ - ملاحظة فترات تناول وجبات الطعام.
- ٨ - دراسة القضايا والمشاكل الاجتماعية مع الأبوين او أحدهما.
- ٩ - معاجلة الطفل / الاطفال عن طريق اللعب.
- ١٠ - العمل العائلي.
- ١١ - العمل الزوجي.
- ١٢ - العمل المتعلق بتاريخ الحياة.
- ١٣ - لعنة الوالد (الوالدة / الطفل).

عناصر نموذج ملف التقويم التشخيصي:
العناصر الممكن ادراجها في ملف التقويم موضحة في الجدول رقم (١).

يمكن تقويم كافة الاسر تقريراً وفقاً للبنود ١، ٣، ٤ (٤) والتي تشكل مع فترة إضافية من ملاحظة تفاعل الطفل وتوصله مع أحد الأبوين تقييمها أولياً. وإذا أردت المباشرة بفترة مطولة من التقويم عن طريق المعالجة فيمكن استخدام البنود المتبقية لرصد وملحوظة التفاعلات والمواقف عبر المراقبة او المقابلة او كليهما. كما يوفر

التقويم :Evaluation

لقد ثبتت الصلة الاكلينيكية للعبة الوالد (والدة) / الطفل نجاحها بجدارة بوصفها تدخلًا علاجيًّا فعالًّا (Forehand, Long, Gent 1992, Jenner 1992).

الابعاد الرئيسية لمقارنة المعالجة عن طريق التقويم هي على الشكل التالي:

- ١ - قابلية التعديل.

- ٢ - التعميم على كافة الظروف والخلفيات،
- ٣ - الحفاظ على التبدل المعاصل.

٤ - النقاط الرئيسية لمدخل المعالج Therapist input.

٥ - نمط استجابة الطفل تجاه الوالد (والدة).

وستتم مناقشة كل من هذه الابعاد بشيء من التفصيل أدناه.

(١) امكانية التعديل :Potential for change

تشكل الخطة المتبعة للتقويم إمكانية تغيير الآباء لأسلوب تفاعلهم مع أطفالهم وتوجيههم لهم من العناصر التالية التي تتبع ترتيباً ضرورياً من أجل الخروج بالأسلوب للتقويم عن طريق معالجة ذات منهج مصمم للحالات الفردية.

التقويم التشخيصي:

(i) Assessmdnt الخط القاعدة ١٠ (Assessmdnt)

دائق) ملاحظة وتسجيل مباشران لتكرار التصرفات المتركزة حول الطفل والموجهة إليه والتي يظهرها الآباء دون تزويدهم بالعلاج النفسي.

التقويم التشخيصي:

(ii) Treatment لعبة الوالد (والدة) /

ويظهر ان لهذه الطريقة نتائج مشجعة. فيما يتعلق بالمهارات الأبوية في توجيه شؤون الطفل وسلوكه المقبول الاجتماعيًّا، وبمتابعة نوعية العلاقة الوالد (والدة) بالطفل في عمر ٨ - ١٠ سنوات (فورهند، لونغ ١٩٩٨) وتمد فرضية «باترسن» حول الاكراه (Forehand Long Patterson 1982) بالمعلومات التدخل الهدف إلى تحسين المهارات الأبوية الخاصة بالللاحظة والتمييز Discriminotive ومن ثم تمكنها من استخدام هذه المهارات لتطوير وتحسين السلوك الاجتماعي - التواصلي والنشاط التعاوني المشترك للطفل (فورهند مكمهون Forehand McMehon ١٩٨١).

ان اللعب والتشجيع (عن طريق إبداء ملاحظات تصف السلوك المرغوب والمكانة والتعبير والظاهر المرغوب فيه عن الطفل) والمكافأة النمطية الثابتة Labelled Praise والتتجاهل الفعال كلها أمور يتم السعي لتحقيقها باعتبارها جوهر المهارات الأبوية في المرحلة المسماة لعمر الطفل. ان اداء تلك المهارات الوالدية وفقاً لعدلات تحقق معايير محددة تعبير نقطة الانتقال الى لعبة الوالد. وفي هذه المرحلة الثانية تكون أساليب توجيه الطفل التي يتم تدريسها عبارة عن أوامر واضحة وتحذيرات وتعليق مؤقت للتعزيز الايجابي Positive - Reinforcement. ان ادخال هذه الامور مجتمعة يمكن ان يزيد من احتمال التحسن على المدى الطويل بالنسبة لعلاقة الوالد (والدة) مع الطفل (فورهند، لوتشالاجر وجرازيانو Forehand Lautenschlager, Graziano ١٩٨٦) كما انها توفر فرصاً لتطوير التعلق والارتباط بين الوالد (والدة) والطفل ان التوجه الايجابي لهذا الاسلوب (جينر و McKarthy ١٩٩٥) يساهم مساهمة خاصة في دفع الآباء لتحقيق افضل ما لديهم خلال تقويم مهاراتهم الوالدية، كما انه يلعب دوراً هاماً، وعلى نحو مثال، في اي برنامج لاحق لاعادة التأهيل.

ومكمهون» عام ١٩٨١ بالاشارة الى استجابة موقفة وناجعة للتدخل العلاجي؛ وهي الاستجابة التي هي عبارة عن (٥٠) سلوكاً متركزاً حول الطفل كحد أدنى، و(١٠) سلوكيات موجهة له كحد أقصى خلال جلسة تستغرق (١٠) دقائق اي بنسبة ٥/١ في الخط القاعدة (١) غالباً ما تكون الحالة ان يصدر عن الأب الحال مرضياً ما يقارب من (١٠) سلوكيات متركزة حول الطفل و ٥٠ - ١٠٠ سلوكاً موجهها للطفل اي بنسبة ٥/١ - ١٠/١ وفقاً للخط القاعدي (٢). غالباً ما يعكس الأب الذي استجاب بنجاح للتدخل العلاجي هذه النسبة.

وهكذا يمكن ان تعطي هذه الطريقة حقائق وثيقة الصلة في مجال الاحوال المتعلقة بالاساعة للطفل ينبغي جمع الحقائق المعيارية فيما يتعلق بالمستويات القياسية للسلوكيات المترکزة حول الطفل والموجهة له، وذلك باستخدام عينة بريطانية لقد أثبتت دراسة من هذا النوع، رغم اعتمادها على عينة صغيرة عددها (٣٦) ان الامهات اللواتي يمتنعن بصحبة نفسية جيدة من الطبقات الاجتماعية III, IV, V وكان الاداء الفكري لاطفالهم ضمن الحدود الطبيعية (مقاييس كامل لمعدل الذكاء = ٨٠ - ٤٠ يتحقق معدل ٤٠ - ٥٠ سلوكاً متركزاً على الطفل و ٦٠ - ٧٠ سلوكاً موجهة للطفل اي بنسبة ٦/١ - ٢/١ خلال فترة ووفق المراقبة مدتتها (١٠) دقائق، وهذا شبيه الى حد كبير بنتائج الخط القاعدة في لعبة الوالد (والدة) / الطفل والتي بلغتها عينة الضبط الامريكية البالغة عددها (١٠٠) من الطبقة الوسطى والمهنية التي اجري عليها البحث (فورهند، ومكمهون ١٩٨١).

ان احدى المسائل المتعلقة بموضوع تقويم قدرة الأباء على التغيير هي امكانية وقوع تنبؤات غير صحيحة

الطفل (٦ - ١٠ جلسات اسبوعياً، مدة الجلسة ساعة ونصف) وتحدث هذه الجلسات كما تم وصفها في مقابلات سابقة (جنت ١٩٩٢، جينر ١٩٩٢).

التقويم التشخيصي:

(iii) (٢) (١٠ دقائق) نفس مضمون الخط القاعدي (١).

يركز مضمون جلسات المعالجة الأولية بشكل أساسى على لعبة الطفل مع انه يمكن تضمين لعبة الآباء إذا امكن ذلك، وخصوصاً اذا كان التصرف المشاكس من قبل الاطفال يعد موضوعاً ذو أهمية بالنسبة للطفل وهناك موضوع آخر يتم التركيز عليه وهو حافظ الآباء تجاه النشاطات المنزلية المطلوبة منهم واجزائهم إياها كما تتضمن الخطوة مراقبة إضافية للظواهر التالية:

١ - سلوك التعلق Attachment behaviour من قبل الوالد (والدة) والطفل.

٢ - الحساسية الوالدية Parental Sensitivity تجاه مختلف حاجات الطفل النامية ومكانته.

٣ - تفهم الآباء لمنطق لعبة الوالد / الطفل ومبادئها.

٤ - الدافعية الوالدية Parental motivation.

٥ - تقارير ذاتية والدية متناسبة مع مسائل الرقابة فيما يتعلق بحياتهم الخاصة اضافة الى دورهم كأبائهم.

٦ - العاطفة الوالدية Parental Affect.

ان المقاييس المستخدمة في تقدير وقياس نتيجة تقويم امكانية الآباء للتغير هي عبارة عن مقارنة بين محصلة التكرار الأولى للسلوكيات المترکزة حول الطفل وتلك الموجهة له والمدونة في الخط القاعدة (١)، وتلك المسجلة في الخط القاعدة رقم (٢) ومن الممكن ايضاً مقارنة التكرارات المطلقة المنجزة بالمعايير التي وضعها «فورهند

اكثر وبشكل ملحوظ مقارنة بأولئك الموجودين في الولايات المتحدة الامريكية، ولذلك يتوجب القيام بمحاولات لتقدير درجة التعميم التي يمكن تحقيقها في البيئات، ويمكن ان يشتمل ذلك على تسجيلات اضافية للخط القاعدة الذي تم إما في منزل العائلة او في مركز الرعاية الاسروية، او ما يعادله، او خلال نشاطات اخرى تقوم بها العائلة مثل اوقات تناول الوجبات الغذائية، واللعب ونشاطات الطفل الاعتيادية مثل الاغتسال والتبرج وتغيير الملابس.

تتضمن العوامل الوالدية المرتبطة بالتعيم السيء ما يلي: اداء وظيفي اشكالي Problematic Functioning و تاريخ تعلق عائلي ضعيف في مرحلة الطفولة، ضعف القدرة على التعلم، صحة سيئة، اداء والدي غير كفء في الماضي، سلوك ادماني Addictive behaviour، ضعف القدرة على التنمية، Insight لاحتياجات الطفل النهائية المتغيرة، تحقيق التكيفات السلوكية Behavioural adaptaiouy الملائمة لهذه الحالة، حالة نفور من المجتمع او تاريخ قضائي، دافع او التزام ضعيف تجاه الغير.

وهكذا فالتحسن ذو الاساس الاكلينيكي الذي يطرأ على الاسلوب الوالدي Parenting لا يبني بالضرورة بتعميم ناجح للمهارات المكتسبة حديثاً للعائلة وحياة الطفل العادمة اليومية.

(٣) الحفاظ على التغيير:

بالرغم من ان المعلومات التي جمعت عن طريق المتابعة ذات المدى الطويل والمتعلقة بالحفاظ على التغيير في السلوك الوالدي الناتج عن لعبة الوالد (والدة) / الطفل متوافرة للعينات الامريكية «فورهند، لوخي ١٩٨٨

بخصوص النتيجة على المدى البعيد، لقد تبين لي من خلال خبرتي على مدى ما ينوف عن عقد من الزمان انه من النادر ايجاد تحسن على المدى الطويل في أداء الدور الابوي في الاسر التي تفشل في التغيير خلال مرحلة التدخل العلاجي من لعبة الوالد (والدة) / الطفل ولكن يمكن مع ذلك وجود عنصر ذاتي التحقيق فقال هنا، كرأي خبير يقدّم في المحكمة كدليل يشير الى ان قليلاً من إمكانية التغيير الابوي ينشأ بشكل متكرر في حالة انفصال الآباء عن الأطفال.

لهذا السبب لا يمكن تقوم نتائج طويلة المدى في الاداء الوظيفي الاسريري ومن ثم فان القيام ببحث عملي اضافي لمتابعة الحالات يصبح امراً ضرورياً.

ان الامر الاكثر شيوعاً هو ان نجد ان التغيير في الاتجاه المرغوب ينبع عن المعالجة بلعبة الوالد / الطفل، لكنه لا ينبع ذلك تغيير معمم يمكن المحافظة عليه من قبل الوالد (والدة) في المنزل. ولهذا فإنه وعلى الرغم من كون المعلومات الناتجة عن استخدام لعبة الوالد (والدة) / الطفل للتقويم التشخيصي على مبدأ معالجة حالة فردية، بدون شك مفيدة ووثيقة الصلة بتبنّي امكانية الآباء على التغيير، غير أنه يجب اعتبارها فقط كجزء من الحقائق الضرورية لتكوين عبارات دقيقة فيما يتعلق بتعميم المهارات الوالدية المكتسبة حديثاً على المحيط الطبيعي والمحافظة على تلك المهارات.

لقد تبين في العينات الامريكية: ان التعميم المبني على اساس اكلينيكي يحدث بدون تدريب اضافي معين للمهارات الوالدية ضمن البيئة الطبيعية (مكمهون، وفورهند - ١٩٨٤).

و غالباً ما يكون الآباء الذين تمت احالتهم في قضايا تتعلق بحماية الطفل في بريطانية يعانون من خلل وظيفي

والتعزيز الاجتماعي Social Reinforcement والتعليقات Comments التي تمكن الوالد (والددة) من اقامة صلات معرفية بين سلوكهم الابوي التمحور حول اطفالهم من جهة واستجابة اطفالهم الاجتماعية من جهة اخرى تزداد بشكل كبير.

كما ازداد ايضاً اثناء مرحلة المعالجة المطولة Extendel Treatment Phase معدل تعليقات المعالج والتي تعكس سروره وسعادته في مراقبة التفاعلات Emotionally Rewarding Interactions الجزرية عاطفياً بين الوالدين والطفل. غالباً ما يسمح الآباء خلال تعاملهم مع ابائهم خارج محيط العيادة صدى صوت الاخصائي العلاجي، ويجدون هذه التقنيات المعرفية مفيدة جداً في حفظ التغيير الذي طرأ على سلوكهم.

ان اسلوب تطبيق قسم مقابلة الوالد والتي مدتتها (٤٠) دقيقة ضمن لعبه الوالد (والددة) / الطفل هامة (لي) هذا القسم فترة الدقائق العشر من التوجيهات المباشرة من خلال ساعة صغيرة وبحضور الطفل. ويدعو فورهند ومكمهون (١٩٨١) الى التركيز على أساليب توجيه الطفل، كما يؤيدان ابقاء التركيز على المستوى السلوكي. لكنه مع الاسر التي تعاني خللاً وظيفياً اسرياً Dysfunctional Families بشكل اكبر، والمخاللة الى برنامج حماية الطفل يمكن تطبيق المقابلة بشكل مشر جداً لمعالجة مشكلات الآباء الصعبة العصبية على الحل والمرتبطة بموضوع التعلق اثناء طفولتهم وهكذا يبدو بالتأكيد ان بامكان هذه اللعبة زيادة التعميم الناجع.

فإن المعلومات المماثلة في العينات البريطانية لم تنشر بعد رغم ان العائلات المماثلة والتي تطبق عليها اللعبة تعاني خللاً وظيفياً Dysfunctional بشكل اكبر بكثير. ان الزمن اللازم للاحظة المهارات الابوية المكتسبة ورصدها حديثاً مهم جداً اذا اردنا تحديد نتائج التتابع بشكل يمكن الاعتماد عليه.

بعد التحسن الأولي يحدد زمن مدته ثلاثة اشهر للتقديم عن طريق المعالجة وذلك لتقييم المحافظة على التعديل على مدى اطول. وبالرغم من ان التغيير يمكن ان يكون قد حصل في العادات الاكلينيكية فينبغي التأكيد على شمولية ذلك التغيير للمنزل ذاته من خلال مراقبة مباشرة في حال عدم حصول ذلك التغيير. ومع ذلك فان دراسة ضيقة النطاق اجريت في بريطانية اظهرت نتائج مماثلة للحالة الامريكية (وايلد ١٩٩١، Whild).

(٤) نقاط أساسية لمدخلات المعالج النفسي Profile of therapist input

كما تكون اطبع اكلينيكي لدى مرور الوقت مفاده ان عدد التلقينات الكلامية (اللفظية) Verbal prompts التي تعطى للوالد (للوالدة) عن طريق «الميكروفون» تأخذ بالتناقص التدريجي. ولكن الحاجة الى التعزيز الایجابي Positive Reinforcement والمكافأة النمطية الثابتة Lavelled من قبل المعالج تستمر بمستوى ثابت بل وقد تزداد. كما كان على سبيل المثال، معدل تعليمات وتلقينات المعالج في احدى الاسر خلال جلسة المعالجة الأولى (٣٠ تلقيناً) كل عشر دقائق من فترة الهمس بالأذن. وقد انخفض هذا المعدل الى (٧) تلقينات في الجلسة الثامنة، لكن وجد ان المكافأة النمطية الثابتة

جدول (2) التطبيقات الفعلية والمحتملة للعبة الوالد (والدة) / الطفل

التطبيقات الفعلية:

- ١ - معالجة نقاط العجز التي يعاني منها الآباء.
- ٢ - التقويم التشخيصي لنقاط العجز عند الوالدين.
- ٣ - تقويم قدرة الأبوين على التغيير.
- ٤ - علاج الأطفال الحالين إلى الطب النفسي.
- ٥ - حالات في مجال الاعتداء على الأطفال وحمايتهم.
- ٦ - حالات ضعف القدرة على التعلم.
- ٧ - تدريب أعضاء الرعاية المباشرة.
- ٨ - مرضات رعاية.
مثلاً - ممرضات رعاية.
- ٩ - عمال اجتماعيون Social Workers نهاريون ومتقون.
- ١٠ - آباء بال التربية Foster parents أو بالتنشئة.
- ١١ - آباء بالتبني Asoptive Parents.
مثلاً - طبيب نفسي Psychiatrist.
- ١٢ - عمال اجتماعيون.
- ١٣ - مراقبو صحة.
- ١٤ - علماء نفس اكلينيكيون Clinical Psychologists.
- ١٥ - مرضى متخصصون بالطب النفسي Psychiatric nurses.
- ١٦ - زيادة مدى العمر:
مثلاً: رؤية الأم والمولود فترة من ٠ - ١٢ شهراً.
- ١٧ - رؤية الوالد والطفل (الأطفال) لفترة من ١ - ١٢ سنة.

التطبيقات المحتملة:

- ١ - التدريب الوالدي في فناء المنزل.
- ٢ - تدريب الآباء قبل الإنجاب Antenatal Parent Training.
- ٣ - تدريب المدربين Training Educationists.
- ٤ - إدخال هذه اللعبة في التعليم السائد بكلفة مستوياته.

الطفل بشكل متزايد، يزودون آباءهم بتغذية راجعة Feedback تؤدي الى رؤية الطفل على انه انسان محبوب ومحب، ومطبع اكتر كما يخضع الطفل ايضاً لظاهرة مماثلة، لذا فان التبادلية المشتركة ضمن علاقة الوالد (والددة) / الطفل يمكن ان تتقل من كونها علاقة نفور وغضب وسلبية الى علاقة متسمة بالتعاون والانسجام والسرور العام.

تطبيق لعبة الوالد (والددة) / الطفل:

هناك العديد من التطبيقات الفعلية والمحتملة للعبة الوالد (والددة) / الطفل، كما تظهر في الجدول رقم (2) يحصل كما هو واضح توسيع ملحوظ في تطبيق لعبة الوالد (والددة) / الطفل، مقارنة باستخدامها الحقيقي (فورهند، ومكمرون ١٩٨١) لكن تبقى هناك آفاق هامة جديرة بالبحث فيما يتعلق بتطبيق هذه اللعبة، وهذا يتضمن تطبيق منزلي - الاساس، وتطبيق ما قبل الولادة والتطبيق التعليمي.

(٥) نموذج استجابة الاطفال تجاه آباءهم:

يمكن ان يتغير سلوك تعلق الاطفال النفطي Verbal واللالفطي Nonverbal بآباءهم بشكل ملحوظ عبر جلسات المعالجة، ويمكن ان تزداد الابتسamas وكذلك التقارب الجسدي Physical Closeness التعاوني المشترك Cooperative Play ودفع التحيات .Warmth of greetings

كما يلاحظ في الغالب تراجع متزامن لسلوكيات الطفل عن الافرق وذلك بما يتعلق بسلوك المشاكسة والخروف، والقلق (العدائية) وتجنب الوداع. غالباً ما يترافق ذلك بتحول في وظيفة العائلة Family Function ليس على المستوى السلوكي فحسب، بل وعلى نطاق السمات الأساسية الى حد كبير، حيث تتلاشى تسمية «شيطان» لتحمل مكانه كلمة «حبيبي». ويبدو ان الاطفال باستجابتهم بشكل ايجابي واضح لاسلوب ابويهم التواصلي والتفاعلية والمحمور حول

مركز الدراسات النفسية والنفسانية - الجامعية Centre d'Etudes Psychiques et psychoSomatiques C.E.P.S

الدليل النفسي العربي



رغبة منه في تسهيل التواصل والتعاون بين الاباحثين العرب في مجال العلوم النفسية قام م، د. ن. باصدار هذا الدليل وضمنه الفصول التالية:

- الكتاب النفسي العربي.
- مختبارات الاصدارات.
- دور النشر العربية.
- الجوائز العربية.
- كشاف مواضيع الثقافة النفسية.
- الاطباء النفسيين العرب.
- الاختصاصيون النفسيون.
- الجمعيات العربية.
- المجالات النفسية.
- الاختبارات العربية.

يطلب من طار النهضة العربية

رؤيه نفسية لمفهوم السيطرة

إعداد/د. آمال عبد السميم باطله^(٤)

يعنى المرونة في الصورة التي يديها الفرد عند التعامل مع الآخرين مثل التسلسل الوظيفي او القرارات الفوقيه في مجتمعاتنا.

ومن المعروف ان الفرد السوي يتميز بالمرونة في مقابله المواقف والتغيرات وبالتالي كلنا نمارس النمطين (السيطرة - والخضوع) من موقف لآخر وتحدد درجة الانحراف او الاضطراب بالجمود على نمط ثابت، والдинاميكية في الشخصية تعنى تغير الأدوار وتقبلها وليس دائماً الفرد موجوداً في نمط ثابت (خاضع او مسيط) في مقابل الفرد الآخر الذي يتعامل معه او الجموعة او اكثر، فهذه الطريقة مقتضى عليها بالفشل في إقامة علاقات حميمية بين الأفراد وطالما ان العلاقة محددة بناء على رأي وفكرة فرد محدد وفي اغفال لآراء الآخرين، وأحياناً ما يليجأ الفرد الى اظهار السيطرة والسيادة او التسلط على الآخرين كتعويض عن نقص او محاولة لتأكيد الذات وتحقيقها على حساب آراء وأفكار وسلوكيات الآخرين وهذا يخالف ما شاع من قوة الفرد المتسلط.

فالقوة في الشخصية هي القدرة على ضبط اسلوب

(٤) أستاذ الصحة النفسية المساعد ورئيس قسم علم النفس ب التربية كفر

الشيخ

تعتبر السيطرة في بعض الآراء بعداً أساسياً في الشخصية وتوجد في العديد من اختبارات الشخصية المعروفة مثل اختبار (برنوريت) وختبار (PF 16) وغيرها من اختبارات الشخصية ويقابل السيطرة الخضوع على الطرف الآخر اي انها سمة ذات قطبين، ويختلف الأفراد في درجة وجود هذه السمة وتعنى إخضاع الآخرين للرأي والالتزام والوقوف في وجه تحقيق الرغبات وتعنى الضبط والتحكم في السلوكيات بوسائل شتى مثل القانون ولوائح الرفض والمنع وقد الثقة من المحيطين في أنفسهم وسلبهم أدوارهم النسوبة اليهم او تقليصها.

والسيطرة وجهان يختلفان ومنها وجهه لمعالجة الاستقراء الاجتماعي وضمان تقبل الأفراد وتمثيلهم في السلطة وما يفرض عليهم من واجبات ومالهم من حقوق والتزامات اجتماعية مثل حفظ النظام والأمن والتنظيم للعلاقات وخلافه.

ويختلف استعمال الطرفين (السيطرة - الخضوع) او الذهاب والعودة فيما بينهم يعنى ان الموقف هو الذي يفرض السيطرة او الخضوع فاحياناً ما يحتاج الموقف الى السيطرة والتسلط من جانب فرد لآخر واحياناً اخرى يخضع الفرد لآخر الذي كان في الموقف الآخر متسلطاً

ويلاحظ انه كلما زادت درجة فرض الرأي او الفكر او التدخل في حياة الفرد كلما تناقضت مع طبيعة حياة البشر، وبالرجوع الى الأديان السماوية وهي اكبر واشمل منظمه وهنئم لقدرات الفرد واستعداداته، فهي من عند خالقه تقوم على الارتفاع الفكري ومخاطبة العقل والفرد وليس على الاجبار والفرض والهيمنة وتعطى العبر والقصص من الأمم السابقة او التدرج في المسالك، والدين الإسلامي شمل كل ما يتعلق بعلاقة البشر بعض من معاملات وميراث وحدد العلاقات بين الآباء والأبناء وذوي الرحم.

وسيطرة فكرة معينة او تسلطها على الفرد تصبح اتجاهاته وآرائه بصيغة محددة وتكون دافعة لسلوكه واتجاهاته ومحددة لقيمه. والنسل الفكري المسيطر على الفرد يعني جانبه المعرفي او اسلوبه المعرفي، واحياناً تسلط الفكرة بصورة لا يستطيع الفرد ايقافها او السيطرة عليها كما في الافكار الروسوسية القهريّة في حالات العصاب القهري او فكرة الفرد عن ذاته وتقديرها كفكرة الاضطهاد لدى مرضى الفحش والصرع ومشاعر الذنب العالية لدى مرضى الاكتئاب وغيرها.

ويلاحظ على مستوى الشعوب والقوميات كلما زادت السيطرة على افراد الشعب دلل ذلك على تخلف تلك الشعوب بقهر افرادها.

واذا نظرنا الى العلاقات بين القوميات وبعضها نجد ان سيطرة وليس تسلطها فقط حيث ان السيطرة اكبر شمولاً وعمقاً من التسلط.

وفي تربية الاطفال مهم لتعديل السلوك وتعليمهم على الامتثال للأوامر التي تحقق فائدة لذاته ومجتمعه

التعامل مع الآخرين وسعادة الفرد لا تفصل عن سعادة المحيطين به، وكذلك ضبط الانفعالات. والمعنى الحاطئ للتربية الذي يعني القولبة والتماذج الثابتة هي المسئولة عن اعتبار الهيمنة والسيادة هي الطريقة المثلثي للتربية، ولكن التربية تعني التنمية لجميع جوانب الشخصية بما فيها الثقة بالنفس وحرية الرأي والتفكير وتأكيد الذات واستثمار طاقات الافراد حسب ميلهم واهتماماتهم وهذا يفتح الطريق امام الابتكار والابداع والفرد على عكس السيطرة التي تؤدي الى التقليد والتكرار وعدم امكانية التفكير. واحياناً اذا زادت درجة السيطرة والتسلط تولد الشعور العدائي والعدوانية عند الطرف الآخر الذي يعتبر بمثابة الضحية، وربما تزاح تلك العدائية او العدوانية وتأخذ صوراً كثيرة الى الخارج في صورة مباشرة وغير مباشرة او الى الداخل كما هو في نظرية (فولدس) للعقابية الداخلية والخارجية التي تشمل كل صور العداء المرتد للذات وللآخرين كما اظهر فولدس علاقة ذلك بكل الاضطرابات الوجودانية والسيكوسوماتية.

وبنطه اكثر دينامية للفرد المسيطر والتسلط يتغير تكوين عكسي للضعف في بعض الجوانب أو تغيرات الشخصية الأخرى فيبدأ في الدفاعات بفرض السيطرة على الآخرين ولنوع من الهروب من مواجهة مفهوم ذاتي سلبي ثم تنتهي ولاقي التعزيز في مرحلة الطفولة أو تعبر عن معاناة من سيطرة سابقة، ويظهر ذلك في دراسة تاريخ حياة الفرد في صورة تطوير، حيث يظهر مكانيزم الانكار عند السؤال لبعض الأفراد والمسيطرین بفكيرهم حيث يمارس هذا السلوك بشكل هيراركي (هرمي) في كافة الجماعات والهيئات والادارات.

- * رغبة الآباء والأمهات الدائمة بطبع ونسخ نفس طباعهم وسلوكياتهم في أولادهم رغم انهم تكتونيات وشخصيات مختلفة.
 - * سوء فهم الآباء والأمهات لدورهم في توجيهه ورعاية أولادهم.
 - * فهم الآباء والأمهات للدور الابناء هو الطاعة والتنفيذ دائماً، وهذا غير مستطاع تربوياً فain الفردية والابتکاریة وتأکید الذات، وعملية الفرض والالتزام عائق للتعبير الانفعالي وحرية التفكير، ثم مصادرة اراء الاطفال تعني الاحباط والفشل ويلجأ الطفل الى التفكير السلبي بطرق غير مرغوبة.
 - * المهام التي يفرضها الآباء على الابناء لا بد ان تتناسب مع امکانياتهم الشخصية بكلفة جوانبها.
- واطاعة اولي الأمر، بحيث لا تکبح رغباته وتحقيق مطالبه ومبوله.
- والوجه الآخر وهو المنع والصد وتجريدهم من آرائهم وادوارهم مثل التسلط والسيطرة على الابناء في طريقة التعامل واختيار الاصدقاء وتحديد هويتهم الثقافية والعملية بطريقه فيها اجراء، وربما يرجع هذا النوع من التوجيه من جانب الآباء للأسباب الآتية:
- * الخوف الشديد على الأولاد.
 - * اسلوب التربية الصارم المتسلط الذي عهده الآباء من قبل.
 - * الآباء دائمآ ينشدون الكمال في ابنائهم الذي افتقدوه في انفسهم.

معجم العلاج النفسي الدوائي

يعرض هذا المعجم للأدوية المستخدمة في عيادات الطب النفسي من خلال تصنیف هذه الأدوية بحسب مفعولها العلاجي وذلك من خلال الفصول التالية:

- | | |
|--|--|
| ٦ - المنشطات النفسية ٧ - مضادات باركنتسوف ٨ - مضادات التشنج ٩ - عقاقير نفسية أخرى ١٠ - الأدوية النفسية المركبة | ١ - تصنیف الأدوية النفسية ٢ - الأدوية المعلقة ٣ - مضادات القلق ٤ - مضادات الاكتئاب ٥ - الأدوية المنومة |
|--|--|

ويتخلل العرض تصنیف الأدوية في عائلاتها الدوائية وعرض لاسمائها العلمية والتجارية ومحالات الاستخدام وجرعة الاستعمال والأثار العلاجية والسلبية. بحيث يعتبر هذا المعجم من المراجع الأكاديمية الهامة للاطباء العامين والداخليين وللصيادلة ولطلاب الطب والصيدلة وعلم النفس والطب النفسي. والكتاب من تأليف أ.د. محمد احمد النابلي و هو صادر عن دار ومكتبة الهلال ويمكن طلبه على عنوان الدار او المجلة او موزعيها في الدول العربية.

من اخطاء التشخيص السكارى

هوس التشخيص المزاجية Affectophilie

د. محمد احمد النابسي

١ - العودة الى اليابيع:

يلعب الطب الفلسفى دوراً حاسماً في تصنيف الامراضيات فحين يصر الطب التقليدى على الربط بين الاعراض المبدية حالياً وبين السوابق المرضية فإنه يعتبر ان هنالك سيرورة مرضية اساسية هي بمنزلة البنية الذي تتفرع عنه جداول قد تغوص في باطن الارض لتفجر بعد مسافة ما ليبدو وكأنها ينابيع حقيقة. ومن هنا نجد ان الانتقاد الرئيسي للتصنيف الظواهرى يتركز حول قوله اعتبار الجداول (اي المظاهر الحالية) امراية قائمة بذاتها. فاصلاً بذلك بينها وبين منبعها الاصلى (السوابق المرضية المساعدة في ظهور المظاهر الحالية).

ولعلنا بحاجة الى مثال محدد حول الاشكالية القائمة على اختلاف التصنيفات. ولعل مثال النوراستانيا (Neuro-Asthénie) هو الاكثر دلالة في هذا السياق. حيث نلاحظ ان التصنيفات الاميركية المتألقة (DSM) قد تجاهلت هذا العصب ووزعت مظاهره على فئاتها المرضية الاخرى. وهذا التجاهل يعود الى محاوالتها تجنب الاحراجات (التي تنسف نظريتها الظواهرية -

ملخص:

ظهر مصطلح Affectophilie مؤخراً في الادبيات السيكاتورية ولاقى قبولاً واسعاً في الاوساط الاختصاصية. دلالة هذا المصطلح تلخص بان هنالك تسرعاً في تشخيص اضطرابات النفسية ضمن اطار اضطرابات المزاجية. دون مراعاة واقع ان اي اضطراب نفسي يستتبع معه جملة اضطرابات ادراكية تتعكس على صعيد المزاج اول ما تعكس. الامر الذي يقتضي التفريق بين مظاهر اضطراب المزاج الثانوية (العوارض) وبين الاساسية منها (امراضيات مزاجية). لكن هذا التفريق تعرض للإهمال بسبب سيطرة النظرية الظواهرية (التي تهيمن على التصنيف الاميركي لاضطرابات العقلية وعبره على ممارسة معظم الاطباء النفسيين في العالم). فاستناداً الى هذه الظواهرية يمكن تبسيط الامور واعتبار كافة اضطرابات التي تتجاوز للعلاج بالادوية معدلة المزاج بمنزلة اضطرابات مزاجية. وحول هذه النظرة التبسيطية - الاختذالية نقدم هذه المساعدة.

الهلعين يعانون من اضطرابات مزاجية في حين لا نجد هذه الاضطرابات لدى الباقين. حتى ان آلاف الابحاث تدور اليوم لوضع اسس التشخيص التفريقي بين الحالتين.

في تجربتنا الشخصية لا نزال نعتمد تشخيص التوراستانيا ما يجعلنا بعثرة الاعراض على عدة خانات مرضية. وبذلك يتاح لنا الفرق بين حالي التوراستانيا: ١ - فقد المودة و ٢ - النزقي عن طريق اختبار شيلونغ (Schellong). حيث يتم قياس ضغط المريض في وضعتي الوقوف والاستلقاء. حيث يمكن لغيرات الضغط ان تم في احد اتجاهين:

- ١ - منخفض النشاط: نزقي، وسوسي، هيستيري / نوراستاني) - (Hypodynamic) حيث يزداد نبض القلب في وضعية الوقوف وتترافق هذه الزيادة مع انخفاض ارقم الضغط الانقباضي والانبساطي.
- ٢ - منخفض الحيوية (Hypotonic) - (فقد المودة العصائي). حيث نلاحظ انخفاض الضغط الانقباضي وارتفاع الضغط الانبساطي مع تسارع النبض ايضاً.

البراغماتية). وبذلك وقع التصنيف الاميركي في فخ اطلاق عدة تسميات على المرض الواحد. اذ ان توزيع اعراض التوراستانيا على خانات القلق والهستيريا الاقلابية ووساوس المرض اعطى لهذا المرض تسميات وتشخيصات متعددة. لكن العادي لا يزال يصادف لغاية اليوم حالات تتبدى فيها الاعراض التقليدية الكاملة لعصاب التوراستانيا. مما يدفعه للتساؤل: اين اخفى التصنيف الاميركي «التوراستانيا»؟

ولدى التعمق نجد ان شكل التوراستانيا المتميز يفقد المودة العصائي يقترب من حالة انعدام المراج في التصنيف الاميركي لكننا نجد هذه الاضطرابات المزاجية نفسها في خانات اميركية اخرى مثل اضطرابات الشدة عقب الصدمة (P.T.S.D.) او في تاذر الاستنفذ المزمن. اما بالنسبة للشكل النزقي للتوراستانيا فاننا نجد ما يعادله في خانة الهلع (Panic). وغني عن التأكيد بأن هذا التداخل والتجلل من شأنهما ان يؤديا لاريال التشخيص اذ ان اشكالية عالية التردد تطرح نفسها في حالات الهلع مثلاً. حيث يلاحظ العياديون ان قسماً كبيراً من



جدول مقارنة انماط ردود الفعل امام اختبار شيلونغ.

٤ - بدايات الشك:

بدأت الشكوك حول تسع الأطباء والمعالجين النفسيين بوضع تشخيص الاضطراب المزاجي (Affectiv Disor) من ملاحظة غلبة تشخيصات الاكتئاب عند النساء. ويومها طرح الموضوع على التحور التالي: ان الذكور يسيطرؤن بصورة طاغية على مهنة العلاج النفسي (خصوصاً الطب) ولعله من السهل على الرجل ان يتعمّل بوصف امرأة - تبليه شكاوى مبالغة (من وجهة نظره كرجل) وميلية بتفاصيل (لا ينتبه لها الرجل عادة) - على انها مكتتبة. ويدرك اصحاب هذه الفرضية بأن تشخيص هيستيريا ظللآلاف السنين قصراً على المرأة بل انه استمد اسمه منها (الرحم Hystra ليؤكد وجود حالات هيستيريا رجولية ولمؤلف كتاباً عنها (L'Hystérie Virile).

انطلاقاً من هذه الشكوك قامت دراسات عديدة بالتحقق من هذا الموضوع وهي خلصت الى نتائج تفيد طبعاً الجنس الانثوي في نسب الاصابة بالاكتئاب الا ان هذه الدراسات بيّنت ان هذا الطغيان لا يعود فقط الى اسباب بيولوجية بل ترافقه اسباب تربوية (حيث تربى الفتاة على نعومة التصرف وجلب الاعجاب) وايضاً الى اسباب اجتماعية. حيث لحواء الرجل الى طلب المساعدة النفسية لا يتم الا بعد مقاومة تفوق كثيرة مقاومة المرأة.

٣ - انتشار الفرضي:

لقي مصطلح الاكتئاب المقنع (Masked Depression) الذي يطرحه بول كيلهولز Kielhobz (P) قبولاً واسعاً في اوساط الطب العام. فهذا التشخيص يغطي العيادات الطبية من مأذق المرضى غير المصنفين (اي الذين لا يوجد اساس عضوي لشكواهم المرضية

بحيث لا يمكن للطبيب تصنيفهم في اية خانة مرض عضوي). وبذلك انتشر هذا المصطلح انتشار النار في الهشيم. دون ان يلاحظ احد فقدانه للدقة وعدم قدرته على تكوين خاتمة امراضية خاصة به. وهو في المقابل يدرج في اطار «الاضطرابات المزاجية». ولو نحن راجعنا الاحصاءات العالمية حول اعداد المرضى غير المصنفين والمتردددين على العيادات الطبية لرأينا ان نسبة هؤلاء تقارب الـ ٥٢٪ من زوار هذه العيادات. وهذا يعني ان اعتماد تشخيص الاكتئاب المقنع ادى الى تصفيه هذا العدد الهائل من المرضى كمضطربين مزاج! الامر الذي يبرر طرح قضية هوس التشخيصات المزاجية. خصوصاً وان ذلك اقترن مع لحواء الاطباء الداخليين الى وصف مضادات الاكتئاب ووصولهم الى قناعة مفادها ان كل اضطراب يستجيب للعلاج بهذه الادوية هو اضطراب مزاجي!

٤ - محاولات التعقل:

ان عدم تصفيه اضطراب جسدي ما في احدى الحالات المرضية المعروفة لا يعني بالضرورة كونه انعكاساً لحالة شديدة (Stress) او لضغوطات نفسية او كونه اكتئاباً مدقعاً. فالاحتمالات اوسع من ذلك بكثير. فمن الممكن ان تكون هذه الشكاوى الجسدية اعلاناً عن مرض جسدي معروف في طريقه للاستقرار. او قد تكون اعلاناً عن مرض جديد غير معروف سابقاً وغير ملاحظ في جداول التصنيف. هذا ويشير العديد من المؤلفين الى ميل الاطباء الداخليين لاعتماد تشخيص الاضطراب النفسي المظاهر جسدياً امام الاضطرابات والشكاوي غير المصنفة. ومن هنا كان ازدهار تشخيص «الاكتئاب المقنع» الا انهم يشيرون ايضاً الى اعتماد هؤلاء الاطباء نصيحة علاج المرضى، من هذا النوع، بالمهديات البسيطة وبجرع صغيرة من مضادات

واضطراب الضغط والصداع وغيرها من المظاهر التي تشكل شكلاً منشكلاً معظم المرضى بالاكتئاب المقنع. وهي أيضاً تولد لديهم عصابة الوساوس المرضية (Hypochondria) الذي يصل أحياناً إلى حدود رهاب الموت (Tnatophobia) ونوبات الهلع (Panic). وانطلاقاً من هذه المعطيات كانت اعترافاتنا على التصنيف الأميركي في بداية هذه الورقة وعلى بعثرته لهذه السلسلة المتسلسلة من العوارض على خانات متباينة.

ج - الاختبارات البيوكيميائية: وتتعدد هذه الاختبارات بتنوع نظريات الاكتئاب والقلق. بما يطرح خلافات نظرية في غاية التعقيد تعكس عيادياً في خلافات تشخيصية وانتقادات حادة للتصنيفات المطروحة. فإذا ما أضفنا إليها النظريات الدينامية وفي مقدمتها التحليل النفسي (الذي يتكلّم عن علاقة بين الاكتئاب والموضوع) لوجدنا أننا في غاية من الجهل لا تختلف كثيراً عن طب الشعوذة في القرون الوسطى. ولرأينا الرابط الوحيد هو براغماتي ويرتكز إلى فعالية الأدوية (مضادات الاكتئاب في هذه الحالة) في مساعدة المريض.

على أيّ حال فإنه من المهم أن نعدد بعض هذه الاختبارات البيوكيميائية وأهمها:

١ - حقن الالكتات الوريدي أثناء النوم لاختبار معاناة الهلع لدى المرضى.

٢ - قياس نشاط مستقبلات الأدرينالين «عن طريق كلونيدين» معالج بالتربيتوم ويوجهه معالج بالتربيتوم» وهو يبين أن عدد مواقع الالتصاق لدى القلقين أقل منه لدى الأكتئابيين.

الاكتئاب دون تمويلهم إلى العيادة النفسية. وتترجم عن ذلك مفاجآت غير سارة.

لما كان هذا الواقع من واجب الباحثين النفسيين العمل من أجل تعديل (Mentalization) هذه الأوضاع. دون أن يعني ذلك التخلّي عن انجاز أفراد خاتمة الحالات («الاكتئاب المقنع») وقد اتخذت محاولات التعديل هذه اتجاهات مختلفة سنذكرها في ما يلي:

أ - استخدام اختبار قمع الديكساميتازون في تشخيص الحالات الاكتئابية: ويتلخص هذا الاختبار بمحاولة تخفي قدرة الجسم على قمع الكورتيزول الاضافي. بحيث يعطي المريض جرعة ديكسا ميتازون مساء ثم تبدأ من صباح اليوم التالي قياس نسبة الكورتيزول لديه كل نصف ساعة. فإذا نجح الجسم في التخلص (قمع) الكورتيزول فإن ذلك يكون عنصراً سلبياً لتشخيص حالات الاكتئاب الداخلي (Endogenous). وفي حال فشله فإنه يدعم هنا التشخيص ومعه الاكتئاب المقنع الذي يعتبر نوعاً من أنواع الاكتئاب الداخلي المظاهرة جسدياً.

ب - استخدام اختبار شيلونغ (المشار له أعلاه) وأيضاً اختبار اضعاف الموجة (T) في تخطيط القلب: حيث يتم التخطيط في وضعياتي الوقوف والاستلقاء ومقارنة الفارق في ارتفاع هذه الموجة في التخطيطين. وهذا الاختبار يعكس عدم ثبات الجهاز العصبي الباتي (Neuro-Vegetaliv Lability) ويردّد الفاحص إلى تشخيص التحسّس المزمن للجهاز العصبي (أي التوراستانيا). وهو بذلك يخلصان هذا المريض من احتمالات ادراجه في خانات الاكتئاب. هذا وتزداد أهمية هذه الاختبارات عندما نعلم أن عدم ثبات هذا يتزامن مع مظاهر نباتية مثل الدوار وتسارع النبض

٦ - اخطاء تصنيفية ومناقشات تتعلق بالامراضية الاضطرابات المزاجية:

تجرى راهناً سلسلة من الابحاث بهدف التحديد الموضوعي لهذه الاضطرابات وتتراوح ميادين هذه الدراسات ما بين الهندسة الوراثية (تحديد الجينات) والغددية - الهرمونية (خصوصاً اواليات عمل السيروتونين والدوبيamine). بالإضافة الى محاولات تتبع التبديات المبكرة والعلامات المهددة لظهور الاضطراب المزاجي. وهذه الابحاث ستكون كفيلة بحسب الجدل النظري القائم حول تصنيف هذه الاضطرابات وتشخيصها.

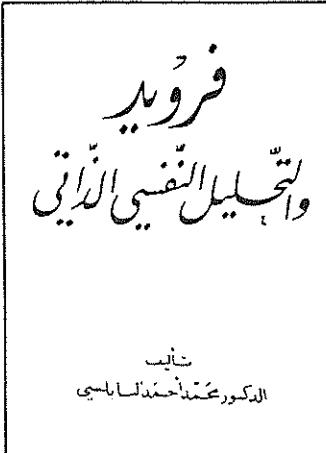
تشير البحوث الى فعالية هذه العلاجات في تحسين الحالة المزاجية لمضطرب المزاج، لكن استخدامها يشهد امتداداً واتساعاً متناسقاً مع اخطاء التشخيص ومع هوس التشخيصات المزاجية. مما يتعارض في احياناً كثيرة مع مبدأ «الفائدة مقابل المخاطرة». حيث يحمل المريض مخاطر هذه الادوية دون تحديد فائدة علاجية محددة بالدقة اللازمة. وغنية عن التعريف الاثار الجانبية لادوية مثل املاح الليتيوم ومضادات التشنج.

فرويد والتحليل النفسي الذاتي

هل يمكن للشخص ان يستخدم التحليل النفسي ومبادئه العلاجية كي يعالج نفسه بنفسه؟. الم يقدم فرويد بمثل هذا العلاج حتى اكتشف ذاتياً معاناته من عقدة اوديب؟ لكن فرويد اشترط ان يتم التحليل تحت اشراف محلل فكيف استثنى نفسه من هذه القاعدة؟ وهل نجح في هذا الاستثناء؟. ما هو رأي كاربن ماكوفر بالعلاج الذاتي عن طريق التحليل النفسي؟. كيف يمكن للشخص ان يسترجع المبادئ التحليلية متى يصل الى مرحلة ترهله لعلاج نفسه بنفسه؟

على هذه الاسئلة يجبجيب كتاب "فرويد والتحليل النفسي الذاتي" الذي يحاول وبطريقة بسيطة ان يساعد القاريء العادي على الاستفادة من مبادئ التحليل النفسي لعلاج بعض صراعاته ومشاكله الذاتية. هذا البسيط يجنب القاريء الغوص في مذاهب الانتقادات النظرية المرجهة للتحليل النفسي حيث يكتفي المؤلف بنظرية كاربن هورني التي آثرت الابتعاد عن المصطلحات والشروط الصعبة لصالح يسيط التحليل النفسي حتى يكن لاكبر عدد من غير المتخصصين الاستفادة منه. بعيداً عن اريكة التحليل وعن المدة الزمنية الطويلة التي يستغرقها التحليل التقليدي. الكتاب يقع في ١٥٠ صفحة من المعجم الوسط.

يطلب من دار النهضة العربية



ال طفل في ظل الاسرة الكحولية رؤيه نفسية - علاجية

د. محمد قاسم عبد الله^(١)

د. وليد أحمد المصري^(٢)

Short 1988، وفي دراسة اخرى كل طفل من خمسة اطفال يعاني من الكحولية المرضية (Roosa, et al 1988) واذا احصينا ست اسر في الولايات المتحدة الامريكية فان الاسرة السادسة تعاني من ادمان الكحول سواء بالنسبة لاحد الابوين او كلاهما. (Goodwin 1998) وبالتالي فان الحديث يتعلق بـ ٣٠ مليون اطفال. لقد احصت الدراسات في الولايات المتحدة الامريكية ما يتراوح بين ١٠ - ١٤ مليون طفل يعانون تحت سياط الكحولية اللعين (المراجع السابق) علاوة على ذلك فان الاطفال الذين ولسوء حظهم - لديهم أباء وامهات مدمونون على الكحول عرضة لكثير من المشكلات الصحية والنفسية المختلفة بصورة اكثـر مقارنة باقرانهم الذين يعيشون في كنف اسر سليمة لا يعاني افرادها ادمان المشروبات الكحولية (Johnson, Montgomery 1989).

لقد اظهرت الدراسات المقارنة التي تناولت عينة من الاطفال الذين يدمـن ابواهـم الكحـوليـة بشـكل مـرضـي مع

(١) مدرس الصحة النفسية ووكيل كلية التربية في جامعة حلب.

(٢) مدرس علم النفس التربوي في كلية التربية بجامعة حلب - سوريا.

تعتبر مشكلة ادمان الكحولية من المشكلات الخطيرة التي تعصف بكيان الاسرة وتهز اركان تماسكها، فهي مرض اجتماعي خطير يؤثر بشكل سلبي على نسج العلاقات الاجتماعية والانتاجية السائدة في المجتمع. لقد ادى التطور المعرفي الهائل والتقدم التكنولوجي الى تعدد المشكلات التي تواجه انسان هذا العصر وبالتالي هروبـه الى عالم الادمان للتخفيف من وطأة الظروف التي يعانيها الأمر الذي ادى الى تزايد الاطفال الذين يعيشون في كنف اسر يعاني احد الوالدين من الكحولية المرضية او كلاهما. انه لا توجد هناك احصائيات دقيقة بهذا الخصوص، لكن هناك بعض الدلائل التي تفترض ان عددهم كبير جداً. لقد اعلن في الولايات المتحدة الامريكية في وقتنا الراهن عن وجود ٦,٦ مليون من المراهقين في الثامنة عشرة وما دون يعيشون في ظل والديـن يعانيـان من الكـحـوليـة المـرضـية. وهذا يعني وفق بعض المعطيات ان كل طفل من ثمانية اطفال يعيش في اسرة تعاني من الكحولية المرضية (Russel, 1986) (Henderson, Bcume). ووفقاً لاحصائيات اخرى كل طفل من ستة اطفال يعاني الكحولية (Roosa, Sandler, 1986).

التعبر الحر عن حاجاتهم ومشاعرهم، كما يستخدمون اشكالاً من الاضطهاد والتنكيل الانفعالي، وعلاقتهم المتبادلة تسم بالصلابة والقسوة (Cecoodwim 1988).

كما توجد في الاسرة التي تعاني خللاً وظيفياً كثير من الضوابط السلبية ومنظومات من اشكال التبني على سبيل المثال قد يستخدم الابوان التعبيرات التالية: «لا تغير عن مشاعرك، لا تخذل، لا تكون حزيناً، لا تكذب، لا تفكّر، لا تعارض، بل تفذ اوامرني، لا تطرح اسئلة»، «لا تتحدث عن عيوب الاسرة امام الغرباء، لا تخن اسرتك ولا تفشي اسرارها»، السكر ليس سبب تعاستنا 1987 . Whifield

ولا بد من التأكيد على أن الضوابط التي تسود الاسرة الكحولية اما ان تتصف بالحرارة التامة، واما ان تسم بالحزم والصرامة الكاملين (Hanson, Liber 1989) وستحدث عن خمس سمات للاسرة الكحولية اضافة الى ما ذكرنا اعلاه من خصائص (Woititz 1988) .

١) التشوش وعدم دقة الحدود:

ما دامت الاسرة بكاملها تعيش في حالة غير منتظمة وغير منضبطة، لذا فان غالبية الاطفال في ظلها لا يعرفون ماهية مشاعرهم الطبيعية، وما هي مشاعرهم السوية في الوقت الذي يمس الناقض الانفعالي Ambivalence كثيرة من جوانب حياة الأسرة وهذا يؤدي بحد ذاته الى عدم وضوح حدود الذات.

٢ - النفي والنكران:

لا شك ان حياة الاسرة الكحولية قائمة برمتها على دعائم من الكذب والخداع حيث يجد الطفل الذي يعيش في كفتها صعوبة كبيرة في التعرف على الحقيقة والأفكار بأخذ طابع يتسم باللحاج حيث ينكر المريض

عينة اخرى لا يعاني افرادها من ادمان الكحولية، ان المحاولات الانتحارية في العينة الاولى اكبر بسبعين مرات مقارنة مع العينة الثانية، كما انهم اكثر عرضة للاتصال بمؤسسات رعاية الأطفال الحكومية ودور الايتام بثلاث مرات، وبرتين احتمالية الزواج المبكر قبل ١٦ سنة، وبرتين احتمال تعرضهم للأمراض النفسية وبرتين احتمال ظهور السلوك الخانج Dilinguent van den berg, Hennigon 1989)

ان بعضاً من تلك المشكلات يفسر بتأثير العوامل الوراثية التكوينية، اما بعضها الآخر فيرجع الى الانماط التربوية السائدة في الاسرة والى التنشئة الاجتماعية المتبعة.

خصائص الاسر التي تعاني الكحولية المرضية:

تعاني الاسرة التي ترزح تحت وطأة الكحولية خللاً وظيفياً Dysfunction وسيبه يمكن ان يعود الى ضغوطات نفسية واحاديث شديدة Stress فضلاً عن معاناتها الكحولية Alcoholism، ولكن يمكن للاسرة الكحولية التي تعاني الحال الوظيفي ان تعيش حياة طبيعية في بعض الاحيان.

ان السؤال الذي يطرح نفسه على بساط البحث ما هي سمات الاسرة التي تعاني خللاً وظيفياً؟ اذ لا يولي اعضاء الاسرة الكحولية اهتماماً تجاه بعضهم البعض، وخصوصاً معاملة الآباء لأطفالهما فالابوان سيئان يعاملان بشكل غير سليم مع اطفالهما في الوقت الذي تسم حياتهما بالقلب والطيش، اضافة الى ان العلاقات بين اعضاء الاسرة استبدادية تسلطية Despotism كما يشغل اعضاء الاسرة بانكار الواقع ورفضه اذ يضطرون وبشكل محكم الى اخفاء اسرار الاسرة. ان المكانة الهامة في الضوابط الاسرية تتلخص في تحريم اشكال

ان العلاقات الاسرية الصحيحة والرشيدة المتصفة بالصدق والصراحة والمرونة، وبغض النظر، عن ودية واحلاص تلك العلاقات والواقف السليمة وشديها تسمح بكل عضو من اعضائها ان يمتلك حدوده المختبرة تجاه الجميع (Woititz 1979, 1983, 1985, Milgram 1995).

سمات الاطفال النفسيه:

يستنتج عدد من الباحثين نتيجة لخبرتهم الحياتية مع آباء مدمرين على الكحولية عدداً من الخصائص والسمات التي تسم اطفالهم، لذا فان تشابه نمط الحياة واساليبها في مثل هذه الاسر يسبب خصائص نفسی متماثلة عند الاطفال. ان الوصف الجاری ادناه «للصورة النفسية للطفل» استند الى سلسلة من الدراسات المتخصصة بهذا المجال (Seixas, Youcha 1985, Woititz 1988, 1989)، وكذلك الاخذ بالحسبان المعلومات والمعارف التي تم الحصول عليها في جامعة «راتغيفوسك» في الولايات المتحدة الامريكية نتيجة لدراسة الاطفال الذين يعانون من كحولية ابائهم في ندوة لمناقشة «الاطفال المريضين بالكحولية» وذلك في المدرسة الصيفية باشراف ويتيتس (Woititz) ولم تظهر هذه الادبيات والدراسات المتخصصة كنتيجة لابحاث العلمية فحسب، بل وكتيجة لاعمال وملحوظات علماء النفس العملية سواء للأسرة التي تعاني الكحولية المرضية ام لاطفال تلك الاسر.

١) هذا سر مخيف للأسرة:

لا تسمح الاسرة الكحولية لزوارها بالدخول الى مطبخها حيث القذارة والأوساخ في كل مكان لذلك يميلون الى استقبال ضيوفهم في غرف الاستقبال حيث يبدو ان كل شيء على ما يرام، وفي الوقت نفسه يجهد

وجود المشكلات المرتبطة باستهلاك الكحول والإدمان عليه. لذلك نلاحظ ان كل الاسرة تتفى مختلف الاحداث المؤلمة والشامة التي تجري في فنائها، وبالتالي يصبح من الصعبه يمكن ان يدرك الطفل ويفهم حقيقة ما يدور حوله.

٣ - التقلب:

طالما ان حاجة الطفل لا تشبع بشكل مستديم، فإنه قد يشعر بالجوع وعدم اهتمام الابوين به وفي الوقت نفسه يشعر برغبات عارمة بهدف استرعاء الانتباه الى ذاته بكلفة الوسائل المكنة والمحببة اليه بما في ذلك السلوك الجانح.

٤ - تقدير الذات المنخفض:

ان الضوابط التربوية السائدة في مثل هذه الاسر تجبر الطفل على ان يقتنع انه مسؤول ويدرجة ما عما يحدث انه مصدر الاعطاء، وانه لم يكن حسنا بما فيه الكفاية، وان معظم سلوكياته وتصرفاته خاطئة لذلك يستحق كل ما يحدث له.

٥ - نقص المعلومات عن كيفية تأدية وظيفة الاسرة السليمة:

ان لدى الابوين كما لاطفالهما تصورات ضعيفة عن كيفية تأدية دور الاسرة بشكل طبيعي وصحيح. ان العلاقات داخل الاسرة الكحولية تتصرف بأنها علاقات غير سليمة، ولا مستقرة ولا راسخة، طالما ان هذا الوحش الكاسر المسمى بالكحولية يستترف كثيراً من طاقة الانسان ووجهه الذي يمكن ان يوجه في حالة الطبيعية الى مساندة وتكوين وسط صحي بالنسبة لنموه النفسي (Milgram) ان جوهر وظيفة الاسرة السليمة يتلخص في خلق الظروف الملائمة للنمو النفسي عند الاطفال.

الابوان في اخفاء كل شيء يرتبط بالكحولية، لأن الفوضى متغلبة هائلأً في حياة الكحوليين ورغم كل المجهود الذي يبذلها الابوان المدمنان في ستر عوراتهم واحفاء اسرارهم فان ذلك لا يتحقق بشكل مطلق.

لكن الأذية الكبرى تلحق بالأطفال نتيجة عيشهم في هذا الجو المضطرب والمتوتر، والقائم على الخداع والكذب الامر الذي يؤدي الى ان كل أعضاء الاسرة بما في ذلك الاطفال سيحاولون لعبة «تعالوا نظاهرون ان كل شيء جيد، ونخفي كل ما هو سيء ومشين».

وفي ظل هذه الاجواء يصبح الاحفاء والتكميم نمطاً يميز حياة الاسرة واستراتيجية متبعة فيها وبالطبع الاطفال هم الضحايا الذين يتأثرون اكثر من غيرهم، لأن مستودع القيم الذي ينهلون منه (الم والاب) يعيش في عالمه الخاص وانهم (اي الاطفال) يخافون التحدث بصورة علنية وصريحة عن مشكلاتهم وعما يعترفهم من مخاوف. لذا يشبون متكلمين على ذواتهم منطوريين على انفسهم وفي ظل هذه الاجواء التي ترغم الاطفال على النزام الصامت فانهم يعيشون تحت رحمة سيل عارم من الاحلام الكريهة وال Kovaias الليلية المزعجة التي تكون بمثابة المتنفس الوحيد عما يعترى عوالمهم الداخلية من مشكلات وضغوطات شديدة. ونتيجة لافشاء اسرار الاسرة المتكررة يعتاد الاطفال العيش في ظل ظروف عاصفة ومتورطة لذلك فهم لا يرون الحقيقة.

٢ - الحياة في ملجاً:

لا تتسم العلاقات الاسرية المتبادلة داخل فناء الاسرة بالخداع والكذب فحسب، بل يتعاده الامر ليشمل علاقاتها بغير انها واصدقائها... الخ لقد أصبح الاطفال على علم باستنكار الناس لادمان الخمرة، إنهم يسخرون من شاربها ويهزؤون من الاشخاص المدمنين، ويتهمنون الاخرين بأن لديهم ابوبين سيئين يعاقران الخمرة باستمرار.

٣ - ما هذا الواقع:

غالباً ما يضطر الطفل لأن يلاحظ عدم التناقض بين

صادقاً اميناً ومخالفاً - سمات الاخلاقية حميدة. ومن الجانب الآخر يفهم الطفل ان النزل جحيم لا يطاق، حيث يتعود الطفل على اخفاء الحقائق وكتهامه، فلا يمدمن على الكحولية اما ان يكون محبأً مهتماً باطفاليه عندما يكون حاضر الذهن غير ثمل، واما ان يكون غير مكثث او حتى عدوانياً في حالة السكر الشديد وبالتالي سيعيش الطفل في حالة من الحيرة والارتباك اي اب سيفعل الطفل بابوه السيدتين قضية اعلى من سيصدق. ان ثقة الطفل بابوه السيدتين قضية اعلى من طاقته ومقدراته، اذ يبدأ الطفل بالتعود على انكار الحقيقة واذا ثق الطفل في الوقت نفسه بالرسالة بشقيها فإنه معرض للإصابة باضطرابات نفسية.

٥ - الصراع والاشاجرة:

غالباً ما يلاحظ في الاسرة الكحولية اشكال من الشجار والخصام. ومثلاً يعمل الجميع على اخفاء سر ادمان الوالدين كذلك يعملون على كتم اسرار هذه الصراعات والخلافات او تبريرها وتفسيرها بشيء ما. ان اسباب نشوء الشجار قضية غير مهمة، ويمكن ان يفك الطفل وخصوصاً الصغير، انه المذنب والمُسؤول عما حدث. وعادة ما يبحث الاطفال عن حلول لتلك المشكلات داخل ذواهم. ان اشكال العداون في المستوى اللغطي كما في حالة العداون البدني يؤثر تأثيراً ليس فقط على صعيد شروخات نفسية لشخصية الطفل بل يتعده الامر الى اكثر من ذلك.

ان رؤية الطفل وبشكل متواصل والديه وهما يستفزان بعضهما البعض ويتجادلان، ويتشاجران، يتشاركان ويتخاصمان ويعاتب بعضهما البعض كل ذلك يؤدي بالاطفال الى افقار اساليب مماثلة في علاقاتهم المتبادلة، وموافقهم تجاه الناس الاخرين عموماً. ويصبح العراك والعداونية طبعاً ثانية، سيما اذا كان الطفل ذكراً. وفي بعض الاسر فان هذه المواقف الحالات

ما يجري في فناء البيت وبين ما يقال. لذلك يبدأ الاطفال بعدم الثقة بما يرون، وما يسمعون، وما يشعرون. ان نقص الثقة بالنفس يحدث نتيجة محاولات الطفل الالتزام من اجل ان يشعر انه انسان مخلص، امين يعيش في طمأنينة وهدوء لكن الذي يحدث هو اختلاط الامر على الطفل من جديد، حيث لا يتسعى له التقيد بالنظام الامر الذي يؤدي الى ظهور ضروب مختلفة من الاحباطات.

٤ - رسائل ذات معنى مضاعف:

يسمع الطفل الذي يشب في كتف اسرة تعاني من الكحولية المرضية الكثير من الافكار والتصورات المتناقضة فالتصرارات والنداءات الموجهة الى الاطفال تسمى بالرسائل المختلطة «Mixad Message» ذات المعنى المضاعف على سبيل المثال تقول الام لطفلها: «احبك، اذهب لتنزه لا تزعجي» ولو أنها قالت: «أحبك» فان كل شيء كان واضحاً للطفل، وبالتالي يفهم المشاعر التي تكمن خلف هذه الكلمات، لكن بعد ان يسمع الطفل كل هذا يبدأ بالتفكير ان الام لا تملك الوقت الكافي الذي تخصصه له، وان عطفها وحنانها ليسا موجهين اليه بصورة عامة، ويدأب بالسؤال كيف يمكن ان تخبني؟

ان القسم الاول من الرسالة يستميل الطفل ويجذبه،اما الجزء الثاني فيكون عاماً منفراً يشعر الطفل بالاشمئizar فتختلط عليه الأمور، ولا يعرف باي قسم من الرسالة يثق، وبالتالي سيدخل في دوامة من التناقض والصراع.

ان السبب وراء هذا التناقض الظاهري هو اوامر الابوين وطلباتهما المتناقضة حيث يقول الاب (او الام) للطفل: «دائماً تكلم الحقيقة»، «لا ارغب معرفة اي شيء» يستوعب الطفل من الجانب الأول ان يكون

تقرب الاطفال بعضهم لبعض «اختي افضل صديقة لي، عندما جاء والدنا التصق ببعضنا بعض».

٦ - مخاوف ومشاعر داخلية قبيحة:

يصف كل الاطفال المتنمرين لعائلة مصابة بالكحولية تقريباً مشاعرهم بأنها كريهة ومزعجة، أثناء عودتهم الى المنزل سواء كان ذلك من المدرسة او من جماعة اقرانهم، فالخروف يتعمل في نفوسهم قبل فتحهم باب البيت حيث يتساءلون بينهم وبين انفسهم ماذا هناك؟ هل عاد والدنا ام لا. اهوا في حالة سكر او طبيعي؟

لذلك يلجأ الاطفال الى التأخر المتمدد والغياب الطويل خارج البيت، من اجل تجنب ما يمكن ان يحدث لهم. وهكذا يبدأ الخروف بمخالزتهم وبشكل مطلق في المستقبل ومع توالى السنين يعمق هذا الخروف ويشتدد وحتى بغياب الازمات الحياتية الكبيرة، فان الخروف يظل يؤرق الطفل ولا يفارقه بتاتاً الامر الذي يؤدي في النهاية الى تلوين حياة الطفل باشكال من القلق والتوتر والهواجس الداخلية البشرية.

٧ - خيبة الامل:

لا ينفذ الاب المريض بالكحولية او حتى غير المدمن وعوده التي يقطعها تجاه اطفاله وتحكي زوجة احد المدمنين على الحمراء قائلة: «ان الكلمة الاكثر شيوعاً في اسرتنا كانت كلمة «غداً» حيث يقطع الاب وعوداً لابنه بان سيفعل غداً شيئاً ما، لكنه لا يقوم بذلك البتة».

لذلك يصاب الطفل بخيبة امل يتلوها خيبة اخرى وهكذا... كل هذا يغضبهن الطفل ويشغل عليه ويرهقه فالجر السائد في الاسرة يشجع الطفل على التكمم لدرجة انه لا يعبر اطلاقاً عما يعتريه من مشاعر مؤلمة وبغيضة، ومواقف مزعجة وصعبة. انهم يكفون عن انتظار وعود الاب او الام، ويشعرون في الوقت نفسه بأن ابويهما

ارتکبا بحقهم خيانة لا تغفر. ويستمر رجال المستقبل بالشعور داخلياً بخيبات الامل، وعدم الثقة في العلاقات المتبادلة الودية والمحاسنة، في المواقف والعلاقات الطارئة. ويظل الطفل يشعر ولدة طولية برغبة عارمة وشديدة للاهتمام به من جانب الابوين وبالتالي يمكن ان يحتفظوا بعلاقات طفلية Infatilism غير ناجحة مع اقرانهم.

٨ - غزو سريع جداً:

يضطر الاطفال في الاسر التي تعاني من الكحولية المرضية الى ان يصيروا كباراً بسرعة كبيرة. ويمكن للطفل الصغير ان ترافق له تصرفات الراشدين وخصوصاً عندما تتعزز سلوكياته وتصرفاته بالثناء والمدح من جانب الاخرين. لكن الطفل الذي تجبره ظروف الحياة على القيام بمسؤوليات رب العائلة وهو في التاسعة من عمره، على سبيل المثال، (في حالة وفاة الاب نتيجة ادمائه) لن يشعر اصلاً انه انسان سعيد. انه يختبر ومنذ نعومة اظفاره ضرورياً من الغضب والقلق والسلام والا ثارة والتآلف وذلك كرد فعل على عناية الام بالأسرة. لقد اصبح هذا الطفل راشداً في وقت مبكر، يقوم بواجبات الرشد ومسؤولياته، وكثيراً ما يتذرع قائلاً: «انني اشعر بالخروف والرعب لأنني لم اعش طفولتي».

لقد اصطدمت عملية النمو الطبيعية بضغوطات الاسرة واعيائها، وهذا يعقد قدرة الطفل على مشاطرة الناس المحظيين افعالاتهم وفي ظل هذا الجو المثقل بالهموم والمصاعب يتعدى الطفل على مسيرة المحظيين وارضايهم بشتى الوسائل وتحقيق اللذة لهم وفي الوقت الذي يتظر الطفل وبفارغ الصبر استحسانهم ورضاهما و اذا لم يحصل الطفل على ذلك التقبل فإنه يصبح انساناً محطمأً ومسحوقاً، او شريراً حقوداً.

كما يشعر الاطفال بالمسؤولية تجاه اخوتهم الصغار، اضف الى ذلك ان الوالدين المدمنين هم انفسهم بحاجة

ال طفل و كبت مشاعره . لكن هذا الامر سيصبح سراً من اسرار الاسرة ينبع على الطفل ان يحتفظ به الا يبوح به لاحد اياً كان . و يبدأ الطفل في التصريح بسلوكاته في ان الجو الاسري رائع لا يعكر صفوه اي شيء ومع مرور السنوات يمكن ان يكتشف الطبيب النفسي او الباحث الاجتماعي ان هذا الانسان تعرض في طفولته لاشكال من الاهانات والعقاب البدني الجسماني مثل: حرمان الطفل من العطف والحنان، وحرمانه من حاجاته المادية الأساسية (الطعام)، وقيام الابوين بضرب الطفل حتى يصبح عبداً مطيناً لهم. وكثير من الاطفال في مثل هذه المواقف يفضلون التألم والمعاناة على البوح والاعتراف بأنهم أطفال تعساء، منبودون، مهملون من قبل ابويهم. وما يرافق ذلك من الشعور بالألم والذنب انهم ضحايا يستمرون العيش بشكل بائس لأنهم لا يستطيعون تحدي سلطة الاب الجائر والظالم.

١٠ - الطفل مهمل:

ان نقص الرعاية الجسمية يكون بدأة لاهمال الطفلا

ايضاً الى المساعدة الفيزيقية والجسدية والمؤازرة الانفعالية العاطفية، وهذا الامر يؤدي بالاطفال الى التحكم على كثير من الامور التي تحدث في الاسرة، والعمل على ارضاء والديهم والحصول على استحسانهم وقبولهم باجراءات ما تهدف الى جعل حياة الوالدين اكثر راحة وطمأنينة الى حد ما فتقلب الاذوار اذ يصبح الاطفال اباء لوالديهم وعندما يصلح امثال هؤلاء الاطفال الثلاثين او الأربعين من عمرهم يشعرون بانفسهم انهم «راشدون كاذبون» لأنهم لم يعيشوا طفولتهم اطلاقاً لدرجة ان البعض اظهر عدم امكانية اللعب، انهم لا يفهمون الاستخفاف والاستهانة، لقد أصبحوا راشدين قبل نضجهم الحقيقي وهذا بكل بساطة شيء مجنح بحقهم، انهم لا يستطيعون التنعم والتلذذ بالحياة والاستمتاع بها كما يجب.

۹ - اهانات اخري:

يتعرض الاطفال الذين يعانون من الكحولية الى انواع من الاهانات التي غالباً ما تهدد حياتهم. وتدل الدراسات الاحصائية في الولايات المتحدة الامريكية ان ٣٨٪ من الاطفال الذين عرقوا بدنياً - هم ضحايا ادمان الابوين الكحولية لكن الحقيقة غير ذلك تماماً، اذ يفترض ان يكون عددهم اكبر من ذلك بكثير فالخطورة تكمن في ان الوالد الشمل جداً لا يكون بمقدوره تقدير قوته الحقيقية فيعتدي بالضرب المبرح على الطفل الامر الذي يؤذيه ويسبب له جروح قد تكون خطيرة، لأن الوالد لا يعني تماماً ما يفعل، فهو في حالة سكر شديد تجعله غير قادر على التحكم بانفعالاته.

كما يعتدي الآباء المدمنون على الخمرة على اطفاله
بدافع ظهورهم في زمان ومكان غير مناسبين، وكذلك
لأنهم يحاولون الدفاع عن الآباء أو الأخوة الصغار
وبطبيعة الحال سيتحقق العقاب البدني، غایته في اسكات

يعيشون في منازل غير مريحة، وسخة، قذرة، ملابسهم دائماً غير مرتبة، اضافة الى عدم الاهتمام بحاجات الطفل لذلك يقوم هؤلاء الاطفال ذواتهم بشكل متدين، وغالباً ما يقدرون ذواتهم بوصفهم اناساً غير مهمين، ويقيمون انفسهم كما يقيمهم الاخرون، ان الرسالة ذات المغزى المضاعف هي مجمل الاهانات (اللفظية، والبدنية والجنسية) التي تعمق في نفس الطفل شعوراً بالذنب، والتججل بسبب وضع اسرته، نقص الاهتمام الودي بافعال الطفل وسلوكياته، عدم اشباع حاجات الاطفال الجسدية والعاطفية بشكل دائم كل ذلك يؤدي الى تكوين تقويم ذاتي منخفض عند الطفل، وشعوره الناقص بعزمه نفسه وكرامتها.

١٣ - العيش في عالم الخيال:

يساعد اهتمام الطفل بعالم الخيال على العيش في ظل ظروف اسرية تتسم بالصعوبة والتعقيد فموضوع التخيل الاساسي هو «ماذا سيكون لو ان ابي (امي) دائماً كان في حالة طبيعية...» اذا فالتخيل هو بمثابة الملاذ الامن لروح الطفل المتألمة، وغالباً ما يكون مضمون التخيل متضمناً بالفتاؤ والسرور.

لكن هذا لا يمنع من ظهور الرغبة عند الطفل بجوبت الآبرين المدمنين. ويمكن ان تتحقق الاحلام نفس الاهداف في المستوى اللاشعوري. لقد كان احد الاطفال حاقداً على ابيه، لانه مدمn على الكحول بشكل كبير جداً، ولم يكن بمقدور الطفل اظهار مشاعره، انه يخاف اباه، وفي نفس الوقت الذي شغلت الام موقع الوصي الاعلى على الطفل، وتخاشت وينتهي الدقة والحنر التحدث عن موضوع سكر الاب.

لقد خلِّم احد الاطفال الذي يعيش في ظل هذا الوسط بجيوش من نمل آكل لحوم البشر يهجم على منازلهم، لقد استطاع هذا الطفل وبشجاعة خارقة انقاد

بشكل عام وكثيراً ما يصادف الاطباء عند الاطفال امراضاً مستعصية خفية لا يشعر بها احد نتيجة ذلك الاعمال.

لقد أكدت كثيرة من الدراسات على ان «خدش النفس يمكن ان يكون غير مرئي، لكن التذمر الداخلي يمكن ان يكون هداماً ومدمراً» (Seixas, Youcha, Woodside 1983, 1985) وعندما يسمع الاطفال «سيناريو» يومي في حد الاب على كسب التقدّم (يفعل ذلك) لكنه ينفق تلك الدراما على ملذاته الشخصية وشرب الخمر، عند ذلك يبدأ الاطفال بالخلط بين الدراما والحب والرعاية، فانهم يمكن ان يقدموا الاطفال الى الاهتمام والعناء، فانهم يمكن ان يقدموا العابهم وهداياهم لهم. لقد روت احدى الفتيات: «لم تكن امي سكيرة الى حد الادمان الشديد لكنها رغم ذلك لم تصنفي الى ما اقوله. لقد كنت في مرحلة المراهقة بحاجة جداً لاحد ما يصنفي الي. كانت تعيش في عزلة طوال الليل اما في صباح اليوم التالي فانها لا تذكر شيئاً ولا حتى كلمة واحدة مما قالت لهما».

اذا لا يتم العناية، بالشكل المطلوب، في الاسرة التي تعاني من الكحولية المرضية بحاجة الاطفال الانفعالية والعاطفية وبالتالي لا يتعلّم الاطفال كيفية الدخول الى مواقف الانسان الآخر انهم لا يستوعبون عناصر المسؤولية الوالدية، وهذا يعقد تكيفهم المستقبلي في اسرهم.

١٤ - التقدير والاحترام الذاتيان منخفض وناقص:

لا شك بأن غياب الرعاية الوالدية يؤدي الى تكوين تقدير ذاتي منخفض عند الاطفال، وعلى وجه الخصوص اذا عولم هؤلاء الاطفال وكأنهم لا شيء فانهم سيدركون ذواتهم وكأنهم لا شيء، وبالتالي يشبعون ليس لديهم معرفة كبيرة من جوانب الحياة و Miyadinya إنهم

وأنهم لا يتون بصلة الى هذا الواقع، بل الى عالم آخر.

٣) «يجب ان تحكم بذاتي ويجمل ظروفي، والا سينهار العالم»:

ان واحدا من اهداف تخيلات الطفل واوهامه - هو الشعور في النهاية انه انسان يحتوي الموقف، وانه سيد هذا الموقف، فبالنسبة للاطفال الذين لديهم ابوان مدمدان على الكحولية فان بلوغ مثل هذا الوضع لا يعتبر فقط مقبولاً، بل ويعطي لهم الشعور بالامن. لكن عندما تسبب التخيلات الاحساس بالذنب والابهام والغموض، واثارة مخاوف الطفل فانها تعزز عنده حالة من الضعف والعجز، وحالة من فقدان الأمل، وعندئذ فان هذه التخيلات لا تساعد على فض المضلات، وحلها فحسب، بل ويصبح الطفل نفسه عبئا ثقيلاً. ان مختلف محاولات تخفيف الابوين لشرب الخمرة تؤول بالفشل مما يؤدي الى احاطة حتمي للطفل لانه لم يتمكن من التحكم بالظروف المحيطة به.

٤) «يأتي احد ما، او يحدث شيء ما، كل هذا يتغير»:

تزيد هذه التخيلات من الشعور بالضعف الشخصي، انها (اي التخيلات) ترفع عن الطفل الشعور بالذنب، لتلقي ذلك على عاتق قوى خارجية فالتخيلات تجعل الطفل يعيش في حالة من الأمل لكن القضية المهمة هي انه لا يمكن لاي قوة خارجية ان تغير شيئا ما في اوضاع الاسرة السائدة الى الأفضل واذا كنا نعوّل الكثير على المساعدات الخارجية فانه يجب ان نقر اننا انفسنا غير قادرين على فعل شيء. وعندئذ تعيش الاسرة في حالة قلقه ومتورّة تتقاذفها امواج المد والجزر. ان الترقب والانتظار ورفض القيام بفعال ما، والمخاوف كلها

كل من الجدة والام ونقلهما الى مكان آمن، ولسبب ما بقي الاب في المنزل وعندما عاد الجميع رأوا مشهدًا مرعباً اذ احترق الاب، ولم يبق منه الا اجزاء صغيرة من احشائه فالحلم كما هو واضح يشير الى ان الطفل في محنة حقيقة (Woititz).

١٣ - الاوهام المساعدة على العيش:

ت تكون عند الاطفال اعتقادات كاذبة ستشير الى اربعة منها وهي الاكثر شيوعاً وانتشاراً.

١) «لقد كنت سبب الكحولية ويجب ان افعل شيئاً ما».

ان هذه الفكرة، بلا شك هي فكرة منقلة ما دام يثق بأنه بريء من الكحولية. وهذا ان دل على شيء فانه يدل على ان الطفل في وضع لا يمكنه تغيير شيء ما في اسرته ويمكن ان تسبب هذه التخيلات والاوهام الاحساس بالذنب «لو اتي درست بصورة افضل فيمكن ان يقل شجارها، وبالتالي يمكن ان يكون ادمانهما على الكحولية أقل». «اذا فالطفل يجهد في لعب دور المخلص متخيلاً وجود حلول سحرية رائعة للمشكلات التي تعيكر صفو الاسرة وعند ذلك يمكن ان يلقى الاحترام والتقدير من قبل والديه. وفي بعض الاحيان فان رغبته ليكون منقذًا مرتبطة بشكل وثيق الصلة برغبته ليصبح مشهوراً ومحترماً.

٢) «أنا لست كافية الاطفال الآخرين»:

فالاطفال الذين يشبون في كنف اسرة تعاني من الكحولية المرضية يشعرون بالابهام والغموض يلف حياتهم. انهم يختلفون عن الاطفال الآخرين، رغم انهم لا يعرفون باي شيء يختلفون وهذا الشعور يسبب التكدر للاطفال وعدم الطمأنينة في حياتهم

عالم من التخيلات. انه يقضي معظم وقته في حالة من الوحدة، وفي ممارسات هادئة يتأنّم بسبب عزلته، يعتبره الآباء انه ليس بحاجة الى الرعاية والاهتمام، لانه هو الذي يعني بنفسه يجب تقديم المساعدة للآخرين في اوقات المحن والازمات. كما يعتبر صعوباته ومشاكله اقل اهمية من صعوبات الآخرين، يتنازل للآخرين في كل شيء ويكون ان ينخرط في عالم المخدرات بدعوى بلوغ النشوة النفسية.

٤) «محبوب الاسرة» «قيمية الاسرة»:

غالباً ما يكون هو الطفل الأصغر في اسرته لا يتقبله والوالدان بجدية، وذلك بسبب صغر سنّه ويكون كثير الحركة، مفرط في النشاط يحب النكّة، عابث، أحمق، ذو حيلة، لرعن، يهدف الى استimulation الانتباه اليه، لهذا السبب يلعب دور المهرج ويكون ان يقوم الطفل نفسه في اوقات مختلفة بادور متباعدة ويكون ان تتبدل مهام الأدوار لكن الهدف دائماً عند الأطفال متغيراً - تكوين استجابات قابلة للتنبؤ في ظل أجواء عائلية لا يمكن التنبؤ بها ولا يمكن معرفتها. (Van den Berg, Hennigank, Henniganx 1989)

والسؤال الذي يطرح نفسه على بساط البحث اية خطورة تكمن في هذه الأدوار الناشئة رداً على كحولية الوالدين؟ لا شك ان الخطير موجود ولا سيما اذا لم يمارس التقويم النفسي الصحيح فان مستقبل هؤلاء الأطفال محفوف بالمخاطر والمشكلات. وهكذا فان بطل الاسرة بحاجة الى النمو السريع والمبكر، في الوقت الذي لا يمكنه التغلب على اختيائه وعثراته في هذا الطور النمائي. كما انه يعتبر نفسه مسؤولاً مسؤولية كاملة عما

تؤدي بالاطفال الى الاكتئاب النفسي ولا بد من الاشارة إلى انه ليس سيئاً او مرضياً او شاذًا اذا جأ الطفل الى تكوين تخيلاته لكن الامر الذي يجب التنبيه عنه هو عندما لا يستطيع التمييز بين ما هو واقعي وبين ما هو خيالي.

تصنيف الأدوار الملقاة على عاتق الأطفال انفسهم:
يلعب الأطفال في الأسرة الكحولية المرضية أدواراً معينة سنصف اربعة منها يقوم بها الأطفال كاستجابة للكحولية الآبوين او احدهما وكرد فعل على الضغوطات التي يتعرض لها الأطفال نتيجة ذلك. (Van den Berg, Hennigank, Hennigan 1989, Woodside 1983)

١) بطل الأسرة، الطفل المسؤول:

يعتبر التحصيل الدراسي لهذا الطفل من مستوى عالٍ حيث يولي القليل من العناية باهتماماته وميوله انه يضع اهتمامات الآخرين في المقام الأول ويمكن ان يصبح قائداً في الصد او في جماعة اقرانه، نشيطاً في المواقف التي تحتاج القيام بافعال واعمال ما، يرتب اشياءه التي تخصه وغالباً ما يكون الطفل الاكبر في الأسرة.

٢) «الطفل المشكّل» كبش الفداء «الثائر والتمرد»:

يستخدم انماط السلوك السلبية لجذب الاهتمام تجاه ذاته ويشعر بنفسه انه مرفوض من الناحية العاطفية، يتحدى بسلوكياته وتصرفاته الاسرة، كما يتورط في مواقف صعبة بشكل دائم يعتبره المحبون له عاملاً مثيراً للشغب ومسينا للطمأنينة والهدوء، ينجذب وينتهي السهولة الى جماعة اقرانه التي يشرب افرادها المشروبات الكحولية.

٣) «الطفل المرتبك والحاائر»:

ينزل هذا الطفل عن بقية افراد اسرته ليعيش في

سوء استعمال الكحول قد يقود الى الاعتماد الكحولي والادمان إلا انها نصف الاخير بانه ادمان كحولي «كحولي» فالكحولية تطلق على الادمان الكحولي ويدخل هذا الاضطراب في المخور الأول (Axis I) في التنازرات المرضية الاكلينيكية (عبد الله ١٩٩٧).

ويشدد الدليل على ان الافراد الذين يعتمدون بكثرة على الكحول ويصيرون مدمرين، انما يتصنفون باضطرابات في الشخصية Personality Disorders واضطرابات انفعالية Emotional مع خلل في السلوك والأداء الوظيفي الاجتماعي والمهني Social and Vocational Dysfunctioion فاضطرابات الشخصية تدخل في المخور الثاني (Axis II) في الدليل. ان هذا التمييز والفصل بين اضطرابات الشخصية عن التنازرات السريرية المرضية، يؤكّد على تداخل اضطرابات، وخاصة حين نركّز الانتباه على المخور الأول في الدليل. اننا نعتقد ان علاج اضطرابات الشخصية السابقة (الادمان) انما هو المهمة الرئيسية في معالجة الكحولية وقد ينبع عدد من المعالجين النفسيين والباحثين في التعامل مع المخور الأول وفقاً لهذا المنظور، وقد بين بوليش Polich (1980) ورفاقه ان اكثر من ٩٠٪ من العينة المدروسة قدروا ان الاعتماد الكحولي وتناولات الكحولية انما تتطور خلال فترة شرب تتراوح بين ٢ - ٤ سنوات، وقرر ان اهم النتائج من خلال التحليل النفسي الاجتماعي هو فقدان التكيف الاجتماعي، كما ان هناك زيادة في الاكتئاب والقلق وعدم الرضا بين

يحدث حوله، وهو يعمل كثيراً لدرجة يمكن ان نطلق عليه تسمية «العمل الكحولي».

ويمكن للطفل المشكّل ان يصبح جانحاً وفي المدرسة يتعزز في استجاباته وردود افعاله شعور بالغضب والرغبة في تحدي الناس المحظوظين. كما يعتقد تكيفه في الاسرة والعمل بشكل مستدام.

والطفل المرتبك ميال الى التقوّع والانعزال بسبب الانطوارية Introversion^(٤) التي يعني منها. أما معبود الاسرة فانه في وضع لا يمكنه التغلب على الضغوطات النفسية Stress وغالباً ما يعني من صعوبات في دراسته وتظهر لديه حاجة قهـرة Compulsive^(٥) الى الاهتمام والانتباه. وذلك بحيث تعتقد علاقاته البينشخصية Interpersonal Relations كما ينشأ لديه وبنتهي السهولة تعلق بالكحولية والمخدرات. اذا فالاطفال الذين يعيشون في كنف اسر طبيعية يقومون بادوار معينة تتوافق مع مستواهم النمائي وشخصياتهم. وهذه العملية الطبيعية لاداء الادوار مزروقة في الاسرة الكحولية، فهنا المهامات والوظائف غير محددة بشكل تلقائي وطبيعي بل هي كرد فعل الكحولية او المشكلات التي تتحداهم .(Milgraml 1990)

وعلى هذا المنوال فان التربية في الاسرة الكحولية مترافة بظهور سمات نفسية عند الطفل تتطلب تدخل العلاج النفسي.

العلاج النفسي:

في الدليل التشخيصي والاحصائي الثالث المعدل للاضطرابات النفسية (DSM III R) ميزت الجمعية الامريكية للاطباء النفسيين بين مستويين لاضطرابات الادمان: فهناك سوء استعمال المواد المؤثرة، وهناك الاعتماد على المواد المؤثرة او ما يسمى الادمان ومع ان

(٤) سمة من سمات الشخصية المنسحبة من الواقع والانغماس في العالم الداخلي للأفكار والمشاعر والاستغراف في التأمل الداخلي. داخل هذا المصطلح كارل يوغي في مقابل «الابساطية» Extroversion.
(٥) نمط من أنماط الشخصية يتصف بمجموعة من الأعراض المتزامنة مثل العدائية الرائدة بالتنظيم والترتيب والدقة والوضوح ومراعاة الشعائر.

الطريق امام تقدم المعالجة. فقد يقتضي العلاج مثلاً، منذ الجلسة الأولى، ان صراعات المريض تشيرها نزاعات امه في السيطرة والتملك، ولكنه اذا ابدي في هذه المرحلة مثل هذا التفسير فمن المحتمل ان يرفضه الطفل او المريض وان يصر على ان امه «رائعة» وان مشاعره نحوها مفعمة بالحب فقط وعلى ذلك فالتفسيرات يجب ان تتم في وقتها المناسب وحين يستعد المريض لقبولها بمزيد من الفهم والتبصر ان التوقيت الجيد للتغير يؤدي الى خفض دفاعات الأنماط عند المريض والطفل.

اما في التوجيه فيجب التأكيد ومنذ البداية، من رغبة المريض في الشفاء ورغبته في تلقى المساعدة وفي التعبير عن مشاعره مما يؤدي الى الاستبصار ويقع العائق الأكبر في العمل العلاجي على المريض وتكون مهمة المعالج توجيهها وارشاداً مباشراً او غير مباشر مما يؤدي بالمريض الى فهم ذاته وامكاناته وفهم اسباب سلوكه حتى يتخذ القرارات والخطوات الازمة في الحياة والتكيف.

العلاج البيئي:

لقد لوحظ ان التغير في سلوك الآباء او اتجاههم قد يكون اشد تأثيراً في تغيير سلوك الطفل او شخصيته من عدد كبير من ساعات العلاج وجهاً لوجه مع معالج نفسي وتقدير الحالات التربوية مملوقة بأمثلة عن التغيرات الملحوظة في سلوك ابناء المدارس الجائعين والمدمرين والمعوقيين عندما ترى المدرسة ان من المناسب ان تقر لهم بمهارة ما ان تمنحهم مرتكزاً له أهميته في الصدف ويجد الكثير من المعالجين صعوبة القيام بالعلاج وجهاً لوجه مع الطفل اذا كان هذا الطفل يعيش في بيئة يسودها العقاب والنبذ والادمان، لذلك يتم التركيز على تغيير بيئة المريض وللعديد من الاسباب يكون من السهل احداث تغيير في بيئة الطفل اكثر منها بالنسبة للكبار.

الكحوليين وضمن افراد الاسرة اكثر ما هو موجود عند الاسوياء وعندما تتعامل مع تنازلات المورين الأول والثاني (الكحولية + اضطرابات الشخصية) ضمن منظور تكاملی، فانتا تستعمل العلاج الجماعي والاسري والبيئي، لأن فعالية هذا العلاج انتا تستند الى صيغتين هما: «هناك وما بعد» وصيغة «هنا والآن» وذلك باستخدام اساليب سicological عديدة مثل التفسير، والتوجيه، والاستبصار والانعكاس.

وفي الانعكاس، يعكس المعالج عبارات الطفل او المريض الكحولي وذلك لمساعدته في توضيح مشاعره واتجاهاته ويعيد المعالج اتجاهات المريض ومشاعره التي يعبر عنها في الجلسة، وكان المعالج مرآة تعكس عبارات المريض بحيث يرى مشاعره واتجاهاته على حقيقتها ان التمييز بين المشاعر الحقيقة وغير الحقيقة للمريض ليس عملاً سهلاً، فكثيراً ما يساء تفسير عبارات المريض مما يؤثر في سير العلاج والمثال التالي يعرض فكرة الانعكاس في توضيح اتجاهات المريض وتوضيح مهارة المعالج وسعة افقه في التقاط ما يجب انعكاسه.

المريض: ان متاعبي الأساسية تبدو في زواجي. ان زوجتي مدمنة خمر سابقة، انتي عرفت ذلك عندما تزوجتها، ولكنني اعتقادني لم ادرك تماماً ما الذي يعنيه الادمان حقيقة.

المعالج: انت توقعت بعض الصعاب، ولكنك تشعر بها اكثر مما راہنت عليه.

المريض: بالضبط انتي اصبحت مجونة احياناً لدرجة الانسحار والرغبة في ضربها.

اما في التفسير فيشير المعالج للمريض عن الدوافع والاتجاهات وطبيعتها كما ظهرت في الجلسة العلاجية والتفسير ليس عملية سهلة، لأن التفسير غير الناجح يسد

الطفل للحب والتقبل والتقدير - مما يفقده بالبيت. وتنبع مختلف تقييات العلاج النفسي هنا في حل مشكلات الطفل النفسية مثل العزلة، والتمرکز حول الذات، ضعف الدافعية.

علاج الآباء:

يعتبر علاج الآباء من وجهة النظر النفسية (ونخصة عند ادل) وفي نظرية التعليم الاجتماعي اساسياً بالنسبة لعلاج الأطفال، فبعض النظر عما يمكن التصرف به من حيث ايداع الطفل في مخيم او ناد، وما تستطيع المدرسة القيام به، وما يتحقق بالعلاج المباشر للطفل، فإنه لا يمكن احداث تغييرات مفيدة ودائمة الا بالعلاج المتركز على الآباء وبيئة الطفل المنزلية.

وهنا يتم التركيز في علاج الآباء على تغيير اتجاهاتهم واساليب تعاملهم ونظرتهم لأنفسهم ول مشكلاتهم. وتستخدم تقنية العلاج الاسري Family therapy باعتبارها احد اشكال العلاج الجماعي، حيث يتناول هذا العلاج اعضاء الاسرة كجماعة وليس كأفراد وذلك للكشف عن المشكلات الناتجة عن التفاعل بين اعضاء الاسرة كنسق اجتماعي ومحاولة التغلب على هذه المشكلات عن طريق تغيير انماط التفاعل والتواصل داخل الاسرة ومن دواعي استخدام العلاج الاسري وخاصة في الاسرة الكحولية:

- ١ - اضطراب العلاقات الاسرية وتبادل الاتهامات.
- ٢ - اضطراب العلاقات الزوجية.
- ٣ - اضطراب جهاز الاسرة وانهيارها.

ويقوم المعالج بدور الموجه والمرشد بحيث: يسهل التواصل والتفاعل بين افراد الأسرة، ويعمل على تعديل السلوك وفقاً لمبادئ التعلم، ويستخدم تقييات التفسير والتبصر والتداعي وغيرها من فنون التحليل النفسي في

فالعلاج البيئي للكبار، يتوجه لهم مع العلم بأن الكبار يقضون معظم اوقاتهم خارج المنزل وفي العمل. ان موقف العمل غير المشبع للفرد يجعله عاجزاً وغير محتمل للإحباطات الصغيرة. وفي بعض الحالات ويسبب ضغوطات العمل والمسؤوليات يكون من الضروري مساعدة الفرد في الحصول على عمل اخر كما تتضمنه خطط العلاج، بحيث تقلل من الضغوطات والاحباطات، ونزد من شعور الفرد (الأب) بالرضا وتقيل الذات، وفي حالات اخرى نعمل على تغيير اتجاهات الافراد المتصلين بالمدمن وتربيتهم به علاقة قوية ليشكلوا دعماً وسداً اجتماعياً.

اما العلاج البيئي للطفل (المدمن) والذي يعيش في كتف اسرة كحولية فان الابداع في مؤسسات قد يسبب مشكلات كبيرة عند الطفل ولشعوره بأنه منبوذ لذلك تلعب المخيمات والأندية دوراً هاماً في تعويض النقص الذي يتصف به جو الاسرة غير الصحي عن طريق التعليم الاجتماعي الذي يكتسبه الطفل خارج الاسرة وبين اقرانه. وعندما يحتاج جو المنزل الى ان يستكمل بمجموعة من الانداد الاصحاء، والتي قد لا تتوفر، يصبح من الامامية مكان وضع الطفل في مجموعة متنقة خصيصاً تساعد في ان يحصل على تقبل الآخرين، وتقبل ذاته والاستقلالية وقد تكون الاندية والمخيمات ذات فائدة بحيث تتيح للطفل فرصة التنفس ولوالديه ايضاً اذا كان جو المنزل يسوده التبذ والعنف الصراع (جولييان روتر ترجمة ١٩٨٩).

وبائي دور المدرسة بعد المنزل من حيث شدة التأثير على الطفل فيكتسب الطفل الكثير من الحصول من المدرسة، فيجب ان يساعد الجو المدرسي الطفل في الوصول الى توافق افضل، فمن طريق الأداء الناجح له وتعزيزه وابراز مواهبه والاعتراف بها نشبع حاجات

تحويل خلافات افراد الاسرة نحو موضوعات اعم واشمل لها ككل (زهران ١٩٨٢).

وتعتمد طريقة العلاج الجماعي للمدمني الكحول على المبادئ التالية:

- على العلاج الجماعي ان يميز بين كل مظاهر حياة المدمن (الشرب، العمل، المدرسة، العلاقات الاجتماعية، احداث الحياة السابقة او اوقات الفراغ) واذا لم يكن باستطاعة المريض التوقف عن الشرب يجب استعمال مضادات سوء الاستعمال Antabuse.

- المهمة الثانية مساعدة المدمن على تغيير حالته الشعورية بدون استعمال ادوية. لأنه اكثر المدمنين يلجأون للشرب من اجل تغيير حالتهم الشعورية وتحويل مستوىوعيهم.

- كلما كانت العوامل التلقائية وغير الرسمية اكبر عملية واجرائية خارج نطاق العلاج الجماعي، كانت الفائدة اكبر.

- ان جوهر التحالف العلاجي وهدفه هو ايقاف الشرب (Edward, Scott 1983).

وكما يشدد ماكس روزنباوم Max Rosenbam فان الكحولية مظلة عريضة، ينطوي تحتها عدد كبير من الافراد يحمل كلاؤ منهم عدداً متنوعاً من المشكلات المتميزة وان فعالية العلاج الجماعي والاسري يرتبط بطبيعة الاضطرابات التي يحملها المرضى وبالعوامل الخارجية ذات الصلة ايضاً سواء كانت سلبية او ايجابية ومن بين أهم التغيرات التي يركز عليها العلاج الجماعي للمدمنين.

١) دور الوالدين في العلاج، والدور الوالدي للمعالج نفسه لانه بمنبة داعم ومشجع.

٢) دور اعضاء الفريق العلاجي (اعضاء الاسرة) من حيث القبول والحب.

حال ظهور مقاومة، والهدف الاساسي يتوجه الى مساعدة الاسرة في دعم القيم الايجابية واهمال السالبة، ورفع مستوى ادائها، وتحقيق التوازن والتماسك بين اعضائها وتحصينها، وحل صراعاتها وتحقيق التوافق بين افرادها.

وتأتي الاسرة الى جلسة العلاج (في العيادة او في المنزل) وهي بحالة التوتر الانفعالي الذي يلحظه المعالج بسرعة فقد يجد المعالج نفسه امام عضو يقوم بدور العاقب، وآخر بدور الضحية وثالث بدور العامل لاجل السلام. ويلاحظ ان بعضهم يقف خلف واجهة مصطنعة وببعضها سافرة الاضطراب وببعضها على حافة الانفجار. ويقوم المعالج في الموقف الجماعي الاسري بدراسة تاريخ الاسرة سعياً نحو تشخيص ما تعانيه الاسرة، وقد يجد المعالج نفسه امام سلسلة المشكلات ويركز المعالج على ملاحظة العلاقات الاسرية مثل دخولهم الى الحجرة، من يجلس بجوار من، من ينظر نحو من ينظر بعيداً عن من، من يتكلم ومن يسمع، ومن يبقى متوجهاً، وعلى المعالج ان يلاحظ خاصة ان هناك اسراراً وموضوعات يجب الا تثار في حضور كل اعضاء الاسرة كالمشكلات الجنسية وقد يلجم المعالج الى اسلوب المواجهة بين افراد الاسرة فيتناول وسائل الدفاع السائدة موضحاً انها غير مجده او غير مناسبة ويشجع على وسائل التواصل المباشرة والفعالة، واشاعة حم من التقبل والودة والفهم.

واثناء الجلسات العلاجية يلاحظ المعالج ان ما قد يخفيه احد الوالدين قد يكشفه الآخر، او قد يفضح عنه احد الاطفال وعندما يصف احد الاعضاء خبراته مع الاعضاء الآخرين بطريقة خاطئة فان الآخرين يصححون له.

ويعتبر علاج الاسرة عملية تربوية تعليمية يتم فيها

المراجع العربية:

- ١ - جوليان روت (ترجمة عطية هنا): علم النفس الاكلينيكي - دار الشروق - القاهرة ١٩٨٩.
- ٢ - زهران، حامد: الصحة النفسية والعلاج النفسي دار الكتب - القاهرة ١٩٨٢.
- ٣ - عيسوي، عبد الرحمن: سيكولوجية الادمان وعلاجه. دار المعرفة الجامعية. الاسكندرية ١٩٩٤.
- ٤ - فطيم، لطفي: العلاج النفسي الجماعي مكتبة الأنجلو مصرية. مصر ١٩٩٣.
- ٥ - عبد الله، محمد قاسم: الصحة النفسية، منشورات جامعة حلب ١٩٩٧.

المراجع الأجنبية:

- 1 - Goodwin O. Is Alcoholism hereditary? 2-nd edititon N. Y: Ballantine Books 1988.
- 2 - Hamson G. Liber. G: A Model for the treatment of adolescent children of alcoholics Alcohol treat Quart 1989 6.2 P 53 - 69.
- 3 - Joohnson. R. Montgomery. M. Children at Multipe Risk: treatment and Prevention J. chem dependence traat 1989 3.1 P 145 - 163.
- 4 - Milgram G. The Facts about drinking coping alcohol use, and alcorolism Mount vermon N.Y.: consumer union 1990.
- 5 - Roosa M. etal the children of alcoholics Life-events sechedule: a stress Scale for children of alcohol-abusing Parent J. 1988 49.5 P 422 - 429.
- 6 - Rosenboum M. (1983) Hada book of short term therapy Groups McGraw-Hill Book company New York.
- 7 - Russel. M. Henderson, C. Blume. S. Children of alcoholics: A Review of the Literature. N. Y. Foundation inc., 1986.

٣) دور اعضاء آخرين خارج الفريق وأفراد الأسرة من لهم تأثير هام فيها.

وكثيراً ما تستخدم طريقة من وسائل العلاج الجماعي تسمى طريقة برنامج المدمن المجهول Alcoholics Anonymous ومؤدي هذا البرنامج العلاجي ان يندرس عدد من الاصحاء الذين كانوا اصلاً مدمدين على الخمر وسط جماعة من المرضى سراً ووجود مثل هؤلاء الاصحاء يشجع المريض (واعضاء الاسرة الكحولية) ويسانده خاصة في تصريف الطاقة الانفعالية المشحونة وهناك عدة قواعد يستند اليها هذا البرنامج العلاجي منها:

١) ان يعرف الشخص انه مدمن وانه غير قادر على حل مشكلته بنفسه.

٢) ان هناك قوة عليا يجب ان تعطي الثقة مع الأهل في تلقي المساعدة.

٣) انه يجب ان يتوقف عن الشرب في يوم ما.

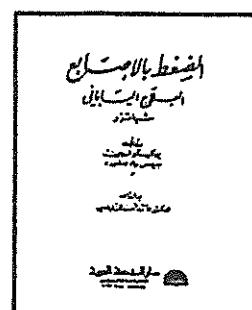
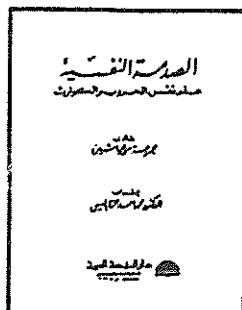
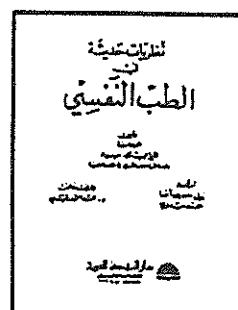
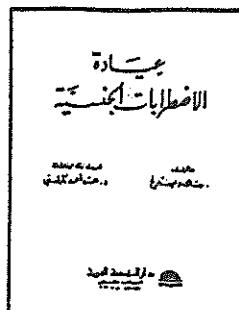
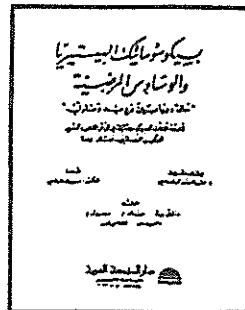
٤) يجب الا يعلم العضو الجديد في الجماعة ان هناك اعضاء قدامي يستطيع ان يطلب مساعدتهم في مقاومة الاغراء على الشرب.

٥) ان يعلم انه يستطيع تقديم المساعدة للغير والا يسعى زملاؤه للحصول على مساعدته وتشجيعه (عيسوي ١٩٩٣، فطيم ١٩٩٤).

باختصار تلعب التربية والتنشئة الاجتماعية السليمة الدور الهام في الوقاية من الادمان والاضطرابات السلوكية الاخرى ويعتبر الابوان القدوة الأولى التي يتمثلها الطفل وذلك في الكثير من اشكال السلوك التي لا يتباهى اليها الكبار فلنكن حذرين ووعين حتى ينشأ اطفالنا أسواء كما نريد.

- 8 - Scott. E. Short-term Group therapy for Alcoholics. In Rosenbaum. M.: Hamdbook of short term therapy New York.
- 9 - Seixa. J., Youch. G., children of alcoholism. A Survivor's Manual N.Y. Grown Publishers inc, 1985.
- 10 - Van den Berg. N., Hennigank., Hennigand. children of parents in drug alcohol programs: are they underserved? alcohol treat Quart 1989. 6.3/4 P. 1 - 25.
- 11 - Whitfield ch.1. Hezling the child with hin (discovery recovery for adult children of dysfunctional families) pompano Beach fla: Health communications inc.M 1987.
- 12 - Woititz J. Marriage on the rocks: Learmingtive With yourself and alcoholil.: Health communications, 1979.
- 13 - Woitkta. J. Adult children of alcoholics. Pompano Beach, Fla: Health cimmunications inc., 1983.
- 14 - Woititz. J. Struggle for intimacy pomano Beach Fla: Health Communicatios int., 1985.
- 15 - Woodside M. Children of Alcoholic parents: Inherited and psycho-social influency psychoat treat Eval., 1983. 5 P. 531 - 537.

مقدمة عن دار النهضة العربية



دار النهضة العربية

سلسلة الثقافة النفسية

تطلب من دار النهضة العربية بيروت - ص ب: ٧٤٩ - ١١

الطقس ميزان النفس

بقلم الدكتور/ خليل فاضل

استشاري الطب النفسي المجتمعي انجلترا

حقيقي الى حد كبير، بهذه الجمهورية الصغيرة - جمهورية ايرلندا - تعد نسبة الامراض النفسية فيها عالية جداً بالنسبة الى عدد سكانها الذي لا يزيد عن ٣,٥ مليون نسمة.

نعم للطقس علاقة بالنفس، وهناك اكتشاف الشتاء، وحمى الربيع، شهر ابريل (نيسان) وهو اقسى الشهور على النفس، نسبة الانتحار - كما دلت الأرقام في الدول الاوروبية والأمريكية - تزيد في فصل الربيع، والجسم يتأثر سلباً وايجاباً بما تحمله لنا الرياح.. ولكن للقصة وقائع واحادث يعود تاريخها الى عصور مضت.

الانسان يتكون من خلايا تتحكم فيها دورات داخلية منتظمة ومنتظمة فإذا اختل هذا الانتظام مرض الجسم واضطربت النفس، ان هناك ايقاعاً «ریتم» داخلياً بالجسم يتحكم في كافة ردود الفعل العقلية والجسدية، وهذا يرتبط بشكل وثيق بحالة الطقس.

يقال ان الغدة الصنوبرية Pineal Gland الراقدة في قلب المخ، تعمل ك وسيط بين البيئة الخارجية وبين منظمات الجسم الداخلية، فهي تفرز مادة تعمل على ما

بتغير الفصول الأربعه يتغير مزاج الانسان، بتقلب الجو يتقلب الجسم، بتعاقب الليل والنهار تتغير الدورات المنظمة داخل العقل والجسد فيتغير ضغط الدم، افراز الهرمونات، درجة حرارة الجسم، يشطع الخيال، يتقلب المزاج، يتقد الذهن، يتحمل... يقال ان هذا يتم في دورات كل ٩٠ دقيقة تقريباً، ولربما اذا عرف الانسان بالقرب مواعيد دوراته وعلاقتها بالضوء والعتمة، وبالربيع والخريف وبالطار والرياح، لأصبح اكثر سعادة. هذا ما تقوله الدراسات الطبية والنفسانية. لكن ما لم تذكره تلك الدراسات ان الانسان قد يموت بسبب الطقس. وهذا ما حصل فعلًا في عدة بلدان أوروبية، وفي خلال الايام القليلة الماضية، عندما اجتاحتها موجات البرد والصقيع والجليد وأوقفت بعض القلوب البشرية عن الحفakan. في دبلن عاصمة جمهورية ايرلندا المشهورة بيردها القارص وجوها الضبابي المعمم، التقى ودبليوماسي مصرى يعمل لأول مرة في هذا البلد.. قال: لقد زرت بلاداً كبيرة، وعملت في ظروف صعبة، لكنني لم اشعر بمثل هذا الاحساس من قبل. فمنذ قدمت الى هنا وانا مكتشب، وكأن ذلك الضباب الذي يحجب ضوء الشمس يحجب عن دماغي التفكير والسعادة. هذا

والحرمان من هذه الفترة من النوم يؤدي إلى بعض حالات المرض النفسي الشديد المسمى بالذهان. الحرارة الشديدة: كلنا يعلم انه من الصعب العمل بشكل صحي في الجو الحار جداً او البارد جداً، يقال ان درجة الحرارة المثلثي هي ٢٠ - ٢٢ درجة مئوية في النهار والليل، وانه اذا زادت درجة الحرارة عن ٣٢ درجة مئوية فاما يؤثر ذلك على الصحة العامة. ازدياد الحرارة يؤثر على الذاكرة. القدرة على التعلم والتفكير الصحيح، كما ان الجو الحار جداً والرطب جداً مثل بلاد جنوب شرق آسيا (يتسبب في انحراف السلوك)، وهناك دليل على ان الصيف في الهند مرتبط بارتفاع نسبة نوبات الفحاص (الشيزوفرنيا)، الاكتتاب، والانتحار.

تأثير الرطوبة: الرطوبة تؤثر على العقل والجسد بشكل اكبر مما نتصوره، فقلة الرطوبة تؤثر على الجسم كما يؤثر عليه البرد القارص، وان الجو الرطب افضل من الجو الحار الجاف. كذلك يقال ان الرياح الشرقية تكون قوية ورطبة، بينما تكون الغربية جافة. قلة الرطوبة تتسبب في زيادة الجهد الكهربائي في الهواء وبالتالي «يشحن الانسان» فيتوتر ويتهيج، يحس بعدم الراحة، ويظل في حالة قلق دائم. كما ان الايام الممطرة تشيب الهم، تسحب النشاط، وعلى عكس ما يتصور الناس فان الايام المشقة والصافية تزيد من عوامل اليأس.

تأثير الرياح: من اهم العوامل التي لها علاقة بحالة العقل والجسد، الريح الساخن الجاف. في فلسطين المحتلة تسمى بـ «الشاراف» Santa وهي مشابهة لريح الخمسين بأفريقيا والشرق الأوسط. وفي كاليفورنيا تسمى «سانانا آنا» Santa Anna. اما في أوروبا فتُهَب «رياح السيروكو» Sirocco وفون Foehn.

ريح «الشاراف»: في فلسطين المحتلة تسبب تعباً كلوياً، يؤدي الى انخفاض ضغط الدم، والحمول

تحت المهد Hypothalamus وعلى الغدة النخامية في المخ Gland Pituitary. وهذا يفرزان الهرمونات المختلفة كاستجابة لاشارات تصدرها البيئة المحيطة التي تؤثر في الغدة الصنوبرية، غير انه ليس معروفاً كيف تؤثر بالضبط البيئة المحيطة على هذه الغدة الصنوبرية.

في الجو الحار جداً، لوحظ ارتفاع نسبة الموت بشكل عام، وبشكل خاص عند المسنين فوق ٦٥ سنة من العمر - وهذا يؤكّد ما قاله «ابو قراط» ان المدينة المعرضة لرياح ساخنة، تكون رؤوس سكانها رطبة، واجسادهم متrelلة، ويعجزون عن الحركة في الحر الشديد والبرد القارص.

يقال: ان الانسان يتكون من نفس تكوينة الأرض..؟ اي سوائل، املاح، ومعادن .٨٠٪ سوائل .٢٠٪ مواد عضوية، وغير عضوية، وان تدفق السوائل في الخلايا يتغير بتغيير القمر. وهذا يؤثر على منظمات الجسم الداخلية، فتغير اشياء مثل الطاقة، والتكيف، والاحتمال، والقدرة على الحكم الصحيح. وهذه النظرية وغيرها تبقى مجرد اقاويل تفتقر الى الدلائل الشبوانية.

اما هؤلاء المضطربون نفسياً، القابلون للاهتزاز العاطفي فهم يتأثرون سلباً وايجاباً بتغيرات الطقس، اذ يجد السلوك الغريب والعنف الشديد في الطقس المتقلب، كذلك فان عناصر واقسام مستشفيات الامراض النفسية تكون اكثر ضجيجاً وازعاجاً خلال تلك الفترة، يقال باكمال القمر بدراً اثما يقترب من الأرض، وهذا يؤثر على درجة الجاذبية وبالتالي على حالة الجسم. كذلك فان قمر الصيف المكتمل المرتبط بحرارة عالية ورطوبة كثيفة يؤثر على نوم الانسان بحرمانه فترة تسمى بـ «نوم حرقة العين السريعة». وهي فترة تتحرك فيها كرتنا العينين في محجريهما بسرعة ما تحت الجفن المغلق. وهي فترة هامة حيث يكون النوم عميقاً وتحدث فيها الاحلام.

من: Seasonal Affective Disorder اضطراب يصيب النساء اكثر من الرجال يحدث عادة في فصل الشتاء واعراضه تتراوح ما بين الاكتئاب والتعب والارهاق بدون سبب، والرغبة الشديدة في تناول السكريات والشويات.

في الربيع والصيف يكون المريض مبهجاً، حيوياً، ونشيطاً بشكل غير عادي. ما هو السبب؟

هناك نظرية تقول ان نهار الشتاء قصير يحجب الضوء فيسمى الاكتئاب،اما في نهار الصيف الطويل فان الانسان يكون سعيداً، لهذا قدر مجموعة من الباحثين بفلورنس ايطاليا بدراسة اثر التعرض لضوء النهار واهميته. فعرضوا مجموعة من المرضى للجو المعتم، ومجموعة اخرى للضوء المبهج قوله ٢٥٠٠ لوکس (لمدة ثلاثة ساعات قبل الفجر وثلاث ساعات بعد الغسق). ووجد ان المرضى الذين تعرضوا للضوء قد اظهروا تحسناً ملحوظاً في اعراضهم وزال عنهم الاكتئاب، واستمرروا على حالتهم المحسنة حتى بعد خروجهم، بينما هؤلاء الذين تعرضوا للجو المعتم الضوء الحافت فلم تتأثر حالتهم النفسية.

بالطبع هذا النوع من العلاج بالضوء كمضاد للاكتئاب لا يناسب كل المكتئبين. واما يجب اختيار المريض بدقة ودراسة علاقة حالته النفسية بالضوء. وهكذا.. كيف؟

مرة اخرى يقال انه هناك شبكة عصبية كيميائية بالمخ، تتصل بالغدد الصنوية، التي تفرز هرمون الميلاتونين Melatonin. يعتقد ان الضوء يمنع نشاط الهرمون الذي ربما له علاقة بالاكتئاب.

الاكتئاب، والارهاق بدون سبب، وعدم القدرة على التركيز، واضطراب نفسي، وصداع، وانخفاض في نسبة السكر بالدم، واضطراب في المشي.. كما لوحظ ان علاج هذه الاعراض بمضادات الاكتئاب التي تزيد نسبة الاحماض الامينة في المخ يكون ناجحاً الى حد كبير.

ريح الفوهن: في ألمانيا هي ريح جافة دائمة تهب على ألمانيا، وتسمى بالربيع التي لا تفيء، فهي تؤثر على السلوك سلبياً. ولوحظ ازدياد نسبة حوادث المرور جداً اثناء هبوبها. ومن الطريق ان المحاكم التي تنظر الى قضايا المرور تأخذ في اعتبارها حالة الطقس. كذلك فان سكان ألمانيا والتمسا خلال هذه الفترة تتكرر شكاواهم من ضغط غريب خلف العينين.

اقسى الشهور التغير من البرد الى الحر يؤثر على الاستعداد الجسماني فكل تقلب في درجة الحرارة يصحبه تقلب في الدورات المنتظمة للجسم، فيتأثر العقل والجسد، وكذلك ضغط الدم، والنبيض، والتنفس.

جسم الانسان يعمل كمحرك (موتور)، يأكل يستخدم ما ينفع العمليات المختلفة من طاقة ثم يتخلص من الفضلات الحرارية بطردها الى الخارج. في شهر ابريل (نيسان) وشهر الربيع، يجد الجسم نفسه عاجزاً عن التخلص من هذه الفضلات الحرارية، وبالتالي يزيد تدفق الدم وتتسع الأوعية الدموية، ويحس الانسان بالكسل، والقلق، والساں وهي حالة يصطلاح عليها بـ (حد الربيع)، صحيح ان الربيع حي متجدد، لكن لغير المحتظظين اليائسين فهو فصل الاكتئاب.

العلاج الضوء اضطراب المزاج الفصلي او يصطلاح عليه بالانجليزية لفظ D. A. كاختصار للحروف الأولى

الجمعية العالمية للطب النفسي

اعلان مدريد



WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION

الجمعية العالمية للطب النفسي

世界精神医学协会

ASSOCIATION MONDIALE DE PSYCHIATRIE

WELTVERBAND FÜR PSYCHIATRIE

ASSOCIAÇÃO MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA

ВСЕМИРНАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АССОЦИАЦИЯ

ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA

- * يعانون المرض والعجز بسبب الاضطرابات النفسية.
- * لا شك ان هناك حاجة عالمية للتعامل الاخلاقي وللمراجعة المستمرة للمعايير الاخلاقية رغم الفروق الحضارية والاجتماعية والقومية.
- * يجب ان يكون المارسون لهنة الطب وخصوصاً أطباء النفس واعين بالمضامين الاخلاقية لدورهم كأطباء علاوة على الاحتياجات الاخلاقية الخاصة بالطب النفسي.
- * يجب على اطباء النفس - كفراز في المجتمع - ان يدافعوا عن العدل والمساواة في معالجة مرضى النفس وايضاً عن العدل الاجتماعي والمساواة بين الجميع.
- * وهنا تؤكد على ان السلوك الاخلاقي يعتمد على اعتماد الجماعة العالمية للطب النفسي في عام ١٩٧٧ اعلان هاواي الذي تضمن خطوطاً ارشادية للاخلاقيات المطلوبة في ممارسة الطب النفسي، ولقد اعيد تحدث هذا الاعلان في فيينا عام ١٩٨٣.
- * ونظراً للتغيرات والتطورات التي حدثت في التوجيهات الاجتماعية المتعلقة بمهنة الطب النفسي، فلقد قامت الجمعية العالمية للطب النفسي باعادة فحص ومراجعة بعض المعايير الاخلاقية في ممارسة المهنة.
- * الطب هو فن وعلم، وتظهر آليات التفاعل بين العلم والفن كأوضح ما يمكن في الطب النفسي - هذا الفرع من الطب المتخصص في رعاية وحماية هؤلاء الذين

- وبناء على معلومات صحيحة.
- ٤ - على اطباء النفس - اذا كان المريض عاجزاً عن الحكم الصحيح بسبب مرضه - ان يستشروا العائلة او يبحثوا عن لجنة قانونية مناسبة لحماية الكرامة الإنسانية والحقوق القانونية للمرضى، ويجب عدم اعطاء علاجات ضد إرادة المرضى الا اذا كان توقف العلاج سيعرض حياة المريض او المحيطين به للخطر، وفي كل الاحوال - يجب تقديم افضل علاج متاح بالنسبة للمريض.
- ٥ - يجب على اطباء النفس - عند طلب تقييم حالة مريض - اخبار الشخص المفحوص ونصحه منذ البداية عن الغرض من هذا التقييم واستخداماته لنتائجها وتاثيراته اللاحقة الممكنة، ولهذا اهمية خاصة خصوصاً في المواقف متعددة الاطراف.
- ٦ - ينبغي ان تبقى المعلومات التي تم الحصول عليها من خلال العلاقة العلاجية سراً، ولا يستخدم - حسراً - الا بغرض تحسين الصحة النفسية للمرضى، ويعتبر ممنوعاً على اطباء النفس استخدام مثل هذه المعلومات لاسباب شخصية او لفائدة مادية او اكاديمية. ويمكن تخطي هذه السرية فقط في حالة ما اذا كان هناك ضرر جسدي او نفسي للمريض او لشخص ثالث ممكن حدوثه اذا استمرت هذه السرية. وعلى اطباء النفس - في مثل هذه الظروف - نصح المريض اولاً عن طبيعة العمل الذي سيقيمهون به اذا كان ذلك ممكناً.
- ٧ - البحث العلمي الذي لا يتم وفقاً للقواعد العلمية هو عمل غير اخلاقي ويجب اعتماد النشاطات العلمية من لجنة مؤسسية مناسبة تحكم على الجوانب الأخلاقية للنشاط، ويجب ان يتبع اطباء النفس القواعد الدولية والمحلية المنظمة للتعامل في الابحاث العلمية، يقوم بعمل الابحاث ويديرها الافراد المدربون على عمل الابحاث دون سواهم، ولأن مرضى النفس معرضون بشكل خاص ليكونوا موضوعاً للبحوث فيجب الوضع في الاعتبار محاذير كثيرة لحماية تفردهم واستقلالهم.
- الموقف الشخصي للطبيب النفسي واحساسه بالمسؤولية تجاه المرضى ويعتمد ايضاً على معاييره الشخصية في تحديد ما هو صائب ومناسب.
- نحن نعرف ان وضع معايير أخلاقية وعمل قوانين للتعامل والدراسات الاخلاقية ودور القانون لا يضمن الممارسة الاخلاقية في مهنة الطب.
- وهنا لا بد ان يتذكر الطبيب النفسي - دائماً - ان هناك حدوداً بينه وبين مريضه ويجب ان يكون التزامه المبدئي الأول هو احترام المرضى والاهتمام بمصلحتهم والتعامل معهم كبشر متكاملين.
- وهذه الروح، اعتمدت الجمعية العالمية للطب النفسي في اجتماع الجمعية العمومية في ٢٥ اغسطس ١٩٩٦ المعايير الاخلاقية الآتية لتحكم تعاملات اطباء النفس في العالم.
- ١ - الطب النفسي هو النظام الطبي الذي يعني بتقديم افضل علاج لمرضى النفس وتأهيلهم وتحسين الصحة النفسية، ويستخدم اطباء النفس ومرضاهن بتقديم علاج متاح يتعاشى مع المعلومات العلمية المتفق عليها والقواعد الأخلاقية، ويجب على اطباء النفس استخدام العلاجات التي تتدخل بأقل قدر ممكن من حرية المريض، ويجب عليهم البحث عن النصيحة في المجالات التي لم يتلقوا فيها خبرات سابقة، ويجب على اطباء النفس عند قيامهم بذلك ان يكونوا واعين ومهتمين بالتشخيص العادل للموارد الصحية.
- ٢ - على الطبيب النفسي ان يهتم بالتطوير العلمي للتخصص ونقل المعلومات الحديثة لآخرين، وعلى اطباء النفس المدربين في مجال البحث توسيع النطاق العلمي للطب النفسي.
- ٣ - يجب تقبل المريض كشريك في العملية العلاجية، تقوم العلاقة بين المعالج والمريض على اساس من الثقة والاحترام المتبادل تسمح للمريض باتخاذ قرارات حرة

يجب تطبيق المعايير الأخلاقية في اختيار المجموعات التي ستخضع للبحث في كل أنواع البحوث الوابائية والاجتماعية أو الابحاث التي تتم بالتعاون مع انظمة اخرى او مراكز بحثية متفرقة.

هاديات تتعلق بموافق محددة:

لقد ادركت لجنة الاخلاقيات في الجمعية العالمية للطب النفسي الحاجة لتطوير عدد من الخطوط الارشادية في موافق معينة سنذكر خمسة منها فيما بعد.

واللجنة - في المستقبل - ستهتم وتعتني بابراز بعض المعايير الحرجة مثل الاخلاقيات في العلاج النفسي - التحالفات العلاجية الجديدة - العلاقة مع الصناعات الدوائية - تغيير الجنس والاخلاقيات في معالجة حالات (التأمين).

١ - قتل الرحمة: تحسين الصحة وتقليل المعاناة وحماية الحياة هي واجبات الطبيب النفسي - هناك بعض المرضى يعانون من عجز شديد بخصوص اتخاذ قرارات بناء على معلومات صحيحة - وفي مثل هذه الحالات فيجب توجيه عناية خاصة لأى عمل قد يؤدي الى وفاة من لا يستطيع حماية نفسه بسبب اعتقه، ويجب ان يعي الطبيب النفسي ان رؤية المريض قد تكون مشوهة بالمرض النفسي مثل بعض حالات الاكتئاب وفي مثل هذه المواقف فان دور الطب النفسي هو معالجة المرض.

٢ - التعذيب: لن يشارك اطباء النفس بأى عملية تعذيب بدني او عقلي حتى لو حاولت السلطات اجبارهم على المشاركة في مثل هذه الاعمال.

٣ - عقوبة الاعدام: لا يجب على اطباء النفس - تحت اي ظرف - المشاركة في الاعدام القانوني او في تقدير الاهلية للمحكوم عليه بالاعدام.

٤ - انتقاء الجنس: يجب الا يشارك الطبيب النفسي

- تحت اي ظرف - في قرار انهاء الحمل من اجل انتقاء الجنس.

٥ - نقل الاعضاء: دور طبيب النفس هو توضيح المعايير الخبيطة بالترع بالاعضاء والتصح معتمداً معلومات صحيحة ومناسبة لكل الاطراف. يجب الا يكون اطباء النفس وكلاء عن المرضى في اتخاذ القرارات ويجب عدم استخدام المهارات العلاجية للتتدخل في قرار المريض في مثل هذه الأمور ودور اطباء النفس هو حماية المرضى ومساعدتهم على ممارسة أعلى درجات ممكنة في التحكم الشخصي والدافع الشخصي في مجالات نقل الاعضاء.

الهيئة التنفيذية

للجمعية العالمية للطب النفسي

أ. د. نورمان مارتنوريس (الرئيس)

أ. د. خوان لوبيز إيبور (الرئيس المنتخب)

أ. د. خوان ميزيش (السكرتير العام)

أ. د. احمد عكاشه (امين اللجان العلمية)

أ. د. ماريان كستراسب (امين الميزانية)

أ. د. ماريو ماي (امين النشر)

أ. د. روجر مونتجرو (امين التعليم)

أ. د. دريس موسوي (امين الاجتماعات)

لجنة القيم للجمعية العالمية للطب النفسي

أ. د. احمد عكاشه الرئيس (مصر)

أ. د. جوليوب اريوليدا فلورز (كندا)

أ. د. آسن جاباتسكي (استراليا)

أ. د. نارنдра ويج (الهند)

أ. د. مانفرد هلمشن (المانيا)

* ندوة علم النفس وأفاق التنمية في دول

مجلس التعاون الخليجي

كلية التربية، جامعة قطر

الدوحة في ١١ - ١٣ مايو ١٩٩٨م

لدول الخليج العربية تحت عنوان: «علم النفس وأفاق التنمية في دول مجلس التعاون الخليجي» في الفترة من ١١ - ١٣ مايو ١٩٩٨م، ومن اهداف الندوة:

١ - تحديد الدور الذي يمكن ان يلعبه علم النفس في مجالات التنمية المختلفة.

٢ - القاء الضوء على العوامل والظروف النفسية التي يمكن ان تسهم في بناء الانسان وتنمية مهاراته وتؤدي الى تحقيق افضل مستويات من التنمية في دول مجلس التعاون.

٣ - تبادل المعلومات والخبرات بين اهل الاختصاص في مجالات علم النفس المختلفة بما يؤدي الى اثراء الحركة العلمية النفسية في العالم العربي.

٤ - طرح تصورات علمية وعملية لاستثمار الطاقات البشرية في اطار الدور التنموي لعلم النفس، وتوجيه هذه الطاقات لخدمة عملية التنمية في دول مجلس التعاون.

مع تعاظم الدور الذي يقوم به علم النفس في مجالات الحياة المختلفة، وازدياد حجم المؤثرات الثقافية الخارجية التي يتلقاها جميع افراد المجتمع في عالم متغير ونحن على مشارف القرن الحادي والعشرين، نشأت الحاجة الملحة الى اعطاء أهمية اكبر للدور الذي ينبغي ان يلعبه علم النفس من خلال ميادينه المتعددة في دفع عملية التنمية البشرية المتكاملة.

واماً منا بأهمية هذا الموضوع على المستوى الخليجي والعربي، واقتضاء بضرورة واهمية الدور الذي يمكن ان يسهم به علم النفس في مجالات التنمية الشاملة في دول مجلس التعاون الخليجي، وبناءً على توصية لجنة اقسام علم النفس في جامعات دول مجلس التعاون الخليجي في الاجتماع الرابع المنعقد في جامعة ام القرى في اكتوبر ١٩٩٦م، اقام قسماً علم النفس التعليمي والصحة النفسية بكلية التربية بجامعة قطر الندوة العلمية الأولى لاقسام علم النفس بجامعات دول مجلس التعاون

المحور الاول: دور علم النفس في خدمة التنمية البشرية:

- ١ - التركيز في مختلف مجالات علم النفس على موضوع التنمية بصفة عامة والتنمية البشرية بصفة خاصة، مع بذل الجهد لتحديد معالم التنمية النفسية لتلقيف بعد الغائب في التنمية لكي يسهم مع الابعاد الأخرى الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في تحقيق تنمية بشرية شاملة ومتوازنة تحقق للانسان نوعية افضل من الحياة.
- ٢ - التأكيد على انشاء ميدان جديد من ميادين علم النفس يسمى سيكولوجية التنمية، او علم نفس التنمية تتضمن فيه جهود المهتمين من علماء النفس في هذا المجال بحيث يقدمون للسياسيين والاقتصاديين والاجتماعيين وصناع القرار المنظور النفسي للتنمية تحقيقاً لأهداف الخطط التنموية.
- ٣ - دعوة المتخصصين في علم النفس للمشاركة في التخطيط لبرامج التنمية ومتابعها وتقويمها واستثماراً للتطورات النظرية التي شهدتها علم النفس في ميدان القياس النفسي.
- ٤ - انشاء مركز متخصص في احدى الجامعات الخليجية يعني بجمع الدراسات والبحوث النفسية المنشورة باللغة العربية وتنظيمها وتبويتها باستخدام قواعد المعلومات قدوة بما هو معمول به في البلدان المتقدمة وتوظيفها لتطوير الابحاث والخدمات في مجالات التنمية البشرية.

المحور الثاني: علم النفس وقضايا الانسان في دول مجلس التعاون الخليجي:

- ١ - اجراء دراسات مستمرة لبيان صورة ومكانة علم النفس لدى الجمهور العام تشمل جميع دول

٥ - التعرف على المعوقات النفسية والاجتماعية التي يمكن ان تحول دون تحقيق التنمية البشرية التكاملة في دول مجلس التعاون وتحديد وسائل تشخيصها وطرق التعامل معها.

وقد أقيمت الندوة تحت رعاية سعادة الاستاذ الدكتور / محمد عبد الرحيم كافود وزير التربية والتعليم والتعليم العالي - وبدعم من ادارة الجامعة ومكتب اليونسكو الاقليمي للدول الخليج بالدوحة، وفي تعامل وثيق مع الأمانة العامة لمجلس التعاون للدول الخليج العربية، وقد شارك في فعاليات هذه الندوة مجموعة كبيرة من الباحثين والباحثات من دولة قطر ومن مختلف دول مجلس التعاون الخليجي والوطن العربي.

وفي اطار هذه الندوة تم عرض ومناقشة (٢٧) بحثاً على مدى سبع جلسات، شملت المحاور التالية:

- ١ - دور علم النفس في خدمة التنمية البشرية.
- ٢ - علم النفس وقضايا الانسان في دول مجلس التعاون.

٣ - التربية الخاصة في دول مجلس التعاون: الواقع والمستقبل.

٤ - التقويم والقياس النفسي في دول مجلس التعاون: قضاياه ومشكلاته.

٥ - آفاق جديدة لدور علم النفس في خدمة التنمية.

٦ - المرأة الخليجية ودورها في التنمية.

٧ - مائدة مستديرة حول «علم النفس في العالم العربي: قضاياه وآفاقه المستقبلية».

وانتهى المشاركون في ختام الندوة الى إقرار التوصيات التالية:

المحور الرابع: القياس والتقويم النفسي في دول مجلس التعاون:

- ١ - التنسيق بين مراكز البحث ووحدات القياس بالجامعات والوزارات المعنية في دول مجلس التعاون الخليجي لوضع خطة للتعاون في مجال اعداد وتقين الاختبارات والمقياس التربوية والتفسية بما يتناسب مع الثقافة العربية الاسلامية والتدريب على تطبيقها على مستوى دول المجلس.
- ٢ - وضع قواعد لنشر الاختبارات النفسية وتنظيم عمليات هذا النشر مع وضع الضوابط القانونية المنظمة لعملية انتاجها وتسويقه واستخدامها.
- ٣ - اعداد ادلة بالاختبارات النفسية العربية المتوفرة في جميع البلدان العربية ونشرها بين الجامعات ومؤسسات البحث العربية، حتى يتم التعرف على المتوفر منها وتجنب التكرار في تطويرها وتقينها.

المحور الخامس: المرأة الخليجية ودورها في التنمية:

- ١ - انشاء مكاتب للإرشاد النفسي الاسري والزواجي، بما يساعد في تحقيق الاستقرار الاسري، مما يؤدي الى اتاحة فرصة اكبر لمشاركة اكبر فعالية للمرأة الخليجية في التنمية.
- ٢ - ايلاء اهتمام اكبر بصحة المرأة الخليجية بصفة عامة وصحتها النفسية على وجه الخصوص ضماناً للأمومة الرشيدة والاسرة التماسكة التي تضمن تنشئة افضل للأبناء صانعي التنمية المستقبلية.
- ٣ - اعادة النظر في المحتويات الاعلامية وصورة المرأة فيها والعمل على تغيير الصورة السلبية للمرأة في وسائل الاعلام سعياً لتوفير صورة اكبر ايجابية لها باعتبارها طرفاً اساسياً في عملية التنمية.

مجلس التعاون الخليجي، مستخدمة اساليب مقتنة واحدة لقياس كل من الجانب المعرفي المعلوماتي والوجداني الاجاهي نحو علم النفس على ان تتكسر هذه الدراسة مرة كل عدة سنوات لتبني التغيرات التي تحدث في الاتجاهات عند هذا الجمهور نحو علم النفس.

- ٢ - دعوة الباحثين في علم النفس في جامعات دول مجلس التعاون الخليجي الى الاهتمام بال المجالات التطبيقية المرتبطة بقضايا التنمية البشرية باستخدام مناهج البحث العلمي.
- ٣ - العمل على بناء اطر مؤسسية للبحث والممارسة والتواصل والتفاعل في علم النفس في دول مجلس التعاون الخليجي وصولاً الى رفع مستوى الأداء وربطه بالواقع وتوفير مقومات الدعم العلمي والمادي للباحثين.

المحور الثالث: الفئات الخاصة والموهوبون:

- ١ - التأكيد على اهمية برامج الارشاد النفسي للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة واسرهم ضماناً لحسن تأهيلهم وتوافقهم الاجتماعي وصولاً الى قيامهم بدورهم الايجابي والمنتج في المجتمع.
- ٢ - توفير رعاية ملائمة للطلاب الموهوبين والمتفوقين وذلك من خلال تصميم برامج استكشافية وإثرائية مناسبة واعداد معلميهم وتطوير اساليب التدريس والتقويم وتوفير المناخ الملائم، بما يحقق استثمار قدراتهم في تنمية مجتمعاتهم.
- ٣ - توظيف وسائل الاعلام بدول مجلس التعاون الخليجي من اجل تنمية اتجاهات اجتماعية ايجابية للافراد ذوي الحاجات الخاصة من المعاين والموهوبين.

٥ - العمل على إنشاء هيئة استشارية خلائقية متخصصة، تقدم خدمات في مجال التنمية البشرية، وتنجز بحوثاً ذات صبغة «استشرافية» تساعد الحكومات على وضع استراتيجيات مناسبة لمواجهة تحديات العولمة في الاقتصاد وال المجالات الحيوية الأخرى.

اعاد التقرير

د. هشام ابراهيم عبد الله
كلية التربية - جامعة قطر

* المؤتمر العربي الثامن للطب النفسي:
تحت شعار «نحو مستقبل أفضل» يدعو اتحاد الأطباء النفسيين العرب إلى مؤتمرها الثامن الذي تنظمه رابطة الطب النفسي والعلوم السلوكية وجمعية الأطباء البحرينية. وذلك في الفترة الممتدة بين ٩ و ١١ شباط فبراير من العام ١٩٩٩ في دولة البحرين.

محاور المؤتمر:

يناقش المؤتمر المحاور التالية:

- ١ - العولمة والصحة النفسية للجمهور.
- ٢ - تعليم الطب النفسي.
- ٣ - الطب النفسي للشيخ.
- ٤ - المظاهر السيكاتورية للايدز.
- ٥ - تطور الخدمات السيكاتورية.
- ٦ - التوعية والمعرفة السيكاتورية.
- ٧ - البنية الكيميائية.
- ٨ - مظاهر طيبة - شرعية في الطب النفسي.
- ٩ - اضطرابات النوم.
- ١٠ - مظاهر ادراكية في علم النفس الصيدلاني.

الخور السادس: الخدمات النفسية في التنمية المجتمعية:

١ - إعادة النظر في مناهج إعداد الأخصائيين النفسيين التربويين وتضمينها ما يساعد على تخريج المرشد النفسي التربوي الكفاء الذي يستطيع أن يتحمل مسئوليات العمليات الارشادية بابعادها المختلفة.

٢ - الاهتمام بالرقي بالمستوى الأكاديمي والمهني في إعداد معلم علم النفس على مستوى التعليم الثانوي والجامعي، مما يسهم في تعزيز اتجاهاته واتجاهات طلابه نحو علم النفس ليصبح أكثر إيجابية.

٣ - حت الوزارات والمؤسسات المعنية على استحداث وتعظيم برامج نفسية وقائية وعلاجية وعافية تخدم الصحة النفسية لختلف شرائح المجتمع اسهاماً في عمليات التنمية.

الخور السابع: نشر الوعي والثقافة النفسية (الاعلام):

١ - الاهتمام بزيادة الوعي بأهمية علم النفس وتطبيقاته في إطار الدين الإسلامي الحنيف.

٢ - دعوة أساتذة علم النفس إلى زيادة المشاركة في وسائل الاعلام، وذلك بهدف بيان وتوضيح الأدوار الإيجابية لعلم النفس في مجال التنمية.

٣ - إعطاء أهمية أكبر لتدريس مقرر علم النفس لطلاب المدارس الثانوية والجامعات، مما يساعد على تعزيز الصحة النفسية لهؤلاء الطلاب نواة التنمية البشرية المستقبلية.

٤ - البدء التنفيذي لإنشاء جمعية علم النفس الخلائقية، وتكوين لجنة تنفيذية من خمسة من المشاركون في الندوة لمتابعة هذا الموضوع وعرض النتائج في الندوة القادمة والتي سوف تعقد في الكويت عام ١٩٩٩ ان شاء الله تعالى.

- ٢٧ و ٢٩ اكتوبر ١٩٩٨ تحت شعار «نحو اسرة متماسكة» برئاسة رئيس المجلس معالي وزير العمل والشؤون الاجتماعية في دولة الامارات مطر بن حميد الطاير. وتولى الاشراف العلمي على المؤتمر الدكتور حسن اسماعيل عبيد. وندع القراء بتقديم تقرير عن اعمال هذا المؤتمر في العدد القادم.
- المؤتمر العالمي لتاريخ الطب:**
- عقدت الجمعية العالمية لتاريخ الطب مؤتمرها العالمي في تونس برئاسة البروفسور سليم عمار ومشاركة عربية وعالمية واسعة. وقد وعدنا رئيس المؤتمر بارسال تقرير مفصل عن هذا المؤتمر سيجري نشره في العدد القادم.
- * اليوم العالمي للصحة النفسية:**
- حدد الاتحاد العالمي للصحة النفسية (W.F.M.H) يوم العاشر من تشرين الأول (اكتوبر) من كل عام يوماً عالمياً للصحة النفسية. حيث عرف هذا اليوم نشاطات خاصة في مختلف دول العالم. وأمتازت النشاطات العربية بهذا اليوم بكثافتها. ويعود ذلك إلى دينامية الرئيس العربي الحالي للاتحاد الدكتور احمد ابو العزائم. الذي سیوا علينا بقائمة بالنشاطات العربية لهذا اليوم.

- ١١ - الطب النفسي الاجتماعي والحضاري.
- ١٢ - الطب النفسي للأطفال.
- ١٣ - الطب النفسي والعنابة الاولية.
- ١٤ - الاضطرابات المزاجية.
- ١٥ - ارتباطات الطب النفسي.
- ١٦ - تعريب الطب النفسي.
- ١٧ - تصنيف الامراضيات والتجربة السيكاتورية.
- ١٨ - العلاج النفسي في البيئة العربية.
- ١٩ - اعادة التأهيل في الطب النفسي.
- ٢٠ - تقنيات التصوير واستخدامها في الطب النفسي.

هذا ويشترك في المؤتمر باحثون عالميون وعرب من مختلف البلدان ويرأس هذا المؤتمر الزميل علي مطر. *

مؤتمر «الاسرة الأخلاقية بين متطلبات الحاضر وتحديات المستقبل»:

نظمت مؤسسة «صندوق الرواج» في دولة الامارات العربية المتحدة مؤتمرها الأول وضمنته المحاور التالية:

- ١ - المحور القانوني.
- ٢ - محور القيم الاسلامية.
- ٣ - المحور الاجتماعي والنفسي.
- ٤ - المحور الاعلامي والثقافي.
- ٥ - المحور التربوي.
- ٦ - المحور الاقتصادي.
- ٧ - المحور السكاني والصحي.

وقد عقد المؤتمر في مدينة ابو ظبي في الفترة ما بين ٦ و ٩ آذار (مارس) ١٩٩٩. للاشتراك:

*** المؤتمر الأول للطب النفسي الجائحي:**

اقيم في القاهرة في الفترة ما بين ٦ و ١٨ كانون الأول (ديسمبر) ١٩٩٨ المؤتمر الافريقي للطب النفسي وهو المؤتمر الأول على الصعيد الافريقي.

*** المؤتمر الأول للطب النفسي الجائحي:**

يقام في تايبيه (Taipei) المؤتمر العالمي الأول للجمعية العالمية للطب النفسي الجائحي Psychiatric Epidemiology وذلك في الفترة ما بين ٦ و ٩ آذار (مارس) ١٩٩٩. للاشتراك:

الاتحاد العالمي عام ١٩٤٨ وبذلك تم خمسون سنة على
كفاية من اجل الصحة النفسية عالمياً واقليمياً ومحلياً
وفي هذه الذكرى ايضاً نستعد للاحتفال بيده عمل
الجمعية المصرية للصحة النفسية التي انشئت عام ١٩٤٨.

ونظراً لأهمية الصحة النفسية في حياتنا منذ قبل
الولادة وحياة الطفولة والشباب وفي العمل وفي التربية
والشيخوخة فقد اعد البرنامج الآتي لتشييط فاعلية
الصحة النفسية في جميع ادوار حياتنا.

والجمعية العالمية الاسلامية للصحة النفسية على
استعداد لحضور الاجتماعات التي تعقد في الجمعيات
النفسية بالجمهورية وعلى استعداد كذلك لتزويد هذه
الجمعيات باعداد من مجلة النفس المطمئنة حتى يعم
النفع.

اننا في حاجة للعمل في الميدان الاجتماعي في دروبه
المختلفة يداً بيد وسوف يعود ذلك بالطمأنينة لأولادنا
واحبابنا وللحياة السوية المقدمة التي تحمي بلادنا وتزيد
انتاجنا.

وسوف تقام العديد من الاجتماعات لتنفيذ برنامج
اكتوبر وهذه الابحاث سوف يكون لها آثار عديدة على
تنمية الصحة النفسية في بلدنا العزيز وأثار اخرى هامة
في اتساع رقعة العاملين المدربين في الميدان.

ان التعليم المستمر واكتساب المعرف الحديثة خاصة
تدعيم السلوك الايجابي النفسي في المجتمع هو تاج القرة
والسعادة والاصالة.

ويشرف الجمعية العالمية الاسلامية للصحة النفسية ان
تكون الساعين لنشر ثقافة الصحة النفسية من المطلوب
الاسلامي الذي ذخرت به امة الاسلام وان تقف مع
الجمعيات الاخرى العاملة في الميدان وقفه التعاون والتآزر

International Federation of Psychiatric Epidemiology.
Fax: 886 2.782.3047.

* مؤتمر الشيخوخة:

يقام في مدينة Wellington في نيوزيلندا مؤتمر
الشيخوخة للاشتراك: e-mail: mary. lynch @ dsw. govt. MZ.

* ندوة الجمعية الاميركية لدراسات الانتحار:
تقيم الجمعية الاميركية لدراسات الانتحار ندوتها
الاختصاصية في مدينة هيوستن في الفترة ما بين ١٤
و١٧ نيسان (ابريل) ١٣٩٩ للاشتراك:

Fax: 1 202.237.2282.

* ندوة الاكاديمية الاميركية للطب العصبي:

تعقد في مدينة تورونتو (Toronto) الندوة الاميركية
للطب العصبي. للاشتراك: Fax: 1 612.623.2504

* السنة العالمية للمسنين:

الندوة العالمية للمسنين تعقد في هونغ كونغ بتنظيم
من الجمعية الآسيوية للمسنين في الفترة ما بين ٢٦ - ٢٩
نيسان (ابريل) ١٩٩٩ للاشتراك:

11/F Duke of Windsor Social Service Building
15 Hennessy Road. Wanchat. Hong-Kong.

● اليوم العالمي للصحة النفسية

يشهد العالم مع أوائل اكتوبر نشاطاً بارزاً في جميع
ارجائه حول الاحتفال باليوم العالمي للصحة النفسية
الذى ينظمها الاتحاد العالمي للصحة النفسية وممثلوه في
كل مكان.

وتجيء هذه الذكرى مع الاحتفال بذكر تأسيس

والبذل بكل طرق العطاء المختلفة ﴿فَلْ كُلْ نَذْهَلْ وَهُؤْلَاءِ مِنْ عَطَاءِ رَبِّكَ وَمَا كَانَ عَطَاءُ رَبِّكَ مُحْظَرًا﴾
(الاسراء ١٧).

وقد نظمت الجمعية بحول الله وقوته دورة ثقافية لروادها على ان يقودها كبار المفكرين الاسلاميين المتخصصين في شتى المعارف يعقد مرة كل شهر ويستدنا ان نعلن بعد الافتتاحية هذا البرنامج وندعو الله ان يبارك خطانا في هذا العمل ويزيدنا علما من عنده ﴿وَقُلْ رَبِّ زَنْدِي عَلَمَنَا﴾ (طه ٢٠) والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته.

• الموسم الثقافي

لجمعية العالمية الاسلامية للصحة النفسية
لعام ١٩٩٩/٩٨

الاربعاء: ١٠/٧

المحاضر: د. محمد وسیم نصار.

العنوان: مفهوم العلم وأثره على الصحة النفسية.

تقديم: د. محمود جمال ماضي ابو العزائم.
٢ - الاربعاء: ١١/٤

المحاضر: أ. د. رفعت السيد علي العوضى.

العنوان: نموذج للإعجاز العلمي في المجال الاقتصادي.

تقديم: أ. د. محمد جمال ابو العزائم.

٣ - الاربعاء: ١٢/٢

المحاضر: الموسيقار / عبد العظيم عويضة.

العنوان: الموسيقى والصحة النفسية.

تقديم: د. جمال ماضي ابو العزائم.

٤ - الاربعاء: ١٣/٦

• السلوك الاجتماعي

وأثره في التنمية

الاربعاء ٢٨ اكتوبر ١٩٩٨

المكان: قاعة المؤتمرات بجمعية المستثمرين بالعاشر من رمضان.

المدعوون:

١ - السادة اعضاء جمعية المستثمرين.

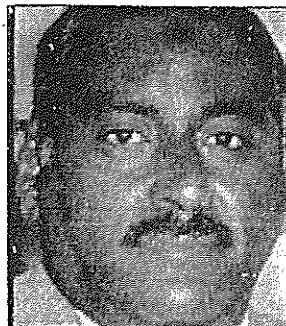
٢ - السيد رئيس جهاز مدينة العاشر من رمضان ومن يرشحه من الجهاز.

٣ - الشركات والمصانع الاختصاصيون النفسيون

دعوة لدعم الخدمات النفسية للأطفال

**ضحايا العدوان في العالم خاصة اطفال
الشعوب الاسلامية**

المؤتمر الثالث لرعاية الاطفال ضحايا الحرب



**د. احمد جمال ابو العزائم
الرئيس المنتخب للاتحاد العالمي
للحصبة النفسية**

عقد في مدينة كولومبيا بولاية ميسوري الأمريكية المؤتمر الدولي الثالث عن: الخدمات النفسية لضحايا العنف وأسرهم «دروس منالي» وذلك في الفترة من ١١ - ١٢ يوليو ١٩٩٨ نظمته جامعة ميسوري بالتعاون مع الجمعية العالمية الإسلامية للصحة النفسية وقد حضره خبراء من جامعة ميسوري الأمريكية برأسهم الدكتور / ارشد حسين نائب رئيس الجمعية العالمية الإسلامية وخبراء صحة نفسيون ورعاة ضحايا العنف في كل منالي برئاسة الدكتور / عثمان سينانوفتش ومن الشيشان برئاسة ادريسوكروري ومن سريلانكا برئاسة دافيدر اتنافالي ومن العراق السيدة / مليشا سارجيس ومن كوسوفو السيدة / زاناوبروشي ومن رواندا ومن باكستان د. رشيد شودري رئيس الجمعية العالمية الإسلامية للصحة النفسية ومن المملكة العربية السعودية كل من بادحدح ود. احمد العجلان ود. اسامة الراضي

**والاجتماعيون والاداريون - النوادي الاجتماعية
ومدارس بمعدل خمسة افراد من كل جهة.**

٤ - اطباء التأمين الصحي.

**٥ - رؤساء المناطق الاجتماعية - رجال الدعوة الدينية
- المنطقة الطبية.**

المحاضرون:

١ - أ. د. جمال ماضي ابو العزائم - رئيس الاتحاد العربي للجمعيات غير الحكومية.

٢ - أ. د. عمر شاهين - وكيل نقابة الاطباء.

٣ - أ. د. مسعد عويس - رئيس جهاز الشباب والرياضة.

٤ - أ. د. رشاد عبد اللطيف - عميد كلية الخدمة الاجتماعية بحلوان.

٥ - أ. د. احمد محمد مصطفى - عميد كلية التربية النوعية.

٦ - أ. د. رفعت العوضى - استاذ بكلية تجارة الأزهر.

٧ - أ. د. محمد سمير فرج - استاذ بمعهد اعداد القادة.

٨ - أ. د. سعيد عبد العظيم - استاذ الطب النفسي بكلية الطب جامعة القاهرة.

٩ - د. احمد جمال ماضي ابو العزائم - رئيس الاتحاد العالمي للصحة النفسية.

☆ ☆ ☆

وقد ٣١ اطفال البوسنة آباءهم يتعرضون ٤٠٪ من اطفال البوسنة للمشاكل النفسية الحادة وعصاب الصرعة الناتج عن الحرب فقد قتل ٢٠٠,٠٠٠ مواطن في البوسنة منهم ١٧٠٠ طفل وأجير ٢٣٪ من السكان الى مواقف كانوا على حافة الموت وكما تعرض ٥٠٪ من الاطفال لاطلاق النار من القناصه هذا وقد قامت الجمعية العالمية الاسلامية للصحة النفسية بالتعاون مع جامعة ميسوري الامريكية بانشاء برنامج عاجل للصحة النفسية في البوسنة قام بـ ١٦ رحلة الى الخطوط الامامية والملائج لرعاية ضحايا العنف قام خلالها بعلاج هؤلاء المرضى وتم تدريب ٢٠٠ مدرس و ٢٠٠ متخصص في الصحة النفسية لرعاية الاطفال خاصة اليتامي الذين رحلوا من ديارهم وليس لديهم عائل وتم عقد ثلاثة مؤتمرات دولية لعرض نتائج الكارثة والمشورة مع الخبراء العالميين لعلاج المأساة.

١ - العمل على تكوين رأي عام مناهض لعادة تعاطي القات.

٢ - العمل على تحصين الاطفال المراهقين والشباب من عادة تعاطي القات من خلال الدعاية والتمريض والناهج الدراسية والاعلام الجماهيري.

٣ - السعي نحو التأثير على صناع القرار للبدء باجراءات تقنين زراعة وتعاطي القات.

٤ - القيام بحملات اعلامية شاملة للتنوير باضرار القات وحث المواطنين على قضاء وقت الفراغ في النافع والفيد.

٥ - حث وتشجيع علماء الدين على الاجتهاد في حكم مضبغ القات والاقتداء بالدول العربية الاسلامية التي حرمت تعاطي القات وقد نجحت الجمعية خلال الفترة القصيرة من انشائها في اعداد نظامها الداخلي

ومن مصر كل من د. عمر شاهين الرئيس المنتخب للجمعية ود. احمد جمال ابو العزائم الرئيس المنتخب للاتحاد العالمي للصحة النفسية وقد عرضت ابعاد مشكلة الاطفال ضحايا العنف في البوسنة وكوسوفو والشيشان ورومانيا وسريلانكا وكشمير والعراق كما حضر روسيون فلاند - منسق برامج اليونسكو لرعاية الطفولة بالأمم المتحدة، حيث عرضت البرامج النفسية وتم مناقشة الاساليب الحديثة في رعاية هؤلاء الاطفال واسرهم والظروف الصعبة التي تنتج من تبصيل الكثير منهم.

وقد عرضت ابعاد الازمة الانسانية غير المسبوقة ضد الاطفال والنساء في هذه المناطق حيث تحدث اوريسوكوري عن مأساة الشعب المسلم الى الترحيل الجماعي عام ١٩٩٤ الى جمهورية الكازاخستان لاجبارهم على ترك الاسلام وعقابا لهم على ممارسة شعائر الاسلام وتم ترحيلهم سيرا على الاقدام مئات الالکلومترات وعندما عجز ٧٠٠٠ منهم على إكمال المسيرة احرقوا في المساجد وظلوا في العراء طوال الشتاء مما ادى الى وفاة الآلاف وفي حرب العبرير الاخيرة احرقت السوفيت ودمروا جميع الجامعات والمباني الحكومية والمتاحف و ٧٠٪ من المدارس وكان اسوأ هذه المأسى اعتقال ٢٥ الف شيشاني لم ينج من الموت سوى سبعة آلاف منهم خمسة آلاف معموق عذبوا بكل وسائل التعذيب بحججة انها معسكرات منع التسلول والآن يوجد ٩٠ ألف يقيم في الشيشان وفي كوسوفو بدأ الصراع حرب تطهير عرقية مشابهة لحرب البوسنة وفي هذا الربع عام ١٩٩٨ بدأت القوات الحرية إبادة وتجميع لدفع الغلبة المسلمة من الألبان (٨٥٪) الى الرحيل عن الاقليم واغلقت الجامعات والمدارس والمستشفيات والمؤسسات العلمية وطردوا منها وفي البوسنة تم تدمير كل المستشفيات والمباني واللاعب والمكتبات، والمدارس

مؤتمر الجديد

في الوقاية من الادمان

عقد بقاعة دار الضيافة بجامعة عين شمس في الفترة من ٢٧ - ٢٨ يونيو ١٩٩٨ مؤتمر الجديد في الوقاية من الادمان وقد حضر جلسة الافتتاح أ. د. جمال ماضي ابو العزام رئيس المؤتمر أ. د. مارك موريفال أ. د. مارتن ديفريز والسيدة الاستاذة - عفت الكاتب نيابة عن سعادة وزيرة الشئون الاجتماعية - وأ. د. احمد محيط.

وبدأ المؤتمر اعماله بمناقشة العديد من الموضوعات الهامة بمجال الادمان فقد تحدث أ. د. احمد ابو العزام عن برامج اجتماعية للوقاية من الادمان وتحدث أ. د. امانى هارون عن دور البحث العلمي في الوقاية من الادمان. وتحدث أ. د. محي الدين احمد رئيس علم النفس وتحدث أ. د. سيد صبحي عن الوقاية من المبررات الرائفة للادمان.

وتحدث أ. د. عبد السلام الشيخ عن التذوق الجمالي والوقاية من الادمان.

وتحدث أ. د. سمير فرج عن الاعاقة العاطفية من الادمان. كما تحدث أ. د. فكري عبد العزيز عن الاعلام والوقاية من الادمان وأ. د. رفعت السيد العوضى عن عناصر التكالفة الاقتصادية الادمان وأ. د. مارتن ديفريز عن المخدرات واسباب الاضطرابات النفسية ورؤيته حول مشكلة الادمان.

وتحدث أ. د. نهاد سنان عن فهم عملية الانكسار. كما تحدث الشيخ عبد التميم البلاي من دولة الكويت عن انشطة الوقاية في مساجد الكويت.

وتحدث د. محمد وسميم عن العلاقة بين الایمان والادمان. واختتم المؤتمر اعماله بحضور المشاركون من الدول العربية كالسعودية والكويت والجزائر والأردن وليبيا وفلسطين واليمن وأوروبا ومن جمهورية مصر العربية.

الاساسي والحصول على ترخيص ودعم من الجهات الحكومية وفي اقامة شبكة وعلاقة مع الجمعيات غير الحكومية الاخرى والاتحادات العربية والدولية.

وفي العام الماضي انضمت مع بقية الجمعيات اليمنية والعربية الى الاتحاد العربي للوقاية من الادمان.

كما نشط الاخ / الاستاذ عادل بامطرف رئيس الجمعية بتنظيم عددة لقاءات وندوات حول مكافحة القات ويدعم ومساعدة من بعض المنظمات الدولية العاملة في اليمن نظم ورشة عمل حول طرق ووسائل مكافحة القات.

ان النضال ضد الادمان في اليمن ليس مهمة الجمعيات غير الحكومية ذات العلاقة المباشرة وإنما مهمة كل فئات المجتمع والمؤسسات الحكومية وغير الحكومية الخاصة وال العامة. ففي هذا الاتجاه ايضاً تنشط جمعيات عملية طيبة ومراكيز ابحاث خاصة واكاديمية في مكافحة ظاهرة التدخين كجزء من نشاطاتها الوقائية.

وقد بدأت جمعية مكافحة السرطان التي يترأسها الدكتور / احمد الحضراني ومركز تسجيل حالات السرطان التابع لجامعة عدن ويتراصه الدكتور / جمال عبد الحميد نشطاً في مجال مكافحة ظاهرة التدخين من خلال اعداد المحاضرات والندوات والرسائل الاعلامية والكتيبات وآخر اصدارات تلك الجمعية بالتنسيق مع مؤسسة العفيف الثقافية كان حول التدخين وكيفية الاقلاع عنه. صدر مع بداية هذا العام.

تلك هي بعض البرامج والنشاطات للجمعيات غير الحكومية للوقاية من الادمان وهي بدايات وخطوات اولية تعتمل في اليمن من اجل انقاد الانسان العربي اليمني من اكبر خطر يهدد حياته.

الجمعية تحتفل بيوم العالمي للصحة النفسيّة

١٠ تشرين الأول (اكتوبر) ١٩٩٨

٢ - المُحاضرات:

قامت الجمعية بتنظيم محاضرات توعية في المجالات التالية:

- ١ - سيكولوجية العمل.
- ٢ - سيكولوجية العنف والجريمة.
- ٣ - الزواج من وجهة سيكولوجية.
- ٤ - التحول والتحول من المجتمع.
- ٥ - متى نلجم بالطفل للطبيب النفسي.

٣ - توزيع مطوية:

وزعت الجمعية مطوية «جداول النمو النفسي العضوي للطفل» على اطباء الاطفال والجمعيات المهتمة بالطفل وجمعيات الامهات ودائرة التربية (فرع الحضانة والابتدائي الاول).

وتبيّن المجلة نشر هذه الجداول في صفحة منفردة في المجلة راجية من قرائتها المتخصصين تصديريها والمساهمة في تعليمها كخطوة اولية لتعليم الوعي الصحي النفسي لدى الاهل والمربين. حيث تحدد هذه الجداول تأثير النمو العضوي - النفسي لدى الطفل وتحديد الظروف التي تتطلب مراجعة الطبيب الاختصاصي.

شاركت الجمعية اللبنانيّة للدراسات النفسيّة في يوم العالمي للصحة النفسيّة بالاشتراك مع الاتحاد العالمي للصحة النفسيّة وتوزعت نشاطات هذا اليوم على النحو التالي:

١ - على صعيد الصحافة اليومية:

وزعت الجمعية محاضرات توعية التي أقيمت خلال موسمها لعام ١٩٩٨ على الصحف اليومية حيث قام بعضها بنشر هذه المُحاضرات كاملة. وقد ساهمت هذه الوسائل الاعلامية في ايصال هذه المعلومات الصحيحة - النفسية الى جمهور عريض من المهتمين. وهذه المُحاضرات / المقالات هي التالية:

- ١ - الاضطرابات النفسيّة عند المرأة - د. غادة حرقوق.
- ٢ - الصحة النفسيّة - الجسدية للطفل - د. سمر زودة.
- ٣ - العدائية عند الاطفال - د. سلمى المصري دملاج.
- ٤ - الامراض النفسيّة والاضطراب النفسي - د. وسيم قلعجيّة.
- ٥ - نحو انسنة العمل الطبي - د. حسن الصديق.
- ٦ - سيكولوجية الحمل - د. جليل شكور.

جداول النمو العضوي - النفسي للأطفال

يسرا الجمعية اللبنانية للدراسات النفسية ان تضع هذه الجداول الميسرة بين أيدي الأهل والمربيين على طريق مشروعها لدعم سبل الوقاية والاكتشاف المبكر لاصابات الاطفال . وترجو الجمعية من كافة الزملاء المتعاملين مع الموضوع المساعدة في توزيع هذه المطوية على اكبر عدد ممكن من المهتمين سواء عن طريق تصويرها او بطلب نسخها من الجمعية على عنوانها : طرابلس - لبنان ص.ب: ٣٠٦٢ - التل .

ان الزملاء من أطباء اطفال وأطباء نفسيين وختصاصيين نفسيين يدعون من هذا المشروع من خلال مساهمتهم في تعليم هذه المنشورة وبتقاضاهم بتقديم بعض الشروحات حولها .
طريقة الاستعمال .

ان هذه الجداول توضح متى تظهر نمو الطفل عضوياً وحركياً ونفسياً في المراحل العمرية المختلفة . فإذا ما لاحظ الأهل ان طفلهم قد بلغ مرحلة عمرية معينة وتختلف عن اداء الحركات او ردود الفعل النفسية او عن اللحاق بمتوسط تطور الوظائف العضوية المبينة في هذه الجداول . فان ذلك يستوجب المراجعة الطبية وأخذ رأي طبيب الطفل في الحالة . مع الاشارة الى ان هذه الاضطرابات لا تكون بالضرورة امراضاً ولكن الموقف الوقائي يستوجب المراجعة الطبية .

مشروع الوقاية والاكتشاف المبكر لامراض الطفولة

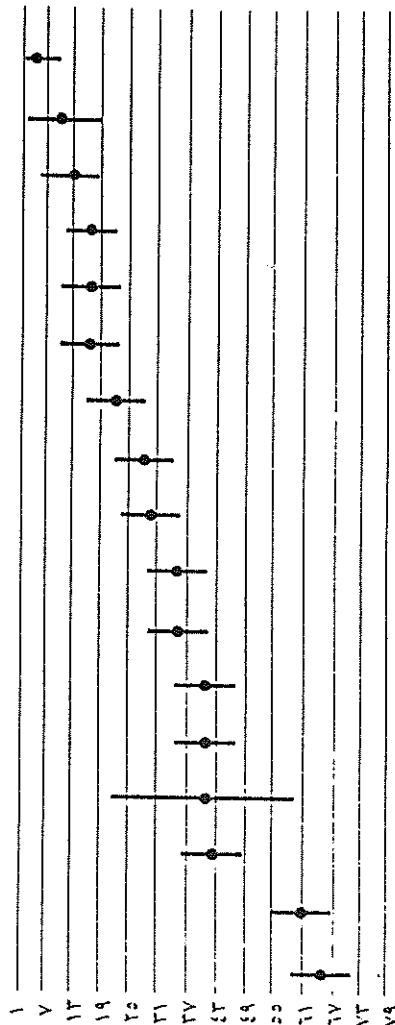
الجمعية اللبنانية للدراسات النفسية

طرابلس - لبنان - ص.ب: ٣٠٦٢ - التل



(جدول يلخص النمو المتركي للرضيع
منذ أسبوع الأول ولغاية الـ ٧٩ أسبوعاً)

- مروض على بطنه يقدر على رفع رأسه .
- مروض على بطنه يستطيع رفع صدره .
- يأب بيديه .
- يرصل الأشياء إلى فمه .
- يلعب بشيء إذا ما أعطي له .
- مع المساعدة يستطيع الجلوس مستدلاً
- يلعب بأذنه .
- يتقلب على بطنه وعلى ظهره ، ينزع .
- يتفق قليلاً على قدميه .
- يبدأ بالحركة إذا ما وضع على بطنه .
- يتفق على قدميه مستدلاً بالمفروشات .
- ينجح في النهوض وحيداً .
- يمشي متكتناً على المفروشات
- يمشي معتمداً على يدهما .
- يتسلق لكي يقف على قدميه .
- يستطيع الوقوف على قدميه من دون مساعدة
- يمشي لوحده من دون مساعدة .



جدول النمو النفسي العضوي للطفل

| النطق والأنشطة الاجتماعية | التحكم بالعاصرات | المهارات اليدوية | النمو الحركي | العمر |
|--|--|--|---|--------------------------------|
| يمكّن كلمات غير مفهومة . وأيضاً بعض الكلمات المفهومة . يشير ياصبه إلى ما يريده . يدفع بيده الأشياء والأشخاص الذين لا يرغبهم . تبدأ عدائه وسلبيته بالظهور | يمكن أن يبدا بالتحكم ببرازه . | يُقبض على شيئاً صغيرين في يد واحدة . يخربش بالقلم . يضع مكعبين فوق بعضهما . يرمي الأشياء إلى الأرض ويخرج حداهه محاولاً ارتداءه . | يُنهض لوحده . يصعد الدرج بمساعدة أحد الأشخاص | لغاية الخامسة عشر شهراً |
| يتكلم بشكل غير مفهوم . يردد كلمة ١٢-١٠ مفهومة . يشير إلى جسمه . يشير باصبه إلى الشخص عندما يسأل عنه . ويحاول تقليد أمه في عملها | يعلن عن رغبته بالتبول أو يظهر المائدة . يبني أراجاً من ٤-٥ مكعبات . عدم ارتياحه بعد تبوله ، ويعلن عن رغبته بالبراز . | يستعمل الملعقة على يمينه ، يجلس على كرسي الكتاب ٣-٢ صفحتان دفعة واحدة . | يصعد الدرج لوحده ، يهروء يقفز ، يجلس اللوحده على كرسي عن طريق التسلق . الكتاب ٧-٦ غالباً ما يمتنع عن مكعبات . يتصرف الكتب صفحة صفحة . ينزل يفتح الباب . | خمسة عشر إلى ثمانية عشر شهراً |
| يتكلم دائماً . يؤلف جملًا قصيرة ومبتورة . يطلب الأكل . يستخدم اسمه وبقاظه . ترداد عدائه . | يبني برجاً من ٧-٦ مكعبات . يتحكم في برازه . | يُلبس ويخلع ثيابه الحمام (للبرول والبراز) . مساعدته في الأذار) . يرسم شبه دواز ، ويرسم خطيبين مقاطعين . | يصعد الدرج وينزله لوحده . ينبع إلى نفس الدرجة . يركض . يفتح الباب . | من ثمانية عشر شهراً إلى الستين |
| يلعب مع الآلات الآخرين . يسان كثيراً . يعرف عمره وجنسه . يهد لغاية العترة . يحفظ أناشيد قصيرة . يترعر على الألوان | يذهب لوحده إلى الحمام (للبرول والبراز) . | يلبس ويخلع ثيابه الرجده (يجب) . يُساعدني لكل درجة . يرسم شبه الأذار) . يرسم شبه دواز ، ويرسم خطيبين مقاطعين . | يصعد الدرج بقدم واحدة ولكنه ينزل بقدمين لكل درجة . يستطيع الوقوف على قدم واحدة لعدة ثوان . | من ستين إلى ثلاث سنوات |



سلسلة علم نفس الطفل

| | |
|------------------------|------------------------------|
| ذكاء الجنين | دار الهيئة العربية |
| ذكاء الرضيع | بيروت |
| ذكاء الطفل قبل المدرسي | الطب النفسي ودوره في التربية |
| الريبو عند الأطفال | العلاج النفسي العائلي |

وضعت هذه السلسلة لقدم إلى الأهل والمربين العرب خالمة لأحداث التجارب في عالم التربية والتعليم. فهذه السلسلة تساعد الأم في تربية طفلها منذ لحظة الحمل ولنهاية تحفيظه من الدراسة. كما تساعدنا في تحديد المواقف التربوية الصحيحة وتحديد تلك المواقف التي تستوجب اللجوء إلى الاختصاصيين.

وتحتوي هذه السلسلة المديدة من المراضي التي لم تنشر مانشتها باللغة العربية فمن بيكرسوناتك الطفل إلى تحفيظ دماغ الجنين إلى تجارب التربية المعاصرة إلى المسائل الأفضل لتعليم العربية للطفل إلى الأدوار التي يلعبها الطبيب النفسي في التربية الحديثة إلى الملامن النفسية للربر الطفولي والسل النفسي لعلاجه. وذلك إشارة لدورهن شامل لكافة المدارس الحديثة والتطورات والتبدلات المدخلة إلى المدارس المقررة.

من أهمية هذه الوثيقة (التقرير او الشهادة الطبية) وابعادها المتعددة فان عدة مسائل مرتبطة به ظلت غامضة وبحاجة الى توضيح تجنبآ للتأويلات المتعددة المؤدية الى صعوبات في التعامل مع هذه الوثيقة... ولقد جاء هذا الكتاب للمساهمة في رفع عديد من التباسات بهذه الوثيقة وابراز قيمتها من مختلف جوانبها. بما يستجيب لرغبة كل المهتمين بهذا الموضوع... ان هذه الدراسة جاءت ثرية وشاملة وذات بعد نظري وعملي... ولعل من ابرز مميزات هذا العمل هو الجهد الذي قام به المؤلفون قصد تعريب عديد من الوثائق والمفاهيم المستعملة في هذا المجال. وهي مساهمة ذات بعد حضاري في سبيل دعم اللغة العربية في ميدان الاختصاص...

٢ - المؤلفون:

مؤلفو الكتاب من الرمّلاء التونسيين المعروفين جيداً في العالم العربي، ولعله من المفيد ابراد لمحنة موجزة عنهم بهدف تعريف القارئ الى الخبرات الكامنة خلف هذا العمل. فالبروفسور احمد ذياب هو عضو الجمعية الدولية لجراحة وتقديم الاعضاء وهو ناشط في ميدان التدريس الجامعي والتأليف. ومن اهم اعماله المعجم الطبي (النفسي) بالمشاركة مع البروفسور انور الجراية استاذ الطب النفسي الناشط في غالبية الجماعيات العربية والفرنسية الاختصاصية والبروفسور سمير معتوق استاذ الطب الشرعي بجامعة صفاقس، وقد تضافرت خبرة هؤلاء الاساتذة الثلاثة لاخراج هذا العمل الذي يستحق التعليم في كافة البلدان العربية.

٣ - محتويات الكتاب:

يقدم الكتاب نماذج للتقارير الطبية ويصنفها وفق الاختصاصات على النحو التالي: أ - شهادات الاسرة

مكتبة الخط

العنوان: الشهادة الطبية.

المؤلف: انور الجراية واحمد ذياب وسمير معتوق.

الناشر: دار جيم - تونس.

ان تطور ونمو المؤسسات الاجتماعية (مدنية وضمان صحي وتأمينات وغيرها) هو تطور يجعل المريض بحاجة الى تقرير عن وضعه الصحي ليودعه المؤسسات المعنية. من هنا فان تحرير التقرير الطبي اصبح من ضمن المسؤوليات اليومية للطبيب بغض النظر عن تخصصه وعن نمط مزاولته لهيئة العلاج (عيادة خاصة او مستشفى او غيره).

وهكذا فان مسألة التقرير الطبي قد باتت غير محصورة في اطار الطب الشرعي وحافظت على علاقتها المهنية والقضائية والاقتصادية والاجتماعية. ومن هنا تأتي اهمية الكتاب الصادر بعنوان «الشهادة الطبية» باللغتين العربية والفرنسية. والكتاب يقع في ٣٠٠ صفحة من الحجم الكبير وهو صادر عن دار جيم في تونس. وهو من تأليف الاساتذة الدكتورة احمد ذياب وانور الجراية وسمير معتوق. وقد للكتاب وزير الصحة التونسي الدكتور الهادي مهني.

١ - تقديم الكتاب:

في تقديمه للكتاب يرى الدكتور مهني انه وبالرغم

- ز - الطب البيطري.
- ح - شهادات الوفاة (اسباب طبيعية - شبهة - معاينة الموت الدماغي نقل الجثة - معاينة طبية للوفاة).
- ويتضمن الكتاب نماذج بالعربية والفرنسية عن كل تقرير من هذه التقارير. هذا ويكتسب الكتاب أهمية قصوى يستمدّها من أهمية الطبيب ودوره الاجتماعي والشرعي المقرر (في حالة تحرير تقرير) حتى ان بعض علماء الاجتماع رأوا ان الطبيب في عصرنا الراهن هو الوريث الشرعي للمكانة التي كان يحتلها رجل الدين والمنجم في السابق. فهو يؤثر (ولو بصورة غير مباشرة) باتخاذ قرارات تتعلق بأهلية الأشخاص ومستقبلهم. وهذه السلطة تلقى مسوّليات جديدة على عاتق الطبيب وتتطلب انصباطاً أخلاقياً اضافياً. خصوصاً وان بعض التقارير قد لا تصدر بهدف الاستخدام غير الطبي (قضائي، شرعي وخلافه) او ان الطبيب قد لا يعلم الهدف من استصدارها، وهذا ما يعرض الطبيب واضع التقرير لواقف حرج ومربكة احياناً. فالشهادة المستخدمة لاياد المريض في المصح قد تستخدم لاثبات عدم اهلية وتبعد الامثلة.
- ان الكتاب لا يناقش هذه الجوانب الاخلاقية والقانونية والاجتماعية ذلك ان القوانين تختلف من بلد آخر بهذا الخصوص من هنا اكتفائهم ب تقديم نماذج محددة ودقيقة لكافة انواع التقارير والشهادات الطبية في مختلف الفروع. وفي رأينا الشخصي ان الكتاب ضروري لكافة الاطباء العرب وللمتعاملين مع التقارير الطبية ولعله من المفيد اعادة طبعه بنسخ كافية من قبل اتحاد الاطباء العرب بهدف تعليم الفائدة. وربما كان المفيد الحاقد بترجمة ثلاثة انكليزية لكافة التقارير التي يوردها الكتاب.
- (الولادة - التلقيح - موقع التلقيح - اعفاء من الرياضة - للعودة الى المدرسة بعد الاصابة بمرض ساري - القبول بعض المدارس - عدم وجود امراض سارية - الاعتداء الجنسي - عدم امكانية متابعة الدراسة - حضور وراحة - معاينة عذرية - سابقة للزواج - اجهاز علاجي - توقف طبيعي للحمل - ابطال ارادي للحمل - في الحمل - عطلة الولادة - التراتيب القانونية للرضاعة - تبني طفل.
- ب - شهادات في الحياة العامة (الصحة الجيدة - الاهلية للقيام بعمل - طلب استشفاء - اقامة بمؤسسة استشفائية - شهادة تمديد راحة - اعتداء بالعنف - ضحية حادث - استئناف النشاط المهني - البرء من الامراض السارية - التئام الاصابات - اعادة تكليف مهني - تعذر التنقل لدعوه الى المصالح الطبية او القضائية - حضور - مأمورية اختيار طبي - التأهيل للقيادة - العاهات المانعة لحصول على رخصة قيادة - بطاقة معاق - تفاقم نسبة العجز - من اجل مساعدة شخص آخر - اعاقة من وزارة الشؤون الاجتماعية.
- ج - الامراض النفسية (الايواء في المصح - ايواء من غير رضى المريض - ايواء من اجل مرض عقلي - ايواء إيجاري - اقامة في المصح - من اجل الحصول على بطاقة اعاقة - مريض عقلي لم يتمكن من الحصول على خدمات).
- د - الامراض السادبة: (الاصابة او الوفاة نتيجة مرض سار).
- ه - تقارير المؤسسات الاجتماعية (للحصول على مستحقات التأمين - لمصاريف العلاج - لاقتناء جهاز - للتکفل بمصاريف العمليات - لتحديد مستوى القصور - للحوادث المهنية - للأمراض المهنية).
- و - طب الاسنان (حضور - راحة - فحوصات - نموذج سن).

العنوان: علم نفس قرافي جديد.

المؤلف: مصطفى محمود.

الناشر: دار أخبار اليوم / القاهرة.

عرض: محمد يونس.

القرآن الكريم اقام حضارة وصنع تاريخاً ولكنه قبل ذلك أقام انساناً وربى نفساً بدعة سوية اشرقت عليها سكينة لا مشيل لها.. فالسكينة هي الصفة الجامدة لطابع المؤمن وهي ايضاً الدلالة الاكيدة على ان الانسان استطاع ان يسود مملكته ويحكمها ويسوسها. هذه السكينة لن يحصل عليها الانسان من اي صيدلية ولن يشريها بمال الأرض وانما تشرق في القلب المؤمن.

من هذه الزاوية: (تربيه القرآن للنفس المؤمنة) يقدم الدكتور مصطفى محمود ما اطلق عليه «علم نفس قرافي جديد» وهو عنوان احدث كتاب صدر له خلال الايام القليلة الماضية.

في هذا الكتاب نجد امامك روحأً تصور بقلم الاشارات الصوفية معالم النفس القرانية، فهو يتغول في محطات عميقه داخل النفس مسترشداً بحديث القرآن الكريم عنها، ولكن تجذبه مقولات علم النفس الوضعي فيعدد مقارنات بين توصيف القرآن الكريم بمعالم هذه النفس، وحديث العلماء المعاصرین عنها.

يبداً باعادة طرح مفهوم الایمان ومعناه فيوضح ان معنى وجود الله هو ان العدل موجود وكذلك الرحمة والمغفرة... وهذا يعني ان تطمئن القلوب وترتاح النفوس ويزول القلق ويسود الاحساس بالسکينة وراحة البال «ولأن المخلق موجود فانك لست وحدك وانما تحفظ العناية الالهية وستشعر الايثان والصحبة والامان فلا هجر ولا غدر ولا ضياع ولا وحشة ولا اكتئاب.

ولم يخلق الى الان العقار السحري الذي يحدث

ذرة واحدة من هذا الاثر في النفس. فكل عقاقير الاعصاب تداوى شيئاً وتفسد معه اشياء، وهي تداوى بالوهم وتريح الانسان بأن تطغى مصالح عقله وتخرره، اما كلمة «لا إله إلا الله» فانها تطلق الانسان من عقاله وتخرره من جميع العبوديات الباطلة وتبشر بالغفرة وتحججه من الحروف وتحفظه من الوسوس وتنبيه بالملأ الأعلى. ثم يتحدث المؤلف عن التركيبة النفسية اليمانية فيوضح ان المؤمنين اهل حلم وصبر وتواضع وتسامح: «يمشون على الأرض هوناً وإذا خاطبهم الجاهلون قالوا سلاماً» (الفرقان: ٦٣) يتصفون بالتأني والاتزان والاحسان فيما يعهد اليهم من اعمال، اما الصفة الجامدة لطابع المؤمن فهي السكينة وهذه الصفة تدل على انسجام عناصر النفس والتواافق بين معتقداتها وانقيادها في خضوع وسلامة لصاحبها.

ويعرض المؤلف لمفهوم الاخلاق بالمعنى المادي مقارنة بالمعنى الديني، فهي بالمفهوم المادي ان تشبع ورغباتك بما لا يتعارض مع حق الآخرين في اشباع رغباته، اي ان هدفها هو حسن توزيع اللذات. اما الاخلاق بالمعنى الديني فهي ان تcum رغباتك وان تخضع نفسك وتختلف هواك لتكون جديراً بخلافة الله في الارض. واما كان الانسان المادي يستهدف النزوة واللهة الفورية والمقابل العاجل «لأنه لا يعتقد وجود شيء وراء الحياة الدنيا»، فان للانسان المؤمن تركيباً نفسياً مختلفاً، فهو يرى ان اللذات الدنيوية زائلة وانها مجرد امتحان الى درجات وراءها وان الدنيا كالخيال والله هو الضامن الوحيد في رحلة الحياة الدنيا والآخرة، لهذا فان المؤمن لا يفرح لكتسب ولا يتأس من خسران واما دهنه ما يكره قال: «وعسى ان تكرهوا شيئاً وهو خير لكم وعسى ان تخروا شيئاً وهو شر لكم والله يعلم وانت لا تعلمون» (البقرة: ١٦) وهو لا يحسد احداً ولا يغبط

العنوان: العلاج النفسي للتوتر والغضب.

المؤلف: محمد حمدي الحجار.

الناشر: دار النفائس.

منذ حوالي الخمسين عاماً اطلق عالم النفس هايت شيليه (H. Selye) مفهوم الشدة النفسية (Stress). ومن حينه يكتسب هذا المفهوم أهمية متضاعفة. خصوصاً بعد ترسير القناعة الطبية بوجود روابط مباشرة وواكيدة بين الشدة وبين ظهور العديد من الامراض الجسدية او بينه وبين معاودة الانتكاسات المرضية..

وهذا المفهوم يطرح منذ ظهوره مواضيع قابلة للبحث والنقاش، وهذه الطرحوتات هي التي وجهت الابحاث الدارسة لهذا المفهوم. حتى تخصص بعضها في تحديد وتصنيف انواع الشدائد بحسب الامراض التي تؤدي اليها. واتجهت بحوث اخرى لدراسة الشدائد المراقبة للصدمات والانفعالات المرافقة لها.

المدرسة السلوكيّة واستناداً الى طابعها البراغماتي تتعلق من معاناة الاشخاص وعدم تحملهم للمشاكل السلبية (غضب، حقد، ثأر) وللشدائد بما يجعلهم راغبين بالخلص من هذه المشاعر العوقبة. وتلبية لهذه الحاجة قدمت المدرسة السلوكيّة برنامجاً علاجياً متكاملاً لعلاج حالات التوتر والغضب. واليوم وبعد مضي حوالي العشر سنوات على ظهور هذا البرنامج يقوم مثل المدرسة السلوكيّة في عالمها العربي بنشر كتاب يضم منه شرحاً متماماً لهذا البرنامج العلاجي الذي يساعد الشخص على تخفيض غضبه وتوتره ويؤمن له وقاية من انعكاسات هذه المشاعر السلبية على جهازه العصبي وعلى جسده ككل.

الكتاب يحمل عنوان: «العلاج السلوكي للتوتر والغضب» وهو من تأليف باحث عربي معروف بانتسابه للمدرسة السلوكيّة - المعرفية وهو الدكتور محمد حمدي

احداً وإنما يشقق على الناس مما هم فيه من غفلة. هكذا فإن القارئ للقرآن يخرج بعلم نفس قرائي متميز في تربيته للمسلم، وهذه التربية تشهد للقرآن بأنه خرج من مشكاة الله الواحد الأحد فلا رب قبل رب العالمين ولا شريك له في الملك.

ويعد المؤلف مقارنة بين علم النفس الغربي وعلم النفس القرائي، فيووضح ان علماء النفس الغربيين لا ينظرون الى النفس الا من خلال العيوب والأمراض.. ولا يقتضون الا في الانحرافات والتشوهات والعقد ولا يقدمون شيئاً ايجابياً عن النفس السوية، والشيء الوحيد المفترس للسلوك عندهم هو اشباع الشهوة ومن هنا كان الاحساس بالذنب عند (فرويد) مرض، والتربة نكوصاً، والندم تعقيداً، والصبر على المكاره بروداً، وقمع الشهوات كبتاً له عواقب وخيمة في حين يعلمنا الدين ان قمع الشهوات هو شاهد على سلامه النفس، وان الاحساس بالذنب علامة صحة والتوبة موقف ادراك، ولا يعتبر الدين النفس محض ريبة وفجور، بل يصفها بانها قابلة للتجور وقابلة للتقوى وان الله الهمها فجورها وتقواه، فهي مخيرة في ان ترقى في معراج نوراني نحو الله او ان تهبط سفلانياً في درك الشهوات فكل انسان يتصرف على شاكلته: «قل كل يعمل على شاكلته» (الاسراء: ٨٤).

ويتناول المؤلف عدداً من القضايا الأخرى من ابرزها ما يعرض له الاسلام اليوم من تحديات ويدعو الى اعادة النظر في اسلوب الدعوة وطريقة تقديم الاسلام الى العامل تقدیماً علمیاً يليق بهذا الدين الكامل والشامل الصالح لكل بشر من كل زمان ومكان والذي يستوعب الحياة كلها مؤكداً انه دین ودنيا ارسل للعالمين اجمعين رحمة وهداية ومنهجاً ربانیاً كاملاً متكاملاً في كل شيء ولكل شيء في الوجود.

- ٥ - اكتساب المهارات وتطور التدريب المتكرر.
- ٦ - مرحلة التطبيق والمتابعة.
- ٧ - تطبيقات نوعية في الميدان التدريسي - التطعيمي ضد التوتر: ويخصّص هذا الفصل تدريبياته لرجال الامن وضحايا الكوارث والارهاب والاغتصاب واسرى الحرب وغيرهم.

ب - أهمية الكتاب:

يعرض الكتاب لهذا العلاج السلوكي القائم على التدرب على مواجهة الشدائـد والازمات على انواعها. بما في ذلك الموررات البيعية بانواعها المختلفة. وغني عن القول بـان الانسان يملك اساليبه الدفاعية الخاصة في مواجهة مختلف الوضعيـات المؤثرة على توازنـه النفـسي. الا ان المؤلف يرى بـان الانسان يستعمل عادة ١٠٪ فقط من قدرته على مواجهة هذه الـاوضاع في حين تبقى ٩٠٪ من هذه الـقدرة غير مستـخدمـة ومـكـنة التـحرـيك عن طـريق تـدـريـب الشـخـص عـلـى هـذـا الـاستـخدـام. وهذا ما يرمي اليـه هـذا الـكتـاب والتـقـنية المعـتمـدة فـيـه.

والـواقع انـ حدـاثـة هـذه الـاقتـراحـات العـلاـجـية وـقاـبـليـتها لـالـاستـخدـام الذـائـي يـعـطـيان لـهـذا الـكتـاب اـهـمـيـة خـاصـة بـالـنـسبـة لـالـمعـالـجـين النفـسـيين وـخـصـوصـاً لـاـولـئـك الـذـين يـعـدوـن انـفـسـهـم لـلـانتـقال مـنـ النـظـري إـلـى العمـلي فـي مـيدـانـ العـلاـجـ النفـسيـ. دونـ انـ نـهـمـل اـهـمـيـتـه بـالـنـسبـة إـلـى القراءـ العـادـيـنـ القـادـرـينـ عـلـى اـكتـسـابـ منـاعـةـ ذاتـيـةـ فـيـ مـواجهـةـ الشـدائـدـ وـالـتوـرـتـ النفـسـيـ وـذـلـكـ عـنـ طـريقـ التـدـريـبـ التـطـعـيمـيـ اللـاحـيـ.

ج - بعد النظري للعلاج السلوكي للازمات:
يهدف هذا الاسنوب العلاجي الى مساعدة الشخص (المترتب) على تبديل نظرته للعوامل الحالية لتوتره وادراكه لهذه العوامل. حتى يتخلى هذا العلاج مفهوم

حجـارـ الذي يـرـفـدـ المـكـتبـةـ النفـسـيـةـ العـرـبـيـةـ بـمـؤـلـفـاتـ اـصـيلـةـ تـجـبـبـ القـارـئـ اـزـمـةـ الـوقـوعـ فـيـ مـأـزـقـ الـكـتـبـ التـرـجمـةـ حيثـ الـكـتـبـ السـلـوكـيـةـ تـحـاجـ الىـ الـكـثـيرـ مـنـ الـامـمـةـ التي لاـ تـحـتـمـلـ التـرـجمـةـ بـسـبـبـ الفـوـارـقـ فـيـ اـنـاطـ الـحـيـاةـ الـيـوـمـيـةـ وـفـيـ الـمـواقـفـ الـاـجـمـاعـيـةـ الـمـولـدـةـ لـشـاعـرـ التـوـرـ وـالـغـضـبـ مـثـلاـ. كماـ تـجـبـبـ كـتـابـاتـ الـدـكـتـورـ حـجـارـ القرـاءـ العـرـبـ مـنـ الـوقـوعـ عـلـىـ مـؤـلـفـاتـ تـسـتـغـلـ عـمـلـيـةـ وـبـاسـطةـ العـلاـجـ السـلـوكـيـ فـتـعـتـبـرـهـ سـهـلـاـ وـتـجـرـأـ عـلـىـ الـكـتـابـ فـيـهـ دونـ مـلـكـيـةـ التـجـرـبـةـ وـالـخـلـفـيـةـ الـعـلـمـيـةـ الـلـازـمـةـ. فالـعـلاـجـ السـلـوكـيـ عـلـىـ بـسـاطـتـهـ وـقـابـلـيـتـهـ لـلـتـطـبـيقـ الذـائـيـ هوـ نـظـرـيـةـ عـلاـجـيـةـ مـتـكـاملـةـ وـسـهـولـتـهاـ الـظـاهـرـةـ تـزـيدـ مـنـ اـحـتمـالـاتـ سـوـءـ اـسـتـخـادـهـاـ.

اماـ عـنـ مـحـتـويـاتـ الـكـتـابـ فـهـيـ عـلـىـ النـحوـ التـالـيـ:

أ - مـحـتـويـاتـ الـكـتـابـ:

يتـضـمـنـ كـتـابـ الـدـكـتـورـ حـجـارـ الفـصـولـ التـالـيـةـ:

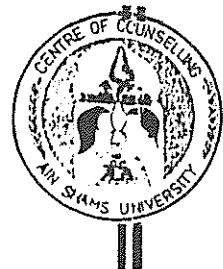
- ١ - الـاـنـموـذـجـ الـادـرـاكـيـ لـلـتـدـريـبـ التـطـعـيمـيـ ضـدـ الشـدـةـ الـنـفـسـيـةـ التـحـتـيـةـ: حيثـ العنـوانـ يـشـيرـ الىـ مـصـطـلـحـاتـ غـيرـ مـأـلـوـفـةـ لـدـىـ الـقـارـئـ الـعـرـبـيـ. وـالـمـقصـودـ بـهـذاـ الفـصـلـ بـحـثـ الـاسـالـيـبـ الـتـيـ يـمـكـنـهاـ انـ تـلـقـحـ الشـخـصـ وـقـائـيـاـ فـيـ وجـهـ الـصـدـمـاتـ الـتـيـ قدـ تـعـرـضـ لـهـ. وـعـلـىـ طـرـيـقـ السـلـوكـيـنـ يـقـدـمـ الـمـؤـلـفـ مـجـمـوعـةـ مـنـ الـقـصـصـ الـمـوـرـجـيـةـ الـتـيـ يـمـكـنـهاـ انـ تـكـسـبـ الـقـارـئـ الـخـبـرـةـ فـيـ التـعـامـلـ مـعـ الـاـحـدـاثـ الـصـدـمـيـةـ.
- ٢ - اـرـشـادـاتـ سـرـيرـيـةـ عـامـةـ لـلـوـقـاـيـةـ مـنـ التـوـرـ وـاضـعـافـ اـثـرـهـ.
- ٣ - التـدـريـبـ التـطـعـيمـيـ ضـدـ التـوـرـ الـنـفـسـيـ / نـظـرـةـ عـامـةـ وـتطـبـيقـاتـ.
- ٤ - طـورـ الـادـرـاكـ لـلـتـدـريـبـ التـطـعـيمـيـ.

بعد هذا الشرح يمكننا ان نفهم المسألة النسبية في معاناة التوتر والاختلاف درجة هذا التوتر من شخص لآخر بحسب بنية الشخصية والجسدية. وعلى اية حال فان هذا العلاج، شأنه شأن سائر العلاجات السلوكية، يقدم الحلول للتورات اليومية والأزمات دون ان يبحث في خلفيتها البيولوجية او عن التفسيرات الدينامية لها. فحسبه انه يقدم الحلول للخلاص من هذه الاضطرابات. يقع الكتاب في ٢٢٥ صفحة من القطع الوسط وهو صادر عن دار الفائز في بيروت وهو من احدث الاصدارات النفسية العربية واكثرها معاصرة.

الازمة الى تورات الحياة اليومية. مما يتبع للشخص ان يتحكم بمصادر التوتر المألوفة في حياته اليومية. مع ما يؤدي له هذا التحكم من تكيف اكبر ومعايشة افضل للحياة العملية. وما يستتبعه ذلك من انخفاض درجات الشدة المعتادة لدى الشخص. والواقع ان استخدام مصطلح التوتر قد اكتسب دلالات جديدة بعد ظهور آلات تخطيط الجلد التي تقيس درجة توتر الجلد وتستخدم هذا القياس لتحديد درجة الشدة والاستقرار النفسيين عبر مقياس بيولوجي موضوعي.

مجلة الإرشاد النفسي

علمية تخصصية محكمة دورية



المراسلات: السيد الأستاذ الدكتور

عادل عز الدين الأشول

رئيس تحرير مجلة مركز الإرشاد النفسي

جامعة عين شمس

بمبني كلية التربية - روكيسي مصر الجديدة - القاهرة مصر

البروفسور

فؤاد عبد اللطيف أبو حطب

للدراسات العليا في علم النفس في هذه الكلية وحصل عليه عام ١٩٥٩، فسجل للماجستير في مطالع عام ١٩٦٠ في علم النفس التربوي تحت اشراف احمد زكي صالح في موضوع «الانتقال السالب لأثر التدريب: دراسة تجريبية». وبعد عام واحد رشح في مطلع عام ١٩٦١ لبعثة للحصول على الدكتوراه في تخصص القياس النفسي في جامعة لندن حيث قضى فيها خمس سنوات، حصل أثناءها على ماجستير الفلسفة في علم النفس عام ١٩٦٣ في موضوع «تحديد وقياس التفكير الناقد: دراسة عاملية» ثم على درجة دكتوراه الفلسفة في علم النفس عام ١٩٦٦ في موضوع «دراسة عاملية وتجريبية للتفكير المحسبي». وأثناء دراسته في لندن انتخب عام ١٩٦٢ سكرتيراً لجمعية المبعوثين المصريين في بريطانيا، ثم رئيساً لاتحاد الطلبة العرب عام ١٩٦٥.

عمل فؤاد ابو حطب عقب حصوله على диплом العامة في التربية عام ١٩٥٨ مدرساً بمدرسة السيدة حنيفة السلاحدار بمصر الجديدة، وفي عام ١٩٦٠ انطلق باحثاً مساعداً بإدارة البحوث الفنية والمشروعات بوزارة

أستاذ علم النفس بكلية التربية جامعة عين شمس. ولد في ٢٩ يناير من عام ١٩٣٥ بمدينة فوة، محافظة كفر الشيخ (مصر).

تلقي تعليمه الأول بفوة، حيث حفظ بعض أجزاء القرآن الكريم، ونان قسطاً من التعليم الأول الذي انتقل بعده إلى مدينة طنطا ليواصل تعليمه الابتدائي ثم الثانوي فيحصل على شهادة اتمام الدراسة الثانوية عام ١٩٥٣. ولما كان ميله واضحأً لدراسة علم النفس - رغم تفوقه في الرياضيات - لذا اختار تخصص الفلسفة الذي يتضمن دراسة علم النفس في السنة الخامسة الثانوية دون غيره من التخصصات في الثانوية. وسعياً لدراسة علم النفس التحق بكلية الآداب جامعة القاهرة قسم الاجتماع الذي كان يقدم مقررات في علم النفس. وبعد تخرجه في الليسانس عام ١٩٥٧ توجه إلى كلية التربية لدراسة الدبلوم العامة في التربية، حيث حصل على جرعتان كبيرة من علم النفس وتأثر كثيراً بأساتذته، مما دعم فيه حب الاستمرار في دراسته في رحاب كلية التربية. وبعد حصوله على الدبلوم العامة من الكلية عام ١٩٥٨، واصل لدراسة الدبلوم الخاصة فيها حيث كان شرطاً

التربية بمصر، ومجلتي دراسات تربوية والتربية المعاصرة، اللتين تصدرهما رابطة التربية الحديثة بمصر، ورئيس تحرير الكتاب السنوي في علم النفس والجلة المصرية للدراسات النفسية اللتين تصدرهما الجمعية المصرية للدراسات النفسية. وهو إلى جانب كل هذا عضو بعده جمعيات علمية عالمية، ومصرية.

وهو يرأس الجمعية المصرية للدراسات النفسية منذ عام ١٩٨٤. وقام بمشاركة أعضاء مجلس الإدارة ببعث نشاط علمي واضح فيها، حيث نظم مؤتمراً سنوياً لعلم النفس واعاد نشر الكتاب السنوي في علم النفس، وأصدر المجلة المصرية للدراسات النفسية، واعاد عضوية الجمعية إلى الاتحاد الدولي لعلم النفس في عام ١٩٨٧ بعد ان كانت مجدة منذ متتصف الستينات وهو إلى جانب هذا عضو بالكثير من الهيئات والجانب العلمية، فهو خبير لمصطلحات علم النفس بمجمع اللغة العربية، وعضو لجنة التربية وعلم النفس بالجامعة الأمريكية، وعضو لجنة التربية وعلم النفس بالجامعة الأمريكية للثقافة، وعضو لجنة التربية وعلم النفس باكاديمية البحث العلمي والتكنولوجيا، وعضو اللجان العلمية الدائمة لعلم النفس لترقية الأساتذة والأساتذة المساعدين بالجامعة الأمريكية للجامعات، وجامعة الأزهر وبعض الجامعات العربية.

لقد شارك في عدد كبير من المؤتمرات العلمية محلية واقليميةً وعالمياً، منها - على سبيل المثال - مؤتمرات علم النفس التي عقدتها الجمعية المصرية للدراسات النفسية سنوياً منذ عام ١٩٨٥ حتى الآن كرئيس لها، ومؤتمر الطفولة في الإسلام الذي نظمته جامعة الأزهر بالقاهرة عام ١٩٩٠، ومؤتمر علم النفس والإسلام الذي ينظمه المعهد الدولي للفكر الإسلامي بواسططن (القاهرة

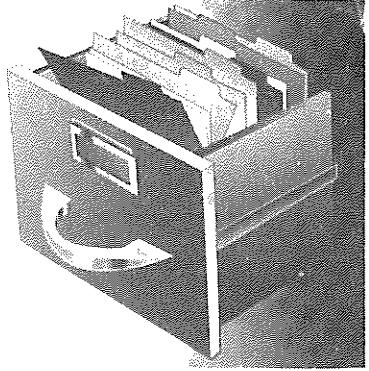
التربية والتعليم). وبعد حصوله على الدكتوراه عاد إلى الوطن، حيث عين مدرساً لعلم النفس بكلية التربية جامعة عين شمس عام ١٩٦٧، ثم رقي استاذًا مساعدًا عام ١٩٧٢، ثم استاذًا عام ١٩٧٧. وخلال ذلك اغير إلى كلية التربية بمكة المكرمة (جامعة أم القرى الآن) في المدة بين عام ١٩٧٣ وعام ١٩٧٧، ثم اغير مرة أخرى إلى جامعة السلطان قابوس في الفترة بين عام ١٩٨٥ وعام ١٩٩٠، حيث رأس قسم التربية وعلم النفس بها وأسهم في إنشائه. وعقب عودته في صيف عام ١٩٩٠ عين رئيساً لقسم علم النفس التربوي بكلية التربية جامعة عين شمس، حيث يعمل استاذًا به، ثم تولى مسؤولية إنشاء المركز القومي للامتحانات والتقويم التربوي وإدارته، وهو ضمن المؤسسات التعليمية التي تضمنها خطة تطوير التعليم في مصر. وخلال حياته العلمية عمل لفترات قصيرة استاذًا زائراً بجامعة لندن (١٩٨١)، واستاذًا زائراً بكلية بوسطن بالولايات المتحدة الأمريكية (١٩٨٢)، وخبيراً للمنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم لتطوير الامتحانات بدولة الإمارات العربية المتحدة (١٩٨٠)، ومستشاراً لليونسكو في شئون المهووبين والمتتفوقين بدولة قطر ١٩٨٣. فوعضو فريق التحكيم الأكاديمي لمجلة العلوم الاجتماعية التي تصدرها جامعة الكويت ١٩٨٩.

وعلاوة على كل هذا فهو عضو في مجلس تحرير عدة مجلات علمية مصرية وعالمية، منها مجلة علم النفس المدرسي والتي تصدر في لندن منذ عام ١٩٨٢، والمجلة الدولية للبحث التربوي والتي تصدر في أمستردام (هولندا) منذ عام ١٩٨٥، ومجلة تاريخ علم النفس والتي تصدر في البرازيل منذ عام ١٩٩٠ وصحيفة التربية التي تصدرها رابطة خريجي كليات ومعاهد

- Towards a Future For School Psychology in Egypt. School Psychology International, 1984, Vol. 5. pp. 9 - 14.
 - Research in Terms of Four-dimentional Model for Cognitive Processes. Paper presented to 23rd International Congress of Psychology, Acapulco. Mexico, 1984.
 - Egyptian Policies and Practices for Gifted and Talented. Paper presented to 6th world Conference for Gifted and Talented, Hamberg, 1985.
- وبحثه بعنوان: «التجييه الاسلامي لعلم النفس»، والذي قدمه الى ندوة علم النفس والاسلام، التي انعقدت بجامعة الرياض (١٩٧٨). ونشر بمجلة الأزهر ١ يناير ويونيو (١٩٧٩). وبحث بعنوان «ازمة علم النفس في مصر المعاصرة»، الذي قدمه في المؤتمر الأول لعلم النفس في مصر، والذي نظمته الجمعية المصرية للدراسات النفسية (ابريل ١٩٨٥)، ونشر في المجلد الرابع من الكتاب السنوي لعلم النفس، القاهرة (١٩٨٥)، وبحث (علم نفس النمو من منظور اسلامي)، مجلة التربية الاسلامية العدد الأول، المجلد الأول ١٩٨٥. وغير ذلك كثير. علاوة على تقين بشكل منفرد أو مشترك أو إشراف بعض الاختبارات النفسية مثل اختبارات تورنس للتفكير الاتجاري على البيئة المصرية بالاشتراك مع عبد الله محمود سليمان (١٩٧٧)، وتقين اختبار رسم الرجل على البيئة السعودية (مقرر البحث بالاشتراك مع فريق من الباحثين، والذي نشره مركز البحوث التربوية بجامعة المكرمة (١٩٧٨)، ومقاييس كاتل للعامل العام: المقاييس الثاني والثالث بالاشتراك مع آمال صادق، ومصطفى عبد العزيز (١٩٨٨)... وهكذا يبدو واضحاً تنوع نشاطه وتعدده.

ندوة علم النفس والاسلام (الرياض ١٩٨٩)، والمؤتمر الدولي السادس للأطفال الموهوبين والمتتفوقين (هامبورج - ألمانيا الغربية ١٩٨٥)، ومؤتمر الجمعية البريطانية لعلم النفس (بورغوث - بريطانيا ١٩٩١)، والمؤتمر الدولي الثالث والعشرين الذي ينظمه الاتحاد الدولي لعلم النفس (أكابولكو، المكسيك ١٩٨٤).

أما ما نشره من كتابات علمية على هيئة كتب او بحوث او مقالات فهو شيء كثير واصيل، لعل من اهمه: كتاب «التقويم النفسي» بالاشتراك مع سيد احمد عثمان وأمال صادق، الذي صدرت طبعته الأولى عام ١٩٧٠، وطبع حتى الآن ثلاث طبعات؛ وكتابه: «التفكير دراسات نفسية» بالاشتراك ايضاً مع سيد احمد عثمان، الذي صدرت طبعته الأولى عام ١٩٧٢ واعيدت طباعته بعد ذلك؛ وكتابه: «القدرات العقلية» الذي صدرت طبعته الأولى عام ١٩٧٣، وحصل به على جائزة الدولة التشجيعية في العامل التالي، وقد اعيدت ايضاً طباعته بعد ذلك كما صدر له بالاشتراك مع زوجته آمال صادق كتاب «علم النفس التربوي» في عام ١٩٧٨، واعيدت طباعته ايضاً، وكتاب «نمو الانسان من مرحلة الجنين الى مرحلة المسنين»، في عام ١٩٨٧، واعيدت طباعته؛ وكتاب «مناهج البحث وطرق التحليل الإحصائي في العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية»، في عام ١٩٩١. كما ترجم منفرداً كتاب «آفاق جديدة في علم النفس» لمحرره فوس، وأشرف على ترجمة كتاب «مدخل لعلم النفس» لديفيدوف، كما حرر كتاب «بحوث في تقين الاختبارات النفسية» الذي صدر منه مجلدان. ومن أهم كتاباته ايضاً:



خلف العرو

علاج الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية:

الطرق العلاجية السلوكية - المعرفية والأساليب الأمثل
الإعلامية في ابراز مزاياه وفعاليته^(٠)

د. محمد حمدي الحجار

المتعلمة. والعلاج السلوكي يزيل هذا التعلم الالاتكيني
الخطئ المكتسب، ويستبدلها بسلوكيات تكيفية وعادات
جديدة سوية.

ب - تعريف العلاج السلوكي: هو استخدام الأسس
التجريبية المؤثقة والمبرهن على صحتها، والقائمة على
نظريات ومبادئ التعلم المطبقة على الإنسان والحيوان
بعرض إزالة العادات الشاذة والسلوكيات - الالاتكينية
المرضية واستبدالها بسلوكيات وعادات تكيفية سوية.

(٠) ندوة اعداد المواد الاعلامية الموجهة لمكافحة المخدرات - المركز
العربي للدراسات الأمنية ووزارة الداخلية السورية.

١ - عموميات وتعريف:

أ - العلاج السلوكي: هو علاج يقوم بأساسه على
قوانين التعلم وتشكل العادات السلوكية. ومن خلال
الأخذ بهذه القوانين فإنه يزيل انماط السلوك الالاتكيني
المرضى او على أقل تقدير اضعافه. فالسلوك الإدماني هو
عادات متعلمة مكتسبة، ويمكن اضعاف هذا السلوك او
ازالته باطفاء او محو هذه العادات بالطرق ذاتها التي
تعلم المدمن سلوك تعاطي المواد المخدرة او المسكرة. وقل
الشيء نفسه بالنسبة للحروف المرضي من التكلم امام
الناس. أو الحروف من الأماكن المغلقة وغيرها من المخاوف
المرضية البسيطة أو المعقدة. فهذه المخاوف هي سلوكيات

وفعالية ونجاحاً في البلاد الانكليزية خاصة. وأخذ يرسخ معالمه اليوم في أوروبا مثل المانيا، وهولندا، وكندا. وهو بحق العلاج الريادي في العالم.

س - مزايا العلاج السلوكي - المعرفي وأسباب تفوقه على المدارس العلاجية الأخرى.

(١) مدة علاج أقصر بكثير من العلاج النفسي التحليلي الفرويدي. فمدة العلاج تدّ بالأشهر واحياناً بالأسابيع. أما العلاج التحليلي الفرويدي فتعد مدة العلاج بالسنين.

(٢) نسبة التحسن في علاج الاضطرابات النفسية والسلوكية تتجاوز ٨٠٪ من الحالات (من ضمنها الشفاء) - Wolpe 1962 - يقابل ذلك نسبة من ٤٠ - ٥٠٪ من حالات التحسن أو الشفاء في العلاج النفسي التحليلي - الديناميكي (الفرويدي)، وبالطرق الأخرى العلاجية التقليدية (Wolpe 1982).

(٣) على مستوى الأهمية الاحصائية، يتتفوق العلاج السلوكي على العلاج النفسي الديناميكي بـ (P<0.001). وهذه النتيجة تأتي خلافاً لما يتوقعه معظم الناس أو المعالجون (Kernberg 1972).

في برنامج دراسة مسحية تبنته الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) آلت نتيجة هذه الدراسة الى القول: «هناك الكثير مما يستطع تقديم العلاج السلوكي في خدمة الطب النفسي - الاجتماعي، والسريري (الاكلينيكي) الحديثين» (Wope 1982).

٢ - حجم مشكلة المخدرات على مستوى علم الوبائيات في العالم:

المخدرات مشكلة عالمية تضرب جميع بلدان العالم بلا استثناء ولكن بنسق متفاوتة. لذلك فالمخدرات

ج - العلاج السلوكي: هو العلاج النفسي او الطبيب النفسي الذي تدرب على اساليب وطرق العلاج السلوكي لعلاج الاضطرابات النفسية والسلوكية، والعادات السيئة المضرة بالصحة الفردية او بالمجتمع.

د - العلاج المعرفي : (اي المعتقد والتفكير) هو العلاج الذي يتناول المعتقدات والافكار الخاطئة والتي تسبب الاضطراب السلوكي والعاطفي.

ومن خلال تحليل ورصد جهاز المعتقد والتفكير عند الفرد والتصرف على المعتقدات الخاطئة والافكار اللاعقلانية Irrational التي هي مصدر الاضطراب السلوكي والعاطفي، وتصحيح هذه الافكار والمعتقدات الخاطئة حينئذ نصحح السلوك المضطرب وتزيل العاطفة المضطربة (الاكتئاب، القلق الخاوف)، او السلوك الادمانى الذي تخلده الافكار والمعتقدات الخاطئة عن المخدر).

ه - العلاج السلوكي - المعرفي: هو العلاج الذي يتناول السلوك اللاتكيفي المرضي فيidleه بسلوك آخر سوي، ويتناول ايضاً المعتقدات والافكار الخاطئة المولدة للسلوك اللاتكيفي وللاضطراب الانفعالي. لذا فهذا العلاج يعد متكاملاً؛ كل جانب منه يكمّل الآخر. ومن المعروف ان جميع ضروب ومدارس العلاج النفسي تستهدف في نهاية الامر تبديل السلوك اللاتكيفي والاضطراب الانفعالي. الا ان لكل مدرسة فلسفتها واساليبها ومفاهيمها في تفسير اسباب المرض النفسي وطرقها الخاصة في علاج الاضطرابات النفسية والسلوكية. وبعد العلاج النفسي السلوكي - المعرفي أهم المدارس العلاجية المعاصرة واكثرها شهرة ومارسة،

هذا على مستوى فات من صنوف اعدادها
كالتالي:

الصف الثامن: ١٧,٥٠٠ الصف العاشر ١٤,٨٠٠
الصف الثاني عشر ١٥٠٠ طالب.

اما على مستوى كافة المراهقين في الولايات المتحدة
الأمريكية فالمشكلة تبدو مفرزة في الحجم^(٢).

أ - حوالي ربع المراهقين بأعمار بين ١٢ - ١٧ سنة
استعملوا الماريجوانا بتوسط من الاستخدام لأول مرة ١٤
سنة.

ب - مراهق واحد من اصل عشرة (١٢ - ١٣ سنة)
يشربون الخمر.

ج - ٢٠٪ من طلاب الكليات جربوا الكوكائين.
د - ٤٣٪ من الطلاب خارج المدن يستخدمون
المخدرات المتنوعة.

وفي احصائية شاملة، قدر عدد الافراد المدمنين على
الهيروئين في الولايات المتحدة الأمريكية حوالي ٦٠٠
ألف شخص وذلك ضمن احصائيات عام ١٩٧٧
القديمة.اما الخسارة القومية الناتجة عن تعاطي المخدرات
والمؤثرات العقلية فقدرها عام ١٩٩١ يبلغ ٤٠ بليون
دولاراً أمريكيأً.

تدخل في علم الوبائيات. ومخاطرها تبدو متتشعبة في
المجتمع على المستوى الاقتصادي، والقدرة الانتاجية
البشرية الاقتصادية، والمستوى التحصيلي الثقافي، وعلى
توازن الاسرة الاجتماعي، والمعاشي، والتربوي،
والصحي، وعلى الصحة النفسية، وعلى مستوى
معدلات الجريمة.

أ - حجم انتشار المخدرات والمسكرات في الولايات
المتحدة الأمريكية^(١).

(١) الدخان: ٤٤٪ من الطلاب جربوا التدخين او
تعودوا عليه.

(٢) الكحول: ٧٠٪ جربوا تعاطي الكحول
يشربونه شرياً متقطعاً
٢٧٪ يقعون في السكر الشديد اكثر من
مرة.

١٣٪ شربوا الخمرة اكثر من خمس مرات
قبل أسبوعين من عملية المسح.

(٣) استنشاق المواد المخدرة الطيارة:
١٨٪ جربوا هذه المواد.

٩٪ استخدموه في السنة السابقة لعملية
المسح.

(٤) الماريجوانا:

٦٪ تجرب - ٦٪ قبل ستة من المسح.
(٥) الكوكائين:

٢,٣ من الصف الثامن.

١,١٪ استعمال قبل ستة من المسح.

(٦) هيروئين:

١,٢٪ (صف ثامن وعاشر)

(١) مجلة: The Challenge: خريف عام ١٩٩٢ الصادرة عن وزارة التربية الأمريكية صفحة ١٧: تحت عنوان حجم استخدام المخدرات والمؤثرات العقلية في صنوف المدارس: من الثامن الى الصف الثاني النهائي.

(٢) كتاب ارشادي للمربين والمشددين بعنوان Building drug-free school The American council for drug education 1986.

ب - حجم انتشار تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية في الوطن العربي^(٣):

لا توجد احصائيات دقيقة (على عكس ذلك في البلدان الصناعية المتقدمة) في العالم العربي حول حقيقة حجم انتشار المخدرات وانواعها ونسبها بين فئات الأعمار السكانية لدى الجنسين. وقد يعود السبب إلى عوامل كثيرة لا مجال لتفصيلها.

ما يهمنا هنا ما يصدر عن المنظمات العالمية والاقليمية وال محلية من معلومات عن هذا الموضوع. ففي التقرير الذي تضمنه الكتاب الصادر عن معهد العلوم الجنائية بالأدارة العامة لشرطة أبو ظبي عن أعمال الندوة الدولية لقيادة أجهزة مكافحة المخدرات التي عقدت في ابو ظبي في الفترة الواقعة بين ١١ حتى ٢١ /٣ /١٩٩٠ بالتعاون مع ادارة مكافحة المخدرات بالولايات المتحدة الامريكية (D.E.A) وشاركت في اعمال هذه الندوة ١١ دولة عربية من ضمنها الجمهورية العربية السورية، جاء ما يلي في باب: مؤشرات بعض جداول الدراسة الميدانية:

(١) الجدول رقم ٨: توزيع التعاطي حسب المهنة:

- اكبر نسبة تعاطي المخدرات تقع في فئة «الموطنين والتجار» ٧٠٪ من اجمالي العينة التعليم: وفرة المال والاحتكاك الدائم بغيرهم.

- يلي ذلك فئة الطلاب والمهن الأخرى، النسبة متساوية في التعاطي بينهما حيث بلغت ١١,١١٪ من العينة. تليها فئة العمال ٧,٧٨٪ من العينة.

(٢) الجدول رقم ٧: التوزيع الاحصائي للعينة حسب درجة التحصيل بين الطلاب:

- اكبر نسبة تعاطي في المرحلة المتوسطة والثانوية:

الأولى ٣٤٪ والثانية ١١٪ من اجمالي العينة.

نظراً لأن الفتيان تتمتعان بحرية أكبر في معاشرة رفاق السوق وفي الاختلاط الدائم. يلي ذلك فئة الأميين ١٢,٢٢٪ من العينة. وفي نهاية السلم الحاصلون على الشهادة الجامعية ونسبتهم ١٠٪ من العينة.

(٣) الجدول رقم ٣٤: ويتوزع افراده على الصورة التالية:

- متعاطو المخدرات الذي يستلفون المال من الغير .٪٥٧,٧٨
- فئة ارتهان الاشياء .٪٢٧,٧٨
- فئة السرقة ١٤ و ١٤٪.

(٤) الجدول رقم ١٧: ويتوزع الافراد وفق ما يلي:

- المتزوجون بأكثر من واحدة ٤٨,٨٩٪.
- المتزوجون بأمرأة واحدة ٢٣,٣٥٪.
- الارامل ١٢,٢٢٪.

(٥) الجدول رقم ٤٧: ويتوزعون وفق ما يلي:

- مجاهرة افراد الرهط والاصدقاء والبطالة ١٧,٧٨٪.
- فئة الاختلاط برفاق السوء ١٣,٣٣٪.
- فئة ضعف الوازع الديني والاخلاقي ١٠,١١٪.
- فئة السفر للخارج والاختلاط بالاجانب ١٠٪.

(٣) راجع مجلة الفكر الشرطي التي تصدر عن وزارة الداخلية في دولة الإمارات العربية المعد الأول يونيور / حزيران / عام ١٩٩٣ / بحث اللواء احمد امين الحادقة بعنوان: دارسة حول الشباب والمخدرات بالدول العربية الصفحات ١١٥ - ١٤٠.

- (٦) لا توجد علاقة بين مستوى التعليم عند الوالدين وأقدام الشاب على التعاطي.
- (٧) لا توجد علاقة بين المستوى المهني للوالدين واحتمال التعاطي عند الأولاد.
- (٨) توجد علاقة ضعيفة بين الاشتراك في التوادي والجماعات (خارج نطاق المدرسة) واحتمال تعاطي الشاب المخدرات.

٣ - اسباب تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية:

قبل التكلم عن الاسباب، يجدر ذكر انماط تعاطي المخدرات وألوانه واشكاله نميز خمسة انماط من التعاطي:

- أ - التعاطي التجريسي: غالباً ما يكون سببه التصرف والفضول والرغبة في معرفة التأثير. والتجربة ينحصر بمادة مخدرة واحدة او عدة انواع، ولمدة قصيرة، وبوتيرة متباينة وعدد مرات قليلة لا تزيد عن العشرة. والتجربة يتم عادة في محيط رهطي، يلعب التشجيع والتقليد وضواغط الرهط دوراً اكيداً.

ويتوقف التجربة وعدم التعاطي عند الافراد الذين ليس لديهم استعدادات مؤهبة للاستمرار في التجربة والتعاطي (ضغط نفسي اجتماعية، اضطرابات نفسية).

ب - التعاطي الاجتماعي - الترفهي:

يتم مثل هذا التعاطي عادة بين جماعة تجمع افرادها مشاركة متبادلة في تصور تجربة ممتعة وسارة. وعادة لا يقلب التعاطي الجماعي من هذا النوع الى الادمان لأنه يتم في مناسبات متكررة كل اسبوع عادة.

ج - التعاطي العارض:

وهو سلوك محدد الغرض يحدده نفسه بنفسه،

- فئة الرفاهية الزائدة والثراء٪٧٧٨.
- فئة الهروب من الواقع لاسباب متعددة٪٥٥٦.
- المشكلات الزوجية٪٣٣٣.
- الحفر نحو التحصيل الدراسي والشهر٪٢٢٢.
- (٩) الجدول رقم ٢٦: يتضمن توزيع افراد العينة حسب نوع المادة المخدرة.

- ٤٠٪ يتعاطون الحشيش.
- ١٧٪ متعاطو الحبوب المخدرة وشم المذيبات الطيارة والغراء.
- ١١٪ متعاطو الافيون. ٨٪ الكوكايين.
- ٤٪ الهايروين.

ولعل من أهم ما وصلت اليه الدراسة الآنفة الذكر من النتائج هي:

- (١) وجود علاقة قوية بين تعاطي الاسرة الادوية النفسية واقدام الاولاد على هذا التعاطي.
- (٢) وجود علاقة بين الاقامة بعيداً عن الاسرة وتعاطي المخدرات أو الأدوية النفسية.
- (٣) عدم وجود ترابط بين الدخل المنخفض للاسرة وتعاطي الابناء. ولكن يوجد ترابط بين التعاطي والدخل المرتفع النسبي للاسرة.
- (٤) لا يوجد ترابط بين المتصروف الشهري المقنن الثابت المنخفض للتلميذ وتعاطي المخدر. والترابط يظهر في المتصروف المخصص للتلميذ المرتفع.
- (٥) لا توجد علاقة بين عدد الأخوة واحتمال اقدم الشاب على التعاطي.

بتفاوت في نمطية و يتغير في الشدة والتكرار والمدة، يوجه حافر او رغبة متصورة للحصول على نشوة او متعة مرتبطة. وهذا التعاطي مرغوب فيه في مواقف معينة بحيث يتخذ كوسيلة للتعامل مع هذه المواقف.

د - التعاطي المكثف:

وهو ادمان بكل هذه الكلمة من معنى لأنه استعمال يومي مدید وراءه حاجة واهمة وقناعة ان المخدر يسعف المدمن ويخفف معاناته ازاء مشكلاته غير المحلولة، وصراحته النفسية. ويكون مثل هذا النوع من الادمان فيه تعزيز اشرافي لأنه التوقع بكون المخدر يخفف المعاناة من شأن ذلك تأصل التعاطي وتعززه. او ان التعاطي يزيل الاضطراب النفسي كالخوف والقلق الاجتماعي. ومثالنا هنا الكوكائين في تأثيره التزيل للقلق الاجتماعي، ويرفع وتيرة الأداء.

ه - التعاطي الوسواسي القهري:

وهو سلوك ملحوظ في تعاطي المخدر بكميات وبتكرار كثير لمدة طويلة فيصبح المدمن مرتبطاً ارتباطاً جرياً بالمخدر او المسكر ويزيد الجرعة للوصول الى الحالة النفسية المنشودة والتأثير المطلوب. وتجد عادة مثل هذا السلوك الجيري في الأنفيونات ومشتقاتها بفعل التعود النفسي والبدني. وايضاً في المخدرات المنشطة مثل الحشيش.

اما اسباب التعاطي فيمكن أن نعزوها الى العوامل الرئيسية التالية^(٤):

(١) ضغط افراد وجماعة السوء:

إن الصراع القائم بين المراهق والوالدين في النظرة

الى المفاهيم الحياتية والتزوع العاطفي وعدم التضييع الاجتماعي، والثورة الوجданية المتمردة على كل قيد يفرض على المراهق (ثورة الهرمونات والمراهقة)، هذا الصراع يجعل المراهق يتمسّك الاتصال والمساعدة للزمان والاصدقاء من سنّه وعمره نظراً لتجانس المفاهيم والأراء والماوقف. وبذلك يصبح المراهق المنخرط في جماعة من انداده اكثر تأثراً وانقياداً لمفاهيم هذه الجماعة السائدة من تأثيرات وأراء والديه. وهذا ما تسميه بضغط افراد الرهط من الاعمار نفسها group Pressure. وإذا لم يتواافق عند المراهق البيت الذي يحترم آرائه وحرياته والاعتبار للذات ويوجهها التوجيه السليم بما يتاسب مع واقع سنّه، فإنه يتمسّك في الرهوط الأخرى التي افرادها من عمره هذا الاحترام للذات والقبول. وإذا قيض وانخرط في رهط سيء. منحرف، فإن هذا المراهق يسعى الى مجاورة افراد الرهط السيء بعاداته، وسلوكياته المترنحة كيما يحظى على قبول كعضو في هذا الرهط وخوفاً من الرفض. لذا يمارس التدخين او العادات الأخرى السيئة للصحة. فعشرة افراد السوء لها دورها الكبير عند ذوي الاستعداد في تعلم سلوكيات الادمان على المخدرات والمسكرات وغيرها.

(٤) د. محمد الحجار: المحببة التدريبية الخاصة بالمرشدين والخصائص النفسية العاملين في المؤسسات الاصلاحية للاحداث المراهقين الذين يتعاطون المخدرات والمؤثرات المقلدة: اصدار دار النشر في المركز العربي للدراسات الامنية والتدريب في الرياض.

يصدر عن الفراغ، فالمتعاطي انسان يعاني مشكلات نفسية من قلق او اكتئاب، او مخاوف، او فقر في المهارات الاجتماعية او ضعف أداء مدرسي، او مشكلات سلوكية اخرى. وكثيراً ما نشاهد وجود قفزة نوعية تعاطي الادوية الرسمية الموصوفة والادمان عليها، الى تعاطي المخدر في كثير من الاضطرابات النفسية عند بعض المرضى.

٦ - علاقة اضطرابات السلوك المضاد للمجتمع والانحراف بتعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية:

السلوك المضاد للمجتمع يقترب بتعاطي المخدر والادمان عليه. وان تبدلات الشخصية التي يحدثها السلوك الادمانى. تفرز بدورها السلوك المضاد للمجتمع كالسيكوباتية. لذا فالسلوك المضاد للمجتمع (الانحراف) يتواكب مع اكتساب السلوك الادمانى.

وان هذا الاخير يؤدي الى تبدلات في الشخصية واحادات السلوك المضاد للمجتمع. ان هذه العروة المعلقة للاضطراب من نتائج السلوك الادمانى.

٤ - المخدرات والمؤثرات العقلية وتأثيراتها الطبية - العقلية:

للمخدرات بطيفها المتعدد وتأثيراتها المختلفة على البدن والنفس نتائج بدنية وعقلية مخربة للصحة البدنية والعقلية، هذا ناهيك عن آثارها المؤدية الى الوظيفة الاجتماعية والاسرة والمهنية والتخصيلية، والاقتصادية للفرد المدمن. نوجز هنا التأثيرات السامة للمخدرات والمسكرات الطبية والعقلية. فالسلوك الادمانى هو مرض يلتتصق بالصحة النفسية والبدنية.

٢ - العامل الجيني الأرثي (في المسكرات خاصة): ثبت ان العامل الجيني الأرثي يورث عند الأولاد (بنسبة معينة) الاستعداد للميل نحو المسكرات لدى الآباء والمدمنين على المسكرات. وتظهر الكحولية عند هؤلاء الأولاد تحت تأثير التعامل السلبي غير الناجح مع المؤثرات البيئية وضواغط الحياة.

٣ - المؤثرات البيئية وضواغط الحياة كمفرزات للسلوك الادمانى:

ووجد العلامة فيلانت خلال متابعته التي دامت ٤٠ سنة لفئات مدمنة على الكحول او المخدرات بهدف الكشف عن الترابط الكائن بين الموررات وضواغط الحياة. نقول وجد انه كلما تزايدت المشكلات الاسرية والصحية والمهنية والاقتصادية والاجتماعية عند المدمن تزايدت معه الحاجة الى المسكر او المخدر. وبذلك يدخل في الحلقة المضيئة القائمة بين المخدر او المسكر وضواغط الحياة، وبالتالي زادت حالته الصحية سوءاً واعتللاً بفعل المخدر او المسكر.

٤ - ضواغط الحياة بمعناها الشامل كosity يبرز الاستعداد للارتباط بالمخدرات والمسكرات:

تلعب الضواغط الحياتية (الاقتصادية، والاجتماعية، والاسرية، والمهنية) دوراً وسيطياً لتفجير الاستعداد نحو تعلم السلوك الادمانى. فالمخدر او المسكر يكونان وسيلة للهروب من هذه الضواغط او التعامل معها تحت تأثيراتها.

٥ - الاعراض النفسية وسوء استخدام الدواء المرخص بوصفه كعاملين في الادمان:

النزع نحو تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية لا

التأثيرات السمية البدنية والعقلية للمخدرات والمؤثرات العقلية

| التأثيرات السمية الطبية | | نوع التأثير على الجملة العصبية | التحمل | ال سعود | | نوع المخدر |
|--|---|--|--|---------------|----------|--|
| العصبية - المقلية | البدنية | | | نفسى | بدنى | |
| <p>يُعطل التفكير والذاكرة والتعلم -</p> <p>المقادير العالية تؤدي إلى الأهلاس</p> <p>- التعاطي المزمن يحدث اضطراب الرور والشكوك المرضية وتخترب النسج الدماغية - تأدي إدراك</p> <p>البعد الثالث لها فإن حادث</p> <p>السير تكرر عند التعاطي له -</p> <p>وتبدل الأحساس بالرمان والمakan</p> <p>- تسرع من ظهور مرض الفصام عند ذوي الاستعداد - لا يحدث اعراض سحب عند ايقافه.</p> | <p>يختزن في النسج الشحومية للدماغ، والرئتين، والاعضاء التناسلية ويترآكم فيها. تسرع القلب بزيادة ٥٪ - افقار تروية القلب - آلام صدرية ويسهم في مرض القلب. يؤذى الوظيفة الجنسية في النمو والخصوبة. نقصان في مستويات التستيرون ونقص في النطف المنوية وفي انتاج نطف شاذة . عدم انتظام الدورة الشهرية عند النساء ويحدث خللًا في الإضافة - يخترق المشيمة عند الحامل ويحدث اضطرابات في الجنين على غرار الكحولية - يسبب سلطان الرئة بما يتركه من قطران في الرئة واستنشاق غاز التجم - يحدث التهاب قضيبات - سعال - واحتقانات شديدة في البلعوم.</p> | <p>متقطع نفسي -</p> <p>حركي (أفوري)</p> | <p>- تحمل</p> <p>متزايد</p> <p>متدرج</p> | | | ماريجوانا والمشيش |
| <p>اعراض التوقف عن تعاطي الانفيونيات المفاجيء: تعرف حسب تعداد الجرعة التي تعود عليها المدمن. تظهر الاعراض بعد ٤ - ٦ أيام من التوقف عن التعاطي: الصورة السريرية لاعراض السحب هي التالية:</p> <p>الترق الشديد للمادة المخدرة مصحوب بهياج وعدم استقرار نفسى - سرعة تنفس - رجفة في اليدين - انقباضات عضلية - قمة عصبي - فرط تهوية رئوية؛ اي فرط نشاط الجملة العصبية المركزية والجملة العصبية الاعائية.</p> | <p>الاسماء الحادة: الجمود - بطء التنفس و عدم انتظامه - بطء القلب - انخفاض حرارة الجسم وضغط الدم - تأذى الرئي ضعف المتعكبات العصبية - الرذمة الرئوية - الاختلالات، وبخاصة الاطراف - الموت اذا لم يسعف. التعاطي المزمن: الخراجات المترجلة بسبب الحقن العضلي للتهابات الوريد - التهاب كبد انتاني - الامراض الخمامية التناسلية كالسلسل والايذ بفعل الحقن الوليدي المترجل.</p> | <p>مسكنة - مخدرة للجملة العصبية المركزية</p> | | <p>متزايد</p> | <p>X</p> | <p>الأفيونات بأنواعها وأشكالها</p> |

| نوع المخدر | التصود | | التحمل | نوع التأثير على الجملة المصبية | التأثيرات السمية الطبية | العصبية - العقلية | البدنية | |
|-------------------|--------|------|--------------|--------------------------------|---|--|---|--|
| | بدني | نفسى | | | | | | |
| الكوكايين او مشاه | - | - | - | منشط للجملة العصبية المركبة | زيادة ضغط الدم وسرعة القلب وحرارة الجسم - توسيع الرؤوس - أرق تضيق الأوعية الدموية الخطيئة - تفرج مخاطية الأنف (بشعه) نقص الوزن. مشاعر الوهن النفسي والخجل العقلي بعد زوال تأثيره في الدم - العرض للموت المفاجئ بسبب توقف القلب وخاصة اذا اخذ عن طريق الوريد | مشاعر بنشوة عارمة قوية - مشاعر الشقة بالنفس وتأكيد الذات والسيطرة والمانسة - ارتقاء مستوى الأداء والتحمل - زوال مشاعر المخوف والخجل - فرط النشاط البدني والمخسي الذهان الروري في المعاطي المزمن. | | |
| الكحول | × | × | زيادة التحمل | مهدي ومبطن | السمية المزمنة: تشمع الكبد - تخرير البنكرياس تصلب الشريانين والأمراض القلبية الدورانية - ضعف القدرة الجنسية | الناس - الخيل - ضعف النشاط - التثبيط الانفعالي - المقادير العالية تحدث: تهزع المشيمة Ataxia - الرجفان - الدوار - ثورات القضم - الوهن - السبات الكحولي المميت احياناً - ضعف المعكسات المصبية - انحباس البول - تخرب الدماغ والذهان الكحولي في السمية المزمنة (هذينات زورية والحسد والغيرة الزوجية المرضية، ومتلازمة كورسالكروف) التوهان - فرط الشهيج، اعراض السحب المفاجيء: الهليان الارتعاشي Delirium Tremens | الرجفة - التعرق - فرط المعكسات المصبية - ثورات تشنجية (الصرع الكحولي)، الصيف العام - تسرع البصري وارتفاع الحرارة اكتئاب - الالام والاوهام الميلية - اضطراب التوازن - التعرق الشديد. | |

| تأثيرات السموم الطبية | | نوع التأثير على الجملة العصبية | التحمل | التصود | | نوع المخدر |
|---|--|---------------------------------------|--------------------|--------|------|--|
| العصبية - العقلية | البدنية | | | نفسى | بدنى | |
| تهيج الجملة العصبية المركزية - فرط نشاط الجملة العصبية الاعائية (تبذلات في المزاج وفي الادراك - احياناً اخرى اكتئاب) - تأدي الحماكات العقلية والتعرض للحوادث - نوبات القلق - الخوف الشديد - نوبات جزع - الاضطراب الذهانى في السموم المزمنة. | | مهدوس (مخدرات النشوة) | تحمّل متدرج متزايد | - | X | LSD، مسكنات بسيولوبين ديتان |
| الاستنشاق يؤدي الى: تشوش ذهني خمول فكري وخلب. الاعراض الحادة: الدوار - النعاس - لغة كلامية - اضطراب المشية - الهياج السلوك الانفعاعي - الاوهام - الاحلام والهدايات - تأدي التفكير سوء الاستخدام والتغاطي غير المراقب يؤدي الى: الارتباط الشديد وتكون اعراض التوقف: الهياج - القلق الشديد - النوبات الاخلاجية. | الانسماں المزمن به تراکلوريد الصجم يؤدي الى تخريب كلوي وكبدی ودماغی، وتفی العظام | تخريب الخلايا الجملة العصبية المركزية | تحمّل جزئي | | | المسيبات الطيارة والغراء، والضرب الرذاذی Aerosol |

Endorphine والانكفالينات Enkephalins وهذا الاضطراب الاستقلابي البيوكيميائي هو الذي يخلق الارتباط الشديد بالافيونيات والولع الكبير به. لذا فان نسبة الانكسار في علاج المورفينات عالية.

تحفيض الولع والتوقف نحو المخدرات الافيونية، يعطى المدمنون على هذه الزمرة الميثادون. وهو دواء ولكنه أقل خطورة من المورفينات. يبيط الولع نحو الافيونيات إلا ان

٥ - العلاج النفسي والطبي الدوائي لل ADMAN على المخدرات والمؤثرات العقلية:

أ - العلاج الدوائي للأفيونيات:

مشكلة الادمان على الافيونيات البدنية انها تحدث الاضطراب الاستقلابي في المستقبلات الأفيونية الطبيعية: اي مستقبلات بتا - اندوفين Beta-

د - علاج اعراض سحب المادة المخدرة او التوقف عن تعاطيها:

في السلوك الادمانى، يتوجه المتعاطى للمادة المخدرة في بادئ الامر الحصول على التأثير المطلوب لل المادة (ازالة القلق والتوتر في الايفيونيات، والنشوة العارمة والحس بالسيطرة والنشاط وازالة سلبيات السلوك في المنشطة - المخدرة). إلا انه فيما بعد يخاف من اعراض زوال تأثير المادة المخدرة التي تسبب له الانزعاج النفسي او البدنى او الاثنين معاً وذلك حسب نوع المادة المخدرة والمقدار اليومي الذي يتعاطاه. لذا فإنه يستمر في تعاطي المخدر ليتجنب اعراض السحب او الفطام او التوقف عن تعاطيه.

عادة تعالج السمية المزمنة للمخدر او المسكر بحجر المريض في المستشفى ويسحب المادة المخدرة او المسكرة تدريجياً وتغطية المريض بالأدوية النفسية، أو بايقاف المادة وتغطيتها؛ بالأدوية النفسية المناسبة الى الحد الذي يتم تخلصه من الانسماں المزمن بطرح المادة من جسمه والتخلص من اعراض السحب. تلك هي المرحلة الأولى من العلاج المتعدد المراحل. تأتي المرحلة الثانية باختصار المريض المدمن الى العلاج النفسي وفق خطة علاجية هادفة تعامل مع جميع العوامل الاساسية للادمان اي الاسباب النفسية، او البشبية او الشخصية

المدمن يعود على الميثادون ويتجنبه اعراض الايفيونيات المرعجة جداً والتي يخافها المدمن وتخليه تعاطيه لها.

ب - العلاج الدوائي للكوكائين^(٥):

على مستوى النظرية البيولوجية - العصبية يدخل الكوكائين بكمياته الدماغ على مستوى المواد الناقلة العصبية Neurotransmitters الكلاسيكية أي الكاتيكولامينات (الدوبامين، السيروترينالين والسيروتونين). ورغم ان الكوكائين في بداية تعاطيه يرفع نسبة هذه الإمينات الدماغية (مواد التقل العصبية) في المشابك Synapses العصبية على غرار آلية تضادات الاكتتاب وفي طليعتها الدواء اميرامين Imipramine إلا انه مع الاستمرار في تعاطيه فان هذه الأمينات تبدد ويصاب المدمن على الكوكائين بالاكتتاب. فالعلاج الحديث اليوم تثبيط الرغبة Craving نحو الكوكائين هو بوصف المضاد للاكتتاب اميرامين.

ج - العلاج الدوائي للمسكرات الكحولية^(٦):

تستخدم الأدوية المنفردة والمحذثة للإيقاء في علاج الادمان على الكحول مثل: الأمتين، ابومورفين apomorphine او كلوريد الذهب حيث يخرج مثل هذه الأدوية مع الكحول يومياً لمدة ٧ - ١٠ أيام لاحداث الاقياء المنفر الذي يقتربن بتعاطي الكحول. ومن خلال الانزعاج الذي يحدث بفعل المادة المية (الاشراط المنفر) - فإن الكحولي ما ان ينظر الى الكحول حتى يحدث الاقياء والقرف منه. اوضح للعلامة Lemere (١٩٥٠) انه من اصل ٤٠٩٦ كحولي، ٣٨٪ بقوا في حالة امتناع عن الكحول لمدة ٥ سنوات، ٢٣٪ لمدة عشر سنوات.

(٥) د. محمد الحجار: النظرية البيولوجية الحديثة في علاج الادمان على الكوكائين وموقعها من العلاج النفسي: مجلة الثقافة النفسية: العدد ٢٠، المجلد الخامس: تشرين أول عام ١٩٩٤. تصدر عن مركز الدراسات النفسية - والنفسية الجسدية: لبنان - طرابلس.

(٦) د. محمد الحجار: العلاج النفسي المتعدد الاساليب: محاضرات القیت على طلاب برنامج الرعاية والعلاج النفسي (دراسات عليا - ماجستير) المركز العربي للدراسات الامنية والتدريب في الرياض عام ١٩٩٣.

وتحرر المدمن من اعراض السحب الناجم عن فطامه عن المخدر او المسكر، يتم تطبيق الاساليب التالية السلوكيه:

- العلاج التنفيذي التكريبي للمخدر وذلك بجعل المدمن يتخيل التأثيرات الصحية والعقليه المؤذية للمخدر وفق برنامج محدد الخطوات وجلسات معينة.

- احياناً استخدام الصدمات الكهربائيه بقرنها مع تخيل المخدر او المسكر لاحادث السلوك المفترض ضد المخدر او المسكر.

- كتابة لاصقات جدرانية صغيرة الحجم تحوي على مخاطر المخدر او المسكر تعلق في الاماكن الاساسية التي يتواجد فيها المتعالج (الدار، غرفة النوم ... الخ)، يطلب منه قراءتها بالعشية والضاحي وتكون دوماً في مجال بصره لتعزيز الاستجابة السلبية المترفة نحو المادة المخدرة والمسكرة.

- الزمامه بعد الاتفاق معه على برنامج يومي /شهري/ ينفذه يحوي على نشاطات بناء اجتماعية شخصية تعطى كامل نهاره مثل: الرياضة اليومية - حفره على استثماره هواياته السابقة قبل الادمان وبعثها من جديد ومارستها ووضع اهداف حياتية محددة لتوجيه نشاطاته بما يكفل اعادة تأهيله (ينفذ هذا البرنامج - من قبل ارشاد الاخصائي الاجتماعي السريري و بتوجيه المعالج) من جديد ووضعه في المسار الصحي على جميع المستويات. ويتضمن هذا البرنامج ايضاً اعادة تنظيم علاقاته الاجتماعية اعادة جذرية بابعاده وبحرم عن رفاق السوء والمجتمع السابق الذي كان يرتبط به ويعزز السلوك

(٧) د. محمد الحجار: العلاج النفسي الحديث للادمان على المخدرات والمؤثرات العقلية؛ اصدار دار النشر في المركز العربي للدراسات الامنية والتدريب في الرياض عام ١٩٩٢.

والاجتماعية. وبدون التعامل مع الاسباب التحتية المولدة للتزويع الادمانى، فإن العلاج الطبي الدوائي الرامي الى ازالة السمية المزمنة والقطم عن المخدر مصيره الفشل. ذلك ان نسبة الانتكاس في الاقتصار على المرحلة الأولى تكون كبيرة تصل الى ٩٠٪ من الحالات. وهذه ناحية هامة جداً تلفت النظر اليها ذلك لأن علاج الادمان في المؤسسات الطبية في معظم البلدان العربية يقوم على نظام المدمن من المادة المخدرة وليس العلاج التكاملي القائم على العلاج الدوائي، والنفسي، والنفسي الاجتماعي.

هـ - العلاج النفسي السلوكي - المعرفي للسلوك الادمانى (٧):

كما وسبق أن ذكرنا، ان هذا النوع من العلاج المتعدد الاساليب هو العلاج الحديث الرائد في العالم الصناعي الانكلوساكسوني، خاصة للاضطرابات النفسية والسلوكية والعادات الضارة بالصحة ومن ضمنها السلوك الادمانى.

(١) العلاج السلوكي :Behavior Therapy

ان أول خطوة في علاج السلوك الادمانى هو ايقاف تعاطي المادة المسكرة او المخدرة وذلك بهدف ايقاف الاختلالات الطبية البدنية والعقليه والعصبية الناجمة عن هذا التعاطي. وبعدها يتم التعامل مع الاسباب التحتية من شخصية، وبيئية، واجتماعية (أى الضواطط الشخصية والحياتية بعنوانها الشامل) المولدة للسلوك الادمانى والخلدة لتعاطيه.

لتحقيق الخطوة الأولى التي تتم في العيادات الخارجية، او مراكز الرعاية الصحية الاولى او في السجون والاصلاحيات بعد ان تم ازالة السمية المزمنة

العلاج السلوكي ذلك لأن مثل هذه المهارات والتعليم الذاتي في التعامل مع الموررات الحياتية تجنبه الانتكاسات المعروفة في علاج الأدمان^(٨).

(٢) المعتقدات الخاطئة التي يحملها المدمن بالنسبة للتأثيرات التي يتوقفها في تعاطي المخدر والتي تخالله سلوكه الأدماني يجب أن تكون محطة التحليل والناهضة وتدريب المدمن على اسلوب رصدتها ودحضها واستبدالها بأفكار بديلة صحيحة مبدلة للسلوك الأدماني. ان الشكل رقم (١) يبرز لنا آلية السلوك الأدماني المعرفي، ويعطي الاستبصار للمدمن في التعرف على التفكير الأدماني واسلوب مناهضته.

الكف وانوذج التحمل المنخفض للإحباط.

نلاحظ في هذا الشكل ان قلق الانزعاج Discomfort Anxiety الذي يخلقه الاعتقاد الخاطئ: «لا استطيع تحمل الحرمان من الشرب» أي تحمل منخفض للإحباط هو المنعطف الأساسي في إما اختيار المدمن للشرب من أجل إزالة هذا القلق او التصدي للمعتقد الخاطئ واستبداله بأخر غير مولد لقلق الانزعاج كيما يظل ممتنعاً صامداً في وجه إغواء المسكر أو المخدر.

ان العلاج المعرفي (او العقلاني الانفعالي Rational-Emotive Therapy) يستهدف، كما ذكرنا، إزالة هذا القلق من خلال تبديل الأفكار الخاطئة المولدة له. والى القاريء بعض الأمثلة عن العملية العلاجية التصحيحية المعرفية التي يتدرّب عليها المدمن تدريجياً ذاتياً باشراف المعالج النفسي لرصد الأفكار الخاطئة وطرق تصحيحها.

(٨) د. محمد الحجار: فن العلاج في الطب النفسي السلوكي: اصدار دار العلم للعلمين بيروت عام ١٩٩٢ م.

الادمانى، وخلق صداقات جديدة معاوضة ذات اهداف حياتية بناء.

- التثقيف المكثف وفق برنامج محدد عن مخاطر الأدمان على كل المستويات الطبية والعقلية، ويناسب ان توافرت افلام بهذا الميدان التثقيفي ان تكون جزءاً من الخطبة التثقيفية نظراً لأن كثيراً من المدمنين يجهلون الكثير من الجوانب الصحية والطبية لأخطار المخدرات والمسكرات. وهذا التثقيف يمكن تطبيقه في السجون والاصلاحيات تطبيقاً جماعياً.

- ادماجه مع اشخاص مدمفين سابقين تحرروا وشفوا من تعاطي المخدر او المسكر فيكونون بمثابة دعم وعون ودفع لخوازفه في السيطرة او التخلص من النزوع الأدماني ويمكن تطبيق هذه المشاركة العلاجية للمدمنين السابقين في العلاج الجماعي ايضاً.

- وضع خطة علاجية للتعامل مع المدمن مع جميع مشكلاته البيشخصية، والبيئية والاسرية، والمهنية والتحصيلية (إن كان طالباً)، والزوجية بعد تحديدها بدقة، وتعد العوامل الرئيسية في اسباب ادمانه وتعزيز هذا السلوك الأدماني. اضافة الى خلق جسور تعاونية مع اسرته وتزويدها بالارشادات (بواسطة المرشد الاجتماعي) التي تزيل العوامل السلبية في تعاملها مع العضو المدمن، وخاصة قوله ورد الاعتبار اليه في وسطه الاجتماعي والاسري، وهذه ناحية هامة جداً في الخطبة العلاجية. ان مسألة احترام الذات والتخلص من مشاعر الرفض للذات والرفض الاجتماعي وتدريب المدمن على استراتيجية حل المشكلات وصنع القرار، اضافة الى تدريبه على امتلاك المهارات السلوكية في التعامل مع ضوابط البيئة والشّدّات، هذه الامور هي أساسية في

| المعتقد البديل الصائب | المعتقد الخاطئ | المعتقد البديل الصائب | المعتقد الخاطئ |
|--|--|--|---|
| ٤ - قد يكون قاسياً ان أتعلم الارتياح والغبطة اجتماعياً بدون تعاطي الخمر او المخدر، الا ان معظم الناس يكونون مرتاحين منطقين بدون تعاطي المخدر او الخمر. | ٤ - الوقت الوحيد الذي اشعر فيه مرتاحاً هو عندما اكون منتشياً بالخمرة. | ١ - ان فقدان السيطرة هو اول علامة لبدء المشكلة واذا كان شرعي يعد مشكلة هامة بالنسبة للآخرين فعالجاً او آجلاً سأكون انا ضحية المشكلة. | ١ - شرب الخمر او تعاطي المخدر ليس مشكلة بالنسبة الي حتى لو فقدت السيطرة على ذاتي مرة لفترة بسيطة. هناك اشخاص آخرون لديهم مشكلة بالطريقة التي اشرب فيها. |
| ٥ - قد اخسر بعض الشيء بفعل اقلاعي عن الخمر او المخدر، وتأخذ ذلك من وقتني وجهدي، ولكن اذا لم اقلع عنه فإن نتاجه وانعطافاته ستكون اسوأ بكثير مما افتقده. | ٥ - من الصعب جداً ايقاف الخمر والامتناع عن شربها. اتحمل فقدان عشرة الاصدقاء، والملل، والضجر، ولكن لا اشعر بالارتياح اطلاقاً بدون خمرة او مخدر. | ٣ - قد لا ترغبه ولكن تحملت حرمانه في الماضي ويمكنك الآن ايضاً تحمل هذا الحرمان. | ٣ - انا لا اتحمل ما لا استطيع ان احصل عليه فهذا الأمر قاسٍ شديد الثقل على نفسي. |
| ٦ - اين البرهان على هذا المعتقد؟ حاول ان تجالس وتستفسر من أولئك الذين لا يشربون فيما اذا كانوا فاقدوا السعادة ويعانون الاحباط لأنهم لا يشربون. | ٦ - الناس الذين لا يستطعون شربها يخربهم الاحباط ويقضى على سعادتهم. | | |

كما يشعر المدمن ان لديه مشكلة. وان صعوبة علاج الادمان لا يكمن في فشل اسلوب العلاج ذاته بقدر ما هو عدم توافر الرغبة في العلاج وركون المدمن الى سلوكه الادمانى ورفضه تبديل هذا السلوك.

٦ - أساليب التسويق الاعلامي للعلاج السلوكي - المعرفي:

لا قيمة لتسويق العلاج السلوكي - المعرفي والترويج له اعلامياً اذا لم تتوافر التخصصات في القطاع العام او الخاص لهذا النطء من العلاج.

ان علاج الادمان يندرج ضمن خطة وطنية شاملة يتالف نسيجها وقوامها من ثلاثة عناصر اساسية: المكافحة - التوعية الوقائية على مستوى المدارس ومنظمات الشباب والجامعات، والمؤسسات المعنية بالقطاعات المهنية والشعبية ووسائل الاعلام المختلفة، والعلاج في مؤسسات حكومية وخاصة تتوافر فيها الاختصاصات الطبية المهنية والتفسية المؤهلة لعلاج السلوك الادمانى.

وكم رأينا، ان علاج الادمان على المستوى الطبي - النفسي هو علاج متكامل ينفذ من قبل اختصاصات متعددة تمثل بفريق طبي - نفسي اجتماعي في اية مؤسسة طبية تعالج الادمان. فلا قيمة اطلاقاً لعلاج الادمان المقصور على تخليص المدمن من السموم المزمنة وقطعه عن المخدر وتجنيبه اعراض السحب وهو العلاج الوحيد الجانب المعمول به حالياً في المؤسسات الطبية الخاصة بعلاج الادمان. وعند توافر الكادرات الطبية - النفسية المتخصصة لعلاج الادمان حينئذ فان للاعلام بمختلف وسائله السمعية والبصرية (الاذاعة، التلفاز، الصحافة، والمشورات... الخ) دوره الهام والفعال في تسويق العلاج النفسي الحديث. يحفز المدمنين على

بمثل رصد المعتقدات والافكار الخاطئة عما يجول في ذهن المدمن ومن ثم تعلم دحضها بالاسلوب الذي ذكرناه، يمكن تبديل المعتقد الخاطئ بمعتقد أصح، وهنا تكون قد بدلنا التركيب المعرفي وجهاز المعتقد المولدين للسلوك والانفعال الادمانيين. ان تكرار هذه المعتقدات الصائبة المصححة كتدریب يومي، والتعامل معها هو الاساس للعلاج المعرفي للتفكير الادمانى.

ومن خلال ازالة المشكلات الاجتماعية، او الشخصية، او البيئية او النفسية التي يعاني منها المدمن، وتصحيح الافكار الخاطئة المخلدة للسلوك الادمانى، وتدریبه على التعامل مع الشدائد والمؤترات الحياتية بصورة مهارات، وتعليميه طرق حل مشكلاته وصنع القرار، وارشاد محبيه الاسري الذي يتعامل معه وقبوله كعضو في الاسرة، وحفظه على الاقلاع عن تعاطي المخدر وتقدم الدعم المعنوي له، وخلق أهداف جديدة، وتبدل الوسط الاجتماعي السابق باخر توافر فيه العشرة الصالحة والقدوة الحسنة، واكتسابه المهارات السلوکية والمعرفية بكيفية مواجهة الانتكاسات والعودة من جديد الى الامتناع عن تناول المخدر او المسكر ووضعه على متابعة علاجية لمدة لا تقل عن سنة بعد انتهاء العلاج، هذا الاطار الكامل لمضامين العلاج النفسي - السلوکي المعرفي والدوائي الطبي هو الان العلاج الحديث للادمان على المخدرات والمؤثرات العقلية.

وناحية هامة لا بد من ذكرها هي ان الرغبة في العلاج والتخلص من الإدمان لا بد من ان تكون متوافقة لدى المدمن . وبدون وجود هذه الرغبة التي تستوجب من المدمن واجبات علاجية عليه الالتزام بتنفيذها والتي بدونها لا يمكن نجاح العلاج، لذا فمن اجل خلق هذه الرغبة وذاك الدافع نحو العلاج لا بد من تثقيف المدمنين تثقيفاً منهجياً وهادفاً باختصار المخدرات والمؤثرات العقلية

- (٨) وزارة الارقاف (الارشاد الديني).
- (٩) وزارة الاعلام.
- (١٠) المجلس الأعلى للعلوم.
- (١١) الاتحاد النسائي.

يحتوي البرنامج على الخطط التالية:

(١) خطة توعية ضد اخطار المخدرات على مستوى الوطن تنفذ من قبل وزارة الصحة ووزارة الاعلام بوسائل الاعلام السمعية والمرئية والمكتوبة بموجب جدول زمني محدد.

(٢) إدراج برنامج التوعية ضد اخطار المخدرات في صلب البرامج التدريسية في المرحلة الاعدادية في المدارس، وإعداد كتاب ارشادي رسمي للمعلم لتدريس هذه المادة للطلاب او تأليف كتب للطلاب مستمدة من الكتاب الارشادي المرجع المعتمد.

(٣) إنشاء مكاتب خاصة في المنظمات الشبيبية والطلابية بهدف:

- عقد حلقات علمية والقاء محاضرات وعقد ندوات طلابية ومن خطة سنوية (الموسم الثقافي) تتفقية عن مخاطر المخدرات على كل المستويات والمؤثرات الفعلية اضافة الى ورش عمل.

- تصميم ملصقات مطبوعة (حائط) توضع على الجدران، ولوائح من الورق المقوى تبرز مخاطر المخدرات باخراج فني (كتابه وصور مرسومة) معبر لصالح المدارس.

- تنظم مسابقات بجوائز لافضل مواضيع لجريدة الحائط المدرسية يدها الطلاب عن مخاطر المخدرات والمؤثرات العقلية.

- اعداد لقاءات علمية توعية عن الادمان كجزء من

الumas العلاج للتخلص من آفتهم الادمانية المهددة لحياتهم بجميع ابعادها. وما من شك ان التوعية بالخطر المخدرات تخلق المخافر نحو العلاج. لذا فخطبة التوعية وتسيير العلاج تكون متكاملة وتسير جنباً الى جنب.

أـ أهمية التسويق الاعلامي لاخطر المخدرات (التوعية الوقائية المبرمجية):

- الوقاية خير من قطار علاج: حكمة تنسليخ على كل الامراض والعادات الضارة بلا استثناء. لذا تبدو التوعية الوقائية التي تحصن النفس قبل اخراطها في هوى الادمان هي على درجة كبيرة من الأهمية.

- التوعية هي برنامج موجه مخطط ينفذ على مستوى ما يسمى «بالبرنامج الوطني» في الامم المتقدمة؛ مثل البرنامج الوطني لمكافحة مرض نقص المناعة المكتسب الانساني. والبرامج الوطني لمكافحة التدخين، والبرامج الوطني لمكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية... الخ.

- يخطط للبرنامج الوطني لمكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية من اختصاصات تشمل عادة القطاعات التالية وتشكل المجلس الذي يضع البرنامج وينفذة:

(١) الصحة ومنظمة الصحة العالمية - مثل المكتب القائمي.

(٢) وزارة العمل والشؤون الاجتماعية (الاصلاحيات).

(٣) وزارة الداخلية (الأمن الجنائي وادارة السجون).

(٤) القوات المسلحة (الخدمات الطبية).

(٥) وزارة التربية والتعليم (ادارة البرامج).

(٦) وزارة التعليم العالي.

(٧) المنظمات الطلابية والشبيبية.

- (١٠) ضرورة اجراء دراسة مسحية على المدمنين الموقوفين والمتعالجين للتعرف على اسباب الادمان تتناول كافة فئات الاعمار، والمهن والمستويات الثقافية، والاقتصادية، وحجم الاسر في الريف والمدينة لتكون منطلقاً اساسياً في التعرف على هذه الاسباب حسب خطورتها في توليد السلوك الادمانى والتخطيط لبرامج وقائية تكائفاً فيها جهود مؤسسات الدولة حسب تخصصها للدرء خطط الادمان قبل وقوعه.
- (١) تشجيع البحث في ميدان المخدرات على المستوى الوقائي والعلجي في الجامعات.
- أنموذجي الطرح الاعلامي للعلاج السلوكي - المعرفي:**
- ويكون بواسطة:
- (١) اللقاءات العلمية المرئية مع مختصين بهذا النوع من العلاج.
- (٢) الافلام العلمية - العلاجية.
- (٣) الاعلانات الاذاعية التي تبرر مزاياه.
- الهدف المباشر:**
- حفز المدمن او المؤهّب للادمان، او المحجب للمواد المخدرة والمؤثرات العقلية على التماس هذا العلاج.
 - ابراز أهمية العلاج النفسي للإدمان كملاذ اساسي للتخلص منه.
 - ابراز مزايا العلاجية ونسبة نجاحه والتكلفة العلاجية الاقتصادية الهدف غير المباشر.
 - ترويج هذا العلاج في الأوساط الطبية العلاجية الخاصة وال العامة.
 - تبني هذا العلاج من قبل هذه الأوساط وتطوير الوسائل العلاجية للادمان.
- برنامج مسكنات الشبيبة والطلائع والمعسكرات الصيفية الجامعية.
- (٤) خطة تدريبية تأهيلية لتعيين مرشدین اجتماعيين في كافة مدارس القطر يكونون جزءاً من الهيئة التعليمية الارشادية في المدارس تحال اليهم كافة المشكلات السلوكية والتعليمية لدى التلامذة.
- (٥) انشاء في مراكز الرعاية والصحة الأولية المنتشرة في القطر اقسام خاصة للارشاد النفسي والاسري وتأهيل الاطباء الممارسين في ميدان علاج الادمان على مستوى العيادات الخارجية وايضاً الاضطرابات السيكباتورية في هذه المراكز.
- (٦) تحسين اساليب ووسائل العلاج السيكباتوري والأخذ بأسس العلاج النفسي التكاملي القائم على العلاج الدوائي، والنفسي، والنفسي الاجتماعي في مراكز علاج الادمان، الثالثة الاساسى في ميدان الطب النفسي.
- (٧) انشاء اختصاص دراسات عليا في الطب النفسي وعلاج المخدرات في الجامعات لغطية حاجة البلاد من هذه الاختصاصات (في سوريا يوجد ١٧ طبيباً نفسياً ولا يوجد اي معالج نفسي على مستوى دكتوراه في علم النفس الاكليبيكي مرخص له).
- (٨) تعديل قوانين الممارسة العلاجية بشكل تشمل العلاج النفسي المتخصص غير الطبيب وفق ما هو معمول به في بعض البلاد العربية كالملكة العربية السعودية وفي الولايات المتحدة الأمريكية، فلا يكون العلاج النفسي يحترمه الطبيب النفسي لوحده.
- (٩) أهمية توافر كادرات علاجية للادمان في السجون واصلاحيات الاحداث لتفادي العود الى تعاطي المخدر والجرائم المرتبطة بالتعاطي.

الاساليب الاجرائية الاعلامية (مضامين المادة الاعلامية):

(١) في الشكل والمعنى:

- ان تكون مناسبة لمستويات فهم العام والجمهور بشكل عام.

- ان تكون بعيدة عن اللغة العلمية بالقدر المستطاع الاكاديمية ومصاغه بلغة يفهمها معظم الجمهور.

- ان تتضمن احصائيات ومقارنات علاجية تقنع الجمهور باهميته وفعاليته.

(٢) في وضع المادة الدعائية وآخراتها:

- مختص اعلامي وعلمي.

(٣) في المادة الاعلامية ذاتها:

- العلاج النفسي السلوكي - المعرفي هو المدرسة العلاجية الرائدة اليوم في العالم الانكلوساكسوني خاصة، وفي المانيا، وفرنسا، وكندا عامة.

- العلاج النفسي السلوكي - المعرفي هو علاج معتمد من قبل منظمة الصحة العالمية وأوصى به المكتب الاقليمي لشرق بحر الابيض المتوسط (الاسكندرية) عام ١٩٧٨.

- كافة المؤتمرات العالمية للعلاج النفسي تتضمن مواضيعها العلاج النفسي السلوكي والمعرفي في علاج الامراض النفسية والسلوكية والانحرافات بانواعها المختلفة وحتى الامراض الطبية والادمان باشكاله والسلوك الاجرامي.

- العلاج النفسي السلوكي مرسخ على ارضيه تجريبية على مستوى الحيوان والانسان في تبديل السلوك المرضي والعادات الضارة كالتدخين والمخدرات والمسكرات.

- العلاج النفسي السلوكي - المعرفي ينفرد بخاصيته

التي تميزه على العلاجات النفسية الاخرى بتعليم الفرد المتعالج المهارات التي تمكنه من السيطرة على اضطرابه النفسي وعاداته الضارة بصحبته بدون اللجوء الى المعالج بعد تعلمها هذه المهارات مستقبلاً. فهو تدريب ذاتي وتحصين ضد الموريات والشدائد المسؤولة عن المرض النفسي والادمان والانتكاس.

- العلاج النفسي السلوكي - المعرفي هو البديل عن تعاطي الادوية النفسية لأنّه يعالج الاضطراب النفسي والسلوكي والادمان معالجة سببية وليس علاج الاعراض كما هو الحال في العلاج الدوائي.

- نسبة نجاح هذا النوع من العلاج بحدود ٨٩٪ من حالات الاضطراب النفسي والسلوكي يقابلها ٤٥٪ من العلاج النفسي التحليلي الديناميكي الفرويدي ونسبة الانتكاس قليلة بالمقارنة مع الاخير.

- كلفة علاجية ومدة علاجية نسبياً قليلة بالمقارنة مع العلاج النفسي التحليلي الذي يدوم لمدة سنوات بدون ضمانة علاجية وكلفة عالية.

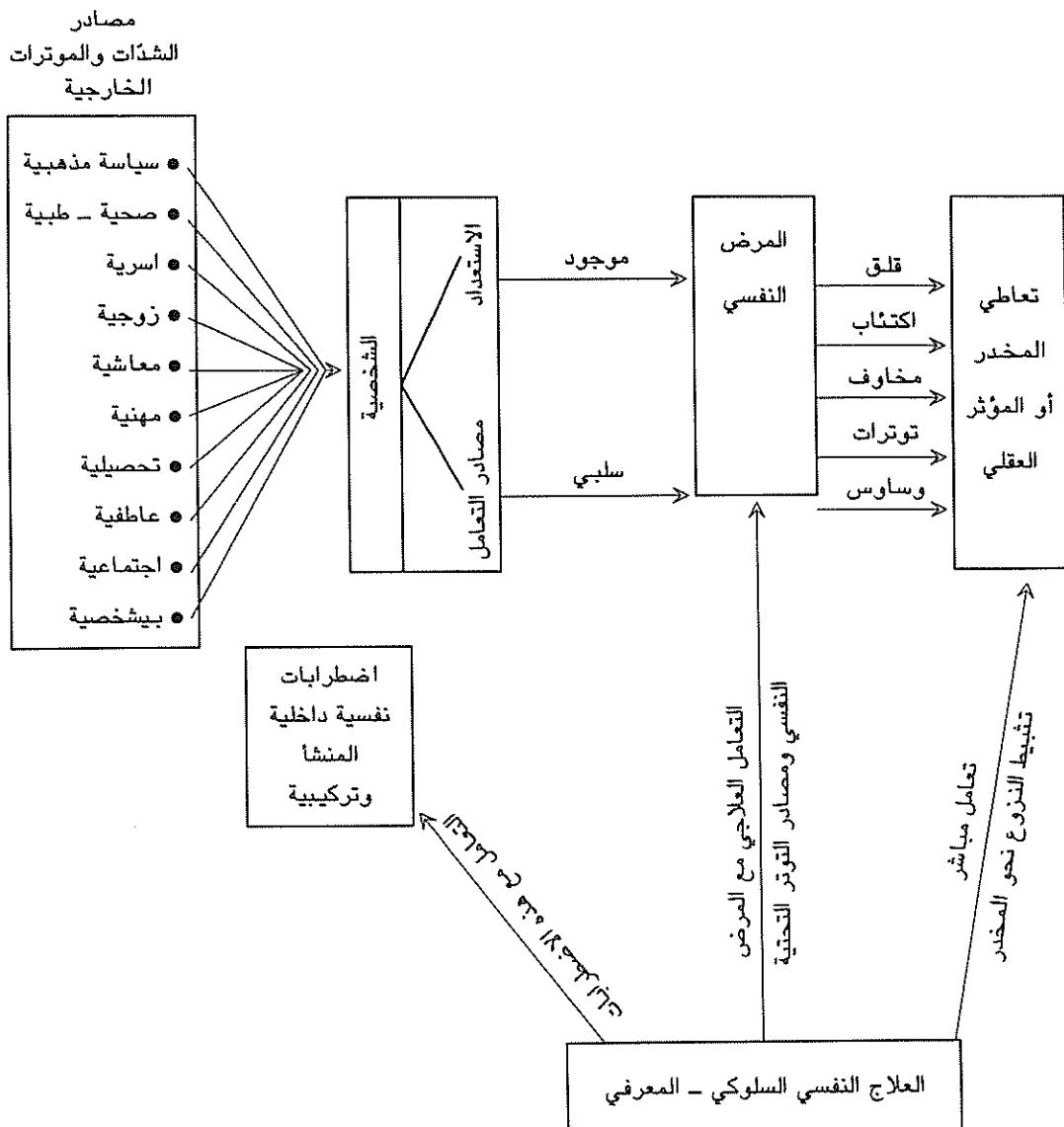
- العلاج النفسي - السلوكي - المعرفي: مدة قصيرة، فعالية علاجية ونسبة نجاح عالية - وكلفة علاجية نسبياً قليلة.

- العلاج النفسي السلوكي - المعرفي هو الاساس اليوم في البلاد الانكلوساكسونية في علاج السلوك الادماني وحجر الزاوية.

- العلاج النفسي المتعدد الاساليب الذي تأخذ به المؤسسات العلاجية ركناً الاساسي للاساليب العلاجية السلوكية - المعرفية.

- يمكن تطبيق هذا العلاج في العيادات الخارجية الخاصة والحكومية وفي المؤسسات الاصلاحية والسجون ويعد جزءاً هاماً من عملية اعادة تأهيل المدمن والمنحرف والسلوك الاجرامي.

**الأنموذج الباثولوجي (المرضي) للسلوك الادماني
ومحاور العلاج النفسي السلوكي - المعرفي
(محمد الحجار)**

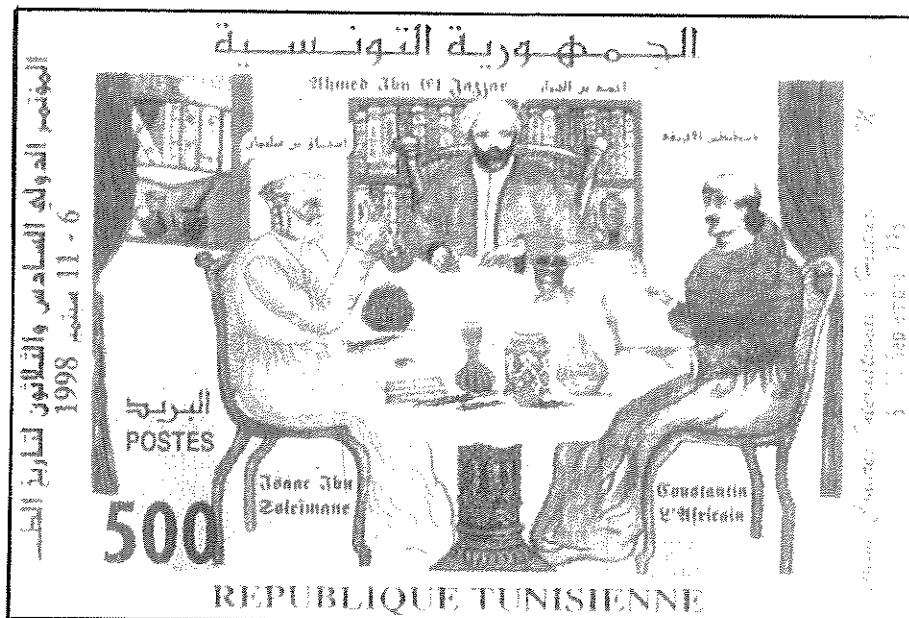


المؤتمر الدولي السادس والثلاثون للتاريخ الطب

عقد هذا المؤتمر في قرطاج بتونس من ٦ إلى ١١ أيلول (سبتمبر) ١٩٩٨ تحت رعاية فخامة رئيس الجمهورية التونسية زين العابدين بن علي. وانسمت هذه الرعاية بمجموعة من اللقنات الكريمة التي ذكرت بالمساهمة الحضارية وبتاريخ الطب في هذا البلد العربي الذي أسس لمحطة كبيرة في تاريخ الطب هي مدرسة القิروان.

مدرسة القิروان يعود تاريخها إلى قبل ما يربو على الألف عام، حيث اثرت في حينه تأثيراً واسعاً على ممارسة معاصرتها من الأطباء في مختلف أنحاء العالم. ومن بين كبار استاذتها أسحق بن سليمان (٨٥٠ - ٩٥٥) وأحمد بن الجزار (٩٨٠ - ٩٨٠) الذي ترجم كتابه «زاد المسافر» إلى اليونانية فأصبح من أهم المراجع الطبية في عصره وطيلة قرون لاحقة.

ومن مظاهر الحفاوة النادرة بالمؤتمرات العلمية قيام وزارة المواصلات التونسية باصدار طابع تذكاري بالمناسبة.



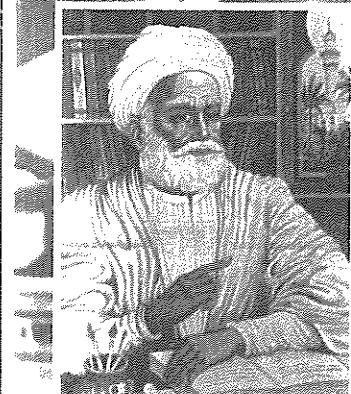
صورة الطابع التذكاري الصادر بمناسبة المؤتمر

خصائص الطابع:

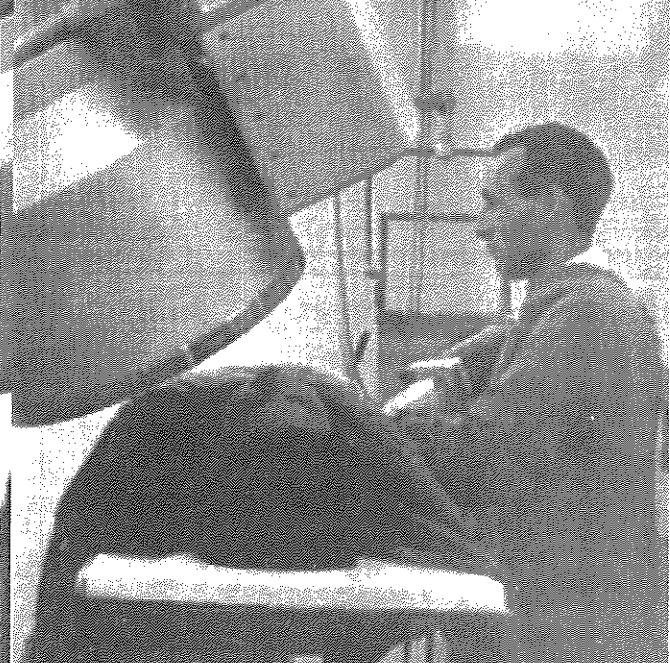
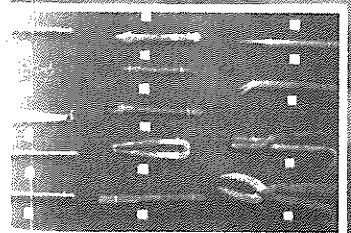
- السلسلة: تذكارية.
- الورق: ورق طباعة لامع.
- تصوير: احمد الفقيه.
- طريقة الطبع: أوفست.
- المطبعة: مطبعة البريد / تونس.
- الكمية: ٢٠٠,٠٠٠ طابع.
- ظرف اليوم الأول.
- بطاقة بريدية.
- الأبعاد: ٣٧ × ٥٢ مم.
- البيع العام: ٦ سبتمبر ١٩٩٨.

La Presse Magazine

MONDE - ECONOMIE - TV - CULTURE - SOCIÉTÉ - ACTUALITÉS - La Presse-Dimanche 20 septembre 1998 N° 571



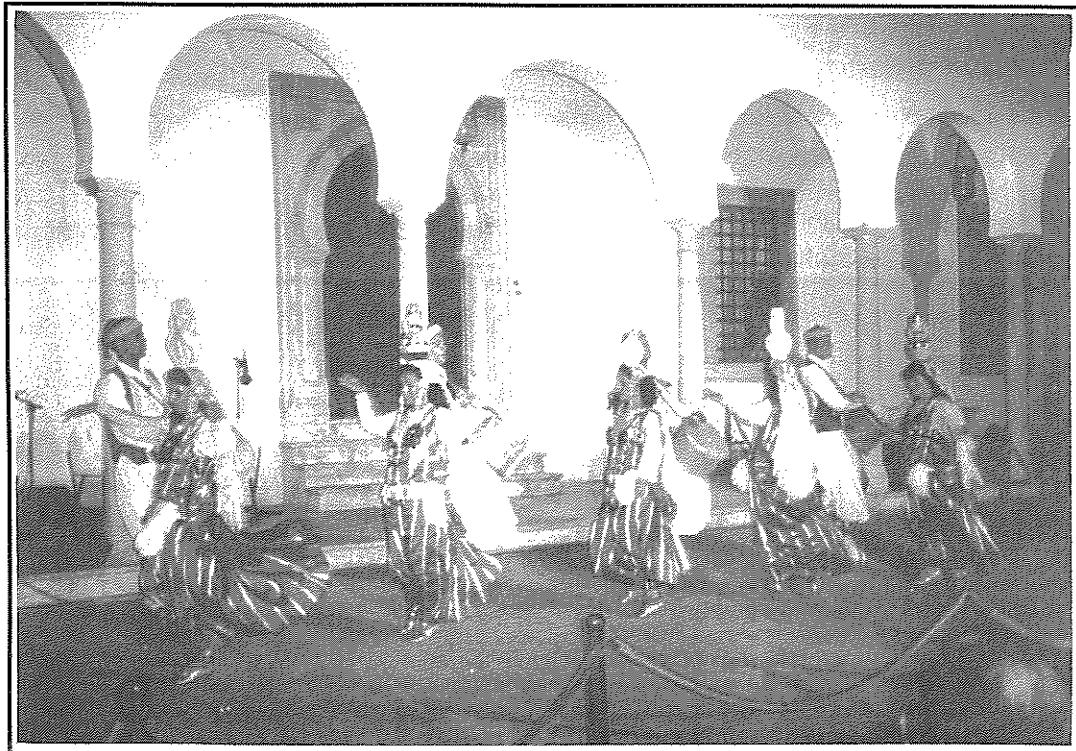
يلتحق أطباء مغربية وفارسوندو وبلجيكا بالآباء المؤسسين
صونوا طبقة
وأشفلاها
وصونوا على
يونان واليونان



**36^{ème} Congrès International
d'Histoire de la Médecine
Tunisie: terre
de rencontres
médicales**

كما كان هناك اهتمام بالغ بالتواحي الترفيهية وبالنشاطات الموازية للمؤتمر. ومنها العرض الذي قدمته فرقة معهد نجمة الزهراء للموسيقى العربية في سidi بوسعيد.

هذا ولقد حظي المؤتمر ببغطية اعلامية ملفتة تجاوزت المهتمين بالعلوم الطبية الى الجمهور العام. واجريت عدة مقابلات اعلامية مع رئيس المؤتمر ومنظمه البروفسور سليم عمار الذي يعتبر رائد الطب النفسي في العالم العربي.



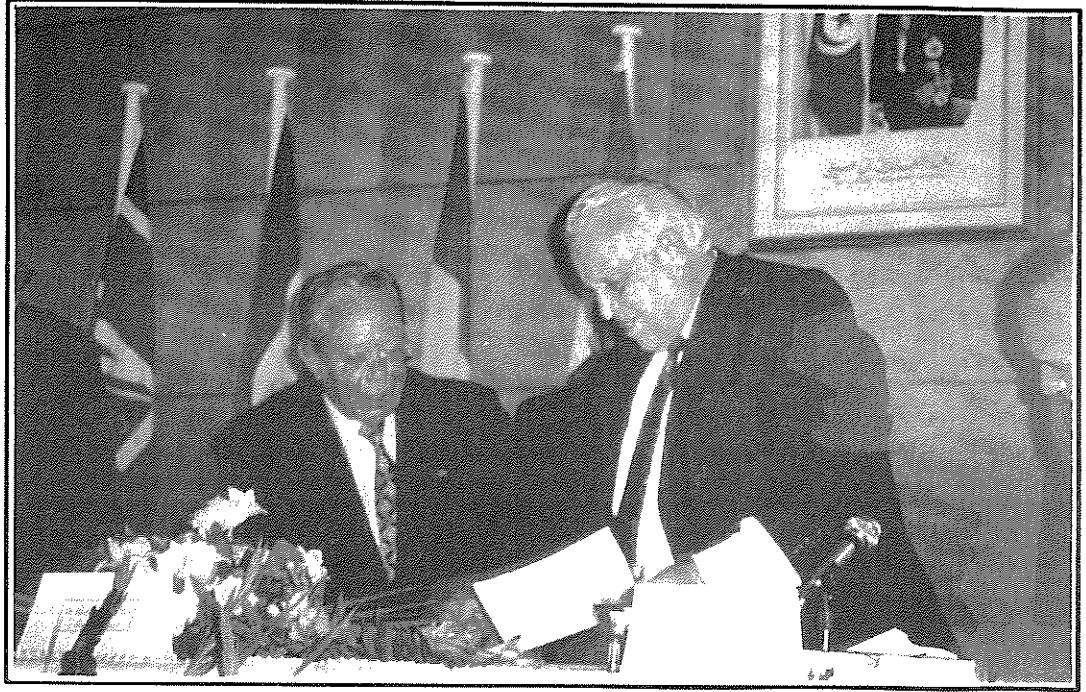
رقصة فولكلورية لفرقة معهد نجمة الزهراء - سidi بوسعيد.

ابن سينا وابن رشد والرازي وغيرهم من رواد العلوم الطبية عبر التاريخ.

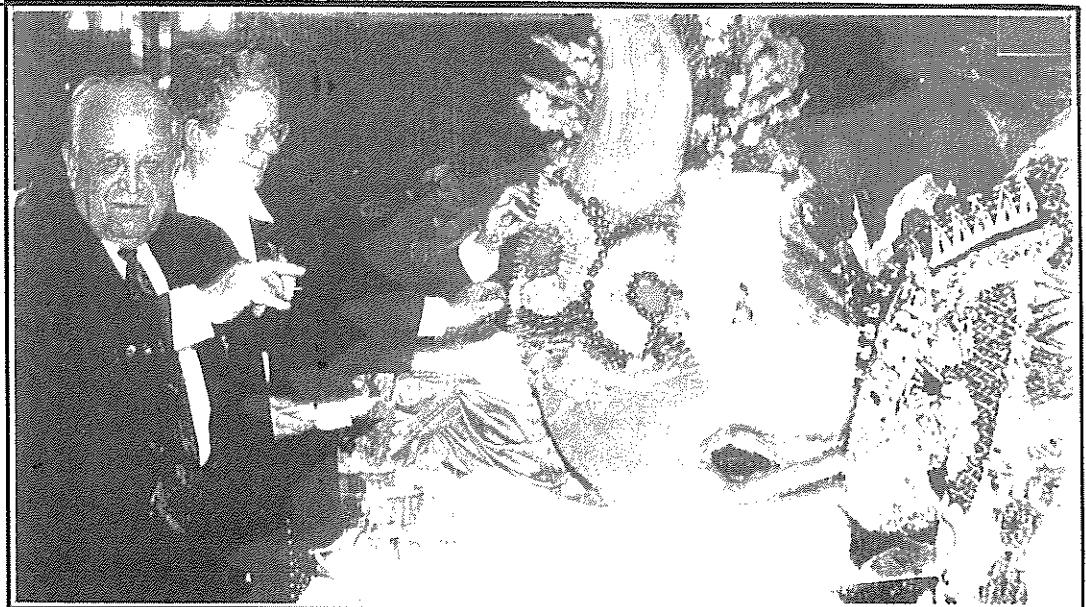
كما ناقش المؤتمر ثمانية عشرة ورقة باللغة العربية. وتحت مناقشة هذه الأوراق بطريقة الطاولة المستديرة.

والواقع ان انتicipations المشاركون في المؤتمر كانت باللغة الانجليزية فقد اضيفت الفائدة العلمية والتعرف الى الأفكار الفلسفية المؤسسة للطب والمكونة لفرضياته قبل تحولها الى افكار متشكلة الى حفاوة اللقاء وكرم الضيافة.

وفي مقابلة مع مجلة لا برس (La Presse) الناطقة بالفرنسية يقول رئيس المؤتمر بأنه أسمى هذا المؤتمر «مؤتمرو على العلوم». وقد استقبل المؤتمر ٣٥٠ باحثاً توزعوا على ستين دولة. وقد امتدت اعمال المؤتمر على مدى أربعة أيام عرضت خلالها ١٢٥ ورقة بالانجليزية و٨٠ ورقة بالفرنسية بالإضافة الى البوستيرات (Posters) وكانت من بينها طبعاً صور الطبيب التونسي ابن الجزار وأخرى تتعلق بمدرسة القيروان الى جانب صور كل من



من اليسار: رئيس المؤتمر البروفسور عمار والوزير الأول (رئيس الوزراء التونسي).



رئيس المؤتمر خلال حفل افتتاحه الذي قدمه وزير التربية الدالي جازي.

* محاور المؤتمر:
توزيعت أعمال المؤتمر على المحاور
التالية:

- ١ - الطب العربي الإسلامي
Medecine arabe-islamique
- ٢ - الصحافة العامة
Santé Publique
- ٣ - التعليم
Enseignement
- ٤ - الاتكiet الطبي
Ethique Médicale
- ٥ - الطب الأغريقي - اللاتيني
Medecine Greco-Latine
- ٦ - منوعات Varia



الجلسة الافتتاحية للمؤتمر (صباح ٧ أيلول ١٩٩٨).

البروفسور سليم عمار: رئيس المؤتمر.

السيد عبد الله كابي: محافظ العاصمة.

الدكتور هادي مهانى: وزير الصحة العامة.

الدكتور حامد القروي: رئيس الوزراء.

الدكتور مصطفى بو غزير: وزير المياطين.

البروفسور ايناز فيوليه أونيل: رئيس الجمعية العالمية
لتاريخ الطب.

البروفسور رضا مبروك: رئيس الجمعية التونسية لتاريخ
الطب.

* التوصيات:

أما عن توصيات المؤتمر فقد تركت حول محاور
ثلاث هي:

١ - ضرورة الاهتمام العالمي بتعليم تاريخ الطب
والتعريف بمراحل تطور الفكر الطبي.

٢ - أهمية مراجعة تراث العلاج بالاعشاب
والاستفادة منه راهناً.

٣ - ضرورة دراسة الفكر الطبي وتشكيله عبر
العصور.

ومن أهم المواضيع التي ناقشها المؤتمر تذكر:
أ - الميلانخوليا في التراث العربي الإسلامي: حيث عرض
لرسالة اسحق ابن عمران في الميلانخوليا ولنظرية ابن
سينا في الميلانخوليا.
ب - تاريخ طب الأطفال عند العرب والمسلمين.
ج - الطب الروحاني (طب النفوس: في الاسلام).
د - أمراض وعلاجات الكبد من خلال المخطوطات
العربية.
ه - اداب الطب في الطب العربي ومسؤولية الطبيب
والأخلاق.
و - العناية بالحوامل وبحديثات الولادة.

والواقع ان عمق وتنوع وعالمية الأوراق المعروضة
في المؤتمر جعلت أسرة تحرير المجلة تعيد النظر في اعادة
ادراج باب التراث النفسي العربي حيث غنى المواضيع
التي ناقشها المؤتمر يطرح علينا التفكير بإعادة هذا الباب
إلى صفحات المجلة. لذلك رأينا من المناسب ايراد بعض
ملخصات الأوراق المعروضة في هذا المؤتمر مع ذكر اسم
المؤلف وعنوانه لقرائنا الراغبين في التعمق بهذه المواضيع
ونبدأ بـ:

يصدر قريباً

العرب والسياسة وعلم النفس

تطبيقات عربية

في

علم النفس السياسي

الدكتور محمد احمد الدايلسي

يقدم المؤلف في هذا الكتاب قراءات نفسية لقائمة طويلة من المواضيع السياسية التي تخص عالمنا العربي على عبة الالف الثالث. فهو يقدم عروضاً نقدية لامم كتب المستقبليات مثل «صدام الحضارات» و«تحول السلطة» و«الالفية الثالثة»... الخ مبيناً انعكاس هذه المستقبليات على الارضاع العربية الراهنة والمستقبلية. محذراً من الآثار الايجابية لبعض النبؤات التي يمكنها ان تدفع المستقبل باتجاهها المعاكس احياناً للسيرة الطبيعية للأمور. كما يقدم المؤلف فصلاً عن سيكولوجية الصراع العربي - الاسرائيلي مركزاً على المفارقات الكامنة بين الاسطورة وبين الحقيقة التاريخية.

يقع الكتاب في عشرة فصول منها: الشائعات والتجسس ولبنان غودج للكوارث العربية والتحليل النفسي لشخصية كلينتون والشخصية العربية والوفرة الاقتصادية والشخصية العربية في عالم متغير... الخ. محتويات الكتاب قدمها المؤلف في مقالات ومحاضرات نشرت في مجلات «دراسات نفسية» و«دراسات عربية» و«الثقافة النفسية الشخصية» وفي جرائد يومية: الحياة والكافح العربي والأنوار والنهر... الخ.

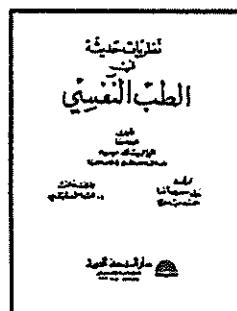
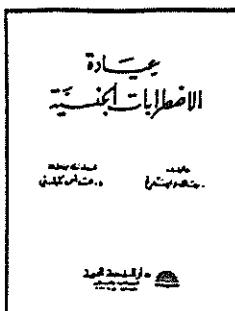
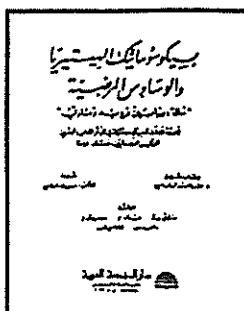
إصدارات حديثة / م. د. ن.

- الطفل وعالمه النفسي
- سلسلة علم نفس الطفل
- مبادئ العلاج النفسي ومدارسة
- عيادة الاضطرابات الجسدية
- سيكوماتيك الهستيريا
- الحلم والمرض النفسي
- الاتصال الانساني وعلم النفس
- الطب النفسي وقضايا المجتمع
- نحو سينکولوجیا عربية
- الصدمة النفسية
- علم نفس المخوب والكوارث
- معجم العلاج النفسي - الدوائي
- دراسة في مجتمع الحرب اللبناني
- العلاج الطبي والنفسي
- التحليل النفسي طريقة الاستعمال
- فرويد والتحليل النفسي الذاتي
- نظريات حديثة في الطب النفسي
- العلاج الياباني - الشياتزور

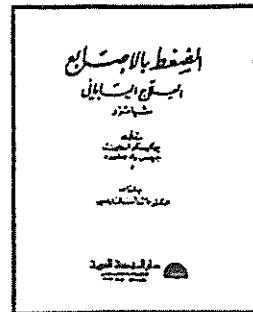
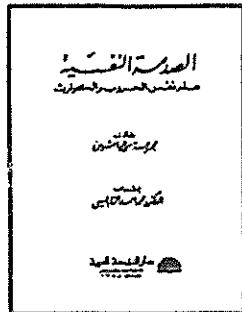
دار النهضة العربية

بيروت ص.ب: ٧٤٩ - ١١

كتب عن دار النهضة الخوبية



دار النهضة العربية



سلسلة الثقافة النفسية

طلب من دار النهضة العربية بيروت - ص ب: ٧٤٩ - ١١

معجم العلاج النفسي الدوائي

يعرض هذا المعجم للأدوية المستخدمة في عيادات الطب النفسي من خلال تصنيف هذه الأدوية بحسب مفعولها العلاجي وذلك من خلال الفصول التالية:

- ٦ - النشطات النفسية
- ٧ - مضادات باركتسوف
- ٨ - مضادات التشنج
- ٩ - عقاقير نفسية أخرى
- ١٠ - الأدوية النفسية المركبة
- ١ - تصنيف الأدوية النفسية
- ٢ - الأدوية المغلفة
- ٣ - مضادات القلق
- ٤ - مضادات الاكتئاب
- ٥ - الأدوية المنومة

ويخلل العرض تصنيف الأدوية في عائلاتها الدوائية وعرض لاسمائها العلمية والتجارية ومحالات الاستخدام وجرعة الاستعمال والآثار العلاجية والسلبية. بحيث يعتبر هذا المعجم من المراجع الاكاديمية الهامة للاطباء العامين والداخليين وللصيادلة ولطلاب الطب والصيدلة وعلم النفس والطب النفسي. والكتاب من تأليف أ.د. محمد احمد النابسي وهو صادر عن دار ومكتبة الهلال ويمكن طلبه على عنوان الدار او المجلة او موزعيها في الدول العربية.

مركز الدراسات النفسية والتفسيرية - الحسديبة
Centre d'Etudes Psychiques et psychosomatiques C.E.P.S.



الدليل النفسي العربي

رغبة منه في تسهيل التواصل والتعاون بين الاباحين العرب في مجال العلوم النفسية قام م، د. ن. باصدار هذا الدليل وضمنه الفصول التالية:

- الكتاب النفسي العربي.
- الاختصاصيون النفسيون.
- الجمعيات العربية.
- المجالات النفسية.
- الاختبارات العربية.
- دور النشر العربية.
- منتجات الاصدارات.
- الاطباء النفسيين العرب.
- كشاف مواضيع الثقافة النفسية.
- الجوائز العربية.

يطلب من طار النهضة العربية

النافذة النفسية

تصدر عن مركز الدراسات النفسية والنفسية - الجسدية



أبوابها الثابتة

- تقارير الطب النفسي
- مكتبة المدد
- أبحاث الطب النفسي
- علم النفس حول العالم
- اخبار المدد
- مقابلة المدد
- الندوات والمؤتمرات
- التراث النفسي العربي
- الثقافة النفسية العامة
- ملف المدد

مفاوضات المعاشر السابقة

بيار ماري، مارتن روث، لويولد سوندي، سيلفيور فانتي، جاك لاكان، اليزيت موسون، مصطفى زبور، كارل بيرام، جورج ديفريه، أسامة الراضي، جمال ماضي أبو العزائم، كافالي سرفوزا، أحمد محمد عبد الحافظ، فرج عبد القادر طه، جيمي بيشاني، عادل عز الدين الأشول، عبد الفتاح دويدار وغيرهم.

المؤذنون في العالم العربي

- لبنان: دار النهضة العربية - بيروت، مقابل جامعة بيروت العربية.
 العرض الدائم للكتاب - بيروت، شارع السادات (الحمراء).
 مكتبة جروس بربس - طرابلس، شارع نديم السادات (الحمراء).
 مكتبة ريفولي - طرابلس، شارع التل بجانب سينما ريفولي.
 سوريا: مكتبة الترزي - دمشق.

الموطن: دار مجلاوي - عمان، هاتف: ٦١١٦٠٦ .

- السعودية: مكتبة دار أحياء التراث - المدينة المنورة، هاتف: ٨٢٤٢٧٧٥ . مكتبة الرشد - الرياض، هاتف: ٤٥٩٣٤٥١ .
 مكتبة الشنب - الدمام، هاتف: ٨٢٦٣١٣٧ .
 اليمن: دار المحكمة اليمنية - صنعاء، هاتف: ٢٧٢٤٧٤ .

الكويت: ذات السلاسل - الشامية، هاتف: ٢٤٦٦٢٦٦ .

- الإمارات: دار الأدب - الشارقة، هاتف: ٥٢٢٩٥١ . مكتبة الجامعة - أبو ظبي، هاتف: ٣٣٤٤٦٣ .

المغرب: دار الأفاق الجديدة، هاتف: ٢٥٤٠٧١ .

تونس: المؤسسة العربية للتوزيع - تونس، هاتف: ٤٩٤٥٨٦ .

محلو: مؤسسة المطبع العربي - القاهرة - هاتف: ٣٤٧٢٢٠٦ .

ليبيا: مكتبة طرابلس العلمية العالمية - سوق الجماهيرية، هاتف: ٣٩٥٢٠ .

الاشتراك في لبنان والدول العربية
٤٠ دولاراً أمريكياً سنوياً.

المراسلات باسم رئيس التحرير
دار النهضة العربية
بيروت - ص.ب: ٧٤٩ - ١١ .



مركز الدراسات النفسية والنفسية - المعاصرة
Centre d'Etudes Psychiques et psychosomatiques C.E.P.S.

اللَّعْنَةُ الْمُسْبِّحَةُ

المختصة

الإسم: _____

العنوان: العمل: _____ هاتف: _____

المنزل: _____ هاتف: _____

تليفاكس: _____ تلکس: _____

الجنسية: _____ التخصص الدقيق: _____

مكان وسنة التخرج: _____

الدرجات العلمية: _____

التاريخ: _____ التوقيع: _____

عضوية المركز واشتراك المجلة ٤٠ دولاراً أميركياً للاختصاصيين النفسيين العرب. وترسل قيمة الاشتراك بشيك مسحوب على أحد المصارف اللبنانيّة باسم دار النهضة العربية أو بحوالة بنكية على حساب رقم: البنك العربي: 7 - 810 / 755 / 02 / 0331

يعاد طلب الاشتراك على عنوان المركز: طرابلس - التل ص. ب: ٣٠٦٢ / لبنان

أو على عنوان دار النهضة العربية.

مع إرسال رقم وتاريخ الحوالات.

بطاقة تقويم

تسعد اسرة تحرير المجلة باستمزاجك الرأي، عزيزي القارئ، حول المواضيع التالية:

ما هي الأبواب الأكثر أهمية برأيك: ١ ٢ ٣

هل تقترح إضافة أبواب معينة: ١ ٢ ٣

هل تقترح حذف أبواب معينة: ١ ٢ ٣

هل تشكل المجلة بالنسبة لك:

إطلالة على الاختصاصات الأخرى غير اختصاصك الدقيق.

مصدر معلومات ضمن اختصاصك الدقيق.

إطلالة على النشاطات العربية - مقالات، بحوث، مؤتمرات، شخصيات... الخ.

متابعة مستجدات الاختصاص وأخباره.

ثقافة عامة.

وسيلة اتصال وتواصل مع الزملاء العرب.

غيرها (حدد):.....

.....

.....

هل تحصل على أعداد المجلة بسهولة:

هل لديك اقتراحات محددة لتحسين إمكانية الحصول عليها:

.....

.....

هل تصل المجلة إلى مكتبة المؤسسة التي تعمل بها:

هل لديك اقتراحات أخرى:

.....

.....

.....

.....

الاسم: التخصص الدقيق:

العنوان:

قواعد النشر في الثقافة النفسية

- ١ - ترحب «الثقافة النفسية» بمساهمات المتخصصين في العلوم النفسية بكلفة تiarاتها واتجاهاتها، فهي تسعى لأن تلعب الوسيط بين فروع الاختصاص.
- ٢ - توزع المساهمات وفق أبواب المجلة وهي التالية:
 - أ - الدراسات الأكاديمية في مختلف فروع العلوم النفسية.
 - ب - المقالات الاختصاصية الهادفة إلى تعريف اختصاصي الفروع الأخرى ببنطلقات وآراء الاختصاصيين الدقيق للمؤلف حول موضوع المقال.
 - ج - قضية حيوية: من القضايا المزمرة على فعالية الاختصاص الاجرائية ومستقبله.
 - د - عروض موقعة لكتب وأصدارات نفسية لم يمض على ظهورها أكثر من ثلاث سنوات.
 - ه - المقالات المترجمة عن مجالات اختصاصية مشهود لها. على ان تتناول المستجدات او المراضيع ذات الفائدة الاجرائية.
- ٣ - لا تنشر «الثقافة النفسية» مزاد مستمددة بصورة مباشرة من الرسائل الجامعية. وهي تنشر ملخصات لهذه الرسائل على ان يتم تقديمها عبر الاستاذ المشرف.
- ٤ - تشرط «الثقافة النفسية» في المساهمات المقدمة اليها. ان تكون مبتكرة واصيلة ولم يسبق نشرها باللغة العربية. وان تتبع فيها اصول البحث العلمي المتعارف عليها وبخاصة فيما يتعلق بالتراث والمصادر مع كشف المصادر والمراجع سواء في نهاية البحث او في هواشن تخلله ويفضل ارفاق البحث بملخص له باحدى اللغتين الفرنسية او الانجليزية.
- ٥ - على الكتاب الذين يكتبون للمرة الاولى للمجلة ان يفرزوا مساهماتهم بتعريف بسيرتهم العلمية.
- ٦ - تلتزم «الثقافة النفسية» بعرض المساهمات الواردة اليها على محكم (او اكثر) تنتهي هيئة التحرير. كما تلتزم باعلام المؤلف عن قبول مساهمة او عن التعديلات المقترحة لها. وهي لا تعيد المقالات لاصحابها في حال عدم النشر كما تختلف بحثها في نشر المجاز في المدد المناسب وفق خطوة هيئة التحرير.
- ٧ - لا تدفع «الثقافة النفسية» مكانة عن المادة التي تنشرها. ويصبح البحث المنشور ملكاً لها ويؤول اليها حق نشره.

الصحافة النفسية (الأجنبية)

خلال انشاء جمعية عربية لرعاية الشيوخ (راجع تقرير الزميل انور الجرایة في العدد الماضي) وحيث الحقل يشكل احدى اولويات الحاجات المطروحة في العيادة النفسية العربية.

عزيزى القارئ نقدم لك في ما يلي نشرة هذه الجمعية كما وردت باللغة الانجليزية راجين الا تدخل علينا برأيك بمدى أهمية هذا الباب وعن فائدته بالنسبة اليك والى باقى القراء وفق توقعاتك.

ويتضمن عدد هذه النشرة الفقرات التالية: ١ - ملاحظات المحرر و ٢ - تقارير عن ندوات الجمعية و ٣ - اخبار الجمعية و ٤ - وجهة نظر و ٥ - التمريض في مجال رعاية الشيوخ و ٦ - اخبار الاختصاص حول العالم و ٧ - ابحاث وتجارب و ٨ - زاوية التغذية و ٩ - اصدارات جديدة و ١٠ - ندوات قادمة.

تجهد المجلة كي تقدم لك عزيزى القارئ تقاريراً عن مستجدات الاختصاص في العالم. ومن هنا كان اقتراح هيئة التحرير اضافة هذا الباب للمجلة. بغية تخصيصه لتعريف قرائها على الجمعيات النفسية العالمية عبر النشرات التي تصدرها هذه الجمعيات. وتتضمن هذه النشرات عادة: نشاطات الجمعية في حقل الاختصاص الدقيق وقائمة بالكتب والمقالات المنشورة في هذا الحقل بالإضافة الى تقارير متفرقة في الميدان.

ولقد وقع اختيارنا في هذا العدد على نشرة الجمعية العالمية لطب نفس الشيوخة

*International
Psychogeriatric
Association (I.P.A)*

لنببدأ به هذا الباب. حيث الاهتمام بهذا الحقل يتضمن ويكرس من

Related Meetings

16-18 Sept 1998/Sydney

Certicate concept and challenges
Geriatric National Conference
Tel +61 2 9412 2145

20-24 Sept 1998/Adelaide

Aged Care Australia 11th Nat'l Conf.
Fax +61 8 8364 1252
Tel +61 8 8364 1180
e-mail acos@academy.net.au

20-24 Sept 1998/Copenhagen

Assn of European Psychiatrists, 9th Congress
PO Box 41, Strandvejen 171
DK-2900 Hellerup, Denmark

21-24 Sept 1998/Perth

8th Int'l Conference on Mobility and Transport for
Elderly and Disabled People
Fax +61 8 9388 2245
Tel +61 8 9388 2241
e-mail indomed@psinet.net.au

24 Sept 1998/London

Psychiatry of Old Age Faculty,
Royal College of Psychiatrists
Fax +44 171 245 1231

24-25 Sept 1998/London

Everything you need to know about old
age psychiatry
Institute of Psychiatry Short Course in Old Age
Psychiatry
Fax +44 171 703 5796
Tel +44 171 919 3170
e-mail L.wilding@iop.bpm.ac.uk

24-27 Sept 1998/Cochin, India

Dementia: the Global Challenge
Alzheimer's Disease 14th Int'l Conf.

Fax +91 488 522 347
Tel +91 488 522 939

5-7 Oct 1998/San Diego, California

Frontiers in Aging Research and Age-Related
Diseases
Cambridge HealthCare Institute
Fax +1 617 630 1325

8-9 Oct 1998/London

British Geriatrics Society Autumn Meeting
Fax +44 171 224 0454
Tel +44 171 9354004
e-mail britishgeriatrics@dial.pipex.com

15-18 Oct 1998/Sheffield, England

Who To Tell What To, When and Why
Royal College of Psychiatrists Confidentiality
Conf
Fax +45 39 77 7600
Tel +45 39 77 3655

16-18 Oct 1998/Melbourne

Australian Assn of Gerontology
Nat'l Conf.
Fax +61 3 98169287
Tel +61 3 98169111
e-mail prcc@mail.austasia.net

18-22 Oct 1998/Montreal

American Neurological Assn -
(23rd Ann'l Meeting
Fax +1 612 545 6073
Tel +1 612 545 6284

22-23 Oct 1998, San Francisco

7th Symposium on Clinical Trials: Design,
Methods, and Controversies
University of California/San Francisco
Tel +1 415 470 5808

22-26 Oct 1998/Baltimore

6th Cochrane Colloquium
web www.cochrane.org/colloquium

25-29 Oct 1998/Melbourne

2nd World Congress on Stress
Fax +61 3 9682 0288
Tel +61 3 9682 0244
e-mail stress98@icms.com.au

29 Oct-2 Nov 1998/Los Angeles

American Psychiatric Assn, Institute of Psychiatry
Services
Fax +1 202 682 6132
Tel +1 202 682 6100

31 Oct-4 Nov 1998/Paris

European College of Neuropsychopharmacology
11th Congress
Fax +33 20 625 9574
Tel +33 20 626 1372
e-mail ecnp@congrex.nl

4-6 Nov 1998/San Diego

Knockouts and Mutants: Controversy Detecting
Brain and Behavior
Society for Neuroscience, Satellite Symposium
Fax +44 1865 331125
Tel +44 1865 331040
e-mail 101915.2472
@compuserve.com

7-12 Nov 1998/Los Angeles

Society for Neuroscience, 28th Ann'l Meeting
Fax +1 914 835 0929
Tel +1 914 833 1979

16-19 Nov 1998/Abu Dhabi, UAE

Royal College of Psychiatrists & Arab Federation
of Psychiatrists joint congress
Tel +971 367 2000

20-24 Nov 1998/Philadelphia

Gerontological Society of America
51st Ann'l Scientific Meeting
Fax +1 202 842 1150
Tel +1 202 842 1275

27-28 Nov 1998/Madrid

European Conference on Alzheimer's Disease &
Public Health
Fax +34 91 457 95 42
Tel +34 91 457 87 25

10 Dec 1998/London

Psychiatry of Old Age Faculty, Royal College of
Psychiatrists
Fax +44 171 245 1231

14-16 Dec 1998/Puerto Rico

American College of Neuropsychopharmacology,
Annual Meeting
Fax +1 615 243 0662
Tel +1 615 322 2075
E-mail acnp@acnp.org
Web www.acnp.org

16-18 Dec 1998/Cairo

1st Int'l Pan African Congress of Psychiatry
Fax +20 2 271 6952
e-mail rusych@rusys.eg.net

28-29 Jan 1999/London

Pressing Issues in the Dementias and Dementia
Services, Royal College of Physicians
Fax +44 181 674 4550
Tel +44 181 671 7521

31 Jan-2 Feb 1999/New Orleans

American Neuropsychiatric Assn Joint meeting
Fax +1 412 359 8218
Tel +1 412 359 4952
e-mail dmcclesk@aherf.edu

4-6 Mar 1999/Düsseldorf

American Association of Geriatric Psychiatry,
7th Symposium
Fax +49 211 922 4213
Tel +49 211 922 4200
e-mail KNA2000@mail.LVR.de

6-9 Mar 1999/Taipei

Genome and Environ: Roles and
interaction in psychiatric epidemiology
8th Congress, Int'l Federation of Psychiatric
Epidemiology
Fax +88 02 2782 3047
Tel +88 02 2789 9119

e-mail IFPE99@gate.sinica.edu.tw
www.sinica.edu.tw/~ifpe1999/

14-17 Mar 1999/New Orleans

Decade of the Aging Brain: Contributions to
Geriatric Psychiatry, American Assn for Geriatric
Psychiatry 11th Annual Meeting
Fax +1 301 654 4137
Tel +1 301 654 7850, ext. 106
e-mail zlewis@aaagppa.org
web www.aaagppa.org

6-9 Apr 1999/Wellington, NZ

New Zealand Assn of Gerontology National
Conference
e-mail mary.lynch@dsu.govt.nz

7-12 Apr 1999/Vancouver

World Brain Exp'd Congress
e-mail congress@venuewest.com

10 Apr 1999/Wellington, NZ

Challenging Restriction and Restraint
Alzheimer's Society New Zealand
Fax +64 4 379 8744
Tel +64 3 365 1590

E-mail alzheimers@alzheimers.org.nz

11-16 Apr 1999/Perth

Minding the Brain in the 21st Century
RANZCP, 34th Annual Congress
Fax +61 2 6257 3256
Tel +61 2 6257 3299

E-mail conf@acts.ccmail.com
compuserve.com

14-17 Apr 1999/Houston

American Assn of Geriatric Psychiatry Ann'l Meeting
Fax +1 202 237 2282
Tel +1 202 237 2280

17-24 Apr 1999/Toronto

American Academy of Neurology, 51st Ann'l Meeting
Fax +1 612 623 3504
Tel +1 612 623 8115
e-mail jlanson@aan.com

26-29 Apr 1999/Hong Kong

Asia Pacific Regional Conference for the
International Year of Older Persons
Hong Kong Council of Social Services,

11/F Duke of Windsor Social Service Building,
15 Hennessy Road, Wan Chai, Hong Kong

15-20 May 1999/Washington

American Psychiatric Assn 152nd Ann'l Meeting

Fax +1 202 682 6132

Tel +1 202 682 6100

20-23 May 1999/Philadelphia

American Geriatric Society Scientific Ann'l

Meeting
Fax +1 212 532 8646

Tel +1 212 308 1414

E-mail info.amerger@americanagers-
affil.org

7-11 June 1999/Seoul, Korea

Changing family systems and care of the aged in
the 21st century: Asia/Oceania Regional Congress
of Gerontology, Federation of Korean
Gerontological Societies

Fax +82 557 0599

Tel +82 345 7484

E-mail seoul99@sooback.konnet.nm.kr

28 June-2 July 1999/Birmingham

Royal College of Psychiatrists Ann'l Meeting
Fax +44 171 247 1231

Tel +44 171 235 2351

4-9 July 1999/Brussels

CINP, 22nd Congress
Fax +31 3 9642 5652

Tel +31 3 9640 0646

7-11 July 1999/Berlin

IAG European Region 4th European Congress of
Gerontology
Fax +49 515 006518

11-16 July 1999/Jerusalem

Int'l Brain Research Organization on
Neuroscience, 5th World Congress
Fax +972 517 5674

Tel +972 514 0014

6-12 Aug 1999/Hamburg

World Psychiatric Association, 11th World
Congress of Psychiatry
Fax +49 211 922 2020

Tel +49 211 922 2000

16-18 Sept 1999/Johannesburg

15th Alzheimer's Disease International Conference
Fax +27 11 401 7351

Tel +27 11 620 3011

21-25 Sept 1999/London

European College of Neuropsychopharmacology,
12th General Ann'l Meeting
Fax +31 20 625 9574

Tel +31 20 626 1372



International
Psychogeriatric
Association

IPA's NINTH
INTERNATIONAL
CONGRESS

CHALLENGES
FOR THE NEW
MILLENNIUM

*professional, Cultural and
Regional Diversity*

Topics include:

- ANXIETY IN LATE LIFE
- DELIRIUM
- ETHICS
- BEHAVIORAL AND PSYCHOLOGICAL SYMPTOMS OF DEMENTIA (BPSD)
- CULTURAL ISSUES
- EPIDEMIOLOGY OF DEMENTIA
- SERVICE DELIVERY
- TREATMENT OF DEPRESSION
- ALZHEIMER'S DISEASE
- LONG TERM CARE ISSUES
- LATE STAGE DEMENTIA ASSESSMENT AND TREATMENT
- PREVENTIVE STRATEGIES FOR EDUCATION
- SUICIDE IN LATE LIFE
- NURSING THE ELDERLY
- PSYCHOPHARMACOLOGY
- PSYCHOTHERAPY
- ECONOMICS OF DEMENTIA AND OTHER LATE LIFE ILLNESSES
- NEUROIMAGING
- AND MANY MORE!

Co-sponsored by the Canadian Academy of Geriatric Psychiatry and the University of British Columbia

Address inquiries to:
NINTH CONGRESS SECRETARIAT
Venue West Conference Services Ltd.
645 The Landing, 375 Water Street
Vancouver, BC V6B 5C6, Canada
Tel: 1+604.681.5226 Fax: 1+604.681.2503
E-mail: congress@venuewest.com

IPA SECRETARIAT
550 Frontage Road, Suite 2820
Northfield IL 60093 USA
Tel: 1+847.784.1701 Fax: 1+847.784.1705
E-mail: ipa@ipa-online.org
Web Site: <http://www.ipa-online.org>

Please enroll me as a member of the



International
Psychogeriatric
Association

Name _____

Title/Position _____

Affiliation _____

Address _____

Telephone _____

Fax _____

E-mail _____

Referring member _____

Method of payment

Visa or Mastercard Check*

*Check payable to the International Psychogeriatric Association, must be in US dollars and drawn on a bank with an account relationship in the United States. A bank charge of US \$15 must be added to any check not meeting this requirement or the check will be returned.

Credit CardNumber _____

Expiration _____

Print name as shown on card _____

Signature _____

Membership Status New Member Renewal

Annual Membership Dues:

Individual 1 year US\$ 95.00 Institution 1 year US\$ 190.00
 Individual 2 years US\$ 190.00 Institution 2 years US\$ 380.00

Amount enclosed: US\$ _____

*Please send form with payment to
International Psychogeriatric Association
550 Frontage Road Suite 2820 • Northfield IL 60093 USA
Tel: 1+847.784.1701 • Fax: 1+847.784.1705
E-mail: ipa@ipa-online.org
Web Site: <http://www.ipa-online.org>*

Allow 6-8 weeks for processing. Outside the United States, please allow 8-12 weeks

New Books

(Descriptions have been provided by the publishers. All prices are in US dollars, unless otherwise noted. * denotes an IPA member)

Advances in the Diagnosis and Treatment of Alzheimer's Disease

Vinod Kumar, MD, MRC Psych* and Carl Eisner, MD, PhD* eds., Springer Publishing (fax 1+212.941.7842), 1998, 400 pp., \$49.95
Contributors address important new methods of assessment and treatment of Alzheimer's disease.

Antidepressant Therapy at the Dawn of the Third Millennium

Mike Blyz Bsc, PhD, and Stuart Montgomery, Bsc, MD, FRCPsych, Martin Dunitz Publishers (fax +44 171 267 0159; www.dunitz.co.uk), 1997, 350 pp., £39.95

Content includes determining which antidepressant to prescribe, non-pharmacological and adjunct treatment of depression, various causes of depression, methods of assessment, synergistic effects of serotonergic and noradrenergic antidepressants, and more.

The Best Friend's Approach to Alzheimer's Care

Virginia Bell, MSW, and David Troxel, MPH, Madenian & Petty (fax +61 2 9669 5997), 1997, 250 pp., \$A45.00
Positive strategies to help caregivers build on patients' remaining strengths and abilities, adaptable to patients at all points along the Alzheimer's continuum.

Clinical Geriatric Psychopharmacology, 3rd Ed.

Carl Saltzman, MD, Williams & Wilkins (fax +61 2 9438 3094), 1998, 592 pp., A\$139.00
Authoritative, current information to help physicians make the best possible decisions for their patients.

Difficult Clinical Problems in Psychiatry

Malcolm Lader, OBE, DC, PhD, MD, FRCPsych, and Dieter Naber, MD, Martin Dunitz Publishers (fax +44 171 267 0159; www.dunitz.co.uk), 1998, 200 pp., £49.95
A handbook giving clinical psychiatrists practical advice on many difficult issues causing major problems in management.

Hospice Care on the International Scene

Dame Cicely Saunders, OM, DBE, FRCP and Robert Kastenbaum, PhD, eds., Springer Publishing (fax 1+212.941.7842), 1997, 320 pp., \$48.95
Describes how hospice care has been taken root throughout much of the world and illustrates how people are finding ways to shape hospice care to the particular needs and resources of their countries and communities.

Humane Managed Care?

Gerald Schramm, MSS, and Anita Lightburn, MSS, Med, EdD, eds., NASW Press (www.naswpress.org), 1998, 325 pp., \$29.95
Examines critical issues of social work in managed care, including challenges, options, and alternatives faced by practitioners in providing effective, ethical services.

Lippincott's Guide to Behavior Management in Home Care

Nina A. Kleinman, PhD, RN, LPCC, and Nina M. Smith, RNC, Med., Lippincott-Raven Publishers (fax +61 2 9669 5997), 1997, 432 pp., A\$41.00
Easy-to-access interventions for managing common behavior problems encountered in the home health and community-based care setting.

Management of Depression

Gin S. Malhi, BSc, MRCPsych, Paul K. Bridges, MD, Martin Dunitz Publishers (fax 44 171 267 0159; www.dunitz.co.uk), 1998, 120pp., £19.95
A comprehensive text addressing the important clinical issues in the management of depression.

A National Agenda for Geriatric Education: White papers

Susan M. Klein, DNSC, RN, ed., Springer Publishing (fax 1+212.941.7842), 1997, 232 pp., \$42.95
A collection of papers, written by experts in their fields, providing a continuous quality improvement approach to geriatric preparation of the healthcare workforce.

Preparing Participants for Intergenerational Interaction: Training for success

Melissa O. Hawkins, MS, Kenneth F. Backman, PhD, and Francis A. McGuire, PhD, eds., Haworth Press (fax 1 800 895 0582; www.haworth.com), 1998, 300 pp., \$49.95
Describes the design and implementation of programs combining young people and older adults in programs of community service.

Psychosocial Intervention in Long-Term Care: An advanced guide

Gary W. Haritz, PhD and D. Michael Splain, LCSW, Haworth Press (fax 1 800 895 0582; www.haworth.com), 1997, 219 pp., \$49.95/hard, \$22.95 soft
Presents information about common mental disorders in LTC, basic counseling techniques, and the three major types of psychiatric medication.

Shelter and Service Issues for Aging Populations: International perspectives

Leon A. Pastalan, PhD, Haworth Press (fax 1 800 895 0582; www.haworth.com), 1997, 177 pp., \$49.95 hard/\$24.95 soft
Examines what policies in Western Europe, Canada, and the US have done to meet the housing and service needs of the elderly and disabled, and what policies have yet to accomplish.

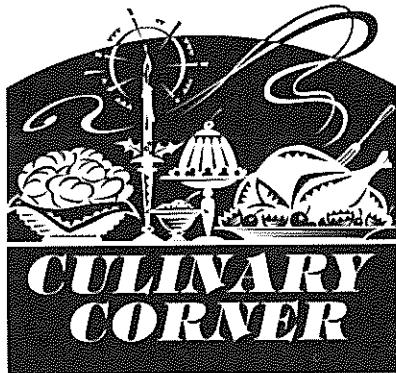
Sleep Disorders in the Elderly

Colin Shapiro, MD, FRCP, Martin Dunitz Publishers (fax +44 171 267 0159; www.dunitz.co.uk), 1998, 160 pp., £29.95
Describes aspects of sleep disorders that are among the most common problems presented by older people to psychiatrists and clinical psychologists.

Surviving Alzheimer's: A guide for families

Elanor Raymond, Elder Books (fax 415 488 4720; www.kbn.com), 1998, 90 pp., \$10.95
How family caregivers can cope with the ups and downs of dealing with Alzheimer's, and take care of their own health at the same time.





Recipes from Around the World

David Resnikoff

Ceviche

Ceviche is fish pickled in lime juice. There are many ways of making it; some let the fish marinate in the lime juice before adding the other ingredients; some marinade the lot together. Marinating times vary from half an hour to eight hours or more, depending on whom you believe. Some add olive oil and even bell peppers! Oregano adds another dimension, and some people heretically omit the serrano chillies. Note that Mexicans call limes 'limones' (lemon juice will do, but lime juice is better.)

The traditional fish is mackerel, though other fatty fishes have history on their side. Mackerel is, however, messy and time consuming to prepare, as well as tasting too strongly fishy for some people. It also makes for a coarse, mushy ceviche, rather than an attractive looking one. You can do just as well with fillets of any fish you like. Fresh yellowtail and tuna are both delicious prepared this way, and sole, sea bass and red snapper are other common choices (my mother-in-law uses halibut or bass).

Ingredients

1kg/2 lb very fresh fish (see above)
2 large onions
3 medium-size, fully ripe tomatoes
3 limes
5 serrano chillies
Coriander (also called cilantro)
salt and pepper

Instructions

Cut the fish into approximately 10-15mm cubes. Slice the onions into rings, chop the tomatoes, chillies and coriander as finely as possible. Squeeze the limes. Mix together, season with salt and pepper to taste, and let stand for at least half an hour at room temperature, turning frequently to ensure that the fish is evenly treated by the lime juice, which 'cooks' or pickles it. Refrigerate until ready to serve. It will keep overnight with no problem, though 24 hours is probably the limit. Pour off any excess lime juice before serving with tortillas, tostadas, on salty biscuits, in tacos, or with avocados. Enjoy!

Submitted by David Resnikoff, Scientific Comm, Alzheimer Fund, Bosque de Minas 55 A Dpto. 1103, Bosques de la Herradura 53920 DF, Mexico. David Resnikoff is the IPA Bulletin's assistant editor for Mexico.

Submissions may be sent to James Lindsay, c/o Psychiatry for the Elderly, Leicester General Hospital, Leicester LE3 4PW, or e-mailed to: jeb@le.ac.uk

Join your Colleagues for
IPA's First Meeting
in China

DEMENTIA, DEPRESSION, PSYCHOPHARMACOLOGY IN THE ELDERLY & COMMUNITY CARE FOR THE MENTALLY ILL ELDERLY

*In cooperation with the
Institute of Mental Health
Beijing Medical University*

12-14 APRIL 1999

BEIJING
CHINA

TOPICS TO INCLUDE:

- Epidemiology in psychogeriatrics
- Alzheimer's disease and related dementias
- Suicide in the elderly
- Clinical features and management of delirium
- Psychometrics for cognitive, memory, and mood disorders
- Psychopharmacology
- Community care: strategies and service
- Alcohol and drug abuse in the elderly
- Paranoid state in late life
- Biological study in depression and dementia, including cerebrovascular disease and stroke
- Vascular dementia
- Recent advances in geriatric medicine in China
- And many more



International
Psychogeriatric
Association

FOR DETAILS CONTACT:

IPB Beijing Joint Meeting
Institute of Mental Health
Beijing Medical University
No. 51, Jiayuanhe Road
Beijing, 100083, China
tel: 86+10 8209 1953
fax: 86+10 8209 7314
E-mail:
shenyc@mail.bjmu.edu.cn

IPA Secretariat
550 Frontage Road
Suite 2820
Northfield IL 60093 USA
Tel: 1+847/784 1701
Fax: 1+847/784 1705
E-mail: ipa@ipa-online.org
Web Site:
<http://www.ipa-online.org>

Research & Practice



Peter Smith is Group Coordinator of the Cochrane Dementia and Cognitive Impairment Group. He can be contacted via tel: +44 1865 22463, fax: +44 1865 224108, or E-mail: petersmith@gerontology.ox.ac.uk.

Leon Flicker (pictured) is about to take up the Foundation Chair of Geriatric Medicine at the University of Western Australia, Perth. He is assistant editor of the IPA Bulletin for Geriatric Medicine.

Sir John Grimley Evans is professor of Clinical Geratology at Oxford University (UK) and a former editor of *Age and Ageing*.

RECENT ADVANCES

(Continued from page 17)

- The impact of aging on the human brain appears to be greater in men than women, according to the findings of an imaging study by Coffey et al. (*Archives of Neurology* 1998; 55:169-179). They examined 330 healthy elderly volunteers between the ages of 66-96 using quantitative MRI and found brain morphology was, at least in certain areas, sensitive to the effects of both age and sex, with men showing more age-specific changes. The authors suggest that further clarification of the functional significance of these differences is required.

- In the first edition of this column, we reported a link between the syndrome of "Frontotemporal dementia and Pick's disease" to chromosome 17 (FTDP-17). Since then, Schellenberg et al. (*Annals of Neurology* 1998; 43:815-25) have identified a point mutation of valine to methionine in the tau gene located on chromosome 17, and soon-to-be-published work reported in *Science* (280, 5 June 1998) suggests other investigators also have linked tau mutations to inherited forms of dementia similar to FTDP-17. The underlying molecular pathogenesis remains to be discovered, but there is excitement that these findings will improve our understanding of tau pathology in not only FTDP-17 but also in related degenerative disorders with tangle formation.

- It has been suggested that levodopa therapy may be neurotoxic. Using a rat model of Parkinson's disease, Murer and colleagues (*Annals of Neurology* 1998; 43:561-575) examined the effects of 6-month oral levodopa treatment on a range of dopaminergic markers. In contrast to findings from *in vitro* studies, they found levodopa was not toxic and may even promote recovery of striatal innervation. Whether or not these effects are evident in humans will be the subject of an NIH-funded, prospective controlled clinical trial in newly diagnosed patients with the disorder.

IPA MEETING SCHEDULE

12-14 April, 1999

Beijing, PR China

15-20 August, 1999

Ninth International Congress
Vancouver, BC, Canada

4-7 April 2000

Newcastle upon Tyne, UK

Second meeting to be announced

4-7 February, 2001

Lorne, Victoria, Australia

9-14 September, 2001

Tenth International Congress
Nice, France

2002

Two meetings to be announced

2003

Eleventh International Congress
Chicago, USA

Second meeting to be announced



For more information about these meetings:
IPA SECRETARIAT 550 Frontage Road,
Northfield IL 60093 USA
Tel: 1+847.784.1701 • Fax: 1+847.784.1702
E-mail: ipa@ipa-online.org



John O'Brien
and Bob Barber
are the
IPA Bulletin's
research editors

A SYSTEM OF DATA REDUCTION: THE COCHRANE DEMENTIA AND COGNITIVE IMPAIRMENT GROUP (CDCIG)

PETER SMITH, LEON FLICKER, JOHN GRIMLEY EVANS

The rise of evidence-based medicine is perplexing to many clinicians. What is it, and is it so different from previous methods that clinicians have synthesised knowledge into clinical practice? The central technique underlying the use of evidence-based medicine is systematic reviewing, and this is not very different from the traditional methods that clinicians have used to inform their clinical practice. However, these newer methods are built around the revolution in information technology, making full use of modern, powerful methods of handling vast stores of information.

The need for systematic approaches to evaluate the evidence for health care has arisen only recently. There has been an explosion of information, with new journals constantly publishing articles demanding the attention of the busy clinician. The increased need for and popularity of the sub-specialties of geriatric medicine and psychogeriatrics have made the situation particularly acute. In October 1997, many of the world's medical journals offered a special issue on aging. Many of those involved in the care of older patients looked with dismay at this incredible array of diverse and important information, with no readily accessible system for dealing with the data.

An important distinction

It is important to realise that the Cochrane collaboration (and the more general field of evidence-based medicine) is a system of data reduction. A well formulated, executed and presented systematic review can save hours for the busy clinician. Most cannot spare the time to locate all the articles on a particular diagnostic test or treatment, and therefore information available to the clinician is inevitably biased. Sometimes a clinician will seek out a non-systematic review to aid in the management of patients. This may only trade one set of biases for another. An important part of any systematic review is that the methods must be transparent, so as to allow the reader to judge whether the review has been performed competently. The methods of the review should be clearly described and report exactly what search was performed. Reasons for excluding some studies from the review and including others should be clearly stated. References should be available to the reader to allow access to primary sources if required.

What is often helpful is a quantitative synthesis of the data, usually by the technique of meta-analysis. Although this is the most apparent difference between a systematic review and a more traditional one, the more important aspect of this review is the systematic location and appraisal of the studies, as opposed to a more haphazard approach. Finally, the information must be readily available, meaning that it can be searched by the clinician at the nearest available personal computer. For today's technology this implies that the information must be able to be stored on one compact disc, such as used by the Cochrane Library.

The Cochrane collaboration has much to offer the newly emerging field of the management of people with dementia. There is now evi-

dence that some medications alleviate some of the symptoms of dementia, although the clinical impact is still uncertain. As funders throughout the world wrestle with questions of cost and benefit, surely a central repository of appropriately sifted and distilled information will be valuable both in time and energy.

Opportunities and challenges

Although reviews of new medications such as tacrine and donepezil are pressing issues, what about other medications that have been popular in different parts of the world? What is the evidence for piracetam, traditionally Europe's biggest selling anti-dementia drug? Japan spent £85 million on anti-dementia drugs in 1996, £155 million alone on idebenone. What is the evidence for this drug? Are there other drugs used around the world where there is quality evidence of efficacy? How do we explain these huge discrepancies in prescribing practice? Does the use of these medications have as much impact as interventions for carers? What of assessment? Do systematic reviews of diagnostic tests help decide on the assessment battery for patients in different clinical situations? These are just a few of the many areas that a formal systematic approach can help. Once a Cochrane review is completed, an important feature is that the information is disseminated widely and quickly.

ITS POTENTIAL IS TO EDUCATE CLINICIANS, PATIENTS AND CARERS ON COSTS, RISKS AND BENEFITS.

If these are the opportunities, what are the challenges? The Cochrane collaboration is a loose network of interested parties. While the CDCIG can help volunteers do these reviews, it will be up to interested individuals to undertake such reviews. Some technical difficulties remain, particularly the incorporation of multiple disparate outcome scales, often arising from a single study. Issues of quality control and conflicts of interest inevitably arise because it is only interested parties who will invest the time necessary to complete these reviews, and these people bring their own biases. The heterogeneity among the studies, particularly with the older ones, always raises questions of comparing oranges with lemons.

The Cochrane collaboration will never instruct the clinician on how to treat an individual patient. Its potential is to educate clinicians, patients and carers on costs, risks and benefits. It is because of the increased availability of evidence of novel and effective management strategies and medications that a Cochrane approach will be in increasing demand.

For those interested in learning more about the aims and scope of the CDCIG or even doing a review, please contact Peter Smith (see below). The Cochrane collaboration is an inclusive organization and welcomes people who feel they have a contribution to make or merely wish to learn more about the group.

(Continued on next page)

BASIC PRINCIPLES OF TREATMENT AND FACTORS AFFECTING DRUG USE IN OLDER PERSONS

ABDUL ROUF ABBAS

Pharmacological disadvantages contribute to many problems. Aspects of aging physiology and anatomy per se contribute to the vulnerability of the aged to drug-induced illness. Recognizing that nothing is so important as the obvious, we note the elderly have multiple illnesses, begetting multiple drugs, begetting multiple (and commonly synergistic) adverse drug reactions.

Numerous studies have documented that the elderly have more trouble with medications than the adult population in general. They use an excessive proportion of the prescription and over-the-counter drugs consumed in the United States. In the USA, although the elderly represent less than 12% of the population, they purchase 25% of the drugs sold. This is accompanied by higher rates of side effects. Toxicity is still more frequent and severe in the elderly. Rates of adverse drug reaction rise steadily after age 50, and patients over 60 years of age are twice as likely to suffer an adverse drug reaction as younger patients. Those over 80 have a one in four risk of drug intoxication, twice the rate seen in patients under 50 years.

Hospital stays are prolonged for patients with adverse reactions, but older patients remain hospitalized the longest.

The increased toxicity of medication in the elderly has three components. These include special vulnerability due to the physiologic effects of aging (drug-age interaction), modification of drug effects by multiple diseases often present in frail elderly (drug-disease interaction), and the interactions of a given pharmacologic agent with other medications, over the counter or prescribed, that the individual is taking (drug-drug interaction).

With regard to drug-drug interactions, the changes with aging that occur in hepatic drug oxidation systems and in renal function have their major clinical impact on alterations in the pharmacokinetics of many medications. These pharmacokinetic considerations are frequently compounded by parallel changes in pharmacodynamics, inasmuch as the tissues of elderly individuals, especially the central nervous system, become more sensitive to some agents with advancing age. Older persons also are more sensitive than younger adults to the sedative effects of benzodiazepines and to the analgesic effects of narcotics.

The combination of alterations in pharmacokinetics and pharmacodynamics is often further influenced by body composition in the elderly. Thus, the volumes of distribution of many agents, such as diazepam, are altered in this population. Similarly, circulation levels of serum albumin fall moderately with age and influence free circulating levels of medications that are highly protein bound, such as phenytoin.

Drug-disease interactions are particularly common in the elderly. It is not uncommon to have five or six major diagnoses in as many organ systems of a frail elderly patient.

The resulting frequent worsening of one illness by treatment of another leads to disproportionately longer hospital stays and increased frequency of complications. Drug-drug interactions are clearly more common in the elderly in view of the polypharmacy noted above. Many factors such as the age-related physiologic changes and pharmacokinetic factors (absorption, distribution, metabolism, excretion) influence drug effect in the geriatric patient. The elderly clearly represent a select group of survivors with physiologic alterations that may influence pathophysiologic process.

Systolic blood pressure increases with advancing age. Elevation in blood sugar represents another potentially harmful age-related phenomenon.

The phenomenon of multiple disorders in the elderly means that numerous problems are likely to complicate and interfere with diagnosing and treating the presenting illness. An average of six diseases was found in each of several thousand people studied, and the primary physician was unaware of half of the disorders.

Disease in one organ system puts stresses on another weakened system, which begins an irreversible concatenation of deterioration, passing multiple points of no return that lead to infirmity, dependence, and, if uninterrupted, death. ☩



Abdul Raouf Abbas, MD, PhD, was born in Homs, Syria, and did a BSc at Damascus University before earning his MD at the School of Medicine, Damascus University in 1959. In 1963-64 he was assistant professor in the Department of Pharmacology at the School of Medicine, Damascus University and subsequently undertook a PhD in pharmacology at the Medical School, Bristol University, UK, between 1964 and 1967. Following his return to Syria in 1967, Professor Abbas worked as a junior and then senior associate professor, becoming professor at the Department of Pharmacology, School of Medicine, Damascus University in 1977. Currently he is the chair of his department, chair of the Department of Medical Affairs at Damascus University, program director of the Pharmacology Graduate Program, and chair of the Pharmacology Graduate Program.

Research & Practice

RECENT ADVANCES

JOHN O'BRIEN AND BOB BARBER

- A recent publication that will be of interest to all members is 'Diagnosis of Alzheimer's Disease,' a supplement to *International Psychogeriatrics* (Volume 9, Supplement 1), edited by Barry Reisberg and Alistair Burns. This is the product of a special meeting in 1996 co-sponsored by IPA, Alzheimer's Disease International, the European Federation of Neurological Societies, the World Health Organization and the World Psychiatric Association. It contains over 40 papers covering all aspects of diagnosis and assessment, including the use of assessment scales, peripheral markers, neuroimaging and neuropathological assessment.
- In a population-based study in Massachusetts, Paris et al (Lauer 1998, 351:1560) compared survival of siblings of centenarians and those with siblings of similar birth cohort who died in their early 70s. They found that siblings of centenarians had a four times greater chance of surviving to age 90 than siblings of those who died earlier. This is yet another study suggesting a genetic influence on longevity, though the authors point out shared environmental risk factors also may be important.
- The differentiation between depression and dementia remains a sometimes difficult clinical decision. Yousef et al (*International Journal of Geriatric Psychiatry* 1998; 13:389-399) suggest a new scale of 18 questions, based on 44 features previously described in the literature as possibly being helpful, that differentiated between cases of dementia (98% accuracy) and cases of depression (95% accuracy) in their study. The accuracy appears impressive, though some of the definitions of pseudodementia used (for example, a score of 8 on the Montgomery Asberg Depression Rating Scale and a subjective complaint of poor memory) might be questioned by other researchers in the area.
- The notion that recently bereaved elderly subjects are at increased risk of mortality receives further support from a twin study by Lichtenstein et al (*Psychological Medicine* 1998; 28:635-643) who examined 1993 pairs of twins discordant for marital status from the Swedish Twin Registry. Using the still-married co-twin as a control, they found that bereavement was a risk factor for mortality in both men and women, with risk highest for those under 70 years and for those most recently within 6 months bereaved. However, data on cause of death were not given.
- The relationship between cigarette smoking and risk of Alzheimer's disease (AD) remains controversial. Some previous studies have suggested that smoking exerts a protective effect, but a recent report using the population-based Rotterdam Study of nearly 8 000 subjects aged over 65 suggests that smoking may increase the risk (Ott et al, Lauer 1998, 351:1840-1843). Some 6 870 participants who were non-demented at baseline and who had an adequate smoking history were followed for two years. Smokers had an increased risk of both dementia (relative risk 2.2) and AD (relative risk 2.3), but smok-
- ing was only a risk factor in those without the ApoE 4 allele (relative risk 4.6) and not in those with the ApoE 4 allele (relative risk 0.6).
- The clinical use of carbamazepine for the treatment of behavioral disturbance in dementia is given further support by a 6-week randomized, placebo-controlled trial of 51 nursing home residents with inappropriate verbal, vocal, or motor activities (Tariot et al, *American Journal of Psychiatry* 1998; 155:54-61). Individual dosing was used (mean 300mg/day). BPRS scores decreased 7.7 points in the carbamazepine group and 0.9 in a placebo group, while clinical global impression showed improvement in 77% of those taking carbamazepine and 21% of those taking placebo. Staff reported that less intervention time was needed in those taking carbamazepine. The drug was generally well tolerated with no adverse effects on cognition.
- A study suggesting that elderly patients with depressive symptoms have a poor outcome has been reported by Penninx et al, (*American Journal of Psychiatry* 1998; 155:1720-1726). In a community study in Iowa, 1 286 people over the age of 70 were assessed at baseline and 4 years later. Depressive symptoms at baseline predicted greater decline in physical performance over the follow-up period, even in those with no disability at baseline.
- Koenig et al (*American Journal of Psychiatry* 1998; 155:536-552) point out that despite the obvious importance of religious attitudes, few studies have investigated their effect on outcome. In 111 depressed patients admitted to inpatient medical services, religious beliefs were investigated as predictors of time to remission of depressive symptoms. What the authors term 'intrinsic religiosity' was significantly related to time to remission, independent of demographic, physical health, psychosocial, and treatment factors. However, overt religious activity (e.g. church attendance and private religious activities) were not related to outcome. The authors feel theirs is the first report in which religiosity has been examined as a predictor of outcome of depressive disorder.
- AIDS may be relatively uncommon in people over 60 years (accounting for just 3% of cases), but Chen et al (*American Geriatrics Society* 1998; 46:153-156) found sexual transmission of AIDS had replaced transmission by contaminated blood products as the leading cause in older people. Drug misuse was the third most common cause. Examining the Maryland AIDS Registry from 1981 to 1994, they also found older patients (>60 years) had a considerably shorter survival than younger patients (9 months compared with 22 months). An older person presenting with pneumocystis carinii pneumonia, wasting syndrome, candidiasis or encephalopathy should raise suspicion of infection. In view of the changing pattern of transmission, the authors highlight the need for appropriate preventive and educational measures.

(Continued on page 20)

Around The World

LUIGI AMADUCCI 1932-1998

We note with sorrow the death of Luigi Amaducci, MD, and extend sincere condolences to his family. Dr. Amaducci was an esteemed colleague who made important contributions to IPA as a member of the Board of Directors from 1991-1994 and served with distinction as chair the Fifth International Congress in Rome. The following article, by Sandro Sarti, MD, of the University of Florence, is reprinted (abridged) from Archives of Neurology.

Luigi Amaducci, MD, died on January 11, 1998 in Florence, Italy. He was an outstanding neurologist, known internationally for his work on Alzheimer's disease (AD) and for his tireless and long-term promotion of research collaborations between neurologists around the world. He was fascinated by the brain's complexity and his penetrating mind encompassed many branches of knowledge, including medical sciences, music, and literature.

Professor Amaducci was born in Verona, Italy, in 1932, and obtained his MD at the University of Padua Medical School in 1957. He was granted a Fullbright fellowship (1960-1962) for research in neuropathology at Harvard Medical School (USA), after which he returned to Italy for further training in neurology at the University of Florence.

During the years 1960-1970, Dr. Amaducci was principal investigator on two projects funded by the NINCDS-National Institutes of Health (USA) and the National Multiple Sclerosis Society, respectively. In 1978 he was a visiting professor in the Department of Neurology and Pathology at Stanford University (USA) in 1978, and in 1983-1984 was a visiting scientist at the NINCDS Institutes of Health Neuroepidemiology Section. He was professor of neurology at the

University of Florence Medical School from 1979 and chairman of the Department of Neurology and Psychiatric Science there during the years 1979-1983 and 1991-1994.

Professor Amaducci was president of the Italian Society of Neurology, president of the research group on dementias of the World Federation of Neurology, and vice president of the European Federation of Neurological Societies. In 1989, he became director of the Targeted Project on Aging of the Italian National Research Council, and was the national delegate for the Biomedical and Health Research Program of the European Union Program (1995-1998). He also was on the Editorial Board of several journals and had an extensive list of published papers, focusing on multiple sclerosis, AD, and epidemiology. His early work on the epidemiology of AD provided evidence for a hereditary component in this disorder. He organized an international group to study the genetics of familial AD, which led to the identification of AD families and to the collection of samples that were crucial to the identification of genes causing FAD. Professor Amaducci organized the first population-based Italian Longitudinal Study on Aging, which showed that education protects from pathologies and disabilities affecting longevity.

It is an irony of fate that he was not protected by his vast culture from a rapidly invasive and fatal disease. His colleagues and friends acknowledge their gratitude to his wife, Maria Pia, their son, Giovanni, and daughters Giulia and Bianca, for their sustaining support and love, which provided the foundation and base for his achievements.

WEB SITES OF INTEREST

As a service to members around the world, IPA will periodically publish the web sites of organizations and other resources that may be of interest to readers. IPA can be reached electronically at <http://ipa.ipa-online.org/>. Our web site is <http://www.ipa-online.org/>. We would be pleased to learn about similar web sites for listing in future issues of the IPA Bulletin.

Alzheimer Europe <http://www.alzheimer-europe.org>

Alzheimer's Association (US) <http://www.alz.org>

Alzheimer's Disease International <http://www.alzdisint.demon.co.uk>

Dementia Web <http://www.dementia.lion.ucl.ac.uk>

Health Canada Div. of Aging and Seniors <http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aimes>

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale <http://www.lille.inserm.fr/u422>

Institute for Brain Aging and Dementia <http://www.apa.ucf.edu>

Project on the Decade of the Brain <http://www.loc.gov/loc/brain>

The World

JAPAN'S CENTERS FOR SENILE DEMENTING DISORDERS (CSDD) PROVIDE VALUABLE INFORMATION AND SERVICES FOR DEMENTED ELDERLY

KOHO MIYOSHI, AKINORI UEKI AND YOSHIO MORITA

Japan's elderly, aged 65 and over, accounted for 14.5% of the total population (1.2 million) in 1997. Of these elderly, 6.9 (1%) have dementia. Since 1989, the government has set up regional Centers for the Senile Dementing Disorders (CSDD) to cope with the problems of elderly people. There are, at present, 136 such centers affiliated with psychiatric outpatient clinics in general hospitals, in 46 prefectures.

The main services provided by CSDD include:

- consultation by counselors, geriatric psychiatrists or psychologists, general practitioners or medical institutions;
- planning of individual treatment and caregiving for demented patients;
- support to the caregivers of the demented elderly in their homes;
- emergency support of demented patients by short-term admission to the hospital;
- activities as a regional center of public service and education.

The Center at Hyogo College of Medicine, in Nishinomiya City, opened in 1990. This city (population 410,000) is located in the southeastern part of Hyogo Prefecture. Since 1990, 1,910 clients have consulted our CSDD. The initial contact with the CSDD usually is a telephone consultation. Twenty-two percent of the patients (420 cases) have been asked to come to the CSDD for a medical examination. Approximately 10% of patients, suspected as demented by families, were non-demented, with such neuropsychiatric disorders as major depression, Parkinson's disease and chronic confusional states. Ninety percent of consulted patients were diagnosed as demented.

The demented elderly (378 patients) were classified as follows: senile dementia Alzheimer's Type (42%, 159 patients), early onset type of Alzheimer's disease (7%, 27 patients), vascular dementia (35%, 132 patients), mixed dementia (15%, 57 patients), Pick's disease (1%, 4 patients) and others (normal pressure hydrocephalus, etc.). The severity levels of dementia were mild (51%), moderate (34%) and severe (15%). It was recommended that approximately 90% of the patients diagnosed as demented stay at home with proper medication and caregiving. Intensive support of the CSDD frequently makes it possible for the demented elderly to stay at home for a long period of time.

One of the purposes of CSDD activities is to make it easy for caregivers to consult with specialists, such as psychogeriatricians, social workers, and nurses. To lessen the burden of the care of these patients, it is very important to provide a caregiver information on a disease, its severity, and its prognosis. Increasingly, CSDDs in Japan are the core of the information network for the services of the demented elderly in the communities.



Koho Miyoshi, Akinori Ueki, and Yoshio Morita are affiliated with the Department of Psychiatry, Kyoto University School of Medicine, Kyoto, Japan, and the Department of Neuropsychiatry, Hyogo Medical College, Nishinomiya, Japan. Fax: +81 75 751 3246. E-mail: RXI02704@niftyserve.or.jp. Koho Miyoshi (pictured) is a member of IPA's Board of Directors and is assistant editor of the IPA Bulletin for Japan.

AUSTRALIA
17 February 2001

TREATMENT, CARE, AND OUTCOMES IN PSYCHOGERIATRICS

A Joint Meeting of the International Psychogeriatric Association and the Section of Psychiatry of Old Age - Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (SPOA - RANZCP)

For additional information, contact:
ICMS Pty Ltd
84 Queensbridge Street
Southbank Victoria 3006
Australia
Tel: +61 39682 0244
+61 29682 0288
E-mail: ipajm@icms.com.au
Web: www.icms.com.au/ipajm

IPA Secretariat
550 Frontage Road, Suite 2820
Northfield IL 60093 USA
Tel: 1 847 784 1701
Fax: 1 847 784 1705
E-mail: ipa@ipa-online.org
Web: www.ipa-online.org

 International
Psychogeriatric
Association

Around

The results of prevalence surveys of dementia in the community are usually biased for two reasons: existing screening instruments used in such surveys are incapable of identifying mild/early cases of AD, and moderate and severe cases of AD have high early mortality from such conditions as aspiration pneumonia and hip fracture. Data from developing countries may therefore seriously underestimate the prevalence of AD and other dementias. The situation is compounded by lack of knowledge of how to care for dementia patients, so as the dementia progresses, morbidity rises rapidly. This is especially acute in rural areas, where morbidity and mortality are much higher than in the West.

There are very few expectations of the elderly in India. Most people would not consider it unusual, in a rural setting, for an older person to just sit under a tree all day. Generally the only requirement of an older person is to take care of his or her personal hygiene. Beyond this, all their needs are easily met by family members.

In the rural setting many behavioral and psychological manifestations of dementia, such as repetition, forgetfulness, anxiety, and agitation are of no concern to family members, and are just ignored. Other symptoms, such as wandering, are easily tolerated as the person will be brought back home by a neighbor. Some symptoms such as incontinence can have a devastating effect on the family. Because urine and feces are looked upon as "untouchable," most

family members find it extremely difficult to help clean an older relation. Sexual misbehavior is completely unacceptable to society and will often precipitate violence against a patient.

Western medicines, even though not officially licensed, are often available in developing countries. Since elderly patients with AD or other types of dementia are seldom brought to a physician's attention, many behavioral or functional disturbances go untreated. Even for those conditions for which adequate treatments are available, it is hard to find a physician skilled in the diagnosis and treatment of these symptoms. There are no support groups to help family members. Thus both patients and their families suffer.

Reference has already been made to the Ayurvedic medicines used for centuries. Within the last few years some pharmaceutical companies have started to investigate the possibility that the plants used by Ayurvedic practitioners may hold some value to Western medicine. In addition, a variety of medications sold as "cerebral activators," which have unproven efficacy, are often used by physicians for want of a better alternative. Folk remedies are still practiced in some remote areas.

Management and care

In most developing countries patients with AD are cared for at home by family members and domestic workers. Although extremely well meaning, such caregivers often do not understand the manifestations of the dementing process and the intricacies of caring for a person with dementia. There are almost no community workers trained to deal with dementia, and no facilities for respite care to relieve exhausted families. There are very few neurologists, psychiatrists, and geriatricians who have enough experience to manage these patients and counsel family members.

Patients will therefore continue to be cared for in their homes in the near future. Although it may be beneficial for the patient to remain in familiar surroundings, it is physically and psychologically difficult for the family. This complex issue remains to be recognized and addressed in the developing countries.

References Chandra, V., Ganguli, M., Ratcliffe, G., et al. Studies of the epidemiology of dementia: comparisons between developed and developing countries. Part I: General conceptual and methodological issues. *Aging Clinical and Experimental Research* 1994, 6:307-321.



Vijay Chandra is director of the Centre for Ageing Research, F-13, Vasant Vihar, New Delhi, India. He is a member of IPA's Board of Directors and is assistant editor of the IPA Bulletin for India.

YOU CAN MAKE A DIFFERENCE! SUPPORT IPA'S SPONSORED MEMBER PROGRAM

Today colleagues in more than a dozen economically developing nations enjoy the benefits of IPA membership. You can help health care professionals around the world who would otherwise be unable

to join by contributing to the Sponsored Member Program. Simply complete the form below, and return it to IPA with your contribution. Any amount will be greatly appreciated.

I want to make a difference! My contribution is enclosed.

Please print:

Name _____

Title/Position _____

Municipality _____

Address _____

Telephone _____

E-mail _____

Method of payment: Visa MasterCard Check

Card number _____

Print name as shown on card _____

Signature _____

*Checks payable to the International Psychoanalytic Association, must be in U.S. dollars, drawn on a bank with an account relationship in the U.S. A bank charge of US\$35 must be added to every check not meeting this requirement, or the check will be returned.

Amount enclosed: US\$ _____

Please send my contribution to:
IPA, 550 Frontage Road, Suite 2820, Northfield IL 60035 USA
For more information about the Sponsored Member Program:
Tel 1+847.784.1701 Fax 1+847.784.1705
E-mail ipa@ipa-online.org

Around The World

DEMENTIA AND THE CARE GIVING FAMILY: PERSPECTIVE FROM INDIA

VIJAY CHANDRA

Historically India has been a rural agricultural society. Most people in rural areas were land owners. There was plenty of land and each son born into a family grew up to learn to be a farmer. He toiled in the field until he became too old to work, at which time he would remain in the comfort of his home, being looked after by younger family members while his children took over the work in the field. This was a very stable system and took care of all members of the family from birth to death. Enough crop was produced to feed the whole family and also to sell or barter for other needs.

The "caste system" also has a strong historical tradition and is essentially "occupation based." Generally families within a caste were engaged in the same profession, e.g. trading, priests, etc. Sons learned from their fathers the job in which the family was engaged and perpetuated it from father to son. This also has been a very stable system over time and provided security to all family members. Also, since remote memory and tasks learned early in life are retained in early dementia, affected patients within this stable system are able to continue to function longer.

Traditionally a "joint family system" prevailed. This consisted of several generations living together, often with multiple families of each generation. In such a system, with numerous people living together, most of whom were able bodied and working, the vulnerable (such as the elderly) were easily cared for and were not considered a burden to any single caregiver.

Society's attitude toward aging

Cognitive decline with age was well recognized in ancient Indian culture. The term "Smriti Bhanshi" was described in the Ayurvedic literature around 800 BC implying "loss of memory." Even a treatment was described. A term used in the Indian language to describe cognitive impairment translates literally as "turned 60." This term is used to describe patients who begin to exhibit signs and symptoms of cognitive decline, no matter what their age. Thus an 80-year-old patient who shows signs of dementia is said to have "turned 60." This phrase has been part of the language for centuries, indicating that our ancestors considered cognitive impairment to be a part of aging, not a disease.

There is a casual approach to impairment in old age. It is fatalistically rationalised as "normal," and as a result, elderly patients are hardly ever taken to a doctor because of cognitive decline.

Given the historical recognition of cognitive decline with age, with virtually no reference to hardship for caregiving families, it appears that behavioral deviation of a demented patient was accepted as an integral part of aging in some people and did not cause significant disability to the sufferer, who was well taken care of within the extended family. Nor did it cause hardship to the caregiving family, as the task was divided among numerous members.

Family holdings, including land, have been divided repeatedly over gen-

erations, to the point that for the first time in history these holdings are not adequate to grow enough to feed the family. This has forced many farmers to sell their land and migrate to urban areas, seeking jobs for which they are not well qualified. The result is that these people get low paid, unskilled jobs, the money from which is barely enough to survive. Moreover, they live in unhygienic conditions leading to frequent disease and chronic illness. In addition, older family members are left behind in villages with no physical or monetary means to care for themselves in their old age. The frail and sick elderly feel deserted, and society does not yet know how to take care of them outside the traditional family.

AS PEOPLE LIVE LONGER, PROBLEMS AND
ILLNESSES OF OLD AGE ARE EMERGING
AS MAJOR SOCIAL AND MEDICAL ISSUES.

Abandonment of traditional family occupations has led to the need to learn new skills, which often are difficult to acquire. Thus families are feeling the effects of poverty, which rural farmers, even though not cash rich, never felt.

Life expectancy in most developing countries, including India, has been short until recently. However, with the improved control of communicable diseases, longevity is increasing. As people are living longer, problems and illnesses of old age are emerging as major social and medical issues. There are few models available to families seeking to handle these changes. Many older physicians, who never saw chronic illnesses such as dementia during their training, are unable to diagnose and treat such conditions.

Recently the joint family system has been under stress as well. The emerging pattern is that multiple families of the same generation no longer live together. However, single families or multiple generations, e.g. grandparents, parents and children do still live together. This arrangement puts a substantial burden of caring for frail or sick elderly on one or two caregivers rather than multiple members of the traditional joint family system. This leads to substantial prolonged stress on individual caregivers, which can result in animosity towards the elderly and any family members who do not share in the caregiving.

Community awareness of AD

To the common man, memory is the ability to recall remote events. The loss of ability to form new memory, which is often the first sign of AD, is commonly dismissed as "an age factor." These early changes in cognition are not enough to convince a family to bring a patient to a doctor. Even if such a patient were to be taken to a doctor, most general physicians have limited experience with dementia and therefore rarely make a specific diagnosis of memory disorder and its cause.

(Continued on next page)

Nursing

dementia, uncooperativeness, or transportation and distance problems. In the first year 45 enrolled and in subsequent years 100 per year have gone through the program. The gender ratio of the group is 3:1 female to male. Diagnoses, in rank order, are: major affective disorder, major affective disorder with psychosis, anxiety disorder, bipolar disorder, early cognitive impairment with depression or anxiety, schizoaffective disorder and schizophrenia.

Ages of the participants have changed. In the first year, all participants were over 65. In the last two years, younger patients have been included, with the age range now including several participants in their late 40s, with the mean age being 65 years of age.

Younger patients were accepted for several reasons:

- The PHP is a laboratory for living. Most of the participants were going back to community settings, and the nurses felt interaction with a wider range of ages was a norming experience. The elderly needed to interact successfully with younger adults and vice versa. The age diversity also allowed the treatment team to address counter transference issues with family members who were younger.
- To remain financially solvent, the program had to attract enough participants whose medical insurance or coverage paid for partial programs. It is difficult for new programs to remain cost effective while they prove themselves viable.
- The program's success with elderly patients was noted by other clinicians who referred younger patients with similar needs, who met the PHP admission criteria. In fact one participant is the caregiver of her mother with advanced dementia.

Evaluation and implications

In 1998 an evaluation of the program's effectiveness was performed using two measures to tap the patients' depression and anxiety levels. The nurses administered the Yesavage Geriatric Assessment

AN INTERDISCIPLINARY TEAM OF MENTAL HEALTH PROFESSIONALS IS KEY TO THE PROGRAM'S SUCCESS.

Scale and the Burns Anxiety Scale to all patients admitted to the program, first upon admission and again on every seventh visit. The sample size was 76 participants. Overall, 78.9% of the respondents showed improvement in their depression and decreased depressive symptoms. On the anxiety measures, 77.8% reported decreased anxiety. The average length of successful participation was 26 days.

Partial hospitalization programs are therapeutically successful. They are ideal patient care opportunities for nurses who are community oriented and have group therapy skills. The obstacles the nurses faced in developing this program centered around developing a referral base, educating the lay and professional community about PHPs, designing and writing a comprehensive treatment approach for a five day a week program, orchestrating scheduling of patient schedules and transportation systems, developing a thorough documentation system for treatment planning and reimbursement, dealing with billing and fees for service (which was new for most of the nurses), and lastly, moving from an inpatient to an outpatient mind set.

In three short years they have moved from leftover space to a dedicated living laboratory area that pulses with energy, support, and concern. There is a short waiting list at times and the nurses are now local and regional experts on how to set up a partial program. They still remain dedicated to the hands-on, person-centered care, and they still struggle with all the bureaucratic paperwork that is required.



Peggy Szwabo, PhD, RN, APN, is an assistant professor and clinician at Saint Louis University School of Medicine, Department of Psychiatry, Division of Geriatric Psychiatry. A clinician with credentials in social work, nursing, and higher education, Dr. Szwabo is a registered nurse with Clinical Specialist certification in psychiatric and mental health nursing, and also licensed as an advanced practice nurse.

In her clinical work, Dr Szwabo is faculty in the Geriatric Outpatient Clinic, where she provides diagnostic evaluations, treatment, psychopharmacological options, and therapy to older adults and their families. She has expertise in individual, group, and family systems therapy as well as behavioral interventions for agitation. She is a consultant to nursing homes and other long term care providers in the treatment and management of mental health/psychiatric and problem behavior management in long term care. As a consultant to the university's women's health program, she provides counseling, therapy, and education on topics such as mental health, stress management, and menopause.

Dr Szwabo is a member of the Gerontological Society, the American Geriatrics Society's Education Committee and intradisciplinary planning subcommittee, the American Association for Mental Retardation's Task Force on Diagnostic Criteria for Down Syndrome and AD, the American Nurses' Association, the National Association of Social Workers, and is a speaker/trainer for the St. Louis Alzheimer's Association. Dr Szwabo is a reviewer for the American Geriatrics Society and for International Psychogeriatrics. She has published on psychosocial assessment, compliance, consultation, housing alternatives, and stress management, and is the co-editor of Problem Behaviors in Long Term Care.

As an educator, she has established an on-going mental health and aging conference which is in its tenth year, and supervises a variety of intradisciplinary students, residents and fellows in both clinical and didactic learning experiences. Dr. Szwabo, in collaboration with a nursing colleague, has been developing a training program and manual on working with individuals with Down Syndrome and cognitive impairment. As the past director of the Geriatric Psychiatric Education Center, she coordinated the Division of Geriatric Psychiatry's continuing medical education activities, including conferences for added qualifications, electroconvulsive therapy, and other psychiatric disorders of the elderly.

Her research interests include a pilot study of ethnicity in home care and a longitudinal project following individuals with Down Syndrome with and without cognitive impairment. Her clinical interests are psychotherapy and family issues; menopause and peri-menopause, Down Syndrome, Aging, and Alzheimer's disease, stress management and staff caregiver issues; and developing mental health consultation in long term care facilities. Dr Szwabo is the assistant editor (*Nursing*) for the IPA Bulletin. She can be contacted by e-mail at szwabop@wpgate.slu.edu.

Nursing

PARTIAL HOSPITALIZATION PROGRAMS (PHPs) PRESENT AN OPPORTUNITY FOR NURSES

PEGGY A. SZWABO, PhD, RN, APN

The IPA Bulletin has extended an opportunity for nurses to showcase nursing interventions and innovations in geriatric psychiatric care of older adults. As assistant editor for nursing, I would like to hear from nurses who are interested in sharing patient care approaches that can be disseminated via this column. Please refer to the contact information at the end of this article to submit your ideas.

For this introductory column, I have asked the nurses at Saint Louis University Health Science Center, Geriatric Psychiatry Partial Hospitalization Program, to share the evolution and success of their program. This is a timely piece because the program, which was initiated by nurses, recently celebrated its third anniversary.

Partial Hospitalization Programs (PHP) have proven successful since their inception in Moscow in 1932. Some PHPs have names such as day treatment or day hospitalization, but the terms generally are used to describe a psychiatric outpatient treatment program with specific goals for individual patients, and includes diagnosis, medical, psychiatric, and psychosocial treatment. Patient goals are carefully identified and planned for by an interdisciplinary team of mental health professionals. Treatment goals are designed and tailored to achieve the individualized goals, and emphasize resocialization, rehabilitation, and improved patient adjustment.

The PHP's primary goal is to bridge and ease the transition from the hospital back into the community. As times change and hospital admission criteria become more stringent, PHPs are increasingly used to prevent hospitalization for outpatients who need more intensive treatment than can be provided in traditional outpatient clinics or offices, for those who refuse admission, or for those frail and elderly who fall through the cracks of psychiatric care.

The latter are a labor intensive population because of their chronic health problems and co-morbid psychiatric conditions and may not "fit" the more traditional acute care-oriented psychiatric treatment program. The elderly may be new to the mental health system and shy away from programs that serve the floridly psychotic and yet their behaviors and problems do not allow them to participate in programs designed for the more mentally healthy older adult. PHPs bridge both the gap and the stigma.

In the beginning

In 1995 several problem areas related to the return of elderly patients to the community were identified by Christine Mote, RN, MSN, C-CS and Linda Griffin, RN-C, inpatient nurses, along with activity therapist, Susan Eller, CTRS, and Barbara Beckerman, MSW. These problems included frequent phone calls from anxious and confused patients and family, increased use of the emergency room to allay anxiety, for medication adjustment or support, complaints of "falling apart" or decompensating; medication confusion encompassing complaints of either ineffectiveness or unreal expectations; and lack of community or family support. The latter included increased lag time before services could be implemented as well

as lack of availability or waiting list.

From these concerns, the nurses developed a five day a week, six hour per day comprehensive outpatient partial program. The program has three phases: the intensive treatment component, in which the patient participates on a daily basis until stabilization, for approximately four weeks, the interim phase, where the weaning back into the community and into other supportive programs begins, for about two weeks, and finally graduation into the Relapse Prevention Program, which meets weekly for a two-hour therapy session for another four weeks.

**TREATMENT GOALS EMPHASIZE
RESOCIALIZATION, REHABILITATION,
AND IMPROVED PATIENT ADJUSTMENT**

Aside from developing policies and protocols, the staff identified as their priorities admission criteria, screening procedures, and development of treatment interventions. The theoretical framework used was drawn from both psychosocial and psychoeducational models. These formed the underpinnings of the structured therapeutic and educational activities in the form of individual, group, and expressive therapies, medication evaluation, teaching sessions, and family meetings. Each staff member was responsible for certain groups. The content of the groups varies, but protocols were developed on the following topics: anger management, assertiveness training, cognitive therapy, communication skills, coping skill development, relationships, relaxation and visualization techniques, relapse prevention, and decision making.

Administration and staffing

The day to day functioning is under the direct management of the head nurse and a nurse clinical specialist. Additional treatment staff include a registered psychiatric nurse certified in geriatric nursing, a medical director psychiatrist, a social worker therapist, and an activity therapist. Available consultants include a pharmacist, a chaplain and a psychologist.

The roles and responsibilities for each treatment team member were identified, with the role of nursing seen as a key component of the program. Among the nurses' treatment responsibilities are all intake of potential participants, admission assessment, two therapy groups per day, individual sessions, treatment planning, administration of depression and anxiety scales, teaching cognitive-behavioral therapy concepts, quality assurance, documentation and evaluation of the overall program, and administration of the program's day-to-day operation.

Since 1995, approximately 360 individuals have been screened and 245 have participated in the program. Some referents were ineligible because of severe and unstabilized psychopathology, advanced

Point of View

the therapeutic alliance. However there are as yet no data concerning personality disorders treated with this kind of therapy.

Special factors to consider

Whatever type of brief psychotherapy is adopted, other special factors should be borne in mind in treating personality disorders. Stipulation of a "contract" with the patient as a prerequisite for therapy is only advisable in the presence of self-destructive or outwardly aggressive behavior. It should be avoided in other cases, since these patients are rarely able to comply with such requests, and thus tends to be a losing goal for therapists. Any type of excessive "relief" intervention should also be discouraged, as it may foster dependency, blame, or explicit punishment. More helpful are appeals to, or reinforcement of, patients' individual responsibilities and, particularly for those with antisocial personality disorders who are notoriously endowed with little imagination, reminders of the negative consequences of impulsive actions. At the same time, given the rigidity of patient's traits, while the therapist should be directive rather than neutral or unemotive, he or she should not allow conflictual situations to be mutually called into play at either the verbal or nonverbal level.

Situations in which treatment is carried out in socially protected, supportive settings, rich in peer group interactions, and where the setting envisages clear rules and precise limits, have proved to be particularly helpful, although they occasionally evoke anxious or depressive responses.

In conclusion, the relatively recent interest in the treatment of personality disorders in the elderly and the lack of follow-up studies which orient preference towards one type of psychotherapy over another highlight the need for future research. In our present knowledge, the choice of psychotherapy should take account of the peculiar characteristics of the pathological process and age of the patient. Accordingly, this has highlighted the possible appropriateness of interpersonal therapy which, without excluding recourse to other brief therapies, presents characteristics that are closer to the psychopathological and social needs of such patients.

Interpersonal therapy, by working on relational aspects rather than modifying deep-rooted personality traits, is oriented towards sol-

ing contingent symptomatology, acceptance of a new life style, and improvement of the social network. Clearly, its validity can only be confirmed by orienting research in this direction, conducting follow-ups on patients treated in this way and comparing results with those of other therapies.

References

1. Baker FM, Lobowitz BD, Katz IR, Pincus HA. Geriatric Psychopathology: An American Perspective on a selected agenda for research. *International Psychogeriatrics*, 4: 141-150, 1992.
2. Cazzullo CL. I Disturbi di Personalità. *Psichiatria*. CL Cazzullo. Micapelli ed pp 1110-1111, 1993.
3. Yesavage JA & Korasi TB. Psychotherapy with Elderly Patients. *American Journal of Psychotherapy*, 36: 1-12, 1982.
4. Pfeiffer E. Psychotherapy with the Elderly. *Postgraduate Medicine*, 50: 254-258, 1981.
5. Wertheimer J & Labinus A. Psychotherapie neurotischer Störungen bei alten Menschen: eine Offnung ins Leben. *Zeitschrift für Gerontologie*, 14: 22-23, 1981.
6. Goldfarb A. Psychiatry in Geriatrics. *Medical Clinics of North America*, 51: 1515-1552, 1967.
7. Thompson LW, Gallagher D, Czarr R. Personality disorder and outcome in the treatment of late-life depression. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 21: 133-146, 1988.
8. Perry IC & Vaillant GE. *Personality Disorders: Comprehensive Textbook of Psychiatry*. HI Kaplan and BJ Sadock. Williams & Wilkins ed., 1966, p 1352.
9. Stella A. *Treatment Psicologico del Paziente Anziano. Manuale di Psichiatria dell'Anziano*. D. De Leo and A. Stella (Eds). Piccin, 1994, pp 641-660.



Diego De Leo*, and Drs. Scecco and Menghelli are affiliated with the Psychogeriatric Service, Department of Neurological and Psychiatric Sciences, University of Padua and *Department of Alzheimer Research, Fatebenefratelli Hospital, Brescia, Italy. fax +39 49 821 6264

Diego De Leo (pictured) is a member of IPAs Board of Directors and is assistant editor of the IPA Bulletin for Italy

47 APRIL

2000
NEWCASTLE
UPON-TYNE, UK

NON-ALZHEIMER COGNITIVE IMPAIRMENT

Topics to include:

- Delirium
- Cognitive impairment in functional psychiatric disorders
- Frontal lobe dementia
- Vascular dementias



International
Psychogeriatric
Association

For additional information,
contact:

IPA Secretariat
550 Frontage Road, Suite 2820
Northfield IL 60093 USA
Tel: 1-847-784-1701
Fax: 1-847-784-1705
Email: ipa@ipa-online.org
Web: www.ipa-online.org

Point of View

PIONEERING PSYCHOTHERAPY OF PERSONALITY DISORDERS IN THE ELDERLY

DIEGO DE LEO, P. SCOCCHI, AND G. MENEGHEL

No precise estimate of the prevalence of personality disorders in the elderly is available. The overall impression is that personality disorders are less frequently diagnosed in older than in younger adults'. Since personality disorders, which are chiefly ego-syntonic, undermine relational aspects of individuals' lives and may have a determining effect on both physical and psychic disorders, their mistaken identification and lack of treatment may seriously influence the lives of individuals and their families.

There is an extensive and not particularly specific panorama of psychotherapeutic interventions suited to the treatment of personality disorders in the elderly.

Personality disordered individuals are patients whose pathology is rarely perceived as such. They appear ego-syntonic, and therapeutic engagement is difficult. They find it very hard to accept the role of "patient," and are much less likely to seek the help of a psychiatrist for treatment of the primary disorder than for its secondary effects. Since adjustment and response mechanisms are stabilized, intervention is troublesome and treatment drop-outs are frequent.

These factors are coupled with the needs of the typical elderly patient, who has already experienced grief and loss and whose life expectations and concerns are lower than those of younger adults. According to Yesavage and Karasik², elderly psychotherapy must, in view of the above considerations, establish age appropriate precise goals and limited objectives which take account of patients' explicit requests³. It must be oriented towards symptom relief and adjustment to reality, and not reorganization of the personality, for which it has become too late. The latter characteristic, in particular, meets the requirements of patients affected by personality disorder in whom behavioral modifications are desirable, but total upheaval of interaction with the outside world is not possible.

Considering older adults' peculiar perception of time and their strong need for concreteness and realism, Wertheimer and Lobrinus' recommended brief psychotherapy which avoids revisiting patients' whole history, and waived specific psychotherapies for particular personality disorders because of their long duration. Therapists must also take an active, directive, willing, protective, and flexible position in using a specific technique, in order to provide patients who often experience feelings of abandonment with a permanent source of symbolic satisfaction of their psychological needs⁴.

On the basis of the above, adoption of cognitive therapy, brief psychanalytically-oriented psychotherapy, and interpersonal therapy are deemed appropriate.

Although the first option has proved to be particularly suited to elderly requirements, the very presence of a personality disorder has, in the long term, rendered such therapy ineffective. Thompson

and associates⁵ have shown how subjects with a personality disorder were the ones most likely to have an insufficient, incomplete response to psychotherapy.

Defense mechanisms

Although it is short term, more clearly identifies the focal conflict, increases self-esteem, and reduces costs, analytically-oriented brief psychotherapy has not always proved productive. Special attention to defense mechanisms employed by personality-disordered patients to deal with their conflicts has shown how these mechanisms can exist in such rigidly structured sequences as to preclude even the suggestion of critical intervention and revision, as this would reactivate anxiety or depression which had previously been effectively controlled, albeit by pathological means⁶. While neurotics, for example, consider insight and interpretation of defense mechanisms to be helpful in controlling their suffering, patients with personality disorders, in particular elderly compulsive personalities, perceive it as invasive and endangering their integrity, and may use this situation as a pretext for interrupting therapy.

Operatively, Perry and Vaillant⁷ support the need to more closely examine the experiences and behavior of patients with personality disorders, rather than to explain their conduct. Comparison, rather than interpretation of defense mechanisms, appears to have a more functional role in therapeutic work, especially in the early stages. The objective of the cooperative atmosphere thus established becomes "to do something with the patient."

**CLEARLY, ITS VALIDITY CAN ONLY BE CONFIRMED
BY ORIENTING RESEARCH IN THIS DIRECTION,
CONDUCTING FOLLOW-UPS ON PATIENTS...AND COMPARING
RESULTS WITH THOSE OF OTHER THERAPIES.**

On the basis of these premises, the choice of interpersonal therapy, which meets the needs of both elderly and personality-disordered patients, may prove to be more effective⁸. It is short term, targeted at solving symptoms and improving interpersonal relations, and focuses on the contingent difficulties facing subjects with distorted personalities without interpreting behavioral patterns (which may reinforce pathological aspects of some personalities). It is a directive therapy, based on the notion that the psychic disorder is associated with a particular psychosocial context and that this needs to be understood and reformulated in order to reduce symptomatology.

This type of therapy is also more flexible, in addition to taking into account even the most everyday aspects of the patient's life. Such a pragmatic setting may help curtail the complaints that patients with ego-syntonic disorder tend to express and which the therapist should minimize to avoid reinforcement, at the cost of jeopardizing

IPA NEWS

PLANNING IS WELL UNDERWAY FOR IPA'S 1999 CONGRESS IN VANCOUVER

JOEL SADAVOY

Canada is honored to host IPA's Ninth Congress in Vancouver, Canada, which will be held August 15 to 20, 1999. Members of the Canadian Academy of Geriatric Psychiatry (CAGP) have enthusiastically embraced the development and planning for this Congress in close partnership with Edmond Chiu, chair of the Meetings Committee, and Fern Finkel, IPA Executive Director.

As chair of the Congress, I have been both gratified and relieved at the degree of outstanding support and the organizational ability of the members of the Organizing Committee, chaired by Lilian Thorpe, associate professor at the University of Saskatchewan at Saskatoon (yes, these are real places, I did not make up the names!). Kevin Solomons, head of the Division of Geriatric Psychiatry at the University of British Columbia, chairs the Publicity and Communications Committee, and Nathan Herrmann, head of the Division of Geriatric Psychiatry at the University of Toronto, has undertaken the daunting task of chairing the Scientific Committee. Because Canada is such a large country and the members of the organizing group are in different cities, we have made special efforts to ensure effective communication. Thank goodness for the availability and efficiency of electronic communication technology!

Our theme, "Challenges for the New Millennium: Professional, Cultural, and Regional Diversity," recognizes how our world has shrunk, encouraging closer collaboration among practitioners and nations, even as it emphasizes the wide array of cultural and professional differences that exist in the care of the elderly. This Congress will provide a unique opportunity to gain a world perspective of key developments in our challenging field. To this end we encourage multidisciplinary collaborations in presentations. Part of the fabric of Canadian society is our multicultural and multilingual heritage. In particular, English and French are both official languages in Canada. To fully recognize this fact, the Organizers have invited the Quebec Psychogeriatric Association to co-host French concurrent sessions during two days of the Congress, when there will be simultaneous translation (English-French/French-English) plenary sessions. The close collaboration between the Canadian and American geriatric psychiatry communities is also evidenced in the fact that the American Association of Geriatric Psychiatry (AAGP) will sponsor a symposium.

The scientific program reflects an outstanding array of topics and speakers. In all, it is anticipated that presenters will represent more than 20 countries. Plans also are underway to offer continuing education credits. Nine plenary sessions will be offered, beginning with the presidential address by Barry Reisberg, entitled "Alzheimer's Disease: Retrogenesis: A New View of Symptoms, Management and Origins." Two debate-format plenaries, "The Utility of the Diagnosis of Paraphrenia" (Drs. Howard and Jeste) and "Anxiety Symptoms in Late Life: Symptoms or Syndrome" (Dr. Lindsey Flint and Brodaty) also will be presented.

A plenary session on treatment of depression, covering both acute and maintenance therapies, will be presented by Drs. Katona and Reynolds. The important topic of the contribution of cerebro-vascular disease to late life disorders will be presented by Drs. Krishan (depression), Shulman (bipolar disorders) and Starkstein (discussant). Ethical issues in geriatric psychiatry will be presented in French, with simultaneous English translation. There also will be an important plenary on the biochemical basis of behavioral disturbances in dementia with Drs. Cummings (acetylcholine), Lawlor (serotonin) and Devanand (dopamine). Finally, two plenaries will focus on world perspectives in geriatric psychiatry, the first on cultural issues and the second on service delivery.

In addition to the plenaries, attendees will be offered a cornucopia of symposia of outstanding quality and depth. These include Suicide in Late Life (Drs. Jacoby and Connelly), Epidemiology of Dementia: Lessons from around the World (Drs. Honnma, McDowell and Hendrie), Management of Dementia in Long-term Care (Dr. Burns and collaborators), Preventative Strategies for Dementia (Dr. Feldman and collaborators), Delirium (a French symposium, with simultaneous translation, Drs. Primeau, Elie and Rousseau), Neuroimaging (Drs. Chiu and Ames), Clock Drawing (Drs. Shulman, Brodaty, Heimk, Lawlor and Tuokko), Psychotherapy with the Elderly (Drs. Machado, Lazarus and Sadavoy), and two symposia on psychogeriatric education dealing with continuing medical education and post-graduate education. Many other symposia and paper sessions will be included in the program, and I will try to keep you up-to-date on developments in future issues of the IPA Bulletin.

If you have already seen posters for the Congress, you know from the photographs that Vancouver is a startling beautiful city, set in a backdrop of snowcapped mountains and blue ocean. In my next article I will tell you more about the outstanding location and activities of the Congress. We anticipate that this will be the largest Congress in IPA's history. The members of the Organizing Committee and I warmly invite you to join us for an outstanding event in the safe and beautiful city of Vancouver.



Joel Sadavoy, MD, FRCPI(c), is a member of IPA's Board of Directors and is the assistant editor of the IPA Bulletin for Canada. He is affiliated with the Departments of Psychiatry of the University of Toronto, Mount Sinai Hospital and the Centre for Addiction and Mental Health.

Toronto, Ontario (fax 1 416 586 8654)

IPA News

Burns, Henry Brodaty, Robin Eastwood, Martin Rossor, Norman Sartorius, and Bengt Winblad. An overview article, "Diagnosis of Alzheimer's Disease," was published with the co-sponsorship of Alzheimer's Disease International (ADI), the European Federation of Neurological Societies, the World Health Organization (WHO) and the World Psychiatric Association (WPA). It is anticipated that this will significantly advance knowledge of Alzheimer's disease.

Publications This committee, under the chairmanship of Raymond Levy, is convened at each IPA meeting. In Istanbul, its members heard status reports from Robin Eastwood (editor-in-chief, *International Psychogeriatrics*), Sture Eriksson (technical editor of IPA's web site), and David Ames (editor, *IPA Bulletin*). Copyright issues, advertising, and publication schedules were among matters that were addressed.

Research Awards The 1997 IPA/Bayer Research Awards in Psychogeriatrics were again a great success, and the three award-winning papers were published in *International Psychogeriatrics*, Vol 9, No 3 (1997). This superb tradition will continue. Announcements for the 1999 IPA/Bayer Research Awards have been widely distributed; deadline for submission of papers is 1 December, 1998, and the awards will be presented at the Ninth Congress in August, 1999. (See announcement, page 3.)

Task Force on Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) Sanford Finkel, chair, reported that most of the group's work since the Eighth Congress was directed to the completion of educational modules, which are a joint effort by IPA, Janssen Pharmaceuticals, and Gardner Caldwell Communications. This project has been completed and will be distributed to all IPA members. The task force is eager to receive feedback regarding new steps or other educational initiatives. BPSD continues to be discussed at other meetings, including the World Federation of Neurology Congress (September, 1997), the American Psychiatric Association (May, 1998), CINP (July, 1998), and the International Meeting on Alzheimer's Disease (July, 1998).

Task Force on Late Life Depression Chaired by Anthony Mann, this group plans to invite a range of international experts to write brief "state of the art" papers on aspects of the etiology and treatment of late life depression. The papers will be presented at a Ninth Congress symposium concluding with a discussion of how further research and/or dissemination may be advanced internationally.

Task Force on Migration and Aging, Goals of this task force, chaired by Meinhardt S. Tropper, have been to develop recommendations and standards guaranteeing elderly immigrants of any host nation access to that country's mental health support services at a standard of quality equal with that available to its citizens, facilitate research on factors determining the mental health and well-being of late middle aged and elderly immigrants, evaluate mental health and dementia care services for aging immigrants to host countries, foster the development of assessment, treatment and intervention methods which are linguistically and culturally relevant and appropriate, foster communication with, and coordinate efforts of professionals by increasing awareness of research performed in this field, strengthen links and cooperation

with international and national bodies in the field, organize symposia on mental health problems of aging migrants at IPA congresses and meetings.

The task force organized a lecture, "International migration of the elderly and transcultural psychogeriatrics," at the meeting in Istanbul. At the Ninth Congress, in Vancouver, a symposium on "International migration of the elderly in the focus of psychogeriatrics" will include individuals from five continents. ☺

MEMBERS ELECT 5 TO BOARD OF DIRECTORS

The individuals elected fill five vacancies on IPA's Board of Directors for four-year terms of office include Henry Brodaty (Australia), Helen Chiu (Hong Kong), Karen Ritchie (France), Masatoshi Takeda (Japan), and Michael Zaudig (Germany).

Drs. Brodaty, Ritchie, and Zaudig, having completed four years of service, were re-elected to a second term. The new members of the Board were installed at the conclusion of IPA's meeting in Munich.

IPA MEMBERS IN THE NEWS

Philippe H. Robert, MD, PhD, was recently elected treasurer of CINP. He is affiliated with the Clinique de Psychiatrie et de Psychologie, Nice, France, and is chair of IPA's Tenth International Congress, to be held in Nice in 2001.

IPA is pleased to announce honors and awards accorded to members. Please send details to David Ames, editor, or to the IPA Secretariat, so that we can share the news with your colleagues.

Meeting Reports

OPENING REMARKS BY IPA'S PRESIDENT AT ISTANBUL MEETING

BARRY REISBERG



On behalf of the International Psychogeriatric Association, I would like to welcome everyone to this meeting. IPA is the premier psychogeriatric organization in the world, comprising approximately 1100 members from nearly 70 nations. Our goals are to advance psychogeriatric services, education, and knowledge throughout the world.

Among IPA's major activities are its Congresses, which are held every 2 years. Recent Congresses have been held in Jerusalem, Sydney, Berlin, and Rome. Our next Congress, in Vancouver, Canada from August 15-20, 1999, promises to be a magnificent event and I urge all of you to attend. IPA also co-sponsors bi-annual regional meetings such as this. Future meetings will be held in Munich from September 13-18, 1998 and Beijing from April 12-14, 1999. Additionally, IPA convenes special meetings. Topics of recent special meetings included the Diagnosis of Alzheimer's Disease, in Geneva; Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, in Washington, DC, and Outcome Methodologies for Pharmacologic Trials in Mild, Moderate, and Severe Alzheimer's Disease, in New York.

Another major IPA activity is its Research Awards in Psychogeriatrics, for which a bi-annual competition is held. IPA also publishes a highly respected journal, *International Psychogeriatrics*, which is indexed in Index Medicus, and a lively newsletter, the *IPA Bulletin*, which reports on psychogeriatric issues around the globe.

Clearly, it behoves all clinicians with an interest in psychogeriatrics to join IPA, and I urge any of you who are not members to join the organization during this meeting.

Istanbul is an ideal locale for an IPA meeting. Many of the most fundamental discoveries in physiology, neurology, and psychogeriatrics were made here in Turkey. Also, investigative medical research began in this country. Galen, working in Pergamon, near Izmir, in the second century AD, is credited with having been the first to demonstrate that the arteries contain blood and not air, and that it is the kidneys which produce urine. Neurologically, Galen demonstrated that speech is controlled by the brain, not the heart, and that it is the brain which, through nerves, controls movement. Pergamon, where Galen developed the first true scientific investigation research center, was a major center of scholarship in Hellenic and Roman times - so much so that the Ptolemies outlawed the use of papyrus in Pergamon because its library was becoming competitive with Alexandria, whereupon the innovative people of Pergamon invented parchment.

Another physician in this country began psychogeriatrics in the second century AD. Arataeus of Cappadocia, a modern and ancient province of Turkey, was the first in the medical literature to list old

age as a cause of dementia. Interestingly, Arataeus's medical text was lost for 1500 years, until the Renaissance. After its rediscovery, it once again became a best seller. Despite this textual loss, Arataeus's tradition of identifying old age as a cause of dementia was carried forward through the ages, until this day.

Another major medical contribution belongs to Istanbul as well. It was here that classical Greco-Roman medical knowledge was uniquely preserved for more than a thousand years, until the Renaissance. Modern Istanbul is a uniquely appropriate place for IPA's meeting. This is the only city in the world that sits in both Asia and Europe, and persons here travel between Europe and Asia on a daily basis. Similarly, this city combines the best of the East with the best of the West. Consequently, Istanbul's reality provides a model for IPA's goals, to comfortably integrate the efforts of all nations, to draw upon the best work from all nations, and to achieve better mental health for the aged everywhere.

So, on behalf of IPA, I would like to thank Professor Eker and the Turkish Society of Psychogeriatrics for making this joint meeting a reality and for bringing us together in this wonderful, illustrious, fabled setting.

A SPECIAL REPORT ON IPA COMMITTEES & TASK FORCES

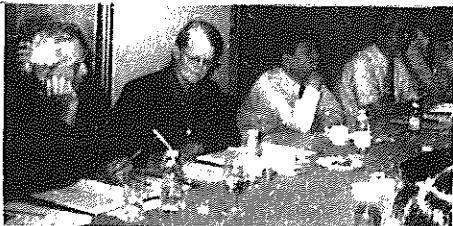
Periodically the *IPA Bulletin* presents synopses of committee activity, to keep members apprised of the ongoing work of the organization. The following synopses provide an overview of reports at IPA's Board of Directors meeting in Istanbul in May, 1998.

Meetings The chair, Edmond Chiu, reported on plans for future meetings. The current confirmed schedule includes: Beijing, China, 12-14 April, 1999; Vancouver, Canada (Ninth Congress), 15-20 August, 1999; Newcastle upon Tyne, UK, 4-7 April, 2000; Lorne, Australia, 4-7 February, 2001; Nice, France (Tenth Congress), 9-14 September, 2001; Chicago, USA (Eleventh Congress), 17-22 August, 2003. Additional meetings are pending and will be announced soon.

Pharmacy and Therapeutics Proceedings of a special meeting in Geneva in 1996, co-sponsored by IPA's Pharmacy and Therapeutics Committee, under the chairmanship of Barry Reisberg, with Pfizer support, were published as a supplement to *International Psychogeriatrics* (Vol 9, Suppl. 1). Both the meeting and the supplement brought together many leaders in the field of Alzheimer's disease and psychogeriatrics. A voluminous (300+ pages) and scholarly work, the supplement was edited by Barry Reisberg. Alstat

Reports

The 'carving up' of disorders into diagnostic categories has always been a thorny issue in psychiatry and it was not surprising that existing criteria came in for some criticism. A categorical system's



work members hard at work at their Istanbul meeting included Burton Reifler, Kirsten Abelskay, Jong Inn Woo, Keiko Miyoshi, and Sture Eriksson.

clinical utility can be a significant hindrance for objective research and epidemiology may be a field more vulnerable than most in this respect. The disappearance of paraphrenia from diagnostic systems has received considerable criticism in the past from those interested in the late-life development of psychotic illness. R. Howard's presentation in this area emphasised the inadequacy of the current situation, particularly with regard to lifetime incidence rates of psychosis and symptom profiles, which raise questions as to whether early-onset and late-onset disorders are usefully considered in the same category. This discussion was paralleled by Michael Davidson's review of aging and cognitive deterioration in young-onset schizophrenia. It was a shame that these two complementary lectures could not have been linked together in a single symposium

**IT WAS GOOD TO SEE STILL MORE
ON WHAT CAN BE DONE TO AMELIORATE
THE SUFFERING OF SUBJECTS AND CARERS,
PARTICULARLY IN THE CONTEXT OF DEMENTIA.**

An interesting presentation by A. Treloar challenged preconceptions about delirium in old age, the problem being that descriptions of acute confusional states are derived from younger age groups and that longitudinal work is lacking, which eliminates assumptions about reversibility and the questionable distinction between acute and chronic cognitive decline. In a similar vein, Edmond Chu discussed the grey area between late-life depression and dementia, suggesting, with the degree of symptomatic overlap between the two conditions, a common underlying process (possibly affecting fronto-subcortical function) with varying degrees of reversibility.

The symposium on the role of vascular disease in dementia reiterated growing dissatisfaction with the current dichotomy between vascular dementias and Alzheimer's disease. Defining a condition according to the presence or absence of a possible underlying cause naturally does not help objective analysis as to the role of that cause and, in the case of dementia, does not reflect reported high degrees of mixed pathology. In all these areas, it is to be hoped

that increasing recognition of overlapping spectrum disorders, particularly in later life, will facilitate the development of research diagnostic systems with more of an axial than categorical basis.

So what was missed? Obviously there has to be some focus for a three-day event and, in this case, it was clearly epidemiological. There was relatively little comment on the rapidly expanding neuroscientific understanding of dementia pathogenesis or of neuro-imaging research, apart from some interesting fMRI findings presented by R. Howard investigating visual hallucinations in Charles Bonnet syndrome and suggesting chronic understimulation of the primary occipital cortex as a basis for this. Presentations on dementia covered Alzheimer's disease and vascular dementias with little mention of other disorders such as Lewy body disease or fronto-temporal degeneration.

It would be impossible to give an accurate account of conference proceedings without some mention of what went on outside the lecture theatre -- and I am reliably informed that (apart from a quick skim-through by speakers to check that their name has been mentioned with all due deference) this is the only part that anyone ever reads. However, aside from the rarefied atmosphere of academia and distinguished presentations of invariable excellence, an enduring memory has to be the (typical) Turkish hospitality shown by Engin Eker, our host, and by the hard working team from Dilan Tur who organized the event. Credit also must go to the interpreters, whose difficult job making sense of fast-spoken, complex presentations was made apparent to English-speaking delegates as images of Hittite gods and Anatolian mandalas emerging from the darkness seamlessly followed Barry Reisberg's welcome (you had to be there).

A cocktail reception seemed to be the only logical conclusion to this, and those who dared to ask found that supplies of raki (the local hard stuff) were indeed available, but were kept discretely out of sight and accompanied by a health warning concerning likely symptoms the following morning. The unforgettable surroundings of the Ciragan palace on the shores of the Bosphorus were the setting for the Gala Dinner, where it was good to see some of our elder statesmen showing that age is no barrier to the rigors of the dance floor (must be the Merseyside air). As the sun set (or soft rain fell) over the sea of Marmara outside our venue, it was difficult to think of a more memorable setting for an excellent conference. ☺ -



Robert Steigarl
is based at the Old Age
Psychiatry Section, Institute
of Psychiatry, DeCrespyne
Park, Denmark Hill, London
SE5 8AF, UK. Fax +41 171
701 0167. E-mail:
spjns@mail.iop.bpmf.ac.uk

Meeting

ISTANBUL

(continued from page 1)

were reviewed at length by M. Tropper, accompanied by extensive data from a longitudinal study in Israel.

These issues, of course, entered into a number of other presentations as well. A. Phanjo's review of the assessment and management of sexual problems in the elderly, for instance, was followed by a lively discussion concerning how these expressed themselves in different cultures. Our host, Engin Eker, presented a large body of recent research conducted with T. Erhan and other colleagues on the prevalence of late life depression in Turkey, stressing the current under-recognition of this problem despite considerable associated morbidity. It was interesting to hear about lower levels of

depression in residential care compared to community settings, a reversal of what is generally found in Western Europe.

Xin Yu, a former IPA Research Scholar, and president-elect Edmond Chiu.

So where does cross-cultural research go from here? While validation and piloting of diagnostic and screening instruments in different settings obviously requires more work, it was refreshing to hear Vijay Chandra's plea for a move towards explaining rather than describing differences in disease prevalence (incidence data still lamentably scant), particularly with regard to dementia. Cross-cultural studies provide an important opportunity to study environmental effects, which may not vary sufficiently within a single country's population to be picked up as risk factors.

GIVEN THE DIVERSITY OF OUR BACKGROUNDS,
IT WAS NOT SURPRISING THAT CROSS-CULTURAL
EXPERIENCES WERE AMONG THE
MOST PROMINENT THEMES.

If a useful division of disease risk factors into genes and environment exists, then discussions could be said to have weighed more towards the latter. The presentations by Karen Ritchie, Vijay Chandra, and Robin Eastwood on Alzheimer's disease risk factor research covered gene-environment interactions, as well as updating us on recent research into the role of early life factors such as education. Cerebrovascular disease, an environmental risk factor for dementia but probably with genetic interactions, was discussed by A.D. Korczyn, leading to a discussion of the role of hypertension as a risk factor for dementia.

Presentations on late-life depression again focused on environmental factors. J. Copeland updated us on EURODEP findings and A.W. Braam presented an interesting analysis from this database and the Amsterdam Longitudinal Aging Study examining associations



Raymond Levy, immediate past president, accepts a presentation from Engin Eker, chairman of the Joint Meeting

between local religious climate and the prevalence of depression in later life. Later in the proceedings, Henry Brodaty expanded this etiological discussion by examining the complex interrelationship between late-life depression and dementia, suggesting cerebrovascular disease as a potential underlying factor.

While a number of presentations reviewed and presented research into the causes of late-life psychiatric disorders, it was good to see still more on the consequences and on what can be done to ameliorate the suffering of subjects and carers, particularly in the context of dementia. The development and gradually increasing availability to clinicians of anticholinesterase medication unsurprisingly emerged in many of the discussions. The current situation with regard to anti-dementia drugs was reviewed by Koho Miyoshi, but there was a greater emphasis on the difficulties placed on carers and clinicians by behavioral changes associated with dementia. R. Ham and Prof. Newhouse reviewed research to date into BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia -- just as well we have the mnemonic!) and Sanford I. Finkel outlined recent conclusions and recommendations from an IPA task force on the subject. A. Gögüs reminded us of the problems of polypharmacy in older patients, and the assessment and management of delirium was covered by R. Ham. Barry Reisberg proposed an interesting model for the progression of Alzheimer's disease as a reversal of early life cognitive development (what you gain last you lose first), a process suggesting that the most thinly myelinated areas of the brain may have a particular vulnerability to dementia pathology.

A healthy number of presentations discussed ways in which carer stress and burden could be reduced, commencing with a workshop chaired by E.E. Benzer. Kazuo Hasegawa described a Japanese day hospital model with the interesting idea of allowing carers to observe relatives' occupational and recreational therapy programs through a two-way mirror, and P.A. Miller outlined a group therapy program recently piloted in the USA. Alistair Burns presented research examining factors associated with carer distress. He suggested that we could learn from family work in schizophrenia with negative expressed emotion and attributions of intentionality to behavioral problems appearing to correlate well with carer difficulties and raising the potential for targeted interventions.

Research and Practice section, our assistant editor for Syria reminds us of the age-related hazards of prescribing, the contribution of the Cochrane collaboration to the analysis and dissemination of research findings on dementia is explained, and our regular "Recent Advances" column continues its valuable work in summarizing new research developments in psychogeriatrics and related disciplines. If you feel the need to ginger up your neurons to cope with all this intellectual stimulation, David Resnikoff's recipe for ceviche includes both fish as brain food and chilies to keep you alert.

In the last issue for the year I expect to have reports on several Alzheimer and psychogeriatric conferences, a report on psychogeriatrics in the Netherlands, and a seasonal recipe from Alan Swann in Newcastle, UK. I am still looking for a social work editor and remind you that volunteers with provocative ideas for the "Point of View" column can be guaranteed a platform. Additionally, I hope to continue the series on research institutes begun with Rob Helme's recent article about Australia's National Ageing Research Institute, and would very much like to hear from colleagues at other national research establishments around the globe who would like to contribute an article in similar vein.

Finally, after our last issue, in which the word ageing/aging was spelled differently on adjoining pages, some of you must be wondering about our spelling policy. Previously we have retained the spelling submitted by our contributors (British style and American style). However, since the IPA Bulletin is produced in Chicago, it has been decided to use American spelling throughout. If contributors could bear this in mind when submitting copy, it would help us very much indeed. ☺

David Ames can be contacted at
Royal Park Hospital
Private Bag No. 3
Parkville, Victoria, 3052, Australia
Telephone +61 3 9342 2515
Fax +61 3 9387 9201
e-mail dAMES@medicine.unimelb.edu.au

PUBLICATION OF THE
IPA Bulletin
IS SUPPORTED BY A GENEROUS
EDUCATIONAL GRANT
FROM NOVARTIS PHARMA AG.
IPA IS MOST APPRECIATIVE
OF THIS SUPPORT.



International
Psychogeriatric
Association

1999

IPA/BAYER
RESEARCH AWARDS
IN
PSYCHOGERIATRICS

Sponsored and Supported by Bayer

| | |
|--------------|-----------|
| First Place | 25,000 DM |
| Second Place | 15,000 DM |
| Third Place | 10,000 DM |

Papers are now being accepted for the sixth IPA/Bayer Research Awards in Psychogeriatrics. Researchers from around the world are invited to apply for the awards, which will be presented at IPAs 1999 International Congress in Vancouver. Winning papers will be published in *International Psychogeriatrics*. Winners will receive a travel and expense stipend to attend the Congress.

*All submissions are evaluated by a panel of experts
who will judge entries in a blind-review process*

General Requirements*

- Only unpublished results of original research in psychogeriatrics, written in English, are eligible;
- APA style, per *Publication Manual of the APA*, 4th Ed., is preferred;
- Papers should be limited to 30 pages of text, plus citations, tables and figures;
- An abstract of no more than 250 words should precede the text;
- 12 copies of the paper must be received by the IPA Secretariat no later than 1 December, 1998.

*Contact IPA for complete details.

For additional information or to obtain details, contact:



International Psychogeriatric Association

350 Frontage Road, Suite 2530
Northfield Illinois 60093 USA
Tel 1+847.784.1701 Fax 1+847.784.1705
E-mail ipa@ipa-online.org
Web site <http://www.ipa-online.org>



International
Psychogeriatric
Association

IPA BOARD OF DIRECTORS

Officers

BARRY REISBERG, USA, PRESIDENT
EDWARD CHU, AUSTRALIA, PRESIDENT-ELECT
ALICE BURNS, UK, SECRETARY
GEORGE CLOSTROFF, USA, TREASURER
RICHARD LEYS, UK,
IMMEDIATE PAST-PRESIDENT

BOARD OF DIRECTORS

KRISTEN ABELSKOV, DENMARK
DAVE LAMPS, AUSTRALIA
JEAN-PHILIPPE BOUCHEREAU, SWITZERLAND
HENRY BRODSTEIN, AUSTRALIA
ERIC D. CANE, UNITED STATES
VIJAY CHANDRA, INDIA
HELEN CHIU, HONG KONG
DIEGO DELEO, ITALY
ENGIN EROL, TURKEY
SISTER ERICKSON, SWEDEN
TOM ERIKSENTHOL, FINLAND
MARIA FIDOWIANI, ITALY
LARS GÖSTAFSSON, SWEDEN
THEA J. HEEREN, NETHERLANDS
BRIAN LEELIN, IRELAND
JAMES C. LEWISON, UK
KUNIO MITSUI, JAPAN
HANS-JÜRGEN MÜLLER, GERMANY
BURTON RUTTER, USA
DAVID REINHOLD, MEXICO
KAREN RIEBER, FRANCE
JULIA SAMOY, CANADA
MIKAELA THOMAS, JOHN
JONG-JIN WOO, KOREA
MICHAEL ZUBER, GERMANY

INTERNATIONAL PSYCHogeriatricS

ROBIN EVERTSON, USA

EXECUTIVE DIRECTOR

JEAN P. PINEL, UNITED STATES

CORRESPONDING DIRECTORS

MARIA BACICKOSKI, POLAND
MOHAMMED GHANEM, EGYPT
YOUNG SIKK, PR. CHINA
JOSE FILHO, CANADA, DIRECTOR, ESTERIOR

PAST PRESIDENTS

MARTIN BERNSTEIN, GERMANY
FRANCIS COOPER, AUSTRALIA
GÖSTA BORG, SWEDEN
SAMSONE FRIED, USA
KAZUO HASEGAWA, JAPAN
BERTIL STENKVIST, SWEDEN

Editor

DIEGO DELEO, AUSTRALIA

EXECUTIVE EDITOR

JOEL ELEAZAR

MANAGING EDITOR

DEBORAH ZELLER

INTERNATIONAL PSYCHogeriatric ASSOCIATION

200 Picardie Road, Suite 2620
Northridge, CA 91325 USA
Tel: (818) 763-1701
Fax: (818) 763-1701
E-mail: ipaa@ipaa.org
WWW.IPAA.ORG

Editor's Note



David Ames

If you live in North America, you will consider this to be the fall edition of the IPA Bulletin; for Europeans, it is the autumn issue. But if, like me, you live in the southern hemisphere, the third edition of the IPA Bulletin for 1998 heralds the approach of spring. You can see why we don't put the season on the front page header!

The varied environments in which we all practice were re-emphasized to me in late July when, due to the generosity of Pfizer's Southeast Asia Zoloft product manager, Kerryn Carmichael, I traveled to address psychiatrists in Bangkok and Manila. The intense heat and humidity of those two climates were a startling contrast to the cold darkness of our Melbourne winter. I met with great hospitality in both places. In Bangkok I spoke to an enthusiastic group of psychiatrists that included Aroon Showanasai, one of the pioneers of Thai psychiatry. Nongpanga Limsuwan, chairman of the Department of Psychiatry at Ramathibodi Hospital, and assistant professor Chakrit Suwiny, recently returned from a period of work and study with Henry Brodaty's unit in Sydney. I was told that the Royal College of Psychiatrists of Thailand has about 300 members to serve a population of 60 million, around 7% of whom are over the age of 60. I was able to lunch with Raviwon Niwataphand, an experienced psychogeriatrician who worked with Tom Arie in Nottingham, UK, and later in Birmingham, before returning to Bangkok. She is our local assistant editor, who soon will be submitting a contribution to these pages. Her epidemiological research indicates that over 3% of the Thai elderly suffer from depression and a further 3% have dementia. My sincere thanks to Supreeda Chaidaroon and her colleagues from Pfizer Thailand for their unfailing kindness and consideration in showing me around Bangkok's striking palaces and temples, enabling me to meet people and feeding me as well as I have been fed in my life. With that wonderful cuisine how do so many Thais remain so elegantly slender?

In Manila I gave two talks to the 14th Postgraduate Course of the Philippines Psychiatric Association, attended by at least 100 local psychiatrists and trainees, despite a strike by local airline employees that prevented the arrival of some psychiatrists from outlying islands. Lively and intelligent questions and discussion indicated an active interest in psychogeriatrics in that nation of 70 million, so well portrayed in Joel Eleazar's contribution to our June issue. Edith Gordencillo and Margaret

Querijero of Pfizer were again unfailing in their concern to ensure that I lacked for nothing and had the chance to purchase some gifts for my family before an all too hasty departure.

One issue that has become more pronounced since the Asian economic crisis is the price of pharmaceuticals. Because governments are unable or unwilling to help meet the cost, many patients in these two countries must be prescribed cheaper medications, which we in more affluent parts of the globe would consider second line therapies for our patients. The fall in value of local currencies also makes travel, conference attendance, and subscriptions to journals more expensive for our Southeast Asian colleagues, something with which those in Eastern Europe, India, China and other economically disadvantaged locations have long had to contend.

We in IPA may not be able to do much about macroeconomic realities or the availability of drugs, but there is a lot we can do to assist with education, interaction with our peers, and facilitation of opportunities for exchange and study. Our visiting scholar and sponsored member programs are of particular value in this regard and I commend the latter to you when next renewing your membership (please see page 14).

Vijay Chandra has given much thought to methods of involving psychiatrists from developing countries in IPA at an affordable price. I hope you will hear more of his ideas on this topic from IPA and IPA Bulletin in future. I was fascinated by his article on dementia in India and I hope you will be too. Other contributions from around the globe highlight the situation in Japan and Ireland while from the USA we have what I expect to be the first of a regular series of nursing contributions from the profession that is numerically the largest in our area and indisputably in the front line of care provision.

Elsewhere in this equinoctial number, Diego Deleo and colleagues offer a fresh point of view on psychotherapy in later life. Joel Eleazar reviews what should be a stunning IPA Congress in Vancouver next year, and Rob Stewart reports on the extremely successful Istanbul joint meeting held in May. Some reports from IPA committees and task forces, many of which were presented to the Board of Directors in Turkey, are summarized for the information of members. In an expanded

IPA BULLETIN

News magazine of the International Psychogeriatric Association

TABLE OF CONTENTS

| | |
|---------------------------|----|
| Editor's Note | 2 |
| Meeting Reports | 4 |
| IPA News | 7 |
| Point of View | 9 |
| Nursing | 11 |
| Around the World | 13 |
| Research & Practice | 17 |
| Culinary Corner | 21 |
| New Books | 22 |
| Related Meetings | 24 |

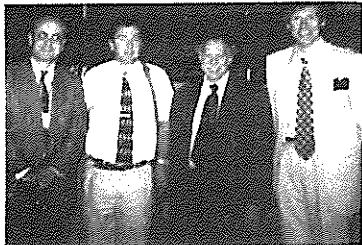
ISTANBUL: IDEAL SETTING FOR A MEMORABLE MEETING A REPORT ON THE JOINT MEETING OF IPA AND THE TURKISH SOCIETY OF PSYCHOGERIATRICS, MAY 1998

ROBERT STEWART

As the venue for an international academic meeting, it is difficult to think of anywhere quite as appropriate as Istanbul, a city that uniquely spans two continents and which, as the capital of two of the longest lasting empires in history, has been a center of learning and a melting pot of diverse cultural influences for millennia. As shining glass elevators hummed their way up and down the soaring Polat Renaissance Hotel, it was difficult to say that history exactly looked down on us, but history was only a shortish coach ride away.

Added relevance for old age psychiatry came, as Barry Reisberg reminded us, from Arataeus of Cappadocia (now Turkey), who provided the earliest surviving suggestion of old age as a cause of dementia -- missing out on a Medline citation by the odd millennium, but surely an emeritus IPA directorship would be in order as compensation?

Perhaps one of the most rewarding aspects of the care of older people is the wealth of experience and detail recounted in the life stories we are told. It was therefore fitting that the first full day of the conference commenced with a biography, that of the French psychiatrist de Clérambault. Known to many of us through his description of erotomania, he was (as eloquently revealed by our past president Raymond Levy) also a complicated man in



Engin Eker, meeting chair, IPA secretary Alastair Burns, IPA president, Barry Reisberg, and IPA member Richard Ham were among more than 400 attending the joint meeting in Istanbul.

whom a number of factors appeared to combine to precipitate a depressive psychosis and his subsequent suicide at the age of 62.

Throughout the proceedings a number of themes could be seen emerging and, given the diversity of our backgrounds, it was not surprising that cross-cultural experiences were among the most prominent. An overview of work examining cognitive performance and dementia in different international settings, presented by M. Richards, was complemented by

James Lindesay's account of UK research examining cognitive performance in elderly Gujarati and European-born subjects, raising the possibility that education, rather than ethnicity, accounts for most of the observed differences in performance. Low service uptake by ethnic minority elders had been the initiating factor for the latter study, and research exploring this issue in a memory clinic service in Melbourne, presented by David Ames, demonstrated higher levels of burden and less utilization of services in carers of non-English-speaking subjects.

Cross-cultural research on affective disorder moved from the experiences of A. R. Abas in the development of a culturally sensitive depression scale for older Caribbean-born UK residents, to O. Agbayewa's research in Vancouver, finding a combination of ethnicity, immigration and language spoken to account for approximately 20% of the variance in admission rates for depression in old age. Factors associated with migration of the elderly

(Continued on page 4)

النافذة النفسية

تصدر عن مركز الدراسات النفسية والنفسية - الجسدية

قالوا في المجلة:

□ ... لعبت المجلة دوراً هاماً في تسهيل التواصل بين الاختصاصيين العرب وكلمة حق تقال ان هذه المجلة نالت تقدير واعجاب العديد من الاختصاصيين والدكتاتورة والباحثين والقراء في الوطن العربي...
أ. د. فيصل خير الزراد

مجلة الطب النفسي - ايلول ١٩٩٧

□ ... ان المجلة ومنذ صدورها تحافظ على تنوع مواضيعها وتوزيعها على فروع الاختصاص (عيادي وتنميوي ووقائي وسكلاري... الخ).

أ. د. عبد الرحمن العيسوي
الأثار في ٢٠/٧/١٩٩٧

□ ... اتخاذ قسم العلوم السلوكية بكلية الطب / جامعة عدن. قراراً باعتبار ملفات «الأسس الاحيائية للسلوك» «الطب النفسي - الجسدي» المنشورة في مجلة «الثقافة النفسية المتخصصة» كمراجعة عربية مقررة في مادة علم النفس الطبي...
أ. د. معن عبدالباري قاسم

جامعة عدن

□ ... نورد ابلاغكم باعجابنا الشديد بالمستوى الرأقي والجاد للمجلة...
أ. د. صفت فرج

رئيس تحرير مجلة دراسات نفسية

□ ... من حسن الحظ ان تعي مجلة الثقافة النفسية المتخصصة اهمية التوثيق في مجال العلوم النفسية في عالمنا العربي فمن مقابلة العدد ومعاجم المجلة... الخ. وهي قد توجهت هذه الجهود التوثيقية باصداراتها «الدليل النفسي العربي»... الخ

أ. د. فرج عبد القادر طه
عضو المجمع العلمي المصري



INTERDISCIPLINRY PSYCHOLOGICAL CULTURE

CULTURE PSYCHOLOGIQUE INTERDISCIPLINAIRE

Editorial Secretary

Monla. B.

مدير التحرير

باسمة منلا

Editor in chief

Naboulsi, M.

رئيس التحرير

محمد أحمد النابلسي

الهيئة الاستشارية Editorial Board

Khaled. A. A. (Et)

أحمد عبدالحلاق - جامعة الكويت وجامعة الاسكندرية

El Radi. O (SAR)

أسامة الراضي - رئيس الجمعية الاسلامية العالمية للصحة النفسية

Moussong. E-K (H)

اليزابيت موسون - معهد الاختصاصات العليا/بروبيست

Abou Azaim. J (ET)

جمال أبو العزائم - مركز أبو العزائم للطب النفسي / القاهرة

Turky. J. (T. N)

جمال التركي - استشاري الطب النفسي - صفاقس / تونس

Bechai. J. (U.S. A)

جيمي بيشاي - مستشفى المغاربة القدماء / بنسفانيا

Aschwal. A. (E. T.)

عادل عز الدين الأشول - رئيس مركز الإرشاد النفسي / القاهرة

Owidat A. (Jor)

عبد الله عويدات - كلية العلوم التربوية / الجامعة الأردنية

Kholaidi A. M. (Y)

عبدالغيد الخليدي - كلية الطب / جامعة صنعاء

Dowaidar A. F. (Eg)

عبد الفتاح دويدار - جامعة الاسكندرية / قسم علم النفس

El Hamad, A. R.(SAR)

عبد الرزاق الحماد - رئيس قسم الطب النفسي / جامعة الملك سعود

Saad A. (SYR)

علي سعد - عميد كلية التربية / جامعة دمشق

Zayour A. (E. T.)

علي زبور - الجامعة اللبنانية

Sandiouni F. (E. T.)

فاروق السنديوني - الجامعة الأمريكية / القاهرة

Hajjar. M. (Syr)

محمد حمدي حجار - الجامعة السورية / دمشق

Chaudahry. M. R. (P. K. T.)

محمد رشيد شودري - مركز فونتان هاوس / الباكستان

المحررون

حسن الصديق

نبيل قطان

سلمي المصري دملج

روز ماري شاهين

غادة حروف

مرعي قطربي

سكرتير صحافي

المدير الفني

عبد القادر الأسمري

سمير السوسي

المراجعة اللغوية

محمد قاسم أحمد الحمصي