

الإمكانيات الذهنية

المتخصصة

العدد الحادي والاربعون - المجلد الحادي عشر - كانون الثاني - يناير ٢٠٠٠

المعلوماتية والعلوم النفسية

عناوين موقع الانترنت
الخاصة بالمجالات ومراسيم
البحوث النفسية

المشاركون في العدد

خليل فاضل - سعدية بهادر
فكري عبد العزيز - ليلي كرم الدين
عادل المدني - محمود رشاد
محمد الجارحي - جمال التركي
محمد ابو عليا - انور الجرالية
محمد حمدي الحجار
فيصل محمد الزراد
محمد احمد النابلي

في المدار

- علم النفس حول العالم
- مقابلة مع الدكتور خليل فاضل
- الدمية مفتاح شخصية الطفل
- التقرير العالمي للعلوم الاجتماعية
- مكتبة الثقافة النفسية
- قائمة المسج الذهاني
- المعلوماتية والعلوم النفسية
- اتجاهات العنف الاسري
- السلوك الجنسي القهري
- علاج اضطراب الشخصية الحدي
- المشفى النفسي النهاري
- سيكوسوماتيك الاكتئاب
- الدماغ والخيانة الزوجية
- عسر القراءة والذكاء الصانع
- البحوث الاجنبية
- نوادي الانصات

دار النهضة الفريدة

للطباعة والنشر
مبعدون - ص. ب. ٣٢٩



مدير التحرير

أ. د. باسمة الملا

رئيس التحرير

أ. د. محمد احمد النابلي

الهيئة الاستشارية

- | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| أ. د. فاروق السنديوني (استراليا) | أ. د. اليزابيت موسون (المجر) |
| أ. د. عادل الأشول (مصر) | أ. د. جمال ابو العزائم (مصر) |
| أ. د. عبد الرزاق الحمد (السعودية) | أ. د. خليل فاضل (انجلترا) |
| أ. د. محمد رشيد شودري (باكستان) | أ. د. انسامة الراضي (السعودية) |
| أ. د. عبد الفتاح دويدار (مصر) | أ. د. علي سعد (سوريا) |
| أ. د. علي زيعور (لبنان) | أ. د. احمد عبد الخالق (الكويت) |
| أ. د. جيمي بيشاي (الولايات المتحدة) | أ. د. عبد المجيد الخليدي (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. باسمة ملا | د. جليل شكور |

المراجعة اللغوية مكتب التدقيق اللغوي

- | | |
|-----------------------|----------------|
| سكرتير صحفي | المدير الفني |
| أ. عبد القادر الأسمري | أ. سمير السوسي |

الثقافة النفسية

المتخصصة

العدد

الحادي والاربعون
المجلد الحادي عشر
كانون الثاني ٢٠٠٠

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

ان المقالات المنشورة
تعبر عن
رأي كاتبها

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

تلفون: ٧٤٣١٦٦ - ٧٤٣١٦٧
برقية: دانهضة ص. ب: ٧٤٩ - ١١

مدير التحرير

أ. د. باسمة متلا

رئيس التحرير

أ. د. محمد احمد النابلي

الهيئة الاستشارية

- أ. د. فيلزابيت موسون (المجر)
أ. د. عادل الاشول (مصر)
أ. د. خليل فاضل (انجلترا)
أ. د. محمد رشيد شوردي (باكستان)
أ. د. اسامة الراضي (ال سعودية)
أ. د. فيصل الزداد (الامارات)
أ. د. علي زيزعور (لبنان)
أ. د. أحمد عبد الخالق (الكويت)
أ. د. جيمي بيتشاي (الولايات المتحدة)
أ. د. عبد المجيد الخليدي (اليمن)

المهروون

- د. روز ماري شاهين
د. سامر رضوان
د. نبيل قطان
د. باسمة متلا
د. غادة حروق
د. اسعد دندشي
د. حسن الصديق
د. جليل شكور

المراجعة اللغوية مكتب التدقيق اللغوي

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

الاشتراك السنوي:

- لبنان والدول العربية: ٤٠ دولاراً
أوروبا: ٥٠ دولاراً
أمريكا: ٦٠ دولاراً
للمؤسسات: ١٠٠ دولاراً

لا تدفع «الثقافة النفسية» مكافأة عن المواد التي تنشرها

المحتويات

| | |
|----|---|
| ٦ | □ عزيزي القارئ |
| ٧ | □ الثقافة النفسية في عامها العاشر |
| | □ الابواب الشابة |
| ١١ | - علم النفس حول العالم |
| ٣٤ | - مقابلة العدد / الدكتور خليل فاضل |
| ٣٩ | - قضية العدد / الدمية مفتاح شخصية الطفل |
| ٤٢ | - الندوات والمؤتمرات / |
| ٤٨ | - مكتبة العدد / |

□ البحوث الاصلية

- قائمة المسح الذهاني / المد니 ورشاد والجارحي ٥٣
- المعلوماتية والعلوم النفسية / جمال التركى ٦٣
- اتجاهات ومناهي لفهم العنف الاسري / محمد ابو عليا ٨٨
- السلوك الجنسي القهري / محمد محمود رشاد ٩٢
- العلاج الحديث لاضطرابات الشخصية الحدودية / محمد حمدي حجار ٩٦
- المشفى النهاري للمرضى النفسيين / فيصل الزراد ١٠٢
- ٦ L'Ecoute de l'Adolescent Lycéen et Etudiant/Professeur Anouar JARRAYA

في المجلة عند جهوزيتها. ونرجو من كافة الزملاء العرب العاملين في مجال ربط الاختصاص بالمعلوماتية موافاتنا بانتاجهم وبحوثهم واعلاناتهم.

تغير آخر سلاحظه عزيزي القارئ في هذا العدد حيث تبوب المجلة سوف يصبح على النحو التالي:

- ١ - الابواب الثابتة، وهي ابواب عضوية في هيكلية المجلة ومطلوبة باصرار من قبل قرائها. لذلك ارتئينا البقاء على الابواب التالية:
١ - علم النفس حول العالم و٢ - مقابلة العدد و٣ - قضية العدد و٤ - الندوات والمؤتمرات و٥ - مكتبة العدد.

وب - البحوث الاصيلية، وهي بحوث عربية اصيلة ومحكمة. ونشر منها في هذا العدد:
١ - قائمة المسم الذهاني و٢ - المعلوماتية والعلوم النفسية و٣ - اتجاهات ومناهي لفهم العنف الاسري و٤ - السلوك الجنسي القمري و٥ - العلاج الحديث متعدد الاساليب للاضطرابات الشخصية الحدودية و٦ - المشفى النهاري للمرضى النفسيين وج - البحوث المترجمة ود - البحوث الاجنبية.

وعلى امل اللقاء في العدد القادم كل عام وانت بخير عزيزي القارئ.

هيئة التحرير

عقد كامل من الزمن امضيناه معًا عبر صفحات هذه المجلة. التي تلقت من الشحنات الترجمية ما كان جديراً بتتأمين استمراريتها. وجاءت هذه الشحنات بوسائل مختلفة ومن مصادر متعددة. وكانت انت عزيزي القارئ الداعم الرئيسي لهذه الاستمرارية.

وها نحن ندخل معك الى الالفية الجديدة بما تنطوي عليه من مفاجآت ومن وعود التغيير والتطور الخامضة. وهو غموض يستثير لدينا الاسئلة واولها سؤال ما اذا كانت قدراتنا المحدودة، على صعيد المركز كما على صعيد الباحثين المتعاونين معه، ستسمح لنا بممارسة اجراء الراهن العالمي. وتبقى المحاولة حقاً من حقوقنا.

واولى خطوات هذه المحاولة تتمثل في بحث يقدمه عضو الهيئة الاستشارية الزميل جمال التركي (تونس) حول «المعلوماتية والعلوم النفسية». ومع هذه الخطوة خطوات طموحة اخرى من بينها تطبيقات معلوماتية في ميدان الاختصاص المختلفة باللغة العربية، كمثل الاختبارات وتصنيف الامراض وقوائم العوارض... الخ.

كما تتضمن خطتنا لهذا العام نشر شرائط كاسيت وافلام فيديو وبرامج حاسوبية في مواضيع تطبيق الاختبارات والعلاج الاسترخائي والضغط بالأصابع والعلاج بالبرمجة اللغوية - العصبية... الخ. على ان يجري الاعلان عنها

الثقافة النفسية في عاًماً العاشر

بمناسبة مرور عشر سنوات على صدور المجلة عقدت في جامعة بيروت العربية ندوة للاحتفال بهذه المناسبة، رعى الندوة رئيس الجامعة أ.د. فتحي ابو عباده وادارها عميد كلية الآداب في الجامعة أ.د. فتحي ابو راضي. وتحدد فيها مدير عام وزارة الثقافة والتعليم العالي في لبنان الاستاذ محمد ماضي والدكتورة روز ماري شاهين الاستاذة في الجامعة اللبنانية وثائب رئيس الجمعية اللبنانية للدراسات النفسية.

بدأت الندوة بالوقوف دقيقة صمت حداداً على فقيد الاختصاص البروفسور سليم عمار. ثم اعرب العميد ابو راضي عن سرور الجامعة باقامة هذه الندوة ثم قدم للمنتدبين.

١ - كلمة د. روز ماري شاهين (النص المرفق وبعده).

٢ - كلمة مدير عام الوزارة أ. محمد ماضي (النص المرفق وبعده).

الغربية مع الواقع العربي، ومن ناحية أخرى، وضع القوانين التي تفتقر لها بعض الدول العربية والتي تتضمّن مهنة العلاج النفسي وتضع حدأً لفرضية العلاج وانتشار الشعوذة المستترة بالعملية.

ولقد استحقت هذه المجلة موقعها الاكاديمي الحالي بجدارة. فقد تمكنت من تحقيق فقرات غير مسبوقة في عالم الصحافة العلمية العربية. ومن أهمها نذكر:

١ - الحفاظ على دور الوسيط بين العلوم النفسية وعدم الانحياز لاي منها، مع الانفتاح على تطبيقات هذه العلوم في مختلف ميادين النشاط الانساني. كمثل النقد النفسي للادب والفنون، والتحليل النفسي

اختتمت الندوة بتقديم درع تقديرى لمؤسس المجلة ورئيس تحريرها الدكتور محمد احمد النابسى. قدمه الاستاذ محمد ماضي. وقدم العميد ابو راضي درعاً تقديرياً الى دار النهضة العربية، ناشرة المجلة وموزعتها في لبنان والعالم العربي.

الثقافة النفسية وأنجازات سنوات عشر

في الاول من كانون الثاني (يناير) من العام ١٩٩٠ اتسعت الساحة العلمية العربية فافسحت مكاناً لمولود جديد كان العدد الاول من مجلة «الثقافة النفسية». واحتوت افتتاحية ذلك العدد توجه المجلة وحددت اهدافها ومن أهمها الدعوة الى تعاون الاختصاصيين العرب لقيام المدرسة العربية للطب النفسي ولعلم النفس التي وحدتها تستطيع، من ناحية تكيف مبادئ المدارس

(٤) القيت في ندوة جامعة بيروت العربية بمناسبة مرور عشر سنوات على صدور مجلة الثقافة النفسية المتخصصة.

- العدد ٢٥ الذي خصص لعروض الكتب الصادرة بالعربية من مؤلفة ومترجمة.
- وآخرًا العدد ٣١ الذي خصص لأفضل الرسائل الجامعية العربية في العلوم النفسية.
- ٧ - كما أصدرت المجلة سلسلة كتب الثقافة النفسية وهي:
- كتاب عيادة الاضطرابات الجنسية - جاك واينرغر.
 - كتاب نظريات حديثة في الطب النفسي - اليزابيث موسون.
 - كتاب سيكوسوماتيك الهيستيريا - بيار مارتي ومشاركين.
 - كتاب الضغط بالاصابع - يوكيكو آرو.
 - كتاب الصدمة النفسية - علم نفس الحروب والكوراث - مجموعة باحثين.
- وتخرّج المجلة بان هذه المواضيع طرحت للمرة الأولى باللغة العربية وسجلت للمجلة سبقاً علمياً، مما جعل من كتب هذه السلسلة مراجع اكاديمية متداولة في مختلف الدول العربية.
- ٨ - استطاعت المجلة لجائزه نفسية عربية تحت سمى «جائزة مصطفى زبور للعلوم النفسية» وهي جائزة سنوية بدأ المركز منحها ابتداءً من العام ١٩٩٦. وهي قد منحت لغاية اليوم إلى الأساتذة الدكتورة:
- ١ - علي سعد (عميد كلية التربية - جامعة دمشق).
 - ٢ - عدنان التكريتي (مؤسس اتحاد الاطباء النفسيين العرب).
 - ٣ - محمد عثمان نجاتي (عن تاريخه العلمي).
 - ٤ - وفراج عبد القادر طه (عضو المجمع العلمي المصري).
- السياسي والاقتصادي... الخ.
- ٢ - المعاصرة التي واكتبتها المجلة عبر ابواب ثابتة هدفت لوضع الشعراء في الاجواء الراهنة للاختصاص. ومن هذه الابواب:
- علم النفس حول العالم: الذي ينقل اخبار البحث النفسية ونتائجها.
 - مقابله العدد: وفيها يعرض الضيف لتياره او المدرسة او الواقع الاختصاص وازماته واحتياجاته.
 - مكتبة المجلة: التي تقدم عروضاً لأحدث كتب الاختصاص من عربية واجنبية.
- ٣ - لعبت المجلة دور قناة الاتصال بين الاختصاصيين العرب وبينهم وبين مشاهير الاختصاص الاجانب، حتى قامت ابحاث مشتركة بين هؤلاء الاختصاصيين لعبت المجلة ايضاً.
- ٤ - الدور التوثيقى الذي توجّهه المجلة بإصداراتها (الدليل النفسي العربي) الذي تضمن الاجزاء التالية: الاطباء، الاختصاصيين النفسيين، الجامعات، والجمعيات والمراکز والمجلات النفسية العربية.
- ٥ - شكلت المجلة مصدرًا للمعلومات غيرها واسع النطاق وسخرت له علاقات المركز الذي يصدرها على الصعيدين العربي والعالمي.
- ٦ - عبر سنواتها العشر اصدرت المجلة مجموعة من الاعداد الخاصة وهي:
- العدد الثاني الذي خصص لاعمال المؤتمر العالمي الثامن للطب النفسي.
 - العدد العاشر الذي خصص لاعمال مؤتمر نحو علم نفس كاملة.
 - العددان ٢١ و ٢٢ وقد خصصا لاعمال مؤتمر «مدخل الى علم نفس عربي» كاملة.

للفتي فيه قول الكاتب: «... إن هذه الدراسة تنسجم وتوجهات مركز الدراسات النفسية (مدن) الذي كان لي شرف ارئاهه ورؤاسته. هذه التوجهات تهدف الى آنسنة علم النفس واخراجه من ابراج عاجية وهمية ومن اسوار اكاديمية مصطنعة، خصوصاً «ان المبدع هو عالم نفس...» الى ان يقول: «... ان الطفل يبقى كامناً في نفس البالغ، متتحكمـاً بلا وعيه... (المـ يقل فرويد إن الطفل هو ابو الرجل)... من هنا اقبال البالغين على قراءة مجلـات الاطفال، حتى كتب المحرر على غلاف احدى هذه المجلـات: مجلة للجميع من ٧ الى سن ٧٠ سنة».

انتهى كلام الكاتب.

من هذا المقال، نستنتج الملاحظات التالية:

- ١ - ان الدكتور محمد احمد النابلي هو مؤسس ورئيس مركز الدراسات النفسية.
- ٢ - انه يؤمن بآنسنة علم النفس واخراجه من ابراج عاجية مصطنعة.
- ٣ - ان المبدع هو عالم نفس ايضاً، ويعطي مثلاً على ذلك مؤلفات الأديب دوستيوفيسكي، التي استوحى منها العالم «سويندي» نظرته في الوراثة والتحليل القدري.

هذا المثال هو تأكيد من الدكتور النابلي، على ان المبدعين، يغوصون في اعمق النفس البشرية، ويكتبون اختجاجاتهم حول ما يلاحظون.. ثم يستنتاجون اقوالاً وافعالاً وتصرفات، يضمنونها اعمالهم الروائية او الادبية او الشعرية.. وبذلك تصبح كتابات المبدعين واعمالهم مراجع لعلماء النفسy والدارسين للحالات النفسية الخاصة.. هكذا يسبق الشعراe والادباء العلماء في التخيل والتوقع والرؤيا...

٤ - يتكلم عن الطفل الكامن في الرجل البالغ المتتحكم بلا وعيه.. وهي حقيقة علمية يلاحظها كل انسان ناضج، اذا ما دق موضوعياً، في نزعاته الخاصة

بهذه اللمحـة الموجزة عن نشاط المجلـة ونأمل ان تكون قد قدمـنا موجزاً موحـياً عن انجازاتها وعن الخدمات التي قدمـتها لقرائـها على امتداد عقد التسعـينيات. هذه الانجازـات التي تدفعـنا لتقديـم الشـكر الى جميع الذين ساهمـوا فيها ودعمـوا استمراريتها، حيث تضمـ قائمة المعاونـين مع المجلـة اكـثر من مئـتي اسـم من الاختصاصـيين العرب والاجـانب فشكـراً لـكل هؤـلاء وتحـية الى دار النـهضة العـربية النـاشـرة للمـجلـة والـجـاهـدة لاـيـصالـها الى مـختلفـ الدولـ العربية.

د. روز ماري شاهين

نائب رئيس الجمعية اللبنانية
للدراسات النفسية

**كلمة مدير عام الثقافة والتعليم العالي
محمد ماضي،**

**في الندوة المقامـة بـمناسبة مرور عشر سنوات
على صدور مجلة
«الثقافة النفسـية المتخصصـة»، رئيس
تحريرها الدكتور محمد احمد النابلي،
وذلك في قاعة جمال عبد الناصر في جامعة
بيروت العربية
الساعة الثانية بعد ظهر يوم الثلاثاء
الواقع فيه ٢٣/١١/١٩٩٩**

آخر ما قرأـت للـدكتـور محمد اـحمد النـابـلي، كان مـقالـاً في جـريـدة الانـوار الصـادرـة بـتـارـيخ ٢٠ تـشـرين الثاني ١٩٩٩، في زـاوية «قضـايا ثـقـافية» بـعنـوانـ: (مـطالـعة في «الـلـعب والتـمـثـيل»)... وهو مـقالـ عنـ كتاب لـلـاستـاذ مـوسـى مـرـعبـ.

قدوة لطلابنا الجامعيين، وتلامذتنا الثانويين، وكل متوفقٍ لبناني عظيم...

محمد احمد النابسي:

ايها المتصومع في محارب العلم.. المشع نوراً كوكب دري.. تذوب اقلامك كما تذوب الشموع.. وتبقى علمًا شامخاً يتسامق رفعه وسموا... ايها المعالج لنفس مكتوبة.. تعيد اليها البهجة والسعادة والتفاؤل.. تقدّم طلابك في مسارات المعرفة.. ترشدهم الى الحقائق، وتزرع في نفوسهم حب الاطلاع والاستكشاف والاستكناه، تعلمهم الاسرار، تسلّمهم مفاتيح المهنة، وتبلغ اليهم ان العلم شفاف، وان الشخص رائد، وان الموضوعية سبيل المعرفة الحقة...

مثلك من تتبع شهرته حدود الوطن.. ومن يفيد من علماء الغرب ويفيدهم.. يتلقى ويعطي فتأخذ ذورة العلم مجرها ويكون للانسانية معناها.. وللإنسان ابعاد المترنحات والرجال...

جامعة بيروت العربية، يا حصن المعرفة وسبيل العلم.. انت للمنارات اضواء وللأجيال مرشد.. تقييمين الندوات العلمية، والنشاطات الثقافية، في اطار موسنك الثقافي، وبمناسبة بيروت عاصمة ثقافية للعالم العربي ١٩٩٩، وتخريجين النابغين المبدعين...

وزارة الثقافة والتعليم العالي تقدر موقع جامعة بيروت العربية.. وتفاخر بنشاطاتها ونتائجها البحثية، ومستوى درجاتها العلمية.

وفي أسبوع الاستقلال.. تتطلع معاً الى عزة الوطن، بقيادة فخامة رئيس الجمهورية العماد اميل لحود، راعي الثقافة ومشجع العلم وقائد مسيرة الشفافية والتراجمة، وسيادة القانون.. تحياتنا له في عيد استقلال لبنان.

عاشت جامعة بيروت العربية.

عاش لبنان.

وتصرفاته، مقارنة ببنيه الاولى ومسلكيته الطفوئية.

٥ - بعد الشرح الذي قدمه كاتب المقال.. لم يعد طریقاً القول: ان البالغین يقبلون على قراءة مجلات الأطفال.. ولا بد من الملاحظة الجريئة، ان هؤلاء البالغین يستمتعون احياناً كثيرة، بمشاهدة الصور المتحركة، وبعض برامج الأطفال التلفزيونية.

انطلاقاً مما تقدم لاقول، بأن مجلة الثقافة النفسية المتخصصة هي مجلة علمية رائدة، في مجال الابحاث النفسية، ومدارس علم النفس الحديث.. وهي ضرورية لمكتبة كل متخصص بالعلوم النفسية والاجتماعية، ولكل باحث ومؤلف وكاتب في هذا المجال...

من الجملة، الى رئيس تحريرها الدكتور محمد احمد النابسي.. الطبيب النفسي والامين العام للاتحاد العربي لعلم النفس، والاستاذ في جامعة بيروت العربية، اقلوا بان هذا الرجل علامة في میدانه.. واجزم بانه من علماء لبنان الكبار، الذين يؤدون للعلم خدمات جلی، ويرفعون علم لبنان فوق منابر الشرق والغرب، وفي المنتديات العلمية المتخصصة اني وجدت.

كيف لا وهو صاحب القلم الذي لا ينضب.. وهو الباحث الذي لا ينضب...

له ما يزيد عن مئة بحث علمي منشور.

له اربعون مؤلفاً منشوراً.. اخرها كتاب: «سيكلولوجية السياسة العربية».

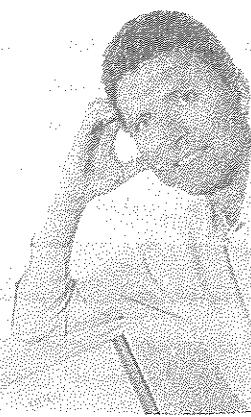
ينشر مقالات نفسية واجتماعية واحياناً سياسية، في الصحف اللبنانية اليومية، هذا عدا عما يقدمه من استشارات لجامعات عربية وجمعيات عالمية..

الدكتور محمد احمد النابسي عالیم عالیم من لبنان.. ومن منشأ طرابلسي شمالي.. من حقه علينا التكريم والتنويه بمؤلفاته، ونشر سيرته العلمية، ليكون



علم النفس حول العالم

إعداد: رمذية نعمان وسناء شطح ونشأت صبور

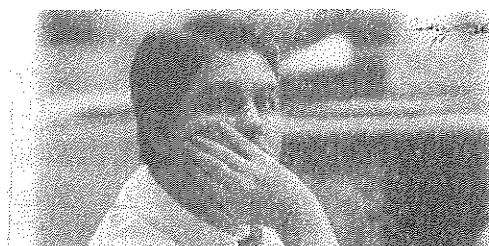


**حدوث
انتكاسة في
حالة المريض
وعودته إلى
وضعه السابق
اثناء فترة
«فطامه» من
الخدر،
ويضيف
الخيرير الفرنسي
 قائلاً: انه**

استخدم مادة الكوكايين اثناء تجاربه والتي ادت الى
توصله الى اكتشافه هذا، ولكن هناك فرصة طيبة في
ان «يعمل» الجزيء مع مخدر الهايروين والخمرة
وغيرها.

سيكوسوماتيك الاكتئاب

العقاقير المضادة للاكتئاب لا تعالج الاكتئاب
فحسب، وإنما يمكنها أيضاً الوقاية من أمراض القلب.
ويعتقد العلماء الذين حققوا هذا الاكتشاف بان تحسن
المزاج هو الذي يصنع الفرق، وليس المفعول المباشر
للعقاقير.



اكتشاف هورثة تسسيطر على الالم المزمن

اكتشف العلماء الامريكيون مورثة جديدة تسقط على دخول الشوارد المعدنية مثل البوتاسيوم والصوديوم الى الخلايا العصبية، وهذا سيساعد في السيطرة على الالم المزمن والصرع في المستقبل القريب، لأن المادن المذكورة لها دور كبير في افراج الشحنات الكهربائية في الخلايا العصبية، وقال ديفيد جونز من جامعة هوبكينز في ميريلاند الامريكية، ان فريقه تمكن من السيطرة على كهربائية الأعصاب المأخوذة من التخاع الشوكي بعد حقنها بالمورثة المكتشفة في الاوساط المخبرية الخارجية.

هذا وقد نشرت الابحاث الجديدة التي اجريت على هذا الموضوع في مجلة «Neuroscience». وسوف يجرِب العلماء المورثة الجديدة على الحيوانات الحية في الاسابيع القليلة المقبلة، واذا نجحت سوف يمكن انتاج ادوية جديدة لمكافحة الالم بنجاح.

اكتشاف جزيء الادمان في الدماغ!

تمكن فريق ابحاث فرنسي من عزل الجزيء بي 897 الذي يقوم مقام مقام المستقبل في الدماغ للمواد المعدنة كالمخدرات، ومستقبل اخر يسمى «دي 3». ويشرح مختص علم الادوية والعقاقير الفرنسي، بيير سوكولوف، اهمية الاكتشاف في مقال في مجلة «طبيعة» العلمية البريطانية، قائلاً ان الجزيء يعيش عن الشعور بالانقطاع عن تعاطي المخدر لدى المدمن، وهذا تأثير من الممكن ان يؤدي الى التخلص من خطر

خلايا الجنين تعالج الشلل الرعاش



خلايا اجنة الخنازير تفتح معانٍ للانسان... لمعوضه عن الخلل الذي يؤثر عليه ويفقده القدرة على التحكم في الكلام والحركة وهو ما يعرف باسم مرض «باركتسون» (الشلل الرعاش) والذي يقدر عدد ضحاياه بالملايين في العالم.

ويتسبّب الشلل الرعاش عن تدهور بطيء في بعض خلايا المخ التي تنتج مادة كيميائية ضرورية هي «دوبيامين» وهذه المادة هي همزة الوصل بين المخ وباقى الجسم فترجم الفكرة الى حركة وهي لهذا مسؤولة عن جمّع الحركات الاساسية ورغم امكانية تعويض المخ بالدوبيامين عن طريق بعض العقاقير الا انها تفقد فاعليتها بعد سنوات قليلة فيصاب المرضى بشلل شبه كامل.

ويصف «جيم فين» (٥١ عاماً) مريض بالشلل الرعاش حالته التي شخصها الاطباء منذ ثلاث سنوات بأنها مرحلة متاخرة لا يمكن معها مساعدته.. فيقول: «كنت لا استطيع المشي خطوة واحدة دون عصا وعند صعود السلالم كنت احياناً اقع لازحف على قدمي. واضطررت لبعض الوقت للجلوس في كرسٍ متحرك». ولكن بعد اجراء الجراحة في مركز يوسف الطبي والتي قام خلالها الاطباء بزرع خلايا أجنة الخنازير في مخ جيم لتعويض الخلايا المصابة التي تنتج مادة «دوبيامين» تحسنت صحته بعد شهور قليلة. وهو يتمكن الآن من المشي بثقة دون مساعدة. عدا وجود عرج بسيط احياناً.

وفي الواقع، فإن الناس الذين يعانون من اكتئاب حاد هم أكثر عرضة يعدل الضعف للموت نتيجة لمرض قلبي، مقارنة مع غير المصابين بالاكتئاب، حتى عندما تؤخذ بعين الاعتبار عوامل الخطير التقليدية الأخرى، مثل التدخين وارتفاع معدل الكوليسترول. وفي الواقع، الاكتئاب هو عامل خطير أكبر من التدخين.

في العام ١٩٩٦، حاولت دومنيك مسلمان وزملاؤها في جامعة ايوري في اتلانتا، بولاية جورجيا الاميركية، معرفة ما إذا كان الاشخاص المكتئبون معرضين لخطر امراض القلب، لأن لديهم مستويات أعلى من اللويحات الدموية الزلقة، يحدث تخثراً في الدم.

وقد تفحص الباحثون عينات دم من مجموعة اشخاص مكتئبين، ومجموعة اشخاص اصحاء، وتبيّن لهم ان مستوى اللويحات الزلقة لدى المكتئبين يزيد بنسبة ٤١ في المائة عليه لدى الاصحاء.

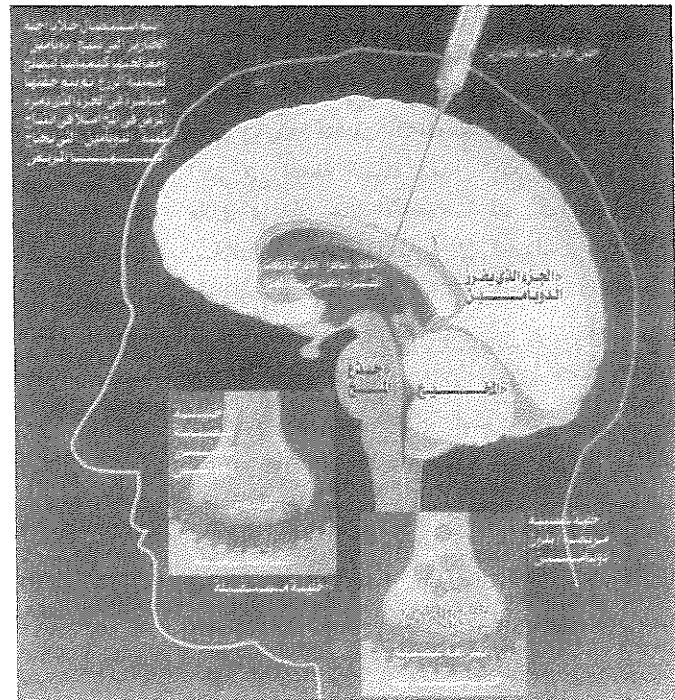
والآن، أثبت فريق الباحثين ان العقاقير المضادة للاكتئاب يمكنها ان تخفض مستوى اللويحات الزلقة في دم الاشخاص المكتئبين. وخلال تقرير علمي عقد في واشنطن في منتصف مايو (ايار)، قالت مسلمان: «العلاج يخفض مستوى لزوجة اللويحات».

ولكن هناك سؤالاً كبيراً يبقى قائماً: هل هذه العقاقير تخفض مستوى لزوجة اللويحات مباشرة، أم ان حالة عقلية أكثر سعادة هي التي تحقق ذلك؟

من أجل معرفة حقيقة الامر، يعكف الفريق على اجراء دراسة تكميلية. وتحوي النتائج الاولية ان الاشخاص الذين لا يبلغون عن اي تحسن في مزاجهم بعد تناولهم العقاقير المضادة للاكتئاب، لم يظهر لديهم ايضاً انخفاض ذو مغزى في مستوى لزوجة اللويحات.

في المقابل، انخفض مستوى لزوجة اللويحات لدى الاشخاص الذين تحسن مزاجهم. وتحوي هذه النتائج بأن تحسين المزاج هو مفتاح السر.

تمو في مخ المريض. ولكن العقبة التي تواجه الباحثين هي ضرورة الحصول على الخلايا المزروعة من الأجنحة البشرية التي تتعرض للالجهاض. وهو اسلوب قد يهدى غير اخلاقي للبعض. ولكن لأن الجراحة تمنع املاً كبيراً فان العلماء يدرسون زراعة خلايا اجنة بشرية لعلاج مرض «باركتسون» رغم ان هذه الخلايا لا بد من زراعتها فور الحصول عليها وهي ليست متوفرة دائمآ. ولتفادي هذه العقبة لجأ الباحثون في بوسطون لاستخدام خلايا الخنزير.. فأثناء تحمل من الخلايا ما يكفي لعلاج مريض واحد. ولأن الخنازير تتشابه مع الانسان من الناحية الفسيولوجية.. فهي تمثل مصدراً مثالياً للخلايا. وقد



سبق من قبل توقع الخنازير لصافي الحرق وزرع خلايا كبد الخنزير لمن يعانون فشل في الكبد. والمشكلة الكبرى التي تواجه عمليات الزرع هي رفض الخلايا الجديدة لأن الجسم يتعرف على خلاياه الاصلية وبهاجم الدخيلة عليه وادوية منع لفظ العضو المزروع رغم فاعليتها الا ان لها آثاراً جانبية منها اضعاف جهاز المناعة فيصبح غير قادر على مواجهة العدو و قد تؤدي الانفلونزا مثلاً بحياة شخص يعيش على تلك الادوية. ولكن في حالة زرع الخلايا فقط فأن الامر يسير لأن مستقبلات الخلايا التي تبادر برفض العضو الغريب موجودة في الطبقة الخارجية التي تغلف جميع اعضاء الجسم ومعظم هذه الطبقة يتم ازالتها عند زرع الخلايا وحدها. وتشير الدراسات التي اجريت على الحيوانات ان الخلايا المزروعة يتحملها الجسم لفترة يعكس الاعضاء الكاملة التي ينادى بلفظها. ولكن على المدى الطويل يتولد الخطر حينما تتكاثر خلايا المناعة

هذه الجراحة اجريت على 11 مريضاً اخر وتم بتحدير موضعي لمدة ساعتين ونصف اثناء حقن الخلايا وتم خروجهم من المستشفى في اليوم التالي وقد ابدي نصف هؤلاء المرضى تحسناً ملحوظاً واصبح الستة الآخرون اكثر قدرة على التحكم في أدائهم الحركي.. الغريب ان هذا التحسن لا يؤكّد بالدليل القاطع ان خلايا الخنزير غرسـت جذورها في مخ المريض اذ ان رسم المخ لم يظهر كمية اكبر من مادة «دوبيمين» عن تلك التي رصدها قبل الجراحة! وفي محاولة لمعرفة ما يحدث داخل مخ المريض تجري حالياً تجربة زراعة خلايا الخنازير على 26 مريضاً بالشلل الرعاش في مراكز طبية مختلفة في الولايات المتحدة حيث يزيد مرضى «باركتسون» عن مليون شخص. وقد بدأ الباحثون السويديون تجاربهم بزراعة خلايا مخ بشري لدى مرضى باركتسون منذ اقل من عشر سنوات. وقد ثبت ان الخلايا المزروعة تفرز دوبامين وتسد الثغرة التي

الجنسين لديهما حجم دماغ واحد، مع الاخذ بعين الاعتبار نسب احجام قامتهما. ولكن بعد ان حلل فالك بدقة احصاءات في شأن حجم الدماغ البشري، ووضع قوسا بيانيا، اكتشف ان ادمغة الرجال هي في المتوسط اكبر من ادمغة النساء بمعدل اربع اونصات. ويشتبه فالك في ان هذا الاختلاف قد يكون مرتبطا ببل اسلافنا الرئيسيات (اعلى رتب الحيوانات الثديية) الى المغازلة.

وقد اكتشف فالك ان ذكور الريض (القرد الهندي الصغير قصير الذيل)، لديها ادمغة اكبر من ادمغة الاناث، مثلما هي حال البشر، في حين ان اناث وذكور الجبون (قرد رشيق الحركة) لديها ادمغة متساوية. غير ان ذكور الريض تهجر مجتمعتها العائلية في سن البلوغ وتحث عن رفيقات في حين ان الجبون احدى الرواج. وفكرا فالك ان من المرجح الى ابعد الحدود ان العصوبات (الوحدات العصبية) الاضافية في ادمغة ذكور البشر والريض مكرسة للمهارات البصرية - المكانية، مثل المصور الجغرافي، والتمييز بين اليمين واليسار، وتعاقب الارقام في الذهن - وكلها قدرات مفيدة تساعده على تلمس الطريق عبر اماكن غير مطروفة بحثا عن شريكات. ويعتقد فالك انه ليس من قبيل المصادفة ان الرجال يتفوقون دوما على النساء في اختبارات هذه المهارات. وهو يقول: «نعتقد بان دماغ الذكر لديه عدة اكبر للتعامل مع الرسوم البيانية تماما مثل كمبيوتر زيدت قوته».

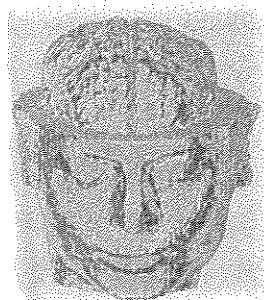
ثم اضاف: «ولكنني عرفت في الحال ان هذا لا يمكن ان يكون لأن الرجال اكثر ذكاء من النساء».

الضغط والذاكرة

يقول علماء النفس ان الضغط النفسي الشديد، مثل ذلك الذي يعني منه لاجئو الحروب، يمكن ان يضعف الذاكرة بدرجة كبيرة خلال فترة لا تزيد على اربعة ايام. وقد وجدوا ان هرمونا هو المسؤول عن هذه الحالة.

بمرور الوقت حول الخلايا المزروعة تندمرها في النهاية. ولهذا توصل الباحثون الامريكيون الى تغليف خلايا اجنة الخنازير ببروتين ليخفيفها عن خلايا المناعة ويحميها من الدمار. وقد تم زرع الخلايا المغلفة في ستة من المرضى الذين اجريت عليهم التجربة في حين تلقى السيدة الباقيون الخلايا غير مغلفة مع تناولهم لعقار يمنع تدمير الخلايا. وحتى الان وبعد مرور ثلاث سنوات لم تظهر اي اعراض لعدم قبول الخلايا في الحالتين. مما يؤكد ان تغليف الخلايا سيعني عن ادوية الرفض. ويوضح العلماء انه ربما «بلورت» خلايا المناعة نفسها على التعرف على الخلايا المزروعة وكأنها اصلية ولهذا لم تقم برفضها. ويسعى الباحثون الامريكيون لتجربة زرع الخلايا في المخ لمرضى الصرع ومرض هانتيجتون (وهو مرض وراثي يصيب المخ). ومن المحتمل ايضاً تطبيق نفس التجربة على مرضى الالم المزمن والسكنة الدماغية وجميعها حالات تحدث عند تدمير خلايا معينة داخل المخ.

الدماغ والخيابة الزوجية



على مر السنين، كان العلماء يتما محكون حول اي من الجنسين يخدع اكثرا؟ والآن، خرج عالم الحفريات البيولوجية بجامعة ولاية نيويورك دين فالك بدراسة تشير الى ان الرجال ربما يكونون هم اكثرا من يخدع، وان هذا قد يكون مرتبطا بحجم دماغهم.

حتى الان، كان الاعتقاد الشائع على العموم هو ان

مثل حشو الدماغ بالمعلومات أثناء فترات الامتحانات، لن تفرز مثل هذه المستويات المرتفعة من الكورتيزول لدى معظم الناس. وبعد ستة أيام من توقف المتطوعين عن تناول الجرعات عادوا إلى تسجيل معدلات متساوية في اختبارات الذاكرة.

وعلق على الدراسة البروفسور جيمس بيرغر، الذي أجرى ابحاثاً على الضغط النفسي والذاكرة في جامعة يال، بالقول إنها أول دراسة تظهر تأثيراً واضحاً في الذاكرة في إطار التسوبيات الطبيعية للكورتيزول في الجسم. وهو يعتقد أن نتائج دراسة نيوكومر يمكن أن تكون لها مضامين أيضاً بالنسبة لحالات ضعف الذاكرة الشديد. وهو يقول: «فقد الذاكرة له أساس بيولوجي. والكورتيزول مرشح قوي لكي يكون السبب».

ارق



المستين

معظم النظريات التي تحاول تفسير لماذا يعاني ملايين المستين من الارق خاطئة، وفقاً للدراسة الجديدة تقول ان الساعة البيولوجية الدماغية التي تضبط تحركات النوم هي ساعة متساوية في دقتها لدى المستين والشبان على السواء.

ويقول الخبر ان هذه الدراسة تفتح آفاقاً جديدة ويمكن ان تساعد العلماء على ايجاد علاجات جديدة للارق.

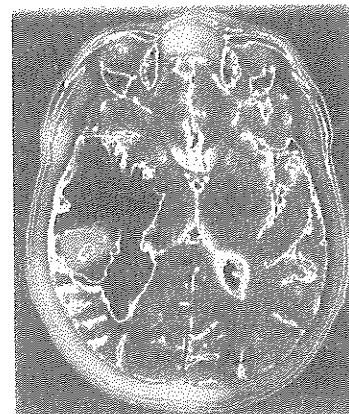
ومن بين ابرز ما كشفته الدراسة، هو ان ساعة

والعلماء سبق ان اكتشفوا ان الضغط النفسي على مدى طويل يمكن ان يؤثر عكسياً في الذاكرة، وان يتسبب حتى في فقدان الذاكرة. ولا احد يعرف على وجه اليقين ما الذي يتسبب في هذه الاعاقة، ولكن كثيرين يشبهون بهمون الكورتيزول، الذي ينشط في الدماغ عندما يكون الناس تحت ضغط نفسى.

ومن اجل القاء بعض الضوء على هذا الامر، اعطي جون نيوكومر وزملاه في جامعة واشنطن لـ ٥١ متطوعاً جرعة يومية من حبوب الكورتيزول لمدة اربعة ايام. وانختلفت الجرعات ما بين واحدة وهمية لجسم من المتطوعين، واخرى صغيرة وثالثة تعادل مستوى الكورتيزول الذي يمكن اكتشافه في دم شخص يفر من قريته المحترقة خلال حرب.

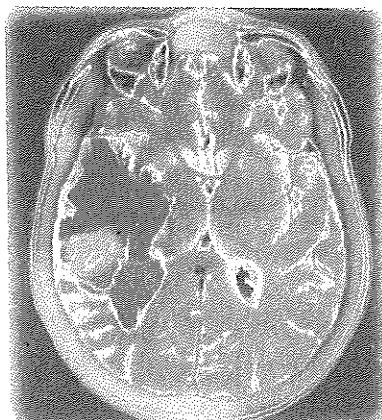
وقبل ان يبدأوا تناول الحبوب، كان افراد المجموعات الثلاث قد سجلوا درجات متساوية في اختبارات ذاكرة. وبعد اليوم الاول، لم يحدث تغير مهم. ولكن بحلول اليوم الرابع، وجد افراد مجموعة الجرعة الكبيرة صعوبة اكبر من الاخرين في تذكر فقرة قصيرة تليت عليهم قبل ٣٠ دقيقة.

ويقول نيوكومر ان النهاية الطيبة هو ان الامر يتطلب اياماً من التعرض للضغط حتى يحدث هذا التأثير في الذاكرة. علاوة على ذلك، فإن ضغوطاً نفسية معتدلة،



وعندما كان الاشخاص موضوع الدراسات يشعلون الضوء، كان ذلك يعطيهم ما يعادل عقاراً يعيد ضبط الساعة. وهذا ما ادى الى اعتقاد بدوره الـ ٢٥ ساعة، التي كانت تعتبر حتى الآن من المسلمات».

الاستروجين والدماغ



اكتشفت دراسة أميركية ان العلاج بهرمونات بديلة أساسها الاستروجين يؤثر في ادمغة النساء اللواتي في سن اليأس. وبين فريق باحثين في جامعة يال بقيادة سالي شافيتز استنتاجهم هذا على نتائج دراسة شملت ٤٦ امرأة.

وقد كشفت اختبارات للذاكرة ان النساء اللواتي تناولن تحضيرات استروجين استخدمن اجزاء معينة من دماغهن بنشاط اكبر من اللواتي اعطين تحضيرات استرضائية. وتقول شافيتز: «اظهرت نتائج بحثنا ان من الممكن تغيير طريقة تنظيم الدماغ، حتى لدى كبار السن».

وقد استخدم الباحثون جهاز مسح مغناطيسي خاص لاستخراج صور لأدمغة النساء بينما كن يفكرن ويستدعن الذكريات. وفي الوقت ذاته، سجلوا زيادة في دفق الدم تبين نشاطاً في منطقة محددة من الدماغ. غير ان شافيتز تبى الى ان نتائج هذا البحث لا

الدماغ التي تضبط النوم تعمل على اساس دورة من ٢٥ ساعة، كما كان العلماء يعتقدون منذ وقت طويل.

ويقول الدكتور تشارلز تشيسيلر، المشرف على الدراسة في جامعة هارفارد: «سيتعين علينا ان نعيد التفكير في جميع التفسيرات التي كنا نقدمها عن الارق».

وعلى الدكتور اندره مونجان، رئيس قسم البيولوجيا العصبية في المعهد الوطني للشيخوخة في واشنطن، بالقول ان الدراسة الجديدة تغير فرضيات اساسية في شأن اسباب الارق بين المنسنين، وسوف تحفز الباحثين على ايجاد حلول جديدة لهذا الاضطراب في النوم.

وقال: «نعرف الان ان قلة النوم ليست وظيفة ملزمة للشيخوخة بحد ذاتها. ونعرف ايضا ان الارق لا يعالج فقط ب مجرد اعطاء حبوب متومة».

وشرح مونجان انه يتبع على الباحثين ان يفحصوا عوامل مثل التعرض لضوء الغرفة، والمرض، والمميزات الوراثية، حتى يفسروا لماذا أصبح الارق جزءاً مزعجاً من حياة ملايين الناس.

وميل الكثيرين من المصابين بالارق الى تأخير وقت الهجوم الى سرير النوم اكثراً فاكثراً، وخاصة في عطلات نهاية الاسبوع، هو الذي كان وراء ما اعتقد العلماء بأنه تكيف طبيعي مع التأثير التراكمي لدورة الـ ٢٥ ساعة الدماغية، و بما ان الدراسة الجديدة تظهر ان الساعة تعمل في الواقع وفقاً لدورة من ٢٤ ساعة، فإن باحثي الدراسة يعتقدون الآن بأن التعرض للضوء هو عامل اهم بكثير مما كان يعتقد بالنسبة لعادة ضبط الساعة واضطراب النوم.

ويعتقد تشيسيلر بان الدراسات التي استنتجت ان البشر لديهم دورة من ٢٥ ساعة ربما تأثرت بعامل التعرض للضوء. وهو يقول: «الضوء اقوى مزامن للساعة البيولوجية».

الإياف عصبية محيطية في التخاخ الشوكي. والآن، طبق كليفورد وولف وسيمونا نيومان من مستشفى ماساشوستس العام في تشارلز تاون مقارنة مختلفة جذريا. فخلال تجربتها على فران المختبر تم جهاز في تحويل عائلة من العصوبونات الحسية في الجهاز العصبي المركزي من حالة عدم نمو إلى حالة نمو، وذلك من خلال قطع الصلات التي تربطها بالجهاز العصبي المحيطي. ويعتقد وولف أن هذا القطع يوقف، بسبب ما، خلية معينة، تقوم بدورها في تشثيط جينات تصدر إشارات نمو.

ويؤكد وولف أنه لا يزال من المبكر جداً التحدث عن شفاء جروح التخاخ الشوكي. ولكن عزل الجينات الناشطة في عملية تجدد الخلايا، وما تنتجه من بروتينات، يمكن أن يجعل بالإمكان يوماً استخدام هذه البروتينات من أجل جعل العصوبونات الشوكية المصابة تنمو مجدداً. وهو يقول: «هذه بداية حقل ابحاث جديد وكبير. وهي تعني أن بإمكاننا تعذية أمل واقعي بتحقيق إنجاز مهم من أجل تجدد التخاخ الشوكي».

وعلى جيري سيلفر، عالم البيولوجيا العصبية في جامعة اوهايو، على البحث الجديد يوصي أنه «مفعى جداً».

وهو يقول: إن الخطوة التالية هي إثبات أن العصوبونات التي يمكن جعلها تنمو من جديد بهذه الطريقة، ستتمكن الحيوانات المصابة من استعادة الإحساس والحركة.

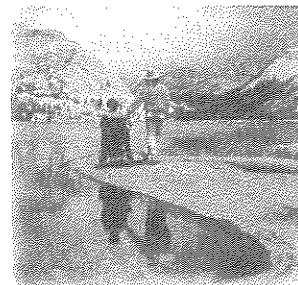
مشروع جيني

في الرابع عشر من أبريل (نيسان)، أطلقت عشر من كبريات شركات الصيدلة في العالم وخمسة من أشهر المختبرات الاتحاد شركات برأس مال قدره ٤٨ مليون دولار، من أجل تنفيذ مشروع يهدف إلى تكوين صورة جديدة للجنس البشري وتطوير نوع جديد من الأدوية.

تعادل توصية إلى النساء بأن يتناولن الاستروجين. وقال: «تناول الاستروجين ينطوي على فوائد ومخاطر في آن واحد بالنسبة إلى النساء في سن اليأس».

ويصف الأطباء العلاج بهرمون الاستروجين ليس فقط لعلاج اعراض سن اليأس. مثل فورات السخونة والتعرق الليلي المفرط، وإنما أيضاً لحماية النساء من تخلخل العظام والأمراض القلبية.

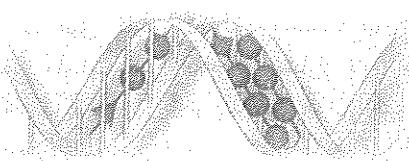
أهل المشلولين



جروح التخاخ الشوكي تسبب في الشلل مدى العمر. كان هذا هو الاعتقاد السائد. أما الان فقد اكتشف باحثان في ماساشوستس أن بإمكانهما جعل العصوبونات (الوحدات العصبية) المصابة تنمو مجدداً بنشاط داخل التخاخ الشوكي. ومع ان هذا الاكتشاف يتطلب سنين عدة من الابحاث، فإنه يشير املاً بأن الاشخاص المشلولين ستتمكنون يوماً من المشي من جديد.

وتقول النظرية السائدة حالياً إن الإياف العصبية المسماة محاور عصبية، الموجودة في الجهاز العصبي المركزي لدى الثدييات البالغة، لا يمكنها أن تتجدد بعد التعرض لاصابة، ولو أن الإياف عصبية محيطية مثل تلك الموجودة في الساقين يمكنها أن تتجدد. وفي السنوات القليلة الماضية، نجح علماء البيولوجيا العصبية في جعل محاور عصبية مركبة تنمو بمقدار محدد، لكن من خلال تغيير الظروف المحاطة بالخلية فقط، مثل زرع

الجاري حالياً بمشاركة علماء ومؤسسات وشركات من أنحاء العالم، يهدف إلى وضع خارطة بالمنظومة الجينية البشرية. ويتوقع أن يطلق لدى المخازن في السنوات القليلة المقبلة تطويراً كبيراً في عالم الطب.



شلالات في الدماغ تضبط السلوك الانساني علاقة الاجهاد بالشرارة

ذكر تقرير اعده عمالان في جامعة يال الاميركية، انه تم اكتشاف الدليل الاول على وجود هورمون مختلف قد يساعد على معرفة الاسباب التي تؤدي بعض الناس إلى الشرارة تحت ضغط الاجهاد مقارنة بالذين لا يأكلون وهم في الحال ذاتها.

ويستند التقرير الى علم الاحياء الذي يأخذ بالتعليلات البيولوجية في تحليل السلوك الانساني والاضطراب الاجتماعي. غير ان العالم النفسي كيلي برونيل قال: «اننا لا نعرف بالضبط مدى تأثير البيولوجيا على السلوك».

وفي التقرير ان بعض الناس يتعلم تقنية تخفيف الاجهاد من غير «فش الخلق» بتناول المأكل بعد اوقات عصبية او ضاغطة في المكتب او في البيت.

والتقرير اعدته اليسا ابيل وكيلي برونيل وقدم الى جمعية الطب السلوكي في نيو اورليانز اول من امس. وفي الدراسة اخضعت ٦٠ امرأة عمداً الى اختبار مدته ٤٥ دقيقة من الضغط والاجهاد عبر قيامهن بمهام مرهقة، ويسمح لهن بتناول وجبات سريعة دسمة ودهنية او وجبات خالية من الدهون.

واعطيت المشاركات معياراً محدوداً من هورمون «كورتيزول» للاجهاد حتى يتمكن الباحثة من معرفة الانعكاسات النفسية والجسدية للمشاركات في الاختبار.

وتبيّن انه مع ارتفاع مستوى «الكورتيزول» الخاص

ان جميع البشر يتقاسمون ٩٩,٩٩ في المئة من الـ ١ الف جينية (مورثة) التي تكون الانسان، في حين انـ ١ في المئة المتبقى هو المسؤول عن الاختلافات بين الناس. ويطلق العلماء على هذه الاختلافات اسم SNPs، وهو اختصار لمصطلح التعددات الشكلية النكليويتيدية المنفردة، وهي عبارة عن تغيرات دقيقة في SNPs الشفيرة الوراثية. ويشمل مشروع اتحاد شركات عزل ٣٠٠ الف على الاقل من هذه التغيرات، التي يمكن ان يكون الكثير منها واسماً جينياً يخلق استعداداً للاصابة بالسكري، او الربو، او امراض وراثية. وفهم هذه التغيرات يمكن ان يؤدي الى تطوير علاجات طبية خاصة لكل فرد على حدة، ويفتح الطريق امام علاجات جديدة.

وباستخدام نوع جديد من ادوات التشخيص، وهو رقاقة الحمض النووي، يفترض ان يتمكن الاطباء في نهاية المطاف من اجراء اختبار بسيط للعباب حتى يعرفوا اذا كان شخص ما معرضاً للاصابة بحساسية ضد البنسلين، او ما اذا كان سيستجيب لعقار افضل من آخر، او ما اذا كان معرضاً اكثر من المستوى الطبيعي لخطر السرطان، او مرض الزهاير، وهذا سيسكنهم من اعطاء العلاج المناسب منذ التشخيص الاول.

ويقول البريطاني مايكل مورغان، احد المسؤولين عن المشروع: «هذه اول ثمرة حقيقة لمشروع تخطيطمنظومة الجينية البشرية، وسيكون لها حفاً تأثير كبيرة».

يذكر ان مشروع تخطيط المنظومة الجينية البشرية

الى استخدام اليد اليمنى او اليد اليسرى. ويررون ان هذا الاكتشاف قد يعني ان استعمال يد معينة هو الذي يوجه خاصية الدماغ بالنسبة الى استعمال اليدين، خلافاً للفكرة التقليدية القائلة ان الدماغ يوجه استعمال اليدين.

وقد استخدمت غليندا ماك كارتنى وزميلها بيت هير، في جامعة الملكة في بلفاست، الامواج فوق الصوتية لمراقبة اولى حركات ايدي لدى ١٧ جنيناً، كانوا بحدود الاسبوع العاشر من نموهم، لمعرفة اليد التي كانوا يحركونها اكثر من الاخرى. وتبين ان حوالي ٨٥ في المئة من الاجنة كانوا ايميين، تماماً كما هي الحال بالنسبة الى البالغين.

ولمعرفة ما اذا كان هذا النمط يتغير في مراحل نمو لاحقة، راقب الباحثان ايضاً ١٧ جيناً خلال فترات فاصلة بين اسبوعهم الثاني عشر والسابع والعشرين. واظهرت الملاحظة انه عندما يظهر ميل لاستخدام يد معينة، فإن هذا الميل يستمر.

واللافت للنظر ان حركات النزاعين تحدث في مرحلة مبكرة جداً من نمو الاجنة، حتى قبل ان يبدأ الدماغ التحكم في الحركة. ويقول هير ان حركات الايدي هي على الارجح نتيجة منعكسات شرطية؛ فليس هناك أي دور يمكن للدفاع في تلك المرحلة المبكرة.

وهذا الاكتشاف يمكن ان يقلب النظرية التقليدية رأساً على عقب. يقول هير: «ما تقرره هو ان حركة ذراع تفضيلية ربما تؤدي الى تطور خاصية دماغ تفضيلية، وليس العكس».

غير ان ماريون آنيت، العالمة في علم النفس التطوري في جامعة لا ياشستر، لم تقنع. وتقول: «اعتقد بأن هذا اكتشاف مثير جداً للاهتمام ولكنني لا اعتقد بأنه يستتبع بالضرورة ان اليد تؤثر في الدماغ. وما يكشفه لنا هذا البحث هو ان هناك شيئاً ما غير متماثل في مرحلة مبكرة جداً».

بالاجهاد خلال تجربة الاجهاد كانت النساء يتناولن وجبات غنية بالدهون.اما اللواتي اكلن وجبات غير دسمة فاظهرن ارتفاعاً قليلاً في معدل «الكورتيزول» تحت ظروف الاجهاد.

«في الواقع لا نعرف هذا الرابط بين هورمون الاجهاد والاكل»، قالت اليسا ايل، واضافت: «لا نعرف ايضاً اذا كانت النتائج ذاتها مطابقة على الرجال».

وذكر التقرير ان النساء بصورة عامة يأكلن الحلويات والطعام وهن تحت اجهاد موقت، فيما يزداد استهلاك الرجال لهذا النوع من الطعام المؤلف من كربوهيدرات (الكالسکر والنشاء).

ويذعن التقرير الى تنظيم سلوك الاكل وضبط الساعة البيولوجية لتوقيت تناول الطعام في ظروف طبيعية وليس تحت عوامل الاجهاد.

ويشير التقرير الى ان شلالات كيماوية صغيرة في الدماغ تنظم سلوك الانسان وتضبطه حيال المأكولات، وان الناس مسيجون بسلامك حادة وتأثيرات جينية توجه ردود فعلهم الفسائية والجسدية، وان خفض الاجهاد والشرارة الى المأكولات هو جزء من برنامج اداري طويل الأمد لتخفيض وطأة الارهاق في الحياة.

الأحسن والأعسر

يقول علماء في ايرلندا الشمالية ان الأجنحة البشرية تظهر منذ اسبوعها العاشر في الرحم ميلاً لاتنا للنظر



خلالها جينية خاصة بهرمون النمو البشري، مستخدمين فيروساً معدلاً. وبعد ذلك بعده أيام، اخرج الباحثون الاجنة وفحصوها، فاكتشفوا مستويات لا يأس بها من هرمون النمو البشري في مجرى دم الاجنة.

وخلالاً للتقنيات الأخرى، فإن هذه التقنية ستحقق العلاج طوال فترة الحمل فقط، وبعد الولادة ستكرر، اذا اقتضت ذلك حالة المواليد. ومع ان هذه التقنية لن تكون ملائمة لكل مرض خلقي، الا ان بول ماكري، من معهد ايروا الطبي، يشير الى انه سيكون من الممكن استخدامها لحقن اي عامل قابل للذوبان، مثل بروتينات التخثر لعلاج الأجنحة المصابة بالنزف. وهو يقول عن نتائج ابحاث فريق سينوت: «انها اكتشاف مهم، وهناك حالات تقتضي حقن عامل مؤقت».

وتعتمد سينوت استخدام تقنيتها لحقن عوامل نمو او انزيمات خلال مراحل مختلفة من الحمل لاكتشاف تأثيرها في مراحل نمو الاجنة. وهي تقول ان هذه التقنية تستخدم في الوقت الحاضر لاغراض البحث اساساً، ولكن سيكون من الممكن استخدامها في المستقبل في علاجات جديدة.

المخ والاحلام الخامدة

علاقة النوم بالاحلام لا تزال غير مفهومة بوضوح كاف، معظم الاحلام تتم في مرحلة الارتعاش السريع للعينين، عندما تكون بعض اجزاء المخ ساكتة تماماً وانحرفي في قمة النشاط.

المناطق الشسطة:

• الجهاز الطرفي:

مصدر العواطف، والغضب، والذاكرة الاحداث البعيدة، وتعطي للاحلام بعد عاطفي ومحضي.

• منطقة خارج الجسم الخطط

تعالج النماذج البصرية المعقدة، مثل صور الوجوه.

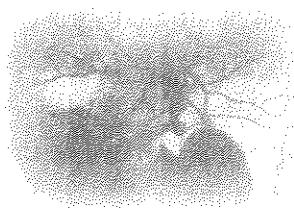
ويعتمد هيبر، الان، اجراء ابحاث أكثر تعمقاً حول اسباب تفضيل استعمال يد معينة في مرحلة مبكرة. وابحاثه السابقة حول تفضيل استعمال يد معينة في مص الابهام تستبعد ان يكون لوضع الجنين في الرحم تأثير رئيس. ويقول ان الاسباب ربما تكمن في مزيج ما من جينات معينة.

علاج عبر المشيمة

يقول فريق باجين اميركيين ان مشيمة فران معدلة جينياً يمكن ان تغذى مجرى دم الاجنة بالهرمونات والازيميات من دون ان تعدل الاجنة ذاتها بصورة دائمة.

وحتى الآن، كان الاعتقاد السائد بان تعديل جينات داخل الرحم هو احد افضل الخيارات الواعدة لعلاج امراض خلقية. وبالفعل اجريت دراسات على الحيوانات شملت حقن فيروسات معدلة في التخط (سائل السلي) او الجنين ذاته، ولكن هذه التقنيات كثيراً ما كانت تفشل في ا يصل ما يكفي من الجنينات، بل كانت احياناً تؤدي الى اصابة الجنين بجروح.

وبدلأً من ذلك، تساءلت ماري كلود سينوت وزملاؤها في معهد سالك للدراسات البيولوجية في لا يولا (كاليفورنيا)، عما اذا كان بإمكانهم الوصول الى الجنين من خلال المشيمة، التي تنقل مواد في مجرى دم الأم الى مجرى دم الجنين. وقد اخذوا في عينات انسجة من مشيمات فران حبل، وحقنوا في



أرذل العمر



- السرير البصري:
تحمل اشارات حسية من والى قشرة المخ.
- حزمة الاليف الامامية:
الحركة، الرغبة في التعرف على الاماكن.
- جسر المخيخ:
تبدأ حركة العين السريعة، بتنشيط الخ.
- القشرة قبل الامامية:
اساسية للذكاء، والتفكير.
- القشرة البصرية الاولية:
اساسية للابصار أثناء استيقاظ الشخص.
- الفص الجانبي السفلي:
يتحول التجربة الى ذكريات.
- الفص الجانبي السفلي:
يتحول التجربة الى ذكريات.
الاحلام قد تكون صعبة التذكر، لأن هذا الجزء من المخ لا ينقلها بوضوح كاف.

توحي دراسة جديدة بأن أولئك الذين يعيشون حتى عمر المئة وما فوق يمكن أن يفقدوا مقداراً لا يأس به من قدراتهم العقلية. وقد أحصى باحثون هولنديون ١٧ مليوناً في ثلاث بلدات، كان من بينهم ١٢ أصيبوا بخرف تراوح بين المتوسط والحادي، وخمسة بخرف متعدد. أما الآثاران الآخران فلم يستطعوا فحصهما. نتائج هذه الدراسة تدعو إلى الشعور، وفقاً للدكتور بنiamin بلاشمار، الذي قدم الدراسة في مطلع مايو (أيار) أمام الاجتماع السنوي للجمعية الأميركيّة لعلماء النفس.

ويعتقد بأن هذه النتائج ستنطبق على كثيرين من الأعداد المتزايدة للطاععين في السن، ولو ان هناك عقاقير طيبة يمكن ان تساعد.

واعرب اختصاصيون أميركيون عن اعتقادهم بأن نتائج الدراسة تعكس حقيقة كثيبة في شأن أرذل العمر، في حين أبدى آخرون شكوكاً تجاه هذه النتائج. ودراسة القدرات العقلية للطاععين في السن مهمة، لأن اعداد المفوين تزايـد بسرعة عبر العالم، وأن السلطات الحكومية المختصة تزيد ان تعرف ما الذي تتطلبه رعايتهم الصحية. وفي الولايات المتحدة، مثلاً، كان هناك ٤٥ الف شخص ايسـم في عمر المئة او اكثر العام ١٩٩٥، وتشير التوقعات الى ان هذا العدد سيرتفع الى ٦٠٧ الف بحلول العام ٢٠٥٠. وبين الأميركيين السود، يتوقع ان يرتفع العدد خلال الفترة ذاتها من ٧٠٠٠ الى ١١٦ الفا.

المصدر: المعهد القومي
للصمم ومشاكل الاتصال



ويلاحظ بيري ان معظم الاطفال يتعرضون لمضايقة متتمرة في وقت من الاوقات، في حين ان حوالي ١٠ في المئة فقط من الاطفال يتعرضون لسوء المعاملة بصورة متكررة. ويقول مشيراً الى ابحاثه مع فريق من الباحثين: «لم يحاول احد من قبل دخول عقل طفل لمعرفة كيف يفكر في مثل هذا الوضع. وعملنا يركز اساساً على شعور الطفل بأنه ضحية ضمن تصوره العام عن ذاته».

وقد راقب بيري ١٨٧ طفلاً في السادسة عشرة من العمر، في الفترة من الخريف الى الربيع. ولاحظ ان اولئك الذين تعرضوا لمضايقات متعاظمة، كانوا جمیعاً يفتقرن الى الثقة في اهليتهم الاجتماعية. وبحلول الربيع، كانت ثقتهم الضعيفة بأهليتهم الاجتماعية قد حطمت كل تقدير لذاتهم. علاوة على ذلك، أصبحوا اقل ثقة في قدرتهم على الدفاع عن انفسهم. والافتقار الى البراءات الاجتماعية، وخاصة القدرة على الاسجام مع الآخرين، يؤدي بالاطفال الى ان ينتصروا من قدر ذاتهم، و يجعلهم بالتالي يتربدون في تأكيد ذاتهم. وهذا يشيع، ايضاً، عند مثل هؤلاء الاطفال صورة مهترنة بين نظائرهم، مما يشجع الآخرين على اساءة معاملتهم، ويضعف اكثر ثقتهم في أنفسهم.

ويقول بيري ان الثقة في النفس في اطار الوضع الاجتماعي ليست مسألة تقتصر على الاطفال فالعلاقات ما بين الاطفال تلعب دوراً مهماً في تطور شخصيتهم وتسهم في تحديد طبيعة علاقاتهم الاجتماعية عندما يبلغون سن الرشد.

وقد بدأ الباحثون حديثاً في دراسة الوضع العقلي لاكبر المعمرين. اي الذين في سن الـ ٨٥ وما فوق ويقول الباحث الاميركي نيل بوفولتز ان احد الاسئلة الكبیرى المطروحة امام الباحثين هو: «هل كل من سيطعن في السن سيصاب بالخرف؟ اتنا في الواقع لا نعلم».

والدراسة التي اجرتها بالانتشار وفريقه شملت جميع المغireن الذين وجدوه في ثلاثة بلدات يبلغ مجموع سكانها ٢٥٠ الف نسمة. وقد كان عددهم ١٥ امراة ورجلين اثنين، وكان متوسط عمرهم ١٠١ سنة. ومن بين هذه المجموعة، كان هناك خمسة في حالة من البلادة العقلية. ومن بين العشرة الاخرين، واحد فقط عرف تاريخ السنة والشهر واليوم والوقت. واستطاع اثنان فقط شرح ما يعنيه اثنان من ثلاثة امثال شعبية شائعة.

لكن بوفولتز يعتبر ان الدراسة الهولندية اصغر نطاقاً من ان تعطي تقديرآ موثقاً لنسبة الاصابة بالخرف بين الطاعنين في السن. كما يشير الى ان هذه النسبة يمكن ان تختلف تبعاً للسكان.

وهو يقول انه اطلع على ابحاث لم تنشر نتائجها بعد، وتوجهي بان ٣٠ الى ٤٠ في المئة من المغireن يصابون بالخرف. ولكنه يشدد على انه لا تتوفر بعد ارقام نهائية، وانه لا بد من ابحاث اضافية.

الاطفال والمتضطرون

يتفق معظم علماء النفس على ان الثقة في النفس تجعل الحياة الاجتماعية اكثراً سلامة بكثير، واقل ازعاجاً وعسراءً، وهي تولد، ايضاً، شعوراً مريحاً بالأمان.

ويقول الدكتور ديفيد بيري، استاذ علم النفس في جامعة فلوريدا الاطلسية، ان الثقة في النفس هي افضل درع في مواجهة تمر الآخرين، وتظهر دراسته ان الاطفال الذين يفتقرن الى الثقة بمكانتهم بين نظائرهم، يسقطون في الحلقة المفرغة للشعور بأنهم ضحية.

الأكل الليلي

أولئك الذين يأكلون بعد العشاء أكثر مما يأكلون خلاله لديهم مرض غير معروف على نطاق واسع يسمى متلازمة الأكل الليلي.

وتقول كولين راند، الباحثة في جامعة فلوريدا، إن هذا المرض ليس ما يحدث خلال حفلة ساهرة مرحة، وإنما هو المواظبة دائمًا على الأكل في المساء، وهذا المرض يصيب واحد في الألف فقط من مجموعة السكان، ولكن راند وجدها لدى ٥٨ في المائة من مجموعة أشخاص مصابين بمتلازمة مفرطة اقتصاص الأطعمة لهم لعملية جراحية. وتشير راند إلى أن هذا المرض ليس معترفاً به على قدم المساواة مع اضطرابات الأكل الأخرى، مثل النهام (البوليميا) أو قلة الشهوة للطعام. ومع ذلك فهي تقول أنها تعكف مع فريق من زملائها على استكشاف سبل علاج متلازمة الأكل الليلي.

مفتاح الوقاية من الريبو مصل مضاد... للسل!

كشف علماء في نيوزيلندا أمس ان مصلًا مضاداً للسل قد يكون المفتاح للوقاية من مرض الريبو أحد أكثر الأمراض المزمنة شيوعاً في العالم.

وقال العلماء الذين يعملون في لندن قبل تقديم ابحاثهم في مؤتمر بيامي ان اكتشافهم يشير الى علاقة بين المصل المضاد للسل وعلاج الريبو.

وقال الدكتور غراهام لو غروس من معهد مالاغان للأبحاث الطبية للصحافيين: انه نوع جديد من العلاج ويمكن ان يغير الطريقة المستخدمة في علاج الريبو.

وتتابع لو غروس انه عند اختبار مصل بي.سي.جي المضاد للسل على فئران حققت بشكل معتدل من اشكال الريبو تبين انه اثار استجابة مناعية للسيطرة على اعراض الريبو.

ومضى قائلاً انه من المحتمل ان يختبر الاكتشاف على الانسان مضيئاً ان شركات الدواء عليها الان ان تأخذ الابحاث لتحديد التحويات الفعالة وان يجعلها آمنة لاستخدامها في اجراء تجارب على البشر.

٦٠٪ من الفرنسيين خجلون ٦٣٪ يلجأون الى المنجمين

تكشف استطلاع اجرته مؤسسة «سوفاز» (الشركة الفرنسية لدراسة استطلاعات الرأي) عن معاناة الفرنسيين من المخجل ان ٦٠٪ منهم يعانون من هذه «الآفة الكبيرة» على حد تعبير مونتسكيو الذي وقع في اسرها شأنه في ذلك شأن فنسوا ميتان والممثلة ايزابيل ادجاني والروائية باتريل موديانو وعدد غير قليل من الشخصيات الفكرية والاجتماعية المرموقة. وتوزعت نسب الفرنسيين الذين يعانون من المخجل ما بين العاجزين على القاء الكلمة امام جموع المستمعين (٧٣٪) والفالشين فيربط علاقات اجتماعية مع اناس غير معروفيين (٧٠٪) والقلقيين وسط جموع بشريّة (٦٨٪) والذين يصابون بالشلل امام الجنس الآخر (٦٤٪) واحيراً الذين يشعرون بعدة حيال انسان اكثر او اقل منهم درجة (٥٦٪).

ويقول المحلول النفسي الفرنسي فنسوا مانينتيه ان المخجل مرتبط بالرغبة القروية التي يعمل المرء على اخفائها، ولا تتعلق هذه الرغبة بالعاطفة فحسب، بل تشمل الاتصال والمطالبة والرفض، كما ان المخجل يجيء نتيجة لتكوين شخصية الانسان خلال مرحلتي الطفولة والراهقة.

ومن جهة اخرى، ثبتت استطلاع مؤسسة «سوفاز» نفسها ان ٦٣٪ من الفرنسيين يلجأون الى التحريم سعياً وراء حل مشاكلهم الاجتماعية والنفسية والعاطفية والمهنية، واكد الاستطلاع ان النساء يقبلن على المتجمين اكثر (٥٤٪) مقارنة بالرجال (٣٨٪)، وبالتالي الموظفون على رأس قائمة الفرنسيين الذي

يتربدون على النجمن (٥٨٪) ويلهم الحرفين والتجار (٤٥٪) والعمال (٣٨٪) والمزارعون (٢٩٪). وحسب جاك مانز مدير البحث الاجتماعي في المركز الوطني للبحوث العلمية بفرنسا، ان تراجع الاحساس الديني في حياة الفرنسيين دفع بعدد كبير منهم نحو التنجيم، علاوة عن عجز العلم عن تفسير كل الظواهر والمشكلات.

النبد الاجتماعي

في كل مجتمع، هناك اناس ينفرون من آخرين، فيعاملونهم باسلوب الصمت دلالة على تماهفهم او ازدرائهم. وقد اكتشف علماء نفس في الولايات المتحدة واستراليا ان النبد الاجتماعي شائع اكثر بكثير مما كان يعتقد.

وفي الاجتماع السنوي لجمعية علماء النفس الاجتماعي الاسترالية، الذي عقد في منتصف ابريل (نيسان)، قدم كيب ويليامز، من جامعة نيو ساوث ويلز في سيدني، نتائج اشمل دراسة اجريت حتى الآن حول النبد الاجتماعي، وشارك في الدراسة فريق من جامعة توليدو في ولاية اوهايو الاميركية.

وقد اجرى فريق اوهايو مسحا هائلاً شمل ٢١٠٩ اميركيين تتراوح اعمارهم بين ١٨ و٨٠ سنة. واجاب ثلاثة ارباعهم بأن شخصاً عزيزاً عليهم قد نبذهم، في حين اقر ٦٨ في المئة بأنهم نبذوا قريباً او صديقاً. وقد اظهر المسح ان الرجال والنساء يمكن ان يكونوا على قدم المساواة

نابذين ومنبذين. وكشفت دراسات اخرى لفريق العلماء عن حالات من المغالات في النبد. وفي احدى هذه الحالات، لم يتحدث رجل من اوهايو الى زوجته طوال ٤١ سنة، وقد استمر هذا النبد الى ان توفي الرجل. ويقول ويليامز: «استمرت المعاملة الصامتة امدا طويلاً، للدرجة ان الزوجة لم تعد تتذكر متى بدأت». والنبد يعني عادة عدم التحدث الى شخص ما، وتحب تبادل نظرات مباشرة معه. وهذا الاسلوب قد لا يستخدم لمدة طويلة في المرة الواحدة، ولكنه يمكن ان يتكرر مع الشخص ذاته. ويعتقد ويليامز ان هذه الممارسة هي محاولة لفرض سيطرة على شخص اخر من خلال جعله يشعر انه تافه. وفي الواقع، يقول كثيرون من الضحايا. وفي بعض الحالات، يمكن ان يؤدي النبد الى الانتحار، او الى امراض مثل ضعف الشهية للطعام.

ويقول ويليامز: انه يتبعن اجراء مزيد من الابحاث لفهم الاسباب الكامنة وراء النبد، وايجاد علاجات للاشخاص الذين يدمر النبد حياتهم.

الشخصية والقلب

هناك نمط شخصية لا يفشل ابداً في جذب الانتظار اليه، فهو عدواني (او اذا شئت مكافح)، ومتغطرس، ونافذ الصير. فلنسمه النمط «أ».

ولكن هل
نلاحظ دائماً
النمط غير
الحظوظ الذي
يصادف ان
يعتبر طريقة؟

هذا النمط -
ولنسمه النمط
«د» مختلف
كلياً، فهو قلق،

فيتامين 2- B يقضي على الصداع النصفي نهائياً

نشرت مجلة «نويرولوجيا» الأمريكية مؤخراً نتائج البحث الذي توصل له مجموعة من علماء جامعة «ليج» البلجيكية والذي يبشر كل من يعاني الصداع المزمن خاصة الصداع النصفي، بأن يستطيعونه الآن التخلص من تلك الآلام بتناول قرص من فيتامين B2 بصورة يومية، يقول العلماء البلجيكيون أن الآلام التي تلازم بعض الأشخاص على مدار اليوم، ويصاحبها بعض الغثيان والحساسية تجاه الضوء والضوضاء من الممكن التخفيف من حدتها والقضاء عليها إذا داوم هؤلاء على تناول ٤٠٠ مليجرام من فيتامين B2 يومياً، كل العلماء قد اختبروا تأثير الفيتامين الفعال، في التخفيف من حدة الآلام، في الوقت الذي كانت تعاودهم فيه نوبات الصداع النصفي حيث قلل الفيتامين من حدتها ويساهم في التأثير إيجابياً، كما أن القلق المزمن الذي يعني منه هؤلاء الأشخاص، وخاصة في أوضاع اجتماعية، يمكن أن يكون عاملاً يسهم مباشرة في حدوث مرض، لأن الضغط النفسي يضيق الشرايين، ويزيد نشاط لويحات الدم (ما يزيد من احتمال تكون خثرات خطيرة)، ويجعل القلب ينبض دائماً بسرعة عالية، مما ينعكس في النهاية.

الدهان والجريمة

علاج ادمان المخدرات يوفر المال ويخفض معدل الجريمة.

هذا ما اظهرته دراسة حكومية بريطانية نشرت في

ومتنقل، ورعديد لا يشعر بأنه آمن. وفوق ذلك فإن النمط «د» يمكن أن يكون أكثر عرضة لامراض القلب من معدبه النمط «أ».

ويقول يوهان دنيولي، وهو رئيس فريق من علماء نفس بلجيكيين تعمقوا في دراسة هؤلاء الاشخاص متورون وتعساء، ودائماً يتذمرون مشكلات وشيكه، وهذا الميل نحو المشاعر السلبية يمتد لديهم بحسب اجتماعي، وارتكاب مع تفاعلهما مع الناس الآخرين وكل هذه المميزات تزيد بحدة من خطر تعرضهم لنوبة قلبية.

ومع ان العلماء لا يعرفون على وجه اليقين كيف تولد هذه الشخصيات المحددة امراضًا قلبية، فهم يتذمرون بأن الطبيعة المتحفظة لاصحاب النمط «د» تمنعهم من السعي للحصول على دعم من آخرين، علماً بأن مثل هذا الدعم حيوى من أجل ديمومة الصحبة. كما أن القلق المزمن الذي يعني منه هؤلاء الأشخاص، وخاصة في أوضاع اجتماعية، يمكن أن يكون عاملاً يسهم مباشرة في حدوث مرض، لأن الضغط النفسي يضيق الشرايين، ويزيد نشاط لويحات الدم (ما يزيد من احتمال تكون خثارات خطيرة)، ويجعل القلب ينبض دائماً بسرعة عالية، مما ينعكس في النهاية.

وال المشكلة هي ان النمط «د» يبقى شخصية مستقرة، عادة، على حالها مدى العمر، خلافاً للنمط «أ»، الذي يعطي خليطاً من المؤشرات السلوكية. ولكن دنيولي يرى ان النمط «د» لا يستدعي بالضرورة اصلاحاً للشخصية. يقول: النمط «د» ليس الحالة التي نسعى إلى تغييرها، وإنما هو معلم يكشف لنا اولئك الاشخاص الذين يحتاجون إلى عناية خاصة. فعندما نحدد شخصاً ينتمي إلى النمط «د» يمكننا ان نعرض عليه علاجات ملائمة، مثل استشارة طبيب نفسي، وعلاج سلوكي، وتأهيل اجتماعي.

..والجمال والصحة

هناك تصور شائع ييلو و كانه حقيقة مقررة: الناس الذين يتميزون بالجمال، يتمتعون أيضاً بصحة جيدة. ولكن دراسة جديدة توحّي بأن هذا وهم جميل. وتظهر الدراسة ان الجمال يمكن ان يعني ابصارنا عن الحالة الحقيقية للصحة الجسدية.

وقد قرر د. مايكال كاليلك، استاذ علم النفس في جامعة ماساشوستس، البحث عن الحقيقة في الجمال. وهكذا طلب من ٣٢ حكماً معتمدين في مسابقات الجمال ان يقيموا جاذبية وجوه ٣٣٢ شخصاً من خلال صورهم الفوتوغرافية.

وبعد ذلك قارن علامات الحكماء مع السجلات الطبية لهؤلاء الاشخاص، فوجد ان الاشخاص الذين اعتبرهم الحكماء جذابين لم يكونوا افضل صحة من القبيحين.

وفي مرحلة تالية، طلب كاليلك من مجموعة اخرى من الحكماء ان ينظروا الى الصور الفوتوغرافية ويدلوا على الاشخاص الذين يعتقدون بأنهم اصحاء جسدياً. وتبين ان تقييمات الحكماء كانت صحيحة بصورة تدعو الى الدهشة، باستثناء الحالات التي كانت فيها الوجوه فاتحة للغاية او شديدة القبح. واعتبر الحكماء في جميع الحالات تقريباً ان ذوي الوجوه الجذابة اصحاء، بينما

مطلع مايو (ايام)، واظهرت ان كل جنيه استرليني ينفق على علاج مدمني الهيرويين يعود بمربود يبلغ ٣ جنيهات على شكل انخفاض في مستويات الجريمة. ولكن على الرغم من هذه النتائج، فإن «الكتاب الأبيض» الذي اصدرته الحكومة البريطانية حول سياساتها في شأن مشكلة المخدرات، لم يتضمن اي تهدد صريح بخصيص اموال اضافية لعلاج المدمنين، باستثناء وعد باستخدام موجودات المهربيين التي تصدر كل سنة، والتي تبلغ حوالي خمسة ملايين جنيه، في معالجة مشكلة المخدرات.

ويعتقد بأنه يوجد في بريطانيا اكثر من ١٠٠ ألف مدمن مخدرات، وكل منهم ينفق على المخدرات بحدود ٢٠٠ جنيه اسبوعياً، تأثيراً اساساً عن طريق ارتکاب جرائم. وقد اجرى فريق باحثين من مستشفى ماودسلي في لندن، بقيادة مايكيل غوسوب، دراسة شملت ١٠٧٥ مدمناً. ومعظم هؤلاء كانوا مدمني هيرويين، ولكن كثيرين منهم كانوا يتعاطون ايضاً الكحول ومخدرات اخرى. وقد اعتمد علاجهم اساساً على برنامج تأهيل متزلي، شمل اعطاءهم وصفات طيبة بعقار ميتادون كبديل للمخدرات غير المشروعة. وبعد سنة من بدء العلاج، اجرى فريق غوسوب استطلاعاً لوضع المدمنين. وتبين ان استخدامهم الهيرويين الذي يشتروننه من الشارع قد انخفض على العموم. فقد كان نحو ٧٠ في المئة يتناولون المخدر مرة او اكثر في الاسبوع. ولكن بعد سنة، انخفضت هذه النسبة الى ٤٠ في المئة. وخلال الفترة ذاتها، انخفض معدل اعمال السطو والسرقات الاخرى التي كان يرتكبها المرضى بنسبة النصف تقريباً. وتطابق نتائج الدراسة البريطانية مع نتائج دراسات مئاتة في الولايات المتحدة.

وقد شدد الكتاب الأبيض على اهمية العلاج. ولكن الجمعيات الطبية والاهلية التي تعمل لمساعدة المدمنين تقول انه ينبغي تحصيص مزيد من الاموال لبرامج التأهيل.

يقول صاحب الدراسة الجديدة، الطبيب النفسي في جامعة كولومبيا، جون مان: «إن ما نكتشفه الآن هو تحول في ديموغرافية الانتحار». ويشير إلى أن الأطباء يكتشفون علاجات أفضل فافضل، بالاعتماد أساساً على عقاقير مضادة للأكتئاب، ولكنه يقول: «نحن في الواقع لا نحقق بجاحاً مثلاً في إيصال هذه العلاجات إلى أولئك الذين يحتاجون إليها».

وحتى الآن، لا يعرف العلماء على وجه اليقين لماذا يزداد عدد الشبان الذين يتحدون. ولكنهم يعرفون أن بدايات الاكتئاب وتعاطي الكحول والمخدرات تحدث اليوم في أعمار أصغر فأصغر. ويقول مان، إنه ربما أخذ الأطفال يلغون في وقت مبكر، أو انهم يتعرضون لضغوط أكبر.

ويعتقد مان بأن الجينات قد تلعب دوراً في الانتحار؛ بعض اشكال الاكتئاب وراثي. وهناك أدلة على أن الاستعداد للانتحار هو أيضاً مورث. وهو يقول إن بعض الامراض العقلية يزداد خبراً مع انتقاله من جيل إلى جيل.

ادمان بالوراثة

تؤدي نتائج دراسة لباحثين اثنين في فيلادلفيا بان ابناء الذين يكثرون من تناول المشروبات الكحولية يمكن ان يهياوا لكي يحدوا حذو اهلهم منذ الاشهر الاولى في حياتهم. وقد اكتشفا ان الرضاع من اباء المدمنين المحتملين على الكحول يضعون في افواهم العابا تحوى اثراً ضئيلاً من الكحول وقتاً اطول مما يضعون العاباً خالية من اي اثر كحولي.

وقد عرضت جولي مينيلا وغاري بوشان على ٦٢ اماً مرضعة وزواجهن استبياناً صريح بحث يحدد من بين الذين يشربون الكحول اولئك المعرضين خطراً ان يصبحوا مدمنين. وبعد ذلك قدم الباحثان للرضع، الذين كانت اعمارهم تتراوح بين ستة أشهر وثلاثة عشر شهراً، مجموعة العاب بلاستيكية حمراء لكي

البعضون غير اصحاء، واعطى الحكم هذه التقديرات حتى في الحالات التي كانت الصور تقدم اشارات على العكس.

ويعتقد كاليليك ان الناس يعرفون على العموم كيف يقيمون الحالة الصحية من خلال المظهر، ولكنهم يتوجهون معرفتهم هذه عندما يقفون أمام الوجوه التي تمثل طرف الجندي: الجمال الفاتن والقبع الشديد.

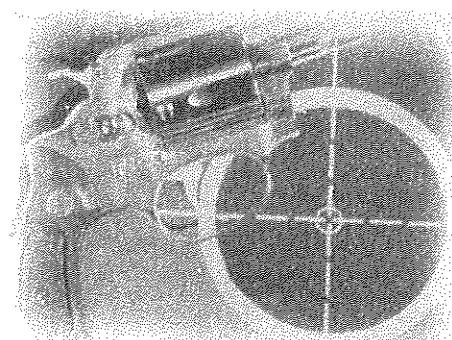
ويستخلص كاليليك ان الجمال سيقى عاماً مهماً في اختيار شريك الحياة سواء كان مدعاوماً بالصحة ام لا.

ديموغرافية الانتحار

حقق العلم بجاحاً طيباً في فهم وعلاج الميل الى الانتحار. وتظهر دراسة اميركية انه على مدى السنوات العشرين الماضية كان معدل الانتحار ينخفض بين الاشخاص الذي تزيد اعمارهم على ٤٥ سنة. واحد اسباب ذلك هو ان الأطباء اكتشفوا علاجات فعالة للاكتئاب لدى البالغين.

ولكن هذا النجاح قابله بشكل كامل تقريباً ارتفاع عدد حالات الانتحار بين الشبان، بخاصة بين الذكور الشبان. وفي السنوات الـ ٤٥ الماضية، تضاعف انتحار الأطفال والراهقين ثلاث مرات.

ومن بين الـ ٣٠ الف اميركي الذين يقتلون انفسهم سنوياً، هناك الآن اكثر من ٥٠٠٠ تتراوح اعمارهم بين ١٥ و ٢٤ سنة.



يلهرا بها. وكانت الألعاب تتميز بمقبض يسهل الامساك به، وبقاعدة مثقبة. وداخل كل لعبة كرة قطنية مشبعة بجرعة من الماء المقطر، او الكحول الايثيلي، او الفانيلا.

بعد مدة، نشر الباحثان ورقة قالا فيها ان الأطفال الذين ولدوا في بيوت كان احد او كلا الآبوين فيها عرضة لخطر ادمان الكحول، وضعوا الألعاب المنكهة بالكحول في أفواهم وقتاً اطول مما فعله الأطفال الآخرون. ولم تكن هذه هي الحال بالنسبة الى الألعاب المشبعة بالماء. ولا الألعاب المشبعة بالفانيلا، وهي مادة لها رائحة شبيهة كيميائيا برائحة الكحول الايثيلي.

واظهرت الدراسة، ايضاً، ان الأطفال لديهم على العموم تفضيل للروائح التي يعتادونها في بيئتهم. فاطفال الامهات اللواتي اعتدن تعطير منازلهم برائحة الفانيلا اظهروا اهتماماً اكبر بالألعاب المنكهة بالفانيلا.

ولكن مينيلا تقول ان العديد من الاسئلة تبقى من دون اجوبة. وعلى سبيل المثال، لم تكشف الدراسة ما اذا كان جنس احد الآبوين الذي يشرب الكحول له تأثير في تفضيل الأطفال. وتشدد، ايضاً، على ان مجموعة من العوامل الجينية والاجتماعية يمكن ان تسهم في وجود ميل عائلي الى ادمان الكحول. ومن اجل التعمق في دراسة تأثيرات الروائح في سن مبكرة، بدأت مينيلا بحثاً جديداً يتعلّق باطفال في الرابعة والخامسة من العمر. وهي تزيد معرفة ما اذا كان اطفال الاهل الذين يكثرون من تناول الكحول يستجيبون بصورة غير طبيعية لرائحة الكحول.

ذكاء الجنين

يقول علماء في الولايات المتحدة ان الارحام الافضل يمكن ان تأتي باطفال اكثر ذكاء. وتظهر ابحاثهم ان اجنة الفقران المتطابقة جينياً، التي تزرع في ارحام مختلفة، ينتهي بها الامر في ما بعد بتادية مهام عقلية بطرق مختلفة. ويشيرون الى ان هذه هي اول مرة يتم فيها بوضوح الربط بين الرحم وقدرات الذريعة المعرفية على المدى الطويل.

وقد قام فيكتور دانبيرغ وزملاؤه في جامعة كوننكتيكت بتربيبة فصيلة من الفقران تعاوني من مرض ذاتي المناعة اشبه بمرض الذائب البشري.

يقول دانبيرغ ان ادمغة حوالى نصف هذه الفقران لديها تشوهات بنوية طفيفة تشبه الى حد بعيد التشوهات البنوية التي توجد لدى ادمغة متعرسي القرارة من البشر.

وقرر الباحثون اختبار فرضيتهم القائلة ان الوقت الذي تقضيه الاجنة داخل ارحام امهات مصابات بمرض ذاتي المناعة يمكن ان يكون له تأثير سلبي في الاداء. ومن اجل ذلك، استخدمو مجموعة اجنة فقران متطابقة جينياً من فصيلة مصابة بمرض ذاتي المناعة، وزرععوا ثلاثها في ارحام امهات من فصيلة لم تكن تعاني من المرض. وزرعوا الثالث الثاني في ارحام امهات مصابات بمرض ذاتي المناعة لكي يشكل مجموعة حاكمة لدراسة تأثيرات النمو في رحم بديل.

اما الثالث الاخير فقد تركوه ينمو بصورة طبيعية. وجاءت جميع هذه الاجنة في الاصل من امهات تتبعن الى فصيلة لم تكن مصابة بمرض ذاتي المناعة.

بالإنجازات الكبيرة، في حين ان شخصيات النمط «ب» تكون عادة اكثراً وداً والطف معشراً. ولكن هناك نمطاً ثالثاً يدو ان اصحابه يعيشون اعماراً اطول. وقد وجدت دراسة اجرتها علماء في ادنبره (اسكتلندنا) ان اصحاب الشخصيات الخاضعة، اي اولئك الذين يفضلون ان يتولى اخرون القيادة يمكن ان يعشوا اكثر. وفي دراسة شملت ١٦٠٠ شخص تابعهم العلماء على مدى تسع سنوات، ثبت ان النساء الخاضعات، اللواتي لديهن النمط «ب» معرضات اقل لخطر التوبات القلبية، التي تشكل السبب الاول للوفاة بين النساء في ما بعد سن اليأس. ووجدت الدراسة ايضاً اتجاهها مماثلاً بين الرجال الخاضعين، ولكن بدرجة اقل.

لقد كانت الصلة بين انماط الشخصية والتوبات القلبية موضوع دراسات منذ الخمسينات، عندما اكتشف اطباء القلب ادلة على ان الرجال الذين هم في متوسط العمر ويتميزون بروح التنافس، والعدوانية، وسرعة الغضب، اي اصحاب النمط «أ»، معرضون لخطر التوبات القلبية اكثر من شخصيات النمط «ب» الذين يتميزون بالتسامح والصبر. والسبب في ذلك بسيط: سلوك النمط «أ» قاس على الجسم.

عندما يغضب شخص، فان زيادة انتاجه من الادرينالين يجعل قلبه يحقق بقوة وسرعة اكبر. ويقول مايكيل بابيك، احد اعضاء فريق ادنبره: في حالة الغضب والعدوانية، فان الجسم يضخ هرمونات توتر، والكبد يضخ السكر والكوليسترول، والدم يصبح لرجائعاً اكثر.

بكلام اخر، الجسم يقول لنفسه: «سأحمي نفسي اما بالهروب واما بالقتال».

اما الاشخاص الاقل تفاعلاً فهم لا ينهمكون اجسامهم، وبخاصة قلوبهم الى هذا الحد.

ولكن علماء ادنبره لا يحثون الناس على الخضوع. ويشددون على ان دراستهم شملت اشخاصاً فوق سن الخامسة والخمسين فقط. وتقول عضو الفريق مارتا

وبعدما فطمته المواليد، اخضعت لمجموعة اختبارات تعليمية، منها مثلاً جعلها تتعلم كيف تتحرك في متاهة تكثر فيها الطرق المسودة. وفي احد الاختبارات الأخرى، كان يتعين عليها ان تتعلم كيف تتجنب صدمة كهربائية خفيفة. وقد اظهرت جميع الفئران اهلية للتعلم. ولكن، في اربعة من الاختبارات الخمسة، تفوقت الفئران التي نمت في ارحام امهات لم يكن لديها مرض ذاتي المناعة، حتى في حالة ما اذا كانت قد ورثت التشوهات الدماغية المرتبطة بالمرض ذاتي المناعة. ويقول دانيبرغ انه كان يفترض ان يعوق التشوه سلوك الفئران، ولكن يبدو ان النمو في رحم بديل يخفف المشكلة. وهو يعتقد بان كل ام يمكن ان تؤثر في ذريتها بطرق تختلف اختلافاً طفيفاً. ويقول: «البيئة الرحيمة يمكن ان تكون لها تأثيرات سلوكية على المدى الطويل».

ويتوقع دانيبرغ ان تشير الدراسة اسئلة جديدة بالاهتمام في شأن الامومة البديلة لدى البشر، وحتى في شأن امكان استعمال ارحام اصطناعية. ولكن الامر من ذلك ان الدراسة يمكن ان تبرز اهمية الصحة العامة الجيدة للأم على القدرات المعرفية لذريتها.

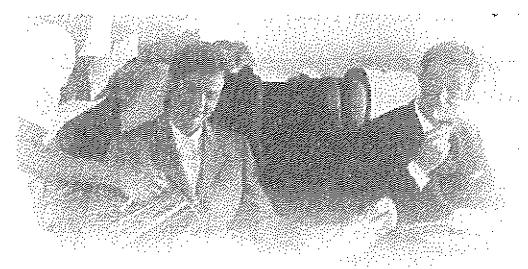
القيادة والانقياد

يختلف الناس باختلاف انماط شخصياتهم. وهذا بدوره يؤدي الى اختلاف في اعمارهم. الشخصيات التي يصنفها علماء النفس ضمن النمط «أ»، تتميز عادة



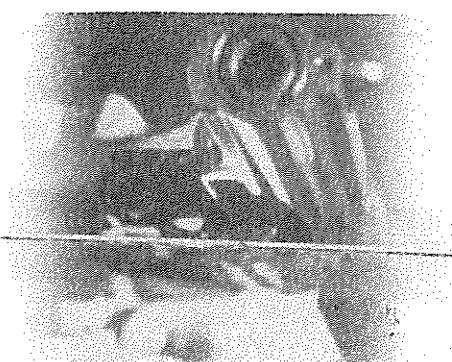
وايام انه اذا كانت نتائج الدراسة توحى بان الانفصال للآخرين يمكن ان يقلل خطر التوبات القلبية، الا ان الشخصية هي كيان اكثر تعقيدا بكثير، ولا بد بالتالي من التعمق اكثرا في دراسة مختلف جوانبها.

الأعمال والفضاب



الحرارة والعنف

الناس الذين يحاكمون في جرائم قتل يمكن ان يزعموا انهم ارتكبوا افعالا «في حمى اللحظة». وتوحى دراسة جديدة بان هناك حقيقة في هذه الحجة. وحسب الدراسة التي اجرتها الدكتورة كريغ اندرسون، وهو عالم نفس من جامعة ميسوري، فان معدلات الاعتداءات الخطيرة والقاتل ترتفع بارتفاع معدل الزيف في الجسم. حتى عندما تؤخذ في عين الاعتبار عوامل اخرى مثل مستوى الفقر، والوضع الديموغرافي (السكاني)، والاختلافات الثقافية والاقليمية.



الناس الذين تستدعي اعمالهم سفرا متكررا، مثل رجال الاعمال والمسؤولين التنفيذيين والمندوبيين، يتعرضون لمخاطر صحية، جسدية ونفسية، تتصل اساساً بجهازهم العصبي، لأنهم يجهدون أنفسهم بالضغوط النفسية خلال رحلاتهم الطويلة المتعددة والمتنقلة والشاقة بالمهام.

وقد كشفت دراسة حديثة العهد، شملت نحو احد عشر ألفا من العاملين لدى البنك الدولي، ان النساء اللواتي كن يقمن باكثر من رحلتي عمل عالميتين في السنة، قدمن طلبات الى شركات التأمين لتسديد كلفة علاجهن النفسي بمعدل يزيد مرتين على طلبات مماثلة قدمها عاملون رجال نادرا ما يسافرون، علمماً بان عدد الرجال الذين شملتهم الدراسة كان ثلاثة اضعاف عدد النساء.

ويشير برنهارد لير، رئيس دائرة الخدمات الصحية في البنك الدولي، الى ان كثيري الاسفار للداعي للأعمال يواجهون تغيرات مقاومة في المناخ، والطعام، واللغة، والثقافة. وتغيرات التوقيت المنطقى يمكن ان تزيد حدة فقدانهم حس المكان والزمان من خلال

ان تتم قراءة رسائلي. انها مشكلة اعترضت سنوات دراستي، لكن اليوم اعوض عن هذا الامر في المجال التجاري، ولا ارغب في ان اسمع احدهم يتحدث عن الموضوع».

رسبت ماريان في ثلاثة صنوف، وبدلت اربع مدارس، ثم رسبت مرتين في امتحان البكالوريا، اثرت تلك الاحداث وجعلتها تشکك في قدراتها على الرغم من ان ذكاءها واضح، واعلى من المستوى المتوسطي.

ماريان هي واحدة من بين مليوني فرنسي يعاني من عسر القراءة والفهم، وهي اعاقة تعرّض حياة الاف الاطفال سنوياً، محولة حياتهم الى جحيم، وتقوّد بعضهم الى الامية، كل ذلك من دون ان تدارك التربية الوطنية هذا الامر.

يؤكد جان - اميل غومبير (بروفسور علم النفس الاذراكي في جامعة ديجون) على انه هناك اربعة اولاد من اصل ٢٠ طالباً في الصفوف التحضيرية، يعانون من صعوبة في القراءة. واحد منهم يعاني من عسر القراءة والفهم»، لا يعني هذا الاخير من اضطرابات نفسية ولا نقص في الذكاء، ولا يتحدر من عائلة متواضعة او فقيرة جداً، اما «آل القراءة» لدّيه، تعمل أقل من «آل القراءة» عند الآخرين. وقد يجد الطفل متقدماً في الرياضيات او مائلاً الى الموسيقى او اية موهبة اخرى، ولكنّه يواجه صعوبات في القراءة والكتابة، تكون مرتبطة بترتيب دماغي مختلف عن الترتيب الطبيعي.



ويشرح اندرسون بالقول ان مرد ذلك هو ان المسالك الفسيولوجية ذاتها التي تمكّن أجسامنا من ضبط حرارتها الداخلية هي ايضاً المسالك التي تمر عبرها انفعالاتنا. وعندما تستخدم من اجل تبريد الجسم، يمكن ان تكون لديها قدرة اقل على كبح الدوافع. ومع اتنا جميعاً اكثر قابلية للغضب والانفعال في جو حار، الا ان اندرسون يسلم بان الجريمة هي اقرب الى المبالغة في رد الفعل. وهو يفسر نتائج دراسته بما يسميه «دوره التصعيدي»، مشيراً الى ان الحالات والمشادات لا تبدأ دائمًا بحادثة كبيرة، وإنما تبدأ في كثير من الحالات بسلسلة من الاستفزازات الصغيرة. وفي يوم مريح بارد باعتدال، النزاع يمكن ان يبقى نزاعاً. ولكن في يوم حار، كما يقول اندرسون، فإن «الناس قابلون للاستثارة من الناحية الفسيولوجية بسبب الحرارة، وهذه الاستثارة تزيد احتمال تصعييد النزاع الى المستوى التالي».

ويرى الندرونسون ان كل ما قد تتطلبه تهدئة مثل هذا العنف هو جهاز تكيف صغير. وهو يعتقد بان اجهزة التكيف التي تجهز بها اماكن قابلة لانفجارات العنف مثل السجون، يمكن ان تساعد الناس على الاحتفاظ بهدوئهم ورباطة جأشهم.

ولكنه يحذر من ان اجهزة التبريد تواجه منافسة متعاظمة من بيئة تزداد سخونة. وهو يقدر ان سخونة جو الارض في العقود القليلة المقبلة يمكن ان تزيد معدل الاعتداءات الخطيرة والقاتلة.

عسر القراءة والفهم والذكاء الضائع

عندما طلب منها المدير، قبل استخدامها في المؤسسة، ان تضرب بسرعة رسالة على الالة الكاتبة، ذعرت ماريان للحظة.

انها فتاة تجارية نشيطة وساحرة، ولكنها تعاني من عسر القراءة بالخلفاء، فتقول في هذا الموضوع: «يصعب علي ان اكتب من دون اخطاء لغوية، كما اتنى اطلب

في العديد من البلدان، تعتبر هذه الصعوبات بمثابة اعاقة حقيقة، تعالج على هذا النحو.

في بلجيكا، يتم اكتشاف المصابين بعسر القراءة والفهم، عند دخولهم الى الصفوف الابتدائية، ثم يتم استقبالهم في صفوف خاصة الى ان يتمكنوا من القراءة والكتابية بصورة كاملة، فلتحقون عندها بالصفوف الأخرى.

في كندا، يتبع هؤلاء التلامذة طريقاً تعليمية خاصة وسط النظام التربوي الكلاسيكي، مع جلسات من اعادة التربية المندمجة. كما يسمح لهم تقديم بعض الامتحانات شفهياً.

في الولايات المتحدة الاميركية، يستفيد الاولاد الذي يعانون من عسر القراءة والفهم من انظمة عدة خاصة في الجامعة، تماماً كالذين يعانون من اعاقات اخرى في التعليم: امكانية مساعدتهم لتسجيل الملاحظات والمعلومات، زيادة في الوقت المخصص للامتحانات الخطية... .

(لكن في فرنسا، لا وجود لثل هذه التسهيلات، كما ان الضمان الاجتماعي يمول اعادة التأهيل، عندما يصفها الطبيب (١٤٠ فرنكاً عند كل جلسة). يرسّب العديد من الطلاب الذين يعانون من عسر القراءة في نهاية السنة الدراسية، من دون ان يتم اكتشاف مشكلتهم. او حتى مساعدتهم». هكذا اعلنت اريال كونت عن اسفها الشديد، وهي مديرية جمعية «كوريديس» التي تأسست في العام ١٩٩٤، بهدف تحسين اوضاع هذا النوع من الطلاب.

لكن المشكلة الكبرى تكمن في التدريب الاساسي. يحدد ذلك جاك لانغ، مدير الجمعية الفرنسية لطبع الاطفال المتنقل، قائلاً: «لم يعرف معظم اطباء الاطفال خلال دراستهم الجامعية، على هذا النوع من عسر القراءة والفهم، بينما يجدون انفسهم مكلفين بوصف جلسات اعادة التربية، كما ان معظم الاساتذة ليسوا محضرين لاستقبال هذا النوع من الطلاب. تقول جنفياف دانسيت (نائبة مديرية احدى الجمعيات

المختصة باهالي الطلاب المصابين بعسر القراءة): «إذا اكتشفت الاساتذة عسر القراءة عند احد الاطفال، يحاولون الا يظهروا ضعفه في الكتابة، متحاشين وضع علامة «صفر» في الاملاء والامتحانات الخطية. بحيث يعرضون الفشل في الامتحانات الشفهية.

يعيش هؤلاء الاطفال حياة شاقة، فلا يستطيعون الرياضيات، يرهقون انفسهم في محاولات التعلم، بينما يصفهم الاخرون بالكسالي. تلقى غالبا نداءات من العائلات التي فقدت الامل...».

في كانون الثاني من عام ١٩٩٠، ظهرت توصية من قبل وزير التربية يشدد فيها على تحسيس الاساتذة المستقبليين، ولكنها بقيت حبراً على ورق.

من ناحية اخرى، يعاد النظر في جدارة الاختصاصيين في علم النفس، بما انهم ينسبون عسر القراءة والفهم الى المشاكل العاطفية عند الاولاد، فيصفون لهم العلاجات النفسية، بينما يكون من المفترض وصف اعادة التأهيل والتربية المكثفة. فالكثير من هؤلاء الاختصاصيين لا يدركون شيئاً من الابحاث الاخرية»، بحسب قول جان - إميل غومبير. من جهة ثانية، لا نستطيع في تقدمنا استثناء تدريب الاخصائيين في النطق الصحيح، وتقول اريال كونت في هذا المجال: «انهم مكلفون بالاهتمام بالاضطرابات العصبية كما بمشاكل النطق وعسر القراءة. الا ان ذلك مستحبيل، لأنهم ليسوا ماهرين في كل المجالات. كما تنقص الاهل المعلومات التي يختاروا الشخص الذي سيهتم بطفلهم، بشكل افضل. تعرف ماريان ان المدرسة كانت بمثابة كابوس بالنسبة لها.

لکتها تصصح حالياً اخطاءها في الكتابة بواسطة حاسوب مزود بنظام تصحيح الكلمات، على الرغم من ان ذكرياتها المؤلمة تراودها دائمًا: «كنت الاخير في صفي، وكان زملائي قساة معي. في العاشرة من عمري، كان الوضع مؤلماً لا يحتمل». قام ذروها بكل ما يسعهم لمساعدتها، فنقلوها الى المدارس الخاصة وضاعفوا جلسات اعادة التربية. وبفضل المسرح



وعلاجها بحبة
هرمون مرة في
اليوم. والغدة
الدرقية تفرز
هرمونا بضبط
الايض (التمثيل
ال الغذائي)، وهي
حيوية لنمو
الدماغ. واعراض
قصور الدرقية
تشمل التعب،
وضعف العضلات، والمغض، والامساك، ودقات

القلب بطيئة، وجلدًا جافاً وقشاري، وتساقط الشعر،
وصوتاً عميقاً ومبوحراً.

ويؤثر نقص الدرقية في ٦ - ٧ ملايين شخص في
الولايات المتحدة، ولكن أكثر من نصف هذه الحالات
لم يشخصن.

ووجدت الدراسة ان امرأة من بين كل ٥٠ لديها
قصور درقية خلال الحمل.

والاطباء لا يعرفون على وجه الدقة ما الذي يسبب
نقص الدرقية، ولكن كثيرين منهم يربطونه بنقص في
اليود، الذي يوجد في الاغذية البحرية، ومنتجات
الألبان، واللحوم، وبعض انواع ملح الطبخ، ومنذ سنين
والاطباء يعرفون ان النقص في الهرمون الدرقاني لدى
كل من الام والجدين على السواء يمكن ان يسبب
للطفل مشكلات في النمو. ولكن العلماء لم يكونوا
يعرفون يقيناً ما اذا كان الطفل سيتأثر اذا كان النقص
موجوداً لدى الام فقط.

وفي الدراسة الجديدة، كان لدى الاطفال
مستويات طبيعية من الهرمون عند ولادتهم.

ويعتقد هادر وزملاؤه بان اجراء فحص عام للنساء
الحاوامل يمكن ان يساعد في الوقاية من التخلف العقلي
ومشكلات حادة اخرى تصل بنمو الدماغ لدى
ابنائهن.

والرياضة، اكتسبت ماريان بعض السهولة واحتملت
رسوبها المتكرر في المدرسة.
تعتبر جنفياف دانسيت ان الاهتمام ب طفل مصاب
بعسر القراءة يتطلب احاطة وعناية مهمة وقول
فيروننيك شاهدة على الامر. «توقفت عن العمل بما ان
اولادي الثلاثة مصابون بعسر القراءة والفهم. امضى
وقتا طويلاً في اصطحابهم الى جلسات اعادة التربية،
وكل مساء، اقرأ لهم دروسهم بصوت عال، مما
يريحهم قليلاً، بما ان حل الرموز يرهقهم. سددت
اموالاً كثيرة في الجلسات الحركية - نفسية والمدارس
الخاصة والدورس الخصوصية...».

لكن هؤلاء الاهل متهمون الى حركات وجمعيات
تسلاحهم وتساعددهم، لذا علينا الا ننسى الاخرين. ومن
بين الاميين الذين تتحدث عنهم كثيراً في الوقت الحاضر،
كم منهم يعانون من عسر القراءة والفهم؟ انهم ربما اولاد
اذكياء، لكن لم يتم مساعدتهم بصورة كافية، فكتب
لهم الفشل والرسوب بسبب النظام القائم.

مشكلة درقية

اظهرت دراسة ان النساء الحوامل اللواتي لديهن
مشكلة نقص في نشاط الغدة الدرقية معرضات اكبر
من الاخريات بمعدل اربع مرات لان ينجن ابناء لديهم
حاصل ذكاء متدن، اذا لم يعالجن المشكلة.

ووجدت الدراسة ان ١٩ في المئة من الاطفال
الذين ولدوا لامهات لديهن المشكلة سجلوا حاصل
ذكاء بلغ ٨٥ او اقل. مقارنة مع ٥ في المئة فقط من
ابناء الامهات اللواتي لا يعاني من المشكلة.

وقال الدكتور جيمس هادو، المشرف على الدراسة
في مؤسسة ابحاث الدم في سكاربورو بولاية مارين
الاميركية، ان الاطفال الذين يسجلون حاصل ذكاء
متدني الى هذه الدرجة يمكن ان يواجهوا مشاكل في
المدرسة، ثم في الحياة عامة.

وهذه المشكلة، التي يسميها العلماء قصور الدرقية،
يمكن تشخيصها من خلال تحليل بسيط للدم،

مقابلة بين الدكتور محمد احمد النابلي
رئيس تحرير مجلة «الثقافة النفسية»
والدكتور خليل فاضل
استشاري الطب النفسي المجتمعي - انجلترا

الناس العاديين مختلف عن هؤلاء الذين يعانون من مرض الوسواس القهري من ناحية توزيع تدفق الدم لجهات معينة وعلى الرغم من ذلك فإن اكتشاف هذا الامر لم يساعد ولم يغير من طرق العلاج ولم تزل تعتمد على العلاج الدوائي والعلاج الاداركي السلوكي. أعود إلى التأكيد على أن أدوات التشخيص الموضوعية مثل تحخطيط الدماغ والأشعة المقطعي والتصوير بالرنين المغناطيسي MRI تعد أدوات مساعدة ولعلى اسوق مثلاً اكلينيكياً في هذا المجال.

أتاني مريض في الرابعة والخمسين من عمره يشكوا من اعراض اكتئابية، عدم قدرة على التركيز، عدوانية تجاه الزوجة: عولج على انه حالة اكتئاب بمضادات الاكتئاب، ولكن لم يحدث اي تطور بل على العكس ساءت حالته وزاد عليها اضطراب في الكلام مع صداع وهنا انتهت بالحس الاكلينيكي الى ان هناك شيئاً عضوياً بالمخ، قمنا بتحخطيط للدماغ فلم نجد دليلاً على اي اضطراب ثم حولت المريض الى

س: يفتقر الطب النفسي الى ادوات التشخيص الموضوعية. وقد ظهرت مؤخراً تقنيات حديثة بدأت تلعب دوراً تشخيصياً من الدرجة الاولى. فما داعي تقنيات التصوير الوجهي؟

- افتقار الطب النفسي الى ادوات التشخيص الموضوعية يعود الى طبيعته؛ فالنفس ما زالت أشبه بشيء هلامي، له صفات واعراض وعلامات لكنها ما تزال وكأنها الفضاء الواسع، فالعقل غير المخ - وظيفته وليس عضواً وهنا لب المشكلة.

يعتمد الطب النفسي أساساً على مهارة الطبيب النفسي - حرفه - وقدرته على تشكيل وتحديد التاريخ الشخصي ومن ثم الوصول الى التشخيص. ادوات التشخيص الموضوعية محصورة في الجامعات ومراكز البحث العلمي، وهي تقنيات نسب مواد هامة مثل الديوبترين والسيروتونين، كما ان هناك ادوات لقياس نسبة تدفق الدم في الاوعية الدموية للدماغ، وعلى سبيل المثال لا الحصر وجدوا ان تدفق الدم في دماغ

للتتنفس وغيره، لكنها كانت فعالة لأنها تعمل على القشرة الحية ومن ثم تزيل موانع البوح. لكن ينطبق هذا على الكحول واي مخدر اخر. غير انني اميل الى الاعتقاد بان تلك العقاقير التي كانت او ما زالت تسمى «عقاقير الصدق» ليست الا ادوات مساعدة، بمعنى انه اذا كان الانسان - المريض - غير قادر وغير مقتنع بالبوح فمن تمكنه العقاقير او اية وسائل اخرى من البوح، إذن فان المسألة تعتمد على استعداد المريض وقدرته النفسية وتقويتها الاختبار والظروف الحبيطة مثل المكان وشخصية المعالج او الحال. اميل الى استخدام التأمل الابيحيائي او التنويم المعروف (المغنطيسي) وذلك بشكل بسيط وخفيف يعتمد على استخدام الحواس الخمس في التخيل والابتعاد عن الواقع وهنا يمكن ايضا التوكروس بالشخص الى عمر معين. كذلك فإن اطباء الاسنان والتوليد قد ساعدونا بإدخال ما يسمى بال Analgesia او ال RA وهي طريقة يستخدم فيها غاز النيتروس او كسيد بنسبة ٧٠ في المائة او اكثر لاحداث حالة وسطى بين الشعور واللاشعور، ولقد قمت بتشخيص واكتشاف كوامن عصبية حالات كثيرة اهمها الرجل الذي عانى من اضطراب حركي في جسمه ووجهه Motor Tic Disorder، وكان قد عرضه كلب في الطفولة. ربما كان البوح والاكتشاف وجهاً لوجه والمريض في كامل وعيه افضل لكن تظل النفس الانسانية تجد مشقة في مواجهة نفس اخرى، حتى لو كانت للمعالج، ولقد وجدنا في اجلمنا ان بعض المرضى يكتبون احساسهم ويسجلونها على الكمبيوتر، حتى ان بعضهم يكتب رسائل ويرسلها بالبريد الالكتروني تحوي كم معلومات لم يتتوفر قبلها.

س: عملتم طويلاً في المجال العيادي ثم انتقلتم الى الاجتماعي والجماهيري فماذا عن هذه النقلة ومراحل حصولها؟

- في الحقيقة ان (العيادة) ما زالت هي المركز رغم ان الاطار الذي اعمل فيه هو المجتمع، والطب النفسي

استشاري الامراض العصبية الذي قام بعمل اشعة Cat Scan ولالسف فانه لم يقرأها جيداً وكان ميهياً ومتأثراً بان الحالة «نفسية بحثة» ومحول من استشاري طب نفسي؛ فأعلن مارا ان الامر نفسي محض، وحاولت قدر جهدي اخباره بان الحالات العضوية في المخ بالذات تظهر في صورة نفسية، غير انه اصر على عناده وزادت الاعراض الاكتئافية قسوة؛ فاضطررنا الى ادخاله المستشفى ووصف علاج بالجلسات الكهربائية، لكن لم يتغير الامر فعادنا الى اخصائي المخ والاعصاب، بعد ١٨ شهراً من التشخيص الاولى فقاموا على مضمض بعمل اشعة مقطعة ثم قالوا انها لم تختلف عن الاولى التي اجريت منذ سنة ونصف لكنها تشير على علامات غريبة، ثم اجري له تصوير بالرنين المغنتيسي فأثبت وجود ورم صغير في الفص الوجهي للمخ وبعد ذلك تزرت تحويل الحالة الى استاذ كبير متخصص في الطب النفسي والطب العصبي العضوي في لندن، فأجرى الاختبارات الموضوعية مرة اخرى وقاموا بأخذ عينة من الورم وتحليلها معملياً ونسيجياً فتأكد بالدليل القاطع ان هناك ورم سرطاني، يعالج المريض الان بالعلاج الاشعاعي والكيميائي والكورتيزون، لكنه ينتظر الموت بعد ان أصبح مقعداً.

هناك ايضاً ادوات تشخيص موضوعية تكشف ما يمكن تسميته (بالعلامات البيولوجية) للفحص معقدة جداً تستخدم احدث طرق التكنولوجيا والتحليل بواسطة الكمبيوتر في كل الاحيان. ان تلك الادوات رغم تقديمها العلمي الفائق الا انها حبيسة تعدد النفس البشرية.

س: ماذا عن استخدام ال Narco-Analysis ودعمه لعملية التشخيص، وتحديداً لانه تقنية منه (الباربيتورات او غيرها)؟!

- حقيقة ان عملية التنويم الكيميائي ان صبح التعبير في تراجع؛ فلقد كانت (الباربيتورات) هي اكثر تلك العقاقير استخداماً لكن كانت هناك خطورة بالنسبة

هنا بشكل جدي في انجلترا في بداية السبعينات، ما زالت هناك مشاكل كثيرة تكتنف الموضوع. ويعود بنا هذا الى سؤالك. لأن الطب النفسي المجتمعي لا يتحقق بشكل جيد دون طب عيادي قوي، علاج فعال في المستشفى اولاً، متابعة من مرضيات مجتمع نفسيين، وتحقق من تناول الدواء. ما زالت ادوات تحقيق الطب النفسي المجتمعي غير كاملة وغير متوفرة، انها امر يكاد يشبه التوجه نحو اليوتوبية الكاملة، وتعوق هذا امور مثل الموارد المالية ازدياد عدد المرضى بالتحديد من المراهقين، والمنفصلين والمطلقين وهذا ما يؤكّد على الطبيعة الاجتماعية لانتشار وشكل المرض النفسي في العالم بأسره.

س: الطب النفسي الاجتماعي يهتم برصد الظواهر الاجتماعية، وحركة المجتمع، فهل دراساتكم حول الارهاب والعنف السياسي تأتي في هذا السياق؟

- نعم. ولقد ولد كتابي الأهم «سيكولوجية الإرهاب السياسي» من رحم موقف سياسي اجتماعي طبي نفسي، حيث كنت اعمل استشارياً في الطب النفسي في احدى دول الخليج، وعاصرت تفاعلات وديناميكيات اجتماعية حادة بين مرضى من ابناء الدول العربية بشكل خاص وبعض المرضى من امريكا والدول الآسيوية والاوروبية مما حفزني الى ما يشبه التشبيث وعشق الموضوع والحرف داخل بؤره في دأب، ومن ثم تكشفت لي في الادبيات المختلفة والدوريات المتخصصة، كذلك في الصحف والجرائد اليومية ان حركة المجتمع تلعب دوراً اساسياً وهاماً واحياناً وحيداً في العنف والعنف المضاد، ينطبق هذا على ايرلندا الشمالية، الوطن العربي، امريكا، اوروبا وأسيا، ان التفسخ الاجتماعي وفقدان الهوية فيرأي الشخصي العلمي والسياسي اهم سببين للعنف والارهاب السياسي.

س: كتابكم العتون بـ (سيكولوجية الارهاب السياسي) آثار اهتماماً واسعاً من قبل المعين في كل لكم ان تقدمو لنا عرضاً للافكار الرئيسية لهذا الكتاب؟

الذى امارسه هو المجتمعي. كنت وما زلت شديد اليمان بان العوامل الاجتماعية هي الاهم في تكوين المرض النفسي، حتى لو كانت الاسباب بiological وراثية قوية، يعني انه اذا كان هناك تاريخ مرض قوى للفصام العقلي او الادمان الكحولي فهناك حتمال قوى لعدم ظهور الاعراض، او للتحكم فيها وفقاً للظرف الاجتماعي. اسوق هنا مثلاً لمريض انجليزي في العقد الثالث من عمره كان يعمل صيدلانياً ناجحاً، ارتبط بزميلاً له صيدلية هندية، ادى اختلاف الثقافات الى توتر اجتماعي اسري شديد بينهما، اشتكى الرجل من اعراض فضامية ادت الى تركه العمل والاقامة مع امه التي كانت تعمل طبيبة ممارسة عامة، وكانت شديدة التأثير عليه، كثيرة السؤال، وكانت ايضاً مرتبطة برجل غير ايه، مما خلق تناقضها وجاذبها شديداً، دعا الرجل الى الانسحاب داخل نفسه والانغماس الشديد في اعمال (جيسي جويس) المشهورة بتوترها الجنسي العالي جداً، اذن هناك مورثات واضطراب كيماوي وهناك توتر اسري ونفسى وجنسى، غالب المريض فانتكس بشكل عنيف وهاجم الطبيب النفسي المناور والممارس العام والاحصائية الاجتماعية، الذين اتوا لتطبيق قانون الصحة العقلية عليه، فاعتدى عليهم جميعاً بالضرب والسب. بعد دخول المستشفى واعطائهم العقاقير. تم تأهيل المريض وبابعاده عن امه وعن جيسي جويس والى حد ما حل التناقض مع خطيبته. خفضتنا الدواء كثيراً وقامت مختصة بالعلاج النفسي الاجتماعي برؤيتها ورؤيتها اهله على حدة وبعد سنة اصبح هذا المريض، صحيح العقل والبدن، مارس الرياضة البدنية، ثم عاد لعمله تحت الاشراف ولفترات زمنية قصيرة زادت حتى اصبح الان يعمل بشكل عادي ولساعات طويلة وهو يتناول عقار Sulpiride ٢٠٠ مجم مرتين يومياً فقط.

انا اؤمن بالانسان وبالمجتمع كعامل اساسي. لهذا فان حركة الطب النفسي المجتمعي التي تبلورت في استراليا والنمسا وامريكا في منتصف السبعينيات بدأت

- كتب الكتاب قبل تسع سنوات تقريباً، حدثت فيها امور خطيرة وكثيرة في العالم وفي المنطقة العربية غير ان الافكار الأساسية لهذا الكتاب تمحور حول الاسباب الموضوعية للارهاب، خصائص وظروف وفرص من يعد ارهابياً، ولماذا تواجه ممارسات بالادانة واخرى، ان لم تكن بالتأييد، فعلى الاقل بالتجاهل والتناسي؟ هل من المقبول انسانياً ان يواجه الارهاب بالارهاب. الكتاب يعتمد على تحريك اسئلة كثيرة في ذهن القارئ، اسئلة تستثير وجده وخياله، الكتاب مهم بالوثائق والمستندات والمراجع المحكمة المختصة. لم احبس نفسي في اطار تخصصي المهني كطبيب نفسي بل ادعى ابني قد تجاوزتها الى تخصصات اخرى. يهتم بالانسان والمجتمع، واقعاً وتطلعاً، فوضعت التخصص في اطاره الاشمل والارحب كما قيل، اعتقد ابني قد قدمت بحثاً جديراً بال關注ة والحوار. وانا بصدق اصدار الجزء الثاني خلال عام ان شاء الله.

س: ماذا عن هذا العمل القادم الذي تدعونه في مجال دراسة الارهاب؟

- هو بمثابة جزء ثانٍ للكتاب الاول «سيكلولوجية الارهاب السياسي»، غير انه مختلف لانه يتناول العنف السياسي - اصوله، دوافعه من واقع روئي جديدة ومن واقع مقابلات مع شخصيات لها وزنها السياسي الفكري والاجتماعي. سيكون موثقاً، وربما سيكون موجعاً ايضاً.

س: خليل فاضل الطيب وخليل فاضل المبدع. كاتب القصة والناقد الفني، كيف يوفق خليل بين هذه النزعات وهل يعتبرها مترابطة، وما هو انتاجكم الابداعي؟

- افضل ان تكون الاجابة من مقدمة مجموعتي القصصية الثانية (البنت والنورس) والتي كتبها القاص الصديق حسين عبد العليم [قبل عن خليل فاضل، وكانت هذه السطور احد القائلين - ان مهنته كطبيب نفسي تأخذ بيده وتساعده، فهو ينظم ويسلور فضفضات مرضاه الكشفية، فيصنع قصصاً جيدة. وتساعده الموهبة على اختيار ما يكتب وما يشطبه.

واطن - متراجعاً - عن قوله - بوجوب قول العكس. ان الفن عند خليل فاضل هو ما يرقى به مهنياً نظراً لامتلاكه موهبة العين الراسدة البقةة].

نعم ان كل تلك النزعات مترابطة، وانا شخصياً اعتقاد ان الطبيب النفسي غير المهووب وغير الموسوعي يكون فاقداً لasiciasيات هامة في علاقته الانسانية مع الانسان المريض، ما عدا ذلك فهو مجرد موظف متعلم يطبق ما هو في الكتب، فحسب. انتي اعشق الفن السينمائي فهو مرآة عاكسة للحياة وتناوله كثيراً من الاضطرابات النفسية وتناول صورة الطبيب النفسي بشك مختلف ومتباين وكثيراً واقعي محترم و حقيقي، وهنا فاني ادعى ان اسهاماتي المتعددة في مجال النقد السينمائي كثيفة وعميقة وتتفق الى العظم واعتمد اساليب تحليلية نفسية في فهم افلام بعينها والحمد لله ان كل ما كتبته في هذا الاطار نشر وبسرعة.

س: ترى ما هي «العلامات العيادية الفارقة» ان صح التعبير خلال مسيرتكم العملية والعلمية؟

- انتقالى من المنطقة العربية الى اوروبا لدراسة الطب النفسي ثم العودة الى المنطقة العربية، مرة أخرى بعد التخصص من الكلية الملكية اضاف كثيراً الى معرفتي. صحيح ان الناس هم الناس، لكن النظم الصحية والاجتماعية مختلفة، ومن هنا تتوقف وتنفص الامور بعنایة. في احدى الدول العربية عالجت مريضاً تحدثت عنه سابقاً عضهه (كلب غني) اي كلب لاسرة غنية وكان المريض طفلاً فقيراً، ومن ثم تولدت لديه اعراض حركية نفسية وتقنص للكلب حينما يطرد الذباب ويتشي ولقد استخدمت طريقة التنويم الایهائى باستخدام غاز مخدر RA وسجلت الجلسات كلها على شريط فيديو بعد ان وقع موافقة خطية على استخدام الشريط في التدريب والتدریس ولقد اثارت الجلسات الحرارة نقاشاً واسعاً لدى عرضها في مراكز التعليم الطبي.

ومرضى وخاصيين وآخرين عن تجربتهم في المرض النفسي، كانوا هم الحاضرين وكذا المتعلمين، عكست الدور وكانت التجربة خطيرة بكل المقاييس، اثارت حفيظة بعض الاستشاريين الكلاسيكين لكنها كشفت كوامن لم تدر بها وساعدتها كثيراً في فهم طبيعة هذا الاضطراب القاسي والصعب، أيضاً حرصت على أن تسجل على الفيديو ويستخدم كمادة تعليمية بمعرفة المرضى بالطبع.

في إنجلترا واجهت مشكلة ما يسمى بـ «اضطراب الشخصية الحدي» Borderline Personality Disorder الذي يظهر في صورة اضطراب انفعالي ووجوداني شديد مع فترات من فقدان الصلة بالواقع وهم يؤذون أنفسهم حتى يسيل الدم، وهم متعرسون في دفع المعالجين إلى اليأس. قدمت ندوة غير مسبوقة اسميتها: (الفراشات تخرج من الشرفة) قدمت فيها أربعة مرضى (ثلاث نساء ورجل) تحدثوا إلى أطباء

البروفسور محمد حمدي الحجار

يفوز بـ:

جائزة مصطفى زبور للعلوم النفسية

قرر مجلس أمناء جائزة مصطفى زبور للعلوم النفسية منح الجائزة عن العام ١٩٩٩ إلى البروفسور محمد حمدي الحجار. وذلك اعترافاً بافضاله وبجهوده الحثيثة للرقي بالاختصاص في عالمنا العربي.

فالبروفسور الحجار كان رائداً في أكثر من ميدان من ميادين الاختصاص وعزز ذلك بمؤلفات اغنت المكتبة النفسية العربية.

ولقد عمل البروفسور حجار خصوصاً في ميدان علم النفس العسكري الأميركي الرابع للأمراض العقلية.

كما تقلب البروفسور الحجار في مناصب كثيرة في مؤسسات عربية فكان ضابطاً في الجيش السوري وعمل في المركز العربي للدراسات الأمنية. وكان مستشاراً لمركز الدراسات ومجلته طيلة أعوام.

كما درس في جامعة دمشق. وهو مذكور في موسوعة الاعلام العالمية. أيضاً كانت له مسيرة استعرضها لقراء المجلة في المقابلة التي اجرتها معه «الثقافة النفسية المتخصصة»... وبناء على هذا التاريخ المشرف قررت اللجنة منحه الجائزة عن العام ١٩٩٩.

اللديمة مفتاح شخصية الطفل

فهل هي مفاتيح - دمى خاصة لطفلنا العربي؟

تركيزه، وهو ما يطلق عليه في مجال علم نفس النمو حدوث التراقص العضلي والعصبي في عيني الطفل، كما أنها تستثير قدراته العقلية، وبالتالي فهي عامل مهم جداً للطفل، والطفل الذي تعرض له مثل هذه الألعاب يكون عادة أكثر ذكاء وقدرة على التركيز والانتباه واللاحظة.

وتشير بهادر إلى أن عالم النفس زيموند فرويد أكد أن تزويد الطفل بالألعاب منذ الشهر الأول يعمل على ارتفاع وتحجيم مستوى قدراته العقلية والكامنة، ويوهله للتفاعل مع مكونات البيئة.

وقد حدد فرويد هذه الألعاب في ثماني أنواع تعطى للطفل في أعمار مختلفة. واللعبة الأولى للرضيع بين الشهرين الأول والخامس تكون من ست كرات مصنوعة من الخيط الملفوف ذات اللمس واللون المختلفة، وعن طريقها يبدأ الطفل يدرك تدريجياً أن هناك أشكالاً لا أول لها ولا آخر.

اما اللعبة الثانية فهي على شكل كرة ومكعب واسطوانة وتعطي للرضيع بعد بلوغه الشهر السادس من عمره.

واللعبة الثالثة عبارة عن ثماني مكعبات صغيرة متعددة الشكل والحجم ليدرك بها الطفل علاقة الكل بالجزء، وليتعلم أن الكل ما هو الا مجموع الأجزاء، وتعطي للطفل في نهاية العام الأول والى بداية العام الثالث.

□ لقد بات العلاج باللعب تياراً علاجياً يتمتع بتقنياته الخاصة. واصبح يمثل الوسيلة الأكثر سهولة لعلاج الأطفال ومقارنتهم مقاربة صحيحة. وإذا كانت الفكرة قد انطلقت من مبدأ «الخرابة» فهي قد تحولت اليوم الى تقنية متكاملة.

هذا وتتعدد اساليب العلاج باللعب بتنوع النظريات النفسية المعتمدة. وكانت الزميلة موزة المالكي قد قدمت عرضاً عن هذا العلاج في العدد السابع والعشرين من الثقافة النفسية المتخصصة (برلين ١٩٩٦ ص ٥٣ - ٦٠). كما كانت المجلة قد اثارت الموضوع في اكثر من مناسبة وبقي السؤال المطروح: هل يحتاج طفلنا العربي الى العابه الخاصة؟ او ان العولمة وثورة الاتصالات حولت الالعاب الى العالمية؟ بدليل عالية اللديمة باريبي!

في ما يلي نستعرض قائمة من آراء المتخصصين في المجال حول هذه القضية ونبدأ بـ:

١ - أ. د. سعدية بهادر

تقول استاذة علم نفس النمو ورئيسة جمعية احباء الطفولة الدكتورة سعدية بهادر إن للديمة تأثيراً كبيراً على الطفل، وعلى ملامح شخصيته منذ اليوم الاول من حياته، و«الحدث الابحاث التي اجريت في هذا المجال في الولايات المتحدة أكدت ان تعليق لعبة ذات الوان زاهية تصدر نغمات موسيقية وتهتز مع دفع الهواء لها على مهد الرضيع يساعد على شحد انتباذه وزيادة

تطلق يدي في ان اريهم التربية المناسبة وانطعم التتميم المناسب (يقصد من خلال الالعاب والدمى) لاخرج لكم المدرس والطبيب والمهندس والمجرم والمحامي والشخص الهادئ والآخر العنف».



الدكتور فكري عبد العزيز

٢ - أ. د. فكري عبد العزيز

وبعد اخر لأهمية الدمية في تكوين شخصية الطفل يشير اليه استشاري الطب النفسي وعضو الاتحاد العالمي للصحة النفسية الدكتور فكري عبد العزيز، يقول: «مرحلة الطفولة التي تبدأ منذ الولادة الى سن الثانية عشرة من اهم المراحل التي يحتاج فيها الشخص الى اكتساب الخبرات وزيادة الوعي والادراك، ويكون هذا من خلال مدركات حركية ويدوية ومعلومات حسية يكتسبها بالسمع والبصر تزيد قدرته على التخيل والتفكير. لذا نجد ان الدمية او اللعبة التي يرتبط بها الطفل، لا سيما تلك التي تعتمد على استخدامات حركية وتصورية تكون مصدراً لاسقاطاته النفسية، مثلاً اذا كان الطفل يمر بازمة نفسية نجده يعتدي عليها او يكسرها، وهذا السلوك يساعد الطفل على الاستقرار النفسي، وذلك يتفرغ طاقاته ودفافعه.

واللعبتان الرابعة والخامسة تتكونان من مكعب مقسم الى ثمانية مستطيلات يستخدمه الطفل في الحل والتركيب ليكون اشكالاً مختلفة. وتصلح هذه اللعبة من سن ثلاث سنوات الى سبع سنوات.

وتشتمل اللعبة نفسها من سن السابعة، وهي مرحلة سنية مهمة جداً. ومعروف ان الطفل، من ولادته الى بلوغه اربع سنوات يكون ٥٠ في المئة من نسبة نموه العقلي، ومن اربع سنوات الى ثمان سنوات يكون ٣٠ في المئة اي اي ٨٠ في المئة من النمو العقلي لاي شخص يتحقق مع بلوغه سن الثامنة، ويجب التركيز في هذه الفترة على قدرات الطفل الكامنة، مع الاخذ في الاعتبار ان الظروف البيئية تلعب دوراً مهما في تكوين شخصية هذه المرحلة. حيث تبدأ الفروقات الحضارية بلعب دور مؤثر ابتداءً من هذه المرحلة والمراحل التي تليها واللعبةان السادسة والسابعة هما عبارة عن اشكال خشبية ملونة بالوان الطيف، فهناك المثلث والمربع والدائرة، بما يساعد الطفل بين السابعة والعشرة من العمر، على اكتساب مفاهيم المساحة والعمق والبعد.

اما اللعبة الثامنة والأخيرة، فتتكون من مكعب مقسم الى ٢٧ كتلة من الخشب باحجام واوزان واشكال مختلفة وغير متساوية، يكتسب الطفل عن طريقها خبرات جديدة خاصة بوعيه المساحة والحجم والوزن والعلقة والعمق والبعد وغيرها من الخبرات.

وتقول الدكتورة سعدية بهادر:«الدمية او اللعبة اعمال رئيسي واساسي في تكوين الشخصية الإنسانية التي تكون قد نمت خلال السنوات الست الأولى من عمر الطفل، وتذعن وتثبت نقوشها خلال فترة الطفولة المتأخرة من ٦ الى ١٢ سنة».

وتشير بهادر الى العالم واطسون الذي قال: «اعطوني ١٢ طفلاً حديثي الولادة، وحددوا لي المهنة التي يجب ان ينتهيها كل منهم في المستقبل وانا قادر على تسليمهم وكل اختصاصي في مجاله شرط ان

ان الاطفال يتعلمون التخطيط وحل المشاكل عن طريق اللعب الذي يشجعهم على تحقيق التنمية اللغوية، ومهارات الاتصال، وعلى استخدام الخيال والإبداع. والاطفال الذين يلعبون كثيراً اكثراً سعادة وتوافقاً وتعاوناً ويتمتعون بشعبية اكبر بين رفاقهم».

وتنصح بان تكون لعب الاطفال مثيرة وممتعة، وان لا تكون بالضرورة غالبة الشمن، بل انه من الافضل ان يتوفّر للطفل اربع او خمس العاب مختلفة افضل من لعبة واحدة باهظة الشمن.

وهذا يقتضي مراعاة الظروف الاقتصادية والبيئية الخاصة بكل مجتمع على حدة.

وتنصح كرم الدين بان يتم اختيار الالعاب التي توفر للطفل الشعور بالامان والراحة، كما تفضل وجود اشخاص بالغين مع الطفل أثناء اللعب بهدف التشجيع. وان تناسب اللعبة مستوى نضج الطفل وان تشكل تحدياً لمهاراته. وتشير ايضاً الى انتقاء الالعاب ذات الخصائص والمعالم المتنوعة، والتي تتضمن نشاطاً واسعاً والواناً زاهية وملمساً ناعماً وتصدر الاصوات المختلفة المتنوعة. كما ترى انه من المهم ان يلعب البالغ مع الطفل كلما شعر كلاماً بان ذلك مناسب.

وتبقى قضية العاب الطفل العربي مطروحة للمناقشة. فهل نقى على «باربي» رمزاً لاسقطات وتماهيات ومقارنات الطفل العربي. ام انه يحتاج الى دمية اكثر شبهاً به وبصديقه وزوجته مستقبلاً؟ وانحراضاً هل لهذه الدمية «باربي» اثر في الانتشار الوسائي لموضة صبغ السمراءات لشعرهن باللون الاشقر؟ وهل لهذا علاقة بتقدير الذات؟

ويحدّر عبد العزيز من ان عدم تفريغ الطفل لطاقةه من خلال دمية او لعبه قد يؤدي الى شعوره بالقهر والحرمان، وقد يصبح شخصية عدوانية تعتمد على الآخرين، وتخطف لعبهم لانه لم يخرج الدوافع السوية في داخله.



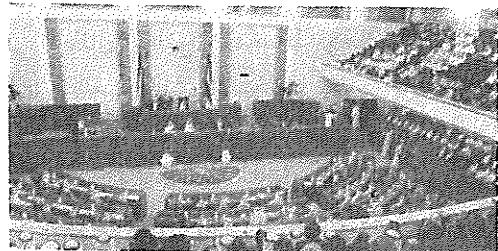
الدكتورة ليلى كرم الدين

٣ - أ. د. ليلى كرم الدين

الدكتورة ليلى كرم الدين، مديرية مركز دراسات الطفولة في جامعة عين شمس واستاذة علم النفس، تضم صورتها الى قائمة المنادين باهمية الالعاب والدمى لدى الطفل، «حتى الطفل الرضيع الذي يحاول الوصول الى لعبة معينة، فإنه يبني ويتطور التوافق والتناسق المبكر بين اليدين والعين، وينمي القوة والتوازن وسرعة الحركة».

وتنصيف: «ان الالعاب التي يلعب بها الطفل مع رفقاء تعلمه الاقتسام والمشاركة والتعاون ومهارات الاتصال، اما المكممات والتمازج الجسمانية فتشجعه على ادراك ابعاد المكان، بينما تساعد الالغاز والألعاب الدومينو والطاولة على تمية القدرات المنطقية».

وتقول كرم الدين: «اكدت الابحاث والدراسات



الندوات ٩ المؤتمرات

* التقرير العالمي للعلوم الاجتماعية - بودابست

التدخل بين العلوم الاجتماعية والطبيعية يخلق اختصاصات جديدة

الرئيسي للتقرير الذي يركز على تداخل علوم الاجتماع والطبيعة والتكنولوجيا ويدرس ظهور فروع علمية جديدة تعيد تقسيم التعليم الجامعي وتشمل تخصصات مهنية جديدة. ويتأمل في التأثيرات المتبادلة لعلوم الاجتماع والطبيعة.

اسئلة

هناك هناك اسباب وقوى وعوامل وراء افعال الكائن البشري ، وما هي الآثار الجماعية لما يفعله افراد الجنس البشري؟ هذان السؤالان اللذان شغلا تفكير الانسان عبر التاريخ بما الموضوع الرئيسي للعلوم الاجتماعية. جاء ذلك في «التقرير العالمي للعلوم الاجتماعية ١٩٩٩» الذي صدر هذا الشهر عن منظمة اليونسكو.

«التاريخ نفسه هو جزء حقيقي من التاريخ الطبيعي، تاريخ تطور الطبيعة الى انسان، ومع الوقت سيحتوي التاريخ الطبيعي تاريخ الانسان، وسيتضمن تاريخ الانسان تاريخ الطبيعي»، ويشمل عن ذلك علم واحد. هذه التوقعات المشهورة للفيلسوف الالماني كارل ماركس في القرن التاسع عشر تتحقق الان. فالتقارب الحالي بين علوم الانسان والطبيعة يغير الاثنين ويشكل علوم ومفاهيم جديدة. ويطرح تساؤلات عن نفع العلوم الاجتماعية في ادارة الدولة والمجتمع؟ وهل يمكن

وينذكر التقرير الذي ساهم في اعداده عدد من علماء الاجتماع من بلدان عددة ان القرن العشرين كان قرن العلوم والاجتماعية وتشهد نهاية القرن النضج الفكري لهذه العلوم والاعتراف السياسي بها. ويعرض الفصل الاول من التقرير وادعه عالم الاجتماع البريطاني بيتر وااغنر التقدم الذي شاهدته هذه العلوم التي لم تكن معاهدها تزيد عن عدد اصابع اليد في مطلع القرن، فيما تعد حالياً بالالاف وبخطى موضوع مستقبل العلوم الاجتماعية في القرن المقبل بالاهتمام

الاجتماع ديفيد كامبسن وعلي كازانسيغيل، اللذان وضعوا مقدمة التقرير وشرفوا على تحريره.

وهناك الى جانب ذلك اختصاصات قائمة بذاتها، كعلوم السلوك البشري وعلوم السكان وعلوم البيئة، وعلوم التربية وعلوم الادارة والدراسات الدولية ودراسات الاتصالات. وقد نشأت حقول هجينة عددة على الحدود الفاصلة بين الاختصاصات، كعلم الاجتماع التاريخي والاقتصاد السياسي الدولي وعلم الاقتصاد الاجتماعي وعلوم الادراك البشري Cognitive. وتقع علوم الاجتماع على امتداد سلسلة المعرفة القرية في بعض الوجه من علوم الطبيعة والقرية من الجانب الآخر من الفلسفة والاختصاصات الأخرى التي يطلق عليها اسم «الإنسانيات».

ويتمسك التقرير بان علوم الاجتماع من الناحية المعرفية والطracية هي علوم دون شك. فهي تملك طرقها العلمية الكمية والتوعية، بما في ذلك طرق المقارنة والاحصاءات. وتملك في بعض الحالات طرق تجريبية ونظريات قابلة للفحص والتوثيق، الى جانب سجلها العامر بالتقدم والابحاث. وتشترك علوم الاجتماع علوم الطبيعة في الاهتمام بان تكون تطبيقية وقابلة للاستخدام في القضايا العملية التي تواجه الناس وحل مشاكل المجتمع.

ويتبين عالم الاجتماع الاميركي البروفسور ايمانويل والرستاين مسار العلوم الاجتماعية في اتجاه علوم الطبيعة، وكيف توجهت في الوقت نفسه علوم الطبيعة نحو اعتبار الكون ككيان غير مستقر وغير قابل للتبنؤ. هذه النظرة الجديدة ترى الكون كواقع فعال غير مستقر، وليس كآلة قابلة للتحكم من قبل البشر. وبلغ التقارب بين علوم الطبيعة والمجتمع يبدو كلاهما فيه كانظمة معقدة، حيث التطورات المستقبلية حصيلة عمليات وقية لا رجعة عنها.

تجنب اخفاقات استخدامها في الماضي في صناعة القرارات السياسية والاقتصادية؟ وقبل كل شيء ما مستقبل العلوم الاجتماعية؟ وما الذي سيتجم عن تقاربها مع علوم الطبيعة؟ وكيف يمكن حل التوتر القائم بين هيكلها التنظيمية المحددة ومتطلبات متعددة الانظمة التي يفرضها عليها تفاعلاها مع علوم الطبيعة؟ وما هي العلوم الجديدة المتداخلة الانظمة التي تنشأ الآن؟ وهل يتجم عن ذلك الغاء التقسيم الثلاثي الحالي للتعليم الجامعي الى دراسات علوم الطبيعة والاجتماع والعلوم الإنسانية؟

هذه اهم الاسئلة التي يتناولها اول تقرير دولي عن اوضاع العلوم الاجتماعية التي تعطي نطاقاً واسعاً من النشاطات البشرية يمتد ما بين السياسة والاقتصاد والنفس والمجتمع (سوسيولوجي) ومباحث الانسان (الانثروبولوجي) وادارة الاعمال وحتى فروع علمية مستحدثة مثل «الهندسة الاجتماعية» و«التاريخ الاجتماعي الطبيعي» و«علم الآثار الجيني».

هل ستثال التطويرات الجديدة مشكلة الهوية التي تعاني منها علوم الاجتماع؟ فالعلوم ترتبط في ذهن الناس بعلوم الطبيعة، لذلك واجهت علوم الاجتماع دائماً سؤال حول ما اذا كانت علوم حقاً. وتذكر مقدمة التقرير التي تعالج هذه المشكلة ان تسمية علوم الاجتماع تختلف من بلد الى اخر، حيث تسمى احياناً علوم الانسان. ويتنازع المصطلحان على علوم عددة، لكن هناك شبه اتفاق حالياً على اعتبار علوم السياسة والاقتصاد والمجتمع علوماً اجتماعية، فيما تعتبر علوم النفس والانثروبولوجي واللغات علوماً انسانية.

مع ذلك فان المدخل القاطع للعلوم الاجتماعية هو انظمتها المتداخلة interdisciplinary او انظمتها العابرة للانظمة Transdisciplinary، التي تجمع بين طرق واساليب انظمة علمية عددة. يذكر ذلك عالما



صورة من المؤتمر الصحفي لليونسكو للاعلان عن التقرير العالمي للعلوم الاجتماعية

فكرة «اليوتوبية» (المدينة الفاضلة) العزيزة على علماء الاجتماع منذ القدم تنهار، وينهار معها اليقين في المستقبل. ولا يمكن للجامعات ان تظل مبنأي عن عالم يغير فيه زوال اليقين دور المثقف، وتواجه فيه فكرة رجل العلم المحايد تحديات قاسية. ويرجح والرستاين ان تصورات البشر عن المستقبل قد تؤثر على كيفية تصرفاتهم في الحاضر وان مفاهيم «اليوتوبية» تعود الى افكار التقدم المختتم، لكن تتحققها لا يعتمد فقط على التطور في علوم الطبيعة، كما كان يعتقد الكثيرون، بل بالاحرى على زيادة ابداعية الانسان والتعبير عن النفس في هذا العالم المعد.

«لقد جئنا من ماض اجتماعي زاخر بالعقائد المضادة، سواء كانت تعود الى العلم او الاخلاق او الانظمة الاجتماعية وها نحن في حاضر ملؤه التساؤلات، بما في ذلك التساؤلات حول ما اذا

وتشير الاكتشافات الجديدة في علم الجينات السلوكي ردود افعال قوية لدى علماء اجتماع يدعون الى المزيد من التوجه البيولوجي لعلومهم. بل يبعث الكشف عن تحكم الجينات بصفات الانسان وتصرفاته افكار الحتمية الجينية. عودة هذا الاتجاه القديم في تحديد الطبيعة الانسانية وغلبة الطبيعة على التطبيع يثير مخاوف لدى العالم الاميركي، الذي يعتقد بان المضي فيه سيكون خطأ فاحشاً ويشكل نكسة لعلوم الاجتماع. ويعتقد البروفيسور والرستاين بان الدرس الاساسي للتغيرات الاخيرة في علم الطبيعة هو بالاحرى الحاجة الى اخذ تعقيد الديناميات الاجتماعية بجدية اكبر مما في اي وقت مضى.

انهيار العقائد

ويرى العالم الاميركي ان اكتشافات علوم الطبيعة والمجتمع تهدد انظمة التفكير والتصرف السائدة.

سائدة نحو قرنين».

لكن التقرير خلا من مساهمات ثقافات اخرى كان يمكن ان تجدد حيوية الفكر العالمي العالمي. وجاء الفصل الخاص بالعالم العربي والاسلامي ضعيفاً ومبيناً وكان الغياب العربي كاملاً عن تقرير اليونسكو التي تضم سفراء عن جميع الدول العربية وتحتوي على خبراء عرب اكثر مما في اي منظمة عالمية من منظمات الامم المتحدة.

«اثنان من اكثـر العوامل التي كانت مؤثـرة في تشكـيل المسـار والوضع الراهن للعلوم الاجتماعية في الشـرق الاـوسط هي التـقدـم والـسيـاسـة». بهذه الكلـمات تـحدث فـصل «الـعلوم الاجتماعية في شـمال اـفـريـقيـا وـالـشـرق الاـوسط» عن وجود عـلاقـة مـتبادـلة ما بين مـعدـل الدـخـل الفـرـدي في المـنـطـقة وـوـضـعـ الـهـيـاـكـل الـاـرـتـكـارـيـة لـلـعـلـوم الـاجـتمـاعـيـة وـمـسـتـوى الـانـفـاقـ على الـبـحـث الجـامـعي وـتـدـريـبـ الطـلـابـ. واستـدرـكـ التـقرـير «لـكنـ العـلاقـة بـيـنـ التـعـمـيلـ وـالـهـيـاـكـلـ الـاـرـتـكـارـيـة لاـ تـمـلـكـ عـلـىـ ايـ حالـ سـوـىـ تـأـثـيرـ قـلـيلـ عـلـىـ ماـ قـدـ يـعـتـبـرـ اـهـمـ مـغـيـرـ: نوعـيـةـ الـبـيـئةـ الـبـحـثـيـةـ الـتـيـ يـعـملـ تـحـتـ ظـلـلـهاـ عـلـمـاءـ الـاجـتمـاعـ». وـيـذـكـرـ التـقرـيرـ، الـذـيـ يـقـعـ فـيـ اـقـلـ مـنـ 4ـ صـفـحـاتـ وـيـخـلـوـ مـنـ اـسـمـ الـمـؤـلـفـ اـنـ الـعـلاقـةـ الـمـبـادـلـةـ بـيـنـ التـقدـمـ وـبـيـةـ الـبـحـثـ الـعـلـمـيـ ضـعـيفـةـ جـداـ. «الـبـلـدـانـ الـتـيـ اـنـفـقـتـ اـقـلـ عـدـدـ تـعـوـيلـ الـبـحـثـ الجـامـعيـ وـتـدـريـبـ اـنـتـجـتـ اـبـحـاثـاـ وـبـاحـثـيـنـ بـنـوـيـةـ اـرـقـىـ مـنـ اـولـئـكـ الـذـينـ يـغـدـقـونـ اـكـثـرـ». مـقـابـلـ ذـلـكـ يـلـاحـظـ وـجـودـ عـلاقـةـ مـبـادـلـةـ بـيـنـ درـجـةـ التـعـدـدـيـةـ السـيـاسـيـةـ الـمـوـجـوـدـةـ فـيـ الـبـلـدـ وـنـوـيـةـ بـيـةـ الـبـحـثـ.

ويـشـيرـ التـقرـيرـ إـلـىـ قـيـامـ بـيـئـاتـ اـغـنـىـ لـلـبـحـثـ الـاجـتمـاعـيـ فـيـ الـبـلـدـانـ غـيـرـ الـعـرـبـيـةـ فـيـ الـمـنـطـقـةـ، اـسـرـائـيلـ وـتـرـكـياـ، وـيـذـكـرـ انـ الـهـيـاـكـلـ الـاـرـتـكـارـيـةـ الـلـيـلـةـ الـتـيـ يـتـحـدـثـ فـيـ الـفـصـلـ الـخـاصـ بـيـسـقـبـلـ عـلـومـ الـاجـتمـاعـ فـيـ الـقـرـنـ الـهـادـيـ وـالـعـشـرـيـنـ عـنـ «ـشـعـورـ كـثـيرـ جـداـ مـنـ الـبـاحـثـيـنـ...ـ بـالـاخـلاـطـ النـاجـمـ عـنـ اـسـتـرـازـفـ الـفـقـاهـةـ الـتـيـ ظـلـتـ

كان هناك وجود حقيقي للبيان. وربما نحن نشهد نهاية نوع من العقلانية لم تعد تلائم عصرنا. النبرة التي تلزمـناـ هيـ التيـ تـقـومـ عـلـىـ المـعـقـدـ وـالـمـوقـتـ وـغـيرـ الثـابـتـ وـالـتـيـ تـتطـابـقـ الـيـوـمـ معـ حـرـكةـ مـتـعـاظـمـةـ عـابـرـةـ لـلـحدـودـ الـقـائـمـةـ بـيـنـ الـاـنـظـمـةـ الـعـلـمـيـةـ. لكنـ هـذـاـ لـاـ يـعـنـيـ بـحالـ الدـعـوـةـ إـلـىـ التـخلـيـ عـنـ الـعـقـلـانـيـةـ الـاـسـاسـيـةـ».

«التـقرـيرـ الـعـالـمـيـ لـلـعـلـومـ الـاجـتمـاعـ 1999»

Science Report 1999 World Social

الـناـشرـ: UNESCO

غيـابـ الـمـشـارـكـيـنـ الـعـربـ

لـطـلـاماـ اـشـارـتـ الـمـجـلـةـ إـلـىـ ضـالـةـ الـحـضـورـ الـعـرـبـيـ فـيـ الـمـنـتـدـيـاتـ الـدـولـيـةـ، لـكـنـ الـأـمـرـ هـنـاـ يـخـتـلـفـ فـقـدـ كـانـ هـنـاكـ غـيـابـاـ لـلـمـشـارـكـةـ الـعـرـبـيـةـ فـلـمـاـذاـ؟

هـنـاكـ نـوعـانـ مـنـ الـحـقـيقـةـ، فـيـ رـأـيـ عـالـمـ الـفـيـزيـاءـ الـدـانـمـيـ نـيـلـزـ بوـهـرـ، «ـالـتـرـهـاتـ وـعـكـسـهاـ الـبـعـثـ طـبـاءـ، وـالـحـقـائقـ الـعـمـيقـةـ الـتـيـ يـكـنـ التـعـرـفـ عـلـيـهاـ مـنـ وـاقـعـ اـنـ عـكـسـهاـ حـقـيقـةـ عـمـيقـةـ اـخـرـىـ». الرـأـيـ الـمـعاـكـسـ يـنـقـصـ الـقـرـيرـ الـعـالـمـيـ لـلـعـلـومـ الـاجـتمـاعـيـةـ الصـادـرـ عـنـ مـنـظـمـةـ الـأـمـمـ الـمـتـحـدـةـ لـلـتـرـيـةـ وـالـشـفـاقـةـ وـالـعـلـومـ (ـيـونـسـكـوـ)ـ. اـعـلـنـ عنـ التـقرـيرـ خـلاـلـ اـنـعـقـادـ (ـالـمـؤـتـرـ الـعـالـمـيـ لـلـعـلـومـ)ـ، وـهـوـ اـخـرـ وـاحـدـ مـنـ سـلـسلـةـ تـقارـيرـ اـصـدـرـتـهاـ الـيـونـسـكـوـ فـيـ الـتـسـعـيـنـاتـ عـنـ الـعـلـومـ وـالـتـرـيـةـ وـالـاتـصـالـاتـ. وـيـظـهـرـ اـثـرـ غـيـابـ الرـأـيـ الـمـعاـكـسـ فـيـ الـبـحـثـ الـخـاصـ باـوضـاعـ الـعـلـومـ الـاجـتمـاعـيـةـ فـيـ الـعـالـمـ الـعـرـبـيـ.ـ

تسـودـ الـعـلـومـ الـاجـتمـاعـيـةـ الـتـيـ نـشـأـتـ وـتـطـورـتـ فـيـ الـغـرـبـ اـنـماـطـ تـفـكـيرـ وـاحـدـةـ ليـبرـالـيـةـ تـفـقـرـ إـلـىـ الرـأـيـ الـمـعاـكـسـ الـذـيـ قدـ يـسـاعـدـ فـيـ التـميـزـ بـيـنـ التـرـهـاتـ وـالـحـقـائقـ الـعـمـيقـةـ.ـ يـقـرـرـ بـأـهـمـيـةـ ذـلـكـ عـالـمـ الـاجـتمـاعـ الـأـمـيرـكـيـ البرـوفـيـسـورـ إـيمـانـوـيلـ وـالـرـسـتـاـينـ، الـذـيـ يـتـحـدـثـ فـيـ الـفـصـلـ الـخـاصـ بـيـسـقـبـلـ عـلـومـ الـاجـتمـاعـ فـيـ الـقـرـنـ الـهـادـيـ وـالـعـشـرـيـنـ عـنـ «ـشـعـورـ كـثـيرـ جـداـ مـنـ الـبـاحـثـيـنـ...ـ بـالـاخـلاـطـ النـاجـمـ عـنـ اـسـتـرـازـفـ الـفـقـاهـةـ الـتـيـ ظـلـتـ

عن تقديم حلول معقولة للصعوبات التي يواجهها العلماء في التصدي لظواهر أكثر تعقيداً.

هذه التطورات في علوم الطبيعة والرياضيات كانت مهمة لعلوم الاجتماع لسبعين، أولاً لأن نموذج مبحث المعرفة (الاستمولوجيا) الشمولية التي اضحت أكثر سيادة في علوم الاجتماع في فترة ما بعد ١٩٤٥ كانت تقوم بالذات على استخدام حكمة مفاهيم نيوتن في دراسة الظاهرة الاجتماعية. لكن البساط سحب من تحت استخدام هذا النموذج في العلوم الاجتماعية. واكدت تطورات جديدة في علوم الطبيعة على غلبة مفاهيم اللاخطية Nonlinearity على الخطية وغلبة التعقدية Complexity على التبسيطية، وكذلك التسلیم باستحالة إزالة المقاييس من عملية القياس. وحتى بالنسبة لبعض علماء الرياضيات تفوق النطاق التأويلي النوعي على الحساب الكمي المضبوط الأكثر محدودية في الدقة.

وباختصار فان علوم الطبيعة اخذت تبدو اقرب الى ما كان يعتبر بازدراء علوم الاجتماع «الناعمة»، مما كان يطلق عليه اسم علوم الاجتماع «الصلبة». ولم يشرع هذا فقط بتعديل توازن القوى في الصراعات الداخلية لعلوم الاجتماع، بل عمل على تقليل التمايز القوي بين علوم الطبيعة والمجتمع.

مع هذا لا يعني تقليل التناقضات بين علوم الطبيعة والمجتمع. كما في المحاولات السابقة اعتبار الطبيعة ككيان فعال ومبدع.

وانتهت النظرة الديكارتية للعلم الكلاسيكي التي كانت تعتبر العالم كآلة تحكم بها الخاتمية وقابلة كلية للوصف بقوانين السببية او «قوانين الطبيعة». اليوم يرى كثير من علماء الطبيعة ان العالم ينبغي ان يوصف بشكل مختلف تماماً. فهو عالم اكثر تقلقاً، عالم اكثر تعقيداً، عالم تلعب فيه التشوشات دوراً مهمـاً. المفاتيح الأساسية لهذا العالم تكمن في كيفية تفسير كيف

مستوى عال، على رغم التدخل السوري، الذي يعرقل افتتاح البيئة البحشية! ويشيد التقرير بتطوير مصر والمغرب مجموعات مؤثرة من الباحثين على رغم الظروف الاقتصادية والقيود السياسية غير الملائمة. وعلى العموم تأثرت بيئة البحث في العالم العربي وايران بشكل سلبي نتيجة القيود السياسية التي تراوح ما بين المعتدلة والقياسية... وبلغت القيود في بعض الحالات درجة كبيرة من القسوة جعلت من المستحيل للعلوم الاجتماعية ان تقيم حضوراً منتظاماً. ولم يسمح في بعض الحالات لعلماء الاجتماع بانشاء جمعيات مهنية... وتواصل العلوم الاجتماعية العمل في هذه البلدان لكن تحت ظل ظروف بالغة الصعوبة، ان لم تكن خطيرة».

التماعات الفيزياء الجديدة تغير العلوم الاجتماعية:
«الفكرة التماعية ضوء ما بين ليلين حالكين، لكن هذه الالتماعية هي كل شيء». قال هذه العبارة عالم الفيزياء الفرنسي هنري بوانكاريه في نهاية القرن الماضي وهو هي افكاره تعود لتغيير العلوم الاجتماعية في نهاية القرن العشرين. يشير الى ذلك بحث في تقرير اليونسكو عن اثر نظريات الفيزياء الجديدة على الدراسات الاجتماعية. وينذكر البحث الذي يحمل عنوان «آثار دراسات التعقيد Complexity studies على العلوم الاجتماعية» ان تطورات مهمة حدثت داخل المعرفة منذ اعوام السبعينيات من هذا القرن.

نشاهد الان تفجر السخطة المخصوص طويلاً في الاوساط العلمية ضد افكار عالم الطبيعة البريطاني اسحاق نيوتن. يمكن تتبع هذا السخطة على الأقل الى بوانكاريه في نهاية القرن التاسع عشر. ويشمل السخطة الظاهر في الفكر العام الانتاج الفكري في حقول عده. ويعود هذا جزئياً دون شك الى ضغط التمايز الناجم عن النمو العددى، الذي يلعب دوراً في الاضطراب السائد في العلوم الاجتماعية. لكن الاهم من ذلك كانت حصيلة العجز المتزايد للنظريات العلمية القديمة

في حال توازن او قريبا من حال التوازن، لكن ليس الانظمة البعيدة عن التوازن، التي قد تكرر على الاقل كالانظمة المترابطة ان لم يكن اكثراً تكراراً منها. وظروف النظام بعيد عن التوازن بعيدة عن الانعكاس زمنياً، حيث يكفي معرفة «القانون والظروف الاولية لتوقع اوضاعها في المستقبل. والنظام بعيد عن التوازن هو بالاحرى تعتبر عن «سهم الزمن» الذي يملأ دوراً منهما وبناء. المستقبل في نظام كهذا غير مؤكد وبالتالي فالقوانين التي يمكننا صياغتها متعددة الاحتمالات لكنها ليست يقينية قطعاً.

تقوم في هذه التعقيدات. ولم يعد معظم علماء الطبيعة يعتقدون ان العالم الكبير (المacro) يمكن ان يستخلص ببدئياً ببساطة من العالم المجهري (المicro). ويعتقد الكثيرون حالياً ان النظم المقدمة ذاتية التنظيم ولا يمكن ان تعتبر سليمة.

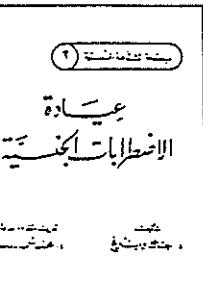
لا يعني هذا انهم يعتبرون فيزياء نيوتن خطأ، بل ان الانظمة الثابتة القابلة للاسترداد زمنياً التي وصفها علم نيوتن لا تمثل سوى جزء خاص محدود من الواقع. فيزياء نيوتن تصف على سبيل المثال حركة الكواكب، لكن ليس تطور منظومة الكواكب. وتتصف الانظمة

عيادة الاضطرابات الجنسية

تأليف

الدكتور جاك واينبرغ

رئيس معهد الطب الجنسي - باريس



تمويل علاج الاضطرابات الجنسية الى تخصص طبي دقيق يلامس اختصاصات الامراض النسائية والبولية والطب النفسي. لذلك قامت شركة (Sandoz) للادوية بطبعه هذا الكتاب وتوزيعه على اطباء هذه التخصصات. فهو يشكل دليلاً تشخيصياً وعلاجيًّا لهذه الاضطرابات. وقد قامت لجنة الترجمة في مركز الدراسات النفسية بترجمة هذا الكتاب الى العربية ونشرته في سلسلة كتب الثقافة النفسية الصادرة عن.

طه النهضة الهوبية

بيروت ص. ب: ٧٤٩ - ١١

والكتب هي:
العنوان: المرأة اليمنية ومجالس القات (التفرطة).
المؤلف: نجاة محمد صالح خليل
الناشر: دار الجد للطباعة والنشر - صنعاء - ١٩٩٨
ان ارتياح المرأة اليمنية لمجالس القات (التفرطة) تمثل ظاهرة سلوكية في حد ذاتها، ولذا فإن هذه الدراسة تهتم بمعرفة دوافع ارتياح المرأة اليمنية لمجالس القات (التفرطة) وعلاقتها بالواقع الاسري الذي تعيش فيه، وكيف تنظم هذه الدوافع لديها. وهل الاسرة لها علاقة بذلك الدوافع ام انها تقف موقفاً محايضاً في تشكيلها. فهذا النوع من المجالس اخذ ينتشر بشكل ملفت للانتباه، حتى أصبحت هناك شكوى من التباعد بين الزوج وزوجته، وهو التباعد الذي ترتب على مجالس القات (التفرطة) هذه بحيث أصبحت المرأة التي لا تحضر مجالس القات (التفرطة) ينظر اليها وكأنها عزلت نفسها عن بقية النساء اللاتي اعتدن على ارتياح هذه المجالس فهذه المشكلة ذات جانبيين: يمثل احد جانبيها النساء اللاتي يغشين مجالس القات واصبح ارتياحهن لها جزء من حياتهن اليومية، ويمثل الجانب الآخر اولئك النساء اللاتي لم يعتدن على مثل هذه المجالس ويولين جل وقتهن الى رعاية اسرهن، ولكن ينظر اليهن نظرة غير واقعية، من جانب الكثير من النساء اللاتي الفن ارتياح هذه المجالس.

اما اهمية هذه الدراسة فلانها اول دراسة علمية بهذا الشكل المنظم، تتناول مشكلة ارتياح المرأة اليمنية مجالس القات (التفرطة)، من الناحيتين النفسية والاجتماعية.

فالكتاب هذا هو رسالة ماجستير تقدمت بها

الرملاء اليمنيون تحركهم حماستهم للاختصاص فيضطرون للاعتماد على جهودهم الفردية ليحققوا انجازات تراحم ما يتحققه بعض الرملاء العرب الذين يعيشون ظروفاً افضل ويتمتعون بالدعم الرسمي والمؤسساتي. وبالرغم من الظروف الصعبة المعروفة لليمن فقد تمكن هؤلاء من تحقيق انجازات عديدة، في طليعتها التأسيس للجمعية النفسية اليمنية - التي تصدر مجلة «الصحة النفسية» - ولفريق الباحثين النفسيين في عدن - الذي يصدر مجلة «قضايا علم النفس» - اضافة الى المشاركة اليمنية الفاعلة في المؤتمرات العربية والعالمية. حتى توصل هؤلاء الاختصاصيون الى فرض حضورهم العلمي عبر جهود وتحصيات فردية. واذ ذكر في هذا المجال الرملاء عبد المجيد الخليدي (المشارك في تأسيس اتحاد الاطباء النفسيين العرب ورئيسه ١٩٩٠) المؤسس لفرع الطب النفسي في الجامعات اليمنية. والرميل حسن قاسم خان - ويشغل حالياً منصب نائب رئيس المكتب الاقليمي لاتحاد العالم للصحة النفسية - والرميل معن عبد الباري قاسم الذي يتصدى لهمة تعزيز دور الاختصاص في خدمة المجتمع اليمني خصوصاً والعربي عموماً. والمشارك في غالبية النشاطات العربية.

مناسبة الحديث عن هذه الجهود بخراج الرملاء اليمنيين في تحطيم حاجز النشر واقتحامهم ميدانه ببرامج ذات قيمة اكademie وعلاقة بالواقع وال حاجات الاجتماعية. ويسعدني ان اقدم عروضاً مختصرة لثلاثة اصدارات من هذه الكتب النفسية التي تضاف الى رصيد المكتبة النفسية العربية وتساهم في اغنائها

تاريجية موجزة لاستخدام معارف علم النفس في النشاط القانوني (الإجراءات القانونية)، وتسليط الضوء على الجوانب النفسية للنشاط الحقيقي، ثم اختصت بعض المباحث معالجة أربعة إجراءات تحقيقية من وجهة نظر علم النفس وهي: المعاينة والاستجواب والتفتيش والعرض من أجل التعرف.

وبالنظر إلى ما تقدم يمكن لهذا الكتاب اشباع رغبة القانونيين والنفسانيين والمهتمين الآخرين الأطلاع - ولو لجزء محدود - معالجة علم النفس للمسائل المتدرجة في إطار النشاط القانوني.

العنوان: المدخل إلى علم النفس الجنائي

المؤلف: محمد عوض علي باعبيد

الناشر: مركز غبادي للدراسات والنشر - صنعاء - ١٩٩٥

ان الاجابة الدقيقة والعلمية على الاسئلة الكثيرة التي تواجه العاملين في مجال البحث الجنائي والنيابة والقضاء لا تتطلب فقط الالام بالعلوم القانونية والخبرات الحياتية، بل ان التجارب العملية في هذا الميدان قد أكدت حيوية واهمية الالام بعلم النفس التطبيقي، كون ذلك يساعد على معرفة وادراك القوانين التي تحكم في بروز الظواهر النفسية المختلفة والتي تأخذ في حالات غير قليلة طابعاً اجرامياً.

كما ان بعضها من هذه الظواهر تتصل بظروف ارتكاب الجريمة وتتطلب تفسيراً نفسياً لها، كما هو الحال بالنسبة لاقوال الشهود او المتهمين، باعتبارها ظواهر نفسية تؤثر في صحتها او عدم صحتها عوامل مختلفة يدخل تحليلها ضمن اختصاصات علم النفس. ويهم علم النفس الجنائي كذلك بدراسة الدوافع النفسية للسلوك الاجرامي. وتبين الاسس النفسية لتحديد المسؤولية الجنائية من خلال تحليل شخصية المتهم الماثل امام القضاء، وتوضيح ما اذا كان هذا المتهم مدركاً لطبيعة افعاله والتائج المرتدة عليه عند

الباحثة الى قسم علم النفس بكلية الآداب - جامعة صنعاء - في العام ١٩٩٧م واهم مكونات الكتاب هي فصوله فضلاً عن ملاحقه ومراجعه. وفصوله هي:

الفصل الاول: ويتضمن مشكلة البحث واهميته.

الفصل الثاني: اطار نظري.

الفصل الثالث: دراسات سابقة.

الفصل الرابع: اجراءات البحث ومنهجيته.

الفصل الخامس: تحليل النتائج ومناقشتها.

الفصل السادس: توصيات ومقترنات.

العنوان: علم النفس الحقوقي (القانوني) (علم النفس الجنائي والقضائي).

المؤلف: خليل سعيد ثابت.

الناشر: دار جامعة عدن للطباعة والنشر - ١٩٩٨

هذا الكتاب موزع في ثلاثة فصول: الفصل الاول عبارة عن مقدمة عامة او مدخل عام في علم النفس الحقوقي، ويحوي ستة مباحث استعرضت نشأة علم النفس ومواضيعه ومجاليات دراسته وكذا علم النفس الحقوقي (القانوني) وفروع ومجاليات دراسته واهتماماته وعلاقته مع العلوم الأخرى، ثم استعرضت الاتجاه وطرق علم النفس الحقوقي. اما الفصل الثاني فقد اختصر بتناول علم النفس الجنائي كفرع هام من فروع علم النفس الحقوقي، ويحتوي على ثمانية مواضيع تم التطرق فيها الى ماهية المواضيع الرئيسية التي يدرسها هذا الفرع وتركز التناول على الجريمة كونها فعل ونشاط انساني مخالف للقانون، وعلى شخصية المجرم وكذا استعراض بعض الامراض التي تصيب الانسان و مدى امكانية ارتكاب المصابين بها للجرائم، ثم سلط الضوء على الشخصية السيكوباتية وجناح الاحداث كحالات يهتم بها ويدرسها علم النفس الجنائي. اما الفصل الثالث فقد اختص بمباحث مواضيع في علم النفس القضائي كفرع من فروع علم النفس الحقوقي. هذا الفصل يحتوي على عشرة مواضيع، بدءاً بالمحة

ارتكابه الجريمة ام لا من خلال دراسة نفسية للعلاقة بين المرض النفسي والعقلي والجريمة المرتكبة من ناحية ومن ناحية اخرى بين مستوى النضج النفسي والذهني والاجتماعي للحدث، والجريمة المرتكبة من قبله.

كل تلك المواضيع تعرض لها المؤلف من خلال الابواب التالية:

الباب الاول: موضوع علم النفس الجنائي.

الباب الثاني: سيكولوجية الانحراف والجريمة.

الباب الثالث: الاسس النفسية لاعمال البحث الجنائي.

الباب الرابع: الاسس النفسية للمسؤولية الجنائية.

في نهاية هذه العروض يسعدنا ان نتقدم بالتهنئة للمؤلفين وللزملاء اليمنيين عموماً. راجين استمرارهم في العطاء وتخطي صعوبات الاتصال والتوزيع بما يدعم حماستهم لتسخير الاختصاص خدمة المجتمع ومساعدته على تخطي ازماته ومؤازقه.

العنوان: *القومي النيوروسيكولوجي*

وتطوير علم النفس

المؤلف لويis كامل مليكة

الناشر: دار النهضة العربية

عنوان كتاب صدر حديثاً للدكتور لويس كامل مليكة وتوزعه دار النهضة العربية، ٣٢ شارع عبد الحال ثروت، القاهرة جمهورية مصر العربية. والكتاب من ٤١٦ صفحة من القطع الكبير، يعالج موضوعاً لم يسبق ان عالجه المؤلفون العرب الا بأقل القليل.

والغرض الاساسي من التقييم النيوروسيكولوجي هو التوصل الى استنتاجات عن الخصائص البنوية والوظيفية لخ انسان من خلال تقييم سلوك الفرد في مواقف ضمن استجابة محددة وهو بذلك ييسر دراسة الخصائص السلوكية التي تستعصي على الملاحظة الاكلينيكية.

وقد اتسع مجال العمل في التقييم النيوروسيكولوجي بسرعة مذهلة في المدة الاخيرة واصبح مجالاً للتخصص في اطار علم النفس الاكلينيكي. وانشئت جمعيات دولية واقليمية ومحلية تضم الاختصاصيين في هذا المجال، كما تصدر المجالات العلمية المتخصصة وتنظم المؤتمرات. وقد اتسع المجال ليتجاوز النيورولوجيا الاكلينيكية والتمييز التقليدي بين الاضطرابات الوظيفية والعضوية، فهو يلعب دوراً لا غنى عنه في الكشف عن الخلل المخي في المواقف المختلفة التي لا يوجد فيها دليل تشريحى واضح على تغيرات في المخ.

وتشمل مثل هذه المواقف تقييم تأثير السمعيات البيعية والصناعية والعواقب السلوكية لبعض العمليات الجراحية والتغييرات المعرفية المرتبطة بالكحولية والايدز، الخ، وفضلاً عن متابعة نتائج العلاجات المختلفة كما ان الدراسات النيورولوجية للتقدم في السن وللخوف تستخدم بيانات الاختبارات النيوروسيكولوجية بوصفها المفاتح الاساسية لتقديم الدلالة السلوكية لتغيرات مخية القصور القشرى.

بعد تعريف النيوروسيكولوجيا الاكلينيكية او علم النفس الاكلينيكي النيورولوجي في الفصل الاول، وتاريخ ومناهج التقييم النيوروسيكولوجي في الفصل الثاني، ولأدوات هذا التقييم واساس استخدامها في الفصل الثالث، خصص المؤلف فصلاً مستقلاً لعرض الادوات المرتبطة بتقييم كل من الوظائف التالية: التوجة والانتباه والتركيز والتتبع: الوظائف الادراكية، وظائف الذاكرة، الوظائف اللغوية، الوظائف التركيبية، تكوين المفهوم والاستقلال، الوظائف التنفيذية والاداء الحركي. كما افرد فصلاً خاصاً لطرق الملاحظة ومقاييس التقدير، واختبار الشخصية، وآخر لعرض اهم الامراض النيورولوجية ومظاهرها السيكولوجية والقضايا المرتبطة بقييمها، وثالثاً لبيانات التقييم النيوروسيكولوجي وقد خصص المؤلف فصلاً لعرض

لويس كامل مليكه الى تحقيقه من خلال ثلاثة اصدارات تناولت معظم المدارس الرئيسية في العلاج النفسي.

ففي الكتاب الاول، «العلاج السلوكي وتعديل السلوك»، يقدم الدكتور مليكه في ثلاثة عشر فصلاً مناقشة متكاملة للاسس الفطرية وللإجراءات العملية في العلاج السلوكي وتعديل السلوك، والعلاج السلوكي - المعرفي وبصورة تشيع حاجات كل من الباحث والممارس والطالب.

وقد بدأ الكتاب بعرض الخلفية التاريخية والمفاهيم الأساسية والتابع الرئيسية التي استمد منها العلاج السلوكي - كما يمارس اليوم - اسباب حيوية وبيانها.

وتلاه عرض لكل من المناهج والإجراءات الرئيسية في العلاج السلوكي، التحليل السلوكي والاشراط الكلاسيكي والاشراط الجرائي.

المترجمة وتأكيد الذات والضبط الذاتي. ثم خصص فصل لطبيقات تعديل السلوك في المدرسة وفصل اخر تطبيقاته في مجال الاعاقة العقلية. وختم الكتاب بقronym نقدم مع الحرص على تقديم نماذج حية من فئات اكلينيكية وغير اكلينيكية عديدة ومتعددة لتشيع قدر الامكان الحاجات المتباينة والممتدة على نطاق واسع، مع تذكير القارئ في نفس الوقت بالحاجة الملحة الى التمسك بمعايير الضبط العلمي والمقارنة مع المدارس والمناهج الأخرى.

والكتاب الثاني بعنوان «التحليل النفسي والمنهج والأنساني في العلاج النفسي» وهو يضم احد عشر فصلاً تبدأ بتعريف التحليل النفسي وتاريخه وتعريف بالمدارس الإنسانية في العلاج النفسي وتاريخها، ثم يخصص الكتاب ثلاثة لصول للتحليل النفسي وتطوراته والعلاج الجماعي في الطار التحليل

القليل المتوفّر من الدراسات والندوات العربية في التقييم البيوروسيكولوجي، وذلك بأأمل البحث علىمواصلة الجهود في هذا المجال الذي يحمل امكانيات واعدة ومطلوبة في الحاج لدعم وتطوير الخدمة النفسية في العالم العربي، وانخيراً ختم المؤلف الكتاب بفصل متقدم في القضايا الشخصية التي تواجه المنظرین والممارسين في مجال التقييم البيوروسيكولوجي واستشراف التطورات المستقبلية.

والكتاب على هذا النحو موجه الى اطباء الاعصاب والاختصاصيين النفسيين الالكتيكيين في هذا الفرع الذي يلقي فيه علم النفس الاكلينيكي مع البيورولوجيا وكذلك الى الطلاب والباحثين والممارسين ولعل في صدوره ما يحفز الباحثين والممارسين العرب على العمل الجاد لاعداد ادوات التقييم البيوروسيكولوجي وتقنيتها محلية وبخاصة في المجال العسكري وفي المستشفيات والعيادات.

الدكتور لويس مليكة والسلسلة النفسية:
لم يكتب بعد تاريخ العلاج النفسي في العالم العربي.

ولا زالت العلاقات المهنية بين الاطباء النفسيين والمعالجين النفسيين شوطها المصاعب، واذا كانت بعض البلاد العربية مثل جمهورية مصر العربية قد رخصت وعن طريق التشريع منذ السبعينيات ممارسة غير الاطباء للعلاج النفسي، وحددت دور المعالج النفسي مقابل الطبيب النفسي، فان تحرك يتطلب خطوات عديدة قبل انشاء معاهد مخصصة وتنظيم برامج تدريبية متقدمة الخ...

ويتطلب ذلك بدوره اثراء المكتبة العربية من موضوع العلاج النفسي.

وقد كان ذلك هو الهدف الذي سعى الدكتور

ال النفسي، ثم يخصص الكتاب بعد ذلك فصلاً لكل من «العلاج المترافق - حول - العميل؟» والعلاج النفسي الوجودي والخبروي، والعلاج الجشتالي، والتحليل الغير تفاعلي؟

والعلاج الواقعي؟

والمنهج التوفيقى في العلاج النفسي.

ويحرص العرض على الربط بين الفطرية والتطبيق بصورة اجرائية حية قدر الامكان، وعلى تحديد موقف المنهج من المناهج الأخرى، وتوضيح ما اسفر عنه تقويم المنهج من نتائج.

وفي الكتاب الثالث «العلاج النفسي»:

مقدمة وخاتمة، يحاول الدكتور مليكة سد النقص في الكتابين السابقين من خلال مقدمة في العلاج النفسي بعامة، تعرف القارئ بالموضوع وتأريخه وابعاد عملية العلاج النفسي واساليمه بعامة وبخاصة العلاقة بين المعالج والمريض وتبصيره بمشكلات المخرجات في

مركز الدراسات النفسية والنفسية - 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.
- منتخبات 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

قائمة المسح الذهاني

Psychotic Screening Checklist

«وتروج اهمية التشخيص في الطب النفسي الى ان تصنيف المريض في زمرة معينة او مرض محدد هو امر اساسى ليس بالنسبة الى شفائه فحسب، بل كذلك لفهم اسباب مرضه والتبنؤ بحاله ايضا» (عبد الخالق وحافظ: ١٩٨٦).

وتزداد صعوبة التشخيص في بعض الحالات حيث تتميز الصورة الاكلينيكية بالخلط والغموض، وهذا ما نجده لدى مرضى التشخص المزدوج بأنه توافر Diagnosis، ويعرف التشخص المزدوج بأنه توافر محكمات تشخيصية لمرضين مختلفين معاً في وقت واحد لدى نفس الشخص، ويعنى ذلك ان يتواجد مثلاً الادمان الكحولي مع اضطرابات نفسية اخرى كالاكتئاب او القلق (Slaby: 1991).

وقد كون الاضطراب النفسي المصاحب للإدمان اضطراباً مؤقتاً او اضطراباً مزمناً، ويندرج اسفل الاضطرابات المؤقتة مجموعة من الاضطرابات الذهانية يطلق عليها اسم «الذهان الناتج عن تعاطي المخدرات» Drug Induced Psychosis، ويشير المصطلح الى مجموعة الاعراض الذهانية المؤقتة التي تظهر نتيجة تأثير مواد الادمان سواء العقاقير او الكحول.

ويصعب في كثير من الاحيان التمييز بين الاضطرابات الذهانية الناشئة عن استخدام مادة ادمانية والاضطرابات الذهانية الاخري ذات المشاكل غير الادمانى، وعلى سبيل المثال فإن الاستخدام المستمر لمبهات الجهاز العصبي من مجموعة الامفيتامينات Amphetamine يمكن ان تكون السبب في ظهور زمرة اعراض ذهانية يصعب التمييز بينها وبين الفصام، وليس فقط في مرحلة التسمم ولكن قد تستمر هذه

دليل التعليمات والاستخدام

إعداد

ا.د. عادل المدنى استاذ الطب النفسي كلية الطب
جامعة الازهر

د. محمود رشاد اخصائي نفسي مستشفى الامل
بالدمام عضو الجمعية البريطانية لعلم النفس

د. محمد الجارجي اخصائي طب نفسي مستشفى
الامل بالدمام

أولاً: المقدمة:

تعد مشكلة التشخص في مجال الطب النفسي وعلم النفس الاكلينيكي من المشاكل التي تحظى باهتمام الاطباء وعلماء النفس، ونصح عن ذلك تركيز في الدراسات والبحوث التي تهتم بذلك المشكلة في مجال الامراض النفسية وخصوصاً في مجال الإدمان، وأدى ذلك الاهتمام الى احداث تطور في العديد من المقاييس والاختبارات النفسية التي تساعد المعالجين والاطباء للوصول الى التشخص الدقيق الذي يتيح الفرصة للعلاج المناسب «والتشخيص ليس عملية رصد للوقائع بل تأويل لها وذلك بناءاً جديداً في وحدة كلية ينتج من خلالها فهم دالة السلوك ووظيفته اي فهم الكائن في علاقته ببيئته» الريادي: ١٩٦٩).

يعنى وضع المريض في اطار محدد من التصنيفات التشخيصية النفسية في تفاعلاتها المتباينة التأثير مع العوامل البيولوجية والاجتماعية. فالتشخيص عملية تصنيفية تنس بالدينامية ذات التراكم الكيفي وليس الامر تصنيفات استاتيكية آلية جامدة.

التي تجعلها اداة فعالة في عملية الفحص النفسي منها على سبيل المثال:

١ - سهولة عملية التطبيق والتصحيح.

٢ - موضوعية ودقة البنود التشخيصية للاداء.

٣ - الكشف عن وجود اضطرابات ذهانية من عدم وجودها.

٤ - الكشف عن الاعراض الذهانية بصورة مباشرة او غير مباشرة.

٥ - القدرة على التمييز بين الانواع المختلفة من الاضطرابات الذهانية.

ثالثاً: وصف القائمة:

تحتوي القائمة على اربعة مقاييس يتم من خلالها فحص وتقييم المظاهر الذهانية ويجب عنها المفحوص (نعم) او (لا)، وهي مقاييس الذهانية، وتأثير العقاقير، والتاريخ المرضي، والتاريخ الاسري.

(١) مقياس الذهانية:

ويحتوي على مقاييسين فرعيين احدهما للضلالات والآخر للهلاوس.

أ - الضلالات:

المقصود بالضلالات مجموعة المعتقدات والافكار الخاطئة المتمثلة في محتوى تفكير المريض. ويشمل مقياس الضلالات على اربعة عشر بندًا وتقيس كل مجموعة من تلك البنود نوع محدد من الضلالات.

* ويمثل كل من البنود (١ - ٢ - ٣) اسئلة غير مباشرة تكشف عن احتمالية وجود ضلالات لدى المريض.

* تمثل البنود رقم (٤ - ٥ - ٦) اسئلة عن ضلالات الاضطهاد.

* ويمثل البندان رقم (٧ - ١٥) سؤالين عن ضلالات العزيمة.

* ويمثل البند رقم (٨) سؤالاً عن الضلالات المرتبطة بالاعراض الجسمية.

* وتمثل البنود رقم (٩ - ١٠ - ١١ - ١٢) اسئلة

الاعراض مدة طويلة بعد التوقف، وربما يكون تعاطي مبهجات الامفيتامينات عاملًا مهمًا لظهور الفحص المزمن بين الاشخاص ذوي الاستعداد لذلك (Flaum and Shultz: 1996)

ويوضح ما سبق صعوبة الوصول الى التشخيص الصحيح وبشكل خاص في الحالات التي لديها مشكلة تعاطي العقاقير او الكحول.

ثانياً: هدف القائمة:

تهدف القائمة الى التعرف على الاضطرابات الذهانية بصورة مبدئية مع احتمالية تشخيص تلك الاضطرابات وتحديد وجودها من عدمه مع توضيح نوعها سواء كانت اضطرابات عضوية او وظيفية او اضطرابات ناجمة عن تعاطي مواد ادمان.

وعلى الرغم من توافر العديد من الادوات الاكlinيكية لتشخيص الفحص والاضطرابات الذهانية في المجتمعات الغربية مثل مقياس الطب النفسي Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)، المقياس الشامل المرضي النفسي الشامل The Comprehensive Psychopathology Rating Scale (CPRS)، مقياس اختبار الحالة Present State Examination (PSE) العربية ففتقد لمثل هذه المقاييس.

وفي حدود علم الباحثين (رشاد والمدني والحارجي) تعتبر هذه الاداة هي الوحيدة باللغة العربية التي تقدم صورة اكlinيكية شاملة عن الاضطرابات الذهانية سواء كانت عضوية او وظيفية، ولا يعني ذلك ان هذه القائمة تغنى عن التقييم الطبي النفسي الاكlinيكي وفحص الحالة العقلية وذلك لأن القائمة تعتمد بدرجة كبيرة على التقدير الذاتي للمريض.

ويمكن استخدام هذه القائمة في المستشفيات النفسية ومرافق علاج وتأهيل المدمنين بهدف الوقوف على التشخيص النفسي وتقييم حالة المريض اكlinيكية ووضع الخطط العلاجية المناسبة.

وتتميز قائمة المسح الذهاني بالعديد من العوامل

عن ضلالات التحكم في الأفكار او ادخال الأفكار او سحب الأفكار.

« وخيراً يمثل البندان رقم (١٣ - ١٤) سؤالين عن ضلالات قراءة الأفكار.

ب - الهلاوس:

والمقصود بالهلاوس الإدراكات البصرية او السمعية او الحسية او الشمية دون وجود مؤثر حقيقي. وترتبط الهلاوس بالحواس الخمس، وتختلف عن خداع الإدراك Illusion الذي هو ادراك خاطئ لمثيرات موجودة بالفعل (عكاشة: ١٩٩٢). وتشمل الهلاوس على:

١ - الهلاوس السمعية:

وهي مجموعة الهلاوس السمعية والأصوات التي يسمعها الشخص، وتشمل على سبع بند يجبر عنها المريض (نعم) او (لا)، والاجابة بنعم تشير الى وجود هذا الاضطراب، وغالباً ما توجد الهلاوس السمعية في حالات الذهان الوظيفي.

٢ - الهلاوس البصرية:

وهي مجموعة الهلاوس والخيالات البصرية التي يراها المريض، والإجابة بنعم على اي من بند المقياس يشير الى وجود هذه الهلاوس «و غالباً ما تنتشر الهلاوس البصرية مع حالات الذهان العضوي وان كان نادراً ما تصادفها في مرض الفصام الا في الحالات الحادة عندما يكون التفكير مشوشًا ودرجة الوعي مختلطة» (عكاشة: ١٩٩٢).

٣ - الهلاوس الحسية:

وهي الاحساسات الغريبة التي يشعر بها المريض على جسمه او تحت جلده وليس لها مثيراً في الواقع، ويشمل المقياس بند واحد ينقسم الى اسئلة متابعة، والاجابة بنعم على البند يشير الى وجود الهلاوس الحسية.

٤ - الهلاوس الشمية:

وهي الروائح التي يشمها المريض وليس لها وجود في الواقع، والاجابة بنعم على هذا المقياس يدل على وجود الاضطراب.

(٢) مقياس تأثير العقاقير او الكحول:

يشمل هذا المقياس على ستة بند، يتم خلالها فحص وتقدير الاعراض الذهانية منذ بداية ظهورها وعلاقتها بالمواد المؤثرة نفسياً مثل العقاقير او الكحول. وتحتوي البند على اسئلة مفتوحة تكشف عن مراحل تطور الاعراض الذهانية، ويمكن للمقياس ان يكون مؤشراً للتمييز بين الذهان العضوي والذهان الوظيفي.

(٣) مقياس التاريخ المرضي:

تحتوي هذا المقياس على اربعة اسئلة يتم خلالها الكشف عن التاريخ المرضي السابق للمريض والمحاولات العلاجية السابقة سواء كانت محاولات علاجية علمية او محاولات علاجية عقائدية ترتبط بالثقافة مثل اللجوء الى الشيوخ او رجال الدين او المعالجين الشعبيين.

(٤) مقياس التاريخ الأسري:

تحتوي هذا المقياس على خمسة اسئلة يتم خلالها الكشف عن التاريخ الأسري للمريض سواء كان تاريخ إيجابي او سلبي لاضطرابات النفسية او الإدمان او كلاهما. مع الإشارة الى نسبة انتشار الاضطراب داخل الأسرة.

رابعاً: خطوات إعداد القائمة:

تم تصميم القائمة بعد مراجعة المحکات التشخيصية لكل من التصنيف الدولي العاشر (ICD-10)، و ايضاً الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع (DSM-IV)، وتم مراجعة البند الخاصة بالاضطرابات النفسية الناتجة عن استخدام المواد المؤثرة نفسياً Mental and Behavior disorders due to Psychoactive Substance use، وتشمل القائمة على الاضطرابات الناتجة عن الكحول Alcohol، المهدئات Sedatives، الأفيونات opiates، مشتقات القنب Cannabinoids، المثومات Hypnotics، الكاكايين Cocaine، المهلولات Hallucinogens، النيكوتين Nicotine.

الاخصائي الرابع من اهم الملامح الاساسية في الحكم على عملية التشخيص بناء على اجماع المشغلين في مجال الاضطرابات النفسية».

٣ - صدق الحكمين Judgment Validity

بعد ترجمة بنود القائمة تم عرضها على اربعة من الحكمين من العاملين في مجال الطب النفسي وعلم النفس الاكلينيكي^(*) وذلك بهدف التقدير الكمي لبنود القائمة، وقد قام الحكمون بالآتي:

- مقارنة بنود القائمة مع المحکمات التشخيصية للدليل التشخيصي الاحصائي الرابع.
- تحديد مدى صلاحية البند في قدرته على قياس الاعراض الذهانية.

● اعطاء تقديرًا كمياً من درجة (٠ الى ١٠) وكلما اقتربت الدرجة من رقم (١٠) دل ذلك على صلاحية البند.

● وضع الملاحظات والاقتراحات على كل بند بناء على رأي الحكم سواء كان بالتعديل او الاضافة او الحذف.

وبعد ذلك تم تحديد صلاحية بنود القائمة بناء على رأي الحكمين، وقد وصلت نسبة الاتفاق للبند ما بين ٨٠ - ١٠٠٪.

ب - الثبات:

اعتمد الباحثون في حساب معامل الثبات على طريقة اعادة التطبيق، حيث تمت عملية اعادة التطبيق على عينة من المرضى التومين بمستشفي الأمل -

(*) أ.د. عادل دمرداش رئيس قسم الطب النفسي - كلية البنات - جامعة الازهر.

أ.د. عادل المدنى استاذ الطب النفسي - جامعة الازهر.
أ.د. لطفي فطيم استشاري الصحة النفسية - مركز التأهيل النفسي - القصيم السعودية

د. عبد الله أنسى عسکر استشاري النفسي - جامعة ديوك - نورث كارولينا.

Nicotine، المذيبات الطيارة Volatile Solvents واحتیاف العقاقیر المتعددة Multiple drug use.

وقد تم اعداد هذه القائمة بناء على المقابلة الإكلینيکیة المقتنة للدليل التشخيصي of DSM-IV، وهي عبارة عن مقابلة إكلینيکیة شبه مقيدة مبنية على المحکمات التشخيصية للدليل الاحصائي الرابع، وقام بإعدادها الى العربية كلا من محمود رشاد ومحمد الجارحي وعادل المدنی وذلك بعد ادخال العديد من التغييرات على النسخة الامريكية واضافة بعض البنود بهدف تقديم صورة متکاملة عن الاعراض الذهانية التي يعاني منها البعض والكشف عن تلك الاضطرابات بناء على الاختبار التجربی للقائمة.

تم استخدام العديد من الخطوات الموضوعية للحكم على صلاحية القائمة على البيئة العربية ومنها عمليتي الصدق والثبات.

أ - الصدق:

تم استخدام ثلاثة طرق لتقدير صدق القائمة.

١ - الصدق السطحي Face Validity

والمقصود بالصدق السطحي قدرة القائمة على المستوى الظاهري في قياس المادة المراد قياسها، ويعتبر الصدق السطحي اول وابسط معيار لتحديد صدق القائمة، الا انه لا يتمتع بموضوعية امريكية كافية حيث يتطلب الأمر استخدام انواع اخرى من الصدق.

٢ - صدق المحتوى Construct Validity

ويعناه قدرة الاختبار على قياس الجوانب المراد قياسها، وقد تم حساب صدق القائمة من خلال المحتوى الذي تكون بناء على المحکمات التشخيصية للدليل التشخيصي الاحصائي الرابع للاضطرابات النفسية DSM-IV، وهنا يعتبر محتوى القائمة صادقاً بالضرورة حيث ان المحکمات التشخيصية للدليل الاحصائي الرابع اعتمد على دراسات امريكية وإكلینيکیة لتحديد طبيعة هذه المحکمات وعددتها، حيث تعتبر موضوعية المحکمات التشخيصية في الدليل

٣ - عدم قدرة المفحوص في الاجابة على الاسئلة بسبب تدهور شديد في القدرات العقلية والمعرفية كحالات التسمم الحاد Acute Intoxication او الحرف Dementia او حالات التخلف العقلي الشديد Severe Mental Retardation وكذلك ايضاً حالات الاعاقة اللغوية الشديدة او صغر السن، حيث يمكن التطبيق فقط على الذين تزيد اعمارهم عن الرابعة عشر لما تتطلبها القائمة من طلاقة لغوية.

٤ - اهمية قيام الباحث باستكمال الفحص النفسي الكامل للحالة العقلية لدى المفحوص وذلك لأن العديد من المرضى يلحوذون الى انكار الاعراض الذهانية التي يعانون منها.

٥ - يمكن تطبيق هذه القائمة على المراهقين او الراشدين الذي تزيد اعمارهم عن الرابعة عشر، ولا يمكن استخدام اقائمه قبل هذا السن لاسباب عديدة منها الطلاقة اللغوية وصعوبة التعبير عن الاعراض بدقة.

٦ - تطبق القائمة بصورة فردية ولا تصلح للتطبيق الجماعي

٧ - اهمية تطبيق القائمة في جو يسمح للمفحوص بحرية الاجابة.

سادساً: التصحيح والنتائج:

(١) يتحمل ان يعني المفحوص من اضطراب ذهاني اذا كان مجموع الاجابات بنعم اكبر من اربعة وذلك على البنود التالية في مقياس الذهانة بمقياس الفرعين:

أ - المقياس الفرعي للضلالات: البنود التالية: (١ - ٢ - ٣ - ٤ - ٥ - ٦ - ٧ - ٨ - ٩ - ١٠ - ١١ - ١٣ - ١٤)

(١٥ - ١٤)

(٥) مستشفى الأمل بالدمام احد ثلات مراكز رئيسية لعلاج الادمان بالملائكة العربية السعودية، وتعزز الفلسفة العلاجية بالمستشفى بالاعتماد على المنهج البيولوجي النفسي الاجتماعي Biopsychosocial Model، ويقوم بتنفيذه فريق علاجي متكون من اطباء نفسيين وختصائيين نفسيين واجتماعيين ومرشدين لعلاج الادمان ومرضين واخصائيين علاج بالعمل.

بالدمام^(٥) تكونت من ٣٠ مريض وذلك بعد اسبوعين من تاريخ التطبيق الاول ثم تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لاستخراج معامل الارتباط بين التطبيقين والذي بلغ معامل الثبات ٠,٧١، وهي نسبة مرتفعة من الثبات.

خامساً: التطبيق:

صممت قائمة المسح الذهاني PSC بصورة تسهل عملية التطبيق والتصحيح، وتطبق القائمة بشكل فردي فقط، كذلك لا توجد مدة زمنية محددة لعملية التطبيق ويرجع ذلك الى تعاون المريض مع الفاحص ومدى استيعابه للأسئلة وان كان الزمن الأمثل لعملية التطبيق يتراوح بين ١٠ الى ٢٥ دقيقة.

وتوجد العديد من الاعتبارات الاكلينيكية التي ينبغي على الفاحص مراعاتها قبل وأثناء القيام بعملية التطبيق وهي:

١ - اقامة علاقة علاجية ايجابية مع المفحوص قبل وأثناء التطبيق حيث تطلب الامر بالدرجة الاولى كسب ثقة المريض وذلك لما تحتويه القائمة على اسئلة ذات حساسية تمس حياة المفحوص ومعتقداته ومعاناته النفسية، وعلى الفاحص شرح اهمية الصدق في الاجابة على الاسئلة، وان يوضح للمريض ان الهدف من هذه القائمة تقديم المساعدة اللازمة له للتغلب على مشاكله.

٢ - قد يواجه الفاحص بعض الصعوبات مثل قيام المفحوص بتشويه الاستجابة عمدًا بهدف اعطاء صورة مرضية وغير حقيقة عن الاعراض التي يعني منها، ويندرج تحت هذا النوع من الاستجابات كل من Factitious Disorder الكاذبة واضطرابات التمارض Malingering Disorder،

وعلى الرغم من صعوبة الكشف عن تلك الاستجابات الا ان عدم الاتساق والتناسق الموضوعي في الاستجابة مع زيادة التشويه في الاستجابة يشير الى التزيف وعدم الصدق، ويطلب الامر للتأكد من عملية التزيف في الاستجابة اعادة التطبيق مرة اخرى والمقارنة بين الاستجابتين معاً في مدة لا تزيد عن الاسبوعين.

ب - المقياس الفرعي للهلاوس:
الهلاوس السمعية: البند الثالثة: (١ - ٢ - ٣ - ٤ - ٥ - ٦).

الهلاوس البصرية: البنددين التاليين: (١ - ٢).
الهلاوس الحسية: بند واحد فقط.
الهلاوس الشمية: بند واحد فقط.

(٢) يتحمل ان يكون ذلك الاضطراب الذهاني
ناتج عن تأثير العقاقير او الكحول في حالة الحصول
على درجتين في مقياس تأثير العقاقير والكحول وذلك
بالاجابة بـ (نعم) على البند الأول وبـ (لا) على البند
الثالث وذلك المقياس.

(٣) يتحمل ان يكون ذلك الاضطراب الذهاني
وظيفيا في حالة الاجابة بـ (نعم) على البند الاول في
كل من مقياسى التاريخ المرضي والتاريخ الاسري
و كذلك عدم الحصول على درجتين في مقياس تأثير
العقاقير والكحول.

(٤) يتحمل الا يعاني المفحوص من اي اضطراب
ذهاني في حالة حصوله على درجات اقل من الدرجة
المطلوبة والمقياس السابقة.

سابعاً: المعايير:

تم تطبيق القائمة على عينة مكونة من ١٠٠ مريضاً
من مدمني المخدرات التومنين يستشفى الأمل الدمان،
وتتراوح اعمارهم ما بين ١٨ الى ٤٨ سنة بمتوسط سن
٢٨,٧ وانحراف معياري ٤,٩ +، وقد شملت العينة
على جميع انواع المواد المؤثرة نفسيا وهي (المهربين -
القنب (الحشيش) - الكحوليات - المنومات - المهدئات
- منبهات الجهاز العصبي ومشتقات الامفيتامينات
- وآخرأ المواد الطليارة).

وبلغت ناتج عينة الدراسة على القائمة كما يلي:

| العينة | مقياس الذهانية | مقياس الذهان العضوي | مقياس الذهان العضوي | العينة |
|--------|----------------|---------------------|---------------------|--------|
| ١٠٠ | ع | م | ع | ع |
| ٤,٣ | ١,٦ | ١,٤ | ٤,٣ | ١,٣ |

وقد بلغ عدد المرضى الذهانيين في عينة الدراسة

١١٪ ونسبة من يعانون من ذهان ناتج عن تعاطي
المخدرات ٩٪ وجميعهم من مدمني الامفيتامينات
والقنب (الحشيش)، وذلك بناء على الدليل التشخيصي
الاحصائي الرابع DSM-IV.

اخيراً تحتاج القائمة الى قيام الباحثين بالعديد من
الدراسات والبحوث بشأن زيادة التأكيد من صلاحية
القائمة في مجالات الممارسة الاكلينيكية سواء كان
مجال التشخيص او البرامج العلاجية.

ثامناً: مؤهلات الفاحص:

تعتبر القائمة من نوع الاختبارات النفسية المصنفة
(B) كما عرفتها جمعية علم النفس الامريكية، ويعني ذلك
ان لا بد من يقوم باستخدام هذه القائمة يكون له دراية
علمية كاملة بعلم النفس الاكلينيكي وعلم النفس المرضي
والمقياس النفسي وايضاً الطب النفسي... الخ، ولذلك
يمكن لمن حصلوا على تأهيل اكاديمي مناسب وخيرة
اكلينيكية كافية من الاخصائين النفسيين القيام باستخدام
هذه القائمة، حيث انه اعد سلفاً للاطباء النفسيين.

المراجع

الزيادي، محمود (١٩٦٩): علم النفس
الاكلينيكي، دار المعارف.

عبدالخالق، احمد - خيري، احمد (١٩٨٦): حالة
وسمة القلق لدى عينة سعودية ذهانية وعصبية - مجلة
كلية الآداب، جامعة الاسكندرية، المجلد (٣٤).
عكاشه، احمد (١٩٩٢): الطب النفسي المعاصر،
الابنلو المصرية.

American Psychiatric Association (1994): Diagnostic
and statistical Manual of Mental Disorder (DSM-IV);
forth edition, American Psychiatric Association, Washington.

Flaum, M and Schultz, S (1996): Amphetamine -
Induced Psychosis become Schizophrenia? American
Journal of Psychiatry, 153: 6, June; (812-816).

Slaby, A (1991): Dual diagnosis: fact or fiction? In dual
diagnosis substance abuse; Gold, M and Slaby, a;
Marcel Dekker Press Inc., New York, Basel, Hong
Kong.

Spitzer, R et al (1990): Structured Clinical Interview For
DSM-III-R (SCID), American Psychiatric Press, Inc.

قائمة المسح الذهاني

PSYCHOTIC SCREENING CHECKLIST

كراسة الأسئلة

إعداد:

د. محمد رشاد د. عادل المدنى

الاسم : رقم الملف :

أجب عن الأسئلة التالية بوضع علامة (✓) أمام نعم أو لا حسب إجابة المفحوص:

أولاً: مقياس الذهانية

| الرقم | السؤال | [1] الصدر |
|-------|---|-----------|
| ١ | هل يعاني بعض الناس من مشاعر أو أفكار اضطهادية؟ | لا |
| ٢ | هل يحدث لدى الكثيرين أن يتصرضا للإيذاء؟ | نعم |
| ٣ | هل سبق لك أن عانيت من مشاعر أو أفكار اضطهادية؟ أو حدث أن تعرضت للإيذاء؟ | |
| ٤ | هل شعرت أن الناس أحياناً يتحدثون عنك أو يراقبونك؟ | |
| ٥ | هل شعرت أنك المقصود بما يذاع عندما تشاهد التلفزيون أو تسمع الراديو أو تقرأ الصحف؟ | |
| ٦ | هل تشعر أن أحداً ما يحاول إيذائك أو اضطهادك أو يتآمر عليك؟ | |
| ٧ | هل شعرت في أي وقت مضى أنك أفضل من الآخرين أو أن لديك قوة خارقة لا يمتلكها الآخرين؟ | |
| ٨ | هل شعرت في أي وقت مضى أن جزءاً من جسمك قد تغير أو توقف عن العمل؟ | |
| ٩ | هل شعرت أن شخصاً ما أو قوى خارجية تتحكم في أفكارك ضد إرادتك؟ | |
| ١٠ | هل شعرت أن شخصاً ما أو قوى خارجية تتحكم في أفعالك عن طريق استخدام أجهزة أو أشعة أو غيرها؟ | |
| ١١ | هل شعرت في أي وقت مضى أن أفكارك تؤخذ من عقلك رغمما عنك؟ | |
| ١٢ | هل شعرت في أي وقت مضى أن أفكاراً خارجية توضع في رأسك؟ | |
| ١٣ | هل شعرت أن الآخرين يستطيعون قراءة أفكارك دون إرادتك؟ | |
| ١٤ | هل شعرت من قبل أن أفكارك تعرض على الآخرين بحيث يعرفون ما تفكّر فيه؟ | |
| ١٥ | هل شعرت من قبل أن لك منزلة دينية خاصة أو أن لك كرامات أو أن لديك القدرة على معرفة المستقبل؟ | |

| لا | نعم | [٢] الهلاوس السمعية |
|----|-----|---|
| | | هل يسمع معظم الناس أصواتا لا يستطيع الآخرون سماعها؟ ١ هل سمعت وأنت مستيقظ في أي وقت مضى أصواتا لم يستطع الآخرون سماعها مثل أصوات كلام أ) ما عدد مرات سماعها ب) هل هذه الأصوات خارجية أم أنها من داخل رأسك وأفكارك ج) ما هي طبيعة هذه الأصوات و ما هو مصدرها د) هل هي لأن الشخص تعرفهم وماذا يقولون |
| | | هل سمعت وأنت مستيقظ في أي وقت مضى أصوات أو كلام يطلق على تصرفاتك أو يأمرك بفعل شيء ما؟ ٢ |
| | | هل سمعت وأنت مستيقظ في أي وقت مضى أصوات اكثر من شخص يتحدثون عنك؟ ما هو محتوى هذه الأصوات؟ ٤ |
| | | هل سمعت وأنت مستيقظ في أي وقت مضى أصوات الرسل أو الملائكة أو الجن أو وهي من السماء؟ ما هو محتوى هذه الأصوات؟ ٥ |
| | | هل سمعت وأنت مستيقظ في أي وقت مضى أصوات أقارب أو أصدقاء تعرفهم وذلك بعد وفاتهم؟ ٦ |

| لا | نعم | [٣] الهلاوس البصرية |
|----|-----|--|
| | | هل يرى معظم الناس أشياء لا يستطيع الآخرون رؤيتها؟ ١ هل رأيت وأنت مستيقظ في أي وقت مضى أشياء أو خيالات أو أشخاص أو أشباح لم يستطع الآخرون رؤيتها أ) هل هذه الأشياء خارجة عنك أم أنها من داخل رأسك؟ ب) ما هو مصدرها؟ ج) هل تراها باستمرار أم أحيانا؟ |
| | | |

| لا | نعم | [٤] الهللوس الحسية |
|----|-----|---|
| | | <p>هل شعرت وأنت مستيقظ في أي وقت مضى بأشياء أو أحاسيس غريبة على جسمك أو جلدك مثل زحف الحشرات ؟</p> <p>.....</p> <p>ا) ما هو مصدرها ؟</p> <p>ب) هل تشعر بها باستمرار أم أحياناً؟</p> |

| لا | نعم | [٥] الهللوس الشمية |
|----|-----|---|
| | | <p>هل استنشقت أو شممت وأنت مستيقظ في أي وقت مضى رواجح لم تستطع الآخرون استنشاقها أو شهها ؟</p> <p>.....</p> <p>ا) ما هو مصدرها ؟</p> <p>ب) هل تشعر بها باستمرار أم أحياناً؟</p> |

| لا | نعم | ثانياً: مقياس تأثير الكحول أو العقاقير |
|----|-----|--|
| | | <p>هل حدثت أي من الأعراض السابقة وأنت تحت تأثير الكحول أو إحدى مواد الإدمان ؟</p> <p>.....</p> |
| | | <p>ما هي تلك المادة ؟</p> |
| | | <p>هل ظهرت أي من هذه الأعراض قبل استخدامك لتلك المادة ؟</p> <p>.....</p> |
| | | <p>متى بدأت هذه الأعراض ؟</p> |
| | | <p>كم من الوقت استمرت ؟</p> |
| | | <p>متى شعرت بها لأخر مرة ؟</p> |

| لا | نعم | ثالثاً: مقياس التاريخ المرضي |
|----|-----|---|
| | | <p>هل سبق وعولجت بإحدى العيادات أو المستشفيات النفسية ؟</p> <p>.....</p> |
| | | <p>ما هي مدة إقامتك بالمستشفى ؟</p> <p>.....</p> |
| | | <p>ما هي الحالة التي تعرضت لها ؟ هل تعرف اسم هذا الانفطراب ؟</p> <p>.....</p> |
| | | <p>هل سبق وقابلت مالج شعبي أو شيخ ؟ وما دافع المقابلة ؟</p> <p>.....</p> |

رابعاً: مقياس التاريخ الأسري

| | | |
|----|-----|---|
| لا | نعم | |
| | | هل أصيب أحد من أفراد أسرتك بأي أمراض نفسية ؟ |
| | | ما اسم هذا المرض ؟ ومن هو الشخص المصابة به ؟ |
| | | هل توجد حالات أخرى في الأسرة ؟ |
| | | هل يتعاطى أحد من أفراد أسرتك الكحول أو المخدرات ؟ من هو هذا الشخص ؟ ما هي المادة التي يتناولها ؟ ومدة تناولها ؟ |

نتيجة المسح

يرجح المسح أحد الاحتمالات التالية :

المفحوص لا يعاني من ذهان

المفحوص يعاني من ذهان عضوي ناتج عن تعاطي مادة

المفحوص يعاني من ذهان وظيفي

| | |
|----------------|---------------|
| الفاحص : | التاريخ : / / |
|----------------|---------------|

X

المعلوماتية والعلوم النفسية

د. جمال التركى

استشاري الطب النفسي

عضو الجمعية العالمية للمعلوماتية الطبية وعلوم الاتصال عن بعد

عصارة تبرورة عدد 3 - 3000 صفات - تونس

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

ملخص :

يعود اهتمام أخصائي العلوم النفسية بالمعلوماتية إلى السبعينيات بالنسبة للولايات المتحدة وأوروبا وإلى بداية التسعينيات بالنسبة لدولتهم في العالم العربي. وإننا في هذا البحث نحاول أن نعرض بعد تعريف موجز بالمعلوماتية إلى الملف الطبي النفسي الكمبيوترى مع دراسة تفصيلية لمبرنامج الملف الإلكتروني الذي اعتمدناه في عيادتنا الخاصة، كما نعرض لأهم الاختبارات النفسية: اختبارات الفعالية، اختبارات الشخصية و الاختبارات الإسقاطية مع تقديم اختبار منسوتا المتعدد الأوجه لقياس الشخصية كنموذج للاختبارات الكمبيوترية.

وفي خاتمة هذه الدراسة نتطرّم للمهتمين بالصحة النفسية عن طريق أهم الواقع المهيمن على هذا الاختصاص على شبكة الانترنت مع عرض موجز لبعضها إلى جانب التعريف بهذه الشبكة وبعض خدماتها.

RESUME :

L'informatisation des sciences psychologiques remonte à une quarantaine d'année dans les pays américains et européens et ce n'est que depuis une dizaine d'année que les spécialistes des sciences psychologiques du monde arabe ont commencé à aborder ce domaine. Nous exposons dans notre étude, après un bref rappel de l'informatique : ces moyens et ces méthodes, Le dossier médical informatisé tout en présentant à titre d'exemple le dossier médical électronique de notre cabinet de consultation. De même nous abordons les tests psychométriques informatisés : test d'efficience, test de personnalité et test projectif, avec une présentation brève du logiciel de MMPI élaboré par notre équipe. Enfin et pour que les spécialistes de la santé mentale puissent "surfer" sur le Web, nous présentons les adresses des sites les plus intéressantes sur Internet concernant les sciences psychologiques.

SUMMARY :

The informatization of psychological sciences ascends to a forty years in American and European countries and this is only since ten years , psychological science specialists of the Arabic world have begun to approach this estate. We expose in our study after a brief reminder of the informatic: these means and these methods. The computerized medical file while presenting as an example the electronic medical file of our consulting, similarly approaching us psychometrics tests computerized: efficiency test, projective test and personality test with a brief presentation of the MMPI software elaborate by our team. Finally and in order that specialists of the mental health could "surfer" on the Web, we present addresses of sites them the most interesting on Internet concerning psychological sciences.

تمثل مهمة البرمجيات في تحويل الإشارة التمايزية سواء كانت نصاً مكتوباً أو صورة أو صوتاً إلى إشارة رقمية و ما إن تحول المعلومات إلى أرقام تخزن في جهاز الكمبيوتر كصيغ طبقة من البيانات (bits). مكونة "المعلومات الرقمية" التي يامكان الكمبيوتر معالجتها سواء في الزمن الحقيقي أو الزمن المؤجل كأن يتلقى أو يصدر تعليمات عن بعد وأن يتعامل مع مجموعة من الكمبيوترات من خلال

شبكة اتصال داخلية INTRANET أو شبكة اتصال خارجية INTERNET متحفنا التواصل وتبادل المعلومات مع عدد كبير من المستخدمين في إطار الشبكة العالمية (1).

تقديم المعلوماتية خدماً على مستويات متعددة فهي على مستوى الوسائل تؤمن تخزن المعلومات واستدعائها و نقلها في شكل رقمي ميسرة عرضها و تصفيتها، أما على مستوى التعامل الذهني فتحدث نطا معيناً من الاستدلال الافتراضي والاستنتاجي و نطا خاصاً من التفكير ، محققّة تواصلًا بين التفكير المنهجي والمنطقي للمستخدم والكمبيوتر إلى درجة يصبح فيه التعامل معه من مستلزمات العمل الذهني و مثلاً على التفكير المنهجي.

المعلوماتية و الطب النفسي

تحتل المعلوماتية الطبيعية مكانة متميزة في إطار المعلوماتية الطبية نظراً لتفرد خصائص هذا الفرع من العلوم، فقد تكون الأكثر استفادة من خدماتها مقارنة بالاحتياضات الطبية الأخرى وقد تكون في نفس الوقت الأكثر بعدها عنها من ناحية الذهنية الكمبيوترية المتسمة بالدقة والصرامة في التعامل مع المعلومة مقارنة بالمارسة العملية في الحقل النساني المتسمة بقدر كبير من الذائية. إن حل الأعراض الطبيعية لا تقتضي إلى الموضوعية البحثة ولا إلى التقييم الكمي فهي تعدّ علاقتية، كيفية، لغوية كلامية، منحصرة في المنطق أحياناً والامتناع أحياناً أخرى. إنَّ وجود هذه الخصائص أدى إلى نوع من الجفوة والقطيعة بين المهنيين بالعلوم النفسية و العلوم المعلوماتية و إزاء الخبرة في تحويل المعلومة النفسية المتسمة بتقلباتها و تغيرها و ازدواجية معاناتها إلى معلومة كمبيوترية

اقتصرت الإعلامية مختمنا في الرابع الأخير من القرن العشرين، مقدمة خدمات في غاية الأهمية، بمقدمة العلوم و محدثة تغيراً في العقليات. و لم يكن الميدان الطبي بمعزل عن هذه الثورة المعلوماتية حيث وصلنا إلى نقطة اللاعودة يكون فيها موقع الطبيب الرافض لخدمات الإعلامية في وضعية متخلفة شأنه شأن الأطباء الذين رفضوا استعمال السماعة الطبية في عهد ليناك(5).

المعلوماتية : تعريفها و أدواتها

تعرف المعلوماتية على أنها علم المعالجة الرقمية للمعلومات التمايزية و في العلوم النفسية بأنها علم المعالجة الآلية للمعلومة النفسية وهي تستعمل أدوات معلوماتية بثابة وسائل رقمية تضم ذكاء مستخدموها بدلاً من عصائرهم ممثلة في المكونات المادية للكمبيوتر والمكونات الغير مادية :

-المكونات المادية للكمبيوتر: تشمل الوحدة المركزية و المعدات التابعة لها للمساعدة في إدخال المعلومات أو استخراجها بعد معالجتها، وهي تتكون من :

. قرص صلب داخلي (interior Hard disk) يتمثل دوره في تخزين المعلومات الرقمية.

المشغل الدقيق أو المعالج الدقيق (micro processor)

الذي يتوّلى معالجة المعلومات حسب برمجيات مثبتة . المعدات التابعة للكمبيوتر وهي تشمل: لوحة مفاتيح، شاشة العرض أو وحدة العرض، الطابعة، الماسحة، المضمن أو المودم، سوّاق الأقراص البتية، سوّاق الأقراص المدمجة بذاكرة قراءة فقط.

- المكونات الغير مادية للكمبيوتر: تمثل في البرمجيات وهي بثابة المكونات الذهنية للكمبيوتر فهي التي تتيح للمكونات المادية أداء مجموعة من الوظائف وهذه البرمجيات تصنف إلى برمجيات جاماًدة، ثابتة، تبقى على ما هي غير قابلة للتتطور و برمجيات لـ"لبيبة" أو "الألين" وهي التي تتطور مع استعمال المستخدم لها و تصبح أكثر مساعدة له كلما زادت معرفتها بمحاجيات المستخدم و طبيعة عمله.

سلوكيه و هيئته مع ذكر الواقع والأحداث التي تعرض إليها لإبراز الأعراض التي لها دلالات مرضية ومناقشة التذاكرات المختملة كما يدور أيضاً مقابلاته مع أقربائه.

- مخطوطات من كتابات المريض، مذكراته، رسائله، بعض الفقرات من أقواله، بعض رسوماته.

- تقارير و تاريخ الفحوصات التكميلية المخبرية، السعوية والكهربائية.

- نتائج الاختبارات النفسية.

- التقارير المصاحبة للمريض، سواء منها تقارير المصالح الاجتماعية أو لمصالح الأمنية.

إضافة إلى هذه الوثائق يسعى الطبيب النفسي إلى عدم إغفال آية ملاحظة حتى يتسمى لـه مناقشة العوامل التسببية، الاحتمالات التشخيصية والمسار التطوري، لوضع الخطة العلاجية المناسبة بما في ذلك إعادة التأهيل الاجتماعي. يتم حفظ الملف الطبي الرورقي سواء مدوناً بخط اليد أو مرقوناً بالآلة الكاتبة، وقد يخضع من ناحية الشكل إلى عناصر منهجية معدة سلفاً أو يعرض في قالب سردي متبع التسلسل الزمني لتطور الحالة المرضية ويتختلف هذا باختلاف عادات الأطباء والمؤسسات العلاجية.

إن جمع كل هذه المعلومات المهدف منه محاولة رسم صورة صادقة عن الحالة السريرية حتى يتم تحديد التشخيص المناسب لها، وفي كل الحالات لا يمثل الملف الطبي إلا محاولة لنقل و تدوين الواقع السريري للمريض مع ما يصحبه من عملية احتراف و تأويل لهذا الواقع . أما بالنسبة للملف الطيفي الإلكتروني فمن الأهمية قبل وصفه وتقسيمه أن نحدد الأهداف و التطلعات، فماذا تتنتظر من الملف الكمبيوترى ؟

- 1-أن يكون شاملًا لكل أجزاء الملف الطبي الرورقي.
- 2-أن يكون أكثر سهلاً في عملية حفظ الملف وحزنه و في عملية استدعايه وعرضه سواء كان الملف حديثاً أو قدماً وأن يوفر أكبر قدر من السهولة في نقل المعلومات.

متسمة بالدقة و الصراحة و الثبوت تخلي قسط كبير من هؤلاء الأخصائيين عن محاولة تطويق المعلوماتية إلى العلوم النفسية. ولكن الزحف الكاسح الذي عرفه المعلوماتية في جميع ميادين العلوم دفع البعض من المهتمين بالعلوم النفسية إلى محاولة استكشاف هذا العالم المعلوماتي للاستفادة بأكبر قدر ممكن من خدماته في تطوير ممارستهم العملية وأبحاثهم العلمية و من هنا بدأت المعلوماتية تفتح مجالاً جديداً في العلوم النفسية وكانت البداية في السبعينيات بالنسبة للولايات المتحدة حيث بدأت الدراسات الأولى التي اهتمت بالمعلوماتية الطيفية بإنشاء مجموعة من السلام السلوكي نذكر منهم نظام "MSIS" وفي السبعينيات بالنسبة لأوروبا حيث بادرت اللجنة الوطنية للصحة النفسية بفرنسا بوضع برنامج لمعالجة المعلومات الإحصائية الطيفية كما وضعت جامعة ميونيخ برنامج الملف الطيفي المعلوماتي الذي تم بعد ذلك إدماجه بالملف الذي أنشأه جامعة ليماج (بلجيكا) ليكون نظام الملف الطيفي المسماً «AMDP» الذي استعمل لفترات طويلة في العديد من المستشفيات النفسية بأوروبا. ومن هنا كانت البداية و انطلاقاً من "إنشاء الملف الطيفي المعلوماتي" اكتسحت المعلوماتية كل جوانب العلوم النفسية لتشمل الاختبارات النفسية، الدراسات النفسية الجائحة، الاستكشافات الكهربائية والكهرومغنتيسية للدماغ، الفسلحة العصبية و علم الصيدلة النفسولوجي، والاستعلام الإلكتروني المؤمنات و الندوات الإلكترونية، لوحات التشرفات النفسية الإلكترونية على شبكة الإنترنت "Web" ، تبادل البريد و الوثائق الإلكترونية ...

الملف الطيفي الإلكتروني أو المعلوماتي :

قبل التعرض إلى الملف الطيفي الإلكتروني أو المعلوماتي نذكر بالملف الطيفي الورقي الذي ينكون من مجموعة وثائق تساهم في تشخيص الحالة السريرية أهمها :

- تقرير المشاهدة السريرية المتمثلة في النص الكتابي حيث يدور الطبيب النفسي معطيات الفحص و مقابلاته مع المريض مسجلأً أقواله و التغيرات الطارئة على ثبات صوته، واصفاً

كلام المريض إلى كلمات مفاتيح و يصبح الذانى والعلائقى والكيفي متصلًا في قوله جامدة فاقدا هيكليّة "اللائظام المشروع" بنائه وأصالةه.

نماذج من الملفات الطبية الكمبيوترية

تعود بداية محاولات إنشاء الملف الطبي المعمومي إلى 1960 حيث تم في الولايات المتحدة الأمريكية وضع عديد البرامج النموذجية المتعلقة بالملفات الكمبيوترية لتصل إلى 26 منها في حدود سنة 1971 ثم تصبح الآن أكثر من أن تحصى. ومن الأهمية أن نشير إلى بعض هذه البرامج التي تم وضعها :

-برنامِج النظام المعلوماتي المتعدد الحالات Multistate Information System "MSIS"

تم وضعه سنة 1960 في مستشفى "روكلاند" بنيويورك حيث تم تجسيد طاقات بشرية كبيرة لإنشاء هذا البرنامج، وقد اعتمد في البداية على نظام الملفات المترتبة متوزعًا على الأجهزة التقليدية للملف الطبي اليدوي من بطاقات الإرشادات والتقويم، المقابله الطبية، الفحص الطبي، الحالة العقلية الحالية، المتابعة والتقييم الدوري، ويتم تسليم الأخصائي السريري مطبوعات تحتوي على أسئلة مقتنة تقع الإجابة عنها سواء عن طريق مربعات خاوية أو عن طريق إسناد أرقام حسب بعض المطبيات العاملية ليتم وضع التشخيص حسب الحالة العقلية الآتية و حسب مطبيات الاستجواب الطبي (٥).

-برنامِج النظام المعلوماتي السريري CIS: Computerized clinical Information System

تم وضعه من طرف المعهد الأعلى للطب النفسي بالولايات المتحدة، يحتوى هذا البرنامج على مطبوعات مستقلة لمختلف أجزاء الملف الطبي (التقييم الأولي، الخطة العلاجية، المتابعة اليومية، تقرير نهائى للحالة)، تسجل المعلومات في صورة روازير « Item » مع امكانية إدراج بعض الملاحظات الإضافية بصفة حرة. ثم يقع تجميع الملفات في وحدة مركبة حيث يمكن الرجوع إليها من مختلف أقسام المعهد عن طريق نظام شبكي داخلي يسمع لكل باحث في المؤسسة انطلاقاً

3- أن يكون أكثر تنظيماً من الملف الطبي الورقي.

4- أن يكون استغلال المعلومات المحفوظة و معالجتها أكثر سهلاً، شأن الرسائل المتداولة بين الأطباء المتعلقة بحالة المريض، برجة الفحوصات التكميلية التي أجريت والذكير مواعيد الفحوصات المستقبلية، مع إمكانية مراجعة ملاحظات المعاييرات السابقة والذكير مواعيد المعايدة المقبلة، إمكانية التعرف على الأدوية الخاصة بالمريض والتشخيص الخاص به باستعمال إحدى التصنيفات الدولية المعترف بها (الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع أو التصنيف الدولي العاشر) مع إمكانية استغلال هذه المعلومات للدراسات السريرية ، الإحصائية و الجائحية.

إن الملف الطبي النفسي الكمبيوترى يحتوى على كافة أجزاء الملف الطبي الورقى و يتجاوزه في استغلال و معالجة المعلومات التي يحتويها، مقدما خدمات هامة للدراسات السريرية و البحث العلمي ويمكن تحقيق هذا باستعمال برامج معالجة قواعد البيانات لإعداد الملف الطبي و من أهم هذه البرمجيات برنامج لوتس أبروش و برنامج ميكروسوفت أكسس.

إن الملف الكمبيوترى يحقق كل هذه الأهداف التي لا يستطيع أن يرقى إليها الملف الورقى، ولكن إلى جانب هذه الإيجابيات لا يخلو استعمال الملف الكمبيوترى من سلبيات شأنه شأن الملف الورقى و إن كانت تختلف عن هذا الأخير وهي مرتبطة أساساً بنوعية المطبيات السريرية الطب نفسية فهي ذاتية مزدوجة إذا اعتبرنا أنها تتصدر أولاً من ذات المريض، لتحولها بعد ذلك ذات المعالج السريري إلى لغة عملية. وهي حسية، وجذانية، مزاجية، انفعالية، هواميسة، لا تخضع للتقييم الكمي و الموضوعي كما أنها لغوية متمثلة في الكلمات، في نبرات الصوت، في ترابط المعانى وتناسقها، في الصمت العابر. إن كل هذه المطبيات تتدخل فيما بينها داخل الميكالى الذاتية للمريض المتباينة بخلل التناسق الذي قد يعود إليها البعض من الحالة المرضية. إن الأخذ بعين الاعتبار هذه المادة السريرية يؤدي إلى استعمال كمومي حيث يحتوى على

- نموذج للملف الطيني الكمبيوترى (دراسة خاصة)**
تم وضع هذا البرنامج بالتعاون مع أخصائى البرمجة انطلاقاً من برنامج لوتس أبروش لقواعد البيانات، ينقسم الملف الطيني إلى أربعة أجزاء رئيسية :
- الجزء الأول : يتناول إدراج المعلومات المتعلقة بالمريض: رقم الملف، الاسم و اللقب، تاريخ الميلاد، العنوان، الحالة المدنية، المهنة، المستوى الدراسي، مستوى القرابة بين الأب والأم، عدد الأبناء بالنسبة للمتزوجين و الترتيب العائلى.
 - الجزء الثاني : يهتم بإدراج المعلومات المتعلقة بالسوابق الفردية سواء منها النفسية أو الجسدية، السوابق العائلية الطينيسية، تاريخ بداية المرض النفسي، هل سبقت الإقامة بمستشفي الطب النفسي أم لا وعدد المرات.
 - الجزء الثالث : يتعلق بالمشاهدات السريرية و المتابعة الطينية للمريض، وهي عبارة عن صفحة يدون فيها الطيني ملاحظاته و تطور حالة المريض و الأدوية الموصوفة له.
 - الجزء الرابع : يهتم بنتائج الاختبارات التكميلية البيولوجية، الشعاعية و الكهربائية، و تقارير القياسات النفسية كما يقع أيضاً إدراج نصوص الشهادات الطينية المسألة للمريض.
 - الجزء الخامس : يتعلق بالتشخيص الطيني، وقد اعتمدنا تصنيف التلليل التشخيصي و الإحصائي الرابع بمحاروه الخامس، حيث يقع إدراج التشخيص مصحوباً بالرقم الخاص به. (رغم التحفظات عن هذا التصنيف بالنسبة للممارسة السريرية في العيادة الطينيسية العربية إلا أنني اعتبره أرضية دنيا مشتركة للتحاور و التحاطب بين أهل الاختصاص).
- هذه أهم أجزاء الملف الطيني الذي يتقاسم العمل فيه كلَّ من الكاتبة الطينية و الطيني النفسي في نطاق شبكة داخلية حيث تتوالى الكاتبة إحداث الملف الخاص بكل مريض و إدراج المعلومات المتعلقة بمويته ليحول بعد ذلك إلى كمبيوتر الطيني ليدرج المعلومات الطينيسية المتعلقة بمشاهداته السريرية، و لضمان احترام السرَّ الطيني نشير إلى أنه لا يمكن من جهازه الكمبيوترى أن يطلع على هذه الملفات و يتعامل معها.
- لقد تم تجميع خلال 5 سنوات (1980-1985) ثلاث عشرة ألف ملف مكوناً "بنكاً للمعلومات" يحتوى على عديد البيانات الطينية الأمر الذي سمح بإجراء العديد من التراسات الوبائية (الجانبية) و السريرية و من تحديد ملفات المرضى الذين تتوفَّر فيهم مواصفات معينة ليحضروا للأبحاث العلمية. تكمن أهمية هذا النظام المعلوماتي في أنه يلفت نظر الطيني إلى أهمية بعض الفحوصات التكميلية و تنبهه إلى بعض موانع الإستطباب التي يمكن أن يغفل عنها. كما أنه يحتوى على جهاز إنذار لتبييه الفريق الطيني بسوابق المريض الشخصية شأن السوابق الانتحارية، مستوى درجة العدوانية، و التنبئه من استعمال بعض الأدوية التي قد لا يقبلها جسم المريض (٥).
- **الاستبيان الذاتي «DMP»**
- يتكون هذا الاستقصاء من 108 بنداً (رأياً) يهتم بالسوابق الشخصية و العائلية، تاريخ نشأة المرض النفسي و تطوره، مراحل نموه و تربيته، حالته الجسدية، حالته الوجدانية و العاطفية. تدرج الإجابات عن هذه البنود في الكمبيوتر ليتم استغلالها في الدراسات الإحصائية. تقع الإجابة على هذا الإستبيان في 15 دقيقة سواء من طرف المريض قبل المقابلة السريرية أو من طرف الطيني الممارس أثناء المقابلة، وقد تم استعمال هذا البرنامج بمستشفي "نيكار" بباريس و سمح بإجراء مقاربات عبر ثقافية (٥).
- **المشاهدة السريرية المعلوماتية الطينيسية : (Observation Clinique Informatisable en Psychiatrie) « OCIP »**
- تم وضع هذا البرنامج لأقسام الطب النفسي بالمستشفيات العسكرية وهو يحتوى على 972 رايز مقسمة على عشرةمجموعات (السوابق، السيرة الذاتية، تاريخ المرض، أعراض المرض...) و من هذه المجموعات نجد مجموعة روايات تعلق بالشخصية و الطياع. لقد تم اختيار الروايات المتعلقة بالسوابق و السيرة الذاتية ليتوافق استعمالها في مراكز انتقاء الجندين (٥).

الولوج إلى الملفات الطبية إلا بكلمة عبور سواء انطلاقاً من كمبيوتر الكاتبة الطبية أو كمبيوتر الطبيب النفسي.

تكمّن أيضاً أهمية الملف الطبي في امكانية معالجة جميع البيانات المدرجة داخله، فإذا أردنا أن ندرس مثلاً حالات المصابين باضطرابات وجدانية ثانية القطب يمكن أن نقر بالفارة فوق رمز "ابحث" في شريط الأوامر و ندرج الرمز الرقمي لهذا الاضطراب (XX 296) في خانة الشخص الطبقي "المحور رقم 1" حتى يتولى الكمبيوتر عرض قائمة كل المرضى المصابين بهذا الاضطراب، وبعد انتقاء هذه المجموعة من المرضى يصبح من السهل دراستها حسب الجنس والسن والتوزيع الجغرافي و سوابقها النفسية و استجابتها للأدوية..... وذلك لإبراز بعض خصائص هذا الاضطراب في منطقة معينة.

إضافة إلى الجانب العلمي تكمّن أهمية الملف الطبي الكمبيوترى في الجانب العملي حيث أن عملية استدعاء الملف الطبي أو حجمه لا تتطلب إلا لحظات معدودة، فلعمريض أي ملف يمكنني أن ندرج اسم المريض أو رقممه حتى يتولى الكمبيوتر البحث عنه و عرضه على الشاشة، كما أنه يمكن عرض ملفين أو أكثر في نفس الوقت على شاشة العرض، فقد يتصل أحد المرضى هاتفياً للسؤال و يكون على شاشة العرض ملف مريض آخر ، عند إدراج اسم المريض المتصل يتمكن الكمبيوتر من عرض ملفه مع الحفاظ على الملف الأول مفتوحاً.

عديدة هي إيجابيات التعامل مع الملف الطبي الإلكتروني، لكن هذه الإيجابيات لا تجعلنا نغفل عن بعض سلبيات هذا التعامل و التي أدركناها أثناء ممارستنا العملية و كانت في بعض الأحيان سبباً في تعطيل سير العمل وهي تمثل في :

1- إن العمل بالملف الطبي الإلكتروني يجعلنا أسررين للكمبيوتر فاي عرض يطرأ عليه و أي حل على أحد البرامج يعطّل سير العمل حتى يقع إصلاحه مع ما يترتب عن ذلك توقيف سير المعایدة.

2- إن عملية إدراج المعلومات و البيانات إلى الكمبيوتر باستخدام لوحة المفاتيح قد تخرج بعض المرضى متعرّبين أن ذلك يخفي من اهتمامك لهم (خاصة بالنسبة للسيدات)، رغم أن هؤلاء المرضى لا يتحرّجون عندما يدون الطبيب ملاحظاته على الملف الورقي و لا يرون في ذلك عدم اهتمام كسم ، و لتجاوز هذه السلبية يستحسن أن يخصص الطبيب دقائق من وقته بعد نهاية المعایدة لإدراج ملاحظاته على الكمبيوتر.

3- التلف الذي يتعرّض له الملف الطبي الإلكتروني يتعذر من السّلبيات الرئيسية كان تشهّد أحد الفيروسات الكمبيوترية هذه الملفات أو أن يطرأ عطب على القرص الصّلب الدّاخلي فيديمر جلّ محتوياته و لتجاوز هذه السّلبيات التي قد تكفلنا إتلاف ملفات كل المرضى ، ينبغي الاحتفاظ بنسخ من هذه الملفات في أفراد لينة ذات سعة حزن كبيرة (100 ميغابايت فأكثر) على أن يتم تحميلها بصفة دورية كل أسبوع أو كل شهر.

الإختبارات الطبية النفسانية الكمبيوترية

اختبارات الفعالية

استعملت اختبارات الفعالية في الطب النفسي لتحديد حاصل الذكاء "IQ" ، لتقييم نسبة التدهور العقلي و لاستكشاف الطاقات و المهارات الخاصة . البعض من هذه الإختبارات كانت موضوع برجمة كمبيوترية مثل اختبار الدورميتو، اختبار الاستدلال، اختبار المعان، إلا أن كل هذه البرمجيات كانت جزئية و لم تكن تأخذ بعين الاعتبار طريقة إجراء الاختبار أو الوقت المنقضي ، الأمر الذي أدى إلى وضع برمجيات أكثر شمولًا تأخذ بعين الاعتار طريقة إجراء الاختبار وتفاعل المريض مع الاختبار، للتمكن من اكتشاف أعراض التدهور الخفية التحتسريرية، من ذلك أن المصاب بتدهور خفي قد يوقف في إخفاء أعراض التدهور في بداية الاختبار عند تجميع كل طاقاته على حساب معدّل الوقت المسروح له به، ليقع بعد ذلك اكتشاف أعراض تدهور كانت مخفية في البداية.

كما نشير إلى أهمية اختبارات الفعالية في اكتشاف وتقدير الأعراض الجانبية الخفية لبعض الأدوية النفسانية على المستوى الذهني والعرفي والأدراكي.

استبيانات الشخصية

لقد تم برجمة أغليبية استبيانات الشخصية حيث أجريت من خلال علاقة تفاعلية بين المريض والكمبيوتر ويعتبر استبيان مينيسوتا المتعدد الأوجه لقياس الشخصية من أهم هذه الاستبيانات من ناحية خصوصه للبرمجة المعلوماتية في العديد من الجامعات و مراكز الأبحاث النفسية، وقد سعيت لترجمة هذا الاختبار بإعانة أخصائي البرمجة معتمداً برنامج "الفيجيال بزيك" الخاص بمعالجة البيانات ونقدم فيما يلي بسطة لأقسام مراحل استغلال الاختبار :

-المراحل الثانية : عرض أسئلة الاختبار و ذلك بالتقى بواسطة الفأرة على أمر "questionnaire" في "قائمة الأوامر" حيث تظهر مرتبطة بـ: أسئلة الاختبار على شاشة العرض مبوبة و مقسمة إلى عشرة أقسام حسب حروف الأبجدية الفرنسية بداية من حرف (A) إلى حرف (I) عند التقى بالفأرة على خانة حرف (A) تظهر على سطح الشاشة الكمبيوتر مجموعة أسئلة قائمة حرف (A) المتكونة من 55 سؤالاً متتابعة من السؤال الأول الرقم (A1) إلى السؤال الأخير الرقم (A55)، يظهر كل سؤال على الشاشة في محلية واحدة زرقاء اللون بلغات ثلاث (عربية، فرنسية، إنكليزية) مكتوبة بخطوط بيضاء مع ثلات إجابات محتملة و هي : صحيح، خطأ، لا أعرف، يمكن المفحوس من الإجابة سواء بواسطة الفأرة بالتقى فوق الخانة المناسبة أو باستعمال لوحة المفاتيح، و إن الإجابة يتغير لون خلفية الخلية فيتحول إلى اللون الأبيض في حين تأخذ الخطوط اللأون الأزرق وهذا التغيير الجرافيكيفي يسهل عملية المراجعة بعد نهاية الاختبار حتى لا يغفل المفحوس عن الإجابة عن أي سؤال . قبلاً بداية الاختبار تكون خلفية كل الخلايا زرقاء بخطوط بيضاء وبعد نهاية الاختبار تصبح خلفية كل الخلايا بيضاء بخطوط زرقاء، إن بقاء بعض الخلايا زرقاء عند استعراض الإجابات بعد انتهاء الاختبار تبني الأخصائي النفسي مراجعة خانة الإجابات بـ "لا أعرف" للتأكد من قلة الإجابة بما (حذفت إمكانية الإجابة بـ "لا أعرف" في بعض اختبارات مينيسوتا)، وفي حالة وجود العديد من الإجابات بـ "لا أعرف" يطالع الأخصائي المفحوس بمراجعةها و محاولة الإجابة عنها بـ: "نعم" أو "لا" قدر الإمكان و ذلك لضمان مصداقية أكثر للاستبيان، إن وجود عدد كبير من الأجروبة بـ "لا أعرف" يفقد الاستبيان مصداقيته.

- أسئلة الاختبار "Questionnaire"

- الرسم التنهائي للاختبار "Courbe final"

- بيانات المرضى "Gestion des patients"

- إلغاء البرنامج "Quitter"

قبل إجراء الاختبار يتولى المختص النفسي إعداد البرنامج على الكمبيوتر حسب المراحل التالية :
-المراحلة الأولى : إعداد بطاقات بيانات المفحوس و ذلك بالتقى على شاشة العرض بهذه البطاقة وهي تحتوي إرشادات مرتبطة بـ: الهوية، الجنس، الحالة المدنية، المهنة، المستوى الدراسي، تاريخ إجراء الاختبار و دواعي الإختبار مع ذكر أهم الأعراض الطبيعية السريرية.

دالمة و يشير تعبير "التبسيج عالمي الانتشار" World Wide Web (web أو www) إلى تلك المجموعة من "الحوادم" المتصلة بالإنترنت والتي توفر صفحات جرافيكية من المعلومات. فعندما تتصل بوحدة من تلك الكمبيوترات، تظهر شاشة معلومات لها عدد من الوصلات البنية. و عندما تشغّل وصلة بنية بالضغط عليها عن طريق الفأرة، فإنك توحد إلى صفحة أخرى تحتوي على معلومات إضافية ووصلات بنية أخرى. وقد تكون هذه الصفحة متصلة في الخادم نفسه أو في أي كومبيوتر خادم آخر على الإنترت. و تسمى "الصفحة الرئيسية" أو "الصفحة الداخلية" home page فإذا ما استحدثت صفحة خاصة بك، فإنك تسجل عنوانها الإلكتروني، ثم يصبح بإمكان مستخدمي الإنترت الوصول إلىك من خلال عنوانك.

إضافة إلى هذا توفر الإنترت خدمات الاستعلام مباشرةً للاتصال "information service on-line" علاوة على البريد الإلكتروني، تبادل الملفات، تصفح قواعد البيانات، المنتديات و المكالمات الإلكترونية، المكالمات التلفونية المرئية، الإملاء الصوتي - العمل عن بعد، الدراسة الإلكترونية عن بعد، التسويقات و الكتب الإلكترونية و هذه كلها وسائل لاحتلال الرّهن و التغلب على التباعد الجغرافي (١).

إن تصفّح شبكة التبسيج عالمي النطاق "World wide web" بالنسبة للمختص العربي في العلوم النفسية تعد أكثر من ضرورة حتى يقى على اتصال بأخر المستجدات العلمية في انتظار أن يحدث موقعه ليطلع العالم عن حصوصيات أشيه و أعماله.

نقدم فيما يلي للمهتمين بالصحة النفسية في العالم العربي قائمة بأهم مواقع العلوم النفسية على الشبكة مع تعريف موجز لبعضها حتى نيسّر له تصفّح الواقع التي تستأثر اهتمامه ومتابعة آخر المستجدات فيها بالتسجيل في قائمات التوزيع Mailing List التابعة لها.

بعد التأكيد من الإيجابة عن كل الأسئلة يتولى الأخصائي التقرير مؤشر الفارة على الرمز الخاص بـ "نهاية الاختبار" في خانة "موافق" ليبدأ الكمبيوتر معالجة الإجابات حسب البرمجة المعدّة له في مدة زمنية لا تتجاوز السنين ثانية ، ليظهر الرسم البياني النهائي على الشاشة مصحوباً بالنتيجة الرقمية لكل المخصصات المفحوصة . يتم حزن نتيجة الاختبار في الملف الطبي الإلكتروني للمرضى في خانة الفحوصات القياسية ويمكن استخراج الرسم البياني بالطابعة في نسخة ورقية مصحوباً ببطاقة النتائج الرقمية المتحصل عليها و تسليمها للمريض .

الاختبارات الإسقاطية

إن هذه الاختبارات رغم خصائصها السريرية البحثية المتعلقة بالأجوبة، كانت موضوع برجمة معلوماتية و من أهمها "اختبار رورشاخ" الذي تمت برجهته معلوماتياً بإعداد برنامج تقييم آلي للأجوبة و إنشاء تحضيط نفسي يعتمد على "برنامج مساعد" للتفسير و التأويل حيث يقع إدراج الأجوبة في صورة نص مفتوح، و باستعمال مؤشر التحديد و التوجيه يقوم الكمبيوتر بعملية المعالجة معتمداً على معلومات برجمة حسب ثلاثة معطيات ألا وهي تحديد الموضع و المحتوى و المخصص على أن تكون هذه البرمجيات من النوع الأول أو "اللائنة" و ذلك بتقبّلها إجابات غير مرجمة كلياً و معالجتها لإنشاء التخطيط النفسي، مع الأخذ بعين الاعتبار المعطيات الرّمزية. إن هذه البرمجيات "اللائنة" تصبح أذكى مع استخدامها لما وبالتالي فهي تتطور و تصبح أكثر كفاءة كلما زادت خبرتها و معرفتها بالعديد من أنماط التخطيطات النفسية الأكثر انتشاراً. أخيراً نشير إلى اختبارات رسومية إسقاطية أخرى كانت موضوع معالجة معلوماتية كـ "اختبار رسم القرية".

أهم موقع العلوم النفسية على شبكة الإنترت

تتألف الإنترت أو شبكة الشبكات من تجمع عدد كبير من شبكات الكمبيوتر الحوادم "serveurs" المتصلة معاً بصفة

صفحتها الداخلية بطباعة اسم الموضوع الذي يريد الاطلاع عليه حتى يعرض عليه المُحرك العديد من "الوصلات الينية" المتعلقة بموضوعه. إنَّ برمجيات البحث على الإنترنت أصبحت من البرامج الأساسية ولم يعد من الممكن أنْ يستغني المتصفح عن خدماتها، وفيما يلي نعرض لأهم محركات الأبحاث العامة والمختصة العلوم الطبيعية (٢).

تحتوي شبكة الإنترنت على عدد لا يحصى من المواقع الأمر الذي جعل منها كثراً لا يغطي من المعلومات، وفي خضم هذا الكم الهائل من المعلومات تصبح عملية البحث عن معلومة محددة شاقة و معقدة الأمر الذي أدى إلى تطوير برمجيات خاصة بالبحث الآلي على الشبكة سميت بـ "محركات الأبحاث" حيث يمكنني المتصفح بعد عرض

محركات أبحاث عامة

Alta vista (Eng. /Fr.) www.altavista.digital.com

Ecila (Fr.) : www.ecila.com/

Excite : <http://www.excite.co.uk>

Francité (Fr.) : <http://www.i3d.qc.ca>

Google : <http://www.google.com>

Hotbot (Eng.) : <http://www.hotbot.com>

Lycos : <http://www.lycos.com>

Scoot : <http://www.scoot.co.uk>

Search UK : <http://www.searchuk.co.uk>

UK Plus : <http://ukplus.co.uk>

Yahoo : <http://www.yahoo.co.uk>

Yellow Pages : www.yell.co.uk

"ألفا فيستا"
"أسيلا"
"إكسايت"
"فرانسياتي"
"غوغل"
"هوت بوت"
"لايكوس"
"سكوت"
"سيرتش يو كاي"
"يو كاي بلاس"
"ياهسو"
"يلو بابيز"

محركات أبحاث طيبة

Carl Uncover : <http://www.carl.org> "كارل انكفر"

CHU de Rouen (Fr.) : <http://www.chu-rouen.fr/> المركز الاستشفائي الجامعي مدينة "روان"

Geopsiche : <http://www.geocities.com/HotSprings/4900> "جيوبسايشي"

Hardin Meta Directory : <http://arcade.uiowa.edu/hardin-www/md.html> "هاردين"

Hardin Meta Directory: <http://arcade.uiowa.edu/hardin-www/md.html> هاردين مات دركتوري

Horus (Fr.) : <http://www.horus-medical.fr/> "هوريس"

Infiweb : <http://www.infiweb.org> "انفيوب"

| | |
|---|------------------|
| InfoMedical.com : http://www.infomedical.com/nindex.htm | "انفومايد كل " |
| Infoseek health (Eng.) : http://www.infoseek.com/topic | "انفوسيلك هييث " |
| Medexplorer : http://www.medexplorer.com/ | "ميداكسبلورر" |
| Médito : http://www.medito.com | "ماديتو " |
| MEDLINE "Accès gratuit" (Eng.) : http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/ | "مادلين " |
| MEDLINE (Fr.) : http://www.chu-rouen.fr/documed/pme.html | "ميدلاين " |
| MedWeb (Eng.) : http://www.medweb.emory.edu/medweb/ | "ميد ويب" |
| Newsfile search icon (Eng.) : http://www.homepage.holowww.com/ | "نيوفيل " |
| Nomade (Fr.) : http://www.nomade.fr | "نوماد " |
| Orphanet : http://orphanet.infobiogen.fr | "أورفانت " |
| Voila (Fr.) : http://www.voila.fr | "فالا " |
| Webcrawler (Eng.) : http://webcrawler.com/Health/ | "ويكرولر " |

موقع الصحة النفسية والعلمية :
مجمع الأطباء النفسيين بفرنسا

Psydoc-France, FFP

<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr>

يعرض العديد من المواقع نذكر أهلهها : موقع الدوريات الفرنسية الطبية النفسية، موقع المؤشرات و الندوات، موقع الملتقيات على شبكة الانترنت، موقع البحث متمثلا في قاعدة بيانات مفهرسة.
أهمية هذا الموقع تكمن في لغته الفرنسية، حيث يعدّ مرجعاً هاماً للأطباء الناطقين بالفرنسية.

الصحة النفسية عبر الانترنت :

<http://www.mentalhealth.com/p.htm>

من أفضل المواقع المهمة بالصحة النفسية، أنيق في اخراجه، سهل التصفح بين وصلاته البنية، يعرض العديد من الاضطرابات النفسية إن لم نقل جلها و العديد من الأدوية النفسية مع صفحة خاصة بكل دواء، إضافة إلى مجموعة متنوعة من الدوريات المتخصصة في الصحة النفسية كما يقدم ملفات ضافية عن أهم التشخيصات الطبية.
هام لكل مختص في العلوم النفسية يريد متابعة آخر مستجدات الصحة النفسية.

Computers In Mental Health (CIMH)

<http://www.ex.ac.uk/cimh/software.htm>

يعرض هذا الموقع عديد البرمجيات المتعلقة بالاضطرابات النفسية (القلق، الاكتئاب، القصام، طب نفس الأطفال، الإدمان...) كما يعرّف بالبرمجيات المتعلقة بالاختبارات النفسانية.
من أفضل المواقع بالنسبة للمهتمين بالبرمجيات الطبية النفسية.

Mental Health Net

www.mentalhealthnet.org

نشرية إلكترونية تمتاز بثرائها و باحتواها على العديد من الوصلات البنية المهمة بالطب النفسي، تقدم أسبوعياً أهم الأخبار المتعلقة بالصحة النفسية.

الصحة النفسية على الشبكة

Mental Health InfoSource<http://www.mhsOURCE.com/>

يحتوي هذا الموقع على العديد من الوصلات الينية التي تحمل المتصفح للإطلاع على آخر مستجدات الأخبار النفسية والمؤشرات العلمية والتعرّف على أنشطة أهم الجمعيات المختصة في العلوم النفسية، كما يُعرف بأهم الإصدارات الجديدة من كتب ومحاضرات إلكترونية على شبكة الإنترنت، يعرض موقعين هامين وهما موقع الفضام وموقع الأضطرابات ثنائية القطب وهي تعدّ من أفضل المواقع المتعلقة بهذه الأضطرابات. كما يعرض وصلة ينبع تفاعلية تسمح للمتصفح بعرض أسئلته على المختصين ومحاورهم في مواضيع قيمته.

مصادر الصحة النفسية على الإنترنت**Internet Mental Health Resources (free-net)**<http://www.freenet.msp.mn.us/ip/health/>

يعتبر هذا الموقع عثابة "مركز معلومات "الصحة النفسية و كافة اختصاصات العلوم النفسية، ادعوا كل باحث بعد رسالة ماجيستر أو دكتوراه بتصفحه حتى يطلع على أحدث المعلومات في ميدان بحثه. من أفضل الواقع المهيمن بالصحة النفسية على شبكة الإنترنت.

موقع أخرى غير مفصلة:**Software Information and Reviews**www.ex.ac.uk/cimh/software.htm**برمجيات العلوم النفسية****Mental Health Info Link (Eng.)**<http://www.onlinepsych.com/treat.mh.html>**معلومات الصحة النفسية****Index of Mental Health Ressources**<http://wpic.libray.pitt.edu/psycindx.htm>**مؤشر مصادر الصحة النفسية****PsyStar (Eng.)**<http://psych.med.umich.edu>**"بسي-ستار"****Psydoc-France, FFP (Fr.)**<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr>**"دكتور بسي-فرنسا"****Serveurs en Santé mentale (Fr.)**<http://www.chu-rouen.fr/ssf/psyfr.html>**خوادم الصحة النفسية****Mental Health**<http://www.cmhc.com/>**الصحة النفسية****Internet Link**<http://www.mentalhealth.com/pr13.html>**الربط بالإنترنت****موقع الأضطرابات الطيفية :****Bipolar disorders Information Center**<http://www.mhsOURCE.com/bipolar/>**مركز معلومات "الأضطرابات ثنائية القطب "**

موقع شامل يهتم بالأضطرابات ثنائية القطب سواء من الناحية السريرية، الرباعية والعلاجية، مع عرض لأخر المستجدات المتعلقة بهذا الاضطراب من خلال صفحة النشرة الإلكترونية للأضطرابات ثنائية القطب يمكن. المتصفح من خلال "الصفحة

التفاعلية" من مراسلة الخبراء في الاضطرابات ثنائية القطب وعرض أسئلته المتعلقة بهذا الاضطراب عن طريق البريد الإلكتروني و**تقبّل الإجابة عنها**.

Depression Central :

مركز الاكتتاب للدكتور ايغان :

www.psycom.net/depression.central.html

يقدم هذا الموقع معلومات شاملة عن اضطراب الاكتتاب مخترياً عن العديد من الوصلات الفرقية لتصفح جميع مظاهر الاكتتاب منها على سبيل المثال : اضطراب الاكتتاب الجسيم، اضطراب ثنائي القطب، اكتتاب الأطفال والراهقين، اكتتاب المسنين، الديستيميا، المزاج الدورى، تشخيص وتصنيف الاكتتاب، أدوية علاج اضطراب المزاج، العلاج بالصدمة الكهربائية، الوراثة و مرض الاكتتاب، اكتتاب ما بعد الولادة، اضطراب خلل المزاج السابق للحيض، الاضطرابات الفصامية الوجدانية، اضطرابات المزاج الفصلية، المرأة و الاكتتاب... كما يعرض لأهم الإصدارات الحديثة المتعلقة بالاكتتاب سواء كانت أبحاثاً أو نشريات أو كتبًا.

يتميز هذا الموقع ببساطة صفحته الداخلية "Home page" ، وبسهولة وسرعة تصفح وصلاته البيانية خلوها من الصور و**الرسوم البيانية**.

يعتبر من أفضل المواقع المهمة باضطرابات الاكتتاب على شبكة الإنترنت إن لم نقل أفضلها.

Depression Frequently asked Question (FAQ)

أهم الأسئلة المتعلقة بالاكتتاب

<http://www.psych.helsinki.fi>

يقدم هذا الموقع الاكتتاب من خلال الإجابة عن العديد من الأسئلة، تعرض صفحته الداخلية مبوبة ومصنفة تفصيلاً عملياً، ففي باب الاكتتاب الأولى تطالعنا مجموعة من الأسئلة منها : ما هو الاكتتاب، ما هو الاكتتاب الجسيم، ما هي الديستيميا، ما هو اضطراب الوجدان ثنائي القطب... وغيره من هذه الأسئلة و كذلك الشأن بالنسبة للأبواب الأخرى سواء المتعلقة بأسباب الاكتتاب، بالوسائل العلاجية أو بمصادر الأبحاث الخاصة بالاكتتاب و لمعرفة الإجابة يمكن أن يتم التفرّق بالفائدة عن أي سؤال حتى تفتح صفحة الإجابة موثقة بأخر المستجدات العلمية المتعلقة بهذا السؤال.

يمتاز هذا الموقع بأنه عملي و يوجه المتصفح مباشرة إلى المعلومة التي يبحث عنها مجنباً إيهاد إليه في خضم من المعلومات قد لا يكون في حاجة إليها.

Doctors guide-Personal edition

النشرة الإلكترونية الشخصية "دليل الدكتور"

<http://www.docguide.com/dg.nsf/mea/jamel.turky.tn167>

يتميز هذا الموقع عن كل المواقع التي سبق ذكرها بأن صفحته الداخلية هي خاصة بكل متصفح و مختلف من متصفح إلى آخر و ذلك حسب اختصاصه و اهتماماته و توجهاته و طبيعة ممارسته العملية و العلمية، فعند التسجيل في هذه الصفحة تعرّض على المتصفح بمجموعة من أسئلة تتعلق باختصاصه و اهتماماته، يتم على إثرها إسناد عنوان له على الشبكة يحمل اسمه مكوناً بذلك صفحة داخلية خاصة به تعكس اهتماماته العلمية و ذلك على حلف الصفحات الداخلية الشخصية التي بإمكانه أن يعرض فيها أبحاثه و محة عن سيرته العلمية.

Schizophrenia and Other Psychotic Disorders

الفصام و الاضطرابات الذهانية الأخرى

<http://www.mhsOURCE.com/schizophrenia/>

موقع أنيق في إخراجه، شامل في محتواه. يهتم بالفصام و الاضطرابات الذهانية الأخرى من خلال عرضه للأبحاث العلمية، الوسائل العلاجية و المثال التطوري لهذا الاضطراب مع دراسات بعض الحالات الخاصة.

الفصام (سكيزوفرنيا) "افتح الأبواب"

"Schizophrenia" Open the Doors"

www.openthedoors.com

هذا الموقع تابع للجمعية العالمية للطب النفسي و هو يعرّف بالبرنامج العالمي لمكافحة وصمة العار و التفرقة بسبب الفصام، تمثل أهدافه في:

- زيادة الوعي و المعرفة بطبيعة الفصام و انتشارات العلاج.
- تحسين نظرة المجتمع تجاه هؤلاء الذين لديهم الفصام و أسرهم.
- إيجاد طرق فعالة لمنع و مكافحة الإزدراء.

إن وصمة العار المرتبطة بالفصام و هؤلاء الذين يعانون من الفصام و أسرهم تسبب حلقة مفرغة من الإغتراب و التفرقة التي تؤدي إلى الانعزال الاجتماعي، و صعوبة العمل، و سوء استخدام العقاقير، و التشرد، و طول و كثرة فترات الحجز بالمؤسسات، و كل هذه العوامل تقلل من فرص الشفاء و الحياة الطبيعية.

يعتمد هذا البرنامج على تعاون كثير من الأفراد في بلدان كثيرة، و يتمثل المدف النهائي لهذا البرنامج في فتح الأبواب أمام من يعانون من الفصام للعودة إلى أسرهم و مدارسهم، و ممارسة العمل، و الإحساس بالأمل في المستقبل.

أלצהيمر ويب

Alzheimer's Web

<http://werple.mira.net.au/~dhs/ad.html>

موقع موجه للأخصائيين و الباحثين في مرض ألzheimer و هو بمثابة بنك للمعلومات حول هذا الاضطراب، يحتوي بالإضافة إلى الوصلات الفوقيّة التي تسمح لك بتصفح هذا الموقع على العديد من الوصلات البيئية التي تحملك إلى موقع عديدة آخرى تخت في هذا الموضوع.

الطب النفسي على الشبكة

Psy -Franche-Comté

<http://web.fc-net.fr/robinet>

يحتوي هذا الموقع في صفحاته الداخلية على حرك أبحاث داخلي للبحث عن آية معلومة تتعلق بالعلوم النفسية، إضافة إلى هذا الحرك تعرض الصفحة مبوبة حسب ثلاثة أقسام، القسم الأول يهتم بأخبار الملتقيات و التكوين الطبي المستمر، القسم الثاني يعرض أهم موقع العلوم النفسية حسب الترتيب الأبجدي أما القسم الثالث و الأخير فإنه يهتم بالمعلومات الطبية مقدما خدمات متمثلة في الدعم و التكوين حيث يرشد المتصفّحين حول كيفية البحث بمحركات الأبحاث على الشبكة، و يعرض عليهم أهم البرمجيات و الطريقة المثلى لاستعمال طريق المعلومات السريع . "موقع فرنسي اللغة".

الفصام و الاضطرابات الذهانية

Futurcom in Psychiatry

www.futur.com

يهتم هذا الموقع بالاضطرابات الذهانية بصفة عامة و اضطرابات الفصام بصفة خاصة و يعتبر مصدرا هاما و شاملًا لكل الأبحاث العلمية المتعلقة بهذه الاضطرابات كما يعرض في صفحاته الداخلية أخبار المؤتمرات العلمية التي تتناول بالبحث اضطرابات الذهان.

هذا الموقع من وضع مخابر جانسين و أورقانون وهو موجه للمهتمين بأخر المستجدات العلمية المتعلقة بالاضطرابات الذهانية .

Obsessive Compulsive Disorder<http://www.ocdresource.com>

موقع خاص باضطراب الوسواس القهري يعتبر بمثابة مركز معلومات شامل لهذا الاضطراب على الشبكة ، موجه إلى المستخدم العادي من خلال عرضه معلومات عامة و إلى المختصين المترغبين من خلال صفحة متدى الأحصائيين و كذلك إلى مرضى الوسواس القهري من خلال إحداث وصلة فوقة خاصة تحملهم إلى نادي المصابين باضطراب الوسواس القهري.

موقع آخر غير مفصلة

مركز الاكتتاب

Depression Central<http://www.psyc.com.net/depression.central.html>

الأدوية المستعملة في علاج الاكتتاب

Drugs Used to Treat Depression<charlatn/depression/DepMeds.html> / www.blarg.com

اضطرابات الاكتتاب

Depressive Disorders<http://avocado.pc.helsinki.fi/~janne/asdfaqa/>

مركز دراسة الاكتتاب

Depression knowledge centerwww.depressionnet.org

مجلة " الاكتتاب "

Dépression<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/lesrevues.html>

أطباء و خدمات الطب النفسي

Psychiatric News / Psychiatric Services<http://www.appi.org>

الطب النفسي بالمستشفى العام

Psygenet : (psychiatrie de liaison à l'hôpital général)<http://www.imaginet.fr/~psygenet>

الوقاية من الانتحار

Infosuicide<http://www.infosuicide.org>

قائمة الرهاب

Phobia List<http://www.sonic.net./~fredd/phobia1.html>

مركز دفرو للطب النفسي العرقي

Centre G. Devereux d'ethnopsychiatrie<http://www.ethnopsychiatrie.net>

الخدمات الأولى للطب النفسي

Primary Psychiatrywww.medicalbroadcast.com

الصفحة الداخلية للإنصباب الرضي

Traumatic Stress Home Pages<http://www.long-beach.va.gov/ptsd/stress.html>

خدمات الطب النفسي مباشرة الاتصال

Psychiatry On-Line<http://cityscape.co.uk.users/ad88/psych.html>

طوارئ الطب النفسي

Les urgences psychiatriques<http://www.eps-ville-evrard.fr/urgen.html>

موقع الجمعيات والكليات الطينفسية :

Royal College of Psychiatrists

<http://www.repsych.ac.uk/index.htm>

الكلية الملكية للأطباء النفسيين

موقع يهتم بشاط الأطباء النفسيين في المملكة المتحدة. يعرض العديد من الوصلات البنية المهمة بمستجدات الطب النفسي، المرويات والإصدارات الحديثة، مركز أبحاث خاص بالعلوم النفسية.

American Academy of Psychiatry and the law

<http://www.cc.emory.edu/AAPL/>

الأكاديمية الأمريكية للطب النفسي الشرعي

موقع موجه لأخصائي الطب النفسي الشرعي يحتوي على العديد من الدراسات الطينفسية الشرعية و يعرض نشاط الجمعية، أجندة الملتقيات والمؤتمرات العالمية مع الإصدارات والنشريات الحديثة. كما يهتم هذا الموقع بتكوين الأطباء النفسيين الشرعيين وشهادات الكفاءة في هذا الميدان.

American Psychiatric Association (APA)

<http://www.psych.org/main.html>

الجمعية الأمريكية للطب النفسي

يهتم هذا الموقع بأنشطة الجمعية الأمريكية للطب النفسي و بالمستجدات الحديثة المتعلقة بتشخيص علاج الاضطرابات النفسية والانفعالية والإدمانية. يحتوي صفحاته الداخلية على العديد من الوصلات البنية تذكر منها المتعلقة بـ: آخر المستجدات الطينفسية، الأبعاد الطينفسية للكوارث، اضطرابات القلق الاجتماعي، الإصدارات الحديثة، أجندة المؤتمرات و الندوات، الممارسة الطينفسية... و غيرها من الوصلات التي تسهل التصفح في هذا الموقع الشهير بأناقة إيجارجه وبرسومه الجرافيكية.

American Neuropsychiatric Association (ANPA)

www.neuropsychiatry.com/ANPA/index.html

الجمعية الأمريكية للطب النفسي والعصبي

يعرض هذا الموقع نشاط الجمعية الأمريكية للطب النفسي والعصبي و يقدم آخر الأبحاث المتعلقة بعلم النفس العصبي، كما يعرض موقعي هامين : موقع مجلة الطب النفسي العصبي و موقع علم الأعصاب السريري.

World Psychiatric Associations(WPA)

www.wpanet.org

الجمعية العالمية للطب النفسي

يعرف هذا الموقع بأنشطة الجمعية العالمية للطب النفسي و يعرض إصداراتها و أجندة ملتقياتها و مؤتمراها مع تقديم أنشطة الجمعيات التابعة لها، يحتوي على وصلة بینية تحمل المتصفح إلى الإطلاع على حيئات المؤتمر العالمي للطب النفسي الحادي عشر الذي انعقد بمدينة هامبورغ بألمانيا.

موقع هام يستحسن تصفحه للإطلاع على أنشطة هذه الجمعية.

American Association for Geriatric Psychiatry(AAGP)

www.aagppa.org/

يهتم هذا الموقع بكل ما يتعلق بالصحة النفسية للمسنين، معرقاً بأنشطة الجمعية و مؤتمراها السنوية كما يعرض النشرة الإلكترونية لصحة المسن النفسية و النشرة الإلكترونية للمجلة الأمريكية لطب نفس المسنين. يمكن هذا الموقع متصفحه من خلال العديد الوصلات البنية من الإطلاع على الأبحاث العلمية و على آخر المستجدات في هذا الاختصاص.

<http://www.issd.org/>

يهم هذا الموقع بالاضطرابات الانشطارية (التفككية) مقدما كل المستجدات العلمية المتعلقة بهذا الاضطراب مع عرض نشاط الجمعية وندواتها وتعريف بأعضائها. يجد في هذا الموقع وصلات بینية تحمل المتصفح إلى صفحات "ويسب" لموقع آخر على الشبكة مهتمة بنفس الموضوع.

الجمعية الطبيعية للمعلوماتية

Psychiatric Society for Informatics (PSI)

<http://www.psych.med.umich.edu/web/psi>

<http://psychinformatics.org/appform.htm>

يتميز هذا الموقع ببساطة إخراج صفحة الداخلية وسهولة تصفحه. يعد من أهم المواقع المختصة بالمعلوماتية الطبيعية و هو موجه بصفة خاصة للأطباء النفسيين المهتمين بالمعلوماتية في ميدان اختصاصهم وذلك من خلال تقديم الدعم والإرشاد لفهم المعلوماتية واستعمالها ومتذمّم بالمعلومات المتعلقة بتطبيق تقنيات المعلومة في ميدان الطب النفسي كما يقدم لهم أحدث أخبار المعلوماتية الطبيعية ويعزّز فهمه بأنشطة الجمعية وبأعضائها وميدان اهتماماتهم .

من أهم الوصلات البينية لهذا الموقع صفحات المؤتمرات السنوية التي عقدتها الجمعية بداية من مؤتمرها الأول المنعقد بنيويورك سنة 1966 إلى غاية المؤتمر الرابع المنعقد بواشطن سنة 1999 حيث تعرض أغلب الأبحاث التي قدّمت في هذه المؤتمرات كما تعلم المتصفح عن مؤتمرها الخامس الذي سينعقد بمدينة شيكاغو يوم 13 ماي 2000.

موقع آخر غير مفصلة

أكاديمية الطب النفسي المهني

Academy of Organization and Occupational Psychiatry

www.mcn.com/aoop.htm

أكاديمية الطب النفسي

Academy of Psychosomatic Medicine

www.apm.org/

الجمعية المصرية للطب النفسي

Egyptian Psychiatric Association

www.imhotep.net/epa.html

<http://www.idsc.gov.eg/health>

الجمعية الأمريكية لاتحاد الأطباء النفسيين

www.pitt.edu/kthomp/

الجمعية الأمريكية للطب النفسي الإداري

American Association of Psychiatry Administrators

www.Cpmcnet.columbia.edu / dept /pi/ aapa-ny. Html

الجمعية الأمريكية للاضطرابات القلق

Anxiety Disorder Association of America

<http://www.cyberpsych.org/index.html>

الفيدرالية الفرنسية للطب النفسي

La fédération française de psychiatrie

<http://193.49.126.9/>

موقع المجالات و المنشورات الطبيعية :

مجلة أجندة الطب النفسي

Revue Carnet psy

<http://www.imaginet.fr/carnet-psy/>

من أفضل الواقع الفرنسي المهتم بأجندة المؤتمرات الطبيعية الفرنسية والعالمية و باخر الإصدارات الفرنسية المتعلقة بالعلوم

النفسية يحتوي هذا الموقع على صفحة "ندوة الأجندة" تعرض فيها مواضيع هامة للنقاش الإلكتروني حيث اهتمت هذه الندوة في عددها الأخير بالمواضيع التالية:

- التصنيف التشخيصي الطيفي لاضطرابات الرضيع والطفل (من 0 على 3 سنوات)
- التحليل النفسي العرقي
- فرط النشاط عند الطفل
- إنترنت، الوسائط المتعددة و الصحة النفسية
- فرويد و عروض الرسم الريفي
- الطب النفسي والوقاية من السيدا
- أصداء من الجزائر.

المنشورات الطيفية الأمريكية

The American Psychiatric Press

www.appi.org

موقع يعرض أهم الإصدارات الأمريكية المتعلقة بالطب النفسي سواء منها الإصدارات الورقية (كتب، مجلات، دوريات) أو الإصدارات الإلكترونية (أقراص مكثفة، نشريات و كتب إلكترونية) كما يعرض كل شهر أفضل الإصدارات من الكتب الطيفية، بالنسبة لشهر سبتمبر 1999 يعرض في الرصلة البيانية "عنوان الشهر" كتاب "علاج فرط استعمال المواد المحددة". موقع هام لكل من يريد الاطلاع على آخر الإصدارات الأمريكية في الطب النفسي.

المجلات الفرنسية للطب النفسي

<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/lesrevues.html>

يعرض هذا الموقع العديد من الوصلات البيانية المتعلقة بمجلات الطب النفسي الفرنسية إلا أن العديد من هذه المجلات يتضمن عرضها على الفهرس وبعض الأبحاث وعلى المتصفح العودة إلى النسخ الورقية أو الاشتراك كي يتمكن من التصفح الإلكتروني لكامل العدد أو الترقب حتى تعرض بعض هذه المجلات كافة العدد الإلكتروني بعد مرور فترة من الزمن على صدورها.

زمن الطب النفسي

Psychiatric Times

<http://www.mhsOURCE.com/psychiatrictimes.html>

نشرية طيفية إلكترونية شهرية تتناول بالعرض و التحليل في كل عدد من أعدادها إحدى الملفات المتعلقة بالاضطرابات النفسية و في عددها التاسع لشهر سبتمبر 1999 تعرض ملف عن الصحة النفسية للطفل و المراهق.

المجلة التونسية للطب النفسي

Tunisian journal of psychiatry

<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/JTP/jtp.htm>

يمثل هذا الموقع النشرة الإلكترونية للمجلة التونسية للطب النفسي التي تشرف عليها الجمعية التونسية للطب النفسي، يحتوي العدد الأخير على دراسات ميدانية تتعلق بالإدمان عند طلاب الجامعات، فرط استعمال الأدوية النفسية، الإدمان التيكوتيني. كما تعرض هذه الصفحة لوصلة بيانية تحمل المتصفح إلى أرشيف المجلة.

موقع أخرى غير مفصلة

American Psychiatric Publishing Group

www.appi.org

مجموعة المنشورات الأمريكية للطب النفسي

| | |
|--|-------------------------------------|
| American Psychiatric Press Inc. | الصحافة الأمريكية الطبية |
| http://www.appo.org | |
| American Psychiatric Association Library | مكتبة الجمعية الأمريكية للطب النفسي |
| http://www.psych.org/librpubl/librpubl.html | |
| Neuro-psy | مجلة الطب العصبي النفسي |
| http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/lesrevues.html | |
| Journal of Mind and Behavior | مجلة " الذهن و السلوك " |
| http://kramer.ume.maine.edu/~jmb/welcome.html | |
| L'Evolution Psychiatrique | مجلة تطور الطب النفسي |
| http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/lesrevues.html | |
| L'Information Psychiatrique | مجلة المعلومات الطبية |
| http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/lesrevues.html | |
| Etudes Psychothérapeutiques | مجلة دراسات العلاج النفسي |
| http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/lesrevues.html | |
| Journal de thérapie comportementale et cognitive | صحيفة العلاج السلوكي و المعرفي |
| http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/lesrevues.html | |
| Perspectives Psychiatriques | مجلة آفاق الطب النفسي |
| http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/lesrevues.html | |
| Psychiatrie | مجلة الطب النفسي |
| http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/lesrevues.html | |
| Psychiatrie Française | مجلة الطب النفسي الفرنسي |
| http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/lesrevues.html | |
| Psychotropes | مجلة الأدوية النفسانية |
| http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/lesrevues.html | |
| Psychopharmacology Tips | مجلة علم الأدوية النفسية |
| www.Uhsbsd.uchicago.edu/bhsitung/tips/tips.html | |
| American Journal of Psychiatry | المجلة الأمريكية للطب النفسي |
| http://www.appi.org | |
| Revue française de Relaxation | المجلة الفرنسية للاسترخاء |
| http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/lesrevues.html | |
| Thérapie familiale | مجلة العلاج الأسري |
| http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/lesrevues.html | |
| The international journal of neuropsychiatric | المجلة الدولية للطب العصبي النفسي |
| http://www.ocdresource.com | |
| Psychnews International | الأخبار الدولية للعلوم النفسية |
| www.mhnet.org/pni/ | |
| Canadian Journal of Behavioral Sciences | المجلة الكندية للعلوم السلوكية |
| http://www.cpa.ca/ | |

الدوليات الطبية النفسية

Annales Médico-Psychologiques

<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/lesrevues.html>

مجلة "الدماغ"

L'Encéphale

<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/lesrevues.html>

موقع طب نفس الأطفال و المراهقين :

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry

www.aacap.org

موقع أنيق في إخراجه ، ثري بمحفوظ ، يحتوي العديد من الوصلات البنية منها : التعريف بالأكاديمية الأمريكية لطب نفس الطفل و المراهق ، الجديد في طب نفس الطفل و المراهق ، الندوات و الملتقيات ، التشریعات ، المجلة الأمريكية للأكاديمية ، الممارسة السريرية ، التكوين الطبي ، أعضاء الجمعية و اهتماماتهم... و من أهداف هذا الموقع مساعدة الأولياء و العائلات لفهم التطور النفسي ، السلوكى و الندى للأطفال و المراهقين لمساعدتهم في رعاية المضطربين منهم .

اضطراب فرط النشاط مع خفض الانتباه عند الطفل و البالغ

Children and Adults with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder

<http://www.chadd.org>

موقع يهتم باضطراب خفض الانتباه المنفرد و اضطراب خفض الانتباه مع فرط النشاط (CH.A.D.D) موجهة إلى كل من الأخصائيين و المربين و الأساتذة و الأولياء ، يعرض آخر المستجدات المتعلقة بهذا الاضطراب مع عديد الوصلات البنية التي تحمل المتصفح إلى مواقع أخرى تهتم بنفس الموضوع ، كما يعرض صفحة داخلية تفاعلية للحوار الإلكتروني مع دعوة للمشاركة في المؤتمر الدولي الحادي عشر لهذا الاضطراب (7-9 أكتوبر 1999) .

Center for Study of Autism

مركز دراسة الذاتية

<http://www.autism.org/>

يهتم هذا المركز (بورتلاند- الولايات المتحدة) ب تقديم المعلومات المتعلقة بالذاتية للأولياء و الأخصائيين و بالإشراف على أبحاث تتعلق بالعلاج الدوائي لهذا الاضطراب بالتعاون مع المعهد الأعلى لأبحاث الذاتية بساندياقو .
يتميز هذا الموقع بتنوع لغات تصفحه (الإنكليزية، الصينية، الإيطالية، اليابانية، الكورية و الإسبانية).

موقع أخرى غير مفصلة :

Association mondiale de santé mentale des nourrissons

الجمعية العالمية للصحة النفسية للرضيع

<http://www.msu.edu/user/waimh>

Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence

مجلة الطب النفسي للطفل و المراهق

<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/lesrevues.html>

Service de Psychiatrie Infanto-Juvénile" LILLE"

<http://www.geocities.com/lHotSprings/4214/findex.html>

Société de l'autisme du Montréal

الجمعية الذاتية بـ "مونتريال"

<http://www.odyssee.net/~patboul/>

The Journal Of Child Psychology and Psychiatry

مجلة علم نفس و طب نفس الطفل

www.cup.cam.ac.uk

www.cup.org

Child & Adolescent Psychiatry Research

<http://acsumun.acsu.unsw.edu.au/~s9390168/cap.html>

Adolescence

<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/lesrevues.html>

Autism Ressources

<http://web.syr.edu/~jmwobus/autism>

الأبحاث التطبيقية للطفل و المراهق

المراهقة

مصادر أبحاث الذاتية

On-Line –Psy

<http://www.allhealth.com/onlinepsych/>

نشرية إلكترونية تهتم بالاختبارات النفسية التشخيصية و تعرض صفحات متعددة من الاختبارات النفسية التفاعلية. كما تهتم بالعلاقات بين الجنسين و العلاقات الأسرية.

موقع علم النفس : خدمات علم النفس مباشرة الاتصال

The Psychology of Cyberspace

<http://www.rider.edu/users/suler/psycyber/psycyber.html>

يهتم هذا الموقع بعلم النفس في علاقته بالمعلوماتية و الطريق السيارة للمعلومات وهو من وضع الأستاذ جون سولر من جامعة رايدر.

الفضاء الكوني لعلم النفس

Psychomédia.

<http://www.psychomedia.qc.ca/>

موقع مرحلة للعلوم و للمهتمين بالعلوم النفسية، يعرض عليهم خدمات علم النفس و مساعدة الأخصائيين النفسيين لهم. يحتوي هذا الموقع على العديد من الوصلات البنية تذكر منها : الاختبارات و الاستبيانات النفسية، التعريف بأبرز علماء النفس، التحقيقات النفسية، ملفات إلكترونية، نصائح و إرشادات جنسية، أخبار علم النفس.

"سيكوميديا" (موقع كندي باللغة الفرنسية)

American Psychological Association

<http://www.apa.org/>

الجمعية الأمريكية لعلم النفس

هذا الموقع موجه إلى المختصين في علم النفس، إلى طلاب الجامعات المزاولين دراساتهم في شعب علم النفس و إلى العموم، يمتاز هذا الموقع بشموله حيث يجد كل فرد ضالتة مهما كانت درجة اهتمامه بعلم النفس.

Belgian Psychological Association

<http://www.ulb.ac.be/bps>

الجمعية البلجيكية لعلم النفس

يعرف هذا الموقع بالجمعية البلجيكية لعلم النفس من خلال عرضه لأنشطتها، أعضائها، أجندة مؤتمراها، منشوراتها كما تعرّض لأهم مصادر الأبحاث العلمية الخاصة بعلم النفس على شبكة الإنترنت.

PSYLIE Association des psychologues cliniciens: "بسيلي" جمعية الأخصائيين النفسيين السريريين

<http://www.hexo.fr/psylie/>

موقع خاص بالأخصائيين النفسيين المتخرجين من جامعة باريس الخامسة يهدف إلى إرساء علاقة علمية مع المارسين المخترفين، يعرض مختلف أنشطتهم مع دعوهم هؤلاء المارسين مشاركتهم هذه الأنشطة.

يعرض هذا الموقع في صفحاته الداخلية وصلات بينية تعرف بهذه الجمعية و قانونها الأساسي و أخلاقيات ممارسة مهنة الأخصائي النفسي مع التعريف بأعضائها من خلال سيركم الذاتية و أبحاثهم العلمية، كما ترشد المتصفح عن أهم المواقع المختصة بعلم النفس.

<http://www.cpa.ca/bienvenu.html>

موقع فرنسي اللغة، خاص بالجمعية الكندية لعلم النفس، يعرض أنشطتها و يعرف بأعضائها ، يحتوي على العديد من الوصلات البنية لمختلف فروع علم النفس بالجامعات الكندية و كيفية متابعة الدروس بها. يعرض وظائف لأخصائي علم النفس بكندا. يقدم للمتصفح عديد المواقع الفرنسية المختصة بعلم النفس.

Introduction à la psychologie via Internet

www.ustboniface.mb.ca/cusb/psycho/

يحتوي هذا الموقع على دروس ذات ثلات وحدات تتعلق بمقدمة علم النفس. يمكن للمتصفح التسجيل (350 دولارا للسداسية الواحدة) في جامعة "بونيفايس" «Boniface - Canada» لتابعه الدراسة و إجراء الإمتحانات على شبكة الإنترنت حتى يحصل على شهادتين في مقدمة علم النفس. تتوالى مدة الدراسة سنة كاملة مقسمة على سداسين (من 1/9/99 إلى 15/01/2000 و من 15/01/2000 إلى 05/30/2000).

مقدمة حول علم النفس عبر الإنترن

Psychological review

<http://www.apa.org/journals/rev.html>

موقع آخر غير مفصلة
مجلة الجمعية الأمريكية لعلم النفس

American Psychological Society

<http://psych.hanover.edu/APS/>

المجموعة الأمريكية لعلم النفس

Developmental Psychology

<http://www.apa.org/journals/dev.html>

علم النفس التطوري

Journal of abnormal psychology

<http://www.apa.org/journals/abn.html>

مجلة علم النفس الشواذ

Université de Psychologie de Bruxelles (ULB)

<http://www.ulb.ac.be>

جامعة علم النفس بـ "بروكسل"

Psyche

<http://psyche.cs.monash.edu.an/>

نفس

Psycho'Net

<http://www.psycho-net.com>

العلوم النفسية على الشبكة

Collège des Psychologues du Loir & Cher

<http://perso.wanadoo.fr/cplc/>

معهد الأخصائيين النفسيين بـ "لوار و شار"

American Psychoanalytic Association

<http://apsa.org/>

موقع التحليل النفسي
المجموعة الأمريكية للتحليل النفسي

من أهم المواقع المختصة بالتحليل النفسي، يطرح العديد من المواضيع المتعلقة بتاريخ علم النفس التحليلي ، تحتوي الصفحة الداخلية على قاعدة بيانات المساعدة في البحث من خلال صفحة خدمات الاتصال المباشر التي تعرض على التصفح 30.000 مرجع مفهرس، كما يحتوي العديد من الوصلات البنية التي تحمل المتصفح إلى صفحة مجلة الجمعية الأمريكية للتحليل النفسي،

صفحة البحث عن محلل نفساني للعلاج، صفحة مؤتمرات الجمعية، صفحة تفاعلية لتنقى أسلة المتصفح و الإجابة عنها.

Lacan, Freud, Psychanalyse

"لاكان - فرويد " و التحليل النفسي

<http://www.linkline.be/lacan/>

موقع يهدف إلى تطوير الخطاب التحليلي من خلال عرضه المنشور المراجعى لمنتديات (séminaire) حاكم لا كان 1952-1980 و قائمة الأبحاث المهمة بالعلاقة بين التحليل النفسي و شبكة الإنترنت. يحتوى على دفتر عنوانين خاص بصفحات التحليل النفسي على شبكة الريب وعلى صفحة " سلة النشر الإلكتروني " وهي بمثابة مساحة حرّة لنشر الأبحاث المتعلقة بعلم النفس التحليلي (بعد موافقة الهيئة الاستشارية لهذا الموقع).

TRANS, Revue de psychanalyse

" ترانس " مجلة التحليل النفسي

<http://esi25.esi.umontreal.ca/~scarfond>

يعرض هذا المواقع النسخة الإلكترونية للمجلة الفرنسية للتحليل النفسي. يقدم المحتوى الكامل بالنسبة للأعداد الخمس الأولى في حين يكفي بعرض فهرسة الأعداد الأخيرة بداية من العدد السادس إلى العدد العاشر. يعرض أحدث المؤشرات و الملتقيات ، الأحداث المتعلقة بالتحليل النفسي مع تقديمها للمتصفح أهم عنوانين صفحات الواب المختصة بعلم النفس التحليلي.

La psychanalyse

التحليل النفسي

<http://www.odyssee.net/~desgros/index.html>

يهدف المواقع إلى تقديم صورة شاملة عن الوضع الحالي للتحليل النفسي الفرويدي المعاصر و هو غير مرتبط بأي منظمة أو جمعية علمية ، و كل الأبحاث المنشورة في هذه الصفحة لا تعبر إلاً عن رأي أصحابها.

أهم الوصلات البنية لهذه الصفحة الداخلية.

-التقارير الفكرية في التحليل النفسي.

-أبرز أخصائي التحليل النفسي : سيرة و آثار سيمونند فرويد، سيرة و آثار ميلان كلاين.

-زاوية كتب التحليل النفسي.

-أهم موقع التحليل النفسي على الريب.

SPP, Société Psychanalytique de Paris

الجمعية الفرنسية للتحليل النفسي

<http://www.spp.asso.fr>

يهدف هذا المواقع إلى تطوير التحليل النفسي كاحتصاص علمي و طريقة علاج معتمدا على التراث العلمي لسيموند فرويد . يحتوى على الوصلات البنية التالية : قائمة أعضاء الجمعية، المؤتمرات و الحلقات، المؤتمر الفرنسي للتحليل النفسي، المعهد الأعلى للتحليل النفسي، مركز الاستشارات و العلاج التحليلي، مكتبة سيمونند فرويد، المجلة الفرنسية للتحليل النفسي، تاريخ التحليل النفسي بفرنسا، الإصدارات الحديثة، الدوريات.

موقع آخر غير مفصلة

Association Italiana Psicanalisi famiglia

الجمعية الإيطالية للتحليل النفسي العائلي

<http://www.graffitti.it/AIPef/eng.html>

FreudNet

فرويد على شبكة الإنترنت

| | |
|---|--|
| http://www.interport.net/nyspan | أرشيف سيموند فرويد |
| Sigmund Freud and the Freud Archives | |
| http://plaza.interport.net/nyspan/freudarc.html | سيموند فرويد - دراسة المستر يا |
| Sigmund freud-hysteria | |
| http://www.tmm.com./Oh/Community/ctgtaper/hyperfreud.html | التحليل النفسي (موقع باللغة الإسبانية) |
| Psychanalyse (Site en espagnol) | |
| http://www.psiconet.com | التحليل النفسي |
| Psychanalyse | |
| http://www.mygale.org/09/psycho/index.htm | الجمعية الدولية لتاريخ التحليل النفسي |
| Association Internationale d'Histoire de la Psychanalyse | |
| http://www.magic.fr/aihp/Default.htm | المجلة الفرنسية للتحليل النفسي |
| Revue française de Psychanalyse | |
| http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/lesrevues.html | منتدي التحليل النفسي |
| Le Forum de la Psychanalyse | |
| http://altern.org/lechatpsy | المجلة الكندية للتحليل النفسي "ترانس" |
| TRANS, Revue de psychanalyse canadienne | |
| http://tornade.ere.umontreal.ca/~scarfond | مجلة التحليل النفسي السوري |
| Journal of clinical psychoanalysis | |
| http://www.interport.net/nyspan/jcp.html | التحليل النفسي من الداخل |
| Psychanalyse in situ | |
| http://www.psychanalyse-in-situ.com | الأحلام و تفسيرها (س.ج. يونغ) |
| Rêves et Interprétation (C.G. JUNG) | |
| http://users.skynet.be/reves/ | |

موقع العلوم الجنسية :

| | |
|---|--|
| ELYSA | قسم العلوم الجنسية بجامعة "كيياك" : المزا |
| http://www.unites.uquam.ca/dsexo/elysa.htm | يهدف هذا الموقع الذي يشرف عليه مجموعة من الأساتذة المختصين في العلوم الجنسية بجامعة كيياك إلى تقديم المعلومات و الإرشادات المتعلقة بالسلوك الجنسي الإنساني، يعرض في صفحاته الداخلية العديد من الوصلات البيانية، من أهمها صفحة أحدث المنشآت العلمية للعلوم الجنسية، صفحة نشرية العلوم الجنسية، صفحة البحث حسب الكلمات المفتاحية، صفحة الأسئلة (يتم إرسالها بالبريد الإلكتروني لتلقي الإجابة). |
| L'association des sexologues du Québec | جمعية أخصائي العلوم الجنسية بـ "كيياك" - كندا |
| http://www.ntic.qc.ca/~blaf/fr/reference.html#asq | موقع خاص بأخصائيين العلوم الجنسية المعترف بهم بمدينة كيياك بكندا و هو يعرض خدماته للعلّوم وللباحثين عن استشارات في العلوم الجنسية لإرشادهم و توجيههم و ليقدم لهم خدمات ذات مستوى علمي رفيع تخصص سواء علاج الاضطرابات الجنسية أو التربية الجنسية كما يقدم خدمات للأخصائيين من خلال عرضه للعديد من الوصلات البيانية الجادة المهمة بالعلوم الجنسية و من أهم هذه المواقع موقع المجلة الأوروبية للعلوم الجنسية «sexologie » و موقع "الزيجا" |

«compulsive sexuel» و موقع يهتم بالسلوك الجنسي الاستحواذى أو القسرى «Elysa».

موقع آخر غير مفصلة

مصلحة العلوم الجنسية بجامعة "كيباك"

Département de sexologies de l'UQAM

<http://www.unites.uqam.ca/dsexo/elysa.htm>

La société belge de sexologie scientifique

<http://www.ping.be/~pin00811/>

الجمعية البلجيكية للعلوم الجنسية

موقع الإدمان و فرط استعمال المواد المخدرة :

National Institute of drug Abuse (NIDA)

<http://www.nida.nih.gov>

المعهد الأعلى لفرط استعمال المواد المخدرة والإدمان

تحت الصفحة الداخلية للمعهد بالمستجدات الحديثة المتعلقة بالدراسات العلمية المهمة بفرط الاستعمال المواد المخدرة أو الإدمان، يحتوي على محرك أبحاث وعلى قائمة توزيع «mailing list» «liste de diffusion» لتمكن المتصفح من إدراج اسمه و عنوان بريده الإلكتروني حتى يقع مده باخر الأخبار المتعلقة بالإدمان. هذا بالإضافة إلى العديد من الوصلات البنية المتعلقة بالإصدارات الحديثة، أجندة المؤتمرات العلمية، التشريعات القانونية للإدمان، الجمعيات العلمية المهمة بالإدمان و تكوين الأخصائيين.

يتميز هذا الموقع بأنّاقة إخراجه و تراء محترفاته.

PREVLINE (Prevention Online)

<http://www.health.org/>

خدمات الوقاية من الإدمان مباشرة الاتصال

هذا الموقع تابع لمهد متخصص في علاج إدمان الكحول والمخدرات، موجه للأخصائيين و الباحثين وكذلك للمدمنين لمساعدتهم.

Web of Addictions

<http://www.well.com/www/woa>

الإدمان على شبكة الويب

يهتم هذا الموقع بـ: أبحاث الإدمان، أجندة المؤتمرات المهمة بالإدمان، مساعدة الأفراد و الجموعات للعلاج، كما تعرض العديد من الوصلات البنية المهمة بموضوع الإدمان.

موقع آخر غير مفصلة

علم الكحول

Alcoologie

<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/lesrevues.html>

National Clearinghouse for alcohol and Drug Information

<http://www.health.org>

المركز القومي لإرشاد وعلاج المدمنين

فهرسة المراجع العربية :

- 1- بيل جيس - المعلوماتية بعد الإنترت (طريق المستقبل) - ترجمة عبد السلام رضوان - سلسلة عالم المعرفة عدد 231 المجلس الوطني للثقافة و الفنون و الآداب.

2- نilm عبده : شبكة الانترنت تبدل طبيعة الأعمال - مجلة الكمبيوتر و الاتصالات - المجلد 16 - العدد 5 - يونيو 99.

3- نilm عبده : "الأنظمة الكمبيوترية في القرن الحادي والعشرين" مجلة الاتصالات و الكمبيوتر - المجلد 16 - العدد 99. يونيو

فهرسة المراجع الأجنبية :

- 4- CROCQ L. FONDARAI J. CROCQ M.A.- Observation psychiatrique sur micro-ordinateur. Résumé standard et commentaires libres- Journées d'informatique Médicale, Toulouse, 8-12 mars 1982.
- 5- CROCQ L. et CROCQ M.A.- informatique et psychiatrie – Encycl. Méd. Chir. (Paris-France), Psychiatrie 37060 A10,6-1988, 10 p.
- 6- Eduardo Rueda Vasquez, MD,LTC,MC,USAR- Publishing a psychiatric text on the web—<http://psychinformatics.org/mtg/1999/index.htm> .Psychiatric Society for Informatics Fourth Annual Meeting .
- 7- Huang M Medical Informatics enables the "New Psychiatry ». Psychiatry Practice: A Resident's Perspective. Physician's Postgraduate press, Inc. (June 1996) ; 1 (4) : 1-2.
- 8- Huang MP and Alessi NE. The future of psychiatry and the Internet. American Journal of Psychiatry.(July 1996)869-861 : 153 ;
- 9- Huang MP and Alessi NE. An Informatics Curriculum for Psychiatry. Academic Psychiatry. (Summer 1998.91-77 : (2) 22 ; (
- 10- Internet - Micro application – PC poche – France 1998.
- 11- JACQ J. MAIGROT J.CROCQ L.- Modèle d'exploitation des questionnaires automatisés. Journées d'informatique Médicale Toulouse ; 13-17 mars 1978. Tome 2- Mercier. Edit. Toulouse 1978. Pp.186-194.
- 12- LABECK L.J. JOHNSON J.H. HARRIS W.G.- Validity of a computerized on-line MMPI interpretive system.-J. Clin. Psychol., 1983, 39, 412-416.
- 13- Lepine J.P – .Epidémiologie des états anxieux – Psychiatrie, janvier 1986, 60-64.
- 14- Norman Alessi,M.D. Telepsychiatry –<http://psychinformatics.org/mtg/1996/index.htm> .PSI Annual Meeting – Psychiatric Informatics : it's role in the New Psychiatry.

اتجاهات ومناهي لفهم العنف الأسري

إعداد:

د. محمد أبو عليا

أستاذ مشارك بعلم النفسي التربوي
جامعة الهاشمية / الزرقاء - الأردن

مقدمة:

X مرور الاسرة في ازمة على اعتبار انه مجبلة للازعاج، والطفل بالبني (رمو، ١٩٩٧، ١٩٩٨)، وضعف الأطفال وعدم قدرتهم على المقاومة وسهولة انتقادهم والاحتيال عليهم (طنطاوي، ١٩٩٤، ص ٣٦) والخداع عند الأطفال الذين تعرضوا للعنف يصل الى ضعف معدله تقريرياً في المناطق الجغرافية التي جاءت منها العينات (رمو، ١٩٩٧، ص ١٩٧). وتفسير الحديث يقال عن المرأة نفسها؛ فالمرأة المصابة بالتشوهات وامراض الزمرة ولديها مزاج معضل.. هي اكثر عرضه للعنف من غيرها، او انها تستخدم العنف اكثر من غيرها من الامهات.

وتعد الفترة النمائية (سن المراهقة) مرتبطة بالعنف الاسري، اذ فيها تكثر الاعتداءات، ولم يتوصل الباحث الى دراسات في مجال العنف الاسري مرتبط بهذه الفترة النمائية، لكن يمكن استنتاج ذلك من خلال الدراسات التي تناولت العنف عموماً، فقد شكلت الفئة العمرية من (١٥ - ١٨) سنة اعلى نسبة من نسب ضحايا العنف حيث بلغت ٧٢,٢٪ ويعزى ذلك الى مشكلات المراهقة والاضطرابات التي يواجهها المراهق (البليسي، ١٩٩٥).

وهناك عوامل مرتبطة بالآباء؛ فكثير منهم يسيئون معاملة اطفالهم وزوجاتهم بسبب اضطراب في شخصياتهم، فقد افاد ٤١,٥٪ من النساء اللواتي

يعتبر العنف الاسري مصطلحاً جديداً لمشكلة قديمة عمرها آلاف السنين، ولكن في السنوات والعقود الأخيرة أدرك المجتمع جدية وخطورة هذه المشكلة. الامر الذي اضاف عناصر ومتطلبات جديدة لوعي المجتمع والتربية العامة (المرأة، الطفل)، وبرامج تدريب حماية افراد الاسرة (المرأة، الطفل)، وبرامج تدريب الفتيان وبرامج معالجة او اعادة تأهيل الاشخاص المعتدين *Abusers* والضحايا *Victims*.

وللعنف الاسري تعرifات متعددة تضمنت عناصر تعكس مظاهر العنف وأثاره، ويمكن تعريف العنف الاسري بأنه عمل مباشر او غير مباشر من اعمال العنف ضد احد افراد الاسرة، يترتب عليه اذى بدني او جنسي او نفسى.

ولفهم العوامل المرتبطة بالعنف الاسري فيمكن الاطلاع عليها من خلال ثلاثة مناهي وتفسيرات ومتداخلة ومتفاعلة وهي على التحول التالي:

أولاً: تفسيرات الطب النفسي *Psychiatric explanation*

يركز هذا التفسير على الشخصية والخلفية الاسرية للوالدين، كما يركز على عوامل لها دور في استشارة العنف مرتبطة بالطفل نفسه؛ كالتشوهات الجسمية، والامراض الزمرة، والتخلّف العقلي، والمزاج الصعب، وعدم اليقظة، والنشاط الزائد، ومشكلات نمائية أخرى

من الأزواج الذين عاشوا في اسر يمارس فيها العنف يمارسوا هذا العنف ضد زوجاتهم (عواودة، ١٩٩٨).

وتلعب انماط الرعاية الوالدية دوراً واضحاً في استخدام العنف، فأسلوب التذبذب، في المعاملة وعدم الاتساق فيها يرتبط بالعنف. فقد اشار يوغن Young ١٩٦٤ في تقرير له ان الآباء في معظم الاسر الميسئة كانوا غير متsequين وثابتين في تشتيتهم وعقابهم لاطفالهم الامر الذي يولد مزيداً من الخلافات وبالتالي العنف (اسماعيل، ١٩٩٥، ص ١٠٩)، وتنتقل انماط الرعاية الوالدية السلطانية النابدة الى جو المدرسة، فتوصلت دراسة (عوايدات، ١٩٩٧) الى ان ارتفاع كل من: متوسط الخلافات السلوكية، ومتوسط الغياب والتأخر، والاجراءات التأديبية بحق ابناء الوالدين المسلمين النابذين عنها عند ابناء الوالدين الديموقراطيين والمقلبيين.

وثمة عوامل اخرى تلعب دوراً في العنف؛ فالتفكير الاسري المتمثل في انشغال الاب وغياب الام عن رعاية الابناء (طنطاوي، ١٩٩٤، ص ٣٦)، كذلك الرواج المبكر والابوان الصغار اللذان يتميزان الى اسر نبوية، وظروف العزلة والوحدة هي ايضاً عوامل مرتبطة بالعنف، فيزداد العنف لدى الارواح الاقل سنًا دون ٣٠ (وليد سرحان، ١٩٩٥)، كما ان ارتفاع عدد افراد الاسرة يزيد من احتمالية العنف، فارتفاع عدد افراد الاسرة الاردنية زاد من فرص العنف، اذ كان العنف في الاسرة التي عدد افرادها ٥ - ٩ يعادل ٤٩,٨ % في حين كان لدى الاسر التي عدد من ١ - ٤ يعادل ٦,٣٠ % (عواودة، ١٩٩٨). ويتفق ذلك مع ما توصل اليه شتراوس وجليس وشاتاينتس، وهو ان اعلى تواتر لاحتمال وقوع التصرف الابوي المؤذني، حدث عند الاسر التي تضم خمسة اطفال،اما الاسر التي تضم طفلين او ثلاثة او اكثر من ستة، فكان اجمالي مستويات العنف عندها اقل (رمو، ١٩٩٧، ص ١٩٨).

تعرضن للعنف ان سبب ذلك يعزى الى مشكلات نفسية يعانيها الزوج (عواودة، ١٩٩٨)، وعند مقارنة الآباء الأزواج الذين يستخدمون العنف بغیرهم من لم يستخدمونه نجد هم يتسمون بالعزلة وبالعجز والاكتئاب، وانهم لا يملكون ضبطاً لدوافعهم، وعدم قدرتهم على تحمل الاحباط، وكثيراً ما يلاحظ عليهم سوء استخدام المواد ووجود الكحولية في هؤلاء الاشخاص، وفي دراسة (عواودة، ١٩٩٨) كانت نسبة الامهات اللواتي تعرضن للعنف بسبب تعاطي الزوج للكحول ٣١,٩ %. ومن ناحية اخرى يتسم الآباء والازواج المارسون للعنف بضعف احترام الذات، وعدم الرضا عن العمل، وعدم وجود انتماء ديني (رمو، ١٩٩٧، ص ١٩٨) والجهل بتربية الاطفال، والتوقعات غير الواقعية (رمو، ١٩٩٧، ص ١٩٣). والتوقع السيء من سلوك الطفل او الزوجة، كما ان لديهم الرغبة في ارضاء حاجاتهم الانفعالية غير المناسبة عبر الطفل او الزوجة (Woolfolk, 1998).

ويشير أدب الموضوع الى ان الآباء الذين يمارسون العنف هم اصلاً لديهم تاريخ في هذا الموضوع؛ فهو لأء نشأوا في بيوت تعسفية خلال طفولتهم والامر نفسه يتكرر مع اطفالهم (Craig, 1996, p 380) فالعنف يولد العنف Violence begets Violence (Macionis, 1995, p 487) اكدت الفرضية القائلة بان الحوادث في طفولة الآباء على علاقة بإياسة معاملة هؤلاء الآباء لاطفالهم (رمو، ١٩٩٧، ص ٣٢٢ - ٣٢٤).

وتشير العلاقة بين الوالدين انفسهم على تكرار ممارسة العنف ضد الاطفال، فقد كشفت دراسة شتراوس وزملائهما عن ان الاطفال الذين شاهدوا آباءهم يضربون بعضهم قاموا بمارسة العنف بدرجة اعلى من الاطفال الذين لم يشاهدو آباءهم ابداً يتضاربون (رمو، ١٩٩٧، ص ١٦٩) (Craig, 1996)، وتشير التقارير الصادرة عن الامم المتحدة (UN) (1989) الى ان ٢٠ %

٢ - التفسيرات الاجتماعية: Sociological Explanation

الدراسة على النحو التالي: اسر بلا دخل تمثل ٧,٩٪، واسر دخلها اقل من ١٠٠ دينار ٢٣,٩٪ واسر دخلها اقل من ٢٠٠ دينار ٤٣,٦٪ وبذلك تكون نسبة الاسر ذات الدخل المتدني ٦٨,٢٪.

ان البحث السائد هذه الايام تعزز الفرضية القائلة ان العنف الاسري اكثر انتشاراً بين الاسر التي تعيش وضعاً متدنياً من الناحية الاقتصادية والاجتماعية ولكن هذا الاستنتاج لا يعني ان العنف الاسري مقصور على الاسر من الطبقات الدنيا هو موجود ايضاً لدى الاسر غير طيف الحالة الاقتصادية الاجتماعية (رمو، ١٩٩٧، ص ٤٦) ففي دراسة قام بها ستراوس وجليس تبين ازدياد العنف بقدار الضعف ضد اطفال الاسر ذات الدخل المنخفض مقاساً بالاسر ذات الدخل العالى ولكنها اكتشفت ايضاً ان الاسر الاكثر فقرًا والاكثر غنى تسيء، كما يبدو، معاملة اطفالها بدرجة اقل (رمو، ١٩٩٧، ص ١٩٦).

والبطالة ايضاً عامل اخر، ففي فترة عدم العمل فان اعتداء الذكور على الاناث او الازواج ضد زوجاتهم واطفالهم يزداد، والازواج الذين فجأة ويصورة غير متوقعة يفقدون عملهم ربما يمارسون العنف ضد اطفالهم، وعلاوة على ذلك فان البطالة تختفيض من الوضع الاجتماعي للوالدين وهذا يترتب عليه تخفيف من مستوى تقدير الذات وبذلك يحاول الاب العاطل عن عمله تعويض سلطته التي افتقدتها من خلال السلطة والسيطرة الجسدية والعنف (Craig, 1996).

والعزلة الاجتماعية Socila Isolation عامل اخر من العوامل المرافقة للعنف؛ فالوالدين اللذين يعتدian على اطفالهما غالباً ما يكونان معززين عن اصدقائهم ومعارفهم Relatives واقرائهم وعن نظام الدعم الاجتماعي Community support System انهم بذلك لا يجدون الدعم والمساعدة عند الحاجة لذلك فهم ربما يعكسون احباطهم Frustration على

ترتبط القيم الاجتماعية السائدة في المجتمع بالعنف؛ فمثلاً في الولايات المتحدة الامريكية تسود قيم العنف، وتصنف الولايات المتحدة بأنها من الرتب العالية في الجريمة. وفي بيئتنا العربية بعد هبوط المستوى الاعلامي وانتشار افلام العري والجنس والمخدرات والعنف وغياب القدوة الصالحة سواء في المنزل او في المدرسة وترك الساحة للتلفاز والفضائيات لتصبح الاب الاول لللأطفال وتعليمهم ان العنف طريقة مقبولة حل التزاعات، وانقلاب هرم القيم الاجتماعية من الروحية والانسانية الى المادية كل ذلك يرتبط بالعنف.

ويسود السلوك السلطوي بيئتنا العربية بعامة والاسر بخاصة، فالاب السلطوي المهيمن والممثل نموذجاً للسيطرة، والذي يعتبر باقي افراد الاسرة نموذجاً للخضوع كل ذلك يتزامن ويتراافق مع خطر العنف. ويرتبط بالسلطوية الموروث الاجتماعي الذي يهدى فيه العنف في تفضيل انجاب الذكور على الاناث الامر الذي يزيد من فرص العنف لا سيما اذا كان المولود بنتاً، وعموماً ثقافة المجتمع السائدة التي تجد سلطة الاب وسلطة الذكر تفتح المجال للعنف وبخاصة عنف الرجال على النساء لأنهن الضعيف وهناك امثال شعبية تجسد هذه الثقافة والتي فيها «يا مخلفة البنات يا مخلفة الهم للسمات»، و«شاوروهن وخالقو شورهن»، و«أمره ابن مره اللي بشاور مرة».

ومن العوامل الاجتماعية الاخرى تقع الاوضاع الاقتصادية لتحتل مكاناً بارزاً ومتراافقاً مع العنف، فالفقر والبطالة التي عاني منها المجتمع الألادني قد تكونان وراء ارتفاع مستوى العنف، ففي دراسة امل العاوادة ١٩٩٨ كانت نسب الاسر الفقير من عينة

٤ - امل العواودة، (١٩٩٨)، العنف ضد الزوجة في المجتمع الاردني. رسالة ماجستير الجامعة الاردنية.

٥ - بشير البلبيسي، (١٩٩٥)، حجم مشكلة اساءة معاملة الطفل في المجتمع الاردني ورقة عمل مقدمة الى ندوة الاعباء للطفل، نظمتها جمعية نهر الاردن لتنمية المشاريع بالتعاون مع منظمة الام المتحدة للطفولة (اليونيسف).

٦ - رائدة الرعيبي، (١٩٩٥)، القضاء على التمييز ضد الفتيات والنساء في العالم العربي، اليونيسف - عمان.

٧ - محمد سيد طنطاوي، (١٩٩٤)، موقف الاسلام من العنف والعدوان وانتهاك حقوق الانسان، القاهرة: دار الشعب.

٨ - مؤمن الحديدي، (١٩٩٥)، انماط العنف البدني ضد الاطفال، ورقة عمل مقدمة الى ندوة الاعباء للطفل نظمتها جمعية نهر الاردن لتنمية المشاريع بالتعاون مع منظمة الام المتحدة للطفولة (اليونيسف).

٩ - ولید سرحان، (١٩٩٥)، الاعباء للاطفال الايذاء النفسي، ورقة عمل مقدمة الى ندوة الاعباء للطفل نظمتها جمعية نهر الاردن لتنمية المشاريع بالتعاون مع منظمة الام المتحدة للطفولة (اليونيسف).

١٠ - عبد الله عويدات، اثر انماط التنشئة الاسرية على طبيعة الانحرافات السلوكية عند طلبة الصفوف الثامن والتاسع والعشر الذكور في الاردن. مجلة دراسات الجامعة الاردنية. آذار ١٩٩٧.

11 - Craig G.J., (1996), Human Development, Prentice Hall, inc.

12 - Macionis.j.j. (1995), Sociology. Prentice Hall, Englewood chiffs.

13 - Woolfolk, A.E. (1998), Educational Psychology. Allyn and Bacon,

14 - U.N. (1989), Violence against Women in the family.

اطفالهم وزوجاتهم. وفي هذا السياق فان المجتمع الذي يتسم بالعزلة الاجتماعية والتي سببها عدم توافر الساحات ومراكز الرعاية اليومية، ويراجع ما قبل المدرسة، ومراكز الترفيه... سيدفع باتجاه العنف.

٣ - التفسيرات الموقفية Situational Explanation

وهذا التفسير يؤكد على ان العنف يمارس ضد الزوجات والاطفال من قبل الازواج والآباء بصورة غير منتظمة وبحسب الموقف؛ فالعنف او الشر ينفجر في لحظة غضب من الاب او عند حدوث انحراف مسلكي من الزوجة او الابناء (الحديدي، ١٩٩٥).

وبالرغم من ان التفسيرات الثلاث التي توضح الاسباب الا انها تعجز عن اعلامنا عن كيفية منع العنف. ان البرامج المخصصة للمساعدة وحماية افراد الاسرة من العنف تركز على تزويد الآباء بدعم اجتماعي وتدريتهم على الفضل طريق الضبط. وهذه البرامج تخفض من العنف بنسبة ٥٠ - ٧٥٪ (Woolfolk, 1998).

ويوصي الباحث في النهاية بنشر المزيد من الوعي بين الاسر والمربين بخصوص طرائق التعامل مع الاطفال والزوجات والحد من منع الاعتداء عليهم، وتطوير البرامج الاعلامية الناضجة المتعلقة بالأسرة وبكيفية التنشئة والتفاعل الزواجي الذي يضمن حياة هانعة.

المراجع

- ١ - احمد السيد محمد اسماعيل (١٩٩٥)، مشكلات الطفل السلوکية واساليب معاملة الولدين، الاسكندرية: دار الفكر العربي ط. ٢.
- ٢ - مجموعة من الكتب، ترجمة احمد رمو (١٩٩٧)، اساءة معاملة الاطفال. دمشق: منشورات وزارة الثقافة.
- ٣ - اروى العامري، (١٩٨٨)، العنف العائلي في الاردن حجمه ومسايتها، مؤسسة شومان، عمان.

السلوك الجنسي القهري

د. محمد محمود رشاد^(☆)

مقدمة:

الجنسي المتمركز حول الذات والذي يعرض صاحبه إلى مخاطر الأصابة بالأمراض الجنسية المعدية والمشاكل الأخلاقية والقانونية.

انماط السلوك الجنسي القهري:

توجد العديد من الانماط التي تشير إلى وجود السلوك الجنسي القهري، ويمكننا ان ندرج اي سلوك جنسي قهري اسفل نمطين اساسيين:

١ - نمط الانحرافات الجنسية Paraphilic

٢ - نمط الاضطرابات غير المترفة Non-paraphilic

اوألاً: نمط الانحرافات الجنسية:

ويشتمل هذا النمط على العديد من السلوكيات الجنسية الشاذة حيث يخلو من مشاعر الحب والود والألفة، ويحدد جون موني *J. Mony* السلوكيات الجنسية الشاذة بأكثر من خمسين نمطاً، الا ان اكتراهم شيئاً فشيئاً هي التي يحددها الدليل التشخيصي الاحصائي الرابع DSM IV والتي تشمل على «الانحرافات الجنسية مع الاطفال والتلتصص والاستعراضية الجنسية والمازوخية الجنسية والصادمة الجنسية والاثرية (الفتشية) والاثرية التحويلية والتحرش الجنسي والاحتقار الجنسي....».

ثانياً: الاضطرابات الجنسية غير المترفة:

يخضع هذا النمط من السلوك للمعاير العامة للسلوك الجنسي السوي، الا انه يأخذ شكل متطرف، وتنقسم الاضطرابات الجنسية غير المترفة الى ستة انماط اساسية كما يلي:

مستشفى الامل بالدمام.

يعاني البعض من سلوك قهري واندفعي وقد يقتصر هذا السلوك على جانب من جوانب الانسان وربما يرتبط بتعاطي المخدرات او القمار او الادمان الجنسي. حيث يؤدي المخافر الجنسي القهري الى قيام الشخص بالسلوكيات الجنسية التي قد توقعه تحت طائلة القانون بالإضافة الى الاضرار الاجتماعية والصحية الناجمة عن هذا السلوك.

ويطلق العلماء على هذا السلوك مصطلح السلوك القهري Compulsive Sexual Behavior (CSB) ويشير هذا المصطلح الى زيادة الرغبة الجنسية او الانحراف الجنسي او الشبقنة الزائدة او زيادة مستوى الليبido (الطاقة الجنسية) او الهوس الجنسي او الولع الشديد بالنساء او الذكور او ما يطلق عليه احياناً اسم الادمان الجنسي.

ولا يقتصر السلوك الجنسي على الذكور فقط وانما يشتمل الاناث ايضاً، وقد يظهر في فترة مبكرة من مراحل النمو الجنسي النفسي ويستمر الى ابعد من ذلك حيث يصبح جزء من نمط الحياة اليومية، وقد يتزامن مع اضطراب نفسي او يتعج عنه مثل نوبات الهوس الخفيف Hypomania او اضطرابات الشخصية Hypomania. يعتبر الهدف من القيام بالسلوك الجنسي القهري هو تخفيف حدة القلق اكثر من الاشباع الجنسي مثل ما نلاحظه في عصب الوسواس القهري OBC حيث يلجأ المريض الى القيام بسلوكيات قهقرية من اجل تخفيف شدة القلق ولكن الامر يصبح اكثر تعقيداً في السلوك الجنسي القهري حيث ينتج عن تلك السلوكيات نمط ثابت من النشاط

من اضطرابات اخرى مثل القلق والاكتئاب او
الاضطرابات النفسية جسمية او اضطرابات الشخصية.

ومن المهم ان يميز المعالج بين السلوك الجنسي
القهري والسلوك الجنسي السوي حيث ان الفرق بينهم
في معدل التكرار ومستوى الشدة.

وقد تبين المشاكل المرتبطة بالسلوك الجنسي
القهري سواء كانت مشكلات اجتماعية او اخلاقية او
قانونية ولذلك من المهم تحديد حجم المشكلة منذ
البداية لمعرفة افضل طرق للعلاج.

ولتحديد حجم المشكلة يمكن الاستعانة بالقياس
التالي:

مقياس تحديد السلوكي الجنسي القهري

التعليمات: اقرأ كل سؤال من الاسئلة التالية بدقة،
ثم اجب عن كل سؤال على حدة بياجابة واحدة فقط
(نعم) او (لا).

■ السفر القهري من اجل البحث عن ممارسة
Compulsive Cruising الجنس

■ تعدد شركاء العلاقات الجنسية Multiple
Partners

■ التثبيت القهري على شريك صعب المثال
Unattainable Partner

■ الشباقية الذاتية القهيرية Compulsive
Autoeroticism

■ علاقات الحب القهيرية المتعددة Compulsive
Multiple Love Relationship

■ العلاقات الجنسية القهيرية Compulsive
Sexuality In Relationships

ولا توجد احصائيات خاصة بالنسبة لانتشار
السلوك الجنسي القهري سواء كان بين الذكور او
الاناث، ويعاني معظم مرضى السلوك الجنسي القهري

- | |
|---|
| ١ - هل تسيطر عليك افكار للقيام بنشاط جنسي لا تستطيع مقاومته؟ |
| ٢ - هل ترغم على القيام بسلوك جنسي كاستجابة طبيعية للضغط او القلق والاكتئاب؟ |
| ٣ - هل تعرضت لمشكلة مثل الفصل من العمل او الاصابة بمرض جنسي بسبب عدم سيطرتك على سلوكك الجنسي؟ |
| ٤ - هل تشعر دوماً بالذنب والخزي من سلوكك الجنسي؟ |
| ٥ - هل تتخلص او تقوم بسلوك جنسي تعتبره انحرافاً؟ |
| ٦ - هل تتأثر دوماً في البحث عن شريك جنسي؟ |
| ٧ - هل تسيطر عليك افكار لمارسة الجنس مع شخصية مشهورة لا تعرفها؟ |
| ٨ - هل تمارس الاستمناء كثيراً لفترات لا تقل عن ١٥ مرة في الاسبوع؟ |
| ٩ - هل لديك علاقات حب متعددة ولفترات قصيرة جداً تعرضك لمشاكل عديدة؟ |
| ١٠ - هل الهدف من سلوكك الجنسي هو تقليل القلق والضغط اكثر من الاشباع الجنسي؟ |
| ١١ - هل تتأثر دوماً على اشباع حاجاتك الجنسية مهما كلفك الامر؟ |
| ١٢ - هل تصاب كثيراً بالاجهاد من جراء زيادة ممارستك للجنس؟ |
| ١٣ - هل تسافر كثيراً للبحث عن الاشباع الجنسي؟ |
| ١٤ - هل تقوم دوماً بالمراوغة او اجراء الامر على ممارسة الجنس معك؟ |
| ١٥ - هل تشعر دوماً ان احتياجاتك للاشباع الجنسي لا نهاية؟ |

ومناهضة الافكار الخاطئة المرتبطة بالسلوك الجنسي واكتساب مهارات سلوكية جديدة مع تطوير التواصل الانفعالي واخيراً ببرامج الوقاية من الانكسارة. مع ملاحظة اهمية دور الاسرة العلاجي وخلو المريض من اي اضطرابات نفسية شديدة مصاحبة لاضطرابه مثل الفصام او نوبات الذهان الحادة.

COMPULSIVE SEXUAL BEHAVIOR (SUMMARY)

Some people are suffering from compulsive behavior and impulsivity which manifested by substance use, gambling and sex addiction.

The sex addiction or compulsive sexual behavior has called hyper sexuality (hyperphilis, hypereroticism, hyperlibido hyperaesthesia) erotomania, nymphomania, satyriasis... etc. Patients who is suffering from CSB «Compulsive Sexual Behavior» their sexual obsessions and compulsive interfering with daily functioning or be accompanied by a variety of medical, moral, legal and social problems.

The Compulsive Sexual Behavior is defined as behavior driven by anxiety reduction mechanisms rather than by sexual desire. There are many manifestations of compulsive sexual behavior, which can be subsumed under two basic types: Paraphilic and non paraphilic compulsive sexual behavior. It's important to be able to assess for compulsive sexual behavior and to refer to appropriate treatment psychologically and medically.

- وفي حالة الاجابة على اي من الاسئلة بنعم، فان ذلك يشير الى احتمالية وجود السلوك الجنسي القهري، ولحساب مستوى الشدة يتبع ما يلي:

■ اضطراب بسيط MILD اذا توافق الحافر الجنسي للقيام بالسلوك الجنسي القهري بصورة متكررة دون القيام بذلك مطلقاً.

■ اضطراب متوسط MODERATE اذا توافق الحافر الجنسي للقيام بالسلوك الجنسي القهري بصورة متكررة ولكن في مواقف معينة او ظروف عابرة.

■ اضطراب شديد SEVERE اذا توافق الحافر الجنسي للقيام بالسلوك الجنسي القهري بصورة متكررة ومستمرة تحت اي ظروف.

واخيراً العلاج، حيث ان اسباب السلوك الجنسي القهري تباين من اسباب عضوية ترتبط بوجود اضطرابات في الوصلات العصبية بالمخ Neurotransmitters تؤدي الى حدوث قلق شديد للمريض يدفعه الى التعبير عن سلوكه الجنسي بطريقة اندفاعية فجة. وقد تكون الاسباب النفسية هي العوامل المهيأة لظهور هذا الاضطراب مثل الخبرات الصادمة في الطفولة وكذلك لا يمكن اغفال العوامل الاجتماعية في ظهور تلك الاضطرابات لذلك على المعالج ان يحدد بدقة العوامل المهيأة والمسببة للسلوك الجنسي القهري.

فيما بالنسبة للعلاج الدوائي يعتمد على العقاقير التي تزيد من وجود السرطونين Serotonergic لما لديه من تأثير فعال في علاج السلوك الجنسي القهري بالإضافة الى العقاقير التي تحتوي على مضادات هرمونات الذكورة Antiandrogens.

اما بالنسبة للعلاج النفسي فهو يعتمد على اختيار افضل الطرق للتعامل مع القلق المثير لاحداث السلوك الجنسي القهري مستخدماً فنيات العلاج المعرفية السلوكية مثل برامج التحكم في الذات او تعديل

Psychiatric Annal, 22: 6/ June, 320-326, A.P.A.

* Colman, E (1994): Compulsive sexual behavior: A search for intimacy, New York, Ny: Guilford press.

*Langerin, R (1992): Biological factors contributing to Psychiatric Annals, Paraphilic Behavior, Psychiatric Annals 22: 6/ June, 307-314 A.P.A.

* Adson, P. (1992): Treatment of Paraphilic and Related disorders, Psychiatric Annals 22: 6/ June, 299-301, American Psychiatric Association, U.S.A.

* American Psychiatric Assosiation, (1994): Diagnostic and statistical manual of mental disorder, 4th Washington, DC. A.P.A.

* Coleman, E (1992): Is your patient suffering from compulsive sexual behavior,



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

من اصدارات المركز:

- قراءات متعددة للشخصية - شخصيات نجيب محفوظ
 - الطفل وعالمه النفسي (جوانب تربوية ونفسية وطبية وعصبية)
 - عيادة الاضطرابات الجنسية
 - نظريات حديثة في الطب النفسي
 - سيكوسوماتيك المستيريا
 - الضغط بالاصابع (العلاج الياباني)
 - فرويد والتحليل النفسي الذاتي
 - الصدمة النفسية - علم نفس الحروب والکوارث
 - الدليل النفسي العربي
 - معجم العلاج النفسي الدوائي
 - معجم مصطلحات الطب النفسي
- د. روز ماري شاهين
مجموعة من الباحثين
د. جاك واينبرغ
د. اليزابيث موسن
د. بيار ماري ومشاركته
د. يوكيكو ارو
د. محمد احمد النابلسي
جامعة من الباحثين
جامعة من الباحثين
د. محمد احمد النابلسي
جامعة من الباحثين

طلب من دار النهضة العربية - بيروت ص.ب: ٧٤٩ - ١١ - لبنان ومن وكلائها

العلاج الحديث المتعدد الاساليب لاضطراب الشخصية الحدودية

الدكتور محمد حمدي الحجار

٢ - انوذج علاقة غير مستقرة على المستوى البيئي الشخصي interpersonal وشديدة الاضطراب تنسق بالانتقال المترافق بين العلاقة المثالية والازدراء والتحقير للصديق او الحب.

٣ - وجود اضطراب في الكيان، اي صورة للذات او احساس بالذات مشوه، وغير مستقر، ومسيطر اضطرابا شديداً ومستمراً.

٤ - وجود سلوك نزوي متھور طائش في مجالين على اقل تقدير مخربين للذات (تبديد المال، التهافت الجنسي، الادمان على المواد المخدرة، الطيش في قيادة السيارات، نوبات الشراهة نحو الطعام).

٥ - عدم استقرار عاطفي بسبب تذبذب المزاج الواضح (اي انحطاط مزاج شديد عارضي episodic، فرط التهيج، او قلق يدوم لعدة ساعات، ونادراً ما يستمر لعدة ايام).

٦ - سلوك انتحاري ناكس. سلوك تهدید بتشويه الذات او ايداعها.

٧ - مشاعر مزمنة بالفراغ الداخلي.

٨ - غضب عارم، غير مبرر او ضعف السيطرة على الغضب (اي انفجارات عاطفية، غضب مستمر، العراق البدني الناكس مع الغير).

٩ - افكار شبيهة بالزور عابرة وترتبط بالشدة النفسية او اعراض تفككية شديدة.

لتشخيص هذا الاضطراب لا بد من توافر خمسة معايير من المعايير التي ذكرناها.

ان اداة التقييم البحوثي الاكثر شيوعاً يبرز في هذا الاضطراب انوذج عدم الاستقرار المتشدد والاضطراب

١ - المقدمة:

يفقد عموماً جميع العياديون على ان المرضي بتشخيص اضطراب الشخصية الحدودية Border line personaligy Disorder (BPD) ضمن تصنيف المعالجة الصعبة والتي تتحدى المعالج في اي مدرسة علاجية. بعض النماذج السلوكية التي تُحدّد المرض تبدو بحد ذاتها معضلة مرتكبة، وتشكل عيناً علاجياً مجھداً وضاغطاً على المعالج. ولعل أكثر السلوكيات التي تقلق المعالج في هذا الاضطراب النسبة العالية من السلوكيات الانتحارية. اذ ان ما نسبته ٧٠ الى ٧٥٪ من مرضى هذا الاضطراب لديهم قصص محاولات انتحارية⁽²⁾ تتجلى بسلوك اللجوء الى ايذاء الذات، والنية بالانتحار، او تشويه البدن، او التهدید بالانتحار، والمحاولات الشبيهة بالانتحار. وعلى الرغم من ان معظم هذه السلوكيات المدمرة للذات لا تنتهي بالفاجعة المميتة الا ان ٥ - ١٠٪ منها تنتهي بالموت.

ومرضى هذا الاضطراب يعانون ايضاً صعوبات الغضب والتعبير عن الغضب. وكثيراً ما يجد ان مشاعر الغضب تحول ضد المعالج. ويجد تلازم هذا الاضطراب مع الاضطرابات المدرجة على المحرر asix1 (رائع كتاب DSMIV) مثل الاضطرابات العاطفية (الاكتئاب)، والقلق، واضطرابات شخصية اخرى من شأنها تعقيد المعالجة تعقيداً اضافياً.

اما بخصوص معايير هذا الاضطراب كما هي مدرجة في كتاب DSMIV⁽²⁾ فتتجلى بالتالي:

١ - جهود مسحورة في تحجيم الهجر الحقيقي او التخليلي.

الاجتماعي. وبالاستاد على مقولات Parameters نظام تصنيف السلوك البيشخصي، فان مثل هذا التصنيف يطرح نظرية قابلة للاختبار والمعاينة لفهم ماهية اضطرابات الشخصية وكيفية استمراريتها نتيجة خبرات التعلم الاجتماعية عند الفرد.

ان التعلم المعاذ تركيه وفق اسلوب بنiamin يتضمن ست مراحل.

- ب - ١ - ايجاد علاقة تعاونية بين المريض والمعالج
- ب - ٢ - التزود بالاستبصار، ومعرفة ماشي المريض والنماذج التفاعلية القائمة.
- ب - ٣ - تقوية ارادة المريض في التوقف عن السلوكيات التخريبية والرغبات المدمرة او الخاوف.
- ب - ٤ - المروسة في أعقاب قرار المريض في التوقف عن النماذج السابقة من التفاعل.
- ب - ٥ - ازالة الجزء الناجم عن قرار التبديل في السلوك.
- ب - ٦ - ابراز الذات الجديدة.

ج - الاسلوب المعرفي:

لقي اضطراب الشخصية المحدودية اهتماماً بالغاً من جانب المعالجين المعرفيين امثال بيك Beck⁽⁵⁾ وغيره. يرى العلامة بيك في هذا الاضطراب وجود تشوهات معرفية (فكريه) او اخطاء في التفكير مسؤولة رئيسياً عن المشكلات الانفعالية والسلوكية عند هؤلاء المرضى. ويرى ثلاثة افتراضات نموذجية عند هؤلاء: «العالم يبدو خطراً وحيثياً» كأن يقول المريض: «انا عاجز وعرض للأذى». «انا مرفوض». وهناك التفكير الحدي all-or-nothing او «اما كل شيء او لا شيء» Dichotomous اي التفكير اما ان يكون ابيضاً او اسوداً لا يوجد وسط بين الاثنين. فهذا النوع من التفكير الحدي هو بؤرة السمات السلوكية المترفة عند مرضى هذا الاضطراب، ومركز وهدف العلاج بعد توطيد

الانفعالي، والسلوكي، والمعرفي والبيشخصي.

٢ - طرق المعالجة:

هناك العديد من الطرق العلاجية لعلاج هذا الاضطراب الصعب المعند. ويحسن هنا استعراض اختصار هذه المداخلات قبل الولوج تفصيلاً بالعلاج السلوكي التحاوري Dialectic لمبتدئه كل من Linehang Tutek.

أ - الطريقة السيكوديناميكية:

وهي طريقة نالت اهتماماً كبيراً من قبل العلامة كيرنرگ Kerberg⁽³⁾. وتجلى فيما اسماه بنموذج علاقات مرتبطة بالهدف. وتقوم الطريقة المعنية على العلاج النفسي التعبيري الذي يلح على ثلاثة عوامل رئيسية: التفسير، الحفاظ على الحيادية الفنية، وتحليل التحويل. ويتمحور العلاج على التعریض وحل الصراع النفسي الداخلي. ويتضمن هدف العلاج تزييد السيطرة على التزوع، وتحمل القلق، وخلق علاقات بيشخصية ثابتة مستقرة.

ولا يُبعد كيرنرگ فوائد العلاج النفسي الداعم بالنسبة للمرضى المضطربين جداً. وعلى غرار العلاج التعبيري، يأخذ العلاج النفسي الداعم يضع ثقلاً كبيراً ويعول تعويلاً كبيراً على أهمية التحويل. وبينما التفسيرات تكون أقل أهمية في المراجعة الباكرة، الا ان الكشف عن التحويل العاطفي السليبي فقط هو هدف. في تقدير فعالية هذه الطريقة. يبدو صعباً تثمين النماذج الرئيسية للعلاج النفسي البناميكي. ثم انه لا توجد في الوقت الحاضر دراسات خاضعة للضبط التجاري لمعرفة النتائج في علاج هذا الاضطراب على اساس نفسي تحليلي.

ب - الطرائق البيشخصية Interpersonal:

تعد هذه الطرائق حديثة نسبياً. من بينها اسلوب بنiamin⁽⁴⁾ القائم على التحليل التركيبي للسلوك

العلاقة التاليفية بين المريض والمعالج. والهدف الآخر للعلاج هو خلق اهداف سلوكية ملموسة مادية، وتحسين السيطرة على النزوع، وتقوية احساس المريض بذاته المضطربة.

د - المعالجة الفارماكولوجية (الدوائية):

تتركز المعالجة الدوائية على ثلاثة مجالات متميزة للنماذج السلوكية الملاحظة في هذا الاضطراب: التذبذب العاطفي، المظاهر الذهانية العابرة المؤقتة، والسلوك النزوي العدواني. درست تأثيرات الانواع المختلفة من الأدوية النفسية ومن ضمنها مضادات الذهان Neuroleptics من قبل كاردنر وسولوف وجماعته⁽⁶⁾ (١٩٨٩)، والمهديات الصغرى من قبل فالتوس وكاردنر ١٩٨٦، وايضاً مضادات الاختلاج وكاريونات البيثيوم، ومضادات الاكتئاب. وهدف هذه المعالجات الدوائية تحسين الوظيفة العامة، وتخفيف الاكتئاب والقلق. والنزوح العدواني، والاعراض من انموج الفحاص Schizotypal. ولا بد من مراقبة التأثيرات الجانبية لهذه الادوية، ومسألة مطاعة المريض في تناولها. وايضاً سوء استخدامها. ولا تستغنى هذه المعالجة عن المعالجة النفسية الرديدة والمشاركة.

ر - العلاج السلوكي التحاوري Dialectic:

ابنى العلاج السلوكي التحاوري عن العلاج السلوكي المعرفي التموذجي لعلاج اضطراب الشخصية الحدودية وبخاصة الزمن، الانتحاري. والمضطرب الوظيفة اضطراباً شديداً.

وهذا العلاج هو مزيج من المداخلات السلوكية ونظريات مداخلات الازمات والطارئ مع الالاحاج على مفهوم قبول الذات، ورفع عتبة التحمل المستمدان من ممارسة التأمل الشرقية المصدر، والتأمل الغربية المصدر.

ان العلاج السلوكي التحاوري يقوم على ارضية نظرية متماسكة. وان الاساليب والاستراتيجيات في

هذا العلاج تمازج وتتقاطع مع العلاج الديناميكي، والمتكررة حول ذات المريض، والعلاجات المعرفية. ويحسن هنا ان نفصل في مراحل العلاج واهدافه⁽⁷⁾.

يتضمن هذا النوع من العلاج اربع مراحل وهي:

- اصناف السلوكيات الانتحارية.

● اصناف سلوكيات اعاقة العلاج (ستحددها فيما بعد).

● اصناف السلوكيات المعيقة لنوعية الحالة (سنذكرها فيما بعد)

● زيادة المهارات السلوكية في:

- مهارات العقلانية والبصر.
- فعالية العلاقة البشخصية.
- التنظيم الانفعالي.
- تحمل الكرب.

- التدبر بالذات والاعتماد عليها.

(٢) المرحلة الثانية واهدافها وتمثل بـ (الاستقلاب الانفعالي للماضي الراض والعرض له تخلياً) اي اضعاف الشدة النفسية التي اعقبت الرض.

(٣) المرحلة الثالثة (عملية التصنيع) اي:

- زيادة احترام الذات.
- تحقيق اهداف فردية مرسومة.

المرحلة الاولى:

يكون التركيز في هذه المرحلة في الحصول على انموج حياة مقبولة وظيفياً وثابتة مستقرة. اي تحديد اهداف نوعية للمريض من اجل اضعاف سلوكيات الانتحار وتكون هذه الاهداف مرتبة حسب الاهمية. وايضاً اضعاف السلوكيات المعيقة للمعالجة، ولنوعية الحياة. وزيادة المهارات السلوكية. وهذه الاهداف يتم معالجتها على اساس ترتيب هرمي. بالنسبة للمرضى. بنزوعات الانتحارية شديدة واضطراب وظيفي قوي فان

بالسلوك الادمانى على بعض الادوية او المواد المخدرة او اضطرابات الطعام، او النزوات الجنسية الخارجى عن السيطرة والضبط، وتبديد المال بالقمار وغير ذلك، وبالسلوكيات الاجرامية التي تؤدى الى التجرم القضائى، او الاستغناء عن التوظيف والعمل او الاعاقة الدراسية، او التشرد، فيكون هدف المعالجة تحقيق اسلوب حياة مستقرة تلبى المعايير المعقولة للامان والروظيفة الاجتماعية المقبولة.

الهدف الرابع في المرحلة الاولى هو تنمية مهارات سلوكيات تحمل الكرب والقلق، وتنظيم العاطفة، والفعالية البيشخصية، والتدير بالذات والمقدرة على الرد بوعي وبصيرة وأنأة. ولعل العلاج الجماعي في هذه المرحلة هو القدح المula. ويمكن تتنفيذ ذلك على مستوى العلاج الفردي. يعتمد العلاج التأملي Meditation لتنمية مهارات التحمل للكرب والقلق، وتنظيم الانفعال. وهذه المهارات تمثل ممارسة الترجمة السلوكية التي تتضمن: الملاحظة، والوصف - والاسهام العفري، وال موقف العقلي اللاحكمي، والوعي المركز، والتركيز على الفعالية. بعكس المعالجات المعرفية السلوكية النموذجية التي ترتكز عادة على تبديل العواطف المكربة والحوادث، فان تركيز العلاج السلوكي التحاورى يتمحور حول تعلم تحمل الالم. ويكون التقدم العلاجي هنا في تعلم مهارات التبيه واليقظة والوعي، وتحمل الكرب وذلك من خلال القدرة على الاحساس بالأفكار وملاحظتها، ووعي الانفعالات والسلوكيات بشرط عدم تقييمها، وبدون محاولة تبديلها او ضبطها. اما مهارات تنظيم الانفعال فتستهدف اضعاف الكرب الانفعالي من خلال التعريض الى الانفعال الاولى في اجراء الاحكمية. ومهارات تنظيم الانفعال تتضمن العرف على العاطفة، والعواائق لتبديل الانفعالات، زيادة الحوادث الانفعالية الايجابية،

التقدم نحو اهداف المرحلة الاولى التي ذكرناها تستغرق سنة واحدة من المعالجة على عكس المعالجات الاخرى يتكرر العلاج السلوكي الجدلي على الجانب النوعي وليس على الجوانب الطوبوغرافية من السلوك. فالتفكير الجدلي يشجع المريض على ان يرى الواقع بصورة معقدة ومتشعبة الوجه، وعلى ان يتمتعن بالافكار المتناقضة، وعلى ان يتعلم التوفيق بينها، وعلى ان يكون مرتاحاً بالتناقضات التي يجدها ويستبصر بها.

كما ان السلوك الجدلي يشجع المريض على التفتيش عن الطريق الاوسط ويتتجنب التفكير الحدي المطير. يبني المعالج موقف التوازن في السوك وفي انفتاحية التفكير.

تبرز التوترات الجدلية التحاورية في مجالات اغفاء المهارة مقابل قبول المشكلة، وتنظيم العاطفة مقابل التحمل الانفعالي. اما السلوكيات المتطرفة سواء أكانت انفعالية، معرفية، او استجابات واضحة فلا بد من ان تواجه في الوقت الذي يتم تعليم المريض الاستجابات الاكثر توازناً. بخصوص السلوكيات الانتحارية فتأتي في المرتبة الاولى من خطة المعالجة.

يستهدف العلاج السلوكي التحاورى الفكرة الانتحارية وتوقعات المريض حال قيمة السلوك الانتحاري ونتائجها الطويلة المدة.

تأخذ السلوكيات المعيقة للعلاج الاضافية الثانية في خطة العلاج. فالطبيعة المزمنة للمرض، ومشكلاته المزمنة، وميل المريض لانهاء المعالجة قبل اوانها تستدعي الانتباه. فسلوكيات المعالج والمريض التي تهدد العلاقة العلاجية او التقدم العلاجي لا بد من طرحها للنقاش وال الحوار بصورة مباشرة فوراً بغض ازالتها ويتم ذلك ضمن جلسات العلاج.

اما السلوكيات المعيقة لنوعية الحاله، وهي الهدف الثالث من المرحلة العلاجية الاولى والتي تتجلى

والتعبير السلوكي المعاكس للانفعال.

الدخيلة الذين نشاهدهما عادة عند الأفراد الذين يتعرضون لرض نفسي شديد flashback.

- حل التوترات الجدلية الخاصة بالذم الذاتي.

يتم التحرك نحو المرحلة الثانية عندما تصبح جميع الاضطرابات قد تم السيطرة عليها. ولا ينصح تطبيق اسلوب ازالة الحساسية المنهجية ضد الرضوض النفسية السابقة الا بعد ان يكون الريض قد تم بنجاح مناشته للمرحلة الاولى، كما لا بد للمريض وقد اصبح قادراً على ضبط جميع السلييات والتزويعات الواردة في المرحلة الاولى من العلاج.

المرحلة الثالثة:

والمرحلة النهائية في العلاج السلوكي التحاوري هي تناول مسألة احترام الذات عند المريض واستقلاليتها ومساعدته على الثقة بنفسه. وتحصر اهداف المعالجة في هذه المرحلة بتقييم سلوكه تقييماً غير دفاعي، والثقة باستجاباته، والتمكن من تقييم ذاته بصورة مستقلة عن آراء الغير. ومهمة المعالج هنا دعم محاولات المريض في عمليات تقييم الذات والتمسك بها بدون ان يكون مغاليًّا للحد الذي يتتجاهل مواقف الناس وارائهم.

وهكذا نجد ان علاج اضطراب الشخصية الحدودية مجهد وصعب، ودخول في مصاعب وطرق علاجية تحتاج الى مهارات ومهارات وخبرات في ميادين العلاج النفسي المتعدد الطرائق، ولنقل العلاج النفسي الانتقائي، والعلاج السلوكي التحاوري والمعرفي والسيكوديناميكي وغيره.

ولعل العلاج السلوكي التحاوري يراحله الثلاث وباهداف كل مرحلة يضع الحجر الاساسي ويفتح باباً ظل موصداً في طريق علاج هذا الاضطراب الصعب المزمن علاجاً نسبياً فعالاً مستقبلاً، بل واماً جمِيع اضطرابات الشخصية. وهذه هي الثورة العلاجية الجديدة التي اشعل نورها العلاج السلوكي المعرفي.

بالنسبة للتتدريب على المهارات البخشصية فهدفه يكون بال بت بالاهداف القائمة ضمن مواقف الصراع، وتحديد افضليات هذه الاهداف مقابل البقاء على علاقة ايجابية واحترام وتعلم الاستراتيجيات التي تزيد من حظوظ الوصول الى تلك الاهداف بدون المساس بالعلاقة او التضحية باحترام الذات. اما التدبر بالذات فيتضمن معرفة الاسس الجوهرية للتعلم وتبدل السلوك والقدرة على تنظيم اهداف واقعية، وادارة تحليل السلوك الذاتي، وتطبيق خطط التدبر بالاثابة والعقوبية.

المرحلة الثانية:

المرحلة الثانية وتناول تدبر النماذج السلوكية السيئة الوظيفة والعاطفة المضطربة. ولا بد هنا من الكشف عن الارتباط القائم بين السلوك الحالي والحوادث الماضية الراضية. ومن ضمنها حوادث الطفولة. ولكن التركيز يكون في تحليل العلاقة بين الافكار الحالية، والمشاعر والسلوكيات وقبول وتبدل النماذج الحالية القائمة. ينصب العلاج على استقلاب المشكلات الانفعالية ومتطلباتها والتي ترد الى حوادث رضية سابقة وذلك من خلال اعادة التعريض لها (اسلوب ازالة الحساسية المنهجي للدكتور ولبي). ويكون الهدف اضعاف الكرب الناجم عن التعرض السابق للرض.

وفي لغة العلاج النفسي динاميكي. تكون المرحلة الاولى احتواء المرحلة الثانية مرحلة الكشف. وان اهداف اربعة تبدو هنا هامة التحقيق.

- تذكر الحقائق وقبولها بالنسبة للحوادث الراضية الباكرة.

- اضعاف لوم الذات الذي يرافق عادة حوادث الرض.

- اضعاف تذبذب الانكار ومتلازمة الاستجابة

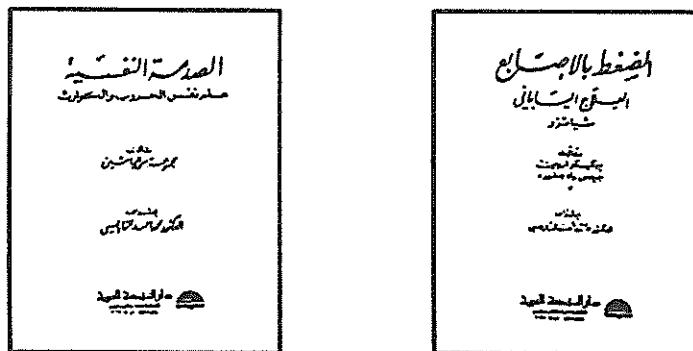
AL ANALYSIS OF SOCIAL BEHAVIOR;
PSYCHOLOGICAL REVIEW.

- (5) BECK et al (1990): COGNITIVE THERAPY OF PERSONALITY DISORDERS: NEW YORK: GUILFORD PRESS.
(6) GARDNER et al (1989): PHARMACOLOGICAL THERAPY OF BORDER LINE PERSONALITY: A REVIEW, PSYCHOPHARMACOLOGY BULLETIN 25, 515-523.
(7) LINEHAN, M.M. (1987) DIALICTICAL BEHAVIOR THERAPY: A COGNITIVE - BEHAVIORAL APPROACH TO PARASUICIDE: JORNAL OF PERSONALITY SISORDERS: 1, 328-340.

ثبات البحث

- (1) Clarkin et al (1991): GROUP AND FAMILY TREATMENTS FOR BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: HOSPITAL AND COMMUNITY PSYCHIATRY, 42, 1038-1043.
(2) DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS (DSMIV).
(3) KERNBERG et al (1992) PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY OF BORDER LINE PATIENTS: NEW YORK: BASIC BOOKS.
(4) BENJAMIN, L.S. (1974): STRUCTUR

سلسلة الثقافة النفسية
دار النهضة العربية



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

المشفى النهاري للمرضى النفسيين

Psychiatric Day Hospital

الدكتور / فيصل محمد خير الزوارد

استشاري ورئيس قسم علم النفس السريري

مستشفى الطب النفسي - ابو ظبي

للأهل او الزائرين بزيارته الا في اوقات محددة، وتدرجياً تضعف شخصية المريض وقدراته بسبب عوامل الحرمان، والضبط، والسيطرة، وعدم الحركة، ويصبح المريض متواكلاً يفعل ما يطلب منه فقط دون ارادته او مبادرة منه، هذا علاوة على ان الاقامة الطويلة والرعاية الدائمة داخل المستشفى يجعل المريض متواكلاً بحيث يصعب عليه احياناً الخروج خارج المستشفى، او الاحساس بالتحسن او الشفاء او بضرورة الخروج خارج المستشفى، لذلك قد نجد بعض المرضى يحاولون التمسك بمرضهم، او تظاهر لديهم بعض الشكاوى او الاعراض الجسمية عندما يطلب منهم مغادرة المستشفى. والاقامة الطويلة في المستشفى تؤدي الى العديد من المضاعفات الجسمية مثل الاصابة بقروح الفراش، وصعوبة عملية الإخراج، وضمور العضلات، وقدان القوى البدنية والعقلية تدريجياً، والاعتماد على العقاقير والأدوية التي يتناولها المريض ... الخ وتمتد عملية الحرمان لتشمل الممتلكات الخاصة بالمريض المسن او الكبير في العمر حيث يحرم من الملابس، ومن النقود وغيرها خشية الضياع، وبالاضافة لذلك، ان اقامة المريض لفترة طويلة في المستشفى يتطلب نفقات باهظة، وجهود كبيرة، وامكانيات او كواadr طبية وفنية كبيرة.

ان الدراسات الطبية بشكل عام، والطب - نفسية بوجه خاص تؤكد على ان ايداع المريض في المشافي او المؤسسات الصحية لفترة طويلة من الزمن له نتائج خطيرة تعكس على المريض اولاً ثم على المجتمع. ويمكن ان تؤدي عملية ايداع المريض لفترة طويلة من الزمن الى ما يسمى بعصاب المؤسسات (Institutional Neuresis) او ما يسمى بداء المصحات (Hospitalization syndrome)، هذا العصاب، وكذلك هذا الداء ينشأ بسبب الحياة النمطية الآلية والرتيبة داخل عناير المشافي او داخل المؤسسات الصحية، ومن أبرز اعراض هذا العصاب حرمان المريض من اي محاولة للمبادرة (initiative)، او بذل الجهد، وتعرض المريض الى عزلة اجتماعية او انفصال عن صعوبة نقل التوجيهات او المهارات المكتسبة في المستشفى الى البيئة الخارجية مثل بيئة المنزل، او العمل، او المجتمع... ومع مرور الزمن تتدحر قدرات المريض المتبقية لديه وذلك بسبب حرمانه من اسرته، ومن بيته الطبيعية، التي نشأ فيها والفقها. ...

ويسبب حرمانه من الاتصال بالعالم الخارجي والتفاعل معه، ومن مغادرة المكان، وعدم السماح

المريض من خلال موظفيه على المشفى النهاري. ما هو المشفى النهاري؟ وما هي النظم واللوائح والمعايير التي يخضع إليها المريض داخل المشفى النهاري؟ هذا ما سنجيب عنه في مقالنا هذا ومن خلال عرض نموذج لهذا النوع من المشافي التابعة لمشفى الطب النفسي في أبو ظبي الذي أسس عام (١٩٩٦) في دولة الإمارات العربية المتحدة.

لحة تاريخية عن نشأة المشفى النهاري:

بدأت فكرة المستشفى النهاري وكمؤسسة لتوفير الرعاية الصحية المتواصلة للمريض وذلك من خلال ارتباطه بأسرته أو مجتمعه في عام (١٩٤٦) في بريطانيا حيث كانت عملية تكليف وتحديد مسؤولية العلاج في مجال الخدمة الصحية الأولية (P.H.C) على عاتق وزارة الصحة، بينما تم تحديد مهام عملية الوقاية الصحية (Health prevention) والرعاية الصحية، وعمليات ما بعد الرعاية الصحية (After care) عاتق السلطات المحلية (Local Health care)، وقد كان أول مركز نهاري تأسس في بريطانيا يهتم بتقديم خدمات علاجية متعددة، منها علاجات فردية، وعلاجات جماعية، بالإضافة إلى العلاج بالعمل (Occupational therapy)، وعلاج كهربائي (ECT) وعلاج بالعقاقير المضادة للذهان، وكان يتبع هذا المركز النهاري نادي اجتماعي علاجي (therapeutic social club)^(١) يخدم أغراض متعددة مفيدة للمرضى، وكان المرضى يحضرون صباحاً، يتناولون طعام الافطار ثم يخضعون لبرنامج علاجي ينتهي بتناول طعام الغداء ثم الذهاب إلى المنازل تحت إشراف بعض أعضاء الفريق الطبي مع توفير التعاون

(١) Frandale, J. (1961): The day hospital movement in general Britain, pergammon press. Oxford, P. (129).

ومن الطبيعي أن هذه الاعراض بالنسبة لمريض الامراض النفسية والعقلية تكون اشد خطورة، وغالباً ما يصحبها وصمة اجتماعية (Social stigma)، وكثيراً من حالات المرضى العقليين تحول إلى حالات مزمنة بعد الاقامة الطويلة في المستشفى. وإذا كان الأمر كذلك بالنسبة لمرضى الاقامات الطويلة داخل المشافي والمصحات، فليس معنى ذلك ان يتم دفع كل مريض وبشكل اعتباطي إلى اسرته، او مجتمعه بعيداً عن المستشفى، فما لا شك فيه ان العديد من مشاكل المرضى قد ترجع إلى صراعات اسرية، والى مشاكل متراكمة وقد تكون هذه الصراعات والمشاكل ما زالت قائمة داخل الاسرة، وهنا يصبح القرار السليم للفريق الطبي وضع المريض بعيداً عن اسرته، حيث ان المريض بشكل عام والمريض النفسي بشكل خاص لا يمكن وضعه مع اسرته الا اذا تغيرت نظرة اسرته نحوه ونظرته نحو اسرته، واحياناً يرغب المريض العيش مع اسرته ولكن الفريق الطبي يرفض ذلك، وذلك لأن الفريق يرى بأن الاسر لا يمكن ان تساعد المريض بسبب اشغالها، ومتعبها، او بسبب مشاكلها، او بسبب رفضها لحالة المريض... الخ ولأن مهمة الاسرة ليس الآباء وتقدم الشراب والطعام واللبس للمريض، وإنما مساعدة المريض والاشراف عليه، وتحقيق التعاون المطلوب مع الفريق الطبي، ومن اجل حل مثل هذه الصعوبات فكر الاطباء والباحثون بإحداث ما يسمى بالمستشفى النهاري (Day Hospital) الذي يهدف إلى ربط المريض بأسرته او مجتمعه ويخفف لديه اعراض داء المصحات التي اشنا إليها سابقاً، كما انه يقلل من التكلفة والوقت والجهد المبذول ويكون كل ذلك لصالح حالة المريض بالمقارنة بوضع المريض الداخلي (Inpatient) الذي يقيم لفترة طويلة داخل المستشفى، هذا بالإضافة الى عدة فوائد اخرى يتحققها

خلال ساعات النهار، وبحيث يمكن هؤلاء المرضى من المساهمة في كافة الانشطة الاساسية (General Activities) في الحياة العادمة (Activtities) Community)، وكان من المتوقع بان الجمع بين المريض الداخلي والمستشفى النهاري سيؤدي الى اغلاق العديد من المشافي الكبيرة، كما انه سيساهم في تقليل عدد الاسرة في المشافي، وبالتالي تقليل الجهد والتكلفة الالزمه... واستمرت المشافي النهارية بازدياد مستمر وخاصة قبل عام (١٩٥٩) ولعبت ادواراً بارزة مختلفة في مجال رعاية وعلاج مرضى الامراض النفسية والعقلية، واعتمدت المشافي النهارية في بادئ الأمر على الحاجات المحلية (Local Needs) والمبادرات الاجتماعية (Social initiatives)^(١)، والجدول التالي رقم (١) يبين تطور الأماكن والنسب المئوية لما تحقق من اهداف بين عامي (١٩٧٤ - ١٩٨٤) في انكلترا.

والتواصل مع اسر المرضى او ذويهم ومتابعة حالة المرضى في فترة اقامتهم داخل اسرهم.

وبعد عام (١٩٤٦) زادت عدد المشافي النهارية بشكل واضح في بريطانيا وخارجها وخاصة في الدول الاوروبية الشرقية والاتحاد السوفيتي. وقامت وزارة الصحة في انكلترا (مقاطعة ويلز) بدراسة حالات مرضي الامراض النفسية والعقلية، وتم في عام (١٩٦٢) توزيع استبيان صمم لهذا الغرض ورُعِيَ على عينات مختلفة من مراكز الطب النفسي في بريطانيا، وتبين من نتائج الاستبيان ان غالبية المرضى في وحدات الطب النفسي لا تتطلب حالتهم الاقامة الداخلية او النوم داخل المستشفى لفترات طويلة، وان علاجهم او تأهيلهم يكون افضل اذا تم دمج هؤلاء المرضى باسرهم.

او مجتمعهم بحيث يأتون الى المستشفى ثم يذهبون منها خلال فترة النهار، مع توفير اقامة جزئية للمرضى

جدول رقم (١)

Progress to White Paper targets for mentally ill people (England only) (from Audit Commission (1986).

| | (1974) | (1984) | Target | Progress to target% |
|--|--------|--------|--------|---------------------|
| -Hospital (available beds) | 104400 | 78900 | 47900 | %45 |
| -Residential places (local authority, private and voluntary) | 3500 | 6800 | 11500 | %41 |
| -Day hospital places | 112200 | 17000 | 45800 | %17 |
| -Day centre places (local authority and voluntary) | 5400 | 9000 | 28200 | %16 |

(1) Vaughan, P.J. (1985) Developments in psychiatric day care British Journal of psychiatry, No. (147) P.P. (1-41).

- ١ - مرضى يعانون من امراض عقلية اساسية يأتون الى المستشفى النهاري وكبديل لاقامتهم داخل المستشفى وكمريض داخلين. فهم يتواجدون ساعات داخل المستشفى ثم يعودون الى منازلهم بعد ان يتم الاشراف الطبي عليهم.
- ٢ - بعض المرضى الذين يعانون من اضطرابات عصبية خفيفة، يأتون الى المشفى النهاري وكبديل عن الرعاية الخارجية وكمريض عيادات خارجية، وبحيث يتحقق لهؤلاء المرضى الاشراف والرعاية الصحية الازمة.
- ٣ - مرضى العقل المزمنين (او مرضى الامراض المزمنة) الذين يحول بعضهم الى المشفى النهاري لتلقي الرعاية الطبية والدعم الصحي والبيئي وذلك للوقاية من حدوث تدهور اكبر في حالتهم.
- ومن خلال هذه النقاط الثلاث للمرضى، فان هناك مرضى لا يناسبهم العلاج داخل المشفى النهاري حيث ان بعض المرضى يحتاجون لأن يكونوا مرضى داخلين (يقيمون ليلاً نهاراً) وذلك بسبب شدة اعراضهم، او لأنهم يمثلون خطورة على انفسهم او على الآخرين، او لأنهم يحتاجون الى تقييمات أخرى لحالتهم، ويجب الاخذ بعين الاعتبار بان الشفيف النهاري لا يعني عن الرعاية الاسرية، كما يجب مراعاة ظروف الاسرة واحتياجاتها... وحسب الطبيب النفسي بير (J. Bierer)⁽¹⁾ (١٩٥١) بان على الفريق الطبي بذل الجهد حتى لا يتم وضع المريض كمريض
- وبعداً من عام (١٩٧٥) ويفضل خدمات بيتر بالنسبة لمرضى العقل تم تطبيق فلسفة الرعاية الاجتماعية للمرضى، وسعى من ذلك الى تطبيق العديد من الاهداف كان من بينها خفض عدد الاسرة للمرضى الداخلين المقيمين داخل المستشفى او داخل مراكز الرعاية النهارية للمرضى العقلين. واتجهت الجهود التي بذلها بيتر في مجال الطب النفسي نحو دمج المريض بالمجتمع ولسوء الحظ بان خفض عدد الاسرة في المشافي الكبيرة لم يعرض بنفس الدرجة باشاء مراكز رعاية نهارية، ويعني ذلك ان بعض المرضى الذين يخرجون من المستشفى لم يلتقطوا الرعاية الطبية المناسبة، وكما هو مبين في الجدول السابق رقم (١) حيث نقص عدد الاسرة في المشافي حوالي (٢٥٠٠٠) سريعاً، بينما زادت مراكز الرعاية النهارية فقط لتصل الى حوالي (٩٠٠٠)، وقد تمكنت هذه المراكز النهارية في اسكندنافيا من تقديم خدمات الى حوالي (٥٦٪) من مرضى الامراض المزمنة اي بنسبة ١٥ لكل (١٠٠٠) شخص من المجتمع، وقد تبين ان هناك ضعف ارتباط بين عدد الاسرة في المشافي والتسهيلات الاجتماعية او تسهيلات مراكز الرعاية النهارية، وكان هذا الضعف واضحاً مما يشير الى ضعف في التخطيط المبدئي وتقدم الخدمات الازمة للمريض. وهذا ما طلب اعادة النظر والتقييم في مدى فاعلية هذه المراكز الصحية النهارية.

انماط ومهام المشافي النهارية لمرضى الامراض العقلية:

لقد كان الهدف الرئيسي من المراكز النهارية العلاج (Treatment) وتقدم الرعاية الفردية للمريض من خلال توفير الارتباط بين المريض ومنزله او اسرته، لذلك فان المشفى النهاري شبيه بجسر يربط بين المستشفى واسرة المريض او مجتمعه كما اشرنا في السابق، وفي المشفى النهاري عادة ما تتوارد الحالات التالية من المرضى.

(1) Mc Creadie, R.G. et al: (1984) The Scottish survey of chronic day patients, British Journal of psychiatry No. (145) P. (626).

(2) Hirsch, S.R. (1988: psychiatric beds and resources, Royal College of psychiatrists, Gaskell. P. (221).

(1) J. Bierer: (1951) The day Hospital, Lewis Co. London, P. (69).

داخلي الا في الحالات القصوى وذلك تفاديًّا للحالات التالية:

١ - تعرض المريض الى الوصمة الاجتماعية للمستشفى العقلي: (The stigma of mental Hospital).

٢ - زيادة الاعتماد على المصححة او المستشفى (او المؤسسة) (The development of institutionalization).

٣ - الانفصال عن البيئة الاسرية: (The separation from the home environment).

٤ - القصور في نقل المهارات المكتسبة داخل المستشفى (برامج التأهيل) الى الاسرة (او الى البيئة الخارجية). (The lack of transferability of skills acquired in the hospital th the home).

٥ - التكلفة الكبيرة: (The high Cost). هذا بالإضافة الى بعض السلبيات بالنسبة لعلاج حالات المرضى الخارجيين، حيث يكون العلاج احياناً غير مناسب، بالإضافة الى صعوبة وجود وقت ترقيه او رعاية حالات المريض الخارجي.

والى جانب المشافي النهارية، تم إنشاء مراكز للرعاية النهارية (Day Centers) وكانت مهامها مكملة لها المعاشر النهارية ولكنها تختلف عنها، فقد كانت مهمة هذه المراكز النهارية تخفيف الحاجة الى الاقامة في مستشفى، او في ملجأ (shelter) بالنسبة لبعض المرضى، بالإضافة الى توفير تأهيل المرضى حتى يستطيعون العمل (Occupation)، وكذلك القيام ببعض الانشطة الاجتماعية، وما يميز المراكز النهارية انها خطوة اخيرة تهئي المرضى وتعدهم للخروج من المستشفى وقد تختلف اهداف هذه المراكز النهارية جزئياً عن بعض وذلك حسب وضع المريض وظروفه، كأن تكون اقامة المريض في المركز النهاري لمدة طويلة وذلك من اجل منع اعراض الاعتماد على المصحات، وقد لاقت هذه المراكز النهارية الى جانب المشافي النهارية قبولاً كبيراً من المرضى والمجتمع، واصبح لها سياسات ونظم متعددة، ويمكن القول بان اهم ما يميز المشافي النهاري عن المركز النهاري.

هو النقاط التالية:

المراكز النهاري (Day.C)

| | |
|---|--|
| ١ | تهتم بالتأهيل وبممارسة بعض الانشطة الاجتماعية |
| ٢ | تهتم بالرعاية اللاحقة للمريض |
| ٣ | يشرف عليها فريق عمل من غير الاطباء (Non medical staff) |
| ٤ | الاتصال بالمؤسسات والشركات لتوفير العمل بالنسبة للمعاقين (Handicapped) |
| ٥ | تقديم وجبات طعام بالنسبة للذين لا يستطيعون اعداد ذلك |
| ٦ | الحضور يكون جزئياً بعض ايام الاسبوع |
| ٧ | يستخدم فقط بالنسبة للمرضى الداخلين الذين يتهدرون للخروج |
| ٨ | نسبة الاستيعاب من ٢ الى ٣٥٠٠ شخص من المجتمع |

المشافي النهاري (Day.H)

| | |
|---|--|
| ١ | تهتم بتشخيص وعلاج حالات المرضى |
| ٢ | إقامة جزئية في المستشفى قبل التأهيل (Partial Hospitalization) |
| ٣ | يشرف عليها فريق من الاطباء والاختصاصيين |
| ٤ | نسبة الاستيعاب من ١ الى ٣٠٠٠ شخص من المجتمع |
| ٥ | عادة ما يقدم خدمات الى ذوي الاعراض الحادة والمزعجة |
| ٦ | |
| ٧ | |
| ٨ | |

(1) Williams and Wilkins. (1995) Lexicon of psychiatry, neurology and the neuroscience, London, p. (186).

النهارية، (٤/١) مرضي البيوت الانتقالية يستمرون في الحضور الى حوالي اكثر من ستين، وبين ان عملية حضور المرضي في هذه المراكز يرتبط ايجابياً بعدة عوامل^(٢) من اهمها:

- ١ - استمرارية المرض بالحضور وانتظامه وعدم الانقطاع (Duration).
- ٢ - تكرار عملية الحضور، او التردد المنتظم في الحضور (Frequency attendance).
- ٣ - الاعمار الكبيرة (Older age).
- ٤ - استمرار الاعراض المرضية وعمليات العلاج (duration of illness and treatment).

٥ - طول الفترة التي قضتها المريض دون عمل قبل دخوله المشافي النهارية - او المركز.
 (Length unemployment before attendence in day Hospital or day centre).

وهذا يفترض بان معظم المرضى المؤمن هم الذين سيتحولون الى هذه المشافي والمراكز النهارية حيث تكون مناسبة لهم، وتجعلهم يتبنون الاعتماد الرائد (over-dependency) على المشافي، كما يتبنون نقص المرونة في التعامل مع المرضي الزمن.

تحويل المرضى (Referral of patients):

ان عملية تحويل المرضى الى المشافي النهارية او الى مراكز الرعاية النهارية لتقديم خدمات الرعاية المطلوبة فيها قلما يعتمد على خصائص المريض (Client characteristics)^(٣) بقدر ما يعتمد على

والواقع ان المشافي النهارية، ومراكز الرعاية النهارية متشابهان من حيث ان كل مهما يقدمان الرعاية الصحية اللازمة للمرضى المؤمنين، والداخلين، وقد تبين للباحثين بان حوالي نصف المرضى الذين يتحولون الى هذه الاقسام هم من مرضى الفصام (schizophrenia) (الذين هم احد افراد عائلات مرضية يكون فيها احد الابوين ضعيفاً والآخر مسيطراماً مما يدفع بالمريض الى الانسحاب حتى تغير نظرته لنفسه ولاسرته والعكس).

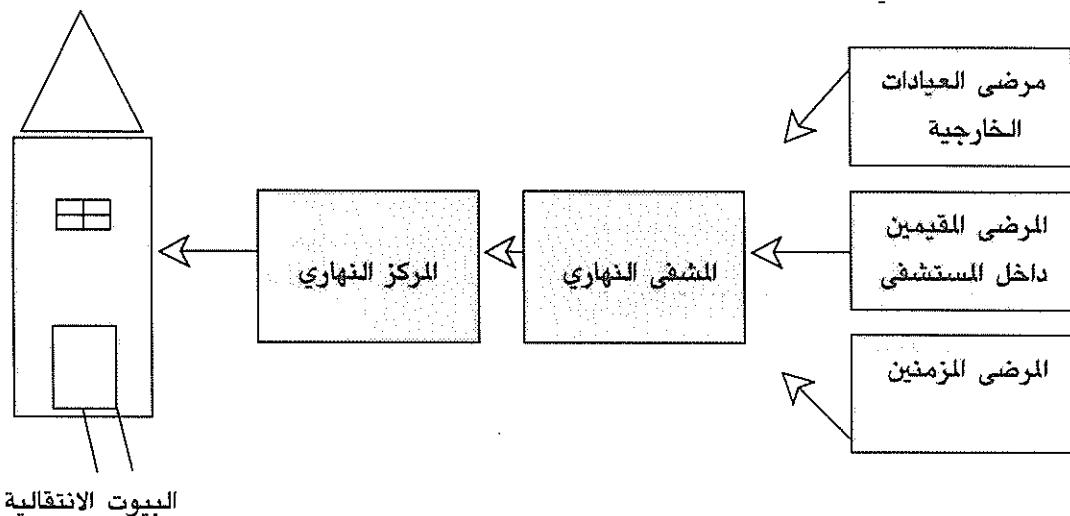
وبالاضافة الى المشافي النهارية، والمراكز النهارية، تم في الولايات المتحدة انشاء ما يسمى بـبيوت الانتقالية (Halfway home) وهي عبارة عن منازل عادية طبيعية للاقامة تقوم بتلبية احتياجات المرضى، والمريض بإمكاناته الخروج والعودة الى المنزل اثناء النهار ويقيم عادة لفترة (٢ - ١٢ شهر) وهي منازل تهئ المريض للعودة الى اسرته. ولا يقبل في هذه المنازل مرضى الادمان والانحرافات الجنسية، وهذه المنازل لا تتضمن اجراء، والعاملون مدربون على عمليات التأهيل، وتعديل السلوك، وفيها نظام غير صارم، ويتوفر داخل المنزل جو من الصدقة، والسامحة، ولهذه المنازل سياسات مختلفة حسب احتياجات المرضى للاتصال بعمل او بالدراسة، او للزواج ... والمريض هم الذين يقومون بتنظيم الحياة داخل المنزل ويقومون بشراء الحاجات، والطهي، وترتيب المكتبة، والاجتماعات، والأنشطة مثل الموسيقى والألعاب، ومشاهدة التلفزيون، والمسرحيات، والسباحة، والسينما، والمناقشات، والرحلات.. والمريض (الفصامي) يخدم نفسه ويخدم مجتمعه، وهذه المنازل لا تهتم بالحالة المرضية للمريض، بل تهتم بتعليمه وتقديم الدعم له، وتزود هذه المنازل باحتياجاتها المادية من قبل المؤسسات والشركات وال محلات التجارية مثل مؤسسة نيوزويك وغيرها، غالباً ما تتوارد هذه المنازل في المناطق الريفية. وتشير الدراسات^(١) الى ان حوالي (٣/١) مرضى المشافي النهارية، و(٢/١) مرضى المراكز

(١) Edwards, C. Carter, J: (1980): The data of day care, National institute for social work. London p. (316).

(٢) Mc Grath, G. Tantam, D. (1987): Long stay patients in a psychiatric day Hospital, British Journal of psychiatry No (150). P. 836.

(٣) Teasdale, K. (1987): Day services, Croom Helm, London, p. (73).

خلفية الاختصاصي. الذي يحول المريض (الطبيب النفسي، الاخصائي النفسي السريري، الممارس العام، الاخصائي الاجتماعي، المرض، اخصائي التأهيل والعلاج بالعمل... الخ). كما يعتمد ذلك على خطط ومعايير او سياسات محددة، وعادة يقوم الاستشاري او الطبيب النفسي بتحويل المرضى الى المشفى النهاري، بينما يقوم اختصاصي التأهيل والعلاج بالعمل بتحويل المرضى الى المشفى النهاري، بينما يقوم اختصاصي التأهيل والعلاج بالعمل بتحويل المرضى الى مراكز العلاج النهارية، وبشكل عام يتم اتخاذ قرار التحويل بناء على وجهات نظر وتقارير الفريق الطبي المشرف على المريض.



البيوت الانتقالية

الحالات التي عولجت في السابق واستقرت حالتها عقلياً، ويتوقع لهذه الحالات ان تستفيد من برامج المشفى النهاري او مراكز الرعاية النهارية، وكذلك تستفيد من التدريب على الحاجات الحياتية والمهارات الالزمة، وان يكون لدى المريض (واسرته) الرغبة الصادقة لتابعة البرامج وتقدم التعاون اللازم... وبناء على ذلك تستبعد حالات غير المستقرة عقلياً، والتي اصبت بتدبر في قدراتها المعرفية كما تستبعد حالات الاكتئاب الحادة، والحالات السيكوباتية (Psychopathic patients)

اما من حيث خصائص المريض التي يتم الاعتماد عليها في عملية التحويل فانها تعتمد لدرجة كبيرة على النظام المتببع في المستشفى او في المركز النهاري، وعادة فان المشافي النهارية تلحق بالمشافي العقلية الكبيرة التي تعمل على علاج المرضى المزمنين وكبار السن، والذين هم اكثر ازماً واقموا لسنوات في المستشفى، وكذلك فإنه يلحق بالمشفى النهاري العديد من مرضى الفصام والحالات العصبية الذين يعيشون في ظروف قاسية وحرمان او يتوقع ذلك. كما ان المشفى النهاري يمكن ان يكون ملحقاً بالمشافي العامة لعلاج حالات المرضى (وخاصة الشباب) الذين يعانون من اضطرابات عصبية (Neurotic conditions) او اضطرابات سيكوسوماتية (نفسية - جسمية)⁽¹⁾ والحالات المعوقة اجتماعياً وبشكل عام تقبل في المشافي النهارية

(1) Gath, d. Hassal, C. Cross, K.W (1973): Whither psychiatric day care? a study of day patients in Birmingham, B.M.J. No (1), P. (94).

٥ - المرضى الذين يعيشون في نزل او فنادق (Hostel Cases).

٦ - تاريخ عمل او وظيفي سيء او فقير (Poor employment History).

اما عامل العمر (age)، والجنس (sex)، والحالات الذهانية، والمزمنة فقد تبين انها لا تؤثر في عملية تسرب المريض^(٣) وهذا يعني مجموعة المرضى الذين لديهم قابلية او تهيز (Vulnerable) للاستفادة من تسهيلات المشفى النهاري تبقى مجموعة لها خصائصها، وان عملية اشغال هؤلاء المرضى بالأنشطة، والزيارات القليلة الاولى للمرضى للمستشفى النهاري يحسن من حضور هؤلاء المرضى وكذلك من النتائج السريرية العلاجية والتأهيلية.

فعالية الرعاية في المشفى النهاري (Efficacy of day Care):

ان رعاية المرضى في المشفى النهاري لا تعتمد على علاج متخصص واحد، وإنما على علاجات مختلفة حسب اختلاف مجموعات المرضى وأوضاعهم، وقبل ان نشير الى بعض النتائج المستمدة من بعض الدراسات التي استهدفت هذا الغرض لا بد من معرفة نوع الرعاية الصحية التي تقدم داخل المشفى النهاري لمرضى العقل، ولمن تقدم هذه الرعاية، وللإجابة عن ذلك لا بد من التمييز بين المجموعات الثلاث التالية:

١ - الرعاية في المشفى النهاري كبدائل عن الرعاية في المشافي العامة:

العديد من الدراسات الطب - نفسية، اهتمت منذ

بالعنف والعدوان او الهياج، وحالات الادمان، والاتحرافات الجنسية. وجميع هذه الحالات بما في ذلك الاستثنائية يقررها الفريق الطبي قبل عملية التحويل، ويمكن بعد عملية التحويل اعادة المريض الى المشفى العقلي اذا ظهرت عليه اعراض حادة، او اذا انكست حالته، او انه لم يستطع الالتزام بالبرامج المقررة داخل المشفى النهاري.

تسرب المرضى خارج المشفى النهاري:

تشير الدراسات التي اجريت في بريطانيا عام ١٩٧٣ - ١٩٧٥ حول الشمافي النهاري ومراتكز الرعاية النهارية (day care) انه توجد نسبة عالية من تسرب المرضى خارج هذه المراكز (drop-out)، وقد وصلت هذه النسبة الى ما يقارب (٥٪) بعد الزيارة الاولى للمرضى للوحدة^(١)، وهذا ما جعل عدد المرضى محدوداً، وتبين ان لعملية التسرب هذه علاقة ببعض خصائص المرضى، حيث كان من المتوقع لدى بعض المرضى بأن المشفى النهاري لا يقدم للمريض ما يتوقعه من خدمات لذلك فانهم كانوا لا يرغبون بالعودة، وكانت بعض الحالات شبه الحادة من مرضى العقل يفعلون ذلك. هذا مع عدم تعاون اسر بعض المرضى، وضعف الاشراف، وكذلك ضعف توفير المواصلات... لهذا ليس غريباً ان تمت عملية الرعاية في المشفى النهاري لتشمل الزيارات الاسرية للمرضى (Transportation)، وتبين انه بدون ذلك فان المرضى لا يرغبون في الحضور الى المشفى النهاري، وأشارت بعض الدراسات^(٢) الى اهم خصائص المرضى الذين يتوقع ان يتربوا من المشفى النهاري وكان ابرزها ما يلي:

١ - حالات الاكتئاب (Depression Cases).

٢ - حالات تقييم منخفض للذات (مفهوم ذات سالب) (Low self-esteem).

٤ - حالات اضطراب الشخصية: (Personality disorders).

(1) Baekl and, F. Lundwall, L. (1975): Dropping out of treatment, a critical psychological Bulletin, No (82) p. 738.

(2) Lamb, H. (1979): The new asylums in the Community Archives of General psychiatry, London, (36) p. 129.

(3) Bender, M. P. Pillings, S. (1985): A study of variables associated with under-attendance at a psychiatric day centre. Psychological medicine, No (15) p. (395).

الرعاية في المشفى النهاري، بنتائج الرعاية داخل المشافي العادبة بالنسبة لنفس الحالات او الاعراض، وجميع الدراسات انتهت من ذلك الى ان المشفى النهاري يعتبر مفيداً ويمكن ان يكون بديلاً عن الرعاية في المشافي العامة بالنسبة للمرضى المقيمين داخل المستشفى. وفي دراسات امريكية^(٣) اجريت (١٩٧١) انتهت الى ان هناك نسبة تقدر بحوالي (٤٠٪) من المرضى العقليين قبلوا في المستشفى كمرضى داخلين يمكن ان تتم رعايتهم الصحية داخل المشفى النهاري دون حاجة الى الاقامة داخل المستشفى، كما ان نسبة (٥٢٪) من المرضى الفصاميين يمكن ان يوجدوا في المشفى النهاري، وهناك دراسات اجريت في المملكة المتحدة^(٤) (١٩٨٥) اكدت على اهمية المشفى النهاري في علاج الحالات العصبية، وكذلك وجدت هذه الدراسات ان نسبة تقدر بحوالي (٥٠٪) من حالات الطوارئ (Emergency admission) يمكن ان تتحول للعلاج في المشافي النهارية، ومعظم الدراسات اكدت على وجود فروق واضحة بين المرضى من حيث الوظائف الاجتماعية حيث تحسنت الوظائف الاجتماعية بشكل دال احصائياً بالنسبة لمرضى المشافي النهارية، كما تمت متابعة المرضى بعد خروجهم من المشفى النهاري، وكانت حالات الانتكاس قليلة جداً، والواقع ان ليس جميع المرضى

(1) Craft, M. (1958): An evaluation of treatment of neuritic and depressive illness in day Hospital, Lancet No (11) p. (584).

(2) Michaux, M. H. et al: (1973) post - release adjustment of day and full - time psychiatric patients, Archives of General psychiatry No (29). P. (647).

(3) Herz, M. I. et al: (1971): Day versus inpatient hospitalization, a controlled study, American Journal of psychiatry No (127). P. (1371).

(4) Dick, P. et al: (1985) A day and full - time psychiatric treatment. A controlled comparison study, British Journal of psychiatry No (147) P. (246).

عام (١٩٥٠)^(١) بتقييم امكانية علاج مرضى العقل في وحدة العلاج النهاري، (وكان ذلك متزامناً مع ظهور العقاقير المضادة للذهان)، وفي هذه الدراسات تم في بادئ الامر تناول الحالات العصبية والتي كانت تمثل معظم الحالات التي تعالج في المشفى النهاري، وهي حالات غير خطيرة على نفسها بقدر ما هي في حاجة الى رعاية طيبة نفسية مكثفة، وكانت معظم هذه الدراسات هي دراسات مقارنة استخدمت فيها مجموعات ضابطة (Control group) قورنرت بالمرضى داخل المشافي النهارية. ووجدت فروق بسيطة في النتائج لصالح مرضى المشافي النهارية، كما تمت متابعة مرضى المشفى النهاري لفترة من الزمن وتبين ان هناك فروق دالة من حيث قدرة هؤلاء المرضى على التوافق الاجتماعي بشكل افضل، وهذه كانت احدى فوائد المشافي النهارية، الا ان هذه الدراسات لم تكن كافية. خاصة ان الحالات التي تمت دراستها هي حالات عصبية كان مصيرها (مالها) مقبولاً (better prognosis)، وقد استخدم الباحثون طرقاً في البحث اكثر صدقأً (More valid) تكشف لنا عما اذا كان المرضى قد تحقق لديهم المعايير المطلوبة، من هذه الطرق^(٢): إذ يتم اختيار عينة من المرضى يخضعون الى الرعاية الطيبة في المشفى النهاري، ثم تتم مقارنتهم مع مجموعة متباينة من المرضى لم تخضع الى الرعاية الطيبة في المشفى النهاري (مجموعة ضابطة) وبعد ذلك يتم مقارنة المجموعة الأولى بافراد المجموعة الثانية من حيث الاعراض والسلوك العام، ويمكن استخدام وسائل التقييم القبلي، والتقييم البعدى (بعد العلاج)، من ناحية اخرى يمكن خلط (Mixed) مرضى المجموعة الاولى مع مرضى المجموعة الثانية ثم يطلب من محكم خارجي مختص ليست لديه اية معلومات عن الحالات (محكم اعمى) سواء التي خضعت الى العلاج او التي لم تخضع لذلك، ويطلب منه فرز هذه الحالات حسب معايير معينة، وبعد ذلك يتم مقارنة ما توصل اليه المحكم بنتائج الباحث، كما يمكن مقارنة نتائج

مصلحة المريض، اما من حيث الدراسات المقارنة التي استهدفت مقارنة المشفى النهاري بالعلاج لدى مرضى العيادات الخارجية، فان هذه الدراسات التي تناولت عينات من مرضى مخاوف، وقلق، في المشفى النهاري وفي العيادات الخارجية، لم تصل هذه الدراسات الى فروق جوهرية دالة احصائياً وذلك بعد مضي (٤) اشهر و(٢٤) شهراً.

٣ - دور المشفى النهاري في علاج حالات مرضى العقل المزمنين:

(The efficacy of day care in the maintenance chronic mentally ill patients)

ان عدد اسرة المرضى الداخليين المزمنين في المشافي العقلية وكذلك عدد المرضى في ازيداد مستمر، و هو لاء غالباً ما يكونون مهيئين (Vulnerable)^(٣) لذلك، ويكونون قد عانوا في حياتهم من ظروف الحرمان الشديد، او الحياة وحيداً مع بعض الاقرءاء المسنين (With an older relative)، مما يجعلهم ضعيفي المبادرة والمهارة الاجتماعية^(٤) بالإضافة الى معاناة شيء من النبذ والإهمال، ان معظم المرضى الذي يحضرون الى المشفى النهاري الهدف من حضورهم هو رعايتهم صحياً، وتأهيلهم وعلاجهم كما ان وجود

يستفيدون من المشفى النهاري، فقط حالات الفصام، والحالات العصبية، وحالات الاضطرابات الوجدانية (Affective disorders) كما تبين بأن المشفى النهاري لا يناسب حالات المرضى ذوي الاضطرابات الحادة، وحالات السلوك الانتهاري، وحالات العدوان، وحالات الامراض العضوية التي تتطلب وجود بعض الاقران مع المريض، هذا بالإضافة الى بعض حالات المرضى ذوي الاعمار الكبيرة التي شخصت حالتهم على انها فصامية وليس لديهم قدرة على التكيف الاجتماعي^(١).

وبشكل عام برهنت معظم الدراسات في هذا المجال فائدة الرعاية النهارية، بالمقارنة بالاقامة الداخلية للمرضى، وخاصة ان جميع المرضى واسرهم، او ذويهم يفضلوا الاقامة داخل المشفى النهاري، وهذه كانت واحدة من العوامل الهامة التي ساهمت في الوصول الى علاج فعال. بالإضافة لذلك برهنت هذه الدراسات على ان المشفى النهاري كان اقل كلفة (Less expensive)^(٢) من المرضي الداخلي، ومرة اخرى يمكن القول بان العلاج في المشفى النهاري يمكن ان يعتبر بديلاً مفيداً عن الاقامة الداخلية، ومكملاً في نفس الوقت للعلاج داخل المشافي الكبيرة.

٢ - العلاج في المشفى النهاري كبدائل عن علاج مرضى العيادات الخارجية:

(Day care as an alternative to outpatient case)

ان المشفى النهاري يقدم خدمات صحية مكثفة اكثر مما يتلقاه مريض العيادات الخارجية، وهذا ما يؤدي الى رعاية صحية افضل، وتحسن اسرع في الاعراض والوظائف بشكل عام، وقد يقول البعض بان المشفى النهاري اكثر تكلفة من العيادة الخارجية، الا ان دراسات تيرر (Tyrrer, p. ١٩٨٧) يثبت ان ذلك لا يمثل مشكلة كبيرة اذا ما اخذنا بعين الاعتبار

1) Bowwan, E.P. et al: (1983) Day patient versus inpatient, Factor detesmining selection of acutely ill patients for hospital treatment, b.J.P. No (142) P. 584.

2) Fink, E. B. et al: (1978) The paradoxical under-utilization of partial Hospitalization, American Journal of psychiatry No (135) P. (713).

3) Tyrer, P. et al: (1987): The outcome of neurotic disorders after outpatient and day Hospital Care.

British Journal psychiatry, No: (151) p. (57).

4) Lamb, H. (1979): OP. Cite No (36) p. (129).

عملية دمج الرعاية النهارية للمرضى في المشفى النهاري مع الرعاية الاسرية يكون اكثراً فائدة وذلك بالنسبة لمرضى العقل المزمنين، كما ان بعض المهرات التي اكتسبها المرضى في المشفى النهاري الثاني. ثم نقلها الى المنزل والمجتمع بشكل افضل من المشفى النهاري الاول، كما ان بعض الجلسات العلاجية الاسرية في المنزل، والزيارات المنزلية (home visits)⁽³⁾ تعمل على زيادة نسبة حضور المرضى لانشطة المستشفى النهاري، كما تم في هذه الدراسة مقارنة الرعاية المنزلية بالرعاية في المستشفى النهاري، وقد وجد بان المرضى الذين يخضعون لبرامج المشفى النهاري مع معدل زيادة منزلية في حدود مرتين اسبوعياً يقل لديهم بنسبة التسرب، كما تقل لديهم حالات الانكماش، وكذلك عدد ايام الاقامة داخل المشفى النهاري. الا ان زيادة عدد المرضى داخل المشفى النهاري تترتب عليه بعض المخاوف في ان يؤدي ذلك الى ضعف في نوعية الخدمات (poor Quality of Care)⁽⁴⁾، ونقص المتابعة.

فريق العمل في المشفى النهاري:

يختلف فريق العمل في المشفى النهاري حسب البرامج (Programs) المعدة والتسهيلات المتوفرة (Facilities)، ومهام الفريق الطبي، وعادة يضم

المريض المزمن في المشفى النهاري يمنع حدوث تدهور لديه (deterioration). ولسوء الحظ ان تنظيم العمل في مراكز الرعاية النهارية لا يعتمد دائمأ على حاجات المجتمع المحلي، وان عملية تحويل المرضى، وحضورهم غالباً ما تتحدد بحالة المريض وبالقابلية للاتفاق، لقد تم سحب كافة التسهيلات المتوفرة في مراكز الرعاية النهارية، فوجد ان هناك نقصاً من حيث انشطة وقت الفراغ، وفي عمليات التأهيل⁽¹⁾، وكذلك وجود نقص من حيث دعم وتعاون بعض اسر المرضى وذويهم، وهذا ما ترك اثراً سلبياً على تطبيق البرامج التي تتطلب حضوراً منتظاماً واستمرارية في الانشطة، وكذلك تتطلب الافارة والتشويق للمرضى، ان المشفى النهاري تهتم بالعلاج الفردي بالرغم من ان ذلك يشكل ضغطاً على فريق العمل، وبعض مراكز العلاج النهاري تسمح باستخدام المركز او المشفى النهاري كمكان للقاءات الاجتماعية، وحسب اراء العديد من المرضى والاطباء والاختصاصيين ان هذا مفيد ويساعد المرضى كثيراً الا انه قد ينمي الاعتمادية لدى بعض المرضى، لذا يجب النظر في المشكلة الاعتمادية، وكذلك في مشكلة نبذ واهمال المريض.

من ناحية اخرى تشير بعض الدراسات الى ان البرامج داخل المشفى النهاري لا تؤثر فقط في عملية الحضور ولكن ايضاً في النتائج، من بين هذه الدراسات دراسة (Milne, D)⁽²⁾ (1984)، حيث تم مقارنة مشفيان نهاريان متجاوران يعملان بنفس مستوى الفريق الطبي، ومع مرضى مزمنين، ولكن الفرق بينهما كان من حيث الطرق العلاجية والتأهيلية المستخدمة وذلك على النحو التالي:

- 1 - المشفى النهاري الاول اعتمد على تقديم انشطة علاجية غير مباشرة مثل برامج الدمج الاجتماعي (Social interaction)، وتبين من النتائج بان البرامج السلوكية (وخاصة المتعلقة منها بحل المشكلات) كانت اكثراً تأثيراً وفائدة، كما تبين بأن

(1) Wing, J.K: (1982): Long - term community care: Experience in a London borough, psychological Medicine: Monograph suppl (2).

(2) Milne, D. (1984): A comparative evaluation of two psychiatric day hospitals, British Journal of psychiatry No (145) p. (533).

(3) Beard, J. H et al: (1978): Psychiatric rehabilitation and long - term rehospitalization rates: the finding of two research studies, schizophrenia Bulletin No (40). P (622).

(4) Bond, G: (1987): A controlled study of the thresholds bridge, an assertive case management program. Presentation, a psychological association, N. Y.

- فريق العمل في المشفى النهاري^(١).
- ١ - استشاري في الطب النفسي يعمل بعض الوقت (Part-Time)
 - ٢ - طبيب نفسي ممارس عدد (٢)
 - ٣ - اختصاصي نفسي عدد (١)
 - ٤ - اختصاصي اجتماعي عدد (١)
 - ٥ - ممرضات عدد (٣)
 - ٦ - اختصاصي علاج بالعمل عدد (١)
- والاستشاري يقوم بزيارة المشفى النهاري في حدود (١ - ٢) مرة اسبوعيا وعادة تكون نسبة العاملين في المشفى النهاري الى عدد المرضى في حدود (١/٥)، أما في المراكز النهارية يكون فريق العمل اقل في عدده، وبعض العاملين يمكن ان لا يكونوا مؤهلين، والجوانب الطبية تكون قليلة، وتكون نسبة العاملين في حدود (٤٠/١)، ويكون الاعتماد شبه الكلبي في المراكز النهارية على التمريض وذلك بسبب تواصلهم المستمر مع المريض، وهذا ما يتطلب توفير تسهيلات خاصة، ومهارات متخصصة بالنسبة للتمريض، وكذلك تدريبات غالباً ما تشمل النقاط التالية:
- ١ - تقييم حالة المريض of patients (Assessment) لمعرفة مدى ملائمة حالة المريض للمشفى النهاري، ومستوى الحالة العقلية لديه.
 - ٢ - التخطيط لعلاج المريض Treatment planning (planning) ويتضمن:
 - أ - تحديد مشكلة المريض واساليب مواجهتها.
 - ب - تحديد اهداف العلاج ومراحله.
 - ج - تقييم بعدي لنتائج عمليات العلاج.
 - د - تأهيل وتعليم المريض بعض المهارات الحياتية اللازمة، وكيفية حل المشكلات Problem Solving.
- من ناحية اخرى هناك خطورة في ان يقوم الفريق الطبي في علاج المرضى ذوي الاعراض النفسية الخفيفة واهمال الحالات الحادة او الرئيسية. وهذا ما يؤدي الى تحول تدريجي من مرضى يعانون من حالات بسيطة مثل الحالات التي تتطلب ارشاد اسري او ارشاد زواجي وغيرها.

(1) Edwards, C. et al (1980): the data of day care. National institute for social work London.

(2) Ferguson, R. and et al: (1970) Inter - personal consideration and Judgment in day hospital, British journal of psychiatry No (117). P. (397).

(3) Stern, R et al: (1979): paradoxies in programming for chronic patients in a Community-Clinic. Hospital and Community psychiatry: No (30) p. (613).

وبشكل عام لا يستطيع فرد لوحده في الفريق الطبي تنفيذ مهام المستشفى النهاري التي تتطلب مهارات متعددة، وخصصات متعددة، وخطة علاج متشعبة. وقد تحدث هناك مشكلات اذا اعتبر احد افراد الفريق الطبي ان عمله اهم من الآخر^(١) وعادة يقوم الاستشاري بالتنسيق بين العاملين وتحقيق التعاون والتكامل وليس معنى ذلك انه هو الوحيد الذي ينسق ذلك، بل ان مسؤول التمريض (Nurse Manager) يساهم في التنسيق ايضاً، وكذلك الاختصاصي النفسي، والاجتماعي وغيرهم. ويمكن لبعض المرضى ان يتعرضوا لبعض المشاكل. مثلاً مريض يحتاج الى زيارة منزلية بعد خروجه، وهو لم يحضر للمستشفى...، السؤال هنا من الذي سيجري الاتصال مع الاسرة، واعطاء تغذية مراجعة (تقرير) عن زيارته، وتسجيل نتائج ذلك، والالتزام الشخصي تجاه المريض من حيث نقل وجهة نظره (Advocacy)^(٢)... الخ.

المشفى النهاري التابع لمستشفى لطب النفسي في مدينة ابوظبي:

مستشفى الطب النفسي الجديد في ابوظبي هو مستشفى حديث، بدأ العمل به في عام ١٩٩٦)، واحد اقسامه الهامة المشفى النهاري، ويقوم هذا القسم بكافة الخدمات الطبية التشخيصية والعلاجية والتأهيلية والاجتماعية والنفسية مع متابعة المرضي. ويشوف في القسم عمل متكامل بين اطباء نفسيين واختصاصيين بالإضافة الى العلاج بالعمل، وصالة رياضية، وكفرير، ومكتبة. ومهمة المشفى النهاريربط المريض باسرته وبمجتمعه، وتقدم جميع الخدمات للمرضى دون تنويم، ويوجد داخل المشفى النهاري خط هاتف ساخن يعمل خلال (٢٤) ساعة للرد على

استفسارات المرضى او ذويهم، والمرضى يحضرون صباحاً يتناولون الطعام ثم يتلقون كافة الرعاية الطبية والنفسية والاجتماعية في ضوء برامج محددة. ثم يعودون ظهراً لاسرهم بعد تناول طعام الغداء، واداء الصلاة، ويتوفر للمرضى المواصلات والاشراف التامين. وللمشفى النهاري سياسة داخلية ونظم ومعايير لقبول وتحويل المرضى، وكذلك معايير لخروج المرضى من المشفى النهاري، ويؤمن المشفى النهاري لمرضاه كافة الانشطة الترفيهية والرحلات القصيرة، بصحبة اسر المرضى او بدونهم، كما ان هناك لقاءات دورية شهرية مع اسر المرضى، بالإضافة الى الزيارات المنزلية، وعادة تحول الحالات الى المشفى النهاري من عناصر المرضي القائمين داخل المستشفى الكبير، او الحالات المرضية المزمنة، او من العيادات الخارجية، وقد يرہن المشفى النهاري خلال هذه السنوات القليلة على كفاءة فريق العمل فيه، حالياً تجري دراسات لتقدير العمل داخل المشفى النهاري، وذلك في ضوء ما يسمى بضمان جودة الاداء (Quality assurance) حيث تقوم وزارة الصحة في دولة الامارات بإجراء تقييم ودراسات في هذا الاطار.

معايير قبول المرضى في المشفى النهاري في ابوظبي:
(Admission Criteria)

- يقبل المريض اذا كان عمره يقع بين (١٤ - ٦٥ سنة).

(1) Watts, F. et al (1973): Management of the staff team) in psychiatric rehabilitation, wiley chichester: P. (122).

(2) Intagliata, J: (1982): Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled: the role of care management schizophrenia bulletin No (8) P. 655.

- ٢ - تقبل الحالات من مختلف الامراض العقلية.
- ٣ - ان يتوفى لدى المريض او اسرته الارادة والدافعية الصادقة لتابعة البرنامج المقرر.
- ٤ - تقبل الحالات المستقرة عقلياً.
- ٥ - الالتزام بقبول متطلبات البرنامج المعد في المشفي النهاري وكتابه تعهد بذلك.
- ٦ - تقبل الحالات التي يتوقع بعد تقييمها ان تستفيد من التدريب على الحاجات والمهارات الازمة.
- ٧ - تقبل الحالات المعاوقة اجتماعياً.
- معايير الاستبعاد (Exclusions Criteria):**
- ١ - لا تقبل الحالات التي اعمارها دون (١٤) سنة، واكبر من (٦٥) سنة.
- ٢ - لا تقبل الحالات الحادة، والمعاوقة عقلياً، والمصابة بتدهور في القدرات المعرفية.
- ٣ - لا تقبل حالات الادمان على الكحول والمخدرات والمؤثرات على العقل.
- ٤ - لا تقبل حالات العنف والعدوان والهياج وما شابه ذلك.
- ٥ - لا تقبل حالات الاكتئاب الحادة.
- ٦ - لا تقبل الحالات السيكوباتية ((psychopathic patients))
- ٧ - جميع هذه الحالات بما فيها الحالات الاستثنائية يقررها الفريق الطبي داخل المشفي النهاري.
- معايير الخروج من المشفي النهاري: (Discharge Criteria)**
- هذه المعايير يجب ان توفر لدى المريض قبل

(١) لا تقبل الحالات التي اعمارها دون (١٤) سنة، واكبر من (٦٥) سنة.

الجدول الأسبرولي لمراده وحدة العلاج المعاوى

3

Adolescence : Physiologie, Epidémiologie, Sociologie

Paris; Edit Nathan; 1993

CHOQUET (M.), ASKEVIS (M.), MANFREDI (R.) et All.-1992

Les Adolescents Face aux Soins: la Consultation l' Hospitalisation

Edit INSERM-Paris-1992-76 pages

CHOQUET (M.), LEDOUX (S.)-1994 *Adolescents: Enquête nationale* Paris; la Documentation Française-

INSERM- 1994

CHOQUET (M.), NOEL (G.), POMAREDE (R.)-1995 *La Santé des Jeunes et Dossiers en Santé Publique, 1995,*

10 ; pp 1 _ 42 Actualités

CLOUTIER (R.)-1994 *Mieux-Vivre Avec nos Adolescents Editions " Le Jour"*, Montréal; Canada, distribué en

France par "INTERFORUM

"

CLOUTIER (R.)-1996

Psychologie de l' Adolescence --2ème édition

Gaétan Morin-Editeur-Montreal-Paris-Casablanca-1er trimestre 1996

CLOUTIER (R.), CHAMPOUX (L.), LEGAULT (G.) , GIROUX (L.)-1991

Les Habitudes de vie des élèves du secondaire

Québec, Service de la recherche du Ministère de l' Education du QUEBEC-1991

DESCHAMPS (J.-P.)-

CHILAND (C.)-1989 *L'Enfant de Six Ans Devenu Adolescent* Edit PUF-1989_ Paris

CHILAND (C.)-1983 *Problématique de l'échec scolaire in "Confrontations Psychiatriques-no 23 , p 9*
Editions des Laboratoires SPECIA--Paris-- 1979

CHILAND (C.)-1978 *L'enfant de six ans devenu adolescent"Revue de Psychiatrie Infantile" -1978-- 26 : 12 ; pp 697 _707*

CHILAND (C.)-1989 *Adolescents, ceux dont on parle et ceux dont on ne parle pas*

*In CHILAND (C.)-*L'Enfant, la Famille, l'Ecole*--1989--Editions P.U.F. Paris*

CHILAND (C.)-ANTONY (E.)-1983 *Parents & Enfants dans un monde en Changement* PUF--Paris--1983

CHILAND (C.), ANTONY (E.)-1985 *Enfants dans la tourmente, parents de demain* PUF-- Paris-1985

CHOQUET (M.), LEDOUX (S.)-1995 *Les Adolescentes Comment filles et garçons passent différemment de l'enfance à l'âge adulte pp 71__79 in SAUREL-CUBIZOLLES (M.-J.), BLONDEL (B.)-1995-- La Santé des Femmes" Médecine -Sciences- Flammarion-Paris_1995*

CHOQUET (M.), ALVIN (P.), GALLAND (O.), FRAISSE (F.), LEDOUX (S.), MARECHAL (C.)-1993

Méditerranée; Faculté des Sciences Humaines et Sociales- Tunis-1995

BLANC (Catherine)-1994 *La Famille: Une Catégorie du Droit Social?*

Principaux Apports d'une Recherche de Franz SCHOLTHEIS In "Recherches & Perspectives"-1994

No 35 Mars 1994--CNAF-Allocations Familiales-Paris-1994

BOZON (M.), VILLENEUVE-GOKALP (C.)-1995

Les Parents Favorisent-ils Egalement l' Emancipation des Garçons et des Filles?

In 'Recherches & Prévisions'; Jeunesse: Le Plus Bel Age de la Vie?

No 40; Juin 1995-pp 65-78

CNAF-Allocations Familiales -Paris-1995

BRACONNIER (A.), MARCELLI (D.)-1988

L' Adolescence aux mille visages: itinéraires et embûches

Edit Universitaires, le Livre de Poche, Paris-1988

BRACONNIER (A.), & Coll.-1995

Adolescentes, Adolescents ; Psychologie différentielle

BAYARD-Fondation de France-Paris-1995

CHAMBRODON (C.)-1985

Adolescence et Post-Adolescence: la Juvénisation

in ALLEON (A.M.), MORVAN (O.), LEBOVICI (S.) (dir)-1985

Adolescence Terminée, Adolescence Interminable"

Edit PUF; Paris; 1985

CHEBL (MALEK)-1993 *L'Imaginaire Arabe-Musulman* PUF--Paris-1993

CHEBL (MALEK)-1994 *Dictionnaire des symboles musulmans* PUF--Paris-1994

4-AYADI (N.), MAALEJ (M.), JARRAYA (An.)-1995

Devenir Scolaire des élèves et lycéens psychotiques; à propos de cent cas

in *Neuropsychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*"; Paris-1995-43- No 9, pp 375 __ 380

BATTAGLIOLA (F.), BROWN ((E.), JASPARD (M.)-1995

De la Jeunesse à l'Age Adulte: Itinéraires Facteurs de Précarisation

CSU /CNRS, IDUP; Rapport de Recherche pour la CNAF-Février-1995

Paris

BATTAGLIOLA (F.), BROWN (E.),JASPARD (M.)-1995

Précarités d' Emploi et Itinéraires de Transition à l'Age Adulte

In "Recherches et Prévisions" ; Jeunesse: Le Plus Bel Age de la Vie?

No 40; juin 1995; pp 45 __ 56, CNAF-Allocations Familiales-Paris-1995

BELLAJJ (F.), MAALEJ (M.), GHRIBI (F.) LACHTAR (Ch.), JARRAYA (An.)-1994

Epileptiques en Difficulté Scolaire: Approche étiopathogénique-In "Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence" ; Paris-199442_Nos 11/12, pp783 __ 788

BEN ADIBA (M.)-1979 Les adolescents maghrébins en France: Aspects Psychopathologiques

*in "Revue de Neuro-Psychiatrie de l' Enfance et de l' Adolescence"-Paris-1979
27 ; no 9 ; pp 395 __ 399*

BEN ADIBA (M.)-1979 Aspects Psycho-Pathologiques de l' Adolescence Maghrébine en France

in " Migrations-Santé" Bulletin du Comité Médico-Social des Migrants -Paris-1979 __ 13

BEN DAHMAN (H.)-1978 Oedipe Maghrébin & Transplantation Mémoire de DESS de Psychologie Clinique et Pathologique—Université de Nancy II-1978-ronéoté

BEN DAHMAN (H.)-1985 Fonction Paternelle au Maghreb et Transplantation Thèse de Doctorat en Psychologie-Université Louis Pasteur- Strasbourg-1983 Editions "La Pensée Universelle"-Paris-1985

BEN REJEB (R.)-1995 Migration, Psychopathologie et Psycholinguistique Alif- Les Editions de la

- 33-JARRAYA -(A.)-1996-*Al Mourahak Wa Alakathi Bil Osra* (l'Adolescent et ses rapports avec la famille)*In Ath Thakafa An Nafsia Al Moutakhassiqa (Culture Psychologique Spécialisée)*-1996-No 27-janvier -pages 61--68**
- 34—LEBOVICI (S.), DIATKINE (R.), SOULE(M.)-1985**
--Traité de Psychiatrie de l'enfant & de l'adolescent-PUF-Paris-
- 35-MAALEJ (M.)-1985—*A propos des difficultés scolaires des Lycéens--***
 Thèse de Méd - Sfax-1985
- 36-MAALEJ (M.), JARRAYA (An.)— 1993-*Les Difficultés des Lycéens***
 in "Psychiatrie Française" No spécial "le Vilain Petit Canard"
 Juillet-sept 1993---Paris
- 37-MAKHLOUFI (Sami)-1995—*Min ISHKALIAT EL MOURAHAKIN* (de quelques problèmes des adolescents)**
Thèse de médecine en arabe--résumé en français et en anglais-Sfax-ronéoté -1995
 (Directeur: Pr Anouar JARRAYA)
- 38-MARCELLI (D.), BRACONNIER (A.)-1995—*Psychopathologie de l'Adolescence***
 Masson- Paris 2ème édition-1995
- 39-MAZET (Ph.), HOUZEL (D.)-1995—*Psychiatrie de l'enfant & de l'adolescent--Maloine-***
 Paris-1995
- 40-Ministère (français) de l'Education Nationale- Paris-1991—*Circulaire sur les clubs d'écoute pour la santé scolaire en France-1995***
- 41-POMMEREAU (X.)-1994 (sous la direction de)—*Dossier santé de l'adolescent***
 in "SOINS" Paris No spécial-Sept 1994
- 42—PUIG-VERGES (Nielle)-1975/76--*Un Engrenage dès l'école--in "AUTREMENT"-Guérir pour Normaliser-1975-76 Paris Pages 84-85--Paris-1975***
- 43—SAVATER (F.)-1995--*Politique à l'usage de mon fils--Seuil-Paris-1995***

21-JARRAYA (An.)-1992—*Psycho-Pédagogie Médico- Sociale*—Ronéoté-Fac Méd- Sfax—1992

22-JARRAYA (An.)-1992—*Approche Psycho-Pédagogique de l' Adolescent Lycéen en Tunisie*

Ronéoté- Fac. de Médecine -Sfax-1992

23-JARRAYA An-1991 - 93 (en arabe)—*Cours Polycopié du Certificat de Psycho-Pédagogie:*

Fac des Lettres et des Sciences Humaines de Sfax, ronéoté

24-JARRAYA An.-1982-1992 (arabe)—*Séminaires de formation-sensibilisation des Enseignants, à*

la Psycho-Pédagogie--fascicules ronéotés en arabe, Direction Régionale de l'Enseignement- Sfax.

25-JARRAYA (A.)-1993—*Moukaraba Ijtimaiha Lil Mourahaka* (Approche sociologique de l'adolescence)-

-In *Ath Thakafa An Nafssia-Nov 1993* _ Beirut

26-JARRAYA (A.)-1994—Ar Riiaya an Nafssia Wat Tarbawia, Halat Salima

in " *Ath Thakafa An Nafssia Al Moutakhassiqa*" (*Culture Psychologique Spécialisée*)—1996 juin- Beirut

27-JARRAYA (A.)-1995—*Taqouratna li Moukawamat Aadam Et Ta' Aklom el Madraci fi*

Tounès (Nos conceptions de la lutte contre l'Inadaptation scolaire en Tunisie)---

in *Ath Thakafa an Nafssia-Beirut-nov 1995-* pp 52_59-en Arabe

28-JARRAYA (A.)-1996—*Al Mourahak Wal Jaçàd (l'adolescent et le Corps)*

in *Ath Thakafa An Nafssia el Mokhtassa-Beirut-mars-1995*

29-JARRAYA (An.)-1994 & 1995-(en arabe)—*Universités d'Eté pour le recyclage des Enseignants à Sousse: "le comportement de l'Adolescent"; Socio-psychologie, et "la Lutte contre l'Echec scolaire"*(en Arabe): faculté de Droit- Sousse, août 94 & août 1995

30-JARRAYA (An.)-1989—*Rapport de mission au ministère de la santé publique, sur le Programme pakistanais de prévention des maladies mentales (Mission O.M.S.janvier1989)*

31-JARRAYA (A.)-1991—*La Santé: un problème éducatif* —Ronéoté, inédit fac de Médecine Sfax

32-JARRAYA (A.)-1995—*Le Travail Social au Sein de l'Institution Scolaire en Tunisie: Rôle de l'Educateur; Expérience Psychopédagogique de Sfax.*

Communication brève in " *Santé Mentale au Québec;* " Vol XX ; No 2 : p 248-258
Automne 1995

Epileptiques en difficulté scolaire; approche étiopathogénique--In "Neuropsychiatrie de l' Enfant & de l' Adolescent" Paris- 1994; 42 ;

N°11- 12 ; pp 783-788

9-BRACONNIER, (A.), MARCELLI , (D.)-1988-L'adolescence aux mille visages

Editions Universitaires; Livre de poche-Paris-1988

10-CHAMBRODON (C.)-1985-Adolescence & post-adolescence

in Alléon(A.M.), Morvan (O.), Lebovici (S.)-1985 --*Adolescence terminée, adolescence interminable*-PUF-1985

11-CHOQUET (M.), LEDOUX (S.)-1994-Adolescents; enquête nationale--INSERM--Paris-

12-CHOQUET (M.), LEDOUX(S.)_1995-Les Adolescences-in "Saurel-Cubizolles (M.-J.), Blondel (B.)_1995: La Santé des Femmes Flammarion-1995-Paris

13-CHOQUET (M.), ASKEVIS (M.), MANFREDI (R.), et all.-1992-Les adolescents face aux soins: la consultation, l'hospitalisation-Paris-INSERM-1992-76 pages

14-a-CLOUTIER (R.)-1994-Mieux vivre avec nos adolescents Editions "Le Jour" Montréal-Québec-Canada-1994

14-b-CLOUTIER (R.)-1996-Psychologie de l' Adolescence-2ème Edition
Gaétan MORIN-Montréal-1er trimestre 1996-326 pages

15-DOLTO (F.)-1988-La Cause des adolescents_Laffont-Paris-1988

16-DOLTO (F.), DOLTO-TOLITCH (C.)-1989-Paroles pour adolescents--Hatier-Paris-1989

17-FERRARI (P.) EPELBAUM (C.)_1993-Psychiatrie de l'enfant & de l'adolescent_ Flammarion -Paris-1993

18-HANTRAIS (L.), LETABLIER (M.-Th.)-1994-Construction et déconstruction de la famille en Europe: une analyse comparative--in "Recherches & Prévisions" No 37-1994-CNAF-Paris

19-JARRAYA An. -1984 (en arabe)-La Psychopédagogie et son rôle dans le succès de l'élève Bulletin Pédagogique, Ministère de l'Education Nationale, Tunis , Nov 1984

20-JARRAYA (An.)- 1990-bilingue-

Dix ans de Psychopédagogie tonoté -Sfax -Edit. de la Faculté de Médecine-1990

bibliographiques, aux côtés de références plus générales.

BIBLIOGRAPHIE SOMMAIRE

1-AMAMI (O.), GHRIBI (F.), JARRAYA (A.)-1995-(en arabe)

Perception de la maladie mentale par les enseignants et par les lycéens

In "Ath Thakafa An Nafsiya" Beirut- Janvier 1995

2-AMROUNI (L)-1995—20 ans, un âge charnière

in " Recherches & Prévisions". Fascicule "Jeunesse, le plus bel âge de la vie". 1995; no 40 : juin 1995 ;

Cnaf-Paris

3-AYADI (N.)-1992

La Psychopédagogie Médico- Sociale à Sfax: étude d'une activité de dix ans : à propos de 1363 cas. thèse médecine-Sfax-1992-roncéoté

4-AYADI (N.), JARRAYA (An.)-1998

L'Ecoute des Adolescents-Propositions et Perspectives (première partie)

Nervure. Paris-Novembre 1998

5-AYADI (N.), JARRAYA (An.)-1999

L'Ecoute des Adolescents-Propositions et Perspectives (2ème partie)-Nervure, Paris-

février -1999

6-AYADI (N.), MAALEJ (M.), JARRAYA (A.)-1995

Devenir Scolaire des Lycéens et Etudiants Psychotiques, à propos de 154 cas

in " Neuropsychiatrie de l'Enfant & de l'Adolescent- Paris-1995-43; N°9: pp 375-380

7-BELLAAJ épouse LACHTAR (F.)-1992

Répercussion de l'épilepsie sur la scolarité; à propos de 100 cas-- Thèse de médecine -

Sfax-1992 (dir Prs Ghribi & Jarraya)-roncéoté

8-BELLAAJ (F.)-MAALEJ (M.), GHRIBI (F.), LACHTAR (Ch), JARRAYA (A.)-1994

Le résultat en est une situation difficile, et que nous avions abordée par ailleurs (30):Plus que jamais le dialogue sera indispensable certes , mais aussi difficile: la maturité "sexuelle" (génitale) n'ira pas sans sentiments de culpabilité (*premières règles chez la fille, premières émissions nocturnes de sperme, souvent angoissantes et culpabilisées chez le garçon, surtout à l'égard de sa mère, reviviscence des sentiments oedpiens aidant.*), ni conflits. au moins pour certains:

Il y a aussi le phénomène *du non-dit, le tabou du "sexuel"*, etc....Nous ne ferons que mentionner ici cet important problème, pour ne pas alourdir démesurément l'exposé (30).

C'est désormais un lieu commun, que de dire que **l'adolescent a besoin d'une écoute attentive**; beaucoup de pays l'ont constaté il y a longtemps: *au lendemain du deuxième conflit mondial, beaucoup de pays d'Europe et d'Amérique, mettront en place des structures, préventives et curatives, qui assureront cette écoute, dans le cadre d'une action préventive en santé mentale* (3: 21).

La France, à titre d'exemple, s'est dotée de divers circuits, en particulier **LES CENTRES MEDICO - PSYCHO - PEDAGOGIQUES (CMPP)** dès 1946 (21). La sectorisation en Santé Mentale, favorisera cette écoute, nous le verrons.

Nous avons vécu, depuis trois lustres, à développer l'écoute de l'adolescent au lycée essentiellement, en vue de concilier, efficacité et faisabilité, dans le contexte tunisien(3 :20).Nous en avons expliqué, à la fois, la genèse, la méthodologie, les résultats, en divers travaux antérieurs (3 :18 ;20; 29, 30). Notre approche se fonde sur l'écoute par le professeur formé à l'écoute (20 :22 ; 23), en première intention: *une écoute plus spécialisée (psychologue, psychiatre) pourrait avoir lieu, en deuxième intention* (4).

Les autorités françaises, viennent d'adopter, par la circulaire de 1991, une formule très proche de la nôtre (21 : 37), car elle allie la souplesse, et l'économie des moyens, à des avantages plus sociaux. Ils se basent sur une équipe de sujets bénévoles, enseignants et parents, avec le médecin scolaire pour **COORDINATEUR**.

Récemment la Médecine Scolaire tunisienne, a préconisé l'adoption de l'écoute, par les médecins scolaires eux-mêmes, *ce qui n'est pas impossible a priori, à partir du moment, que les choses seront claires, et que les rôles seront bien distribués:*

Nous avons développé par ailleurs nos opinions, et nos avis sur la perception de la maladie mentale (1), sur la conception de l'écoute sous ses divers aspects (4), sur son rôle dans l'aide à l'élève (18), sur la lutte contre

Ils sont nombreux, leurs problèmes sont diversifiés et nous les avons développés en d'autres circonstances ils ont été bien exposés par divers auteurs dont BEN DAHMANE, CHILAND CLAES, CLOUTIER, HUERRE JAMMET, entre autres.

Ces problèmes, nécessitent pour leur repérage chez un individu, la disponibilité, la souplesse et surtout la formation à l'écoute, car:

Ecouter, c'est déjà limiter, les conflits des générations

Ecouter est utile certes, pour l'adolescent :

cela lui donne un début de soulagement, et devrait déboucher sur une relation d'aide.

- *Il faut éviter les écueils d'une mauvaise écoute :*

message mal transmis, ou mal capté

erreurs techniques dans la conduite de l'écoute;

- *Il faut éviter les risques de trop promettre au jeune collégien ou Lycéen.*

- il faut éviter, en sens inverse, l'écoute formelle, qui ne débouche sur rien

- Eviter qu'un écoutant, mal formé, ou mal motivé, ne projette ses propres problèmes sur les jeunes adolescents qu'il prétendait aider:

Les biais ne seront plus très loin: c'est ce que nous avions appelé "*les motivations biaisées*", dans un travail précédent.

-Ecouter c'est un acte émancipateur : le sujet, écouté, se libère de lui-même, pour tenter de se prendre en charge lui-même: le rôle de l'écoutant va consister à encadrer, favoriser, cet acte libératoire, du sujet sur lui-même, et par lui-même: l'écoutant va "catalyser" cet acte.

- *il est cependant utile, que le sujet écouté ne tombe pas dans le biais, de la relation anaclitique :*

Il va régresser, se cantonner dans une attitude assez négative où il attendra tout de son écoutant, de manière passive, sans aucune initiative de sa part. C'est un piège pour l'écoutant, s'il se laisse aller à donner des solutions dès cette étape de l'écoute.

- *le sujet écouté doit, au contraire, apprendre à compter sur lui-même avant tout .*

- O.R.L. , ou OPH ou Endocrinologie, Gynécologie,
- * Parfois Psychologique & Psychiatrique (diagnostique & thérapeutique) : là il faudrait pouvoir trouver le cadre d'accueil pour ce nouveau cas moins par la technique que par les aspects psychologiques :

*La présentation des choses, d'abord de la part de l'écoutant en premier

*La façon de référer, vers une écoute plus spécialisée, éventuellement suivie d'actes médicaux, voire chirurgicaux, ou obstétricaux : jeune adolescente ayant besoin d'un gynécologue, mais ayant des préventions sociales (qu'en dirait-on ?)

*La rapidité des rendez-vous,

*Le lieu de la rencontre, la discréetion nécessaire ,

- La qualité de l'accueil,
- L'asepsie du langage,
- La coordination des intervenants de façon à laisser au sujet et à ses parents
- La présence d'un référent, à consulter en cas de difficultés psychologiques, surtout face à la complexité des structures sanitaires, et des démarches administratives y afférentes (procédures des prises en charge) .

§§ jouent ici, un rôle majeur, sans que nous ayons besoin d'insister .

Des mesures d'ordre scolaire :

Changement de filière, voire d'établissements, qui nécessitent plusieurs intervenants: parents, enseignants, administratifs, direction régionale de l'enseignement, sensibilisation du lycée d'accueil, etc..

D'où l'utilité de travailler en équipe organisée "en réseau" pour parer à tous les cas d'espèce, nous y reviendrons (voir l'article "*Ecoute de l'Adolescent*" par notre collaborateur AYADI Noureddine , publié dans "*NERVURE*" à Paris.(4))Nous abordons le détail, de chacun de ces aspects, dans l'une de nos références

il doit apprendre à pécher de ses mains plutôt que d'attendre un poisson d'autrui, ce qui ne sera jamais qu'une aide ponctuelle, et forcément limitée *entretenant de plus, chez lui*, constamment, l'état de dépendance et la mentalité d'assisté, soit le cœur de la problématique émancipatoire pour lui.

2. LES PARENTS

Accessoirement, l'écoute PEUT S'ADRESSER AUX PARENTS, via le problème des enfants.

On peut aussi choisir de sensibiliser les parents à un échelle globale, et après divers moyens: c'est l'éducation pour la santé; nous ne reparlerons en dehors du cadre de l'écoute.

On peut choisir d'organiser une écoute spécifique pour les parents si on en a les moyens humains et matériels

3. LES ENSEIGNANTS, EDUCATEURS ET ENTOURAGE

Il peut être utile de les écouter, dans certains cas, pour mieux comprendre certaines particularités situationnelles : troubles du comportement en classe, pénalisations, mauvais rendement scolaire, c'est déjà assez exceptionnel; dans le même ordre d'idée, on peut citer, comme situation d'exception, l'écoute d'*un(e) amie*, de l'intéressé, ou d'un frère, ou d'une sœur, ceci se voit rarement dans l'écoute en première intention: nous le signalons sans l'approfondir ici.

4.- STRATEGIE DE L'ECOUTE

§§ L'écoute doit déboucher sur une prise en charge, du sujet par lui-même certes; Elle doit déboucher dans certains autres cas, sur la prolongation des entretiens, en vue d'approfondir les problèmes, et alors plusieurs éventualités peuvent se présenter

- NECESSITE D'UNE ECOUTE PLUS SPECIALISEE :

Il faudra pouvoir orienter le sujet vers cette écoute (*2ème ligne ou troisième selon les cas*), avec ou sans la poursuite de l'écoute dite de première ligne, selon les cas, tout en se souvenant que l'écoute, n'est qu'un moyen d'aide psychologique, elle ne constitue pas une fin en soi.

Nécessité d'une prise en charge médicale spécialisée, pour certains :

- - Mais elle peut, tout aussi bien, avoir lieu au cabinet du médecin de famille, si tel est le souhait des intéressés: adolescent et ses parents.

Le critère principal sera la profondeur, la spécialisation de l'écoute, et non l'endroit, ni même les qualités propres de l'écoutant, pourvu qu'il dispose du minimum requis pour chacune de ces lignes d'écoute.

- Quant aux écoutes déjà spécialisées, dans une visée diagnostique, ou déjà franchement psychothérapeutique, elles pourront avoir lieu en plusieurs endroits: La France avait traditionnellement **LES STRUCTURES MEDICO -PSYCHOPEDAGOGIQUES (CMPP)** auxquelles sont venues s'ajouter des structures plus franchement sanitaires comme celles des équipes d' intersexeur infanto-juvénile

Divers CMPP, se sont taillés une réputation internationale: à Paris, citons entre autres le centre **Alfred BINET**, dans le XIIIème arrondissement de Paris, où avaient exercé, et exercent encore, de grands noms du domaine. En ces CMPP, peuvent avoir lieu, les écoutes de 3ème et de 4ème ligne, soit des écoutes franchement spécialisées, et thérapeutiques.

La France, dans le domaine psychopédagogique, avait une multiplicité, des structures d'écoute, mais elle revient au schéma simplifié que nous avions adopté, et pour le même motif que nous : *l'économie des moyens*.

En Tunisie, et dans nos conditions d'exercice, à Sfax, nous avons jusque-là pratiqué :

- **L'ECOUTE DE PREMIERE LIGNE AU LYCEE**, (et dans notre équipe même à l'hôpital, pour des élèves n'ayant pas de cellule d'écoute dans leur lycée, ce qui peut se voir) .
- **LES ECOUTES PLUS SPECIALISEES**, souvent en notre unité hospitalière, avec l'appoint de quelques jeunes médecins, dévoués et enthousiastes.

3. L'ECOUTE POUR QUI ?

Pour tous les adolescents qui se sentent mal dans leur peau, qui éprouvent un mal-être, et parfois leurs parents .

1. ADOLESCENTS

(public ou privé)

- **Troisième ligne :** le psychiatre du CMPP ou du secteur de santé mentale (ou secteur privé)
- **Quatrième ligne et en cas de besoin:** psychiatre psychothérapeute
dans une écoute spécialisée certes mais à visée thérapeutique cette fois.

§§ FRANCE NOUVELLE FORMULE :

PREMIERE LIGNE : écoutants volontaires et bénévoles: professeurs et parents d'élèves, sous la coordination de la Médecine Scolaire.

DEUXIEME LIGNE et plus cadres spécialisés.

Au fond , l'important est de mener une écoute méthodique, et de s'astreindre aux règles pour chaque ligne : un spécialiste peut fort bien assurer une écoute de première ligne, à condition de savoir se limiter , s'arrêter aux limites de sa mission actuelle.

2. L'ECOUTE OU ?

le lieu naturel de L'Ecoute de première ligne, sera un *lieu de vie privilégié du jeune adolescent : un lycée, une cité universitaire, une faculté, une maison des jeunes et de la culture.* Ceci aura deux avantages:

****LA DISCRETION** pour le candidat (la pression du groupe, le regard des autres n'est pas un vain mot ici)

****LA DISPONIBILITE** sur place de l'écoutant (surtout que le jeune adolescent pourra avoir une motivation

fluctuante)

L'ECOUTE SPECIALISEE, DE DEUXIEME LIGNE :

- - Elle vise à repérer un éventuel problème "sanitaire, voire "médical", et éventuellement le nommer, et proposer une voie, une perspective de solution: cette perspective sera multidimensionnelle : pédagogique, conseils d'hygiène, référence à un spécialiste, etc..
- Elle aussi, pourra avoir lieu au lycée et autres lieux de vie du lycéen, du moins avec l'accord des intéressés, et de leurs familles: c'est le sens de la circulaire française de 1991: elle confie une écoute à un réseau de volontaires bénévoles, et le rôle de la coordination et de la supervision au médecin scolaire, et de son équipe, une fois déchargée des tâches astreignantes des contrôles et des vaccins

aux limites de l'écoute de première ligne: se limiter à cerner et identifier les problèmes sans interférences de la spécialité du sujet qui écoute. C'est déjà difficile pour beaucoup de gens qui seront tentés d'aller vite, mais c'est une règle absolue si l'on veut faire de l'écoute efficiente.

Récemment le Ministère de l' EDUCATION NATIONALE a choisi de faire pratiquer l'écoute de première ligne par des CONSEILLERS D' ORIENTATION: ceci est possible sous réserve de l'accord des intéressés car le facteur motivation est important ici. Encore que, à terme, nous verrions ces cadres comme écoutants de deuxième ligne en pédagogie, c'est du moins notre opinion.

L'ECOUTANT, DE DEUXIEME LIGNE, sera déjà spécialisé : *Médecin, de famille ou médecin scolaire*, plus rarement, et au sein de notre équipe, un psychologue ou même un jeune psychiatre, joueront ce rôle : nous sommes à une étape de diagnostic.

- **Il peut y avoir,** dans certains cas.

UN ECOUTANT DE TROISIEME LIGNE,

psychiatre, psychologue gynécologue, par exemple : il s'agit d'affiner un diagnostic, déjà spécialisé; c'est utile pour certains adolescents, mais c'est déjà moins fréquent, en routine

- **UN ECOUTANT DE QUATRIEME LIGNE,**

dans une écoute très spécifiquement psychothérapeutique, peut être distingué, pour les cas qui le méritent et le nécessitent; c'est encore plus rare, mais il est utile de se souvenir de ce schéma, pour pouvoir répondre à une question importante: *savoir qui fait quoi*, dans le circuit de l'écoute

La vérité cette distinction est utile pour le fonctionnement, surtout au démarrage: une fois l'équipe structurée et rodée, on peut parfois, changer les rôles dans certains cas particuliers, du moins si l'en en escompte un bienfait pour l'adolescent.

Pour d'autres organigrammes, il y aura des variantes:

****FRANCE**

\$\$ ancienne formule : CMPP (CENTRE MEDICO -PSYCHO-PEDAGOGIQUE)

Première ligne: assistant(e) social(e), ou infirmier (ère). Parfois psychologue, scolaire, mais c'est plus rare.

Deuxième ligne : médecin scolaire ou un autre cadre : psychologue, psycho motricien.

**** POUR DEPISTER DES DIFFICULTES DE SANTE MENTALE:** un état de mal-être diffus, qui est très fréquent chez l'adolescent (nous les signalons sans aborder ici le chapitre des causes de ces difficultés (4)). **** Pour convaincre l'adolescent que dialoguer avec l'adulte est une chose possible, et même profitable:** de par ses problèmes psychologiques spécifiques, il a très souvent tendance à sous-estimer, ou ignorer franchement cette possibilité de dialoguer.

**** POUR LUI DONNER UN MIEUX-ETRE, DE PAR CE DIALOGUE :** il a PARLE, VERBALISE, EXPRIME PAR DES MOTS, IL A DONNE DES NOMS, aux difficultés qui le gênent: Elles ont cessé d'être des abstractions mystérieuses et appartiennent désormais au monde réel et concret celui qu'on nomme par des mots courants : *c'est déjà un pas très important en vue de les dépasser*, à condition d'être épaulé dans sa façon de les affronter.

C'est déjà un acte "*thérapeutique*" pour certains cas.

**** POUR NOUS PERMETTRE NOUS, ADULTES, DE MIEUX COMPRENDRE, LES ADOLESCENTS** qui sont tout à la fois, nos partenaires en divers problèmes, et nos successeurs, demain.

1. – L'ECOUTE PAR QUI ?

Question très discutée, elle ne sera claire que quand on aura défini le *niveau de profondeur de l'écoute* : première intention et première ligne, de dépistage, ou écoute déjà spécialisée (deuxième ligne), voire très spécialisée, dite de *troisième ligne*, voire enfin la *quatrième ligne* qui est une écoute de type *thérapeutique* : *psychothérapie pour nous*

POUR LE PREMIER DEGRE

C'est une écoute dite "·ploratoire" ou de "reconnaissance du terrain": elle vise essentiellement à repérer les problèmes, les inventorier, et dialoguer à leur sujet, avec l'adolescent, pour l'aider à en prendre conscience, par une opportunité de dialoguer, et d'être tout à la fois reconnu et même responsabilisé, nous en reparlerons :

L'écoute a lieu dans les lieux de vie des adolescents: le lycée, la faculté: et ce sont des Educateurs, des PROFESSEURS, des surveillants parfois, préalablement formés par nous, à l'écoute de Première ligne, qui opéreront surtout au lycée.

Au reste, personne n'interdira à quelqu'un de spécialisé et de formé à l'écoute, de se porter volontaire pour faire de l'écoute de premier degré, à la condition expresse qu'il sache respecter la règle du jeu : s'en tenir

l'échec scolaire (21; 22 ; 23; 24), sans autre prétention, que celle d'éclaircir notre position, et notre méthode de travail (4; 21), qui, bien entendu, demeure une approche possible, parmi d'autres: le législateur français a rejoint ce point de vue, pour une question d'économie de moyens et d'énergie (37).

Il y a bien entendu, différents niveaux d'écoute, qui sont à distinguer: celle du professeur qui dépiste n'est pas celle du psychologue scolaire, ni celle de l'assistant social, ni celle du psychiatre: le tout est de savoir qui fait quoi, et dans quel but:

L'on peut choisir l'écoute par le Médecin Scolaire: il faudra alors veiller à former les médecins à cette écoute, et étudier leur disponibilité, en temps.

Nous savons, par expérience, que l'écoute de l'adolescent n'est pas toujours une tâche aisée; elle exclut toute improvisation, et demande une bonne expérience clinique, de la part de son superviseur.

Cette année, la question est posée à nouveau:

Les adolescents, et leur vision du monde évoluent ; la thèse de MAKHLOUFI (1995; réf 34) a essayé d'en faire le point actuel, du moins pour notre région (34). Nous avons estimé utile de présenter cette mise au point, pour fixer les idées, et éviter des erreurs de compréhension, sources de malentendus.

Nous rappellerons succinctement, les buts et principes de l'écoute, et il se peut que certains de nos confrères m'objecteront cette brièveté même, qui les laissera sur leur faim;

Il ne sera pas très facile, ni très pédagogique, de donner une masse de savoir importante, en peu de temps: nous leur donnerons une bibliographie, en les priant, de bien vouloir se reporter à l'un de nos travaux, plus spécifiquement consacré à la question qu'ils souhaiteraient approfondir.

Nous avons déjà développé, assez longuement, les aspects techniques de cette écoute, dans un travail effectué avec le Docteur AYADI NOUREDDINE (4).

Nous allons développer ici, plus volontiers les modalités de cette écoute, telle que nous la pratiquons: non pas que nous prônions forcément, qu'on doive nous suivre, mais plus simplement, pour éclairer la discussion il y a plusieurs niveaux d'écoute possibles. Afin de fixer les idées, et permettre des discussions utiles, en ne comparant que ce qui sera comparable

II - L'ECOUTE PROPREMENT DITE

1—L'ECOUTE POUR QUOI FAIRE ?

A L'ECOUTE DU JEUNE ADOLESCENT

Par le PROFESSEUR ANOUAR JARRAYA

A. INTRODUCTION

L'écoute est un élément majeur, dans la gestion des problèmes de santé en général et de celle de l'adolescent , en particulier. L'adolescent vit un problème spécifique dans la société moderne; il est en situation conflictuelle, entre:

✓ sa maturité bio-somatique et génito-sexuelle qui le prédisposerait à procréer, et à avoir une vie sexuelle, (ou tendre à en avoir une) à partir d'un âge de 14-15 ans (environ);

et

✓ Sa maturité socio-économique, qui est différée pour plusieurs raisons d'ordre économico-social: qui se situera en moyenne 10 ans plus tard (13 b;14;25);

Ce décalage, entre ces deux ordres de maturité(s) , va créer une série de problèmes d'ordre adaptatif et relationnel, qui nécessitent une compréhension et un soutien de la part de l'adulte (CHILAND 14 , CLOUTIER 20, & 21; JARRAYA 30, 35, 43 -a). Ceci passe par le dialogue pertinent si l'on ne veut pas prendre le risque, de voir des problèmes de mal-être, puis de mal-adaptation, se transformer en problèmes du comportement, voire en problèmes de santé mentale, individuelle, puis collective, pour toute une tranche d'âge de la population, porteuse de l'avenir (12, 13 a, 20; 23; 25).

En l'absence de dialogue fructueux, l'adolescent qui vit cette contradiction, en rendra souvent responsable, la génération des parents, responsable à ses yeux de l'ordre social établi et qu'il contestera, aboutissant à alimenter le classique conflit de générations, qui connaît, déjà quant à lui, d'autres racines, bien connues:

- besoin de s'affirmer, de marquer son individualité, son indépendance d'une part.(30)

accession à la pensée formelle et abstraite (matérialisée par l'enseignement de l'algèbre en mathématiques, et des idées générales du texte en littérature, à partir de 13-14 ans (ancienne 2 ème année secondaire, et actuelle "8ème année de base")

et

désarroi et crainte de l'inconnu d'autre part;

L'Ecoute de l'Adolescent Lycéen et Etudiant

Professeur Anouar JARRAYA

(Ceci est le résumé d'un article de douze pages)

RESUME

L'auteur brosse un tableau de sa conception de l'écoute de l'adolescent, à la fois au chapitre buts, et au chapitre des moyens.

Il distingue soigneusement les étapes de la stratégie de l'Ecoute, car il faut d'abord définir le niveau d'écoute dont on parle, pour éviter tout risque de confusion.

Pour l'équipe de Sfax, on a toujours distingué quatre niveaux d'écoute, allant de la première ligne celle qui fait le repérage des problèmes, jusqu'à l'écoute psycho-thérapeutique .

Par ailleurs, on définit les modalités telles que nous les utilisons sur le terrain, dans l'unique souci d'informer d'une pratique.

Il définit les groupes -cibles pour l'écoute : car outre l'adolescent bien entendu, il faudra aussi dialoguer avec ses "contacts " : parents, éducateurs et pairs .

Il définit les conditions d'efficience d'une bonne écoute : préparation, sélection, formation des écoutants, conditions matérielles assurant un minimum de confort psychologique, de discréction et de confiance, de crédibilité : l'adolescent a peur du regard de l' Autre ; il a peur aussi de livrer ses secrets .

Il indique à la fin quelques écueils à éviter et mentionne quelques exemples de mesures d'accompagnement, d'ordre médical, social ou scolaire qui peuvent garantir à l'écoute une logistique de crédibilité: d'où l'importance de travailler en réseau et d'impliquer beaucoup de personnes, qui partageront " l'Etat d'Esprit Psychopédagogique" selon le mot du regretté Robert LAFON de Montpellier.

قواعد النشر في الثقافة النفسية

- ١ - ترحب «الثقافة النفسية» بمساهمات المتخصصين في العلوم النفسية بكلفة تياراتها وإنجذاباتها، فهي تسعى لأن تلعب الوسيط بين فروع الاختصاص.
- ٢ - تتوزع المساهمات وفق أبواب المجلة وهي التالية:
 - أ - الدراسات الأكاديمية في مختلف فروع العلوم النفسية.
 - ب - المقالات الاختصاصية الهادفة إلى تعريف اختصاصي الفروع الأخرى بمنطلقات رأء الاختصاص 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 مجلات اختصاصية مشهود لها. على أن تتناول المستجدات أو المرضي ذات الفائدة الاجرائية.
- ٣ - لا تنشر «الثقافة النفسية» مواد مستمدّة بصورة مباشرة من الرسائل الجامعية. وهي نشر ملخصات لهذه الرسائل على أن يتم تقديمها عبر الاستاذ المشرف.
- ٤ - تشرط «الثقافة النفسية» في المساهمات المقدمة إليها. أن تكون مبتكرة وواضحة ولم يسبق نشرها باللغة العربية. وأن تبع نيتها أصول البحث العلمي المتعارف عليها وبخاصة فيما يتعلق بالتربيتين والمصادر مع كشف المصادر والمراجع سواء في نهاية البحث أو في هوامش تخلله ويفضل ارفاق البحث بملخص له باحدى اللغتين الفرنسية أو الانجليزية.
- ٥ - على الكتاب الذين يكتبون للمرة الأولى للمجلة أن يقرروا مساهمتهم بتعريف بسيرتهم العلمية.
- ٦ - تلتزم «الثقافة النفسية» بعرض المساهمات الواردة إليها على محكم (أو أكثر) تنتهي هيئة التحرير. كما تلتزم باعلام المؤلف عن قبول مساهمة أو عن التعديلات المقترحة لها. وهي لا تعيد المقالات لاصحاحها في حال عدم النشر كما تختفظ بحقها في نشر المجاز في العدد المناسب وفق خطة هيئة التحرير.
- ٧ - لا تدفع «الثقافة النفسية» مكانة عن المادة التي تنشرها. ويصبح البحث المنشور ملكاً لها ويؤول إليها حتى نشره.

بطاقة تقويم

تسعد اسرة تحرير المجلة باستملاجك 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 الشهادات العربية - مقالات، بحوث، مؤتمرات، شخصيات... الخ.
 - متابعة مستجدات الاختصاص وأخباره.
 - ثقافة عامة.
 - وسيلة اتصال وتواصل مع الرملاء 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:



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

الأشتراك السنوي

المختصة

الإسم: _____

العنوان: العمل: _____

المنزل: _____

تلفاكس: _____

الجنسية: _____ التخصص الدقيق: _____

مكان وسنة التخرج: _____

الدرجات العلمية: _____

التاريخ: _____ التوقيع: _____

عضوية المركز واشتراك المجلة ٤٠ دولاراً أميركياً للانحصاريين النفسيين العرب. وترسل قيمة الاشتراك بشيك مسحوب على احد المصارف اللبنانيه باسم دار النهضة العربية أو بحواله بنكية على حساب رقم: البنك العربي: ٧ - ٨١٠ / ٧٥٥ / ٠٢ / ٠٣٣١

يعاد طلب الاشتراك على عنوان المركز: طرابلس - التل ص. ب: ٣٠٦٢ / لبنان
أو على عنوان دار النهضة العربية.
مع ارسال رقم وتاريخ الحواله.

«سيكولوجية السياسة العربية»

□ ... ان القيمة القصوى للمعرفة نابعة من استخدامها في التفكير. وحيث كل نظر مستقبلي فان قيمته في هموده وتماسكه وضمانه وفي الخصوبية التي يقومها لتعاملنا مع المستقبل.

الكتب - وجهات نظر/سبتمبر ١٩٩٩

□ ... ميزة الكتاب انه لا يكتفي بحد بل يمضي بعيداً في الافق ليطأول المحرم. ذاك الذي يمكث في مناطقه السرية المعجل الرهيب للسلطة. هناك حيث ترسم للناس خطوط سيرها ودرجات تعلقها...

شؤون الاوسط/اوكتوبر ١٩٩٩

□ ... ان من يقرأ هذا الكتاب ويتصرف الى ما تحمل محتوياته من مضامين مستقبلية خطيرة سيجعل منه مرجعاً «أميراً» لكل من يتطلع للوقوف في وجه الاندفاعية المادية الشرسة التي تشعلها اميركا والصهيونية...

الدفاع العربي/يوليو ١٩٩٩

□ ... من الانصاف ان نقرر بان نهج الدكتور النابلسي يؤسس لتيار تطبيقي - عربي للسيكولوجيا والمستقبليات لخدمة الراهن والمستقبل العربين...

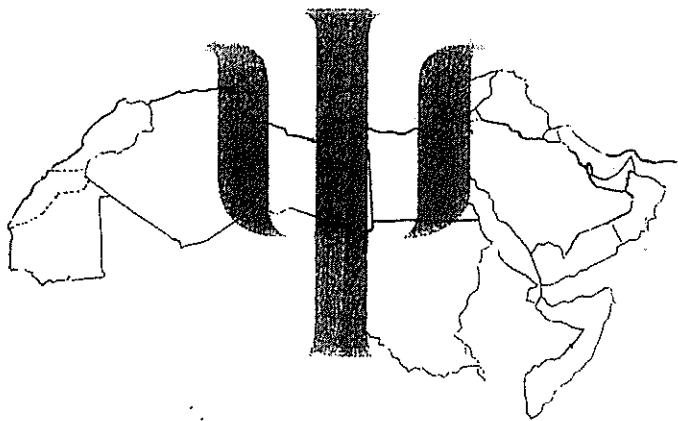
السفير/٧/٢٦/١٩٩٩

□ ... يطرح الراهن السياسي العالمي التساؤلات عن مستقبل المصالح العربية. وكتاب الدكتور النابلسي يتطرق للاسس التي يرتكز العرب اليها في حماية مصالحهم في مواجهة متغيرات الالف الثالث...

المشاهد/٢٥/ابريل ١٩٩٩

□ ... يقدم المؤلف عروضاً نقدية لاهم الكتب والنظريات المستقبلية فيقدم التحليل ويتبعه بتبيان رأيه في الثغرات النظرية ومن ثم في انعكاسات الطرح المستقبلي على مستقبل المصالح العربية...

دراسات عربية/اوكتوبر ١٩٩٩



الاتحاد العربي لعلم النفس

يتشرف الاتحاد العربي لعلم النفس بدعوتكم إلى حضور مؤتمره الثامن الذي سيعقد
في مدينة السويس - جامعة قناة السويس

المؤتمر العربي الثامن لعلم النفس

يناير 2000

وسيتم لاحقاً تجديد شعار ومحاور المؤتمر
يقام المؤتمر تحت رعاية رئيس جامعة قناة السويس
أ.د. أحمد شكري

لزيادة المعلومات :

- أ.د. فؤاد ابو حطب (رئيس الاتحاد) : كلية التربية - جامعة عين شمس
بريد هيليوبروليس - مصر الجديدة / القاهرة - مصر
- أ.د. محمد أحمد النابلسي (نائب رئيس الاتحاد) : طرابلس ص.ب: ٣٠٦٢
التل / لبنان.