الثقافة النفسية

المتخصصة

العدد الرابع والاربعون - المجلد الحادي عشر - تشرين الاول - سبتمبر ٢٠٠٠

في العدد

- جرائم اسرائيل في «أنصار».
- الالعاب الالكترونية والعدوانية.
- فرج طه - شخصية العدد.
- العولمة وسيكولوجية الخصوصية.
- الهوية العربية والعولمة.
- تداعيات انتحار شاب.
- العلاج السلوكي - المعرفي.
- الندوات والمؤتمرات.
- سيكولوجية الاسرة والوالدية.
- الامراض النفسية - الجسدية.
- التنشئة الاجتماعية لأبناء الشهداء.
- مجلة الطفولة العربية.
- الصدمة النفسية.
- الوساوس المرضية والصدمة.

ملف العدد

الصدمة النفسية

سيكولوجيا الحروب

و

الكوارث

محمد حمدي الحجار

محمد نجيب الصيوة

طلعت منصور

محمد احمد النابلسي

دار النهضة العربية
للطباعة والنشر
بيروت - ص.ب ١١٠٧٤٩

رئيس التحرير
أ. د. محمد احمد النابلسي

مدير التحرير
أ. د. باسمة النلا

الهيئة الاستشارية

أ. د. اليزابيت موسون (المجر)
أ. د. محمد عبد الظاهر الطيب (مصر)
أ. د. محمد الحجار (سوريا)
أ. د. أسامة الراضي (السعودية)
أ. د. فيصل الزراد (الامارات)
أ. د. احمد عبد الخالق (الكويت)
أ. د. عبد المجيد الخليدي (اليمن)
أ. د. عبد الستار ابراهيم (السعودية)

أ. د. فاروق السنديوني (استراليا)
أ. د. صفاء الأعسر (مصر)
أ. د. عبد الرزاق الحمد (السعودية)
أ. د. بشير صالح الرشيدي (الكويت)
أ. د. عبد الفتاح دويدار (مصر)
أ. د. علي زيعور (لبنان)
أ. د. جيمي بيشاي (الولايات المتحدة)
أ. د. طلعت منصور (مصر)

المحررون

د. روز ماري شاهين
د. سامر رضوان
د. جليل شكور

د. أسعد دندشي
د. حسن الصديق
د. مرعي قطريب

د. سلمى المصري
د. نبيل قطان
د. غادة حروق

العنوان الالكتروني لمركز الدراسات النفسية

Email: ceps50@hot mail. com

المدير الفني
أ. سمير السوسي

سكرتير صحفي
أ. عبد القادر الأسمر

الثقافة النفسية

المتخصصة

العدد الرابع والاربعون

المجلد الحادي عشر

تشرين الاول ٢٠٠٠

توجه المراسلات الى:

مركز الدراسات النفسية

والنفسية الجسدية

م. د. ن. طرابلس - لبنان

ص. ب: ٣٠٢٦ - التل

ان المقالات المنشورة

تعبر عن

رأي كاتبها

دار النهضة العربية

للطباعة والنشر

بيروت - لبنان

تلفون: ٧٤٣١٦٦ - ٧٤٣١٦٧

برقياً: دانهضة ص. ب: ٧٤٩ - ١١

رئيس التحرير

ا. د. محمد احمد النابلسي

مدير التحرير

ا. د. باسمة المنلا

الهيئة الاستشارية

ا. د. البزابيت موسون (المجر)

ا. د. فاروق السنديوني (استراليا)

ا. د. محمد عبد الظاهر الطيب (مصر)

ا. د. صفاء الاعسر (مصر)

ا. د. خليل فاضل (انجلترا)

ا. د. عبد الرزاق الحمد (السعودية)

ا. د. اسامة الراضي (السعودية)

ا. د. بشير صالح الرشيدي (الكويت)

ا. د. فيصل الزراد (الامارات)

ا. د. عبد الفتاح دويدار (مصر)

ا. د. احمد عبد الخالق (الكويت)

ا. د. علي زيعور (لبنان)

ا. د. عبد المجيد الخليدي (اليمن)

ا. د. جيمي بيشاي (الولايات للتحدة)

ا. د. عبد الستار ابراهيم (السعودية)

ا. د. طلعت منصور (مصر)

المحررون

د. روز ماري شاهين

د. اسعد دندشي

د. سلمى المصري

د. سامر رضوان

د. حسن الصديق

د. نبيل قطان

د. جليل شكور

د. باسمة منلا

د. غادة حروق

المراجعة اللغوية

مكتب التدقيق اللغوي

المدير الفني

ا. سمير السوسي

سكرتير صحفي

ا. عبد القادر الاسمر

الاشتراك السنوي:

لبنان والدول العربية: ٤٠ دولاراً

أوروبا: ٥٠ دولاراً

للمؤسسات: ١٠٠ دولاراً

أميركا: ٦٠ دولاراً

لا تدفع «الثقافة النفسية» مكافاة عن المواد التي تنشرها

المحتويات

■ عزيزي القارئ ٦

■ جرائم اسرائيل في معتقل انصار ٧

■ علم النفس حول العالم ١٥

■ شخصية العدد

البروفسور فرج عبد القادر طه ٣٠

■ تطبيقات سيكولوجية

الغرب والشرق والعولمة/أ.د. جيمي بيشاي ٤٠

■ قضية العدد

الهوية العربية/مجموعة من الباحثين ٤٥

■ علم نفس الادب والفنون

تداعيات انتحار شاب/أ.د. خليل فاضل ٥٢

■ تطبيقات العلاج النفسي
تجربة في العلاج السلوكي ـ المعرفي/أ.د. محمد حمد الحجار ٥٥

■ الندوات والمؤتمرات ٥٩

■ مكتبة الثقافة النفسية
ـ سيكولوجية الاسرة والوالدية/الرشيدي ـ الخليفي ٦٧
ـ الامراض النفسية ـ الجسدية/فيصل الزراد ٦٩
ـ التنشئة الاجتماعية لابناء الشهداء/فهد الناصر ٧١
ـ مجلة الطفولة العربية ـ العدد الثالث/جماعة باحثين ٧٤

■ ملف العدد
الصدمة النفسية/علم نفس الحروب والكوارث
ـ التعرض للعدوان قد يترك آثاراً على الدماغ/محمد حمدي الحجار ٧٧
ـ مراجعة نقدية ـ نظرية لأثر الصدمات النفسية/ محمد نجيب الصبوة ٧٩
ـ سيناريوهات التعامل مع الاسرى وعائلاتهم/طلعت منصور ١١٨
ـ الوساوس المرضية في مجتمعات الصدمة/محمد احمد النابلسي ١٣٩

عزيزي القارئ

بهذا العدد نطوي معاً احد عشر عاماً من عمر هذه المجلة وانت شاهد على هذه التجربة وكاتم لاخطائها وهفواتها. وكتمانك هذا هو التشجيع الذي جعلك تواكبنا لغاية اليوم. ونحن ما زلنا نحاول تلافي الهفوات وتدارك الاخطاء في سياق عملنا. اذ لا يخطيء من لا يعمل.

في هذا العدد نعرض تقريرا عن ظروف الاعتقال في معتقل انصار الاسرائيلي من اعداد الصليب الاحمر الدولي. ومع تحرير الشريط الجنوبي خصصنا ملف هذا العدد لموضوع الصدمة النفسية. وشارك في هذا الملف الزملاء: محمد حمدي الحجار (سوريا) د. محمد نجيب الصبوة (مصر) وطلعت منصور (مصر) ومحمد احمد النابلسي (لبنان).

اما الزميل خليل فاضل (لندن) فيعرض لتداعيات انتحار شاب. والزميل جيمي بيشاي (بنسلفانيا ـ الولايات المتحدة) لقضية العولمة والخصوصية في حين يعرض الزميل الحجار (سوريا) لتجربته السورية في العلاج السلوكي ـ المعرفي.

قضية هذا العدد موضوعها "الهوية العربية" ويتكلم فيها الباحثون: حامد زهران وسعيد اسماعيل علي وسلوى عبد الباقي وابراهيم فتحي وسلوى بكر. ونأتي الى الابواب الثابتة وفيها مكتبة المجلة والندوات والمؤتمرات. اما مقابلة العدد فنستبدلها بعرض للسيرة العلمية للبروفسور فرج عبد القادر طه.

فهل تنجح محاولتنا في تفعيل دور الاختصاص وعرض خدماته خصوصاً لجهة علاج المصدومين والاسرى. وهم لبنانيون بحسب توقيت صدور هذا العدد ولكنهم اجمالاً عرب...

والى اللقاء

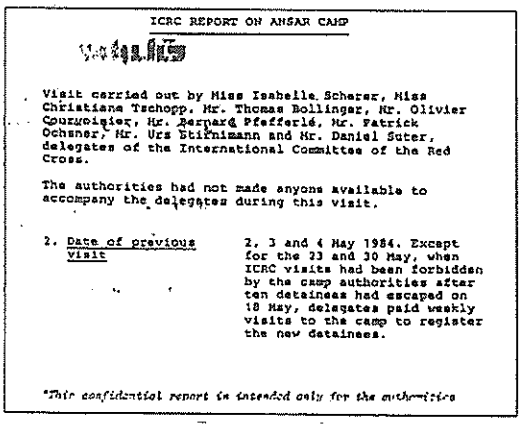
اسرة التحرير

جرائم اسرائيل في معتقل أنصار

وثيقة سرية للصليب الاحمر الدولي تنشر للمرة الاولى

مشاهد من جرائم اسرائيل في معتقل أنصار

اسماء الجلادين الصهاينة وضحايا التعذيب من المواطنين اللبنانيين والسوريين والفلسطينيين حرق الاجساد بالسجائر وتفريغ ذاكرة المعتقلين من الاحساس بالزمان



ICRC REPORT ON ANSAR CAMP

Visit carried out by Miss Isabelle Scherer, Miss Christiane Tschopp, Mr. Thomas Bollinger, Mr. Olivier Courvoisier, Mr. Bernard Pfefferlé, Mr. Patrick Ochsner, Mr. Urs Stirnimann and Mr. Daniel Suter, delegates of the International Committee of the Red Cross.

The authorities had not made anyone available to accompany the delegates during this visit.

2. Date of previous visit	2, 3 and 4 May 1984. Except for the 23 and 30 May, when ICRC visits had been forbidden by the camp authorities after ten detainees had escaped on 18 May, delegates paid weekly visits to the camp to register the new detainees.

This confidential report is intended only for the authorities

الوثيقة الانكليزية

كشف تقرير سري للجنة الدولية للصليب الاحمر عام ١٩٨٤، بالتفصيل عن هيكلية الاقسام والزنزانات في معتقل انصار (في جنوب لبنان) كما عن اسماء الجلادين الصهاينة وضحايا التعذيب من المعتقلين اللبنانيين والسوريين والفلسطينيين.

ويروي التقرير ـ الوثيقة ـ الذي يوجه فقط الى السلطات الاسرائيلية ـ مشاهد عينية من الجرائم الانسانية تقشعر لها ابدان الاطفال، لم يجرؤ النازيون على ارتكابها، في تاريخهم الاسود.

ويشرح التقرير بالتفصيل كيف كان جلادو «معسكر انصار» يسلطون مثلاً، الذباب والبعوض والفئران على المعتقلين، ويطعمونهم الغذاء الفاسد مما تسبب بامراض خطيرة، وتركهم حفاة وعراة وحرمانهم من النوم في الزنزانات، ومنعهم من ممارسة طقوسهم الدينية.

ويتوقف التقرير، عند وسائل التعذيب الجسدي والنفسي التي مارسها الجلادون الصهاينة، كمثل ضربهم يومياً باعقاب البنادق، وحرق اجسادهم بالسجائر، واستخدام تقنيات التيار الكهربائي، لافقاد السجناء احساسهم بالزمان والمكان وتعطيل ذاكرتهم، ثم العمل على تصفية وقتل بعضهم بالرصاص، بحجة تجاوزهم بالخطأ، «الخط الابيض» الفاصل بين الزنزانات والخيم.

نص الوثيقة السرية

وفي ما يلي نص الكامل لتقرير ـ الوثيقة مترجما من الانكليزية:

تقرير اللجنة الدولية للصليب الاحمر عن معسكر

انصار (موجه فقط الى السلطات الاسرائيلية).

قام بالزيارة الآنستان ايزابيل شيرير، كريستيان تشوب، والسادة طوماس بولينغيه، اوليفيه كوفوازينه، برنارد فيغيرلي، باتريك أوشسنر، أورز ستيرنيمان، ودانيال سوتر، مندوبو اللجنة الدولية للصليب الاحمر.

ولم تسمح السلطات لاحد بمرافقة الوفد خلال هذه الزيارة.

١ ـ موعد الزيارة: ١٩ و٢٠ حزيران ١٩٨٤. وجرت المقابلة النهائية في ٢١ حزيران ١٩٨٤.

٢ ـ موعد الزيارة السابقة: ٢ و٣ و٤ أيار ١٩٨٤. عدا عن ٢٣ و٣٠ أيار، حين كانت زيارات اللجنة الدولية للصليب الاحمر ممنوعة من قبل سلطات المعتقل بعد فرار عشرة معتقلين في ١٨ أيار، وقام المندوبون بزيارات اسبوعية للمعتقل لتسجيل اسماء المعتقلين الجدد. وخلال هذه الزيارات لم يدخلوا الى الاقسام، بل تحدثوا مع المعتقلين المذكورين في مكان منعزل. وقد استفاد المندوبون من زياراتهم لنقل رسائل الصليب الاحمر من والى المعتقل مع ممثلي الاقسام.

٣ ـ الادارة:

قائد المعتقل: الليوتنانت كولونيل آفي رونين

نائب القائد: الليوتنانت كولونيل إيدي

(المسؤول) الضابط الطبي: الكابتن دايفيد طوفبين

المسؤول) ضابط الادارة: الملازم اول جيل

٣ ـ السعة:

غير محددة، لكنه برأي المدوبين، لا يتسنى لكل قسم أن يستوعب اكثر من ١٠٠٠ معتقل.

٥ ـ عدد المعتقلين:

عددهم خلال الزيارة السابقة: ٤٤٦ معتقلاً.

القادمون الجدد:

٥٩ معتقلاً نقلوا من سجن النبطية، ٥٧ معتقلا نقلوا من سجن مار الياس ـ صيدا، ٤١ معتقلاً نقلوا من مقر الحاكم العسكري في صور، ١٤ معتقلاً نقلوا من ثكنات مرجعيون و١ معتقل نقل من مستشفى صفد و٥ عادوا من التحقيق ـ المجموع ١٧٧.

● **المسرحون:**

١٠ معتقلين اطلق سراحهم من المعسكر (منهم ستة فلسطينيين و٤ لبنانيين)، ١ معتقل اطلق سراحه من مركز التحقيق، ٤ معتقلين فروا، ١ معتقل قتل اثناء فراره و٩ معتقلين خارج المعسكر (٨ للتحقيق وواحد في مستشفى صيدا) ـ المجموع: ٢٦.

● **عدد المعتقلين لدس الزيارة:** ٥٩٧ كلهم من الذكور.

٦ ـ الوضع:

وضع المعتقلين كان رهناً بآراء مختلفة.

استناداً الى اللجنة الدولية للصليب الاحمر، فالمعتقلون الذين اسرهم جيش الدفاع الاسرائيلي على الاراضي اللبنانية اعتبروا مستفيدين من الوضعية الخاصة بالاسرى المدنيين، بما يتفق ومقررات مؤتمر جنيف الرابعد الذي عقد في ١٢ آب ١٩٤٩.

بالاضافة لذلك، وبالنسبة للصليب الاحمر، يخضع المعتقلون الذين يقعون في الاسر وهم يحملون سلاحاً لوضعية اسرى الحرب كما تنص عليها المادة الثالثة من ميثاق جنيف. وقد رفضت السلطات الاسرائيلية اعتبار مقررات جنيف منطبقة في الاراضي التي تحتلها اسرائيل في الجنوب اللبناني، بالرغم من ان المحكمة العليا الاسرائيلية اصدرت قرارا في هذا الصدد في ١٣ تموز ١٩٨٣ ينطبق ومقررات جنيف.

٧ ـ الفئة: ((غير محددة)

٨ ـ الجنسيات:

لبنانيون ٤٤٠ ـ فلسطينيون من لبنان ١٤١ ـ فلسطينيون من سوريا ١ ـ فلسطينيون من الاردن ٢ ـ

فلسطينيون من الضفة الغربية ٣ - سوريون ٢ - سودانيون ١ - نيجيريون ١ - يمنيون جنوبيون ١ - باكستانيون ١ - بنغلادشيون ٣ - جزائريون ١ - المجموع: ٥٩٧.

كانت هناك ستة اقسام، خمسة منها كانت تستخدم وقت الزيارة، وسط مساحة طولها ١٥٠ متراً وعرضها ١٠٠ متر، محاطة بسواتر ترابية علوها ٣ أمتار، في اعلاها مواقع الحرس.. ابراج للمراقبة ركزت في محيط المنطقة بكاملها. وعند اسفل هذه السواتر طريق رملي يؤدي الى كل من الاقسام الستة. وهناك طريقان آخران يتقاطعان واحدهما مع الاخر يقسمان الاقسام الستة الى اربع مجموعات (مجموعتان تحويان قسمين، ومجموعتان تحوي كل منهما قسما واحدا). وكانت هناك اسلاك شائكة في محيط المنطقة بكاملها. الاقسام اما ملاصقة لبعضها البعض او منفصلة، وتفصل بينها الطرقات او الممرات المذكورة اعلاه، التي يبلغ عرضها ١٠ امتار.

اضافة الى ذلك، وعند الطرف الشرقي للمعسكر، هناك منطقة مسورة مساحتها ٧٥ × ٥٠ متراً محاطة بالاسلاك الشائكة وبسور من الشريط علوه ٣ أمتار. وداخل المنطقة المسورة هناك تسع زنزانات جاهزة من الاسمنت المسلح موضوعة في شكل نصف دائري المسافة بين كل زنزانة واخرى حوالي ٨ امتار. وتضاء المنطقة ليلاً، وكذلك المنطقة المسورة الموصوفة اعلاه بالمصابيح الكاشفة.

١١ ـ اقسام المعتقل:

١١ ـ ١ ـ الاقسام:

هناك اربعة اقسام مساحة كل منها ٣٥ × ٤٠ متراً ومحاطة بسور مزدوج من الشريط بعلو ٣ أمتار، وبين كل منها (سوري الشريط) شريط شائك. وقسم خامسبالمساحة نفسها افتتح منذ الزيارة السابقة. وبدلا من السور المزدوج من الشريط، كان محاطاً بجدار من الاسمنت يعلوه ٢,٥ مترين ونصف المتر وعلى رأسه شريط شائك.

لكل قسم مدخلان، المدخل عبارة عن باب من حناحين، والمدخلان في مواجهة واحدهما الآخر في الطرفين الجنوبي الغربي والجنوبي الشرقي.

وقد جرى تعبيد كامل المساحة في كل من الاقسام بالاسفلت. ويمكن ان يستوعب كل قسم ١٠ خيمات (صفين في كل صف ٥ خيمات)، يفصل بينها ممر بعرض ١٠ أمتار. وقد رسم خط ابيض على الارض، عرضه حوالي متر داخل شريط السور الداخلي، ويمتد على طول السور. الممرات الجانبية بين الخيم وشريط السور الداخلي عرضها متران.

الخيم ذات النوع العسكري قياسها ٥ × ١٠ أمتار، اقيمت طولاً باتجاه الشرق والغرب. ارض الخيم ترفع ١٥ سنتم عن مستوى الارض في الاقسام لمنع تسرب المياه الى داخلها. عدد المعتقلين في كل خيمة يتأرجح بين ستة و٢٥، وفي القسم بين ٨٥ و١٢٣.

ومنذ الزيارة السابقة، قطع التيار الكهربائي عن جميع الاقسام باستثناء قسم واحد.

ولكل معتقل فراش من الاسفنج بسماكة ٤ سنتيمترات موضوع على الارض وحرامان الى ٤ حرامات.

١١ ـ ٢ ـ الزنزانات:

الزنزانات مكعبات من الاسمنت مقاساتها (٢,٥ × ٢,٥ × ٢,٥ متر) مغلقة بابواب معدنية عرضها ٧٠ سنتم وعلوها متران وتقفل بواسطة اقفال خاصة. وفي وسط كل باب هناك نافذة جرارة قياسها ٢٥ × ٢٥ سنتمتراً، وفوق كل باب فتحة في وسطها قضبان حديدية قياسها ٣٠ × ٧٠ سنتمتراً، للتهوئة.

من الداخل، أرض الزنزانات كانت من الاسمنت

الخشن، والكماليات الوحيدة التي زودت بها كانت خزانات سعة الواحد منها ٥٠ ليترا لاحتياجات المعتقلين الشخصية داخل كل زنزانة.

لدى كل معتقل حرام او حرامان، فقط، وليس هناك فراش في الزنزانة كما انها ليست مزودة بالكهرباء.

يوم الزيارة، كان ٢٨ معتقلاً يشغلون ست زنزانات. واختلف عدد المعتقلين في الزنزانة الواحدة بين ٣ و٥ معتقلين.

١٢ ـ المنتفعات:

منذ الزيارة السابقة كانت امدادات الماء غير منتظمة حسب المعتقلين. الحشرات الطفيلية (وخاصة الذباب والبعوض) ستأخذ طابع شكلي في بداية الطقس الحار. ويجب اعداد المطهرات والمبيدات للصيف، كما يجب تشكيل جهاز فعال ومنظم لازالة النفايات.

١٣ ـ العناية الطبية:

المسؤول الطبي للمعتقل، الكابتن دايفيد طوفين، كان منشغلاً (يقوم بواجباته) طيلة الوقت (باستثناء عطلات نهاية الاسبوع) ويساعده طبيبان من احتياطي الجيش الاسرائيلي بقيا في أنصار لمدة ٤ أسابيع ثم استبدلا بطبيبين آخرين من الاحتياطي. الى ذلك، تعامل طبيب الاسنان في الجيش مع الحالات الطارئة بين المعتقلين. الطاقم الطبي المتبقي تألف من سبعة ممرضين نظاميين بقوا لفترة اربعة اسابيع ثم استبدلوا بسبعة ممرضين نظاميين آخرين. العيادة اقيمت على الشكل التالي: سقيفة جاهزة كغرفة استشارة للدكتور طوفين. وسقيفة ثانية، محاذية للاولى، استخدمت لتخزين المعدات الطبية والادوية.

● وجدنا طلبات اطلاق سراح لاسباب صحية، لكل من موسى محمد مصطفى شعيب، ١٩٦٥، لبنان، أسير «جيش الدفاع الاسرائيلي» رقم ٩٠١٦٧، رقم اللجنة الدولية للصليب الاحمر ٣٠١٤٧، ومحمد يحيى محمود غزال، ١٩٦٣، لبناني، اسير «جيش الدفاع الاسرائيلي» رقم ٩٠١٩٥، رقم اللجنة الدولية للصليب الاحمر ٣٠١٨٥ المقدمة بتاريخ ١ شباط ١٩٨٤ كانت لا تزال معلقة.

الى ذلك وخلال الزيارة، سجل المندوبون ورود معتقل جديد هو حسن علي حسن كوثراني، ١٩٥٩، لبناني، أسير «جيش الدفاع الاسرائيلي» رقم ٩٠٥٧٠، رقم اللجنة الدولية للصليب الاحمر ٣٠٥٢٠، رجلاه معطوبتان منذ ١٣ عاماً. وقد قدم طلباً بإطلاق سراحه ايضاً لسلطات المعتقل، ولكن لاسباب انسانية اكثر منها طبية او صحية فقط.

وعشية ١٨ حزيران، اصيب علي محمد داود خليل، لبناني، اسير «جيش الدفاع الاسرائيلي» رقم ٩٠٤٩٧، رقم اللجنة الدولية للصليب الاحمر ٣٠٤٨٥، بجرح في رجله اليمنى بعد اصابته برصاصة. وقد اعلم المندوبون من قبل الدكتور طوفين، مسؤول المعتقل الطبي، ان الرجل الجريح نقل بعد اصابته الى مستشفى صفد، ولم تعتبر حالته خطيرة.

١٤ ـ الاغذية:

١٤ ـ ١ ـ الاقسام:

لاحظ المندوبون ان جميع الاقسام كانت تعامل بطريقة واحدة فيما يتعلق بمعدات المطبخ وتوزيع الطعام لكن كان هناك نقص عام في معدات المطبخ كالمقالي، واوعية الطبخ والملاعق والخشبية، الخ... المواد الغذائية التي يمكن ان تبقى صالحة لفترة طويلة كانت توزع مرة واحدة في الاسبوع (ايام الخميس) اما المواد القابلة للتلف، فكانت توزع ثلاث مرات في الاسبوع (الخميس، الاحد والثلاثاء)، الوجبة الغذائية تتكون بشكل رئيسي من الاغذية النشوية. وشكا المعتقلون من

فقدان الفواكه الطازجة والخضار، والنوعية الرديئة للحوم، التي كانت ترد في الغالب على شكل مقانق مليئة بالتوابل، وكانوا ليفضلوا الاسماك المعلبة، التي كانت مناسبة اكثر للكثير من المعتقلين الذين كانون لا يتذوقون اللحم بسبب معتقداتهم الدينية. الكمية الكلية للاطعمة الموزعة على الاقسام الخمسة كانت متطابقة مع تلك الواردة على اللوائح المقدمة للجنة الدولية للصليب الاحمر والمعتقلين من قبل سلطات المعتقل.

١٤ ـ ٢ ـ الزنزانات:

في المنطقة المسورة التي تشغلها الزنزانات، كانت هناك سقيفة صغيرة تستخدم كمطبخ، وكان احد المعتقلين يقوم بتحضير وتوزيع الوجبات.

١٥ ـ لا شيء (غير موجود).

١٦ ـ الملابس:

١٦ ـ ١ ـ الاقسام:

استناداً الى المعتقلين تلقى كل منهم مجموعة من الملابس العسكرية بينها قميص، وبنطلونين ومجموعتين من الملابس الداخلية القصيرة وزوجين من الجوارب. وشكى العديد من المعتقلين من استلام مجموعات غير كاملة من الملابس. ولم توزع ازواج الاحذية. وقد انتعل المعتقلون الاحذية التي كانوا ينتعلونها لدى اعتقالهم، او تلك التي تلقوها ضمن ارساليات الاهالي، حتى انه كان هناك بعض المعتقلين ممن لم يتلقوا ارساليات من عائلاتهم واضطروا للسير حفاة.

١٦ ـ ٢ ـ الزنزانات:

المعتقلون في الزنزانات الذين كانوا قد وصلوا لتوهم الى المعتقل لم يتسلموا مجموعات الثياب كما تم توزيعها على المعتقلين في الاقسام. ولذلك فقد ارتدوا الثياب التي كانت عليهم لدى اعتقالهم.

١٧ ـ العمل: لا عمل.

١٨ ـ الراحة والتمارين الرياضية:

لم يسمح للمعتقلين بالخروج من اقسامهم للتمرن، وكان عليهم ان يجروا تمارينهم داخل محيط القسم.

ومنذ الزيارة السابق، صودرت جميع معدات، التمارين الرياضية، باستثناء قسم واحد، لا تزال لديه كتب قليلة والعاب الـ «شيش بيش» (طاولة الزهر) وادوات الكتابة (قرطاسية).

ولم يعد المعتقلون يتلقون الجرائد، كما لم تعد لديهم اجهزة راديو.. المعتقلون المسجونون في الزنزانات لم يسمح لهم، كما انهم لا يملكون ادوات للتمرينات الرياضية.

١٩ ـ العلاقات مع الخارج:

تبادل الرسائل عبر الصليب الاحمر كان وسيلة الاتصال الرئيسية بين السجناء وعائلاتهم ويتلقى كل معتقل ورقة فارغة تحمل شعار الصليب الاحمر اسبوعيا لكتابة رسائله، وايام الثلاثاء، يوزع المندوبون الرسائل التي يتلقونها من عائلات المعتقلين.

ومنذ الزيارة السابقة، جرت اربع زيارات عائلية، وتلقى ١٠ معتقلين زيارات من عائلاتهم في ٩ أيار ١٩٨٤، و٩ معتقلين تلقوا زيارات في ٤ حزيران ١٩٨٤، وعشرة في ١١ حزيران ١٩٨٤، و١٤ في ١٨ حزيران ١٩٨٤.

لائحة باسماء السجناء الذين سيتلقون زيارات سلمت من قبل قائد المعتقل الى اللجنة الدولية للصليب الاحمر، التي قامت باعلام عائلات المعتقلين، وسمح لاربعة افراد من العائلة، بالاضافة الى الاطفال، بالقيام بالزيارة، ويشكو المعتقلون من محدودية عدد المعتقلين الذين تلقوا زيارات ومن الطبيعة غير العادية لهذه الزيارات. الى ذلك فإن الطريقة التي جرت بها الزيارات هذه اختلفت بصورة شاسعة، حسب الحارس

الموجود. ولم يعد المعتقلون يتقلون طروداً من عائلاتهم، كما كان الوضع حتى منتصف حزيران.

٢٠ ـ الرقابة الدينية:

كان المعتقلون احراراً في ممارسة اديانهم. ومع ذلك، لم تكن لديهم اماكن للعبادة. اربعة شيوخ كانوا متواجدين في قسمين من المعتقل، لكن لم يكن بمقدورهم الاتصال مع بعضهم البعض، وخضعوا للمعاملة نفسها التي كان يخضع لها بقية المعتقلين.

٢١ ـ المعاملة والانضباط:

العلاقات بين المعتقلين والحرس كانت متوترة لابعد الحدود، وخاصة منذ قرار ١٨ أيار.

ووراء الخط الابيض في محيط السور الداخلي بكل قسم كانت المنطقة المعزولة الممنوع دخولها. وكل معتقل يتجاوز الخط كان يتعرض لاطلاق النار دون تحذير من الجنود الذين يتمركزون بصورة دائمة في ابراج المراقبة.

لاحظ المندوبون انه بالرغم من كون هذه الاجراءات واضحة، فقد كان من الصعب احترامها طالما ان المجال بين المخيم والخط الابيض ضيق جداً. وقد اعتبروا ايضاً ان النظام الامني المعتمد يتطلب التهديد الدائم بإطلاق النار لكي يكون فعالاً، وانه غير ملائم وابقى الحالة متوترة. والحادث الخطير الذي وقع في ١٨ حزيران ١٩٨٤ والذي تجاوز فيه معتقل كما هو مفترض الخط الابيض وتلقى اصابة في رجله، اكد مخاوف المندوبين.

وبعد الفرار، وزعت تعليمات ادارية جديدة على جميع الاقسام، وقد حددت هذه التعليمات ان جميع الاتصالات مستقبلاً، وبينها اللقاءات بين المعتقلين من الاقسام المختلفة قد علقت. وانطبق هذا الخط على اولئك الموجين بالمسؤولية عن الاقسام.

كذلك الامر، منذ افتتاح القسم الخامس، لم يعدباستطاعة المعتلقين اختيار اقسامهم، التي كانت تفرض عليهم من قبل سلطات المعتقلين. وقد وزع افراد العائلة الواحدة في معظم الحالات. نسخ مواثيق جنيف بعدة لغات من قبل اللجنة الدولية للصليب الاحمر اثناء زيارات سابقة، صودرت من قبل سلطات المعتقل.

ومن وجهة النظر الانسانية، فان الزنزانات التي كانت ظروف الاعتقال فيها غير مقبولة، كانت تستعمل بصورة متزايدة. وبقي القادمون الجدد فيها لمدة اطول (عادة لغاية ١٠ أيام، او حتى لاسبوعين) بانتظار نقلهم الى الاقسام.. وقد كانت تستخدم ايضاً، وللمرة الاولى، كزنزانات لمعاقبة المعتقلين الملحقين باقسامهم. وقد سجن المعتقلون الاربعة الذين حاولوا الفرار في ١٨ أيار داخلها لاكثر من شهر. وقد امضى حوالي ٢٠ آخرين ممن كانوا يعاقبون لمخالفتهم قوانين المعتقل قرابة الاسبوعين داخلا.

٢٢ ـ مقابلات مع المعتقلين:

تحدث المندوبون بحرية مع المعتقلين، واستطاعوا اختيار مترجمين من بينهم، كما وبما انه لم يتم وضع حجرة بتصرف المندوبين فقد جرت المقابلات في الهواء الطلق، في المنطقة المسورة التي تشغلها الزنزانات، بوجود حارس مسلح تولى المراقبة.

وأثناء المقابلات التي تمت بدون مراقبة، قدم حوالي ١٥٠ معتقلاً شكاوى مختلفة الى مندوبي اللجنة الدولية للصليب الاحمر عن سوء المعاملة التي يتعرضون لها خلال التحقيق معهم. وقد تطابقت هذه المعاملات مع تلك التي تقدم بها الذين اعتقلهم «جيش الدفاع الاسرائيلي» واصلق سراحهم فيما بعد دون ان يدخلوا الى معسكر انصار.

ويجب ان تستمر اللجنة الدولية للصليب الاحمر الى انه لم يتح للمندوبين الالتقاء بالمعتقلين الذي يخضعون لتحقيق، ولذلك فهي لا تستطيع إثبات او

نفي هذه المزاعم (الشكاوى). ومع ذلك فان الطبيعة العامة والخطيرة لهذه المعلومات، والتي استقصيت من مصادر مختلفة، كانت مدعاة للاهتمام، تود اللجنة الدولية للصليب الاحمر الاستيضاح عنها.

ويجدر التشديد على ان ـ مع استثناءات قليلة ـ المعتقلين رفضوا الافصاح عن اسمائهم في حال نقلت اللجنة الدولية للصليب الاحمر شكاويهم. وقال المعتقلون انهم كانوا يخافون من ان تتخذ اجراءات انتقامية ضدهم وضد عائلاتهم، وانهم كانوا في حال من القلق التام فيما يتعلق باوضاعهم وحقوقهم.

ملاحظة منفصلة تدرج تفاصيل الاتهامات والاقوال التي ارسلت الى وزير الدفاع في ١١ تموز: استنادا للمعتقلين، فان ظروف الاعتقال في مراكز التحقيق في صور ومار الياس والنبطية ومرجعيون، يمكن ان تحددها اللجنة الدولية للصليب الاحمر كالتالي:

● استخدام حُجر معدنية غير مهواة. وبما انها موضوعة في الشمس، فان الحرارة داخلها كانت ترتفع الى حدود لا تطاق.

● الحشر ـ المساحة المخصصة لكل معتقل تتراوح بين ٠,٦ م^2 ومتر مربع، استناداً للمعتقلين.

● الحرمان من النوم:

● إجبار المعتقلين على البقاء في وضعية ثابتة، جلوساً او وقوفاً لفترات طويلة.

● وضعت الاقنعة على رؤوس المعتقلين او ابقيت الانوار القوية مضاءة كل الوقت حتى ان احساسهم بالزمن والجهات تعطل.

الى ذلك، فقد شكى المعتقلون من سوء المعاملة بشكل عام اثناء التحقيق معهم، كالرفس واللطم والصفع والضرب باعقاب البنادق على انحاء اجسامهم، وخاصة على الاماكن الحساسة. وفي مرجعيون، نقل عن حالات عدة مورست فيها عملية الحرق بالسجائر والتعرض للتيار الكهربائي بواسطة اسلاك الهاتف الميداني، وبلغت للجنة الدولية للصليب الاحمر بشخص مندوبيها.

ان هذه الحالات من التحقيق والاعتقال ستشكل، من وجهة النظر الانسانية، شكلاً غير مقبول من فرض الضغوط على المعتقلين. وستكون متنافية والمادتين ٣١ و٣٢ من الفقرة الرابعة لميثاق جنيف المنطبقة بصورة عامة على جميع الاشخاص الذين يستفيدون من الحصانة، ان اللجنة الدولية للصليب الاحمر قلقة جداً حيال هذه الاتهامات ونود من الحكومة ان تجري تحقيقا في الاساليب التي يستخدمها المحققون. فمسؤولية السلطات فيما يتعلق بممارسات ممثليها على المعتقلين، موضحة في المادة ٢٩ من الفقرة الرابعة لميثاق جنيف.

● ٢٣ المقابلة النهائية:

تمثلت السلطات بقائد المعتقل، الليوتنانت كولونيل آفي رونين ومترجمه الملازم اول يوكيت شنينبيل..

مثلت اللجنة الدولية للصليب الاحمر بالانسة ايزابيل شيرير، والانسة كريستيان تشوب، السيد اوليفييه كورفوازيه، والسيد برنار فيفرلي، مندوبو اللجنة..

● التمييز بين الاقسام:

اشار المندوبون الى ان الاقسام لم تكن تعامل من قبيل المساواة، مثلاً لم يسمح بالزيارات العائلية لقسمين اثناء الزيارات الثلاث الاخيرة، وقد ابقي التيار الكهربائي في قسم واحد فقط كان المعتقلون فيه قادرون ايضاً على الاحتفاظ بالكثير من الحاجيات الشخصية، ومعدات الرياضة، وادوات القرطاسية. وقد يظن بعض المعتقلين بذلك ان الآخرين كانوا يتلقون زيارات غير محددة. وذلك ما قد يؤدي الى تجدد التوتر مع الحراس.

لم ينف قائد المعتقل هذه الملاحظات، لكنه قال إن

لديه «اسبابه» وانه ليس مستعدا لتغيير سياسته.

● عدم الوضوح في العلاقات بين «جيش الدفاع الاسرائيلي» والمعتقلين:

شدد المندوبون على انه لم تعط اوامر موحدة اثناء الاتصالات بين المعتقلين وسلطات المعتقل، كما ظهر من خلال اللقاءات مع المعتقلين، في ما يتعلق بالتحركات خارج الاقسام وتوزيع الطعام... الخ.

ورد القائد بان هذه المشكلة ناجمة عن التغيير المتواصل للحرس (معظمهم احتياطيون)، مما يصعب معه تطبيق اوامر موحدة. وفي المستقبل سيسمح للضباط فقط بإصدار الاوامر، ويجب ان يكونوا حاضرين اثناء جميع الاتصالات مع المعتقلين، كما بالنسبة لجميع زيارات اللجنة الدولية للصليب الاحمر.

● **الزنزانات:**

ابلغ المندوبون السلطات انهم قلقون من عزل المعتقلين في الزنزانات كاجراء عقابي، الامر الذي لم يسبق له مثيل في المعتقل. الى ذلك، فقد سجن المعتقلون الاربعة الذين حاولوا الفرار، وتجري معاقبتهم، في الزنزانات لمدة تزيد عن الشهر، الامر الذي يتناقض والمادة ١١٩ من الفقرة الرابعة من ميثاق جنيف.

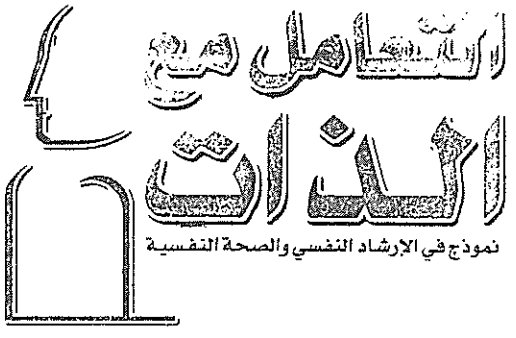
وأكد القائد للمندوبين بان هذا لم يكن عقاباً، بل سجناً انفرادياً ببساطة، ويجب الا يعتبر اجراء خاصا. ووعد بإخراج المعتقلين من الزنزانات قبل الزيارة الدورية اللاحقة. (وفي ٢٦ خزيران ١٩٨٤، لاحظ المندوبون ان هؤلاء المعتقلين لم يكونوا قد اعيدوا الى اقسامهم).

وقال المندوبون انهم قلقون من الشكاوى العديدة التي تقدم بها المعتقلون في الزنزانات، من انهم كانوا يضربون في الايام التي اعقبت الفرار. واعترف القائد مباشرة بالحقائق، لكنه اكد للمندوبين ان ذلك لن يحدث مرة ثانية، بما ان الجنود المسؤولين قد نقلوا وعوقبوا.

التعامل مع الذات

نموذج علاجي خاص ومبسط اعده الدكتور بشير صالح الرشيدي وفق معطيات البيئة العربية إستناداً الى نظرية وليام غلاسر المسماة بالعلاج الواقعي ويتضمن النموذج ثلاثة عناصر يتضمن كل منها عناصر فرعية:

والعناصر الرئيسية الثلاث: ١ ـ معرفة الذات و٢ ـ محبة الذات و٣ ـ ممارسة الذات.



تمتاز هذه الطريقة باعتمادها على منطلقات نظرية متعددة وقابليتها للتطبيق في مختلف اوضاع متلازمة التكيف واصلاح اضطرابات العلاقة البينية (Interpersonal) ويعرض المؤلف لنظريته في هذا الكتاب بشكل متكامل يسهل وصولها الى المتدرب. وهذا المؤلف يهم كافة العاملين في مجال العلاج النفسي وهو يعرض لطريقة علاجية جديدة تستحق الاطلاع عليها تمهيداً لاعتمادها كاحدى تقنيات العلاج النفسي الفعالة والسريعة.

مركز الدراسات النفسية والنفسية ـ الجسدية طرابلس ص.ب/ 3062 ـ التل لبنان.

اعداد: نشأت صبوح ـ رمزية نعمان
سناء شطح

دور الثقافة في مرض الزهايمر

● ربطت آخر الابحاث التي اجريت في جامعة كولومبيا في نيويورك بهدف تحري اضطرابات الذاكرة عند المصابين بمرض الزهايمر، بين معدل تراجع الملكات العقلية والوظائف الدماغية المشاهدة في هذا المرض وبين مستوى الثقافة ودرجة العمل عندهم. وذلك بعد دراسة دقيقة لحالة ١٧٧ مصاباً، كان محور تحرياتها فحوصات نوعية من اجل تحديد درجة نقصان الذاكرة بشكل دقيق.

فقد وجد من متابعة جميع هؤلاء المرضء لمدة اربع سنوات، ان تراجع المهارات العقلية الدماغية يحدث عند جميع مرضى الزهايمر بمعدل درجة واحدة سنوياً، وبغض النظر عن الحالة الاجتماعية والوظيفية، الا ان هذا التراجع يصبح سريعا جداً عند المرضى ذوي التحصيل العلمي العالي وعند الذي يشغلون وظائف عالية المستوى ومهمة.

وقال الباحثون في تفسيرهم لآلية هذا التفاوت في درجات نقص الذاكرة، ان السبب من وراء هذا التراجع يعود الى التركيبة الخاصة لدماغ المريض التي اتم تحصيله العالي، حيث يستطيع هذا الدماغ مضاعفة عمله في بداية الامر، لذلك لا يلاحظ اي ضعف في الذاكرة، عندها. ولكن تطور المرض الى مرحلة متقدمة يحمل معه استحالة في تعويض الدماغ الذي لا يستطيع التأقلم اكثر من ذلك، وعندها يحصل التراجع السريع والانحدار في عمله، خصوصاً في الذاكرة التي تنقص الى حد كبير.

ويعد مرض الزهايمر من اكثر اسباب تطور العته الدماغي المزمن شيوعاً، حيث تعود نسبة ٦٠ الى ٨٠ في المئة من حالات الاصابة باعته الى الاصابة بمرض الزهايمر. ويتميز بنقصان في الذاكرة وفي الوظائف العقلية الاخرى، يبدأ في السواد الاعظم من الحالات متأخراً في العمر، وتقدر نسبة اصابة الاشخاص فوق الـ ٦٥ من العمر بـ ٥ الى ١٥ في المئة. الا انه قد يصيب الاعمار المتوسطة ايضاً. وتلعب الوراثة دوراً في ظهوره، اذ تمكن علماء الوراثة من عزل المورث المسؤول عن المرض الذي يكمن في الكروموزومات ١٤ و١٩ و٢١.

وعلى رغم ان الاسباب المباشرة التي تؤدي الى تطوره غير معروفة على وجه التحديد، الا ان الآلية التي تؤدي الى اعراضه الدماغية العصبية هي معروفة ومميزة. وتعود الى تشكيل شبكة من الالياف العصبية داخل الخلايا العصبية من جهة، والى تكون صفيحات عصبية خارج الخلائا تتألف بشكل اساسي من بروتين بيتا

اميلويد من جهة ثانية، بالاضافة الى حدوث اضطرابات عدة في المواد العصبية التي تلعب دوراً في النقل العصبي.

وتعتمد معالجة هذا المرض، في غياب العلاجات الجذرية التي ما زالت في طور البحث والاختبار، على معالجة الاعراض مثل عدم القدرة على النوم والتهيج والكآبة.

اضرابات مدة الحمل انعكاس لاجهاض سابق!

● وجدت دراسة دنماركية اجريت على عدد كبير من النساء الحوامل بغرض تحري تأثيرات الاجهاض على الحمل والولادة مستقبلاً، ان هذا النوع من العمليات يؤدي الى زيادة نسبة تغيرات مدة الحمل سواء كانت زيادة او نقصاناً. فقد جرت مراجعة سجلات ٦١ ألف امرأة اجري لـ ٥٢ الفا منهن اجهاضاً بغرض التخلص من الحمل وذلك بين سنتي ١٩٨٠ و١٩٨٢، ثم متابعة دراسة سجلاتهن المستقبلية التي اظهرت تزايداً في نسبة تغيرات مدة الحمل اللاحقة، سواء قصرها اوزيادتها عن المدة الطبيعية عند هؤلاء النساء اللواتي اجريت لهن عمليات اجهاض مقارنة مع النساء اللواتي لم تجر لهن هذه العمليات.

والاجهاض بالتعريف هو عبارة عن انهاء الحمل قبل تمكن الجنين من العيش خارج الرحم. وهو يقسم الى قسمين: الاجهاض العفوي والاجهاض المحرض.

الاجهاض العفوي، هو خروج محتويات الرحم من دون التدخل الدوائي اوالجراحي. اما الاجهاض المحرض، فهو الذي يحدث نتيجة لقرار الام في عدم ابقاء الجنين. وتختلف اساليب اجرائه تبعاً لحالة الام ورغبتها وعمر الجنين، فهناك الادوية مثل البروستاغلاندين والاوكسيتوسين، سواء كانت طريقة استعمالها داخل او خارج الرحم، بالاضافة الى الاساليب الميكانيكية المستعملة في اخراج الجنين. وقد اصبح هذا النوع من الاجهاضات مرخصاً منذ سنة ١٩٧٣ في الولايات المتحدة ومن الممكناجراؤه حتى الاسبوع ٢٠ من الحمل.

وعلى رغم تطور الاساليب الطبية الحديثة في مجالات الادوية والجراحة والتخدير التي كان لها اكبر الاثر في تخفيض نسبة الآثار السلبية في مختلف العمليات الجراحية بشكل عام وعمليات الاجهاض بشكل خصا، الا انه بقيت لعمليات الاجهاض آثار سلبية مختلفة، فهي قد تؤدي الى النزف واصابة عنق الرحم والاضطرابات النزفية الدموية، وبقاء بعض مخلفات الجنين وحدوث التلوث والانثقاب والعقم وتمزق الرحم. وتصل نسبة الوفيات فيها الى ٣٠ من كل ١٠٠ الف اجهاض محرض.

من جهة اخرى، يتم تقدير مدة الحمل بالاعتماد على تاريخ اخر دورة طمثية بإضافة ٩ شهور وسبعة ايام على هذا التاريخ، وذلك على افتراض ان مدة هذه الدورة منتظمة وتبلغ ٢٨ يوماً مع حدوث الاباضة في منتصفها، ويصبح تقدير موعد الولادة غير دقيق عند وجود الدورات غير المنتظمة، وذلك لان الاباضة قد تحدث في اي يوم بدءاً من اليوم ١٤ الى اليوم ٢٨ من الدورة.

الالعاب الالكترونية العنيفة تقود الى ظهور السلوك العدواني

احتدام الجدل بين خبراء الاميركيين حول تأثير مشاهد العنف على تصرفات الاطفال والشباب

ممارسة الالعاب الالكترونية العنيفة والعدوانية، يمكن ان تقود الى زيادة في عدوانية الاشخاص الذين يلعبون بها على المدى القريب، كما يمكن ان يكون لها تأثيرات كبيرة على المدى الطويل. جاء هذا في دراسة مثيرة للجدل نشرتها مجلة «بيرسونالييتي اند سوشيال سايكولوجي» (الشخصية والسايكولوجية الاجتماعية)

الاميركية. ويثير بعض الخبراء الجدل ويتساءلون ان كان هناك سبب فعلي او نتيجة فعلية ملموسة في هذه الدراسة.

واختبرت الدراسة ٢٠٠ طالب من الكليات، لعبوا لعبة عدوانية او لعبة تعليمية. وقام الباحث كريج اندرسن من جامعة ميسوري وكارين دبل من كلية لينوير - راين في كارولينا الشمالية بتوجيه الاسئلة الى المشاركين في كلتا المجموعتين، والطلب منهم معاقبة واحد من خصومهم بـ «انفجار صوتي مدو»، ولاحظ الباحثان ان اولئك الذين لعبوا الالعاب العدوانية استخدموا «دفقات صوتية» اطول زمنياً.

وجاء اهتمام الخبراء بهذا البحث بعد الحادثة الدموية التي وقعت عام ١٩٩٩ في مدرسة لتلتون في كولورادون، حيث ذبح ٢٣ طالباً وجرح ٢٣ طالباً آخر من قبل طالبين انتحرا في ما بعد، وظهر انهما كانا يمارسان الالعاب الالكترونية العدوانية بشكل متواصل.

قدوة للسلوك العدواني

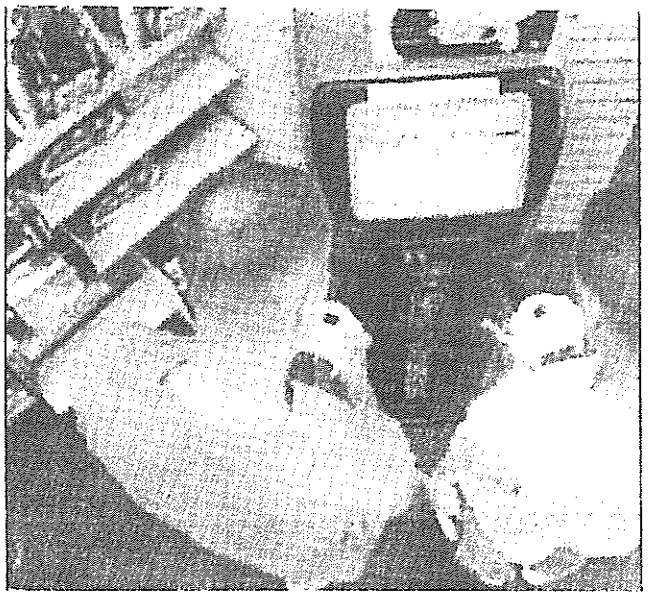
تقول كارولين كلين، الاختصاصية في علم نفس الاطفال في مدرسة لستر برستون بمونتريال، إن النتائج لم تكن مدهشة «فقد اظهرت دراسات البرت باندورا، عالم النفس الشهير في القرن العشرين وصاحب نظرية التعلم الاجتماعي، ان الافراد يمكنهم ان يتعلموا بشكل (بدائلي) - اي كوسيلة بديلة من التعلم المباشر- لدى مراقبتهم لتصرفات الآخرين. وهكذا، ان نظرنا الى الالعاب الالكترونية او الى برامج التلفزيون او الافلام السينمائية، فان نفس المبدأ ينطبق هنا».

ويمكن لمشاهد يتابع سلوكا عدوانيا لشخص ما، ان يتعلم منه هذا السلوك.

وبما ان الالعاب الالكترونية الغاب تفاعلية، اي ان الالعاب يتفاعل فيها مع الاحداث (وهي معاكسة للالعاب او الاحداث السلبية مثل البرامج المعروضة بالتلفزيون) فلربما هناك احتمال اكبر ان يقلد الافراد السلوك العدواني للشخصيات المعروضة في هذه الالعاب.

لكن خبراء اخرين قد يجادلون في صحة هذه المقارنة، حيث يطرحون آراء تقول ان الافلام العدوانية في السينما والتفلزيون التي يظهر فيها العنف، اضافة الى الدماء تخلف انطباعات اقوى بكثير لدى المشاهدين، خصوصا ان ابطال الافلام شخصيات حية بينما يكون ابطال الالعاب الالكترونية شخصيات خلقها الكومبيوتر.

وبقول وان جرشتين المتحدث الصحافي باسم السيناتور جوزيف ليبرمان (المرشح كنائب رئيس لأل غور) الذي قاد حملة كبرى ضد الالعاب الالكترونية



مشاركة الكترونية في الالعاب جهاز العاب «دريمكاست» لشركة «سيغا» يسمح للاعبين بممارسة اللعبة الالكترونية (ارشيف «الشرق الاوسط»)

منذ عام ١٩٩٣، ان تراكم «الرسائل» (المعلومات) من لقطات ومشاهد العنف في الالعاب الالكترونية والبرامج التلفزيونية ووسائل الاعلام الاخرى، يمكن ان تقود الى آثار سيئة تنعكس على الاطفال.

واضاف جرشتين ان هناك «تراكماً متواصلاً للدلائل التي تشير الى وجود علاقة بين العنف على الشاشة والسلوك العدواني لدى الاطفال. وتؤدي المتابعة المستمرة لمشاهد العنف الى زيادة التوجهات نحو السلوك العدواني».

وتظل نتائج الدارسات حول علاقة السلوك العدواني بالبرامج التلفزيونية التي تعرض مشاهد العنف، متناقضة. فقد اشارت دراسة لجامعة كاليفورنيا في لوس انجليس عام ١٩٩٥، الى عدم وجود علاقة او وجود علاقة طفيفة بين ازدياد العدوانية لدى المشاهدين وبين برامج العنف التي يتابعونها. لكن دراسة حديثة لباحثين في كلية الطب بجامعة نيويورك اظهرت ان الاطفال الذين يتابعون برامج لمشاهد العنف تزاد لديهم احتمالات ظهور السلوك العدواني ١١ مرة اكثر بالمقارنة مع اقر انهم الذين لا يتابعونها. وتظهر جوانب هذا السلوك العدواني على شكل نزاعات مع افراد العائلة، والعراك والتمرد وتخريب الممتلكات.

لكن خبراء آخرين يوجهون انتقاداً لاذعاً للدراسة التي قدمها الباحثنان اندرسن وديل، إذ يقول داو لاونشتين، رئيس جمعية البرمجيات الرقمية التفاعلية، انه لا يوجد في الدراسة ما يثبت ان الالعاب الالكترونية تقود الى سلوك عدواني، لان قياس العدوانية فيها جرى على اساس قياس شدة الصوت الذي يصدره اللاعبون لعقاب خصومهم وطول فترته، وهي قياسات يعترف الباحثان انها «محفوفة بالمخاطر». كما ان قسما من هؤلاء اللاعبين يمكن ان يكونوا انفسهم ذوي سلوك عدواني سابق لممارستهم الالعاب الالكترونية.

● ألعاب الكترونية مشبعة باحداث العنف ومناظر الدماء

هناك خمس من اكثر الالعاب الالكترونية التي تحمل رمز Mature (M) وهو رمز للاعبين من البالغين الذين تزيد اعمارهم عن ١٧عاماً، هي:

● لعبة الجندي المرتزق Soldier of Fortune (اكتيفيجن، للعب على الكومبيوتر). وهي لعبة عنيفة جدا يتقمص فيها اللاعب دور الجندي المرتزق المأجور المدجج بأسلحة متنوعة يستطيع بواسطتها قطع الرؤوس والاطراف.

● «الظلام المطبق» Perfect Dark (نينتندو، للعب على آلة نينتندو 64. ويلعبها اللاعب عبر عيون بطلتها، وهي جاسوسة تتمكن من التغلغل نحو منظمة شريرة معادية وتحمل اسحلة متنوعة.

● «مخلوقات الرعب 2» Nightmare Creatures 2 (كونامي، محطة العاب سوني). وهي لعبة يمارس فيها القتل اشخاص مسيرون ومخلوذات حية ومشاهدها مخيفة ومليئة بمناظر الدماء تستخدم فيها السكاكين والسلاسل للقتل.

● «ديكاتانا» Daikatana (ايدوس انتراكتيف، على الكومبيوتر). لعبة متعددة، اي يمارسها اشخاص متعددون او لاعب واحد يتجول في الزمن الغابر ويدمر عشرات الاعداء بمختلف الوسائل.

● «بوستال بلاس» Postal Plus (آر دبليو أس، على الكومبيوتر). منعت من اكثر من ١٠ دول، لكنها تسوق داخل الولايات المتحدة. وهي لعبة مشابهة للعبة كرتون حول ساع للبريد يقتل كل شخص في دائرة عمله داخل المدينة، منهم رجال شرطة وموسيقيون.

شريحة مجهرية تعيد الامل لمن فقدوا البصر

قال علماء بولاية الينوي الاميركية انهم تمكنوا

بنجاح لاول مرة من زرع شرائح سليكون مجهرية تحت شبكية العين في خطوة تحمل في طياتها الامل للملايين ممن فقدوا نعمة البصر.

وكان ثلاثة اشخاص ممن فقدوا تقريباً كل بصرهم بسبب اصابتهم بالتهاب الشبكية الاصطباغي (حالة وراثية تصيب الشبكية بالضمور التدريجي) هم اول من اجريت لهم عملية زرع لشبكية السليكون الاصطناعية.

وقال الاطباء: انهم لن يتمكنوا من معرفة ما اذا كانت هذه الشرائح اعادت البصر قبل مرور عدة اسابيع لانه لا بد اولا من اندمال القطع الذي احدث لادخال الشريحة.

ويضع المرضى شرائط داكنة فوق اعينهم لوقايتها من الضوء او اي ذرات قد تصل اليها.

وكانت العمليات التي اجريت على مدى ساعتين ونصف الساعة في مركز شيكاغو الطبي بجامعة الينوي ومستشفى دو باج المركزي في وينفيلد بالينوى جزءا من دراسة اقرتها ادارة الاغذية والعقاقير لتقرر ما اذا كان من الممكن احتمال الشريحة.

وقال الاطباء: ان الدلائل الاولية تشير الى ان الشريحة وهي اصغر من رأس الدبوس وتعادل في سمكها نصف سمك قطعة الورق لم تلفظها العين.

وقال الن تشاو اخصائي العيون الذي ابتكر هو وشقيقه المهندس الكهربائي فينسنت تشاو هذه الشريحة: «يتعين علينا الانتظار ثلاثة او اربعة اسابيع لنرى كيف ستعمل. ونحنمتفائلون بحذر». وتحتوي الشريحة على ٣٥٠٠ خلية شمسية مجهرية تحول الضوء الى موجات كهربائية. وتعمل من خلال تغيير ماضمر من خلايا الابصار المعروفة بخلايا الاحساس بالضوء في العين. وفي العادة تحول هذه الخلايا الضوء الى اشارات كهربائية داخل الشبكية.

ويحدث فقدان خلايا الابصار في الاشخاص المصابين بالتهاب الشبكية الاصطباغي وامراض اخرى في الشبكية منها الضمور البقعي وهي حالة تتحلل فيها المنطقة المركزية من الشبكية.

ويصيب الضمور البقعي والتهاب الشبكية الاصطباغي وهما من اكثر اسباب فقدان الابصار شيوعا في الدول المتقدمة اكثر من ٣٠ مليون شخص في العالم.

لكن هذه الشريحة لن تجدي في علاج حالات فقد الابصار الناجمة عن الجلوكوما (المياه الزرقاء) الحادة او مرض السكري.

ويأمل الاطباء في ان تساعد الشرائح على اعادة تحفيز الشبكية بحيث يسترد المرضى بعضا من قوة ابصارهم.

ويقول الان تشاو رئيس شركة اوبتوبيونيكس للبصريات التي طورت الشريحة وتتخذ من مدينة ويتون بولاية الينوي مقرا لها «ما زلنا لا نعرف مدى الرؤية التي يمكن استردادها».

هل يصبح الغضب عامل خطورة لتطور امراض القلب؟

● الاشخاص الذين لا يستطيعون السيطرة على غضبهم، يضعون قلبهم في حالة حرجة نتيجة لزيادة عبء العمل عليه، والذي قد يتطور الى نوبات من نقص التروية في بعض اجزائه، مؤدياً في النهاية الى الاصابة باحتشاء قلبي صريح وخصوصاً عند الاشخاص المصابين بامراض قلبية، على العكس تماما من الاشخاص الذين يتحكمون ويسيطرون على ثورات غضبهم. ويحدث نقص التروية عندما ينقص تزويد القلب بالاوكسجين نيتجة لتشنج الشرايين التي ترويه والناشئ خلال التهيج والغضب.

درس اطباء القلب في مستشفى ميتشغن الاميركية هذه الظاهرة في محاولة لتصنيف الاشخاص اعتمادا

على درجة استجابة قلبهم لنوبات الغضب المحرضة خلال اختبار خاص يقيس درجة الاستجابة العقلية لمواقف خارجية شديدة. فوجدوا ان الاشخاص الذين يسجلون معدلاً مرتفعاً من التهيج والغضب في هذا الاختبار، يصبحون اكثر عرضة لتطور نقص التروية القلبية الذي يعتبر جرس انذار كونه يزيد من خطورة تطور الاحتشاء القلبي مستقبلاً. مع العلم ان الفحوصات القلبية النوعية من اجل تحري نقص التروية القلبية تكون باجراء التمارين الرياضية على دراجة كهربائية او سير متحرك مع تخطيط القلب الكهربي الذي يرسم علامات نوعية عند تطور مثل هذه النوبات.

طبق اختبار تحري الغضب، الذي يماثل العاب الكومبيوتر، على ١٦٠ رجلاً و٢٤ امرأة يعانون جميعهم من امراض قلبية او من احتشاء قلبي سابق، او حدث عندهم نقص في تروية القلب عند اجراء اختبار التمارين على السير المتحرك.

وبخلاف التوقعات والتكهنات، سجلت النساء اعلى معدلات ثورات الغضب وفسر القائمون على الدراسة ذلك بان الرجال اقل ميلاً للاعتراف بغضبهم. وجاءت المقابلات التي اجراها الاطباء مع المشاركين لتؤكد هذا التفسير. حيث كان الرجال المشاركون اقل تقديراً لغضبهم عند حديثهم مع الاطباء، الامر الذي جعل سؤال الزوجة او احد افراد العائلة حول هذا الموضوع ضرورة لتقدير درجة هذه التصرفات.

ومن المعروف ان الكثير حول تطور الامراض القلبية ما زال مجهولاً. فقد لوحظ ان السيطرة على عوامل الخطورة المعروفة، على الرغم من انه يخفف الى حد كبير من هذه الاصابات، الا انه لا يلغيها تماما. لذلك كان الاهتمام بدور شخصية الانسان ومميزاتها في تطور امراض القلب، التي تشكل الاستجابة للشدة النفسية ركناً رئيسياً فيها.

لذلك تأتي اهمية تعليم الناس كيفية السيطرة على غضبهم، التي تساعد في انقاص نوبات نقص التروية القلبية والاحتشاء القلبي، بالاضافة الى دور بعض الادوية لهذا الغرض ايضاً، علما ان هناك العديد من الدراسات التي تجري حالياً بغرض تقويم فائدة مضادات الكآبة والقلق في هذا الامر.

تكرار السكتة الدماغية مرهون بمورث

● اشارت دراسات مدرسة هارفرد الطبية الى وجود مورث خاص عند الانسان يجعله عرضة لتكرر الاصابة بالسكتة الدماغية الناجمة عن نزف في الدماغ. ويلعب هذا المورث دوراً في استقلاب الشحوم من خلال حمله تعليمات تؤدي الى صنع بروتين يتدخل في هذه الوظيفة، علما ان دراسات سابقة وجدت ان لهذا المورث دورا في تطور مرض الزهايمر ايضاً.

ولا يحدد هذا الجين، ذو الوظيفة الجديدة، الاشخاص الذين سوف يصابون بالمرض، بل يصنف المرضى الذين سوف يتعرضون مرة ثانية لمثل هذه الحالات. وقد وجد عند ١٤ مريضا من اصل ١٨، تكررت لديهم نوبات السكتة الدماغية.

يتألف هذا المورث من ثلاثة انواع، اخطرها النوع الثاني. وتعود اليته في حدوث النزف الى انه يؤدي الى الاصابة بمرض ناجم عن توضع بروتين خاص، يدعى «اميلويد»، في الاوعية الدموية الدماغية، مسبباً الهشاشة في جدرانها وبالتالي زيادة احتمال حدوث النزف.

ولم يجد الدارسون اي فائدة من تحري هذا المورث عند جميع المعمرين، لعدم اكتشاف اي علاقة بين وجوده وبين حدوث نوبة السكتة الدماغية للمرة الاولى.

تحدث السكتة الدماغية اما من نقص التروية في الدماغ نتيجة لتضيق احد شرايينه، او من النزف الدماغي الحاصل من تمزق احد الاوعية الدموية

الشعرية. وتبدو اعراضه بشكل سريع مفاجئ خلال دقائق، بعلامات تدل على تخرب في الدماغ يختلف بحسب المنطقة المصابة. وتزداد نسبة الاصابة مع تقدم العمر، مع زيادة خفيفة لهذه النسبة بين الرجال.

وتلعب عوامل عدة دورا مهما في تطور هذا الاختلاط الخطير، مثل ارتفاع الضغط الدموي والتدخين والسكري وامراض القلب والاوعية واحترار الدم وتناول الستيروئيد والسمنة وارتفاع الكوليسترول وتناول الكحول المفرط. ويعتبر انذار هذه الحالة سيئاً بشكل عام، اذ يؤدي الى نسبة وفيات تقدر بـ ٤٠ في المئة في الاسبوع الاول. وتبلغ نسبة الوفيات عند الناجين بين ٥ و١٠ في المئة سنوياً. وبشكل عام لا تتجاوز نسبة الشفاء ٤٠ في المئة، مع العلم ان وجود ميلان العين او الشلل النصفي هما علامتان سيئتان.

وتهدف جميع الخطط لعلاج هذه الحالات، التي تؤدي الى العبء الكبير سواء على المجتمع او على عائلة المصاب، الى منع حدوث المرض، وذلك عبر السيطرة على عوامل الخطورة السابقة وخصوصا منها ارتفاع الضغط والتدخين والسكري وارتفاع شحوم الدم.

الوزن الزائد والاضطرابات النفسية

● من جهة اخرى، ربطت دارسة اجريت في جامعة نيوجيرسي الاميركية بين بدانة الاطفال وعدم الثقة بالنفس لديهم. واظهرت ان تأثير زيادة الوزن هذا لا يكون موقتاً بل قد يستمر مع سنوات عمرهم القادمة. بالاضافة الى كونهم يصبحون اكثر عرضة لبدء عادة تدخين السجائر وتناول الكحول مقارنة مع اطفال ذوي وزن طبيعي.

فمن دراسة على شريحة كبيرة من الاطفال بلغ تعدادها ١٢٥٠ طفلاً، تراوحت اعمارهم بين ٩ و١٠ سنوات، كان ١٧ في المئة منهم فوق الوزن الطبيعي المناسب لاعمارهم، ولوحظ ان الزيادة في الوزن تختلف باختلاف الاجناس والاعراق، حيث بلغت نسبة البدانة عند الفتيان البيض ١٤ في المئة وعند الفتيات السوداوات ٢٣ في المئة.

اظهرت النتائج التحليلية النهائية لمختلف معطيات الدراسة وجود فرق واضح ومهم من ناحية الثقة بالنفس بين البدينين وغير البدينين من الاطفال المشاركين، وخصوصاً في فئة الاعمار بين ٩ و١٠ سنوات. وشوهدت عند الاطفال زيادة احساسهم بالحزن والوحدة والعصبية اكثر من الاطفال ذوي الوزن الطبيعي.

الكشف عن الانطوائية عند الولادة

اكد باحثون اميركيون توصلهم الى اختبار كفيل بالكشف مبكرا عن الاضطرابات الانطوائية والتخلف العقلي لدى المواليد الجدد. واعلن هذا الاكتشاف في المؤتمر السنوي للاكاديمية الاميركية لطب الاعصاب المنعقد في سان دييغو (كاليفورنيا). وقال البروفسور جون هاريس الذي قاد فريق الباحثين في برنامج مراقبة الامراض الوراثية في بيركلي قرب سان فرانسيسكو، امام المؤتمر «لا اريد ان استخدم عبارة (تقدم خارق)، لكني اعتقد ان الامر كذلك فعلاً. وكشف الباحثون الذين حللوا عينات من دم حوالي ٣٥٠ طفلاً في الثمانينات لدى ٩٠٪ من الذين ظهرت عليهم عوارض الانطوائية او التخلف العقلي في وقت لاحق، مستويات مرتفعة لاربع مواد كيميائية، هي بروتينات (بيتيدات) تلعب في نمو الدماغ. ولم تكن كمية البروتينات مرتفعة الى هذا الحد عند الاطفال الذين شهدوا نمواً طبيعياً.

التسامح يخلصك من المشاعر السلبية ويقيك من الامراض السيكوسوماتية

يقوم استاذ علم نفس في جامعة ليدز الانكليزية بتعليم عشرات البريطانيين التسامح، لان «الكراهية التي نشعر بها بداخلنا ورم خبيث» وان كبت الغضب يؤدي الى

امراض مثل ارتفاع في ضغط الدم وامراض قلبية.

وسجل اكثر من ٧٠ شخصا اسماءهم للالتحاق بفصل الاستاذ كين هارت الذي سيستمر ٢٠ اسبوعاً ويقول هارت انه الاول من نوعه في العالم.

ويتراوح الراغبون في تعلم التسامح من ضحايا السرقة الى ازواج نبذتهم زوجاتهم وزوجات تعرضن لسوء معاملة ونساء تعرضن للاغتصاب.

وتجمعهم معاً في فصل دراسي واحد، الكراهية والمرارة والرغبة في الثأر.

ويقول هارت، الكندي المولد «انهم مرضى وملوا الحياة مع الذكريات.. يدركون ان المرأرة سم ويعتقدون ان بامكانهم نفثه الان ان الامر ينتهي بان يتجرعونه».

ولم يتسن الحصول على تعليق من الطلبة الذين جرى تقسيمهم الى مجموعات تتراوح بين ثمانية وعشرة افراد. والمحاضرة الواحدة تستغرق ساعتين ويزورون طبيباً نفسياً مرة كل اسبوعين.

والمحاضرات التي ستنتهي في تموز لا تهدف فقط الى ازالة سرطان الكراهية من نفوس هؤلاء الناس وانما الى تقديم الدليل ايضاً على ان وصفة الطبيب هارت (٤٥ عاما) من اجل التسامح، حلوة المذاق.

ويقول هارت ان المحاضرات تبدأ بازالة الصورة السلبية عن التسامح من الاذهان. واوضح ان «شعور الناس تجاه التسامح شعور سلبي.. الناس يخلطون بين التسامح والتغاضي كما انهم يخلطون بين التسامح والنسيان والتصالح. التسامح هو فعل من مجنى عليه تجاه المسيء واساسه التحول من موقف سلبي الى موقف ايجابي.

وبعد ازالة السلبيات يأتي دور ٢٠ عنصراً آخر بينها ان يبدأ الانسان في فحص افكاره ودوافعه ومشاعره ثم يبدي تعاطفاً مع من سبب له الالم قبل ان يبدأ في تعلم كيفية التسامح معه.

ووضع هارت وفريقه كتيبين للارشادات الخاصة بالتدريب على كيفية ابداء التسامح.

وقال الطبيب النفسي نورمان كلارينجبول، احد المشاركين الكبار في مشروع التسامح، ان «الفكرة وراء الكتيبين هي توضح النقاط العريضة لكيفية النظر الى الغضب والضغائن ومعرفة كيف تؤثر عليك وكيف تغير من طريقة تفكيرك في الشخص الذي اغضبك».

واوضح هارت ان فريقه فحص احوال الطلبة الصحية والعاطفية قبل بدء الدروس وبعد انتهائها سيفحصون التقدم الذي طرأ على قلوبهم وحالتهم الصحية واذهانهم وارواحهم. وهارت بحاجة الى ادلة على انهم بدأوا يشعرون بسعادة كما تحسنت حالتهم الصحية لكي يوضح للمتبرعين من «مؤسسة جون تيمبلتون» ان وصفته ناجحة.

وتقدم المؤسسة الخيرية اكثر من ٦,٥ ملايين جنيه استرليني لستين مشروعاً في جميع انحاء العالم لدعم مفاهيم السلام. وقدمت لمشروع هارت ١٢٠ الف جنيه ولكنها تريد نتائج.

ويعتزم هارت بعد حصوله على مزيد من الاموال مساعدة الناس «الذين يريدون التحرر من الماضي».

واعرب عن اعتقاده بان التسامح مهارة من الممكن تعلمها مضيفاً «من الممكن تدريب وتعليم الناس التسامح.. اذا جرى صقل امكانات الناس فان التسامح مثله مثل اي مهارة اخرى من الممكن تعلمه».

ارقام مخيفة في التقرير العالمي لكوارث العام ٢٠٠٠

الامراض المعدية حصدت ١٣ مليون شخص

اطلق الاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الاحمر والهلال الاحمر، التقرير العالمي لكوارث العام ٢٠٠٠، في مؤتمر عقده في لندن. وتألف التقرير من سبعة فصول تناولت: الصحة العامة، وتقييم وتحديد الاولويات في الصحة العامة والسيدا في افريقيا،

والصحة العامة في كوريا وكارثة تشرنوبيل، وازمة كوسوفو، والصعود المفاجئ للمساعدة على التنمية.

احتوى التقرير على ارقام مخيفة ففي السنوات الاخيرة تضاعفت الامراض «كالسيدا والملايا ومشكلات التنفس والاسهال ووصل الى ١٣ مليون شخص عدد الموتى نحو ١٦٠ مرة اكثر من الذين ماتوا جراء الكوارث الطبيعية، حتى لو اخذنا بعين الاعتبار الزلازل والفيضانات والعواصف التي ضربت، على التوالي، تركيا وفنزويلا والهند، حيث الوضع يزداد سوءاً يوماً بعد يوم.

وكشف التقرير، ان كل ساعة يموت ٣٠٠ شخص بالسيدا، وحمى الملاريا تودي بحياة مليونين و٦٠٠ الف سنوياً، ٧٠٪ منهم اطفال. ان اكثر من ٨٦٤ ملياراً صرفت لتجهيزات الحرب في مقابل ١٥ مليار لمكافحة السيدا والسل وحمى الملاريا. و٤٢٥ حقل الغام في كوسوفو تهدد سلامة المواطنين. ولحظ ان مشاركة الشعوب بتنمية الصحة هي النسبة الاضعف منذ سنة ١٩٩١، وما زالت تتناقص، وان ٩٦٪ من الذين لقوا حتفهم جراء الكوارث الطبيعية، هم من البلدان التي في طور التنمية.

وركز التقرير على مشكلات الصحة العامة الناتجة من الصراع الذي شهدته كوسوفو، خصوصاً المشكلات النفسية التي يعانيها عدد كبير من النازحين، اذ بالاستناد الى المنظمات الطبية، فإن الاصابة بالصدمات العقلية تعتبر اليوم من اكبر المشكلات في كوسوفو، واظهر الكشف على الادوية من قبل منظمة الصحة العالمية التي وصلت الى السلطات الالمانية، ان ٤٠٠ الف حبة دواء و١٢٠ كيساً من الامصال كانت منتهية الصلاحية.

واشار التقرير الى ان المصائب الانسانية الجديدة، نفذت من خلال عناصر عدة، فتخلى الحكومات اكثر فأكثر عن مسؤولياتها في حماية الصحة العامة، والتمدن السريع، والتغيرات المناخية، وفقدان عناصر البيئة، من شأنها ان تزيد مخاطر الصحة العامة، من جهة اخرى، فإن امراضاً كان قد قضي عليها، عادت الى الظهور مجدداً بسبب فقدان الانظمة المتعلقة بها، فاورد التقرير ان في البلدان ذات الدخل المتدني، لا يتجاوز المعدل الوسطي للدخل المخصص للصحة ١٪، في مقابل ٦٪ في البلدان الغنية، كما ان حمى الملاريا بدأت تهدد بلداناً مثل اذربيجان وطاجكستان، كما ان في كوريا الشمالية سجلت هذه السنة ٤٠ ألف حالة جديدة من السل، وفي روسيا فإن تأثير مرض السفلس تضاعف ٤٠ مرة منذ انهيار الاتحاد السوفياتي.

ويسلط التقرير الضوء على البرامج الصحية ذات التكلفة البسيطة بالنسبة الى الامراض المعدية، وانه كان يمكن انقاذ نسبة كبيرة من مجموع ١٣ مليون متوف بتكلفة ٥ دولارات للشخص الواحد، كما يبين التقرير كيف ان الخدمات الصحية الاساسية تتناقص في مقابل الاصلاح الاقتصادي، اذ ان دراسة قام بها البنك الدولي في ٥٣ بلداتٌ بينت ان تكلفة وسائل الاصلاحات الادارية تأخذ ١٥٪ من طريق متوسط التكلفة الصحية للفرد.

الشره المرضي أسبابه نفسية وبرنامج علاجي جديد يحقق نجاحاً

في منتصف السبعينات بدأ العلم يحدد معالم الشره المرضي Boulimia الذي تحول في الاعوام الاخيرة حالة اجتماعية تطاول نسبة كبيرة من النساء والفتيات. وقبل معرفتنا الاسباب النفسية التي تقود البعض الى الافراط في الاكل ثم اللجوء الى التقيؤ مرات عدة في النهار، نظر العالم الى المرض باستغراب وعزاه الى خوف البعض من السمنة. لكننا نعرف اليوم ان المرض يطاول اكثر من خمسة ملايين امرأة في العالم وان

اللواتي تتراوح اعمارهن بين التاسعة والخامسة والعشرين هن الاكثر عرضة له.

الفتاة التي تعاني الشره المرضي تعاني في الواقع قلة اعتبار لذاتها وغالباً ما تضع لنفسها اهدافاً غير واقعية، وهي فريسة قلق مزمن وهواجس تتفاقم في كل مرة تجد نفسها فيها في وضع حرج او تتعرض لضغط. وهي امرأة غالباً ما تلجأ الى طلب النصائح من الآخرين لاعتقادها انها غير قادرة على اتخاذ القرارات بنفسها. وفي حين انها تتمتع بقدرة ذكاء عالية، تبقى طفلة في ما يتعلق بعواطفها ولهذا السبب لا تعرف كيف تطالب بحقوقها. وكذلك اذا كانت تظهر امام الآخرين بصورة المرأة الكاملة التي تسيطر على حياتها وعواطفها، فإنها تجد نفسها في الواقع ضعيفة، تسكنها الهواجس وترى في الطعام الوسيلة الوحيدة للسيطرة على جزء صغير من حياتها.

والعلم اليوم، بعد اكثر من عشرين عاماً على اكتشافه الشره المرضي، يزعم ان بصيصاً من الامل لاح اخيراً. وفي تحقيق لمجلة «شايب» الشهرية ان دراسة جديدة تمولها المؤسسة الوطنية الاميركية للصحة وجدت طريقة اكيدة لمساعدة المريضات في التغلب على الافكار المشوهة والتدميرية التي تدفعهن الى التهام الطعام وتقيؤه باستمرار. والعلاج يحث المريضة على مساعدة نفسها بواسطة برنامج جديد اطلق عليه اسم Cognitive behavioral therdy يعلم المريضة كيف توقف «النوبة» ما ان تشعر بها. ولئن كانت المسؤولة عن شفاء نفسها فإنها تتابع البرنامج باشراف طبيب او ممرضة. ويعود نجاح البرنامج الى كونه يلزم المريضة الاتكال على ذاتها بعدما كان عدم حب الذات هو السبب الاساسي لتدهور حالتها النفسية وولادة الهواجس التي تتحول مع الوقت جحيماً داخلياً لا علاقة له بالواقع.

ولا يعطي البرنامج الاختصاصيين او اطباء النفس دوراً كبيراً رغم ان جذور المرض محض نفسية، بل ينطلق من كتاب عنوانه «التغلب على الشره المرضي». وتتابع المريضة الارشادات فيه تحت مراقبة طبيب تكون علاقتها به مبنية على الثقة، تزوره بانتظام في الاشهر الاولى. وتقتصر مهمته على التشجيع والاستماع الى تطور حالة المريضة، وفي الوقت نفسه يوجهها نحو الطريق السليم ويتأكد من انها تتبع الخطوات المرسومة في الكتاب. وفي المرحلة الاولى تدون المريضة كل ما تأكله وتصف شعورها بعد تناولها الطعام وتقيؤه، علماً انها تشعر بالشفقة على الذات وبالخجل بعد كل نوبة. ويحاول البرنامج تشجيع المريضات على تناول ثلاث وجبات يوميا على ان يتضمن نظامهن الغذائي الجديد كل انواع الطعام التي كانت «محظورة» ماضياً. وتابعت حتى الآن ٥٠ امرأة البرنامج الذي يستمر اربعة اشهر وتبدو النتائج مشجعة جداً.

علاج جديد لنوبات النعاس الشديد

● يعاني الاشخاص الذين لديهم نقص في بروتين يدعى Hypoprotein 1 موجود عادة في السائل الشوكي، من اضطرابات نوم مميزة وغير معروفة اسبابها على وجه التحديد. حيث يتطور عند المصابين نوبات من النعاس يتراوح تعدادها تبعاً لشدة المرض ودرجته. فبعض المرضى يعاني من نوبة كل اسبوع، فيما يعاني بعضهم الآخر من عدة نوبات في اليوم الواحد، ويشعر المصاب اثناء النوبة بميل شديد لا يقاوم للنوم، حتى انه قد يغط في نوم عميق اثناءها، وبغض النظر عن الظروف المحيطة او المكان.

جاء سر مرض النوم هذا بعد ان قام اطباء جامعة ستانفورد بمقارنة نسبة هذا البروتين في السائل الشوكي لتسعة اشخاص يعانون منه، مع نسبته في السائل الشوكي لثمانية اشخاص سليمين من المرض، الامر الذي بين عدموجود هذا البروتين عند سبعة من

المصابين نتيجة عدم امكان معايرته، بينما كان موجوداً عند جميع السليمين من المشاركين.

ولهذه الملاحظة التجريبية أهمية خاصة كونها اضافت للمعالجة المتوافرة اختياراً آخر، وهو اعطاء هذا البروتين المفقود الى المصابين الامر الذي يؤدي الى تحسن الاعراض عندهم.

اما مرض Narcolepsy، او مرض النوم الذي لا يقاوم، فهو يظهر في نوبات من النعاس الشديد الذي لا يمكن مقاومته او السيطرة عليه. وتحدث هذه النوبات في اي وقت او ظرف كان، غير ان هناك بعض العوامل التي تزيد من نسبتها مثل توافر محيط هادئ غير مزعج، كالحاصل اثناء قيادة السيارة على طريق سهل وممتد او بعد تناول وجبات الطعام. ولكن الغالبية العظمى من هذه النوبات تحدث من دون اي سبب واضح. ولهذا المرض صلة وراثية قوية، فهو يحدث عند الاشخاص من زُمر نسيجية معينة. وقد تمكنت الدراسات الوراثية من اكتشاف المورث المسؤول عنه، وهو كامن في الصبغي السادس.

وبالاضافة الى الاعراض السابقة، فقد يحدث نقصان فجائي في مقوية عضلات الاطراف السفلية، مؤدياً على السقوط مع عدم الغياب عن الوعي وذلك بنسبة ٦٦ في المئة، ويصاحب هذه النوبات شعور بالاستغراب المفاجئ او العاطفة القوية، ويرافقها هلوسات خوف شديد عند بدء النوم بنسبة ٦٦ في المئة، وخوف شديد اثناء النوم الامر الذي يجعل عملية التحرك مستحيلة كالمشاهد اثناء حالات الشلل بنسبة ١٥ الى ٢٠ في المئة، مع العلم ان تخطيط الدماغ الكهربائي هو طبيعي في جميع هذه النوبات.

ويعالج هذا المرض اما بمشتقات الامفيتامين او بجرعات صغيرة من مضادات الكآبة الثلاثية الحقلة.

توصيات ندوة تعريب التعليم الطبي: تعظيم الايجابيات وتلافي الثغرات

اقامت نقابة اطباء مصر بالتعاون مع الجمعية المصرية لتعريب العلوم مؤخراً ندوة تعريب التعليم الطبي: تعظيم الايجابيات وتلافي الثغرات. وكان ذلك بدعم من منظمة الصحة العالمية(المكتب الاقليمي لشرق المتوسط) والمركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية (جامعة الدول العربية) وبمشاركة كلية الطب بنات جامعة الازهر وكلية الطب بنين جامعة الازهر وكلية الطب جامعة عين شمس. وكان ذلك ضمن اعمال المؤتمر الدولي الحادي عشر لاطباء مصر الذي عقد في الفترة ٣٠ رجب ٣٠ شعبان ١٤٢٠هـ الموافقة ٨ - ١١ نوفمبر ١٩٩٩م بمركز القاهرة الدولي للمؤتمرات بمدينة نصر بالقاهرة.

وقد انتهت الندوة الى اتخاذ التوصيات الآتية:

١ - يؤكد المؤتمرون ان تدريس الطب والعلوم باللغة العربية خطوة اساسية في استيعاب العلم وتنمية الاسلوب العلمي في التفكير والسلوك وتنمية ملكة الابتكار والابداع.

٢ - يتواصى المجتمعون بان يعمل كل منهم، في حدود امكاناته الشخصية، او في حدود مسؤولياته المباشرة، على تحقيق اي قدر مستطاع من التعريب فيما يدرس او يكتب من مواد علمية.

٣ - دعوة هيئات تحرير الدوريات الطبية المتخصصة والمؤتمرات التي تعقد بالبلاد العربية ان يرحبوا بنشر الابحاث الطبية العلمية باللغة العربية فيها.

٤ - يفرض على من يتقدم للترقية لدرجات الاساتذة والاساتذة المساعدين، ان يترجم الى العربية عملاً علمياً يختاره من قائمة تعرض عليه. كما يوصون بان يسن الاساتذة المتفرغون سنة حميدة بالتأليف في فروع تخصصهم باللغة العربية.

٥ ـ توصية نقابة اطباء مصر والهيئات المعنية بتعريب الطب بأن ترصد من الجوائز المادية والمعنوية كل عام ما يشجع على استكمال تعريب مختلف فروع الطب.

٦ ـ دعوة نقابة اطباء مصر والجمعية المصرية لتعريب العلوم والجهات العلمية المختصة الى اصدار دوريات علمية باللغة العربية في فروع الطب المختلفة.

٧ ـ وتوصية نقابة اطباء مصر والجمعية المصرية لتعريب العلوم والهيئات المعنية بتعريب الطب بأن ترصد من التمويل ما يمكن من تأليف كتاب مرجعي وتدريسي في مختلف فروع الطب خلال عام. وبان تفسح للجلسات الطبية باللغة العربية مساحة اكبر في مؤتمراتها القادمة.

٨ ـ توصية اعضاء هيئات التدريس بالجامعات المصرية والعربية بتبني كتابة رسائل الماجستير والدكتوراه باللغة العربية.

٩ ـ يرى المؤتمرون ان تعريب الطب وبحوثه في مصر والعالم العربي يجب ان يمر بمرحلة جادة يخطط لها تخطيطاً سليما يمكن تسميتها مرحلة تدريس الطب بازدواجية لسانية متناسقة ومتوازنة بغية الوصول الى التعريب الكامل للطب وبحوثه.

نصائح لمرضى الربو

● هناك عدد وفير من المحرضات التي تسبب نوبة ربو. ومن الصعوبة بمكان السيطرة عليها وحصرها، لذا، وقبل زيارة الطبيب، لا بد من البحث بدقة عن الاشياء التي تؤزم حال مريض الربو.

وتقدم مختلف مراكز امراض الصدر والهيئات المعنية بعلاج مرضى الربو جملة نصائح عامة ونوعية هي حصيلة دراسات احصائية مطولة على هؤلاء المرضى، مما عكس زيادة في معدل الحياة عندهم وخفف من نسبة الهجمات الحادة والاختلاطات الناجمة عن هذا المرض، وتتضمن النصائح العامة، عدم التدخين والابتعاد عن دخان السجائر، ووضع منديل حول الوجه في الايام الباردة، واجراء التمارين الرياضية خارج المنزل في الهواء الطلق عند توافر الطقس المعتدل، وداخله في الايام الباردة مع الانتباه الى التدرج في شدتها، وتجنب السرعة في العمل ومحاولة تنظيم المهمات الامر الذي يؤدي الى تقليل الضغوط النفسية الى اقل درجة ممكنة، والابتعاد عن الاشخاص الذي يعانون من التهابات صدرية. اما النصائح النوعية فهي عدم تربية الحيوانات داخل المنزل، واستعمال فراش عازل وقراءة محتويات الاطعمة الجاهزة المكتوبة على الغلاف بهدف التأكد من عدموجود اي طعام محسس، وتجنب قضاء وقت طويل خارج المنزل في الايام الحارة والجافة، والابتعاد عن المناطق ذات الاعشاب العالية ورفع زجاج النوافذ تماماً عند المرور قربها بالسيارة، واستعمال وسادات واغطية صنعية مع غسل الشراشف كل اسبوع بدرجة ٦٠ مئوية، وغسل العاب الاطفال اللينة، ومنع الرطوبة في المنزل والتخص من طبقات الفطور اذا وجدت.

ويبقى العلاج الدوائي هو حجر الاساس في علاج هذا المرض الذي يميل الى التراجع مع تقدم العمر. مع العلم انه قد يعود، بعد التحسن عند الاطفال، في سنوات العمر المتوسطة.

خلل وراثي عند الام يؤدي الى متلازمة داون

● تزداد نسبة حدوث تشوه او متلازمة داون عند النساء اللواتي لا يستطعن تحويل مادة الفوليت بشكل طبيعي.

وتحدث متلازمة داون عند عدم انفصال الصبغي ٢١ خلال مراحل انقسام الخلية، مما يؤدي الى حصول

مثلث في هذا الصبغي او الكروموزوم. وتزداد نسبة حدوثه كلما ازداد عمر الام، حيث تصل هذه النسبة الى ١ من كل ٦٠ عند النساء بين ٤٠ و٤٥ سنة. إلا ان هذا التشوه يبقى الاكثر شيوعا بين ٢٠ و٢٩ سنة، باعتبار ان هذا العمر هو اكثر فترات النساء انجاباً للاطفال.

ويؤدي تشوه داون الي مظاهر نوعية ومميزة عند الطفل مثل قصر القامة ووجه بيضوي وضخامة في اللسان... وكذلك تحدث تشوهات قلبية ونقصان في نشاط الغدة الدرقية وعقم عند الذكور وتخلف عقلي وتطور مرض الزهايمر. بالاضافة الى ارتفاع نسبة حدوث الاصابة بسرطانات الدم من ١٠ الى ١٨ مرة اكثر من المعدل الطبيعي.

وكانت دراسات سابقة وجدت **ان اعطاء حامض الفوليك يؤدي الى نقصان حدوث هذا التشوه.** وتنصح منظمة الصحة العالمية بان تأخذ الحامل اضافات من هذا الفيتامين منذ التخطيط للولادة، لأن الحاجة اليه ماسة في الاسابيع الاولى للحمل. وعلى الرغم من تقدم الاشراف الطبي وتطور وسائل العلاج، الا ان الوفاة في منتصف العمر هي القاعدة عند جميع المصابين بهذا التشوه. لذلك تعتبر الوقاية منه العلاج الامثل.

استمارة لكشف اضطرابات تناول الطعام

● تعد اضطرابات الطعام اكثر الاضطرابات النفسانية مشاهدة عند النساء الشابات. ونظراً لاهمية التشخيص الباكر في تطور المرض وانذاره من جهة، ولان الاعراض الفيزيائية الاولية غير كافية لتشخيصه من جهة اخرى، قام باحثو مستشفى سانت جورج، من خلال خبرتهم الطويلة مع هذا المرض، بابتكار اسئلة خاصة بهدف الاكتشاف الباكر للفهم العصبي (انوركسيا) ولمرض البوليميا.

دعيت هذه الاختبارات باسم SCOFF وهي تتألف من الاسئلة التالية:

١ ـ هل تجعلين نفسك تتقيأين نتيجة شعورك بالامتلاء.

٢ ـ هل تقلقين نتيجة اعتقادك بفقدان السيطرة على كمية الطعام المتناولة.

٣ ـ هل خسرت وزناً يعادل ٦,٥ كيلوغرامات، خلال فترة ثلاثة شهور.

٤ ـ هل تصفين نفسك بدينة مع ان الجميع يقول انك نحيفة.

٥ ـ هل يسيطر الطعام على حياتك بطريقة او بأخرى.

وتمنح المريضة علامة واحدة على كل جواب بالايجاب. واذا كانت العلامات النهائية مماثلة للرقم ٢ او معادلة له. كان احتمال الاصابة باضطرابات تناول الطعام كبيراً.

تم اختبار هذه الاسئلة على ١١٦ امرأة، بين ١٨و٤٠ سنة، كانت شخصت اصابتهن اما بالفهم العصبي او بالبوليميا، باستعمال معايير خاصة متعارف عليها عالمياً. بالاضافة الى هذه المجموعة، كانت هناك مجموعة اخرى للمقارنة تألفت من ٩٦ امرأة، بين ١٨ و٣٩ سنة، جميع نسائها سليمات. وجد من خلال تطبيق هذه الاسئلة على الجميع، انها كانت حساسة لكشف الاصابات، وبدرجة كبيرة. وكما هو متوقع في هذه الامراض، كانت اكثر اصاباتها انتشاراً في الطبقات الاجتماعية العالية. وكان السواد الاعظم من المصابين، اما عازبات او منفصلات او مطلقات او ارامل.

وعلى رغم سهولة هذه الاستمارة وامكان تطبيقها، الا ان الامر بحاجة الى المزيد من الدراسة من اجل معرفة جدواه وفاعليته عند التطبيق الواسع على جميع

افراد المجتمع، وخصوصاً على الفئات ذات الخطورة العالية لتطور هذا المرض.

تقسم الاضطرابات الطعامية بشكل عام الى قسمين، يدعى الاول الفهم العصبي، اما الثاني فيسمى البوليميا او تناول الطعام المفرط.

وقد شهد الفهم العصبي تزايداً واضحاً في الآونة الاخيرة، نظراً لارتباط النحافة بالجمال وهواكثر ما ينتشر في المدارس الداخلية للبنات وفي مدارس الباليه. ولا توجد اسباب محددة لتطوره، الا ان للوراثة دوراً مهماً في ظهروه. وكذلك عند وجود خلل هرموني في منطقة تحت السرير البصري في الدماغ.

ولوحظ في معظم الحالات ان هناك قصة سابقة من السمنة وزيادة الومن. ويطغى على مخيلة المريضة تشوه في تصور شكل جسمها، مع خوف شديد من الانتقال الى مرحلة البلوغ. لذلك تراها محاولة بالوسائل شتى ابقاء وزنها تحت الوزن الطبيعي اللازم لتطور الدورة الشهرية، ومتجنبة الطعام بمختلف اساليب التحايل والمواربة.

من جهة اخرى، يتميز البوليميا بنوبات متكررة من تناول الطعام المفرط وخلال فترات قصيرة نتيجة فقدان السيطرة على التحكم بالكمية المتناولة خلال هذه النوبات. ويتبع ذلك نوبات تعويضية مثل تحريض القيء وتناول المسهلات في محاولة لمنع زيادة الوزن. وتتميز مريضات هذا النوع من اضطرابات الطعام بالجاذبية القوية وبحب المخالطة وصحبة الناس، على العكس تماماً من مريضات الفهم العصبي اللواتي يتجنبن الناس بمقدار تجنبهم للطعام.

وكذلك تتميز مريضة البوليميا بالحساسية المفرطة وقد تكون مدمنة على المخدرات او الكحول يبقى، ان الصعوبة في معالجة هذه الامراض تعود الى الدور الكبير الذي يلعبه المحيط في ظهورها، لذلك نرى نسبة الانتكاس مرتفعة، نظراً لعودة المريضة الى الظروف البيئية ذاتها بعد فترة علاجها، الا انه وبشكل عام، يعتبر انذار مرض البوليميا افضل بكثير من عواقب الفهم العصبي الذي ما زال مستعصياً على العلاجات المتوافرة.

اهدى المكتبة العربية «القدرات العقلية» رحيل رائد علم النفس المعرفي فؤاد ابو حطب

في عصر الفقدان العظيم الذي يتوارى فيه اعلام عصر العطاء النبيل واحداً بعد الآخر، كان آخر الفرسان الذين رحلوا عن دنيانا الى رحاب الله، الاستاذ والمعلم والرائد البروفسور فؤاد ابو حطب. الذي فقدته مصر والعالم العربي صباح يوم السبت في ٢٩/ ٤/ ٢٠٠٠.

ولد الدكتور فؤاد ابو حطب في العام ١٩٣٥ في كفر الشيخ.

وتخرج في كلية الآداب ـ جامعة القاهرة حاملاً ليسانس الآداب ـ قسم الدراسات النفسية والاجتماعية في العام ١٩٥٧. ثم نال الدبلوم العام في التربية من جامعة عين شمس (١٩٥٨) والدبلوم الخاص (١٩٥٩) من الجامعة نفسها. ثم سافر الى بريطانية ليحصل على ماجستير علم النفس من جامعة لندن العام ١٩٦٣، ثم حصل على الدكتوراه من الجامعة نفسها العام ١٩٦٧. وعاد بعدها الى مصر ليعمل مدرساً لعلم النفس التربوي في جامعة عين شمس ـ كلية التربية. وفيها نال لقب استاذ مساعد العام ١٩٧٢ ولقب الاستاذية في العام ١٩٧٧ وبقي فيها استاذاً لغاية وفاته. خلال هذه المدة شغل منصب مدير المركز القومي للامتحانات والتقويم التربوي (١٩٩٤ ـ ١٩٩٨) ورئاسة قسم علم النفس التربوي في الكلية (١٩٩٢ ـ ١٩٩٩٤) ووكيل الكلية (١٩٩٣ ـ

١٩٩٥) وتفرغ فيها استاذاً منذ العام ١٩٩٥ وحتى وفاته.

نال البروفسور ابو حطب جائزة الدولة التشجيعية عن كتابه «القدرات العقلية» في العام ١٩٧٣. وذكرت سيرته العالمية في عدد من الموسوعات العربية والعالمية. وكان الفقيد عضواً مستشاراً في عدد كبير من المجلات النفسية العربية والاجنبية وكذلك في لجان المؤتمرات. حيث شارك في اكثر من اربعين مؤتمرا عربياً وعالمياً. وقاد اكثر من عشرة مشروعات قومية وعربية في مجال اختصاصه.

اما على صعيد الانتاج العلمي فقد نشر ابو حطب اكثر من سبعين بحثاً متخصصاً في مجلات علمية عربية وعالمية. وعلى صعيد النشر العلمي نشر عشرة اختبارات (مؤلفة ومعربة) وقننها على البيئة المحلية، وترجم ثلاثة كتب ونشر اثني عشر كتاباً مؤلفاً، يعتمد معظمها كمراجع للتدريس وللبحث في عدد كبير من الجامعات العربية.

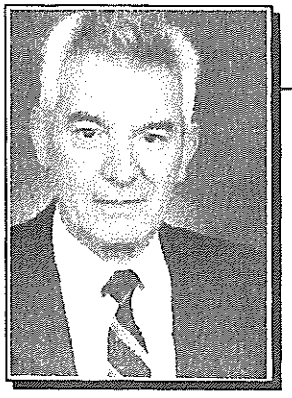
ونأتي الى الاشراف حيث اشرف على ٣٢ رسالة ماجستير و٣٥ رسالة دكتوراه في مختلف الجامعات المصرية لطلاب مصريين وعرب.

كان البروفسور فؤاد من النوع القيادي الذي لا يم دون ان يترك اثراً. ففي اثناء دراسته في بريطانيا كان اميناً عاماً لاتحاد الدارسين العرب في المملكة المتحدة وايرلندا (١٩٦٣) ثم تولى رئاسة الاتحاد في العام ١٩٦٤ وعمل خلال رئاسته مدافعاً عن القضايا القومية التي كانت مشتعلة في ذلك الوقت (قضية فلسطين وقضية الجزائر وقضايا الخليج...).

بعد عودته من المملكة المتحدة وفي اواخر الستينيات اهدى ابو حطب للمكتبة العربية كتابه «القدرات العقلية» الذي كرسه رائد علم النفس المعرفي في العالم العربي. واستمر اهتمام الفقيد بهذا النوع حتى انتشاره واعتماده لغاية طغيان ابحاث علم النفس المعرفي على كثير من البحوث النفسية في الجامعات المصرية، خصوصاً بعد ان تمكن ابو حطب من وضع نموذج نظري للقدرات العقلية. واعتبر هذا النموذج مساهمة علمية عالية لقيت التقدير في المؤتمرات العالمية. وبذلك ساهم الفقيد في وضع اسس مدرسة علمية عربية وبطرح نموذج عالمي فكان انتخابه في العام ١٩٩٢ عضواً في المجلس التنفيذي للاتحاد الدولي لعلم النفس، وكذلك عضواً في المجلس التنفيذي للجنة الدولية للاختبارات النفسية والمجلس التنفيذي للاتحاد الدولي للتقويم التربوي.

ولقد تجلت مواهب الراحل القيادية والتنظيمية في جهوده لاعادة احياء الجمعية المصرية للدراسات النفسية واعادة ربطها بالاتحاد الدولي لعلم النفس. وهو قد تمكن من تدعيم مكانة الجمعية عن طريق اصداره لمجلتها الفصلية وللكتاب السنوي لعلم النفس الذي يضم اعمال المؤتمر السنوي للجمعية، اضافة الى النشرة الشهرية للجمعية «اخبار علم النفس». والتقت جهود الراحل، يدعمها طلابه، مع جهود زملائه وفي طليعتهم عالم النفس المميز البروفسور فرج عبد القادر طه، الذي لعب دور الوسيط المفصلي في اقامة الاتحاد العربي لعلم النفس يجمعه بين البروفسور ابو حطب وبين رئيس مركزالدراسات النفسية في لبنان. وهو اجتماع نجم عنه تأسيس الاتحاد واصدار مجلة فصلية له باللغة الانكليزية، حيث اتم الفقيد وضع اللمسات الاخيرة على عددها الاول قبل وفاته بقليل. واذا كانت الحديث عن انجازات ابو حطب لا ينتهي فإننا نختتم عرضها بذكر دوره في المجلس الدولي الذي نفذ مشروع جامعة السلطان قابوس وكان ذلك في العام ١٩٩٠.

د. عبد الفتاح دويدار
(جامعة الاسكندرية)



فرج طه: كما أعرفه

د. فرج عبد القادر طه
استاذ علم النفس
كلية الآداب ـ جامعة عين شمس
وعضو المجمع العلمي المصري

أبدأ بشكر خاص اوجهه الى القائمين على تنظيم المؤتمر السادس عشر لعلم النفس من مصر والمؤتمر العربي الثامن لعلم النفس، لتوجيههم الدعوة لالقاء نبذة عن سيرتي الذاتية والعلمية. وأذكر أني طلبت من أستاذي المرحوم الدكتور لويس كامل مليكة قبل وفاته ببضع سنين أن يكتب لنا مقالا بعنوان «لويس مليكة كما أعرفه» لكي أنشره تكريماً له من احد أعداد «مجلة دراسات نفسية» التي كنت أشرف برئاسة تحريرها آنذاك. ورغم إلحاحي عليه، إلا أنه استمر في الرفض، وتجاهل رغبتي تلك. فرأيت أن أستفيد من اقتراحي هذا العنوان وأنسخ على منواله عنواناً لموضوع حديثي هذا.

ولدت في الاول من شهر مايو عام ١٩٣٧؛ والاول من مايو ـ كما هو معروف ـ عيد العمال؛ لأم أمية لا تعرف القراءة ولا الكتاب، وأب فلاح حفظ القرآن الكريم من كتاب القرية، ويجيد القراءة والكتابة ومبادئ الحساب. يزرع أرضه بنفسه، ويساعده فيهاأجير، وأحياناً إثنان بشكل دائم، وقت أن كان ذلك ميسوراً حتى بدايات الخمسينات. ومع تزايد عدد الابناء، وضيق ذات اليد، وتغير الظروف الاجتماعية في القرية أصبح أبناؤه هم مساعديه في الفلاحة مع الاستعانة أحياناً بأجير ليوم او اكثر. وكان الأب فقيراً لا يملك اكثر من ثلاثة أفدنة من احدى قرى المنوفية (فيشا الصغرى ـ مركز الباجور)، وهي على كل حال كانت تعتبر ثروة؛ نظراً لضيق الرقعة الزراعية المنوفية مقارنة بكثافتها السكانية.

ولما كنت اكبر أبنائه الذين تعدوا العشرة، فقد كنت مساعده الرئيسي في اعمال الفلاحة والزراعة. وهكذا ظللت أمارس كافة الاعمال المتنوعة التي يمارسها المزارع العادي سواء في الحقل او البيت، في الاجازات الصيفية وغيرها، حتى تخرجت من الجامعة. وأذكر أن والدي ـ رحمه الله ـ كان يشير على في كل الامور الهامة. ويناقشني فيها؛ فاقتنع برأيه اوأقنعه برأي، وذلك منذ بلوغي سن الثالثة عشرة تقريباً. بل كان شديد الحرص على اقناعي بما يريد عمله او ينوي الإقدام عليه. وكأنه كان يحاول جاهداً أن يغرس في الثقة بالنفس وتنمية الذات وتقدير الرأي واستقلالية

الرؤية واحترامها. وظللت مع أبي صديقين نتبادل المشورة الى ان توفاه الله في يونيو من عام ١٩٨٩؛ بعد ان استكمل الثالثة والثمانين بيومين اثنين، وبعد ان استكملت الواحدة والخمسين باكثر من شهر.

ومع كثرة ابناء الوالد الذكور وزيادتهم عن العشرة، وفي ظروف الفقر النسبي الذي كان يعيش فيه، إلا أنه كان من الوعي والرغبة لوصول ابنائه جميعاً الى اعلى مراحل التعليم، حتى أن من لم يحصل تعليماً رسمياً منهم لعدم توفيقه في التعليم كان يحاول معه نقله الى مدارس اخرى، ولم يتعلم منهم تعليماً متوسطاً إلا من فشل في التعليم الثانوي العام، أما من نجح منهم في التعليم العام فقد تابعه حتى تخرج من الجامعة. فكان يستدين، ولا يبالي ببيع قيراط من ارضه القليلة للانفاق على تعليم ابنائه، حتى انك تجد الآن من بينهم الطبيب البشري، والطبيب البيطري، والمهندس، والمدرس... والفلاح الذي ورث مهنة والدنا ولا يزال يسكن داره، ويفلح ارضه. ولعل هذه ظاهرة تمتاز بها محافظة النوفية مقارنة بغيرها من المحافظات، نظراً لضيق رقعتها الزراعية على أهلها، حتى ليصبح التعليم فيها هو المتنفس الأمن لمواصلة العيش الكريم، والمستقبل المأمون.

وهكذا؛ أدخلني والدي مدرسة القرية الاولية والوحيدة حينذاك عام ١٩٤٤ بسنتها الاولى (أي في سن السابعة). وكان سن الالزام في ذاك الوقت. فكان ذلك بداية تعليم، حيث إني لم ادخل كتاب القرية قبل ذلك اعتمادا وانتظارا للتعليم المدرسي الالزامي. وبعد ثلاثة اعوام دراسية بمدرسة فيشا الصغرى الاولية كان والدي قد اقتنع خلالها بضرورة تعليمي بالمدارس الابتدائية حيث فرصة التعليم المفتوح حتى التخرج من الجامعة، مقارنة بالتعليم الاولى الذي كان يتوقف عن السنة السادسة منه. ولم يكن التعليم الابتدائي يتوافر في القرى بل المدن والمراكزالحضارية. ولهذا تقدمت في صيف عام ١٩٤٧ الى السنة الثانية بمدرسة وادي النقل الابتدائية بشبرا بالقاهرة، وكان علي ان اجتاز امتحان قبول، اخذت دروساً بسيطة له، ووفقت فيه. وهكذا انتقلت دراستي من القرية ذات التعليم المنغلق الى القاهرة ذات التعليم المفتوح، وهي نقلة نوعية في التعليم، حيث تدرس اللغة الانجليزية، بشكل رسمي فيه اعتباراً من السنة الثالثة الابتدائي. ولقد كنت متفوقاً الى حد كبير في التعليم الابتدائي، حتى أني كثيراً ما كنت احصل على ترتيب «الاول» بين زملائي في امتحانات الفترات وامتحانات نهاية العام.

وفي عام ١٩٥٠ حصلت على الشهادة الابتدائية، وهي على المستوى الرسمي لسنوات التعليم الحالي تعادل الانتقال من السنة الاعدادية الى السنة الثانية. ثم انتقلت الى مدرسة الامير فاروق الثانوية بروض الفرج بالقاهرة، والتي سميت بمدرسة روض الفرج الثانوية بعد قيام ثورة يوليو ١٩٥٢؛ وتصادف ان تقع هذه المدرسة امام شارع يسمى باسم «شارع عبد القادر طه». وكان التعليم الثانوي آنذاك خمس سنوات ينتهي بالشهادة التوجيهية العامة في نهاية السنة الخامسة الثانوية، والتي كانت تسبقها شهادة الثقافة العامة وكانت شهادة عامة على المستوى الرسمي ايضاً، تمنح لمن يجتازون الامتحان العام في نهاية السنة الرابعة الثانوية؛ ولم يكن نظام التعليم الاعدادي قد عرف بعد. وهكذا؛ حصلت على شهادة «الثقافة العامة» في عام ١٩٥٤، وفي العام التالي ١٩٥٥ على شهادة «التوجيهية العامة» ـ القسم الأدبي، وهو الذي يؤهل للالتحاق بكلية الآداب.

وإذا كان التعليم الابتدائي بمثابة نقلة كيفية بالنسبة ـ لي ـ كما سبق ان اشرت ـ ونقلة اجتماعية في الوقت نفسه، حيث انتقلت من القرية التي شهدت طفولتي حتى سن العاشرة الى مدينة القاهرة باتساعها وصخبها وتعقد مظاهر الحياة فيها؛ فإن النقلة الكيفية الكبرى الثانية في حياتي قد تمت في بدايات مرحلة تعليمي الثانوي. فمنذ اوائل الخمسينيات توثقت علاقتي بزميل

وصديق لي منذ مرحلة التعليم الاولى هو عبد الرازق علام، والذي يسبقني في الدراسة الاولية، كما كان يكبرني في السن بحوالي ثلاث سنوات، إلا أنه كان أنضج زملائه واصدقائه جميعاً. كانت هوايته الاولى القراءات الادبية المتنوعة ما بين شعر وقصة، ورواية ومقالة، واسلاميات... مع اقتناء كل ما يستطيعه لكبار المؤلفين أمثال شوقي. وحافظ، وطه حسين، والعقاد، والزيات، والرافعي، والمنفلوطي، والمازني، وهيكل... ولقد نجح في نقل هذه العدوى اليّ؛ سواء قراءة او اقتناء. فكنا نتبادل (عبد الرازق علام ـ هذا الزميل العزيز وانا) قراءة ومناقشة ما نملكه من تلك المؤلفات، كما كان يكلفني بشراء بعضها من «سور الازبكية»؛ حيث كانت هوايتي المفضلة تلك الايام هي قضاء الساعات الطويلة ـ كل اسبوع احياناً ـ استعرض فيها واشتري واساوم باعة الكتب القديمة على هذا السور بقروش زهيدة، وكنت تجد امهات الكتب واقيمها معروضة لدى تجار هذا السور ذي السمعة الشهيرة في مصر كلها. وكان من نتيجة هوايتي القراءة والاطلاع والاقتناء هذه ان توجهت الى الدراسات الانسانية بكل طاقتي وميولي، مما ساعدني على ان احقق فيها شيئاً أحمد الله عليه؛ وساعدني ايضاً على تنمية الاستعداد للكتابة والتأليف، اللذين كانا يمثلان لي املا براقاً تبدو امامه الآمال الاخرى شاحبة باهتة، ضعيفة القيمة والاهمية.

وفي مرحلة الدراسة الثانوية وسابقتها الابتدائية، ولاحقتها الجامعية؛ كنت اقضي الاجازة الصيفية كاملة بقريتي التي كنت شديد الحنين اليها وانا اتلقى تعليمي في القاهرة، بل كنت انتهز فرص الاجازات اثناء العام الدراسي لقضائها بالقرية، مما كان يضاعف متعتي بالاجازة، ولا زالت هذه العادة تلازمني حتى الآن، فلا يكاد يمضي اسبوعان او ثلاثة الا واذهب الى القرية لقضاء يومين او اكثر؛ فإن غبت عن القرية مدة اطول، احسست وكأن السنين مضت دون ان اراها فيشتد حنيني اليها والى اهلها اهلي. بل إني لأجد متعة خاصة في رؤية مرزوعاتها المختلفة في كل مرحلة من مراحل نموها. ولقد تصادف أن عينت بالخرطوم (فرع جامعة القاهرة بالسودان) في النصف الثاني من الستينيات قبل انتقالي الى جامعة عين شمس في نهاية الستينيات، فحرمت بذلك من رؤية قريتي وقت حصاد محصول «الذرة»؛ حيث كانت الاجازة الصيفية لفرع جامعة القاهرة بالخرطوم تنتهي قبل هذا الوقت. ولا زلت حتى الآن اتذكر مقدار لهفتي وحنيني الى رؤية قرتي في هذا الوقت بالذات.

ولما كانت اسرتي فقيرة كثيرة الابناء، وكنت اكبرهم، فقد تطلعت الى التوظف بشهادة الثقافة العامة او التوجيهية العامة، فأخفف عن أبي عبء مصاريفي، واساعده في تربية اخوتي إن استطعت. وتصادف ان اعلن «ديوان الموظفين» عن حاجة وزارات الدولة ومصالحها الى تعيين كتبة وسكرتاريين بعد نجاحهم في امتحان يجريه ديوان الموظفين، حدد له مدنا كثيرة يتم فيها في نفس الوقت ممن يتقدم من حملة «الثقافة العامة» او «التوجيهية العامة»، وكان ذلك في اوائل عام ١٩٥٥، حيث لم احصل على شهادة التوجيهية بعد، وان كنت حاصلاً على شهادة الثقافة العامة. فتقدمت للامتحان ضمن آلاف كثيرة، ووفقت فيه، وجاء تعييني بالصحة القروية بمدينة سوهاج. وبدأت استعد للكشف الطبي واستلام الوظيفة؛ آملاً في استكمال تعليمي الجامعية عن طريق الانتساب للجامعة من الخارج، الا ان والدي ـ رحمه الله ـ اعترض بشدة على ذلك مبيناً لي ان الوظيفة ستشغلني عن استكمال دراستي وتعطلني؛ وقد تغريني بالانصراف كلية عنها. وأبدى استعداده لبيع أجزاء من أرضه للصرف على تعليمي وتعليم اخوتي، حتى لو ضحى بها كلها. وبالفعل باع وقتها قرابة فدان مما يملك على اجزاء، حيث كان القيراط وقتها حوالي عشرين جنيهاً، وهو بسعر اليوم حوالي اربعة آلاف جنيهاً. ويتعجب الفرد

من وعي وأصرار فلاح تتمثل كينونته أساساً في كل ما يملك من ارض زراعية ان يكونا بهذا القدر.

وتظهر نتيجة امتحان شهادة التوجيهية العامة عام ١٩٥٥ واتقدم الى مكتب تنسيق الجامعات برغبتي الاولى في الالتحاق بكلية الآداب ـ جامعة عين شمس الكائنة بحي شبرا، والذي اسكن فيه أثناء تعليمي الابتدائي والثانوي؛ فأقبل بها. وأتقدم الى الكلية باختياري لقسم الدراسات النفسية والاجتماعية للدراسة به تمهيدا للتخصص في علم النفس، حيث كانت الدراسة به في السنتين الاولى والثانية مشتركة بين تخصص علم الاجتماع وعلم النفس، وعلى الطالب ان يختار دراسة السنتين الثالثة والرابعة اما متخصصا في شعبة علم النفس او شعبة علم الاجتماع. وكانت الدراسة في شعبة علم النفس هذه بجامعة عين شمس هي الدراسة المتخصصة الوحيدة بالجامعات المصرية في علم النفس؛ وقد ظلت كذلك قرابة عقدين من الزمان. ولقد تصورت الامر منتهياً بالورقة التي تقدمت بها بالدخول قسم الدارسات النفسية والاجتماعية، وقضيت بعدها بضعة أيام في القاهرة، ثم رأيت ـ طالما بقيت عدة أيام على بدء الدراسة ـ أن أقضيها في القرية. وكان الموقف الذي أركب منه مواصلتي الى القرية مجاوراً للكلية التي قبلت فيها فمررت على الكلية قبل ان اركب المواصلة، وإذا بي أجد اعلاناً كبيراً بجوار مدخلها يحدد يوما معيناً (وكان قريباً) لعقد اختبار قدرات واستعدادات لقبول من يرغبون دخول قسم الدراسات النفسية والاجتماعية. وهكذا تنقذني الصدفة وحدها من ضياع فرصة تخصصي في علم النفس.

كنت ـ ولا زلت ـ اذكر اساتذتي بالمدرسة الاولية وبالمدرسة الابتدائية وبالمدرسة الثانوية. واتخذ قدوة مثلى من شخصياتهم، واخلاقهم وضمائرهم المهنية، وتفانيهم في عملهم، وانكارهم لذواتهم، وتشجيعهم لتلاميذهم، ومساندتهم لهم، والحرص على مصلحتهم ومستقبلهم، ودعمهم بكل ما يستطيعون، دون ادنى مصلحة انانية ضيقة يبتغونها وراء ذلك. فلا زلت أذكر ـ والدورس الخصوصية غير معروفة آنذاك ـ كيف كان استاتذتنا من قرية «سروهيت» المجاورة لنا ـ الذين لا نكف عن طلب الرحمة لهم ـ الاساتذة: عبد العزيز سراج وصلاح عمار ومحمد شرشر يحضرون الى مدرستنا الاولية بالقرية قبل بدء الدراسة الصباحية بحوالي الساعة يتولون فيها اعادة شرح دروس الحساب واللغة العربية والقرآن والدين لمن يرغب الاستزادة او التقوية. حتى ان بعضهم بعد احالته الى المعاش افتتح فصلاً في بيته للتدريس المجاني لمن يرغب في تحسين مستواه للحصول على الابتدائية، ليسهل عليه دخول المدرسة الاعدادية بعد ان تغير نظام التعليم. وكنت تجد السبورة والطباشير في صدر احدى غرف بيته الخاص. كما اننا لا يمكن ان ننسى الجدية التي كان يدير بها مدرستنا المرحوم الاستاذ سيد صقر، وكان ناظرنا في المدرسة الاولية التي تحولت الى مدرسة ابتدائية مع تغير نظم التعليم، وحرصه الشديد على مصلحة تلاميذه والارتقاء بالاداء التربوي في مدرسته. ومع انه كان من قرية «سرس اللبان» المجاورة لقريتنا والبعيدة عنها بما يقترب من سبعة كيلومترات، إلا انه كان من اوائل من يحضرون الى المدرسة صباحا حتى في الايام المطيرة، او شديدة البرد. ورغم السنوات القليلة والسن الصغيرة التي كنت تلميذا فيها لهؤلاء الاساتذة العظماء في مكانتهم عندنا وفي خلقهم وشخصياتهم، فقد ظللت على علاقة شخصية بكل منهم ازوره في بيته او مكان عمله، ويزورني في بيتي بالقرية حتى اصبحت استاذا بالجامعة، وحتى توفاهم الله واحد بعد الآخر. وطالما ذكر اسم واحد منهم امام أحد زملائي الذين تتلمذوا على يديهم لمدة اطول افاض بالحديث عن فضائله عليه وعلى زملائه، وعن تشجيعه له، وعن نوادره الطيبة معه او مع اهله.

أما اساتذتي في المدرسة الابتدائية، فلا زلت اذكر

استاذي المرحوم محمد عبد الرحمن، وقد توفاه الله قبل وصوله سن الخمسين، وذلك بعد تخرجي من الجامعة ببضع سنين؛ وكان استاذي في اللغة العربية، ونقل من مدرستي الابتدائية بعد انتقالي منها الى المدرسة الثانوية ففقدت الاتصال به، وكان قاصراً على وقت التواجد في المدرسة. وفي المدرسة الثانوية كان اكثر تأثري بالاستاذ فايز حليم، استاذ اللغة الانجليزية، والاستاذ عبد الحميد طعيمة استاذ اللغة العربية، وكقروي صغير لم تكن تأتيني الشجاعة لعقد علاقات شخصية خارج المدرسة مع هؤلاء الاساتذة الكبار «جداً في نظرنا، والعظماء فعلا ما يجسدونه من قيم وخلق، وبما يغرسونه فينا من مثاليات، وبما يقومون به من تنمية لشخصياتنا، وتشجيع لنا، ورفع لمستويات طموحنا. وكنت - بين زملائي - أنال نصيباً كبيرا من كل ذلك.

لكن - وبكل المقاييس - فإني لا اشك في ان حظي وحظ زملائي الذين درسوا معي بقسم الدراسات النفسية - بكلية الآداب - جامعة عين شمس؛ في الخمسينيات من «القرن الماضي» كان عظيماً. فقد أنشئ القسم في اوائل الخمسينيات مع بداية انشاء الجامعة والكلية معاً، تحت اشراف ورئاسة رائد عظيم، واستاذ كبير علما وخلقا؛ له من السمعة المحلية والعالمية في الطب والتحليل النفسي ما لم يؤت لاحد من المصريين حتى الآن؛ ذلك هو **مصطفى زيور** (رحمة الله). وكان تكوينه العلمي فريداً بين اساتذتنا؛ حيث بدأ بالتخرج من قسم الفلسفة بالجامعة المصرية (جامعة القاهرة الآن)، ثم سافر الى السربون في باريس فحصل منها على درجة الليسانس في الفلسفة مرة اخرى، تحول بعدها الى دراسة الطب فظل بها حتى حصل على درجة الدكتوراه فيها. ومع دراسته للطب وبعدها درس التحليل النفسي في باريس، فكان اول عربي يحصل على دبلوم التحليل النفسي، وعضوية الجمعية الدولية للتحليل النفسي. وتنشر له المجلات العلمية العالمية بحوثه في الطب السيكوسوماتي، حيث كان زيور يعد من بين كبار رواد هذا الفرع العلمي الحديث على المستوى العالمي؛ وذلك مع بداية الاربعينيات. كما انه اشترك منذ عام ١٩٤٥ مع زميله واستاذنا المرحوم يوسف مراد (استاذ علم النفس آنذاك بجامعة فؤاد الاول - جامعة القاهرة الآن) في انشاء ورئاسة تحرير اول مجلة عربية لعلم النفس تحت اسم «**مجلة علم النفس**» ظلت تصدر ثلاث مرات في العام - عن دار المعارف حتى عام ١٩٥٣. وكان ينشر في هذه المجلة مقالات وبحوث باللغة العربية والانجليزية والفرنسية كبار علماء النفس من عرب واوروبيين وامريكيين. كما كانت تنشر ترجمة عربية او ملخصاً لما ينشر بالانجليزية او الفرنسية. وكانت للمجلة سمعة عالمية كبيرة؛ مما جعل مجلة «الملخصات السيكلوجية Psychological Abstracts» التي تصدرها جمعية علم النفس الامريكية تهتم بنشر ملخصات لما ينشر بها من بحوث.

كان زيور جادا ومخلصا في انشاء القسم على اسس سليمة ومتكاملة، بعيدة عن اي نوع من التعصب لاتجاه علمي معين؛ يضيق الافق، او يهدر الموضوعية. وهكذا اختار معاونيه للعمل كأعضاء هيئة تدريس بالقسم اختياراً دقيقاً؛ فضم للقسم اساتذتنا: السيد محمد خيري، ولويس كامل مليكة، ومصطفى صفوان، وعبد المنعم المليجى، واحمد فائق. كما انتدب للتدريس بالقسم اساتذتنا: يوسف مراد، وسامي محمود علي، وسيد عبد الحميد مرسى واحمد وجدي وعماد الدين فضلى. وبنفس الجدية وسعة الافق اهتم بوضع المواد العلمية التي تدرس بالقسم بحيث تتكامل لإعداد خريج منفتح على التيارات العلمية الاساسية والمعاونة في مَزْج فريد عُرف به خريج علم النفس من كلية آداب جامعة عين شمس حتى

الآن. فكان الطالب يدرس - على سبيل المثال - مواد: اصول علم النفس، والقياس النفسي، والتحليل النفسي، وسيكلوجية الفروق الفردية والجماعية، وعلم نفس الطفل، وعلم النفس الاجتماعي، وعلم النفس المرضي، وعلم النفس الاكلينيكي، وعلم النفس الصناعي، وعلم النفس التجريبي وعلم النفس الفسيولوجي، والاحصاء، والانثروبولوجيا، واسس الفلسفة.

ولم يكن هؤلاء الاساتذة العظماء يدرسوننا العلم فقط، بل كانوا يعطوننا الى جانبه القدوة المثلى من السلوك والقيم، ومن الحدب على طلابهم وتشجيعهم ورعاية مصالحهم. ولا زلنا حتى الآن نذكر بعضهم وقد حمل الكثير من المراجع من مكتبته الخاصة ليعيروننا اياها، مما كنا نحتاجه للقراءة او البحث. كما لا زلنا نذكرهم وهم يستقبلوننا في مكاتبهم او في بيوتهم فيهشون لذلك؛ يفتحون لنا صدورهم في ابوة حانية، واستاذية رفيعة؛ نناقشهم ما استغلق علينا من علم، او استشكلت علينا من امور. ولا شك في ان ما لاقيناه من مساندتهم تشجيعهم وابوتهم واستاذيتهم كان خير عون لنا في اعدادنا العلمي، وفي تكويننا الشخصي؛ رحم الله من رحل عنا منهم، ومتع الباقين بالصحة وطول العمر.

وبعد تخرجي عام ١٩٥٩؛ سجلت لدرجة الماجستير التي حصلت عليها عام ١٩٦٥ تحت اشراف استاذي مصطفى زيور والسيد محمد خيري، وقد ساعدني فيها - معهما - استاذاي لويس كامل مليكة وسيد عبد الحميد مرسى. ثم تابعت دراستي للدكتوراه ايضاً تحت اشرافهم ومساعدتهم؛ فحصلت عليها عام ١٩٦٨. وبعد حصولي على الماجستير عينت بجامعة القاهرة فرع الخرطوم (كلية الآداب). ولما كنت اتطلع الى التعيين بجامعة عين شمس، فإني لم اتقدم للتعيين مدرساً بفرع الخرطوم، وبقيت عاماً به اعمل معيداً رغم حصولي على درجة الدكتوراه، حتى تم تعييني قبل بداية العام الدراسي ١٩٦٩/١٩٧٠ بجامعة عين شمس حتى الآن.

وفي اكتوبر من عام ١٩٧٣ سافرت الى جامعة محمد الخامس بالرباط معارا الى كلية الآداب والعلوم الانسانية. وكان بها قسم للفلسفة والاجتماع بكلية الآداب حيث كان التدريس مشتركاً بين الفلسفة والاجتماع في السنتين الاولى والثانية، اما الثالثة والرابعة فينفصل التخصصان عن بعضهما الى تخصص الفلسفة او تخصص الاجتماع؛ ايهما يختار الطالب. فوجدناها فرصة لاقتراح افتتاح تخصص ثالث لعلم النفس في السنتين الثالثة والرابعة، وقد وفق على الاقتراح وطلب منا وضع المواد التي تدرس بالسنتين الثالثة والرابعة تخصص علم النفس. وبالفعل انشئ هذا التخصص، وظهر قانونه في الجريدة الرسمية الصادرة في ١٧ إبريل من عام ١٩٧٤، وبدأت الدراسة الرسمية بالسنة الثالثة علم النفس مع بداية العام الدراسي التالي مباشرة (عام ١٩٧٤/١٩٧٥). ومع انتهاء اعارتي للمغرب في عام ١٩٧٧، كانت هناك دفعتان قد تخرجتا من قسم علم النفس، تحملان الشهادة الجامعية فيه.

وفي عدد مايو من عام ١٩٧٨ تنشر المجلة الاميركية المشهورة «Psychological Abstracts» ملخصاً لبحثي عن كيفية ادراك المكفوفين للاحلام. وفي عدد يونيو من نفس العام تنشر ملخصا للبحث آخر لي عن سيكلوجية العامل المُشْكِل في الصناعة.

ويعقد المؤتمر الدولي الثاني والعشرون لعلم النفس في يوليو من عام ١٩٨٠ بمدينة ليبزج بألمانيا (الشرقية وقتذاك). ولعل اختيار مدينة ليبزج لعقد المؤتمر بها كان إحياء لذكرى مرور مائة عام على انشاء ڤونت Wundt لمعمل علم النفس بجامعة ليبزج، حيث كان اول معمل لعلم النفس في العالم سنة ١٨٧٩، إذ نقل علم النفس نقلة كيفية كبرى جعلت كثيراً من علماء النفس يؤرخون لولادة علم النفس الحديث بهذه

السنة. ثم بعدها بدأ ينتشر الى دول العالم وجامعاته اسوة بجامعة ليبزج. وكان مؤتمر ليبزج هذا اول مؤتمر عالمي احضره. وهناك قابلت العالم الامريكي «إدوين فليشمان Edwin Fleishman» وكان وقتها رئيس مجلس ادارة «الجمعية الدولية لعلم النفس التطبيقي International Association of Applied Psychology»، وهي اكبر جمعية دولية لعلم النفس التطبيقي. وكان اول ما نشرت من كتب هو كتاب «قراءات في علم النفس الصناعي والتنظيمي» وكان كتاباً اشرفت على تأليفه وشاركت فيه، وقد نشرته عام ١٩٧٣. وكان في آخر كل بحث نشر فيه ملخص باللغة الانجليزية من صفحتين الى اربع صفحات تقريباً؛ بهدف تعريف القارئ الاجنبي ببعض البحوث الميدانية الهامة التي تجري في البلاد العربية في ميدان علم النفس الصناعي. وعندما التقيت بفليشمان في هذا المؤتمر اهديته نسخة من الكتاب. وقد استهوتني المؤتمرات العلمية العالمية بعد ذاك، خاصة واني قد اعرت من عام ١٩٨١ حتى عام ١٩٨٥ الى جامعة أم القرى بمكة المكرمة؛ مما وفر لي فائضاً من المال يسمح بالانفاق على حضور مثل هذه المؤتمرات. وفي عام ١٩٨٢، اشتركت في المؤتمر الدولي العشرين لعلم النفس التطبيقي الذي عقدته «الجمعية الدولية لعلم النفس التطبيقي» وهي تعقد مؤتمرها الدولي كل اربع سنوات. وقد عرضت في هذا المؤتمر بحثاً عن «علم النفس الصناعي في مصر: الماضي، والحاضر، والمستقبل». والتقيت هناك بفليشمان الذي سألني لماذا لم أرد على الخطاب الذي أرسله إلي من حوالي عام، ولم يكن الخطاب وصلني، فاعتذرت بذلك وعلمت من أنه اراد ترشيحي لعضوية مجلس ادارة الجمعية الدولية لعلم النفس التطبيقي، وان الامر لا زال قائماً اذا وافقت على ذلك، وان الانتخابات القادمة ستكون في أكابولكو بالمكسيك في صيف عام ١٩٨٤ أثناء انعقاد المؤتمر الدولي الثالث والعشرين لعلم النفس.

ولقد حضرت هذا المؤتمر بالفعل مشاركاً ببحث ألقيته عن التصوير السمعي كعملية في اخراج احلام المكفوفين. وفزت في انتخابات الجمعية الدولية لعلم النفس التطبيقي بعضوية مجلس ادارتها مع زميل صيني وآخر اسباني. ولقد ظللت منذ ذلك الحين عضوا بمجلس الادارة حتى عام ١٩٩٤.

وكان يحضر مؤتمر المكسيك زميل وصديق فاضل هو فؤاد ابو حطب، حيث التقيت به، وقضينا وقتاً نتحدث فيه عن هموم علم النفس ومتخصصيه وجمعيته في مصر. وكنا مأخوذين بالتنظيم الرائع لهذا المؤتمر الذي عقدته المكسيك، وهي إحدى دول العالم الثالث. وأخذنا نحلم بنهضة لهذا التخصص وجمعيته ونشاطه في مصر التي لا ينقصها المتخصصون، وبها جمعية الدراسات النفسية التي عرفت بتاريخها المشرف منذ نشأتها في عام ١٩٤٨، حيث كانت احدى الجمعيات العشرين التي قامت وشاركت في تأسيس الاتحاد الدولي لعلم النفس عام ١٩٥١ جنبا الى جنب مع امريكا وانجلترا وفرنسا وايطاليا واليابان وغيرها؛ والذي كان مؤتمر المكسيك هذا هو مؤتمره العالمي الثالث والعشرين. وكان يشاركنا حديثنا واحلامنا زميل وصديق ثالث حضر هذا المؤتمر هو سمير عبد العزيز فرج. وقد تحققت بداية حلمنا بعقد المؤتمر السنوي لعلم النفس في مصر بعد ان رأس فؤاد ابو حطب الجمعية المصرية للدراسات النفسية. وبالفعل عقدت الجمعية مؤتمرها الاول بالاشتراك مع كلية التربية جامعة حلوان في ابريل عام ١٩٨٥، ولم يكن قد مضى عام على مؤتمر المكسيك. وكان هذا المؤتمر عيدا لعلم النفس في مصر، وحشداً كبيراً لعلمائه ومتخصصيه من كافة الاتجاهات والتخصصات، والقى فيه، مؤسس الجمعية وأول رئيس لها، أستاذنا المغفور له عبد العزيز القوصى بحثاً قيما طريفا، وكان افتتاحية كتاب بحوث المؤتمر المجمعة بعنوان: «خمسون عاماً مع

علم النفس في مصر» ولم يسعدني الحظ بحضور هذا المؤتمر حيث كنت معارا لجامعة ام القرى بمكة المكرمة. ولقد تتابعت المؤتمرات السنوية للجمعية المصرية للدراسات النفسية سنوياً، حتى الآن، مع اضافة مؤتمر آخر يعقد منذ ثماني سنوات تحت اسم «المؤتمر العربي لعلم النفس» بمبادرة من الجمعية المصرية وبعض زملاء التخصص من البلاد العربية الشقيقة. ونتطلع لعقد مؤتمر دولي في مصر قريباً انشاء الله، مثل مؤتمر أكابولكو بالمكسيك.

وفي عام ١٩٨٦؛ اشترك مع ٢٤ زميلاً من علماء النفس في العالم، يمثل كل منا واحدة من دوله، ومنها الولايات المتحدة الاميركية وانجلترا وروسيا وكندا واستراليا وايطاليا واليابان والسويد والنرويج في تأسيس لجنة «علم النفس والسلام ومقاومة الحرب النووية بالاتحاد الدولي لعلم النفس Committee Psychologists For Peace and againts Nuclear War of the International Union of Psychological (I.U.Psy.S) Science. والتي اصدرت اول منشوراتها في اكتوبر عام ١٩٨٦.

ويختارني مجمع اللغة العربية بالقاهرة خبيراً لعلم النفس فيه، وذلك منذ عام ١٩٨٦؛ حيث اشترك في وضع مصطلحات علم النفس به. وفي عام ١٩٨٧ يشكل «مكتب الامم المتحدة في ڤيينا لشؤون التنمية الاجتماعية والشؤون الانسانية» بالاشتراك مع «مركز ابحاث مكافحة الجريمة» بوزارة الداخلية السعودية هيئة علمية للقيام ببحوث نفسية اجتماعية مقارنة عن المخدرات في دول افريقية واسيوية واوروبية؛ فكنت الثاني في هذا التشكيل لهذه الهيئة التي ضمت خمسة آخرين من الزملاء من امريكا والسعودية والسودان ومصر؛ هم: حمد عبد الكريم المرزوقي، وعبد الله عبد الغني صيرفي، وعبد العاطي احمد الصياد، وشرف الدين الملك، وتونى فيشيكا. وقد أتممنا بحث «التورط في المخدرات: دراسة نفسية اجتماعية في مصر» ونشر تقريره عام ١٩٩٠ في ٣٦٥ صفحة.

ومثل كثير من زملائنا متخصصي العلوم الانسانية نلحظ انهياراً في كثير من القيم الايجابية المثلى، التي على اكتافها تنهض الامم وتقوى، وانشغل كثيراً بهذا الهم العام فانتهز الفرص لكتابة مقالات او القاء بحوث ومحاضرات انبه فيها الى هذا الانهيار الخطير. واطرح لتوصيف بعضه مصطلحاً جديراً هو «تليف الضمير» قياساً على تليف الكبد كمرض اكثر انتشاراً بين المصريين واكثر خطورة على حياة الفرد، قاصداً بهذا المصطلح ان هناك بعض الافراد الذين اصيب ضميرهم بالتليف والعطب، ولم يعد يؤدي وظيفته كما ينبغي، حتى اصبح ضميرهم كالليفة المملؤة بالثقوب والفجوات بحيث يمر منها الشيء او الامر دون ان تصفيه من شوائبه وتقوم بتنقيته ليصبح صالحاً ومفيداً. وبالمثل فإن الضمير عندما يتليف ويفسد يُمرِّرُ ويمسح بأي سلوك مهما كان فاسداً او مدانا، فيظهر خبث النفوس دون وازع من ضمير يوجهها نحو الخير، ويحول بينها وبين الشر. واطرح هذا المصطلح لاول مرة عام ١٩٩٤ في عدد إبريل من مجلة دراسات نفسية في مقال بعنوان: «تأملات فيما طرأ على الشخصية المصرية من سلبيات». وفي عام ١٩٨٨ اكتب عن «المثقف وتجسيد القدوة» في كتابي المجمع «علم النفس وقضايا العصر». وفي عام ١٩٨٩ أنشر مقالاً عن «الاستاذ الجامعي: الانسان والسلوك» في عدد يوليو - سبتمبر من «مجلة علم النفس». وفي مارس من عام ١٩٩٩ اعود الى الاخلاقيات والقيم التي ينبغي ان يتحلى بها استاذ الجامعة فاقدم بحثاف عن «الاستاذ الجامعي والميثاق الاخلاقي» في ندوة «معايير الاعراف والقيم الجامعية» التي عقدتها جامعة القاهرة. وفي عدد يناير عام ١٩٩٧ من «مجلة

دارسات نفسة» ابنه الى خطورة السلبيات المدمرة لتفشى البيروقراطية في مصر في مقال بعنوان «في قبضة البيروقراطية» وفي يناير من عام ١٩٩٨ اكتب في «مجلة دارسات نفسية» مقالاً بعنوان: «الامتحان الموضوعي الهام من مادة: (سيكلوجيا الارهاب والسلام)» أحلل فيه عوامل الارهاب وانبه الى خطورته على المجتمع وعلى تشويه المسلمين في الخارج؛ وأدلل على ان الاسلام الحق يقاوم الارهاب ويدينه. وفي يناير (يضاً) من عام ١٩٩٩ اكتب في «مجلة دراسات نفسية» مقالاً بعنوان «عن قوة المستغني وتهافت المفتقر: رؤية نفسية «أبين فيه ان احساس الفرد بالحاجة يجعله من موقف الضعف، وقد يؤدي به الى التذلل والمهانة وبيع كرامته وإنسانيته اللتين لا يعادلهما ما يسعى اليه من مكاسب؛ هي في نهاية الامر شكلية وليست جوهرية. وان القوة الحقيقية للانسان بما هو انسان تكمن في فلسفة تقوم على الاتسغناء. ولعلي كنت الوح الى هؤلاء الذين يمرغون كرامتهم تحت اقدام المسؤولين بحثاً عن ترقية او جائزة، او منصب او منفعة؛ وهي ظاهرة سلبية منتشرة في اجهزتنا الادارية والوظيفية الى حد كبير؛ وللأسف؛ كثيراً ما ينجح من يلجأون اليها في الوصول الى مبتغاهم.

وارى في الوفاء قيمة انسانية نبيلة، خاصة من جانب التلميذ لاستاذه؛ ولذا، فإني كنت ابادر احياناً، وارحب احياناً اخرى في المناسبات التي تتاح لي للكتابة او للحديث عن اساتذتي الاجلاء فكنت اكتب المقالات في المجلات العلمية والثقافية والقي الكلمات في الندوات، وهم احياء لتكريمهم، او بعد رحيلهم في ذكراهم، اعترافاً بفضلهم، وتقديراً وبياناً لاسهاماتهم وعطائهم لعلمهم ومجتمعهم. وكنت اهتم كثيراً بوضع عنوان المقال او الحديث ليدل عليه. وهكذا؛ فقد هنأت استاذي مصطفى زيور في حياته بمناسبة حصوله على جائزة الدولة التقديرية بمقال نشرته بالعدد الثامن من «مجلة علم النفس» (اكتوبر - ديسمبر ١٩٨٨) تحت عنوان: «الاستاذ الدكتور مصطفى زيور: عقل عالم وقلب إنسان». وتصدر «مجلة أدب ونقد» ملفاً عن زيور على عددين متتاليين، فأنشر في الاول منهما (سبتمبر ١٩٩٤) مقالاً آخر تحت العنوان نفسه مع اضافة (عود على بدء). وتدعوني الهيئة المصرية العامة للكتاب في معرض القاهرة الدولي للكتاب لالقي عن زيور محاضرة يوم ٢٢ يناير ١٩٩٥. ويطلب مني «المؤتمر الثاني لعلم النفس في مصر» القي بحثاً عن استاذنا المرحوم الدكتور السيد محمد خيري إحياءً لذكراه؛ فاختار له عنواناً: «الاستاذ الدكتور السيد محمد خيري وثلث قرن من خدمة علم النفس: ترحم في ذكرى»، وكان ذلك في إبريل من عام ١٩٨٦. ويطلب مني المجلس الاعلى للثقافة كتابة والقاء كلمة عن استاذنا الدكتور لويس كامل مليكة في «ندوة تكريم رواد علم النفس والتربية» في الخامس من مايو عام ١٩٩٦، فأضع لها عنواناً: «الاستاذ الدكتور لويس كامل مليكة وجدية الالتزام». ويحصل استاذنا مليكة على جائزة الدولة التقديرية عام ١٩٩٧، فأعيد نشر البحث السابق في «مجلة دراسات نفسية» في نفس العام بمناسبة فوزه بالجائزة، وذلك في صدر المجلة؛ كتكريم وتحية له بهذه المناسبة؛ وكنت آنذاك رئيساً لتحريرها.

ومنذ عام ١٩٩٢ تختارني المؤسسة اليابانية للعلم والتكنولوجيا باعتبارها مانحة لأكبر جائزة علمية عالمية تمنحها اليابان سنوياً لاثنين من العلماء المتميزين من العالم في تخصصين علميين مختلفين يحددان سنوياً؛ كأحد المحكمين العالميين لهذه الجائزة.

وتصدر «دار سعاد الصباح: القاهرة - الكويت» عام ١٩٩٣ «موسوعة علم النفس والتحليل النفسي» التي قمت بالاشراف عليها ومراجعتها كما شاركت في تأليفها. وكانت هذه الموسوعة في حاجة الى دار نشر

ضخمة تهتم بنشر الثقافة العلمية قبل الاهتمام بالربح؛ حتى تقوى على تكلفتها واخراجها بالشكل اللائق، وبالعدد الكبير. ولقد رأيت ان اضمن الموسوعة ـ مع ما تحويه من تعريفات للمصطلحات العلمية ـ سير الحياة واسهامات كثير من العلماء العرب والاجانب؛ القدامى والمحدثين الذين اسهموا في تطوير علم النفس على المستوى العالمي او العربي اسهاماً يعتد فعلاً به، بعيداً عما تخدعنا به الصحافة، ووسائل الاعلام، والمجاملات الشخصية من دعايات واقاويل. ولا شك في ان روح الاخوة والاخلاص المتبادل من زملائي: شاكر قنديل، وحسين عبد القادر، ومصطفى كامل كان لها الفضل الكبير في هذا الانجاز.

وفي عام ١٩٩٤ يتم اختياري رئيساً للجنة وضع «الميثاق الاخلاقي للمشتغلين بعلم النفس في مصر» من قبل «الجمعية المصرية للدراسات النفسية» و«رابطة الاخصائيين النفسيين المصرية» بصفتهما الممثلين للمتخصصين والمشتغلين بعلم النفس في مصر. [وللتاريخ؛ فقد كانت هناك محاولة سابقة لم تتم لسبب او لآخر طرحت في عام ١٩٨٨، وشكلت لها لجنة في المؤتمر الرابع لعلم النفس في مصر، الذي عقدته الجمعية المصرية للدراسات النفسية بالاشتراك مع كلية الآداب بجامعة عين شمس]. وقد طلب مني تكثيف الجهد والعمل لاعداد هذا الميثاق والانتهاء من وضعه لشدة الحاجة اليه. ولعل اكثر من تحمسوا وعانوا من وضع هذا الميثاق من اعضاء اللجنة هم اصدقائي وزملائي: فؤاد ابو حطب، وصفوت فرج، وعبد الحميد ابراهيم. وقد وفقنا الله في الانتهاء من وضع الميثاق في عام ١٩٩٥، بعد ان نوقش وعدلت ثم اقرت بنوده من جانب اعضاء الجمعية والرابطة ثم مجلس ادارتهما على مدار عام كامل. ثم تم نشره في «المجلة المصرية للدراسات النفسية» التي تصدرها الجمعية المصرية للدراسات النفسية»، وفي «مجلة دراسات نفسية» التي تصدرها «رابطة الاخصائيين النفسيين المصرية» وذلك في نفس العام. وكان هذا النشر شرطاً لاعتماد الميثاق.

وطوال عضويتي بمجلس ادارة «رابطة الاخصائيين النفسيين المصرية» (١٩٩٦ ـ ١٩٩٩)، اختارني زملائي رئيساً لتحرير مجلتهم «دراسات نفسية»، وهي المجلة ذات السمعة العربية والعالمية المعروفة.

ومع عام ١٩٩٦؛ يختارني «المجمع العلمي المصري Institut D'Egypte» عضواً به (مدى الحياة). وهو المجمع الذي أنشأه نابليون في عام ١٧٩٨ بعد المجمع العلمي الفرنسي المعروف بالاكاديمية الفرنسية بسنوات قليلة. ويضم المجمع حالياً حوالي «١٥٠» عضواً يمثلون العلماء المصريين والمتميزين في مختلف التخصصات العلمية (من مجالات العلوم والطب والكيمياء والهندسة والزراعة والادارة والعلوم الانسانية...)، ومنهم بعض العلماء العرب غير المصريين وبعض الاجانب، وان كانوا قلة.

وتنشئ لبنان جائزة عربية باسم «مصطفى زيور»؛ تشترك فيها «الجمعية اللبنانية للدراسات النفسية»، و«مركز الدراسات النفسية»، و«مجلة الثقافة النفسية المتخصصة» وتمنح سنوياً منذ تأسست عام ١٩٩٥ لاحد العلماء العرب المتخصصين في علم النفس او الطب النفسي من ذوي الاسهامات العلمية المتميزة ومن طوعوا العلم لخدمة مجتمعهم العربي؛ فأفوز بها عن عام ١٩٩٨. وتنشئ «مجلة الثقافة النفسية المتخصصة» اللبنانية، بابا جديداً من ابوابها بعنوان: «شخصية العدد» تفتتحه بكلمة عني في عدد ابريل عام ١٩٩٨. وفي عام ١٩٩٨ ايضاً ترشحني كلية الآداب بجامعة عين شمس لجائزة الدولة التقديرية في العلوم الاجتماعية، والله الموفق.

فرج عبد القادر طه

الغرب والشرق في لقاء العولمة وسيكولوجية الخصوصية

قضية الصراع الحضاري بين الخصوصية والعولمة قضية حيوية ترتبط بحتمية التطور التكنولوجي والاقتصادي الراهن. وهناك من بين رافعي راية الخصوصية امثال **د. محمود امين العالم** (١٩٩٧) والفرنسي **المستشرق غارودي** (١٩٨١) اللذان يحذرانا من تحول الرأسمالية الغربية الى حيوان شرس سيؤدي الى تفكك العالم وتصدعه. وهناك ايضاً من يرى الامل بايجابيات مشرقة **كالدكتور محمد الرميحي** (١٩٩٩) الذي كتب هذا التعليق: «يمكن ان تنشأ شبكة تنظيمية من الفعاليات عابرة الحكومات ومتواصلة مع المؤسسات الشعبية ومن ثم توافر مزيد من الرعاية والمتابعة الفاعلة لحقوق الانسان وقضايا البيئة التي لا تعرف الحدود، وكما تسير عولمة الاقتصاد وتنتشر عولمة الديمقراطية».

واوردت «**مجلة الثقافة النفسية**» **المتخصصة** ندوة رأسها **الدكتور محمد النابلسي** (١٩٩٩) حول العولمة واثارها السلبية والايجابية من منظور سيكولوجي. والمشكلة عنده هي تحول علم النفس من النظرة الموضوعية الى تقنية مادية ونزعة للسيطرة مناقضة للحضارة العربية، وقتل لمفهوم الالوهية ولمقومات العقل الجمعي ومفاهيمه.

الدكتور محمود امين العالم:
راية الخصوصية

ويرى بعض علماء النفس العرب في تلك الندوة ان الانموذج العالمي للعلوم تحول على عقل يستقطب كل Totalization الخصوصيات الحضارية المختلفة بتأكيد غلبة الحضارة الغربية الالكترونية وسيطرتها على المصطلحات والمفاهيم الإنسانية ووسائل علاجها بالعقاقير والوسائل المعرفية المبرمجة التي لا يمكن للدول النامية مجاراتها.

ويرى بعض علماء النفس العرب امثال **الدكتور كمال دسوقي** (١٩٩٩) ان التناقض بين منهج العلم

ومنهج الدين يؤدي الى اهداف بسياسية تهيمن على الاقتصاد وتسخر خصوصية بعض الدول النامية لخدمة هدف او اهداف عالمية.

التناقض المنهجي اذن يؤدي الى تناقض عقائدي وسياسي بين «العولمة» من ناحية و«الخصوصية» من ناحية اخرى، وتتصارع المصالح الاقتصادية نتيجة لاحادية الفكر UNIDIMENSIONAL التي تقول باسبقية نتائج البحث العلمي على القيم الانسانية الدينية. ومتى تعارض الدين مع البحث العلمي كما حدث في تاريخ الكنيسة الغربية فعلى الدين ان يعدل موقفه.. وهذا هو «الاله الخفي» للعولمة حين تصبح الكلمة الاولى والاخيرة لمنهج العلم، لان هذا يحيل الوحي الى هذيان، ويتم بذلك عزل الحكمة عن العلم، وترجيح جانب واحد من معادلة (سان انسلم) الشهيرة التي تشترط وجود صنوان لا يفترقان وهما الفهم من اجل الايمان والايمان من اجل الفهم وتعرف بدائرة الاستنارة HERMENÈUTIC CIRCLE. وحين تتسع الرؤية الدينية تضيق العبارة. بمعنى ان اتساع العبارة كما يحدث في الدراسات الامبيريقية وبالتالي تأويل واعادة صياغة المفاهيم والمصطلحات العلمية يتم على حساب حجب الرؤية الدينية الحدسية. وليست هذه القضية قاصرة على لغة العلم والمصطلحات دائماً تتجاوزها الى مفاهيم السيطرة والقوة والتبعية، وتشمل كل سمات الشخصية، كما تمتد الى جميع انواع العلاج المعرفي والسلوكي. وهذ هي احادية الفكر التي تتطلب اعادة التوازن بين التقدم العلمي والوعي الانساني، او بين العلم والحكمة.

لقد توصل الانسان الى قدرات مذهلة في التحكم بالقوى المادية، ولكن توجيه هذه القوى نحو الخير او الشر بحاجة الى تحسين مستمر، وتلك هي الاشكالية التي تجابه علم النفس وهو يجتاز حالياً احدث ثورة الكترونية فجرت امكانيات الاتصال السريع بين الانسان والكون كله! وثورة النشوء والارتقاء التي فجرها دارون وكانت اول نصر حققته المناهج العلمية التجريبية بتقديم الدلائل العلمية على تطور الانواع على كل من هب ودب على وجه البسيطة.

اما الثورة الالكترونية التي نعاصرها فان آثارها على سلوك الانسان ستكون اكثر تعقيداً، وهذا ما نحن بصدد دراسته عن طريق فتح الحوار والمناقشة على المستويين العالمي او الحضاري.

ما بعد الحداثة

ونحن نعيش في عصر ما بعد الحداثة Post Modernism الذي يتميز عن سلفه عصر الحداثة Modernism بالايقاع السريع من الحياة، وارتباط الانسان بالكون الى جانب ارتباطه بالارض، وهو ايضاً يتميز بالتعالي على انجازات القرنين الآخيرين من العلوم والفنون والتقاليد والتساؤل حول كينونة الثوابت الفكرية او الروحية. وهناك من الفلاسفة المعاصرين امثال ديريدا Derida من يقول ان عصر المذاهب الايديولوجية ولى، ولن يعود لان ثقة الناس في الغرب بالحياة والاخرة تزعزعت، ولم يعد هناك مكان للتعميمات المطلقة. هذا عصر يسود فيه الجدل والحوار بشكل مستمر، ولم يعد تطور الآلة الالكترونية Computer مذهلاً، بل اصبح سنة الحياة اليومية.

وعلى مستوى الفكر قد تتحدد المحاور الذهنية من يوم الى يوم ومن باحث الى آخر، ولكل مصطلحاته الجديدة التي يعرفها تعريفاً اجرائياً ويتبع اسلوب المنهج العلمي في تطبيقها على مستوى عالمي.

وفي علم التحليل النفسي تحولت الثوابت التي ركز عليها فرويد اهتماماته كالحصاء او عقدة اوديب الى مفاهيم متطورة ومجردة تعرف بالاصطلاح الذي يستخدمه د. النابلسي «المنطقة الممنطقة لمعرفة الاشياء» Object Relations وتعدت الاساليب المتبعة في العلاج السلوكي ايضاً واصبحت خاضعة لقيود شركات التأمين اكثر من خضوعها لاساليب البحث العلمي.

الدكتور محمد احمد النابلسي:
نحو سيكولوجيا عربية

والايقاع السريع في البحث العلمي يتطلب التركيز على ميادين محددة لا يخرج عنها كالاهتمام بالحوافز الشخصية والمقاييس المقننة مثل MMPI او 16PF او الاهتمام بالدراسات المخية او اضطرابات ما بعد الصدمة او التغيرات الانفعالية او الاورام الدماغية. وهكذا تعددت الاختصاصات واصبح من العسير على الباحث الالمام بمجموعها. وانما يحصر اهتمامه على تخصص ضيق. وهذا التطور العلمي يؤدي بالتالي الى تهميش العالمية واذكاء الخصوصية، والعكس احياناً اخرى مع ان هدف العلم لا يكون مجدياً الا اذا تم الجمع بينهما، ولا يمكن حل هذه الاشكالية بانشاء فرع تخصصي جديد يعرف بالدراسات المفارقة Differental او الدراسات عبر الحضارية Cross Cultural لانها تتحول الى تخصصات فرعية بحاجة الى التكامل المنشود.

الممارسات العملية

لا بد اذن ان يتحول وعي الباحث في العلوم الانسانية الى ممارسات عملية وعلمية معاً في جميع ميادين علم النفس قبل التركيز على ميدان واحد، ولا بد له ايضاً من الارتفاع من حالة الاستبطان وعدم الانشاق الى اداة ادراكية منهجية جدلية ناقدة لذاتها وقادرة على تفسير ظواهرها تفسيرا موضوعياً يجمع بين الخصوصية والعولمة.

وينطبق هذا على علم النفس الغربي كما ينطبق على علم النفس في البلاد الاخرى، وهذا ما يقوله **الدكتور محمود امين العالم** في كتابه الاخير بعنوان: «الفكر العربي بين الخصوصية والكونية» (١٩٩٧). ومن يراجع تاريخ علم النفس العربي **للدكتور رمضان احمد** (١٩٩٨) يرى ان صدمة الحداثة في العالم العربي اكثر تازما منها في الدول الاخرى بسبب الثنائية المتأصلة في تاريخ الدول العربية التي تأثرت بالفلسفة الاسلامية الى جانب الفلسفة الغربية اليونانية الاصل. نشأ منهج العلم الاستقرائي في ظل الفلسفة اليونانية، واستطاع ان يتخلص من الثنائية في الفعل والوجدان او العقل والحكمة. والفلسفة اليونانية هي محبة الحكمة كهدف غاتي واستطاع العلم الاستقرائي ان يوائم بين نداء العقل ونداء القلب، وهذا لم يحدث بالصورة نفسها في تاريخ فلاسفة الاسلام.

«لا بد لعلم النفس العربي وهو في مفترض الطريق بين الخصوصية والعولمة تجاوز هذه الثنائية بحيث تتطور مناهج البحث لتصبح اداة ادراكية ناقدة ذاتها. ولا بد ايضاً من تعميق المصطلحات العلمية بحيث يمكن التمييز بين ما هو خصوصي او عرقي وما هو عالمي. ويكون ذلك بمراجعة ما حققه علماء النفس في العالم العربي في العقود الاخيرة واجراء تحاليل نظرية عليها او ما يعرف Meta Analysis وبمراجعة اصطلاح الخصوصية مثلاً نجد تعريفاً بالنظرية بالاتي:

الخصوصية هي الحكم على الفكرة باصول نشأتها، وليس بالضرورة بالنتائج التي ترتبت عليها. وقد يهتم علماء النفس في العالم الغربي بالاصولية اكثر من اهتمامهم بالنتائج الاحادية للبحث الامبيريقي كما نجد في كتاب **الدكتور مصطفى محمود** «نحو علم نفس قرآني جديد» وقد يهتم آخرون مثل **الدكتور علي زيعور** (١٩٩٦) بالتجاوز الاستيعابي للثنائيات الاشكالية في

اطار عقلاني منفتح كما حدث في المذهب التكاملي الذي نادى به كل **من الدكتور يوسف مراد والدكتور مصطفى زيور في مصر.**

وهدف هذه التيارات المعاصرة ارساء فكر فلسفي عربي يقوم على قواعد وابنية راسخة في تاريخ الحضارة العربية الاسلامية بدون التخلي عن دور الفلسفة اليونانية التي قامت على اسس تجريدية وتجريبية وعبَّ من نبعها فلاسفة الغرب والاسلام.

ويرى البعض مثل **الدكتور كرم الحلو** (١٩٩٦) ان هناك المزيد من الهموم والتساؤلات حول تطبيع العقلانية الغربية او الجمع بين الخصوصية والعولمة في عالمنا العربي. «كيف نجعل عقلانية.. تنغرس في عصب فكرنا الفلسفي والسياسي والاجتماعي وفي فكرنا الشعبي ايضاً، كيف نجعل العقلانية الرحبة والمتسامحة والمنفتحة تحل محل الادلجة والتسفيه والهجاء القلبي؟، ولكن هذا هو دور علم النفس في التعامل بمهجية النقد الاستيعابي الجدلي مع التيارات الايديويولوجية المختلفة بحيث نتوخى الدقة والموضوعية ونفتش عما هو اصيل في كل فلسفة مع الاعتراف والانفتاح على العولمة العلانية الموضوعية.

اللياقة النفسية وكتاب النابلسي

وحصيلة الدراسات الامبيريقية المتعمقة في ميادين علم النفس التي تربو على الستين حالياً، وكانت دون العشرين في الخمسينات، تؤكد ما قاله الدكتور النابلسي في كتابه (١٩٩٥) عن حالة اللياقة النفسية للانسان العربي. وتوجد فعلاً قواسم مشتركة بين الحضارات كما توجد فوارق وخصوصيات. وتمتلك الفلسفة خصائص الشخصية الانسانية، سواء اكانت في العبارة «اكائن ام غير كائن»... وهذا هو المسعى الخصوصي. ولكن الفلسفة ايضا منفتحة على عالم واحد ومطلق واحد، وهذا هو القاسم المشترك العالمي. فالانسان والعالم والمطلق هي مقومات الفلسفة، واختلاف الشخصية العربية عن الشخصية اليونانية او الغربية لا يعني القطيعة بينهما.

روجيه غارودي: الحضاري

ويمكن كما قال **الدكتور يوسف مراد** (١٩٦٥) الجمع بين محبة الحكمة، وحكمة المحبة او بين الفهم الاسلامي للفلسفة والفهم المسيحي لها بدون صراع او قطيعة.

توجد فوارق وخصوصيات لا بد منها في ميادين علم النفس، ولا بد للباحث العربي من ادراكها حتى لا ينتج نسخاً ممسوخاً من المعارف والدعوة ليست دعوة استقطابية لتبعية قيم الغرب واساليبه ومناهجه، ولكنها دعوة لتجاوز الفورق الى الثوابت، ولا بد من دخول الاقتصاد والسياسة في كل منهج، ولكن يمكن تجاوزه ايضاً بالموضوعية والجدل المنزه البعيد عن التعصب والانحياز.

ومستقبل العلوم النفسية كما يقول الدكتور النابلسي مرتبط بتجاوز القطيعة، وهذا التجاوز يحتاج الى ملاحظة الارتباط الوثيق بين الفلسفة وتاريخها الطويل من جهة، والتصورات النظرية المعرفية والاصطلاحات العلمية التي توجه المسيرة نحوالمستقبل، وهذا يوجب الاهتمام بتدريس تاريخ الفلسفة الغربية والاسلامية معاً في مناهج التدريس بالجامعات العربية حتى لا يقتصر التدريب على التطبيق المهني لمباشرة النتائج من دون وعي بمنجزات السلف

الفكرية. وما تزال امامنا «اشكالية الاصطلاحات العلمية، وميوعة العمل المعجمي، وضحالة الترجمة، والتأرخة، وغياب السلطة والنصوص المنظمة».

لم نتوصل بعد الى مدرسة عربية لها خصائصها واهتماماتها الى جانب رسوخها في العولمة، ولكننا في الطريق بفضل اسهامات المفكرين والحكومات في جميع الدول العربية التي تدعم النشر والثقافة والمؤتمرات الدولية.

الملخص

نحن نعيش في عصر الاختصاص داخل الهوية، والفردية والتنوع داخل الكلية والتعدد داخل النظام، والمخيلة والابداع داخل العقلانية. نحن بحاجة لاستيعاب الخصوصية العربية الى جانب عولمة الفكر الذي يتحول الى اداة ادراكية منهجية ناقدة لذاتها، قادرة على تفسير ظواهرها الذاتية والاجتماعية والانسانية في الماضي والحاضر. امامنا اشكاليات اللغة والقيم والتاريخ وعلم النفس العربي يسير حالية في مفترق الطريق بين الخصوصية والعولمة.

رئيس قسم العلاج النفسي بمستشفى المحاربين القدماء

الدكتور جيمي بشاي

بنسلفانيا ـ الولايات المتحدة الاميركية

المراجع:

١ ـ محمود امين العالم (١٩٨٦) الفكر الغربي بين الخصوصية والكونية دار المستقبل العربي.

٢ ـ روجيه غارودي١٩٨١) نداء الى الاحياء دار دمشق.

٣ ـ كمال دسوقي كما ورد في مقال للدكتور عبد الفتاح دويدار مجلة الثقافة النفسية شباط ١٩٩٩.

٤ ـ سان انسلم (١٠٣٣) ST. ANSLEM حاول التوفيق بين العلم والمسيحية ونسب له القول:

Imust Believe In Order That May Understand I Must Understand In Order That May Believe. Encyclopedia Of Philosophy (Vol 1x2) PP. 128-130 Macmilan, 1972.

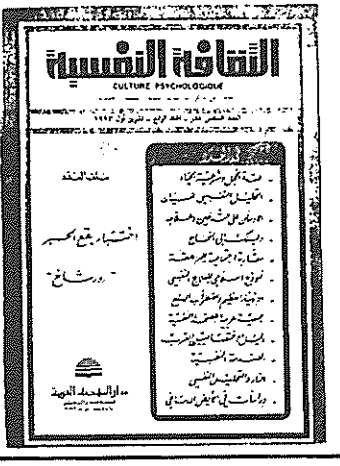
٥ ـ محمد احمد النابلسي: نحو سيكولوجيا عربية، بيروت، دار الطليعة (١٩٩٥).

٦ ـ يوسف مراد: نشاط العرب في العلوم الاجتماعية (تاريخ علم النفس في الفكر العربي) اشراف هيئة الدراسات الغربية في الجامعات الاميركية بيروت (١٩٦٥).

٧ ـ محمد الرميحي العولمة وفخاخها: حتى لا تتحول الرأسمالية الى حيوان شرد العربي. العدد ٤٨٤ مارس (١٩٩٩).

٨ ـ مصطفى محمود: علم نفس قرآني جديد دار اخبار اليوم اغسطس ١٩٩٨.

٩ ـ كرم الحلو «قطاع الفلسفة الراهن في الذات العربية للدكتور علي زيعور» مؤسسة عز الدين ـ بيروت (١٩٩٦).



اختبار الرورزشاخ

يعتبر هذا الاختبار اكثر الاختبارات النفسية شهرة وانتشاراً. ولقد خصص المجلة ملف عددها السادس عشر يعرض هذا الاختبار عرضاً متخصصاً يشكل مدخلاً لفهمه واستيعاب مبادئه النظرية وتطبيقاته العملية. وهي امور تهم كافة المتخصصين في مختلف فروع العلوم النفسية.

ولقد تم اعتماد هذا الملف كمرجع للتدريس الاكاديمي في عدة جامعات عربية وكذلك اعتمد كمرجع في العديد من الدراسات والرسائل الجامعية.

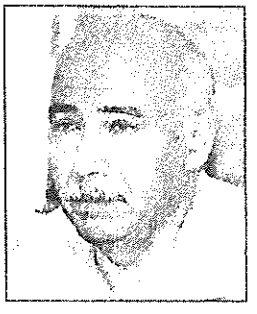
يطلب من:

مركز الدراسات النفسية والنفسية ـ الجسدية طرابلس ص.ب/ 3062 ـ التل ـ لبنان.

هاتف 961.6.441805 فاكس 961.6.438925.

ثمن النسخة 10 دولارات بما فيها اجور البريد.

الهوية العربية



د. سعيد اسماعيل علي

د. سلوى عبد الباقي

الهوية هي مجموعة تراكمات النظم الرمزية للجماعة وتطور هذه النظم وتفاعلها عبر الزمن. وهو موضوع استأثر باختصاص متفرد في علم الإناسة هو الانثروبولوجيا الثقافية. فالمسألة تتعلق بنشاطات انسانية جماعية وبتجارب متتابعة تبلور ما يعرف بالهوية الحضارية. لذلك كنا نصر على ان هذا الموضوع لا يمكن طرقه عبر اختصاص بعينه او عبر افراد. فهو يقتضي تضافر جهود فريق متكامل الاختصاصات. وفي ما يلي عينة من آراء اخصائيين ومثقفين في موضوع الهوية العربية.

بعد ٥٠ عاماً من الان سيشهد العالم حرباً شرسة لن تخلف الدمار المعتاد او اعداداً هائلة من القتلى والجرحى فحسب وانما ستترك دماراً ضحيته هوية الشعوب.. انها حرب انصهار الهويات التي اراد اصحابها السير في ركب الآخرين. السبب الاول في اندلاع هذه الحرب ظاهرة العولمة التي ستنجح في صهر هوية الشعوب التي رضخت لشروطها. اما الشعوب التي تمسكت بهويتها فسوف تواجه خطر التهميش.

كيف سيقبل الشباب العربي هذه الحرب؟ هل بالتحدي ام بالاستسلام؟ وكيف يمكن للجيل الحالي ان يدعم الهوية العربية لشباب المستقبل؟ اسئلة كثيرة حاولت الاجابة عنها الندوة التي نظمها مركز «رامتان» بالقاهرة حول «الشباب والهوية العربية» وشارك فيها الدكتور حامد زهران عميد كلية التربية جامعة عين شمس، والدكتور سعيد اسماعيل علي استاذ فلسفة التربية بجامعة عين شمس، والدكتورة سلوى عبد الباقي استاذة علم النفس بكلية التربية جامعة حلوان.

اكد الدكتور سعيد اسماعيل ان الهوية تعني كيان الانسان وان تخلى الانسان عن هويته يعني التخلي عن

كيانه.. ولذلك تعمل الامم على الحفاظ على هويتها واعرافها مهما كلفها الامر.

انتصارات اسرائيل لم تكن فقط لانها دولة تساندها اميركا اكبر دولة في العالم وانما لانها حريصة كل الحرص على لغة وقومية خاصة بها، هذه هي الدعائم الرئيسية التي ادت الى ظهور هذا الكيان على ارض الواقع، بعد ان ادرك حكامها اهمية بعث الهوية اليهودية من مرقدها بعدما ماتت بوفاة لغتها.. ونحجوا في ذلك بدليل وجود دولتهم الآن كما انهم نجحوا في اعادة احياء تاريخهم فهم يعيشون فيه الآن بكل خصائصه، وضرب مثلاً باحترام الاسرائيليين لعقيدتهم بان المباحثات السياسية التي عقدت في شرم الشيخ منذ فترة كان موعدها يوم السبت، فتم الاتفاق على تأخير ميعاد الاجتماع حتى المساء لانه يوم العطلة المقدس لديهموالعمل فيه محرم.

ويضيف د. سعيد اسماعيل: ان مقومات الهوية هي اللغة والارث الثقافي والدين.. وبذلكفان اسرائيل استطاعت ان تجد لها هوية قومية تضم بها يهود العالم رغم انها في الاصل متعددو الجنسيات وتلك هي نقطة النجاح التي رسخت في وجدان الجيل الجديد من انهم يتناسون اصولهم الاولى وينزعجون اذا قال عنهم احد انهم يهود من جنسية كذا، بل هم اسرائيليون. ويرى د. سعيد ان العولمة لا يتوقع ان تؤدي لسقوط الهوية الاسرائيلية بسبب تمسك اليهود بمفردات هويتهم.

الهوية العربية

وينتقل د. سعيد بعد ذلك الى الهوية العربية مؤكداً ان الامر مختلف، فالعالم العربي بلا استثناء يسير في ركب العالمدون ان يشعر بان هذا السلوك يدمر هويته الاصلية، وكثير من شبابنا الان يرتدي الملابس الاميركية ويتناول الطعام الاميركي ويتحدث الانجليزية اثناء حديثه باللغة العربية ويعتبرها نوعاً من الوجاهة الاجتماعية رغم انها تشويه صارخ للغة العربية، اما الارث الثقافي فنحن لم نعد نقرأ تاريخنا او حتى نحاول اعادة احيائه وتفرغنا لمشاهدة اجهزة الاعلام الغربية وعيوننا مليئة بالانبهار دون ان ننقد او ننتقي ما نتعرض له ولا شك ان ما نتعرض له يعبث بشكل «تراكمي» في هذا الارث لدرجة اننا في احيان كثيرة نستشهد بما قاله ادباء الغرب وننسى ادباءنا العظام.

والدين هو الآخر في اغلب البلاد العربية اصبح لا يؤخذ به في التعاملات اليومية وحلت محله القوانين الوضعية مما كان له الاثر البالغ في غياب الوازع الديني وادى التشدد في الدين رغبة في التغيير الى التطرف الفكري سواء في التدين او البعد عن الدين.

ويشير د. سعيد الى ان القراءة السريعة لمفردات الهوية العربية تؤكد اننا في وضع سيء ومن الممكن ان نكون ضحايا لحرب العولمة والتي ستحدث لا محالة بعدما يقرب من ٥٠ عاماً من الآن ومن لا يتمسك بهويته فسوف يتوارى قليلاً، ولكنه لن يبتعد عن العالم طالما كان له دوره المؤثر في مصالح هذا العالم، والعالم العربي مؤثر في مجال الطاقة والايدي العاملة والموقع الاستراتيجي.

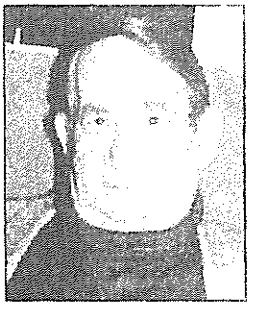
بصمة الانسان

اما الدكتورة سلوى عبد الباقي فقد اشارت الى ان لكل انسان بصمة تجعله مختلفاً عن الآخرين وكذلك العقل فلا يمكن ان يتشابه مع العقول الاخرى لذلك علينا ان نؤمن بتعددية العقول ومن ثم استحالة تشابهها، وهذا يتضمن ايضاً تعدد الهويات واستحالة توحدها في هوية واحدة، والمشكلة تكمن في الثقافة التي تتبناها هذه العقول ومدى الادراك الفردي لها، فعندما نتكلم عن الهوية لا بد من ان ننظر الى الثقافة العصرية الحالية ونقارنها بالثقافة الموروثة، والثقافة ترتبط دائماً بالانسان اذا كان لها انعكاس لما يحدث بالمجتمع اما اذا اهملت فانها تتوارى امام ثقافة جديدة من الممكن ان تتسلل للمجتمع وتجد لها مكانة جديدة في

ظل هذه الفراغ الذي خلفته الثقافة الاصلية.

وهذا ما يحدث حالياً للهوية العربية. هناك اعادة تركيب لهذه الهوية التي تعاني الآن من التفكك، فالنسق القيمي بالمجتمعات العربية انهار وتضمن قيما جديدة.

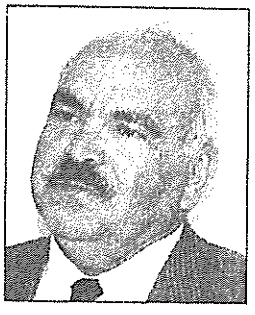
عكس ذلك تماماً نجده في الجاليات العربية بالخارج التي تحرص على تعليم ابنائها اللغة العربية، والدين وتنفق الملايين من الاموال سنوياً من اجل ربطهم بالوطن الام، اما نحن فلدينا اتجاه الى الاغتراب او البحث عن الحلم الوردي في الغرب البعيد عنا.



ابراهيم فتحي

وتؤكد الدكتورة سلوى عبد الباقي ان خطورة الوضع الحالي للهوية العربية يتمثل في انحراف العقول العربية تجاه الغرب وهذا ما يجعلنا نرى الشاب وقد اكتسب مظاهره الخارجية برداء الغرب ولا يتحدث سوى الانجليزية المعربة وهذا يعني ان هويتنا اصبحت مهددة في الداخل قبل ان يأتي التهديد من الخارج بشيوع ظاهرة العولمة. ومن المستحيل ان تنصهر في هوية واحدة، وانما سوف تصبح هويات مختلفة حسب الادراك العقلي الذاتي لكل قيمة يتم استيعابها في النسق القيمي الشخصي لكل فرد.

وعلينا ان نبحث عن حل لهذه الازمة التي تعيشها الهوية العربية عن طريق ادراك هذه الازمة والتفكير في حلها. ووضع اسس صحيحة لبناء ثقافة عربية سليمة مستحدثة من الماضي «الارث الثقافي» والحاضر «بالثقافة السائدة» اي نعيد تشكيل الثقافة الحالية بشكل يماثل ويدعم الهوية العربية. والبداية لا بد ان تكون من الكبار الذين عليهم ان يدعموا الهوية في سلوكياتهم ويعلموها للصغار وينموا بداخلهم الوازع الديني واهمية اللغة العربية والاعتزاز بها.



د. حامد زهران

الانتماء

وقال الدكتور حامد زهران ان الانتماء والهوية وجهان لعملة واحدة اذا غاب احد الوجهين فهذا يعني فساد العملة وهو ما نعانيه في الهوية العربية، حيث تسيطر الغيوم على الانتماء من جانب الشباب. ولو نظرنا الى السفارات الاجنبية في البلاد العربية فسنجد ان هناك زحاماً كبيراً على ابوابها اغلبه من الشباب الذي وجد ان خروجه من بلاده الى بلاد جديدة سوف يحقق له ما يحلم به.

ولعل السبب الرئيسي في ذلك ليس غياب الوازع الديني، حيث الدين في الشرق احد مكونات الشخصية، واما المشكلة في اجهزة الاعلام التي صورت الغرب واميركا بانها بلاد «الكمال» في كل شيء وما دام الشباب يتطلع الى هذا الكمال طيلة حياته فهو يحرف هويته لتلائم هذه الدول ومجتمعاتها بعدما اصبحت رمزاً للتقدم، وهذا ليس من نفوس

الشباب فقط وانما نجده ايضاً لدى رجال الاعمال والمستثمرين الذين يطلقون على مشروعاتهم اسماء اجنبية دليلاً على الوجاهة والتقدم والفخامة.. وهذا يعني اننا جميعا نعاني من الاغتراب وتذبذب الهوية في نفوسنا.

وعلينا اذا كنا نريد الحفاظ على ذاتية شعوبنا وثقافتنا ان نرفض التخريب ونعمل على اصلاحه عن طريق تعميق اثر اجهزة الاعلام العربية في نفوس الشعوب وتكثيف القيم الثقافية لدى الناس.

وهاجم الدكتور زهران نظم التعليم الاجنبية في العالم العربي مشيراً الى انها تؤدي الى مزيد من الاغتراب. حيث يتم التعليم باللغات الاجنبية على حساب اللغة العربية فالاجيال التي تخرجت من هذه المؤسسات التعليمية تنتمي اكثر للثقافة التي «تشربتها» من التعليم الاجنبي ولتعد حتى تتقن الكتابة باللغة العربية.. وعلينا التعليم باللغة العربية فقط مع تعلم اللغات الاخرى ولكن لا نقوم بتعليم هذه اللغات للاجيال القادمة الا بعد ان نعطيها جرعات جيدة من ثقافتنا العربية التي تعتبر الرافد الرئيسي من وجهة نظري للهوية الاصيلة.

وطالب المجتمعات العربية بضرورة اعطاء الشباب العربي الفرصة لاعتلاء المواقع القيادية واكسابه الخبرات المختلفة للقضاء على حالة الاحباط التي يعيش بها.

وفي ندوة اخرى اثير موضوع الهوية والعولمة، حيث ناقش المشاركون فيها دور الثقافة والمثقفين في مجابهة مخاطر العولمة وتحييدها وتقوية الهوية وترسيخ دعهائمها.

وتحدث الدكتور عبد الوهاب المسيري عن المخاطر الثقافية للعولمة على تشكيل شخصية الانسان العربي، واعادة صياغته وفقا للقيم التي تطرحها الحداثة الغربية والعولمة.

سلوى بكر

وتحدث الناقد ابراهيم فتحي عن آثار ما بعد الحداثة والعولمة على تكوين الانسان المصري وتساءل عن الانتماء في نهاية مداخلته، عندما قال ان خصوصية مصر لها اشكاليات معينة، فهي من اوائل الدول في العالم، التي عرفت الدولة القومية، فهي دولة مركزية لها خصوصية قومية منذ زمن بعيد، الى ان جاء العصر الاسلامي واصبحت مصر ولاية ضمن الامبراطورية العثمانية ـ مثلاً ـ تحت شعار الدين والخلافة العثمانية، ثم عرفت الاتجاه المعادي للاستعمار، الساعي الى الخروج من الهيمنة التركية، وبدأت ترفع راية الهوية المصرية التي انفصلت تماماً عن الاتراك، ونتيجة للمعارك المشتركة بين المصريين والعرب ضد الامبريالية، نشأ اتجاه القومية العربية التي هي شيء جاهز تماماً، فالهوية المصرية قطعت اشواطاً من النضج القومية.. بينما القومية العربية شيء لا يزال يتشكل في اطار القوميات المختلفة في الدول العربية.

واضاف ان التيار الاسلامي يرى ان هويتنا اسلامية اي ان الاسلامية هي التي ينتمي اليها المسلمون المصريون، وهذه هوية جديدة رغم ان بعض عصور الخلافة العثمانية التركية قد عرفتها.

وقال الكاتب الصحفي بيومي قنديل ان الهوية القومية المصرية التي تقف منها الدولة موقف العداء منذ خمسين عاماً هي المخرج الوحيد من المشاكل التي تواجهنا ثقافياً في مصر، ولكي نقول قومية، يجب ان

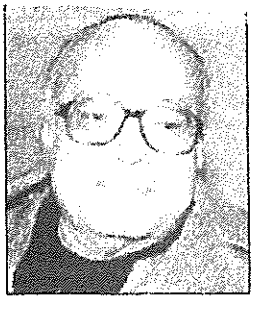
نقول ثقافية قومية، ننسب خلالها كل القيم لارض ما.. نقطة التماس بين الانسان والارض.. واللغة العربية جاءتنا من شرق آسيا في حالة صدام وصراع مع لغتنا القومية المصرية، واللغة المصرية هي اقوى ما يملكه المصريون لتعميق وجودهم في الارض، وبالتالي يخلقون لانفسهم ارضية في مواجهة التحديات ولذلك علينا ان نعمق الجذور في ارضنا وان نواجه مشاكلنا الثقافية، وان ندرس الهيروغليفية والقبطية لكل تلاميذ مصر مثلما يدرس الغربيون اللاتينية لتلاميذهم، لان هذه روافد لا بد ان نثري بها قوميتنا.

نظام معرفي موحد

وتداخلت الروائية سلوى بكر فأكدت ان الدولة في مصر تفهم العولمة على انها لا بد ان تكون - اي مصر - وكيلة للنظام الرأسمالي العالمي في الترويج لسياساته، وتزايد وجود السلع الاستهلاكية الاجنبية. واشارت الى ان القوميات تتكرس في كل البلاد التي تتبنى العولمة. بينما يجري تدمير نظامنا المعرفي التعليمي، من خلال فسيفساء تعليمي لا وجود له في اب بلد آخر، رغم اهمية وجود نظام معرفي وتعليمي موحد يجمع ابناء الوطن على اهداف ومصالح قومية مشتركة.

واعتبرت سلوى بكر الانتماء العربي لمصر مسألة مفروغاً منها وقالت: لماذا رفض عروبتي وهي جزء من شخصيتي وتكويني، مشيرة الى ان تدريس اللغة المصرية القديمة والقبطية لا يتعارض مع وجود اللغة العربية كرافد اساسي في تشكيل الشخصية المصرية العربية، وعلينا الا نجعل طبقات تاريخنا الثقافي تتناطح وتتصارع ومن الضروري ان نجعلها في حالة تفاعل وتكامل.

وعاد الدكتور المسيري الى الحوار قائلاً: ان مفهوم الهوية مركب ويثار بطريقة ضيقة بمعنى: هل انا شرقاوي ام دمنهوري ام اسكندراني، فالهوية في حقيقتها، متعددة الجوانب، وتتوقف على السياق.. والهوية المصرية متعددة المستويات، فهي مصرية عربية اسلامية انسانية، وكل جانب لا ينفي الآخر فالجانب العربي هو الاساس لانه يميز بين الماضي المتخفي والحاضر المعاش، ولو سادت اللهجة العامية فسنصبح بلا تراث، واللغة التي ليس لها تراث تموت وهذا ما يحدث للعبرية الحديثة، فأي كاتب اسرائيلي يجد انه يخاطب ٤ ملايين فقط، ولذلك يتجه للكتابة بالانجليزية، وكذلك هناك النموذج التركي فالانسان التركي يعيش الان بلا ماض. والعولمة تهدف الى جعلنا بلا ماض ولا هوية. واوضح ان اي قومية تحتاج الى منظومة اخلاقية، وهذا ما نراه في الاسلام الذي يوفر للقومية العربية منظومتها الاخلاقية والقيمية، فالاسلام لا ينفي القومية انما هو منظومة اخلاقية لهويتنا.



د. عبد الوهاب المسيري

■ **د. حامد زهران: وسائل الاعلام المتهم الاول عن جريمة قتل الهوية**

■ **د. عبد الوهاب المسيري: العولمة تسرق ماضينا وهويتنا والاسلام هو الملاذ**

■ **اثر الاعلانات التجارية على توجيه السلوك يفوق اكبر الاحزاب السياسية**

هوية «فضفاضة»

وطرح المسيري مفهوم الهوية الفضفاضة التي

تسمح لكل المندرجين تحتها بالتعبير عن ذواتهم وقال ان الثقافة في المفهوم النازي الصهيوني وبعض الاتجاهات الاصولية مغلقة تستبعد الاخر والمطلوب هو ثقافة رحبة متسعة فضفاضة. وقال ان معظم الادبيات التي تحدثت عن العولمة لم تتحدث عن صورة الانسان التي توجد خلف الافكار التي يرددها منظرو العولمة. موضحا ان الانسان الذي يتم تخليقه من خلال العولمة و«الماكدونالديزم» نسبة لمكادونالدز او «الكوكاليزم» نسبة لكوكاكولا انسان حركي ارتباطه باسرته ليس قوياً، وهوانسان اقتصادي بمعنى ان الدوافع الاساسية لديه اقتصادية وهذا الانسان الاقتصادي هو الذي يقف وراء العولمة ولا يفصح عنه دعاتها.

واشار الى ان منظومة الحداثة الغربية والعولمة تقدم لنا باعتبارها استخداماً للعقل وتبنياً للعلم والتكنولوجيا وهذا صيحي لكنه ناقص، حيث يتم استخدام العقل منفصلاً عن القيم والثوابت الاخلاقية وهذا هو جوهر الحداثة الغربية واساس العولمة فالسوق لا يعرف اي اخلاق لكنه يعرف الحركية والتراكم وكسر الحدود وكيفية التوجه الى انسان اقتصادي يمكن التنبؤ بسلوكه وجعل السلعة مصدر سعادته وهم يقولون ان كل انسان حر مثل السوق الا ان تغول الاعلام يجعل الحرية غير حقيقية فاثر الاعلانات على توجيه السوك يفوق تأثير اكبر حزب سياسي في مصر.

عولمة الانسان

وقال المسيري ان الستينات هي بداية منظومة العولمة الحقيقة، حيث بدأت السوق العالمية تنشأ بالفعل، وبدأ الانسان الذي يستهلك السلع الغربية يتشكل، وبدأت عولمة الانسان، حتى يصبح كاننا اقتصادياً جسمانياً، ومع تصاعد ترشيد الواقع في اطار المادة، بحيث يتم استبعاد اي شيء يتجاوز سقف المادة اصبح في العالم شكل من التجانس، اما على مستوى الواقع او التطلعات والاحلام، وصار المال يلعب دوراً اكبر من السلع، فحجم التعامل في البورصة العالمية يعادل اضعاف المال الحقيقي الموجود، لذلك يتحدثون اليوم عن الاقتصاد الفيزيقي، الذي يصبح رجال المال في ظله اقوى من رجال السياسة.

واكد المسيري انه في داخل هذا الاطار ظهرت عوامل اساسية مثل التنميط، فالحضارة الحديثة تتطلب نماطاً واحداً متكرراً، وفكرة لغة الصورة وهيمنتها على العالم مسألة اساسية في العولمة، بدأت في الستينات، والخطورة هنا ان الصورة غير الكلمة المكتوبة، فالصورة مكتفية بذاتها، وسلهة وميسرة، لكنها لا تدخل مع الآخر في حوار، والعولمة مهيمنة على الصورة، ونحن نصنع صورتنا في ضوء ما يريدنه ونشكلها حسبما يقولون ووفقا لصورة الانسان العالمي ذي البعد الواحد، الذي يود ان يغير نفسه دائماً، ويمكن التنبؤ بسلوكه، فهو الانسان الذي يجري وراء الموضة.

واوضح ان مشاكل العولمة بدأت تظهر في مجتمعاتنا منذ مدة، من خلال الحديث عن التقدم، لكن فكرة التقدم المبنية على الرؤية الغربية، والتي تعني اتساع المعلوم، وانكماش رقعة المجهول، والمصادر الطبيعية غير المحدودة والواقع ان رقعة المجهول تتزايد بشكل اكبر ومشاكل البيئة تتفاقم وتتزايد تجارة المخدرات والاباحية.

اسطورة العولمة

الناقد ابراهيم فتحي اكد ان العولمة اصبحت اسطورة، فالصورة التي تقدم بها تتحدث عن ان الدولة قد انتهت، وان السوق هي التي تحكم العالم، ولا مكان للقومية والدولة وكان هذا المسار حتمي، وبما انه حتمي فلا بد من صياغة الفكر ورؤية الانسان والعالم وفقا له وهناك من يقول انها اسطورة ضرورية لرأس المال العالمي، لكن الشركات المتعدية الجنسية نادرة كل الندرة، وما يسمى بالشركات المتعدية الجنسية هي شركات متعددة الجنسية، اي ان لها مقراً قومياً ودولة قومية تلعب دوراً مهماً فيها، وربما يكون سبب ذلك

هو خلط الامم المتحدة بين الشركات «المتعدية» والشركات «المتعددة» الجنسية.

وقال ان صورة الواقع، ليست كما تقدمها الاسطورة، فما تزال الدولة القومية تلعب دوراً مهما في هذه الرأسمالية المتوحشة، فالولايات المتحدة الاميركية، تطبع الرأسمالية والعولمة بطابعها، اليس هذا دوراً للدولة القومية؟ فالعولمة ليس معناها الغاء القومية فالتشابك الاقتصادي لم يلغ الدولة القومية وليس صحيحاً ان العولمة حولت العالم الى قبيلة من المستهلكين، لهم عاداتهم المنمطة، فهذا نموذج مثالي لا واقعي فمعظم اهلنا لا يستطيعون ان يأكلوا الهامبورجر، ولا يسمعون عن ماكدونالد، وهناك مقاومة على المستوى العالمي لما تقول به العولمة لان العولمة ردة على الحداثة، فهي فلسفة موت الانسان، وهي ليست نزعة انسانية وما بعد الحداثة تقول باللادرية واللايقين، ولا تتحدث عن فرد له مركز، بل عن شظايا فر، فهي ترفض مقولة الكل والنسق تماماً.

واختتم ابراهيم فتحي مؤكدا اننا لا نعيش عصر الحداثة، وانما نعيش ما بعد الحداثة، التي تتحدث عن ان التقدم خرافة وهناك رفض للافقار الشامل، واحتكار المعلومات ومقاومة للانسان الاستهلاكي، ولذلك فان العولمة لا تلغي الخصوصيات القومية، بل انها جعلت القوميات والدفاع عن الخصوصيات القومية اتجاهاً عالماً الآن.

وفي النهاية اكد الدكتور المسيري ان الفقر يمثل عائقاً ضد العولمة في بلادنا، وان محدودية الموارد في العالم في مواجهة الاحلاموالتطلعات التي لا يمكن تحقيقها ستقود العالم الى الارهاب.

اختبار رسم الشجرة

يعتبر هذا الاختبار الاسقاطي من اهم الاختبارات النفسية المرسومة. ويحتاجه الباحث في تحليله لمختلف الرسوم الاسقاطية. فرسم الشجرة لا يقتصر على وضعية الاختبار. بل يتعداها الى رسمها بصورة عفوية في سياق خربشة او رسم المنزل او العائلة او اية رسومات اخرى. سواء كانت في سياق اختباري او بمعزل عنه.

ولقد قدم العدد الحادي عشر للمجلة عرضاً وافياً لهذا الاختبار ولمراحل تطوره وتطبيقه. مع اعطاء امثلة تطبيقية ـ عيادية للمساعدة على استخراج نتائج هذا الاختبار.

يطلب من:

مركز الدراسات النفسية والنفسية ـ الجسدية طرابلس ص.ب/ 3062 ـ التل ـ لبنان.

هاتف 961.6.441805 فاكس 961.6.438925.

ثمن النسخة 10 دولارات بما فيها أجور البريد.

تداعيات انتحار شاب

أ.د. خليل فاضل
استشاري الطب النفسي
لندن

«لا اعرف كيف أسدد حبي وانا اضحك... بالدين يمتلئ القلب، وينهال عليها مقروراً مستعراً فيباغته برد يتسرب في الفخدين»

(ممدوح عدوان ـ شاعر سوري)

«تداعيات انتحار شاب» عنوان الافتتاحية التي صدمتنا بها مجلة اسبوعية عربية منذ حوالي عامين، اجدني من بلاد الصقيع اهتز لهذا الخبر العنيف والفعل العنيف لضابط شاب يطلق الرصاص على رأسه منتحراً امام المارة على كورنيش الاسكندرية، عمره ٣٣ عاماً برتبة نقيب، اصيب بحالة اكتئاب لفشله في علاقة حب مع فتاة ارتبط بها منذ فترة طويلة وعجزا عن تتويج الحب بالزواج؟! هكذا كان الحدث، ولعل الفتاة التي احبها كانت كالكثير منا في هذا العصر، محطمة، مشغولة بترميم ذاتها، او بتعذيبها، فانكسرت العلاقة ولم تلتئم ولم تجد الحل سوى الدم والرصاص.

ويحضرني في هذا المجال تعبير فرنسي شهير في مجالي علم النفس والاجتماع الا هو Anomie وهو تعبير يشير الى حالة انهيار البناء الثقافي، الذي يظهر بصفة خاصة عندما تنحل الروابط بين المعايير والاهداف الثقافية بمعناها الرحب والاوسع والذي يشمل اوجه الحياة الضرورية والترفيهية، وبين القدرات الاجتماعية عند الافراد للقيام بسلوك يتسق معها، وهنا فان الانومية Anomie هي الحالة المقابلة للتضامن الاجتماعي، ومن هنا فاذا كان التماسك الاجتماعي هو حالة توازن، فان الانومية هي حالة الفوضى وانعدام الامن وفقدان المعايير.

ويقال ان عديمي الاحساس، عديمي الضمير، غير الاسوياء لا ينتحرون، وهذه ليست دعوة للانتحار بقدر ما هي رصد لمن ينفعل ويكتئب وينتحر.. فلا بد من استخدام اية دفاعات او حيل لمواجهة غول التغير الاجتماعي، ومن ثم فاننا نرى لهذه الانومية Anomie ابعاداً تقاس عليها امور شتى لا يمكن تجاهلها في حالة الضابط الذي انفجر في الشارع وهو شاب وهو يحب وهو يفشل، وهنا فان ثمة احساس قاس بالعجز، فلقد فقد الانسان سيطرته على نتائج السلوك الفردي والجمعي، بمعنى ان الشاب الذي انتحر قد وجد ان وظيفته وحياته وتأثيره العام والخاص بلا جدوى وبلا معنى، لقد بحث خلفه وامامه ووجد ان «الطبيعي» و«العادي» هو كسر القيم وضرب التقاليد، وان من

يفعل ذلك يجازى بتسلق السلم الاجتماعي وتبوأ المناصب والثراء بأي شكل، والذي يتفادى العقوبة على سلوكيات يعاقب عليها يعتبر ناجحاً، وهنا يتجلى فقدان المعنى، بمعنى عدم القدرة على تفهم الواقع المقلوب والمشوه والمضطرب عدم القدرة على استيعاب الحقيقة الاجتماعية المعكوسة، كما هي، كما نعيشها كل يوم، وهذا بدوره يؤدي الى العزل والانعزال الاجتماعي، فنجد الانسان صاحب القيم المتواضعة يفشل في التفاعل مع الاخرين عامة، وخاصة وتحديداً مع من يحب، ليس لانه راغب في ذلك، ولكن لانه غير قادر على ايجاد من يتناغم معه، يصدق، يمسك بيده، يحلم معه، ومن ثم نجد تلك الغربة الثقافية الموحشة، وعلى الرغم من ان هذا الانسان او ذاك قد تربى في تلك التربة وهي تتلوث بكل الموبقات الا ان ضميره وتكوينه وشخصيته، رهافته وحسّه الانساني العالي يمنعونه من الاقتراب من الاشكال المشوهة والقيم المهترئة، وهنا يتقوقع الفرد وينكفئ على ذاته، فليس هناك اي دافع او حافز للتطور او حتى للبقاء، وهنا يصبح الموت هو الحلّ.

كل تلك الظروف تخلق تناقضاً بيناً بين الواقع والحقيقي وبين المثال والحلم الذي يود الانسان تحقيقه.

واذا اردنا الغوص في اعماق الانتحار كظاهرة انسانية نفسية لوجدنا عشرة عوامل اساسية تتعلق بها.

١ ـ الهدف الاساسي للانتحار هو ايجاد حلّ.

٢ ـ الغرض الشائع للانتحار هو ايقاف الوعي عن حدّ لا يحس به الانسان بما حوله.

٣ ـ الدافع الشائع للانتحار هو ذلك الالم النفسي الشديد، الذي لا يحتمل.

٤ ـ اكثر الضغوط شيوعاً في حالة الانتحار، الاحباط النفسي الحاد وعدم القدرة على اشباع الحاجات النفسية الاساسية والبسيطة.

٥ ـ اهم المشاعر المرتبطة بالانتحار هي اليأس، وفقدان الامل.

٦ ـ اهم ما يرتبط بالانتحار ادراكياً هو ذلك التناقض الوجداني، الازدواجية الانفعالية، ثنائية المشاعر، بمعنى وجود اتجاهات انفعالية متعارضة ازاء شخص ما، مجموعة، ما مجتمع ما، في وقت واحد، مثل الحب والكره، السيادة او الخضوع.

٧ ـ الحالة الادراكية السائدة في الانتحار هي الانقباض.

٨ ـ الفعل الشائع في الانتحار هو الانبثاق، بمعنى انبثاق كل الشحنات الطاغية على النفس من داخلها الى خارجها، غالباً في شكل فعل عنيف.

٩ ـ الفعل الاكثر شيوعاً هو الرغبة في التواصل مع الآخر، وعدم التمكن من تحقيق ذلك بشكل كامل وصحي، ومن ثم يتحقق تواصل قاتل.

١٠ ـ الاستمرارية في مسألة الانتحار هي انه ذروة مجموعة من الميكانزمات في محاولة للتكيف مع الذات والتأقلم مع الواقع المعاش.

ان الانتحار كفعل انساني غامض ومحير يثير الالتباس والعقد، ورغم كل الحب الظاهر والرومانسية المتشابكة معه الا ان احد الطرفين في علاقة الحب، او كلاهما، هو تلك العدوانية اللاشعورية، فقدان القدرة على حب الآخرين، فقدان الحب من الاخرين، العدوانية تجاه المحب او الآخر، تعذيبه بالاحساس بالذنب عند تحقق الموت، شعور غامر مسيطر تتداخل فيه قوى داخل الانا، تتصارع وتتبارى، وهنا فان الانتحار على الرغم من انه فعل موجه للمنتحر اي انه يقتل نفسه، الا انه ـ في حقيقة الامر ـ فعل موجه ضد الآخر، الحبيبة، اهلها، الناس، المارة، قراء الصحف، الاسرة الصغيرة، الاسرة الكبيرة، الحي، المجتمع، مكان العمل، الاعلام، بمعنى ان انتحار هذا الشخص او ذاك، بفعل تراجيدي بحت، يكشف عورات المجتمع، يكشف نقاط ضعفه بالدم، ولكي نفهم هذه القابلية

للانجراح يجب ان نفهم سيكولوجية اليأس، ومن يحس باليأس يجد نفسه في حالة شعورية لا تحتمل، مغمور بفيضان من الالم النفسي الشديد، ثانياً عندما يدرك الانسان ابعاد المه ويأسه فانه يسلم مفاتيحه ودفاعاته، ادراكه، احتماله، قوته، واهم واخطر من كل ذلك هي تلك العملية اللاواعية التي يقرر فيها الانسان عن عمد واصرار التنازل عن نفسه وان يراها بلا قيمة، ومن ثم تستوي كل الاشياء، ولا يهم الموت ولا تهم الحياة.

صحيح ان الانتحار ومحاولة الانتحار، من اولويات الامور في مجال الطب النفسي لكنها ايضاً عرض هام للتوتر الاجتماعي، بمعنى اضطرابات شديدة وواضحة في طريقة التعامل والتنفيذ داخل المجتمع الواحد، بمعنى كيف يقوم ذلك المجتمع بوظائفه، بمعنى ادق يعني «التوتر الاجتماعي» تلك الصراعات المحتدمة بين القيم الداخلية لهذا المجتمع في اطار محاولات تطوره وتغييراته السريعة، وذلك الاختلاف والتغرب والتوتر الذي ينال من الهيكل الاجتماعي الاساسي. ولعل هذا نال اكثر ما نال الطبقة الوسطى التي على وشك الاندثار مسحوقة بين طبقتين وفي جو مادي استهلاكي قاس لا يرحم، ان الوشائج والروابط التي كانت توثق العُرى وهنت وضعفت وماعت ولم تصمد كثيراً في وجه تكنولوجيا قشرة، وافرازات غربية تجمع بين المودرن الغربي والاكلات السريعة والفهلوة التي تصل الى الذروة والعلاقات الشائهة التي تعتمد على المصلحة فقط ولا غير ولأن المؤسسات العريقة لم تستطع ان تقف في وجه كل تلك التغيرات، فان التطور المزيف اكل حوافها، وحرق رومانسيتها وترك بما لا يدع مجالاً للشك قيماً تتصارع، وتتقاتل، داخل الانسان، وداخل وعيه، داخل المجتمع، وداخل وعيه، وهنا يظهر التناقض في صور شتى هنا وهناك، فن هابط، سينما مسخ، وضابط شاب ينتحر على كورنيش عروس البحر برصاص مسدسه الميري.

التحليل النفسي

إصدارات م.د.ن

١ ـ فرويد والتحليل النفسي الذاتي

هل يمكن للفرد ان يعالج نفسه بنفسه على طريقة التحليل النفسي. المحللة كارين حوري تؤكد ذلك:

٢ ـ التحليل النفسي ـ طريقة الاستعمال

بعد عرض مبسط لمبادئ التحليل النفسي يقدم الكتاب شهادات اشخاص عولجوا بطريقة التحليل النفسي. حيث يسجل كل منهم انطباعاته الخاصة.

٣ ـ سيكوسوماتيك الهيستيريا والوساوس المرضية

المحلل بيار مارتي يخالف فرويد في علاجه لدورا المريضة الهيستيرية. ويوضح مع فريق من المعالجين اخطاء فرويد العلاجية في حالة دورا.

الكتاب ينقل اعمال المؤتمر العالمي للمحللين النفسيين في ما يختص بالهيستيريا.

٤ ـ الحلم والمرض النفسي والنفسدي

بيار مارتي يقدم شرحاً لكينية تفسير احلام المرض المصابين بامراض جسدية ـ انه تفسير الاحلام السيكوسوماتي.

٥ ـ مبادئ السيكوسوماتيك وتصنيفاته

يعرض لمبادئ السيكوسوماتيك التحليلي وجداوله التصنيفية.

٦ ـ التحليل النفسي ومدارسه

ملف العدد السابع من مجلة الثقافة النفسية ويتضمن شرحاً لمبادئ التحليل النفسي الفرويدية وعرضاً للتيارات والمدارس المتفرعة عنه.

تطلب من م.د.ن. ـ طرابلس

ص.ب/ 3062 ـ التل ـ لبنان.

تجربتي مع العلاج النفسي السلوكي - المعرفي على المجتمع السوري

أ. د. محمد الحجار

مقدمة:

من المعروف ان العلاج السلوكي - المعرفي هو العلاج المختار ويأتي في طليعة الممارسات العلاجية المختلفة المدارس في العالم الأنكلوساكسوني وحتى ان ظلاله بدأت تكتسح اوروبا - بينما انكمش العلاج النفسي التحليلي الديناميكي انكماشاً واضحاً في الولايات المتحدة الاميركية.

تنبع قوة العلاج السلوكي المعرفي من منطقه وعلانيته ومعطياته التجريبية على الحيوان والانسان وقابليته للقياس. ولقد لبى هذا النوع من العلاج كل التوقعات تقريباً المتوقعة والواعدة في الممارسات السريرية في «العُصابات» النفسية وبشكل خاص في الاضطرابات الرهابية والسلوكية والعادات الضارة بالصحة، وفي التدبر بالشدات الفنسية والتدريب التحصيني ضد هذه الشدّات وغيرها.

في عملية مسحية مقارنة أجرتها الجمعية الاميركية للطب النفسي[1] اتضح لها ان نسبة نجاح العلاج السلوكي تجاوزت ٨٠٪ من الحالات يقابل ذلك فقط من ٤٠ - ٥٠٪ من العلاج الديناميكي. ونسبة الانتكاس في العلاج السوكي لا تتعدى ٧ - ٩٪ من الحالات بينما نسبة الانتكاس في العلاج التحليلي الديناميكي بين ٢٠ - ٣٠٪ من الحالات.

من هنا جاء رواج العلاج السلوكي - المعرفي على نطاق واسع جداً يماثل رواج العلاج التحليلي حتى بدء الستينات من القرن العشرين.

لم استطع ان أظفر بأية معلوميه موثوقة عن مدى ممارسة العلاج السلوكي - المعرفي في البلاد العربية. ولعل ذلك بسبب قلة المختصين به اختصاصاً مهنياً وممارسة، اقول لم أظفر باية معلومية لاقارنها مع نتائجي ولممارساتي العلاجية واستخلص من هذه المعلومية نسبة نجاح هذا العلاج في البلدان العربية من جهة ونوعية الصعوبات التي يواجهها المعالج في تطبيق هذا العلاج على البيئة العربية من جهة اخرى. لذا انفرد هنا بطرح تجربتي حيث بلغت الحالات التي عالجتها بهذا النوع من العلاج حوالي ١٥٢٠ حالة بين عام ١٩٨٩ الى عام ١٩٩٩ في سوريا.

(١) راجع كتاب الدكتور جوزف ولبي: ممارسة العلاج السلوكي ١٩٨٧.

هل هناك فروق حضارية في تطبيق هذا العلاج؟

من المعروف ان العلاج المعرفي بخاصة سهل التعلم والتطبيق كما يبدو لأول وهلة. فالاساس النظري يمكن استيعابه وفهمه بسهولة عند الاختصاصي السريري، او الباحث الاجتماعي. وحتى مداخلاته العلاجية تبدو سهلة وممتعة للذي يتعلمها. أما التطبيق على المرضى المختلفين في درجات التحصيل العلمي في سوريا بالمقارنة مع افراد المجتمع الاميركي، فانه يبدو صعباً ويحتاج الى تقنين اساسي يراعي الاختلاف الحضاري في مضامين اسلوب المقاربة مع المريض ليستوعب جوهر العلاج، اذ غالباً ما اجد صعوبة كبيرة عند المرضى بتحصيل ثقافي في مستوى الاعدادي في شرح الاساس النظري كما هو مطرح في معادلة ABC والتشوهات المعرفية في التفكير التي تتجلى في التفكير السلبي وما يستتجره هذا التفكير من اضطراب انفعالي وسلوكي. وهذا ما لا نجده عموماً في المجتمع الاميركي لان وعي الثقافة النفسية في هذا المجتمع جيد. وعلى هذا فأنا لا اعالج المرضى بمستوى ثقافي دون الاعدادي لانه يستحيل استيعاب الفلسفة العلاجية لهذا النوع من العلاج واحيلهم الى الطبيب النفسي للعلاج الدوائي.

وناحية اخرى جديرة بالاهتمام إذ يخطئ المعالج الذي تدرب على هذا العلاج عند استخدام الصيغ المعرفية التي هي مستمدة من الثقافة الاميركية والموجودة في مؤلفات المعالجين المعروفين الامريكان امثال ألبرت أليس، وبيك، ومنخومبرم وغيرهم، وتطبيقهم على المريض العربي ـ فالبنية المعرفية ذات طابع حضاري مختلف. فلا بد من تقنين الافكار المصححة بما يتناسب مع نوعية البنية المعرفية العربية. فمثلاً ان المعتقدات الدينية لا نجدها في سياق الافكار المصححة عند المعالجين المعرفيين الاميركيين، بينما المسلمات الدينية القدرية هي جزء من المعتقد العربي المسلم او المسيحي ولها دورها المهم في تصويب الافكار الخاطئة واعادة تركيب المعتقد الخاطئ عند المريض.

اما من حيث المقاربة العلاجية فالمعالج يستطيع بسهولة تقريباً شرح جوهر العلاج المعرفي وفلسفته في الجلسة الاولى العلاجية في المجتمع الاميركي. ولكن هذا الامر يلاقي الفشل عند المريض السوري عموماً، إلا اذا كانت لديه خلفية في الثقافة النفسية ومستواه الثقافي عالٍ.

وقد وجدت ان افضل طريقة لجعل المريض يفهم فلسفة العلاج واساسه النظري الذي يركز على دور جهاز المعتقد والتأويلات الفكرية الخاطئة في خلق الاضطراب الانفعالي والسلوكي هي الطلب منه في بدء الجلسة العلاجية ان يرصد التالي ولمدة اسبوع حتى موعد الجلسة المقبلة:

A ـ الافكار والتخيلات والاحاديث مع الذات المولدة لاضطرابه النفسي والمواقف والحوادث الخارجية الحياتية.

B ـ العمليات الفكرية المتضمنة الموقف والمعتقد والتثمين والتأويل للبند الاول A.

C ـ الانفعال والسلوك اللذان كانا نتاج B.

وبفعل هذا الاستمرار في الرصد اليومي ولمدة ٧ ـ ١٠أيام. استطيع هنا بعد المداولة لما كتبه ان ابين له كيف ان B هي المسببة لـ C وليس A المسببة لـ C.

بهذا الرض المسحي للعمليات المعرفية تبدأ كخطوة اولى بالاستبصار ان افكاره وتأويلاته هي التي ولدت له الاضطراب النفسي والسلوكي.

بعد قناعته بذلك ابدأ بشرح نظرية ABC اي النظرية العقلانية الانفعالية بامثلة حياتية قبل ان اخطو الخطوة التالية بتدريبه على التعرف على العمليات المعرفية المشوهة وسماتها. وهنا تبرز مشكلة اكبر بكيفية اقناعه ان الصيغ الفكرية المطلقة مثل «يجب» «يتعين» «لا بد» اي الافكار التي تتضمن صفة المطالب والوجوب وايضاً الافكار الانهزامية «لا استطيع» «غير

قادر» الخ... والافكار التهويلية الكارثية: «شيء مريع» «امر فظيع» الخ... هي المولدة للاضطراب الانفعالي، والصعوبة هنا ان مثل هذه الصيغ المعرفية هي جزء من تفكيره وبنيته المعرفية في تفسير الحوادث الخارجية او معتقداته بحيث اضحت آلية ولا يرى فيها الغرابة والتشويه والسلبية. المعتقد «**يجب ان انجز هذا العمل**» و«**يجب على فلان الا يتصرف معي هذا التصرف**» يرى في ذلك تفكير عادي وكل فرد يتعامل مع الاحداث الحياتية بهذا النمط التفكير.

كيما يقتنع الزبون ان مثل هذا التفكير هو المولد للاضطراب فانه يحتاج الى عدة جلسات وشرح فلسفي مستفيض **بالتفريق بين التفكير المطلق والتفكير النسبي في تفسير** الحوادث الخارجية، وتدريبه على استبدال تفكير المطالب، والانهزامي، والكارثي واستبدال هذا التفكير بـ «ارغب». «وافضل» بدلاً من «يجب» ويتعين»، فالاول يخلق الانزعاج اذا لم يتحقق «ارغب» بينما اذا لم يتحقق «يجب» فان هذا يخلق الاحباط والاكتئاب، اقول مثل هذه العملية القائمة على اعادة تركيب البنية المعرفية، وحثه على تبديل التفكير والتأويل السابق الآلي بالتأويل الجديد بعد عملية اعادة صياغة تأويلاته السابقة واستبدالها بتفكير مصحح جديد ايجابي وفق الاسلوب التالي تحتاج الى صبر:

١ ـ التدريب على تخيل الموقف الذي احدث له الاضطراب والتعامل معه بالافكار المصححة الجديدة (أي لعب الدور تخيلياً). وأيضاً التعامل مع هذا الموقف ان تكرر ثانية في تعاملاته الحياتية.

٢ ـ الاستمرار في قراءة الافكار الجديدة لتلك الحادثة A لمدة شهر تقريباً كل يوم (٥ دقائق من وقته) من اجل ترسيخ هذا المعتقد الجديد، ومكافأة ذاته في كل مرة ينجح بالتعامل مع الموقف في حال تكررا من اجل تعزيزه وفق قوانين التعلم.

٣ ـ التعامل مع الافكار الجديدة لجميع المواقف الحياتية التي واجهها وفقاً للبند رقم ٢.

نلاحظ ان العلاج النفسي المعرفي ـ السلوكي هو بالسهل الممتنع يبدو سهلاً لاول وهلة ولكنه عملياً صعب ويحتاج الى مثابرة، وصبر، وتدريب دائم من قبل المتعالج وهو كما وصفه بحق الدكتور بيك **بالعلاج البسيط الخادع.**

ان نسبة لا بأس بها من المرضى يتركون العلاج بعد ثلاثة جلسات لصعوبة تطبيقه واحتياجه الى تدريب وصبر. لذا لا بد للمعالج ان ينبه الزبون منذ الجلسة الاولى باهمية الاستمرار والتدريب والصبر والجدية حتى يلاحظ الانفراج العلاجي لاننا نتعامل مع بنية معرفية متأصلة منذ الينعاة. فالعملية هي تعديل البنية المعرفية السابقة وبناء معتقدات ومواقف ومفاهيم جديدة. كل هذا والمعالج واضع نصب عينيه بابتداع الاساليب والمقاربات التي تلائم وتلبي الحاجات الفردية والثقافية بعيداف عن الامثلة والايضاحات الواردة في الكتب الاميركية بخاصة والمستمدة من البيئة الثقافية الاميركية. فتصبح الافكار الخاطئة بالصيغ الواردة في تلك الكتب لا تناسب في معظم الاحوال مع الافكار المصححة التي يقبلها المريض العربي سيما وان البصمات الدينية هي جزء من البنية المعرفية العربية والتي يمكن استغلالها في ازالة الاضطراب النفسي، وهذا لا نجده في البيئة الاميركية.

١ ـ العلاج المعرفي كما هو مطبق في منابعه الاجنبية لا يمكن تطبيقه بحذافيره على المجتمع السوري واعتقد ان هذا ايضاً على المجتمع العربي.

٢ ـ يحتاج المريض الى حفز وتشجيع دائم للاستمرار بالعلاج. والتطبيق للواجبات البيتية حيث ان دور المريض في هذا العلاج مهم جداً ونجاحه (اي العلاج) يتوقف على الموقف الايجابي من المتعالج.

٣ ـ يحتاج المريض تقريباً الى ٤ ـ ٥ جلسات علاجية كيما يشعر بفائدة هذا النوع من العلاج.

٤ ـ اي اضطراب نفسي يحتاج الى ١٥ جلسة علاجية بواقع ساعة ونصف لكل جلسة على اقل تقدير وتكون الجلسات مسجلة على شريط صوتي كجزء من الوظائف البيتية.

٥ ـ اضطرابات الشخصية تحتاج الى ستة اشهر معالجة بواقع جلسة واحدة اسبوعياً ويكون المريض منتقى ثقافياً وذكاءً.

٦ ـ غالباً ما تشرك المعالجة الدوائية مع العلاج المعرفي في اضطرابات القلق وغيرها حيث ما ان يتحسن المريض حتى يتم سحب الدواء تدريجياً كذا لا بد من ان يكون الطبيب النفسي والمعالج السلوكي ـ المعرفي في تعاون دائم.

٧ ـ كانت نسبة نجاح المعالجة ٧٠٪ من الحالات التي عالجتها:

ـ تحسن الاعراض بنسبة ٨٥٪

ـ الشفاء بعد متابعة سنة ٥٥٪

ـ الانتكاس بسبب عدم الاستمرار بالتدريبات بعد انتهاء المعالجة ومنع المريض على المتابعة العلاجية نسبة ١٧٪.

طوارئ الطب النفسي

عنوان ملف العدد السابع عشر من المجلة. وقد وردتنا تمنيات من جهات مختلفة لطباعة هذا الملف في كتيب منفرد. فقد رأى فيه الزملاء مرجعاً مختصراً وموجزاً اختصاصياً يهم الاطباء من كافة الاختصاصات واطباء الطوارئ بصورة خاصة. كما استخدمته بعض الجامعات العربية كمرجع للتدريس في فروع التمريض وعلم النفس الطبي والطب النفسي وعلم النفس.

ان تصنيف هذه الطوارئ والتشخيص التفريقي بينها هي عناصر شديدة الاهمية بالنسبة لكافة العاملين في العيادة النفسية وعيادات الطوارئ يطلب من:

مركز الدراسات النفسية والنفسية ـ الجسدية طرابلس ص.ب/ 3062 ـ التل ـ لبنان.

هاتف 961.6.441805 فاكس 961.6.438925.

ثمن النسخة 10 دولارات بما فيها اجور البريد.

الندوات والمؤتمرات

مؤتمر رعاية الموهوبين

لم تعد الموهبة شأناً فردياً، بل اصبحت هماً ومسؤولية اجتماعية ايضاً، ولعل المؤتمر الذي نظمته وزارة التربية والتعليم غدا ولمدة يومين تحت رعاية السيدة سوزان مبارك يعكس هذا التحول بعمق.

ان احتفاءنا الاخير بمواهب ام كلثوم واحمد زويل يطرحان بعمق قضية الابداع ومصيره ورعايته ولعل وطأة عملية العولمة وانسحابها على جميع مجتمعات العالم يفرض الالتفاف الى مسألة العقول، تلك الطاقات التي ستؤثر على مواقع الدول المختلفة من السباق المحموم تجاه التنافس الاقتصادي وتحقيق التميز وتوليد المعلوماتية وتفعيلها، والمفارقة الحقيقية في المؤتمر المقبل لرعاية الموهوبين تكمن في ان الجهة التي تتهم بأن نظامها التعليمي يصادر الابداع والحوار، ويؤمم القدرة على النقد والاكتشاف والخصوبة الفكرية هي نفسها الجهة التي تتصدى لمسؤولية الرعاية المؤسسية الحكومية للابداعات المتوثبة بين اطفالها وشبابها وتمهيد الارضية الموائمة لتفتح الطاقات والمواهب، وهي مسؤولية صعبة ستحسب طويلاً للوزارة في مستقبل التربية في مصر.

سيتوافر للآباء المصريين اخيراً المسارات التي يدفعون بها بأبنائهم من خلال تنميتها، وبذلك يكون امام المؤتمر المقبل مسؤوليتان: اكتشاف الموهبة وتنميتها، وترجمة ذلك السعي من خلال آلية مؤسسية تمثل الصناعة المجتمعية الثقيلة للابداع، بمعنى انشغال مؤسسات المجتمع بصناعة الابداع لتحقق السمة الجماهيرية له، ومن هنا فجدة المؤتمر تتمثل في انه ينتقل في رعاية الموهبة من النسق المدرسي الى النسق المجتمعي التربوي، بحيث لا يقتصر على رعاية المؤسسة التعليمية للمبدعين، بل يتجاوزه الى رعاية المبدعين في المجتمع باسره خارج المدرسة وداخلها.

ان السعي السابق يرتبط بتحد اكبر: كيف يمكن تأسيس نسق تعليمي جديد مناقض للنسق التعليمي الراهن

يمكننا تعريف الابداع بأنه القدرة على المجاوزة ـ قولاً وسلوكاً ـ لما هو مألوف بحيث تؤدي الى تكوين علاقات جديدة في الواقع، فالابداع في جوهره انشغال بالواقع، وتجاوزه في الوقت نفسه، ومن اجل الوصول الى واقع انساني افضل.

ويمكننا ان ننظر الى «الحق في الابداع» باعتباره

حقا انسانيا جديدا يجب ان يضاف الى حقوق الانسان المعروفة، واذا كنا نفهم تكافؤ الفرص التعليمية باعتبارها اعطاء الفرصة لكل فرد للوصول الى اقصى نقطة تعليمية تسمح بها قدراته، فإن الوصول بالمبدع وجانب تميزه وطاقاته الى سقف أعلى لتنطلق وتفيد صاحبها ومجتمعه يعزز مبدى تكافؤ الفرص التعليمية، ويكرس مسؤولية المجتمع عن اكتشاف وتنمية مواهب مبدعة في الآداب والفنون والتحصيل والمهارات.

إننا نكرر كثيراً في أدبياتنا التربوية أن التعليم هو «تعليم كل الفرد وكل فرد» فإن كل الفرد هنا يشمل قدراته وطاقاته ومواهبه وثمة تخوف من قمع الاسرة والمدرسة والمحيط لابداعات الاطفال، ويشير تورنس الى ظاهرة بقايا الابداع التي تنحصر بين عمر عشر وست عشرة سنة بسبب قمع المجتمع لمواهب افراده.

إننا نجرم في حق أنفسنا وحق مواهب اطفالنا عندما نقمعها او نهملها او نسخر منها، وربما كانت التجربة المصرية الرسمية في رعاية المبدعين مقصورة على التفوق الدراسي مثل فصول المتفوقين، ومدرسة المتفوقين بعين شمس، ولكن بينت دراسات عديدة ان الذكاء ليس مرتبطاً بالابداع بالضرورة، وبالتالي فان التفوق الدراسي ليس قرينا للابداع.

ونشير الى الجهود المصرية في دراسة ظاهرة الابداع، فبينما حدد جيلفورد اربع قدرات ابداعية هي: الاصالة والطلاقة والمرونة واستشفاف المشكلات، فإن **عالمنا الكبير مصطفى سويف** اضاف بعداً خامساً هو مواصلة الاتجاه، كما جاءت دارسات الجيل الثاني **للدكتور مصري حنوره**، والجيل الثالث **للدكتور شاكر عبد الحميد**، كما نشير الى جهد «سيمنار الابداع» بكلية تربية عين شمس بقيادة مراد وهبه ومنى أبو سنه وعبد السميع سيد احمد، الى جانب البحث التنظيري في الابداع الذي بدأه **الدكتور عبد السلام عبد الغفار** ومن بعده **د. سيد صبحي وابراهيم عيد** واسهامات اخرى عديدة خاصة **للدكتورة صفاء الاعسر** بكلية بنات عين شمس، ثمة تحد رئيسي في مستقبل الابداع وهو ممانعة القشرة الثقافية في المجتمع العربي للابداع باعتباره خروجاً وتمرداً على النص الاجتماعي، خاصة في ظل سيادة السلطة الابوية، وروح القهر والتسلط، مما يثير السؤول حول مصير الابداع في ظل ثقافة مغلقة، وكما يثير الدكتور سيد عثمان المسألة «يريد المجتمع الابداع ولا يريده» يرحب به ولكن يخشاه، يشجعه ولكن يحذره، يسمح به ولكن يحدده، يطلق له العنان ولكن يكبحه، وهو ما يرتبط بآليتين تجاه تشجيع الابداع ورفضه هما: الضبط والانتقاء، ربما تأخر هذا المؤتمر عشر سنوات كاملة، فالمساران بالضرورة متوازيان: تعميم التعليم ونشره وتوفير البنية الاساسية لتعليم جماهيري، ثم اكتشاف المواهب الابداعية في مجالات الابداع المختلفة وتنميتها، وان كانت الحركة المرواحية لمؤتمر وزارة التعليم تتمثل في مسؤوليتها المجتمعية الاوسع عن اكتشاف وتنمية المواهب، بل ونشر «الوعي الابداعي» بين المؤسسات والافراد تجاه التعامل مع المبدعين ومن الغريب ان بعض الدراسات الاجنبية اوضحت ان كثيراً من المعلمين والآباء يشعرون بعدم الارتياح ازاء الاهتمام بالابداع في الفصل الدراسي لأنه قد يعني - من وجهة نظرهم - حث الاطلاب على التمرد وعدم الدقة والتسامح إزاء سلوك او ضعف سلطة الضبط الاجتماعي.

ثم إن هناك إشكالية اخرى حول طبقية الظاهرة، فالى اي حد يعد الفقر والجهل عاملين ممانعين في اكتشاف وتنمية الموهبة الابداعية في مجتمع يشكل فيه الفقراء مالا يقل عن ثلث المجتمع، وكيف يمكن تحييد او استقطاب هذه البيئات المعادية او العاجزة في حدها

الادنى عن التعامل مع المبدع، وحتى لا تظل الجهود منصبة على مبدعي الطبقة الوسطى والعليا وحدهم.

إن مستقبل مصر التنافسي قد يكون محدداً في ضوء النجاح في محوري تحقيق العدالة التعليمية وبعمقها الجماهيري وتربية النخبة المبدعة مع ان هناك من يدعو الى «الابداع الجماهيري» باعتباره ان الابداع - كالعقل - قد يكون قاسماً مشتركاً بين جميع الشر وان اختلفت القدرة فلنقل ان مؤتمر «رعاية الموهوبين» المقبل يترجم تطلعات شعب، ووعي الادارة التعليمية، ويراكم خبرة مفكرينا الطويلة خاصة في ظل تحديات الصراع العربي - الصهيوني وتحديات العولمة والتنافس الاقتصادي والعلمي الشرس، وهذا يعني صياغة جديدة لمقولة ارسطو ان الانسان كائن مبدع لا سياسي، وان الابداع بالنسبة لمجتمعنا اصبح ضرورياً كالماء والهواء لا يستغني عنه أحد.

ندوة «العولمة والخصوصية الثقافية»

في اطار الاهتمام العربي بدراسة وتحليل «ظاهرة العولمة عقدت جامعة السلطان قابوس بسلطنة عمان - بالاشتراك مع جامعة الزيتونة التونسية - ندوة علمية بعنوان «**العولمة والخصوصية الثقافية**» وفيها - وعلى مدار ثلاثة ايام - طرح العديد من البحوث والدراسات التي ركزت - بحكم موضوع الندوة - على ظاهرة العولمة في علاقتها بالهويات والخصوصيات الثقافة وعلى وجه الاجمال يمكن الاشارة الى اهم ما طرح في هذه الندوة:

١ - إن ثمة اختلافات واضحة بين الباحثين والدارسين في تحديد مفهوم «العولمة» والخلط بينها وبين غيرها من المفاهيم القريبة منها في المعنى، خاصة مفهوم «العالمية» وقد اكدت الندوة اهمية تحديد هذه المفاهيم، واهمية الفصل والتمييز بين مفهوم «العالمية» باعتبارها حركة انسانية تعمل على خدمة البشرية، والتقارب بين الشعوب دون المساس بهوياتها وخصوصياتها الثقافية، وبين مفهوم «العولمة» كظاهرة فرضت على العالم من قبل «الآخر» المتقدم، وتهدف الى الهيمنة والسيطرة ووفق منطق الغرب الامريكي على وجه الخصوص ومما يخدم هذه الظاهرة ويعمل على تزييف الوعي بها اضفاء صفة العالمية عليها.

٢ - كما كان هناك اختلاف واضح حول الظروف التي ادت الى نشأة هذه الظاهرة، فهناك من يؤكد الظروف التاريخية، واعتبارها امتداد للرأسمالية السحيقة، وعودة بها الى المستقبل وهناك من يؤكد الثورة العلمية التكنولوجية خاصة ثورة الاتصالات والمعلوماتية، بينما يعطي الآخر اهمية قصوى للظروف الاقتصادية والشركات «متعددة» الجنسيات، في حين يؤكد اخر الظروف الثقافية، ورغبة الغرب الامريكي في نشر ثقافته، ومحو الثقافات الاخرى، سيطرة وهيمنة، واخذت الندوة بمنطق تعدد وتداخل العوامل في نشأة الظاهرة.

٣ - ووجد ما يشبه الاجماع في الندوة - على ان لظاهرة العولمة تأثيراتها وتداعياتها الثقافية الخطيرة، على الهويات والخصوصيات الثقافية، ليس على المستويين العربي والاسلامي فحسب، وانما على مستوى كل الشعوب والثقافات، خاصة تلك الضاربة بجذورها في اعماق التاريخ، حيث تهدف هذه الظاهرة بآلياتها الضخمة والمتقدمة الى محو ما تعتبره ثقافات تقليدية، ونشر «ثقافة العولمة» التي هي بالتحديد «ثقافة الغرب الامريكي» والتي تعتمد في انتشارها على التقدم الهائل في تقنية الاتصال، وتعتمد على لغة «الصورة» بدلاً من اللغة المكتوبة، لما تتميز به من سرعة الاغراء والتأثير ولهذه الثقافة منطقها الاخلاقي الخاص الذي لا يتفق مع ما تعارفت عليه الثقافات الاخرى. كما تستهدف جمهوراً معيناً وهي القاعدة العريضة من الشباب، واغلب ما يعرض عليه يتمثل في الثقافة الشعبية

الامريكية الى جانب التقليل من المادة العلمية الاكاديمية التي يأتي بعضها مزيفاً في كثير من الاحيان، ومن ثم اوصت الندوة بضرورة التمييز بين «ثقافة العولمة» بهذا المنطق الامريكي، وبين «عالمية الثقافة» بمنطق انساني يهدف الى تقارب الثقافات في اطار التعدد والتنوع الثقافي.

٤ ـ اما بخصوص العلاقة بين الثقافات في المستقبل، وبالتحديد موقف الثقافة الاسلامية من الثقافات الاخرى، وهل يحمل المستقبل صراعاً بين هذه الثقافات، خاصة الثقافة الاسلامية كما يروج بعض مفكري الغرب، فقد خلصت الندوة الى ان المستقبل لن يحمل صراعاً بين الثقافات، وان الاسلام دين محبة وسلام وقادر على التعامل بكل ثقة مع الثقافات الاخرى باعتباره في الاساس دعوة عالمية تدعو الى خير البشرية جمعاء.

٥ ـ ويوجد ما يشبه الاجماع داخل الندوة على ان ثمة قصوراً عربياً واسلامياً في مواجهة الآثار الثقافية السلبية لظاهرة العولمة ويتمثل القصور في غياب التنسيق والمشاركة العربية والاسلامية الفاعلية، وغياب الطرح الموضوعي العقلاني للعديد من القضايا المجتمعية والانسانية الملحة، فضلاً عن غياب الثقافة العربية على «الآلة الجهنمية» الحديثة المسماة «بشبكة الانترنت» وقد ضرب احد الباحثين مثالاً صارخاً ومحزناً في الوقت نفسه وذلك عند المقارنة بين الوجود العربي الاسلامي والوجود اليهودي الصهيوني على هذه الشبكة، ففي الوقت الذي يحتل فيه الصهاينة ٧٠٢ موقع تغطي ١٤ صنفاً من المعلومات على الشبكة، تحتل الثقافة الاسلامية ٢٢٨ موقعاً تغطي ٤ صفوف اساسية، وللثقافة العربية ٨٨ موقعاً، تغي ٧ صفوف من المعلومات وهناك ٢١٥ مليون مشترك في الانترنت على مستوى العالم، منهم ٥٧,٤٪ من ابناء اللغة الانجليزية، و٢٦,٤٪ من ابناء اللغات الاوروبية و١٦,٢٪ من ابناء لغات غير اوروبية في حين يمثل الحضور العربي ٠٠,٤٪ مع العلم بان حضورهم في معظمه باللغة الانجليزية مما يكشف القصور الواضح في وجود الثقافتين الاسلامية والعربية على هذه الشبكة الخطيرة.

٦ ـ كما طرح احد الباحثين ضرورة ان يطرح العرب والمسلمون «مشروعهم العربي الاسلامي» المستمد من المقومات المادية والطبيعية، ومن المخزون الروحي الحضاري والدخول به في قلب العالم الذي تعاني الاغلبية منه الفقر والتهميش والفراغ الروحي كما طرحت بحوث ودراسات اخرى جادة تحث على ضرورة الفهم والتحليل للركائزوالمقومات الايديولوجية وراء هذه الظاهرة وكيف يمكن الافادة من الانجازات التكنولوجية دون الوقوع في «شرك» الايديولوجيات الكامنة فيها.

٧ ـ وخلصت الندوة الى انه من الصعب ان نرفض هذه الظاهرة على طول الخط، او تقبلها دون قيد او شرط وانما على حد تعبير احد الباحثين ـ يمكن التعامل معها وفق شروط موضوعية نابعة من المصالح العليا للشعوب العربية والاسلامية ودون انطواء على الذات، وفي الوقت نفسه دون تهميش او الذوبان في الآخرين، وهذا لن يتأتى إلا بالتخطيط الواعي، والانتاج المتنامي، والتحصين المستمر لذاتنا وهويتنا الثقافية، وقبل وبعد كل هذا القدرة على ان نمتلك «ارادتنا» بدلا من ان يمتلكها الآخرون، لان في امتلاكهم لها ضياعاً للذات وللكيان. وهذا معناه الفناء والانتهاء والا شيء غيره.

وفي الختام اوصت اللجنة بالمزيد من الحوار واثارة التساؤلات الجوهرية والاجابة عنها من خلال الطرح النظري والمعرفة العلمية لابعاد الظاهرة، ونقد الواقع العربي والاسلامي، وكيفية المواجهة لهذه الظاهرة الخطيرة والمشاركة في انجازاتها والحد من وحشيتها بحيث نعيش «حالة الفعل» لا «حالة رد الفعل».

شروط البحث المقدم :

- يرسل أولا ملخص للبحث بالعربية والإنجليزية
- يعدم البحث مستوفيا القواعد العلمية المتعارف عليها ولا يكون قد سبق نشره أو التقدم به لمؤتمر آخر
- يقدم البحث في ثلاث نسخ باللغة العربية مكتوب على الكمبيوتر IBM (WORD 6) بحجم ورق الكوارتو (A4) ونظام الصفحة كالتالي
- عدد صفحات البحث ١٦ صفحة وكل صفحة تزيد عن هذا العدد يدفع لها رسم (١٠) جنيه
- يكون نظام الكتابة في الصفحة ٢٠سم (طول) × ١٣ سم (عرض) وبنط الكتابة (١٢) عادي والعناوين (١٤) عريض
- يكتب عنوان البحث في وسط الصفحة وأسفله بمسافة صغيرة اسم الباحث مع وضع علامة *
- يوضع خط أسفل الصفحة لكتابة وظيفة الباحث والكلية والجامعة
- يوضع خط أعلى الصفحات الفردية ويكتب اسم المؤتمر وفي المنتصف مركز الإرشاد النفسي وفي الجانب جامعة عين شمس وفي الصفحات الزوجية يوضع خط يكتب أعلاه اسم البحث
- يكتب ملخص للبحث باللغة العربية ويسلم مع البحث ديسك البحث لسكرتارية المؤتمر
- آخر موعد لتقديم ملخصات البحوث في يوليو ٢٠٠٠ والبحوث في آخر سبتمبر ٢٠٠٠
- يقوم المركز بنشر البحوث المقبولة بعد تحكيمها من قبل اللجنة العلمية في مجلد خاص
- يقوم المركز بتزويد المشتركين من الباحثين بمجلدات المؤتمر ومستلات من بحوثهم
- يقوم المركز بضيافة المشتركين في المؤتمر (بدون المبيت)

نموذج الصفحة الأولى :

رسم الاشتراك والتسجيل :

- ٣٥٠ جنيه للباحث المشترك ببحث من داخل مصر .
- ٣٥٠ دولار امريكي للباحث المشترك ببحث من خارج مصر .
- ١٥٠ جنيه للباحث المشارك بدون بحث من داخل مصر .
- ١٥٠ دولار امريكي للباحث المشارك بدون بحث من خارج مصر .
- ١٠٠ جنيه للجلسات التدريبية من داخل مصر .
- ١٠٠ دولار امريكي للجلسات التدريبية من خارج مصر .

المراسلات :

- ترسل جميع المراسلات باسم الأستاذ الدكتور / طلعت منصور مدير مركز الإرشاد النفسي بمبنى كلية التربية - روكسي - مصر الجديدة - القاهرة - رمز بريدي : ١١٧٥٧
- ت / فاكس : ٤٥٥٨١٢٣

مع أطيب تمنياتي القلبية
وإلى الملتقى في فعاليات مؤتمركم بالقاهرة

مقرر عام المؤتمر
أ.د. طلعت منصور
مدير مركز الإرشاد النفسي

الاتصال والاستعلام :

أ. سوزان محمد أحمد
أمين مركز الإرشاد النفسي

يعقد المؤتمر في قاعة المؤتمرات - بدار الضيافة
جامعة عين شمس - خلف المستشفى التخصصي
شارع منظمة الوحدة الإفريقية
العباسية - القاهرة

المؤتمر الدولي السابع
للإرشاد النفسي بجامعة عين شمس

(توجهات مستقبلية مع بداية قرن جديد وألفية جديدة)

٥-٧ نوفمبر عام ٢٠٠٠

تحت رعاية
الأستاذ الدكتور / مفيد شهاب
وزير التعليم العالي والبحث العلمي

ورئاسة المؤتمر
الأستاذ الدكتور / حسن أحمد غلاب
رئيس جامعة عين شمس

نائب رئيس المؤتمر
الأستاذ الدكتور / مراد عبد القادر
نائب رئيس الجامعة لشئون خدمة المجتمع وتنمية البيئة

مقرر عام المؤتمر
الأستاذ الدكتور / طلعت منصور
مدير مركز الإرشاد النفسي

رئيس مجلس إدارة المركز
الأستاذ الدكتور / محمد أمين المفتي
عميد كلية التربية

نائب رئيس مجلس الإدارة
الأستاذ الدكتور / مصطفى محمود رضوان
وكيل كلية التربية لشئون خدمة المجتمع وتنمية البيئة

دعوة للمشاركة :

يدعو " مركز الإرشاد النفسي " وحدة ذات طابع خاص بجامعة عين شمس) السادة الأساتذة والباحثين والأخصائيين . وكذلك المؤسسات والمراكز الحكومية والأهلية . إلى تقديم بحوث ودراسات وأوراق عمل وتقارير للمشاركة في فعاليات مؤتمره السنوي الدولي .

أهداف المؤتمر :

- توجيه الدراسات البحوث والخطط والخدمات متعددة الاتجاهات نحو استراتيجيات بناء الإنسان العربي وتنميته كأساس حقيقي لتقدم مجتمعنا العربي
- تأصيل بناء الإنسان العربي بمتطلبات هويته الحضارية المتميزة وتفاعلا بإقتدار مع المجتمع الإنساني المعاصر
- توجيه الاهتمام إلى المنحى المستقبلي في الدراسات النفسية والاجتماعية والتربوية سواء من حيث التنظير أو البحث أو الطرق والأساليب الفنية
- العمل بالتوجهات المعاصرة في البحوث والدراسات النفسية والاجتماعية نحو توفير الضمانات والشروط لصحة مجتمعاتنا العربية - صحة نفسية وصحة اجتماعية وصحة ثقافية إقرارا لمناخ نفسي اجتماعي تتفتح فيه إمكانات الشخصية العربية وتسامي واقعا فعالا ومستقبلا واعدا
- تدارس بعض القضايا الملحة المتعلقة بالمعلوماتية وتكنولوجيا الاتصالات والسماوات المفتوحة والعولمة والجات وما بعد الحداثة والتعددية الثقافية من منظور التدخل الإرشادي في إطار أهدافه (التنمية والوقاية والعلاج) إزاء هذا الفيض من التغيرات والتحديات

محاور المؤتمر :

- مفاهيم ومبادئ الإرشاد ركن أساسي في بناء الإنسان العربي
- الصحة النفسية للمجتمعية
- الإرشاد النفسي إزاء قضايا الهوية والعولمة والتعددية الثقافية وما بعد الحداثة
- استثمار المعلوماتية وتكنولوجيا المعلومات في تطوير العمل الإرشادي
- الدراسات المستقبلية وأساليبها الفنية واستثمارها في آفاق بناء الإنسان وتنميته
- مؤسسات بناء الإنسان في :
  - الأسرة
  - المدرسة
  - الجامعة
  - العمل
  - المجتمع

دور الإرشاد في فاعلية الفرد والجماعة

- المناخ النفسي الاجتماعي شرط حتمي لتقدم الفرد والمجتمع .
- الصحة النفسية والصحة الثقافية : مدخلان متفاعلان لبناء الفرد وتقدم المجتمع .
- الإرشاد النفسي والخدمات النفسية في مجالات :
  - القانون .
  - الأمن .
  - الصحة .
  - الإعلام .
- التوجه الديني مدخل رئيسي لصحة النفس والمجتمع .
- المدخل الإرشادي الوقائي والعلاجي لمعالجة معوقات أو معطلات صحة الفرد والمجتمع .
  - الانحرافات والاضطرابات النفسية والسلوكية .
- مهارات التعامل مع ضغوط وأزمات الحياة .
- تنمية البيئات والمجتمعات المحرومة ثقافيا .
- الإرشاد من أجل بيئة أفضل وأكثر رونقا وعطاء : حماية البيئة وتنمية البيئة .
- الإرشاد من أجل تنمية الذوق الاجتماعي والانضباط السلوكي .
- قضايا ملحة : الأمية . والتثقيف . والتدريب .. وتضميناتها الإرشادية .

ندوات متخصصة :

- ندوة(١) : الشباب : مستقبل أمة .
- ندوة(٢) : الموهوبون : كنوز أمة .
- ندوة(٣) : الدين في بناء الإنسان : نمو وسمو .

محاضرات عامة :

- محاضرة عامة (١) : تنمية الإمكانات البشرية . اتجاهات البحث وآفاق التطبيق .
- محاضرة عامة (٢) : الإرشاد والتعليم الوجداني والتربية الوجدانية .
- محاضرة عامة (٣) : الإرشاد الأسري : آفاق تنمية المرأة لحياة أسرية فعالة .

تنتظم فعاليات المؤتمر على النحو التالي :

جلسات بحوث .
محاضرات عامة .
ندوات متخصصة .
جلسات تدريبية في الأساليب المتقدمة في الإرشاد (يقدمها خبراء مصريون وأمريكيون) .

ويشارك في هذه الفعاليات أساتذة من الجامعات المصرية والعربية والأجنبية .

مركز الإرشاد النفسي
مصر الجديدة - القاهرة

استمارة تسجيل

اسم المشترك : .....

الوظيفة : .....

عنوان البحث : .....

الجامعة التابع لها : .....

الكلية : .....

التخصص : .....

عدد صفحاته : .....

قيمة الاشتراك : ..... نقدا / شيك

عنوان البحث : .....

رقم التليفون : .....

رقم البطاقة : ..... شخصية / عائلية جهة صدورها .....

توقيع العضو

.....

برجاء إعادة الاستمارة بعد استيفائها إلى الأستاذ الدكتور مقرر عام المؤتمر .

مركز الإرشاد النفسي - كلية التربية
جامعة عين شمس - روكسي - مصر الجديدة - القاهرة

ISNIP 2001

A Brain Space Odyssey

VIth International Congress

INTERNATIONAL SOCIETY FOR NEUROIMAGING IN PSYCHIATRY

August 29 - September 2 2001

University Hospital of Psychiatry
University of Bern
Switzerland

1st Announcement

It is a great pleasure for us to invite you to participate in the 6th International Congress of the International Society for Neuroimaging in Psychiatry which will be held in Bern, Switzerland during August 29 - September 2, 2001. After the 5 prior successful ISNIP meetings we have the great honour to organise the first meeting in the new Millennium. We hope that the wide range of topics covered by the conference from methodological basics to clinical application of neuroimaging in psychiatry together with the possibility to share ideas and experiences with fellow colleagues from various disciplines from all over the world will give you motivation and inspiration for your work in the new millennium.

Besides being Switzerland's political and diplomatic capital, scientific research and teaching are also strongly represented in Bern. The University of Bern with a large medical faculty and extensive research facilities is located here. Distinguished former associates include Albert Einstein, who also published his theory of relativity during his stay in Bern.

Bern as the venue for ISNIP 2001 is one of the most splendid examples of mediaeval town architecture in Europe and is a listed as Word Cultural Heritage by UNESCO. The city lies right in the heart of Switzerland, and can easily be reached by rail, road or air from the main capitals of Europe.

Finally, Bern is surrounded by a most beautiful countryside: The Bernese Oberland in the Swiss Alps is a true paradise for sports fans offering mountain biking, rock climbing, inline skating, cliff jumping, river rafting, sailing and much, much, more. But Bern is also known for its many cultural activities, like theatres and exhibitions.

We look forward to welcoming you and your family to Switzerland in August 2001.

T. Dierks and W.K. Strik
Congress Chairmen

ISNIP 2001 Secretariat
University Hospital of Psychiatry
University of Bern
Bolligenstr. 111
CH-3000 Bern 60
Switzerland

ISNIP 2001
A Brain Space Odyssey

CONGRESS COMMITTEE

Congress President
W.K. Strik (Bern)

Honorary President
K. Maurer (Frankfurt)

Congress Chairmen
T. Dierks (Bern)
W.K. Strik (Bern)

Scientific Committee (preliminary)
N. Andreasen (Iowa City)
C. Boesch (Bern)
B. Bogerts (Magdeburg)
M.S. Buchsbaum (New York)
T. Dierks (Bern)
S. Galderisi (Naples)
R. Goebel (Maastricht)
D. Hell (Zurich)
F.A. Henn (Mannheim)
C. W. Hess (Bern)
D. Lehmann (Zurich)
K. Maurer (Frankfurt)
H.J. Möller (Munich))
F.J. Müller-Spahn (Basle)
B. Saletu (Vienna)
G. Schroth (Bern)
T. Schlaepfer (Bern)
G. Sedvall (Stockholm)
W.K. Strik (Bern)
F.X. Vollenweider (Zurich)
D.R. Weinberger (Washington)

Organising Committee
T. Dierks (Bern)
A. Federspiel (Bern)
T. König (Bern)
T. Müller (Bern)
O. Würmle (Bern)

Congress Secretary
M. Bischoff (Bern)

ISNIP
INTERNATIONAL SOCIETY FOR NEUROIMAGING IN PSCHIATRY

Executive Committee

Chairman
Konrad Maurer (Frankfurt)

Deputy Chairmen
Helmut Beckmann (Würzburg)
Frank H Duffy (Boston)
Peter Fenwick (London)

Secretary
Ralf Ihl (Düsseldorf)
Antonio Vita (Rome)

Treasurer
Lutz Frölich (Frankfurt)

Editor of Society's Journal
Monte S. Buchsbaum (New York)

Liaison Officer
F. Gerstenbrand (Innsbruck)

Scientific Committee
J.D. Brodie, (New York)
T. Dierks, (Bern)
H.H. Holcomb (Baltimore)
D. Lehmann (Zurich)
J. Mendlewicz, (Brussels)
H.-J. Möller (Munich)
P. Riederer (Würzburg)
B. Saletu (Vienna)
G. Sedvall (Stockholm)
D.R. Weinberger (Washington)
D. F. Wong (Baltimore)

Yes I am interested to participate in

ISNIP 2001
A Brain Space Odyssey
August 29 - September 2 2001

Bern
Switzerland

Please send me further information:

Family Name: .....
First Name: .....
Title: .....
Hospital, Institute: .....
.....
.....
Address: .....
.....
Postal Code: .....
City: .....
Country: .....

Telephone: .....
Telefax: .....
Email: .....

ISNIP 2001 Secretariat
University Hospital of Psychiatry
University of Bern
Bolligenstr. 111
CH-3000 Bern 60, Switzerland

Phone: +41 31 9309 716
Fax: +41 31 9309 961
Email: isnip2001@puk.unibe.ch
www.puk.unibe.ch/isnip2001

مكتبة الثقافة النفسية

العنوان: سيكولوجية الاسرة والوالدية

تأليف: د. بشير الرشيدي ود. ابراهيم الخليفي

الناشر: ذات السلاسل ـ الكويت

عرض: د. عبد الفتاح دويدار

تحت عنوان «سيكولوجية الاسرة والوالدية» صدر للدكتور بشير صالح الرشيدي بالاشتراك مع الدكتور ابراهيم الخليفي مجلد يناقش الاومات الاسرية ودينامية العلاقات داخل الاسرة من زاوية سيكولوجية. الا ان اصرار المؤلفين على الاحاطة الشمولية بموضوعهما دفع بهما الى تخطي عتبة السيكولوجي الى مداخلات متعددة الصعد تلحظ تنظيرات وتصنيفات الاسرة في مختلف العلوم الانسانية، مما ينعكس باستشعار القارئ لنزعة فلسفية تتبدى من خلال عمق الطرح والتنظيم التكاملي للافكار ومراعاة الواقع المعيشي. اضافة الى التبويب المميز لمواضيع الكتاب، وتكتمل قيمة هذا الكتاب بعنصرين هامين، الاول معاصرته بحيث يستوعب احداث النتاجات الفكرية والعلمية الصادرة حول النظام الاسري في ابعاده النفسية والاجتماعية والتربوية. وبما ان الاسرة هي نواة المجتمعات وحضانة جهاز القيم وموصلة له فقد كان من الطبيعي ان يؤدي التعمق في سيكولوجية الاسرة للحديث عن دورها الوظيفي في حياة الافراد والمجمعات. وقبل ان نعرض لمحتويات الكتاب لا بأس من التعريف السريع بمؤلفيه اللذين اثريا المكتبة النفسية العربية بسلسلة من البحوث والمؤلفات التي حالت صعوبات الاتصال والتوزيع دون وصلها الى اهدافها بالسرعة المطلوبة.

١ ـ د. بشير صالح الرشيدي

حاصل على دكتوراه علم النفس التروي من جامعة اوهايو استاذ علم النفس في جامعة الكويت ورئيس مجلس امناء مكتب الانماء الاجتماعي ورائد مدرسة العلاج الواقعي في العالم العربي. حيث قدم مبادئ هذه المدرسة للاختصاصيين العرب عبر مؤلفات. كما طور الرشيدي نموذجاً صحياً للتعامل مع الذات فاصدر كتاباً بهذا العنوان.

الا ان الرشيدي يدين بشهرته العربية والعالمية للبحوث التي اعدها في مجال «الصدمة النفسية» (P.T.S.D.). حيث اتقن استغلال التجارب العفوية ـ الصدمة المرافقة لحرب الكويت فقدم للمكتبة النفسية دراسات معيشة نشرت في العديد من الدوريات العربية والاجنبية. ولعل كتابه «الحرب وسيكولوجية المجتمع» واحد من اهم الكتب العربية الصادرة في مجال سيكولوجية الحروب والكوارث.

٢ ـ د. ابراهيم محمد الخليفي

حاصل على الدكتوراه من جامعة اوهايو (الولايات المتحدة) استاذ بكلية التربية ـ جامعة الكويت. ورئيس مجلس امناء مكتب الشهيد. وله العديد من المؤلفات والتقنيات المتخصصة في شؤون الطفولة والارشاد النفسي والاسري. ولقد تعمقت تجربة الخليفي في مجال الاسرة وتحديداً في مجال السلطة الوالدية من خلال اشرافه على التعامل مع عائلات تعاني خللاً في بنيتها وفي دينامية العلاقات بداخلها وذلك بسبب الفقدان.

٣ ـ محتويات الكتاب

يبدأ الكتاب بمدخل تمهيدي يعرض لمفهوم الاسرة والنظريات المطروحة حولها. يتبعه فصل اول بعنوان: «الزواج ـ مدخل نفسي اجتماعي». اما الفصل الثاني فيبحث موضوع «التوافق الزواجي» ويتعمق العنوان ببحث هذا التوافق من مختلف جوانبه، حتى يمكن اعتبار هذا القسم الاول من الكتاب كدليل للارشاد الزواجي ولحل الصراعات داخل الاسرة وايضاً لاقرار دينامية اتصال اسرية سليمة. الفصل الثالث يحمل عنوان «سيكولوجية الانجاب» وفيه معايشة لدور الوالدة ومتابعة له. بدءاً من التفكير بارضاء غريزة الامومة مروراً بمراحل الحمل المختلفة ومصاعبها. بما يؤدي للبحث في السبل الوقائية ـ النفسية للحامل. ومن ثم عرض لظروف الولادة. وينتهي الفصل بمناقشة موضوع العقم وانعكاساته النفسية والاسرية. ويحمل الفصل الرابع عنوان «الاسرة والبناء النفسي للشخصية». حيث مؤسسة الاسرة تشبع حاجة الوالدين النفسية والاجتماعية والانسانية وتكمل كيانهما والبناء النفسي لشخصية كل منهما. كما انها تلعب ادواراً وظيفية متعددة عن طريق استجابتها لحاجات الزوجين الحسية والعاطفية والجنسية والانتمائية... الخ. ونأتي الى الفصل الخامس وعنوانه «النماذج الوالدية في التربية» وفيه عرض لبعض النماذج الشائعة مثل نموذج بالودين ونموذج شيفر ونموذج بيكر، ثم يتطرق الكتاب لمناقشة بعض الاتجاهات العائلية المتطرفة مثل الحماية الزائدة والكمال المفرط والتسلط والتساهل الزائد... الخ. مه تبيان النتائج والآثار المترتبة على كل من هذه الاتجاهات. وبذلك نصل الى مناقشة موضوع الفصل السادس وهو «تنظيم البناء السيكولوجي للبيئة الاسرية».. حيث الجدل لا يزال قائماً حول وبائية انتشار بعض الاضطرابات الاسرية. وحول ما اذا كانت وراثية ام انها نتيجة للبيئة نفسها. وهذا ما يطرح ضرورة تنظيم هذه البيئة وبنيانها السيكولوجي. ولكن ماذا عن الوظيفة التربوية للاسرة والوالدية؟ يجيب الكتاب عن الاسئلة المتفرعة عن هذا التساؤل في فصله السابع. ثم ينتقل لطرح اشكالية «الاسرة وحيدة الوالدية» في فصله الثامن. وبه تنتهي فصول الكتاب بقائمة ابجدية بالمصادر والمراجع.

٤ ـ مراجعة نقدية

يقع الكتاب في مجلد ضخم من ٦٧٠ صفحة من الحجم الكبير. ومع ذلك فانه يوحي بالاختصار نظراً للرغبة الملحة لدى المؤلفين بالامساك بمواضيع الكتاب من مختلف جوانبها وزواياها. لذلك يمكن القول بان الكتاب يثير لدى قرائه سيلاً من الاسئلة. حتى انني كنت افضل لو لجأ المؤلفان لاصدار كل فصل من الفصول في كتاب مستقل. بما يكسبهما مساحة اضافية لعرض تجاربهما الغنية والعميقة في هذه المواضيع. ولو نحن اخذنا كل فصل من فصول الكتاب الى حدة لوجدنا الارشاد النفسي. وهكذا يمكن اقتراح تقسيم الكتاب الى الاجزاء التالية:

١ ـ الزواج والاستقرار النفسي.

٢ ـ اسس التوافق الزواجي (الارشاد الزواجي).

٣ ـ سيكولوجية الانجاب (الحمل والولادة والعقم).

٤ ـ دور الاسرة في بناء الشخصية.

٥ ـ النماذج العائلية الخطرة

٦ ـ التوازن في البيئة الاسرية.

٧ ـ الوظيفة التربوية للاسرة.

٨ ـ الاسرة وحيدة الوالدية (سيكولوجية اليتم والفقدان).

الا ان هذا التقسيم قد يفقد القارئ فرصة الاطلاع الشمولي على مواضيع العلاج النفسي العائلي. حيث يساعد هذا المجمع المتكامل في اعطاء رؤية شمولية للأزمات العائلية واساليب علاجها والتعامل معها. من

هنا فاننا نقترح اضافة جزء/ فصل جديد للكتاب بعنوان «العلاج النفسي العائلي» على ان يحتوي ملخصاً جامعاً لمختلف الاقتراحات العلاجية والارشادية الواردة في متون الكتاب.

ان الكتاب بشكله الحالي هو مرجع يتسم بالحداثة وبالمعاصرة ويتميز بمراعاته لظروف البيئة وللازمات المرتبطة بها. ومن هنا يمكن اعتباره مرجعاً ضرورياً للاسرة وللعاملين في مجالات الارشاد الاسري والزواجي وعلم النفس التربوي وكذلك للاخصائيين العاملين مع عائلات تعاني الفقدان او غياب احد الوالدين (سواء بالموت او بالطلاق او بالسفر... الخ). وبهذا فان الكتاب هومساهمة اكاديمية قيمة وهو يغني المكتبة النفسية العربية بتكامليته وشمولية طروحاته.

العنوان: الامراض النفسية ـ جسدية

المؤلف: د. فيصل محمد خير الزراد

الناشر: دار النفائس ـ بيروت

بعد سلسلة طويلة ومعقدة من الفحوصات المخبرية والشعاعية يخرج احد المرضى بدون تشخيص. مع التأكيد بعدم معاناته من اي مرض جسد. لكن شكاوي المريض ومضايقاته تبقى مستمرة دون ان يتمكن الطب من علاجها او حتى من وضع تشخيص لها. فتعتبر الشكاوي ذات منشأ عصبي.

وحالة هذا المريض ليست نادرة اذ ان هناك ملايين المرضى حول العالم ممن يعانون من مثل هذا الوضع. ويطلق على هؤلاء تسمية «المرضى السيكوسوماتيون» اي المعانين من اضطرابات جسدية ذات منشأ نفسي ـ انفعالي. وهذا الانتشار الواسع هو الذي يبرر الجهود والاموال التي تخصص من اجل تطوير هذا الفرع. ونتيجة لهذا الاهتمام تبين للباحثين ان المرض السيكوسوماتي لا يقتصر على الحالات غير المشخصة طبياً. فالارهاق النفسي يعتبر عاملاً مشجعاً للاصابة بعدد كبير من الامراض الجسدية المعروفة مثل القرحة والربو وامراض القلب والشرايين... الخ.

وبالرغم من الحاجة الملحة والاموال المخصصة لهذا الفرع فانه لا يزال عاجزاً عن التحول الى اختصاص مستقل. فهو يقتضي الجمع بين مختلف الاختصاصات الطبية والنفسية في آنٍ معاف. وهو جمع مستحيل بالنسبة للافراد لكنه ممكن عبر فرق العمل المؤلفة من مجموعة اختصاصيين. وهكذا كان من الطبيعي ان تنشأ تيارات ومذاهب متعارضة من هذا الميدان. ويتأتى هذا التعارض من الاساليب المقترحة للجمع بين الاختصاصات. فهنالك تيار يقول بان معالجة الارهاق النفسي هي هدف السيكوسوماتيك. وهو هدف يمكن تحقيقه بدون الدخول في تفاصيل الاختصاصات. اذ تمكن معالجة هذا الارهاق عن طريق الاسترخاء (Relaxation) او عن طريق الادوية المطمئنة (Ataractique) او عن طريق التحكم بالتغذية الحيوية ـ الرجعية (Bio-feed back)... الخ. في حين تذهب تيارات اخرى الى التأكيد على وجود انماط حياتية (قوالب سلوكية) يؤدي كل منها بمعتمديه للاصابة بانواع معينة من المرض. ويتطرف بعضهم في هذا الاتجاه فيتحدث عن شخصية خاصة بكل مرض على حدة... الخ.

بذلك يبتعد السيكوسوماتيك عن صفة الاختصاص ليتحول الى ميدان تمارس فيه الاختصاصات والنظريات المختلفة. مما يزيد من تشعب وتعقيد هذا الفرع. ويجعل من الاحاطة بجوانبه عملية شاقة ومضنية.

ولقد تصدى الدكتور فيصل محمد خير الزراد لهذه المهمة فاخرج كتابه «الامراض النفسية ـ الجسدية» الصادر عن دار النفائس. وهو كتاب يكاد يبلغ حدود

الموسوعية نظراً لاصرار المؤلف ورغبته بتقديم عرض شمولي لمختلف التيارات والمذاهب السيكوسوماتية. وهذه الرغبة هي تحدٍ قبله المؤلف ونجح في اجتيازه. اذ يخرج القارئ من جولته في فصول هذا الكتاب برؤية شمولية عن هذا الفرع، وهنا اجد من الناسب ان اقدم اعترافاً شخصياً بتهيبي امام هذا التحدي. حيث بدأت تجربتي الكتابية في الميدان بترجمة بعض الكتب الاجنبية. واعتبرت هذه الكتب في حينه صعبة وبالغة التخصص وعادت بالخسارة على ناشريها. وانتقلت بعدها لاصدار سلسلة كتيبات حاولت تبسيطها قدر الامكان ولم يكن مصيرها افضل من الترجمات. لكن المفاجأة كانت كامنة في ان الدكتور الزراد قد اطلع عليها جميعها وادرجها مراجع في كتابه. حتى يهيأ لك بانه لم يترك عملاً ذي علاقة بالموضوع دون ان يطلع عليه ويشجعه الباحث والكثير من طاقته واعصابه. لذلك اجد نفسي مدفوعاً للتقرير بان هذا الكتاب اعمق وارسخ من الكتب الصادرة تحت العنوان نفسه والتي اتيح لي الاطلاع عليها. وهذا التقرير قد يثير حفيظة العديد من الزملاء. لكن اعتقد بانهم سيشاركوني هذا الرأي ان هم تصدوا لقراءة هذا الكتاب بروح الموضوعية العلمية. فهذا الكتاب هو ضرورة للاطباء على مختلف اختصاصاتهم (بمن فهم الاطباء النفسيين) وهو مرجع رصين للباحثين النفسيين الذين يحاولن طرق هذا المجال. ولعل نجاح اغلمؤلف يعود الى قدرته على استحضار وتكامل الجوانب الطبية والفيزيولوجية والعصبية والبيوكيميائية والنفسية والتربوية والفكرية والثقافية ـ الحضارية.

هذا التكامل يتبدى عبر فصول الكتاب حيث يتدرج المؤلف في عرض تعريفات وتصنيفات السيكوسوماتيك لينتقل بعدها الى مناقشة علاقة النفس بالجسد ودور الاجهاد والانفعالات في اضطراب التوازن الجسدي والنظريات المطروحة حول هذا الدور. ثم ينتقل الدكتور الزراد في الفصل الثاين الى استعراض نسبة انتشار الامراض السيكوسوماتية والفرضيات المطروحة حول اسبابها وسبل التفريق بينها وبين الاضطرابات الهستيرية المجسدة. وينهي هذا الفصل بعرض اختبار كورنل واستبيان اعادة التكيف.

ويخصص المؤلف الفصل الثالث لتقديم اقتراحات الاجابة على السؤال المطروح دائماً وهو: لماذا يتسبب الاجهاد نفسه في اصابة احدهم بالقرحة والثاني بالذبحة والثالث يخرج بدون اية اصابة جسدية؟. وهذا ما يسمى باختيار الاعراض الذي يعرض الزراد لنظرياته في هذا الفصل.

ونصل الى الفصل الرابع الذي يبحث في سيكوسوماتيك الجهازالهضمي والخامس في سيكوسوماتيك الجهاز التنفسي والسادس في سيكوسوماتيك القلب والشرايين والسابع في سيكوسوماتيك الجلد والثامن في الاضطرابات الجنسية ـ السيكوسوماتية والتاسع في سيكوسوماتيك الجهاز العضلي والهيكلي اما الفصل العاشر فيعرض لاضطرابات التبول والاخراج عند الاطفال والحادي عشر لسيكوسوماتيك الجهاز الغددي. اما الثاني عشر فهو يناقش سيكوسوماتيك الجهاز العصبي فيتوقف عند الصداع والشقيقة والدوار واحساس الاطراف الكاذب. ثم يعرض المؤلف لاضطرابات سيكوسوماتية اخرى في فصله الثالث عشر فيتحدث عن الحرمان العاطفي (كتجربة شدية) وصدمات الحوادث والاصابات والاحساس بالالم واضطرابات الحمل والنوم ونزيف الاذن الوسطى وصدمة العملية الجراحية ثم يدرج السرطان في قائمة الامراض السيكوسوماتية. وهو ادخال يجري حوله الجدال راهناً. خصوصاً بعد اكتشاف علاقة الفيروسات ببعض انواعه. ولا يهمل زميلنا د. الزراد مسائل علاج الامراض السيكوسوماتية وعرض قضايا مثارة على صعيد هذا الفرع.

ايضاً يتضمن الكتاب ملحقاً للتدريب على

الاسترخاء والسيطرة على القلق والمخاوف والتوترات.

وهكذا فان الانصاف يقتضي ان نؤكد بان هذا الكتاب هو من الاضافات الجدية الهامة الى المكتبة النفسية العربية. وهو مرجع اكاديمي رصين لكافة المهتمين في السيكوسوماتيك دراسة وبحثاً وممارسة. ويسعدني ان انتهز فرصة هذا العرض بعد الاطلاع المعمق على الكتاب من اجل ترشيحه لنيل جائزة مصطفى زيول للعلوم النفسية.

العنوان: التنشئة الاجتماعية لابناء الشهداء والأسرى

المؤلف: د. فهد عبد الرحمن الناصر

الناشر: جامعة الكويت

عرض: د. عبد الرحمن عيسوي

عن مجلس النشر العلمي بجامعة الكويت صدر للدكتور فهد عبد الرحمن الناصر كتاب جديد بعنوان «التنشئة الاجتماعية لابناء الشهداء والاسرى». ويأتي الكتاب ضمن سلسلة كتب اكاذيمية محكمة تصدر عن الجامعة، حيث يعمل المؤلف فيها كاستاذ لعلم الاجتماع العائلي في كلية الآداب.

وقدم الكتاب النائب الثاني لرئيس مجلس الوزراء وزير الدفاع ورئيس اللجنة الوطنية لشؤون الاسرى والمفقودين الشيخ سالم صباح السالم الصباح. ومن مقدمته: «... فقدت بعض الاسر الكويتة عائلها الوحيد سواء بالاستشهاد او الوقوع في الأسر. وهذا الفقدان هو مأساة انسانية بكل المقاييس... حيث ازدواجية الدور الامومي والحرمان العاطفي واضطراب وجهة الضبط داخل هذه الاسر... لذلك قامت العديد من الجهات العلمية والافراد داخل الكويت وخارجها بدراسة آثار هذه الازمة وتحليلها من مختلف جوانبها. بغية التوصل الى حلول حضارية قائمة على العلم والمنهجية في التعامل مع هذه الازمة وانعكاساتها على الزوجات والابناء وذوي الشهداء والاسرى، واظهرت العديد من الاطروحات العلمية الجادية كيفية وسبل مساعدة هذه الفئة المتضررة...».

ولدى مراجعتنا للنتاج العلمي الكويتي في لمجال الصدمي واساليب التعامل مع المصدومين نجد ان هذا النتاج قد جاء ليسد فراغاً مزمناً في المكتبة العربية وليؤمن مراجع عربية للتعامل مع الازمات في مختلف الدول العربية، ولعل الكتاب الذي نتناوله بالعرض هو احد اهم هذه المراجع.

يوضح المؤلف الدكتور الناصر في تمهيده للدراسة ان الاسرة كيان اجتماعي يتطور وينمو بوصفه منظومة اجتماعية، وبيئة اجتماعية، واسلوب حياة تسعى به الاسرة، وحدة واعضاء، الى تحقيق وظائفها في نسق منظم ومتناسق وديناميكي من العلاقات والادوار والحقوق والواجبات والاتجاه والممارسات. وتأتي رعاية الابناء وتنشئتهم في مقدمة نشاطات الاسرة ومن ابرز وظائفها. ومن ذلك ابداء الحنان والحب للطفل والتشجيع والاحسان وامديح اضافة الى الرعاية والاهتمام في مراحل الحياة ما بعد الطفولة.

وتؤدي الحروب باشكالها المختلفة الى انواع عدة من الازمات والضغوط التي يعيشها الافراد والاسر والجماعات الاجتماعية والمجتمع بصفة عامة، وهي ازمات تتمثل في فقدان الحياة لعضو او اعضاء في الاسرة او الاقارب او الاصدقاء وفي حالات الاسرى والمفقودين وغير ذلك.

ان تأثير فقدان الاسرة لعائلها او لواحد من اعضائها يختلف باختلاف ظروف الفقد، وكشفت الدراسات عن بعض المظاهر او الاعراض التي يمكن ان تهدد فاعلية الاسرة في تحقيق وظائفها في التنشئة الاجتماعية للابناء، وفي اساليب معاملتهم والتعامل معهم، وفي مقدمة هذه المظاهر والاعراض:

١ ـ مظاهر واعراض مختلفة من الاضطرابات الانفعالية.

٢ ـ اضطرابات في الشخصية.

٣ ـ الانسحاب والعزلة.

٤ ـ الشعور بالعجز والقصور.

٥ ـ الشعور بالملل والوحدة.

٦ ـ الشعور باليأس.

٧ ـ حالات الاكتئاب.

٨ ـ التوتر الزائد.

٩ ـ الغضب والحدة في التصرف.

١٠ ـ النزعة الى العنف والعدوان.

وهذه التغيرات في حياة الامهات وفي ظروف حياة اسرهن تنعكس بدورها على رسالة الاسرة في تنشئة ابنائها وحسن رعايتهم.

وتواجه اسر الشهداء والأسرى والمفقودين تغيراً كبيراً وعميقاً في تركيبها ووظائفها وفي شبكة العلاقات المتبادلة بين اعضائها، وفي اساليب المعاملات بينهم، وفي اسلوب حياة تلك الاسر سواء كان ذلك داخل الاسرة او خارجها.

لقد انتجت الحرب واقعاً مشكلاً للاسرة يتمثل في حالات كثيرة من استشهاد الزوج او الأب او اسره او فقده، واصبحت الزوجة او الام تواجه هذا الواقع المشكل المفروض على نظام الاسرة، نتيجة هذه الحرب وهو واقع يتمثل في ان هذه الاسر صارت من الاسر «ذات العائل الواحد».

الاحداث الصدمية:

يتلخص الهدف الرئيسي من هذه الدراسة القيمة في بحث تأثير الاحداث الصدمية للعدوان من استشهاد او اسر او فقد للعائل (الزوج او الاب) على الاسر في تغير اتجاهات الزوجات او الامهات نحو اساليب التنشئة الاجتماعية لابنائهن.

وسعت الدراسة الى التعرف الى اتجاهات الامهات في كل من اسر الشهداء والاسرى والمفقودين نحو اساليب التنشئة الاجتماعية لابنائهن قبل العدوان العراقي وبعده، والى الكشف عن الاختلاف في اتجاهات الامهات في اسر الشهداء عنها في اسر الاسرى او المفقودين، وكذلك وجه الاختلاف في تلك الاتجاهات وشدتها.

وحاولت الدراسة ابراز تأثير الحلادات الصدمية على الاسرة وعلى اساليب التنشئة الاجتماعية للابناء في الاسر التي فقدت عائلتها.

ان الكشف عن التغير في اتجاهات الزوجات والامهات في هذه الاسر المتضررة نحو اساليب تنشئة ابنائهن يعد ركيزة ضرورية لبناء الخطط والبرامج اللازمة لتقديم الخدمات الارشادية لهؤلاء الأمهات، بهدف مساعدته على القيام بوظائفهن في رعاية الابناء وتنشئتهم وتربيتهم في ظل الظروف الضاغطة المفروضة على تلك الاسرة نتيجة لاحداث هذا العدوان، ويمثل ذلك ركناً اساسياً من اركان الارشاد العائلي للاسر المتضررة.

وتمت الدراسة على عينة قوامها (٢٠٣) من الزوجات او الامهات اللاتي يشكلن فئة من الاسر ذات العائل الواحد التي عانت بسبب العدوان، وتقسم هذه العينة الى مجموعتين: مجموعة زوجات الشهداء المكونة من ٤٤ زوجة، ومجموعة زوجات الاسرى والمفقودين المكونة من ١٥٩ زوجة.

وجاءت دراسة الدكتور الناصر في خمسة فصول تناول اولها مدخل الدراسة، وبحث الثاني في الاطار النظري والدراسات السابقة متناولاً جانبين هما:

١ ـ الاتجاهات الوالدية نحو التنشئة الاجتماعية للابناء.

٢ ـ تغير اتجاهات الامهات نحو اساليب التنشئة

الاجتماعية للابناء في الاسر ذات العائل الواحد.

٤ قضايا:

وعرض المؤلف في الفصل الثالث للاجراءات والمنهج المتبع في الدراسة من حيث طريقة البحث والعينة، واداء البحث والاجراءات المتبعة، فيما عرض في الفصل الرابع لنتائج الدراسة ومناقشتها، متناولاً اربع قضايا رئيسية هي:

١ ـ انماط الاتجاهات السائدة بعد العدوان. عند زوجات الشهداء والاسرى والمفقودين نحو اساليب التنشئة الاجتماعية لابنائهن.

٢ ـ المقارنة بين اتجاهات زوجات الشهداء نحو اساليب التنشئة الاجتماعية لابنائهن قبل العدوان وبعده.

٣ ـ المقارنة بين اتجاهات زوجات الاسرى والمفقودين نحو اساليب التنشئة الاجتماعية لابنائهن قبل العدوان وبعده.

٤ ـ المقارنة بين اتجاهات زوجات الشهداء وزوجات الاسرى والمفقودين نحو اساليب التنشئة الاجتماعية لابنهائهن.

الخلاصة والتوصيات:

وعرض المؤلف في الفصل الخامس والاخير لخلاصة دراسته وتوصياتها.. واتبعه بملحقين تضمنا استبانة اتجاهات زوجات الشهداء والاسرى والمفقودين نحو التنشئة الاجتماعية لابنائهن ومصفوفة معاملات الارتباط بين عبارات هذه الاستبانة.

وكشفت نتائج الدراسة وجود ستة عوامل تمثل انماط الاتجاهات السائدة لدى الامهات اللاتي فقدن ازواجهن نحو اساليب التنشئة الاجتماعية لابنائهن، وهي:

١ ـ القلق على الابناء.

٢ ـ الشعور بنقص الكفاءة في التعامل مع الابناء.

٣ ـ الاتجاه نحو التسلط والضغط على الابناء.

٤ ـ الاتجاه نحو القسوة في معاملة الابناء.

٥ ـ الرعاية.

٦ ـ ادراك الام لمكانتها عند ابنائها ولتقديرهم لها.

واوصت الدراسة بامور عدة منها:

١ ـ ان يعطي لبرنامج الارشاد العائلي اولوية خاصة في استراتيجيات وخطط دعم الامهات زوجات الشهداء والاسرى والمفقودين لاداء رسالتهن في حسن تنشئة الابناء.

٢ ـ التنسيق بين مكتب الانماء الاجتماعي ومكتب الشهيد واللجنة الوطنية لشؤون الاسرى والمفقودين وغيرها من الهيئات المعنية لاعداد خدمات الارشاد العائلي وتطويرها وتقديمها.

٣ ـ اعتماد برامج الارشاد العائلي الموجه الى زوجات الشهداء والاسرى والمفقودين لانماء مهارات الوالدية الفعالة في اطار وضع الاسرة ذات العائل الواحد.

٤ ـ توفير البرامج الارشادية الموجهة الهادفة الى مساعدة الابناء على حل ما يواجهونه من صعوبات او مشكلات او تحديات.

٥ ـ تيسير الخدمات الارشادية للام العائل في اسر الشهداء والاسرى والمفقودين وذلك من خلال «الاستشارة الهاتفية».

٦ ـ توفير البرامج الارشادية التي تقدم الى ابناء الشهداء والاسرى والمفقودين من خلال جلسات الارشاد الجمعي والانشطة الجماعية بهدف خفض ما يعانونه من مشكلات وحلها وتحسين توافقهم سواء كان ذلك داخل الاسرة او المدرسة او مع الاقران.

العنوان: مجلة الطفولة العربية

الناشر: الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية

لم يجد الباحثون النفسيون تفسيراً لارتفاع متوسط الذكاء، وازدياد نسبة الاطفال الموهوبين خلال الستين سنة الاخيرة، الا من خلال ربط هذه التغيرات بتطور وسائل الاتصال. واذا كنا قد حصلنا على هذا الارتفاع الملحوظ قبل ثورة الاتصالات الا يحق لنا ان نتوقع ان تؤدي هذه الثورة الى حدوث قفزة نوعية على صعيد الذكاء البشري؟. والا يكفينا ذلك كي نعجل ونسهل عملية استخدام الانترنت واستثماره خصوصاً من قبل الاطفال؟

ان الاخبار التي تنتشر حول اساءة استخدام الانترنت تولد نوعاً من الخشية (الرهاب) منه وتؤدي الى حالة من التريث قبل اتاحته للطفل. وبعيداً عن اية متاهة جدلية نقول بان كافة العلوم قابلة لاساءة الاستخدام بل ان استخدامها يساء فعلاً وبصورة يومية. لكن هذه الاساءة لم تؤدي بالانسانية يوماً الى التخلي عن اي علم من العلوم. ونظراً لاهمية هذا الموضوع، من جهة نظري كاختصاصي، فقد اسعدني ان اقرأ مقالة د. بدر عمر العمر المعنونة بـ «الانترنت التربوي» والتي تعالج موضوع اساءة استخدام الانترنت وامكانية تأمينه.

والمقالة واردة في العدد الثالث (مايو 2000) من مجلة الطفولة العربية الصادرة عن الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية. وبمراجعة محتويات هذا العدد نجد ان المجلة قد كرست وجودها كمنبر اكاديمي متخصص ومنفتح على كافة التيارات والافكار والنظريات التي يمكنها دعم الهدف المعلن للجمعية ولمجلتها وهو المساهمة في تقدم الطفولة العربية.

ويضم هذا العدد البحوث والمقالات التالية:

١ ـ الخصائص النفسية والسلوكية لاطفال ما قبل المدرسة الابتدائية. ويتشارك في البحث الدكتوران صلاح احمد مراد وامان محمود محمد (كلية التربية ـ جامعة الكويت). حيث يخلص الباحثان الى جملة توصيات ممكنة التعميم للوقاية من مشكلات الاطفال السلوكية.

٢ ـ علاقة اسلوب الاعتماد ـ الاستقلال عن المجال بمادة الرياضيات لدى عينه من اطفال المغرب / دراسة مقارنة بين الجنسين اعدها د. محمد أمزيان (المغرب). وهو بحث في الوسائط المعرفية التي يستخدمها الطلاب وضرورة مراعاة المعلمين لاختلاف هذه الوسائط بين فئتي المعتمد والمستقل من المتعلمين.

٣ ـ عرض كتاب «الدولة والتعليم في لبنان» من منشورات الهيئة اللبنانية للعلوم التربوية ـ منير بشور (محرر). وقدم عرض الكتاب د. هاني عبد الستار فرج.

٤ ـ الانترنت التربوي / د. بدر عمر العمر (سبقت الاشارة لها اعلاه).

ـ مشروع المؤشرات التربوية وبناء القدرات الوطنية (تقرير من اعداد أ.د. قاسم الصراف).

٦ ـ ثقافة الطفل في جمهورية ايرلندا. وهي مقابلة اعدتها د. زهرة حسين (رئيسة الهيئة العامة لكتب الاطفال ـ فرع الكويت) مع الاختصاصية فاليري كوخلن. وتدور المقابلة حول ادب الاطفال وثقافتهم في ايرلندا. كما قابلت د. زهرة الآنسة كلير رانسون (مديرة مؤسسة كتب الاطفال في (ايرلندا) وايضاً مع السيدة فيل ماكافي (من مؤسسة الآرك).

ونخلص من هذه المقابلات بصورة لنموذج عصامي في مجال ثقافة الطفل باعتبارها احد منطلقات الحفاظ على الهوية القومية. وهذا الحفاظ ينطوي على احترام حقوق الطفل وفي مقدمتها حقه في الخصوصية. وهو حق تنافست في تثبيته مجموعة

مؤسسات خاصة بالطفل (قابلت د. زهرة ممثلين عنها) بدعم من ناشرين فقراء ارادوا الخوض في التحدي وتمكنوا من تحقيق اهدافهم اضافة لتحقيقهم السيطرة على ٢٥٪ من سوق الكتاب الايرلندي.

هذا النموذج يشكل نافذة على صناعة ثقافة الطفل في العالم وهي تجربة تكتمل بالاطلاع على نماذج اخرى تغني تجربتنا العربية.

٧ ـ اعداد المعلمين في دول مجلس التعاون الخليجي (معلومات احصائية).

٨ ـ عرض لانشطة الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية ويتضمن:

أ ـ مشروع انشاء مركز اقليمي للقياس والتقويم التربوي في دول الخليج.

ب ـ مشاركة الجمعية (ممثلة بالاستاذ محمد عباس هادي) في مؤتمر «دور الاسرة والروضة في رعاية الطفل الموهوب» ـ البحرين.

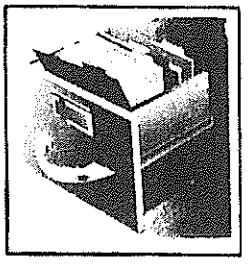
ج ـ إقامة ندوة تربوية بعنوان «ضعف اقبال التلاميذ على القراءة في المرحلة الابتدائية».

٩ ـ عرض لاحداث اصدارات الكتب المتعلقة بالطفل.

١٠ ـ عرض لعناوين سلسلة الكتب الشهري التي صدرها الجمعية.

بهذا العدد تصل المجلة لاتمام عامها ومجلدها الاول (مع العدد صفر). ومن خلال تجربتنا في مجلة الثقافة النفسية المتخصصة وفي بعض المجلات العلمية العربية نؤكد على حيوية العدد الرابع ومسؤوليته. فالعدد الاول (صفري عادة) يحمل معه فرحة الانجاز وحفاوة الاستقبال من قبل الاوساط المهتمة والمحرومة في عالمنا العربي من المنابر العلمية والمشتكية غالباً من عدم كفاية وندرة الموجود منها. اما العدد الثاني فنراه ممثلاً لتطور يعكس النقد الذاتي للعد الاول. ثم يأتي العدد الثالث ومعه بدايات التواصل مع القراء. اما العدد الرابع فهو يغلق المجلد الاول ويدفعنا دفعاً لمقارنته بالعدد الاول والتردد في تحديد شكل العدد الخامس ومنهجيته.

ولعل الزملاء في اسرة تحرير «الطفولة العربية» مهتمون بالاطلاع على رأي محايد مطلع على الاعداد الاربع ومرتبط بها عبر علاقة تقف الانفعالية فيها عند حدود الاعجاب واستشعار ضرورة هذه المطبوعة حتى لو أتت متأخرة. وانطلاقاً من هذا الحياد استطيع التأكيد على رسوخ دور المجلة المساهمة في خدمة التنمية التربوية (والاجتماعية تالياً). ولقد تجلت هذه المساهمة عبر هذا العدد في طرح جملة اشكاليات يمكن لكل منها ان يكون موضوعاً لمناقشات موسعة. ومنها مسائل دور الدولة في التعليم والثقافة ودور الجمعيات الاهلية في التأسيس لثقافة معاصرة للطفل. اضافة لعلاج رهاب الانترنت وتحويل استخدام الاطفال له الى الأمان... الخ. لكن الدعم الرئيسي الذي يرفد هذه المجلة يكمن في الطموحات التي تتبناها الجمعية التي تصدرها. والتي تتضمن خطوات مؤسسة لثقافة الطفل العربي ودافعة لتقدمه. حتى يبدو لنا ان المجلة على وشك اجتياز مرحلة الحضانة والحاجة للاعتراف الى مرحلة الاختلاف. فالتنوع الواضح في هذا العدد لا بد له من ان يجلب متحمسين لجزء منه ومعارضون لجزء آخر. وهذا قدر المنشورة العلمية التي تعتمد مبادئ التكاملية وترفض الانحياز العلمي ـ العقائدي لتيار او لمذهب بحثي او لاختصاص معين. لذلك اجد من حق القائمين على اصدار هذه المجلة (الجمعية ومجلس الامناء واسرة التحرير) والكتاب المساهمين فيها ان نتوجه لهم بالشكر والتهنئة. مع تمنياتنا باستمرار الخطوات المساعدة على تحقيق اهداف المجلة.



ملف العدد

الصدمة النفسية
سيكولوجيا الحروب والكوارث

١ ـ التعرض للعدوان قد يترك آثاراً دائمة على كيميائية الدماغ

أ.د محمد حمدي الحجار

٢ ـ مراجعة نظرية ـ نقدية لأثر الصدمات النفسية

أ.د محمد نجيب الصوة

٣ ـ سيناريوهات التعامل مع الاسرى وعائلاتهم

أ.د طلعت منصور

٤ ـ الوساوس المرضية وانتشارها الوبائي في مجتمعات الصدمة

أ.د محمد احمد النابلسي

التعرض للعدوان قد يترك آثاراً دائمة على كيميائية الدماغ

أ.د. محمد الحجار

عندما تتقاتل الفئران او الجرذان ـ وافتراضاً أيضاً البشر، فإن هذه الخبرة تبدل كيميائية الدماغ على المستوى الجيني، فيؤدي هذا القتال إلى زيادة تحمل الدواء المخدر (اي زيادة الجرعة الدوائية)، ويزيد من الادمان. هذا ما طالعنا به العالم النفساني كلوس ميكزيك في مؤتمر الجمعية الأميركية النفسية السنوي الذي انعقد في مدينة بوسطن عام ١٩٩٩.

إن مثل هذه النتائج لها مضامين مهمة في الابحاث التي تجري على الانسان ذلك لأنها تزودنا بالعلاقة الكائنة بين سوء استخدام الادوية النفسية او المخدرات والعدوان، وايضاً توضح لنا تأثير البيئة في صياغة السلوك. لقد عاين هذا الاستاذ العالم وجماعته عروة التغذية الراجعة feed back loop بين التغذية وطبيعة التفاعلات العدائية عند الحيوانات حيث وجدوا ان الحيوانات المهزومة تظهر علامات تحمل مادة المورفين وذلك قبل ان تتعرض الى اعطائها المورفين. كما اكتشفوا ان الناقلين العصبيين الدوبامين والسيروتونين يتصاعدان ويهبطان في المستوى في مناطق معينة من الدماغ لدى الحيوانات المنتصرة والمهزومة.

هذا وعلى الرغم من أن أهمية هذا الأمر بالنسبة للكائن الانساني فإن كل التبدلات تبقى ضمن نطاق وجوب تحريها واكتشافها. الا أن الابحاث تُظهر ان الخبرات المهمة البارزة يمكن ان تؤدي الى تأثيرات طويلة الأمد على الدماغ والسلوك على حد سواء.

١ ـ الحيوانات المُهاجمة

وصف لنا هذا العالم ميكزيك في اعماله البحثية التي طرحها في ذلك المؤتمر ما اسماه «الفترات العدائية aggressive episodes بتأثيرها على الأمينات الدماغية والتعبير الجيني gene expression. إذ لاحظ أن بعد المواجهة مباشرة او خلالها حيث يتم فيها انهزام الجرذ أو الفأر. يشعر الحيوان بألم أقل مما كان عليه هذا الألم قبل الانهزام. ولكن بعد مضي إيام وأسابيع يصبح الحيوان أكثر حساسية في شعوره بالألم. وعندما لجأ الباحثون الى معاينة عتبه الألم عند الحيوان وذلك من خلال إعطاءه جرعة من مادة المورفين، ومن ثم تعريضه الى الحرارة وجدوا انه من اجل محاصرة الألم فإن هذا يتطلب جرعة من المورفين أكبر من تلك اللازمة عند الحيوانات غير المهزومة. هذا ما وجده ميكزيك واتضح ان ذلك يماثل ما شاهده الباحثون عندما تصبح حيوانات التجربة متحملة للمورفين فعندما تعرضت الحيوانات للمورفين خلال فترة من الزمن، بدأت تفقد تأثيره بحيث احتاجت الى جرعات اعلى من المورفين وذلك لمحاصرة المقدار نفسه من الألم. وخلاصة فإن الحيوانات المهزومة ومن دراسة ميكزيك ينشأ عندها زيادة تحملها للمورفين (أي جرعات أعلى) **دون ان تكون لها سابقة في تجربته وتعاطيه.**

كما وينشأ عندها اعتراض سحب المورفين اذا ما عمد الباحثون الى حقنهما بدواء يحاصر تأثير المورفين.

ومما قاله ميكزيك بهذا الصدد: «في مقدورك إظهار تحمل المورفين واعتراض السحب عند الحيوانات التي لم **يسبق ان تعاطته ولكن عاشت خبرة راضّة قوية ومهمة».**

وليس من الضروري أن تُهاجم حيوانات التجربة كي تُظهر هذا التأثير ولكن **التهديد وحده أو المواجهة كافية لتُظهر هذا التأثير.**

ومن خلال التسلّح بهذه المعطيات السلوكيه التجريبيه التي جاءت من خلال تجارب ميكزيك وجماعته على الحيوانات المهزومة على مستوى كيميائية الدماغ في التعرف على ما يحدث على المستوى الجُزَيئي. **وجدوا أنه من خلال التعرض للهجوم وبعد أن تتم هزيمة حيوانات التجربة** فانها تبدي احساساً اقل بالألم. وعند معاينة نسيج دماغ هذه الحيوانات **بعد نصف ساعة من تعرضها للهزيمة أو للتهديد، وجد الباحثون تعبيراً للجين** المسمى C-fos بنسبة تعادل مرتين او ثلاث مرات منه،

وهذا الجين اتضح انه أحد الجينات المعروفة باطلاقها للبروتين من الخلايا. كما وجد الباحثون الذين ذكرناهم بقيادة ميكزيك ان بعض المناطق في الدماغ حيث ينطلق الجين c-fos أن الخلايا تنشط في انتاج البروتينات لمُستقبل الأفيون المسمى «mu» مشيرة هذه الى تزويد المستقبلات الافيونيه في الدماغ بأعدادها الطبيعية. وبهذه الطريقة تصبح حيوانات التجربة محصنة من الألم بتحريك خلايا مرحلة الهزيمة. وفي دراسة اخرى تبين أنه بدون هذا الجين المستقبل، Receptor فإن الحيوانات لا تحصل على تخفيف الألم لو أعطيت المورفين.

إن هذا يدل على أن شيئاً ما يحدث في الدماغ **كنتيجة لخبرة مهمة فردية** كما يقول ميكزيك. فبهذه التبدلات في الكيميائية العصبية الدماغية **ليست فقط متسعة وكبيرة وطويلة المدة** وهي نوعية في بعض المناطق من الجملة العصبية المركزيه - ولكنها، **أي التبدلات، تبدو مهمة على المستوى السلوكي بالنسبة للقضايا المتعلقة بتحمل الادوية المخدرة وسوء استخدامها.**

ومن خلال تحمل المورفين - فإن تأثيراً معاكساً يظهر، إذ تصبح الحيوانات المهزومة **اكثر حساسية نحو المخدرات الاخرى مثل الكوكائين.** وعلى هذا نجد ان عمليات الجملة العصبية المركزية ذات طابع متباعد تباعداً تاماً. فمن جهة نرى التحمل للمخدر وهو نوع من التكيف العصبي ومن جهة أخرى نرى الحساسية تحدث في اطار الزمن نفسه. واضافة الى ذلك فالحيوانات المهزومة تتعلم التعاطي الذاتي لمادة الكوكائين بمعدل مرتين اسرع بالنسبة للحيوانات غير المهزومة.

٢ ـ الحيوانات المُهاجمة

وجد الباحث ميكزيك أن الحيوانات العدوانية المهاجمة ليست محصنه ضد هذه الأنماط من التبدلات الحاصلة في الجملة العصبية المركزية. فقد استخدم مع جماعته تقانيه جديدة في معاينة التبدلات الحاصلة في الجملة العصبية لتلك الحيوانات. اذ عمدوا الى تثبيت أنابيب شعرية في أدمغة الجرذان وذلك من اجل قياس النشاط الكيميائي في هذه الأدمغة عندما تتحرك الجرذان، وكان محط معاينتهم الناقلين العصبيين الدوبامين والسيروتونين. ذلك لأن المستويات العاليه من الدوبامين والمستويات المنخفضة من السيرتونين **تكون مقرونه بالسلوك العدواني عند الحيوان والانسان على حد سواء.**

بدأت الدراسة بالجرذ الذي له خبرة بالعدوان فخلال بدء هجومه كمهاجم ورابح لم يجدوا تبدلاً في مستويات الدوبامين. الا انه بعد القتال وجدوا انخفاضاً ملحوظاً في مستويات السيروتونين في قشرة دماغ الجرذ ومن اجل معرفة ما اذا كانت هذه الخبرة العدوانية عند الجرذ في قتاله ضد الجرذان قد تبدل من كيميائية دماغه فقد عمدوا الى السماح للجرذ بان يهاجم بقية الجرذان كل يوم ولمدة عشرة أيام في نفس الوقت من كل يوم. وفي اليوم الحادي عشر منع الجرذ من القتال حيث عمد الباحثون الى معايرة المستويات الكيميائية في دماغه. فوجدوا انه في في حالة توثب لقتال ضار فان مستويات الدوبامين عنده تتزايد. **وكما شوهد في السابق، تناقصت مستويات السيروتونين على الرغم من أن الجرذ لم يدخل في قتال**

ان هذه النتائج تزودنا برسالة مهمة حيال دور الخبرة في صياغة السلوك فالخبرات المهمة، مثلاً خبرات الهزيمة وخبرات العدوان او الخبرات الفردية يمكن ان يتأتى عنها تبدلات كبيرة وطويلة الأمد على مستوى كيميائية الدماغ. فخلال عدة دقائق. نجد انطلاق التعبير الجيني الذي ذكرناه ليؤدى فعله حيث التبدلات التشريحية العصبية وقد ظهرت ومن ضمنها تحمل الدواء المخدر والحساسية الناجمة في تناول مقادير اعلى من المخدر **مثل إستعداد الحيوان للقتال وللأمراض لمصاحبة للشدة.**

اذا أردنا أن نعمم هذه الآلية على كيميائية دماغ الانسان نجد الدور الباتولوجي لمشاعر العدوانية او الهزيمة والاحباطات على الصحة النفسية عند الانسان وهذا يمكن تعميمه على الأمم والشعوب في الحكم على صحة افرادها وشعوبها النفسية عندما تتعرض للعدوان والهزيمة او تكون مهددة بالعدوان.

مراجعة نظرية نقدية لأثر اضطرابات ما بعد الصدمة والعوامل المرتبطة بها على كفاءة بعض الوظائف النفسية لدى عينات عربية وعالمية من المصدومين: دراسة وبائية كلينيكية

أ.د محمد نجيب احمد الصبوة استاذ علم النفس ـــ جامعة القاهرة

مقدمة:

يهدف هذا المشروع البحثى الى استكشاف أنماط الاضطرابات النفسية والنفسية الجسمية والفيزيو عصبية المصاحبة للأحداث الصدمية[1] أو الناتجة عنها لدى بعض أبناء المجتمع العربي من الجنسين. كما يهدف أيضاً إلى استكشاف أدوار بعض العوامل التي ترتبط باضطرابات ما بعد الصدمة[2] في إحداث الفروق الفردية بين ضحايا هذه الأحداث الصدمية، بالإضافة الى الفروق داخل الفرد نفسه على مدى فترات زمنية متباينة، والفروق بين الجماعات داخل المجتمع الواحد، او بين المجموعات المتناظرة من دول مختلفة، في الأداء على بعض الاختبارات النفسية التي تمثل وظائف محددة في الشخصية الإنسانية.

وبادئ ذى بدء لابد ان نشير في عجالة تاريخية إلى أن الإنسان منذ بدء الخليقة أمكنه أن يدرك فعل الحوادث الصدمية والآثار النفسية والمزاجية والنفسية الجسمية السلبية الناجمة عن التعرض لها، خاصة اذا كانت تفوق قدراته ومهارات مواجهتها والتعايش معها. ولذا تباينت مسميات اضطرابات ما بعد الصدمة قبل ان تستقر هذه الفئة التشخيصية على النحو الذي نعرفها عليه الآن. فالعرب في الجاهلية كانت لهم أيام تحكم قصص الحروب بين القبائل، وما يحدث فيها من بطولات في مقابل ما يحدث فيها من قتل وتشريد وتدمير وأسر وتعذيب وسبى للأموال والنساء والفتيات والفتيان، ومن أهم هذه الأيام التي كانت تشير إلى كل مظاهر ما بعد الصدمة أيام داحس والغبراء، وحرب البسوس.

أما عن الفكر الغربي القديم والحديث، فقد لخصه «تاناى Tanay» (١٩٨٥)، في كتاب من بين ثمانية عشر كتاباً تعرضت لدراسة هذا الموضوع في الثمانينيات وطوال التسعينيات وحتى الآن، وتتبع «تاناى» تطور هذا المفهوم ـ اي اضطرابات ما بعد الصدمة ـ حتى استقر كفئة تشخيصية تشغل فكر الباحثين الآن في علم النفس الإكلينيكي وفي علم النفس المرضى وفي الطب النفسي والعصبي. وفي معرض رصده لمظاهر هذا الاضطراب على الرغم من اختلاف مسمياته، أورد أن «صامويل بيبس S. Pepsy» في عام ١٦٦٦ وبعد ستة شهور من مشاهدته لحريق لندن الكبير، كتب وصفاً ذكر فيه ما يلي: **إنه من الغريب أن أفكر كيف أننى في هذا اليوم المشهود لم أستطع أن أنام ليلة واحدة من دون أن أرتعد بشدة من منظر النيران، وكيف أننى في هذه الليلة التي لا تُنسى لم أتمكن من النوم إلا في حوالى الساعة الثانية صباحاً بسبب الأفكار المتركزة حول النار».**

وفي عام ١٨٧٩، ولد علم النفس التجريبي باعتباره نظاماً علمياً، وضع «ريجلر Rigler» مصطلح «عصاب التعويض»[1] ليشير به الى زيادة معدل السقام[2] الذي أوردته التقارير بعد حوادث السكك الحديدية، وذلك بعد ادخال قوانين التعويض في بروسيا. ولما تزايد عدد الدعاوى المرفوعة ضد شركات السكك الحديدية، أصبحت هذه الزملة من الأعراض

معروفة تحت مسمى «شركة السكك الحديدية». ومع التأكد من وجود علاقة بين الأحداث الصدمية التي تسبب المشقة النفسية ومعدلات الأعراض والعلامات الكلينيكية، أطلق «أوبنهايم Oppenheim» عليها في عام ١٨٨٩، اسم «العصاب الصدمي»[٣]. وفي عام ١٨٩٦، استخدم «اميل كريبلين E. Kraepelin» الطبيب النفسي الألماني، مصطلح «عصاب الرعب»[٤]، ليشير به إلى حالة كلينيكية فريدة من نوعها، تشتمل على ظواهر عصبية ونفسية متعددة، تنجم عن جيشان وفوران انفعالي شديد، أو رعب مفاجئ ينشأ عنه قلق مروع، ومن ثم يمكن ملاحظته بعد حوادث أو إصابات خطيرة، أهمها النيران، وخروج قطارات السكك الحديدية عن الخط والتصادمات.

ونتيجة للحرب العالمية الأولى، وضع «فريدريك موت F. Mott» عام ١٩١٩، مصطلح «صدمة القذائف»[٥] ليشير به الى اضطراب نفسي يتسم بفقدان الذاكرة أو فقدان الكلام أو البصر كان يصيب بعض المحاربين. وبتأثير من الحرب العالمية الثانية، والحرب الكورية، تم وضع مصطلحات جديدة، كان أهمها: استنزاف المعركة[٦]، وتعب القتال[٧]، ليشار به إلى القوى الخائرة، وحالة الإنهاك والإعياء أو الإجهاد الناتجة عن خوض المعارك والقتال. ولما رأى الجيش الألماني أن صدمة القذائف أمر خارج عن القانون، ولذا يجب أن يعدم الضحايا من المحاربين الذين يشتكون من صدمة القذائف، لم يتم تسجيل أية حالة، كذلك اتخذت السلطات الإنجليزية والفرنسية بعض الإجراءات العقابية الأخرى ضد الجنود الذين يستسلمون لاضطراب صدمة القذائف من دون أن يكونوا معرضين للقذائف المتفجرة مباشرة، ومن ثم أعاد «كاردنر Kardiner» استخدام مصطلح «العصاب الصدمي» عام ١٩٤١، الذي كان قد وضعه عالم الأعصاب الألماني أوبنهايم عام ١٨٨٩.

ولكن كان من النتائج الإيجابية للحرب العالمية الثانية أن تعلم خبراء العلاج النفسي والصحة النفسية أن العلاج والإرشاد النفسي الفوري يعدان من أكثر الأساليب فعالية لمساعدة الجنود الذين كانوا يعانون من هذا الاضطراب النفسي على الرغم من اختلاف مسمياته (Wilson and others, 1992, p.115). وأخيراً لابد أن ننوه إلى أن هذه الفئة التشخيصية لم تظهر في الدليل التشخيصي والإحصائي الأول لتصنيف الأمراض النفسية عام ١٩٥٢، ولا في الدليل التشخيصي الثاني الصادر عام ١٩٨٦ على الرغم من الإحاطة بمظاهرها والاعتراف بخطورتها على قطاعات عريضة من الأشخاص. ولكن لما كان للحرب القيتنامية آثارها النفسية السلبية الرهيبة على المحاربين الأمريكيين وعلى أسر هؤلاء المحاربين، وبسبب المعاناة الشديدة من الاضطرابات النفسية الناجمة عن هذه الحرب، وبعد جدال شديد بين أعضاء رابطة الطب النفسي الأمريكية، وبسبب ظهور هذه الفئة التشخيصية في الدليل الدولي التاسع ICD-9 الصادر عن منظمة الصحة العالمية WHO، ظهرت هذه الفئة التشخيصية في الدليل التشخيصي الثالث الصادر عن رابطة الطب النفسي الأمريكية عام ١٩٨٠، تحت مسمى «اضطراب المشقة النفسية التالي للصدمة»، الذي سنتعامل معه في هذه الخطة اختصاراً بمسمى «إضطراب ما بعد الصدمة»، ثم توالى الى ظهورها تباعاً في الدليل الثالث ـ الطبعة المعدلة ـ DSMIII-R- التس صدرت عام ١٩٨٧، وأخيراً في الدليل الرابع الذي صدر عام ١٩٩٤، وحتى الان.

طبيعة اضطراب ما بعد الصدمة:

لقد ورد في الطبعة الرابعة للدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية (DSM-Iv. 1994, p.424)، أن المظهر الأساسي لاضطراب ما بعد الصدمة، يتمثل في تطوير أعراض محددة تلي التعرض

لحادث صدمي شديد، متضمناً ما يلي: ١ ـ خبرة شخصية إزاء حدث صدمي ما يكون الفرد قد تعرض له فعلاً، أو يكون قد عرّض حياته للموت، أو سبّب له أذى غير محتمل، أو تهديداً لتكامله البدني، أو يكون قد عرّض أحد أعضاء جسمه للعطب أو البتر، أو يكون قد شاهد الحدث الصدمي وهو يقع لآخرين، كالموت، أو تهديد التكامل البدني لهم، أو التعرض لعنف وحشي يفضي للوفاة، أو لحادث قتل فجائي، أو رؤية أناس يتم تهديدهم بالقتل، أو تعرض أحد أفراد الأسرة لخبرة مؤذية من أحد أفراد أسرته أو من أقارب الدرجة الأولى أو من أحد الأصدقاء المقربين. ٢ ـ لابد أن تشتمل استجابة الفرد على خوف شديد، وتعاسة، ورعب مروع (على أن تتسم استجابة الأطفال بالسلوك الهياجي التفككي). ٣ ـ وتنشأ الأعراض الواسمة لهذا الاضطراب من التعرض لصدمة بالغة بما في ذلك المداومة المستمرة لتذكر الحادث الصدمي. ٤ ـ والتجنب المستمر للمنبهات المرتبطة بالحادث الصدمي، وخدر أو وهن في مستوى الاستجابية العامة للفرد. ٥ ـ ومداومة ظهور أعراض الاستثارة المتزايدة. ٦ ـ ولابد أن تظهر الصورة الكاملة لهذه الأعراض، ويستمر ظهورها لمدة لا تقل عن شهر. ٧ ـ ومن الناحية الكلينيكية، لابد أن يسبب كرباً حاداً، واضطراباً في بعض مجالات الحياة الاجتماعية، والمهنية، أو في بعض مجالات الحياة الوظيفية المهمة الأخرى أو كلها.

معنى ذلك ـ وفقاً لطبيعة الحدث الصدمي ـ أن اضطراب المشقة التالي للحادث الصدمي، عبارة عن زملة أو مجموعة من المظاهر أو الملامح المرضية الكلينيكية الحقيقية التي تمثل خطراً على حياة الإنسان ومستقبل توافقاته، وأن سببها حدث صدمي يتسم بأنه: ١ ـ يُحدث للإنسان من الناحية النفسية أقداراً من الكرب والضيق والهم والغم والقلق، ٢ ـ ويعاني كل فرد من هذا الضيق والكرب بدرجة تختلف عما يعانيه منهما فرد آخر، ٣ ـ ويكون فوق طاقة الفرد وقدراته؛ بمعنى أنه لا قبل له به لأنه يقع خارج نطاق الخبرة الإنسانية العادية التي يمكنها كوجهة أحداث الحياة المثيرة للمشقة[1] النفسية على مدار اليوم أو الحياة بكاملها (R.J Corsini and others, 1994, v.3, p.103)، ٤ ـ وأن الفرد قد يحتاج لبرامج الخدمات النفسية المتخصصة للتغلب على الاضطرابات النفسية الناجمة عن الصدمة.

ومن أمثلة الحوادث الصدمية التي يمكن أن تنطبق عليها المعايير الأربعة السابقة، ما يلي: ـ

(١) الكوارث الطبيعية، كالزلال والبراكين والأعاصير والسيول والفيضانات.

(٢) كوارث من صنع الإنسان، أو الكوارث التكنولوجية، كالإنفجارات النووية؛ مثلما حدث في مفاعل «تشيرنوبل» في روسيا، وانفجارات مصانع البارود، ومصانع الغاز الطبيعي، ومصانع البتروكيماويات.

(٣) الحروب، والتعرض للقصف بالقنابل من المدافع والطائرات، كما حدث في حروب مصر والعرب مع إسرائيل، والحربين العالميتين، والحرب الكورية، وحرب فيتنام، والقصف الذرى لليابان (هيروشيما ونجازاكى)، وقصف مدارس بحر البقر، ومصانع أبو زعبل، ومدن قناة السويس، وحرب لبنان، وحرب الخليج.

(٤) العنف الوحشي، والعنف البدني، كسوء استخدام الأطفال، وحوادث الاغتصاب، وزيادة معدلاتها على الرغم من ضعف دقة الإحصاءات، وحوادث الإرهاب، وسلوك البلطجة، وغشيان المحارم وذوى القربى المحرمين.

(٥) حوادث وسائل المواصلات في البر والبحر والجو، وما ينجم عنها من إصابات عضوية، أو قتل،

أو مشاهدة الاشلاء تتناثر، كحوادث المركبات والحافلات والسيارات، وتحطم الطائرات، وتصادم القطارات، وغرق السفن (السفينة سالم إكسبريس بمصر).

(٦) السرقات والحوادث الإجرامية: كسرقات الممتلكات، وحوادث السطو المسلح، والعدوان المؤذى، كما يحدث عادة في المدن الأمريكية والأوروبية، وحوادث متفرقة بمصر وبعض مدن العالم العربي.

(٧) حوادث أسرية: كقتل الأزواج بعضهم بعضاً، ومشاهدة هذه الحوادث البشعة من قبل الأطفال والمراهقين، وسوء استخدامهم بالعمل بالمصانع، وخدمة المنازل، ونظافة الجراجات، والتحرش بهم جنسياً، والضرب المفضى للموت، كما يحدث في بعض المدارس والورش والمصانع.

(٨) التشوية الجسدي الذي لا يرجى له شفاءً أو تجميلاً، كاستخدام بعض المركبات الكيميائية في تشويه الوجوه، والعيون، وبتر بعض أعضاء الجسم، بالإضافة إلى التعذيب الذي قد يفضى للموت بالمنازل والشوارع والمصانع الصغيرة.

(٩) الإرهاب السياسي: مثلما يحدث في معسكرات الاعتقال (معسكرات إلمانيا النازية، وما يحدث في سجون إسرائيل حتى اليوم، وما حدث في البوسنة والهرسك، وفي الشيشان...الخ). والتهديد الخطير للعلماء المصريين النادرين (كعلماء الذرة)، والخطف، والتهديد بالخطف والتعذيب، واحتجاز الرهائن في البر والبحر والجو (مثل خطف الطائرات والحافلات والقطارات، بل والسفن واحتجاز ما فيها من أبرياء كرهائن).

(١٠) حوادث السياق الاجتماعي المحدد: كالتمثيل بجثث الضحايا أمام أسرهم مثلما حدث بالبوسنة والهرسك، وحرب لبنان، وفي الشيشان إمعاناً في المهانة والإذلال، بالإضافة إلى انتهاك الأعراض والحرمات أمام أعين الضحايا، والعودة من خارج المنزل فيكون الخبر وفاة بعض أفراد الأسرة، أو الأسرة كلها تحت أنقاض العمارات والأبراج التي تنهار بلا مبرر حقيقي سوى الجشع والطمع.

(١١) حوادث الفقد أو لأي شيء عزيز: كفقدان عزيز، والطلاق، والشقاق، والفراق،، وفقدان المال، والأهل والأصدقاء، والسفر الطويل، وفقدان العمل أو الوظيفة، وفقدان الدرجات والترقيات، في كل المجالات التوظيفية والمهنية.

(١٢) الشعور بالتهديد وفقدان الأمن والأمان: لتهديد حياة الفرد، تكامل أعضائه الجسمية، والتهديد الذي يقع على الأبناء، والزوجات، والأقارب، بإلحاق الأذى بهم، والتهديد بالحرائق، وتلف المزارع والمصانع، والحيوانات، والتهديد بتحطيم منزل أو مجتمع بأسره، ورؤية آخرين يتعرضون لتنفيذ التهديد فيهم، فيقتلون أو يتعرضون لخبرات سلبية نفسية وعصبية شديدة الخطورة. هذا كله على سبيل المثال لا الحصر.

ومن طبيعة الحدث الصدمى، أنه غالباً ما يتضمن عنصراً عضوياً أو عصبياً، كأصابات الدماغ، أو الأجهزة العصبية، أو إحداث تلف أو عطب، أو اضطراب فيزيوكيميائي، أو فيزيو عصبي ببعض أجهزة الجسم والرأس، كما يحدث في الحروب، ومن طبيعته أيضاً أنه يترك آثاراً نفسية وظيفية سلبية لا يقوى الفرد بما يملكه من طاقات ومهارات وقدرات على مواجهتها، مثل حالات الهلع والأرق المميت، والمخاوف، والاكتئاب الاستجابي، وتغير معدلات الاستثارة والتنبه واليقظة، وتشتيت الانتباه، وفقد الذاكرة والكلام والبصر الهستيري.. الخ.

ومن طبيعته أخيراً، ان الفرد يمكن أن يمر بخبرة الحدث الصدمى، ويتكرر تذكره له بطرق

متعددة، منها:

(١) الاقتحام المستمر والمتكرر من قبل الحدث الصدمي لذاكرة الشخص (الضحية)، أو الاستعادة المتكررة لخبرة الحدث المؤلم عن طريق التخيل والأحلام والكوابيس أو الأفكار التي يستدعيها الفرد أو التي تقتحم عليه عقله وتفكيره.

(٢) أو إنكار الحدث كما ينعكس ذلك في استجابات التجنب، وتشمل التقليل من الاستجابات للعالم الخارجي، والإحساس بالعزلة، وعدم الإهتمام بالأنشطة، وضعف الاستجابات الوجدانية، واللجوء للانحراف، بالإضافة الى اضطرابات النوم وضعف التركيز، وتكرار نوبات الانفعال والغضب الشديد (Davidson, j.,1994, pp. 2-6).

(٣) وفي حالات نادرة يحدث لدى المصدوم حالة من التفكك في النشاط العقلي، تتراوح مدتها بين ثوانٍ معدودات إلى عدد من الساعات، وربما أيام، مما يتيح الفرصة لمكونات الحدث الصدمي لأن تحيا ثانية في الذاكرة، ويسلك الفرد كما لو كان الحدث قد وقع الآن في التو واللحظة.

وعادة ما يتجنب المصدومون كل المنبهات والمواقف المرتبطة بالصدمات، ويبذلون جهوداً ذهنية ونفسية مضنية لتفادي الأفكار، والمشاعر، والحوار، والمناقشات، التي تدور حول الحدث الصدمي. كما يتجنبون الأنشطة، والمواقف، أو حتى الأشخاص الذين يذكرونهم بهذا الحدث الصدمي. «وربما يتضمن تجنب هذه الذكريات فقد وظيفي للذاكرة[١] لجانب مهم من جوانب الحدث الصدمي. وتُعزى حالة الضعف في الاستجابة العامة للعالم الخارجي من قبل الضحية إلى «اللامبالاة أو الخدر أو ضعف الإحساس النفسي»[٢] أو الخدار أو فقدان الحس الوجداني[٣]، وعادة ما تبدأ هذه الحالة بعد وقوع الحدث الصدمي. وربما يشكو المرء (الضحية) من كونه أصبح يعاني من ضعف الاهتمام أو المشاركة في ممارسة بعض الأنشطة السارة التي كانت تمتعه من قبل بشكل ملحوظ» وربما يشكو من تسطح مشاعره وتغيره عن الآخرين (D. Winje, 1996, p.1038)، أو عجز قدرته الملحوظ للشعور بالعواطف إو مبادلة الآخرين مشاعرهم (وبصفة خاصة مع هؤلاء الأشخاص الذين تربطه بهم علاقات عائلية وأسرية وجنسية، وعلاقات صداقة ومودة). وربما يتولد لدى الضحية شعور بضحالة مستقبله (حيث يتوقع أنه لن تكون له وظيفة ولا مهنة، ولا بيت، ولا زوجة، ولا اطفال، أو أي حياة طبيعية (DSM-IV, 1994, p. 425).

وتتملك الضحية أعراض القلق الدائم والاستثارة المتفاقمة التي لم يكن لها وجود مطلقاً قبل حدوث الحدث الصدمي. وربما تتضمن هذه الأعراض، الانهيار النفسي الحاد، وصعوبات في النوم، واستمرار اليقظة التي تعزى إلى تذكر الأحلام والخوف من الكوابيس المرعبة التي تجلب صور الحدث الصدمي، وإفراط في اليقظة والتنبه، واستجابات الإجفال ويُظهر بعض الضحايا نوبات من الهياج وشدة الاشتثارة، والعجز عن إتمام المهمات التي يكلفون بإنجازها.

وفيما يتصل بنوبات هذه الاضطرابات وطبيعتها ومددها، تبين أن هذا الاضطراب يكون حاداً عندما يقل استمرار أو بقاء المعاناة من أعراضه مدة تقل عن ثلاثة شهور، ويكون مزمناً عندما يزيد ظهور الأعراض واستمرارها لفترة تزيد على شهور ثلاثة، ويكون اضطراباً مرجأً، عندما تبدأ المعاناة من أعراض الصدمة بعد مرور ستة شهور على حدوثها. ويحدث اضطراب المشقة التالي للصدمة في أية مرحلة عمرية بما في ذلك مرحلة الطفولة. أما نسب الانتشار في بعض دول العالم الغربي، وليس في مصر بالطبع لأنه لا توجد أية دراسة وبائية لهذا الموضوع، فهي تتراوح بين ١٣٪ إلى ١٧٪ بشكل عام.

العوامل المرتبطة باضطراب ما بعد الصدمة:

على الرغم من أن اضطراب ما بعد الصدمة لازال مثار جدل بين المتخصصين في هذا المجال، فإن الدراسات السابقة على مدى العشرين عاماً الماضية، تشير إلى ان الاضطرابات النفسية والعصبية والفسيولوجية والجسمية التي يعاني منها المصدمون تختلف باختلاف أنماط الأحداث الصدمية، ومدى تكرار هذه الأحداث ولذا يكون ضرورياً إجراء دراسات مصرية بهدف المقارنة بين أنماط هذه الأحداث الصدمية لمعرفة ما يرتبط بها من آثار سلبية واضطرابات نفسية، بشرط أن تتوفر في كل دراسة مجموعتان، إحداهما من الضحايا (تجريبية) والأخرى من الأشخاص الطبيعيين (ضابطة)، أو تتوفر بيانات لمجموعة من الأفراد قبل حدوث الموقف أو الحدث الصدمي في مقابل بيانات للمجموعة ذاتها بعد انتهاء الحدث الصدمي، ومن ثم نستخدم المنهج القبلي - البعدي.

كما أشار الإنتاج الفكري السابق في هذا الموضوع إلى ان العوامل المهيئة لها دور كبير في تشكيل المعاناة من الاضطرابات النفسية الناجمة عن التعرض للأحداث الصدمية مباشرة أو عن طريق المشاهدة وتكمن اهمية الكشف عن دور هذه العوامل من حقيقة مؤداها إن بعض الأفراد الذين يتعرضون للأحداث الصدمية لا يطورون أي اضطرابات نفسية أو يعانون منها، في حين أن بعضهم الآخر فقط هم الذين تنشأ لديهم مثل هذه الاضطرابات النفسية الجسمية المتصلة بها. فما أسباب الفروق بين هذين النمطين من الأفراد؟

حتى نجيب عن هذا السؤال المهم، نكون بحاجة ملحة لإجراء بعض الدراسات الوبائية في المجتمع المصرى على شرائح اجتماعية محددة. ويكمن السبب في حاجتنا لهذا النوع من الدراسات في كونه قادراً على الكشف عن هذه العوامل المرتبطة باضطراب ما بعد الصدمة، كما أنها تجري على عينات ضخمة تمكنها من الكشف عن العلاقة بين طبيعة الصدمة كحدث يثير المشقة الجسمية والجسمية النفسية والنفسية والمعرفية له خصائص محددة، بالإضافة إلى المعاناة من اضطرابات نفسية محددة تختلف باختلاف هذا الحدث الصدمي؛ فقد أشار بعض الباحثين بشكل عام إلى أن ٥٪ فقط من الأفراد هم المهيئون للمعاناة من اضطرابات ما بعد الصدمة (Macfarlane, 1988).

أما أهم العوامل المهيئة للمعاناة من اضطرابات ما بعد الصدمة والمرتبطة بها في الوقت نفسه، أن يكون هناك تاريخ مرضى نفسى إيجابي سابق بين أقارب الفرد من الدرجة الأولى (Breslau et al, 1991, Davidson, 1992)، أو تاريخ من الأحداث الصدمية في الطفولة، كالتحرش بالأطفال وتعرضهم للاعتداءات الجنسية، أو صدمات سوء استخدامهم، كخدم، أو صبية بالأعمال الشاقة وإنجاز أعمال يقوم بها الكبار كالعمل بالورش (Davidson, et al, 1990)، أو فقر الوالدين مع سوء التنشئة الاجتماعية، بالإضافة إلى وجود قدوة أو نموذج سيء يكون ضعيفاً في مقاومته لنوائب الدهر، أو سفر الوالدين أو أحدهما في مراحل العمر المبكرة للأطفال خاصة في الطفولة المتأخرة وفي سن المراهقة (ibid)، والمعاناة من بعض الاضطرابات السلوكية في مرحلتي الطفولة المتأخرة أو المراهقة (Herman et al., 1989)، أو انفصال الوالدين عن بعضهما، أو حدوث الطلاق قبل أن يبلغ الطفل سن العاشرة (Davidson et al., 1990)، أو المعاناة من العصابية الشديدة أو الاستعداد للاضطراب النفسي (Breslau et al., 1991) والاستعداد الشديد للانطواء (Macfarlane, 1989)، والمعاناة من أمراض طبية نفسية مسبقاً (Breslau et al., 1991)، وضعف الثقة بالنفس ونقص في تقدير الذات قبل سن الخامسة عشر (Carrolle et al., 1991)، والمعاناة من شظف العيش ومشقته قبل حدوث الصدمة وبعدها (Macfarlane,

(1989، وعدم الرضا عن النوع؛ بمعنى أن يكون ذكراً أم أنثى ولا يرضى عن جنسه الذي ينتمي إليه (Solkoff et al., 1992).

ومن العوامل المهيئة كذلك لوقوع الفرد فريسة لاضطرابات ما بعد الصدمة، الاستعداد الشديد للاندفاعية والانبساط والعصابية، وانخفاض التعليمي، واضطرابات المسلك المبكرة[1]، والتاريخ الأسرى الطبي النفسي، وكونك ذكراً ولست أنثى (Card, 1987, Helzer et al., 1987, Breslau et al., 1991).

وأيضاً من العوامل المرتبطة باضطرابات ما بعد الصدمة، ذلك التفاعل الشديد الذي يحدث أو يقع بين الحدث الصدمي والعوامل الشخصية لدى فرد ما، مما قد يرفع معدلات الاستهداف للإصابة باضطرابات ما بعد الصدمة أو يقللها. وربما تقل أو تضعف أهمية هذه العوامل الشخصية عندما يُواجه الفرد بصدمات شديدة، بينما تتعاظم أهميتها عندما يُواجه الإنسان ذكراً كان أم أنثى - بصدمات متوسطة الشدة، وفقاً لما أشارت إليه بعض دراسات الأحداث الطبيعية بصفة عامة والآثار النفسية الناجمة عن تعرض بعض أهل القرى والمدن التي تتفجر فيها الثورات البركانية[2] بصفة خاصة (Shore et al., 1986, Davidson et al., 1991, p.12).

وفيما يتصل بعلاقة العوامل المهيئة للإصابة باضطرابات ما بعد الصدمة، وطول الفترة الزمنية التي تحدث خلالها الصدمة وما يعدها، أشارت دراسات خبرات الحروب التي قام بها «سيمون تومسون» (Simon Thompson, 1997, p. 349) ومن قبلها دراسات ماكفارلان (١٩٨٩)، ودراسات الصايغ في حرب لبنان (١٩٩١)، والدراسات الكويتية عن حرب الخليج (١٩٩٢، ١٩٩٣) إلى أن الضرر البالغ الذي يتركه الحادث الصدمي يؤدى الدور الرئيسي عند بداية المعاناة من الاضطراب النفسي، في حين يتعاظم دور بقية العوامل النفسية والشخصية والديموجرافية والاجتماعية الأخرى بعد حدوث المرض فعلاً، ويضعف أثر الحادث الصدمى بمرور الوقت. معنى ذلك إننا في حاجة علمية ماسة لإجراء دراسات مصرية لبيان إلى أي مدى يمكن تعميم فرض العلاقة بين الأحداث الصدمية الشديدة، كفقدان الأقارب والأبناء في حوادث السيارات، وانهيار البنايات، وفقدان الممتلكات، وحدوث الزلازل، وحوادث الحروب، وطول فترات التعرض والتأثر بهذه الأحداث الصدمية... تعميمه على شرائح أخرى من المجتمع المصري تكون قد تعرضت لأحداث صدمية مغايرة في ظل اختلاف الفترات الزمنية التي مرت على حدوث الحدث الصدمى، لمعرفة الآثار النفسية السلبية المباشرة أو قصيرة المدى أو طويلة المدى المترتبة على وقوع هذا الحدث الصدمى. كما إننا بحاجة لمعرفة مدى اختلاف الاضطرابات النفسية باختلاف هذه المصائب والأحداث المثيرة للمشقة النفسية، كالسيول. وما أكثرها في كل عام بمصر، وسرقة السيارات والممتلكات، والنهب بالإكراه، وأعمال البلطجة، وإضرام النيران بالمنازل، وحوادث القتل، وتشريد الأطفال، وأعمال العنف والتشويه الجسدي والنفسي، وحوادث العدوان الوحشى.

وأشار ستفين ديفز (S. Davis, 1997, p. 365) وكولكا وزملاؤه (١٩٩٠)، إلى ان كلا من التاريخ السابق لدى بعض محاربي الحرب العالمية الثانية من الشعب الإنجليزي، وبعض محاربى الحرب الامريكية ضد فيتنام، بالإضافة إلى خصائص الحادث الصدمى في علاقتهما بالفترة الزمنية المنقضية على وقوع الحادث الصدمى، له تأثيره المستقل على الاستهداف للإصابة باضطرابات ما بعد الصدمة، كما تبين أن دقة التذكر بشكل مميز ربما تؤدى دوراً في تفسير نتائج بعض دراسات الاستهداف والعوامل المهيئة للإصابة

باضطرابات ما بعد الصدمة.

فقد وجد ماكفارلان (١٩٨٩) أن دقة التذكر لدى الأشخاص الذين لا يعانون من اضطرابات ما بعد الصدمة للأحداث الصدمية وخصائصها وملابساتها، وما حدث فيها أفضل جوهرياً من الاشخاص الذين أصيبوا باضطرابات ما بعد الصدمة، مما يشير إلى أن الاشخاص الذين يعانون من عوامل الاستهداف تضطرب لديهم الذاكرة الخاصة بالأحداث اضطراباً شديداً. والسؤال الذي يفرض نفسه الآن، هل لدينا في مصر نتائج لدراسات من هذا القبيل، وهل لدينا إحاطة بهذا الموضوع اساساً؟ بالطبع الاجابة في حدود علم كاتب هذه السطور، لا.

والسؤال الثاني الذي ينبغي طرحه ومناقشته الآن ضمن هذه الخطة، مؤداه الآتي: إذا كانت الدراسات على هذه الفئة التشخيصية الكلينيكية لم تجر في مصر اصلاً - في حدود علم الباحث - فهل يمكن تطبيق نتائج الانتاج الغربي والامريكي والانجلو امريكي والانجلو ساكسوني مباشرة على شرائح المجتمع المصري؟. الإجابة أيضاً بالطبع لا، نظراً للفروق العرقية الثقافية[١] التي تؤدي دوراً كبيراً في تشكيل استجابات الشعوب والأمم لاضطرابات ما بعد الصدمة، فضلاً عن الاستجابة للعلاج النفسي والمعرفي والسلوكي أو للعلاج الطبي النفسي الكيميائي او للاثنين معاً، وفي معدلات التحسن والشفاء أو في معدلات الانتكاس والازمان، مما يترتب عليه فروق منذ البداية بين الشعوب في تكرارات الأعراض، ومدى التناظر في تشخيص معين، وصعوبات في إجراء مسوح تناظرية بين مختلف الأمم والشعوب، وصعوبة الحصول على عينات متكافئة في تعبيراتها الفطرية اللغوية الاصلية عن الاعراض، او ما يسمى بالأعراض او الاضطرابات الشعبية[٢] (Nigel Hunt, 1997, p. 357 Anthony J. Mersella et al., 1994, p. 33) وربما تنطبق النتائج السابقة ذاتها على الثقافات الفرعية[٣] ذاتها داخل المجتمع المصري والعربي.

وإذا كانت الطبيعة الانسانية لها أبعاد ثلاثة هي البعد العالمي او الكوني[٤]، والبُعد المحلي الثقافي[٥] المتصل بأبناء كل دولة او الشعب على حدة، والبُعد الشخصي[٦] المتصل بالتكوين الجسمي الحيوي، والنفسي الاجتماعي لكل فرد على حدة، فكيف نستبعد إحدى أهم فئات العوامل المرتبطة باضطرابات ما بعد الصدمة، الا وهي العوامل العرقية الثقافية؟ بديهي لا يمكن استبعادها نظراً لما للإنسان المصري من خصوصية حضارية تجعله يختلف في استجاباته للمواقف والاحداث الصدمية عن ابناء الشعوب الاخرى. وعلى الرغم من ان المجتمع المصري قد تعرض - تقريباً - لكل انواع الاحداث الصدمية بدءً من الحروب مروراً بالزلازل والسيول وصولاً إلى حالات التحرش الجنسي وسوء معاملة الاطفال وحتى الانفصال بالسفر والطلاق، فلم يجد الباحث الراهن للأسف - في حدود علمه - دراسة واحدة جعلت هدفها المباشر الكشف عن الاضطرابات والآثار النفسية الجسمية السلبية الناجمة عن التعرض المباشر، أو التعرض عن طريق المشاهدة او السماع عن بعض الأحداث الصدمية، وايضاً الكشف عن مدى انتشار اضطرابات ما بعد الصدمة في بعض شرائح المجتمع المصري المهمة، كالاطفال، والمراهقين، والمحاربين، والمتعرضين كل عام للسيول، والمتعرضين لانهيار البنايات... الخ، والفروق الثقافية الفرعية داخل المجتمع المصري للأحداث الصدمية وأثر كل ذلك على كفاءة اداء بعض الوظائف النفسية لدى بعض شرائح المجتمع المصري.

الدراسات السابقة:

لقد تعددت الدراسات النفسية السابقة في هذا الموضوع، على الرغم من أن تاريخه العلمي لا يزيد عن العشرين عاماً. ولكن الملاحظ على هذا الانتاج الفكري

النفسي أنه: (١) كان معظمه على آثار الحروب كحادث صدمى، وأشهرها الحربين العالميتين الاولى والثانية، والحرب الكورية، وحرب فيتنام، وحروب العرب مع اسرائيل، خاصة مصر وسوريا، وحرب لبنان، وحرب انجلترا لاستعادة جزر الفوكلاند، وحرب الصرب مع البوشناق (البوسنة والهرسك)، واخيراً حرب العراق مع ايران، وحرب الخليج. (٢) وجود عدد من الدراسات التي ظهرت في هذا المجال قبل ان تظهر هذه الفئة التشخيصية الكلينيكية ضمن ادلة تصنيف الامراض النفسية. (٣) يبدو ان كثرة الدراسات عن آثار الحرب كحادث صدمى، وندرتها الشديدة على جميع انواع الاحداث الصدمية الاخرى، كان سبب وجود عدد ضخم من قدامى المحاربين في فيتنام الذين عانوا بشدة من الحرب وآثارها، حتى بعد ان وضعت اوزارها، مما جعل علماء النفس الاكلينيكي ينكبون على دراسة هذا الاضطراب وبلورته، وبيان مختلف ابعاده، وكيفية علاجه، ومن ثم افراد فئة تشخيصية تتصل به منذ عام ١٩٨٧ وحتى الآن. (٤) سعت الدراسات السابقة سواء تلك التي تناولت آثار الحرب، ام الآثار النفسية السلبية المترتبة على التعرض لاى نوع من انواع الاحداث الصدمية الاخرى، الى وضع محكات تشخيصية لهذا الاضطراب تفرق بينه وبين احداث الحياة المثيرة للمشقة ويستطيع الانسان التوافق معها ومواجهتها بقدراته العادية بحيث لا تتطور الى مرض نفسي يحتاج لخدمة نفسية متخصصة، فضلاً عن سعيها لرصد الملامح والاعراض المرضية الاساسية للاضطرابات النفسية الناجمة عنه ووضع نظريات ونماذج علمية جادة لتفسير منشأ هذا الاضطراب (الاتيولوجيا)، وقياسه وقياس آثاره السلبية، وتشخيصه، ونتائج علاجه نفسياً. ولذا سنحاول من جانبنا عرض الدراسات السابقة في فئات متباينة تتناول عدداً من الاحداث الصدمية السابق الاشارة اليها بالاضافة الى اثر الحرب كحادث صدمى.

وفيما يلي عرض لفئات الدراسات السابقة في هذا المجال.

(١) دراسات اللاجئين النازحين من ديارهم:

بادئ ذى بدء من الاشارة الى ان المنشورات وتقارير البحوث والمراجعات والمراجع التي تصدت لدراسة هذا الموضوع قد رصدت الاضطرابات النفسية لدى عينات تتسم بامتلاكها لعوامل الاستعداد للمخاطرة وعوامل الاستهداف للاصابة باضطرابات ما بعد الصدمة (كاللاجئين النازحين[١]، والمهاجرين[٢]، والمحاربين[٣] المخضرمين الذين لا عمل لهم الا ممارسة الحروب، والمعتقلين العسكريين والسياسيين) من دول وشعوب مختلفة، مما يلقى بعض الضوء على العلاقة بين الاحداث الصدمية التي تسبب المشقة النفسية ومعدلات الاعراض والعلامات والمظاهر الكلينيكية التي اطلق عليها اوبنهايم عالم الاعصاب الالماني عام ١٨٨٩، اسم العصاب الصدمى. ومن اهم هذه المظاهر التي تم دراستها منذ خمسين عاماً في أوروبا، الاكتئاب النفسي، والانتحار، والقلق، وحالات البارانويا، والاضطرابات النفسية الجسمية[٤]، والذهانات الاستجابية قصيرة المدى[٥] (Garcia- peltoniemi, 1992).

ومن أقدم الدراسات في هذا الصدد - أي على العصاب الصدمى، والاكتئاب الاستجابي - ما وجده «فيستر - أميندى» (Pfister- Ammende, 1955) لدى اللاجئين الى النمسا الذين كشفوا عن معاناة من الاكتئاب الاستجابي والوان من العصاب الصدمى ضعف ما اظهره السويسريون العاديون. كما انتهى «ميرفى» (Murphy) (١٩٥٥) إلى وجود علاقة بين درجة او مستوى الخبرة الصدمية وشدة المرض النفسي لدى النازحين الى سويسرا. ولاحظ ايضاً تغيراً في حجم هذه العلاقة عندما تحت الصدمة كخبرة في ظل وجود انواع من المساندة النفسية الاجتماعية من الاسرة او من الاصدقاء (Marsella et al., 1994, p. 20).

ولاحظ بعض الباحثين في النرويج، وجود علاقات ومعدلات مرتفعة من الاضطرابات العقلية او الذهانات الاستجابية قصيرة المدى بين اللاجئين اليها بسبب احداث الحرب العالمية الثانية، كما لوحظت الاضطرابات النفسية ذاتها لدى اللاجئين اليها بسبب ثورة المجر، مما يشير الى وجود تفاعل بين التعرض للصدمات وحالة اللاجئين النفسية.

وفي الدراسات الحديثة والمعاصرة لاضطرابات ما بعد الصدمة في علاقتها بالعوامل العرقية الثقافية، تمَّ الحصول على العلاقة نفسها بين الصدمة وحالة اللاجئين من الهنود الصينيين ومن الصينيين الهنود. كما كشفت هذه الدراسات عن وجود علاقة بين القلق والامراض الاكتئابية واضطرابات ما بعد الصدمة (Westermeyer. al., 1989; Moore and Beohnlein, 1991, Westermeyer et al., 1992) ولقد صنف ويسترمير وزملاؤه Westermeyer et als بدءاً من عام ١٩٨٨، وحتى الآن، كل الاضطرابات النفسية التالية للصدمة، ثم ظهرت مجموعة من الكتب التي أهتمت فقط بموضوع اللاجئين وحالتهم النفسية التالية للاحداث الصدمية، واشتملت هذه الكتب على مادة نوعية مكثفة تتصل بتشخيص هذا الاضطراب المعروف اختصاراً باسم (PTSD)، وعلاجه لدى لاجئين من الهنود الصينيين، ولاجئيين من دول اخرى، مثل فيتنام وتايلاند، وكمبوديا. كما راجع روزى Roozee وفان بويمل Van Boemel (١٩٨٩)، الآثار النفسية السلبية الناجمة عن صدمة الحرب لدى السيدات الكبوديات.

كما فحص سيرفانتيز وزملاؤه Cervantes et al (١٩٨٩)، اعراض القلق والاكتئاب، والاعراض النفسية الجسمية، والكرب العام، واضطرابات ما بعد الصدمة التي اقر بها عينة مجتمعية تتكون من ٢٥٨ مهاجرا من امريكا الوسطى والمكسيك، بالاضافة الى ٣٢٩ امريكيا من اصل مكسيكي وامريكي ابيض. وتضمنت ادوات هذا البحث قائمة تشتمل على تسعين عرضا في طبعتها المعدلة[1]، ومقياس الاكتئاب الصادر عن مركز للدراسات الوبائية. واشارت نتائج هذه الدراسة إلى ان المهاجرين كانت لديهم مستويات اعلى من الامريكيين من اصول عرقية مكسيكية في الكرب والقلق العام. كما اشارت الى ان ٥٢٪ من مهاجرين امريكا الوسطى الذين رحلوا عنها بسبب الحرب، او بسبب العنف السياسي والقلاقل وعدم الاستقرار، قد اقروا بالمعاناة من كثير من الاعراض التي تتسق ومحكات تشخيص اضطرابات ما بعد الصدمة بالمقارنة بحوالي ٤٩٪ من النازحين من امريكا الوسطى لاسباب اخرى، و٢٥٪ من المهاجرين المكسيكيين. كما توصلت بعض الدراسات الاخرى الى النتائج نفسها، ولكن على عينات من ضحايا النزوح واللجوء الجماعي والهجرة من دول امريكا الجنوبية الناطقة بالاسبانية (Summerfield and Toser, 1991).

ولقد حدث الأمر نفسه عندما حدثت الحرب بين انجلترا والارجنتين، وبسبب احتلال الاخيرة لجزر فوكلاند التي لا زالت تابعة للتاج البريطاني في الثمانينيات (١٩٨٢)، ولكن الملاحظ على النتائج التي توصلت اليها دراسات علماء النفس البريطانيين او الارجنتينيين على اللاجئين من هذه الجزر او المحاربين من كلا البلدين، انها جاءت متضاربة؛ بحيث اشار بعض الباحثين الى ان صدمة حرب فوكلاند لم تسبب اضطرابات نفسية تالية لها مباشرة او قصيرة المدى او كامنة طويلة المدى تستحق التدخل وتقديم خدمات نفسية وطبية نفسية متخصصة (Abraham, 1982, p. 18; price, p. 110)، ثم نشر بـ «مجلة الاختصاصي النفسي» التي تصدر عن جمعية علم النفس البريطانية عدداً كاملاً ظهر في اغسطس (١٩٩٧) به مجموعة ضخمة من الدراسات النفسية الكلينيكية والطبية النفسية، كلها تشير الى وجود اضطرابات نفسية لدى النازحين بسبب صدمة الحرب ولدى المحاربين من

البلدين تستحق التدخل العلاجي الفوري، بل ولا زالت هذه الاضطرابات النفسية لها آثار سلبية مستمرة لدى المحاربين حتى اليوم (Roderick Orner, 1997; Wilson and Rophael. 1993; Solomon, 1993; Nigel Hunt, 1997; Melinda J. Waugh, 1997; Stephen Davies; 1997; and Simon B.N. Thompson, 1997).

(٢) دراسات وبائية كلينيكية على الكوارث الدولية الطبيعية والصدمات السياسية والأسرية:

قام بيري Perry (١٩٨٦) ودى جيرولامو De Girolamo (١٩٩٢)، ودى جيرولامو واورلي Orley(١٩٩٢) بتلخيص عدد كبير من الدراسات السابقة التي تناولت العلاقة بين الكوارث الطبيعية[٢] وأعراض اضطرابات ما بعد الصدمة عبر عدد من دول العالم، وانتهت معظم هذه الدراسات الى ان الكوارث الطبيعية تعد مصدراً مهماً كإحدى صعوبات التوافق النفسي مما يدفع كثير من ابناء هذه الدول التي تعرضت للكوارث الطبيعية الى طلب الخدمة النفسية المتخصصة بالحاح بغض النظر عن الدولة التي تحدث فيها هذه الكوارث؛ بمعنى ان الفروق بين دولة وأخرى بما تشتمل عليه من خصوصية عرقية وثقافية لا تتدخل في تشكيل هذه الاعراض والاضطرابات بقدر ما تتدخل في تشكيلها هذه الكوارث الطبيعية.

ان واحداً من امثلة الاضطرابات التي يعانى منها الاشخاص بعد تعرضهم لصدمات بعض الكوارث الطبيعية، كالزلازل والثورات البركانية والكوارث التكنولوجية - كانفجار مفاعل تشيرنوبل - وبعض حرائق الغابات والمنازل وزحف الثلوج، قد عرض له دى لافونتيه De la Fuente (١٩٩٠)، حيث قام بتقدير الارجاع الوجدانية[١] لدى ٥٧٣ مبحوثاً، تتراوح اعمارهم بين ١٨ - ٦٤ سنة، من المكسيكيين الذين تعرضوا للزلازل التي وقعت في بلادهم، ووجد ان ٣٢٪ من ضحايا هذه الزلازل قد كشفوا عن اعراض تتسق ومحكات اضطراب ما بعد الصدمة. وعانى ١٩٪ منهم من القلق العام، بينما أظهر ١٣٪ منهم اعراضاً شديدة للاكتئاب الاستجابي. كما انتهى من الدراسة نفسها الى ان ٧٢,٣٪ من بين ٢٠٨ سيدة تَعِشْنَ في الملاجئ لم يكشفن عن اضطرابات ذات طبيعة نفسية وطبية نفسية مرضية، في حين كشف ١٨٪ منهن عن المعاناة من علامات بعض امراض القلب، كما عانت ٩,٥٪ منهن من بعض امراض القلب الحادة.

ولقد درس هولين Holen(١٩٩٠)، ومالت Malt(١٩٨٨)، ومالت وزملاؤه (١٩٨٩)، وكذلك وايزيث Weisaeth (١٩٨٩) آثار بعض الكوارث الصناعية والحوادث المدنية (اي التي تقع في المدن المكتظة بالسكان والمركبات من كل نوع - كالقاهرة مثلاً - لدى شرائح اجتماعية من شعوب الدول الاسكندنافية[٢]. ووجد وايزيث (١٩٨٩) علاقة مباشرة بين شدة الصدمة التي تم التعرض لها واعراض اضطرابات ما بعد الصدمة لدى الناجين[٣] من انفجار في احد مصانع زيوت الطلاء في النرويج. وقد اظهر ٨٠٪ من المجموعة التي تعرضت بشدة لهذا الانفجار ارجاعاً مباشرة لاضطرابات ما بعد الصدمة. وعلى مدى سبعة شهور من متابعة هذه المجموعة ذات التعرض المباشر لهذا الانفجار، تبين ان ٣٧٪ منهم قد اظهر اعراضاً لاضطرابات ما بعد الصدمة (PTSD)، بينما ظهرت هذه الأعراض لدى ٤٪ فقط من المجموعة التي كان تعرضها للانفجار تعرضاً ضعيفاً وغير مباشر. وتتسق هذه العلاقة المباشرة بين التعرض لحدث صدمى صناعي شديد واضطرابات ما بعد الصدمة لدء ابناء دولة ذات ثقافة محددة، مع تقارير بحوث علمية لباحثين آخرين من مختلف الدول في كل انحاء العالم، حيث تفترض نتائج هذه البحوث، وجود علاقة عالمية[٤] محتملة بين شدة الصدمة وحدتها وحدوث

اعراض اضطرابات ما بعد الصدمة (Marselle et al., 1994, p. 22).

ولقد وجد هولين (١٩٩٠) ومالت وزملاؤه Malt et al (١٩٨٩) استجابات لاضطرابات ما بعد الصدمة لدى ضحايا الكوارث الصناعية[١] وحوادث المدن في الدول الاسكندنافية. وناقش كيم Kim (١٩٨٧) وجود اعراض تشبه اعراض اضطرابات ما بعد الصدمة تعانين منها بعض ربات البيوت الكوريات بسبب ما يتعرضن له من عنف وحشي وضرب مبرح وبشكل مستمر من قبل ازواجهن. وعرض سولومون Solomon (١٩٨٩، ١٩٩٣) لديناميات اضطرابات ما بعد الصدمة[٢] لدى المعتقلين والمسجونين السياسيين[٣] بجنوب افريقيا قبل انتهاء الحكم العنصري. وقام ليما وزملاؤه Lima et al. (١٩٩١) بفحص ١٠٢ من ضحايا التعرض لكارثة بركان ارميرو[٤]، ووجد ان ٨٧٪ من الضحايا يعانون من اضطرابات تتسق ومحكات الاكتئاب الاستجابي واضطرابات ما بعد الصدمة التي وردت في الدليل الاحصائي والتشخيصي الثالث - في طبعته المعدلة (١٩٨٧) وفي الطبعة الرابعة منه (١٩٩٤) الذي تصدره رابطة الطب النفسي الامريكية.

(٣) الدراسات الوبائية وشبه التجريبية لآثار حروب العرب مع اسرائيل وحرب الخليج:

إن أول ما يسترعى انتباه الباحث الذي يراجع الدراسات السابقة داخل هذه الفئة، هو أنه يجد أن معظمها أجرى على عينات اسرائيلية من كل المراحل العمرية (من الطفولة وحتى كبار السن)، على الرغم من قلة عدد الاشخاص المضارين داخل كل فئة عمرية على حدة، وندرة ما لحق بهم من اضرار بسبب الحروب التي دارت بين اسرائيل وبعض الدول العربية، في حين لم يعثر الباحث الا على النذر اليسير من الدراسات التي اجريت على عينات تمثل كل الفئات العمرية لاطفال العرب ومراهقيهم وشبابهم وشيوخهم وكبار السن من الجنسين سواء اكان ذلك في مصر ام في فلسطين ام في لبنان ام في سوريا والاردن ام في العراق ام في الكويت اخيراً، وكأننا لم نخض اية حرب مع اسرائيل تستحق اجراء بعض الدراسات الوبائية والكلينيكية. وهذه ثغرة تنبه هذه الخطة العلمية لسدها، ولا سيما ان الحرب - كحادث صدمى - تترك آثاراً بعضها يتأخر ظهوره لعشرات السنين، وبعضها الآخر تظهر آثاره مباشرة، وتظل بعض الآثار الثالثة والأخيرة مزمنة، علماً بأن النمطين الأول والثالث يحتاجان لتدخل علاجي نفسي وطبي متخصص.

وفيما يتصل بحرب الخليج كحادث صدمى على بعض الشرائح الاجتماعية الكويتية، لم يجد الباحث الراهن سوى عدد محدود من الدراسات الوبائية اهمها الدراسة الوبائية التي اجراها (**محمد نجيب الصبوة وآخرون، ١٩٩٥**) بهدف تحديد مدى انتشار القلق وزيادته لدى تسع عينات من المجتمع الكويتي بعد الحرب بالمقارنة بمستواه قبل الحرب، بلغ حجمها جميعاً (٢٧٩٥) مبحوثاً موزعين على المحافظات الخمس للكويت بعد مرور اربع سنوات على حدوث الحرب. كما هدفت هذه الدراسة الوبائية الكشف عن العوامل المعجلة او المعوقة لتطور هذا الاضطراب، بالاضافة الى تحديد الجماعات الاكثر معاناة ومن ثم الاشد احتياجاً للتدخل لوقايتها او علاجها نفسياً وطبياً.

ولقد اشتملت العينة على طلبة الثانوي العام الذكور (ن= ٤٦١ طالباً)، وطالبات الثانوي العام (ن= ٤٣٠ طالبة)، وطلبة الجامعة (ن= ٤٠٢ طالباً)، وطالبات الجامعة (ن= ٤٩٨ طالبة)، والموظفون (ن= ٢٩١ موظفاً)، والموظفات (ن= ٣٧٤ موظفة)، والمسنون (ن= ١٦ سناً) والمسنات (ن= ٣٢ مُسنَّة)، وربات البيوت (ن= ٢٤١ سيدة) معظمهن كن متزوجات، فضلاً عن اتمامهن جميعاً الدراسات الابتدائية. وتم تطبيق مقياس سبيلبيرجر لسمة القلق بالإضافة الى

صحيفة للبيانات الديموجرافية والنفسية الاجتماعية، اشتملت على بيانات شخصية، ومتغيرات المساندة الاجتماعية، ومتغيرات النزوح والاقامة، ورؤية مشاهد القتل والسرقة والاغتصاب والتعرض لها، بالإضافة الى بيانات عن الأسر والتعذيب، والآثار الايجابية والسلبية للحرب، والاتجاهات نحو الحرب وما تركته من آثار نفسية على الكويتيين.

وأشارت نتائج الدراسة الى ان معدلات المعاناة من القلق ارتفعت واقعياً بين طلاب الثانوي والجامعة من الجنسين بعد الحرب الخليج عنها قبل الحرب (ت= ٠,٠٠١). وكانت الطالبات الجامعيات اشد العينات الكويتية معاناة من آثار صدمة الحرب بحيث كان يقترب قلقهن النفسي من حدود معايير المرضى النفسيين. واختلفت معدلات القلق النفسي بعد حرب الخليج باختلاف الشرائح الاجتماعية داخل المجتمع الكويتي، فانتشرت اعلى معدلات المعاناة منه بين المسنات، تليها طالبات الجامعة، فطلبة الثانوي، ثم طالبات الثانوي، فربات البيوت، ثم الموظفون، وطلبة الجامعة، وأخيراً الموظفون والمسنون. وازداد القلق جوهرياً لدى منخفضي الدخل بالمقارنة بمتوسطيه ومرتفعيه، كما ازداد لدى أفراد الأسر كبيرة العدد بالمقارنة بافراد الاسر قليلة العدد، ولدى غير المتزوجين عنه لدى المتزوجين، وكان المنفصلون والمطلقون والارامل اعلى قلقاً من المتزوجين والعزب. وكانت بالذكور من كل الأعمار، وكن اكثر لجوءاً للوالدة اكثر من الوالد على عكس الطلاب والموظفين الذين كانوا يلجأون للوالد أكثر من الوالدة. وكان النازحون خارج الكويت اشد قلقاً من المقيمين داخلها. وكانت معدلات القلق لدى من تعرض للقتل او شاهده اعلى جوهرياً ممن تعرض لحالات سرقة. في حين كانت معدلات القلق لدى من عانوا آثاراً سلبية قد لا يمحيها الزمان من ذاكرتهم وتتجسد في خوفهم وهلعهم بسبب عدم الامن، والاكتئاب وضعف الذاكرة والتشتيت، واخيراً كانت معدلات القلق النفسي اعلى جوهرياً لدى من تعرضوا للتعذيب عنها لدى ممن تعرضوا فقط للاسر، وكانت اعلى جوهرياً لدى من تعرض للقتل منها لدى من تعرض للاغتصاب او السرقة او الاسر، او الاغتصاب والاسر، او الاغتصاب والتعذيب.

وعلى الرغم من كبر حجم هذه الدراسة وتنوعها، فإنها لم تشتمل على بعض الشرائح الاجتماعية المهمة، كالاطفال، واصحاب المهن الحرة، وهذا ما عملت على تلافيه بعض الدراسات التالية. فقد اجرى عبد الفتاح القرشي (١٩٩٣) دراسة على اطفال المدارس الكويتيين (ن= ٦٠٠) من الجنسين، بهدف بحث العلاقة السببية بين الظروف الضاغطة ـ على حد قول الباحث نفسه ـ التي تعرض لها الاطفال الكويتيون بعد حرب الخليج، ومدى توافقهم الشخصي والاجتماعي، وبعد تطبيق مقاييس للتوافق العام والشخصي والاجتماعي، اشارت النتائج الى ان حرب الخليج كحادث صدمي، تركت آثاراً سلبية في كل من التوافق الشخصي والاجتماعي لدى الاناث بفارق جوهري بالمقارنة بالذكور من الاطفال. كما اشارت الى عدم وجود فروق بين الاطفال المقيمين بالكويت اثناء الحرب او النازحين منها. وقد تدهورت بعض سماتهم الشخصية كعدم الاعتماد على النفس، وتدني الاحساس بالقيمة، وضعف الشعور بالحرية، وتدني الشعور بالانتماء، والتحرر من الميل للانفراد، مع زيادة في الاعراض العصابية، وضعف في المهارات الاجتماعية مع ازدياد في الميل للافعال المدمرة المضادة للمجتمع، بالاضافة الى الشكوى من ضعف العلاقات مع الاسرة ومع زملاء المدرسة.

وفي دراسة اجراها «جاربانو» (Garbarino, 1991) على ٤٥ طفلاً من الجنسين، تراوحت اعمارهم بين ١٣،٥ سنة في احد احياء الكويت باستخدام اسلوب المقابلة، اقر ٦٢٪ من الاطفال بانهم تعرضوا لصدمات

نفسية نتيجة مشاهدة احداث العنف الوحشي والقتل، كما ذكر ٥٠٪ من العينة انهم تعرضوا لأحلام مزعجة، ويعانون من الشعور بالخوف، والبكاء، مع عدم الانتظام في النوم، رسومهم معبرة عن اضطراباتهم النفسية والتأثير السلبي لصدمة الحرب عليهم.

ومن الدراسات الهامة في هذا المجال، تلك الدراسة التي اجراها **(عبد المتعال (صلاح، وآخرون، ١٩٩١)**، بهدف الكشف عن المشكلات النفسية الاجتماعية التالية لصدمة حرب الخليج لدى بعض طلاب الكويت من الجنسين (ن= ٣١٩)، كانوا جميعاً بالمدارس الاعدادية (المتوسطة) والثانوية بالقاهرة (في ذلك الوقت)، بالاضافة الى عينة عددها ١٦ طالبة جامعية، مع استطلاع آراء عينة من النظار والوكلاء والمدرسين الأوائل والموجهين (ن= ٧٠) مستخدمين مقابلة مقننة تتكون من ثلاثين بنداً يتناول كل منها مشكلة نفسية محددة من المشكلات والاضطرابات السلوكية التي تغطى ثلاث فترات زمنية، ما قبل الحرب، واثناءها وتوقعات الطلاب للمستقبل بعد ان تضع الحرب اوزارها. وانتهت الدراسة الى ان اهم الاثار النفسية السلبية التي اقر الطلاب بالمعاناة منها في الفترات الثلاث، الخوف الشديد، والتوتر العصبي والشد، والقلق، والمخاوف من المستقبل، وعدم الامان، وبعض اعراض الاكتئاب الاستجابي، كالشعور بالحزن، والرغبة في البكاء، واضطراب النوم، والاحساس بالضياع. وكانت مستويات القلق وفقد الشهية، والشعور بالتشاؤم اعلى جوهرياً لدى الطالبات منها لدى الطلاب وكانت توقعات الطالبات السلبية نحو المستقبل والمعاناة منها على المستوى الفكري، وعدم الشعور بالامان، والشعور بالوحدة النفسية، وهبوط المهمة في العمل والدراسة، والاحساس بجرح المشاعر بسهولة، كانت جميعها اشد جوهرياً لدى الطالبات منها لدى الطلاب.

اما دراسة **(زين العابدين درويش، ١٩٩٢)** عن اثر صدمة حرب الخليج على الحالة النفسية للشباب الكويتي من الجنسيين (ن= ٣١٩)، فقد اشارت الى ان: (١) الاضطرابات العصابية احتلت مكان الصدارة في قائمة الاضطرابات النفسية التى عانى منها ما يقرب من ٦٠٪ من افراد العينة من الجنسين. (٢) كما عانى ما يزيد على ٥٦٪ من افراد العينة من اعراض الاكتئاب الاستجابي. (٣) كما اظهرت الدراسة اختلال التوافق النفسي الاجتماعي لدى افراد العينة، متمثلاً في تناقض المشاعر بين الحب والكراهية، والرغبة في اعتزال الآخرين، واللامبالاة بأي شيء. (٤) تأثرت بعض الجوانب العقلية سلبياً بصدمة الحرب، حيث كشف ٤٣٪ عن ضعف في تركيز الانتباه. (٥) واخيراً كانت الطالبات أشد اضطراباً نفسياً بشكل جوهري من الطلاب.

وأشارت دراسة **(راشد السهل، ١٩٩٢)**، التي اجراها على عينة من الاطفال الكويتيين (ن= ٤٢٨) بمدارس الروضة والابتدائي من جميع المناطق التعليمية باستخدام استبانة وجهت الى اولياء الامور، لتقدير بعض المظاهر النفسية والاجتماعية والجسمية لدى اطفالهم قبل الحرب وبعدها.. فأشارت الدراسة الى: (١) انهم يعانون من اضطرابات النوم، حيث كانت نسبة الفزع الليلي والافراط في الحركة والاحلام المزعجة ٢٢,٢٪ قبل الحرب وارتفعت الى ٤٧,١٪ بعدها، بحيث كانت الفروق عند ٠,٠٠١ (٢) وكانت نسبة الاضطرابات الانفعالية قبل الحرب ٣٠,٩٪ في حين ارتفعت بعد الحرب الى ٥١,٧٪ (دالة عند ٠,٠١) وارتفعت نسبة المعاناة من المخاوف المرضية قبل الحرب من ١٧,٩٪ الى ٣٨,٦٪ بعدها (دالة عند ٠,٠١) وارتفعت نسبة الاتجاهات العدائية والعدوان من ١٣,١٪ قبل الحرب الى ٢٥,٨٪ بعدها (دالة عند ٠,٠٥).

وايدت الدراسات التي اجراها **عويد سلطان**

(المشعان، ١٩٩٣) وخضر (بارون، ١٩٩٣)، واحمد عبد الخالق (١٩٩٣)، واميرة الديب (١٩٩٢، ١٩٩٣)، ومصطفى تركي (١٩٩٣، ١٩٩٤)، وبشير الرشيدي (١٩٩٢ ـ ٢٠٠٠) كل النتائج السابقة، على الرغم من ان دراساتهم اجريت جميعاً على المراهقين والشباب والراشدين من الجنسين.

وفيما يتصل بحروب العرب مع اسرائيل، اجرى كافمان Kaffman واليزور Elizur (١٩٨٤) دراستهما على ٢٢ طفلاً اسرائيلياً عادياً، تتراوح اعمارهم بين سنتين وعشر سنوات، فقدوا آباءهم في حرب اكتوبر ١٩٧٣، او في حرب يوم الغفران[1]. وانتهت النتائج الى تنوع استجابات الحزن لديهم، حيث تشمل الأسى والحزن والصراخ والتشوق للاب، وعدم تصديق خبر الوفاة، وتوقع عودة الاب، والبحث عن اب بديل، وزيادة الاعتماد على الام. كما ظهر لديهم كثير من المخاوف، كالخوف من الوحدة، والظلام، والحرب، والقتل، بالاضافة الى القلق، وصعوبة التركيز، وفرط الآخرين. واظهر كبار الاطفال كثيراً من السلوك العدواني، والتمرد، والعصيان، وثورات الغضب، والشعور بالنقص.

واشارت دراسة بونامكي Punamaki (١٩٨٢) التي اجراها على ١٢٨ طفلاً اسرائيلياً في مقابل ١٢٨ طفلاً فلسطينياً من الضفة الغربية، الى ان الفلسطينيين يعانون من خبرات مؤلمة، وصراعات، ومخاوف اكثر جوهرياً من الاسرائيليين. واتسمت نظرتهم بتأكيد الخبرات الايجابية الايديولوجية للحرب، بينما اتخذ الاطفال الاسرائيليون موقفاً واقعياً واقل رومانسية. وظهرت الدرجة نفسها من العدوان لدى كلتا المجموعتين. كما اشارت الدراسة الى ان الاطفال الفلسطينيين كان لديهم تفضيل نحو المعارك مع اسرائيل، ويبدون اندماجاً شخصياً عميقاً، ورغبة جياشة في اداء ادوار بطولية في الصراع الفلسطيني الاسرائيلي، مما يؤكد اهمية العوامل الاعتقادية والايديولوجية في تشكيل ادراكات الاطفال للحروب والاحداث الصدمية المثيرة للمشقة، وكيفية الاستجابة لها.

وأجرى ملجرام وملجرام Milgram and Milgrame (١٩٧٦) دراسة عن آثار حرب اكتوبر ١٩٧٣ على ٨٥ طفلاً اسرائيلياً بالصفين الخامس والسادس، بواقع ٤٢ طفلاً، و٤٣ طفلة. وانتهيا الى ان درجات القلق بعد الحرب زادت الى ضعف عما كانت عليه قبل الحرب، وان مستوى القلق قد ارتفع لدى الاطفال الذكور جوهرياً بالمقارنة بنظيره لدى الاناث، كما وجدا تأثيراً للتفاعل بين متغير القلق وكل من الجنس والمستوى الاقتصادي الاجتماعي.

ومن امثلة الدراسات التتبعية التى حاولت الوقوف على استمرار الآثار السلبية النفسية للحرب على الاطفال الاسرائيليين، تلك الدراسة التي اجراها اليزور وكافمان (١٩٨٢) على عينة قوامها ٢٥ طفلاً اسرائيلياً، منهم ١٧ طفلاً، و٨ طفلات، تراوحت اعمارهم بين سنة وعشر سنوات، ممن فقدوا آباءهم في حرب اكتوبر ١٩٧٣. واظهرت النتائج ان ٤٥٪ منهم بغض النظر عن الجنس يعانون من آثار نفسية سلبية، ومشكلات سلوكية، اثرت على توافقهم الاسرى والمدرسي، ويحتاجون الى رعاية نفسية، وذلك حين تمت دراستهم بعد فقد الوالد مباشرة. وتم تتبع هذه الحالات بعد سنة ونصف السنة، ثم بعد ثلاث سنوات من الوفاة، كما تمت مقابلة الامهات والمدرسين، واشارت نتائج المتابعة الى وجود زيادة جوهرية في السلوك العدواني، وعدم الاستقرار كما اظهرت تحسناً ملحوظاً في العامين الثالث والرابع بعد الوفاة في الحالة النفسية لغالبية الاطفال، فقد حدث تناقض في تكرار الاعراض الكلينيكية وشدتها وكمها، وحدث تحكم في الانفعالات، وزيادة في تحمل المسؤولية للقيام ببعض الادوار التي كان يقوم بها الاب، ومع ذلك فان مظاهر الاعتمادية الزائدة ظل يتسم بها حوالي ثلثي افراد العينة، كما ظل حوالي ثلث افراد العينة يعانون من

القصور الانفعالي والتبلد.

وكشفت رسوم الاطفال الاسرائيليين في دراسة شوارتز Schwartz (١٩٨٢) التي اجراها على مجموعات من الاطفال الاسرائيليين الذين كانوا يعيشون في مناطق تتعرض لقصفها بالصواريخ السورية في حرب اكتوبر ١٩٧٣، عن تعبيرات للخوف والقلق الحاد. كما اظهرت فروقاً فيما تعبر عنه رسوم هؤلاء الاطفال في اوقات السلم واوقات الحرب.

واجرى بعض الباحثين (Chimienti, Nasr and Khalifeh, 1989) دراسة تتعلق بحرب لبنان مع اسرائيل، على عينة من الاطفال اللبنانيين (ن= ١٠٣٩ طفلاً)، تراوحت اعمارهم بين ٣ و٩ سنوات. واظهرت ان الاطفال اللبنانيين الذين تعرضوا لخبرات صدمية مؤلمة، تتمثل في موت احد افراد الاسرة او تهدم منازلهم، او نزوحهم للعيش مع اسرة اخرى، قد كشفوا عن اعراض للشد العصبي والتوتر والنكوص والعدوان وبعض مظاهر الاكتئاب بشكل جوهري عن مجموعة الاطفال الذين لم يتعرضوا لمثل هذه الخبرات.

واشارت دراسة كيرتز Kurtz (١٩٨٩) التى اجريت على الاسرائيليين الذين نجوا من معسكرات الاعتقال النازية، الى انهم يعانون من اعراض معسكرات الاعتقال، كالقلق الحاد ومظاهر الاكتئاب والضجر، واضطرابات النوم والكوابيس والفزع الليلي، وصعوبات في العلاقات الاجتماعية، كما يعاني ابناؤهم من مشاعر العدوان والاحساس بالذنب. وتشير المشاهدات العيادية التي اوردها كريل Krell (١٩٩٠) الى انه لاحظ على مدى عشرين عاماً من ممارساته العيادية، حالات من ابناء الاسرى في المانيا، تظهر عليهم مظاهر الاكتئاب والانهيار النفسي او غيرها من الاعراض التي لها ارتباط بخبرات الاسر التي تعرض لها آباؤهم.

واظهرت دراسة موليكا وآخرون Molika et als (١٩٩٢)، ان الصدمات العنيفة، والازمات، والضغوط النفسية، والخبرات والمواقف المؤلمة التي يعاصرها الشباب والراشدين من الجنسين قد تؤدي الى ارتفاع في اضطرابات الشخصية. كما اشارت دراسة هنت Hunt (١٩٨٨) الى ان الاناث كان اشد تعرضاً للاكتئاب الاستجابي من الذكور. وكشفت دراسة لوكوود Lockwood (١٩٨٦) عن ان الاناث كن اكثر تعرضاً لاضطرابات الشخصية من الذكور كرد فعل لظروف الحرب التي دارت بين اسرائيل ولبنان، وهذا ما ايدته دراسات كل من زين العابدين درويش (١٩٩٢) وراشد السهل (١٩٩٢)، وعويد سلطان المشعان (١٩٩٣) ومصطفى تركي (١٩٩٣، ١٩٩٤) على الشباب الكويتيين من الجنسيين.

كما اكدت بعض الدراسات ان عنف الحرب اللبنانية وديمومتها الطويلة كان وراء تفشى (عصاب الحرب) وتسمياته العديدة من مدرسة الى اخرى. ولذا تشير احدى الدراسات (Pelicier and Assaf, 1989) الى ان نسبة الاصابة بهذا العصاب قد بلغت ٨٤٪ لدى المدنيين، و٦٤٪ لدى المحاربين. كما اكدت دراسات اخرى مدى انتشار العصاب والقلق وكل اضطرابات ما بعد الصدمة بسبب صدمة الحرب الاهلية في لبنان، والحرب بين لبنان واسرائيل واهمها دراسات جليل شكور، ومحمد النابلسي، ونشأت صبوح، ١٩٩١) حيث جميعها اشارت الى ان نسبة العصاب كانت ٧٠٪، ووصلت هذه النسبة في دراسة بيليسيه وعساف (١٩٨٩) الى ٧٤٪، اما دراسة موسونج Mussong والنابلسي (١٩٨٩) قد اشارت الى انها ٧٨٪، وفي دراسة النابلسي (١٩٩٠) وصلت هذه النسبة الى ٨٦٪.

واخيراً اشارت دراسة الصايغ Saigh (١٩٨٤) التي اجراها على عينة لبنانية مكونة من ٣٨ فرداً من الصامدين في مقابل ٥٠ فرداً من النازحين الشباب الى الضواحي بعيداً عن الحرب، الى انه لا توجد فروق جوهرية بين درجات اللبنانيين النازحين الى اماكن اشد

أمناً والصامدين منهم، في كل من مظاهر القلق والاكتئاب والشطط والاندفاعية والعصابية، لان الكارثة اثرت على الجميع، بينما وجدت فروق جوهرية بينهما في اضطرابات النوم وتبلد المشاعر والعواطف.

(٤) الدراسات الوبائية والكلينيكية للاغتصاب وانواع متفرقة من الاحداث الصدمية:

لقد اخترنا الاغتصاب[١] كحادث صدمي، لأن هذه الظاهرة المرضية الشاذة، اصبحت تقف على قدم وساق مع الاحداث الصدمية السابق الاشارة اليها في الفقرات السابقة، كالكوارث الطبيعية والصناعية، والحروب، واصبحت دول كبرى كامريكا تعاني منها وتشكو مر الشكوى، من صعوبة مواجهتها. ولا ادل على ذلك من ان بعض الباحثين (Enda foa and David Riggs, 1994, p. 133) قد اشاروا الى ان «نتائج الدراسات الوبائية[٢] قد اظهرت ان الاغتصاب اصبح يمثل مشكلة خطيرة في مجتمعهم الامريكي»... وعلى الرغم من انه يقع لكلا الجنسين، فان الدراسات التي تناولت ضحايا للاغتصاب من الذكور تكاد تكون منعدمة»، ولذا فان كل ما سنعرضه في هذه الفقرة من دراسات سيكون على عينات من الاناث. وهناك حقيقة اخرى مؤداها ان كثيرات من المغتصبات لا تقمن بتبليغ الشرطة، خاصة في المجتمعات العربية والاسلامية، خوفاً من الفضائح والشماتة واطفاءً لنار العار، او خوفاً من اضطهاد المعتدى لها اذا هرب من يد الشرطة وهذا ما قرره كيلباتريك واخرون Kilpatrick et al (١٩٨٩)، ولذا فإن النسبة المئوية للحدوث الفعلي لحوادث الاغتصاب تزيد كثيراً عن النسب المئوية للاقرار به وانتشاره. عموماً تشير الدراسات الاوروبية والامريكية الى ان هذه المظاهر تشيع بنسبة تتراوح بين ١٣ ـ ١٩٪، وان عدد مرات الاغتصاب المبلغ عنها تقل من ثلاثة الى عشرة اضعاف وقوع حوادث الاغتصاب. وقررت نتائج صادرة عن مركز الضحايا الوطني[١] ومركز بحوث وعلاج ضحايا الجرائم[٢] (١٩٩٢)، وفقاً لدراسة اجرياها على عينة عشوائية ضخمة على المستوى الوطني في امريكا، ان ١٢,٩٪ من النساء في العينة (اي حوالي ١٢ مليون سيدة) قد اغتصبن مرة في حياتهن على الاقل، وان ٦٨٣,٠٠٠ سيدة قد تم اغتصابهن خلال عام ١٩٩١، وان ١٥,٤٪ من طالبات الجامعات قد تعرضن للاغتصاب (Koss et al., 1987). الخلاصة ان الاغتصاب حدث صدمي تترتب عليه اضطرابات نفسية قد تحتاج للتدخل العلاجي ولذا سنعرض فيما يلي لبعض دراساته.

من الدراسات العربية في هذا المجال ما قام به توفيق عبد المنعم (توفيق، ١٩٩٤) من فحص للعوامل الشخصية المسؤولة عن الميل للاغتصاب، وكذلك العوامل الاجتماعية ودورها في تكوين الاستعداد للاغتصاب، بالاضافة الى التعرف على طبيعة العلاقة بين الادمان على الخمور والمخدرات والميل للاغتصاب، وطبيعة الاختلاف بين ذوى الدرجات المرتفعة على الميل للاغتصاب من غير المغتصبين وبين من صدر عنهم هذا السلوك في متغيرات الميل للاغتصاب. واشارت نتائج الدراسة التي اجراها على ٤٠ من المغتصبين في مقابل ٥٠ من الطبيعيين، الى ان المغتصبين يتسمون بمزيد من العصابية والاستعداد للمرض العقلي (الذهانية) والارتفاع في الانبساطية، ويتعاطون المسكرات بكثرة، ولديهم ميول عدوانية ويتسمون بالعنف، وقد تيسر العوامل الاجتماعية (البيئية) من تطور هذا الميل او تعوّق تطوره، فالأمر يتوقف على القدوة وتربية الضمير والاعلاء من شأن القيم الاخلاقية والاجتماعية.

اما الدراسات التي ربطت بين جريمة الاغتصاب كواحدة من جرائم العنف والاعتداء الجنسي واضطراب ما بعد الصدمة، فكلها دراسات اجنبية، وقد رصدت هذه الدراسات وجود آثار نفسية سيئة

بعد حدوث جريمة الاغتصاب قد تمتد لسنوات طويلة (راجع مثلا: Resick, 1990) وكشفت بعض الدراسات عن ان الخوف والهلع الشديد من المواقف المتصلة بحدوث الاغتصاب وكذلك القلق الشامل، يمثلان اشد الاضطرابات النفسية التي تنجم عن حدوث هذه الجريمة وتستمر هذه الآثار لما يزيد على ستة عشر عاماً (Foa and Riggs, 1994, P. 134). واقرت كثيرات من المغتصبات بانهن يعانين من اعراض الاكتئاب الشديد، ولكن معاناتهن من القلق تكون اشد واكثر استمراراً (Ibid)، كما اقررن بالمعاناة الشديدة من اختلاط في الذاكرة، وتشوش في الوعي، وفي التفكير، وفتور في المهمة والنشاط، وخدر في الاحساس، وشعور مستمر بالتهديد والخوف من العالم وعدم السيطرة عليه، واستمرار تذكر الصور الذهنية للاعتداء والعنف الوحشي (Resick, 1987).

ولأن هناك زملة من الاضطرابات والاعراض النفسية تنجم عن جريمة الاغتصاب، فقد حاولت بعض الدراسات الوقوف على مدى انتشار هذه الزملة من الاعراض المرضية لدى ضحايا الاغتصاب. فقد تبين من خلال عينة ممثلة للنساء في مقاطعة شارلستون Charleston بجنوب ولاية كارولينا، ان ٥٧٪ من ضحايا الاغتصاب تنطبق عليهن جميع محكات تشخيص اضطرابات ما بعد الصدمة؛ اي بعد حدوث الاعتداء عليهن، وان اكثر من ١٦٪ ظهرت عليهن اضطرابات ما بعد الصدمة اثناء اجراء الفحوص والتقدير النفسي عليهن، وكان قد مرَّ على خبرة الاغتصاب لديهن ١٧ عاماً (Kilpatrick et al, 1987).

وقد اكتشفت معدلات اقل لانتشار اضطرابات ما بعد صدمة الاغتصاب في العينة الوطنية على مستوى الولايات المتحدة الامريكية، فقد اقر ٣١٪ من الضحايا فقط بانهن تعانين من اضطرابات ما بعد الصدمة، وعانت ١١٪ منهن فقط من هذه الاضطرابات اثناء اجراء عمليات الفحص والتقويم النفسي National vicitime center and crime vicitims research and treatment center, 1992). ويبدو ان هذه الزملة من الاضطرابات النفسية تكون اكثر انتشاراً لدى الضحايا اللائي قمن بتبليغ الحادث الصدمى للشرطة ورجال الامن، فقد كانت نسبة من تعانين من اضطرابات ما بعد الصدمة بينهن ٧٠٪، ولدى من طلبن الخدمة النفسية المتخصصة والمساندة النفسية الاجتماعية ٦١٪ (Bownes, et al., 1991).

ومن الدراسات الطولية[1] التتبعية في هذا المجال، تلك الدراسة التي اجرتها «اندافوا وزملاؤها Enda Foa, et al (١٩٩٢) على ٦٥ من الضحايا من السيدات اللائي بلغن رجال الامن بالاعتداء عليهن، بحيث كان يتم فحصهن اسبوعياً ولمدة ثلاثة شهور للوقوف على مدى انتشار المعاناة من اضطرابات ما بعد الصدمة لديهن (Rothbaum et al., 1992). وتبين ان ٩٤٪ من حجم العينة انطبقت عليهن جميع محكات تشخيص اضطراب ما بعد مرور اسبوعين على الاعتداء الجنسي عليهن، في حين انطبقت هذه المحكات التشخيصية على ٦٥٪ منهن بعد مرور خمسة اسابيع على الاعتداء عليهن، وأخيراً انطبقت هذه المحكات على ٤٧٪ فقط بعد مرور ثلاثة اشهر على الاعتداء عليهن، مما يعنى ان هذه الاضطرابات النفسية تستمر المعاناة منها بعد وقوع الصدمة فترات زمنية طويلة، مما يجعل هؤلاء الضحايا في حاجة للاسعاف والعلاج النفسي، وهذا ما تفتقده بكل معنى الكلمة في بلادنا مصر. ولذا فان تصور كاتب هذه السطور ان اضطرابات ما بعد الصدمة تنتشر بين شرائح المجتمع المصري كلها، وتزداد حدوثها مع ازدياد معدلات الجرائم والعنف والارهاب والكوارث الطبيعية والصناعية والتي من صنع الانسان، ولذا فالامر يحتاج لدراسات متعمقة ودقيقة، وانشاء مراكز لعلاج عصاب الصدمات.

وفي مجال الطلاق كحدث صدمي اجتماعي، أجرى **بشير الرشيدي** (١٩٩٥) دراسة على ٢٠٠ مبحوث من الجنسين كلهم من المطلقين والمطلقات، تبدأ اعمارهم من ٢٥ سنة فاكثر. وتبين ان ٦٧٪ الى ٩٢٪ من الذكور في مقابل ٧٩٪ الى ٩٠٪ من الاناث يعانون من الاضطرابات المعرفية والسلوكية، كما تبين ان ٦٠٪ الى ٩٢٪ من الذكور في مقابل ٦٩٪ الى ٩٢٪ من الاناث يعانون من الاضطرابات الانفعالية، كالمخاوف المرضية، والتشاؤم، وفقدان الشعور بالبهجة، وكل مظاهر الاكتئاب، ونوبات الغضب الشديدة الانفعالية، كالمخاوف المرضية، والتشاؤم، وفقدان الشعور بالبهجة، وكل مظاهر الاكتئاب، ونوبات الغضب الشديدة المتكررة. كما اظهرت الدراسة ان ٦٥٪ الى ٩٠٪ من الذكور في مقابل ٦٨٪ الى ٨٠٪ من الاناث يعانون من الاضطرابات الجسمية، كنقص الوزن، وضعف الهمة، والشعور بالالم في اجزاء مختلفة من الجسم.

وعن التأثير النفسي السلبي طويل المدى الناتج عن حادث حافلة مميت وقع عام ١٩٨٨، قام «داجفين وينج Dagfinn Winje» بفحص ومتابعة الاضطرابات النفسية لدى ٣٦ عن آباء وامهات الاطفال وتلاميذ المدارس الذين كانت تنقلهم هذه الحافلة بعد عام من وقوع الحادث - اي في عام ١٩٨٩، ثم بعد ثلاثة اعوام - اي عام ١٩٩١، ثم بعد خمسة اعوام - اي في عام ١٩٩٣، للوقوف على تطور اضطرابات ما بعد الصدمة لديهم كاعراض مزمنة، وما نجم عن هذا الحادث الصدمى من اضطرابات مع مرور كل هذه السنين وذلك باستخدام مقياس اثر الحادث الصدمي[1]، والكشف عن اعراض الكرب النفسي العام، وذلك كله في علاقته بنمط الحادث الصدمي (فقد - عدم فقد)، والتاريخ السابق على التعرض للصدمات. واظهرت الدراسة ان تكرار الذكريات المؤلمة قد نقص لدى ٤٤٪ من افراد العينة من عام ١٩٨٩ - ١٩٩٣، وان ٤٧,٢٪ منهم لم تتغير شدة هذا العرض لديهم، وان ٨,٣٪ زادت حدة هذا العرض لديهم مع مرور الوقت حتى عام ١٩٩٣. وفيما يتصل بتجنب الصور والمواقف والاحاديث والذكريات والاشخاص الذين يذكرونهم بهذا الحادث الصدمي، تبين ان ٥٢,٨٪ نقص لديهم حدة هذا العرض التالي للصدمة بعد مرور خمسة اعوام، ولكن هذه الحدة لم تتغير لمؤشر لدى ٣٣,٣٪ من افراد العينة، وازدادت حدة هذا العرض مع مرور الوقت ١٣,٩٪ منهم. وبالنسبة لمؤشر حدة العرض العامة، تبين ان ٢٧,٨٪ منهم قد تناقصت لديهم حدة العرض، في حين لم تتغير لدى ٥٨,٣٪ وزادت لدى ١٣,٩٪ منهم. اما التغيرات في مستوى اضطرابات ما بعد الصدمة وفقا للمشاهدة العيادية لافراد العينة، فقد تبين حدوث تحسن في سلوك التجنب لدى ٥٢,٨٪، في حين حدث تحسن في اجترار الذكريات لدى ٤٤,٤٪، وحدث تحسن عام في جميع الاضطرابات لدى ٢٧,٨٪ فقط واختفت الارتباطات بين نوع الحدث الصدمي والاضطرابات التالية للصدمة، ولم يكن هناك اي تأثير للتاريخ الصدمي السابق قبل الحادث على تطور هذه الاضطرابات او تحسنها.

وفي اطار العلاقات الشخصية الاجتماعية المتبادلة بين مرضي اضطرابات ما بعد الصدمة والقائمين على رعايتهم بالمستشفيات والعنابر المخصصة لهم، اجرى ثلاثة باحثين (J.C. Beckham, B.L. Leytes, M Feldman, 1996) دراسة على ٥٨ من القائمين على رعاية مجموعة من مرضي اضطرابات ما بعد الصدمة الذين شاركوا طويلاً في حرب امريكا مع فيتنام. وحاولت الدراسة فحص العلاقة بين العبء والمشقة التي يعاني منها القائمون على الرعاية واضطرابات ما بعد الصدمة لدى المرضى المحاربين، مرتان بفاصل زمني مدته ثمانية شهور. وتبين وجود ارتباط مرتفع بين شدة المعاناة من عبء خدمة المرضى لدى القائمين على

رعايتهم وعدم تحسن اضطرابات ما بعد الصدمة لدى المرضى المحاربين القدماء. وتبين وجود ارتباطات ايجابية مرتفعة بين عراض اضطرابات ما بعد الصدمة لدى المحاربين ومعاناة القائمين على رعايته من القلق، والشعور بالانهاك، والكرب النفسي، والانهباط، كل منها على حدة، من جراء شدة العبء الواقع عليهم.

وبعد هذا العرض الطويل والمتنوع للدراسات السابقة في هذا المجال الحديث الى حد كبير، نخلص الى الاتي:

(١) تتباين اضطرابات ما بعد الصدمة بتباين نوع الحدث الصدمي، كما يتوقف طول فترة المعاناة من هذه الاضطرابات النفسية على عوامل عديدة تدور حول ثلاثة محاور، هي العوامل الشخصية والديموجرافية، والعوامل النفسية الاجتماعية التي تجسد العلاقات المتبادلة بين الفرد والاخرين في سياق او موقف اجتماعي محدد، وخصائص الحدث الصدمي ذاته بالاضافة الى نوعه.

(٢) هناك فروق بين الافراد في الاستجابة للحدث الصدمي، وفروق داخل الفرد نفسه عبر طول الفترة الزمنية للمعاناة منه.

(٣) تؤدي المتغيرات العرقية الثقافية دوراً كبيراً في تشكيل استجابات الافراد للحدث الصدمي، بحيث تختلف الاضطرابات النفسية الناجمة عن الصدمات من شعب الى اخر ومن دولة الى اخرى، كما تؤدي الثقافات الفرعية داخل الدولة او المجتمع الواحد دورا ضخما في تشكيل هذه الاستجابات بحيث نتوقع ان تختلف اضطرابات ما بعد الصدمة لدى ابناء الوجه البحري عن ابناء الوجه القبلي، وتختلف لدى هؤلاء جميعاً عن ابناء السواحل، وتختلف لدى هؤلاء واولئك برمتهم عن ابناء الصحاري وهكذا، مع مراعاة تثبيت كل المتغيرات الاخرى. كما تختلف هذه الاستجابات باختلاف الامم والشعوب والدول.

(٤) دارت معظم الدراسات حول الحروب كحدث صدمي، يليها الكوارث الطبيعية، فالكوارث التي من صنع الانسان، ثم اخيراً بقية انواع الاحداث الصدمية الاخرى، ولذا توجد ثغرات كبيرة لابد من سدها في هذا المجال.

(٥) على الرغم من الماضي الطويل والتاريخ القصير لظهور هذه الفئة التشخيصية في مراجع تصنيف الامراض النفسية، وعلى الرغم من انه قد اجرى عليها الاف الدراسات في اوروبا وامريكا، وظهر عشرات الكتب عنها، فانه انعدمت الدراسات الوبائية والكلينيكية المصرية فيها، ولذا سيحاول كاتب هذه السطور ان ينشغل في السنوات التالية بانجاز هذا المشروع البحثي في مصر.

(٦) ترتب على ظهور هذا الكم الهائل من الدراسات الاجنبية، ظهور مجموعة من النظريات والنماذج النظرية التي تقدم معالجة وتفسيراً لمنشأ هذا الاضطراب وتطوره، تنطلق معظمها من نموذج معالجة المعلومات بسبب ما تؤديه عمليات تشويه المعارف والادراكات من دور في تشكيل معاناة المرضى من اضطراباتهم النفسية. كما ترتب على ذلك ظهور مجموعة من العلاجات النفسية والطبية فضلاً عن طرق الارشاد النفسي التي يتم ممارستها داخل عيادات ومراكز علاجية تسمى مراكز علاج اضطرابات ما بعد الصدمة، تم انشاؤها في معظم دول العالم لتحقيق هذا الهدف، ومن ثم فقط تجسد تماماً في هذه البلاد نموذج العالم/ المهني في علم النفس الاكلينيكي، الامر الذي لم يتجسد ـ للاسف ـ لدينا في مصر حتى الان.

(٧) اصبحت الحوادث وجرائم العنف بصفة عامة والاغتصاب بصفة خاصة، تمثل مصدراً يفوق في قوته الحروب والكوارث الطبيعية، في احداث الآثار والاضطرابات النفسية لدمى المصدومين، لان جرائم العنف لا تتسبب في حدوث اية آثار ايجابية، بينما ظهر ان الحرب والكوارث الطبيعية قد تسبب بعض الآثار الايجابية، كالمروءة واحياء الضمية، والتعاون،

ورفع معدلات قيم الانتماء، ونجدة الآخرين، والدفاع عن التراب الوطني، واغاثة الملهوف، واعاشة الآخرين، والتبرع بالمال والنفس.

(٨) تبين ان معظم الدراسات السابقة الا قليلاً قد شابها بعض الاخطاء المنهجية، اهمها:

أ ـ انها جميعاً لم تنطلق من خط اساس[١] سابق على وقوع الحدث الصدمى حتى يمكن ان يكون معياراً للمقارنة، ولم تستخدم اساليب منهجية لجمع بيانات لتاريخ حالات المصدومين قبل وقوع الحدث الصدمى، مما جعل هذه الدراسات فاقدة للصدق الداخلي.

ب ـ لم تستخدم معظم الدراسات السابقة، مجموعة ضابطة (من غير المصدومين) لتستقيم لها مقارناتها، وهذا خطأ منهجي آخر يفقدها الصدق الداخلي ايضاً، بالاضافة الى كونه خطأ منهجي فادح.

ج ـ استخدمت معظم الدراسات عينات صغيرة العدد نسبياً، مما لا يتيح الفرصة للتعميم او تكوين تصور نظري محدد لتفسير آثار الاحداث الصدمية على النفوس، وهذا يقلل من قيمة الصدق الخارجي لمثل هذه الدراسات. كما انه كانت هناك ندرة شديدة في الدراسات الوبائية والدراسات التتبعية عالمياً، كما انعدمت هذه الدراسات تماماً على مستوى مصر والعالم العربي.

د ـ وقعت بعض الدراسات التي اجريت على الحروب ـ كحدث صدمى ـ في خطأ نوعي مفاده، انها جميعاً قد جمعت بياناتها بعد ان وضعت الحرب اوزارها مباشرة ـ او حتى اثناءها ـ وهذه فترات تكون مشحونة بالغضب والارجاع الحزينة والانفعالات الحادة والمضطربة، والتي من المحتمل ان تتلاشى بعد فترة قصيرة من انتهاء الحدث الصدمي، ومن ثم نكون قد جمعنا بيانات عن ظاهرة مرضية لا وجود لها. ومن ثم ننادي باجراء الدراسات التتبعية المتأنية المضبوطة منهجياً.

هـ ـ معظم هذه الدراسات لم تستخدم الاساليب المنهجية والاحصائية الملائمة لضبط تأثير بعض المتغيرات الشخصية والديموجرافية والعرقية والثقافية، كالجنس والجنسية والعمر والمستوى التعليمي والتاريخ المرضي والتاريخ الصدمي السابقين وعوامل الاستهداف حتى يمكن الوقوف بدقة على التأثير الأساسي للأحداث الصدمية، كل منها على حدة.

نخلص من كل ما سبق الى اننا الآن في حاجة ملحة لاجراء هذا المشروع البحثي في مصر لسد كثير من الثغرات على المستوى العلمي النظري، وعلى المستوى المنهجي، وعلى المستوى العلمي والتطبيقي المهني، مع مراعاة تجنب الوقوع فيما وقعت فيه الدراسات السابقة من اخطاء ما امكن، لان الكمال لله وحده.

تصور علمي لخطة لإجراء دراسات مصرية او عربية في هذا المجال البحثي

تعريف المفاهيم والاحاطة بها:

١ ـ الاضطرابات النفسية التالية للصدمة أو الناجمة عنها:

هي عبارة عن: «مجموعة المظاهر او الاعراض البارزة او الاضطرابات النفسية ـ كالخوف والهلع والقلق والشد والتوتر الشديد والاكتئاب والانهيار وضعف التركيز وضعف الذاكرة والتشتيت ـ التي تعقب فشل الفرد في مواجهة متطلبات الحدث الصدمي، من خلال الانواع العادية للسلوك المتاح لديه، وبصفة خاصة في غياب المساندة النفسية الاجتماعية، مما يشعره بالعجز عن مواجهة الحدث الصدمي، ومن ثم الانهيار امامه» (القرشى، ١٩٩٣، Pynoos, 1994, p. 8).

ويطلق عليها بعض الباحثين مسمى «الآثار النفسية السلبية»[1]، وهي - في نظر هذا البعض - تشير - بوجه عام - الى نتائج[2] غير مرغوبة، وعواقب[3] غير مفضلة، او حصيلة ينجم عنها اعراض نفسية مرضية محددة. وهي تسمى في مجالات علم النفس المرضي والطب النفسي والطب العصبي، بالآثار الجانبية المعاكسة[4]، كتلك الناجمة عن استخدام علاجات كيميائية او عقاقير مهدئة او مهبطة او منومة مثلاً، والتي تنعكس على الحالة النفسية او الجهاز العصبي او الغدد الصماء او الجهاز العضلي وغير ذلك». (احمد عبد الخالق، ١٩٩٣، ص ١٥٦؛ Davidson, 1990; Corsini, 1994, V3). ولكننا نميل علمياً لاستخدام التعريف الاول عن الثاني، لان الاول يرتبط بالحدث الصدمي دون سواه، بينما يرتبط الثاني بالحدث المثير للمشقة النفسية[5]، وهو الحدث الذي يمكن التعايش معه ومواجهته بقدرات الفرد ومهاراته العادية دون اية حاجة من جانبه لطلب المساندة الاجتماعية، وهو في الغالب لا يسبب اضطرابات نفسية تحتاج لتدخل علاجي، وانما يسبب بعض الآثار النفسية السلبية المؤقتة التي ربما تزول مع مرور الوقت. كما ان التعريف الاول لا تختلط آثاره مع الآثار الجانبية للادوية او الادمان او تعاطي المسكرات او شربها. اذن ما يلائم الحدث الصدمي هو مفهوم الاضطرابات والاعراض والملامح والمظاهر المرضية، وما يلائم الحدث المثير للمشقة النفسية هو مفهوم الآثار النفسية السلبية والمشكلات النفسية الاجتماعية.

٢ ـ الحدث الصدمي:

أي ظرف حاد، مفاجئ شديد، يمثل طبيعياً أو اجتماعياً او تكنولوجيا او من صنع الانسات، لا تكفي قدرات الفرد ومهاراته العادية لمقاومته ومواجهة متطلباته القاسية، مما يخل بتوازنه النفسي او الاجتماعي او البدني او كلها جميعاً. ويوصف هذا الحدث بانه صدمي لأنه مؤذٍ بدنياً او نفسياً او اجتماعياً او كل هذا معاً، او يتضمن تهديداً او مخاطرة. وقد يوصف عند وصوله اقصى شدة له في التأثير على الفرد او المجتمع بانه كارثة، لأنه يكون في هذه الحالة مفاجئاً وساحقاً وماحقاً، وبالإضافة الى كونه يمثل خطورة على الفرد او على جماعته، فهو قد يمثل خطورة على الافراد الذين لهم اهمية في حياته. (بلورنا هذا التعريف من قراءة كل من Corsini, 1994, V.3; Boss, 1987; McCann et al., 1988; Moss and Schaefer, 1987,، احمد عبد الخالق، ١٩٩٣؛ ١٩٩٨؛ عبد الفتاح القرشي، ١٩٩٣).

٣ ـ المشقة النفسية (١):

حالة من التوتر الجسمي والعصبي والنفسي، تقع على بُعد يعد محصلة للقوى التي تمارسها الاحداث الصدمية او الاحداث المثيرة للمشقة[2] في الحياة العادية، ويمثل احد طرفيه قدرة الفرد على مواجهة الحدث والتعايش معه بقدراته العادية ومهاراته بدون مساندة اجتماعية او بالاثنين معاً، في حين يمثل الطرف الآخر عجز الفرد عن المواجهة او التعايش مع الحدث من دون مساندة او بمساندة او بالاثنين معاً، ومن ثم فهو يصبح في حاجة لاسعاف المتخصصين وعلاجه ان آجلاً او عاجلاً، ولذا تنجم المشقة النفسية في الطرف الاول للبعد عن حدث حياتي مثير للمشقة، بينما تنجم في الطرف الثاني له عن حدث صدمي وقعه وقع الكارثة بكل ما في الكلمة من معنى، ويترتب على الحالة الاولى آثار نفسية سلبية، اما الحالة الثانية فيترتب عليها اعراض او امراض واضطرابات نفسية تحتاج للعلاج.

٤ ـ مفهوم التكيف او التوافق:

قبل تعريف هذين المفهومين لابد ان نشير الى ان مفهوم التوافق[3] في علم النفس يلائم الجوانب الشخصية والرمزية ذات المعنى والدلالة النفسية باوسع معنى للكلمة، بينما يصف مفهوم التكيف[4]، الجوانب

المادية والحسية في الشخصية الانسانية، ولذا نجد ان مفهوم التوافق قد استخدم فعلاً في المجال البيولوجي (الحيوي) عبر بداية ظهوره للتعبير عن التغيرات الجسمية والحسية التي تزيد من فرص بقاء الكائن الحي. اما الآن فيستخدم في علم النفس ليعبر عن الامكانات الشخصية والاجتماعية والثقافية والدلالية التي تهيئ الفرد ليصبح قادراً على مواجهة متطلبات الموقف الجديد. وتشير بعض البحوث الحديثة الى ان التغيرات الفيزيولوجية، كالنشاط العصبي الكيميائي والنشاط الهرموني بعناصره المتعددة، والوظائف المناعية تؤدي جميعاً دوراً اساسياً في تعديل السلوك التوافقي للفرد عند مواجهة الظروف الضاغطة التي يتعرض لها الفرد او عند تعايشه معها (القرشي، ١٩٩٣، Corsini, 1994, v. 1, Statt, الصبوة، ١٩٩٧، ص ١١٧).

اذن تعريف التوافق من وجهة نظر كاتب هذه السطور انه: «ميل طبيعي في النفس الانسانية الى الاحتفاظ بحالة ثابتة من التوازن البدني العصبي الكيميائي، والمزاجي، والعقلي المعرفي، والاجتماعي، مهما صادف الانسان من مواقف واحداث سارة او مكدرة، من اجل تحقيق اهدافه في الحياة».

ـ استراتيجيات التعايش[1]:

ويقصد بها الاساليب والمهارات الواعية او الشعورية العاقلة التي يوظفها الفرد في التعامل الايجابي في مصدر القلق او الحدث المثير للمشقة النفسية او الحدث الصدمي. ولذا فان هذه الاستراتيجيات تختلف عن الاساليب او الآليات الدفاعية التي تتجه للتخفيف من مشاعر التهديد والانزعاج والقلق العصابي دون التصدي لمصدره. ويطلق بعض الباحثين على استراتيجيات التعايش اسم مهارات المواجهة[2]، وهي عبارة عن مجموع قدرات الفرد الخبيرة الواعية العاقلة المسيطر عليها، التي يوظفها لادراك الحدث الصدمي وتقييمه بصورة واقعية عقلانية، واعادة تنظيم امكاناته ومهاراته للتعايش معه ومواجهته والالتفاف حوله وحل معضلاته بهدف اعادة التوافق المفقود (بتصرف من كل من Moos and Schaefer, 1993; Wolman, 1989).

مشكلة الدراسة الراهنة

الراهنة الأدلة العلمية التي استقرأناها من الدراسات السابقة في هذا الموضوع الى ان الكوارث والصدمات والازمات النفسية الاجتماعية ومواقف المشقة، تكشف عن صور من الاضطراب النفسي الضئيل او المتوسط او الشديد، الحاد او المزمن، المؤقت الموقفي او المتواصل طويل المدى. وان المعاناة من هذه الاضطرابات وحدتها تتوقف على مجموعة من المتغيرات التي ابرزتها بحوث الانعصاب، اهمها طبيعة الحدث الصدمي ونوعه وخصائصه (كوارث طبيعية او صناعية او حروب او جرائم عنف)، وخصال المصدوم النفسية الاجتماعية، والتفاعل بين الحدث الصدمي والفرد الذي يقع عليه تأثيره، والعمر عند التعرض للحدث الصدمي، ووجود السند النفسي الاجتماعي او فقدانه اثناء وقوع الصدمة وبعدها مباشرة، ودرجة تماسك الجماعة التي ينتمي اليها الفرد المتلقى للتأثير، ومتغيرات السياق الذي يقع في ظله الحدث الصدمي.

بمعنى آخر، تتوقف آثار الازمة او الحدث الصدمي على العوامل الديموجرافية والشخصية التي تتصل بالشخص الذي يتلقى الحدث الصدمي، وعوامل تتصل بخصائص الحدث الصدمي ذاته، وعوامل تتصل بالسياق والبيئة الاجتماعية التي يتم فيها تفاعل الفرد مع الحدث ومدى ادراكه لمعناه، وخططه التوافقية في مواجهته، وكذلك مهاراته الخاصة في جعل هذه الخطة التوافقية فعالة مؤثرة، بالاضافة الى مساندته اجتماعياً، بحيث يتوقف عليها زيادة المعاناة من الحدث الصدمي او قلتها، وان الفروق بين الافراد او الجماعات تتوقف على التفاعل بين هذه المتغيرات بعضها بعضاً باعتبارها عوامل تفسيرية.

ولذا فإنه يمكن تحديد مشكلة الدراسة الراهنة واهدافها، في الاجابة عن الاسئلة الآتية:

(١) ما معدلات انتشار الاضطرابات النفسية الناجمة عن التعرض للكوارث والاحداث الصدمية لدى بعض الشرائح الاجتماعية في المجتمع المصري؟

(٢) وهل تتباين معدلات انتشار الاضطرابات النفسية التالية للصدمات بتباين نوع الحدث الصدمى (كوارث طبيعية، كوارث صناعية وتكنولوجية، حروب، احداث اجتماعية... الخ)؟

(٣) وهل تتباين معدلات انتشار الاضطرابات النفسية التالية للصدمة بتباين الثقافات الفرعية داخل المجتمع المصرى (ريف - شبه حضر - حضر - صحاري - سواحل.. الخ)

(٤) وهل تختلف استجابات المصدومين باختلاف الثقافات الفرعية في المجتمع المصري؟

(٥) وهل تختلف درجة المعاناة من اضطرابات ما بعد الصدمة باختلاف بعض المتغيرات الديموجرافية (كالجنس، ومحل الاقامة، والمستوى التعليمي، والعمر، والحالة الاجتماعية، والدخل الشهري.. الخ) لدى عينات الدراسة؟

(٦) وهل تختلف درجة المعاناة من اضطرابات ما بعد الصدمة لدى عينات الدراسة، باختلاف بعض المتغيرات الشخصية والمزاجية (السمات الشخصية، والحالات المزاجية، والميول، والاهتمامات) في المجتمع المصري؟

(٧) وهل تتباين درجة المعاناة من اضطرابات ما بعد الصدمة لدى عينات بتباين وجود او عدم وجود السند النفسي الاجتماعي اثناء وقوع الحدث الصدمى وبعده؟

(٨) وهل تتباين درجة المعاناة من اضطراب ما بعد الصدمة بتباين السند النفسي الاجتماعي الذي يمكن ان يلجأ اليه افراد عينات الدراسة اثناء وقوع الحدث الصدمى وبعده (الآباء، والامهات، والاخوة، والاخوات، والاهل، والاقارب، والجيران، والاصدقاء، والزملاء، وآخرون)؟

(٩) وهل تختلف درجة المعاناة من اضطرابات ما بعد الصدمة لدى عينات البحث باختلاف ادراكهم للحدث الصدمى وآرائهم واتجاهاتهم إزاءة؟

(١٠) وهل تختلف درجة المعاناة من اضطرابات ما بعد الصدمة لدى عينات الدراسة باختلاف الاسباب الداخلية والخارجية (كأساليب التعليل، والاساليب المعرفية، واساليب الضبط الذاتي) التي تبنوها اساساً لوجهات نظرهم وآرائهم وادراكاتهم؟

(١١) وهل تتباين درجة المعاناة من اضطرابات ما بعد الصدمة لدى عينات الدراسة باختلاف قدراتهم ومهارات مواجهة الحدث الصدمى في تفاعلها مع السند النفسي الاجتماعي؟

(١٢) وهل تستطيع الاختبارات النفسية لاضطرابات ما بعد الصدمة ان تميز بين عينات الدراسة من المصدومين وغير المصدومين على الرغم من اختلاف انواع الاحداث الصدمية؟

(١٣) وهل ثمة تشابه في البنية العاملية لاختبارات اضطراب ما بعد الصدمة لدى المصدومين وغير المصدومين، بغض النظر عن نوع الحدث الصدمي، ام تختلف البنية العاملية باختلاف العينات وباختلاف الاحداث الصدمية؟

(١٤) وهل هناك فروق جوهرية بين اداء المصدومين وغير المصدومين على اختبارات الاداء النفسي الحركي، واختبارات الحالات المزاجية؟ وهل تختلف هذه الفروق باختلاف نوع الحدث الصدمي؟

(١٥) وهل هناك فروق جوهرية بين اداء المصدومين الذين تعرضوا بالفعل للحدث الصدمى في مقابل الذين صدموا بسبب مشاهدة بعض ذويهم او اقاربهم او اشخاص عاديين تعرضوا للحدث الصدمي، في مقابل

الذين صدموا بسبب سماعهم او قراءتهم اخباراً عن تعرض ذويهم للحدث الصدمي، في مقابل مجموعة ضابطة من غير المصدومين، في ادائهم على اختبارات الاداء النفسي الحركي وبعض الوظائف العقلية العليا والسمات الشخصية والحالات الزاجية؟ وهل تختلف هذه الفروق باختلاف الحدث الصدمي؟

(١٦) وما جدوى استخدام كل من العلاج النفسي والعلاج الطبي الكيميائي معاً في مساعدة المصدومين على التخلص من اضطراباتهم النفسية، وصولاً للشفاء ومنعاً للانتكاس والازمان؟

(١٧) وهل يحقق العلاج النفسي (بغض النظر عن نوع هذا العلاج) اقداراً من التحسن والشفاء لدى المصدومين افضل جوهرياً من العلاج الطبي الكيميائي؟

(١٨) وما الطول المناسب للفترة الزمنية لمتابعة المضطربين نفسياً بعد علاجهم من آثار الحدث الصدمى السلبية، للتأكد من رسوخ المكاسب العلاجية النفسية، وعدم حدوث الانتكاس مرة اخرى؟

المنهج والاجراءات

(١) وصف عينات الدراسة الراهنة واجراءات توزيعها:

تمر اجراءات اختيارنا لعينات هذه الدراسة وتوزيعها بثلاث مراحل هي: (١) مرحلة التحديد والاكتشاف المبكر، ونسب انتشار من لديهم استعداد للمعاناة من اضطرابات ما بعد الصدمة، بالاضافة الى اكتشاف العوامل المرتبطة باضطرابات ما بعد الصدمة، وهذه المرحلة ستجيب بياناتها عن الاسئلة من واحد وحتى السؤال الثاني عشر. (٢) ومرحلة التشخيص والمقارنة بين اصحاب التاريخ الصدمي او المصدومين وغير المصدومين في الاداء على الاختبارات النفسية، لتحديد معايير الاداء المقترنة بكل نوع من انواع الاحداث الصدمية وما ترتب عليه من اضطرابات، بالاضافة الى تحديد الحالات المرضية الشاذة التي تحتاج اما الى ارشاد نفسي او الخضوع لبعض البرامج العلاجية النفسية والطبية او تحتاج لجميع هذه الخدمات، وستجيب هذه المرحلة عن الاسئلة من ١٣ الى ١٥. (٣) واخيراً مرحلة تقييم نتائج العلاجات النفسية والطبية التي تم تقديمها لهذه الحالات المرضية، بالاضافة الى معرفة افضل طول للفترات الزمنية اللازمة لمتابعة الحالات بحيث تحافظ على مكاسبها العلاجية وتمنع الانتكاس او الازمان. ويلاحظ على هذه الاجراءات في سحب العينات، انها تجعل كل مرحلة لها هدف تطبيقي محدد، فالمرحلة الاولى هدفها وقائي بالدرجة الاولى والثانية، بينما هدف المرحلة الثانية تشخيصي ومنع الانتكاس، في حين كان هدف المرحلة الثالثة علاجي يمنع الازمان تمهيداً للتأهيل واستيعاب المجتمع لهذه الحالات مرة اخرى كمواطنين صالحين. وستجيب هذه المرحلة عن الاسئلة من ١٦ الى ١٨.

اذن عينات هذا المشروع البحثي يمكن ان تكون على نوعين، اما عينات عشوائية[1] تماماً، او عينات عشوائية متجانسة بناء على عدد من المتغيرات الدخيلة المطلوب ضبطها. وفيا يتصل بالعينات العشوائية فيمكننا اختيارها حسب الاعداد الفعلية لكل قطاع من قطاعات المجتمع المصري بنسب تتراوح بين ٦ الى ١٠٪، ومن ثم يمكن ان تمثل هذه العينات قطاعات الاطفال وتلاميذ المدارس، والطلاب من الجنسين في المدارس والجامعات، وكذلك العمال، والموظفين، والمتقاعدين على المعايش من كبار السن، بالاضافة الى ربات البيوت. ويمكننا ان نحقق اهداف المرحلة الاولى لهذا المشروع البحثي من خلال هذه العينات، لاننا سنكشف من خلالها عن معدلات الانتشار لمن لديهم استعداد من الجنسين للوقوع فريسة لاضطرابات ما بعد الصدمة، او من لديهم تاريخ صدمى سابق، تمهيداً لاخضاعهم للمرحلة الثانية وهي مرحلة التشخيص والمقارنة، بالاضافة الى اكتشاف العوامل الديموجرافية والشخصية والاجتماعية، والعوامل الثقافية النوعية

داخل المجتمع المصري والمرتبطة بكل نمط من انماط الاحداث الصدمية.

اما المرحلة الثانية، فتختص بالتفرقة بين جماعات التاريخ الصدمي في مقابل غير المصدومين من جميع شرائح المجتمع المصري في الاداء على الاختبارات النفسية الموضوعية، وبعض الاجهزة واستخبارات الشخصية، بحيث ينتج عن هذه المقارنات، استخراج معايير الاداء لكل شريحة من شرائح المجتمع المصري على حدة، والمساعدة في تشخيص اضطرابات ما بعد الصدمة، بالاضافة الى استكشاف الحالات الفردية الشاذة التي يقترب اداؤها من اداء مرضء اضطرابات القلق، والاكتئاب، والمخاوف المرضية، والهلع، واضطرابات النوم الى آخره من هذه الاضطرابات الناتجة عن التاريخ الصدمي، التي تحتاج الى خدمة نفسية متخصصة، وبرامج علاجية نفسية وطبية تختلف باختلاف تشخيص كل حالة على حدة.

وفي المرحلة الثالثة والاخيرة، يكون هدف الدراسة، تقييم نتائج جميع انواع العلاجات، كل منها على حدة (العلاج المعرفي، والعلاج العقلاني ـ الانفعالي، والعلاج السلوكي ـ المعرفي، والعلاج السلوكي، والعلاج التوكيدي، والتحليل النفسي، والعلاج الطبي). ويكون هدف التقييم هو المقارنة بين هذه العلاجات لمعرفة افضلها علمياً من حيث ما تحرزه من مكاسب علاجية تتجسد في نسب التحسن والشفاء، ومنع الانتكاس والازمان، واتاحة الفرصة لهذه الحالات لأن تعيش حياة طبيعية منتجة، بحيث لا تصبح عالة على المجتمع المصري.

واذا غضضنا النظر عن نسب انتشار اضطرابات ما بعد الصدمة، والعوامل المرتبطة بها، على الرغم من خطورة ذلك علمياً، فيمكننا ان نستخدم لتحقيق اهداف المرحلتين الثانية والثالثة عينات عشوائية متجانسة او ما يسمى احياناً بالعينات القصدية، يكون قد تعرض افرادها جميعاً لاحداث صدمية محددة في الوقت الراهن. وفي هذه الحالة يمكننا اجراء الدراسة على عينات من زوجات الشهداء وابنائهم وذويهم من الدرجة الاولى، او من تعرضوا لاعطاب جسمية بسبب حوادث السيارات والقطارات، ويقيمون باقسام الحوادث بالمستشفيات لتلقى الاسعاف والعلاج، او عينات ممن بقوا احياء وشاهدوا انهيار البنايات على اهليهم، او يكونوا ممن خرجوا احياء فعلاً من تحت الانقاض، ويكونون فعلاً ممن قد تعرضوا للحدث الصدمى بانفسهم، او ممن شاهدوا او سمعوا عن الحدث الصدمى، وهم في مدارسهم او اعمالهم او وظائفهم. كما يمكننا اجراء هذه الدراسة على من نجوا من هم البيوت بسبب الزلازل او السيول او ممن شاهدوا او سمعوا عن هدم منازلهم في اعمالهم او على سفر، او اجرائها على عينات من التلاميذ الاطفال الذين انهارت مدارسهم، او على ممن شاهدوا زملاءهم الذين انهار بهم المبنى، او يكونوا ممن تغيبوا عن المدرسة، وسمعوا من وسائل الاعلام وشاهدوا صور زملائهم موتى تحت الانقاض.

كما يمكن اجراء الدراسة على عينات قصدية اخرى، ممن تعرضوا للقتل بسبب اعمال البلطجة، او على من شاهدوا احداث القتل من ابنائهم وزوجاتهم وذويهم، او على عينات من الفتيات والسيدات والرجال الذين ذهبوا لاقسام الشرطة للتبليغ عن سارقيهم بالاكراه او مغتصبي مالهم او عرضهم او الاثنين معاً، او اجرائها على اطفالهم الذين شاهدوا عمليات العنف الوحشي، وهي ترتكب ضد اخواتهم وامهاتهم قسراً امام اعينهم.

واخيراً يمكن اجراء هذه الدراسة على عينات اخرى، تمثل كل منها حدثاً من الاحداث الصدمية التي وردت في صدر هذه الخطة، ومن ثم لابد ان نقارن في كل العينات القصدية بين مجموعتين احداهما تجريبية (المصدومين) والاخرى ضابطة (غير المصدومين) تضاهيها ـ تقريباً ـ في العمر والمستوى التعليمي والذكاء والنوع ومحل الاقامة اثناء وقوع الحدث

الصدمى او يكونوا من الاقليم نفسه على الاقل، منعاً لتدخل هذه المتغيرات في تشكيل النتائج مما يربك عمليات التفسير والاحالة.

(٢) وصف الادوات:

سيتم استخدام بطارية من الادوات، تضم ثلاثة مجموعات من الادوات، هي:

(١) مقابلة مقننة يمكن ان تجسد كل محكات تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة لاستكشاف من لديهم الاستعداد او ممن لديهم تاريخ صدمي، ويمكن ان تطبق على حالات فردية وجهاً لوجه او تطبق على شكل استخبار على مجموعات ذات اعداد كبيرة نسبياً (يتراوح عددها بين ٢٠ ـ ٣٠ حالة)، لتلائم الدراسات الوبائية، كما تضم بنوداً تمثل كل العوامل المرتبطة باضطرابات ما بعد الصدمة، السابق ذكرها.

(٢) مجموعة من الاختبارات النفسية التي تضبط متغيرات العمر والجنس والذكاء الى آخره من المتغيرات الدخيلة، وهي المتغيرات التي تضبط تجانس المجموعات موضوع المقارنة على اساسها، فلا يبق من فارق بينهما سوى من تعرّض للحدث الصدمى في مقابل من لم يتعرض له.

(٣) مجموعة اخيرة ومهمة تجسد المتغيرات التابعة التي تأثرت بالآثار السلبية التي خلفها الحدث الصدمى، بشرط ان تجسد هذه الاختبارات جميع الانشطة والاداءات النفسية الحركية، والعقلية المعرفية، والمزاجية، والسمات الشخصية، ومن ثم نقارن بين المصدومين وغير المصدومين على اساسها.

(٤) واخيراً، يتم استخدام بعض اساليب الارشاد النفسي وتعديل السلوك لتحقيق الاهداف الوقائية للمستهدفين للاضطراب والانحراف بعد التعرض للحدث الصدمى او لمن كان لديهم تاريخ صدمى سابق كامن، ولم يتحول استعدادهم لاضطراب نفسي بعد. كما يتم استخدام مجموعة من الاساليب العلاجية النفسية حسب طبيعة كل اضطراب على حدة، لعلاج الحالات المرضية التي تنطبق عليها المحكات التشخيصية لاضطراب ما بعد الصدمة.

(٣) اساليب التحليل الاحصائي:

للاجابة عن اسئلة الدراسة السابقة، يمكن استخدام اساليب التحليل الاحصائي الآتية:

(١) الاحصاء الوصفي لحساب التكرارات والنسب المئوية للبيانات الديموجرافية والشخصية والاجتماعية، وحساب الفروق بين النسب المئوية اما باستخدام النسبة الحرجة او باستخدام (كا ٢) للمقارنة بين مجموعات الدراسة وبعضها بعضاً، او لترتيب المتغيرات المرتبطة حسب اهميتها.

(٢) اساليب النزعة المركزية لحساب المتوسطات والانحرافات المعيارية لدى مجموعات الدراسة المختلفة، ودلالة الفروق بينها في الاداء على كل اختبار باستخدام اختبار «ت»، وذلك من اجل المقارنة بين المجموعات التجريبية والضابطة او بين نتائج الاساليب العلاجية.

(٣) اساليب الكشف عن العلاقات الارتباطية لحساب معاملات الارتباط المستقيمة والمنحنية بين متغيرات اضطرابات ما بعد الصدمة وكل متغير من المتغيرات المرتبطة على حدة، لدى كل مجموعة على حدة.

(٤) للكشف عن العلاقات السببية في ظل شروط تجريبية محددة، يمكننا استخدام اساليب تحليل التباين المتعدد للمقارنة بين المجموعات وداخلها، وللكشف عن انواع التفاعل بين المتغيرات، وللحصول على دلالة الفروق باستخدام نسب «ف».

(٥) عندما تكون نتائج تحليل التباين دالة احصائياً في اي متغير من متغيرات الدراسة، نقوم باستخدام اختبار «ت» للحصول على جوهرية الفروق في هذا المتغير بين كل مجموعتين على حدة من مجموعات المشروع البحثي.

(٦) وأخيراً نقوم قبل كل شيء بحساب معاملات

الصدق والثبات بطرق متعددة لكل اداة من ادوات الدراسة، لتوفير الثقة العلمية لادواتنا من اجل استخدامها في دراسات نفسية اخرى مستقبلاً، والاعتماد عليها في جمع بيانات هذه الدراسة.

أهمية الدراسة الراهنة

تشير الادلة العلمية التي تم استقراؤها من الدراسات التي اجريت على المصدومين في الدول التي عانت من ويلات الكوارث والازمات والحروب وجرائم العنف بكافة اشكاله.. تشير الى ان مواجهة هذه الخبرات الصدمية؛ سواء اكانت هذه المواجهة عن طريق التعرض المباشر للخبرة، مثل الخوف من القتل او الاغتصاب او التعذيب او السرقة او الخطف، او عن طريق المشاهدة لعمليات القتل والاعدام او التعرض والاعتقال والتهديد، او عن طريق سماع تلك الاحداث من خلال الجماهير ووسائل الاعلام واجهزته، قد تسبب آثاراً نفسية تتضاعف مع مرور الوقت، بحيث تظهر آثارها في ضروب من السلوك النفسي المضطرب او المنحرف، وفي اشكال متباينة من الاستجابات الانعصابية التالية للصدمة، ومن اهم هذه الاستجابات، ظهور معدلات مرتفعة من اضطرابات النوم والاكتئاب، والمخاوف، والهلع، والاحلام المزعجة، والقلق، الى آخره من هذه الاضطرابات النفسية.

وتنبع اهمية هذه الدراسة من جوانب متعددة، تدور جميعها حول محورين، اولهما محور اكاديمي بحت، وثانيهما محور تطبيقي محض.

أولاً: الأهمية الاكاديمية: وتتبدى في الجوانب الآتية:

(١) لقد استقر الآن لدى اهل الاختصاص في هذا المجال، «أن الامراض النفسية نادراً ما يتم تعريفها انطلاقاً من الاسس الايتيولوجية (اسباب نشأة هذه الامراض وتطورها)، وانما يتم الاعتماد - في معظم التشخيصات - على المظاهر الخارجية (الفينومينولوجية) لما يبديه الافراد من ملامح وعلامات واعراض عندما يعانون من مرض نفسي بعينه. وتعد اضطرابات ما بعد الصدمة - كفئة تشخيصية حديثة - احدى فئات المرض النفسي القليلة المحددة ابتيولوجياً؛ اي المعروف اسبابها وكيفية تطورها، وفقاً لادلة التصنيف والتشخيص الامريكية والعالمية، ومن ثم لن يجد الباحث الذي سيقوم بدراستها الاسباب نفسها ولا المشكلات المعاكسة التي يجدها عند تناول اي تشخيص من التشخيصات المحددة فينومينولوجياً (Jonathan Davidson, 1994, p. 1).

كما ان هذا الاضطراب قد لفت انتباه الباحثين اليه بشدة في مجالات الطب النفسي والعصبي وفي علم النفس العيادي وعلم النفس المرضي في السنوات العشر الماضية، لان الكوارث البشرية والطبيعية وما يترتب عليها من مشكلات تواجه الانسان قد وجدت لها الان طريقاً علمياً للتشخيص والبحث العلمي، بالاضافة الى ان هذه الفئة التشخيصية يتم النظر اليها الان على انها حجر الزاوية للاجابة عن عدد لا حصر له من التساؤلات المرتبطة بطبيعة الاضطرابات والامراض النفسية الطبية، والامراض النفسية الجسمية. ومن اهم هذه الاسئلة، اسباب الامراض النفسية، وطبيعة المشقة، وخصال الحدث الصدمي المثير للمشقة، وما يترتب عليها من اضطرابات نفسية، والعلاقة بين الصدمة ذاتها وبداية المعاناة من المرض النفسي، والعلاقات المتبادلة بين الصدمة ذاتها والعوامل المهيئة لدى فرد دون فرد آخر، مع تعيين مسمى محدد لهذه الاضطرابات النفسية داخل اي نظام من نظم تصنيف الامراض النفسية.

٢ - محاولة الاجابة عن عدد من الاسئلة بطريقة علمية محكمة، اهمها، هل تزداد معدلات اضطرابات ما بعد الصدمة ام تنحسر وتقل مع مرور الوقت؟

ويدخل ضمن التضمنيات التي يطرحها هذا التساؤل، انه قد تم وضع هذا الاضطراب كنمط فرعي من انماط اضطرابات القلق وامراضه، ووردت كفئة تشخيصية في كل من الدليل الامريكي الثالث - الطبعة المعدلة (١٩٨٧)، والدليل الرابع (١٩٩٤) لتصنيف

الامراض النفسية وتشخيصها، وفي الدليل الدولي العاشر لتصنيف الامراض النفسية الصادر عن هيئة الصحة العالمية (WHO). وفيما يتصل بمعدلات انتشار هذا الاضطراب النفسي، فهي معدلات تختلف من دولة الى اخرى بحسب نصيب كل منها من الاحداث الصدمية التي تتسم بالحدة والفجائية التي لا تترك للفرد او للجماعة او للدولة فرصة للمواجهة ومجرد الادراك والتفكير، كما تختلف باختلاف اهتمام كل دولة او مجتمع برصد ما يترتب على هذه الصدمات من آثار سلبية لدى ابنائها، كانشاء مراكز الرصد ووضع معدلات الانتشار والاصابة والحدوث الفعلي، ومراكز الوقاية والعلاج والارشاد، والمتابعة والتأهيل.

وفي حدود علم كاتب هذه السطور، على الرغم من ان نصيب جمهورية مصر العربية من الاحداث الصدمية نصيب وافر بحيث لا نجد فئة من الفئات السابقة الا وهي ممثلة لدينا، فانه لا توجد اية دراسة لمعدلات انتشارها ولا اية احصائية على المستوى البحثي او المجتمعي او الوطني، وكذلك لا يوجد بمصر مركزاً واحداً للوقاية من آثار هذه الاحداث الصدمية، ولا مركزاً واحداً لتشخيص هذه الحالات وعلاجها. وهذا هو جوهر ما تنادى به هذه الخطة على المستوى الوطني، شأن هذه الفئة من الاضطرابات شأن الدفاع الاجتماعي، ورعاية المعوقين، والفئات الخاصة، ورعاية الرياضة بعامة وكرة القدم بخاصة.

ولذا فإننا ـ نظرياً ـ ووفقاً للمحكمات التشخيصية لهذا الاضطراب ـ يمكننا ان نتنبأ علمياً بما اذا كانت معدلات الاصابة والحدوث والانتشار تزداد ام تنحسر، علماً بان ذلك بالطبع لا يغني عن اجراء مشاريع بحثية ضخمة في هذا المجال، سواء اكان ذلك على مستوى بحوث الماجستير والدكتوراه والدراسات العليا بصفة عامة في اقسام علم النفس والطب النفسي، والاجتماع والخدمة الاجتماعية، والطب الوقائي واقسام الصحة العامة، وطب المجتمع والبيئة، ام كان على مستوى مراكز البحوث القومية الاجتماعية، ام كان على مستوى مراكز البحوث والدراسات النفسية. نعود ونكرر بان «الاضطرابات النفسية الناجمة عن الاحداث الصدمية ـ نظرياً ـ تبدأ في الظهور بعد ساعة او يوم واحد من حدوث الموقف الصدمي او وقوعه، وقد تمتد هذه الفترة الزمنية حتى ستة شهور، ومن ثم يكون الاضطراب حاداً، ثم تبدأ في الاختفاء تدريجياً وتخف حدتها شيئاً فشيئاً، اعتماداً على مبدأ معدلات التحسن والشفاء التلقائي[1] كما يسود في نظريات التعلم الشرطي الاجتماعي (Caron Zlotnick et al., 1997, p. 334) «او اعتماد على الحكمة الشعبية» الحزن والكرب يولد كبيراً وسرعان ما يقل ويضغر مع مرور الزمن»، او الحكمة الاخرى «ان الزمن بلسم الجراح». ولا اظن ان الدول التي تأخذ بالحل والتفكير العلمي الذي نريد له ان ينتشر بين اجهزة دولتنا وافرادها واسرها ومؤسساتها... لا اظنها تسير في رصد هذه المعدلات وتشخيصها وعلاجها، وفقاً لهذه الاقوال والحكم المأثورة، وانما وفقاً لخطط علمية تقف على معدلات الانتشار والاصابة والحدوث، فالتشخيص والعلاج، والتأهيل والاستيعاب.

وعلى ذلك «فان معدلات الانتشار ـ نظرياً ـ تميل الى ان تنحسر بعد مرور فترة زمنية لا تقل عن ستة شهور الى عامين، على ان ذلك يتوقف على عوامل كثيرة، منها ما يتصل بخصائص بيئة الحدث، وخصال القائم به والموجه له، ومنها ما يتصل بطبيعة الفرد الذي تلقى الصدمة وادراكه للموقف الصدمء وتأويله له، وما يملكه من مهارات المواجهة والتعايش، وحسن التأويل وليس العكس، ودرجة اعتقاده ويقينه بالله وبقدراته ومهاراته، ومنها ما يتعلق بمصادر المساندة النفسية الاجتماعية من حوله على المستوى الثنائي (الاصدقاء) والاسرى (الاهل والاقارب) والمجتمعى (المؤسسات الاهلية والحكومية)، بحيث تكون المحصلة النهائية اقامة سريعة وعودة حميدة للعمل والمجتمع، او تطور للاضطراب، ومزيد من المعاناة، واضافة اعداد من المرضى الجدد لقائمة المرضى النفسيين الذين يكلفون

الاقتصاد الاسرى والوطني ما لا طاقة له به. وهذا هو ما جسدته مجموعة التصورات والنظريات التي تصدت لتفسير منشأ اضطرابات ما بعد الصدمة، وابرزها نموذج جبسون (Gibson, 1989)، ونموذج موسى (Moos et al., 1990)، وقديماً نموذج هانزسيلي (Syle, 1974) في زملة التوافق العام، ومن قبلهم جميعاً الفسيولوجي الاشهر والتركانون W. Canon الذي تحدث عن جهاز التوازن الحيوي[1]، او حكمة الجسم داخل الانسان.

٢ ـ الكشف عن دور الاحداث الصدمية في تكوين الاضطرابات النفسية وبلورتها، ومعرفة معدلات انتشارها بين مختلف الشرائح الاجتماعية المصرية. والدليل على ذلك ما اشار اليه هنت Hunt (١٩٨٨) بشأن الحروب والصدمات والازمات النفسية، فقد ذكر «ان موقف الانعصاب والمشقة التي يتعرض لها الانسان في حياته الاجتماعية تشكل اساساً للاضطراب النفسي المعوق للاداء مما يؤدي الى فقدان الاتزان الانفعالي، فينتج عن ذلك شكل من اشكال سوء التوافق مع النفس والمجتمع معاً، كما تشير مجموعة غير قليلة من الدراسات الى ان المعاناة من الخبرات الصدمية تترك آثاراً نفسية لا تزول بانتهاء هذه الصدمات بل تظل كامنة، ابرزها المعاناة من الهلع والاكتئاب والمخاوف والقلق النفسي، كما تتراكم هذه الآثار مما يجعلها تفرز كثيراً من التصرفات المضطربة التي تصل الى حد وصفها بالاضطراب النفسي (Hobfoll et el., 1991; Ned Rodriguez et al., 1997; G- D. Luiza and p. Gilles, 1996; K. Helen, 1996).

٤ ـ ابراز الادلة العلمية التي تشير الى صحة الفروض العلمية التى ترى ان الصدمة هي بداية التطور المرحلى للازمة، وان المشقة النفسية الناجمة عن الكوارث والازمات ما هي الا مكون اساسي من مكونات هذه الازمة من ناحية، وعامل من العوامل التي تفجر الاضطرابات النفسية الكامنة بحيث تتحول الى امراض فاعلة من ناحية اخرى (الصبوة وآخرون، ١٩٩٥، ص ٢٩).

٥ ـ تحديد اهم المتغيرات الديموجرافية والاجتماعية التي تتفاعل مع مواقف الانعصاب والمشقة بحيث ترفع معدلات اضطراب ما بعد الصدمة ومن ثم المعاناة منه، او تقاومه وتقلله مع مرور الوقت؛ من هذه المتغيرات، متغيرات ديموجرافية، كالنوع، والعمر عند التعرض للصدمة او الازمة، والمستوى التعليمي، والمهنة، ومتغيرات شخصية واجتماعية، كالاقامة مع الاسرة او وحيداً، والسند الاجتماعي، والصمود، والنزوح، ودرجة التوافق الاجتماعي، والسمات الشخصية.

٦ ـ ابراز اهمية الدراسات الوبائية للبحوث النفسية المتخصصة، لأن المنحى الوبائي الذي يستخدم لاجراء مثل هذه الدراسات، له صلة وثيقة بالطب النفسي الوقائي، لانه الخطوة الاولى في اي برنامج للصحة العامة (Cooper and Shopernel, 1975)، كما ان البحوث الوبائية وفقا لما يقرر «ريد Reid» (١٩٦٠) تستخدم في الطب النفسي لقياس احتمال مهاجمة او انتشار اضطرابات نفسية محددة داخل مجتمعات بعينها، وذلك بقصد الكشف عن مؤشرات او مفاتيح تتصل بنشأة المرض وطرازه (مصري حنورة، ١٩٨٠).

ويقصد بالدراسة الوبائية، «فحص التوزيع الاجتماعي لاضطراب نفسي او جسمي معين لا يتبلور في صورة مرض محدد، ولكن يكشف عن نفسه في صورة اعراض او علامات بعينها، او مظاهر سلوكية معينة، وذلك بهدف عن العلاقات المنتظمة بين اضطراب ما ومتغيرات البيئة الاجتماعية واساليب الحياة الاجتماعية الشائعة داخل القطاعات المختلفة في المجتمع: (سويف، ١٩٩٠، ص ٣، Arif and Westemeyer, 1988, p. 45,).

اما عن مدى فائدة استخدام البحوث النفسية للمنحى الوبائي، فتتمثل في الآتي:

١ ـ تحديد درجة انتشار اضطرابات ما بعد الصدمة، وتوزيعها في مختلف الشرائح الاجتماعية المصرية،

٢ ـ وتحديد التاريخ الطبيعي للاضطرابات النفسية، ٣ ـ والكشف عن اهم الاسباب والعوامل المعجلة او المخففة لنشأة هذا الاضطراب وانتشاره، ٤ ـ وتحديد الجماعات المعرضة للخطر، وترتيب هذه الجماعات حسب درجة معاناتها من الاضطرابات النفسية لتوجيه الخطط العلاجية لها اولا، ٥ ـ وتوفير قاعدة من البيانات العلمية الدقيقة، تساعد القائمين على اتخاذ القرارات الصحية في البلاد على رسم سياسة وقائية او تقديم برامج وقائية او علاجية او الاثنين معاً، ٦ ـ وأخيراً، المساعدة في اكتشاف اضطرابات سلوكية اخرى، يكون لها صلة بالاضطراب الاساسي موضوع دراستنا هذه، مما يعرف في هذا السياق اصطلاحاً، بالكشف او التحديد المبكر للاضطرابات النفسية، للعمل على مواجهتها قبل استفحال خطرها، وازمانه.

ثانياً: الاهمية التطبيقية:

تتبدى اهمية الجانب التطبيقي لهذه الخطة في الآتي:

(١) العمل على رفع كفاءة التصنيفات الطبية النفسية لاضطرابات ما بعد الصدمة، انطلاقاً من استخدامنا لاختبارات سلوكية موضوعية في الكشف عن المعاناة من هذا الاضطراب، فاذا ما اتفقت هذه التصنيفات مع ما كشفت عنه الاختبارات النفسية الصادقة الثابتة، كان هذا دليلاً على صدق هذا التصنيف وثباته، والا سنوصى بتعديله او تغييره.

(٢) توفير مجموعة من المعايير النفسية للاختبارات التي تم استخدامها في هذه الدراسة وامثالها لتوظيفها بعد ذلك لاهداف اكاديمية وعيادية وتربوية وارشادية ومهنية.

(٣) الوقوف على مدى صدق النظريات العلمية المطروحة على الساحة العلمية في هذا المجال، لتفسير فعل الصدمات وما يترتب عليها من اضطرابات وآثار سلبية نفسية، بغض النظر عن التقسيمات المختلفة لهذه الاضطرابات.

(٤) طرح مجموعة التوصيات التي تقوم مقام الخطط الوقائية والعلاجية لخفض تأثير الاضطرابات النفسية، مع تباين هذه الخطط بتباين الشرائح الاجتماعية في مصر، وبتباين شدة الاضطراب داخل افراد كل مجموعة على حدة.

(٥) المساعدة في اعداد خطط وقائية، لرفع الاستعداد النفسي لدى ابناء المجتمع المصري، لمواجهة الكوارث والازمات بصورة عامة، ومنع وقوع ذوى الاستهداف فريسة للاضطرابات النفسية.

(٦) توفير معلومات علمية دقيقة عن بعض الشرائح الاجتماعية المظلومة بحثياً في المجتمعات العربية بعامة، والمجتمع المصري بخاصة، مثل فئات الاناث عموماً، وربات البيوت خصوصاً، والمسنين والمسنات، والموظفين والموظفات، وهي فئات كانت غالباً ما تخضع خططها الوقائية والعلاجية لمعايير جماعات اخرى، لها خصال ديموجرافية واجتماعية ونفسية مختلفة تماماً، مثل الراشدين من الطرب او من المرضى النفسيين. ولا يخفف على اي مشتغل بالعلم ان ذلك نوع من الافتئاب العلمي، والتعميم الذي لا مبرر له.

وبعد، سيحاول كاتب هذه السطور ان ينشغل بالتعاون مع تلاميذه من طلاب الدراسات العليا في انجاز هذا المشروع البحثي في السنوات المقبلة، بالاضافة الى دراسة عدد من المشاريع البحثية الاخرى المهمة للمجتمع المصري، وفقاً للمنهج والاجراءات السابقة ذاتها، من هذه المشاريع البحثية، فرط الحركة وتشتيت الانتباه لدى الاطفال، والاضطرابات النفسية لدى الاطفال التوحديين، والفائض اللغوي لدى مختلف فئات المرض النفسي: دراسات مقارنة، والمشكلات النفسية الاجتماعية لدى المراهقين من الجنسين؛ هل تزول بانتهاء فترة المراهقة ام تتحول الى اضطرابات وامراض نفسية؟ وما الدليل على ذلك كل الاحوال؟ وما العوامل المرتبطة بهذا الموضوع.

حواشي

1- Trraumatic events.
2- Posttraumatic stress disorders.
3- Compensation neurosis.
4- Invalidism.
5- Traumatic neurosis.
6- Fright neurosis.
7- Shell shock.
8- Combat exhaustion.
9- Combat fatigue.
10- Life events stressors.
11- Amnesia.
12- Psychic numbing.
13- Emotional anesthesia.
14- Early conduct disorders.
15- Volcanic eruptions.
16- Ethnocultural differences.
17- Folk disorders.
18- Sub-culture differences.
19- Universal dimension.
20- Cultural dimension.
21- Personal dimension.
22- Refugees.
23- Immigrants.
24- Veterans.
25- Somatization disoredres.
26- Short-term reactive psychosis.
27- Symptom checklist 90- Revised (SCL-90).
28- Natural disasters.
29- Emotional reactions.
30- Scandinavian populations.
31- Survivors.
32- Universal relationship.
33- Industrial disasters.
34- Dynamics of PTSD.
35- Political detainees.
36- Armero volcane.
36- Yum kabur.
37- Rape.
38- Epidemiological studies.
39- The National Victim Center.
40- Crime victims research and treatment center.
41- Longitudinal study.
42- Impact traumatic of event scale (IES).
43- Base line.
44- Negative psychological effects.
45- Outcomes.
46- Consequences.
47- Adverse side-effects.
48- Stressor events.
49- Psychological stress.
50- Stressors or stressful life events.
51- Adjustment.
52- Adapation.
53- Coping stategies.
54- Coping skills.
55- Pure randomized samples.
56- Spontaneous remission or recovery.
57- Hemeostasis.

المراجع

اولاً: المراجع العربية

١ ـ بارون، خضر عباس (١٩٩٣)، الاضطرابات النفسية الجسمية الناجمة عن العدوان العراقي عند المراهقين الكويتيين. الكويتيين. الكويت: عالم الفكر، مجـ ٢٢ (العدد الأول)، ص ص ١٩٨ ـ ٢٢٣.

٢ ـ تركي (مصطفى أحمد) (١٩٩٣)، توافق طالبات الجامعة لازمة الكويت. مجلة دراسات نفسية، تصدر عن رابطة الاخصائيين النفسيين المصرية (رانم)، مجـ ٣ (٣)، ٢٣٧ ـ ٢٦٧.

٣ ـ توفيق، عبد المنعم توفيق (١٩٩٤)، سيكولوجية الاغتصاب. الاسكندرية: دار الفكر العربي.

٤ ـ حنورة وآخرون (مصري) (١٩٨٠)، الجانب المنهجي في اجراءات البحوث الوبائية لتعاطي المخدرات: نموذج لدراسة اجريت على طلاب المدارس الثانوية بمدينة القاهرة الكبرى. المؤتمر الدولي لدور المجتمع في معالجة مشكلة المخدرات، المنعقد بمدينة الاقصر، في المدة من ٢٢ ـ ٢٣ مارس.

٥ ـ درويش (زين العابدين) (ربيع ١٩٩٢)، اثر العدوان العراقي في الحالة النفسية للشباب الكويتي: دراسة ميدانية على الطلبة المقيمين في مصر. الكويت: المجلة العربية للعلوم الانسانية، عدد ٣٩، السنة العاشرة، ٢٣٨ ـ ٢٥١.

٦ ـ الديب (اميرة) (١٩٩٢)، ردود الفعل المتأخرة لصدمة الحرب: دراسة كلينيكية. مجلة دراسات نفسية، تصدر عن رابطة الاخصائيين النفسيين المصرية (رانم)، مجـ ٢ (٣)، ٢٩٧ ـ ٣٢٦.

٧ ـ الديب (اميرة) (١٩٩٠)، حرب الخليج وأثرها على بعض الجوانب النفسية والاجتماعية للطلبة الكويتيين. مجلد بحوث المؤتمر السابع لعلم النفس في مصر: الجمعية المصرية للدراسات النفسية، ٣١٠ ـ ٣٣٦.

٨ ـ الرشيدي، بشير صالح (١٩٩٥)، الاعراض الاضطرابية المصاحبة لمشكلة الطلاق في الاسرة الكويتية بعد صدمة العدوان العراقي. حوليات كلية الاداب: جامعة الكويت، الحولية السادسة عشرة.

٩ ـ السهل (راشد) (١٩٩٢)، الآثار النفسية والاجتماعية التي خلفها العدوان العراقي على اطفال الكويت. دراسة مقدمة الى المؤتمر التربوي الحادي والعشرين لجمعية المعلمين الكويتية عن التخطيط التربوي في مواجهة وتحدي آثار العدوان العراقي، المنعقد بالكويت في الفترة من ١٦ ـ ١٨ ابريل.

١٠ ـ سويف (مصطفى) (١٩٩٠)، مدخل تاريخي ومنهجي الى الدراسات الوبائية: القاهرة: منشورات المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية.

١١ ـ شكور (جليل)، النابلسي (محمد)، صبوح (نشأت)، وخضر (مها) (١٩٩٢)، عصاب الحرب اللبنانية. مجلة الثقافة النفسية المتخصصة:

تصدر عن مركز الدراسات النفسية والنفسية ـ الجسدية، مجـ ٣ (١٠)، ٩٩ ـ ١٠٥.

١٢ ـ الصبوة، محمد نجيب، عبد الخالق، احمد، العنزي، فريح (١٩٩٥)، القلق لدى الكويتيين بعد العدوان العراقي. الكويت: مكتب الانماء الاجتماعي، ادارة البحوث والدراسات.

١٣ ـ عبد الخالق، احمد محمد (١٩٩٣)، اضطراب الضغوط التالية للصدمة. الكويت: عالم الفكر، مجـ ٢٢ (العدد الاول)، ص ص ١٥٤ ـ ١٩٧.

١٤ ـ عبد المتعال (صلاح وآخرون) (١٩٩١)، المشكلات النفسية والاجتماعية في مجال التربية: بحث استطلاعي مقارن عن آراء واتجاهات الطلاب والطالبات الكويتيين والقيادات التعليمية في ضوء ظروف العدوان وتوقعات المستقبل. القاهرة: المركز التربوي الكويتي بالقاهرة.

١٥ ـ القرشي، عبد الفتاح (١٩٩٣)، الضغوط التي تعرض لها الاطفال الكويتيون خلال العدوان العراقي. الكويت: عالم الفكر، مجـ ٢٢ (العدد الاول)، ص ص ٨٠ ـ ١٢٣.

١٦ ـ المشعان، عويد سلطان (١٩٩٣)، الشخصية وبعض اضطراباتها لدى طلاب جامعة الكويت. الكويت: عالم الفكر، مجـ ٢٢ (العدد الاول)، ص ص ١٢٤ ـ ١٥٣.

١٧ ـ النابلسي (محمد) (١٩٩٠)، الحرب والمجتمعات النامية، مجلة الثقافة النفسية، العدد الاول، ٤٥ ـ ٥٨.

١٨ ـ النابلسي (محمد) وآخرون (١٩٩١)، الصدمة النفسية علم نفس الحروب والكوارث. بيروت: دار النهضة العربية.

ثانياً: المراجع الافرنجية

REFERENCES

1- Abraham, P. (1982), Training for battleshock, Jou. Royal Army Medi. Corps, 128, 18-127.

2- American psychiatric Association (APA): Diagnostic and Statisical Manual of Mental Disorders DSM-IV, (1994), Washington, DC, American psychiatric Association.

3- Arif., and Westermeyer, J. (eds) (1988), Manual of drug and alcohol abuse. New York: pleneum Medic. Book Co.

4- BecKham, J.C., Lytle. B.L., and Feldman, M.E. (1996), Caregiver burden in partners of vietnam war veterans with posttraumatic stress disorder, jou. consult., and clini. psychol., V. 64 (5), 1068- 1072.

5- Boss, p. (1987), Family stress. in: M. Mussman and S. Steimetz (eds.) handbook of marriage and family. New York: plenum Press, pp. 112- 133.

6- Bownes, I.T; Gorman, A. C and Sayers, A. (1991), Assault characteristics and posttraumatic stress disorder in rape victims. Acta psychiat. scan., 83: 27-30 (abstract).

7- Breslau, N., Davis, G., Andreski, p. (1991), Traumatic events and post- traumatic stress disorder in an urban populations of young adults. Arch. Gen. Psychiat., 48: 216- 222.

8- Card, J.J. (1987), Epidemiology of PTSD in a national cohort of vietnam veterans. jour clin. psychol., 43: 6-17.

9- Carroll, E.M., Foy, D.W., and Cannon, B.J. (1991), Assessment issues involving the families of trauma victims. jou. traum. stress, 4: 25-40.

10- Cervantes, R.; Salgado de Snyder, V.; and padilla, A. (1989), posttraumatic stress in immigrants from central America and Mexico. Hosp. Community psychiat., 40: 615- 619.

11- Chimienti, G; Nasr, J.A., and Khalifeh, I. (1989), Children's reactions to war- related stress. soci psychiat. Epidemiol., 24: 282- 287. (abstract).

12- Corsini, R.J., and others (eds), (1994), Encyclopedia of psychology. v.3,2 nd ed., New York: john Wiley and sons. pp. 102-104.

13- Davidson, J. (1992), post- traumatic stress disorder. Briti. jou. psychiat., 160: 309- 314.

14- Davidson, J., (1994), Issues in the diagnosis of posttraumatic stress disorder. in: R.S. Pynoos (ed.) posttraumatic stress disorder: A clinical review. New York: The sidram press, pp. 1-41.

15- Davidson, J., Kudler, H., and Smith, R. (1990), Treatment oF post-traumatic stress disorder with amitriptyline and placebo. Arch. Gen. Psychiat., 47: 259-266.

16- Davidson, J. Hughes, D.L., Blazer, D.G., et al. (1991), post-traumatic stress disorder in the Community: an epidemiological study. Psychol. Medi., 21: 713- 721.

17- Davis, S. (1997), the long-term psychological effects of world war two. The psychologist, August, 364-367.

18- De Girolamo, G, (1992), International perspectives on the treatment and prevention of posttraumatic stress. in: Wilson, J., and Raphaael, B. (eds), International handbook of traumatic stress syndromes. New York: plenum.

19- De Girolano, G., and Orley, J. (1992), psychosocial consequences of disasters: prevention and managment. Geneva, Switzerland, World Health Organization, Division of mental health.

20- De la fuente, R. (1990), The mental health consequences of the 1985 earthquakes in Mexico Internation. jour. ment. heul., 19L 21-29. (abstract).

21- Elizur, E., and Kaffman, M. (1982), Children's breavement reations following death of the father. jour. Ameri. Acad. pediat., 21: 474- 480 (abstract).

22- Foa, E. B., and Riggs, D.S. (1994), posttraumatic stress disorder and rape. in: R.S. pynoos (ed), posttraumatic stress disorder: A clinical Review, New York: Sidran press, pp. 133-164.

23- Foa, E.B.; inbarg, R.; and Rothbaum, B.O. (1992), Uncontrollability and unpredictability in post traumatic stress disorder. psychol. Bull., 112: 218- 238.

24- Garbarino, J. (1991), The youngest victims: Kuwaiti children besr psychic of conflict Gulf psychol. internat., 12 (2), 28- 31. (abstract).

25- Gracia- Peltoniemi, R. (1992a), Clinical manifistations of psychopathologi in refugees, in: J. Westermeyer, and others (eds)., refugee mental helts and social adjustment a guide to clinical and preventive services. Wasgington, Dc, U.S. Government printing office, pp. 42-55.

26- Gibson, K. (1989); Children In political violence. Social Sciences and Medi, 28 (7), 659-667.

27- Guna, D.L., and Pelletier, G., (1996), Successful multimodal treatment of a child with selective mutism: A case report. canad. jou. psychiat, 41 (6), 417-423.

28- Helzer, J.E., Robins, L.N., and Mcevoy, L. (1987), posttraumatic stress disorder in the general population. jour. Med., 317: 1630- 1634.

29- Herman. J.L., perry, J.C., van der kolk, B. A. (1989), Childhood trauma in borderline personality disordes. Americ. jou. psychiat., 146- 490- 495.

30- Hobfoll, S.E.; Spielberger, C.D; Breiz, S; figley, C.; Folkman, S., and Miligram, N. A. (1991), War related stress: Adressing the stress of war and other traumatic events. Ameri. psychologist., 46: 848- 855.

31- Holen, A. (1990), A long- term autcome study of survivores from a disaater. Oslo, Norway, Univer. of Oslo. (abstract).

32- Hunt, D.J. (1988), The effects of stressful life experiences on the adjustment of adolescent vietnames refugees. Foster Behav. research, 15; 375-378.

33- Hunt, N. (1997), Trauma of war. The psychologist, August, 357-360.

34- Kaffman, M. and ELizur, E. (1984), Children's bereavement reactions following death of the father. Internat. jour. family therapy, therapy, 61 (4), 259- 283. (abstract).

35- Kennerley, H. (1996), Cognitive therapy of dissociative symptoms assaciated with trauma. Brit jour. Clin. psychol. 35 (3), 325-340.

36- Kilpatrick, D.G., Saunders. B.E, and Amick-McMullan, A. (1989), victim and crime factors associated with the development of crime-related post-traumatic stress disorder. Behav. therapy, 20: 199-214. (abstract).

37- Kim, k. (1987), Severely batterd wives: clinical manifistations and problems in Korea. Internat. jour. family psychiat, 8: 387-414. (abstract).

38- Krell, R. (1990), Holocaust survivors: A clinical perspective. psychiat. jour. Univers. Otawa, 15 (1), 18-21 (abstract).

39- Kulka, R.A., Schlenger, W.E., and faibrack, J.A. (1990), Trauma and the vietnam war generation New York: Brunner/Mazel.

40- Kurtz, H. (1989), The Holocaust victims in Isreal: A general view of their adjustment problems and problems of their families, pschologica, 9 (1), 27-30. (abstract).

41- Lima, B.; Bai, S., and Santacruz, H. (1991), Psychiatric disoders among poor victims following a major disaster: Armero, Colombia. jour. Nerv. Ment. dis., 179: 420-427. (abstract).

42- Lockwood, L., and Haroutine, A. (1986). A population based survey of loss and psychological distress during war. jour soci. Med., 23 (3), 269-274. (abstract).

43- Malt, U. (1988), The long term psychiatric consequence of accidental injuries: A longitudinal study of 107 adults. Brit. jour. psychiat., 153: 810-818. (abstract).

44- Marsella, A.j., Friedman, M.J., and Spain, E.H. (1994), Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorder, in: R.S. Pynoos (ed), Posttraumatic stress disorder: A clinical review, pp. 17-42.

45- McCann, L; Sakheim, D., and Abrahamson, D.J. (1988), Trauma and victimization: A model for psychological adapatation. the counseling psychologist, 16 (1). 531-564. (abstract).

46- Mcforlane, M.C. (1988),The phenomenology of posttaumatic stress disorders following a natural disaster. jou. Nerv. Ment. Dis., 176, pp. 22-29. (abstract).

47- Mcfarlane, A.C., (1989), The aetiology of post-traumatic stress morbidity: predisposing, precipitating factors. Brit. Jour. psychiat., 154: 221-228. (abstract).

48- Milgram, R.M., and Milgram, N.A. (1976), The effects of the yom Kippur war on anxiety level in Isreali children. Jour. psychol., 14 (1), 107-113. (abstract).

49- Molica, R.; Caspi-Yavin., and Bollini, p. (1992), the Harvard trauma questionnaire: validating a cross- cultural instrument for measuring torture, Trauma, and PTSD in indochinese refugees. Jour. Nerv. Ment. dis., 180: 111-116 (abstract).

50- Moore, L., and Boehnlein, j. (1991), post-traumatic stress disorder, desperssion, and somatic sympotoms in U.S. Mien patients. jour. Nerv. Dis., 179: 728-733. (abstract).

51- Moos, R.H and Schaefer, J.A (1987), Life transitions and crises: A conceptual overview. in: R.H. Moos (ed). coping with life crises. New York: plenum press, pp. 3-23.

52- Moos, R.H; and Swindle. R.W. (1990), Stressful life circumstances: concepts and measures. Stress Medi., 6: 171-178. (abstract).

53- National victim center and crime victims research and treatment center (1992), Rape in America: A report to the nation (research report, 1992-1). Washington, Dc, National victims center and crime victims research and Treatment center. (abstract).

54- Orner, R. (1997), Folklands war veterans: What lies a head as they emerge from obscurity?, The psychologist, August. 351-355.

55- Perry, R. (1986), Citizens and disasters. Athens: Univers. of Georgia Press.

56- Pfister- Ammende, M. (1955), The symptomatology, Treatment, and prognosis of mentally ill refugees and repartriates in Switzerland, in: Murphy, H. paris (ed), Flight and resettlement. UNESCO, pp. 147-172.

57- Price, H.H. (1984), The falklands: Rate of British psychiatric combat causalities compared to recent American wars, Jou. Royal Army Med. Corps, 130, 109-113.

58- Punamaki, R. (1982), War and psychological effects. psychologia, 17 (1), 3-11. (abstract).

59- pynoos, R.S. (1994), Pottraumatics stress disorder: A clinical Review. New York: Sidran press.

60- Resick, P.A. (1990), Victims of sexual assault, in: A.J. Lurigio, W.G. Skogan; R.C. Davis (eds). victims of crime: problems, policies, and programe. Nwbury park, C.A, Sage, pp. 69-86 (Abstract).

61- Ried, D.D. (1960), Epidemiological methods in the study of mental disorders. Geneva: WHO.

62- Rodriguez, N. Ryon, S.W.; Kemp, H. V.,W. (1997), posttraumatic stress disorder in adult female survivors of childhood sexual abuse: A camparison study. Jour. Consul and Clini. Psychol., 65)1), 53-59.

63- Rothbaum, B.O.; Foa, and Riggs, D.S. (1992), Aprospective examination of posttraumatic stress disorder in rape victims. Jour. Traumatic stress, 5: 455-475 (abstract).

64- Rozee, p., and Van Boemel, G. (1989), The psychological effect of war trauma and abuse on older cambodian women. women and therapy, 8: 23-50.

65- Saigh, P.A. and Mrouegh, A. (1991), Academic variations among Traumatized Lebanese adolescents. paper presented at the annual association for advancement of behaviour therapy. Annual Convention, New York, November. (abstract).

66- Schwartz, J.H (1982), Guiding children's creative expressions in the stress of war. series in clinical and community Psychology stress and Anxiety, 8: 351-354. (Abstract).

67- Selye, H. (1974), Stress without distress. Philadelphia: Lippincott.

68- Shore, J.H., Tatum, E. and Volmer, W.M. (1986), psychiatric reactions to disaster: the mount saint Helen's experience. Ame. Jour. Psychiat., 143: 590-595.

69- Solkoff, N., and Shore, F., (1992), Children of survivors of the Nazi Holocaust: a critical review of the literature. Amer. Jou. Orthopsychiatry, 62: 342-358. (abstract).

70- Solomon, Z. (1989), Psyhcological sequelae of war: a three year prospective study of Israeli combat stress reaction casualties. Jour. Nerv. Ment. dis., 177: 342-346 (abstract).

71- Solomon, Z. (1993), Immediate and long-term effects of traumatic combat stress among Israeli veterans of the lebanon war. in: J.P. Wilson and B. Raphael (Eds), The international Handbook of traumatic stress syndromes. London: Plenum Press. (abstract).

72- Statt, D. (1991), The concise dictionary of psychology. London: Routldge.

73- Summerfield, D., D and Toser, L. (1991), «Loe intensity» war and mental trauma in Nicaragua: A study in a rural Community. Med. War, 7: 84-89.

74- Tanay, E. (1985), The vietnam veterans: Victims of war. in: W. Relly (ed) PTSD and the war veteran patiens. N. Y: Bruner, Mazel, pp. 29-42.

75- Thompson, S.B.N., (1997) War experiences and post-traumtic stress disorder. The psychologyist August, 349-350.

76- Waugh, Melinda, J. (1997), Kepping the home fires burning, the psychologist, August, 361-363.

77- Weisaeth, L. (1997), The stressors and the post-traumatic stress syndrome after an industrial disaster. Actapsyciat. Scand. Suppl., 355: 25-37. (abstract).

78- Westermeyer, J. (1988), Mental health for refugees and other migrants. Chicago, IL, Charles C. Thomas.

79- Westermeyer, J. (1989), Cross- Cultural care of PTSD: research, training, and service needs for the future. Jour. Traumatic stress, 2: 515-536.

80- Westermeyer, J. Williams, C., Nguyen, N. (eds) (1992), Refugee mental helth and social adjustment: A guide to clinical and preventive services. Washington, Dc, U.S, government printing office.

81- Wilson, J.P., and Raphael, B. (Eds), (1993), The international handbook of traumatic stress syndromes. London: Plenum Press.

82- Wilson, C. T., O' Leary, K. D., and Nathan, P.E. (1992), Abnormal Psychology, New Jersey: Englewood Clifs., Prentice Hall, p. 115.

83- Winje, D., (1996), Long-term outcome of trauma in adults: The psychological impact of a fatal bus accident. jour. Consult. and Clini. Psychol., v. 64 (5), 1037-1043.

84- Wolman, B.B. (1989), Dictionary of behavioral science. 2nd ed., San Diego: Academic Press.

85- Zlotnick, C.; Warshaw, M., Shea, M. T., and Keller, M.B. (1997), Trauma and chronic depression among patients With anxiety disorders. Jour. Consult. and Clin. Psychol., 65 (2), 203-213.

سيناريوهات التعامل مع الأسرى وعائلاتهم (تحليل الخطاب الكويتي واستشراقات للمستقبل)

ا.د. طلعت منصور
استاذ الصحة النفسية بكلية التربية
ومدير مركز الارشاد النفسي
بجامعة عين شمس

يقول «ابراهام ماسلو» في «رؤى المستقبل» Future visions، وهي مجموعة اوراق غير منشورة قام بتحريرها عنه «ادوارد هوفمان»:

«اننا لكي نحقق التغير السياسي والاجتماعي الانساني التوجه في عالم اليوم.. علينا ان نبحث عن اية طريقة من شأنها ان تزكى من التواصل، والفهم، والتضامن، والود، والثقة، والصراحة، والمكاشفة، والامانة، والتغذية الراجعة، والتوحد، والقربى، والشفقة، والتحمل، والتقبل، والصداقة، والحب. وعلى العكس كذلك، علينا ان نحد من الشك، وتوقعات هذاء العظمة، والخوف، والعداوة والخصومة، والدفاعية، والاستعلاء، والاستقطاب، والانشقاق والتمزيق، والانشقاق والتمزيق، والتغريب والاقصاء، والانفصال، والابعاد والمنع، والكراهية (Hoffman, 1996, pp. 132- 136).

ان الموقف من المستقبل واتجاهنا نحوه يشغل مساحة كبيرة من التفكير والتدبير، بقدر ما يمثل قوة فاعلة من طاقتنا البشرية ومعلما مهما من معالم طبيعتنا البشرية التي تتعاظم في قدرتنا على التعامل مع الاشياء والاحداث «في غيابها» ونتحرك بالواقع المحدود في «هنا والآن» Here and Now لتتجاوزه الى افاق «هناك وفيما بعد» There and Then، حيث نرى الواقع برؤية متحررة من قيود المكان والزمان وأكثر عمقا وشمولا، وندرك فيه علاقات جديدة وحلولا لمشكلات وتوقعات للتغيير والتحسين والتطوير.

وتتبدى هذه القدرة البشرية والطاقة الابداعية الكامنة والعاملة في الانسان فيما نتميز من امكانات، يبرز منها تلك الطبيعة التوسيطية للنشاط العقلي المعرفي للانسان؛ فهو نشاط «توسيطي»، غير مباشر، قوامه تلك الحقيقة بان تعامل الانسان مع ما يحيط به من الاشياء واشخاص وظاهرات واحداث لا يكون تعاملا مباشرا ولكن من خلال «وسائط» Mediators تتجسد خاصة في نظام اللغة والرموز، وما تحمله من لغة العلوم والتكنولوجيا والثقافة والفن والادب. وبهذه الامكانات يبدي الانسان مقدرة فائقة في معالجة صعوبات ومشكلات الحياة وفي تحسين نوعية الحياة في حاضره، وفي بناء المستقبل الممكن والمنشود في الحاضر، سعيا الى البحث عن صورة المستقبل في هذا الواقع المعاش وخطة تحقيقها في نسق منتظم يستوعب حركة الزمان ماضيا وحاضرا ومستقبلا.

ان التفكير بالمستقبل هو علامة حياة، وكلما كان هذا التفكير اكثر موضوعية كان الواقع اكثر راحة وتأكيدا لمشاعر الاطمئنان والتوازن (محمد احمد النابلسي، ١٩٩٩، ص ٤٣).

وإزاء هذه المقدرة الانسانية التي تكمن وراء ما حققه الانسان في سياق العملية التاريخية من حضارة وتقدم، هل يكون موقفنا من المستقبل بنظرة متفائلة ام متشائمة؟ وربما نجد اجابة عن هذا التساؤل نستمدها من تقرير لاستطلاع الرأي اجرته مجلة (الايكونومست» اللندنية عام ١٩٩٣ على مجموعة متميزة من الكتاب والعلماء والقادة عن توقعاتهم للمستقبل في المائة والخمسين عاما القادمة؛ يذهب التقرير الى التفاؤل بمقدرة الانسانية على حل مشكلاتها بقدر ما تسببت هي في تلك المشكلات،

وعلى تخفيف اشكال الهموم والكدر والمعاناة في هذا الكون (Hooper, 1996, P. 631).

السيناريوهات واستشراف المستقبل: (مفاهيمها ومواصفات بنائها) المستقبلية حلم وعلم، والحديث عن المستقبل يبدأ عادة باستجلاء ملامح الحلم الوطني، هذه الملامح تبدو اكثر وضوحا في الامم التي تعيش هذا العصر، وتبدو اكثر قدرة على التكيف مع مؤشرات المشتقبل. لذا تأتي الدعوة الملحة الى الاهتمام «بعلم المستقبل»، وبنشر الدراسات المستقبلية القادرة على تقديم رؤية شاملة لصورة الغد القريب والبعيد وسبل المشاركة في تشكيلها، وتعدد منابر الحوار حولها، وتشجيع كل فكر ابداعي يقدم لنا بدائل المستقبل، وحث المتخصصين على المساهمة الجادة بآرائهم عن البدائل المستقبلية المتاحة، ومناقشة «سيناريوهات» التغيير المطلوبة للانطلاق. في سبيل ذلك، **دعونا نختلف لنأتلف، ونغترب لنقترب** (احمد شوقي، ١٩٩٢، ص ص ٢٥٩ - ٢٦٢).

قد يعرف السيناريو على انه وصف لمستقبل ممكن اكثر من كونه عرضا لتنبؤ محتمل او لمستقبل فعلى (Kruzic, 1996, pp. 342-3). ويعرف أحياناً بأنه عبارة عن تتابع مفترض لأحداث مستقبلية (May, 1996, pp. 161-8) او انه صورة متسقة داخليا لمستقبل ممكن (Slaughter, 1995 p. 117)، او انه مجرد مجموعة افتراضات متماسكة (Godet, 1986, P. 136)، او انه وصف لمستقبل محتمل وللطريق (تتابع الاحداث المتماسكة) الموصل اليه (Godet, 1994, P. 60) (ابراهيم العيسوي، ١٩٩٨، ص ٧).

ويقدم «ابراهيم العيسوي (نفس المرجع) في «منتدى العالم الثالث» (Third World Forum) تعريفا واسعا واجرائيا للسيناريوهات فيما يلي:

«السيناريو وصف لوضع مستقبلي ممكن او محتمل او مرغوب فيه، مع توضيح لملامح المسار او المسارات التي يمكن ان تؤدي الى هذا الوضع المستقبلي، وذلك انطلاقا من الوضع الراهن او من وضع ابتدائي مفترض».

وتتصف السيناريوهات الجيدة، بناء عل هذه المفاهيم، بعدة مواصفات، من أهمها ما يلي (ابراهيم العيسوي، نفس المرجع، ص ص ١ - ٢١):

أ - الاختلاف والتمايز بين السيناريوهات لأنهما يساعدان على فتح مجالات الامكانات والخيارات واستثارة الخيال والفكر والابداع.

ب - الاتساق الداخلي بين مكونات السيناريو، ولكن لا يعني ذلك ان تكون خالية من التناقضات لان السيناريوهات لا تمثل اوضاعا مثالية بل اوضاعا ممكنة؛ ولذا يجب التمييز بين التناقض الذي يتعين غيابه حتى يكون السيناريو متسقا في داخله، والتناقض الذي لا مفر من وجوده حتى يكون السيناريو ممثلا لمستقبل ممكن.

جـ من سمات السيناريو الجيد انه سهل الفهم، حتى يمكن استيعابه والعمل به.

د - السيناريو الجيد هو سيناريو ممكن الحدوث، وليس محض خيال. ولذا ينبغي ان يتصف بالمعقولية، بمعنى ان يسرد عملية الانتقال من الوضع الراهن او الابتدائي الى الوضع المستقبلي بطريقة منظمة منطقية.

هـ - القدرة على الكشف عن الانقطاعات او نقاط التحول في المسارات، والقدرة على توقع الاحداث المثيرة للاضطراب في السيناريو او المؤدية الى انحرافه عن مساره الطبيعي وبطبيعة الحال تزداد قدرة السيناريو على ذلك كلما اتسعت المساحة التي يفردها للمتغيرات الكيفية في السلوك والقرارات والتشريعات وعلاقات القوى الاجتماعية والتحالفات السياسية والمؤثرات الاقليمية والدولية وما الى ذلك.

و - ان تكون السيناريوهات ذات فائدة لعملية صناعة القرارات والتخطيط لمستقبل افضل.

طرق بناء السيناريوهات وخطواتها:

يطرح «منتدى العالم الثالث» ثلاث طرق رئيسة لبناء السيناريوهات، وهي (ابراهيم العيسوي، ١٩٩٨، ص ص ٢٣ - ٢٥):

١ ـ **الطريقة الحدسية**، وقوامها «الحدس»، واعمال قدرات التطور والخيال والاستبصار، والقدرة على التركيب من خلال النماذج الذهنية. وتلك طريقة كيفية وكلية للتنبؤ تُعنى بتصميم مجموعة الشروط الابتدائية وكتابة مواصفات المسار المستقبلي وصولا الى تحديد الوضع المستقبلي في نهاية فترة الاستشراف.

٢ ـ **طريقة النمذجة**، وهي طريقة كمية أساساً، وبرغم ما بها من افتراضات مقيدة، فانها تتميز بالقدرة على التعامل مع عدد ضخم من المتغيرات والتنسيق بين سلوكها وحساب نتائج الخيارات المختلفة وتقدير ما يصحبها من تكاليف ومنافع».

٣ ـ **الطريقة التفاعلية**، وقوامها التفاعل بين الحدس والنمذجة، حيث تتاح فرص واسعة للعون المتبادل بين الحدس والنمذجة من خلال «المماثلة» او «المحاكاة». وهنا يظهر دور الحدس والتخيل جنبا الى جنب مع المعلومات والوقائع والنظريات.

وتعول الورقة الحالية على **الطريقة التفاعلية** التي تعتمد في الاساس على الحدس في تفاعله مع اسلوب المحاكاة او المماثلة المستمدة من نماذج من الخبرات العالمية والعلمية والعملية في التعامل مع الاسرى وعائلاتهم.

ملامح بناء سيناريوهات التعامل مع الاسرى الكويتيين وعائلاتهم:

يتقدم بناء سيناريوهات التعامل مع الأسرى الكويتيين وعائلاتهم وفقا لعدة ملامح على النحو التالي:

اولا: وصف الوضع الراهن والاتجاهات العامة:

تتحدد المهمة التي يتعين تحقيقها في هذه الخطوة في تحليل وضع الاسرى والمرتهنين الكويتيين في اطار عدة ملامح ومتغيرات، وهي:

أ ـ ان العراق عند احتلاله للكويت قد اعتقل مئات الكويتيين من الرجال والنساء والاطفال، وازداد عدد الاسرى والمرتهنين لديه في فترة تحرير الكويت في فبراير عام ١٩٩١.

ب ـ قامت دولة الكويت، ومن خلال مرسوم اميري، بانشاء «اللجنة الوطنية لشؤون الاسرى والمرتهنين» التابعة للديوان الاميري؛ كما قام مجلس الامة بتكوين لجنة مماثلة، اضافة الى بعض اللجان الاهلية التي تتصدى لقضية الاسرى الكويتيين من ابعادها المختلفة ـ الدولية والعربية والمحلية، وفي مجالات الرعايا والمساندة المتعددة لعائلات الاسرى وابنائهم؛ ويبلغ عدد ابناء الاسرى ٢٨٧ فردا ينتظمون في مراحل التعليم المختلفة.

حـ ـ لا يزال العراق يحتجز ٦٠٥ اسيرا كويتيا من اعمار مختلفة، خلفوا ورائهم اسرهم التي تنتظر عودتهم، في أمل العودة ولم الشمل.

د ـ لقد بذلت الكويت جهوداً كبيرة بالنسبة لقضية الاسرى على كافة الاصعدة ـ الحكومية والاهلية، والدولية والعربية، ومن خلال سعي وضغط مستمرين ومنتظمين لتطبيق القوانين والمواثيق الدولية الخاصة بالاسرى وباليات اطلاق سراحهم.

ويعتمد تحليل الوضع الراهن وما يمكن استقراؤه منه من اتجاهات عامة لمشكلة الاسرى الكويتيين، على استعراض العناصر او المكونات الاساسية التي تشكل الوضع الراهن وبيان نقاط القوة ونقاط الشعف بالنسبة لكل عنصر، والاتجاهات العامة البازغة او ارهاصات التغيير التي قد يكون اثرها محدودا في الوقت الراهن، ولكنها تنبئ بتحولات مهمة في المستقبل.

وتتحدد عناصر تحليل الوضع الراهن لمشكلة

الاسرى الكويتيين فيما يلي:

(١) الاسرى انفسهم

(٢) عائلات الاسرى

(٣) المجتمع الكويتي

(٤) المحيط العربي والاسلامي

(٥) المحيط العالمي

(٦) العراق

ونفيد في تحليل هذه العناصر من معلومات وبيانات تعتمد على طريقتي الحدس والنمذجة، استقراء لخبرات انسانية متنوعة ونتائج بحوث عالمية عن الاسرى في مواقع وظروف عديدة في العالم، واضعين في الاعتبار ان هذه الاستقراءات القائمة على «المماثلة» تستند الى واقع الطبيعة البشرية Human-nature based. وسوف نركز على المكونين او العنصرين الاولين، وهما الاسرى وعائلتهم، باعتبارهم جماعة الهدف للاستشراف المستقبلي لاعادة تأهيلهم واستعادة فاعلياتهم.

جماعة الهدف (١): الأسرى:

بطبيعة الحال، وازاء غياب اي اتصال او توفر معلومات عن الاسرى الكويتيين في معتقلات العراق، ويكون تعرف الوضع النفسي ومآله من التطور مستمدا «بالمماثلة» من نتائج بحوث في هذا الميدان.

تتصف فترة الاسر بانفعالات شديدة تتذبذب في شكل دورة بين اليأس والنشاط والابتهاج Desperation- euphotia. وتتطور حالة الاسير في هذه الفترة في سياق اربع مراحل، تتطلب بعد الافراج عن الاسير فحصا وكشفا يفيدان في بناء الخطة الارشادية/التأهيلية/ العلاجية للاسير، وهذه المراحل هي (Gilliland and James, 1993, PP. 510-513; Strentz, 1991, PP. 104-120).

مرحلة الانذار Alarm، وهي اكثر المراحل صدمية وخطورة، وحيث يكون المعتدون الآخذون للمرتهنين والاسرى Hostage takers او الآسرون Captors في حالة انفعالية وعدوانية زائدة ويقومون بكل اشكال القسوة والارهاب من اجل قمع الاسرى الذين يكونوا في حالة من الهلع والذهول والعجز وفي موقف مشحون بالخطر الزائد في كل لحظة، وكما لو انه كابوس لا يصدق. وكثيرا ما يلجأ الاسرى الى اصطناع اليات دفاعية من الهدوء واليقظة والمطاوعة ومن الانكار لواقع المواقف كحيل يتجنبون بها المواقف واللحظات زائدة الخطر.

مرحلة الأزمة Crisis، وهي اكثر المراحل حسما لانها تحدد الاتجاه العام لبقية الموقف؛ فالتفاعل بين الاسير والحراس في هذه المرحلة قد يؤدي اما الى زيادة فرص النجاة والبقاء او الى تفاقم الخطر. وعلى الرغم من ان الاسرى قد يستمرون في انكار الواقع الذي يعيشونه في الاسر، فانهم كثيرا ما يدربون انفسهم على التعامل مع الحقيقة ويتخذون قرارهم في مواجهة الواقع ويندمجون في سلوك طبيعي تكيفا مع هذه الظروف؛ ومن شأن هذا التغير المتوقع في هذه المرحلة ان يخفف من حالهم الانفعالية ويمنحهم نوعا من الهروب العقلي Mental escape. وفي هذه المرحلة قد يتعزز لديهم موقف المسؤولية ازاء حماية الذات والآخرين كرد فعل لظروف الاسر ولأساليب معاملتهم؛ وهنا لا يفقد الاسير قدرته على ضبط انفعالاته.

ومن ناحية اخرى، ربما تنشأ لدى الاسرى في هذه المرحلة بعض المشكلات وبخاصة مشكلات: الشعور بالعزلة Isolation، ورُهاب الأماكن الضيقة او المغلقة Claustrophobia وفقدان الاحساس بالزمن Sense of time. فمع العزلة يكون تفاعلهم فقط مع عدوهم؛ ويكون الاحساس بالزمن عاملا مهما بالنسبة لامل الافراج عنهم. وقد يؤدي السؤال عن الوقت او التاريخ الى اثارة عدوانية الحراس. ولذلك يدرب الاسرى

انفسهم على تجاهل مثل هذه الامور التي قد تجعلهم تحت رحمة الحراس.

التكيف Accomodation، وهي المرحلة الاطول والاكثر تخدرا واحتماءً بالسكينة والصبر والمطاوعة والمسايرة. وتتصف هذه المرحلة بان الاسير يمضي ايامه في ضجر ومشقة ومعاناة، ومن خوف او شر مرتقب ازاء لحظات من الرعب بين الفينة والاخرى. وتتذبذب انفعالاتهم لذلك بين الصعود والهبوط، الامر الذي قد يؤول الى شعور بالاجهاد.

ومن التغيرات التي كثيرا ما تلاحظ في هذه المرحلة ما يعرف بـ «زملة ستوكهولم» Stokholm syndrome، التي قد تنشأ لدى الأسرى مع طول مدة الاسر، وتتمثل فيما قد يتطور بين الحراس والاسرى من علاقات وجدانية. وتنطوي هذه الظاهرة على ثلاثة عناصر، وهي:

١ ـ تولد مشاعر ايجابية لدى الاسرى نحو الحراس.

٢ ـ تولد مشاعر سالبة لدى الاسرى نحو السلطات والمسؤولين.

٣ ـ تولد مشاعر ايجابية لدى الحراس نحو الاسرى.

ومن المحتمل ان تنشأ هذه الظاهرة كاستجابة انفعالية لا شعورية تلقائية ازاء صدمة الاسر. ويؤدي التفاعل اليومي وجها لوجه بين الاسرى والحراس والالفة بينهم الى تبادل الاستجابات والمشاعر فيما بينهم ازاء مشكلات كل منهم ومشاركتهم لبعضهم البعض آمالهم ومخاوفهم ونظرتهم للحياة. ومن شأن هذا التوحد الايجابي بينهم ان يخفف من وطأة الاسر وان يحمي الاسرى من بطش الحراس.

ومن ناحية اخرى، فانه مع احتمالات تطور هذه العلاقات الانفعالية بين الاسرى والحراس، قد يتطور في المقابل لدى الاسرى شعور بان السلطات هي السبب الرئيسي للمشكلة؛ كما قد ينشأ هذا الاتجاه كذلك لدى عائلات الاسرى. ويمكن تفسير هذه الظاهرة بان العدوان المكبوت لدى الاسرى وعائلاتهم ـ وهو عدوان ينبغي ان يوجه الى الخارج Outward aggression اي الى الموضوع الاصلي وهدفه وهو العدو المعتدى ـ يتحول الى عدوان موجه الى الذات Inward aggression. وتلك حقيقة قد لا تخفى على الاختصاصيين والمسؤولين.

مرحلة الانفراج Resolution، وفيها تكون ردود فعل الأسرى مشوبة بالخلط والارتباك نحو الحراس رموز العدو المعتدى ونحو السلطات والمسؤولين عن تحريرهم من الاسر. وليس بالقليل ان يبدئ الاسرى مشاعر من العداء ازاء السلطات اعتقادا منهم بانهم مسؤولون اساسا عن حدوث هذه الصدمة لهم. وعلى الرغم من اعتراف الأسرى بان المعتدين وحراسهم قد جعلوهم يعيشون في جحيم طيلة الاسر ووضعوا حياتهم في ايديهم، فان الاسرى يميلون الى ان يشعروا بانهم يدينون بطريقة ما بالفضل للمعتدين بانهم قد اعادوا لهم حياتهم.

ويتوقع ان الاسرى الناجين من الاسر سوف يعانون من مشكلات جسمية ونفسية تتراوح بين الشعور بالعظمة والاضطهاد ونوبات القلق الى اعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة PTSD. ويحتاج هؤلاء الاشخاص الى بناء الوعي لديهم بان تحريرهم من الاسر قد لا يعنى بالضرورة نهاية مشكلاتهم المرتبطة بخبرات الاسر.

يقدم فرانكل (١٩٨٢: ١١٦ ـ ١٢٦) صورة كلينيكية عن سيكولوجية الاشخاص المعتقلين في معسكرات الاعتقال وبعد الافراج عنهم فيما يعرف بزملة «مرض الاسلاك الشائكة» Barbed Wire Sickness، وتبدو في اعراض اساسية من ابرزها الاغتمام وفقدان القدرة على الاحساس بالسرور، واضطراب الشخصية، والشهية الزائدة، والكلام الزائد،

والقسوة، والعدوانية. يقول فرانكل: وينبغي ان نضع في الاعتبار ان الشخص الذي كان تحت ذلك الضغط النفسي الهائل في سجون او معسكرات الاعتقال، من الطبيعي ان يكون في خطر بعد اطلاق سراحه. فهذا الخطر في منظور الصحة النفسية هو صورة نفسية مطابقة للقيود التي رزح تحتها. فكما ان الصحة الجسمية للغواص تتعرض للخطر اذا ترك مكان الغوص فجأة (حيث يكون تحت ضغط جوى عال)، كذلك فان الشخص الذي يجري تحريره فجأة من الضغط النفسي قد يعاني من اختلال في صحته النفسية.. فالآن وبعد تحررهم، صاروا يعتقدون انهم يستطيعون استخدام حريتهم بلا قيود وبلا هوادة؛ فكأن الشيء الوحيد الذي تغير بالنسبة لهم هو انهم القامعون من المُقْمعين. لقد صادوا محرضين، وليسوا اهدافا للقوة العاتية، وللظلم المقصود ويبررون سلوكهم بخبراتهم البشعة.. لذا كان من الطبيعي العمل على اعادة هؤلاء الاشخاص الى لحقيقة المألوفة بأنه ليس من حق اي شخص ان يأتى بخطأ، حتى ولو وقع عليه خطأ؛ وكانت عملية اعادة هؤلاء الاشخاص الى هذه الحقيقة تتم بطريقة بطيئة ومنظمة» (ص ص ١٢٢ - ١٢٣).

جماعة الهدف (٢): عائلات الأسرى

ان مشكلة الاسرى الكويتيين، وبحكم طبيعة المجتمع الكويتي وثقافته، هي مشكلة قائمة تعيشها اسرة الاسير وتؤرقها في كل يوم ولحظة، ومع محركات قضية الاسرى على المستويات الوطنية والعربية والعالمية، والجهود الحكومية والاهلية، والمساعي الرسمية والشعبية، بحيث لا يخلو تصريح او خطاب للمسؤولين في دولة الكويت عن ابراز مشكلة الاسرى في مقدمة القضايا الوطنية الكبرى.

والواقع، ورغم مرور فترة طويلة على الاسرى الكويتيين في سجون ومعتقلات النظام العراقي، فان وضع «اللاحل» لهذه المشكلة يجعل الاسرة الكويتية في حالة من الانتظار والترقب والتوقع لعودة الزوج والاب والابن لذويهم، وتأرجح تلك الحالة صعودا وهبوطا بين الأمل واليأس، وتعلقا بأي خبر او حتى شائعة عن انفراج الازمة، ثم شعور قاتم بالاحباط وما يثيره من ردود فعل عدوانية غالبا ما تواجه الى الذات وتأخذ مظاهر متعددة جسمية وانفعالية.

وتوضح نتائج دراسة ميدانية عن مشكلات الاطفال والمراهقين ابناء الشهداء والاسرى والمفقودين وحاجاتهم الارشادية (ثيولا البلاوى، ١٩٩٨) مدى ما يعانيه ابناء الاسرى من مشكلات تؤثر على عدة مجالات من فعاليات حياتهم، وهي: المشكلات المتعلقة باضطراب لضغوط التالية للصدمة، والمشكلات السلوكية، والمشكلات الدراسية، والمشكلات المتعلقة بالاغتراب والوحدة النفسية، ومشكلات التوافق الاجتماعي، ومشكلات نفسية عصبية، ومشكلات اضطراب النوم، ومشكلات نفسية جسمية. وتعكس هذه المشكلات واقع عائلات الاسرى وما تعيشه هذه الاسرة من دورة وقوعها ضحية العدوان والاسر Family victimization cycle، وانتقال اثر الخبرة الصدمية المتعلقة باحداث الاسر ومشاهده بين اعضاء الاسرة.

ثانيا: تفهم ديناميكية النسق والقوى المحركة له:

قضية الاسري: (تحليل الخطاب الكويتي في مقابل الخطاب العراقي)

ان تناول قضية الاسرى وافاقها المستقبلية يقتضي منا ان نولي اهمية خاصة للمنظور النفسي الاجتماعي لهذه القضية من جانبين: الاستشراف المستقبلي للتعامل معهم ومع عائلاتهم بهدف العمل على استعادة فاعلياتهم وخفض الآثار السلبية لصدمة الاسر وخبرات المعاناة من طول فترة الاسر، اما الجانب الآخر فهو ديناميكية النسق الذي تتحرك فيه قضية الأسرى والقوء الفاعلة فيه.

ويمكن الاستعانة باسلوب «تحليل الخطاب»

Discourse analysis Whetherell and potter, (1988 وما وراء الخطاب من معان ودلالات اجتماعية وسياسية بالغة الاهمية تكشف عنها «سيكولوجية الخطاب» Discursive psychology فعال طوره «ادواردز ويوتر» (Edwards and Potter, 1992)، يقدم «ادواردز ويوتر»، من خلال دراساتهما وخبراتهما في تحليل «خطاب حرب الخليج» Gulf War discourse، نموذجا لتحليل الخطاب وتبصر مضامينه الواقعية واستخلاص المصادر الفعلية الكامنة وراء الخطاب والرسالة اللغوية التي ينقل بها عن طريق التصريحات او الاقوال الشفهية او الكتابية؛ يعرف بـ زنموذج الفعل الخطابي» Discursive Action Model (DAM).

يتضمن «نموذج الفعل الخطابي» (DAM) ثلاثة مكونات رئيسة وهي (Edwazrds and Potter, 1992, pp. 153-170): الفعل Action والحقائق والاهتمامات Fact and Interest، والمحاسبية Acountability ويركز هذا النموذج على الاشياء التي يفعلها الناس والجماعات، وحيث تُعنى سيكولوجية الخطاب بممارسات الناس وتصرفاتهم وافعالهم: التواصل والتفاعل والجدل والمحاجاة؛ وكذلك بالمؤسسة او المؤسسات التي تكون مسؤولة عن هذه الممارسات في مواقع مختلفة. وهذه الافعال الخطابية لا تحدث منعزلة ولكن كجزء من نشاطات متتابعة. وهنا تبدو قضية مهمة وهي ما قد يحتويه الخطاب احياناً من تشويه او تحريف او كذب او ادعاء او سوء تأويل لما يفكرون فيه او يعبرون عنه. ومن ناحية اخرى، ينطوي الخطاب على حقائق واهتمامات وتوجهات يمكن تكشفها من الخطاب ومن تحليل مضمونه النفسي وما يعكسه من مؤشرات سياسية واجتماعية. كذلك فإن «نموذج الفعل الخطابي» يضع في الاعتبار عامل المحاسبية، اي مسؤولية الشخص او الاشخاص ازاء مؤسسة او منظمة او نظام يعملون فيها او ينتسبون اليها، وحيث تأتي تصريحاتهم ولغتهم وتقاريرهم لتعكس واقع النظام واتجاهاته ومراميه.

ومن الغريب ان يأتي هذا النموذج الذي طوره «ادواردز ويوتر» من واقع خطاب حرب الخليج؛ وهي نموذج نتبين منه مصداقية تطبيق اسلوب «تحليل الخطاب» و «سيكولوجية الخطاب» في تعرف ما يحيط بقضية الاسرى من خطاب مشوه او مضلل يرجوه العراق، واستمرار لاسلوبه المكشوف في «التشويه المعرفي» لحقائق ازمة الخليج وتداعياتها وصولا الى حرب تحرير الكويت واستمرار الازمة في قضية الاسرى خاصة.

يبرز «ادواردز ويوتر» (pp. 170-175) مثالا على لغة الخطاب العراقي وما ينقله من مفاهيم ومعان مغايرة للواقع الفعلي ومخادعه للعقل العراقي خاصة، يتعلق بحرب تحرير الكويت؛ فقد اعلن راديو بغداد انه «في يوم الاثنين الماضي (٢٥ فبراير ١٩٩١) قد صدرت الاوامر الى قواتنا المسلحة بالانسحاب بطريقة منظمة الى المواقع التي كانت تحتلها قبل ١ اغسطس... كموافقة عملية على القرار رقم ٦٦٠».

ويزعم العراق هكذا بمصطلحات مثل «انسحاب» و «بطريقة منظمة»، انه قد حقق انتصارا في «ام المعارك» وصار صاحبها «بطلا»؛ وهي مصطلحات تخفي واقع الهزيمة البشعة، كما تجعل الباب مفتوحا لخيارات اخرى في المستقبل (P.173).

وتلك هي لغة الخطاب العراقي التي استمرأت استخدام وسائل واليات الخداع والتضليل والمراوغة واشاعة ما يعرف بـ «الحقائق المصطنعة» Artifacts في تعاملها داخل البيت العربي وعلى المساحة العالمية، بما يشكل مسرحية هزلية يشاهد العالم فصولها المتتابعة منذ حوالي عشرة اعوام ولم يصل الى نهايتها بعد او لم يستطع ان يوقف عرضها حتى الان.

وفي هذا السياق، ومع تطور (Course) اسلوب الخطاب العراقي منذ بدايته (onset) وكما يعكس طبيعة علاقاته ومراميه مع جيرانه بدءاً بالحرب العراقية الايرانية وفشلها وحتى احتلال الكويت وفشله، واصطناعا لاليات التبرير والادعاء التي عاشها العالم مع الخطاب العراقي في العقدين الاخيرين من القرن العشرين وكشف «ما وراء الخطاب» العراقي من واقع وخطوط مسار متوقعة ـ ترتسم صورة الخطاب العراقي ازاء قضية الاسرى في الملامح التالية:

(أ) يعمد العراق الى استثمار ورقة الاسرى الكويتيين كي تكون سندا يركن اليه لاستبقاء وجوده من اعتبار مجموعة الاسرى الكويتيين حائطا يتخفى ويتستر وراءه ليواصل هذاءات العظمة والبطولة التي يحاول بتخفى ويتستر وراءه ليواصل هذاءات والبطولة التي يحاول بها «غسل» العقل العراقي (ولا ننسى التصريح الذكي والاستفزازي لمارجريت تاتشر رئيسة وزراء بريطانيا في بداية ازمة الخليج واحتجاز العراق لبعض الرعايا الاجانب ومنهم النساء، وحيث قالت انه يتخفى وراء ستار من النساء) ولا شك ان الاستمرار في الاحتفاظ بالاسرى الكويتيين، الذين لا حول لهم ولا قوة، مؤشر لضعف العراق وتهالكه وحيلة دفاعية هروبية لخداع شعب ازاء الفشل، كل الفشل، للتطلعات العدوانية، فالمباراة التي يلعبها العراق تنعدم فيها قواعد اللعب؛ وهي قواعد عقلانية وانسانية وحضارية؛ بل هي مباراة يائسة وبائسة، خالية من حقوق الانسان، وحق الجوار، وحق العروبة والاسلام.

ب ـ وهذه المباراة المتكررة والخاسرة كانت ايضا هي نفس مباراة العراق مع قضية الاسرى الايرانيين في سجون العراق؛ فقد ظل العراق ولفترة تزيد على سبع سنوات بعد انتهاء الحرب التي اضرمها النظام العراقي ضد ايران ينكر وجود هؤلاء الاسرى، ويراوغ في الاعتراف بهم ويتملص من الافصاح عن وجودهم وعن تقدير حجمهم، ويعمد الى المماطلة في الافراج عنهم، ثم يتغير الخطاب العراقي ويعترف بقضية الاسرى الايرانيين ويفرج عنهم، كرد فعل للضغط المفروض عليه بسبب العزلة التي فرضت عليه نتيجة موقفه من الكويت، وفي محاولة لاسترضاء ايران وللخروج من العزلة.

حـ ـ ان العراق، بعد ان استنزف بكل **نزف القوة** Arrogance of power موارده، قد صار لا يملك مصادر حقيقية للقوة والفاعلية تمكنه من تحقيق مأربه، خاصة بعد تحجيم قواه وتقليم اظافره من قبل المجتمع الدولي؛ فمصادر القوة، سواء عسكرية او دبلوماسية، صارت في حالة من التعطل او التعوق او التفكيك او حتى العجز من ناحية، ثم تتفاعل بالنقيض، من ناحية اخرى، مع هذاءات القوة والعظمة مما يدفعه الى البحث عن اي مصدر او وسيلة (مثل قضية الاسرى) يحاول بها ان يثبت وجوده المتداعى داخل المنظمات الدولية او العربية. وامام هذه **الاختزالية والتخاذلية لمصادر القوة لدى العراق، فان مواصلة الضغط عليه يعمل على دفعه للتراجع عن غيه وغروره.**

د ـ لم يعد يخفى على احد، سواء على اعلى مستويات الدبلوماسية في العالم او على مستوى رجل الشارع، ان العراق قد صار هكذا يستثمر قضية الاسرى، كاسلوب انهزامي وكأداة خاسرة لتحقيق مكاسب من ورائها، تتمثل في الابتزاز متعدد الوظائف. فهو ابتزاز للعقلية العراقية بوجود قضية تنشغل بها لأنه لم تعد توجد في الواقع مع العراق قضايا حقيقية يجتمع عليها الشعب العراقي ويستثمر مصادره من اجل البناء والتقدم الحقيقيين لشعبه الذي صار مخدرا بقضايا موهومة او لفظية او انفعالية لم يعد خطابها مقبولا من عقلية هذا العصر؛ وهو ابتزاز داخل البيت العربي الذي صار نتيجة لمواقف العراق في حالة من التفكيك التي لم يستطيع العرب معها بعد ان يعقدوا مؤتمرا لقمة

عربية حتى الان، تسعى لرأب الصدع في البيت العربي، بعد مؤتمر القمة المأساوى الذي عقد في القاهرة غداة احتلال الكويت كمحاولة لاحتواء الازمة؛ وهو ايضاً ابتزاز للمجتمع الدولي ومؤسساته وجهوده في عملية من مرض المقامرة Gambling، وهي مقامرة بورقة الاسرى التي يخفيها العراق ويكشفها في مواقف يوهم فيها انه يستطيع ان يخدع العالم بنفس الاسلوب الذي خدع به شعبه؛ فهو موقف يعبه العالم بانه يتعامل مع نظام مغامر ومقامر بستخدم ورقة خاسرة تضاف الى كل اوراقه الخاسرة؛ **ويبدو بذلك ان ورقة الاسرى هي الورقة الاخيرة التي سوف يسلمها العراق ويستسلم بها بعد ان فشل في ان يحقق منها اي مكاسب، عدا مكاسبه الموهومة.**

هـ ــ اننا لا زلنا نعيش تداعيات نفسية للحالة المرضية الناجمة عن حرب الكويت، وهي الحالة التي عبرت عنها دراسة «لويد دي مويسى» (De Mause) التي نشرت عام ١٩٩١ وحيث اعتبرت «حرب الخليج حالة من الاضطراب النفسي» (Gulf War as a mental Disorder) واننا لنرى في واقع الحال الآن استمرار تلك الحالة في قطبيها المتناقضين: **السادية والماسوشية**؛ ففيما يتعلق بالسادية، اي النزعة المرضية الى تعذيب الآخرين في اشكال عديدة من الافعال العدوانية، فهي متجسدة في الافعال العراقية في بدء بالمغامرة مع ايران وصولا الى مغامرته مع الكويت وامتدادها الى الساحة العالمية بما فيها موقفه اللاانساني من قضية الاسرى.

اما القطب الآخر الذي يعنينا هنا من دينامية الاضطراب النفسي، فهو الماسوشية، وتعني النزعة المرضية الى تعذيب الذات؛ وهي نزعة واضحة في استمراء الاسلوب العقابي الذي صار يوقع عليه وبشكل متكرر ومتعدد الصور والاساليب في مواقفة مع المجتمع الدولي، بدءً من عقاب الهزيمة في حرب تحرير الكويت، واشكال العقاب التي ينالها العراق وتلحق بشعبه الضرر كل الضرر إزاء مواقفة من عمليات فرق التفتيش على الاسلحة الكيميائية والجرثومية ومن قضية النفط مقابل الغذاء دون ان يعبأ بالحالة المتدنية والبشعة التي وصل اليها الشعب العراقي في تلبية ابسط «حاجات البقاء» من غذاء ودواء.

ونرى الماسوشية، بجانب ذلك، متجسدة في إهمال كرامة العراق الذي يحمل تاريخا حضاريا عريقا في نسق الحضارة العربية والاسلامية. فهو بعدم احترامه للمجتمع الدولي وقراراته واستمرار فرض العقوبات على العراق؛ يبدو انه قد استمرأ تعذيب ذاته باستباحة انتهاك ارضه ووطنه للرقابة والتفتيش عليه ورفضا للعقل العالمي والضمير الانساني اللذين اتخذا موقفهما من ضرورة إيقاف النزعة والاجراءات العدوانية لدى هذا النظام؛ واصبح مشهد فرق التفتيش، جيئة وذهابا، دخولا وخروجا، عملا وتعطيلا داخل الارض العراقية، يعبر عن مرئية حقيقية للحالة التي وصل اليها الشعب العراقي المظلوم الذي صار يعاني اشكال العذاب والمهانة، وصار ايضا يستدعي ردود فعل انسانية تتعاطف مع مأساة الشعب العراقي.

و ـ يعمد العراق الى اللعب بورقة الأسرى الى خلق حالة من التوتر في المجتمع الكويتي عن طريق توجيه الخطاب العراقي فيما يتعلق بقضية الأسرى توجيها يعتمد على «الغموض» وعلى ما يعرف بـ «التنافر المعرفي» Cognitive dissonance؛ فلا يزال العراق لا يبدي تجاوبا إزاء انهاء قضية الأسرى، ولا يقدم بشأنها معلومات او بيانات تستجلي ما يكتنفها من غموض، ويفتح الباب لحلول كثيرة لتداعيات محنة احتلال الكويت. بل ان أسلوب الخطاب العراقي يعمد ايضاً الى رفع الحالة القصوى للتوتر، التي ربما يرى فيها

وسيلة للضغط على الكويت من داخلها إزاء حالة الإحباط والغضب التي تعتمل لدى عائلات الأسرى والتي قد يرمى من ورائها الى ان تصير ورقة ضغط على المسؤولين في الكويت. والواقع ان الأمر قد سار في الاتجاه الآخر، وهو ان عائلات الأسرى ومتطوعين عديدين بالكويت وغيرها من بلدان العالم قد صاروا وبالتعاون احياناً مع «اللجنة الوطنية لشؤون الأسرى والمرتهنين» يشكلون «جماعة ضغط» تعمل فعالة للضغط على المجتمع العربي والدولي لتحريك قضية الأسرى ولحلها.

تحليل الروايات وتقريرات شهود العيان:

وارتباطا بأسلوب «تحليل الخطاب» و «سيكولوجية الخطاب» فيما يتعلق بقضية الأسرى الكويتيين، تفيد هذه الدراسة ايضاً من أسلوب طوره «راسيمان» (Reissman, 1993) يعرف بـ «**تحليل الروايات والقصص وتقريرات شهود العيان**» (Naarative Analysis). ووفقا لهذا الأسلوب، تبرز قضية الأسرى كواقع ووقائع ووثائق، استنادا الى استيفاء الكويت للملفات الخاصة بالأسرى و إيداعها كوثائق لدى اللجنة الدولية للصليب الاحمر؛ وجمع قصص عديدة سواء القصص التي يرويها الكويتيون عن ذويهم (مثل، القصة التي يرويها والد احد الأسرى وإسمه جمال عبد الحميد العطار الفني الاذاعي بوزارة الاعلام والذي اختفى منذ الثاني من أغسطس ١٩٩٠، وحيث علم والده فيما بعد من بعض الأسرى الذين اطلق سراحهم انهم قد شاهدوا ابنه في احد السجون العراقية)، وتسجيل تقارير شهود عيان لمصريين وباكستانيين كانوا معتقلين على مدار السنوات الماضية في السجون العراقية تؤكد وجود أسرى كويتيين داخل السجون العراقية رغم نفي العراق لتلك الوقائع؛ وهي الوقائع التي توصلت اليها أيضاً تقارير البعثة المشتركة للمنظمتين العربية والمصرية لحقوق الإنسان تسجل شهادة عيان وجود أكثر من ٣٥٠ اسيرا كويتيا شوهدوا في السجون العراقية. ولا شك ان استخدام اسلوب «تحليل الروايات وتقارير شهود العيان» ليؤكد الحق الكويتي ويسجله كوثائق تخاطب العقل من خلال الحقائق والوقائع، وتستنهض الوجدان من خلال العقل؛ وهو الأسلوب الذي تألفه عقلية العصر ويعكس الخطاب العالمي. وحسبنا ان الكويت قد حققت في هذا الشأن خطوات كبيرة في سبيل توثيق قضية الأسرى واقعا حيا امام العقل والوجدان والفعل العربي والدولي.

وفي مقابل الخطاب العراقي، وتبصرا بسيكولوجية هذا الخطاب واستيعابا له، يَبْرُزُ الخطاب الكويتي عاقلا وقويا في أهدافه ومضمونه ولغته ورسالته المعبرة عن الحق الكويتي في حتمية إنهاء مشكلة الأسرى وتداعياتها وفتح الباب أمام «نظام عربي جديد» يجسد قيم الحضارة العربية والإسلامية، ولا يسمح بمثل ملهاة ومأساة احتلال الكويت. وفي إطار ما سبق، يتسم الخطاب الكويتي بقسمات أساسية، تتضح فيما يلي:

أولا: لقد اتسم الخطاب الكويتي فيما يتعلق بقضية الأسرى بأنه يعبر عن «**استراتيجية كبرى**» Macrostrategy تأتي في قمة اهتمامات وهموم القيادة الكويتية، وفي مقدمة اولويات العمل الدبلوماسي والعلاقات العربية والدولية لها؛ كما تعد قضية الأسرى مكونا أساسيا من مكونات العمل الاجتماعي والتربوي والثقافي داخل المجتمع الكويتي ويتأكد هذا التوجه في انه لا يخلو خطاب او كلمة او تصريح للقيادة الكويتية من عرض قضية الأسرى الكويتيين عرضا قويا وعاقلا؛ كما تعد هذه القضية شرطا ومحورا رئيسيين يوجهان الجهود والعلاقات المختلفة للكويت مع الدول المعنية.

ثانيا: ان الكويت قد نجحت في جعل مشكلة الأسرى «قضية ساخنة»، بقدر ما تشكل عنصرا أساسيا من عناصر الخطاب الكويتي، ومعالم مميزة للغة هذا

الخطاب؛ بحيث صار الخطاب الموجه للعالم هو: «لا تنسوا أسرانا» (Don't forget our p.o.w.'s).. حتى تظل هذه القضية حية في عقل وضمير الإنسانية، وعاملا موجها لمقرري الساسيات ومتخذي القرارات على الصعيدين العربي والدولي. فعلى سبيل المثال، تُطرح قضية الاسرى داخل مجلي الأمن في كل مرة تعرض فيها مواقف العراق من تطبيقها لقرارات مجلس الأمن، واعتبار قضية الأسر موجها اساسيا لأى قرار في هذا الشأن.

ثالثا: يبرز هذا التوجه الاستراتيجي للقيادة الكويتية في انشاء **آلية رسمية فعالة** غداة تحرير الكويت، تعنى بقضية الأسرى من كافة جوانبها السياسية والاجتماعية والنفسية والتربوية، وهي «**اللجنة الوطنية لشؤون الأسرى والمرتهنين**»، تكون تابعة مباشرة للديوان الأميري؛ وقامت هذه الهيئة الحكومية بجهود متنوعة وفعالة إزاء قضية الأسرى كاستراتيجية وطنية كبرى، بحيث صارت هذه اللجنة بمثابة «**العائلة الكبيرة للأسرى وذويهم**».

رابعا: ويتفاعل ـ بتلقائية ـ مع التوجهات الحكومية **جهود جمعيات ومؤسسات ومبادرات اهلية وغير حكومية** تعبر بصدق عن واقع المعاناة التي يعيشها الأسرى وذووهم وتخاطب عقول ووجدانات العالم لاتخاذ موقف حضاري وإنساني إزاء الحق الكويتي في أنهاء معاناة الأسرى والاف المواطنين من ذويهم وفي استعادة الكويت لأبنائها في حضن الوطن الأم. ويتمثل ذلك في جهود ونشاطات العديد من الجمعيات والهيئات والاتحادات، مثل الهيئات النقابية والاتحادات الطلابية والجمعيات النسائية وجمعيات النفع العام؛ وإقامة المؤتمرات والندوات والمعارض الخاصة بقضية الأسرى على المستوى المحلي والعربي والدولي وبهذا تتلاقى الجهود المحركة والموجهة لقضية الأسرى الكويتيين حتى صارت **قضية الأسرى توجها حكوميا وشعبيا متكاملا**، لا يمكن تجاهله او التقليل من شأنه إزاء المحافل والمؤسسات العربية والدولية.

خامسا: وبهذا الخطاب الكويتي إزاء قضية الأسرى، تكونت بالضرورة في نسق كل هذه الجهود «**جماعة ضغط**» على الرأي العام العربي والعالمي لحل قضية الأسرى الكويتيين وغير الكويتيين المعتقلين في السجون العراقية.

ولهذا كان صدور قرار مجلس الأمن رقم ١٢٨٤ الذي يلزم العراق بالعمل على افراج الأسرى، محصلة لكل الجهود والمبادرات الفاعلة الحكومية والأهلية، واستجابة لمنطق الخطاب الكويتي ومضمونه ورسالته المنقولة بلغة حضارية وإنسانية للمؤسسات والهيئات المعدنية كالأمم المتحدة وجامعة الدول العربية والمجموعة الأوربية واللجنة الدولية للصليب الأحمر وغيرها من المنظمات العالمية.

.. وفي اطار هذه القسمات الاساسية لمسار قضية الأسرى، وفي ضوء «تحليل الخطاب الكويتي في مقابل الخطاب العراقي» فيما يتعلق بهذه القضية، تبرز منطقيا حتمية لقضية الأسرى والافراج عنهم ووضع نهاية لهذه القضية بكافة ابعادها وتطوراتها. وتتاكد حتمية الحل ايضا من ان الرأي العام العالمي يقف بقوة في مساندة الحق الكويتي.

ثالثا: تحديد واختيار نماذج سيناريوهات التعامل مع الأسرى وعائلاتهم:

تركز هذه الخطوة على السيناريوهات البديلة واختيار الممكنة منها والمتمايزة عن بعضها، إضافة الى ما يتصف به السيناريو من اتساق داخلي. وتصبح المهمة الآن هي استخدام الحدس في الإفادة من نماذج عالمية مبنية على أسس علمية وممارسة عملية في ظروف وأحداث مماثلة من الأسرى والكوارث الناجمة عن الحروب وغيرها من الأحداث الصدمية، واضعين في

الاعتبار المرونة في استخدام هذه السيناريوهات وبدائلها بما يتفق مع طبيعة الموقف. وفي هذا تبرز السيناريوهات التالية:

(أ) السيناريو الشعبي: شبكية المساندة الاجتماعية:

تؤكد استراتيجية تأهيل الاشخاص والأسر ممن خبروا احداثا صدمية، على سياسة للصحة النفسية للتعامل مع الاحداث الصدمية والضغوط التالية للصدمة على المستوى المجتمعي والوطني تهدف في الاساس الى تعبئة المصادر المجتمعية المختلفة في إطار نظام شبكي للمساندة الاجتماعية يتضمن الهيئات والمؤسسات والتشريعات والمصادر الثقافية والدينية، وتوظيفها على نحو يساعد الفرد والأسرة على استعادة فاعلياتها.

وتتوقف فاعلية استثمار مصادر المجتمع والثقافة في مواجهة أثار صدمة الأسرِ وخبرات فترة الأسرِ على توظيف شبكة المساندة الاجتماعية Social support network باعتبارها مدخلا وظيفيا للاستراتيجيات الوقائية والعلاجية للضغوط التالية للصدمة. وتتضمن المساندة الاجتماعية للأسير المكونات التالية (Mitchell and Trickett, 1980; Solomon, 1985):

١ ـ المساندة الانفعالية Emotional support: وتقوم على تزويد الأسير بالمعلومات التي يستعيد من خلالها إدراكه لذاته وإدراك الآخرين له بأنه شخص محبوب، وموضع رعاية وتقدير من الآخرين؛ وكذلك توفير الفرص المناسبة امامه للتعبير عن مشاعره وإفكاره.

٢ ـ تبادل الالتزام Reciprocity of obligation: ويتضمن هذا المكون من المساندة تقديم المعلومات التي تعزز من شعور الفرد بالمعية والمشاركة والانتماء والولاء، وبأنه جزء من نظام للتكافل في المجتمع يقوم على العون والالتزام المتبادلين.

٣ ـ المساعدة الموجهة نحو أداء المهام Task-oriented assisstance: وتقوم على تقديم المساعدة المباشرة، وما تتضمنه من تقدير لعامل الوقت، ومن المعلومات والمواد.

٤ ـ المعلومات المتعلقة بالتعامل مع خبرات الأسر Coping- related information: وتتحقق من خلال توفير معلومات التغذية الراجعة Information feedback عن ملاءمة مخاوف الفرد ومعتقداته وأرائه كرد فعل طبيعي للصدمة، وعن تعديل مخططاته المعرفية.

وبهذه المكونات او العناصر يتم تحديد سيناريو المساندة الاجتماعية Social support على اساس انه نظام توفره كل من الأسرة والآخرين المعنيين من الأقارب والأصدقاء والزملاء، ويعني «الدرجة التي يدرك عندها الفرد انه يمكن ان يعتمد على فرد او أكثر من اجل المساعدة سواء مساعدة عملية او مادية ملموسة او مساعدة إنفعالية أو كليهما، وذلك في الأوقات التي تنشأ فيها الحاجة إلى الحصول على المساعدة من الآخرين» (Figley, 1985).

أما الشبكة الاجتماعية Social network، فهي السياق الذي يجري فيه أداء نظام المساندة الاجتماعية لوظائفه؛ وتشير إلى المجتمع الشخصي للأسير وعلاقاته بالأقارب والأصدقاء والجيران والمعارف وزملاء الدراسة او العمل، وغير ذلك من الآخرين المعنيين الذي يتفاعل معهم.

وهنا تتبدى وظيفية المساندة الاجتماعية في أنها تعمل كحواجز او مصدات تقي الفرد (الأسير) والجماعية الاجتماعية (الأسرة) من الاضطراب او الانهيار، أو تخفف من وطأة تأثير الحدث الصدمي ومن تداعياته، كما تعمل بالتالي على تيسير عملية التكيف وتقوية مهارات المواجهة او التعامل مع الضغوط (Unger and Powell, 1980).

أما وظائف المساندة الاجتماعية، فيحددها برنامج جامعة بوردو بالولايات المتحدة الأمريكية في خمس

وظائف رئيسة تبدو على درجة كبيرة من الأهمية لأي فرد في الأوقات التي تنشأ فيها الحاجة إلى المساندة الاجتماعية، وخاصة للأفراد الذين تعرضوا لأحداث صدمية مثل الأسر والتعذيب؛ وتشكل هذه الوظائف الأساس لأداة تشخيصية تعرف بـ «مقياس بوردو للمساندة الاجتماعية» Purdue Social Support Scale ولبرنامج بحثي واسع. وفي ذلك توجه سيناريوهات المساندة الاجتماعية الى تحقيق الوظائف التالية (Hirsch, 1980; Figle, 1985):

١ ـ وظيفة المساندة الانفعالية Enotional support، وهي إبداء الرعاية والارتياح والحب والعطف والتعاطف للشخص الضحية. وتعني هذه الوظيفة المدى الذي تتوفر لنا عنده قناعة بأن الشخص المساند Supporter يقف إلى جانبنا.

٢ ـ وظيفة التشجيع Encouragement، وتتضمن التقدير والإطراء والمديح وغير ذلك من نواحي المعززات الموجبة التي يقدمها الشخص المساند. وتعني هذه الوظيفة كذلك المدى الذي يمكن عنده استنهاض الهمة، من خلال تشجيع الشخص المساند، لدى الأشخاص المصدومين كي يشعروا بالشجاعة والأمل، وكي يغالبوا الواقف الصعبة التي يواجهونها.

٣ ـ وظيفة النصح Advic، وهي عبارة عن معلومات مفيدة لأجل حل مشكلة من المشكلات؛ وهي تعني أيضاً المدى الذي يشعرون عنده بالحصول على معلومات أفضل عن طريق التفاعل مع الشخص المساند.

٤ ـ وظيفة الرفقة Companionchip، وتعني ببساطة مقدار الوقت الذي يقضيه الأسير أو الأشخاص المصدومون مع الشخص المساند، وكذلك الأشياء او المهام التي يؤدونها معا ويدركونها على انها مُبهِجَة أو سارة؛ وبالتالي تعني هذه الوظيفة أيضاً ذلك المدى الذي لا نشعر عنده بالوحدة او العزلة.

٥ ـ وظيفة المساندة العملية الملموسة Trangible aid، وتتضمن مصدرا عمليا يقدمه الشخص المساند، مثل تقديم المساعدة في اعمال يومية مختلفة، وتوفير المواصلات، وتقديم أو إقراض النقود، وشراء اللوازم والاحتياجات الضرورية، او غير ذلك من المساعدة المحددة والملموسة؛ وبالتالي تعني هذه الوظيفة ذلك المدى الذي نشعر عنده بالتخفيف عن كواهلنا إزاء بعض الأعباء.

تلك وظائف رئيسة يمكن ان تحققها المساندة الاجتماعية للأشخاص الناجين من الكوارث والأحداث الصدمية لأن نظام المساندة الاجتماعية يرتبط بوضوح بالاستقرار الانفعالي لدى الناس بصفة عامة وبسرعة الاستشفاء واكتماله لدى الاشخاص ضحايا الاحداث الصدمية بصفة خاصة ولهذا أيضاً تعتبر المساندة الاجتماعية جوهر المساندة الأسرية.

(ب) سيناريوهات تفعيل دور الأسرة في مساعد الأسير (سيناريوهات الزوجة او الأم كمرشد او معالج)

تعمل الأسرة بصفة خاصة ونظام المساندة الاجتماعية الكلي بصفة عامة بمثابة ظهير مضاد لتأثير خبرات الأسر على الأسير وبخاصة اضطراب الضغوط التالية للصدمة؛ وتتحقق استراتيجية توظيف الأسرة في التعامل مع الضغوط التالية للصدمة من خلال عدة اساليب؛ من ابرزها استثمار دور المرأة ـ زوجة أو أما ـ كي تمارس عملا إرشاديا أو علاجياً مع الزوج أو الابن الأسير، وبمساعدة وتدريب وتوجيه من اختصاصيين مهنيين. وهنا يتأكد ان الاشخاص الناجين من الكوارث والأحداث الصدمية يجاهدون في سبيل التحكم في الانطباعات والذكريات التي تغمرهم، وفيما يسميه «فيجلى» بالاستقراء الصدمى Traumatic induction ـ وهو دمغ الانطباعات والإحساسات والانفعالات المتعلقة بالخبرة الصدمية وبالشعور بالعجز وبفقدان القدرة على الضبط. ولهذا فإن الشخص المصدوم يسعى في مجاهدته إزاء

الضغوط التالية للصدمة إلى محاولة الإجابة عن خمسة اسئلة، وهي (Figley, 1985):

١ ـ ما الذي حدث لي؟

٢ ـ كيف حدث ذلك؟

٣ ـ لماذا أنا؟

٤ ـ لماذا تصرفت بالطريقة التي سلكت بها؟

٥ ـ ما الذي سوف افعله إذا وقعت كارثة أو أحداث أخرى؟

ويعتبر «فيجلى» أن الإجابة عن هذه الاسئلة بمثابة ظهير مضاد لتأثيرات صدمة الأسر وخبرات فترة الأسر وبخاصة اضطراب الضغوط التالية للصدمة. وتعبر هذه الإجابات عن عمليات من المجاهدة المعرفية Cognitive struggle لدى الأسرى وضحايا الكوارث والصدمات، كما تعكس الأساليب التي يحاول بها هؤلاء الأشخاص وأسرهم أن يتحكموا في العوامل الضاغطة المختلفة أو أن يواجهونها. وهنا يقرر «فيجلى» أنه قد طبق نموذج المجاهدة المعرفية هذا على فئات الكوارث والأحداث الصدمية المختلفة والتي تشمل: أمراض الطفولة المزمنة، والموت، والبطالة، والاغتصاب، والكوارث الطبيعية، والحروب، والأسرى، وضحايا الإرهاب. وبناء على ذلك، يحدد «فيجلى» عدة أساليب تحقق الأسرة من خلالها ووظيفتها في مساعدة اعضائها من الأسرى أو من المصدومين نتيجة صدمة الأسر وفي معالجة الضغوط التالية للصدمة، فيما يلي (Figley, 1985, PP. 45-48)¤

١ ـ **إستكشاف الأعراض** Detection of Symptoms: فما تتمتع به الأسرة من خصائص فريدة، مثل الوحدة والحب والتقارب والألفة والمماثلة بين أعضائها، يجعل أعضاء الأسرة أكثر إرهافاً وحساسية لمشاعر بعضهم بعضا ولتصرفاتهم، الأمر الذي يجعلهم قادرين على الفور على استشفاف ما يعن لأحدهم او لبعضهم من متاعب أو صعوبات، وبالتالي يحاولوم إتخاذ انسب الأساليب لمساعدتهم. وتتبدى أهمية ذلك خاصة في التعامل مع الأحداث الصدمية مثل الحروب والأسر والتعذيب وأحدث الحياة.

٢ ـ **مواجهة المشكلة** Confrontation of the problem: يحتل اعضاء الأسرة موقعا رئيسا يمكنهم منه حث الشخص الضحية من اعضاء الأسرة على مواجهة المشكلة ومساعدته على مواجهتها. فأعضاء الأسرة يستطيعون، بطريقة منظمة وبأساليب متنوعة، دفع بعضهم بعضا إلى مواجهة المشكلة والتعامل معها.

الإعادة المختصرة للحدث الصدمي Recapitulation: يتمثل الأسلوب الثالث الذي به تقدم الأسرة مساندة اجتماعية للضحية او الضحايا من أعضائها في مساعدته على إعادة النظر في الأحداث الصدمية ومراجعتها ـ وهو ما يعرف بعملية الإعادة المختصرة. وفي ذلك يمتلك اعضاء الأسرة القدرة على مساعدة الشخص الضحية على استدعاء المزيد من المعلومات الإضافية التي تفيد في النظر إلى الأحداث الصدمية من منظور أكثر وضوحا، وفي تصحيح الانطباعات والصور ووجهات النظر التي ارتبطت بمشاعر الذنب وكراهية الذات وعدم تقدير الذات وغير ذلك من دلائل اضطراب الضغوط التالية للصدمة.

٤ ـ **حل الصراعات التي تستدعيها الصدمة** Resolution of the trauma- inducing conflicts: وتفيد الأسرة بشكل هائل، في هذا الاسلوب الرابع من اساليب تقديم المساندة الاجتماعية لأعضائها، في مساعدة احد أو بعض أعضائها من ضحايا صدمة الأسر على العمل على استيعاب الخبرة والصراعات الصدمية والتعامل معها ومواجهتها. وهنا يعمل عضو الأسرة بمثابة مُيَسِّرٌ (على أساس من السلبية أو الإيجابية، أو الكشف عن الذات المتبادل او من جانب واحد، أو المواجهة أو عدم المواجهة) للشخص

الأسير في الأسرة عن طريق تشجيعه على الإفصاح عن خبراته المضطربة في نفس الوقت الذي تجري فيه عملية إعادة بناء لأفكاره وتصوراته ومعتقداته، وذلك بواسطة (أ) إيضاح الاستبصارات، و (ب) تصحيح التحريفات المعرفية، و(حـ) تقييم الاتجاه نحو لوم الذات أو نحو المبالغة في تقديرها وذلك بطريقة أكثر موضوعية، و (د) تقديم أو دعم أفكار جديدة أو أكثر دقة وإيجابية عن الحدث وظروف الأسر المختلفة. ومثل هذه الأساليب الوظيفية التي تستخدمها الأسرة في التحكم في الضغوط الصدمية ومواجهتها، ترتكز إلى عدد من الخصائص يحددها «فيجلى» فيما يلي (Figley, 1983):

١ ـ تقبل الحدث الصدمي

٢ ـ المشكلة المتمركزة على الأسرة

٣ ـ المشكلة الموجهة نحو الحل

٤ ـ درجة عالية من التحمل

٥ ـ الالتزام والمسؤولية مع تأكيد الروابط الوجدانية

٦ ـ التواصل

٧ ـ التماسك

٨ ـ الأدوار المرنة

٩ ـ الاستفادة من المصادر واستخدمها

١٠ ـ تجنب العنف وسوء استخدام العقاقير

ووفقا لهذه الخصائص، تتوفر البيئة الأسرية المواتية لأداء الأسرة لوظائفها في تقديم المساندة والدعم لأحد أو لبعض أعضائها من الأسرى وممن يعانون من التأثر الصدمي لحادث الأسر وتداعياته لأحد أفراد الأسرة.

ومع ذلك، ثمة نقطة ضعف في دور الأسرة في مساندة أعضائها، قد تقلل من فاعليتها في أداء هذا الدور. وتلك مفارقة تستحق الاعتبار؛ ذلك أنه لنفس الأسباب التي على أساسها تقوم الأسرة بدور فعال في مساندة أعضائها على مواجهة الضغوط التالية للصدمة، تكون الأسرة ذاتها مستهدفة كذلك لأن تخبر ضغوطا صدمية في سياق نفس هذه العملية؛ والسبب في ذلك هو عامل الحب والتعاطف الوجداني Empathy اللذين يميزا نظام العلاقات المتبادلة في الأسرة فجوانب القوة وكذلك جوانب الضعف تكمن في هذا العامل؛ وبالتالي فإن أعضاء الاسرة يقومون بدور فعال في مساندة بعضهم بعضا، ولكنهم مستهدفون أيضاً لعواقب تلك المساعدة من خلال نفس تلك الآلية (الحب والتعاطف الوجداني) التي تجعلهم فعالين للغاية في أداء هذا الدور ولهذا كثيرا ما تنتقل آثار الخبرة الصدمية من العضو الضحية (الأسير) إلى بقية أو بعض أعضاء الأسرة، حيث يصيروا ضحايا كذلك من خلال ما يعانيه الأسير من خبرة صدمية ـ وتلك تداعيات لتأثير الخبرات الصدمية والضغوط التالية للصدمة ينبغي أن توضع في الاعتبار في خطة للتدريب والتحصين المستمرين للزوجات أو الأمهات خلال مساعدتهن لأزواجهن أو أبنائهن الأسرى. ويعالج هذا القصور نموذج السيناريوهات التالي.

(حـ) السيناريوهات التحصينية لمساندة عائلات الأسرى:

تتطلب الأسر ضحايا الأحداث الصدمية رعاية خاصة من خلال الأساليب الوقائية والعلاجية التي تأخذ غالبا توجها استراتيجيا على المستوى الوطني. ونسوق في هذا الصدد نموذجا قدمه «فيجلى» لأسر الأسرى الأمريكيين في إيران في مطلع الثمانينيات من خلال فريق عمل برئاسة «فيجلى» كونته الحكومة الفيدرالية وفي إطار برنامج شامل لمساندة عائلات هؤلاء الأسرى؛ وقد تضمن فاعليات هذا البرنامج تقرير يحتوي على ستمائة صفحة؛ وفي ضوء ذلك نعرض للمبادئ الأساسية الاجتماعية والاستراتيجيات العلاجية الموجهة لمساعدة الأسرة الضحية وبالتالي مساعدة الضحايا المباشرين في هذه الأسر، فيما يلي (Figley, 1980):

العلاج الأسري باعتباره سياسة اجتماعية: ينبغي النظر إلى اعضاء أسر الضحايا على أنهم مستهدفون كذلك لمعاناة الصدمة الانفعالية المرتبطة الحدث الصدمي، بينما نعتمد عليهم في نفس الوقت باعتبارهم ركيزة هامة ومصدرا أساسيا لمساعدة الضحايا من اعضاء الأسرة على استشفاء. ولهذا ينبغي أن تتوجه الهيئات والمنظمات الحكومية والأهلية وكذلك وسائل الإعلام في خططها وبرامج الخاصة برعاية أسر الضحايا لتشمل ليس مجرد الدعم المادي ولكن بالأحرى أيضاً المساندة النفسية الاجتماعية للأسرة الضحية كمنظومة متكاملة تحتوى كل أعضاء الأسرة من الضحايا المباشرين وغير المباشرين.

ولهذا يؤكد الخبراء والمسؤولون ضرورة إقرار سياسة اجتماعية لمساندة الأسر ضحايا احداث صدمة الأسر، قوامها برامج تعليمية عامة - Public education programs تؤكد أهمية الأسرة وارتباطهما بالكوارث والأحداث الصدمية وتأثير تلك الخبرات الصدمية على أفرادها وعلى أسلوب حياتها ومدى فاعليتها، وعلى أساليب وطرق مساعدة أعضاء الأسرة على مواجهة الضغوط التالية للصدمة. ومن امثلة هذه البرامج، ما تطور من برامج عند نهاية الحرب العالمية الثانية لمساعدة الأسر على التمكن من أفضل أساليب التعامل مع أعضاء الأسرة العائدين من الحرب أو من الأسر، واعادة تكاملهم داخل الأسرة.

(د) ورقة مبادئ: سيناريوهات التدريب الذاتي للتعامل مع الأسري

من النماذج التي استخدمت بفاعلية بعد الحرب العالمية الثانية ذلك الكتيب الإرشادي الذي صدر عن «اللجنة الوطنية للصحة النفسية» National Committee for Mental Hygience بنيويورك، ويحمل عنوانا له مغزاه، وهو: «**حينما يعود وإذا عاد عصبيا**» («When He Comes Back and If He Comes Back Nervous»؛ وهو دليل يوجه أعضاء الأسرة إلى (Rennie and woodward, 1944):

١ ـ أن تحبه وترحب به.

٢ ـ أن تصغي إليه جيدا.

٣ ـ أن تواجه حقيقة العجز ـ لا تتجاهل هذا العجز.

٤ ـ أن تعامله بالضرورة على أنه شخص عادي وكفء، وليس على أنه شخص عاجز.

٥ ـ أن تمتدح جهوده ونجاحاته، وأن تتجاهل زلاته.

٦ ـ أن تتوقع أن يكون شخصا مختلفا بشكل او بآخر.

٧ ـ أن تسمح له بالوقت والحرية كي يتعرف على الأماكن القديمة وكي يعيد بناء إتصالاته القديمة.

٨ ـ أن تخلق مناخا من التوقع؛ أن تشجعه على أن يواصل هواياته أو رياضته المنفصلة، وأن يعود إلى عمله حالما يكون قادرا، وأن توفر له حياة اجتماعية عادية؛ ولكن تجنب أن تدفعه أو تنظمه (مثل الخدمة العسكرية).

٩ ـ إن تحصل على مساعدة مهنية من خلال مراكز متخصصة إذا دعت الحاجة إلى ذلك. لا تتركه في حيرة ولا تدع الأمور تتعقد.

١٠ ـ أن تجعل من ثقتك فيه وتقديرك له، ومن جمال روحك، رصيدك الأساسي في التعامل معه.

ويتضمن هذا الكتيب أو الدليل الإرشادي توجيهات بشأن تعرف ردود فعل الضغوط المتعلقة بالحرب والأسْر، كما يتضمن دليلا بالخدمات المتوفرة في المجتمع، ومصادرها الأخرى ما يمكن الاستعانة به في مساعدة أعضاء الأسرة العائدين من الحرب أو الأسْر.

وتتضمن هذه البرامج بالضرورة دورات تدريبية منظمة لكل الاختصاصيين المهنيين العاملين في

مجالات الصحة النفسية عن دور الأسرة في الكوارث والأحداث الصدمية وحاجاتها الإرشادية والعلاجية والتأهيلية، والأساليب والطرق المناسبة لتعامل الأسرة مع الضغوط Family stress management، سواء بالنسبة للأسرة أو للعضو الضحية في الأسرة.

وتعتمد استراتيجية علاج عائلات الأسرى وضحايا الصدمات على توجه علاجي يعرف بـ «العلاج المشترك» Conjoint therapy، الذي يقوم على التعامل مع الأسرة كوحدة كلية يتأكد فيها تكامل الخبرات الصدمية واستيقاظها (وما ينطوي عليه ذلك من تأثير على كل من الأسير وأسرته) داخل الأسرة. وتتحقق هذه الاستراتيجية على أساس تحديد الجوانب التالية (Figley, 1985, PP. 50-51).

(١) كيف تؤثر الخبرات الصدمية والمشكلات الأسرية الكامنة فيها في عضو من أعضاء الأسرة؟.

(٢) كيف يؤثر سلوك أعضاء الأسرة في تدعيم الصعوبات أو في تفاقمها؟

(٣) هل يدرك أعضاء الأسرة العواقب المباشرة أو العواقب بعيدة المدى للحدث الصدمي؟

(٤) ما أفضل السبل لمواجهة هذه العواقب - من خلل استراتيجيات جديدة، أو مهارات جديدة، أو هذه جميعها؟

وهنا ينبغي أن يوضع في الاعتبار، ان الكثير من المشكلات المتعلقة بالخبرة الصدمية غالبا ما تتلاشى ليحل محلها عوامل ضاغطة أخرى تتطور فيما بعد (مثل، العنف الأسرى والإدمان) باعتبارها أساليب لا تكيفية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة؛ وتلك ظاهرة إبدال الأعراض التي تتضاعف معها مشكلات الأسر ضحايا اضطراب الضغوط التالية للصدمة؛ الأمر الذي يتطلب بالضرورة إستمرار وجود سياسة وطنية بعيدة المدى لمواجهة احتمال إزمان اضطراب الضغوط التالية للصدمة في الأسرة أو في تناقلها عبر الأجيال.

(د) سيناريوهات الأسرة بيئة علاجية مناسبة:

على الرغم من أن معظم الاستراتيجيات العلاجية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة قد ركزت على الفرد، إلا انه قد بات من الواضح ان الشخص الأسير، وهو يعاني من اضطراب التالية للصدمة، يؤثر في أسرته كما يتأثر بها على حد سواء. ولهذا فإن التفاعل بينه وبين بيئته الأسرية، بالإضافة إلى ما يعانيه داخليا، يمثل بؤرة الاهتمام في العلاج الأسرى، وبالتالي تعتبر الأسرة هي الوحدة الأولية للعلاج وهي البيئة العلاجية والإشفائية الأكثر فاعلية.

يأخذ العلاج الأسري هكذا بمنحى النظام أو منحى العلاقات المتبادلة داخل منظومة الأسرة. ولهذا يؤكد «فيجلي» أن الأسرة والاحتصاص في العلاج الأسري يحتلان موقعا فريدا في استراتيجية مساعدة الأسرى الذين يعانون من اضطراب الضغوط التالية للصدمة؛ وأن العلاج الأسرى قادر على مواجهة اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى أعضاء الأسرة الذين يخبرون هذا الاضطراب. بل إن العلاج الأسرى قد يكون الأسلوب الأمثل أو الأكثر فاعلية بالنسبة للأطفال في الأسر التي يعانى فيها أحد الوالدين أو كلاهما من اضطراب الضغوط التالية للصدمة، حيث يتأثر الأطفال غالبا بالأحداث التي المت بالأسرة وبالمناخ السائد فيها (Danieli, 1985).

وتتبدى أهمية العلاج الأسري وفاعليته كذلك في علاج «زملة الاستجابة المُرْجأة أو المتأخرة للضغوط» Delayed stress response syndrome؛ وفي علاج «الآثار بعيدة المدى» Long- term effects لاضطراب الضغوط التالية للصدمة والوقاية من تناقل تلك الآثار عبر الأجيال Intergenerational transmission، وهكذا من تداعيات هذا الاضطراب.

ولهذا يحدد «فيجلى» أربعة محاور رئيسة للعلاج الأسرى التالي للصدمة Posttraumatic family

therapy، فيما يلي (Figely, 1988):

● يتمثل المحور الأول في بناء الوئام والثقة، وفي توضيح دور المعالج، وكذلك أدوار الأسرة ومشاركة أعضائها في الإجراءات العلاجية. وفي هذا يأكد «فيجلى» (P.96) على ما يلي:

أ ـ أن العلاج الفعلي لدى معظم الحالات يكون من قبيل «العلاج المختصر» نسبيا.

ب ـ أن دور المعالج يوجه أساسا إلى تيسير الاستشفاء والاعتماد على الذات.

حـ ـ أن مهمة الأسرة توجه إلى تنمية مهاراتها على مواجهة الظروف غير العادية.

د ـ أن نجاح الأسرة سوف لا يُحَسِّن فقط من الظروف الحالية، ولكنه يمكنها أيضاً من مواجهة المحن والصعوبات في المستقبل بنجاح أكبر.

هـ ـ أنهم يستطيعون ـ كأسرة وكأفراد ـ تقديم العون والسند للآخرين في سعيهم إلى مواجهة ظروف مماثلة.

● يتوجه المحور الثاني إلى تطوير قواعد ومهارات جديدة للتواصل الأسرى. وفي ذلك يسعى المعالج الى خلق إطار مرجعى العمل مع هذه الأسر، قوامه أن الغرض من العلاج «تيسير المواجهة الفعالة لأحداث غير عادية؛ وهي تلك الأحداث التي لا تملك الأسرة حيالها إلا خبرة ضئيلة للغاية، أو تمثل أحداثاً غير مألوفة لها على الإطلاق... ومواجهة ظروف غير عادية، تتطلب بدورها اساليب فوق العادة (قواعد ومهارات التواصل) (P. 97). وفي هذا يضع المعالج في اعتباره درجة مرونة الأسرة في الاستجابة للإجراءات العلاجية.

● يتحدد المحور الثالث في الكشف أو الإفصاح عن الذات ـ Self disclosure، وذلك عن طريق الأعادة المختصرة للأحداث الصدمية، عملا على تحقيق المبدأ الأساسي في كل نواحي العلاج وهو إيقاف السلوك الإحجامي او التجنبي في كل جوانب حياة الأسرة، وبناء على ذلك، توجه بعض الاجراءات العلاجية إلى تشجيع كل عضو من أعضاء الأسرة على وصف ردود فعله الفردية إزاء الحدث الصدمي وتأثيرات الصدمة على أعضاء الأسرة الآخرين. وفي سياق هذه العملية تتاح لأفراد الأسرة لكي يخبروا شعورا أكبر وأعمق بالتواد والتعاطف مع الأعضاء الآخرين في الأسرة، وحيث يدركوا أنهم غالبا ما يتوحدون جميعا في خبرات متماثلة او متوازية من الألم والمعاناة، ولكنهم يفضون بمشاعرهم كلها وحدهم. ويكتشف أعضاء الأسرة بالتدريج أن جزء من الاساشفاء يتأتى ليس من التخلص من الألم، ولكن بالأحرى من المشاركة في الألم مع شخص محبوب أو أشخاص محبوبين. ومن خلال المشاركة والتفاعل، يمكن أن تتولد وجهات نظر متباينة وحلول ممكنة.

● أما المحور الرابع، فهو بناء «نظرية لإشفاء الأسرة» Family Healing theory، أي مساعدة الأسرة على تكوين تصور لحقائق جديدة عن أسباب الحدث الصدمي، وعما حدث، ولماذا تصرف كل فرد على النحو الذي تصرف به سواء أثناء الحدث الصدمي أو بعده، وأخيراً تكوين صورة متفائلة عن الاسلوب الذي سوف تتعامل به الأسرة مع مواقف الحياة في حاضرها ومستقبلها.

خاتمة

والان، فقد تناولت الورقة «بناء السيناريوهات» في التعامل مع الأسرى وعائلاتهم باعتبارها أساليب استشرافية للمستقبل حيث نواجه بتحديات وصعوبات بل ومخاطر متوقعة إزاء «**ماذا نفعل مع الأسرى حال عودتهم؟**» والاجابة هي الاستعداد والإعداد لسيناريوهات للتعامل الوقائي والإنمائي والإرشادي / العلاجي/ التأهيلي للأسرى ولعائلاتهم، وحيث تقدم السيناريوهات وصفا لوضع مستقبلي ممكن أو محتمل أو مرغوب إنطلاقا من الوضع الراهن. وتعتمد الورقة

في بناء السيناريوهات على «الطريقة التفاعلية» التي تعول على كل من «الطريقة الحدسية» في إعمال قدرات التصور والخيار والتركيب من خلال النماذج الذهنية والتنبؤ و «طريقة النمذجة» التي تفيد من نماذج من خبرات عالمية وعلمية في التعامل مع الأسرى وعائلاتهم.

وتقدم الدراسة أفاقا أخرى في قضية الأسرى نعتمد فيها على أساليب «تحليل الخطاب» و «سيكولوجية الخطاب»، وتطبيقها على «الخطاب الكويتي في مقابل الخطاب العراقي» إزاء قضية الأسرى وما نستنطبه من اتجاهات وحقائق ونستشرفه من توقعات مستقبلية. كما تستخدم الورقة أيضاً أسلوب «تحليل الروايات والقصص وتثريرات شهود العيان» بشأن الأسرى الكويتيين منذ بداية محنتهم والاعتراف بوجودهم داخل سجون النظام العراقي حتى الآن.

وتستخلص الورقة عددا من القسمات الأساسية لمسار قضية الأسرى، تبرز معها حتمية الحل لقضية الأسرى والإفراج عنهم، ومن ثم حتمية التهيؤ والاستعداد في الحاضر لتكريمهم في مستقبل قريب بالرعاية الملائمة، واضعين في الاعتبار ما خبروه من معهاناة وتوقعا لما تطور لديهم من تغير في بنائهم النفس قد يكون مشوبا بمشكلات أو اضطرابات نفسية وسلوكية. وتعد الأسرة جبهة رئيسة في سيناريوهات التعامل مع الأسرى، الأمر الذي يتطلب تحصينا مستمرا للزوجة والأبناء، وتدريبا على أساليب ومهارات جديدة للعلاقات والتفاعلات في البيئة الأسرية، وحيث يمكن على سبيل المثال إستخدام أساليب غير تقليدية مثل تدريب الزوجات أو الأمهات أو الوالدين كوسائط إرشادية أو علاجية (الزوج أو الأم كمرشد أو كمعالج) للزوج أو الإبن الأسير بعد الإفراج بإذن الله، وتهيئة الأسرة لتكون بيئة علاجية في مناخ يسمح باستعادة الفاعلية للأسرة ولأعضائها من الاسرى.

المراجع

- إبراهيم العيسوي (١٩٨٨) **بحث في مفهوم السيناريوهات وطرق بنائها** ، منتدى العالم الثالث، أوراق مصر ٢٠٢٠، عدد ١، يوليو ١٩٩٨.

- أحمد شوقي (١٩٩٢). **هندسة المستقبل** سلسلة المستقبل بعيون علمية (١). القاهرة: المكتبة الأكاديمية.

- أحمد شوقي (١٩٩٣) **العلم ثقافة المستقبل**. سلسلة المستقبل بعبون علمية (٢). القاهرة: المكتبة الأكاديمية.

- اسماعيل صبري عبد الله (١٩٩٩). **توصيف الأوضاع العالمية المعاصرة**. منتدى العالم الثالث، أوراق مصر ٢٠٢٠، عدد ٣، يناير ١٩٩٩.

- رجب البنا (١٩٩٤). **البحث عن المستقبل**. القاهرة: المكتبة الأكاديمية.

- طلعت منصور (١٩٩٣). أزمة الخليج: الخطر والفرصة (رؤية للحاضر بدلالة المستقبل). **المجلة العربية للعلوم الإنسانية**، تصدر عن مجلس النشر العلمي ـ جامعة الكويت، عدد ٤٢، السنة الحادية عشر.

- محمد أحمد النابلسي (١٩٩٩). **سيكولوجية السياسة العربية: العرب والمستقبليات**. بيروت: دار النهضة العربية.

- فرانكل، ڤيكتوريا (١٩٨٢). **الإنسان يبحث عن المعنى**. (ترجمة طلعت منصور) الكويت: دار القلم.

- ڤيولا البلاوي (١٩٩٨). **مشكلات الأطفال والمراهقين أبناء الشهداء والأسرى وحاجاتهم الإرشادية**. الكويت: الديوان الأميري ـ مكتب الإنماء الاجتماعي.

- Danieli, Y. (1985). The treatment and prevention of long- term effects and intergenerational transmission of victimization. In C.R. Figley (E.d.), Trauma and its wake, Vol. I:The study and the treatment of posttraumatic stress disorder, PP. 295-313. New York: Brunner/ Mazel.

- Edwards, D. and poster, J. (1992). Discursive psychology.London: Sage Pub.

-De Mause, L. (1991). The Gulf War as a mental disorder. Special issue: The psychological origins of the Gulf War and Recession. Journal of Psychohistory, 19 (1), 1- 22.

Figley, C.R. (1983). Catastrophe: An overview of family reactions. In C.R. Figley and Mc Cubbin (Eds) Stress and hte family, vol. II: Coping with catastrophe. New York: Brunner/ Mazel.

Figley, C.R. (1985). Traumatic stress: The role of the family and social support system. In C.R. Figley (Ed.), Trauma and is wake, vol. II. New York: Brunner/ Mazel.

- Figley, C.R. (1988). Posttraumatic family therapy. In F. Ochberg (Ed), Posttraumatic therapy and victims of violence. New YorkL Brunner/ Mazel.

-Gilliland, B. E. and James, R. K. (1993), Crisis intervention strategies. Pacific Grove, CA: Brooks/ Cole Pub. Co.

- Hirsch, B. J. (1980). Natural support systems and coping with major life changes. American Journal of Community Psychology, 8, 159-171.

- Hoffman, E. (1996). Future visions: The unpublished papers of Abraham Maslow. London: Sage Pub.

- Hooper, D. (1996). Counselling Psychology: Into the new mellinnium. In R. Woolfe and W. Dryden (Eds), Handbook of counselling psychologiy. London: Sage Pub.

- Mitchell, R,. E., and Trickett, E. J (1980). Task force report: Social networks as mediators of social support: An analysis of the effects and determinants of social networks. Community Mental Health Journal, 16, 27-44.

- Reissman, C. K. (1993). Narrative analysis. London: Sage Pub.

- Rennie, T.A.C. and Woodward, L. E. (1944). Two talks to familiers of returning servicement: «When he comes back and if he commes back nervous» with guide to community resources. New York: New York Rehabilitation Division, National Committee for Mental Hygiene, Inc.

- Solomon, S. D. (185). Mobolizing social support networks in times of disaster. in C.R. Figley (Ed), Trauma and its ake. Vol. II: Traumatic stress theory, research and intervention, PP. 232-263. New York: Brunner/ Mazel.

- Strentz, T. (1991). Crisis intervention with victims of hostage situations. in A. R. Roberts (E.d), Contemporary perspectives on crisis inervention and prevention Englewood cliffs, NJ: Prentice-Hall.

- Unger, D.G anf powell, D.G. (1980). Supporting families under stress: The role of social networks. Family Relations, 29, 566-574.

- Wetherell, M. and Potter, J. (1988). Discourse analysis and the identhfication of interpretive repertoires. In C. Antaki (Ed), Analyzing everyday explanation: A casebook of methode. London: Sage pub.

الوساوس المرضية وانتشارها الوبائي في مجتمعات الحروب والكوارث

أ.د. محمد أحمد النابلسي(*)

ملخص

نادرة جداً دراسات المتابعة طويلة الامد للعصاب الصدمي. ومع تقديرنا البالغ لكافة مناهج البحث المتبعة فإننا نميل لاعتماد الاسلوب التقليدي في تتبع التاريخ المرضي للمفحوص. فالعديد من مظاهر المرض قابلة للكمون لفترات قد تطول او تقصر لتعود الى التفجر في اشكال جديدة وعلى صعد مختلفة. مثلها مثل مياه الينبوع التي تختفي في الارض لمسافة ما تعود الظهور على سطح الارض دون ان تكون ينبوعاً جديداً. على هذا الأساس نجد أن مبدأ الصدفة عاجز عن تفسير الظاهرة التي يتكرر ظهورها بانتظام. وبالعودة الى العصاب الصدمي نجد ان المجتمعات المتعرضة لكوارث جماعية (حروب، زلازل، فيضانات... الخ). تسجل ارتفاعاً في نسب بعض فئات الحالات المرضية بعد مرور سنوات على وقوع الكارثة. وهذه الحالات، التي تعتبر آثاراً طويلة الأجل للكارثة، مصنفة كما يلي:

١ ـ الأمراض السيكوسوماتية على أنواعها.

٢ ـ الأمراض النادرة (تصلب الرقائق، الهرم المبكر.. الخ).

٣ ـ الوساوس المرضية.

ولقد اخترنا التركيز على «الوساوس المرضية» للأسباب التالية:

١ ـ سعة انتشارها بحيث تكاد تشكل شكوى عامة في العيادات الطبية العامة.

٢ ـ ترافقها مع مخاوف الموت (Tranatophobia) ومخاوف الجنون (Lysophobia).

٣ ـ الهدر المالي الذي تسببه على صعيد المعاينات والفحوصات ومحاولات العلاج.

٤ ـ الإرباك الذي تسببه الوساوس المرضية للأطباء العامين.

هذا ويتفق الباحثون على وجود رابطة دينامية بين الخلفية الهذائية ـ البارانويدية (Paranod) وبين الإصابة بالوساوس المرضية (Hypochondria). وبما أن وضعية الكارثة هي وضعية بارانويدية (Paranoid Situation) فإنه من المنطقي أن نجد انتشاراً وبائياً لهذه الوساوس المرضية (الهايبوكوندريا) في مجتمعات الكوارث.

وأهمية الموضوع لا تستند فقط الى تعاظم نسب الإصابة بهذا الاضطراب مع مرور الزمن (حتى يبدو وكأنه الشكل العيادي المزمن للعصاب الصدمي) لكن أهميته تتأتى ايضاً من خلال الهدر الذي تسببه الفحوصات ومحاولات التشخيص والعلاج الفاشلة. وهو هدر يهدد مستوى الرعاية الصحية في البلد المعني. عداك عن الارباكات التي يتسبب بها للأطباء العامين واطباء الاختصاصات الاخرى.

في ورقتنا هذه سوف نعمد الى مناقشة تطور المفهوم التاريخي للاضطرابات والتفسير الدينامي والسيكاتري للعلاقة بينه وبين الحالات الصدمية. إضافة الى تبيان الخصائص الحضارية لتبديات الاضطرابات (منها مجاورة قبر النبي صلعم) مع اقتراح برنامج تدريبي للأطباء العامين في تعاملهم مع هذه الحالات وتقديم لائحة ـ مقياس لاستخدام المعالج في عملية التشخيص.

١ ـ أهمية الدراسة:

(*) استاذ الطب النفسي/لبنان ـ الأمين العام للاتحاد العربي لعلم النفس.

من خلال تجربتنا العيادية في مجتمع الحرب اللبنانية يبدو لنا عصاب الوساوس المرضية (Hypochondria) على انه الشكل العيادي المزمن للعصاب الصدمي. ويتأكد هذا الارتباط عملياً عبر امكانية التأكد من وجود حدث صدمي سابق لبداية ظهور التجسيدات «بعد فترة حضانة معدلها ثلاثة اشهر». كما يتأكد هذا الارتباط عبر تحسن حالة المريض من خلال مساعدته على تصفية آثار الصدمة ومواجهتها. اما من الناحية النظرية فان مختلف المذاهب والتيارات النفسية تتفق على الربط بين الوساوس المرضية وبين خلفية هذائية (Paranoid) لدى المريض. واذا اعتبرنا ان الصدمة النفسية هي وضعية اضطهادية ـ هذائية فان هذا الاعتبار يساعدنا على تقديم التفسير لظاهرة ان الصدمة تسبب الزيادة الكبيرة لنسبة انتشار الوساوس المرضية في المجتمعات المتعرضة للكوارث والحروب. وهي زيادة ممكنة الملاحظة بالعين المجردة ويؤكدها الاطباء والعاملون والداخليون من هنا فاننا نرى بان عناصر اهمية هذه الدراسة هي التالية:

١ ـ الحد من معاناة هؤلاء المرضى بتقديم تشخيص محدد يكون مقدمة لعلاج يقلص معاناتهم. وذلك بدلاً من بقائهم بدون تشخيص او تعرضهم لتعددية التشخيصات مما يغذي وساوسهم.

٢ ـ الاحتياط لامكانية تطور عصاب الوساوس المرضية. وهو تطور يتم في احد الاتجاهات التالية: ١ ـ الرهاب المزيج (خوف من مرض معين او من الموت او من الجنون او من الاماكن العامة... الخ) و٢ ـ ايذاء الذات بصورة غير مباشرة (مثل الاصرار على اجراء عمليات او فحوصات مدمية معينة) و٣ ـ التجسيد المؤدي الى تعجيل ظهور امراض عضوية و٤ ـ الاكتئاب و٥ ـ القلق الذي يصل الى حدود الهلع (Panic Attacs).

٣ ـ تقليص فترة معاناة المريض. حيث تدل تجربتنا على وجود فترة زمنية (معدلها سنتان) فاصلة بين بداية ظهور العوارض المولدة للوساوس وبين توجه المريض للعيادة النفسية حيث يتم تشخيصه.

٤ ـ تجنب الهدر الناجم عن محاولات التشخيص والعلاج الفاشلة وهو هدر معدلة خمسة الاف دولار يصرفها المريض الواحد خلال هذه الفترة على المراجعات الطبية والفحوصات والعلاجات غير المطابقة.

٢ ـ المفهوم الدينامي للاضطراب:

ان فهم دينامية استقرار وتطور عصاب الوساوس المرضية، انطلاقاً من وضعية كارثية، يقتضي منا العودة الى مبادئ الشفاء التقليدي. حيث نجد ياسيرز (Jaspers) وهو يؤكد على ضرورة النظر في التسلسل الزمني للاحداث، وفي عوامل نفسية معينة، بغية فهم العلاقة السببية بين الحدث والمرض. وذلك على عكس الميل، المسيطر راهناً، الذي يفترض ان العلاقة بين الاحداث وبين الامراض هي مجرد مصادفات. وحتى في هذه الحالة فان مبدأ الصدفة يصبح مرفوضاً عندما تكون الظاهرة متكررة بشكل يوحي بالسببية.

بناءً عليه فاننا عندما نجد ان نسبة المعانين من هذا العصاب تبلغ حدود الـ ٣٢٪ زوار عيادتنا (بعض مضي سنوات على وقف القتال) فلا بد لنا من البحث عن الاسباب والمنابع المؤدية لانتشار هذا العصاب. وعبر متابعة طويلة الامد لهؤلاء المرضى وجدنا انهم قد مروا جميعاً بوضعيات بارانويدية (اضطهادية ـ هذائية) ذات طابع صدمي. فاذا ما انطلقنا من مبادئ التفاؤلية الدفاعية فاننا نجد المصدوم يشعر بالاضطهاد نتيجة سؤاله: «لماذا اختارني هذا الحدث الصدمي دوناً عن غيري؟» وهذا الاختيار هو منبع الشعور بالاضطهاد الذي يحول الصدمة الى وضعية بارانويدية. اي الى مشاعر هذائية ـ اضطهادية عابرة او متركزة على حدث

ما. لكن هذه الوضعية تكون قادرة على تفجير الميول البارانوية في حال وجودها كامنة لدى المريض.

فاذا ما عدنا الى تعريف الحدث الصدمي «القائل بانه حدث يضع الشخص امام احتمالات موته الشخصي ويولد لديه افكاراً تتعلق بتصور احتمالات الموت الشخصي (وهي تصورات يكبتها الشخص العادي ويتهرب منها). مما ينعكس بمظاهر تكرارية مرتبطة بالحدث وباحتمال الموت». وجدنا ان الصدمة تؤسس لاحتمالات الموت الشخصي المفاجئ ثم تأتي الوساوس المرضية بعد فترة كمحاولة دفاعية لاستبعاد هذه الاحتمالات عبر رغبة وسواسية ـ قهرية للتأكد من سلامة الجسد ومن عدم تدهور القدرات العقلية الناجم عن التركيز على هذه الوساوس. وهنا نلحظ موقفاً دفاعياً. تطهيرياً خاصاً بالبيئة العربية الاسلامية وهو اللجوء الى ممارسات دينية معينة وخصوصاً مجاورة قبر النبي صلعم للتخلص من هذا الرغبة الوسواسية القهرية. للتأكد من سلامة الجسد وذلك بتسليمه لمشيئة خالقه. وهذه ظاهرة تتطلب دراسات منفصلة. وهذا يقودنا الى مناقشة التفسير الدينامي للوساوس المرضية.

٣ ـ التفسير الدينامي للوساوس المرضية:

من خلال جلسات العلاج النفسي للمصابين بهذا العصاب من مرضانا نستطيع ان نقدم التفسير الدينامي التالي:

انطلاقاً من التفاؤلية الدفاعية (ان الامور السيئة تصيب غيرنا ولا تصيبنا نحن) يعيش الشخص فكرة الموت المؤجل (كلنا صائرون الى الموت ولكن ليس الآن) التي تعطيه التوازن في مواجهة فكرة الموت الشخصي وتتيح له تجنب التفكير بالموت كحدث يمكن ان يصيبه شخصياً. فاذا ما حدثت الصدمة النفسية، ووضعت الشخص في مواجهة طاغية مع احتمال الموت الشخصي، فانها تلغي فكرة الموت المؤجل او تشكيك فيها على الاقل. وهذا ينعكس بدوره على مستوى التفاؤلية الدفاعية عند المصدوم. بحيث يتحول تفكيره من الاعتقاد بالحصانة الشخصية الى اعتقاد بالهشاشة. مما يجعله يتصور نفسه عرضة لكل الاحداث السيئة التي تصيب الآخرين. فنراه يتحول الى الخوف من السرطان (Cancerophobia) لمجرد سماعة باصابة احد معارفه البعيدين بهذا المرض وقس علىه بالنسبة لكافة الاحداث السيئة. هذا وينعكس تدني التفاؤلية الدفاعية اول ما ينعكس بالمبالغة في مراقبة الاحساس الذاتي بالجسد (Hyperesthezia). بحيث يميل الشخص الى تضخيم اي احساس جسدي يستشعره. وخصوصاً منها تلك الاحاسيس الناجمة عن عدم ثبات الجهاز العصبي النباتي نتيجة الانفعالات العنيفة. التي تتراوح بين ذكريات الحدث الصدمي وخيالات تكراره ومجموعة مخاوف توقع الاسوأ.

وفي العادة نجد ان استقرار هذا السلوك يحتاج الى فترة حضانة، معدلها ثلاثة اشهر، تبدأ بعدها جولة المريض على العيادات الطبية. وهي جولة تستغرق سنتان كمعدل وسطي كما اشرنا.

لكن التفسير الدينامي لهذا العصاب لا يكتمل الا بالجواب على السؤال التقليدي: لماذا يصيب هذا العصاب فئة من الناس المصدومين دون غيرهم؟

والجواب على هذا السؤال يقتضي منا اولاً مراجعة شاملة للدراسات السابقة حول الوساوس المرضية. حيث لا توجد دراسات سابقة تربط بين الصدمة وبين هذه الوساوس.

٤ ـ الدرااسات السابقة:

يعود دخول مصطلح الوساوس المرضية Hypochondria الى قاموس الطب الحديث لبداية القرن ١٨ حيث اطلقه Galien. ثم اكتسب هذا العصاب تسمية «المرض الانجليزي» في العام ١٧٣٣

باقتراح من Cheyne واعتبره كل من Linné و Lieutand مرضاً عقلياً. اما مقارنته بالاعصبية فقد تصدى لها كل من Morel و Kraft- Ebing. وفي العام ١٩٦٥ يلاحظ Kenyion ارتباط هذه الوساوس بالعوامل الثقافية والاجتماعية فيصف المرضى المعرضين للاصابة بانهم اشخاص ينتمون الى طبقات اجتماعية متدنية، شباب وشيوخ، اليهود وطلاب الطب. (ويعنى آخر فانهم يعانون من وضعية بارانويدية وان كانت غير صدمية الطابع).

وكان الطبيب الفرنسي H. Ey قد اقترح في العام ١٩٤٨ التصنيف التالي للحالات الوسواسية.

أ ـ **الوساوس الحصرية:** حيث ينحصر الوسواس بالخوف من المرض.

ب ـ **الوساوس القلقة:** وتتخلل وساوسه نوبات من القلق العشوائي الحاد.

ج ـ **الوساوس الهيستيرية:** حيث تمتزج المسرحية بالوساوس.

د ـ **الوساوس البارانويدية:** حيث ترتبط الوساوس بمشاعر اضطهادية واضحة.

وقبل انهاء استعراضنا للدراسات السابقة نشير الى بعض الملاحظات الهامة التي سجلها الباحثون في المجال وهي:

أ ـ دعى والنبرغ Wallenberg عام ١٩٠٥ الى التفريق بين الوساوس المرضية العابرة وبين تلك المرتبطة بالبنية النفسية للمريض.

ب ـ اعتبر دوبوا Duboi عام ١٩٠٩ ان هذا العصاب هو بمنزلة النفاس (Psychoneurosis).

ج ـ اكد دلماس Dulmas في مؤتمر ليل عام ١٩٣٠ ان البنية النفسية لمريض الوساوس المرضية هي عينها البنية البارانويدية.

د ـ اكد كل من كلود وڤالنسي Claude, Valensi ان البنية النفسية لهذا العصاب هي عينها البنية القلقية.

٥ ـ التحليل النفسي للوساوس المرضية:

ميز فرويد بين الاعصبة التقليدية (المرتبطة بالعقد الطفولية) وبين الاعصبة الراهنة (التي تعود الى رضات حديثة العهد) وادرج ضمن هذه الاخيرة كلاً من عصاب القلق والنوراستانيا والاضطرابات الجنسية ـ الفيزيولوجية. وكان ذلك في العام ١٨٩٤. لكنه عاد واكد على انتماء عصاب الوساوس المرضية (الهجاس) الى هذا النوع من الاعصبة. وجاء هذا التأكيد في كتابه «من اجل تقديم النرجسية» الصادر عام ١٩١٤. حيث جاء في الكتاب ان على المعالج ان يبحث عن مسببات هذه الاعصبة في صراعات المريض الراهنة دون العودة الى طفولته. كما لاحظ فرويد ان الهجاس ملازم دائماً للعوارض البارانويدية.

وتجنباً للاطالة في عرض مختلف الآراء التحليلية فاننا ننتقل مباشرة الى دراسة ماري سيلڤيني M. Selvini التي تناولت المفهوم التحليلي للجسد وقسمت معايشة الجسد الى اربعة انماط هي (انظر جدول رقم (١)).

أ ـ عندما يكون الجسد موضوع تهديد تنشأ الوساوس المرضية.

ب ـ عندما يهدد الجسد الأنا تنشأ حالة إباء الطعام (لاضعاف الجسد المهدد).

ج ـ الجسد عرضة للتشويه وتؤدي هذه المعايشة للخوف من تشوه الجسد.

د ـ الجسد المعتوه حيث ينشأ الاحساس بغرابة الجسد.

وهكذا نجد دراسات التحليل النفسي تأتي لتؤكد الدراسات الطبية السابقة. وتحديداً فهي تؤكد على النقاط التالية:

أ ـ ان الهجاس (الوساوس المرضية) هو عصاب راهن ناجم عن تهديدات للجسد وهي تهديدات حديثة العهد ولا تعود الى مرحلة الطفولة.

ب ـ ان هنالك قرابة اكيدة بين هذا العصاب وبين كل من عصاب القلق والنوراستانيا والاضطرابات الجنسية ـ الفيزيولوجية.

ج ـ ان هذا العصاب يتلازم دائماً مع مظاهر بارانويدية.

وهكذا يمكننا الجمع بين مختلف هذه التجارب في محاولة لرسم معالم شخصية المصدوم. وتعقيداتها الصدمية بوصفها عصاباً راهناً قابلاً للتطور في احد الاتجاهات المشار اليها اعلاه.

٦ ـ التطورات العيادية للعصاب الصدمي:

لا يعرف العصاب فقط من خلال عارضه المميز بل هو يعرف ايضاً من خلال البنية الشخصية الخاصة به والتي تجعل الشخص مرشحاً للاصابة بهذا العصاب. وفي حالة العصاب الصدمي علينا ان نلاحظ دائماً بانه عصاب راهن. فهو ناجم عن حدث صدمي معين ونتيجة له. وهو بالتالي لا يستند الى بنية نفسية محددة. لكنه في المقابل يحدث، بسبب حدته، تغييراً في البنية النفسية الاساسية للمريض. وتتميز هذه التغيرات بعلائم الرهاب والتجنب والكف والنكوص والتبعية. بحيث تختلف خحدة هذه العلائم من حالة لاخرى.

ولقد حاول Fenichel تعريف هذه التغيرات وضبطها فربطها بوظائف الانا. ورأى ان الصدمة تعطل الوظائف الثلاث للأنا وهي:

أ ـ وظيفة تنقية المثيرات (وظيفة انتقائية).

ب ـ وظيفة الحضور والنشاط (التموقع) في العالم.

ج ـ الوظيفة الليبيدية ومعها كل امكانيات الحب الموجه للمواضيع وللآخر. حيث تتجه هذه الوظيفة نحو محاولة ترميم محبة الذات التي فقدت الدعم اثناء الكارثة (نتيجة احساسها بتخلي مواضيع الحب عنها او عجز هذه المواضيع).

وهذا ويتفق الباحثون على كون العصاب الصدمي عصاباً ذي ديمومة وهذا يعني قابليته للتحول الى مزمن ما لم يتم علاجه. وذلك بحيث يمكنه ان يصاحب المريض لبقية ايام حياته. وعبثاً يحاول المصدوم التخلص من آثار صدمته بصورة علاج ذاتي. فهو يحاول تجنب التفكير في الحدث الصدمي او تذكره. كما يحاول تجنب كل ما يذكره بهذا الحدث حتى يصل الى ادخال تعديلات على حياته اليومية، ومع ذلك فان العلاج الذاتي لهذا العصاب يبقى فاشلاً.

كما ان الشفاء التلقائي لهذا العصاب هو بدوره موضع شكوك بالرغم مما تؤكده بعض المصادر ومنها الدليل الاميركي للاضطرابات العقلية. فتناقص العوارض من حيث حدتها وتكرارها لا يعني شفاءها. اما عن الاختفاء الكلي لهذه العوارض فهو مستبعد تماماً بدليل الطابع التراكمي للصدمات. فاية صدمة جديدة تؤدي الى احياء ذكريات وعوارض الصدمات السابقة التي لم تعالج بفعالية.

ويبقى السؤال: في اي الاتجاهات يتطور العصاب الصدمي في حال ازمانه؟

الجواب تقدمه لنا جملة من الدراسات السابقة التي تطرح فروضاً نظرية متعددة اهمها:

١ ـ التطور نحو مرض سيكوسوماتي (امراض انسدادية ـ قرحة ـ سرطان ـ... الخ). وهذه الفرضية تجد دعمها في الملاحظات المسجلة والمؤكدة على ارتفاع نسب اصابات هذه الامراض في المجتمعات المتعرضة للكوارث. الا انه لم يتم بعد تحديد الاليات الفيزيولوجية المؤدية اليها. او تقديم تفسير دينامي

وافي لها.

٢ ـ التطور نحو امراض الاجهزة (الهرم المبكر، تصلب الرقائق... الخ) ـ مثل سابقتها.

٣ ـ التطور باتجاه عصاب الوساوس المرضية. وهذا التطور هو موضوع هذه الورقة وقد قدمنا اعلاه كافة الشروحات والمعطيات المتوافرة حوله. وبقي ان نقدم المعطيات العيادية من تجربتنا الشخصية في المجتمع اللبناني.

٧ ـ معطيات عيادية:

بلغ عدد مرضى الهجاس الذين تقدموا لطلب العلاج في عيادتنا والمراكز التي نعمل فيها، خلال الفترة الممتدة من اوكتوبر ١٩٨٨ ولغاية اليوم، ١٥٧٤ مريضاً. ورغبة منا في تجنب تقاطع المؤشرات (وجود امراض جسدية او نفسية او سيكوسوماتية سابقة او مرافقة) قمنا باختيار مائة من بين هؤلاء المرضى وفق المعايير التالية:

أ ـ تراوحت اعمارهم بين ٣٠ و٤٥ سنة بمعدل وسطي ٤٠ سنة.

ج ـ قادرين على تذكر بداية ظهور الوساوس لديهم وعلى تعقيل العلاقة بين هذا الظهور وبين تعرضهم لحدث صدمي قبل بضعة شهور منه، وذلك بمعزل عن اية مؤشرات مرضية اخرى.

وبهذا نكون قد انطلقنا من سجلات عيادتنا لنجري مراجعة شاملة لهذه الحالات تبين لنا اشكال بداية الوساوس والعوارض الاولية ثم تطور هذه العوارض واثرها في الانتقاص من التفاؤلية الدفاعية للمرضى. اضافة لتمديد الفترة الفاصلة بين بداية استقرار العصاب وبين طلب العلاج النفسي. ثم الاختصاصات التي تدخلت خلال هذه الفترة. والاهم من كل ذلك امكانية اقتراح منهجية تشخيصية لهذه الحالات توفيراً للوقت وللهدر.

وسنحاول في ما يلي تقديم بعض المعطيات الاحصائية المتعلقة بهذه النقاط.

أ ـ العلائم الجسدية: لاحظنا ان معظم هذه العلائم كان مشتركاً بين المرضى. كما نلاحظ ان هذه العلائم كانت تتسبب بخوف متنامي تدريجيا من الامراض التي قد تكون كامنة وراء هذه العوارض. الامر الذي يبرر لجوء هؤلاء المرضى الى عيادات الطب العضوي وخضوعهم لدورة طويلة من الفحوصات والتحاليل. ويبين الجدول رقم (٢) العلائم الجسدية المصاحبة لعصاب الوساوس المرضية.

ب ـ العلائم النفسية: يحتل الخوف المتطور لغاية الرهاب (الفوبيا) واجهة العوارض النفسية لهذا العصاب. لكن وجود مسببات مبررة لهذا الخوف (تتمثل بالصدمة والسلوك التجنبي المصاحب لها) يجعلنا نتحفظ على استخدام مصطلح الفوبيا في هذه الحالات (ما لم يكن المريض معانياً من فوبيا طفولية او من مظاهر رهابية سابقة للصدمة). وهذا ويلخص الجدول رقم (٣) العلائم النفسية المصاحبة لعصاب الوساوس المرضية.

ج ـ معطيات عامة: بمراجعة ملفات العينة وجدنا ان المريض يقضي فترة متوسطها عامين وهو يتنقل بين عيادات الاطباء دون ان يحظى بتشخيص دقيق لحالته ويتوجه الى العيادة النفسية. خلال هذه الفترة ينفق المريض مبلغاً معدله خمسة آلاف دولار (زاد المبلغ بعد ظهور مضادات الاكتئاب الحديثة والغالية الثمن واقبال الاطباء العضويين على وصفها) تتوزع على ثمن الادوية وكلفة الفحوصات والمعاينات الطبية ودخول المستشفيات لفترات قصيرة احياناً. اما عن الاختصاصات الاكثر استقطاباً لهؤلاء المرضى فتأتي عيادات القلب في الطليعة حيث سجل جميع المرضى (١٠٠٪) زيارة واحدة على الاقل لهذه العيادة، والامر نفسه يصح بالنسبة لعيادات الطب العام. ثم تأتي بقية

العيادات الاختصاصية بنسب متفاوتة.

ويلاحظ ان هذه العيادات مجتمعة تستعمل المهدئات ومضادات الاكتئاب. انظر الجدول رقم (٤) الذي يقدم معطيات عامة حول محاولات علاج عصاب الوساوس المرضية.

٨ ـ تشخيص عصاب الوساوس المرضية:

من مجمل ما تقدم يتبين لنا وجود قرابة عضوية بين هذا العصاب وبين كل من عصاب القلق والنوراستانيا. وهذه القرابة تتضح من خلال تصنيف فرويد لها في خانة الاعصبة الراهنة. كما تتضح من خلال محاولة هنري أي التصنيفية (التي تضم الهيستيريا الى هذه الأعصبة). لكن تجلي هذه القرابة والوضوح الصافي لها انما تثبته العوارض التي تمثل الشكوى المشتركة بين عصابيي الوساوس المرضية. اذ ان قراءة مفصلة لهذه العوارض تردنا الى تشخيص النوراستانيا القديم. حيث يكاد هذا المصطلح ان يفقد اثره في العيادة النفسية. فقد عمدت التصنيفات الاميركية المتتالية و DSMIII, DSMIII-R الى تجنب التصدي لمهمة تطوير مفهوم عصاب النوراستانيا وتوضيح سبباته. لذلك وجدناها تفضل اسقاط هذا العصاب باعتباره غير مؤكد الاسباب. وفي المقابل قامت هذه التصنيفات بشرذمة اعراض النوراستانيا ووزعتها على وحدات فرعية اخرى. ولقد حاول العاملون على اخراج الدليل الاميركي الرابع ادراج النوراستانيا في اطار الاضطرابات المتظاهرة جسدياً وذلك جنباً الى جنب مع الوساوس المرضية والتجسيدات الهيستيرية. وكان ذلك انطلاقاً من القاعدة النظرية الاساسية للتصنيف الاميركي وهي قاعدة العارض ـ الربان (Symptom-Pilot). ولقد ادت هذه القاعدة الى بعثرة الهستيريا الى مجسدة وقلقية بحيث صنفت كل منهما في اطار مختلف وكأنهما عصابان مختلفان. ولقد فشلت هذه المحاولة بسبب عدم وجود دراسات ميدانية كافية حول النوراستانيا. في المقابل نجد الدليل العالمي للامراض يدرج احد اشكال هذا العصاب في تصنيفه وهذا الشكل هو «فقد المودة النوراستاني».

عامل آخر عمل ضد النوراستانيا ويتمثل بان فئة المصرين على المنبع الانفعالي للاعصبة وجدوا ان بداية النوراستانيا تتمازج مع مظاهر جسدية يمكنها ان تكون مشتركة بين عدة اضطرابات عضوية(خصوصا مظاهر عدم الثبات العصبي ـ النباتي). ونذكر هنا باضطرار بلويلر للتمييز بين الحالات النوراستانية وتلك شبيهة النوراستانية. لذلك فضلت هذه الفئة تجاهل النوراستانيا وساهمت في اسقاط المصطلح.

وفي عودة الى التصنيف الاميركي نجد انه يستبدل «فقد المودة النوراستاني» بـ «انعدام المزاج» لكننا نعود لنجد هذه العوارض في خانات اخرى غير مزاجية مثل اضطراب الشدة عقب الصدمية (P.T.S.D) او في تناذر الاستنفاد المزمن. اما الشكل النزقي للنوراستانيا فنجد اعراضه مصنفة في خانة الهلع (Panic) حيث نوبة الهلع تعادل ما مكان يسمى كلاسيكيا بالنوراستانيا الحادة.

امام هذه الفوضى يجد الباحث العيادي نفسه فاقداً للتوجه. بل انه يعاني من ضياع يهدد بفوضى اعم واشمل وذلك للاسباب التالية:

١ ـ ان الاطباء العامون والداخليون لا يستطيعون اهمال الوجود الفعلي للعوارض النوراستانية راح هؤلاء يصنفون هذه الاعراض في تناذرات مستقلة. الامر الذي ادى الى زيادة الارباك. بعد ظهو سلسلة من المصطلحات من نوع: تناذر داكوستا وتناذر القلب الزائد الحيوية... الخ لغاية ظهور مصطلح الانهيار المقنع Masked Depression وبالمراجعة نجد ان هذه المصطلحات جميعها ليست الا اشكال نوراستانية.

٢ ـ في مجال الصدمة النفسية تحديداً نجد تمازجاً يبلغ حد الانصهار بين مظاهر الاعصبة الراهنة. حيث

اختزال بتسمية تلغي اولاً الاضطرابات الجسدية المصاحبة للصدمة والمتبدية لاحقاً باشكال مختلفة لا توجد دراسات ميدانية كافية حولها. مما يجعل من العصاب الصدمي واضطراب الشدة عقب الصدمية مصطلحات غائمة وغير مكتملة.

٣ ـ مما قدمنا فان الباحث العيادي، وحتى المعالج، يجد نفسه وهو ينقب عن تصنيف العوارض في خانات مرضية مختلفة. ولكي نكون اكثر دقة نسأل اين نصنف مريض الوساوس المرضية؟ هل نكتفي بتصنيفه في خانة «الهايبوكوندريا» الاميركية متجاهلين عوامل المحيط المحركة للاستعداد التكويني للاصابة بخلل الجهاز العصبي النباتي؟. ومن هذه العوامل ما ينتمي الى العصاب الصدمي (P.T.S.D). وهل نتجاهل حالات انعدام المزاج (فقد المودة) المصاحبة للوساوس المرضية؟ وماذا عن التجسيدات الهيستيرية المرافقة ايضاً؟ وهل نستطيع ان نخلط بين نوبة الهلع وبين النوراستانيا الحادة التي نعرف لها اسباباً شدية (الصدمة) وعضوية في حين نجهل اسباب الاولى؟

وباختصار اين نصنف المريض الذي يشكو من اعراض عيادية تنتمي الى خمس خانات تصنيفية اميركية؟

ان خبرتنا العيادية في التعامل مع ضحايا الكوارث دفعتنا الى اعادة تبني مفهوم النوراستانيا واعادة الاعتبار اليه كفئة تصنيفية مستقلة. كوننا وجدنا في ذلك تلافياً لفوضى مصطلحية يدفع ثمنها المريض وجهاز الرعاية الطبية. مما يؤدي الى هدر الجهود والامكانيات الى تأخير العلاج اضافة لمعاناة الشلل الاجتماعي عند المريض.

اما عن اشكال النوراستانيا العيادية (ومعها الوساوس المرضية) فقد اعتمدنا لها تصنيفين مستعارين من ليوبولد سوندي L. Szondi وهما: ١ ـ فقد المودة النوراستاني و٢ ـ النزق النوراستاني.

وهذين الشكلين يستجيبان للعوارض العيادية، المعروضة اعلاه، المميزة لمزيج الاعصبة الراهنة الناجمة عن الصدمة.

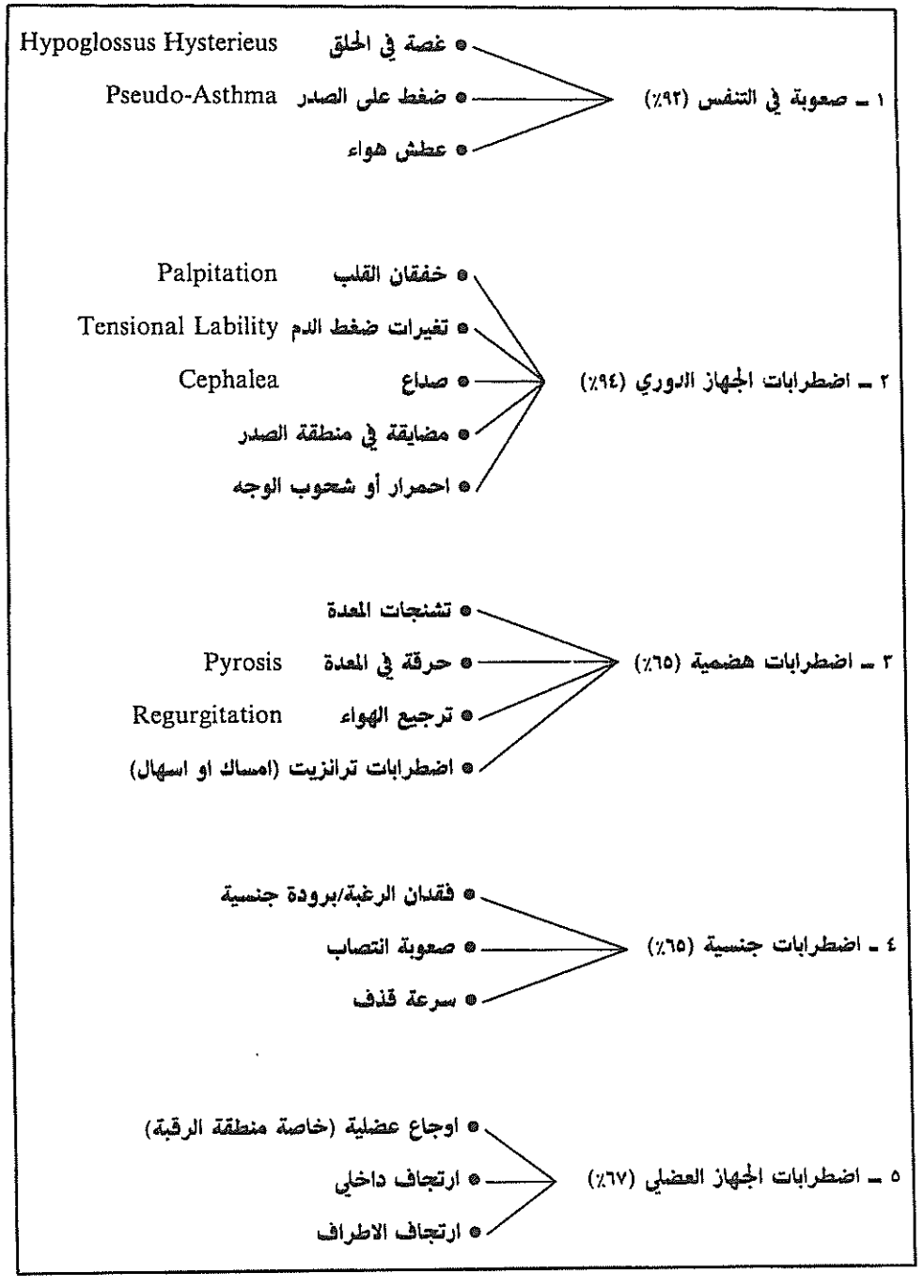
اما عن التشخيص التفريقي لهذين الشكلين فيعتمد على مجموعة اختبارات فيزيولوجية مثل: اختبار شيلونغ Schellong واختبار اضعاف الموجه T من تخطيط القلب ـ انظر الجداول (٥) و(٦) وايضاً اختبار تحري العوارض السيكوسوماتية انظر الجدول (٧).

٩ ـ الخلاصة:

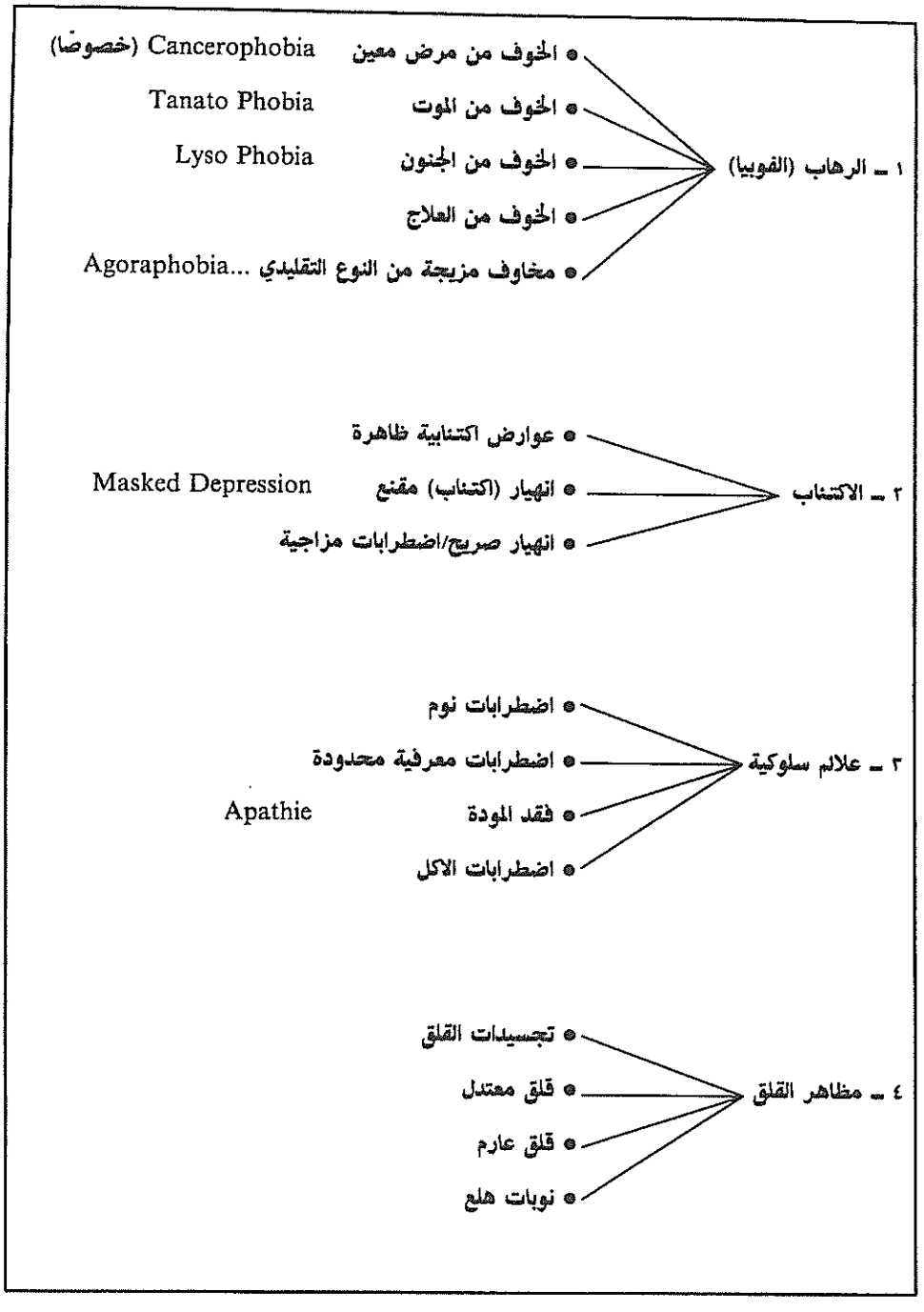
ان التصنيفات المطروحة للعصاب الصدمي قاصرة عن الاحاطة الكلية بالعوارض التي يتعامل معها العياديون. وخصوصاً لجهة الآثار طويلة الامد للصدمة. وفي طليعتها مزيج النوراستانيا ـ الوساوس المرضية. الذي يشكل تعقيداً مزمناً للصدمة غير قابل للتجاهل. وذلك بسبب الارتفاع الكبير في نسبة المعانين من هذه العوارض. وهو ارتفاع تمكن تسميته بالانتشار الوبائي. من هنا فاننا نعتبر ان الربط بين الصدمة وبين هذه العوارض هو ربط موضوعي يقدم لنا امكانيات التشخيص الدقيق وبالتالي العلاج المبكر. مما يقلل من الارباك والهدر ويعزز قدرة عيادة الطب الداخلي على لدعم في مواجهة هذا الانتشار الوبائي لهذه الحالات. وذلك عن طريق تقديم جدول تشخيصي متكامل لهذه الحالات وتدريب هؤلاء الاطباء على اساليب التعامل مع هؤلاء المرضى. مع وضع قواعد للتعاون بينهم وبين العيادة النفسية.

نوعية الانشطار	الانعكاسات العقلية	الانعكاسات الجسدية	طبيعة الصدمة النفسية
الجسد يهدد الأنا	انعدام القابلية الاجتماعية والإنصراف عنها وعن الطعام. وقد يتطور هذا الانصراف ليصل إلى «الخلفة العقلية» (Anorexie Mentale)	خلل التوازن النفسي - الجسدي، معاودة ظهور الأمراض أو نوبات الأمراض الجسدية التي كانت كامنة لحينه.	صدمات عاطفية. صعوبات العلاقات الشخصية مع الآخرين.
الجسد عرضة للتهديد	تفجر الوساوس المرضية	تجسيدات مختلفة	وضعيات عظامية (أسر أو اعتقال أوخسائر أوفقدان عزيز)
الجسد عرضة للتشويه	تفجر المخاوف والوساوس المتمحورة حول تعرض الجسد للتشويه	تجسيدات مختلفة من النوع الهيستيري	التعرض لصدمات تهدد الحياة بشكل صاعق (انفجارات عمليات جراحية. . . الخ)
الجسد عرضة للجنون	مظاهر تبدد أو تفكك الشخصية Depersonalisation	ظهور مظاهر التبدد أو التفكك على الصعيد الجسدي	الشعور بالذنب أمام الضحايا من قبل الشخص الناجي من الكارثة. أو التعرض لتهديد الحياة لمدد طويلة.

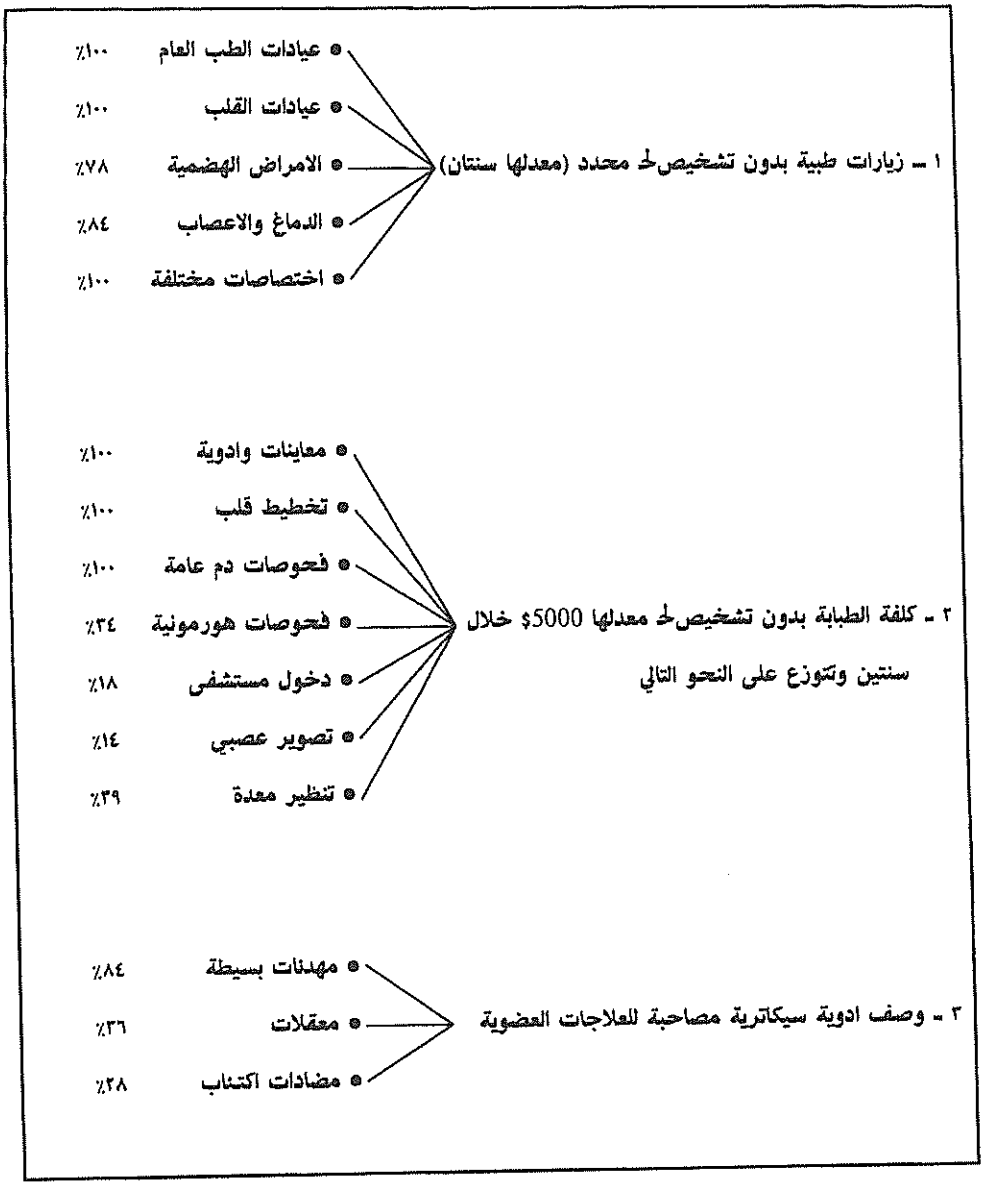
جدول رقم (١) وهو يعرض للانماط الاربعة لمعايشة الجسد بحسب M. Selvini.



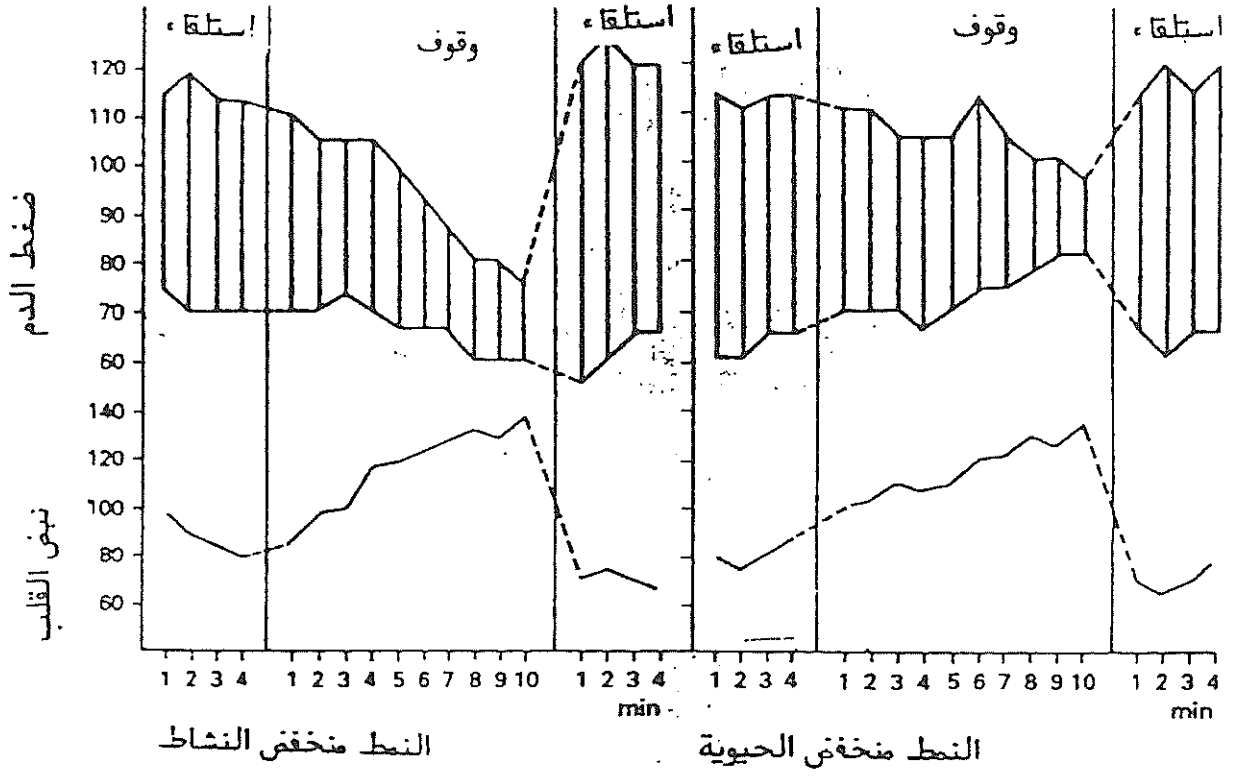
جدول رقم (٢) ويعرض للعلائم الجسدية المصاحبة للعصاب الوساوس المرضية.



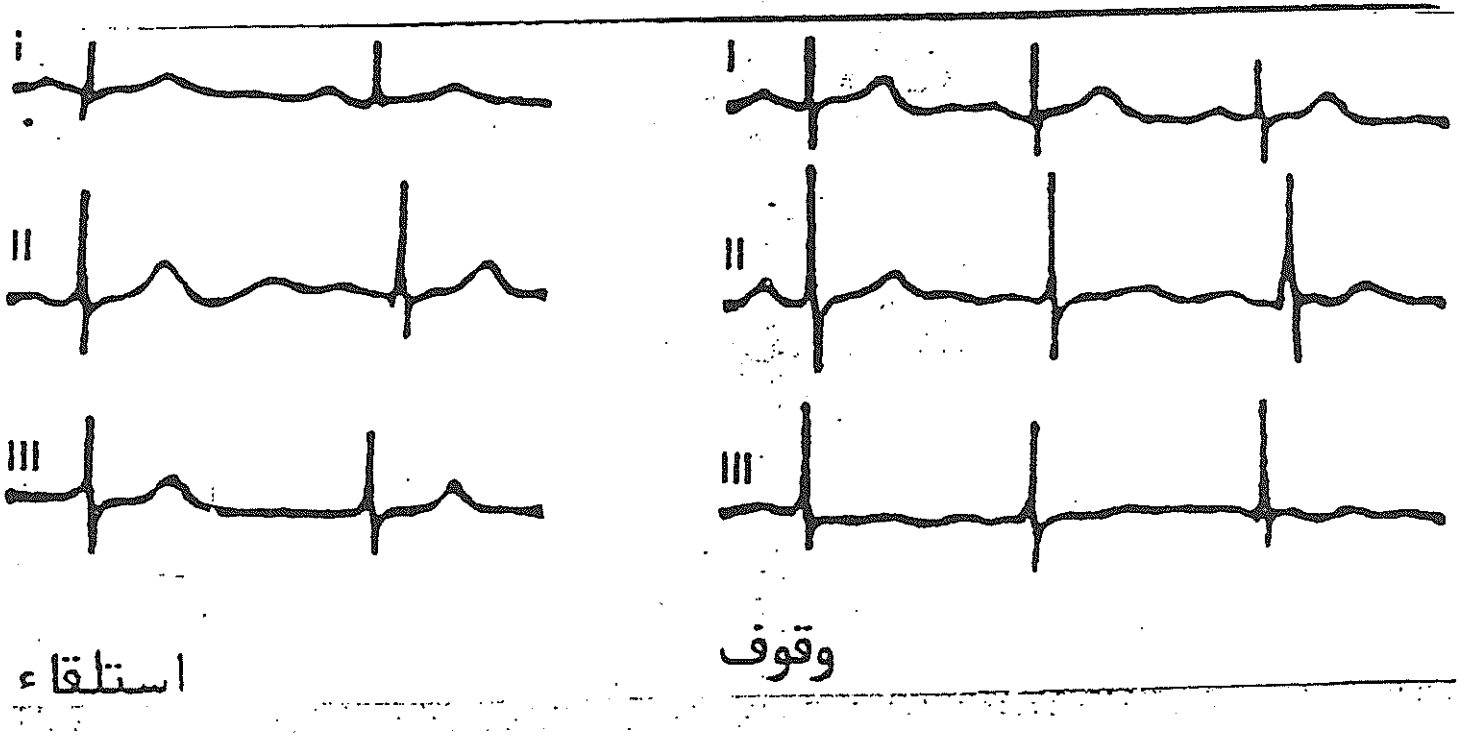
جدول رقم (٣) ويعرض للعلائم النفسية المرافقة للوساوس المرضية.



جدول رقم (٤) ـ معطيات عامة حول محاولات العلاج الفاشلة لعصاب الوساوس المرضية.



جدول رقم (٥) ويمثل تغيرات الضغط الدموي في وضعيتي الوقوف والاستلقاء (اختبار شيلونغ) حيث النمط منخفض النشاط يشير الى فقد المودة النوراستاني ومنخفض الحيوية يشير الى النزق النوراستاني.



جدول رقم (٦) ويبين نتيجة اختبار اضعاف الموجة (T) ـ تخطيط قلب في وضعيتي الوقوف والاستلقاء.

اختبار تحري العوارض النفسية ـ الجسدية[1] CHESS

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

الاسم الجنس العمر

اسم الفاحص تاريخ الفحص

رقم الوحدة رقم العلاج

التشخيص تاريخ العلاج

(أ) إذا ما شكا المريض من اضطرابات جسدية:

(قبل سؤال الفاحص عنها)

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

. . . . . .

. . . . . .

(ب) إسأل المريض الأسئلة المذكورة في الصفحات التالية

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

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

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

وفترة الفحوص يفترض أن تحدد بالتعابير التالية.

ـ خلال الأسبوع الأخير.

ـ خلال الأسبوعين أو الأربعة أسابيع الأخيرة.

ـ لدى آخر لقاء مع المريض.

---

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

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

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

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

(ج) العلاقة بالتطبيب الدوائي .

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

ـ غير موجود.

١ ـ ممكن.

٢ ـ محتمل.

٣ ـ واضح. آخذاً بعين الاعتبار الاستجابة للدواء.

الأمراض	د
.....	☐
.....	
.....	
.....	
.....	☐

المراجع العربية

١ ـ محمد احمد النابلسي: الأمراض النفسية وعلاجها ـ دراسة في مجتمع الحرب اللبنانية، المنشورات الجامعة ط ١ (١٩٨٥)، ط ٢ (١٩٨٧).

٢ ـ محمد احمد النابلسي: الصدمة النفسية ـ علم نفس الحروب والكوارث، دار النهضة العربية ـ بيروت (١٩٩٢) ـ بالاشتراك.

٣ ـ محمد احمد النابلسي: سيكوماتيك الهيستيريا والوساوس المرضية، دار النهضة العربية ـ بيروت (١٩٩١) ـ بالاشتراك.

٤ ـ محمد احمد النابلسي: العقابيل السيكاترية والسيكوسوماتية والسيكولوجية للاوضاع الصدمية ـ رسالة دكتوراه .Ph.D غير منشورة. مقدمة للاكاديمية الهنغارية (١٩٩٢) Post Graduate School- Budapest.

٥ ـ محمد احمد النابلسي: رسم الزمن في اوضاع الكارثة ـ ورقة مقدمة الى المؤتمر العالمي الثامن للطب النفسي ـ اثينا ١٩٨٩ ـ بالاشتراك مع اليزابيث موسون ـ منشورة بالعربية في مجلة الثقافة النفسية العدد الثاني، ابريل (١٩٩٠).

٦ ـ محمد احمد النابلسي: الحرب في المجتمعات النامية (مقالة) في مجلة الثقافة النفسية، العدد الاول، يناير (١٩٩٠).

٧ ـ محمد احمد النابلسي: امراض الحرب اللبنانية ـ ورقة مقدمة الى مؤتمر «نحو علم نفس عربي» ـ طرابلس (١٩٩٢).

٨ ـ محمد احمد النابلسي: الشباب في مجتمع الحرب الاهلية اللبنانية، محاضرة في الرابطة الثقافية نشرتها (١٩).

٩ ـ محمد احمد النابلسي: المرأة اللبنانية بين الحرب والاسرة ـ مجلد جمعية تنظيم الاسرة بعنوان «المرأة والحرب في لبنان» ـ بيروت (١٩٩٠).

١٠ ـ محمد احمد النابلسي: الامن الاجتماعي والانصهار الوطني ـ ورقة في مؤتمر «المثقفون والانصهار الوطني» نشرتها الثقافة النفسية في عددها التاسع ـ يناير (١٩٩٢).

١١ ـ محمد احمد النابلسي: اخطاء التشخيص السيكاتري. في مجلة الثقافة النفسية، العدد ٣٧ ـ يناير (١٩٩٩).

١٢ ـ محمد احمد النابلسي: عصاب الكارثة في العيادة العربية، فصل في كتاب للمؤلف صدر عن دار الطليعة تحت عنوان «نحو سيكولوجيا عربية» ـ بيروت (١٩٩٥).

١٣ ـ اليزابيث موسون: المعاصرة في نظرية النوراستانيا عند سوندي ـ مجلة الثقافة النفسية العدد السابع عشر ـ يناير (١٩٩٤).

المراجع الاجنبية

1- Ali Sami: De la Projection, Payot 1970.

2- Crocq, L: P.T.S.D. ou Névsose Traumatique in Psyenergic, 1988.

3- Crocq, L et al: Névrose de guerre est stres de Combat, in psy medicale, 1978, 10, 9, 1705, 1718.

4- Chek List for Evaluation of Symatic Symptoms.

5- Desportes Caroline: Regard Historique sur l'hypochondrie, dans Bulletin de C.F.R.P. - Paris, 1985.

6- Delay, J: Intriduction à la medecine psychosomatique, ed Masson, 1961.

7- Kraft ebing: Lehrbuch du psychiatrie, sttutgard, 1890.

8- Freud. S.: Fragment d'une analyse d'hystèrie.

9- Freud. S: Ma vie et la Psychanalyse.

10- Freud. S.: La naissance de la Phsychanalyse.

11- Freud. S.: Pour introduire la narcissime, 1914.

12- Freud. S.: L'état scherber, 1911.

13- Freud. S.: Introduction à la Psychanalyse, 1917.

14- Freud. Breur: Etudes sur L'hysterie, 1895.

15- Freud. E. From: L'Analyse de sa personalité et de son influence P.U.F. Paris.

16- Freud, S: Essaies de Psychanalyse, Paris, P.U.F. 1969.

17- Ey. H: Etudes Psychiatriques, Desclée de Brouwer, Paris 1948.

18- Jonnes E.: La vie et Lœuvre de Sigmund Freud. P.U.F. Paris, 1969.

19- Klein, M et Al: Developments in psyco-analysis, Londre, Hogarth Press, 1552.

20- Laplanche. J. et J. B. Pontalis: Vocabulaire de Psychanalyse, P.U.F. Paris.

21- Morel: Traité des maladies Mentales- 1860.

22- Martiy. Pierre: L'ordre Psychosomatique, Payot 1981.

23- Marty. Pierre: Les rêves chez les malades somatiques, I.P. 80, 1983.

24- Marty. P.:b Les Mouvement individuels de vie et de mort, ed payot 1976.

25- Moussong, E.K, Naboulsi, M.: Representation du temps dans le Desastre, VIII Congrès mondial de psychiatrie, 1989.

26- Mc Farlane, A.C: (1988) The Longitudinal course of psottraumatic morbidity: The range of outcomes ans their predictors, Jornal of Nervous ans mental disease, 176: 30-39.

27- Naboulsi, M: Séquelle psychiques et psyohosmatiques de la guerre libanaise, Académie Hangoroisw, P.G.S.- Budapest-1992.

28- Naboulsi, M: War and Developing Societies. in Terapeutica Hungarica 1990.

29- Pelicier, Y: Espace et psychopathologie, Paris, Economica, 1983.

30- Raphael, B. and Middleeton, W.: Research Proposal, 1986.

31- Raab. W., Chaplin, J., and Bajus,: e: Myocardial Necrosis Produced in domestical rats ans in wild rats by sensory and emotional stress. in Pro. Soc-Biol, Med. 166, 665, 1964.

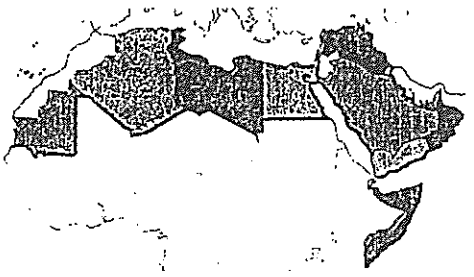
31- Schneider P.B: L'angoisse devant l'état de maladi, ed expansion sientifique Francaise, Paris 1963.

32- Selbini Maie Maie: Thèse inedite. contribution à la psychopathologie du vècu corporelle, 1967.

33- Shore, G.H., Tatum, E. L., and Vallmer, W.M.: (1986). Psychiatric reactions to disaster: The Mount St Helens Experience. American Journal Psychiatry 143: 590-595.

34- Weiss, D.S. Horowitz, M. J. ans Wilner, H.: (1984) The stress response rating scale: a clinician's measure for rating the response to serious life events. British Journal of Clinical Psychology, 23: 202-15.

الاتحاد العربي لعلم النفس



ARAB - PSYCHOLOGIST

PSYCHOLOGUE - ARABE

ISSUED BY

ARAB ASSOCCIATION OF PSYCHOLOGY (A A P)
and
Egyptian Association For Psychological Studies (EAPs)

VOLUME 1 . NUMBER 1 JANURY 2000

يسر الاتحاد العربي لعلم النفس ان يعلن عن اطلاقه لمجلته التي يصدرها تحت عنوان:

«الاخصائي النفسي العربي».

الصادرة باللغة الانجليزية مع بضعة مقالات بالفرنسية.

ويهدف الاتحاد من هذه المطبوعة ان تكون نافذة الاخصائيين النفسيين العرب على العالمية. فالزملاء الاجانب مهتمون غاية الاهتمام بالاطلاع على البحوث النفسية العربية. وخصوصاً لجهة التطبيق عبر الحضاري للنظريات والمقاييس والاختبارات واساليب العلاج. كما لجهة الفوارق الحضارية المرتبطة بالثقافات. وأيضاً لمعرفة الاساليب التكيفية الخاصة التي يعتمدها النفسانيون العرب لتفعيل الإختصاص ولتكييف استخداماته وفق الظروف الخاصة للبيئة العربية.

ان الاتحاد يعتبر هذه المجلة ترجمة امينة لدعوته الى الخروج بالبحوث العربية الى العالمية. مع ما يتضمنه هذا الخروج من تفريق بالجهود والانجازات وما يمكنه ان يحويه من عرض ومناقشة وتلقي الملاحظات والاسئلة حول هذه البحوث ومنطلقاتها النظرية. بما في ذلك من فرض المشاركة العربية في الدراسات عبر الحضارية.

المراسلات على احد العنوانين التاليين:

ا.د فرج عبد القادر طه (رئيس التحرير)
جامعة عين شمس ـ كلية الأداب/علم نفس القاهرة
جمهورية مصر العربية.

ا.د. محمد احمد النابلسي
امين عام الاتحاد العربي لعلم النفس
طرابلس ص.ب/٣٠٦٢ـ التل ـ لبنان.

هدية للمشتركين

في يونيو من العام ١٩٤٥ صدر العدد الاول لأولى المجلات النفسية العربية.

وشارك في رئاسة تحريرها المرحومان يوسف مراد ومصطفى زيور.

مركز الدراسات النفسية والنفسية ـ الجسدية اعاد طباعة هذا العدد الأول في طبعة تذكارية وبنسخ محدودة يخصصها للأهداء الى كل المساهمين في دعم مسيرة مجلته ونشاطاته العلمية.

وبذلك فان مشتركي المجلة خلال العام 2001 يحصلون على نسخة هدية من هذه الطبعة التذكارية.

وبالنسبة الى القسم المتعلق بالبحوث المحكمة فقد ارتأت أسرة التحرير خوض تجربة المحاور. بحيث تخصص بحوث كل عدد لمحور معين. وقد تم تحديد المحاور التالية للعام 2001.

- **محور الادمان عدد يناير**
- **محور السيكوسوماتيك عدد ابريل**
- **محور الحياة الزوجية عدد يوليو**
- **محور الصدمة النفسية عدد اوكتوبر**

قسيمة الاشتراك

نظراً للصعوبة التي نصادفها لايصال المجلة الى المتخصصين والمهتمين. اضافة الى محدودية الاعداد المطبوعة التي لا تسمح بتوزيع واسع فاننا ندعو الزملاء والمهتمين لتعريف زملائهم ومؤسساتهم بالمجلة وتسجيل اشتراكهم.

الاسم / المؤسسة: .....

.....

العنوان: .....

.....

التخصص الدقيق: .....

.....

مجال الممارسة والاهتمامات: .....

.....

.....

- اشتراك فردي (او اهداء) 40$
- اشتراك تشجيعي 100$
- اشتراك مدى الحياة 500$
- اشتراك المؤسسات 100$

ترسل قيمة الاشتراك بموجب شيك مسحوب على نيويورك او احد المصارف اللبنانية باسم رئيس التحرير على العنوان التالي:

طرابلس.ص.ب./ 3062 ـ التل، لبنان

• **هذا الاشتراك يتيح الحصول على نسخة مجانية من كافة اصدارات المركز في سنة الاشتراك.**

قالوا في كتاب

«سيكولوجية السياسة العربية»

□ ... ان القيمة القصوى للمعرفة نابعة من استخدامها في التفكير. وحيث كل نظر مستقبلي فان قيمته في جموده وتماسكه وضمانه وفي الخصوبة التي يقومها لتعاملنا مع المستقبل.

الكتب ـ وجهات نظر/سبتمبر ١٩٩٩

□ ... ميزة الكتاب انه لا يكتفي بحد بل يمضي بعيداً في الافق ليطاول المحرم. ذاك الذي يمكث في مناطقه السرية المعمل الرهيب للسلطة. هناك حيث ترسم للناس خطوط سيرها ودرجات تعلقها...

شؤون الاوسط/اوكتوبر ١٩٩٩

□ ... ان من يقرأ هذا الكتاب ويتعرف الى ما تحمل محتوياته من مضامين مستقبلية خطيرة سيجعل منه مرجعاً «اميرياً» 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 ـ عربي للسيكولوجيا والمستقبليات لخدمة الراهن والمستقبل العربيين...

السفير/١٩٩٩/٧/٢٦

□ ... يطرح الراهن السياسي العالمي التساؤلات عن مستقبل المصالح العربية. وكتاب الدكتور النابلسي يتطرق للاسس التي يرتكز العرب اليها في حماية مصالحهم في مواجهة متغيرات الالف الثالث...

المشاهد/٢٥ ابريل ١٩٩٩

□ ... يقدم المؤلف عروضاً نقدية لاهم الكتب والنظريات المستقبلية فيقدم التلخيص ويتبعه بتبيان رأيه في الثغرات النظرية ومن ثم في انعكاسات الطرح المستقبلي على مستقبل المصالح العربية...

دراسات عربية/اوكتوبر ١٩٩٩

يتشرف

الاتحاد العربي لعلم النفس

بدعوتكم للمشاركة في

المؤتمر العربي التاسع لعلم النفس

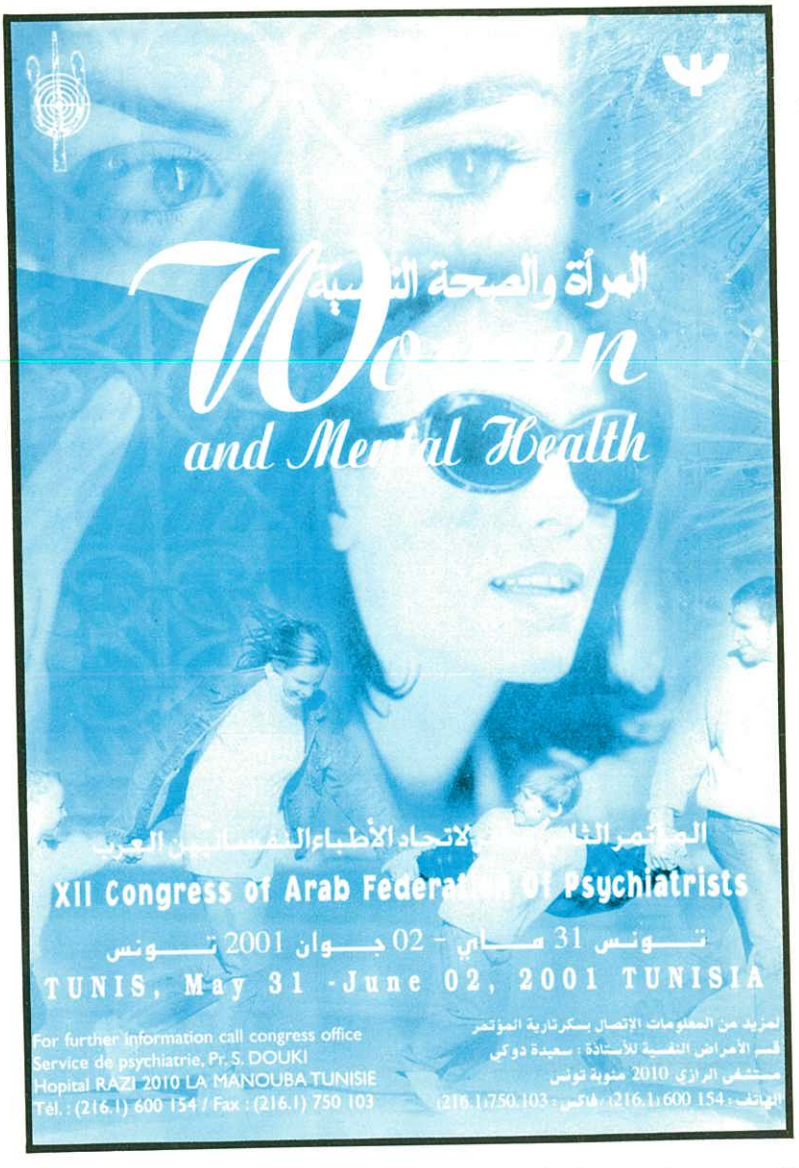
يناير 2001

يقام المؤتمر في جامعة ٦ أوكتوبر ـ القاهرة

لمزيد من المعلومات يرجى الاتصال بـ:

أ.د. فرج عبد القادر طه (رئيس الاتحاد): جامعة عين شمس كلية الآداب ـ قسم على نفس / القاهرة ـ جمهورية مصر العربية.

أ.د. محمد احمد النابلسي (امين عام الاتحاد): مركز الدراسات النفسية طرابلس ص.ب.: ٣٠٦٢ ـ التل ـ لبنان Fax: 961.6.438925.



المؤتمر الثاني عشر لاتحاد الاطباء النفسيين العرب ـ تونس ٣١/٥/ الى ٢/٦/٠٠١

المراسلات: الاستاذة الدكتورة سعيدة الدوكي/ مستشفى الرازي ـ قسم الامراض النفسية ـ 2010 منوبة/ تونس. فاكس: 750103 (216.1)