الثقافة النفسية المتخصصة

العدد الخامس والاربعون - المجلد الثاني عشر - كانون الثاني / يناير 2001

الادمـــان

جماعة من الباحثين

- لقاء مع احمد زويل
- حروب انترنت افتراضية
- الصفحة النفسية العربية الانترنتية
- الندوات والمؤتمرات
- علاج الأسرى والضحايا
- اصدارات نفسية حديثة

مركز الدراسات النفسية والنفسية - الجسدية
Centre d'Etudes Psychiques et Psycho Somatique C.E.P.S
طرابلس - لبنان - شارع عزمي - بناية قاديشا - ص.ب. 3062 - التل
تلفون: 961.6.441805
فاكس: 961.6.438925
E.mail: ceps 50 @ hot mail.com.

العلاج النفسي
للأسرى وضحايا العدوان

محمد أحمد النابلسي

مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية

العلاج النفسي للأسرى
وضحايا العدوان

للمؤلف
الدكتور محمد أحمد النابلسي
أستاذ الطب النفسي في جامعة طرابلس

مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية
Centre d'Etudes Psychiques et Psycho Somatique C.E.P.S
طرابلس ـ لبنان ـ شارع مزمي ـ بداية تلمايفا ـ ص.ب 1063 ـ قلم
تلفون: 961.6.441805
تلفاكس: 961.6.438925
E.mail: cepc 30 @ hot mail.com.

قالوا في الكتاب:

- ان اعمال النابلسي في دراسات الصدمة النفسية تكرسه كمؤسس لفرع سيكولوجية الحروب والكوارث في الوطن العربي...

  الكفاح العربي في 2000/11/9

- يأتي هذا الكتاب ليرسخ ريادة المؤلف لفرع دراسة الصدمات وليقدم الاقتراحات العلمية لارساء استراتيجية عربية لرعاية الأسرى...

  السياسة الكويتية ـ مقابلة مع المؤلف

- يأتي هذا الكتاب في زمن التزايد المتصاعد لاعداد الضحايا العرب وللممارسات العدوانية ضدهم...

  المشاهد ـ لندن في 2000/12/2

- يطرح هذا الكتاب موضوع رعاية الأسرى فيخرج به من السرية المحيطة بأعمال الطب النفسي العسكري ويطرحه للنقاش الاكاديمي وكمرجع يحتاجه المتعاملون مع الضحايا. انه سبق جديد للنابلسي وهو سيثير ضجة ونقاشا...

  أ. د. عبد الفتاح دويدار

- ان تجارب النابلسي في مجتمع الحرب اللبنانية تتصف بالمعايشة المباشرة للاحداث وللضحايا مما يجعله مرجعا له اهميته في المجال. وهذا الكتاب يكرس مرجعية النابلسي في هذا الفرع...

  أ. د. محمد عبد الظاهر الطيب

مركز الدراسات النفسية والنفسية - الجسدية
Centre d'Etudes Psychiques et Psycho Somatique C.E.P.S

الثقافة النفسية المتخصصة

رئيس التحرير
محمد أحمد النابلسي

INTERDISCIPLINAR PSYCHOLOGY
Editor in chie f: Naboulsi.M. (M.D. -Ph.D)

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

ان الآراء الواردة في المجلة تعبر عن وجهة نظر كتابها وهي لا تعبر بالضرورة عن وجهة نظر المجلة.

يرجى مراجعة شروط النشر المنشورة في صفحة مستقلة.

تعطى افضلية النشر وفق خطة التحرير وبحسب المحاور المحددة مسبقا.

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

طرابلس ـ لبنان ـ شارع عزمي ـ بناية قاديشا
P.O. Box: 3026-Tal

تلفون: 441805-6-961 فاكس: 438925-6-961
E.mail:ceps 50@hot mail. com.

سكرتاريا التحرير
حسن الصديق عبد القادر الاسمر

هيئة التحرير
روز ماري شاهين سلمى المصري دملج
سامر رضوان جليل شكور

الهيئة الاستشارية
احمد عبد الخالق ـ جامعة الكويت ـ كلية الاداب
احرشاو الغالي ـ جامعة فاس ـ كلية الاداب
اسامة الراضي ـ مجمع الراضي للطب النفسي
اليزابيت موسون ـ عضو شرف في محافل عالمية
امال صادق ـ جامعة حلوان ـ كلية التربية
انور الجرايحة ـ مستشفى الهادي شاكر للطب النفسي
بشير الرشيدي ـ رئيس مجلس امناء مكتب الانماء الاجتماعي
جمال التركي ـ استشاري الطب النفسي/ تونس
جيمي بيشاي ـ مشفى المحاربين القدماء/ الولايات المتحدة
خليل فاضل ـ استشاري الطب النفسي/ بريطانيا
صفاء الاعسر ـ مركز دراسات الطفولة/ عين شمس
طلعت منصور ـ جامعة عين شمس ـ كلية التربية
عادل الاشول ـ جامعة الكويت ـ كلية التربية
عبد الله آل شارع ـ جامعة الملك سعود بالرياض ـ التربية
عبد الستار ابراهيم ـ جامعة الملك فهد/ الظهران
عبد الفتاح دويدار ـ جامعة الامارات
عبد العزيز الشخص ـ جامعة عين شمس ـ كلية التربية
عبد الرزاق الحمد ـ جامعة الملك سعود ـ كلية الطب
عبد المجيد الخليدي ـ جامعة عدن ـ كلية الطب
عدنان التكريتي ـ رئيس تحرير المجلة العربية للطب النفسي
علي زيعور ـ الجامعة اللبنانية ـ كلية الاداب
فاروق السنديوني ـ جامعة واغا واغا/ استراليا.
فرج عبد القادر طه ـ عضو المجمع العلمي المصري
فيصل الزراد ـ مستشفى الطب النفسي/ ابو ظبي
قدري حفني ـ قسم الدراسات الانسانية/ عين شمس
محمد حمدي الحجار ـ استاذ الطب النفسي السلوكي/ سوريا
محمد الطيب ـ عميد كلية التربية/ جامعة طنطا
محمد عثمان نجاتي ـ استاذ علم النفس
محمد نجيب الصبوة ـ رئيس تحرير دراسات نفسية

قيمة الاشتراك السنوي
ـ الافراد ٤٠ دولار اميركي ـ للمؤسسات ١٠٠ دولار اميركي
ثمن النسخة عشرة دولارات اميركية او ما يعادلها.

قواعد نشر البحوث
في مجلة الثقافة النفسية المتخصصة

تعمل مجلة الثقافة النفسية المتخصصة على تقديم افضل مستوى ممكن من الاحاطة بمستجدات الاختصاص في كافة فروع العلوم النفسية، محاولة بذلك الاستجابة لحاجات المتخصصين والمهتمين خصوصا بعد تداخل تطبيقات الاختصاص مع مختلف فروع العلوم الانسانية. وذلك من خلال اطلاع القارئ على اتجاهات البحوث العالمية وتعريفه باخبار ومستجدات هذه البحوث وعبر بعض الترجمات المفيدة. اما بالنسبة للبحوث العربية فان المجلة تسعى لتقديم فرصة عرض الدراسات والبحوث الرصينة والمسايرة للمستجدات وللحاجات الفعلية لمجتمعنا العربي.

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

قواعد عامة

1 ـ الالتزام بالقواعد العلمية في كتابة البحث.
2 ـ ان يكون البحث مطبوعا ومراجعا من قبل كاتبه.
3 ـ ان لا يكون البحث قد سبق نشره او عرضه.
4 ـ ان يقدم الباحث اقرارا بعدم ارساله الى جهة اخرى.
5 ـ ان لا يزيد عدد صفحات البحث عن 20 صفحة.
6 ـ كتابة العناوين الرئيسية وسط السطر والعناوين الفرعية على الجانب الايمن.
7 ـ ارسال نسخة واحدة من البحث مع الديسك.
8 ـ السيرة العلمية المختصرة بالنسبة للكتاب الذين لم يسبق لهم النشر في المجلة.

قواعد خاصة

1 ـ كتابة عنوان البحث واسم الباحث ولقبه العلمي والجهة التي يعمل لديها على صفحة الغلاف.
2 ـ يراعي في اعداد قائمة المراجع ما يلي:
تسجيل اسماء المؤلفين والمترجمين متبوعة بسنة النشر بين قوسين ثم بعنوان المصدر ثم مكان النشر ثم اسم الناشر.
3 ـ تخضع الاعمال المعروضة للنشر للتحكيم العلمي السرى وفقا للنظام المعتمد في المجلة ويبلغ الباحث في حال اقتراحات تعديل من قبل المحكمين.
4 ـ توجه جميع المراسلات الخاصة بالنسر الى رئيس التحرير.
5 ـ الآراء الواردة في المجلة تعبر عن رأي كتابها ووجهات نظرهم.
6 ـ تلتزم المجلة بابلاغ الباحث عن قرار النشر وهي لا تعيد الابحاث المرفوضة لاصحابها.
7 ـ لا تدفع المجلة مكافآت مالية عن البحوث التي تنشرها.

المحتويـــــات

□ **عزيزي القارئ** ٦

□ **قضية حيوية** / حروب إفتراضية ١٩

□ **علم النفس حول العالم** ٢٤

□ **مقابلة العدد** / لقاء مع احمد زويل ٥٢

□ **مكتبة الثقافة النفسية**

- مجلة الطفولة العربية / مجموعة باحثين ٥٨
- نظرية الاختيار / بشير الرشيدي ٥٩
- العلاج النفسي للاسرى / محمد احمد النابلسي ٦١
- عروض موجزة ٦٣

□ **الندوات والمؤتمرات**

□ **محور العدد**

الإدمـــــان

- الادمان مشكلة غير قابلة للتجاهل / رئيس التحرير ٨٣
- اقتراحات جديدة لعلاج الادمان / تقرير ٨٨
- شخصية متعاطي الحشيش / البروفسور مصطفى زيور ٩٦
- التأثيرات المؤذية للادمان خلال العلاج / أ.د. محمد الحجار ١٠٩
- دور العوامل النفسية في ادمان المراهقين / د. وليد المصري ١٢٠
- خطر الاصابة بالايدز لدى مدمني الهيروين / د. محمد رشاد ١٢٥
- الاسهام المصري في دراسة الادمان / د. محمد حسن غانم ١٣٩
- قائمة تشخيص سوء الاستخدام / فطيم ومشاركوه ١٥٥

عزيزي القارئ

انه العام الثاني عشر نبدأه سوية وذكريات العدد الاول لا تزال حاضرة في البال. فهل ترانا نستمتع بهذه الذكريات، ام ان دفق المستجدات يدفعنا للهاث ورائها علنا نحصل ما يمكن تحصيله منها؟ انها الحيرة الجديدة - القديمة التي يسميها التحليل بمصطلح «النكوص». الذي يكون عادياً في حالات العمل على الافادة من الخبرات الماضية من اجل اعادة التنظيم. والذي يكون دفاعياً اذا لجأنا اليه كحيلة للتهرب من وطأة الحاضر.

من جهتنا فقد عملنا جاهدين كي تكون مراجعاتنا للاعداد السابقة منطلقاً لاعادة التنظيم. لكن الجديد لا بد له من ان ينطوي على مغامرة. فكانت مغامرتنا باعتماد مبدأ المحاور. وها هو المحور الاول «**الادمان**» بين يديك. لكننا ندعوك للتريث قبل الحكم على هذه التجربة. اذا اننا نرجو تعويض بعض نواقصها عبر المحاور القادمة.

نكوصنا دفعنا للتوقف عند تحليل زيور لظاهرة تعاطي الحشيش. وهو تحليل لا يفقد راهنيته مع الوقت. بل لعله يقدم قاعدة نظرية صلبة للتعامل مع المدمنين. لكن النكوص دفعنا ايضاً للحديث عن حروب الانترنت «الافتراضية» حيث يستعيد الفرد قيمته الانسانية وقيمة عقله الفردي دون ان يدفع ضرائب التمييز العنصري. ولعل من اكثر محتويات هذا العدد التصاقاً بالمستقبل واستكشافاً لافاقه هي دعوة الزميل جمال التركي لمشروع معلوماتي. نفسي عربي نكتفي في هذا العدد بالاعلان عنه. مع وعد اجراء مقابلة خاصة بالموضوع مع الدكتور التركي في اقرب وقت ممكن.

وفي اطار الابواب الثابتة التي استبقيناها بناءً على رغبة القراء يعرض العدد للقاء مع العالم العربي احمد زويل. ولاخبار الاختصاص حول العالم. كما لعدد من المؤتمرات والندوات عداك عن عروض احدث الاصدارات النفسية العربية.

على امل تلقي ملاحظاتك وتعليقاتك ومساهماتك اضافة لتشجعيك المعتاد لك عزيزي القارئ اطيب تمنياتنا بالعام الجديد. ولنعمل معاً على اغتنام فرصة تطور المعلوماتية لتعويض ما فاتنا في مجال الاختصاص ولتكن فرصة لتحسين مستقبله وتفعيله لخدمة مجتمعنا واظهار خصوصياته دون ان نفوت فرصة التهام ما هو عالمي وعبر ثقافي...

والى اللقاء

اسرة التحرير

الصفحة العربية للعلوم النفسية

نحو تاسيس مشروع معلوماتي عربي على شبكة الإنترنت

الدكتور جمال التركي
عضو لجنة المعلوماتية والإنترنت بالجمعية العالمية للطب النفسي
28، هُج الحبيب المعزون ـ عمارة تبرورة شقة 3000/3 صفاقس . تونس
E.mail: turky.jamel@gnet.tn

الملخص:

ونحن على عتبة الالفية الثالثة اصبح لزاما على اخصائيي العلوم النفسية في العالم العربي ولوج عالم المعلوماتية والإنترنت وتطويع ادواتها وبرمجياتها لخدمة هذا الاختصاص ولا عذر لنا في تخلفنا عن اللحاق بثورة المعلوماتية وفي هذا الاطار يدخل سعينا لتأسيس مشروع «الصفحة العربية للعلوم النفسية» على شبكة الإنترنت. من خلال هذا البحث نعرض للطرق والوسائل التي توخيناها للاتصال بجميع الاطراف سواء من اخل الاختصاص (الاطباء والاخصائيون) أو من المهتمين بالعلوم النفسية (الجمعيات، المجلات، دورالنشر، اقسام علم النفس والطب النفسي بالجامعات العربية)، ثم نقدم بحذر (نظراً لقصر الفترة الزمنية الفاصلة بين هذا البحث وبداية انجاز المشروع) الاستنتاجات الأولية والي جاءت مشجعة ومتحمّسة للمشروع من جميع الاطراف، كما نعرض بصفة مفصلّلة للطموحات والاهداف المتمثلة اساساً في إعداد: دليل العناوين الإلكترونية، دليل الأطباء، والأخصائيين النفسانيين، دليل الجمعيات النفسية العربية، دليل المجلات والدوريات العربية النفسية، دليل المكتبة النفسية العربية، دليل اقسام علم النفس والطبنفسي بالجامعات العربية، بنك الأبحاث النفسية الأكاديمية والجامعية، دليل المؤتمرات النفسية العربية العالمية، صفحة المعجم الشبكي للعلوم النفسية، دليل الطالب العربي في العلوم النفسية، دليل مراكز الاستشفاء الطبنفسية العربية، دليل مراكز الابحاث النفسية العربية، دليل المريض النفسي العربي، دليل الوظائف النفسية العربية، دليل النشر الإلكتروني العربي إضافة الى صفحة المعجم الشبكي للعلوم النفسية، صفحة الثقافة المعلوماتية، صفحة الروائز والاختبارات النفسية العربية وصفحة الاستشارة النفسية.

Résumé :

ARABPSYNET

Projet de réalisation d'une PAGE WEB intéressant les SCIENCES PSYCHOLOGIQUES dans le MONDE ARABE

A l aube du 3ème millénaire, la réalisation d'une page WEB intéressant les sciences psychologiques dans le monde arabe par les spécialistes de la santé mentale est plus qu'une nécessité : nécessité pour connaître et se faire connaître, nécessité pour évoluer et se faire évaluer, nécessité pour exposer nos travaux et la spécificité de notre pratique, bref une nécessité quasi indispensable dans l'ère de la révolution informatique afin de marquer notre présence devant le fléau de la mondialisation qui tend à nier le différent, nier sa spécificité, nier sa culture, nier sa civilisation et à l'extrême nier même sa présence.

Réalisé « ARABPSYNET » est une façon pour nous (spécialistes de la santé mentale dans le monde arabe) d'exprimer notre présence en tant que producteurs et non en tant que consommateurs , d'exprimer notre existence malgré notre différence (je suis différent de l'autre, certes : mais j'existe) tout en montrant nos spécificités, nos caractéristiques, notre approche culturelle et civilisationnelle ... Oui je te reconnais en tant que différent de moi , mais tant que je n'expose pas mon approche et mon modèle tu ne pourras jamais me reconnaître. « ARABPSYNET » n'est qu'une façon parmi d'autres pour s'exprimer , pour prouver l'existence et pour se faire connaître.

Dans cette étude nous exposons les matériels et méthodes de notre travail pour la réalisation de cette page web par la suite nous révélons avec précaution (vu la courte durée écoulée entre l'étude actuelle et le début du projet : 6 mois) les résultats préliminaires. Enfin nous détaillons les différentes perspectives à réaliser a travers cette page web tout en citant en particulier : les listes de diffusion des E. mails, le guide des psychiatres et des psychologues, le guide des associations arabe des sciences psychologiques, le guide des revues et périodiques, le guide des départements de psychologie et de psychiatrie des universités arabe, le guide des centres de recherche, le guide de l'étudiant arabe en sciences psychologiques, le guide des congrès arabes et internationaux, le guide des centres de soins psychiatrique dans les pays arabes, le guide des emplois intéressant le domaine des sciences psychologiques, le guide des publications électronique, de même « ARABPSYNET » présente des liens vers la page du dictionnaire des sciences psychologiques « PSYDICT-NET » et vers la page des tests psychométriques

Summary:

ARABPSYNET

Project of realisation WEB PAGE interesting PSYCHOLOGICAL SCIENCES in the ARABIC WORLD

At beginning of the third millennium, the realization of a **WEB PAGE** interesting psychological sciences in the Arabic world by specialists of the mental health is more than a necessity: necessity to know and to be made know, necessity to evolve and to be made evaluate, necessity to expose our works and the specificity of our practice, brief a quasi indispensable necessity in this century marked by the computer revolution so as to assert our presence in the world of the globalization that tender has denied our difference, to deny our specificity, to deny our culture, to deny our civilization and to deny even our presence.

Realized " **ARABPSYNET** " is a manner for us (specialists of the mental health in the Arabic world) to express our presence as producing and not as consumers, to express our existence despite our difference (I am differed from the other, indeed : but I exist) while showing our specificity's, our characteristics, our cultural approach and civilization ... Yes I recognize you as differ from me, but so that I do not expose my approach and my model you will be able never to recognize me." **ARABPSYNET** " is a manner among others to express, to prove the existence and to be made know.

In this study expose **material and methods** of our work for the realization of this web page as well as **preliminary results**. Finally we detail the **different perspectives** to realize: Electronic mailing lists, the psychiatrists and psychologist guide, the guide of Arabic associations of psychological sciences, the reviews and periodical guide, the guide of psychology and psychiatry departments of Arabic universities, the guide of research centers, the guide of the Arabic student in psychological sciences, the Arabic and international congress guide, the guide of care centers psychiatric in Arabic countries, the guide of interesting psychological jobs, the electronic publication guide, the page of psychological sciences dictionary « PSYDICT - NET » and the psychometric test page.

اقتحمت المعلوماتية مجتمعنا في الربع الأخير من القرن العشرين، مقدمة خدمات في غاية الأهمية، مجددة العلوم ومحدثة تغييراً في العقليات. ولم يكن الميدان الطبي بمعزل عن هذه الثورة المعلوماتية حيث وصلنا الى نقطة اللاعودة يكون فيها موقع الطبيب الرافض لخدمات الإعلامية في وضعية متخلفة شأنه شأن الاطباء الذين رفضوا استعمال السّمّاعة الطبية في عهد ليناك. ذلك لما تحمله ثورة الاتصالات من وعود التغيير المرتكزة على سرعة نقل المعلومات، حيث تكتسب المعلومة قيمة متضاعفة بمضاعفة سرعة انتقالها.

الطرق والوسائل:

يعود التفكير لإعداد هذه الصفحة الى اربع سنوات، بداية عهد انتشار الأنترنت، وكانت هذه الفكرة تعتبر حلماً بعيد المنال إن لم نقل انها من باب الترف الفكري فأنّا لنا نحن العاملين في ميادين العلوم النفسية في الوطن العربي والمنهمكين ليل نهار بين العيادات والمصحات لمعالجة المرضى النفسيين او بين اروقة الجامعات للتدريس، ان نفكر في المعلوماتية وأدواتها وما يمكن أن تقدمه لنا من خدمات يعود نفعها على الأخصائي والمريض والطالب. وفي ظل انشغالنا بهموم هذا الاختصاص كانت المعلوماتية تكتسح جميع ميادين المعرفة وكانت البرمجيات تتحكم في كافة الاجهزة المسيرة لحياتنا واذا بشبكة الانترنت تمسك قبضتها على كافة مصادر المعلومات مقدمة خدمات في غاية التنوع والثراء حتى أصبح بإمكانك متابعة الأخبار، الدراسة، التسوق، حجز تذاكر الطائرات، تبادل البريد، متابعة المؤتمرات العالمية... إنطلاقاً من كمبيوتر شخصي مرتبط بخط هاتفي وانت لم تغادر مكتبك او غرفتك. وبدأت ميادين ومجالات اهتمام شبكة الانترنت تتسع وتتسع لتشمل اغلب ميادين الحياة ان لم نقل جلها.

ومع مرور الايام وبفضل تطور البرمجيات اصبحت المعلوماتية في متناول غير الاخصائي وبدأ البعض من أهل الاختصاص في العلوم النفسية يلجون هذا العالم المعلوماتي (الذي كان الى زمن قريب يعد عالما مجهولاً كله رموز لا يقدر على فكها غير أخصائي هذا الفرع من العلوم) طوراً باحتشم وطوراً آخر بحذر شديد، فإن امتلك اهدهم جهاز كمبيوتر تراه يتلكأ في التعامل معه، وان اشترك في شبكة الانترنت تجد تعامله معها لا يتعدى تبادل البريد الالكتروني او التصفح العشوائي لبعض المواقع دون دليل يوجهه ويرشده.

وفي غمرة هذه الثورة المعلوماتية اصبح لزاما على الاخصائي العربي في العلوم النفسية الاستفادة الى اقصى حد من الخدمات التي يمكن ان تقدمها المعلوماتي وشبكة الانترنت الى ميادين العلوم النفسية في الوطن العربي، وفي هذا الإطار يدخل سعينا لمحاولة تأسيس الصفحة العربية للعلوم النفسية على شبكة الإنترنت لتكون مرآة عاكسة لهذا الاختصاص في الوطن العربي واصبح هذا المشروع الذي كان مجرد فكرة بعيدة المنال لسنوات خلت قابلا للإنجاز، وبدأت معالمه تتضح اكثر وأكثر مع مرور الزمن الى غاية بداية هذا العام (جانفي 2000) حيث بدأ الإعداد العملي لتأسيس الصفحة وذلك

بالاتصال مع جميع الاطراف المهتمة بهذا الفرع من العلوم سواء عن طريق رسائل البريد الورقي او البريد الإلكتروني وكان دليلنا في التعرف على عناوين هؤلاء مصادر متعددة أهمها:

- كتاب «**الدليل النفسي العربي**» للاستاذ الدكتور محمد احمد النابلسي والذي اصدره مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية بطرابلس لبنان 1992.

- «**المجلة العربية للطب النفسي**» الصادرة باسم اتحاد الاطباء النفسانيين العرب.

- «**الثقافة النفسية المتخصصة**» الصادرة عن مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية - لبنان.

- مجلة «**علم النفس**» الصادرة عن الهيئة المصرية للكتاب.

وقد شمل الإتصال الاطراف التالية:

١) الاطباء والاخصائيين النفسانيين:

وجهنا مجموع 361 رسالة الى الاطباء والاخصائيين النفسانيين وكان جلها بالبريد الورقي منها:

- 250 رسالة الى **الاطباء النفسانيين وكان التوزيع حسب البلد الذي يمارس العمل فيه كالآتي:**

السعودية	مصر	الجزائر	لبنان	الأردن	الامارات	سوريا	تونس	البحرين	العراق	اليمن	السودان	ليبيا	انقلترا	المغرب	كندا
51	39	22	20	14	14	11	8	6	4	4	3	3	3	2	1

- 156رسالة الى **الاخصائيين النفسانيين** جلها بالبريد الورقي وكان التوزيع حسب البلد الذي يمارس العمل فيه كالآتي:

لبنان	لبنان	مصر	السعودية	سوريا	الكويت	الأردن	الامارات	انقلترا	قطر	تونس	البحرين	السودان
44	44	35	27	14	12	9	7	3	2	1	1	1

وكنا قد طلبنا من كل طبيب واخصائي ما يلي:

- عنوان البريد الالكتروني الشخصي لادراجه ضمن «**قائمة البريد الالكتروني للاطباء والاخصائيين النفسانيين العرب**» التي نسعى لا نشائها.

- السيرة العلمية ولمحة عن النشاط العملي ومحاور الاهتمامات لادراجهم ضمن «**دليل الأطباء والأخصائيين النفسانيين العرب**».

- قائمة الإصدارات العلميّة (أبحاث، مقالات، كتب علميّة) مع ملخّصات موجزة باللغة العربية والإنكليزية او العربية والفرنسية لإنجاز «**بنك المعلومات النفسية العربية**».

٢) الجمعيات العربية الطبنفسية والعلمنفسية:

بلغ عدد الجمعيلات المهتمة بالعلوم النفسية التي وجهنا لها رسائل للمساهمة في اعداد الصفحة 19 جمعية موزعة كالآتي:

- 9 **جمعيات عربية طبنفسية وهي:**

- الاتحاد المغاربي للطب النفسي - الجمعية الاردنية للطب النفسي - الجمعية التونسية للطب النفسي - الجمعية العالمية الاسلامية للصحة النفسية - الجمعية المصرية للصحة النفسية - الجمعية المصرية للطب النفسي - المركز الوطني للصحة العقلية - رابطة الاطباء النفسيين بالخليج - جمعية الاطباء النفسيين العراقيين.

ـ 10 جمعيات عربية علمنفسية وهي:

ـ الاتحاد العربي لعلم النفس ـ الجمعية التونسية لعلم النفس ـ الجمعية اللبنانية للدراسات النفسية ـ الجمعية المصرية للدراسات النفسية ـ الجمعية النفسية اليمنية ـ المركز العربي للدراسات والتدريب الامني بالرياض ـ رابطة الاخصائيين النفسيين في مصر ـ مركز الدارسات النفسية والنفسية ـ الجسدية / لبنان ـ مركز دراسات الطفولة / مصر.

وكنا قد طلبنا من كل جمعية ما يلي:

1 ـ عنوان البريد الالكتروني للجمعية لإدراجه ضمن **«قائمة البريد الإلكتروني للجمعيات النفسية العربية»**.

2 ـ عنوان موقع الجمعية على شبكة الانترنت للتعريف به ولادراجه ضمن قائمة **«مواقع الجمعيات النفسية العربية على شبكة الإنترنت»**.

3 ـ لمحة موجزة عن تاريخ الجمعية، انشطتها، برامجها، ملتقياتها، اعضائها، لادراجها ضمن **«دليل الجمعيات النفسية العربية»**.

4 ـ قائمة اصدارات الجمعية (مجلات، كتب، أبحاث، مقالات) مع ملخصات موجزة باللغة لعربية والفرنسية او العربية والانكليزية لانجاز **المعلومات النفسية العربية»**.

٣) المجلات والدوريات النفسية العربية:

سعيا للتعريف بالمجلات العربية النفسية وجهنا رسائل الى 17 مجلة دورية عربية منها المختصة في الطب النفسي وعلم النفس واخرى علمية غير مختصة للمساهمة في اعداد الصفحة وهي كالآتي:

ـ 5 مجلات مختصة في الطب النفسي:

الثقافة النفسية المتخصصة / لبنان ـ الصحة النفسية / اليمن ـ المجلة المغاربية للطب النفسي / المغرب ـ المجلة العربية للطب النفسي / الأردن ـ مجلة الجمعية المصرية للطب النفسي.

ـ 5 مجلات في العلوم النفسية:

الارشاد النفسي / مصر ـ النفس المطمئنة / مصر ـ دراسات نفسة ـ مصر ـ علم النفس / مصر ـ مجلة الجمعية المصرية للدراسات النفسية.

ـ 7 مجلات علمية ـ ثقافية تعرض لمواضيع تهتم بالعلوم النفسية:

عالم الفكر / الكويت ـ كتابات معاصرة / لبنان ـ الفكر المعاصر / لبنان ـ دراسات عربية / لبنان (توقفت مؤخراً) ـ المستقبل العربي / لبنان ـ العربي / الكويت ـ المجلة العربية للطفولة / الكويت.

وكنا قد طلبنا من هذه المجلات والدوريات ما يلي:

ـ عنوان البريد الالكتروني للمجلة لادراجه ضمن **«قائمة البريد الالكتروني للمجلات المختصة او المهتمة بالعلوم النفسية»** التي نسعى لانشائها.

ـ عنوان موقع المجلة على شبكة الإنترنت للتعريف به وإدراجه ضمن قائمة **«مواقع المجلات النفسية العربية»**.

ـ لمحة موجزة عن تاريخ المجلة، توجهاتها، اهدافها، لغة إصدارها مع التعريف بهيئة اعضاء التحرير. لإدراجها ضمن **«دليل المجلات النفسية العربية»**.

ـ فهرس الاعداد الماضية لإنجاز **«بنك المعلومات النفسية العربية»** مع **ملخصات الابحاث المنشورة والكلمات المفتاتيح** الخاصة بها.

٤) دور النشر العربية:

إن الاصدارات العربية في حقل العلوم النفسية ضئيلة جدا مقارنة سواء بالاصدارات الاجنبية في هذا الميدان او

بالاصدارات العربية في الميادين الاخرى (أدب، سياسة، تاريخ، دين...) ومن اجل الاطلاع والتعرف على جل الاصدارات النفسية العربية عملنا على الاتصال بالبريد الورقي باكثر عدد ممكن من دور النشر وكان مجموعها 177 موزعة حسب العربي كالآتي:

البلد	لبنان	سوريا	مصر	الأردن	السعودية	تونس	الكويت
دور النشر	72	45	43	9	4	2	2

وقد طلبنان من دور النشر ما يلي:

ـ العنوان الالكتروني للدار لادراجه ضمن **«دليل العناوين الالكترونية لدور النشر العربية»**.

ـ عنوان موقع الدار على شبكة الإنترنت للتعريف به ولادراجه ضمن قائمة **«مواقع دور النشر العربية المهتمة بالاصدارات النفسية»**.

ـ لمحة موجزة عن تاريخ الدار، نشأتها، توجهاتها، أهدافها، منشوراتها، لادراجها ضمن **«الدليل الالكتروني لدور النشر العربية»**.

ـ قائمة الاصدارات النفسية للدار مصحوبة بفهرس كل إصدار، مع التعريف بالكاتب وبتاريخ الصدور لانجاز **«بنك الاصدارات النفسية العربية»**. مع التعريف بالاصدارات النفسية الحديثة بصفة دورية حتى يتمكن المتصفح من الاطلاع على آخر الاصدارات في ميدان العلوم النفسية.

٥) اقسام الطب النفسي وعلم النفسي بالجامعات العربية:

رغبة في التعريف باقسام علم النفسي والطب النفسي بالجامعات العربية، نحن الان بصدد توجيه الرسائل الى هذه المؤسسات الجامعية طالبين منهم مشاركتنا انجاز هذه الصفحة وارسال المعلومات التالية:

ـ عنوان البريد الالكتروني لاقسام علم النفس / الطب النفسي بالجامعة لادراجه ضمن **«قائمة البريد الالكتروني لاقسام علم النفس والطب النفسي بالجامعات العربية»** التي نسعى لانشائها.

ـ عنوان موقع الجامعة على شبكة الإنترنت لادراجه ضمن قائمة **«مواقع الجامعات العربية»**.

ـ قائمة اعضاء هيئة التدريس مع عناوينهم الالكترونية ولمحة موجزة عن دائرة اهتمامهم وتخصصاتهم الدقيقة لاعداد **«قائمة الاساتذة الجامعيين المختصين في العلوم النفسية»**.

ـ لمحة موجزة عن البرامج المعتمدة في اقسام علم النفس والطب النفسي في هذه الجامعات، مدة الدراسة، شهادات ختم الدروس الجامعية.

ـ قائمة الابحاث والاطروحات الجامعية مع ملخظاتها باللغة العربية والانكليزية او العربية والفرنسية لانجاز **«بنك المعلومات النفسية العربية»**.

الاستنتاجات الاولية:

الى حد اعداد هذه الدراسة وبعد ستة اشهر من بداية الاتصال بالبريد الورقي بالاطراف المهتمة بالعلوم النفسية في الوطن العربي، تعتبر الردود، التي وصلتنا ضئيلة مقارنة بمجموع الرسائل التي وجهناها الى هؤلاء كما نسجل وجود نسبة مرتفعة من البريد الراجع لاسباب عديدة (اهمها تغير العنوان، عنوان ناقص، غير معروف، غادر الجامعة...). ونظراً لقصر الفترة الزمنية الفاصلة بين هذا البحث وبداية العمل لانجاز الصفحة فلا يمكننا عرض استنتاجات نهائية حول مشروع يعتمد اساساً على مشاركة اطراف متعددة ومتباعدة جغرافياً ولكن يمكننا ان نسوق جملة من الملاحظات الاولية اعتمادا على

الردود التي وصلتنا الى حد تاريخ 1-10-2000:

1 ـ **على مستوى الاطباء والاخصائيين** نسجل الترحيب الكامل والاشادة بهذه المبادرة لانجاز الصفحة العربية للعلوم النفسية، تلك هي السمة المشتركة لجميع الردود التي وصلتنا مع طلب المشاركة والمساهمة الفعالة في اعداد الصفحة بالنسبة للبعض منهم، هذا وقد امدنا كل الزملاء سيرتهم العلمية وقائمة ابحاثهم ومنشوراتهم والامر الملفت للنظر غزارة الانتاج العلمي لاكثرهم الا ان سوء التواصل العلمي كان سببا في جهلنا جل ابحاث هؤلاء ولعل من اهداف الصفحة المعلوماتية العمل على تحقيق التواصل بين الاخصائيين ومعرفة ابحاث الزملاء العرب.

2 ـ **بالنسبة للجمعيات العربية الطب نفسية واقسام علم النفس والطب نفسي بالجامعات العربية** نسجل اننا لم نتلقى الى حد الان الا اجابة واحدة وهي من مركز دراسات الطفولة / مصر ولعل هذا الامر يعزي الى ان جل البريد الموجه الى هذه الاطراف زامن فترة العطلة السنوية بالنسبة لهذه المؤسسات (شهري جويلية وأوت).

3 ـ **بالنسبة لمجلات الطب النفسي والمجلات النفسية المختصة** اتصلنا برد مشجع للغاية من المجلة العربية للطب النفسي وارسلت لنا مشكورة جميع اعداد المجلة بداية من تاريخ صدورها الى العدد الاخير واننا نشكر تعاون الاستاذ الدكتورواليد سرحان (نائب رئيس التحرير المجلة) لاعداد هذه الصفحة وقد بدأنا بعدتحويل ملخصات ابحاثها الى لغة رقمية لادراجها بالصفحة، كما وصلنا رد من رئيس المجلة العربية للطفولة السيد ابراهيم حسين الذي امدنا بكافة المعلومات المتعلقة بهذه المجلة وعبّر لنا عن تأييده الفعال للمساهمة في هذه الصفحة.

اننا ونحن نسوق هذه الاستنتاجات الاولية بحذر وعلى رغم قلة الاجابات التي وصلتنا الى حد الان فإننا نسجل الصدى الايجابي والوقع الطيب لهذه المبادرة من جميع الاطراف الذين تفضلوا بالرد لحد الان وفي انتظار الاتصال ببقية الردود ما زلنا نعمل على استكشاف الاطراف المهتمة بالعلوم النفسية في العالم العربي والتي لم نهتدي بعد للتعرف عليها لتوجيه رسائل اليها لمشاركتنا اعداد الصفحة حتى تشمل الصفحة جميع العاملين في المجال النفسي العربي.

الاهداف والطموحات:

نطمح من وراء إنجاز الصفحة العربية للعلوم النفسية على شبكة الأنترنت الى إنجاز وتحقيق جملة من الاهداف تتمثل اساسا في اعداد المشاريع التالية:

قائمات البريد الالكتروني:

نسعى لانشاء قائمات متجانسة حسب ميادين اهتمام جميع الاطراف وذلك لتحقيق التواصل في الزمن الحقيقي بين هؤلاء ولمتابعة اي تغيرات تطرأ على عناوينهم حتى لا تنقطع الصلة بهم وحتي يقع إثراءها بصفة دائمة بكل ما يطرأ من جديد، وفيما يلي اهم القائمات الالكترونية التي نسعى الى انشاءها:

- قائمة العناوين الإلكترونية للاطباء النفسانيين.
- قائمة العناوين الإلكترونية للاخصائيين النفسانيين.
- قائمة العناوين الإلكترونية للجمعيات النفسية العربية.
- قائمة العناوين الإلكترونية للدوريات والمجلات النفسية.
- قائمة العناوين الإلكترونية لاقسام علم النفس والطب النفسي بالجامعات العربية.
- قائمة العناوين الإلكترونية لدور النشر العربية المهتمة بالاصدارات النفسية.
- قائمة العناوين الإلكترونية لمراكز الاستشفاء الطبنفسية العربية.

دليل الاطباء والاخصائيين النفسانيين:

نعمل في هذه الصفحة على التعريف بالاطباء والاخصائيين النفسانيين العرب: اهتماماتهم العلمية، ميادين عملهم،

تاريخهم العلمي والعملي، قائمة ابحاثهم واصداراتهم الطبنفسية، نشاطهم الجمعياتي، مع عرض جوانب من شخصياتهم الإنسانية واهتماماتهم الثقافية (أدب، شعر، موسيقى، مسرح، رسم...) لهدف توطيد اواصر التعارف بين الاطباء والاخصائيين الذي يتجاوز حدود التعارف العلمي الى التعارف الإنساني الرحب الشامل لكل مجالات جياة الإنسان. وسنعمل على ان تكون الوصلة البينية لهذه الصفحة مشفرة بحيث لا يتمكن من الولوج اليها الا الاطباء والاخصائيون باستعمال مفتاح العبور الخاص بها.

نسعى ان يشمل هذا الدليل جل العاملين في ميادين الصحة والعلوم النفسية حيث نعرض فيه للسيرة العلمية والعملية للاخصائيين ودائرة اهتمامهم في نطاق الاختصاص، وكنا ارسلنا استمارة مفصلة تتعلق بجميع ميادين العلوم النفسية طالبين من الاخصائيين الاجابة عليها بذكر اهتماماتهم العلمية واختصاصهم الدقيق للعمل على تكوين مجموعات متجانسة من الاخصائيين حسب اهتماماتهم الطبنفسية والعلمنفسية لتحقيق التعارف والتواصل العلمي فيما بينهم، كما نسعى من خلال هذا الدليل الى متابعة انشطة الزملاء العرب والاطلاع على اخر ابحاثهم واصداراتهم والى تحقيق التواصل المعرفي والانساني بين الاخصائيين لربط علاقات صداقة تساهم في معرفة العمق الانساني وما يتجلى به الاخصائي من صفات إنسانية.

استمارة قائمة الاهتمامات الطبنفسية والعلمنفسية

SCIENTIFIC INTERESTS	YES	NO	الاهتمامات العلمية
Affective Disorders			الاضطرابات الوجدانية
Anxiety disorders			اضطرابات القلق
Behaviour and cognitive therapies			العلاج المعرفي و السلوكي
Biological psychiatry			الطب النفسي الحيوي
Child and Adolescent psychiatry			طب النفس الطفل و المراهق
Clinical psychology			علم النفس السريري
Clinical psychopathology			الامراضية النفسية السريرية
Diagnosis ans classification of psychiatric disorders			تشخيص و تصنيف الاضطرابات النفسية
Drug dependency and alcoholism			الإدمان على المخدرات و الكحولية
Eating disorders			الاضطرابات الغذائية
Epidemiology of mental disorders			وبائيات الاضطرابات النفسية
Ethics of psychiatric practice and research			أخلاقيات البحث و الممارسة الطبنفسية
Forensic psychiatry			الطب النفسي الشرعي
Geriatric psychiatry			طب النفس الشيوخ
History of psychiatry			تاريخ الطب النفسي
Informatics ,Internet in psychiatry			المعلوماتية و الانترنت في الطب النفسي
Mental health policy and economics			اقتصاديات و سياسة الصحة النفسية
Mental retardation			التأخر العقلي
Military and disaster psychiatry			طب نفس الكوارث و الطب النفسي العسكري
Neurosciences and neuropsychiatry			العلوم العصبية و الطبنفسعصبي
Obsessive compulsive disorders			اضطرابات الوسواس القسري
Personality disorders			اضطرابات الشخصية
Postgraduate psychiatric education			التعليم الطبنفسي
Preventive psychiatry			الطب النفسي الوقائي
Psychiatry, law and ethics			القانون و أخلاقيات الطب النفسي
Psychological aspects of persecution and torture			المظاهر النفسية للإضطهاد و التعذيب
Psychometry in psychiatric care			القياس النفسي في الرعاية الطبنفسية
Psychoneurobiology			علم الأحياء النفسعصبي
Psychoneuroendocrinology			علم الغدد النفسعصبي
Psycho-oncology			علم الأورام النفسي

Psychopathology of expression	الأمراضية النفسية للتعبير
Psychopharmacology	علم الأدوية النفسية
Psychophysiology	علم الفسلجة النفسي
Psychotherapy and psychoanalysis	العلاج النفسي و التحليل النفسي
Public policy and psychiatry	السياسة و الطب النفسي
Religion and psychiatry	الدين و الطب النفسي
Schizophrenia and other psychotic disorders	الفصام و الاضطرابات الذهانية الأخرى
Sexual disorders	الاضطرابات الجنسية
sleep and wakefulness Disorders	اضطرابات النوم و اليقظة
Somatoform disorders	الاضطرابات الجسدية المظهر
Transcultural psychiatry	الطب النفسي العبر ثقافي
Women's mental health	الصحة النفسية للمرأة

كما نسعى من خلال هذا الدليل ان يكون متطوراً ومتجدداً بصفة تفاعلية مع تطور وضعية الاخصائي العلمية والعملية وبإضافة الأطباء والاخصائيين الشبان حديثي العهد بالتخرج. ونأمل ان يكون هذا الدليل بعد فترة من اطلاقه على الشبكة شاملا لكل الاطباء والاخصائيين النفسانيين في الوطن العربي ويعكس دائرة اهتماماتهم ومستوى ابحاثهم العلمية وهمومهم الانسانية.

دليل الجمعيات النفسية العربية:

نسعى في صفحة دليل الجمعيات الى ان نعرف بجميع الجمعيات العربية العاملة في حقل العلوم النفسية سواء منها الطبنفسية او العلمنفسية او النفستماعية (النفسية الاجتماعية) محاولين تسليط الاضواء على اهدافها وانشطتها معرفين بأعضائها، ساعين الى تعريف الجمعيات العربية ذات التوجهات الواحدة ببعضها لتبادل التجارب والخبرات، كما سنعمل على ان تكون صفحة الجمعيات تفاعلية متابعة لآخر المستجدات والاحداث الجمعياتية.

دليل المجلات والدوريات النفسية:

نسعى في صفحة دليل المجلات والدوريات العربية المختصة بالعلوم النفسية الى التعريف بجل المجلات العربية سواء منها المختصة في الطب النفسي او علم النفس، ساعين الى عرض فهارس جميع اعدادها بداية من تاريخ صدورها، مع عرض ملخص موجز للابحاث الواردة فيها والكلمات المفاتيح الخاصة بكل بحث، كما سنعمل انتكون الصفحة متابعة لاخر اصدارات هذه الدوريات، معرّفة مع صدور كل عدد أهم الابحاث التي يحتويها. وسعيا وراء انتشاء الصحافة النفسية المختصة سنعمل الى جانب التعريف بهيئة تحرير هذه الدوريات وجهة اصدارها الى تشجيع المتصفح للاشتراك بها من خلال تسهيل اجراءات الاشتراك وذلك بعرض قسيمة اشتراك كل الدوريات المختصة على الصفحة وارشاد المتصفح عن كيفية سداد معلوم الاشتراك الكترونياً.

دليل المكتبة النفسية العربية:

نأمل ان يعمل هذا الدليل الى سد فراغ كبير في المكتبة العربية، فالكتاب النفسي العربي رغم ندرته يبقى مهمشاً مقارنة بالاصدارات الادبية والتراثية والدينية وغيرها، كما انه يشكو من سوء التعريف به والاشهار المحدود الذي لا يكاد يتجاوز المدينة او البلد الصادر فيه وسعياً وراء تجاوز هذه النقائص الجمّة سنعمل في اطار هذه الصفحة على التعريف بجل الإصدارات النفسية العربية القيّمة سواء منها المكتوبة باللغة العربية او الفرنسية او الانكليزية، حيث نعرض لملخصات محتوى الكتب مع تعريف موجز بالمؤلفين ودار النشر. كما سنعمل على تصنيف العناوين حسب الاختصاصات النفسية

الدقيقة (طبنفس، علمنفس، علاجنفسي، تحليل نفسي، علمنفس الطفل والمراهق.....) لتيسير بحث المتصفح على العناوين حسب اهتماماته. وسعيا وراء تشجيع الاصدارات النفسية الحديثة سنعمل على احداث جائزة سنوية لافضل كتاب نفس عربي صدر في السنة الجارية حيث يساهم متصفحي الموقع في ترشيحه واختياره ليفوز بجائزة الموقع (جائزة مالية تحددها هيئة الموقع لاحقاً).

كما تهدف من خلال انجاز هذه الصفحة الى تأسيس نواة «**بنك الاصدارات النفسية العربية**» الذي يتطلب اعداده سنوات من البحث والتقصي ليشمل جميع الاصدارات النفسية العربية قديمها وحديثها.

وسعيا وراء تحقيق هذه الصفحة كنا قد راسلنا دور نشر متعددة وطلبنا منهم مدّنا بعناوين جميع اصداراتهم النفسية مصحوبة بفهارسها وبتعريف موجز بمؤلفيها، وارسال نسخ من هذه الاصدارات النفسية ان امكن ذلك حتى تتمكن هيئة الموقع من الاطلاع عليها وتقييم اهميتها العلمية قبل التعريف بها في الصفحة.

بنك الابحاث النفسية الاكاديمية والجامعية:

ان الابحاث العربية الاصيلة في حقل العلوم النفسية رغم ندرتها تبقى مبعثرة وغير مجمعة، ومن خلال تأسيس هذه الصفحة نسعى لتكوين نواة لـ «**بنك للابحاث العربية الاكاديمية**» حتى يكوّن قاعدة بيانات شاملة لغالبية الدراسات النفسانية، وهي مكوّنة اساساً من عناوين الابحاث، اسماء الباحثين، الملخصات والكلمات المفاتيح الخاصة بها مع ذكر مصادرها، كما سنعمل على ادراج العنوان الالكتروني لكاتب الدراسة (ان تيسّر ذلك) حتى يكون في امكان المتصفح الاتصال به لمناقشته بعض جوانب البحث او طلب نسخة منه، آملين ان يكون بعد سنوات مصدرا رئيسيا من مصادر البحث سواء بالنسبة للاخصائي او لكل طالب يسعى لاعداد دراسة او اطروحة للاطلاع على احدث الدراسات العربية المتعلقة بموضوع بحثه.

يعتمد البحث في البنك الالكتروني للابحاث النفسية اساسا على الكلمات المفاتيح الخاصة بكل دراسة، وقد لفت نظرنا ان عديد الدراسات الاكاديمية العربية تفتقر الى هذه الكلمات وهذه عقبة رئيسية نعمل على تجاوزها سواء بالاتصال بكاتب البحث (ان امكن ذلك) لمدّنا بها، او تجتهد هيئة الموقع في وضع كلمات مفاتيح لهذه الدراسة انطلاقا من نص البحث ان توفر او من الملخص عندما يتعذّر الحصول عليه.

وفي سبيل إنجاز **بنك الأبحاث الأكاديمية والدراسات الجامعية** كنا قد راسلنا عديد الاطباء والاخصائيين النفسانيين واقسام الطب النفسي وعلم النفس بالجامعات العربية طالبين منهم مدّنا بقائمة أبحاثهم العلمية مصحوبة بالنص الكامل إن امكن او ملخصاتها مع الكلمات المفاتيح والدوريات الصادرة بها. وإننا نوجه الى الجامعات التي تعذر الاتصال بهم لمشاركتنا اعداد هذه الصفحة بارسال قائمة الاطروحات والابحاث الخاصة بهم مصحوبة بفهارسها وملخصاتها والكلمات المفاتيح الخاصة بها.

دليل المؤتمرات النفسية العربية والعالمية:

نسعى في هذه الصفحة الى عرض الجدول الزمني للمؤتمرات العربية والعالمية المختصة في الطب النفسي وفي العلوم النفسية مع عرض الوصلات البينية لهذه المؤتمرات ليتمكن المتصفح من زيارة مواقع المؤتمرات والاطلاع على تفاصيل برامجها. كما سنعمل في هذه الصفحة الى التعريف اساساً بالمؤتمرات العربية وتشجيع الاطباء والاخصائيين المشاركة فيها، رغبة في دعم هذه المؤتمرات وتوطيد اواصر التعارف بين الاخصائيين في الوطن العربي.

كما سنعمل في وقت لاحق على ان تتابع الصفحة العربية للعلوم النفسية اهم المؤتمرات العربية وذلك بإطلاق أهم الابحاث المعروضة على الشبكة خلال ايام المؤتمر، ميسرين بذلك للاخصائيين الذين تعذر عليهم المشاركة في المؤتمر متابعة فعالياته من خلال شبكة الانترنت في الزمن الحقيقي للمؤتمر.

صفحة المعجم الشبكي للعلوم النفسية:

نعرض في هذه الصفحة **المعجم الشبكي للعلوم النفسية** "PSYDICT-NET" حيث بإمكان المتصفح ان يتعرف على ترجمة المصطلح النفسي من والى العربية، الفرنسية او الانكليزية، وتحتوي قاعدة بيانات المعجم اكثر من 113 ألف كلمة.

يمتاز المعجم الشبكي على خلاف المعجم الورقي بانه تفاعلي ويتطور مع استعمال المتصفحين له. فقد تضاف له مصطلحات جديدة وقد تختفي اخرى وقد تتغير ترجمة كلمة ما وتضاف ترجمات جديدة الى اخرى قديمة وبإمكان كل متصفح ابداء رأيه في ترجمة مصطلح ما وعرض ترجمة اخرى يراها مناسبة لمصطلح اخر وارسالها بالبريد الإلكتروني الى الصفحة لتعديل ترجمة المصطلح او لاضافته.

دليل الطالب العربي في العلوم النفسية:

تهتم هذه الصفحة بدارسي العلوم النفسية (الطب النفسي وعلم النفس) في الوطن العربي. حيث نعرف باقسام الطب النفسي وعلم النفس بمختلف الجامعات العربية، بالمقرر الدراسي الخاص بكل كلية مع التعريف بهيئة اطار التدريس في كل جامعة، مدة الدراسة، الشهادات الجامعية التي تمنحها عند التخرج، شروط الانتساب، معاليم الرسوم، شروط الانتساب، طاقة الاستيعاب، مع تقديم بسطة عن آفاق سوق الشغل لهذه الاختصاصات في مختلف البلاد العربية.

دليل مراكز الاستشفاء الطبنفسية العربية:

نسعى في هذه الصفحة الى التعريف بأهم المؤسسات الاستشفائية الطبنفسية في العالم العربي سواء منها الخاصة أو الحكومية، طرق العلاج المتبعة فيها، الطاقم الطبي، طاقة استيعابها من المرضى، تاريخ المؤسسة، نشاطها العلمي...

دليل مراكز الابحاث النفسية والجامعات العربية:

نعمل في هذه الصفحة على التعريف بأهم «**مراكز الابحاث العربية المختصة في العلوم النفسية**»، دائرة اهتماماتها، طاقمها العلمي. كما نعرف باقسام علم النفس والطب النفسي بالجامعات العربية وبإنتاجها العلمي: اطروحات دكتوراه، بحث ختم دورس... وبدائرة اهتمام هذه الاقسام.

دليل المريض النفسي العربي:

هذه الصفحة موجهة الى **المريض النفسي العربي** حيث تعرف في صورة مبسطة اهم الامراض النفسانية (الفصام، الاكتئاب، الرهاب، الوسواس القهري...) وذلك لتخليص المريض النفسي من الخرافات والشعوذات التي صحبت الاضطرابات النفسية ردها طويلاً من الزمن، كما تهدف الصفحة ارشاد المريض الى الطريق السليمة التي ينبغي ان يتوخاها للعلاج حتى يوفر اكثر الضمانات لتحقيق الشفاء.

ان هدف هذه الصفحة اساساً **توعوي** ولا تسعى بأي حال الى تقديم وصفات علاجية او ارشادات دوائية فكل ما تسعى اليه هو انارة طريق المريض النفسي حتى يدرك طبيعة مرضه والطريق السوي الذي ينبغي اتباعه للعلاج كي لا يتيه بين سراديب الدجالين والمشعوذين.

صفحة الثقافة المعلوماتية:

ان امتلاك قدر أدنى من «**الثقافة المعلوماتية**» بالنسبة للطبيب والاخصائي اصبح اكثر من ضرورة ونحن على اعتاب الالفية الثالثة، فالتعامل مع جهاز الكمبيوتر والادوات التابعة له وفهم البرامج وكيفية الاستفادة منها لتطوير اسلوب العمل ولتطور الابحاث النفسية يعد امراً اساسياً فلا عذر للاخصائيين بـ «الامية المعلوماتية».

سنعمل من خلال هذه الصفحة على تبسيط مصطلحات المعلوماتية وتشجيع الاخصائيين على امتلاك كمبيوتر شخصي والاشتراك بالإنترنت لامتلاك عنوان الكتروني، وكيفية اعداد صفحة ويب شخصية يعرض فيها سيرته العلمية ويعرف بشخصه واهتماماته. ان معرف حد ادنى من البرامج شأن برامج معالجة النصوص، برامج قواعد البيانات، برامج التصفح على شبكة الإنترنت، برامج اعداد صفحات الويب... يعدّ من **أبجديات الثقافة المعلوماتية**، إن هذه الثقافة التي لم يتلقاها جل الاخصائيين في الجامعة زمن دراستهم، يمكن استيعابها بصفة تدريجية وامتلاك ناصيتها ولا خيار لنا في ذلك ان اردنا دخول هذه الالفية من الباب الكبير والا سنبقى في دائرة الظل في عصر العولمة، عصرمحو الآخر إن لم يعلن عن وجوده ويعبّر عن ذاته وكيانه وخصائصه.

هذه الوصلة مخصّصة الى المبتدئين الذين يرغبون امتلاك حد ادنى من الثقافة المعلوماتية للتعامل مع الحاسوب، والى الذين لديهم قسط من الثقافة المعلوماتية للارتقاء بمستواهم المعلوماتي، فهي ترشدهم عن اهم البرامج الضرورية لمعالجة النصوص، لتقديم الابحاث، لاعداد الجداول، لاعداد صفحات الويب شخصية، لاستعمال البريد الالكتروني، كيفية العمل بشبكة داخلية بلغة HTML، كيفية استعمال الاجندة الالكترونية الشخصية، كما تعرض لآخر الاصدارات على مستوى البرامج ولآخر المستجدات على مستوى المعدّات اضافة الى عرض لاهم عناوين المواقع التي تساهم في التّثقيف الكمبيوتري، ولاهم المواقع التي يمكن من خلالها الحصول على البرامج المجانية.

صفحة الروائز والاختبارات النفسية:

تعمل هذه الصفحة على التعريف بأهم **الروائز التي طوعت الى البيئة العربية** وتسعى الى **تشجيع برمجتها ومعالجتها معلوماتيا** والتعريف بها وباصحابها كما ستعمل في وقت لاحق على عرض بعض الاختبارات النفسية المبسطة على الصفحة حيث يكون بإمكان المتصفح اجرائها على الشبكة والحصول على نتيجة الاختبار للتعرف على بعض جوانب شخصيته او اكتشاف بعض سمات مظاهر الاضطراب النفسي ان كانت لديه.

صفحة منتدى الحوار للاطباء والاخصائيين العرب:

نسعى لان تكون هذه الصفحة التفاعلية «**منتدى الكترونيا**» يعرض فيه الاخصائيون وجهة نظرهم حول المواضيع التي تشغل بال البعض منهم لتبادل الآراء العلمية. وسنعمل على ان تكون محمية بمفتاح العبور حتى لا يجل اليها غير اهل الاختصاص.

دليل الوظائف النفسية العربية:

ان العقبة الكأداء التي تجابه حديثي العهد بالتخرج في ميدان العلوم النفسية تتمثل اساساً في الحصول على وظيفة تناسب اختصاصهم ومؤهلاتهم، وهذه المسألة تعد اكثر حدة بالنسبة لاخصائيي العلوم النفسية مقارنة بالاطباء النفسانيين، فحاجة العالم العربي سواء الى الاطباء او الاخصائيين ما زالت كبيرة جدا، لكن ندرة المطالبة بهؤلاء الاخصائيين تعود لعدم الوعي باهمية هذا الاختصاص في وطننا العربي وان حدث ان طلبت بعض المؤسسات العربية هؤلاء الاخصائيين فسوء التواصل بينها وبين اخصائيي العلوم النفسية يكون عائقا رئيسيا في توظيف الطبيب والاخصائي المناسب في المكان المناسب، الامر الذي ادى الى ارتباك في توظيف هؤلاء. حتى اصبحنا نجد اخصائيي علم النفس في بعض البلدان العربية يقومون بوظائف ابعد ما تكون عن اختصاصهم كأن يوظفوا كأساتذة اللغة العربية او الاجنبية في بعض المعاهد او يهجرون تماما اختصاصهم الى وظائف حرة لا علاقة لها بعلم النفس والعكس يشاهد ايضا حيث ان بعض المؤسسات توظف اخصائيين غير مؤهلين لوظائف نفسية.

ولرأب صدع الهوة بين الاخصائيين والمؤسسات ومن اجل تحسيس المؤسسات بأهمية هذا الاختصاص نسعى من خلال هذه الصفحة الى التعريف بالمجالات التي يمكن للاطباء والاخصائيين ان يقدموا فيها خدماتهم اضافة الى المؤسسات الاستشفائية شأن المؤسسات التعليمية، المؤسسات الصناعية، المؤسسات المالية، المؤسسات الادارية... كما نسعى الى تعريف المؤسسات بالاخصائيين والاخصائيين بالمؤسسات من خلال عرض طلبات المؤسسات للوظائف الشاغرة لديها في مجال علم النفس والطب النفسي وايضاً من خلال عرض طلبات التوظيف لحديثي العهد بالتخرج في العلوم النفسية حتى نوفر فرص توظيف الاخصائيين في ميدان اختصاصهم وحتى نعمل على وقف نزيف هجرة الاخصائيين ميادين العلوم النفسية بعد ان اعياهم البحث وعجزوا عن ايجاد وظائف تناسب مؤهلاتهم فكل طبيب او اخصائي يعمل خارج نطاق اختصاصه هو خسارة لهذه الاختصاص في العالم العربي الذي نحن احوج ما نكون فيه الى امثال هؤلاء لرفع مستوى اللياقة النفسية للمواطن العربي التي هي في ادنى درجاتها. وما النتائج المزرية التي تحصل عليها الرياضيون العرب في الالعاب الأولمبية الاخيرة باستراليا إلا دليل تردي نفسية المواطن العربي، ففي حين يحصد الآخرون الميداليات كنا نحن العرب نحصد الهزيمة وراء الاخرى وأنّي ينتصر الرياضي العربي وهو مهزوم نفسيا... وهو يعاني عقداً لا حصر لها...

دليل النشر الإلكتروني النفسي العربي:

ان النشر الالكتروني او الكتاب الالكتروني يكاد يكون منعدما في العالم العربي ولا عذر لنا في تخلفنا عن هذا

الميدان ونحن على عتبة الالفية الثالثة، هذه الالفية المتميزة بثورة المعلوماتية، فالكتاب الالكتروني التفاعلي اصبح اكثر من ضرورة، ضرورة للطفل ليتعلم، ضرورة للطالب ليعمق تكوينه، ضرورة للباحث ليبدع في بحثه. ضرورة لاختصار الزمن فالدراسة التي تتطلب سنة او اكثر يقضيها الباحث في اللهث بين رفوف المكتبات والجامعات ومن بلد الى آخر لجمع المصادر لا تتطلب اكثر من اسابيع معدودة، تأتي المصادر اليه وهو في مكتبه امام كمبيوتره الشخصي مبحر في الشبكة العالمية للمعلومات، متصفحا آلاف الوثائق المتعلقة ببحثه، متنقلا من موقع الى آخر ومن مكتبة الى اخرى مختصراً الزمن والمسافات متحصلاً على مراجع لم يكن ليحلم بها لو اعتمد البحث التقليدي الورقي.

ان اهمية الكتاب الالكتروني والبحث الالكتروني لا تلغي باي حال الكتاب الورقي والبحث المكتبي ولكنها مكملة له وتقدم للاخصائي خدمات تفاعلية يعجز عنها الكتاب الورقي، فلا التلفزيون الغى الراديو ولا الفيديو الغى التلفزيون ولا الراديو الغى الصحيفة اليومية، فكل شكل من اشكال الاعلاموالمعرفة والنشر واليحث له مكانته ولكل عصر ادواته ولغته.

سنعمل من خلال هذه الصفحة على تشجيع الاخصائيين على النشر الالكتروني سواء كانت ابحاثاً او اختبارات او برمجيات او ملخصات مؤتمرات او دوريات ومجلات الكترونية سواء بواسطة الاقراص المكثفة او على الشبكة...، ذلك ان طاقة خزن البيانات والمعلومات بالاقراص المكثفة CD او DVD لا تقارن اطلاقا بالكتاب الورقي فقد يحوي قرص سي دي واحد ما يعادل سبعين الف ورقة، اضافية الى التكاليف المتدنية للنشر الالكتروني مقارنة بالنشر الورقي. وفي هذا الاطار اعلن عن قرب صدور **المعجم المعلوماتي للعلوم النفسية** ﴿PSYDICT-CD﴾ على اقراص مكثفة CD.ROM (بداية سنة 2001)، الذي اشرف على نهايته بعد فترة اعداد تجاوزت العشر سنوات والذي يحتوي على اكثر من 113 الف مصطلح. وقد صدر حديثا النسخة التجريبية من هذا المعجم محتوية على الحرف الاول والحروف الاربع الاخيرة من كل لغة (العربية ـ الانكليزية ـ الفرنسية) لعرضه على الاطباء والاخصائيين لابداء الرأي وتقييمه قبل الاصدار النهائي.

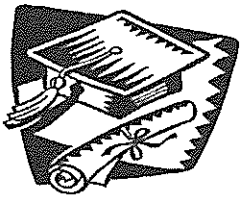
صفحة الاستشارة النفسية:

تعمل هذه الصفحة على **الاجابة عن اسئلة محددة** تتلقاها من المتصفحين تتعلق بجميع حقول العلوم النفسية (طبنفسي، علمنفسي، علاجنفسي، تحليل نفسي...) يتولى الاجابة عنها الاطباء والاخصائيين المتعاونين مع الموقع، وهي تهدف الى الارشاد والتوجيه، اضافة الى التثقيف النفسي وليس من اهدافها ان تتحول الى صفحة للمعايدة النفسية الى الشبكة فالاتصال المباشر بالطبيب النفسي او المعالج النفسي للعلاج لا يمكن ان يعوضه باي شكل من اشكال الاتصال وان كنا قد بدأنا نلحظ في السنوات الاخيرة اشكالا جديدة للمعايدات، كالمعايدة بالهاتف او بواسطة الصحف والمجلات.

خاتمة:

ان نجاح هذا الانجاز المعلوماتي يتطلب تضافر جهود جميع العاملين في ميادين العلوم النفسية حتى يكون مرآة عاكسة لحالة هذا الاختصاص في الوطن العربي وحتى يعرّف بالمستوى العلمي الذي وصل اليه ويساهم في ربط صلة التعارف العلمي والانساني بين الاخصائيين.

اني اوجه دعوة الى جميع الاطباء والاخصائيين العرب المهتمين بالعلوم النفسية سواء العاملين منهم في الوطن العربي او المغتربين والذي تعذر الاتصال المباشر بهم سواء عن طريق البريد الورقي او الالكتروني مشاركتنا اعداد الصفحة، بإرسال سيرتهم العلمية وقائمة ابحاثهم مع ملخصاتها والكلمات المفاتيح الخاصة بها، كما اوجه دعوة الى الجمعيات والمجلات والجامعات المختصة بالعلوم النفسية (طب نفس ـ علم نفس في الوطن العربي للمساهمة معنا في اعداد الصفحة من خلال التعريف بانشطتهم وبرامجهم وابحاثهم. ان الامل كبير في تظافر جهود جميع العاملين في ميادين العلوم النفسية في العالم العربي لانجاز هذا المشروع المعلوماتي ونرحب بكل من يرغب في التعاون الدائم معنا ومتابعة مراحل اعداد الصفحة الى حين اطلاقها على الشبكة. اما فيما يخص موعد عرض الصفحة على شبكة الانترنت فليس بوسعنا في الوقت الحاضر الاعلان عن زمن محدد لان انجاز هذا العمل رهين مشاركة وتعاون اطراف متعددة، ولكن سنعمل قدر الامكان على الا تطول فترة الانجاز بفضل تضافر مجهودات الجميع.



قضية حيوية

حروب انترنت افتراضية

انبثاق النوو ـ بوليتيك كان عنوان كتاب للمؤلفين الاميركيين جون اركيلا ودفيد روزنفلت. هذا الكتاب المنشور عام ١٩٩٩ بدا منذ ظهورة وكانه خديجاً كانت ولادته قبل موعدها ببضعة سنوات. اذ تزامن ظهوره مع حرب كوسوفو التي كانت حرباً رمزية اكثر منها حرباً عادية ممكنة القياس وفق المعايير وفق المعايير التحليلية ـ العسكرية التقليدية. ويبدو ان افكار الكتاب ستجد تطبيقها المثالي في تحولات مستوى الصراع العربي ـ الاسرائيلي المرافقة لانتفاضة القدس؟

النوو ـ بوليتيك (سياسة المعرفة) تنطلق مع تقديم اهمية المعرفة على كل التنظيمات الاخرى بما فيها القبائل والمؤسسات والاسواق. ومبرر هذا التقديم هو اقتران سياسة المعرفة بثورة الاتصالات. وهذا الاقتران يحول الاتصال الى هيمنة الرسالة التي تصبح اهم من المرسل والمستقبل معاً.

التطبيق العملي لهذه النظرية نجده في الرسالة الانترنتية التالية: **نأسف للقول ان اسرائيل كانت على حق. فأرض اسرائيل تخص الشعب الاسرائيلي.** وهي رسالة مرسلة من موقع يحمل اسم حزب اللّه!.

انها الحرب القائمة على الرسائل المربكة للعدو. فكلما ازدادت القدرة على ارباكه تنامت قدرتنا على تدميره.

وهذا ما يسميه الكتاب ب: «**الحرب الافتراضية**». هذه الحرب قائمة الآن بين العرب واسرائيل بموازاة انتفاضة القدس ونشاط المقاومة. فماذا عن تفاصيل هذه الحرب وميادينها ومستقبلها؟ ومن هم المشاركون فيها؟ انها اسئلة لا تجد الاجابات عليها بسهولة. فمن طبيعة هذه الحرب ان قسماً منها يبقى خفياً ولا يتم اكتشافه الا بعد حين. لذلك علينا ان نكتفي بما هو متوافر لدينا من معرفة حول تطبيقات سياسة المعرفة.

مما يقتضي العودة الى مبدأ «الشبكة» (الاتصال ومنه الانترنت) الذي اكتسب اهميته عبر الميل البراغماتي لتمجيد الفرد. ولهذه الوصفة آثارها الجانبية فقد بات بامكان افراد، ينتمون الى دول متخلفة، ان يحظوا بفرص قد تكون مخالفة لمصالح الاغنياء. بدءاً بدخولهم اسواق العمل والمنافسة في الدول المتقدمة مرورا بتوريد الفيروسات وصولاً الى توظيف مواهبهم ضد هذه المصالح في حرب افتراضية لا تحتاج الى قوة عسكرية ولا الى تنظيمات وقواعد سرية. فاذا ما عدنا الى الصراع العربي ـ الاسرائيلي نجد ان بوادر هذه الحرب قد بدأت بتوقيف اسرائيل لثلاثة اشقاء فلسطينيين فاقدي البصر. مع توجيه تهمة اختراق شبكات الاتصال الاسرائيلية بالغة السرية. ولما كان من الصعب متابعة الحروب الافتراضية الخاصة فان المعلومات المتوافرة عن هذه الحروب، بين اسرائيل وحزب اللّه، تبدو مغرية.

من جهتها قامت اسرائيل بمهاجمة موقع حزب اللّه على الويب عبر زيارة هذا الموقع وتشويشه بطنة مخربة تنطلق مرة كل ثانية وبذلك تمكنت من القضاء على موقع حزب اللّه وتدميره. كما قامت جهات اسرائيلية وموالين لاسرائيل بشن هجمات فيروسية على المواقع اللبنانية والفلسطينية مما ادى الى تشويهها. في المقابل تعلن شركة «نت فيغن» الاميركية (التي تزود معظم السوق الاسرائيلية بخدمات الانترنت) ان محاولات عديدة جرت لتدمير العمود الفقري الانترنتي لاسرائيل واظهر المقتحمون مستويات عالية من الخبرة. الا ان الشركة قادرة على تدمير اي موقع معاد يهاجمها وذلك خلال ساعات. وهي لا تفعل ذلك لان التدمير ليس من اختصاصها بما يوحي بانها مستعدة لنقل هذه الخبرة لاسرائيل كي تقوم بذلك بنفسها. في المقابل طالب حزب اللّه الشركة المستخدمة للتشويش على موقعه بمنع اساءة استخدام اسرائيل لها. ولما لم يتلق الرد ارسل رسائله الى عدة جهات عربية متخصصة، والى افراد، طالباً المساعدة. واثمرت هذه الاتصالات بحيث عمل هؤلاء على الرد بالاسلوب نفسه فتمكنوا من اختراق الشبكات الاسرائيلية الهامة. ومنها مواقع وزارة الخارجية والكنيست التي انهارت كما تعرض موقع القوات الاسرائيلية لهجمات انترنتية عنيفة. لكن هذه الهجمات كانت من نوع منع الوصول الى الشبكة. وهي عملية يشبهها المتخصصون برمي الحجارة على الانترنت. في حين تضمن الهجوم الاسرائيلي تشويه الشبكات بالفيروسات.

هذه المعطيات تنبئ ببداية الحرب الافتراضية بين العرب واسرائيل. ولعل اخطر ما فيها بالنسبة لاسرائيل هي حرية الافراد في دخول هذه الحرب وعدم امكانية الضغط على الحكومات لاحتوائها. مهما يكن فان هذه الحرب لا تزال في بدايتها واذا كانت اسرائيل تعتمد على تفوقها التقني وعلى الخبرات متعددة المصادر فان مسؤول موقع حزب اللّه على الشبكة يجيب: **فليهزمونا ان كانوا متفوقين!. لقد ظنوا ذلك في جنوب لبنان وهزموا!**. وتبقى مشكلة اسرائيل ديموغرافية فاعداد المقاتلين العرب في هذه الحرب سوف تتزايد مع زيادة استعمال الانترنت في الدول العربية. حيث يبدو ان الاعتراف بدور الشبكة لا يلغي دور واهمية القبيلة! ومن هذا المنطلق القبلي او الرومانسي او العروبي او سمه ما شئت نريد ان نعرض لعبقرية وكفاءة ثلاثة اخوة فلسطينيين فاقدي البصر.

قضية الاخوة بدير:

عائلة بدير فلسطينية من سكان قرية كفر قاسم التي لم تصبها الشهرة الا عبر المجزرة الاسرائيلية التي طاولت سكانها العام ١٩٥٦. والاخوة موضوع حديثنا حرموا نعمة البصر دون ان يمنعهم ذلك من طموح توظيف قدراتهم العقلية في مجال المعلوماتية. وهو الاحدث والاصعب. فكانت خظوتهم الاولى دراسة الاساليب المخصصة للمكفوفين للتعامل مع الكومبيوتر. وهم اجتازوا هذه المرحلة بتفوق تدل عليه لائحة الاتهامات التي توجهها ضدهم المخابرات الاسرائيلية.

* **ملف الاتهامات:**

تمتد لائحة الاتهامات الموجهة الى الاخوة بدير على مدى ٨٠ صفحة. اما الافادات التي جمعتها تحقيقات الشرطة فتحوي ٣٥ الف صفحة و١٨٠٠ شريط فيديو بالاضافة الى ٢٢٠ من الشهود. ومن بينهم شخصيات كبيرة مثل باراك ويوسي بيلين وشلومو بن عامي وكبار ضباط المخابرات والشرطة. ويتضمن ملفهم ٤٣ تهمة اهمها:

١ ـ اختراق الحاسوب المركزي لوزارة الدفاع الاسرائيلية وسرقة معلومات في غاية السرية واستخدامها ضد الامن الاسرائيلي.

٢ ـ نقل معلومات حساسة الى حزب الله بواسطة الانترنت. تتضمن خرائط عن مواقع الجيش الاسرائيلي في الشمال.

٣ ـ كشف سر عسكري يتعلق بمحاولة اسرائيل بيع اجهزة لاسلكية الى مصر على انها جديدة في حين انها مستعملة. واخبار مصر بهذا التلاعب مما ادى الى الغاء الصفقة.

٤ ـ تسريب معلومات الى الاردن حول شخصيات تقيم في الاردن وتنوي اسرائيل تنفيذ عمليات لاعتقالهم.

٥ ـ تزويد جهاز الخليوي الذي يستعمله بن لادن بجهاز تشويش يمنع المخابرات الاميركية من تعقبه.

٦ ـ تركيب جهاز تنصت في مكتب باراك قبل انتخابه رئيسا للحكومة. ولهذه التهمة حكاية طريفة. اذ شعر مساعدوا باراك بوجود التنصت واستدعوا خيرة الاخصائيين الاسرائيليين الذين عجزوا عن تحديد مكان الجهاز. وعندها لجأوا الى الاخ الاكبر من عائلة بدير ويدعى منذر. الذي تمكن من كشف مكان الجهاز ومن تعطيله. وعندها وجهت اليه التهمة بانه هو الذي زرع الجهاز!.

* **حكاية الاخوة بدير:**

منذر بدير (٢٤ عاماً) هو الاخ الاكبر وهو مسجون حالياً في معتقل الرملة. اما مزهر (٢٣) عاماً) وشادي (١٩ عاماً) فهما قيد السجن المنزلي. وكلهم يعلنون عن رغبتهم في ترك اسرائيل للهجرة الى احدى الدول العربية ووضع خبراتهم بتصرفها.

ولنعد الى البداية فقد ولد الاشقاء فاقدين لنعمة البصر وهم يروون حكايات عن المضايقات التي تعرضوا لها بسبب عاهتهم. والتي لا بد من مساهمتها في دفعهم الى قبول التحدي. حتى تمكنوا من التفوق في هذا المجال الصعب الذي اتاح لهم برهان جدارتهم وعبقريتهم. ام الشبان لها ابن اكبر غير كفيف ويدعى اشرف. لكن هم الام كان دائما حماية ودعم اولادها المصابين. وهي تقول بالرغم من الفقر ومعيشة العائلة كلها في غرفة واحدة فقد بذلت المستحيل لتأمين طلباتهم. وهكذا احضرت لهم الحاسوب منذ ١٥ سنة. وكان اول حاسوب في المنطقة. لكن الاصعب كان كيفية تعلم اللغة الحاسوبية الخاصة بالعميان. ولم يكتفي منذر بتعلم هذه اللغة بل راح يفكك الحاسوب ويعيد تركيبه في محاول لاستكشاف اعمق لاسراره. ثم نقل العدوى الى اخويه الاصغرين مزهر وشادي. الذين لن يكونا اقل براعة منه في استخدام الحاسوب واستكشاف عوالمه. بعدها فتح احد الاخوة محلا ببيع وتصليح الكومبيوتر لكن ذلك لم يرض طموح الاخوة فقرروا الانتقال الى تل ابيب. وهناك استقبلتهم الشركات العاملة بالتكنولوجيا الراقية بحفاوة تليق بقدراتهم. وبدأت رحلة النجاح. حيث يقول مزهر لقد شعرنا بالتقدير وتحسنت احوالنا المادية بسرعة لكننا لم نكن نعرف ان تفوقنا هذا يزعج الامن الاسرائيلي. فبتنا نحس وكأن شيئاً ما يجري الا اننا لم نتصور ان ذلك سيوصلنا الى المحاكم والسجن. فعندما حللنا لغز التجسس على مكتب باراك كوفئنا باتهامنا وسجننا وهذا الجحود بعينه. ويروي الاخوة ان التحقيق معهم قد

استخدم اسلوب التعذيب الاسرائيلي المعتاد لمحاولة انتزاع اعترافات منهم. (لا بد من الاشارة هنا الى ان التعذيب يترك آثاراً مدمرة على قدرات الابداع وخاصة عندما يكون المبدع زائد الحساسية لمعاناته من اعاقة ما. الامر الذي يطرح السؤال عما اذا كانت اسرائيل ترغب في اغتيال القدرات الابداعية للاخوة الثلاثة باية وسيلة كانت؟ ـ في هذه الحالة لا يكون الاعتداء فردياً بل يكون ضد ما يمكن للمبدع تقديمه للانسانية ولعلومها).

ولم يكتف الاخوة بدير بانجازاتهم في حقل المعلوماتية بل انهم طرحوا لغة عالمية للتخاطب وهم يستعملونها في ما بينهم. الأمر الذي زاد من شكوك الاسرائيليين حولهم. ومع ذلك يبدو ان اسرائيل لا تملك معطيات حقيقية وغير عنصرية لادانتهم. وهم مصرون على الهروب من هذه الاجواء العنصرية فور انتهاء المحاكمة. اما عن لغتهم العالمية السرية فيقولون بانهم يحتفظون باسرارها في كتاب موضوع في خزينة احد البنوك.

خلاصة تبدو نبوءة الحرب الافتراضية واقعاً مستقبلياً ولنرى عبر مقابلة مقتضية مع منذر بدير الآفاق الحقيقة لهذه الحرب. واهم من ذلك امكانية تفوق العقل على التكنولوجيا. الامر الذي يعد فقراء التكنولوجيا بمستقبل اكثر تفاؤلاً واشراقاً.

انقلاب في عالم الحاسوب العربي:

من داخل سجنة في معتقل الرملة الرهيب، وما بين القلق من زملائه السجناء الذي يصل الى حد الخوف على حياته، وبين الاصرار على الصمود، يسمح منذر بدير لنفسه ان يحلم.

وعلى رغم انه كفيف منذ الولادة، فإنه يرى امكانية حصول ثورة صناعية في فلسطين والعالم العربي بأسره: «شرط ان تحدث الثورة أولا في عالم الحاسوب لدينا ونحدث فيه انقلاباً» ويتابع بحماس بالغ: «المشروع جاهز لدينا ولا نريد ان نضعه بأيد اسرائيلية. انه يحتاج الى تمويل كبير. وقد عرض علينا مليونير اميركي يهودي ان يتبناه فلم نقبل».

كان يهمنا، بطبيعة الحال، ان نعرف أولاً كيف يعيش منذر في هذا المعتقل، فأجاب: من سيئ الى أسوأ. فلقد وضعوني بداية مع السجناء الامنيين (الأسرى) الفلسطينيين العرب، وعلى رغم ما عشته من معاناة وضيق، فقد كان وجودي بين أبناء شعبي وأمتي آمناً وسالماً. ولكنهم، قبل شهر، نقلوني الى قسم السجناء الجنائيين وهذا يخيفني.

● **ولماذا جرى هذا النقل؟**

ـ لا ادري إذا كان جرى بنيات حسنة او بقصد خداع وارهاب. لكنني مرتاب.

● **ماذا تقصد؟**

ـ التهم الموجهة لي هي تهم أمنية. وهذا يعني انني سجين أمني ويجب أن أكون في جناح الامنيين ولكن، خلال عرضهم علينا عقد صفقة مع المحكمة، فهمنا انهم يريدون ان يوجهوا لنا اتهاماً بسرقة خطوط هواتف من شركة «بيزك» للهواتف في اسرائيل. صحيح ان هذه التهمة تبدو أخف من التهم الأخرى، ومحكوميتها اقل بكثير من محكومية الأمن، ولكننا نخرج منها لصوصاً بقرار قضائي. وهذه دمغة لا يمكن ان نقبلها. وقد رفضناها بشدة لكن يبدو انهم قرروا مع ذلك، اضافة تهمة السرقة، ان كان

مع بقية الاتهامات بالتجسس ام لا. ولهذا نقلونا الى قسم الجنائيين والمجرمين.

● **ولماذا تخاف على حياتك؟ هل تتصور انهم سيقتلونك فعلاً؟**

ـ أخاف لانهم اوصلوا تهديداً بالقتل عدة مرات، حتى وانا داخل السجن.

● **كيف؟**

ـ ارسلوا أعوانهم ليهددوني بمختلف الطرق.

● **وماذا تفعل لحماية نفسك؟**

ـ اتعامل بحذر مع الجميع ومع كل شيء يحيط بي. بشكل عام لا اكل من طعام السجن بل اشتري معلبات اللحم والسمك من كانتين المعتقل. وإذا اضطررت الى تناول طعام السجن، فلا آكله إلا باشتراك أحد زملائي المعتقلين، فآكل معه من صحن واحد. واحرص على ان اطعمه من الصحن نفسه قبل ان أبدأ انا بتناول الطعام.

● **وما هو وضعك الصحي؟**

ـ لا بأس. ولكن آثار فترة التعذيب خلال التحقيق ما زالت ظاهرة. وانا لا اثق بالأطباء الذين يعالجون المعتقلين، والعلاج الذي اتلقاه يقدمه لي طبيب عربي سمحوا لي باستضافته مرة في الشهر.

● **كيف تمضي وقتك في المعتقل؟**

ـ الوضع صعب جداً، فعندما كان معي شقيقي مزهر كان وضعي افضل. فقد خرج الى السجن البيتي وهذا حسن، ولكنني اشعر بوحدة قاتلة. قبل فترة صادقت معتقلاً آخر وشعرت انه مثل اخ لي. ولكنه غادر قبل يومين، وعدت الى الوحدة. هناك من يساعدني من المعتقلين على قراءة الصحف يومياً. ومن البيت يرسلون إلي اشرطة تسجيل لقراءة بعض الكتب... وهكذا.

● **لن نسألك عن التهم الموجهة اليك مباشرة. ولكن هل صحيح ان بامكان خبير الحاسوب اختراق اي حاسوب اخر؟**

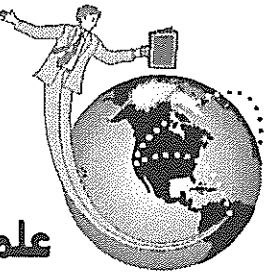
ـ حسب رأيي نعم، كل حاسوب قابل للاختراق ما عدا الجهاز القديم التلف الذي لا يمكن تشغيله.

● **وهل تتعامل في السجن مع الكومبيوتر؟**

ـ لا، لأنهم لا يسمحون لي بذلك. وهذا هو أكثر ما يؤلمني في السجن. فالكومبيوتر هو كل حياتي، وحرماني منه هو أشد عقاب يمكن أن يوجه لي.

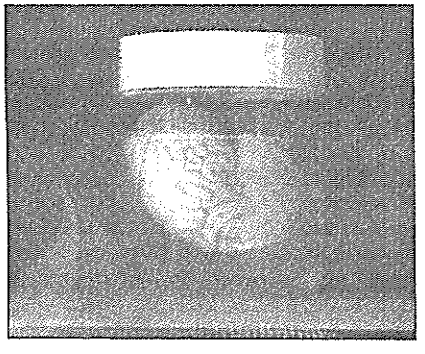
● **هل يسمح لك بالحديث في الهاتف؟**

ـ نعم مرة واحدة في الاسبوع مع شقيقي وافراد عائلتي وبلغتنا الخاصة.



علم النفس حول العالم

اعداد: رمزية نعمان ونشأت صبوح وسناء شطح



اكتشاف علمي مذهل

خلايا تتجدد في الدماغ

يبدو ان علماء من الولايات المتحدة والسويد في طريقهم الى هدم احدى المسلمات التي كانت اشبه بـ «حقيقة مطلقة».. فمنذ زمن طويل، كان يسود اعتقاد راسخ بان الخلايا العصبية في الدماغ لا تعاود النمو بعد موتها نتيجة سكتة دماغية، او مرض، او اصابة. ولكن فريق العلماء الاميركيين والسويديين دحض هذا الاعتقاد على ما يبدو. فقد اكتشفوا ادلة مذهلة على ان هذه الخلايا العصبية، او العصبونات، يمكن ان تتجدد ونتائج أبحاثهم يمكن ان تؤدي يوماً الى ايجاد علاج لاشخاص مصابين باضطرابات في الجهاز العصبي، مثل مرض الزهايمر، ومرض باركنسون، وكوريا هنتينغتون.

وأبحاث هذا الفريق هي متابعة لابحاث علماء على مدى عقول، اظهرت ان عصبونات دماغية لدى حيوانات المختبر تتكاثر فعلا طوال سن البلوغ، في عملية تسمى تكون النسيج العصبي. ولكن احداً

لم يستطع إثبات ان التجدد ذاته يحدث في دماغ الانسان البالغ، والاغلبية العظمى من العلماء كانت تعتقد بانه لا يمكن ان يحدث.

والآن، أثبتت تجربة تشريح مرضي خلاف ذلك. فقد كان فريد غيج، وهو عالم اعصاب في معهد سالك للدراسات البيولوجية في كاليفورنيا، يعرف ان عنصرا كيميائيا يسمى (Brdu) يلون المواد الوراثية في الخلايا الجديدة، ويترك الخلايا القديمة على حاله. ولكنه ما كان ليستطيع ان يشق أدمغة بشر أحياء بحثا عن معطيات. وهنا يأتي دور عضو آخر في الفريق، هو بيتر اريكسون من جامعة شالغرانسكا السويدية، الذي اطلع على اعمال باحثين في بلده كانوا يحقنون عنصر (Brdu) في مرضى يعانون من سرطان البلعوم لكي يراقبوا تطور مرضهم، حيث ان هذا العنصر يلتصق بالأورام التي تنمو بسرعة. وكان هؤلاء الباحثون يبلغون أريكسون عندما يموت مرضى. فما كان منه إلا أن رتب امر جمع قرون آمون من ادمغة خمسة متوفين، بعدما كان قد حقنهم بالعنصر الكيميائي الملون في المراحل الاخيرة من مرضهم. وقرن رمون هو اكثر مناطق الدماغ قابلية لتكون النسيج العصبي.

وكانت الخطوة التالية بالنسبة الى اريكسون هي ان يتفحص العينات الدماغية بوساطة مجهر ليزر. وقد كان العلماء يعرفون ان الخلايا العصبية القديمة تتوهج بلون احمر، بينما العصبونات الجديدة تتوهج بلون اخضر بفعل عنصر (Brdu)، والنتيجة التي بهرت اريكسون من تحت عدسات المجهر ان عصبونات جديدة كانت تتبرعم في كل مكان.

ولكن غيج وزملاءه يقرون بان نتائج ابحاثهم ليست قاطعة. ويعتزمون الآن دراسة المزيد من ادمغة الحيوانات، لاكتشاف الاشارات الكيميائية او الجينية التي تأمر العصبونات بان تتجدد او تتوقف عن التكاثر.

ويقول غيج بتحفظ ان ابحاث الفريق لا تزال في بدايتها فقط. ويضيف: «إننا لا نعرف ما اذا كانت هذه الخلايا (المتجددة) تؤدي وظائفها. ولا نعرف ايضاً ما اذا كانت هذه الخلايا تتصل ببعضها بعضا بصورة سليمة، ولا يزال يتعين علينا فهم لماذا يحدث هذا التجدد.

عندما يجد العلماء اجوبة عن هذه الاسئلة، ربما بعد عقود من الآن، ربما يكتشفون في النهاية الاسرار التي يمكن ان تشفي اضطرابات واصابات الدماغ.

وفاة جديدة
تنسب الى عوارض حرب الخليج

اعلنت جمعية «افي غولف» الفرنسية ان عوارض حرب الخليج اوقعت ضحية جديدة في الجيش الفرنسي في الخامس من تموز ٢٠٠٠.

واضافت الجمعية التي تضم ٨٠ عسكرياً يؤكدون انهم من ضحايا عوارض حرب الخليج (١٩٩٠ ـ ١٩٩١) ان المؤهل فريديرك بيسيرييه (٣٤ عاماً) عولج في المستشفى العسكري في كلامار (ضاحية باريس) منذ الخامس من ايار ٢٠٠٠.

وقالت الجمعية ومقرها مدينة بوردو (جنوب ـ غرب) ان المؤهل متزوج واب لولدين اصيب باورام

انتشرت تدريجاً انطلاقاً من الغدة الصعترية (قرب العنق) وتتضمن عوارض حرب الخليج الاصابة بدوار وفقدان الذاكرة والاسهال وازدياد العدائية والام في المفاصل والعضل وقلة النوم واضطراب في الدماغ.

واكدت الجمعية ان بيسيرييه كان يعمل اثناء الحرب مراقباً لاطلاق القذائف المدفعية في منطقة عسكرية داخل الاراضي العراقية ضمن الفرقة الحادية عشرة التابعة للبحرية.

واشار طلب الاستمارة الخاص بالجمعية الذي عبأه المؤهل قبل وفاته الى ان بيسيرييه الذي توجه الى السعودية في ٢٠ كانون الاول ١٩٩٠ ضمن فرقة داغيه اصيب بعوارض كيميائية وابتلع حبوباً تقاوم غاز الاعصاب، وذلك بناءً على اوامر من رئيس الفرقة.

واوضحت «افي غولف» ان بيسيرييه بدا في الحديث عما حصل على الارض قبل سنة فقط وذلك لدى ظهور العوارض الاولى واعرب عن قلقه حيال الامر.

واكدت الجمعية لفرانس برس انها ستنشر الشهر المقبل محصلة التحقيق الذي اجرته حول ٥٥ اصابة بين المدنيين والعسكريين من ضحايا عوارض حرب الخليج.

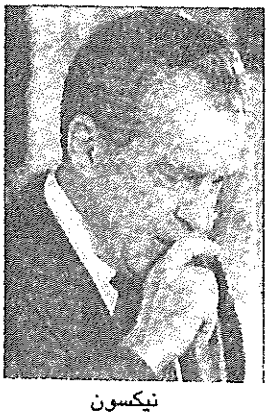
وكانت الجمعية اعلنت في ١٥ آب الحالي وفاة مؤهل سابق في سلاح الجو الفرنسي ضحية لمرض السرطان واكدت ان وفاة جيرار جوردرين المتوزج واب لوليدن (٥٣ عاماً) كانت نتيجة مشاركته في حرب الخليج.

ورفض القضاء لمرتين محاول جوردين الكشف عن الرابط بين اصابته بالمرض ومشاركته في حرب الخليج.

وطالب ناشطون في مجال البيئة منتصف الشهر الحالي فتح تحقيق برماني لالقاء الضوء على العوارض الغامضة التي يعاني منها عدد من عسكريي التحالف في الحرب ضد العراق.

وقد اصابت عوارض حرب الخليج حوالي ١٠٠ ألف من المقاتلين الاميركيين والبريطانيين والكنديين السابقين.

وتشير «افي غولف» الى ان اسباب هذه العوارض تعو الى تعرض الجنود للغازات السامة الناجمة عن قصف المستودعات العراقية والمزيج من اللقاحات التي حقن بها العسكريون لمواجهة الاسلحة البيولوجية والكيميائية.


نيكسون

ريتشارد نيكسون
هل كان مصاباً بمرض عصبي؟

نشرت صحيفة نيويورك تايمز مقتطفات من كتاب جديد عن سيرة الرئيس الاميركي الاسبق ريتشارد نيكسون جاء فيه انه كان يضرب زوجته وانه تردد على طبيب نفسي قال عنه انه مصاب بمرض عصبي.

وذكر الكتاب ان نيكسون اصيب بحالة من الاكتئاب نتيجة لضغوط الرأي العام الاميركي المعارض لقصف كمبوديا عام ١٩٧٠، وانه تردد على طبيب نفسي في نيويروك.

وتنشر دار فايكينغ اليوم كتاب «العالم الخفي.. عجرفة السلطة» لريتشارد نيكسون للصحافي الايرلندي انتوني سمرز.

ونقلت الصحيفة عن الكتاب قوله ان وزير الدفاع الاميركي آنذاك جيمس شليزنغركان كان يشعر بالقلق من نيكسون وانه طلب من جميع وحدات الجيش عدم الاستجابة للأوامر الصادرة من البيت الابيض الا بعد الرجوع اليه او الى وزير الخارجية.

وجاء في الكتاب ان جاك دريفوس عالج نيكسون عام ١٩٦٨ بعقار ديلانتين المعالج للاضطرابات المزاجية.

وقالت الصحيفة ان دريفوس اكد خلال حديث معها الاسبوع الماضي صحة الرواية وذكر انه اوصى بتناول نيكسون الف كبسولة مئة ملليغرام حين كان في حالة مزاجية غير طيبة ثم عاد واعطاه الف كبسلولة اخرى.

وقال ديفوس للصحيفة ان هذا العقار في علاج الخوف والقلق والشعور بالذنب والفزع والغضب والاضطراب والهياج والتقلبات المزاجية والاكتئاب والسلوك العنيف.

ونقلت الصحيفة عن طبيب في كلية طب كورنيل قوله ان للعقار آثاراً جانبية خطيرة محتملة منها تغير الحالة الذهنية والاضطراب وفقد الذاكرة، كما انه قد يؤثر على وظائف الادارك.

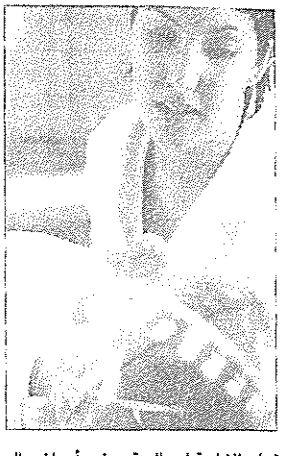
وقالت الصحيفة ان روبين سوان زوجة مؤلف الكتاب شاركت في اعداد الكتاب وانها اسمعت محرر الصحيفة خلال حديث هاتفي اجراه معها تسجيلاً مع الدكتور ارنولد هاتشنيكر الذي عالج نيكسون في مرحلة من المراحل.

ونقلت عن هاتشنيكر قوله ان نيكسون «لم يكن يعاني مشاكل نفسية، لكن كانت لديه اعراض مرض عصبي وقلق..».

ومن بين الروايات الاخرى التي تضمنها الكتاب ان نيكسون كان يضرب زوجته، لكن الصحيفة لاحظت ان مؤلف الكتاب اعتمد في هذه الواقعة على عنعنات وروايات منقولة عن صحافيين. وسارعت اسرة نيكسون الى تكذيب رواية ضرب الرئيس الاميركي الاسبق لزوجته، وقال متحدث باسم الاسرة «ان ذلك امر يفوق التصور».

وتجدر الاشارة الى ان الثقافة النفسية كانت قد عرضت لتحليل شخصية الرئيس نيكسون في عددها الخامس.

مرض جديد يسبب الخرف لدى الكبار يشبه في أعراضه داء الزهايمر



استخدام الاشعة لمعالجة بعض أمراض الدماغ

اكتشف علماء الامراض العصبية مرضاً جديداً يصيب الدماغ من شأنه ان يؤدي الى العته الدماغي. وكان يعتقد سابقاً ان هذا المرض هو احدى حالات مرض الزهايمر لكن في الواقع لم يكن كذلك، إنما هو مرض جديد لم يكن معروفاً من قبل الهيئات الطبية العالمية، ويعتقد العلماء ان هذا المرض الجديد يشكل ١٠ في المائة من الحالات التي تشخص عادة تحت خانة مرض الزهايمر.

واطلق الاطباء على هذا المرض اسماً يدعى FTDP-17، وهو يظهر مصاحباً لمرض باركنسون الذي يسببه اعتلال الكروموزوم 17.

ويبدو ان هذا المرض هو واحد من اشكال العته الدماغي الخطير والقاتل. فهو اشد وطأة من مرض الزهايمر، الذي كشف الاطباء بعض اسراره، ويمكن ان يتحسن نسبياً على الادوية الجديدة مثل Exelon. بيد أن الحالية العصبية التي تكمن وراء حالة مرضى TDP-17. لا تزال غامضة ولا يمكن معالجتها في الوقت الراهن.

ومع ذلك فإن اكتشاف هذا المرض سيساعد الاطباء على ايجاد اساليب حديثة لمعالج العته الدماغي وتخفيف معاناة المريض ومن حوله على السواء.

وقال الدكتور نورمان فوستر استاذ الامراض العصبية في جامعة ميشيغان ان الاشارات الاولى للمرض يمكن ملاحظتها في وقت مبكر بشكل اكثر مقارنة بمرض الزهايمر، اذ تحدث في سن الاربعينات او الخمسينات، بينما معظم حالات الزهايمر تحدث بعد سن الستين.

ويتميز هذا المرض بوجود تصرفات غريبة للشخص المصاب والقنوط واليأس والملل واخيراً غياب الذاكرة القريبة.

وتختلف اعراض هذا المرض نوعا ما عن الزهايمر الذي يمكن سرد اعراضه من خلال قصة المريض جاك كين.

لقد كان جاك مين، مديرا تنفيذيا ناجحاً، قبل اصابته بهذا المرض في سن متأخرة. فكانت الاعراض الاولى تصرفات غير لائقة في المجتمعات والندوات، ثم بدأ يتجدث بلغة قاسية مع محبيه والمقربين اليه، بعدها نما فيه حب جمع الاشياء التافهة مثل المحارم الورقية والرباطات المطاطية وعلب التنك الفارغة. وكان اذا اضاع احداها يصاب بخيبة امل شديدة، ثم تطور المرض بشكل اسوأ حيث تعود على وضع الاشياء المختلفة في فمه ومضغها.

وفجأة فقد القدرة على النطق والكلام ومعها فقد بعضاً من ذاكرته، لكنه بقي قادراً على تذكر سنوات الخدمة العسكرية في المحيط الهادئ خلال الحرب العالمية الثانية، وبعض زملائه اثناء الدراسة في الجامعة.

ورغم كل هذه الاختلافات في الاعراض، لم يكن امام الاطباء سوى تشخيص حالته على انها حالة من حالات الزهايمر.

وخلال مرض جاك، لاحظ فوستر، وزملاؤه الآخرون حالات اخرى مشابهة منتشرة في مناطق اخرى من العالم. وقد زاد استغراب فوستر، عندما شاهد صوراً مقطعية لادمغة الدين يفترض انهم توفوا سبب الزهايمر، اذ لم تكن توجد لديهم اصابات في المناطق الدماغية المحددة التي يمكن ان تتلف من مرض الزهايمر، اذ كانت الاصابة في اماكن اخرى.

وهذا الاكتشاف الجديد سلط الانظار على مناطق بحث جديدة في مجال معالجة امراض العته الدماغي. كما ان ارجاع المرض الى اسباب وراثية تتعلق بخلل الكروموزوم ١٧ قد يساعد على ايجاد علاج جديد يعتمد على الهندسة الوراثية في المستقبل القريب.

الجدير بالذكر ان اسباب العته الدماغي عديدة جداً منها ما يعود الى التبدلات الشيخية في الجملة العصبية، ومنها ما يعود الى الامراض الانهدامية منها الكهولية، والدوائية، وقد يعود العته الدماغي الى اسباب التهابية او جرثومية او فيروسية مثل الاصابة بمرض الايدز.

كذلك يحدث العته الدماغي في مرض باركنسون وغيره من الامراض الدماغية المتعددة مثل مرض كرتزفيلت جاكوب.. الخ.

تعديل الجينات لزيادة الذكاء

قريباً جداً قد يتمكن الآباء من إنجاب اطفال على درجة شديدة من الذكاء بفضل الهندسة الوراثية. فقد أعلن البروفيسو اريبه روتنبرج بجامعة نورث ويسترف الاميركية انه وفريقه العلمي تمكنوا من انتاج سلالة فئران فائقة الذكاء عن طريق تعديل الجينات وقال زوتنبرج ان الفئران اظهرت قدرة عالية جداً على التعلم وتفوق الفئران العادية بمراحل. الا ان روتنبرج اكد انه سيعارض بشدة استخدام تجاربه لانتاج عقاقير تجعل الانسان اكثر ذكاء. ويرى ان الاستخدام المشروع لهذا الانجاز هو تطوير ادوية وعلاجات جديدة لمرضى الزهايمر والتخلف العقلي وعلاج بعض اعراض الشيخوخة.

ومع ذلك فإن بعض العلماء الاخرين يرون انه ليس هناك مع يمنع من استخدام هذا الاسلوب في زيادة ذكاء الانسان.

المعاقون اقدر من سواهم على اكتشاف الكذب

نشرت مجلة «نيتشر» العلمية في الآونة الاخيرة دراسة طريفة جاء فيها الن المعاقين الذين يلاقون صعوبة في فهم الكلام والتعابير اللغوية هم في الواقع اقدر من سواهم بكثير على اكتشاف الكذب.

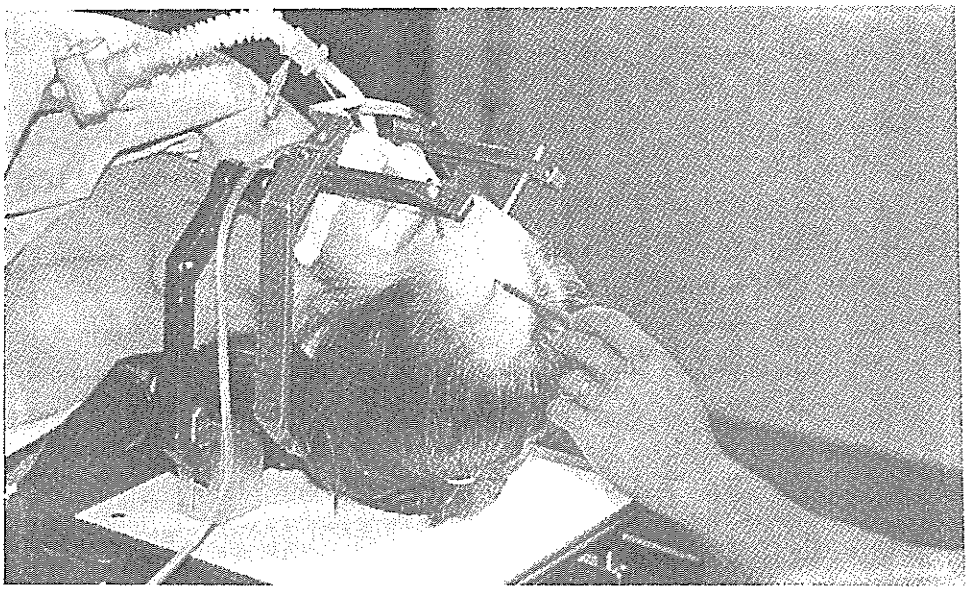
وكانت الباحثة نانسي اتكوف، وهي طبيبة نفسية في مستشفى ماساتشوسيتس العام في بوسطن، قد قامت بسلسلة من التجارب مع فريق من الباحثين من جامعة سان فرانسيسكو وروتجرز في ولاية نيوجيرسي سجلوها على اشرطة الفيديو. وكان هؤلاء الباحثون قد اجروا تجاربهم على اربع مجموعات: تضم المجموعة الاولى معاقين يصعب عليهم الفهم والتعبير، ويعاني افراد المجموعة الثانية من اضرار في الجزء الايمن من ادمغتهم، وتضم المجموعة الثالثة طلبة جامعات بينما تضم المجموعة الرابعة اناسا اصحاء.

وعرض الباحثون على المجموعات الاربع تسجيلات لاقوال

كاذبة واخرى لاقوال صادقة.

واظهرت النتائج ان المجموعة الاولى التي تضمن المعاقين اكتشفت الكذب بنسبة ٧٣ في المائة بمجرد متابعة تعابير الوجه، بينما لم تستطع المجموعات الثلاث المتبقية رصد الكذب الا بنسبة ٥٠ في المائة في افضل الحالات. ويعجز الباحثون عن تفسير هذه الحالات التي تجعل المعاقين اكثر قدرة من سواهم بكثير على اكتشاف الكذب، ويعتقدون انها تشبه حالة تعويض يقوم بها المخ لمعادلة الضرر الذي اصابه.

جراحة لعلاج مرض هنتنجتون



اول عملية لعلاج مرض هنتنجتون بنقل خلايا جنين لدماغ المريض

نجح فريق طبي فرنسي برئاسة البروفسور بيير سيسارو، ومكون من الجراحين جين بول نيجوين، ومارك بيشانسكي، في اجراء اول عملية من نوعها لنقل خلايا جنين لمصاب بمرض هنتنجتون في مستشفى هنري موندور في كريتال الفرسنية. ويعد مرض هنتنجتون احد الامراض الجينية التي تؤدي لتآكل الاعصاب، وتسبب مضاعفات خطيرة للمريض، واجريت العملية حتى الآن لخمسة مرضى بصفة تجريبية في جانب واحد من الدماغ وسيمكن التعرف على نتائج الجراحة خلال عام واحد.

اجريت التجربة الشهر الماضي، بعد نشر دراسة في مجلة «نيتشر ميديسين» في اعسطس (آب) عن نجاح نفس الجراحة التي اجريت على القرود، ويتوقع ان يؤدي نجاح التجربة لبلورة استراتيجية جديدة تعتمد على نقل خلايا دماغ الاجنة للمرض، بدلا من استعمال العقاقير الكيميائية، لكن لا يزال الوقت مبكرا للوصول لعلاج حاسم لمرض هنتنجتون كما يؤكد الاطباء.

وقاية حمض الفوليك

يتعين على النساء ان يحصلن على ما يكفي من حامض الفوليك (او الحامض الفولي) اثناء فترات الحمل، لانه يمنع تشوهات خلقية معينة. ولكن حتى في الظروف العادية، ينبغي ان يفكرن جدياً في تناول الفيتامين ـ ب هذا؛ فقد سبق ان اكتشف العلماء ادلة على انه يقي من النوبات القلبية. والآن توحي دراسة جديدة بفائدة اخرى اذ ان ما يصل الى ثلاث من بين كل اربع حالات سرطان قولون كان يمكن تجنبها، لو ان النساء المعنيات جعلن تناول الكثير من حامض الفوليك عادة تلازمهن مدى العمر.

وابتداء من العام ١٩٨٠، كان باحثون من جامعة هارفارد يرسلون مرة كل سنتين استبيانات الى ٨٨ الف ممرضة، يطلبن فيها معطيات عن عادات مأكلهن، وعما اذا كن تناولن في الماضي او يتناولن في الحاضر حبوب فيتامينات. وفي العام ١٩٩٤، اجرى الباحثون مراجعة لمعرفة توفر هذا الفيتامين.

ولكن الدراسة اظهرت ان اقلية صغيرة فقط من الممرضات اللواتي كن يحصلن على أعلى مقادير من حامض الفوليك، كن يتبعن نظاماً غذائياً مناسباً. اما الاخريات اللواتي تمتعن بحماية ضد سرطان القولون، فقد كن يتناولن حبوب فيتامينات يوميا لمدة ١٥ سنة على الاقل. وتبين ان احتمال تعرضهن لخطر هذا المرض كان اقل لديهن بنسبة ٧٥ في المئة من اللواتي لم يكن يتناولن حبوباً. ولكن ينبغي الحذر من تناول جرعات مفرطة. اذ ان الجرعات التي تزيد على الطبيعي عشر او عشرين مرة، تزيد خطر السرطان.

وتوحي دراسات اخرى شملت نساءً ورجالاً، ولكنها اجريت على نطاق اضيق، ان جرعات يومية من حامض الفوليك بحدود ٤٠٠ ميكروغرام، يمكن ان تقي من سرطان القولون بنسبة ٣٠ ـ ٤٠ في المئة.

الهاتف يساعد الاطباء على معالجة مرض الاكتئاب

اشارت دراسة طبية اميركية جديدة نشرت في مجلة BMJ الطبية الصادرة في بريطانيا الى ان متابعة مرضى الاكتئاب بعد خروجهم من المستشفيات باستشارات ونصائح هاتفية من شأنه ان يقلل حدة مرض الاكتئاب ويخفض الحاجة لاعطاء الادوية اللازمة للسيطرة على الحالات الاكتئابية.

ولمعرفة تأثير المتابعة الهاتفية للمرضى على تطور سير مرض الاكتئاب اجرى الباحثون دراسة على ٦١٣ مريضاً في مركز الامراض النفسية في سياتل في الولايات المتحدة. فكان جميع المرضى ياخذون الادوية المضادرة للاكتئاب خلال وجودهم في وحدة العناية النفسية، وبعد خروجهم قسموا الى ثلاث وحدات اساسية وهي كالتالي:

ـ **الوحدة الاولى:** خرجت من المستشفى دون متابعة لها، لكن بقي المرضى يأخذون الادوية المطلوبة مع

اعطائهم موعدا لمراجعة المستشفى.

ـ **الوحدة الثانية:** اضيف لها نظام اخبار الطبيب بشكل دائم عن التبدلات النفسية بعد الخروج من المستشفى مع نصح المرضى بمراجعة المشتشفى خلال فواصل زمنية قصيرة.

ـ **الوحدة الثالثة:** اتبع معها نظام الوحدة الثانية اضافة الى متابعة المرضى بشكل دائم عن طريق الهاتف حيث تصل الاطباء بالمرضى في منازلهمللاطمئنان عنهم ويجرون معهم مقابلات او محاورات طبية على الهاتف بفواصل زمنية يفصل بينها شهران الى ثلاثة، اضافة الى عناية دائمة للمرضى للتعرف الى مشاكلهم المنزلية.

ووجد بعد تحليل النتائج ان الذين توبعوا على الهاتف يشهدون تحسنا اكثر من ٥٠ بالمائة من الذين يخضعون لظام المراقبة والعلاج فقط.

واضافة الى ذلك وجد ان الخاضعين لنظام المتابعة على الهاتف يأخذون نسبة اقل من الادوية، وان نسبة مراجعتهم الطوعية الى المراكز النفسية اقل وبذلك تكون تكلفة كل مريض اقل، اضافة الى ذلك يمكن لنظام متابعة المرضى على الهاتف ان يقلل من زمن الانتظار ومتابعة السفر على العيادات والمشاكل الاخرى.

واشارت الدراسة الى ان هذا النظام يمكن استخدامه في امراض اخرى غير الاكتئاب. فمعظم الامراض المزمنة يمكن متابعة الذين يعانون منها عن طريق الهاتف بنجاح وكذلك يمكن تقدير في ما اذا كانت حالة المريض تستدعي مراجعة المختصين او الدخول الى المستشفى.

وقد شجع الاطباء استناداً على هذه الدراسة اتباع التقنيات التكنولوجية الحديثة في متابعة المرضى في المنازل. وبذلك يمكن تخفيف الضغط على المستشفيات وعلاج المرضى بسرعة اكبر وتكلفة اقل اذ من المتوقع في المستقبل القريب ان يصبح هناك نظام كومبيوتر يسمح بالتفاعل بين المريض والطبيب من خلال الانترنت، اذ يمكن للمرض ان يكسف عن اجزاء جسده المصابة من خلال اجهزة مسح خاصة موصلة مع الكومبيوتر حيث يتلقى الطبيب المعلومات مباشرة من خلال شاشة الكومبيوتر الموجودة في غرفة المراقبة.

باحثة مصرية تدعو الى تدريس اصول الحياة الزوجية

اعتبرت الدكتورة سميحة كرم، الاستاذ في جامعة حلوان ان الحياة الزوجية والاسرية فن لا بد من تعلمه ومعرفة اصوله وقواعده ودراسته، مشيرة الى ان الزواج ليس مجرد ارتباط بين الرجل والمرأة لقيام حياة زوجية مشتركة، بل هو مسؤولية كبيرة يتحملها الرجل والمرأة اللذان اتفقا على قيامها بينهما.

واقترحت، في دراسة لها حول «اراء الزوجين في بعض مفاهيم الزواج والتوفيق في الحياة الزوجية»، ضرورة وضع منهج يدخل ضمن المواد الرئيسية التي يدرسها طلبة المرحلة الثانوية وطالباتها، يشمل معلومات خاصة بالتركيب البيولوجي والفسيولوجي لكل منهما والتغيرات الجنسية وسمات الشخصية والمزاج والسلوك الاجتماعي والديني والقيم، والاحساس بالامن، بالاضافة الى معلومات عن متطلبات

الزواج الناجح تتضمن الاسس التي يجب احترامها عند اختيار شريك الحياة وتلك التي يقوم عليها التوافق والتكيف الزواجي.

وتناولت الدراسة ٦٠ ثنائياً زوجياً، واوضحت نتائجها اختلاف الآراء بين عينة الازواج وعينة الزوجات في بعض المفاهيم المتعلقة بالزواج، والتي ترى الباحثة ضرورة تقاربها لضمان علاقة ناجحة. وانعكس هذا الاختلاف على شعور الزوجين بالتوفيق في الحياة الزوجية. وكانت الزوجات اكثر صراح، اذ قالت ٦٧ في المئة منهن انهن موفقات الى حد ما، مقابل ٢٧ في المئة من الازواج. واشار ٨٣ في المئة من الازواج الى انهم موفقون في حياتهم الى حد كبير.

ويعود الاختلاف بين آراء الازواج والزوجات الى عدم وعي الكثيرين منهم ضرورة مناقشة تلك الامور، وتجاهل بعضهم الاسس الواجب مراعاتها عند اختيار شريك الحياة وضرورة العمل على ترسيخ التفاهم. وتختلف عملية الاختيار في مصر تبعاً للطبقة الاجتماعية التي ينتمي اليها الشاب المقبل على الزواج، ما ان درجة الحرية تتفاوت من منطقة الى اخرى، فالفئات العليا تعترف بضرورة الحب او التعارف قبل الزواج، فيما يميل افراد الطبقة المتوسطة الى المحافظة والتطلع في الوقت نفسه الى الزواج من فتيات ينشئون معهن علاقات زمالة او عمل، وهم في العادة متواضعون في المطالب.

اما في الطبقات الشعبية، فلا يزال الشاب او الشابة المصريان ينتظران موافقة صريحة من الوالدين قبل الاقدام على الزواج، ولا تزال الاسرة المصرية تنظر الى التربية المتشابهة والوسط الاجتماعي المماثل على انها من الاسس المهمة في الزواج، واوضح افراد عينة البحث رغبتهم في توافر المحبة والثقة والاحترام والطاعة المتبادلة، وظهرت علاقة سالبة بين الصورة الوالدية واختيار شريك العمر، فكأن الفتاة المتعلقة عاطفياً بصورة الأب التقليدية تنفر اجتماعيا من هذه الصورة. وأوصت الباحثة بالخطوبة غير القصيرة لانها تؤمن المعرفة الحقة للآخر، وتؤدي دوراً مهماً في تسهيل عملية التوافق في الزواج، اذ يتم فيها تحديد مفاهيم كل من الطرفين حول الحياة الزوجية المقبلة، ولا يصمد خداع احدهما، ان وجد، للآخر طويلاً، مما يؤدي الى سقوط القناع، وفسخ الخطوبة او التأكد من ان الخطيب هو افضل من يمكن اكتمال العمر معه.

زرع خلايا فئران في ادمغة مرضى باركنسون

اعلن مسؤول في جامعة اوكاياما اليابانية ان لجنة القيم في الجامعة سمحت للاطباء بزراعة خلاياي فئران في ادمغة مرضى يعانون من مرض باركنسون.

وقال المصدر ان اللجنة اجازت استخدام هذه الطريقة لدى مرضى يقل عمرهم عن ٧٥ عاماً ويعانون من المرض الذي يتلف خلايا الدماغ بصورة تدريجية، والذي تسبب لهم الادوية العادية آثاراً جانبية.

وتقوم العملية التي توصل اليها جراح الاعصاب تاكاشي اوموتو في كلية الطب في اوكاياما، على زرع خلالا تفرز الدوبامين مأخوذة من الغدة الكظرية للفئران.

وتوضع الخلايا في كبسولات قطرها ميلليمتر واحد وطولها سبعة ميلليمترات ذات غلاف يسمح بمرور مادة الدوبامين، لدى زرعها في الدماغ، لتغذية الخلايا لفترة طويلة.

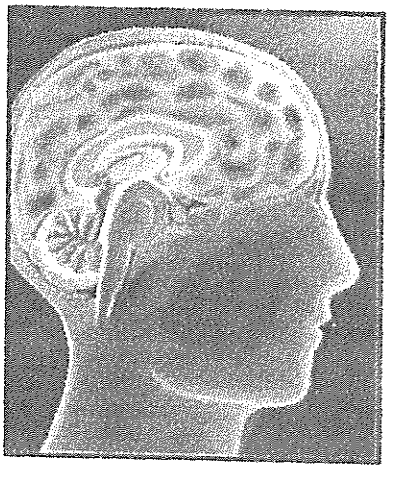
وسيتم اجراء اول عملية من هذا النوع خلال الاشهر العشرة المقبلة.

ويصيب مرض باركنسون، الذي شخصه الطبيب البريطاني جون باركنسون في ١٨١٧، بالغين في متوسط العمر، ويسبب تلفا تدريجياً في الخلايا العصبية.

وينجم المرض عن خلل في الخلايا المنتجة للدوبامين الضروري لضمان عمل خلايا الدماغ بصورة طبيعية.

عند ابواب المدارس

اثر الدراسات والتجارب التي قام بها هوارد غاردفر، عالم النفس والذكاء. واستاذ علم الاعصاب في كلية الطب في بوسطن، والذي عكف منذ اثني عشر عاماً على دراسة اشكال الذكاء. ادخل بعض المدارس الابتدائية وبعض المعاهد في الولايات المتحدة، مساقات خاصة في برامجها تهدف الى تنمية نوع اخر من الذكاء، غير الذكاء المنطقي ـ الحسابي.



ويأتي في طليعة المدارس، التي تبنت تطوير «الذكاء العاطفي»، مدرسة الامومة في بوسطن التي تشارك في دراسة غاردنر، وهناك يتلقى الاطفال، منذ عشر سنوات تعليما خاصا ينمي مهاراتهم الحسية والكلامية والصوتية والعلمية والجسدية والفنية والعاطفية والاجتماعية.

وتقوم مدرسة مشروع د. غاردنر باختبار ودراسة الاشكال المتعددة للذكاء، ومن ثم توجيه الطلاب الى طريق الدراسة والتربية الاسلم.

وفي مدارس اخرى، يتركز التوجيه على الفهم والاستيعاب وتنمية الذكاء العاطفي. وفي المدرسة الابتدائية الخاصة، كارن ستون ماك كادن، في سان فرانسيسكو، تطلب المديرة من كل طالب قبل بداية شرح درس عن معرفة الذات، تدوين طبيعة مزاجه واعطائه مقدارا رقمياً. فالعدد واحد يعني ان الطالب مكتئب. والعدد عشرة يعني ان الطالب سعيدا جداً وبصحة جيدة، والعدد تسعة يعني انه عصبي قليلاً... الخ.

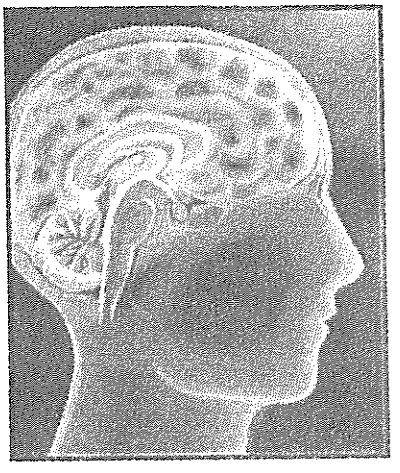
وبهذا تتم دراسة امزجة الطلاب كل يوم، ويستطيع المدرس بعدها طرح مواضيع واقعية مثل الرفض والرغبة والنقاش المزعج، فالطالب يجب ان يكون قويا في عواطفه كما هو قوي في الحساب، تقول مديرة المدرسة.

اما دانيال غولمان، فيقول ان طرق التدريس المتبعة بدأت تعطي ثمارها في المدارس التي يكثر فيها تعاطي المخدرات والكحول، والعنف والهروب من الدراسة.

عواطف ومشاعر تدرأ الخطر

يشترك الانسان مع الحيوان في مشاعر يتقي بها لاخطر الذي يمكن ان يحيق به، وهذه المشاعر راسخة في الخارطة الجينية، وتتفاوت درجتها من شخص الى اخر.

وهناك مشاعر اساسية توجد في كل الثقافات على سطح الارض، لوها تأثير على تركيب جسمنا البيولوجي بحيث تتيح لكل كائن استمرارية الحياة واهم هذه المشاعر.



ـ **الغضب:** يترافق الغضب مع افراز الجسم لهرمون الادرينالين الذي يمد الجسم بالطاقة؛ فهو يساعد على تدفق الدم في اليدين ليجعلهما اكثر خفة عند القبض على العدو او الامساك بالسلاح.

ـ **الخوف:** يسبب الشعور بالخوف تدفق الدم في العضلات التي تساعد على حركة الجسم، مثل عضلات الساقين واللتين تصبحان اكثر مهارة في الهروب. الى ذلك، ينتج دماغ الانسان عند الشعور بالخوف هرمونات تضع الجسم في حالة تأهب عامة، كما تتيقظ الحواب جميعها ويتركز الاهتمام على مصدر الخوف.

ـ **المباغتة:** تسبب المباغتة رفع الحاجبين، فتتوسع العينان، ويصبح النظر اكثر دقة.

ـ **الاشمئزاز:** في حالة الاشمئزاز، يتجعد الوجه ويضيق المنخران في محاولة مبدئية لتجنب استنشاق سريع لرائحة كريهة جداً.

الحزن: يترافق الشعور بالحزن مع تباطؤ في عملية الايض، ما يؤدي الى الاحساس بالجرح النفسي، وقد يساعد ذلك على البقاء بعيداً من الخطر.

تصورات عن الجنسين

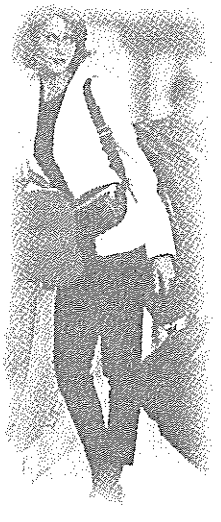
اظهرت دراسة عن المجتمع الاميركي ان النساء قطعن شوطاً طويلاً في العقدين الاخيرين. وشملت الدراسة مقارنة بين التصورات الشائعة عن الجنسين في السبعينات، فوجدت ان التصورات عن النساء تحسنت، في حين ان التصورات عن الرجال شابتها سلبيات.

قبل ٢٠ سنة، كان ينظر الى النساء

على انهن مترددات وغير موضوعيات، وقابلات للتأثيرات الخارجية، وغير قادرات على فصل المشاعر عن الافكار. وكل هذه الميزات كانت غائبة في دراسة التسعينات التي اجراها علماء النفس: ماثيو وينتر (جامعة واشنطن)، ديان كلاركواليزابيث دايموند (جامعة شيبنبرغ). وفي الوقت ذاته، وصفت النساء لاول مرة بانهن ذكيات، ومنطقيات، وداعيات للمساواة بين الجنسين، اضافة الى انهن مستقلات وجسورات، وجديرات بالثقة، وبارعات في علاقاتهن.

اما الرجال، فقد كانت التصورات عنهم مختلطة، فالصفات الايجابية التي عزيت الى الرجال شملت الميل للمصادقة، والدماثة، والاهتمام الرعوي. ولكن الجرال لم يعد ينظر اليهم على انهم حريصون على الموضوعية، او انهم متقدمو الذكاء، او ميالون لتأكيد الذات، وكلها صفات ابرزتها دراسة السبعينات. اضافة الى ذلك عزت دراسة التسعينات بعض الصفات السلبية الجديدة، الى ان الرجال باتوا غيورين، ويصعب ارضاؤهم، وسريعي الاهتياج، ومزاجيين، كما انهم خادعون، وضيقوا افق في التفكير، وغير مبالين بعواقب الامور. وقد وصفت كلاك هذه الظاهرة بـ «الذكورية السلبية»، ورأت ان «الصفات الذكورية التقليدية ينظر اليها باجيابية اقل.

... وتصورات نسائية



دراسة ثانية من اميركا، اجرتها احدى رائدات الحركة النسائية، تقول ان الشأن الشخصي هو شأن سياسي. وتظهر الدراسة الجديدة ايضاً، ان الشأن السياسي يؤثر في الشخصي؛ فالمشاركة في حركة تحرر المرأة غيرت شخصيات النساء.

اجرى الدراسة عالم النفس غايل اغرونيك (جامعة كاليفورنيا)، وزميلته لورين دانكان (كلية هارفي ماد)، وقد اجريا مقابلات مع مجموعة نساء في اوقات تخرجهن في الجامعات في اواخر الخمسينات واوائل الستينات، ثم قابلاهن مرة اخرى في اوائل الثمانينات وتبين للباحثين ان النساء اللواتي اعتبرن الحركة النسائية ذات معنى وهدف من الناحية الشخصية، اصبحن خلال السنوات الفاصلة اكثر نزعة للسيطرة، ويسعين لتأكيد ذواتهن، وراضيات عن انفسهن ويسعين الى الانجاز، في حين ان شخصيات النساء اللواتي لم يشاركن في الحركة يختبرن مثل هذا التغيير الكبير.

ويقول اغرونيك، ان الداعيات الى المساواة اكتسبن ثقة اكثر في النفس، واحتراما اكبر للذات، وهذا ما سهل عليهن دخول النصف الثاني من العمر. واللواتي كانت الحركة مهمة بالنسبة اليهن، اظهرن ميلاً متزايداً الى السلطة.

ويضيف: «هؤلاء النساء، كن وهن الآن، ذوات بصيرة نافذة، ومعبرات عن انفسهن، ولا منتميات».

ويتكهن الباحثان بأن التفاعل بين التجارب الشخصية، مثل حلقات التوعية التي اكتسبت شعبية

في السبعينات، ربما لعب دوراً في هذه التأثيرات القوية في الشخصية.

او ربما يكون الامر ان النساء اللواتي تغيرن بهذه الطرق، كن سيتغيرن في الاحوال جميعها من دون حركة التحرر، فاللواتي اعتنقن الحركة، كن حتى في سنوات تخرجهن، وهن في أوائل العشرينات من العمر، ميالات الى الانفتاح، وطموحات، كما كن اصلاً وغير راضيات عن الادوار التقليدية للجنسين.

هوة بين الجنسين

ربما جعلت الحياة المعاصرة الرجال والنساء اقرب الى المساواة في مختلف مناحي الحياة. ولكن في مجال واحد على الاقل، ربما أدت التغيرات الاجتماعية بالجنسين الى التباعد اكثر.

اليوم، النساء يعانين اكثر من الرجال من مشكلة عدم الرضا عن الجسد.

هذا على الاقل ما ينطبق على المجتمع الاميركي، كما يرى عالم النفس في جامعة يال الان فينغولد، ومساعده الباحث رونالد مازيللا، اللذان يقولون إنه، منذ العام ١٩٧٠، ازداد عدد النساء غير الراضيات عن مظهرهن بصورة كبيرة، بينما بقي عدد الرجال غير الراضين مستقراً على المستوى ذاته تقريباً. وقد توصلا الى هذا الاستنتاج بعدما حالا معطيات تتعلق بالصورة الذاتية عن المظهر والجاذبية الجسدية، جمعاها من دراسات عديدة حول الموضوع اجريت خلال السنوات الخمسين الماضية.

ويلاحظ فينغولد انه قبل العام ١٩٧٠، لم تكن النساء في الواقع يظهرن استياء يذكر من اجسامهن. فلماذا حدث التغيير اللاحق؟ يعتقد بان مما يدعو للسخرية ان الاستقلالية التي حصلت عليها النساء حديثاً قد زادت كثيراً من حاجتهن البيولوجية الى الظهور بمظهر جذاب من اجل جذب شريك حياة وانجاب ذرية.

ويقول: «حتى السبعينات، كانت المرأة النموذجية تتزوج وتنجب. ولم يكن يتعين عليها ان تبدو بأحسن مظهرا؛ فهي لم تكن مرئية. ولكن عندما انطلقن الى اماكن العمل، تعين عليهن ان يتنافسن حتى يحظين بالقبول، ويضطلعن بالمسؤوليات؛ ويحصلن على الترقيات.. وفي كل ذلك، يلعب المظهر دوره. لكن هذا أدى بدوره الى زيادة الضغط لتبدو النساء جذابات. ما جعلهن غير حصينات امام تكوين صورة سيئة عن اجسامهن». ويعتقد فينغولد بأن هذا الضغط ربما يفسر ايضاً تزايد حالات اضطراب الأكل بين النساء في السنوات العشرين الاخيرة.

ولحسن الحظ، فإن عدد النساء غير الراضيات قد استقر الآن، ولا يتوقع فينغولد ان تتعمق الهوة بين الجنسين اكثر في هذا المجال.. «فمن الصعب ان تتكرر التغيرات الاجتماعية ـ الثقافية ذاتها التي غيرت حياة النساء في السبعينات».

«إبـــادة سكانيـة»

قبل خمس سنوات فقط، كان متوسط العمر المتوقع للاطفال الذين يولدون في زيمبابوي ٦١ سنة. وكثيرون منهم كان بامكانهم ان يتوقعوا رؤية ولادة ابناء احفاد لهم. اما اليوم، وبسبب تفشي مرض نقص المناعة «الايدز»، فإن متوسط عمرهم المتوقع ٣٩ سنة. وسيكونون محظوظين اذا اصبحوا اجداداً في حياتهم.

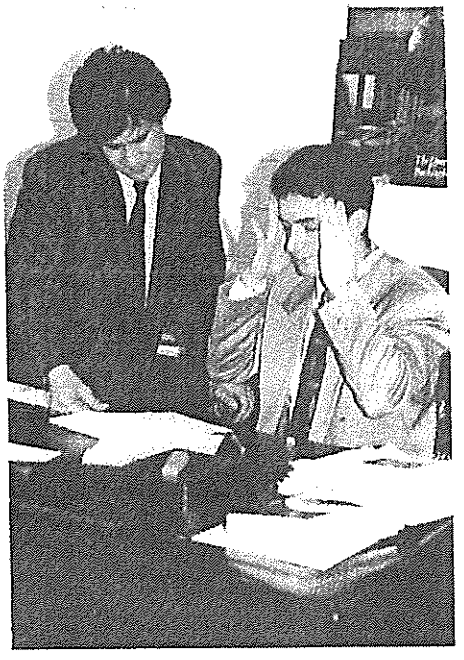
هذه الارقام المخيفة جاءت من دراسة جديدة سينشرها مكتب الاحصاء الاميركي الشهر الحالي. وهذه الدراسة بعنوان «الايدز في العالم النامي». وهي الاولى التي تحسب تأثير هذا المرض المدمر على العمر المتوقع في افريقيا المدارية. وتظهر الدراسة ما يسميه كاتبها بيتر واي «ابادة سكانية» تتخذ شكل انخفاض حاد في معدلات النمو السكاني في معظم البلدان موضوع الدراسة.

وزيمبابوي هي الحالة الاسوأ، حيث ان ربع البالغين من سكانها مصابون بعدوى فيروس «الايدز». ويقول التقرير ان معدل الوفيات اليوم اعلى بثلاث مرات مما كان يمكن ان يكون لولا «الايدز». ومعظم الذين يقضي عليهم المرض هم بالغون شبان واطفال التقطوا العدوى من أمهاتهم. وقد انخفض معدل النمو السكاني في زيمبابوي من ٣ في المئة العام ١٩٩٢ الى ١,١ في المئة اليوم. وبحلول العام ٢٠١٠، سيكون العمر المتوقع للمواليد الجدد ٣١ سنة لا اكثر. ويقول جوزيف مالاوا، مدير دائرة الخدمات السكانية في زيمبابوي «اننا نعيش كابوساً». لا اعتقد بأنك ستجدة اسرة واحدة لم تفقد قريباً بسبب الايدز».

والبلدان الاخرى ليست افضل حالاً بكثير.. فالدراسة تكشف، مثلاً، ان العمر المتوقع في كينيا انخفض في الفترة ذاتها من ٦٦ الى ٤٨ سنة، وفي بوتسوانا من ٦٢ الى ٤٠ سنة. واحد البلدان القليلة التي تعطي أملا بامكان التصدي للمشكلة هو اوغندا، حيث بدأت برامج التثقيف الوقائية تخفض معدلات الاصابة بالعدوى.

في سبتمبر الاول (ايلول) الماضي، حذر برنامج الامم المتحدة للتنمية من ان اي شخص قد يفكر في ان كبح النمو السكاني يمكن ان يحفز التنمية الاقتصادية في افريقيا، انما يرتكب خطأً فاضحاً. وقال البرنامج في تقرير له، ان الايدز ترك تأثيراً كبيراً في الاقتصادات الافريقية، لانه اوجد نقصا في اليد العاملة المؤهلة.

كيف تدعم تقديرك لذاتك وتتخطى مشاعر النقص



إذا كنت لا تشعر بالثقة الكاملة في نفسك او تعاني من احتمال زعزعة هذه الثقة لسبب من الاسباب، فان عليك ان تعرف ان الثقة بالنفس ليست امراً غامضاً ولا مشكلة يصعب جلها. بالعكس ان استعادة الثقة بالنفس امر سهل اذا قمت بدراسته وتفهمه. وهناك سبع خطوات يمكن لك اتباعها للاحاطة بهذا الشعور الضار الذي يؤثر عليك في عملك او ينعص عليك حياتك في بعض الاحيان.

اولاً: تصور انك تملك الصفة التي تريدها. هل تريد ان تكون شجاعاً. تخيل انك شجاع. هذا امر بسيط. اجعل هذا مبدأك. وسترى كيف سيتغير مسلكك وكيف ستقبل على العمل الذي تريده بروح جديدة. وستفاجأ ايضاً بأنك ستكتشف العوامل التي تنبني عليها الشجاعة. المهم اذا كنت تعاني من شيء تخيل انك ضده وليس هناك اسوأ من الخوف او التخوف وعلاج الاثنين معا هو الاقدام على جعل الشجاعة مبدأ لك.

ثانياً: اقبل اي مسؤولية تعرض عليك. الاحساس بالمسؤولية يدفعك الى التفوق. الى ابراز نفسك. الى مقاومة الظروف المحيطة بك. ولا تخشَ من الفشل. كما لا تلق اسباب الفشل، اذا ما حدث، على احد آخر. واجه الفشل من اجل تحقيق النجاح.

ثالثاً: لا تردد على نفسك اية كلمات توحي بضعفك، مهما تكن نيتك طيبة او صادقة حذاري من ان تنطق بكلمات من نوع «لا استطيع» او «لا اقدر» او«هذه مسألة صعبة عليّ» او «انا غير قادر على عمل شيء ما». هذه كلمات قاتلة. تقتل ثقتك بنفسك وصورتك عند الآخرين. بدلاً من ذلك قل كامات ايجابية. وانظر الى اي مشكلة تقابلك باعتبارها تحدياً وليست عقبة.

رابعاً: تقبل المخاطرة، والمقصود هنا، المخاطر المعقولة والمحسوبة جيداً. او باختصار: التحدي. ان هدا طريقك للنجاح. وثق ان هذا امر بسيط. ورغم المعاناة، فانك تكون قد كونت لنفسك تاريخاً تعتز به من شأنه ان يعزز من ثقتك بنفسك.

خامساً: ارفض اي نصيحة سلبية. دقق من حولك هل هم اناس سلبيون ام ايجابيون. بمعنى آخر هل هم يشجعون على العمل ويقدرون الخبرة والتجربة والمحاولة. ام انهم ليسو اكثر من معلقين على الفشل او لا يكتشفون الا العيوب والهنات والسقطات. ان الابتعاد عن مثل هؤلاء الناس امر مهم سواء كان ذلك في عملك او حياتك الخاصة.

سادساً: بعد ان تتخلص من الزملاء السلبيين وآثارهم الضارة ابحث عن اصحاب الافكار الايجابية. استمع اليهم جيداً واتبع نصائحهم واعلم ان الشعور بالثقة امر معدٍ. ان من يجار الواثق بنفسه يثق بنفسه.

سابعاً: اجعل القلق حليفاً لك. نعم انت تشعر بالقلق عن الاقبال على مخاطرة جديدة. هذا طبيعي. ولكن هل تعلم ان الذلق هو الذي يزيد من التنبه الذي يوقظ حواسك ويزيد من دكائك وفطنتك. وهكذا فانه بدلاً من ان تتألم بسبب الحالة العصبية التي يولدها القلق في داخلك، لا تبدد الطاقة الجديدة التي نشأت عندك وحولها الى تحد. عندئذ سترى كيف ان القلق سيكون حليفاً لك وليس عدواً.

وفي النهاية عليك انتعلم ان عمد الثقة بالنفس يحدث لأناس كثيرين في بعض الاوقات وفي كثير من الاوقات، ولكن كثيرين ايضاً استطاعوا ان ينتقلوا بانفسهم من حالة الشك في القدرة الذاتية الى حالة الثقة في النفس، وانت في استطاعتك ان تفعل ذلك بسهولة.

اعراض الإلتهاب السحائي

ينتج الإلتهاب السحائي من العدوى بالبكتيريا او لفيروس الذي يؤدي لانتفاخ الاغشية المحيطة بالمخ والنخاع الشوكي. وفي العادة يكون الالتهاب الفيروسي اقل خطورة من الحالات الناتجة عن التهاب السحايا البكتيري الذي يهدد حياة المصاب ويجب الاسراع في علاج حالاته فوراً وبمجرد التشخيص. في العادة، يشفى ٣ من بين كل اربعة مرضى بالالتهاب السحائي، فيما يصاب حوالي ١٥٪ منهم بمضاعفات دائمة مثل فقدان السمع او خلل في بعض مراكز المخ. ويعتمد نجاح العلاج على سرعة رصد الاعراض مبكراً وكذلك سرعة توفير العلاج. اعراض الالتهاب السحائي تماثل كثيرا اعراض الاصابة بالانفلونزا، لكنها تؤدي لتدهور سريع في صحة المريض وتكون الاعراض اشد خطورة. ويذكر ان الاعراض ربما لا تظهر كلها في نفس الوقت. اتصل بالطبيب فوراً فتأجيل الاتصال ليوم واحد قد يكون متأخراً، وأهم هذه الاعراض:

- صداع شديد، تصلب بالرقبة، آلام في المفاصل.
- ارتفاع شديد بالحرارة، وقيء مستمر.
- صعوبة تحمل الضوء الساطع.
- شعور بالغثيان والدوار، واغماء في الحالات المتقدمة.
- بقع حمراء داكنة على الجلد، لاتضيع بالضغط عليها. وفي حالات الاطفال الصغار، يلاحظ ان الجلد اكثر احمراراً.

بعد الشفاء، لا تظهر آثار المضاعفات في الدماغ الا بعد فترة ويمكن التعرف عليها بمتابعة مقدرة الطفل على التواصل مع الآخرين، او نشوء صعوبات لديهم في الكلام او النطق.

نصيحة:

لا تتناول اكثر من ثلاثة اكواب من القهوة يوميا. حيث يعاني المفرطون في شربها من صعوبات ناتجة عن تعرضهم لقرحة المعدة اكثر من غيرهم، كما تؤدي القوة لزيادة عدد ضربات القلب بصورة غير طبيعية بين الاشخاص متوسطي العمر.

نظام غذائي وادوية تزيد من قدرتك الدماغية

كثيراً ما تخوننا الذاكرة في مواقف حرجة قد يتوقف عليها مستقبلنا او طريقنا المهني والعلمي. وعملية تقوية الذاكرة ليست انية ولا تحل بكوب من الهوة المكثفة او ادوية التنبيه الدماغية مثل «الامفيتامين»، لكن الدماغ كباقي الاعضاء يحتاج الى التغذية الدائمة بما يناسبة والتدريب الدائم لزيادة الاتصالات الشبكية بين الخلايا الدماغية التي يتجاوز عددها المئة مليار خلية. ومن المعروف كيميائياً ان الدماغ يعتمد كلياً على سكر الجلوكوز(العنب) كمصدر للطاقة الحرارية. لكن هناك مواد مهمة جداً

لتنشيط فعالية الدماغ مثل الثيامين وفيتامين B12 وفيتامين E وحبيبات الليستين والكولين والشحوم الثلاثية.. الخ. ومن خلال هذه النافذة سوف ننوه الى بعض الاغذية والادوية التي تحسن الذاكرة وسوف نضع بين يديك برنامجاً غذائياً مهما لهذه الغاية.

اهم المركبات لتحسين الذاكرة:

● **الفوسفاتيديل سيرين:** وتباع في المانيا باسم Leci-ps وهذا المركب مؤلف من الليستين بتركيز عال وهو يحسن الذاكرة في تذكر الاسماء والوجوه.

● **جنكوبيلوبا** Ginkgo Biloba: نبتة تحسن التروية الدموية للدماغ. واشارت الدراسات الامريكية الى ان ١٢٠ ميلجراماً يومياً من هذه النبتة تحسن مرض العته الدماغي، ويمكن لهذه النبتة ان تزيد النشاط الفكري وتؤخر امراض الدماغ التنكسية.

● **فيتامين E:** يحسن الذاكرة ويقلل من الاكسدة الخلوية خاصة في القلب والدماغ.

● **الايبوبروفين** Ibuprofen: دواء عصبي يعطي لتسكين الالم. وقد اشارت دراسات اميركية نشرت في مجلة «نيورولوجي» الى ان اخذ الدواء بشكل مستمر يحسن فعالية الخلايا العصبية.

ويعتقد ان هذا الدواء يقلل من الالتهابات الدماغية ويزيد من التركيز.

● **المعالجات الهرمونية البديلة:** اشارة الدراسات التي نشرت في مجلة «لانست» الطبية الصادرة في بريطانيا الى ان الاستروجين يزيد من نشاط الدماغ لدى النساء. كذلك هرمون النمو لدى الرجال اذ يزيد من قدرة هرمونات النمو في الخلايا العصبية وبالتالي تزداد كمية الاستيل كولين في الدماغ وهي مادة كيميائية مهمة لنقل السيالة العصبية من محور عصبي الى اخر.

نظام غذائي يزيد من ذاكراتك:

● **الافطار**

ـ الحبوب ورقائق الذرة مع الحليب لتزويد الدماغ بفيتامين B والليستين اللذين يزيدان مادة الاستيل كولين ونشاط الدماغ.

ـ كذلك الخبز المحمص والمرملات يؤديان المهمة نفسها تقريباً.

ـ البيض، يزود الدماغ بالكولين وفيتامين B وينصح اخذ البيض قبل الامتحانات او المقابلات المهمة.

ـ منبه دماغي مثل الشاي او القهوة.

الغـذاء:

- الفلفل الاحمر، غني بفيتامين C والبيتاكاروتين اللذين يحميان الخلايا الدماغية من الاكسدة.

- السردين، يزود الجسم بشحوم «اوميغا. 3» مهم في تقليل الالتهابات والشذوذات الخلوية. كذلك يحتوي على DMAE الذي يعبر الى الدماغ بسهولة ويتحول الى الكولين الذي يصنع الاستيل كولين. ويحتوي السردين على «بيروغلوتاميت» الذي يزيد عدد التشابكات العصبية.

- الجبن، غني بالزنك الذي يعلب دورا في انتاج المركبات الكيميائية الوسيطة التي تنقل المعلومات بين الخلايا العصبية.

- شيش كباب: مهم كمورد للشحوم الاساسية والفيتامينات باضافة السلطة.

- القصعين: بينت دراسة بريطانية في نيوكاسل ان القصعين او الميرامية تحسن الذاكرة لذلك ينصح اضافتها للاغذية دائماً.

● العشاء:

- كمية قليلة من الكيوي والعنب الغنيين بالجلوكوز وفيتامين C وحمص الفوليك مهمة للذاكرة.

- حبوب اليقطين، غنية بالشحوم الاساسية والزنك.

بدأ تداوله بتوصية طبية فقط
XENICAL علاج أوروبي جديد للسمنة

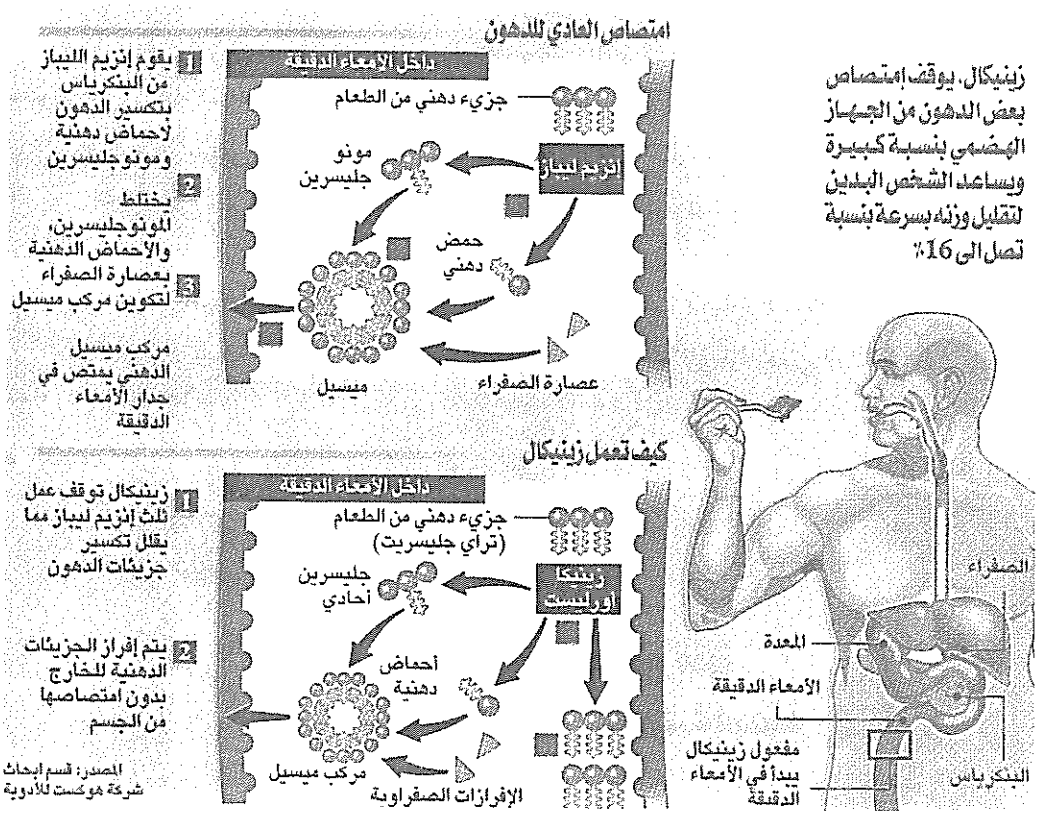
بدأ تداول دواء «زينيكال» اعتباراً من بداية شهر سبتمر (آب) الحالي، وهو احدث الادوية للتغلب على السمنة بوقف «عملية هضم وامتصاص الدهون في الجسم».

وحصلت الشركة المنتجة للعقار الجديد على موافقة هيئة التراخيص الاوروبية لتوزيعه في كل من بريطانيا والمانيا وفرنسا والنمسا وفنلندا، قبل طرحه في باقي دول الاتحاد الخمس عشرة. والعقار الجديد - مثل عقار فياجرا الذي يعالج الضعف الجنسي بين الرجال - هو جزء من نظام لعلاج حالات السمنة وزيادة الوزن، وليس مجرد وسيلة لانقاص الوزن بين الراغبين في تحسين قوامهم، ولن يتم صرفه بدون روشتة طبية من احد الاختصاصيين، والذي يجب عليه متابعة حالة المريض للتغلب على الآثار الجانبية المحتملة للدواء.

خلافاً لادوية التخسيس الاخرى التي تنشط في المخ لتعطيل حاسة الجوع، يعمل عقار XENICAL في الامعاء ويؤدي لمنع عملية التمثيل الغذائي للدهون، وبالتالي لخروجها مع الفضلات، وعدم امتصاصها في الجسم، ويوصي الاطباء باستخدام الدواء مع وجبات منخفضة الدسم، وإلا فقد يصاب المريض بآلام في البطن وإسهال حاد نتيجة تراكم كميات كبيرة من الدهون.

يقصر استخدام العقار على المصابين بالسمنة الشديدة ومن سبق لهم تجربة ادوية اخرى في العلاج ولم تتحسن حالاتهم بدرجة ملحوظة، ورغم توقعات الاختصاصين بزيادة اقبال المستهلكين للدواء لشرائه، إلا أنهم يحذرون من تكرار حالات سوء الاستعمال التي صاحبت تسويق عقار فياجرا منذ ابرايل الماضي، والتي أدت لوفيات كثير من المرضى المسنين.

زينيكال يقلل امتصاص الدهون



أبحاث طبية تنادي بإنقاص الوزن كأسلوب حياة

في كل يوم تظهر احدث النظريات العلمية التي تدعو الى انقاص الوزن لتحسين صحة الانسان وتجنبه الكثير من الامراض والعلل، وقد اصبحت هذه الابحاث الشغل الشاغل للاطباء والمرضى بعد ان اصبح داء السمنة يصيب الشعوب الغنية والفقيرة دون تفرقة، وذلك بسبب قلة الحركة والاعتماد على ركوب السيارة مع تناول الاغذية غير المفيدة والاكثار من الحلويات والدهون.

واحدث هذه النظريات التي تدعو الى انقاص الوزن التي نشرت منذ ايام وقام بها مجموعة من الباحثون الامريكان عن بعض الاشخاص المصابين بالبدانة انه يمكن تجنبهم مخاطر ارتفاع ضغط الدم بنسبة ٥٢٪ اذا استطاعوا خفض اوزانهم بنسبة ضئيلة تصل الى نصف كيلوجرام سنويا، واثبتوا ان اي نقص في الوزن يمكن ان تكون له فائدة كبيرة بشرط الاستمرارية، والدليل على هذا ان مجموعة من الاشخاص استطاعوا تخفيض اوزانهم بمقدار نصف كيلو سنويا لمدة ٤ أعوام متتالية وحافظوا على هذا الخفض لمدة اربع اعوام اخرى، وقد ثبت ان هؤلاء الاشخاص استطاعوا خفض معدل ارتفاع ضغط الدم

لديهم بنسبة ٥٢٪ خلال السنوات التالية وهذا الاتجاه الطبي لانقاص الوزن ينادي به ايضاً اطباء القلب والسكر من مرضاهم كبداية لعلاج سليم، اما اطباء العظام فانهم يجدون انقاص الوزن هو الحل المثالي لذوي الاجسام البدينة لتلافي اصابة العظام وخاصة الركبتين والتي تعاني منها معظم السيدات المصريات. بل ان بعض اطباء الروماتيزم وجراحي العظام ينادون جميع الاشخاص الاصاء والمرضى ان يكون اعتدال الجسم المبنى على الغذاء السليم وممارسة الرياضة اسلوب حياة يجب ان نعود اطفالنا عليه منذ البداية لتجنبهم الكثير من الاخطار في شيخوختهم.

المشي العلاج الناجح:

ويقول د. احمد عبد العزيز استاذ العظام بطب القاهرة لقد لاحظ في السنوات القليلة الاخيرة زيادة الوزن الى حد البدانة عند كثير من السيدات المصريات واللاتي اصبحن يستعملن ركوب السيارة بكثرة مه تناول كميات كبيرة من الاكل وخاصة امام التلفيزيون وبمرور الوقت تبدأ السيدة في المعاناة من بعض الامراض مثل السكر والضغط والقلب وهذا علاوة على امراض العظم وخاصة الركبتين لذلك انصح كل انسان عنده استعداد للسمنة استعمال قدميه بقدر الاستطاعة وان يمشي يوميا لمدة لا تقل عن نصف ساعة وهذه الرياضة اصلح رياضة للجسم كله من تحريك للعظام كلها بالاضافة الى تنشيط الدورة الدموية.

واحيانا عندما انصح بعض السيدات بالمشي يكون الوقت متأخراً لممارسة هذه الرياضة نظراً للبدانة التي تعانيها السيدة ويكون بالنسبة لها عبء ثقيل لا تقوى عليه وفي نفس الوقت تعاني من آلام في الركبتين وتتناول المسكناتوادوية الروماتيزم كبديل لتخفيف الالم ولكن في الحقيقة هي حالة خشونة في الركب وتوجد بعض الادوية التي يصفها الاطباء تحت نقطة ان لها تأثيراً بناء على السطح الغضروفي ولكن للاسف ثبت ان معظم هذه الادوية لا تمنع تدهور حالة سطح الغروضف وتزداد حالة المريض سواء واسأل د. احمد عبد العزيز عن سبب حدوث خشونة الركب وخاصة في السيدات: ويقول من المعروف ان كل كيلوجرام زيادة في الوزن يحمل عبئاً على الركبتين يوازي ٤ كيلو، وفي بعض حالات خشونة الركبة المتأخرة التي لا تستطيع السيدة المشي حتى في المنزل مع الشعور بالام مبرحة في كل خطوة تلجأ الى الجراحة وهي تجرى الآن في مصر بنجاح تام ولا تقل عن مثيلتها التي تجري في بعض الدول الاجنبية ويتم فيها استبدال مفصل الركبة ويتم وضع سطح صناعي املس وبعد الجراحة تستطيع المريضة من تحريك رجلها حتى زاوية ١٢٠ درجة وتستطيع المشي بسهولة ولكن نمنع المريضة من وضع السجود والركوع للحفاظ على الركبة الصناعية.

تمرينات لمنع الخشونة:

وأسأل د. احمد عبد العزيز ان معظم السيدات يشكين من الام الركب حتى في السن المتقدمة فهل يمكن تجنب حدوث الاصابة بالخشونة وحتى لا نلجأ للجراحة مستقبلاً يقول على كل فتاة او سيدة اتباع اسلوب غذائي سليم والبعد بقدر الامكان عن النشويات والدهون والسكريات مع المشي يوميا وانقاص الوزن اذا كان هناك بوادر للسمنة وحتى يكون ذلك اسلوب حياة يستمر حتى اخر العمر.

ولكن هناك بعض التمارين البسيطة التي تقوي العظام ومفاصل الركب وتعالج خشونة الركب اذا كانت في بدايتها وهي الجلوس على مقعد ونرد الرجلين بدرجة مستوية ثم شد مشط القدم الى الداخل باقصى درجة على ان يكرر هذا التمرين ١٠ مرات في ٥ اوقات متفاوتة في اليوم الواحد ويمكن ان تقوم السيدة باجراء هذا التمرين عقب كل صلاة منعاً للنسيان وبهذا تحافظ على غضاريف الركبتين التي تتأثر من الضغط عليهما طوال ساعات النهار حين الوقوف او المشي.

تحليل هواء الزفير لتشخيص الشيزوفرانيا

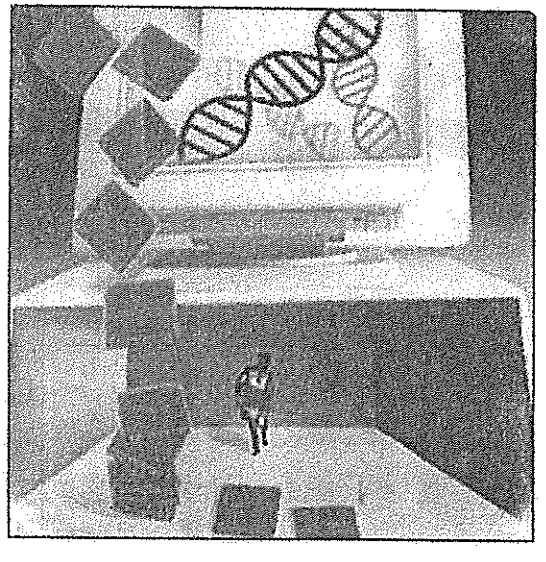
طريقة جديدة وبسيطة لتشخيص مرض الشيزوفرانيا او انفصام الشخصية الذي قد يصعب اكتشافه في بدايته وتعتمد الطريقة التي توصل اليها العلماء البريطانيون على تحليل هواء الزفير للشخص المصاب

ووجد العلماء ان هواء الزفير للمصاب بالشيزوفرانيا يحتوي على مستويات أعلى في الغازات مقانة بالاشخاص غير المصابين.

وقال العلماء ان زيادة نسبة غازات الايثان والبنتان والبوتان في تنفس الشخص تشير الى اصابته بالشيزوفرانيا، ويرجع السبب في ذلك الى طريقة تفتيت الجسم للدهون الموجودة في الانسجة وخروج الغازات المذكورة في هواء التنفس.

وذكر العلماء انه يوجد حوالي ٤٠٠ عنصر في هواء الزفير في الانسان، واظهرت الدراسات ان وجود نسب غير عادية في هذه العناصر يمكن ان يستخدم في تشخيص الكثير من الامرا. ومن المتوقع ان تصبح طريقة تحليل هواء الزفير من الطرق الاكلينيكية التي يستخدمها الاطباء في التشخيص قريباً.

كومبيوترات عملاقة للبحث في أسرار الحياة



معالجات الكترونية فائقة لرصد الشيفرات الوراثية لـ ٣ مليارات وحدة حية داخل الاطلس الوراثي البشري

لا يفصح كوانج يو رئيس شركة «باراسيل» عن اي وكالة حكومية سرية تشتري الكومبيوترات الفائقة المتخصصة التي تصنعها شركته بل يكتفي بالقول: «نحن نبيع للحكومة الفيدرالية».

ولكن كريج فنتر رئيس شركة «سيليرا جينومتكس» يبدو اقل حذراً إذ قال إن وحده فك الشيفرة وهي الوحدة التي تتجسس على الدول الاخرى، في وكالة الامن القومي، هي التي تستخدم اجهزة «سيليرا». وشركة «سيليرا جينومتكس» هي الشركة التي رسمت الاطلس الوراثي البشري وهو مخطط مجموعة العوامل الوراثية البشرية وهي التي اشترت شركة «باراسيل» بمبلغ يقدر بمائتي وخمسين مليون دولار بالاسهم في شهر يونيو (حزيران).

وصممت اجهزة «باراسيل» لمسح الوثائق و«تحليلها» بسرعة فائقة بحثاً عن كلمات او جمل او مجموعة احرف معينة، وهو استخدام واضح لهؤلاء الذين يدققون في الاتصالات بحثا عن معلومات هامة.

فك الشيفرات الوراثية

ولكن ما جذب شركة «سيليرا» نحو شركة «باراسيل» هو امكانية استخدام نفس التكنولوجيا لفك شيفرة اخرى وهي الشيفرة الوراثية. ويتم شراى هذه الاجهزة بسرعة لتحليل كميات البيانات الهائلة التي ينتجها مشروع الاطلس الوراثي البشري وغيره من المشاريع المشابهة. ويقول الكتور يو، مقارناً التسلسل الوراثي برسالة نصية: «كلها مجموعات من الأحرف».

ونتيجة الحاجة لاجهزة «باراسيل» نتيجة تحول علم الاحياء من العلوم «المبللة» اي من ممارسة الاختبارات التي تجري في أنابيب المختبر الى العلم «الجاف» اي نحو عمليات التحليل المهمة في الكومبيوتر. وادى هذا الى نمو ميدان جديد يدعى «المعلوماتية الحيوية» (او المعلوماتية البيولوجية) اي استخدام علوم الكومبيوتر في علوم الحياة.

وينصب على عاتق المعلوماتية الاحيائية، معالجة كميات من البيانات بدرجة من الضخامة تعجز عنها الكومبيوترات العادية. ويتكون الاطلس الوراثي البشري من ثلاثة مليارات وحدة كيميائية تمثلها الاحرف ACTG وهذه مجموعة وحدات تمتد من لندن الى بوسطن لو كتبت باحرف بحجم احرف هذا المقال. وقد يقوم عالم ما يدرس تسلسل معين من الحامض النووي بالبحث خلال كامل الاطلس الوراثي البشري، والاطلس الوراثي لحيوانات اخرى والبكتريا، ليجد تسلسلاً مشابهاً. وقد تقوم شركات البحث في العوامل الوراثية بالاف البحوث في اليوم للتعرف على قسم منها.

ويقول ادوارد كيرولوتا نائب رئيس البحث والتطوير في شركة «دوبل تويست» وهي شركة في معلوماتية الحيوية في اوكلاند في «كاليفورنيا: «يوجد نوع معين من الحساب يتطلب وقتا طويلاً جداً على الكومبيوتر عادي». وحتى باستخدام اجهزة «باراسيل» فقد يتطلب البحث اسابيع. اما على الكومبيوترات العادية فقد يتطلب هذا البحث اشهرا. وتعتبر السرعة عاملاً هاماً جداً وخاصة في تحليل البيانات من مشروع الاطلس الوراثي البشري الذي تدعمه الاموال العامة والذي يضيف تسلسلاً كل يوم للجميع في نفس الوقت.

اما الدكتور مارتن ليتش، مدير المعلوماتية الاحيائية في ميرلجيتد والتي تستخدم الاطلس الوراثي لانتاج العقاقير فيقول «عند توفر البيانات الوراثية عليك تحليلها بسرعة والقيام بالاكتشافات اولا ومن ثم حماية الممتلكات الفكرية».

ووفقاً لقانون مور والذي سمي نسبة لـ «جوردون مور» المؤسس المشارك في شركة «إنتل» فإن سرعة الكومبيوترات تتضاعف كل ثمانية عشرة شهرا. ولكن حجم البيانات الوراثية يتزايد بشكل اسرع نظراً للآلات التي تدرس تسلسل الحامض النووي. وتضاعف حجم «جين بنك» Gen bank وهو قاعدة بيانات عام تديرها الحكومة لتسلسل الحامض النووي، خلال ستة شهور الى اكثر من ٨,٦ مليار وحدة كيميائية. وتتوقع شركة «آي.بي.أم» أن سوق الاجهزة والبرامج لعلوم الحياة سينمو من ٣,٥ مليار دولار الى ٩ مليارات دولار بحلول عام ٢٠٠٢. وقالت كارولين كوفاك التي تدير قسم علوم الحياة الجديد في «آي.بي.إم» ان علماء الاحياء حلوا محل الفيزيائيين كمستخدمين علميين للكومبيوترات الفائقة.

وتحول كل من «صن مايكروسيستمز» و«كومباك كومبيوتر» توفير معداتها لعلوم الحياة اما بالكومبيوترات الفائقة او بالاجهزة الخادمة المتصلة ببعضها البعض في مجموعات. وتحاول الشركة الجديدة مثل «بارابون كوميوتيشن» في فيرفاكس في ولاية فيرجينيا و«انتروبيا» في سان دياجو الاستفادة من عشرات آلاف الكومبيوترات في المنازل والمصالح التجارية لتحليل الاطلس الوراثي عندما لا تكون هذه الاجهزة عاملة. ويجري ذلك بتوزيع اجزاء من المهمة المطلوبة على هذه الاجهزة عبر الانترنت.

كومبيوترات فائقة

وتم تصميم جهاز «جين ماتشر» Gene Matcher في «باراسيل» خصيصاً للبحث في الاطلس الوراثي. ويحتوي الجهاز على سبعة آلاف معالج مرتبة باحسن طريقة للقيام بمقارنة الاحرف. وقارن الدكتور يو عملية دراسة كل حرف من التسلسل في معالج منفصل، بخرطوم وتمثل البيانات التي يتم البحث فيها الماء الذي يمر بالخرطوم بمعدل ٣٠ مليون حرف بالثانية ويقوم كل معالج بالبحث عن شبيه لكل حرف يمر فيه.

ويقول الدكتور يو ان تكلفة الجهاز هي ٣٦٠ الف دولار، وهو معد لاغراض البرمجة اليومية. لكن الجهاز المعد للمهام التي صمم لها، فهو اسرع بالف مرة من الكومبيوتر الذي يحتوي على معالج «بنتيوم» وبالتالي يكون جيد التكلفة.

لكن التاريخ لا يقف بجانب الاجهزة، إذ تم استبدال كل الاجهزة التي صممت للذكاء الصناعي والتصميم بالكومبيوتر، وتخزين معالجات النظم والصور بكومبيوترات الاستخدام العام والتي اصبحت سريعة لمعالجة هذه المهام وبتكلفة اقل نظراً للانتاج الضخم. وتقدم مبيعات كومبيوترات الاستخدام العام المزيد من العائدات للبحث والتطوير في الشركات التي تصنع هذه الكومبيوترات وبالتالي تمكنها من تحسين سرعة اجهزتتها بشكل افضل من الشركات التي تصنع الكومبيوترات المتخصصة.

وسيوفر شراء «سيليرا» لـ «باراسيل» المزيد من الموارد المالية لتمكنها من المنافسة. ولكن بعض الخبراء صدموا عندما علموا ان «سيليرا» مستعدة لدفع هذه المبالغ لشراء شركة متخصصة صغيرة. ولكن الدكتور فنتر من «سيليرا» يقول ان اجهزة «باراسيل» ستكون هامة. ويضيف: «لا توجد جامعة او شركة صيدلية لديها القدرات البرمجية التي تحتاجها لمعالجة بياناتنا او بيانات اي طرف اخر عن الاطلس الوراثي».

اليورانيوم قد يكون وراء اعراض حرب الخليج

اعتبر عالم اميركي ان اليورانيوم الناضب الذي يستخدم لتعزيز قدرة الاختراق في بعض الاسلحة، قد يكون وراء اعراض مرض حرب الخليج الذي اصاب الآلاف من الجنود الاميركيين والبريطانيين. واثار هذا التصريح جدلاً حاداً بين صفوف المشاركين اول من امس الاحد في مؤتمر طبي نووي يعقد في باريس. واكدت تحاليل البول التي اجريت على ١٦ جنديا سابقاً شاركوا في حرب الخليج وجودا واضحاً لليورانيوم «٢٤٦» الناضب في البول وفي الانسجة حتى بعد عشر سنين على انتهاء هذه الحرب. وقال اساب دوراكوفيتش المتخصص في الطب النووي والخبير السابق لدى وزارة الدفاع الاميركية «الشيء الوحيد الذي استطيع حالياً تأكيده هو وجود اليورانيوم ٢٣٦ في اجساد مرضاي، هذا كل شيء».

ورفض العالم الاميركي في المرحلة الحالية التأكيد على وجود اي رابط سببي بين اليورانيوم وبين اعراض مرض حرب الخليج التي قد تعود لاسباب عدة. واضافة الى فرضية وجود اليورانيوم ٢٤٦ في خليط معدني يستخدم في صنع القدائف، اورد العلماء اسبابا اخرى قد تكون وراء الاعراض، مثل اللقاحات المتعددة التي اخضع لها الجنود او التعرض لبعض انواع غاز الاعصاب.

وقام الطبيب دوراكوفيتش بمعاينة الجنود السابقين الـ ١٦ (ثمانية بريطانيين وستة اميركيين وكنديان) في مستشفى ويلمينغتون (ديلاوير). وكان نحو مائة الف جندي سابق من الولايات المتحدة وبريطانيا وكندا قد اصيبوا بما اطلق عليه اعراض حرب الخليج التي تمثلت باوجاع في العضلات وفقدان الذاكرة والشعور بتعب مزمن. وكان الجيش الاميركي المنتشر في الخليج قد استخدم نحو ٣٢٠ طنا من اليورانيوم المخفف خصوصاً من قبل المروحيات من نوع اباتشي «قاتلة المدرعات» لتعزيز قدرة اختراق القدائف.

وقال الطبيب دوراكوفيتش في مؤتمر صحافي عقده على هامش اعمال المؤتمر الطبي ان «اجزاء من اليورانيوم تم تنشقها وبقيت في رئات المرضى قبل ان تنتشر عبر البول».

واوضح ان اليورانيوم الناضب المغلف الذي يوضع في القدائف لتسهيل اختراقها للمعدات الحربية، ينفجر الى ذرات متناهية الصغر «تصبح جزءاً من الغار الجوي» بعد اصابتها لاهدافها. واردف «وبسبب الانتشار الكبير للغبار المشع المتناهي في الصغر في الخليج فإن اليورانيوم الناتج عن التفاعل (مع الدبابات).. تبخر في درجات حرارة اعلى من عدة الاف من الدرجات المئوية... وتم استنشاق بعضاً من هذه الذرات، التي بقيت داخل الرئة.. حيث يمكن ان تسبب السرطان، وبعضها تسرب الى داخل مجرى الدم واثرت على الكلى والعظام.

اكتشاف بروتين جديد يؤدي الى الازمات النفسية

هورمون الكورتيزول يسبب اختلاطات قلبية وهضمية واكتئاب

دراسات مختبرية لاكتشاف الجديد

يعاني اكثر من نصف سكان المجتمعات الغربية من نوع من انواع الازمات النفسية. وعلى الرغم من تصنيف هذا المرض تحت زمرة الامراض النفسية الا ان هناك اسبابا عضوية كثيرة يمكن ان تؤدي الى هذا المرض. ويعتقد العلماء انهم استطاعوا عزل نوع خاص من البروتينات التي لها دور في حلقة افراز هورمونات الازمات النفسية، حيث تنتقل الى الدماغ على شكل اشارات خاصة لكي يقوم بدوره بتثبيط بعض غدد الجسم.

وهذا البروتين يمكن ان يؤدي الى انتاج طريقة لتحريض الجسم على مقاومة التأثيرات الفيزيائية السلبية التي يمكن ان تنتج عن الازمات النفسية والسيطرة عليها قبل ان تصبح مؤذية للجسم والاعضاء الحياتية الاساسية مثل القلب.

ومن المعروف ان هورمون الكورتيزول تزاداد نسبته عندما يتعرض الانسان لضغوط وانفعالات نفسية شديدة، حيث يقوم هذا الهرمون بتحريض الجسم على استخدام طاقته المخزنة لافراغ شحنة دفاعية كبيرة حيث يحمي الجسم نفسه من الاخطار المحيطة على جميع انواعها وذلك بالقتل الدفاعي او الهروب او التبدلات الفيزيولوجية.. الخ.

هذه الآلية قد تحمي حياة الانسان اذا كان معرضا لموقف يهدد وجوده، لكن اذا دام الانفعال

النفسي فترة طويلة من الزمن واستمر هورمون الكورتيزول في الارتفاع، فهذا يقود الى اضطرابات فيزيولوجية مهمة قد تؤدي الى امراض قلبية، وقرحات هضمية. واكتئاب، وقلق والموت بسبب السكتات القلبية او السكتات الدماغية، لهذه الاسباب فان العلماء يحاولون ايجاد وسيلة لابلاغ الدماغ نسبة الكورتيزول عالية جدا، ويجب ايقاف انتاج هذا الهرمون.

بروتين جديد:

استطاع الباحثون في جامعة «نورث ويست» بولاية آلينوي الاميركية والاطباء في سان دييغو في الولايات المتحدة اكتشاف بروتين يدعى TRH78-199. ويعتقد العلماء ان هذا البروتين مسؤول عن ايصال الاشارات الدماغية الى الغدة الكظرية الموجودة فوق الكلية، لايقاف افراز هورمون يدعى ACTH الذي بدوره يسيطر على انتاج هورمون الكورتيزول في الجسم.

هذا الاكتشاف ادى الى ايجاد نظرية مفادها انه اذا تمت السيطرة على الاشارات الدماغية يمكن عندها خفض نسبة المركب Acth. وبالتالي خفض كمية الكورتيزول المطروحة في الدم. ولتجربة هذه النظرية قام العلماء بدراسة مجموعة من حيوانات التجارب، حيث عرضت الى اجواء انفعالية تقود الى اضطرابات نفسية. وقد قيست كمية الكورتيزول في اجسامها. بعدها تم حق المركب TRH78-199، فلوحظ انخفاض نسبة هورمون الكورتيزول الى النصف تقريباً وهذا يؤكد وجود علاقة بين المركب البروتيني المكتشف والهورمون المسؤول عن الشدة النفسية.

وتعتقد ايفا ايدي التي تحمل رتبة استاذة مساعدة بالطب النفسي والسلوك الانساني في جامعة «نورث ويست» ان هذا الاكتشاف سيقود الى انتاج عقاقير دوائية لمعالجة الناس المعرضين لازمات نفسية لفترة طويلة من الزمن، لكن هذا النوع من الادوية لن يكون متوفراً الا بعد سنوات متعددة من الآن. ويجب تحديد الفروق الموجودة بين بتدات (البروتينات) والحيوانات وبتيدات الانسان.

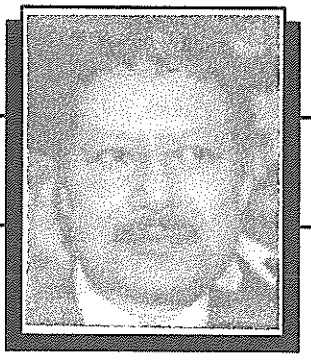
ولا احد يدري كيف يمكن ان يتصرف الانسان اثناء الانفعال النفسي والشدات التوترية. فقد يفرغ الانسان شحنته السلبية في تعطيل حركة السير او مضايقة السائقين، حيث يؤدي ذلك الى حوادث مؤلمة. وقد يؤدي الانفعال الى ضرب شخص مقرب واحداث عطب دائم في اعضائه او حواسه او يمكن ان يقودنا الانفعال اللامنطق الى القتل من دون سبب جوهري... الخ.

الاحصاءات الاميركية والبريطانية الحديثة اشارت الى ازدياد التأثيرات السلبية الناتجة عن الانفعالات النفسية بشكل كبير جداً وما الامراض القلبية (السكتة) والامراض الدماغية، والمناعية التي نشهدها في المجتمع الحديث الا صورة واضحة عما يمكن للازمات النفسية او تخلفه.

تعرض الانسان الى موقف متأزم في البيئة المحيطة به يؤدي الى تحريض الغدة تحت المهاد التي تعتبر المركز الاساسي للسيطرة الدماغية، وهذه الغدة تحرض بدورها بطريقة غير مباشرة الغدة الكظرية الموجودة فوق الكلية لتقوم بإطلاق هورمونات الازمات النفسية مثل الادرينالين (نفرين) والنورادرينالين (إيبي نفرين) والكورتيزول.

وتنطلق هذه الهرمونات في المجرى الدموي لتؤثر في جميع اعضاء الجسم وتؤدي الى تبدلات فيزيولوجية كبيرة تواكب الجسم للتأقلم.

وتؤدي التبدلات الهورمونية السابقة الى توسع الاوعية الدموية في بعض مناطق الجسم، خاصة العضلات، كما يقود ارتفاع الكورتيزول الى تبدلات مهمة في كيميائية المواد الاساسية في الجسم حيث يزيد من تفكك البروتينات والشحوم لتأمين الحاجة الضرورية في الجلوكوز لانتاج الطاقة المطلوبة. وبعد زوال العوامل المحرضة يعود الجسم الى طبيعته العادية.

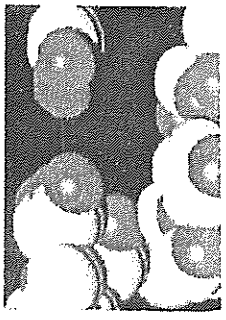


د. أحمد زويل

د. احمد زويل يشرح «معجم الجينات»

الجينوم أو الحبل الجيني الذي اثار اكتشافه جدلاً علمياً خطيراً يثير أكثر من تساؤل: ما هي حقيقة هذا الكشف العلمي المهم؟.. وكيف يمكن ان يخدم البشرية وبالذات صحة الانسان ومعركته الطويلة مع الامراض التي تبدأ منذ الصغر؟ التساؤلات المهمة يجيب عليها د. أحمد زويل. «إن العالم يغلي الآن في كل أرجائه لهذا السبق العلمي الخطير والذي أعلنه أخيراً الرئيس الاميركي بيل كلينتون ورئيس وزراء بريطانيا» هذا ما أكده العالم المصري الدكتور أحمد زويل الحال على جائزة نوبل في الكيمياء لعام ١٩٩٩.

وقال ان اي مخلوقات تعيش على الارض تتكون من عدد من الخلايا.. خلايا للعين وللاذن وللقلب والخلية كما هو معروف مكونة من نواة وحجمها صغير جداً بحيث لا يمكن ان تراها بالعين المجردة.. ولو فحصت هذه النواة نستطيع ان نخرج منها حبلاً رفيعاً جداً طوله متر تقريباً وهو الحبل الجيني الذي يحمل كل الصفات والخواص التي يتميز بهذا الكائن.. مثلا شخص ممتلئ.. نحيف.. ذكي.. وهكذا.. وفي الماضي كان الاطباء يتعاملون مع الاعضاء البشرية كالقلب او العين او الرئة كجهاز ولكن اليوم انتقل التفكير الطبي من ذلك الى التفكير في النواة والحبل الجيني الذي عن طريقه نستطيع ان نعرف الكثير عن الخواص الانسانية والحبل الجيني الذي يبلغ طوله متراً حجمه صغيراً جداً ولا يرى بالعين المجردة.. وهذا الحبل الجيني مكون من ٣ مليارات كلمة والكلمة من ٤ حروف ويتكرر بطرق مختلفة ولدينا ٣ مليارات، فعندما تختلف كلماتن او ١٠ كلمات تختلف الام عن الابنة مثلاً او يختلف الانسان عن المخلوقات الاخرى!! وفي جامعة كلتاك بالولايات المتحدة الاميركية بدأ العلماء الابحاث على الحبل الجيني للبكتريا لأن الحبل الجيني



يتكون من اقل من ٣ بلايين كلمة وترتيب هذه الكلمة هو الذي يسبب الامراض فتموت خلية واخرى او تسبب الذكاء او تقلل من نسبة الذكاء..

ويشرح العالم المصري الكبير الدكتور احمد زويل ان سر البقاء والحياة في هذا الحبل الجيني.

واهم شيء ان نكتشف تتابع الحروف في هذا الحبل وتحل الرموز.. وقد اتضح ان الف كلمة مثلاً تكون جيناً يسبب العين الملونة و٣ الاف كلمة اخرى في فصل اخر تسبب مرض السرطان و١٠ آلاف كلمة في فصل اخر تجعل الانسان يعيش طويلاً وبسبب هذه الثورة العلمية اصبح من الممكن التعامل مع الجينات التي تسبب الامراض للانسان فمثلاً الانسان المصاب بالزهايمر ندخل الى الجين وهو طفل ونعدل في الخريطة الجينية للجين الذي لا يعمل بالكفاءة المطلوبة نعالج المشكلة على مستوى الجزئي دون الحاجة للعمليات الجراحية في القلب مثلاً لتغيير الصمامات.. وكل حرف هو عبارة عن جزيء له خريطة ولو ذرة واحدة تحركت بطريق الخطأ تسبب طفرة في بعض الجينات.. وتعطى اشارة للخلية فتتكاثر بسرعة والآن اصبح لدى العلماء قدرة على تجميد الوضع مثلاً لكي يعرف العلماء لماذا حدث ذلك وما السبب..

ويعتبر ان اكتشاف شفرة الحبل الجيني داخل الجسم البشري يمكن التعامل معه ومن ثم اكتشاف الجين الوراثي المسبب للمرض واعادته لحالته الطبيعية ومنع المرض.

ويضيف العالم المصري الدكتور احمد زويل ان العمل الجماعي اساسي في القرن الحادي والعشرين وان الفرد لا يستطيع ان يعمل بمفرده بدون معاونة علماء اخرين.. وعن هل العلاج الجيني يفيد الانسان وهو في منتصف العمر ام يجب ان يبدأ من بداية العمر.. يؤكد ان العلم لا يستطيع ان يحدد بامانة الآن. لكن خلال العشرين سنة القادمة سيحدث تقدم رهيب وهناك تجربة اجريت على فأر غبي تعاملنا مع جيناته في المعمل.. فزادت نسبة ذكائه.. والعالم الغربي يتسابق على تحقيق الثورات العلمية والوصول الى القمة في العلوم والتكنولوجيا ثم يتم بيع هذه الاكتشافات للشعوب الاخرى.

واشار الى ان الفرق بين الحروف الجينية في كل من الانسان والقرد طفيف جداً وانه لا اساس للصحة لما يتردد بتميز جنس عن جنس اخر بل ان الجين البشري واحد في كل البشر.. واشار الى ان العلماء يستطيعون مستقبلاً ان يحددوا الجين مثلاً الذي يسبب مرض السرطان والجينات التي تئدي للشيخوخة.. مثال اخر لو ان انسانا اصيب بمرض الزهايمر وهو مرض يصيب الانسان بعد سن الستين فعند طريق طريق معرفة الجينات التي تسبب هذا المرض ان تحدد من البداية والانسان ما زال طفلاً وجود هذا الجين وتستطيع الدخول عليه وتعديل مسار هذا الجين العشوائي او استئصاله واشار الدكتور زويل ان اهم تطبيق «للفيمتو ثانية» حالياً هو اكتشاف شفرة الحبل الجيني داخل كل جسم بشري ومن ثم امكانية التعامل مع هذه الشفرة وتغييرها

وتحريك مواقعها والوصول الى اكتشاف الجين الوراثي المسبب لمرض ما.. ولا شك ان هذه الثورة العلمية ستمنع حدوثاً لكثير من الامراض قبل انتشارها في مختلف الاجيال محذراً من خطورة عدم مواكبة الوطن العربي لهذه الثورة العلمية خاصة ان البشرية هي المستفيد الاول من هذه الثورة.. وان التجارب التي تم اجراؤها على الحيوانات اثبتت نجاحاً مبهراً وان تبدأ ثمار هذه الثورة العلمية في الوطن العربي.. وانه طالب جميع الهيئات العلمية المصرية بتبني هذا المبدأ حيث يعمل مئات الباحثين دون ربط بينهم او توجيه هذه الجهود نحو عمل جماعي واحد. مؤكداً ان الابحاث العلمية في كل دول العالم لا تعترف بالعمل الفردي دائماً وانما بالمجهود الجماعي.. واكد الدكتور زيول ان الفراعنة كانوا يتمتعون بجينات خارقة.. وقد اكدت الابحاث الحديثة التي اجريت على رمسيس الثاني انه كان يتمتع بمواصفات جينية غير عادية حيث انجب ١٠١ من الاولاد.. وبالنسبة للاستنساخ: قال انه رغم تخوف البعض من الجنس البشري بشكل عام إلا انه سيساهم في توافر قطع الغيار الآدمية التي تنقذ المرضى من الامراض القاتلة.

واوضح ان خطورة الاستنساخ تكمن في نجاح احد العلماء بجامعة كالتك بامريكا في استنساخ قرد له رأس مختلف عن القرود العادية حيث ظهرت اذنه في اعلى رأسه. وهذا يفتح الطريق الى استنساخ مخلوقات بمواصفات غريبة خاصة البشر.. مما يهدم الميزة التي وهبنا اياها الله سبحانه وتعالى موضحاً ان عالماً اخر في طريقه لاستنساخ رأس انسان باذنان في اعلاه!! وهذا تشوه خطير..

وفي ما يلي اسئلة محددة ودقيقة حول الجينوم واجوبة مبسطة قدر الامكان حولها.

ما هو «الجينوم»؟

● ان خلايا الكائنات الحية تحتوي على نظام بيولوجي يدعى «الجينوم»، يسمح لها بالبقاء على قيد الحياة كما بالتكاثر. والتعليمات التي تنظم الدورة البيولوجية هي «الجينات» التي يمكن التعرف اليها من خلال تركيبتها الكيميائية كما من خلال اشكالها، وهي تتخذ عادة شكل خلايا عملاقة تسمى الـ ADN التي تشكل بدورها الكروموزومات. «الجينوم» اذاً هو مجموع «جينات» الجسد البشري، اي مجموع خلايا الـ ADN التي تكون الكروموزومات.

ماذا يعني تصنيف الـ ADN؟

● ان شرح نظام الخلايا البشرية ممكن من خلال «كودات» كيميائية تتضمن اربعة احرف او اربعة الوان. والطريقة التي يتم بواسطتها التصنيف تقوم على شرح العلاقة بين «جينات» تشبه العقد، كل حبة فيه تضم لؤلؤة من لون معين. هذه الالوان تشكل في مجموعها «المخزون البشري الوراثي». الـ ADN بهذا المعنى هو الذاكرة الكيميائية لكل كائن حي. ومن اجل فهم الخصائص المتصلة بكل شخص على حدة يمكن اللجوء الى مقارنات بين الخلايا الاساسية لجهة اللون او الترتيب في تفاعل الخلايا.

ما هي فائدة الهندسة الوراثية؟

● بقدر ما يدرك الطب طريقة عمل المورثات، بقدر ما يمكن تفادي عدد كبير من الامراض مثل الزهايمير وضمور العضلات والتقزم والتهاب المفاصل والربو الشعبي التحسسي وامراض القلب، فضلاً عن معالجتها في شكل حاسم. والتعرف على آلية عمل «الجينات» اداة مهمة للتشخيص وهو يمكن الاطباء من اين يعلموا مرضاهم انهم ورثوا امراضاً قد تظهر لاحقاً وقد تزول مع الوقت اذا هم اتبعوا نمطاً حياتياً معيناً، كما يمكنهم المساعدة في ايجاد الادوية المناسبة لكل مرض على حدة. ذلك ان فهم الظواهر البيولوجية اساسي في صناعة الادوية. وتعين الانظمة الغذائية اللازمة، كما انه يشكل مدخلاً الى خلق ظروف بيئية ملائمة لحياة الجنس البشري.

ما الذي تحقق حتى الان من «مشروع الجينوم البشري»؟

● الهدف الاول للمشروع، الذي ينطوي على مراحل عدة هو التعرف الى «الجينات» وطريقة عملها، اي وضع خريطة كاملة بنواة الخلايا التي يتكون منها الجسم البشري حتى الآن تم اكتشاف عشرين الف نوع من «الجينات»، اي اكثر من ٩٠ بالمئة من المطلوب، وقد تم ترتيبها بواسطة كودات خاصة تصل الى ٣ مليارات كود او حرف بواسطة كمبيوترات عملاقة (راجع باب علم النفس حول العالم في هذا العدد). اما المراحل الباقية سوف يتم الكشف عنها تباعاً خلال السنوات الثلاث المقبلة.

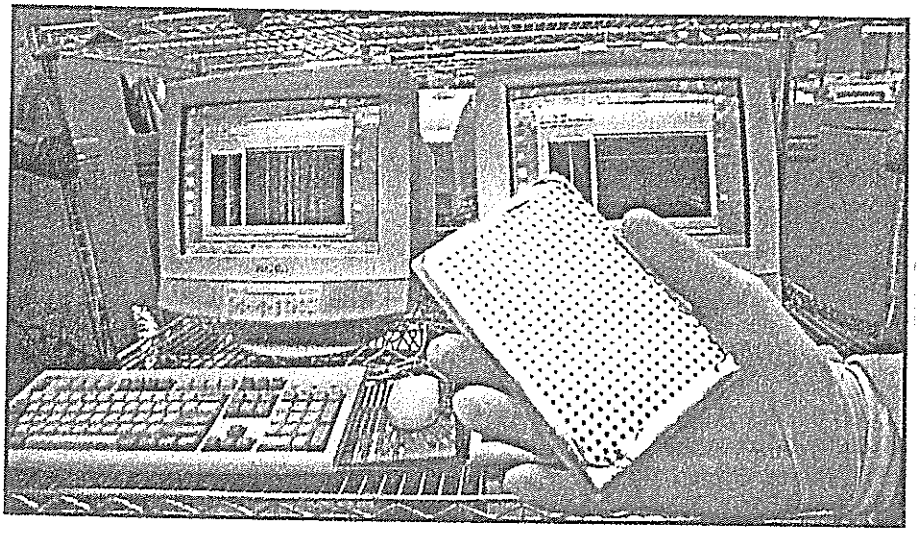
ما هي الاغراض المرجوة من هذا المشروع في نهاية المطاف؟

● منذ اكتشاف الـ ADN (الحامض النووي الريبي المنقوص الاوكسجين) والباحثون يحلمون بالتعرف الى طريقة عمل الخلايا البشرية من الداخل والنتائج المترتبة على تفاعلاتها ونشاطها. وليس المقصود اعادة تركيب الحياة البشرية، وانما توظيف المعطيات الاساسية في اصلاح ما يتعطل في هذه الحياة. لكن النتائج المرجوة ليست مباشرة ولا يمكن استثمارها على المدى المباشر او القريب لانها لا تزال تتطلب سنوات اضافية من البحث... و«الجينوم» اي رسم خريطة «الجينات» يبقى اساساً في كل تطبيق طبي في المستقبل. حتى الان لا تزال الاكتشافات التي تحققت نظرية، وفي السنوات المقبلة سوف تدخل مرحلة التطبيق عندما يتاح للطب التدخل في عمل كل «جينة» بصورة مستقلة. الاولوية بالطبع ستكون للامراض الوراثية، ثم تأتي تطبيقات اخرى تتعلق باطالة العمر او مرحلة الشباب... واطالة الحياة وتحسين نوعيتها بشكل عام.

ما هي الامراض الجينية؟

● عدد كبير من الامراض ناتج عن خلل في عمل «الجينات»، هذا الخلل قد يكون كاملاً وقد يكون جزئياً. قد يتعطل عمل جينة ما فيتسبب هذا العطل بمرض ما، وقد يتعطل «نظام» التفاعل بين الجينات فينتج عن ذلك مرض اخر كالسكري والضغط والاضطرابات النفسية... وفي الحالة

الاولى الامراض شائعة بين الناس وفي الحالة الثانية هي اقل شيوعاً.



تقديم عينة من كروموزوم ADN

كيف يتوزع العمل بين الدول المشاركة في المشروع؟

● الولايات المتحدة تتحمل القسط الاكبر في حدود ٥٠ الى ٥٥ بالمئة، بريطانيا العبء الثاني في حدود ٣٣ بالمئة، اليابان ١٠ بالمئة، فرنسا ٢,٥ بالمئة، المانيا ١,٥ بالمئة، وحصة الصين ١ بالمئة.

كم كلفة المشروع؟

● من الصعب تقديم ارقام نهائية حتى الآن، لان المراحل اللاحقة لم تبدأ بعد، كلفة المرحلة الاولى تجاوزت الـ ٣ مليارات دولار وقد تصل الى ٤ مليارات مليون، ومساهمة كل من الدول الست تعادل الجزء المخصص لها في الابحاث.

وهل يمكن متابعة مراحل المشروع على الانترنيت؟

● المعطيات الاساسية متوفرة على «الانترنيت» للباحثين الراغبين في المشاركة والجامعات المعنية اسم الموقع

Genbank/Genbank overview, html http: www. ncbi. nlm. nih. gov/

وهو مفتوح لكل بحث يتم اجراؤه في ميدان تصنيف «الجينات» ويشارك فيه من خارج فرق عمل الدول الست حوالي ٧٥ الف باحث، وهو ليس محصوراً بالحياة البشرية وحدها وانما يتعدى هذا الحقل الى الحيوانات والنباتات.

هل يكون عدد الكروموزومات هو نفسه في الجنس الواحد؟

● الـ ADN هو المكون الاساسي للكروموزومات اي الخلايا الحية، وهي خلايا لا يمكن معاينتها الا في مرحلة تكاثرها، اي عندما تنقسم على نفسها لغرض التكاثر. اما عدد الكروموزومات فهو نفسه في كل جنس على حدة: انه واحد في البكتيريا، ٨ في الذبابة، ١٤ في حبة البازلاء، ١٨ في حبة الفجل، ٢٠ في الذرة، ٤٠ في الفأر، ٧٨ عند الكلاب، ٤٨ عند الشيمبانزي. عند الانسان عدد الكروموزومات ٤٦ اي ٢٣ زوجا. والانسان يرث عادة نصف هذا العدد من ابيه والنصف الاخر من امه، من هنا اهمية تصنيف الجينات الوراثية.

كم يبلغ عدد «جينات» الجسم البشري؟

● الرصيد الجيني للكائن البشري هو عبارة عن مجموع خلايا الـ ADN التي هي في اساس تكوين الكروموزومات. حتى الآن تم التعرف الى ٩٠ بالمئة من الجينات ـ البعض يقول ٩٧ بالمئة ـ تم ترتيبها وفق اكثر من ؟ ملايين قاعدة.

الى اي تاريخ تعود الابحاث الاولى في علم الوراثة؟

● انها تعود الى بداية القرن الفائت، بالرغم من ابحاثاً تمهيدية بدأت عام ١٨٦٥. كان المقصود التعرف الى النواة الاولى في كل خلية بشرية، تماماً كما فعل علماء الذرة عندما تعرفوا الى المكونات غير الحية قبل ان يتمكنوا من تفجيرها... وقد توسعت الابحاث بعد الحرب العالمية الثانية.

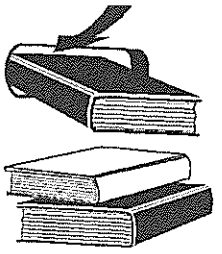
يصدر قريباً

النفس المغلولة

سيكولوجية السياسة الاسرائيلية

محمد احمد النابلسي

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



مكتبة الثقافة النفسية

■ **العنوان: مجلة الطفولة العربية**

■ **المؤلف: جماعة من الباحثين**

■ **الناشر: الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية**

توالي الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية جهودها المنظمة لتحقيق دور ايجابي يفعل الاختصاصات المهتمة بالطفولة ويضعها في متناول المتخصصين والمهتمين بشؤون الطفل العربي والمتعاملين معه. وتتوزع جهود الجمعية على المشاريع البحثية والاصدارات الخاصة في مجال الطفولة بالاضافة الى مجلة الجمعية «مجلة الطفولة العربية» التي اصدرت عددها الرابع مكملة به مجلدها الاول الذي يطوي العام الاول من عمر منشورة مرشحة لان تحتل عامل اثر من الدرجة الاولى خلال السنوات القليلة القادمة.

في هذا العدد الرابع نقرأ متابعة د. بدر العمر لموضوع الانترنت التربوي كما يعرض د. قاسم الصراف تقريراً عن مشروع المؤشرات التربوية ومعلومات احصائية حول عدد المدارس في دول مجلس التعاون الخليجي. ومن انشطة الجمعية يعرض العدد ل:

الملتقى التربوي العربي.

ندوة المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم.

كتب كويتية لاطفال المخيمات الفلسطينية.

ملتقى العمل الخليجي الثالث لرعاية الطفولة.

وبالانتقال الى البحوث نقرأ في العدد بحثاً ميدانياً للزميل التونسي د. محمد بن رياض بن رجب بعنوان: «تقنين اختبار المقاييس للفعاليات الذكائية على البيئة التونسية» وفيه يقدم الباحث اول تقنين عربي لاختبار ميشال برون ـ بورلي الفرنسي. ونظراً للحاجة الملحة لعيادتنا العربية الى مثل هذا الاختبار فان الدعوة موجهة الى الباحثين العرب في مختلف الاقطار العربية للتقنين المقارن لهذا الاختبار في بيئات عربية مختلفة. ومن الواضح ان الزميل بن رجب قد بذل جهداً قيما في هذا البحث لذلك وجبت المتابعة والتنسيق مع باحثين عرب آخرين.

دراسة ميدانية اخرى بتضمنها العدد وهي بعنوان: «اضطراب نقص الانتباه والنشاط الزائد لدى الاطفال ـ دراسة ميدانية على اطفال سوريين» وهي من اعداد الزميل السوري محمد قاسم عبد الله. وبالاضافة الى الاهمية الاكاديمية لهذه الدراسة فهي تتمتع بالفعالية كونها تستجيب لاحدى الحالات الاضطرابية الشائعة في مجتمعنا والتي تصادف احياناً بعض الصعوبة او التأخير في تشخيصها.

وتقدم الزميلة اللبنانية فاديا حطيط مقالة بعنوان «الامومة العربية طلب اجتماعي وقدرات انثوية».

أما كتاب العدد فيعرضه الزميل بدر الشيناني وهو بعنوان: التأهيل النفسي والاجتماعي للطفل والمراهق / د. محمد زيعور.

ومن اصدارات الجمعية من الكتب يعرض العدد للكتب التالية:

- مشروع رعاية الاطفال المتفوقين في الكويت/ د. بدر العمر.
- واقع الطفل الكويتي فيما قبل المدرسة/ د. حامد الفقي.
- الثروة اللغوية عند الاطفال والعرب ورعايتها/ د. صباح هرمز.
- في اضطرابات النطق عند الاطفال/ فارس المشاقبة.
- تنمية ثقافة الطفل العربي/ د. سمر روحي الفيصل.

بالاضافة الى لائحة من الاصدارات والترجمات الهامة التي يحتاجها كل متخصص في المجال. واذا كانت هناك من كلمة اخيرة حول هذه الجملة فهي الاقرار بانها جاءت لتسد فراغاً مزمنا في مكتبتنا العربية حتي يهيء لقرائها ان سنوات قد مضت على صدورها! وبالتالي فان هؤلاء ينظرون بالعرفان الى الجهود المبذولة في سبيل اخراج هذه المجلة. وفي النهاية لا يسعنا الا التقدم بالتهاني الى الدكتور حسن الابراهيم - رئيس هيئة التحرير فيها والى كافة الزملاء العاملين فيها وذلك بمناسبة اغلاقهم للمجلد الاول ومعه جهود وتضحيات سنة من العلم الاكاديمي الجاد والرصين.

■ **العنوان: نظرية الاختيار**

■ **المؤلف: بشير صالح الرشيدي**

■ **الناشر: جامعة الكويت**

الارشاد النفسي - وفق نظرية العلاج الواقعي، هو عنوان الكتاب الجديد للدكتور بشير الرشيدي - رئيس مجلس أمناء مكتب الانماء الاجتماعي في الكويت. وتجربة الدكتور الرشيدي، تجربة لافتة ومميزة بحكم كونها تجربة مؤسسة. فقد افتتح المؤلف العام ١٩٨٤ أول مركز للاستشارات النفسية في الكويت وكان له بذلك فضل الريادة. وكتابته عن الارشاد النفسي لا بد لها من ان تنطوي على ملامح هذه الخبرة التأسيسية، حيث يتكشف الحس الانساني عند المؤلف على امتداد صفحات الكتاب. فالرشيدي يرى ان الارشاد النفسي خصوصاً والعلوم النفسية التطبيقية عموماً هي مزيج من العلم والفن. فهذه العلوم تحتاج الى مواهب خاصة لدى ممارستها. ولا بد لهذه المواهب من تهذيب التجربة ورقي الدوافع.

والارشاد النفسي هو حقل ممارسة وليس تخصصاً او مدرسة متفردة. فهذا الحقل يتسع لتطبيقات النظريات العلاجية كافة، حيث يقترح المؤلف ادخال نظرية العلاج الواقعي الى هذا الحقل، ويضعها بين أيدي القارئ العربي محققاً بذلك اضافة جديدة للحقل وللمكتبة العمومية في آن معاً، خصوصاً ان هذا الحقل يحتاج الى التطور لمجاراة الواقعالاجتماعي المعيوش. فزبائن الارشاد النفسي يحتاجون الى النصح من اجل مواجهة ازمات تنتمي الى هذا الواقع. وهذا ما يؤيده التحليل الرجعي لتجارب الارشاد النفسي. وهو تحليل يبين نقاط الضعف والقوة في كل نظرية من النظريات المستخدمة في الحقل. ونتيجة لهذا التحليل نصل الى التشديد على افضلية العلاج الواقعي بسبب مرونته وقابليته للتكيف مع ظروف الراهن المعيوش.

فلو نحن اردنا تلخيص نظرية العلاج الواقعي لقلنا انها تهدف الى تحويل موقف العميل (طالب النصح) من الجمود الى المرونة ومن ردود الفعل الهستيرية الى استخدام ادوات الدفاع الذاتية وتدعيمها في مواجهة الازمة التي يمر بها الشخص.

ونظرية العلاج الواقعي تعود الى تجربة عالم النفس الاميركي وليم غلاسر في علاج الفتيات الجانحات، حيث عمل كرئيس لمجموعة الاطباء النفسيين المشرفين على مؤسسة كاليفورنيا للجانحات، اذ بدأت النظرية بالتبلور العام ١٩٦٢ وما لبثت ان اكتملت بعد بضع سنوات حين أسس «غلاسر» معهد العلاج الواقعي. بعد ذلك اتجه غلاسر لتطبيق نظريته في مجال التربية حيث اسفر هذا التطبيق عن اصداره كتاباً بعنوان «مدارس بلا فشل» العام ١٩٦٩. وقد بينت التجربة نجاحاً لافتاً في مجال التربية. فكان ذلك دافعاً لتوسيع إطار هذه التجربة في ميادين اخرى، فامتد تطبيقها الى مجال الارشاد الزواجي والى المجال الاسري عموماً. ويذكر «فرانكلين» ان هناك ٨٢ اطروحة جامعية اعدت حول هذه النظرية ما بين الاعوام ١٩٧٠ - ١٩٩٠. وبذلك تتبدى لنا اهمية النظرية التي يتصدى المؤلف لتعريف القارئ العربي بها عبر هذا الكتاب. وكان من الطبيعي ان يفيد غلاسر من الخبرات والنظريات السابقة في جوانبهاالايجابية وان يتجنب عثرات التعقيد والبعد عن معايشات الحياة اليومية. وبذلك تمكن من صوغ نظريته استناداً الى مفاهيم وقواعد علمية غير معقدة وملامسة لوقائع الحياة اليومية، مستفيداً بذلك من تراكم خبرات سابقة وتكاملها مع خبراته الخاصة ليطرح نظريته التي أسماها «نظرية الاختيار».

لقد حاول المؤلف نقل نبض هذه التجربة وتعريف القارئ بها عبر الفصول الستة التي تشكل هذا الكتاب. ولقد اختار الدكتور الرشيدي ان يكرس الفصول الثلاثة الاولى من كتابه للتعريف بالجانب النظري للعلاج الواقعي. فعرض للمفاهيم والمسلمات والمنطلقات النظرية ولانثر الدافعية ونمو الشخصية على نحو متوافق او غير متوافق. بعد ذلك ينتقل المؤلف الى الجوانب التطبيقية لهذا العلاج، حيث يناقش اجراءات العملية الارشادية متخذاً نموذج الدورة الارشادية مبيناً الاسلوب الواقعي في بناء العلاقة مع المسترشد، مروراً بالكشف عن مجموع الصور والسلوك الكلي وصولاً الى وضع خطة ارشادية وتحديد خطوات تنفيذها ومتابعتها وتقييم فاعليتها. وتختتم هذه الاجراءات والخطوات بمناقشة استخدام الاساليب المتعارضة ظاهرياً وعلاقتها بالعملية الارشادية.

اما الفصل السادس والاخير فيقدم تطبيقات عملية للعلاج الواقعي في ميادين الاسرة والتربية كما في الميدان المهني. وهذه النماذج تبين امكانية اعتماد هذه النظرية العلاجية في الميادين الاخيرى.

وهكذا يكون المؤلف قد اسهم بتقديم اضافة واقعية جديدة الى المكتبة النفسية والعربية، وقد لفتنا في هذه الاضافة احتفاظها باسلوب العرض الاكاديمي وامتزاها بتجربة المؤلف الممتدة لسنين عدة. وهي تجربة اتاحت للدكتور الرشيدي اختبار قابلية هذه النظرية للتطبيق في البيئة العربية وتقييم مدى فاعلية هذا التطبيق. وهو تقييم ايجابي يدفعنا للتساؤل والدعوة لوضع معايير ضابطة كفيلة بتجنيبنا احتمالات اهمال معارف يمكنها ان تكون ذات فائدة عملية للمجتمع وللاختصاص. فقد تم اهمال هذه النظرية طوال سنوات من قبل الاخصائيين العرب بسبب بساطتها الظاهرية. فقارئ الكتاب سرعان ما يكتشف ظاهرية هذه البساطة عندما يجد انها تختزن جملة تجارب ونظريات اخرى. ويكتسب الكتاب صدقية اضافية هي صدقية المؤلف الذي يملك رصيداً من البحوث والخبرات الجادة والاكاديمية الملتزمة الى جانب ريادته المحلية

التي يحولها هذا الكتاب باتجاه العربية. فها هو الرشيدي يضع في متناول القراء العرب المهتمين والمتخصصين اداة قيمة وجديدة لمقاربة الازمات وحلولاً واقعية وبسيطة للتعامل معها.

■ **العنوان: العلاج النفسي للاسرى وضحايا العدوان**

■ **المؤلف: محمد احمد النابلسي**

■ **الناشر: مركز الدراسات النفسية ـ لبنان**

عن مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية (السيكوسوماتية) صدر للدكتور محمد احمد النابلسي كتاب بعنوان «العلاج النفسي للاسرى وضحايا العدوان».

يقع الكتاب في ١٧٠ صفحة من الحجم الكبير وتتوزع محتوياته على خمسة فصول هي على التوالي:

١ ـ روايات الاسرى:

في القسم الاول يقدم الكتاب عرضا لتجربة الاسرى الاسرائيلي على لسان الاسرى. دون اي تدخل اختصاصي. بحيث تأتي هذه المرويات باسلوب العرض الصحفي. مع اشارة المؤلف على عكس هذه الروايات لاساليب الادراك الشخصي لتجربة للاسر ومع اشارة المؤلف الى اعتماد العلاج الجيشتالتي على هذا الادراك. الذي يبين المعايشات الاكثر حدة في التجربة. اما القسم الثاني فهو مخصص لعرض الاساليب المتبعة للتأثير على وعي الاسرى مع التركيز على تقنية الرجرجة الاسرائيلية. ونأتي الى القسم الثالث من هذا الفصل وهو بعنوان «دور الطب النفسي في مواجهة الاعتداءات الاسرائيلية المتكررة على لبنان». وهو في الاساس ورقة قدمها المؤلف في المؤتمر العالمي الخامس لعلم النفس الفيزيولوجي.

٢ ـ الحرب والصدمة الفنسية:

وفيه يشرح المؤلف مفهوم الصدمة النفسية وتطورات هذا المفهوم وصولاً الى «عصاب الحرب» وهو عصاب صدمي تنشره الحرب في المجتمعات التي تخوضها. ويكون انتشار هذا العصاب وبائياً بحيث يطال كافة شرائح المجتمع وان بدرجات متفاوتة. وهو يخلف آثاره على الصعد النفسية والاجتماعية والجسدية. مع تركيز الكتاب على دور الطب النفسي في علاج هذا العصاب. حيث يقسم هذا الدور على مراحل هي: مرحلة اثناء الكارثة ومرحلة عقب الكارثة مباشرة ثم بعد ايام على الكارثة واخيرا في المدى الزمني الطويل.

ويركز الباحث بشكل خاص على الآثار السيكوسوماتية للكارثة. مما يبرر زيادة نسب الاصابات بهذه الامراض في مجتمعات الحروب والكوارث.

٣ ـ الوساوس المرضية وانتشارها الوبائي في مجتمعات الحروب والكوارث:

هو عنوان الفصل الثالث وفيه يلاحظ الباحث الانتشار الوبائي لهذا العصاب في المجتمعات المتعرضة لشدائد. وخصوصاً في حالات تكرار الصدمات. وهو يتجلى بمخاوف المرض والموت والجنون. وفي شرحه لهيكلية هذا العصاب يقدم المؤلف تفسيراً دينامياً لنشوء وتطور هذا العصاب. الذي يمتاز

بديمومته وقابليته للازمان. بحيث يعتبره المؤلف الشكل المزمن للصدمة. كما بشير الى ان حوالي ثلث طالبي العلاج في العياة النفسية اللبنانية يعانون من هذا العصاب. كما يشير الى هدر هؤلاء لمبلغ معدله ٥٠٠٠ دولار يتم انفاقها على الفحوصات والعلاجات غير المطابقة. ايضاً يحدد الباحث الفترة الفاصلة بين ظهور علائم هذا العصاب وبين طلب العلاج النفسي بفترة معدلها سنتان.

٤ ـ نحو خطة عربية لعلاج الاسرى العرب:

تحت هذا العنوان يناقش الفصل الرابع للكتاب مسألة علاج الاسرى العرب. حيث لا تتوافر معطيات احصائية ونوعية عنهم. ويقسم هذا العلاج الى شقين الاول طبي ـ نفسي يتضمن اخضاع الاسير المحرر لدورة علاج تنويمي يراها المؤلف ضرورية وغير ممكنة التجاوز لمساعدة الاسير على تعقيل وضعية ما بعد الاسر. ويعقد الباحث مقارنة بين الاسر وبين الاحتجاز في مصحة السل حيث الاشتراك بالشعور بتهديد الحياة وبامكانية عدم العودة الى الحياة الاعتيادية بسبب تهديد الموت. ويستخلص المؤلف من هذه المقارنة جملة مشاعر وسمات نفسية مشتركة وواجبة العلاج. كمثل مشاعر الخيانة اذا استمر المعطيات في حياته الطبيعية خلال معاناة الشخص من التهديد. وهذه المشاعر قد تتبدى باتهام الشركاء بالخيانة. اما مشاعر الظلم فتتطلب التعويض حيث مبالغة الشخص في طلباته وفي متطلبات الرعاية المقدمة له. وهكذا بحيث تتحول الوضعية الى وضعية الكسب المرضي. وغيرها من العلائم المشتركة لدى الاسرى والتي تقتضي تدخل المعالج النفسي.

ويعرض الكتاب لطرق العلاج النفسي التالية:

أ ـ ازالة التحسس المنهجي

ب ـ ترميم البنية المعرفية

ت ـ العلاج النفسي التخيلي

ث ـ تأكيد الذات.

ج ـ الاسترخاء مع البيوفيدباك

ح ـ التفريغ الانفعالي

خ ـ المتابعة العلاجية

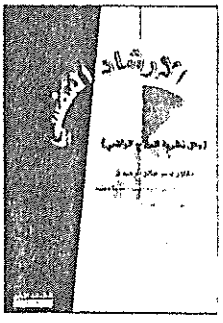
د ـ التعامل مع الذات

٥ ـ تجارب عربية في علاج الصدمة.

هو عنوان الفصل الخامس والاخير في هذا الكتاب وفيه عرض لتجربة المعالج الكويتي الدكتور بشير صالح الرشيدي المعتمدة على مبادئ العلاج الواقعي وفق ما يعرف بنظرية الاختيار التي طبقها الرشيدي في المجتمع العربي.

اما النموذج المقترح من قبل المؤلف استناداً الى تجربته في الحرب اللبنانية فان التدخل الطبي النفسي هو الخطوة الاولى والمقررة لعلاج الصدمة. ثم يأتي العلاج النفسي لاكمال المهمة حيث نلاحظ ميل

النابلسي للعلاجات الدينامية. الا انه يقرر صلاحية اي تدخل علاجي ويقترح اعتماد النموذج الذي طرحه الرشيدي تحت اسم «التعامل مع الذات» اذ يرى مراعاة هذا النموذج للظروف الثقافية العربية اضافة الى البساطة المميزة لهذا الاسلوب العلاجي الذي اثبت نجاحه بالتجربة في المجتمع الكويتي والذي نقله واضعه الى مجتمعات اخرى عبر دورات تدريبية عديدة.



■ **العنوان: العلاج النفسي الواقعي في مواجهة الازمات**

■ **المؤلف: بشير صالح الرشيدي**

■ **الناشر: مكتب الانماء الاجتماعي ـ الكويت.**

تزداد صعوبات التكيف مع تنامي مظاهر الحضارة الانسانية وتعقيد العلاقات الانسانية بموازاة هذا التنامي. لذلك، فان الحاجة تزداد للارشاد النفسي الهادف الى تخطي صعوبات التكيف وتقويم الاضطرابات السلوكية. من هنا ايضاً، كانت الحاجة الملحة لتطوير الارشاد النفسي ورفده بمنطلقات نظرية جديدة. ولعل احدث الاضافات في هذا المجال، هو التأسيس لتعامل افضل مع الذات واكثر احتراماً لها. وهو تأسيس يرتكز على نظرية وليم جلاسر في العلاج الواقعي والمسماة بـ «نظرية الاختيار».

الدكتور بشير صالح الرشيدي، وبعد ترجمته كتاب «نظرية الاختيار» مضافا اليها سنوات طويلة من الخبرة الميدانية ـ وهو الكتاب الذي تناولناه في العدد السابق ـ يقدم للمكتبة العربية كتاباً يُعد اضافة مهمة للمكتبة النفسية العربية. ويحمل الكتاب عنوان «الارشاد النفسي وفق نظرية العلاج الواقعي»، حيث يبدأ في التعريف بالعلاج الواقعي ومفاهيمه الاساسية. ثم يناقش المسلمات والخصائص النظرية للعلاج الواقعي.

اما الفصل الثالث فيعرض للواقعية ونمو الشخصية بحسب نظرية العلاج الواقعي. وفي الفصل الرابع يعرض الدكتور الرشيدي للمسلمات التطبيقية لهذه النظرية العلاجية. لينتقل الى الفصل الخامس الى تطبيق اجراءات العلاج الواقعي. اما الفصل السادس والاخير فيتضمن نماذج تطبيقية ـ علاجية.

ولقد تمكن المؤلف من تقديم طروحات العلاج الواقعي وتطبيقاته بصورة عملية ودقيقة ومبسطة في الوقت نفسه، وتعكس هذه القدرة خبرة المؤلف العميقة في موضوع كتابه. الامر الذي يجعل فائدة هذا الكتاب تتخطى المرشدين والاخصائيين النفسيين الى القراء العاديين الراغبين بتدعيم قدرتهم على التكيف وتنمية مهاراتهم في مواهة الازمات.

■ **العنوان: التعامل مع الذات**

■ **المؤلف: الدكتور بشير صالح الرشيدي**

■ **الناشر: مكتب الانماء الاجتماعي**

تصطدم محاولات تعريف الذات بالمصاعب عينها التي تواجه محاولات تعريف الشخصية. سواء من حيث صعوبة تعميم التعريف او من حيث مصاعب

تكوين عناصر هذا التعريف. ومحاولات التعريف هذه ليست حكراً على العاملين في مجال السيكولوجيا. فهي ميدان تشترك فيه الفلسفة ومعها مختلف العلوم الانسانية. ولعل اول المتصدرين لتعريف الذات هو الفيلسوف الاميركي وليام جايمس ـ مؤسس الفلسفة البراغماتية ـ حيث حمل اول كتبه عنوان «مبادئ السيكولوجيا» حيث رأى في الذات اجمالاً لكل ما يمكن ان يطلق على الفرد في ما يتعلق بجسمه وقواه النفسية وبيئته وملابسة واعماله وممتلكاته ومنجزاته والاشخاص المقربين منه... الخ. وتتعدد محاولات تعريف الذات وتتشعب في تشعبات يضطر مؤلف كتاب «التعامل مع الذات» لعرضها ومناقشتها تمهيداً لتقديم عرضه لدينامية الذات والعوامل الفاعلة في توجيه هذه الدينامية والتحكم فيها. ويثبت مؤلف الكتاب الدكتور بشير صالح الرشيدي رسوخ تجربته في المديان عبر رصده لنموذج التعامل مع الذات استناداً الى محاور ثلاثة هي: المعرفة (التحكم والتمييز) والمحبة (تقبل الذات وحمايتها وتنميتها) والممارسة الايجابية التي تقتضي تحديد منطلقات صحيحة للتعامل مع الذات (تحديد الاهداف والخطة والرسالة والفلسفة).

لكن خبرة المؤلف تبرز بصورة اكثر وضوحاً لدى استعراضه لحالات سوء التوافق مع الذات وسبل اصلاحها. واقتراحاته لتنمية فاعلية الذات وصولاً الى عرضه لتطبيقات عملية لنموذج التعامل مع الذات، التي يقترح لها الخطوات الآتية: ١ ـ السيطرة على التفكير السلبي ـ ٢ ـ السيطرة على انشغال الذهن ـ ٣ ـ السيطرة الانفعال السلبي ـ ٤ ـ السيطرة على الشعور بالاجهاد ـ ٥ ـ بناء الثقة بالذات وتدعيم تقديرها و٦ ـ استبدال العادات المدمرة للذات ـ ٧ ـ مكافأة الذات ـ ٨ ـ ادارة مصادر التغيير الذاتي و٩ ـ ادارة الوقت ـ ١٠ ـ ادارة العلاقات الاجتماعية و١١ ـ ادارة المشكلات.

■ **العنوان: مظاهر السلوك العدواني**

■ **المؤلف: الدكتور فهد عبد الرحمن الناصر**

■ **الناشر: مجلس النشر العلمي في جامعة الكويت.**

الكتاب هو دراسة نفسية ـ اجتماعية تتناول اعتمادية السلوك المضاد للمجتمع من قبل المراهقين الكويتيين ونسبة انتشار هذا السلوك. وتتناول الدراسة ٢٣٨٥ مراهقا من طلبة التعليم الثانوي. وهدفت هذه الدراسة الى تحري دوافع اعتماد السلوك العدواني من قبل المراهقين، انطلاقاً من المبدأ القائل بان تحديد هذه الدوافع من شأنه المساعدة على التحكم فيها وصولاً.

مظاهر السلوك العدواني حيث يعرض المؤلف بداية لمختلف النظريات الفنسية التي حاولت تفسير العدوان بدءاً بفرويد الذي يعتبر العدوان غريزة في حين يربط آخرون بين الاحباط وبين العدوان وبين هذا الاخير ومعاداة المجتمع، الذي يربطه اخرون بمشاعر سلبية متنوعة. ومن العوامل التي يذكرها المؤلف كمشجعة لظهور السلوك المضاد للمجتمع نذكر:

١ ـ اخطاء التربية واعطال الجهاز الاسري.

٢ ـ الاحباط والاحساس بالفشل.

٣ ـ التفكك الاسري وخلافات الاهل.

٤ ـ انخفاض تقدير الذات.

٥ ـ التعرض لاعتداء وتعويضعه بمحاولة التوحد المعتدي.

٦ ـ مشاعر الحرمان المؤدي الى تعويض بالعنف.

٧ ـ الخواء الروحي والفراغ العاطفي.

٨ ـ التعرض للازمات الاجتماعية او السياسية او الاقتصادية.

ومن التوصيات التي اقترحتهغا الدراسة:

١ ـ بناء برامج ارشادية بهذا الخصوص.

٢ ـ طرح برامج تدريبية تتناول الالتزام الاخلاقي والالزام القانوني.

٣ ـ مراجعة المناهج التربوية والتركيز على الناحية الاخلاقية.

٤ ـ زيادة فعاليات الانماء الاجتماعي.

٥ ـ التنسيق بين الجهات المعنية بالتربية.

ويخلص المؤلف الى التأكيد بان صلاح المجتمع وقدرته على التطور مرتبط بصلاح افراده وبعدهم عن الممارسات المؤذية لبنيان هذا المجتمع.

■ **العنوان: دراسات في علم الاجتماع العائلي**

■ **المؤلف د. فهد عبد الرحمن الناصر.**

■ **الناشر: كلية الآداب ــ جامعة الكويت.**

اذا كان الهدف المؤسس لعلم الاجتماع هو دراسة المجتمع وظواهره فان هذا الهدف ارتبط منذ بداياته الاولى بالخلية الاجتماعية الاولية وهي الاسرة. لذلكنجدان اهتمام الدراسات الاجتماعية بالاسرة هو سابق لتأسيس فرع علم الاجتماع العائلي. بل ان مؤلف الكتاب الدكتور الناصر يتابع الدور الاجتماعي ـ الوظيفي للعائلة منذ عهد مصر القديمة ولغاية اليوم مروراً بالدور الوظيفي الذي اعطاه افلاطون للعائلة في مدينته الفاضلة وبذلك يعرض لنا المؤلف تراثاً انسانياً خصباً من الشرائح والوصايا والافكار المتعلقة بالاسرة عبر العصور. من هنا كان ظهور علم الاجتماع العائلي وتفرعه عن علم الاجتماع نتيجة طبيعية لاهمية دور العائلة وحيويته الاجتماعية. وهكذا يعرض المؤلف للمرجعيات النظرية لدراسة العائلة واهم نظريات هذا الفرع وتكاملها مه نظريات العلوم الاجتماعية من بنائية ووظيفية وتفاعلية ـ رمزية وسلوكية ـ اجتماعية وتيارات الحركة النسائية والنقدية والماركسية»... الخ.

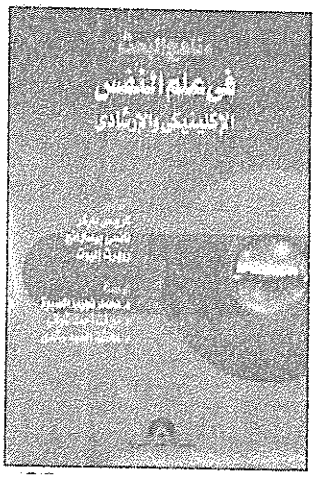
وهذه التعددية النظرية لا بد لها من ان تولد تعددية التصنيفات بل هي ولدت تعريفات متضاربة ومختلفة لمفهوم العائلة. يقوم المؤلف بعرضها على امتدا الفصل الثالث من كتابه.

وبهذا يقدم لنا الدكتور الناصر عرضاً للجوانب الاساسية الخاصة بالاسرة وانماط الحياة الاسرية. باسلوب يجمع بين البساطة القادرة على تجنب احتمالات اللبس (وبين العمق الاكاديمي. بحيث يتوجه الكتاب للقارئ المتخصص كما لغير المتخصص على حد سواء. يقع الكتاب في ١٦٠ صفحة من الحجم الكبير وهو مدخل لكافة المهتمين بدراسات الاسرة وعلم الاجتماع العائلي.

■ **العنوان: مناهج البحث في علم النفس الاكلينيكي والارشادي**

■ **المؤلفون: باركر ـ بيسترانج ـ اليوت.**

المترجمون: الصبوة ـ شوقي ـ رشدي



يمثل هذا الكتاب نموذجاً لمحاولات المراجعة النقدية الجادة لحاجات الاختصاص العربي، فبالرغم من تعدد العناوين العربية الرديفة لعنوان هذا الكتاب فان الموضوع لا يزال بعيداً عن الاحاطة بجوانبه كافة، ولقد رأى المترجمون في هذا الكتاب الاجنبي احاطة تفي بالعنوان وتحطيط به. فكان قرارهم الاشتراك في ترجمته الى العربية وتوفيره للاختصاصيين العرب.

يلفتك في هذا الكتاب سمعة مؤلفيه وخبرتهم الواسعة واشتراكهم في تأليفه. حيث الاشتراك يهدف الى تبادل الخبرات ومراكمتها وسد الثغرات والنواقص عن طريق تبادل الانتقادات والآراء. وبما اننا في مجال العيادة النفسية يمكننا القول بان هذا التأليف يعتمد طريقة الينت «Balint» (وهي طريقة علاجية تعتمد مبدأ تبادل الرأي بين الاختصاصيين على حالة يعالجها احدهم ويعرضها على المجموعة طارحاً طريقته العلاجية لها للنقد). وهذا النوع من التأليف بات قاعدة في الدول المتقدمة في مختلف مجالات البحث العلمي والمراجع الاكاديمية.

الا ان جديد هذا الكتاب هو ظهور محاولة عربية للترجمة على طريقة بالينت. وهي محاولة غير مسبوقة وطريقة غير مألوفة. ونكتفي بالتأكيد على انها تعكس نضجاً اكاديمياً وتواضعاً علمياً على غير مألوف طريقتنا في طرق مثل هذه المواضيع. فذا كان من المقبول ان يكتب المتخصص في المجالات المختلفة متوجها للجمهور فانه من غير المقبول ان يحصل ذلك على صعيد المراجع الاكاديمية. وبهذا يكون مترجمو هذا العمل قد قاموا بطرح التحدي عبر ترجمتهم لهذا الكتاب. فتحية لتواضع ولموضوعية هؤلاء. انهم الاساتذة الدكاترة: محمد نجيب الصبوة وميرفت احمد شوقي وعائشة السيد رشدي. ومحاولتهم هذه تستحق كل الاعجاب والتقدير.

■ **العنوان: الوجيز في فن العلاج النفسي. السلوكي**

■ **المؤلف: الدكتور محمد حمدي الحجار**

■ **الناشر: دار النفائس**

يقع هذا الكتاب في ٢٠٠ صفحة من الحجم الوسط وفيه يعرض البروفسور الحجار موجزاً لاهم الاسس النظرية للعلاج عن طريق ازالة التحسس التي وضعها البروفسور الاميكي جوزيف ولبي والتي اعتبرت افضل تطبيقات العلاج السلوكي لغاية فترة قريبة. وتقوم هذه الطريقة العلاجية على دعم الشخص في مواجهة مخاوفه وانفعالاته عن طريق تعريضه لها بصورة مخففة تزداد تدريجياً حتى تبلغ حدود القدرة على مواجهة هذه المواقف بدون حساسية. وهذا الوجيز ضرورة للباحثين والمعالجين النفسيين الذين يريدون الاطلاع على هذه الطريقة العلاجية وعبرها على العلاج السلوكي عامة.

البروفسور محمد حمد الحجار المتصص في الطب النفسي السلوكي في جامعة تنسي الاميريكية يقدم اول المحاولات العربية لتفعيل الاختصاص وفتح ابواب توظيفه لخدمة القارئ العادي. حتى تبدو كتابات البروفسور الحجار وكأنها البراغماتيات السيكولوجية العربية الاولى.

■ **العنوان: الامراض النفسية ـ جسدية**

■ **المؤلف: فيصل محمد خير الزراد**

■ **الناشر: دار النفائس ـ بيروت**

عن دار النفائس بيروت صدر للدكتور فيصل محمد خير الزراد كتاب بعنوان «الامراض النفسية ـ جسدية/ امراض العصر في مجلد من ٥٦٠ صفحة من الحجم الكبير.

يضم الكتاب لمحة تاريخية عن تطور مفهوم العلاقة بين النفس والجسد وصولاً الى ظهور مصطلح النفسي ـ الجسدي (السيكوسوماتيك وبداية تداوله في العام ١٨٨١ حين اطلقه الطبيب الالماني هاينروث، ويتابع المؤلف عرضه لتطور البحث في هذا المجال وصولاً الى وقتنا الراهن، حيث الضغوط هي سمة العصر وحيث الامراض الناجمة عنها هي «امراض العصر» والواقع ان توثيق هذا الاتسعراض التاريخي قد استغرق جهداً لا بأس به من قبل المؤلف.

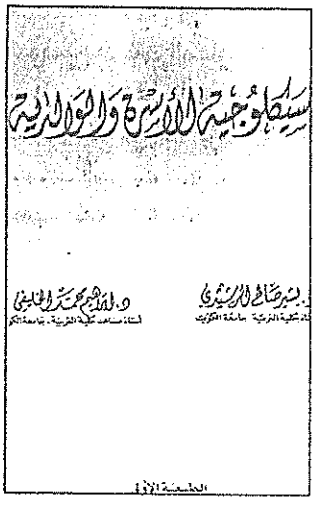
الا ان الجهد الاكبر والاكثر موسوعية هو جهد المؤلف في عرضه لمختلف النظريات السيكوسوماتية وتصنيفها لهذه الامراض.

ومن ثم انتقاله لعرض الامراض السيكوسوماتية الخاص بكل جهاز على حدة (الهضمية والنفسي

والقلبي - الدوري والغددي) اضافة للامراض الجلدية المرتبطة الظهور مع الضغوط النفسية والحالات السيكوسوماتية الاخرى كمثل الحمل الكاذب والاحساس الوهمي بالاطراف.

مع التركيز على سيكوسوماتيك الجهاز العصبي ومناقشة اضطراباته السيكوسوماتية مثل الصداع والشقيقة والدوار والاختلاجات العصبية.

ولعل الاطلاع على التفاصيل، التي يسوقها المؤلف، يبين للقارئ عمق الجهود المبذولة لاخراجه. حيث جهد البروفسور الزراد لتقديم رؤية متكاملة طبياً ونفسياً واجتماعياً للامراض السيكوسوماتية. مع محاولته عدم اهمال او تجاوز اية نظرية من النظريات المطروحة في هذا المجال.



- **العنوان: سيكولوجية الاسرة والوالدية**
- **المؤلف: بشير الرشيدي وابراهيم الخليفي**
- **منشورات دار ذات السلاسل الكويت**

تشكل الاسرة ميداناً وحقلاً لاهتمام مختلف العلوم الاجتماعية حتى ادى التقاء هذه العلوم الى تعاونها وسعيها للتكامل. حيث كان من الطبيعي ان تتقاطع اهداف البحوث والدراسات وان تتلاقى نتائجها على اختلاف التخصصات التي تنطلق منها. واذا كانت الاسرة تعتبر الخلية الاجتماعية الاولية. فهي تعتبر ايضاً نواة الدراسات الاجتماعية. وبذلك اتسع حقل الدراسات الاسرية واهدافها، بحيث باتت الاحاصة بها من المهمات المعقدة، كونها تقتضي الاطلاع علس المهمة المعنية بهذه الدراسات. ولقد تصدى المؤلفان: بشير الرشيدي وابراهيم الخليفي، طواعية لهذه المهمة التي استغرقت منهما جهداً توزع على صفحات مجلد «سيكولوجية الاسرة والوالدي» وبلغ عددها ٦٧٠ صفحة من القطع الكبير.

ولعل هذا المجلد الصادر عن «دار ذات السلاسل» في دولة الكويت، هو احد احمل الدراسات العربية والمراجع المتعلقة بسيكولوجي الى الثقافي والاجتماعي. وهذا التجاوز تقتضيه شروط التكامل. فالقضايا الاسرية غير ممكنة التناول بمعزل عن البيئة وتقاليدها والنظم الرمزية السائدة في المجتمع المحيط بهذه الاسرة. من هنا، كان نضج طروحات الكتاب وواقعية مناقشته لقضايا الزواج والتفاهم الزوجي والطلاق وسيكولوجية الانجاب والسلطة الوالدية والتواصل داخل الجهاز العائلي واضطرابات هذا التواصل، الخ... من الموضوعات التي يعرضها الكتاب انطلاقاً من واقع الاسرة العربية، وواقع التجارب العملية لمؤلفيه. هذا وتتوزع محتويات الكتاب على مدخل تمهيدي وثمانية فصول، عرض المؤلفان خلالها لمختلف النظريات النفسية المطروحة في المجال الاسري، مع محاولة تطويعها لواقع المجتمع العربي عموماً والكويتي خصوصاً.

اساليب مواجهة الشائعات
أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية
تنظم ندوة علمية بالتعاون مع وزارة الداخلية اليمنية

رعى معالي وزير الداخلية في الجمهورية اليمنية **اللواء حسين محمد عرب** حفل اختتام الندوة العلمية التي نظمها مركز الدراسات والبحوث بأكاديمية نايف العربية للعلوم الامنية بالتعاون مع وزارة الداخلية اليمنية وموضوعها (اساليب مواجهة الشائعات) وشارك في هذه الندوة التي عقدت في صنعاء واستمرت ثلاثة ايام وفود من عشر دول عربية هي المملكة الاردنية الهاشمية، دولة الامارات العربية المتحدة، دولة البحرين، المملكة العربية السعودية، جمهورية السودان سلطنة عمان، دولة قطر، الجماهيرية العربية الليبية الشعبية الاشتراكية العظمى، جمهورية مصر العربية والجمهورية اليمنية، وقد عبر اللواء حسين عرب عن شكره وتقديره لأكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية للاهتمام الكبير الذي توليه في إعداد الكادر الأمني في الوطن العربي، وأكد في كلمة القاها معاليه في ختام اعمال الندوة على خطورة وأهمية الموضوع الذي تناولته الندوة كونه لا يقتصر على الجانب الأمني فقط ولكنه يمس كل جوانب الحياة مشيرا الى ان الاشاعات استطاعت تدمير كثير من الجيوش، ودعا وزير الداخلية اليمني الى ضرورة وصول المعلومات بصورة صحيحة للمجتمع تجنبا للشائعات التي تسبب مشكلات كبيرة واخطاء اكبر من المعلومات التي يتعمد اخفاؤها مطالباً في هذا الصدد كافة الأجهزة بتبادل المعلومات باعتبارها خطوط للامام لتجاوز خطر الشائعات وخطر الجريمة المنظمة، وأوضح ان الشفافية في المعلومات وتبادلها بنوع من المصداقية تقي من شر الاشاعة وتساعد على تطوير العمل الامني بشكل صحيح مشيراً الى ضرورة العمل الجماعي للقضاء على تلك المشكلة التي استفاد منها الأعداء واستخدموها ضد عالمنا العربي.

وقد قدمت في الندوة مجموعة ابحاث استهلها العميد د. على بن فايز الجحني المشرف العلمي على الندوة ببحث (الشائعة وتطورها التاريخي) واستعرض فيه التطور التاريخي للشائعات وضعها:

١ ـ الشائعة الزاحفة

٢ ـ الشائعة الغائصة

٣ ـ شائعة الخوف

٤ ـ الشائعة الهجومية

٥ ـ شائعة الاماني

٦ ـ شائعة الحقد

وقدم د. ساعد العرابي الحارثي بحثاً بعنوان (الإعلام والشائعة) أورد فيه تعريفاً للشائعة وتفصيلاً لأنواعها وتحليلاً لشروطها واتجاهاتها وبيتها وتأثيراتها ثم قدم شرحاً لدور الإعلام فيها وقد اورد الباحث ثلاثة عشر نوعاً للإشاعة حددها على النحو التالي:

١ ـ اشاعة الرعب

٢ ـ اشاعات الاوبئة

٣ ـ اشاعة سوء السيرة

٤ ـ الاشاعة الوردية

٥ ـ اشاعة الشغب

٦ ـ اشاعة جس النبض

٧ ـ اشاعة التبرير

٨ ـ اشاعة حرب الاعصاب

٩ ـ اشاعة الخدعة

١٠ ـ اشاعة النكتة

١١ ـ الاشاعة الهدامة

١٢ ـ اشاعة التنبؤ

وقدم د. ذياب موسى البداينة بحثاً بعنوان (التقنيات الحديثة والشائعات) اشار فيه الى ان التطورات في البنى الاجتماعية والاقتصادية في المجتمعات البشرية تؤثر في انماط السلوكيات السائدة في المجتمع المقبول منها اجتماعياً والمنحرف والاجرامي.

مشيراً إلى ان ما شهدته الاتصالات في تقنياتها في السنوات الاخيرة قد ساهمت في سرعة انتشار المعلومة واسترجاعها ومعالجتها ونظرا لأن هذا العصر يقوم اساساً على المعلومة فقد نشطت الشائعات كونها تقوم كذلك على المعلومة مخفية المصدر والغامضة والجاذبية للناس والمثيرة لاهتمامهم، ولقد وفرت الوسائط المتعددة (الصوت والصورة والكلمة والنص والحركة) عناصر جديدة للمساهمة في نشر الشائعات

بسرعة أكثر وبمساحات اكبر من المتلقين. وقد استعرض الباحث اهم التقنيات الحديثة في هذا المجال وقدم لها شرحاً.

وقدم د. نايل محمود البكور بحثاً عن الاساليب الحديثة في التحصين النفسي والاجتماعي ضد الشائعات اكد فيه ان الإشاعة خطر يهدد تماسك المجتمع وامنه واستقراره ويلحق الضرر بمخططاته وأهدافه. ويمكن ان تأتي باشكال مختلفة وعبر وسائل مختلفة والتصدي لها ليس بالعمل السهل وذلك لطبيعة سريتها وأهدافها وجمهورها لذلك يجب التعامل معها بحذر شديد وبخطى علمية مدروسة وقدم العميد مهدي علي دومان بحثاً عن الشائعة والامن تناول فيه تعريف الشائعة وشروطها ودوافعها واهدافها واثرها على الرأي العام ومواجهتها وتعقب مروجيها ودور جهاز الشرطة في مكافحتها وقد اوضح ان الطرق السليمة لمقاومة الشائعات والسيطرة عليها لا تتم الا من خلال الوقوف على الدوافع النفسية الباعثة على اطلاق الشائعات او الترويج لها ويعني معالجة تلك الدوافع والاسباب وخاصة فيما يتعلق بالمتاعب الداخلية والمعاناة او المشكلة كمكسب اساسي لاختلاق وترويج الإشاعات والمشاركة في تناقها وتتطلب مقاومتها تخطيطاً عاماً وشاملا على اعلى مستويات الدولة كما يتطلب تكاتف جميع افراد الشعب بشكل عام، ومن ابجديات مواجهة الإشاعة كمسؤولية عامة تنمية وعي المجتمع بخطورتها وما تهدق اليه الحرب النفسية وتدعيم الايمان بالعقيدة والمقدسات في النفوس واحياء الضمائر وتعزيز الثقة بالقيادة والقضايا المصيرية وبما تبثه وتنشره الوسائل الإعلامية الوطنية والقومية على اساس توفير المعلومات الصحيحة المدعمة بالحقائق والارقام وتدعيم اسس التعاون بين الاجهزة ذات العلاقة.

الإسلام والشائعة

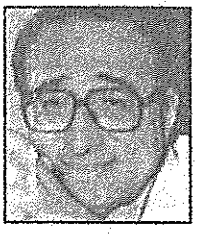
وقدم د. سعيد بن ناصر الشثري بحثاً بعنوان (الإسلام والشائعة) اشار فيه الى ان الشريعة الاسلامية حاربت الشائعات المضللة بطرق عدة منها محاربة الكذب.

وقدم العميد د. علي حسن الشرفي بحثاً عن احكام الشائعات في القانون العقابي تناول فيه اركان جريمة الشائعات وهي الركن الشرعي والركن المادي والركن المعنوي.

كما تناول عقوبة جريمة الشائعات ونوع ومقدار العقوبة وحالات التشديد في العقوبة وقد بين ان اساليب نشر الشائعات وترويجها في ظروف معينة وبطرق محددة هي إحدى طرق الحرب التي حظيت باهتمام الدول والجماعات في صراعها مع الدول والجماعات الأخرى. واشار الى ان اللجوء الى الشائعات هو اسلوب ماكر يحتاج الى مواجهات تعتمد على الذكاء والخبرة وتقوم على الاسلوب العلمي والسند القانوني، وميدان حرب الشائعات هو ميدان متسع يمتد ليشمل كل مناحي الحياة فهو يمتد الى جوانب الحياة السياسية والاقتصادية والعسكرية والامنية والاجتماعية ولذا كان التصدي لها بالمواجهة نوعا من الدفاع عن مصالح الامة العامة منها والخاصة، ولخطورة الشائعات وعظم شرها فقد اشارت اليها آيات القرآن الكريم محذرة من مخاطرها على الجماعة المسلمة وموضحة ضررها على المجتمع المسلم سواء كان ذلك في الميدان الحربي او الاجتماعي او الأمني.

المؤتمر الدولي للطب النفسي
وخدمات الصحة النفسية في القاهرة

هذه القضية كشف عنها المؤتمر الدولي للطب النفسي وخدمات الصحة النفسية في القرن القادم وطرحت تفاصيلها من خلال تقرير منظمة الصحة العالمية الذي اكد ان هناك ٣٨٠ مليون مريض بالاكتئاب على مستوى العالم بما يعادل ٨٪ من سكان الكرة الارضية يعانون من هذا المرض ويفقدون حماسهم في العمل والحياة.



د. عادل صادق

د. عادل الشعشاعي

والسؤال الآن: هل الاكتئاب اصبح مشكلة حقيقية في مصر؟ ولماذا التخوف من علاجه؟ وهل نحن في حاجة لأدوية جديدة تساعد المريض على الشفاء السريع؟

يؤكد الدكتور عادل صادق استاذ الامراض النفسية والعصبية بطب عين شمس من داخل المؤتمر ان مرض الاكتئاب اصبح مشكلة في مصر فقد زادت نسبة الإصابة به بين المصريين بصورة خطيرة نتيجة ضغوط الحياة وايقاعها ومشاكلها وبلغ عدد مرضى الاكتئاب في مصر نحو ٦ ملايين مصري، وهو ما يعادل ١٠ بالمائة من الشعب المصري وهي نسبة عالية لم تحدث من قبل، ويأتي الشباب على رأس قائمة الإصابة بالمرض لأنهم أكثر عرضة لمظاهر القلق والتوتر النفسي والاحباط وبالتالي فتأثيراتها النفسية لديهم مرتفعة جدا، كما يعتبر الأطباء ورجال القضاء اكثر الفئات المهنية في مصر اصابة بالاكتئاب لأنهم اكثر تعرضا للصراعات النفسية والاجهاد في العمل والحياة، كما تصاب النساء بالاكتئاب اكثر من الرجال خاصة المتقدمات منهن في العمر لتغير مظاهر الحياة من حولهن بزواج الاولاد او وفاة الزوج او إهماله لزوجته.

واضاف الدكتور عادل صادق ان الاكتئاب قرين للتفكك الأسرى وانهيار الاسرة وفقدان الحنان الأبوي عند الاطفال والشباب فيصبحون فريسة سهلة للاصابة بالمرض لذلك تأتي أوروبا على رأس قائمة الدول التي ترتفع فيها معدلات الاصابة بالاكتئاب بسبب التفكك الكبير الذي اصاب المجتمع وارتفاع نسبة الطلاق بها مما يفقد الاطفال والشباب والفتيات في السن الصغيرة لحضن الاسرة ودفء العائلة وهما اهم مقومات الاستقرار النفسي التي تحميهم من الاصابة بالامراض النفسية مستقبلا، اما عندنا في مصر فما زالت الاسرة محتضنة لأولادها ولم تتدهور.

وقال ان خطورة مرض الاكتئاب تكمن في اهمال المريض لحياته وعمله وانتاجه فقد اثبتت

الابحاث ان المرض يؤثر على الدخل القومي للدول بنسبة لا تقل عن ١٤٪ وهي نسبة كبيرة وتحتاج لضرورة الاهتمام بهؤلاء المرضى وعلاجهم خاصة ان المرض يقدمون على التخلص من حياتهم والانتحار في المراحل المتقدمة منه وهو ما يختلف عن اي مرض اخر فمريض السرطان والفشل الكبدى والكلوى لا يقدم على هذه الخطوة ويكون لديه الامل في الحياة ويصاب بحالات الاكتئاب فليس لديه الامل في الحياة ويصاب بحالات حزن شديدة بدون مبرر فيميل للعزلة والانطواء وينتابه الضيق واليأس ويفقد شهيته للطعام ويضعف حماسه للعمل وتقل رغبته الجنسية وهذه الاعراض تجعله يشعر بتغير كامل في حياته وتعامل المجتمع من حوله وهذه التغيرات لا تريحه لكنها ليست سببا للانتحار ونهاية حياة الانسان بيده دون انتظار العلاج الطبي.

ويضيف الدكتور عادل الشعشاعي استاذ الامراض النفسية بطب قصر العيني جامعة القاهرة ان نتائج الابحاث الاخيرة لمنظمة الصحة العالمية كشفت ان الضغوط النفسية التي يتعرض لها الانسان طوال حياته تؤدي الى اصابة ١١,٥٪ من المواطنين العاديين بامراض نفسية منهم ٥,٤٪ يصابون بالاكتئاب ويتدخل في الاصابة ٣ عوامل رئيسية الاول نفسي والثاني بيئي والثالث تربوي ولعلاج المرض لا بد من مرور المريض بدورة متكاملة وهي العلاج النفسي والبيئي والكيميائي ولا تنجح اي مرحلة بمفردها.

واضاف ان الاستعداد الوراثي له دور في الاصابة بالمرض بنحو ٣٠٪ وهناك شخصيات عادية لها تركيبة الشخصية الاكتئابية ويمكن ان تصاب او لا تصاب، اما الاكتئاب كمرض فيختلف كثيرا عن حالات الانفعال والضيق والحزن العادية او المؤقتة التي يتعرض لها الانسان، ففي المرض تكون حالات الحزن شديدة بدون شبب او مبرر وافضل وسيلة لتجنب الاصابة به هي التعاطف مع الطفل طوال فترة تربيته والتقرب له وتوعيته وعدم اساءة معاملته وضربه بعنف لتجنب حدوث صراعات داخلية ونفسية له تجعله عرضة للاصابة بالاكتئاب فمشكلتنا اننا نتعامل مع الطفل على انه انسان كبير في العقل والعكس انه يجب ان ننزل لمستوى عقله وكذلك فإن اهمال الاب والأم للشباب في مرحلة التكوين النفسي خلال فترة المراهقة او تعنيفهم بشدة عند الخطأ خطيرا جدا ويخلق لديهم مشاكل نفسية.

ويستكمل د. الشعشاعي حديثه قائلا: ان اهم مشكلة تواجهنا في علاج مريض الاكتئاب هي عدم انتظامه في تناول الأدوية والتوقف فجأة دون الرجوع للطبيب مما يؤدي لتأخر شفائه وتعرضه لانتكاسه ويرجع ذلك لعدة اسباب هي عدم وجود وعى كامل لديه بالمريض وارتفاع سعر الدواء وتداخل مشاكل المرض مع مشاكل العلاج فكل دواء يتناوله المريض يقلل من معاناة المرض وتظهر امامه مشاكل جديدة للعلاج منها زيادة الوزن وكثرة النوم والتثاؤب طوال اليوم لذلك فالأعراض الجانبية تزعجه تماماً وتجعله بحجم عن تناول الادوية خاصة عندما يشعر بتأثيرها على القلب والقدرة الجنسية.

ويتفق معه الدكتور سعيد عبد العظيم استاذ الطب النفسي بطب قصر العيني ويضيف سببا اخر وهو تعجل المريض واسرته علاجه وعودته بسرعة لحالته الطبيعية والسؤال الاول الذي يطرحه المريض واسرته فور تسلمه روشتة الأدوية من الطبيب هو: هل هذه الأدوية ستحسن من حالتي وهل سأستمر على العلاج طويلاً.. ومتى سأتوقف عنها؟ وهذه عي اخطر مرحلة في العلاج ويجب على الاطباء التنبه لها ومراعاة الاجابة عليها بدقة والتطوع بذكرها قبل سؤال المريض وخروجه من حجرة الكشف الطبي حتى لا تفاجأ بإهماله لتناول الأدوية ويجب ان يعلم المريض ان بعض الادوية قد يستمر في تناولها مدة تصل

الى ٨ شهور وانه سيفاجأ خلال الفترة القادمة باعراض جديدة منها زيادة الاحلام اثناء النوم وجفاف في الفم وضغط شديد على الاسنان وسينام بكثرة وسيرتفع وزنه حتى لا يتصور ان مرضه زاد بعد تناول العقاقير ويجب ان يعلم المريض ان تاخر العلاج ليس مشكلة ولكت اهمال العلاج هو المشكلة بذاتها وان هناك ادوية يتناولها المريض العادي تسبب له مضاعفات جانبية ايضا فمثلاً ادوية علاج الضغط المرتفع تبين انها تصيب بالاكتئاب تماما، ويكشف حقيقة مهمة ان السبب الرئيسي في ظهور الاعراض الجانبية ان ادوية علاج الاكتئاب حديثة لوم تعرف سوى في الخمسينيات.

ولحل هذه المشكلة فاننا نحتاج لأدوية جديدة كما يقول الدكتور عادل صادق ما دامت العقاقير الحالية والتي تصل الى ٣٣ عقارا لعلاج الاكتئاب لم تحقق شفاء كاملا وهناك نسبة من المرضى لا يتحسنون ويهملون العلاج فنحن في احتياج لعقاقير جديدة تتفادى هذه الاعراض وتساعد على تجنب عفبة عدم استمرار المريض في تناول الدواء. وبعض الادوية الجديدة ستظهر قريباً وتجري عليها حاليا الابحاث الطبية في مصر والخارج ولكن ليس قبل مرور ٥ سنوات من الان وستدخل للتركيب الجيني لجسم المريض مباشرة.

وفي الوقت نفسه اكدت كثير من الابحاث العلمية التي اجريت في امريكا واوربا ان مرض الاكتئاب سيصبح المرض رقم واحد في العالم خلال عشر سنوات من الان نتيجة سرعة ايقاع الحياة ومشاكلها اليومية وانه سيكلف العالم نحو ٣ مليارات جنيه سنويا وهو ما دفع العلماء ومراكز البحوث الى الاهتمام باسباب المرض وادوية علاجه وتطويرها في البحث عن ادوية جديدة لوقف هذا النزيف البشري في المستقبل خاصة ان حجم ما يخسره العالم سنويا الان لا يقل عن ٦٠ مليون دولار نتيجة قلة انتاج المريض واهماله للحياة وتكاليف العلاج.

وصاغت هذه الابحاث روشته علاج في نهاية توصياتها للهروب من الوقوع في شباك هذا المرض واهمها عودة دور الاسرة التربوي داخل المنزل خاصة دور الاب والاهتمام بتربية الابناء تربية سليمة وصحية قبل توفير ضروريات الحياة وتعويدهم على التكيف مع ظروف وضغوط الحياة والعمل ليكونوا اقوياء قادرين على الصمود امامها والتعامل معها بدلا من الهروب منها الى مشاعر الحزن والاحباط بالاضافة الى ضرورة الاهتمام بتأصيل تعاليم الدين السمحة لتجنبهم مشاعر الخوف القلق من المستقبل الى جانب عودة دور المدرس في التوجيه السلوكي للطالب وحل مشاكله خاصة في مرحلة الشباب واكتشاف مواهبه لتوجيه طاقته وتفكيره اليها وهو ما يتطلب ان يكون إنساناً واقعيا في جميع مراحل حياته فلا يعلق امالا وطموحات كثيرة لا يستطيع الوصول اليها وان يثق دائما في قدراته ونفسه حتى لا يعاني من مشاعر الاحباط امام كل مشكلة او حلم يصعب عليه تحقيقه او يفشل فيه.

وحذرت هذه الدراسات المرأة والرجل من كبار السن ان يعيشوا في ذكريات الماضي ولا يحاولوا الانسجام مع تغيرات الحياة ويلجؤ للانعزال والانطواء لانهم بهذه الطريقة سيكونون عرضة للاكتئاب: وطالبت الدرسات افراد الاسرة والذين يعانون من هذه المشاعر بالبحث دائماً عن امال جديدة تعلقهم بالحياة واهتمامات مختلفة تقربهم لمباهج الحياة.

المؤتمر الثالث لرعاية الاطفال المشردين
من أجل إعادة التوافق بين الطفل وأسرته

أوصى المؤتمر الثالث لشبكة العمل المركزية لرعاية اطفال الشوارع والذي ضم جمعيات المشروع من سبع عشر محافظة مصرية بضرورة البدء من ايجاد اليات للتنسيق المتكامل بين جمعيات المشروع لتحقيق الاستفادة الكاملة بين الجمعيات العاملة بنفس المجال والمتقاربة في التخصص، واكدت التوصيات على اهمية استغلال المشروع كنواة لايجاد اتحاد نوعي لرعاية اطفال الشوارع، وعلى ضرورة الاستعانة بهيئة محو الامية وتعليم الكبار تساعد لاستخراج اوراق تحديد هوية لاطفال الشوارع.

وكان المؤتمر الذي استمر يومين قد استعرض خبرات ما يزيد على خمسين جمعية بالاضافة لنتائج ثلاثة مؤتمرات اقليمية منها المؤتمر الخاص بمحافظات الوجه البحري، ومؤتمر الجمعيات المشاركة بالمشروع العاملة بالوجه القبلي والخاص بجمعيات محافظات الصعيد بالاضافة لجمعيات القاهرة الكبرى قد اوصى بإنشاء شبكة معلومات مركزية للاطفال فاقدي الرعاية على ان تكون خلاصة عمل مشترك بين الجهات الاهلية والحكومية لتداول المعلومات وتوافر البيانات الميدانية كأساس علمي لرسم الخطط المستقبلية لعلاج هذه المشكلة، وقد تركزت مناقشة مجموعات العمل على ثلاثة محاور بدأت بتتبع سبل حصر الظاهرة وادواتها ووسائلها ثم سبل مشاركة المجتمع الميداني في حل مسببات الظاهرة. ودراسة وسائل اعادة توافق الطفل مع اسرته لتجنب تكرار المشكلة بالاضافة لعدم تطورها. ويقول احمد صديق مدير المشروع لقد اكتشفنا ضرورة وجود كيان كبير يعمل على التنسيق بين الجهات المختلفة بصفة وجود دورية بما يضمن تبادل الخبرات والتجارب، والاستفادة من الخدمات المختلفة بشكل تكاملي بالاضافة للقدرة على مخاطبة الجهات المختلفة لمنع تضارب الجهود او تكرارها او تعارضها بالاضافة لسرعة الانجاز.

واضاف ان المشروع حاليا قد اكتشف بوجوب البدء ببناء وتصميم برامج وقائية لخروج الاطفال من اسرهم بتصميم برامج الارشاد النفسي والسلوكي للاطفال واسرهم وكذا برامج ارشادية وقائية للاسر التي قد يتعرض اطفالها للتسرب لتوعيتهم على ان هذه البرامج في الاعتبار الواقع الفعلي لهذه الاسر وتعمل على انشاء مشروعات صغيرة متكاملة لرفع المستوى الاقتصادي لاسر هؤلاء الاطفال عند الحاجة.

● والقت د. فاطمة رخا رئيس مجلس الادارة المركزية للمتابعة كلمة السيدة مشيرة خطاب التي تحدثت عن الاطفال باعتبارهم اكثر الفئات اعتمادا على غيرهم من الاشخاص واكثرهم تأثرا بشؤون البيئة المحيطة مشيرة الى ان غياب او نقص عنصر واحد او عامل من عوامل التنشئة السليمة لاي طفل قد يؤدي به الى التأثر مهما يختلف شكله فما بالنا بطفل الشارع وهم الاطفال الذين يعانون من غياب كامل لسبل اشباع كل احتياجاتهم الطبيعية المختلفة وهم اكثر فئات الاطفال هشاشة بسبب غياب الرعاية واكثرهم احتياجاً للرعاية ويجب ان ينظر اليهم كمواطنين داخل المجتمع لهم كل الحق في التمتع به بقية الاطفال وان تعرضوا لظروف صعبه.

كما اثنت على مشروع مبادرة المدينة، مشيرة الى ضرورة انشاء اتحاد عام لرعاية اطفال الشوارع للتنسيق بين الجهات الاهلية والحكومية العاملة في هذا المجال.

● واكد السيد دارن شيمر رئيس هيئة المعونة الكندية وممثل هيئة الوكالة الكندية للتنمية الدولية في

مصر دور هذه المؤسسة في تشجيع الدول النامية على تنمية قدراتها من خلال الاهتمام بالانسان وحقوقه. واضاف ان الاهتمام بالاطفال يأتي على رأس قائمة الاهتمامات، وان الهيئة تأمل في ان يقوم الاتحاد النوعي المزمع انشاؤه بتنسيق حملات اعلامية تساهم في التوعية بمشكلة اطفال الشوارع بالاضافة لوضع الحلول لها.

● وقد اكدت السيدة اليس كيرمان مستشار التنمية بالسفارة الدنماركية في كلمتها اهتمام الدنمارك بتنمية علاقتها بالعمل الاهلي في مصر ودعمه من خلال برامج بيئية وصحية واجتماعية مختلفة. واضافت ان التركيز على مشروع مبادرة المدينة يأتي في اطار الاهتمام بتنمية المجتمعات المحلية.

وقد اوصى المؤتمر في ختامه بإنشاء صندوق تمويل مشترك بين الجهات الاهلية والحكومية يعمل على تدعيم الجمعيات العاملة برعاية هؤلاء الاطفال لمواجهة المشكلة واستكمال المخططات للوصول الى اهدافها بالاضافة لدعوة المزيد من الجمعيات للمشاركة وتمكنها من الاستفادة بما يتاح لها من امكانيات ولو بسيطة لاداء ادوار فعالة في التعامل مع الظاهرة من خلال التنسيق مع الجمعيات صاحبة الخبرة المتقدمة في المشروع ومخاطبة اصحاب الاعمال وقطاعات الاعمال للمساهمة في توفير الحلول لمعالجة المشكلة والتنسيق مع الجهات الامنية في مجال رعاية الاحداث داخل كل نطاق جغرافي لتسهيل مهمة الباحثين العاملين في مجال رعايتهم والبدء في اقامة مشروعات صغيرة تساعد على توفير التمويل للجمعيات العاملة بالمشروع.

ندوة هيئة الصحة العالمية
«كبار السن ومشاكلهم النفسية»

لا يعني انتهاء سن الشباب او النشاط العقلي والذهني للفرد قد انتهى فكثيرون ممن تخطوا سن الشباب ظلوا قادة للفكر والقيادة الواعية.

والشيخوخة ما هي الا عملية تأقلم للجسم يتصدى فيها لتأثير التلف والتغيرات الخارجية مع رحلة الانتقال من سن الى احدى.

وفي احدى الندوات التي نظمتها هيئة الصحة العالمية قسمت مراحل المختلفة الى: السن المتوسط من ٤٦ ـ ٥٩ سنة.

● مرحلة الكهولة: من ٦٠ ـ ٧٤ سنة.

● مرحلة الهرم: من سن ٧٥ سنة فاكثر.

● وعلى الاكثر يعيش الانسان حوالي: ١٠ ـ ١٢ سنة.

المشاكل الصحية والنفسية

وعن المشاكل الصحية والنفسية التي يعاني منها كبار السن تحدثنا د. سوسن الغزالي استاذ الطب السلوكي بكلية طب عين شمس فتقول: يتعرض كبار السن لمؤثرات عصبية مختلفة نتيجة لفقد اعمالهم او فقد رفيق حياتهم او فقد بعض الاصدقار مما يؤثر على نفسيتهم ويشعرهم بقرب نهاية الحياة. كذلك زواج الابناء واستقلالهم بعيداً عنهم يشعرهم بالوحدة والخوف من المستقبل وإن دورهم في الحياة قد

انتهى واصبحوا غير مرغوب فيهم او انهم يشكلون عبئا على من يرعاهم خاصة الفقراء منهم او حادى الطباع او المسابين بامراض مزمنة ويحتاجون لرعاية صحية مستمرة.

وتضيف د. سامية عيد الرزاق الاستاذة بالمركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية فتقول من المشكلات النفسية التي يعاني منها كبار السن مشكلة اوقات الفراغ فهي تجعلهم يفكرون في ماضيهم وظروفهم الحالية والمستقبلية ويجد الرجال خاصة صعوبة في شغل اوقات فراغهم فيما ينفعهم. اما السيدات في هذه السن فنجد لديهن من الاعمال المنزلية والاشغال اليدوية ما يشغلهم.

وتضيف د. عايدة عبد العظيم الاستاذة بجامعة حلوان فتقول: في بعض الاحيان يشكل ايجاد مكان ملائم للاقامة بعض الصعوبة بالنسبة للمسنين خصوصا الذين يحتاجون لرعاية خاصة من احد افراد العائلة غير الزوجة او بمساعدتها حيث انهم يفضلون البقاء في منازلهم وينتقل اليهم من يخدمهم كذلك فان اماكن الايواء او دور المسنين ما زالت مكلفة بالنسبة لمتوسطي الدخل منهم.

وتضيف د. ليلى بدر استاذة التربية الصحية بجامعة حلوان فتقول: ومن المشكلات التي يعاني منها كبار السن تغير الحالة الاقتصادية بعد سن المعاش حيث يقل الدخل الشهري وتزداد الاعباء المالية نتيجة للحاجة الى التغذية الخاصة وفي حالة المرض لبعض الادوية مما يرهقهم ماديا ومعنويا.

وفي السن الكبير تزداد الحالات المرضية المزمنة التي تؤدي الى حدوث العجز ويجب تلافى مضاعفاتها ومساعدة كبار السن ليعيشوا حياة امنة من الفقر والعجز والمرض.

وتضيف د. سوسن الغزالي وتقول من خلال الرعاية الاجتماعية للمسنين هناك العديد من الخدمات التي يتم بالجهود الذاتية في تنظمها بعض الجمعيات الاهلية او الاندية الرياضية وبعض الخدمات الخاصة ولقد سبقت جامعة عين شمس في هذا المجال حيث انشأت وحدة لرعاية المسنين نفسيا بتمويل مشترك من مع الهيئات الاهلية وتبرعات المواطنين مع انشاء درجة تخصصية في الدراسات العليا لرعاية المسنين صحيا ونفسيا وثقافيا واجتماعيا.

العلوم السلوكية وتحديات القرن ال (٢١)

احتضنت جامعة عدن بداية شهر مارس ١٩٩٩ اعمال الندوة العلمية الدولية حول العلوم السلوكية وتحديات القرن الواحد والعشرين. الهدف الاساسي منها هو الوقوف على واقع العلوم السلوكية في اليمن وبعض الدول العربية والنامية وتحديد اتجاهات العمل المستقبلي لانتشالها من وضعها الحالي وتوجيهها نحو خدمة التنمية الاجتماعية وبحسب الظروف الحضارية الثقافية لتلك المجتمعات. وقد نجحت الندوة في تحقيق اهدافها وقدم حوالي ٣٥ بحثا ودراسة ناقشت تطبيقات علم النفس والعلوم السلوكية بشكل عام ليس على المستوى المحلي وانما ايضا على المستوى الاقليمي والدولي قدمت ابحاثا من الولايات المتحدة الامريكية وفرنسا وكندا وبعض دول شرق اوربا ناقشت اخر منجزات تطبيق العلوم السلوكية في التنمية السكانية والصحة الايجابية في الطب السلوكي وعلم النفس الصحي والصحة النفسية والعلاج

النفسي والوقاية من العنف وتأهيل ضحايا الصراعات وفي التربية والتعليم وقضايا المجتمع مثل الاعلام والثقافة. كما. قدمت بحوثا خاصة حول العلوم السلوكية والتنمية البشرية وحقوق الإنسان خاصة حقوق الطفل. والجدير ذكره ان فريق الباحثتين النفسانيين بجامعة عدن والذي يترأسه الأخ/ رئيس الجمعية اليمنية للصحة النفسية قدم بحثا بعنوان: العنف المنزلي وآثاره النفسية والاجتماعية، كما خرجب الندوة بقرارات تؤكد اهمية تعميم ونشر تلك البحوث وحتى تعم الفائدة جميع فئات المجتمع. وخاصة اصحاب القرار والمختصين في تطبيق تلك العلوم.

وعلى هامش الندوة التقى الاخ رئيس الجمعية د. معن عبد الباري بالدكتور ميشيل صابرين ممثل مجلس الاتحاد العالمي لعلم النفس، د. هنري ديفيد رئيس المعهد الوطني للأسرة (امريكا) ود. ايجين برودي الامين العام السابق للاتحاد العالمي للصحة النفسية وتدارس معهم سبل دعم الجمعية والرقى بانشطتها المختلفة.

الملتقى الأول لنشاط الصحة النفسية في اليمن

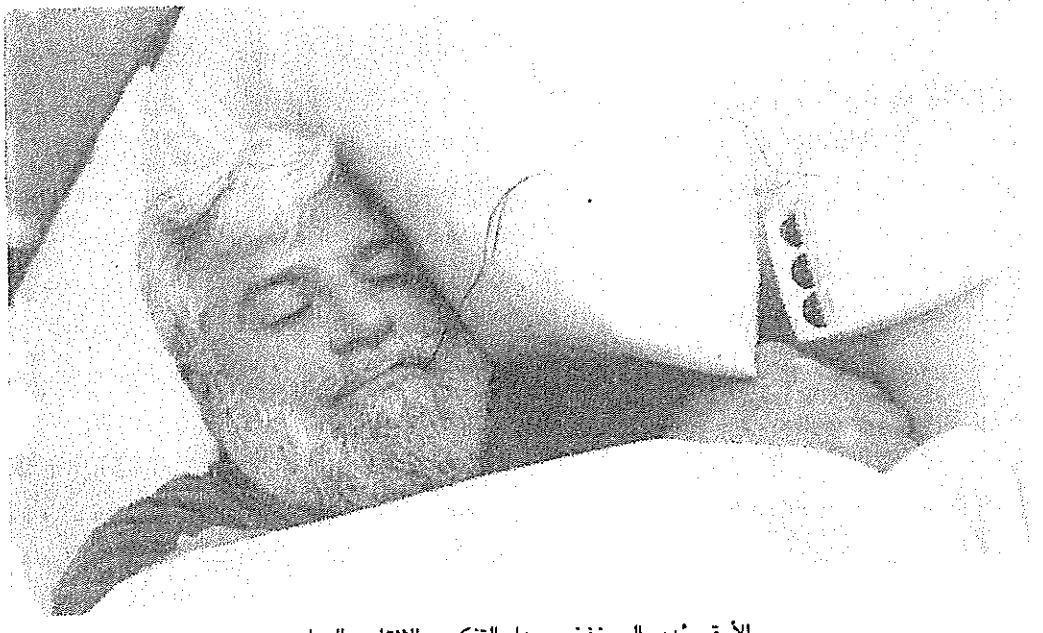
المركز الصحي الثقافي بصنعاء عقد الملتقى التشاوري الأول لنشطاء الصحة النفسية في اليمن في الفترة 27-29 مايو 2000 م يهدف الى استعراض وتبادل علمي للخبرات المحلية المتوفرة في خدمات الصحة النفسية في اليمن وتدارس تطويرها من خلال تعزيز دور الشراكة بين القطاعات المعنية المختلفة. ومن ضمن محاور الملتقى:

- دور المنظمات غير الحكومية في تبني قضايا الصحة النفسية.
- دور القطاع الخاص وإسهامه بالرقي بخدمات الصحة النفسية.
- التعليم الأكاديمي وإعداد كوادر الصحة النفسية.
- مستوى الأداء الإداري والتشريع في قطاع الصحة النفسية.
- الصحة النفسية: الوقاية والرعاية الصحية الأولية والعلاج وأنظمة اعادة التأهيل.
- الصحة النفسية والمجتمع اليمني.
- الممارسات الإكلينيكية: التشخيص والعلاج. كما سيقوم الأخ/د. معن عبد الباري - رئيس الجمعية ورقة عمل بعنوان استعراض لتجربة الخاصة بالجمعية اليمنية للصحة النفسية.

والجدير بالذكر ان المركز الصحي الثقافي بصنعاء مؤسسة يمنية لا تهدف الى الربح مرخصة من وزارة الثقافة والسياحة بدأها عام 1992م الناشط الاجتماعي الدكتور نزار غانم تحت اسم (العيادة المجانية للمبدعين) ومن بين اهداف المركز الإنسانية السعي الى فك الارتباط بين المرضين العقلي والنفسي من جهة والصحة الاجتماعية من جهة اخرى ببلورة مفهوم جماهيري اشمل للصحة يتعدي الخلو من المرض الى السلوك المعافي متمثلا في القدرة على المحبة والعمل والتخلص من العادات الاجتماعية الضارة وفي مقدمتها اعتمادية مضغ القات.

«يوم النوم» الألماني يناقش مشاكل الأرق وطرق حلها

ممارسة الرياضة والمعالجة النفسية والاجتماعية اهم قواعد التخلص من القلق



الأرق يؤدي الى خفض معدل التفكير والانتاج بالعمل

ربع حوادث السيارات ناتجة عن مرض الأرق

- اقلق المهني يؤثر في أداء العاملين ويفقدهم فرص العمل
- اضطراب النوم مدة 5 أيام يوحي بوجود مرض الأرق

الأرق هو مرض العصر الحديث هذا ما يأكده بحث علمي نشره الدكتور «جوران هاياك» رئيس الجمعية الألمانية لمكافحة الأرق واشار البحث الى ان ربع عدد شكان المارينا الموحدة، البالغ حوالي 82 مليون شخص يعانون من الأرق وعدم الشعور بالراحة والاسترخاء بعد قضاء ساعات قليلة من النوم المتقطع خلال الليل. كما يشير الى نسبة المواطنين الالمان الذين تصل مشكلة الأرق لديهم الى مرحلة المرض تتراوح ما بين 10 الى 15 بالمائة.

وتشير المعلومات التي نشرت في المانيا بمناسبة اقامة «يوم النوم» الذي شارك فيه حوالي 150 مركزاً وعيادة طبية لمعالجة الأرق، الى ان المشاكل الناجمة عن الارق لا تقتصر على الناحيتين الصحية والنفسية لدى الاشخاص الذين يعانون من الارق وقلة النوم فقط، بل تشمل نواح اجتماعية وعائلية، بالاضافة الى الخسائر الاقتصادية والمالية الناجمة عن التعب والخمول وصعوبة انجاز الاعمال المطلوبة، وكذلك اخطار

السير وحوادث العمل الطارئة، اذ يقول الخبراء الالمان ان الخسائر الناجمة عن الارق والنتائج الخطيرة التي تتمخض عنه تصل الى حوالي 800 مليار مارك الماني، بل ان ربع حوادث الوفاة في حوادث السير والمرور في الطرق الالمانية هي نتيجة التعب والخمول والدخول في مرحلة النوم المفاجئ خلال قيادة السيارة كما يؤكد الخبراء الاميركيون الى ان 77 بالمائة من حوادث الطيران في العالم تعود الى اسباب خاصة بالطيارين انفسهم نصفها تقريبا بسبب الأرق وقلة النوم.

وتختلف مشكلة الأرق والمشاكل الناجمة عن قلة النوم، من المشاكل المرضية والصحية الأخرى، الى عدم شعور المرء بها وعدم معرفة اخطارها الخفية بسبب الاعتياد عليها واهمال مظاهرها، وعدم مراجعة الاطباء المتخصصين بمعالجة الأرق وخجلهم من التعبير عن التعب والخمول لديهم، واعتبار ذلك من امور الحياة اليومية العادية في الوقت نفسه الذي يحذر فيه الخبراء من المبالغة في التحسس من الارق والسقوط في دوامة القلق الذي يقود «بدوره» الى الأرق، اذ يشير الدكتور جيرك ماير، الى ان عدم النوم خلال ليلتين او ثلاث ليالٍ لا يعتبر ارقاً مرضياً، اذ ان الأرق المرضي هو الذي يصل الى عدم النوم واضطرابه مدة لا تقل عن خمس ليال، الذي يمتد الى فترة لا تقل عن ثلاثة اشهر.

والى جانب الاسباب المرضية العضوية والجسدية التي تؤدي الى الارق واضطراب ساعات النوم، هناك اسباب نفسية تختلف بين شخص واخر، اهمها التوتر العصبي والقلق المهني والعائلي وضغط العمل اليومي. اذ يؤكد الدكتور يورجن تسوللي، الطبيب الالماني «ريجنزبورج» ان 95 بالمائة من العمال الذين يعملون في فترات عمل متفاوتة يعانون من الارق، في الوقت نفسه الذي يحذر من فيه خبراء جامعة برلين الحرة من المبالغة في مشاهدة البرامج التلفزيونية واستخدام شبكات الانترنت، بسبب ما يؤدي ذلك الى الوقوع في دوامة القلق والتوتر والارق، كما يحذرون ايضا من الوقوع في حلقة مفرغة تشمل التوتر العصبي بسبب الرغبة بتحقيق اداء افضل في العمل. اذ ان هذا التوتر يؤدي الى القلق والأرق، الذي ينعكس يؤدي على هذا الاداء نفسه، وبالتالي فقدان فرصة العمل والترفيه والتقدم.

ويتركز عمل مراكز مكافحة الارق والعيادات الطبية المتخصصة بمعالجة شاملة، من المعالجة النفسية والاجتماعية والتحليل الفردي، وممارسة الرياضة والانشطة الاجتماعية والثقافية والفنية، مع استخدام العقاقير الطبية الطبيعية، واخضاع المرضى الى جلسات دورية ترمي الى ازالة التوتر العصبي واستعادة الهدوء الداخلي والتوازن النفسي.

أسباب الارق وأعراضه

هناك اسباب متعددة تؤدي الى الأرق الليلي لكن اهمها الأسباب النفسية الناتجة عن المشاكل الاجتماعية او عن التفكير الدائم بقضية مهمة ومصيرية في حياة الانسان وقبل الامتحانات ويمكن ان ينتج الارق عن اسباب عضوية مثل الرضوض والتعرض للعمليات الكبيرة، والتعرض لحادث مهددة للحياة، والاكتئاب، وبعض الامراض الاستقلابية مثل فرط نشاط الغدة الدرقية والمراحل الأخيرة من السرطان.

أما الأمراض فهي عديدة جداً ان يمكن ان تصيب جميع اعضاء الجسم مثل: الفم وعدم النوم لساعات متأخرة من الليل رغم الذهاب الى الفراش مبكرا.

الاستيقاظ بوقت متأخر من النهار وعدم الرغبة بتناول الطعام والصداع والتعب العام وضعف

التركيز ونقص انتاجية العمل والوهن والاضطرابات الهضمية الخ.

معالجة الأرق بالطرق الطبيعية

قبل ان يهرع الانسان لشراء الأدوية واخذ مضادات الاكتئاب وغيرها من العقاقير المؤذية للانسان يجب ان يتبع بعض الطرق البسيطة التي يمكن ان تزيل حالة القلق وهي.

1 ـ ممارسة الرياضة اليومية لمدة ساعتين في الاقل.

2 ـ الاستحمام بالماء الدافئ قبل النوم.

3 ـ عدم تناول الاغذية الثقيلة مساء.

4 ـ اخذ كوب من الحليب الدافئ قبل النوم.

5 ـ او يمكن اخذ كوب من اللبن المضاف اليه النعناع.

6 ـ يمكن اجراء تمارين الاسترخاء والتفكير العميق قبل النوم.

7 ـ محاولة حل المشاكل الشخصية بشكل عقلاني.

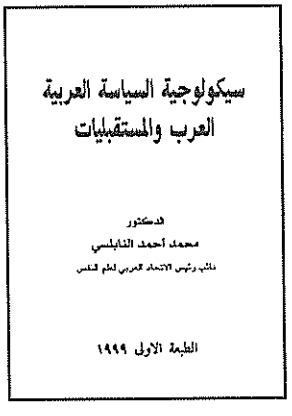
8 ـ عدم النوم في فترة الظهيرة.

اذا لم تفلح تلك الطرق بالتخلص من القلق فيجب مراجعة الطبيب.

سيكولوجية السياسة العربية
العرب والمستقبليات

محمد أحمد النابلسي

الطبعة الاولى 1999



يقدم هذا الكتاب عروضا نقدية لقائمة من اهم الكتابات المستقبلية العالمية الصادرة في السنوات الاخيرة، والتي لعبت ادوارا مقررة في صياغة السياسة العالمية وانعكاساتها على الوطن العربي. مع محاولة المؤلف قراءتها على ضوء الراهن السياسي العربي. مع تطبيق مبادئ علم المستقبليات على هذا الراهن وعلى اللحظة السياسية العربية الراهنة.

سلسلة كتب الثقافة النفسية التخصصية

كتاب في محاور يحرره أ.د. محمد احمد النابلسي

الإدمـــان

جماعة من الباحثين

- الادمان مشكلة غير قابلة للتجاهل/ أ. د. محمد أحمد النابلسي
- اقتراحات جديدة لعلاج الادمان/ تقرير
- شخصية متعاطي الحشيش/ البروفسور مصطفى زيور
- التأثيرات المؤذية للادمان خلال العلاج/ أ.د محمد الحجار
- دور العوامل النفسية في ادمان المراهقين/ د. وليد المصري
- خطر الاصابة بالايدز لدى مدمني الهيروين/ د. محمد رشاد.
- الاسهام المصري في دراسة الادمان/ د. محمد حسن غانم.
- قائمة تشخيص سوء الاستخدام / فطيم ومشاركيه.

مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية
Centre d'Etudes Psychiques et Psycho Somatique C.E.P.S
طرابلس ـ لبنان ـ شارع عزمي ـ بناية قاديشا ـ ص.ب. 3062 ـ التل
تلفون: 961.6.441805
فاكس: 961.6.438925
E.mail: ceps 50 @ hot mail.com.

الادمان... مشكلة غير قابلة للتجاهل

أ. د. محمد أحمد النابلسي

مسألة الإدمان قضية إشكالية لا يمكن النظر اليها من زاوية واحدة فعلاج المدمنين وتحديد الشخصية القابلة للاتجاه نحو الادمان ومعهما اساليب التعامل مع المدمن والاختبارات التي تقيس قلق الانزعاج عند المدمن واثر الادمان على شخصيته وغيرها من المقاربات النفسية للادمان. هذه كلها تمثل آحادية الرؤية للإدمان. انها أحادية لانها تتجاهل الانثروبولوجيا والاقتصاد والسياسة فتعجز عن الاجابة على قائمة من التساؤلات وعلى شرح مجموعة من العوامل المقررة في موضوع الادمان. وخصوصاً لجهة كونه نتيجة او حصيلة للعبة السوق. فالمخدرات تباع لانها تجد من يشتريها والمدمن يتعاطاها لانه يجد من يبيعها له!. وهكذا ندخل في حلقة مفرغة لا يمكن الخروج منها الا عبر رؤية شمولية ومكاملة للقضية.

بداية اذكر تلك اللهجة التشاؤمية التي طالعنا بها احد كبار علماء النفس والمحللين العرب وهو البروفسور فرج احمد فرج خلال المؤتمر العربي الثامن لعلم النفس. اذ تساءل عن فعالية الاختصاص ومنفعته ونحن نرى اعداد المدمنين تزداد بمعدل ١٢ مليون مدمن في كل سنة؟. وماذا عن فشل الاختصاص في علاج حالات الادمان بعد فشله في الوقاية منها؟... وغيرها من الاسئلة التي تعكس السؤال الوجودي المألوف لدى العلماء والمتلخص بـ: «**كيف افنيت حياتي؟ وهل كانت قضيتي تستحق ذلك؟**».

والاجابة على تفاؤل الباحثين وعلى تشاؤم البروفسور فرج (الذي يمثل وجهة نظر قطاع واسع من المفكرين والعلماء ومن بينهم الفيلسوف ميشيل فوكو) هي اجابة مشتركة قوامها عدم جدوى النظر للقضية من زاوية آحادية. فما هي العوامل، واجبة المراجعة، عندما نناقش موضوع الادمان؟.

وهذا ما سنحاول عرضه من خلال عرضنا للوجوه التالية للادمان:

١ ـ **غابة تجارة المخدرات:** نقول غابة لانها تملك كامل وحشية الغابة. فلو نحن حاولنا تجنب هذه الغابة لوجدنا ان المزارع (الذي يزرع المخدر) لا يحصل سوى على ٥٪ من الثمن الذي يدفعه المدمن. وتذهب الـ ٩٥٪ الباقية الى جيوب تجار المخدرات. لذلك نشأت سياحة المدمنين. حيث يقوم المدمن بزيارات سياحية الى اماكن تواجد المخدرات باسعار منخفضة ليقضي فيها «دورة إدمان».

وهذا يدفعنا الى عرض محطات تدرج الاسعار. حيث المحطة الاولى في منطقة زراعة المخدر والثانية في البلد ـ الوسيط (مستخدم كمحطة ترانزيت) والثالثة في البلد المستهدف ولكن بيد التجار. وتأتي

المحطات الرابعة والخامسة والسادسة محطات توزيع (كبار الموزعين فالمتوسطين ومن ثم الصغار المتعاملين مع المدمن).

وزيادة الاسعار لا تقتصر على تتابع المحطات بل يضاف اليها عمليات غش عن طريق مزج المادة المخدرة بمواد اخرى. وغالباً ما يتم هذا المزج في محطات التوزيع وتنجم عن هذه المحطات سوق مخدرات عالمية يبلغ حجمها 350 مليار دولار سنوياً. بما يعني ان هذه التجارة قد دخلت، بطريق التسلل، الى الاقتصاد العالمي. الذي وصل اليوم الى حدود العجز الفعلي عن الاستغناء عن هذه التجارة. فقد أدمن الاقتصاد العالمي تجارة المخدرات!. وهذا الادمان هو السبب الحقيقي للعجز الدولي عن القضاء على هذه التجارة.

فالبلدان المنتجة تصاب بانهيارات اقتصادية حتمية لو هي تخلت عن انتاج المخدر بدون بدائل!. اما البلدان المستهلكة فهي ستعاني من هزات مالية عنيفة في بورصاتها فيما لو قرر اباطرة المخدرات سحب ثرواتهم من مصارفها! وتزداد اهمية هذه التجارة مع التوقعات التي تشير الى وصول حجم سوقها الى حدود الـ 450 مليار دولار في العام 2006.

بعد هذه المعلومات المتوافرة للجميع (حتى عبر الصحافة اليومية) ماذا نقول في قرار اعلان العام 2000 عاماً للحرب على المخدرات مع تخصيص 6 مليارات دولار لهذه الحرب!؟. ان هذا المبلغ لا يعادل بعض البقشيش الذي يدفعه تجار المخدرات للنافذين بل حتى للاعمال الخيرية. حيث بدأت بعض الجمعيات والمنظمات الخيرية حول العالم تعتمد على دعم تجارة المخدرات (مع تجاهل المصادر طبعاً). وهذا الموقع الاقتصادي لتجارة المخدر يجعل من الظلم تحميل تبعات زيادة عدد المدمنين والإنعكاسات الى اي فرع من فروع العلاج أو الوقاية.

٢ ـ سياسة المخدرات: في موضوع المخدرات فان المسألة تتجاوز الاقتصادي الى السياسي. خصوصاً وان بوادر العولمة جعلت من المستحيل الفصل بينهما. ومع ذلك فان الربط بين السياسي والاقتصادي في موضوع المخدرات ممكن الارجاع الى نهاية القرن التاسع عشر عندما شنت بريطانيا ما عرف بحرب الأفيون. اما في عالمنا المعاصر فان السياسي لا ينجح بالتحول الى العسكري بذات السهولة، فقد فشلت الولايات المتحدة في حربها ضد اباطر ة المخدرات الكولومبيين. وهذا الفشل لا علاقة له باتجاه التجارة (اي من يبيع لمن! الاقوى للأضعف ام العكس) ولكنه على علاقة بأصرار شعوب الدول الغنية على الرفاهية وعدم استعدادها لخوض الحروب. حتى لو كانت فقط من اجل دعم الرفاه الاقتصادي والحفاظ عليه!.

ومع ذلك فان الباب لا يزال مفتوحاً امام حروب المخدرات. ذلك ان انتاجها يكاد يكون محصوراً بالدول الفقيرة التي تعاني من الانقسامات ومن الصراعات العسكرية. وهي ابواب صالحة للدخول من الباب العسكري. تحت شعارات من نوع «نصرة الاقليات» ومكافحة الارهاب» و«القضاء على فصائل تهدد الامن القومي»... الخ.

وإذ نؤجل الاقتصادي الى الفقرة التالية فاننا نود التركيز على السياسي حيث تظهر الملفات السرية المفرج عنها حديثاً الى تورط جهاز المخدرات الاميركي بصورة مباشرة في تجارة المخدرات. ودخوله شريكاً فيها. ويعود هذا التورط الى اضطرار هذا الجهاز للحصول على مداخيل اضافية بعد تقليص ميزانيته بناء على قرار الكونغرس بتحريم القيام بالعمليات السوداء. وغني عن القول بان حا- ة الجهاز لأموال اضافية ولو عن طريق المخدرات هي دليل على استمراره بالقيام بعمليات سوداء. وبهما يكن فلم يعد هنالك من حاجة للانتظار. حيث اقترب موعد الافراج عن ملفات هذه العمليات.

٣ ـ **اقتصاد المخدرات:** تعتبر عملية غسيل الاموال العنصر الاقتصادي المحرك لتجارة المخدرات. وهو يسمى ايضاً بتبييض الاموال (بمعنى تحويلها من سوداء الى بيضاء نظيفة).

ـ **تبييض الأموال:** يمكن اعتبار امبراطورية المخدرات اولى الشركات العلاقة. حيث انها تفي بكافة مواصفات هذه الشركات. فهي عالمية ومتواجدة في انحاء العالم وهي تحرك ارصدة عملاقة (350 مليار دولار سنوياً عداك عن الثروات المتراكمة عبر السنين) ونتيجة لكل ذلك فهي مؤثرة تأثيراً عميقاً في الاسواق. وبمتابعة حركة اموال هذه التجارة نجد انها توزع ارباحها (350 مليار دولار) على النحو التالي: أ ـ حوالي المئة مليار يتم تخصيصها لتطوير مصانع تحويل المخدرات من نبات الى بودرة او مصانع لانتاج مخدرات كيميائية او غيره. و ب ـ عشرات المليارات. وهي مبالغ غير محددة وتتغير من سنة لأخرى، بحسب الظروف، يتم انفاقها لتدعيم الحماية (حماية المصانع وقنوات التصدير والتوزيع وايضاً حماية الأباطرة). و ج ـ ١٥٠ مليار دولار هي التي يتم تبييضها عبر مؤسسات وشركات وهمية وعبر صفقات مشوهة ومشبوهة من شأنها ان تحول هذا المبالغ وكأنه مكسب شرعي متأتي من مصادر شرعية. وبذلك يتمكن اباطرة المخدرات من ضخ هذا المبلغ الضخم في الاقتصاد العالمي بصورة سنوية. ومع مرور الوقت تحول هؤلاء الى شركاء كاملي العضوية في مختلف مناحي التوظيف والاستثمار. وهم بذلك اصبحوا قادرين على التأثير من الداخل على حركة السوق والبورصات وحتى على اسعار صرف العملات. فباتوا يحظون بحماية شبه رسمية. ولم تعد محاسبتهم مطروحة الا في حالات نادرة خاصة. دون ان ننسى الدعم المؤمن للاباطرة من قبل شركائهم في استثماراتهم البيضاء والسوداء وأيضاً من قبل المستفيدين منهم. وهذه التغطية لها من الفعالية ما يقطع الطريق امام احتمالات تتبع مصادر هذه الاموال السوداء. حتى ان بعض الدول بدأت تعتمد على مكاسب تبييض هذه الاموال في مخططاتها الاقتصادية. وهذا ما يتيح لهذه التجارة تحقيق معدل نمو يبلغ حدود الـ 12٪ سنوياً بالرغم من كل محاولات المصادرة والمتابعة والملاحقة.

٤ ـ **دور الاختصاص في مواجهة الادمان:** امام الوقائع الطاغية المعروضة اعلاه علينا ألا نعجب او ان لا نستبعد قدرة هذه التجارة على الاختراق المنظم لاية محاولة جدية لعلاج الادمان ومكافحة انتشاره. فقد بينت التجربة ان نقص فعالية علاج الادمان وحركات مكافحته يعود في قسم منه لاختراق موزعي المخدارت لهذه المؤسسات. بحيث يمكن للمدمن الحصول على مادة ادمانه وهو في السجن او في المستشفى او في جمعيات مكافحة المخدرات. والامثلة كثيرة وبالغة الحساسية لانها مرتبطة بتنظيم الشركة

العملاقة «تجارة المخدرات».

وكلامنا هذا لا يعني تخلي الاختصاص عن دوره ومسؤوليته. كما انه لا يعني الاقرار بعجزه أو بلا فعاليته. وذلك بالرغم من اعترافنا بارتفاع نسبة الانتكاس (Relaps) الا اننا نود التحذير من اساليب اساءة استخدام الاختصاص واستغلاله. وهي تتم على اكثر من صعيد:

أ ـ على صعيد المدمن نفسه: هنالك فئة من المدمنين الذين يتوجهون لطلب العلاج بسبب عجزهم عن الحصول على مادة الادمان (سواء بسبب نقص المال أو شح المادة). لذلك تراهم يطلبون العلاج للخلاص من عوارض الانقطاع. ريثما تتأمن لهم مواد الإدمان. وهذا يمثل صورة من ابشع صور استغلال الاختصاص من قبل المدمن. لأنه يحول العلاج الى بديل مؤقت للادمان.

وتزداد بشاعة هذا الاستغلال عندما يكون العلاج بالمواد البديلة (اعطاء مادة مخدرة اقل سمية من مادة الادمان). فالمدمن يمكنه ان يتحول الى ادمان المواد البديلة. مما يفتح الباب امام حالات الادمان المزيجة.

ب ـ على صعيد الأهل: غالباً ما يكون موقف الاهل على علاقة مباشرة بدوافع الادمان وفي تقرير مصيره. ومن هنا تورط بعضهم في اساءة توظيف الاختصاص واستخدامه عبر ممارسات عديدة من وجوهها نذكر: ١ ـ رفض الاعتراف وتجاهل واجب العلاج و٢ ـ مخاوف الفضيحة و٣ ـ مواقف التخلي و٤ ـ قبول ابتزاز الابن المدمن لهم و٥ ـ اضطراب التواصل مع المدمن... الخ من المواقف التي لا بد لها من الانعكاس على علاقة الاهل بالمعالجين وبمؤسسات العلاج.

ج ـ الشائعات: وهي تروج بين المدمنين وتتخذ اشكالاً شديدة الخطورة فقد بدأت بانتشار شائعة مفادها: «بما ان العلاج ـ غسيل الدم ـ ممكن فلا بأس من التعاطي لمدة محدودة ثم طلب العلاج بعد ذلك!. عداك عن تناقل المعلومات حول اساليب العلاج وحول امكانية اختراق المشافي والحصول على المخدر من داخلها... الخ عداك عن صرعة جديدة قوامها ان يقوم المدمنون السابقون بعلاج المدمنين الحاليين من منطلق ان المعالجين لم يعيشوا نشوة الادمان وتجربته. مما يجعلهم عاجزون عن فهم المدمن الذي لا يفهمه الا مدمن مثله. ولا نريد التورط في اعطاء امثلة على اي من هذه الصعد. لان جهات كثيرة ستظن انها معنية بهذه الامثلة. وبعضهم ينبري للدفاع بشراسة لا مثيل لها عن منطلقاته. لذلك فان غاية ما نقوله هو ان العلاج لا بد له من الاشراف الطبي لان حياة المدمن تكون في خطر لا يمكن تجاهله.

٤ ـ الادمان... مواد جديدة: صحيح ان نشوة الادمان عابرة وموهمة الا انها تفجر الفراغ الوجودي لدى المدمن. هذا الفراغ الذي يفقد المدمن كل دافعية ويخرج به من اطار الحياة اليومية المعيشة. بحيث تصعب عليه العودة لهذه الحياة. لأن الفراغ يدخل الى داخل المدمن مما يجعله رافضاً لهذه الحياة لانها تزيده فراغاً. ولا يعود هذا الفراغ ليمتلئ الا عبر حالة دماغية خاصة لا يحسن المدمن تفسيرها. وان كنا نجد المقابل لها في الحالات النفسية المسماة بـ «الحدية» (Border Line). ولا نريد ان ندخل هنا في جدل

حول ما اذا كانت الميول الحدية هي الدافعة للادمان او انها تظهر كنتيجة له. فحسبنا ان عوارض الحدية حاضرة لدى المدمن.

وهكذا يحاول المدمن الهروب من المخدر وايضاً من هذا الفراغ، وهذا الهروب المتعاكس الاتجاه يوقع المدمن في ازمة وجود. تزداد تعقيداً مع تحريم مناقشتها الا في اوساط مدمنين يعانون من المأزق ذاته. وهكذا تدخل المواد الجديدة وتلاقي اسواقاً واسعة. فهي غير مصنفة كمخدرة (كيميائية مصنعة يطيب للمدمن اعتبارها ادوية كي يهرب من ذنب الادمان). وتسمى هذه المواد المصنعة بـ «حبوب السعادة» وتزداد خطورتها لانها تشجع دخول مدمنين جدد الى عالم الإدمان. حيث تشير الاحصائيات الى ان ٧٠٪ من مراهقي الولايات المتحدة قد دخلوا الى هذا العالم من باب «حبوب السعادة». ومن الدراسات في هذا المجال نذكر دراسة البروفسور مارتن غاليو (مستشفى فرنان). الذي درس اثر المركب المعروف باسم GHB على مدمنيه. فوجد انه يضعف إرادتهم ودافعيتهم وقدراتهم المعرفية مما يفقدهم قدرة تحقيق النجاح او الانجاز. وينعكس هذا الاضطراب المعرفي بنوبات عدائية (عنف) وباحتمالات الانتحار عداك عن اضطرابات المزاج والانهيارات العصبية. ولعلنا مضطرون للتشاؤم بالنسبة للمستقبل حيث نجد بوادر اساءة استخدام العلوم وهي تواكب الثورة البيولوجية وتستغلها. دون ان نهمل استغلال تجارة الادمان لثورة الاتصالات. حيث يتناقل المدمنون عبر الانترنت وصفات وكوكتيلات ادمان شديدة الخطورة. بل ربما تكون اكثر خطورة من المخدر نفسه.

٥ ـ مسؤولية الاختصاص: ولكن هل يعني كل ما تقدم تبرير نسب الانتكاس العالية للعلاج؟ وبالتالي فهل هو يعني تخلي الاختصاص عن دوره بحجة عدم الفعالية؟. ام ترانا نقبل مبدأ اعلان فشل الاختصاص والتسليم بان عالم الادمان لا يقبل العودة منه!؟.

من الصعوبة بمكان قبول مثل هذه المواقف. وحسبنا التذكير بان المثابرة والبحث الجدي قد تمكنا من قهر قائمة طويلة من الامراض المميتة وصولاً للحديث عن اختفائها. دون ان يعني ذلك نهاية التحديات ومنها الايدز والسرطانات والادمان ولا تزال البحوث مستمرة.

من هنا ارتأت «الثقافة النفسية المتخصصة» فتح هذا الملف عن «الادمان» في محاولة منها لعرض الحديث من مختلف تيارات البحث واقتراحات العلاج وتبيان امكانياته المتاحة.

حيث سنعرض لاقتراحات علاجية جديدة للادمان ولتجارب العديد من الزملاء المساهمين في الملف بعرضهم لتجاربهم في المجال. آملين ان يفي هذا الملف بغرضه في تأمين مرجع اضافي للمتخصصين العرب. حيث نأسف للتقرير بزيادة انتشار هذه الظاهرة بين الشباب العرب. الامر الذي يقتضي اثارة جوانب هذه المشكلة سواء لجهة الوقاية والعلاج والتعقيدات ومنع الانتكاسات... الخ من خطوات التصدي لهذه المشكلة.

اقتراحات جديدة لعلاج الادمان

ان الانتشار الواسع، الذي يزداد اتساعا عالميا، للادمان كان من شأنه تحويل هذه المشكلة الى حقل تتشارك فيه الاختصاصات المختلفة بهدف تحقيق تكامل بينها من شأنه ان يدعم امكانيات مواجهة هذه المشكلة التي تهدد المجتمعات بالشلل الاجتماعي وتفتح الابواب امام مختلف احتمالات الانحراف بانواعه المختلفة.

وكان العلاج الطبي قد فقد جزءا كبيرا من مصداقيته بسبب كثافة الانتكاسات (العودة للتعاطي بعد العلاج). الا ان بعض الاكتشافات العلاجية الطبية الحديثة تبدو تفاؤلا وتعد بمستقبل افضل للمدمنين المعالجين.

من هذه العلاجات الحديثة يجري الكلام عن علاج يسمى ب: «عملية الامل» وهي كناية عن علاج يبدأ بتخدير المدمن (تخدير جراحي) ثم اعطاؤه تركيبة خليطة من المركبات الكيميائية التي تقضي على الاعتماد الجسدي على الهيروين خلال 24 ساعة. الا ان علامة استفهام كبيرة تطرح حول هذا العلاج بسبب اصرار المعالجين على اعتباره سرا. وهو امر يبقي الاسئلة عن الاضرار الجانبية المحتملة للعلاج بدون اجوبة.

كما يجري الحديث عن فعالية دواء يدعى «نالتريكسون» وآخر يدعى: «بينو برينو فيرين» ايضا فان خلطة الاعشاب الفيتنامية لا تزال تحظى باهتمامات المختصين.

انطلاقا من هذه المعطيات رأينا ان نعرض لبعض الآراء الأولية حول هذه العلاجات مع وعدنا للقارئ بموافاته باي جديد يصلنا حول هذا الموضوع مع الاشارة الى ان المجلة كانت قد عرضت لهذه العلاجات في باب «علم النفس حول العالم» في اعدادها السابقة.

١ ـ عملية الأمل

علماء العالم واطباؤه يتسابقون في الوصول إلى علاج ناجح من هذا الوحش الكاسر المسمى بالإدمان، ففي إيطاليا، وفي مدينة ميلانو بالتحديد يوجد مستشفى اسمه «سان رافاييللي»، في هذه المصحة الإيطالية التي تعالج حالات الإدمان، علقت لوحات في كل ردهاتها تُعلن عن تجربة جريئة وجديدة أطلق عليها اسم «عملية الأمل OPERATION HOPE».

إحدى المريضات كانت فتاة جميلة وأدمنت الهيروين وأصبحت عاجزة عن الحركة اتت بالقطار من زيوريخ إلى ميلانو، وكانت قبل مجيئها تعالج في إحدى المصحات السويسرية وها هي تأتي إلى مستشفى «سان رافاييللي» في محاولة أخيرة للنجاة من جحيم الإدمان.

وقبل أن تخوض تجربة العلاج بعملية الأمل دلفت إلى حمام السيدات وتناولت أخر جرعة هيروين كانت تخفيها بين طيات ملابسها.

وسان رافيللي مصحة ضخمة ذات شهرة أوروبية كبيرة، حيث بدأت الفتاة «باسكوا» تخطو خطواتها الأولى داخل متاهتها بقلب يدق بعنف وقد سرت في بدنها الهزيل قشعريرة شديدة شعرت معها بأن عروقها تصلبت وتجمدت الدماء بداخلها، ولم تكن بمفردها ولكن كان معها ثلاثة آخرون، وقد

وصلت حالتهم ايضاً للذروة اى حالة ما قبل النهاية.

كان هذا في إحدى الليالي قبل دقائق من إجراء أهم مرحلة من عملية الأمل. وبتعبير أوضح أخطر مرحلة فيها بل وأسرعها على الإطلاق بالرغم من خطورتها أحياناً التي كثيراً ما تحدث عنها نقاد التجربة ومبتكروها أيضاً على حد سواء.

وتعرف هذه المرحلة الخطيرة بمرحلة الإبراء الخاطف، أي تخدير المدمن تخديراً كلياً وبعد ذلك يتم إعطاؤه جرعة دوائية هي توليفه من بعض المواد الكيميائية تبرئ المريض وتنفي دماءه وتظهر عظامه من شيطان الهيروين فيستعيد الجسم مرة أخرى كامل حيويته وكأنه لم يتناول اي جرعة هيروين من قبل. وبعد ستة ساعات من التخدير التام يبدأ المريض تدريجياً في استعادة إحساسه. وخلال ٢٤ ساعة يصبح الجسم نظيفاً من أي اثر للهيروين الملعون.

أما المرحلة العادية فهي تتم دون اللجوء إلى تخدير المريض بل تتم وهو في كامل وعيه، لكن تتخللها آلام رهيبة، لا يمكن وصفها وتستمر آلام المدمن معها لمدة أسبوعين وربما لمدة أطول ويتوقف نجاح هذه التجربة على قوة احتمال المريض للآلام الرهيبة.. ولكن بعض المرضى يفشلون حتى قبل بدء التجربة ويعودون للتعاطي بمجرد خروجهم من المستشفى كما سبق وذكرنا.

وتعد تجربة عملية الأمل هذه من أغلى التجارب التي يمكن أن يخوضها المدمن حيث تصل تكلفة العلاج في إيطاليا إلى ما يقرب من عشرة آلاف دولار، وبالرغم من ارتفاع ثمنها وتحذيرات نقادها، يوجد في إيطاليا وحدها أكثر من ألف مدمن ينتظرون، موعداً لدخول مصحة رافاييللي لإجراء تجربة العلاج الجديد.

والمثير للدهشة هنا أن «اطباء أورود» كما أطلقوا على أنفسهم في إيطاليا يرفضون الكشف عن سر وسيلته السحرية حتى الآن.

٢ ـ النالتريكسون

ولكن غموض التجربة بدأ يزول وظهر في ألمانيا بعض الأطباء النفسيين الذين استطاعوا أن يتوصلوا لمثل هذه التجربة إن لم يكن للأساليب نفسها التي تجري في إيطاليا وهذا الاحتمال هو الأقرب للترجيح، من بين هؤلاء الطبيب النفسي ميشيل سويكا الأستاذ بجامعة ميونيخ، وكذلك البروفيسور فرانكفورت، واليك تفاصيل هذه التجربة التي صورتها مجلة «شتيرن » الألمانية:

في جنح الظلام انطلق هذا الطبيب بسيارته الصغيرة حيث تعيش مريضته التي تبلغ من العمر خمسة واربعين عاماً، ومعها أولادها الثلاثة وتعاني من إدمانها للهيروين الأبيض منذ اكثر من سبعة وعشرين عاماً، حتى اصبحت على شفا الهاوية.

وأخيراً قررت هذه السيدة إجراء هذه التجربة قبل ان تلقى حتفها، خاصة وان هذا الطبيب قد وعد باجرائها على نحو أفضل مما هي عليه في إيطاليا، وقال لها بثقة اقرب إلى الغرور: إنني اعتبر نفسي الرائد في مجال الإسراع بعملية الإبراء من السموم، وفي ليلة إجراء هذه العملية. أرسلت الأم أطفالها الثلاثة إلى جدتهم ولم يكن معها سوى صديق يعلم بأمر إجراء تجربة عملية الأمل، التي كانت بالنسبة لها وميض الأمل الأخير.

لقد كانت هذه الأم تعرف ان العملية خطيرة فضلا عن انها غير قانونية حتى الآن في المانيا ذلك لأن المادة الفعالة المستخدمة في إجرائها والتي تسمى «نالتريكسون NALTREXON» غير مصرح باستخدامها قانوناً. وقد أخبرها الطبيب أنه يقوم باجرائها دون أدنى مسؤولية قانونية تترتب عليه، اما خطوات إجراء عملية الأمل كما اجراها الطبيب هي انه في البداية اعطى مريضته حقنتين مهدئتين قبل أن يشرع في أي شيء، وبعد ذلك طلب معلقة وكأسا به بعض الكولا ثم أخرج من حقيبته قرصا أصفر اللون فتته داخل المعلقة حتى أصبح مسحوقاً، ودس هذا المسحوق داخل الكأس وتفاعلت هذه المادة مع الكولا وفارت مثل «دواء فوار» وعلت الرغوة، وتطايرت فقاقيعها ثم نظر الطبيب إلى مريضته محدقاً فيها وبادرها قائلا: هل أنت مستعدة الآن؟.

أما المريضة فلم تكن حالتها تسمح لها بالرد، لذا أومأت بوهن شديد برأسها وتناولت على الفور الكأس مرة واحدة، أما صديقها فكان ممسكاً بجيتاره حيث عزف أغنية خفيفة كي يخفف من شدة آلامها.

وبعد ربع ساعة انطلقت الآلام الرهيبة وبدأت هذه السيدة تتلوى من شدة الألم وشرعت تتأوه وتهذي بكلمات غير معروفة وانتابتها رعشة شديدة في كل جسدها حتى تشنجت تماماً، وخلال الساعات الثلاث الأولى وصلت معركتها مع نفسها إلى الذروة، ثم استأذن الطبيب في الانصراف وترك لصديقها رقم جهاز الاستدعاء «البيجر» الخاص به الاستدعاء في لحظة الحاجة إليه.

وفي صباح اليوم التالي أخبرت طبيبها أنها لم تبرأ بعد من آلامها كما وعدها الطبيب ولكنها الآن خالية من أي سموم على أية حال.

لقد تكلفت هذه العملية المنزلية البسيطة حوالي ١٦٠ ماركا المانيا فقط في حين تتكلف في إيطاليا حوالي أحد عشر ألف مارك الماني؟!.

رغم ذلك فإن خصوم التجربة يرون ان المريض سرعان ما يعود لإدمانه مرة أخرى إلا انهم اجمعوا على نجاح هذه التجربة من حيث كونها السلاح الجديد الفعال في مواجهة غول الإدمان الذي يهدد المجتمع الإنساني كله بالانهيار، وبالرغم جهود كافة الجامعات العالمية، وكذلك القائمين على صناعة الدواء العالمية من أجل التوصل إلى علاج ناجح، إلا ان كل ما توصلوا إليه يعد عاملا مساعدا وليس علاجاً كاملاً.

٣ ـ ادمان التدخين

معظم الدراسات العلمية التي ظهرت في أوروبا خلال الفترة الماضية عبرت عن تشاؤمها الشديد بسبب ارتفاع اعداد المدخنين والخسائر الاقتصادية الفادحة فضلا عن ارتفاع نسبة الوفيات بين المدمنين. واكدت على ضرورة الاهتمام بالعامل النفسي الذي يقوي ويدعم إرادة المدمن في المقام الأول.

ففي الثمانينات المنصرمة من القرن الماضي توصل البروفيسور «كلاوس او بينس» إلى ابتكار شريط لاصق يساعد في الإقلاع عن التدخين، ومنذ عام أصبح هذا الشريط يباع مثل اللبان والشيكولاتة دون تذكرة طبية، واثبتت الدراسات أنه من بين عشرين مدمن تدخين تخلص واحد منهم فقط من إدمان

النيكوتين، ويرى الدكتور (أنيل باترا) ان هذا الشريط اللاصق الذي يوضع على الجسم يساعد في الإقلاع عن التدخين ولكن لفترة محدودة. ولا تزال التجارب جارية لتطوير هذا الشريط.

٤ ـ ادمان الكحول

أما بالنسبة لإدمان الخمور فما زال العلماء يجربون كل يوم أدوية جديدة، لعل احدثها هي التي يتم تجربتها الآن حيث دخلت مرحلتها النهائية من حيث النتائج قبل طرحها في الأسواق الأوروبية، وهي أقراص (كاربامازين Carbamazein) التي تساعد على الإقلال من الإفراط في تناول الخمور، وقد قام الطبيب (البريشتا أولمار) في مدينة شتوتجارت الألمانية بتجربة هذه الأقراص على مائة مدمن خمور، وقد ساهمت الاقراص بشكل إيجابي في التخلص من الإدمان، وسوف يطرح هذا العقار في الاسواق الأوروبية إن لم يكن قد طرح فعلا.

وهناك نوع آخر من الأقراص تجربة الآن أربع عشرة مصحة المانية متخصصة في علاج الخمور وتمت تجربته على ٢٧٢ مدمن خمور باستخدام قرص واحد يومياً، وتسمى هذه الاقراص (اكاميروسات Acamprosat) وقد بلغت نسبة نجاح هذا العقار الجديد حوالي ٤٣٪ وبعد الانتهاء من التجارب على هذا الدواء سوف يطرح في الأسواق، يعلق عليه العلماء إمالاً كبيرة لمكافحة الإدمان، ولهذه الأقراص تأثير الكحوليات المباشر نفسه على خلايا الأعصاب في المخ دون أن تجعل المريض مدمنا لها.

٥ ـ العلاج البديل

اما بالنسبة للهيروين فإن مادة (النالتريكسون ـ Naltrexon) تفعل مثلما تفعله الأقراص المستخدمة في علاج إدمان الخمور، ويرى خبراء النالتريكسون ان مادتهم السحرية تساعد على ابراء المريض من سموم الهيروين بنسبة ٧٠٪ خلال عام واحد فقط، والبعض الآخر يؤكد ان نسبة الإبراء تصل في التجربة الواحدة إلى ٣٠٪ وكافة الادوية المستخدمة في علاج الهيروين قبل النالتريكسون تعد عوامل مساعدة هي الأخرى.

سمح قانون المواد المخدرة في المانيا عام ١٩٩١ باستخدام مادة تسمى (ميثادون Methadone) لعلاج مدمني الهيروين، وذلك وفق ضوابط معينة، وإلى جانب مادة الميثادون تستخدم أيضاً مادة الكوادتين المخدرة لسد جوع المدمن للهيروين، وتعتبر مادة الكودتين أفضل بديل لبودرة الهيروين، فكلاهما مشتق من المورفين، ولكن الأول وأقل خطورة من الثاني بما لا يقاس.

وبفضل مادة الميثادون تمكن حوالي ١٥٠٠ مدمن من التخلي عن الهيروين، وخلال العامين الماضيين تخلص نصف المعالجين بمادة الميثادون من إدمانهم أو على الأقل عادوا لممارسة أعمالهم مرة أخرى أو الذهاب إلى أماكن دراستهم.

وبالنسبة للكوكايين فلا تزال تجارب العلماء تبحث عن حل لمدمني هذه المادة والعلاج في المصحات لهذا النوع مكلف للغاية، فبعد ان يختفي اثر الكوكايين من بول المدمن سرعان ما يعود إليه مرة أخرى خلال ستة اسابيع فقط، ولا تزال تجارب العلماء تبحث عن وسيلة تعالج الكوكائين وذلك عبر العثور على مادة بديلة له تؤدي الدور نفسه والمتمثل في تهييج مادة الدوبامين الموجودة بالمخ ولكن دون أثار جانبية أو إدمان.

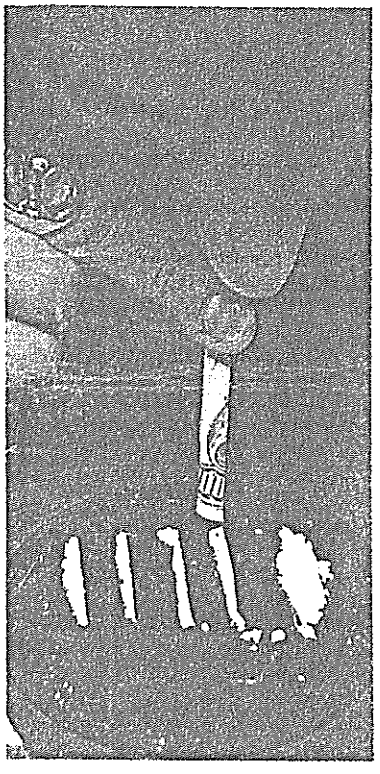
٦ ـ تجربة عربية

أما بالنسبة لاستئصال الهيروين من اجسام المدمين وبدون ألام فإن هناك عملية تعد الأولى من نوعها في العالم، إذ تتم خلال مدة تتراوح من ٣ إلى ٥ ساعات وهذه العملية ستفتح أفاقاً لوضع حد لآلام التخلص من الهيروين، مما سيساعد على قتل شبح الإدمان بيسر وسهولة.

فلقد قام الدكتور نبيل عبد المقصود استاذ السموم بكلية طب قصر العيني بالقاهرة بعمليات الاستئصال هذه والتي تعد انتصارا في هذا المجال.

اما الطريقة التي استخدمها الدكتور نبيل عبد المقصود فقد كانت حصيلة دراسة طويلة قام بها الى ان تمكن من تحديد الجرعات والتأثير الفعلي للادوية قبل طرد المخدر، وقد ساعده في ذلك خبرته في علم السموم.

يمكن من خلال هذه العملية استئصال المخدر بالكامل من الجسم دون ان يشعر المريض باي الام انسحابية، وتستغرق حوالي ٣ ـ ٥ ساعات حسب حالة المريض ثم يوضع المريض تحت الملاحظة لمدة ٦ ساعات اخرى ويتم بعد ذلك خروجه الى العالم بوجه جديد دونما أي إحساس برغبة العودة لمواجهة شبح الإدمان مرة أخرى.



السموم البيضاء ابنة غير شرعية للتدخين

وتتخلص العملية في دراسة حالة المريض الطبية اولاً للتأكد من صلاحيته لهذه العملية، إذ يتوجب أن يكون في حالة طبية جديدة، اي عدم وجود امراض بالقلب او غيره، ولكن لا علاقة لهذا الإجراء نهائياً بنوعية المخدر او فترة التعاطي، حيث ان ذلك لا يدخل ضمن محظورات إجراء العملية، بعد ذلك يتم تخدير المريض بطريقة معينة، يفقد خلالها الوعي تماما، ومن هنا تبدأ عملية استئصال المخدر من خلال استخدام العقاقير بعد حساب الجرعات اللازمة منها بدقة، وهي تختلف من مريض إلى مريض حسب نوعية الإدمان وفترة التعاطي، ثم يتم إعطاء العقاقير من خلال الزرق بالوريد (كانيولا) وتقوم هذه العقاقير بطرد المخدر من الخلايا وتستغرق ساعتين، بعدها يتم عمل ما يسمى بعملية التنظيف لمسح ما يتبقى من مخدرات بالجسم من خلال استخدام الحقن بالعقاقير داخل الكانيولا، ويستغرق ذلك حوالي ساعة او ساعتين حسب الحالة ايضا.

ويجب ان نركز هنا على أنه لا يتم اخذ اي دم، حيث ان الكثيرين يعتقدون ان التخلص من المخدر يكون من خلال تغيير دم المريض، وهذا علمياً لا اساس له من الصحة، ثم بعد ذلك تتم أفاقة المريض تدريجياً بعد التأكد من خلو جسمه من المخدر، ليوضع بعدها في غرفة للملاحظة لمدة تتراوح من ٦ ـ ٨ ساعات يخرج بعدها المريض الى الحياة مرة أخرى بدون اي اعراض، ودون استكمال اي علاج، بل وبنجاح تام ودون اية اثار جانبية.

٧ ـ استخدام الأعشاب لمعالجة الإدمان على الهيروين

يجرب الاطباء دواءً جديداً من أجل معالجة الإدمان يدعى الدواء الطبيعي بـ Heantos هينتوس وهو مركب من 13 نبتة فيتنامية اي نباتات طبيعية تعيش في الاراضي الفيتنامية. وقد ابتكر هذه التركيبة العشبية من قبل عامل بناء في العاصمة هانوي الذي اصر على ايجاد دواء يشفي من الادمان على الهيروين الذي كان سبباً في دمار اسرته.

ولقد اثار اكتشافه لهذا الدواء اهتمام السلطات الصحية الفيتنامية، كذلك اهتمام السلطات الصحية الدولية خاصة في الولايات المتحدة نظراً لانتشار المخدرات في تلك المنطقة. وقام قسم برنامج التطوير في هيئة الامم المتحدة باستثمار ما يعادل 400 ألف دولار اميركي من اجل دعم الاختبارات السريرية التي ستجرى على هذا الدواء في جامعة «جون هوبكنز» في بالتيمور وجامعة «فيرجينا كومن ولث» وكلتاهما في الولايات المتحدة وقامت الحكومة الفيتنامية بدعم مادي قدره 100 الف دولار اميركي من اجل هذا المشروع.

وعلق المتحدث باسم برنامج التطوير في الامم المتحدة UNDP بقوله ان هذا الدواء يستند إلى فكرة ذكية ويستحق التشجيع.

لذلك سيقوم الاطباء في جامعة جون هوبنكز باجراء التجارب المطلوبة لمعرفة المقادير العلاجية التي يمكن اعطاؤها للمرضى بهدف تحقيق الفائدة المطلوبة ضمن مقاييس ومعايير دولية يمكن استخدامها في جميع البلدان.

ويعتقد الباحثون ان نجاح التجارب على هذا الدواء سيعطي الحكومة الفيتنامية الأولوية لتسويق دواء «هينتوس» تجاريا.

وقد قام العلماء الفيتناميون بعض تجاربهم ونتائجها على الحكومة الاميركية وادارة الغذاء والدواء FDA للحصول على تصريح او تشريع لاستخدام هذا الدواء داخل اميركا.

ويعتبر النقاد ان هذا التعاون بين العلماء الفيتنامين والاميركيين يعتبر الأول من نوعه على الصعيد العلمي. وصرح الفيتناميون انهم استطاعوا منذ عام 1991 علاج ما لا يقل عن 4000 مدمن على الهيروين والكوكايين بواسطة دواء هينتوس الذي يعني باللغة اليونانية نبات. وقالت هوياتوان التي قادت الاختبارات على هذا الدواء في معهد هانوي للكيمياء، ان هينتوس هو عصارة الطب التقليدي والشعبي في فيتنام. وهو داواء جيد، إذ يأمل الجميع ان يتم استخدامه داخل فيتنام وخارجها لشفاء المرضى المدمنين.

ويتوقع الاطباء ان تبلغ تكلفة تجارب هذا الدواء في اميركا التي ستبدأ في العام المقبل، ما يعادل 3 الى 4 ملايين دولار خلال السنوات الثلاث المقبلة وهذه الاموال قد تأتي من متبرعين أو من مستثمرين.

والبعض يرى ان دعاوى فوائد هذا الدواء قد لا تكون كما يتوقعه البعض. لكن يتفق الجميع على ان اي دواء ضد الادمان والمخدرات يستحق الاهتمام والتجارب لخفض حدة هذه المشكلة المستعصية.

ولقد طرحت اعشاب طبية متعددة في الفترة الاخيرة لمكافحة الادمان، لكي تقوم ادارة الغذاء والدواء الاميركية بالتحقق من فائدتها، واعطاء اشارة لصلاحية الاستخدام.

ما يخشاه الباحثون الان هو ان يتم التقييم تحت ضغوط تجارية لتسويق هذا الدواء. وقد عبرت

منظمة الصحة العاملية WHO عن قلقها تجاه هذه النقطة بتقرير دولي أوضحت فيه انه حتى الان لم تتم تجارب سريرية على هذا الدواء، ولا توجد نتائج تجارب على الحيوانات لمعرفة سلامة هذا الدواء. وجميع التقارير المطروحة تعتمد على التجارب السريرية الشخصية لبعض الاطباء لبعض الحالات المنفردة.

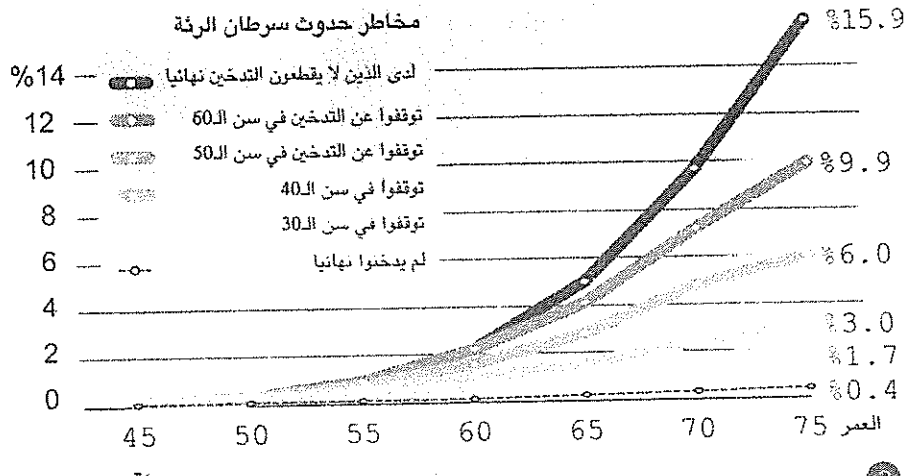
لكن ادوار واتزي رئيس مهمة برنامج التطوير للامم المتحدة في هانوي قال انه يجب تحمل المخاطر المحتملة من استخدام هذا الدواء في سبيل مكافحة المخدرات، التي تبلغ خسائرها المباشرة وغير المباشرة ما يعادل 80 مليار دولار في الولايات المتحدة فقط وبقول مكتشف دواء «هينتوس» تران خونغ دان ان مبدأ الدواء يقوم على تخليص الجسم من السموم وانهاء الاعتماد على المخدرات، وذلك بعكس الادوية الغربية التي تعتمد على استبدال هذا الدواء باخر قد يكون له المفعول نفسه على الجسم.

والمركبات الأساسية التي تدخل في دواء «هينتوس» غير معروفة حتى الان إلا من قبل مجموعة محدودة من الناس يتراسها مبتكره تران خونغ دان.

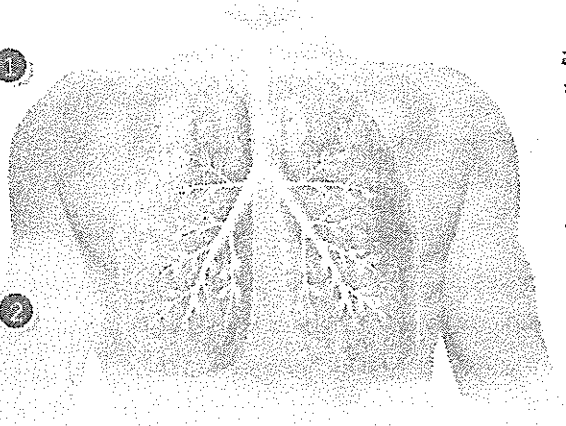
ويذكر ان مبتكر هذا الدواء باع بيته ليصرفه على المخدرات التي أدمن عليها فترة طويلة من الزمن. ولقد ترعرع دان في أسره تمارس تقاليد الطب الشعبي منذ فترة طويلة من الزمن. وقد نجح بتطوير الدواء الجديد في البداية على شكل شراب، لكن الدواء متوفر ايضا على شكل كبسولات. ويعمل الدواء على مرحلتين: الأولى تساعد على التخلي عن تناول العقاقير خلال الاسبوع الاول من تناوله، والمرحلة الثانية لمنع رغبة العودة للمخدرات وذلك بعد تناول الدواء لمدة شهر.

فوائد الاقلاع عن التدخين

اشارت الاحصائيات الى ان واحدا من بين ستة مدخنين يصابون بالسرطان في سن الـ76 سنة، كما بينت ان الاقلاع عن التدخين يؤدي الى فوائد كثيرة



رئة مدخن



1 الاذية تتوقف: الحمض النووي المنقوص الاوكسجين طهش لا يتحرض بالعوامل المسببة للسرطان

2 الاذية القديمة تنعكس: يزيل الجهاز المناعي جميع الخلايا المتاذية نتيجة التدخين

3 الدفاعات الرئوية تعمل بشكل فعال: بعد التوقف عن التدخين يزول تأثير النيكوتين والعوامل السامة الاخرى في الجهاز المناعي، لذلك يقوم الجهاز المناعي بدور فعال في ازالة الاجسام الغريبة ومكافحة الجراثيم

كي ار تي «الشرق الاوسط»

التحليل النفسي لحال التخدير بالحشيش ونمط شخصية متعاطيه

البروفسور مصطفى زيور

لا بد لي أن أذكر منذ البداية انه عندما طلب إليّ أن اعالج موضوع تعاطي الحشيش من الوجهة النفسية، ترددت كثيراً وشعرت بالحيرة. فلو إنني كنت أعرف الجواب الصحيح الكامل، على هذه المشكلة، لكنت متناقضاً مع نفسي. ذلك أنني أشرف على هيئة بحث المخدرات في هذا المركز منذ خمس سنوات واصدرنا تقريرا يسجل النتائج التي وصلنا إليها، وهي لا تعد إعداد ادوات هذا البحث وتقنينها، ثم تطبيقها تطبيقاً استطلاعياً، ولا يزال علينا بعد ذلك أن نطبقها تطبيقاً تجريبياً نهائياً حتى نحصل على مسح شامل لجوانب المشكلة، فضلاً عن أنه لا يزال امامنا ان نجري التجربة الحاسمة، اعني البحث المتعمق الذي يستوحي فروضه من نتائج المسح ويستخدم في إجرائه تصميم تجارب دقيقة نستعين فيها بادوات القياس السيكولوجي الدقيق، وخاصة الاختبارات الاسقاطية التي تهيء لنا النفاذ إلى اعماق النفس، ومقارنة ما نحصل عليه منها بنتائج الفحص الإكلينيكي المستند إلى منهج التحليل النفسي. وغني عن البيان ان الخطوات الباقية امامنا لا بد ان تستغرق عدة سنوات. فالمطلوب مني الان اذن ان اسبق النتائج النهائية، فلم يعد في وسعي الا ان اعتمد على خبرتي الشخصية المستمدة من ممارستي التحليل النفسي الإكلينيكي، لأن النتائج التي وصلنا إليها في هيئة بحث المخدرات مسجلة في تقرير مستقل.

وجدير بالذكر ان نتائج خبرتي هذه هي التي دفعتني الى اقتراح اجراء بحث شامل في موضوع تعاطي الحشيش، وذلك حين تبين لي ان مثل هذا البحث لا يقتصر على استجلاء طبيعة هذه المشكلة الخطيرة، وانما يصلح فوق ذلك لان يكون زاوية يمكن من خلالها دراسة موضوع الصحة النفسية باسره في هذه الجمهورية.

وارى لزاماً علي قبل البدء في عرض ما أعرف عن هذه المشكلة ان اوضح مدى صلاحية منهج التحليل النفسي للكشف عن طبيعة الوقائع النفسية. يظن الكثيرون ان التحليل لا يعدو ان يكون طريقة للعلاج النفسي، ثم نظرية عامة في علم النفس المرضي ولكن إذا كان العلاج بالتحليل النفسي يسفر عن نتائج يمكن صياغتها في نظرية عامة في علم النفس، فهذا يعني ان العلاج بالتحليل يمدنا بوقائع طريفة لم يسبقه اليها سائر وسائل البحث في علم النفس. والواقع ان منهج التحليل النفسي الإكلينيكي يعتبر من

الناحية الميثودولوجية (فلسفة مناهج البحث في العلوم) منهجاً أصيلاً في البحث السيكولوجي. وهذا ما دعا «لاجاش» أن يطلق على منهج التحليل النفسي العلاجي أنه «فعل هو البحث»[1]. ومن جهة أخرى ينبغي أن انبه إلى ان منهج التحليل النفسي لا يشبه التحاليل الكيميائية التي ترد المركبات إلى عناصرها الأولية، بل هو منهج نشوئي يقوم على إرجاع المركبات السوية والمرضية لدى الراشد إلى أصولها في الخبرات الطفلية المبكرة، مثله في ذلك مثل علم الاجنة. ولا يعني هذا ان منهج التحليل النفسي لا يقيم وزناً للأحداث الجارية في حياة الراشد: فالصيغة العامة لنظرية التحليل النفسي في تفسير السلوك المرضي تجري كالآتي: إحباط لا يقوى الراشد على مواجهة اثاره النفسية بحل واقعي مناسب، سواء أكان ذلك نتيجة لضخامة الإحباط، أو لاستعداد نشوئي قوامه عدم القدرة على احتمال الإحباط، والأغلب ان يكون ذلك مزيجا من العاملين معاً، وتؤدي نتائج الإحباط الصدمي للنفس إلى توتر يؤدي بدوره الى النكوص في أنماط من السلوك تميز مراحل الطفولة، خلاصاً من الموقف المحبط.

وتختلف الأمراض النفسية تبعاً لاختلاف مراحل الطفولة التي ينكص اليها. ولما كان التفاوت بين سن الرشد ونمط نزعاته الطفلية مصدر صراع جديد، فإن المريض يعمد إلى ميكانيزمات دفاعية يحارب بها نزعاته الطفلية ويخفيها عن إدراكه الشعوري من ناحية، ويشبعها بصورة مقنعة من ناحية أخرى.

وإذا تساءلنا عن المرحلة التي ينتمي اليها سلوك متعاطي المخدرات فهي مرحلة مجاورة للمرحلة التي ينتمي اليها المرضى بذهان «الهوس والاكتئاب» اي المرحلة الفمية المتأخرة (بالقياس إلى المرحلة الفمية المبكرة المميزة لذهان الفصام) حيث يتركز نشاط الطفل ونمط علاقته بالغير في منطقة القم (مرحلة الفطام من الرضاعة).

وفي رأيي أنه بالرغم من أن غالبية متعاطي الحشيش لا تندرج في فئة الإدمان بصورته المعروفة في الأفيون مثلاً، فإن الصورة القصوى لتعاطي الحشيش (تعاطيه من ٥٠ ـ ١٠٠ مرة فأكثر شهرياً) لا تختلف في بنائها السيكولوجي عن صورة الإدمان في الافيون، اما تعاطي الحشيش بصورة «معتدلة» (نحو مرة/يومين)، وهي الصورة الغالبة لدى المتعاطين استناداً الى نتائج هيئة بحث المخدرات، فإنها لا تختلف عن الصورة القصوى الا في الدرجة وليس في النوع. وبالتالي يحق لنا ان نتخذ الصورة القصوى موضوعا في بحثنا هذا في ضوء التحليل النفسي باعتبارها صورة تظهر ما يدق على الادراك في الصورة المعتدلة.

على أن حالة التخدير بالحشيش تختلف عن غيرها، بما تتميز من انطلاق اخيلة هازلة لما تحفل به من مفارقات مؤدية الى «قهقهة» خاصة، تفرغ شحنات عظيمة من التوتر تفضي إلى «فرقشة» من ونوع فريد. والدليل على ذلك ان الكثيرين من مدمني الأفيون يتعاطون الحشيش أيضاً، ويقررون انهم يستشعرون «خرمان الحشيش» ويصرون على اختلاف النوعين «الخرمان». فهم يتناولون الافيون اساساً لاستبعاد اثار «خرمان» الافيون المؤلمة جسمياً ونفسياً، وبالتالي لاستعادة النشاط ولالتماس القدرة على احتمال المشقة. اما الحشيش فهم يتناولونه للحصول على تلك «القرفشة» الفريدة السابق ذكرها، كما ان التخدير بالحشيش ينفرد بخصوص كمية السكر في الدم فيثير الجوع ولاسيما الى المواد السكرية، مما يعزز النكوص

(١) من أعمال الحلقة الثانية لمكافحة الجريمة، المركز القومي للبحوث، القاهرة.

(١) انظر: «المجمل في التحليل النفسي» ترجمة مصطفى زيور وعبد السلام القفاش، ص ٢٠٣، القاعرة ١٩٥٧.

الى العشقية الفمية المميز لحالات التخدير كما سنفصله في حينه.

سيكولوجية المرح

يعتنق المحللون النفسيون اليوم قول Simmel إن المرح في الإدمان إنما هو ضرب من «الهوس» Hipomania الصناعي، وهذا يعني ان مرح الإدمان إنما هو ميكانيزم دفاعي للتغلب على الاكتئاب والخلاص منه، كما يحدث تلقائياً لدى بعض مرضى «الهوس والاكتئاب» وسأفصل الان القول في سيكولوجية المرح بوصفها محور سيكولوجية تعاطي الحشيش.

الإنكار بوصفه الميكانيزم الدفاعي الأساسي في المرح إذا كانت «الهستيريا التحولية» تتميز بميكانيزم الكبت، وعصاب «الوسواس» بميكانيزم التكوين العكس و«البارانويا» بالإسقاط و «الاكتئاب» بالادماج، فإن مرح «الهوس» يتميز باستخدام ميكانيزم الإنكار على نطاق واسع. على ان الانكار يختلف عن الميكانيزمات الدفاعية الأخرى. ولا سيما ميكانيزم الكبت، في أنه لا يوجه الى مغالبة مطالب الغريزة، بل يوجه أساساً إلى وقائع مؤلمة في العالم الخارجي. إلا أنه حسن تفلت محتويات اللاشعور من قبضة الكبت وتصبح شعورية فتثير الضيق والألم، أو عندما يندلع وجدان الهيلة (الخوف بلا مبرر واضح). أو الحسرة المريرة نتيجة للإحباط، فقد يعمد «الانا» الى ميكانيزم الإنكار يستعين به على التخلص من الوجدان المؤلم، ويعالجه وكأنه واقع خارجي مؤلم. فغاية الإنكار في نهاية الامر، تفادي الهيلة والشعور بالعجز او الحطة او الملامة مما يخدش نرجسية الذات (اعتبار الذات وتقديرها لذاتها) على ان الإنكار في حالة المرح لا يكون الا جزئيا، بحيث نجد إلى جانب الرفض قبولاً وهما موقفان يؤديان الى انفصام طفيف في الذات وتتوقف النتيجة على أيهما تكون له الغلبة، اما الانكار الشامل للواقع الخارجي والداخلي فهو الطريق الى الفصام المستحيل. وهاك مثال على حال من مرح الهوس الطفيقف مأخوذ من حالة إكلينيكية نشرناها في «مجلة التحليل النفسي الفرنسية» (العدد الرابع ١٩٤٨).

مريضة بالربو كانت تعالج بالتحليل النفسي، وكانت سيكولوجيتها تتخلص في تعلق شديد بالأم افصح عن نفسه اثناء العلاج في ارتباطها الشديد بي بوصفي بديلاً عن امها. ثم في اندلاع نوبات من الهيلة مصحوبة بأزمات شديدة من الربو كلما لاح احتمال الانفصال عني، وكانت الازمات تشتد بصورة ملحوظة كلما انقطع العلاج بسبب العطلات الاسبوعية او الاجازات. وعندما بدأت الإجازة الصيفية، وانقطع العلاج، قضت المريضة الاسبوع الأول نهباً لأزمات حادة من الربو، ثم شعرت بتحسن كبير، واصبحت تفيض نشاطاً وحيوية، وتخلصت من الالم والتوعك، وعلقت على هذا التبدل في حالها، عند استئناف العلاج، بقولها: «كنت كأنني في نشوة، ولكنني كنت أحس بأني لن ابقى على هذه الحال، وانها حال وهمية، وانني لم اكن انا، كما لو كنت اريد ان انسى». والواقع انها استطاعت ان تستأنف عملها بعد انقطاع طويل على نحو ادهش رؤسائها. وفضلا عن هذا، فقد حدث لها تغير هام اثناء الإجازة الصيفية. ذلك انها وهي المعتزلة الزاهدة زهداً تاماً منذ فارقها زوجها، تعرفت الى رجل واتصلت به اتصالاً جنسياً، وقالت لي بهذا الصدد: «أنت المسؤول يا دكتور عما فعلت». تقصد ان سفري وانقطاع العلاج هو الذي دفعها الى هذا السلوك. وحقيقة الامر ان هذه العلاقة الجنسية التي كونتها كانت علاقة زائفة، حاولت بواسطتها إنكار ارتباطها الطفلي بي، وإيهام نفسها بأنها تحررت من نفوذ الام، واصبحت تسلك مسلك السيدة الناضجة. وبهذه الحيلة تغلبت على ما شعرت به من هلع لفكرة الانفصال عن الام، وما

اصيبت به من اكتئاب لهذا «النبذ» وبمجرد استئناف العلاج بعد الإجازة، عاودها شعور غريب في سرتها طالما احست به اثناء فترات العلاج السابقة وخاصة في بدء العلاج وذكرها آنذاك بالحبل السري الذي يصل المولود الحديث بأمه. واطلق شعورها بان وجودي بجانبها اثناء العلاج اشبه بوجود ام تحنو عليها وتسهر على امرها. وفضلاً عن عودة هذا الشعور، فقد بدأت اعراض الربو تظهر عليها، وأمست اقل انتاجاً في عملها. اما سلوكها الجنسي فقد عدلت عنه، بالرغم من الحاح صديقها.

وجدير بالذكر انه بالاضافة الى الشعور بالنشوة والمرح، وازدياد نشاطها نتيجة لميكانيزم الإنكار، فقد كا سلوكها اثناء عطلة الصيف يقلد ودون وعي منها الكثير من صفاتي، مثل لأزماتي اللغوية ونمط إيماءاتي ونبرات صوتي. فكأنها توحدت بي بوصفي كائناً مثالثا، وبذلك انكرت غيابي، وقضت عطلتها الصيفية في حال من مرح الهوس الطفيف.

الإنكار ونمو الذات

ويعتبر ميكانيزم الانكار، من الناحية النشوئية، مظهراً سوياً في سلوك الطفل في بعض مراحل نموه. فالطفل بطبيعته غير ملزم باحترام الواقع دائماً، ومن ثم نراه يمعن اثناء لعبه في اخيلة هازلة او جادة تبتعد عن الواقع، مستنداً الى الانكار. ويأتي الانكار عنده على ضروب ثلاثة: بالأخيلة او الافعال او الاقوال. فثمة طائفة من الاطفال كشفت دراستهم في ضوء التحليل النفسي عن تحاشيهم الوقوع في «المخلفات» (المرضية) بإنكار ضعفهم وعجزهم عن طريق أخيلة يرون فيها أنفسهم اشخاصاً أقوياء، فيتخيلون انهم مدربو وحوش مثلا. وطائفة أخرى يعمدون الى افعال بعينها تخفف من وطأة الهيلة. فذلك طفل لا يحتمل صحبة الكبار الا اذا كان يحمل سيفاً، لتعويض شعوره بالضعف، ويصر على حمله حتى اثناء الاكل والنوم. وتورد لنا «انا فرويد» مثالاً على الانكار بالاقوال، في قصة تلك الطفلة التي كانت تعاني حسرة من جراء عطلها عن القضيب فتومئ الى دجاجة قائلة: «انظروا الى هذه البيضة التي وضعتها الدجاجة) دون ان تكون هناك بيضة إطلاقاً، وبذلك تختلق وجود المفقود، وتنسب الى الاخرين الحسرة خلاصاً منها، واذا طال المقام بالانكار حتى عهد الطفولة المتأخر، نشأ عنه الكذب باعتباره وظيفة دفاعية نفسية. ويعود ذلك الى الظهور لدى بعض المرضى الكبار في صورة ما يسمى «ميثومانيا» (هوس الكذب».

التحليل النفسي العلاجي والمرح المفتعل

يحدث كثيراً عندما يتقدم المريض في علاجه بالتحليل النفسي ان يخطر له خاطر فيقول لنا مثلاً: «لعلك تتساءل من تكون هذه السيدة التي ظهرت لي في الحلم الذي رويته لك، انها على كل حال ليست أمي». وتدلنا التجربة على ان السيدة هي امه من غير شك. يمكن اذن للمحتوى اللاشعوري المكبوت ان يدخل منطقة الشعور على شرط ان ينكر. وفي احيان كثيرة، يستعين المريض اثناء التحليل بالإضافة إلى الانكار او النفي العقلي. بانكار الوجدان المؤلم المصاحب لفطنة المريض الى افكار مؤلمة كانت مكبوتة، وذلك باصطناع مرح هوسي مؤقت اثناء الجلسة، كأن يغرق مثلاً في سرد نكات مضحكة، أو يتندر على المحلل، ويتلاعب بالالفاظ، الى غير ذلك من وسائل انكار الهيلة او الانقباض، وبوجه عام وجدان يجرح اعتبار الذات. وتقوم الحياة أحياناً بدور المحلل حيث تواجه الانسان بحقائق تضطره الى الاعتراف بها، ولكنه لا يقوى على احتمالها وجدانياً، فيستخدم الانكار الذي يكون المرح مصاحبه الوجداني.

الهوس والنوم

يذهب أصحاب التحليل النفسي الى ان النوم رجوع الى حالة الاشباع الفمي في الطفولة المبكرة، فالرضيع بعد الشبع يستغرق في نوم بلا احلام، او بالاحرى يستسلم لحلم غفل ـ اي منظر غفل متسق يمثل صورة لاحقة مستمرة للثدي، شبيهة بشاشة السينما، وعلى هذه الشاشة تسقط في السنوات اللاحقة الصور التي تمثل المستوى الظاهر للأحلام، وعلى ذلك فإن النوم العميق الهادئ الغفل يكرر نوم الرضيع الهادئ بعد شبعه ويستعيد اتحاد «الانا» بالثدي ولكن النوم، حتى لدى الرضيع، لا يخلو من دخلاء يعكرون صفوه، وتقوم الاحلام بوظيفة الحارس للنوم وذلك بتحويل المنبهات الدخيلة التي تتكون اساساً من رغبات تفعل فعل المنيه المزعج للنوم، بتحويلها الى رغبات مشبعة في صور هلوسية يدخل عليها التحريف بقدر ما تحتويه من مادة تستثير معارضة الضمير اللاشعوري (الرقابة) واستنكاره. ولا شك ان الجوع لدى الرضيع هو اول الدخلاء وان اول الاحلام هو التحقيق الهلوسي لرغبة الحصول على اشباع من لبن الثدي. وفي السنوات التالية من نمو الطفل، يزداد تعقيد الرغبات الدخيلة من جراء تعقيد حياة الطفل وتنوع رغباته وخبراته النفسية. وخاصة ما كان يتعلق منها بالدوافع الجنسية والعدوانية إزاء افراد اسرته التي تظهر اثناء نموه، كما يظهر تقدمه نحو النضج في نمو اجهزة الضبط بحيث تصل في النهاية الى احلام الكبار المعقدة المحرفة اشد التحريف.

والان نستطيع ان نتبين التشابه بين النوم وحالات الهوس، من حيث ان المرح المميز لحالات الهوس يشبه أحلام الاطفال بما تحتويه من تحقيق هلاسي للرغبات، تحقيقاً شبيهاً بأخيلة اللعب لديهم، وجدير بالذكر اننا لم نعد نعتبر لعب الاطفال ظاهرة خالية من الصراع يستمتع اثناءها باللذة الخالصة التي تصفح عن السلام والهدوء النفسي. فقد تبين من تحليل العاب الاطفال انها لا تصدر عن البراءة الخالصة كما كان يظن. بل يندفع الطفل الى اللعب تحدوه اليه أخيلة الانكار، اي تعديل الواقع المؤلم بحيث يسعد الطفل يلعبه على قدر نجاحه في الإنكار. وعلى ذلك نستطيع ان نعقل التشابه بين الهوس وأحلام الاطفال من ناحية والعابهم من ناحية اخرى. ذلك ان الوان المرح المميزة للهوس تقوم على اخيلة وافعال واقوال تستخدم اولاً واخيراً في عملية الانكار بصورة شبيهة بالصياغة الثانوية الانكارية في الحلم، اي تلك الخطوة الاخيرة في اخراج الحلم لوضعه في صورة محبوكة إمعاناً في تحريف الرغبات الاصيلة. وهاك مثالاً إكلينيكيا لإبراز الشبه بين الحلم ومرح الهوس.

كانت سيدة شابة، ولنشر اليها بحرف «س» تعاني عصاباً يتميز بتعلق فمي شديد بأمها. وفي اثناء الحلم، اصيبت بأربع نوبات من الهوس الطفيف ترجع جميعها إلى ظروف متشابهة. فقد قضت يوما مع سيدة تقوم لديها لا شعورياً مقام الأم. وشاركتها خلاله الغذاء والنزهة. وعندما حضرت الى جلسة التحليل النفسي، كانت مستغرقة في ملكوت هنئ من الغبطة النشوانة وظلت على حالها هذا حتى اليوم. فرأت حلماً غفلاً صاحبته صورة من الشبق كامل الاشباع. وفي اليوم التالي، اندفع لديها حال من الهوس الطفيف كان أساساً إنكار معنى ما حدث لها، فامتلأ خيالها بنزعات شهوية نحو الرجال، وشعور مفتعل بالاستقلال... وجدير بالذكر ان احلامها قبل هذه النوبة من الهوس كانت بسيطة لا تستعصي على التفسير المباشر. فقد حلمت مرة انها تضاجع شاباً كانت معجبة له، ولكن صورته لا تلبث ان تتبدل إلى صورة أمها. أما اثناء نوبة الهوس فكانت تحتد في معارضة كل تفسير يشير الى ان الرجال الذين تراهم في

احلامها انما يخفون صورة امها. اما حلمها الغفل المصحوب بالاشباع الشبقي الذي سبقت الإشارة اليه، والذي استثارته مصاحبتها سيدة بديلة عن الأم، فقد كان تكراراً وتحقيقاً لاتحادها بأمها اثناء الرضاعة. ويمثل حال الهوس المرح الذي اعقبته صياغة ثانوية تقوم بوظيفة انكار الرغبة التي تحققت في الحلم بطريقة مباشرة بسيطة.

والواقع ان كثيراً من الاحلام ذات المحتوى الظاهر المطبوع بالمرح والمصحوب أحياناً بالضحك يكشف التحليل عن ان معناها العميق عكس ما تشير اليه في الظاهر. فقد تحتوي على افكار كامنة لحمتها موت أحد الأشخاص أو موت الحالم نفسه. فالمرح في هذه الاحلام يشبه الهوس الانكاري الذي رأيناه في جلسات التحليل النفسي. وثمة سمة شائعة في مرح الهوس تتكون من ازدحام الافكار وسرعة جريانها، وتسمى «طيران الافكار» ونظيرها في الحلم قصته وازدحامها بالافكار حتى يستغلق معناها، وما أشبه هذين بحالة التخدير بالحشيش حيث تتعاقب الأخيلة وتتزاحم وتفيض بالمفارقات.

النوم والسبات

السبات ظاهرة نلتقي بها في الأمراض الذهانية وخاصة في مرض الاكتئاب والهوس، كما نلتقي بها لدى متعاطي المخدرات. وفي حالة من الغيبوبة أو الخدر. وكثيراً ما نسمع المريض قبل استغراقه في حال السبات يعبر عن رغبة في الموت. كما اننا نلاحظ في نهاية السبات انطلاق نوبة من المرح. ويدلنا فحص تاريخ حالة المريض على سبق اصابته بالاكتئاب. ويبدو لأول وهلة ان حال السبات انما هو بمثابة تعبير فعلي لخيال الموت، الا ان التحليل العميق يكشف لنا عن انه ـ شأنه شأن الحلم الغفل ـ تكرار لنوم الرضيع الشبعان الخلو من الاحلام. ونستطيع الان في ضوء سيكولوجية النوم والحلم ان ندرك الفرق بين الهياج المرح الناشئ عن تعاطي المخدرات، والهوس المرضي المصحوب بالمرح ذلك ان المريض بالهوس لا يسير قدماً حتى ينتهي بالنوم كما هو الحال لدى المدمن. ومن ثم فإن نوم المدمن السباتي يحقق اتحاداً بالثدي أكمل منه لدى المريض بالهوس. وما دمنا عقدنا صلة الشبه بين الهوس والنوم، على تباينها الظاهر إذ قلما يستغرق مريض الهوس في النوم، فغالباً ما يصيبه الأرق، فلا بد لنا من بيان ما يخفيه هذا التناقض الظاهري. ذلك ان الهوس نسخة معدلة من نوم الطفل الكبير، الذي يعتبر بدوره نسخة معدلة مطورة من نوم الرضيع على وسادة الثدي. بل تبدو الصلة بين الهوس والسبات التخديري (بالحشيش) بصورة ابلغ وضوحاً لدى اولئك المرضى الذين يخفق عندهم الرقيب اثناء الحلم فيقتربون من إدراك الحقائق المؤلمة المتضمنة في أحلامهم فيلوذون بالسبات التخديري بالحشيش أو بحال من الهوس شبيه بالجوال (الجولان النومي) مأمون العاقبة لما يتضمنه من قوة الانكار.

العناصر الليبيدية في المرح[1]

بعد توضيح الاسس الدينامية في سيكولوجية المرح، نتناول الان العناصر الليبيدية في المرح من الناحية النشوئية. فقد اتضح لنا من المقارنة بين مرح الهوس والنوم ان الاساس الليبيدي الأول في كليهما هو العشقية الفمية والاتحاد بثدي الأم. وتمتاز العشقية الفمية في دراسات فرويد في النظرية الجنسية والعصاب بأنها ابرز المكونات الليبيدية وأكثرها وضوحاً وأقربها إلى الملاحظة المباشرة. فلا يشق علينا ان ندرك الدور

(١) من «الليبيدو» وهو الطاقة المستثمرة في الحب بكل أنواعه وتتطور في مراحل النمو مبتدئة بالفم ومنتهية بالأعضاء التناسلية.

الهام الذي يقوم به الفم في الطفولة المبكرة، ليس فقط في وظيفته الفسيولوجية (الغذاء)، بل في استخدامه منبعاً للذة. ولا نزاع الان في ان الحاجات الفمية لدى الرضيع وإحباطها وما يترتب عليه من خبرات اليمة، تنطوي على اهمية حاسمة في الصحة النفسية وما يعتريها من اختلال. وتظل هذه الحاجات والاساليب الفمية مترسبة في اللاشعور لدى الراشد وتظهر اخيلتها في الاحلام وفي الأمراض النفسية والعقلية، بل قد نرى بعض آثارها لدى الاسوياء في تعبيرات لغوية «يستمرئ النكتة، ويزور عنه» إلخ[1]. او في بعض العادات، الهينة نسبياً (النهم، التدخين الشديد، مضغ اللبان) وقد أصبح من الثابت ان مرض الهوس والاكتئاب يرجع الى ارتداد الى المرحلة الفمية وما يدخل عليها من اضطراب وخاصة أخيلة التهام موضوع الحب المكروه (ازدواج الميل العاطفي) التهاماً عدوانياً علاجاً للإحباط الناجم عن فقد الموضوع. كما نجد المظاهر العدوانية الفمية في النكات الساخرة اثناء تعاطي الحشيش.

على ان الاخيلة المميزة للعشقية الفمية لا تقتصر على اخيلة الالتهام. فقد دلت البحوث الحديثة في التحليل النفسي على ان هناك نوعين اخرين من الاخيلة خاصة بهذه المرجلة، اعني الرغبة في الالتهام من قبل الاخر، ثم الرغبة في الاستغراق في النوم والاستسلام له.

وقد اطلق «برترام لفين» على هذه الانواع الثلاثة من الاخيلة «الثلاثية الفمية».

وقد سبق ان تحدثنا عن الالتهام الايجابي. أما الالتهام السلبي، أي الرغبة في الالتهام من قبل الاخر، فيشير الى ان الرضيع يحس ضرورياً من الاستسلام والاسترخاء، والانغماس (بمعناه الاصلي) عند اقترابه تدريجيا من النوم. وتترك هذه الخبرات المبكرة اثاراً لا شعورية تكون الاخيلة المختلفة المتعددة في الاستسلام للالتهام من قبل الاخر. وقد اكتشفت هذه الرغبة، اول ما اكتشفت خلال مخلفات الالتهام عند المريض. ففي مخافات الاطفال، يرمز الخوف من هذا الالتهام السلبي الى الخوف من الخصاء عقاباً على الرغبات الجنسية نحو الام والرغبة العدوانية في خصاء الاب، او قد قد يرمز الى خوفه من رغبته في ان يقوم بدور انثوي إزاء الاب وما يتضمنه ذلك من ضرورة الخصاء الذاتي، كما قد يأخذ الالتهام السلبي شكل الخوف من الموت. وفي ضوء تحليل هذه المخالفات تبين ان الرغبة في الاستسلام للالتهام لا تقتصر على هذه الاشكال المرضية، بل نجدها واضحة جلية غير مصحوبة بالخوف في افكار الاطفال. وجدير بالذكر اننا كثيرا ما نجد في الفترة السابقة للسبات التخديري بالحشيش اخيلة الالتهام السلبي واضحة في هلوسة فحواها اقبال حيوانات فاغرة فاها، قد تثير الهيلة احياناً فيكون الارق، عندما لا تنجح حالة التخدير في تحقيق قبول الالتهام السلبي والاستسلام له، لوجود صراعات عميقة، وهلع من الاستسلام كما يحدث في الهوس المرضي.

اما العنصر الثالث في ثلاثية العشقية الفمية، اعني الرغبة في النوم، فقد سبق الحديث عن معناه وهو الرغبة في الاتحاد بالثدي. ونجب الاشارة الى ان تعاطي الحشيش، عندما لا يؤدي، مباشراً الى نوم عميق غفل. فإنه يهيئ لظهور حال شبيهة بالاحلام السعيدة تكرر احلام تحقيق الرغبات في الطفولة المبكرة.

وقلما تتحقق العناصر الثلاثة للعشقية الفمية مجتمعة الا في حالات ذروة المرح والغبطة، كما رأينا في مثال السيدة «س» السابق الذكر. وقد تصل المشاعر الوجدانية اثناء حال التخدير بالحشيش الى ذروة

(١) قارن «فلانة طعمة لذيذة»، فلان ما يتبلعليش من زور» إلخ.

الغبطة والمرح كما يدلنا على ذلك استقصاء التحليل النفسي، وكما يدلنا عليه ما سنورده، من نصوص في مؤلفات بعض كبار الادباء من تعاطي الحشيش من امثال «بودلير» و«تيوفيل جوتييه» والاديب الامريكي «لدلو». وقد قام الاستاذ سعد المغربي بدراسة دقيقة لحال النشوة القصوى اثناء التخدير بالحشيش، فيجدر بالقارئ الرجوع اليها (انظر كتابه «ظاهرة تعاطي الحشيش»، القاهرة ١٩٦٢).

وتكشف دراسة ظاهرة نشوة التخدير بالحشيش في ضوء التحليل النفسي عن حقائق هامة اولها ان الرغبتين الاخيرتين من ثلاثية العشقية الفمية اعني الرغبة في الاستسلام للالتهام والرغبة في النوم يسيطران عليها.

والحقيقة الثانية أن «الانا الاعلى» (صورة الوالدية المعتنقة والمثل الاعلى «للانا») يحل محل الثدي. واذا كان «الانا الاعلى» يتصف بالخلود لا شعورياً، فإن إدماجه يحمل خلود الذات، كما ان الاندماج فيه استسلام الى كائن مطلق القدرة واسترخاء بين جوانحه، وفي النهاية فناء فيه في نوم سعيد لا نهائي نظراً لقصور الطفل عن ادراك مضي الوقت.

يقول «بودلير» في كتابه الفردوس الزائفة» حيث يصف مشاعره اثناء التخدير بالحشيش بأسلوب يصل الى الذروة في جمال الفن الأدبي: «إن أبرز ما يحل بالنفس.. في هذه الحال الفريدة يمكن ان نطلق عليه في غير مبالغة انه ينتمي الى الحياة في الجنة.. انه إحساس باللانهائي... وتظفر العينان بمنظر الخلود... ويختفي الإحساس بالفردية... إذ يقودك تأمل الاشياء الى ان تنسى وجودك وتفقد نفسك فيها... فالطير المحلق يمثل اولا الرغبة الخالدة في ان تطير فوق ما هو انساني ثم لا تلبث ان تصبح الطير نفسه..» وفي الفصل المعنون «الانسان ـ الإله»: «يصل الإنسان الى حال من الغبطة والصفاء فيجد نفسه مدفوعا الى الاعجاب بنفسه... فكل شيء غذاء للذة... وتسمع بين جوانحك صوتاً يردد: لقد أصبح لك الحق ان تعتبر نفسك سيد الناس جميعاً... أنا ملك.. ألا يكشف ماضي الإنسان عن ضروب من السفالة والغباء ليست من صفات الملك؟... ولكن متعاطي الحشيش يواجه بشجاعة اشباح الذاكرة الحالية. للملامة والتأنيب... والأفعال المعيبة المتصفة بالجبن والحقارة التي كانت تزعجني ذكراها تبدو غريبة عني... إن هذه الجواري (السفن) الحسان التي تؤرجحها أمواج الخليج في حنين متراخ... وهذه الالات الموسيقية تبدو كأنها تشنفك في صوت واحد. وهذه النساء الساحرات التي جعلها في الفتنة وسحر لحظها أعظم فتنة وسحراً.. كل هذه الأشياء خلقت من أجلي، من أجلي، من أجلي... فقد أصبحت إلهاً».

ويكتب «لدلو» عن مشاعره أثناء التخدير بالحشيش في كتابه «آكل الحشيش»، طبعة نيويورك، ١٨٥٧: «إنني أطفوا في غشية بين ترنيم الملائكة الحار. ولكني إذ أذوب خلال سمو النشوة القصوى في وحدة مع الآلهة نفسها، أحس أذرعاً خافية تحملني بسرعة البرق إلى الأعماق».

وسجل «كارلون» في كتابه «من القاهرة إلى دمشق» خبراته الشخصية في تعاطي الحشيش وملاحظاته عن تعاطيه في الشرق الأوسط وخاصة في مصر فيقول: «إنني أدرك الآن لم يقبل الفلاحون التعساء على تعاطي الحشيش؟ إنه يجعل منهم آلهة، ثم يستعبدهم ويدمرهم».

وليست هذه النصوص التي أوردناها مجرد مهارة شعرية تحلق في سماء الفن الادبي بل انها تسجل حقائق سبقت ما انتهت اليه بحوث التحليل النفسي، شأنها في ذلك شأن كثير غيرها من الأعمال الادبية الحافلة بالاستبصار الحدسي «هاملت» «لشكسبير» الاخوة كارامازوف «لدستوفسكي»، «أوديب ملكاً»

«لسوفوكليس» وغيرها، وتعتبر النصوص التي أوردناها محاولات للتعبير اللفظي عن حال تخلو أصلاً من لغة الكلام، لأنها عود إلى مرحلة من الطفولة لم تكن اللغة قد نمت فيها بعد نمواً كافياً. ويطلق المحللون النفسيون على هذه الحال اللالغوية اسم «الوجدان الأوقيانوسي» حيث يفني المرء في موجود كلي الكمال. وهكذا يستبين لنا أن أولئك الأدباء الذين استشهدنا بهم قد توصلوا حدسياً إلى حقيقة النشوة القصوى في التخدير بالحشيش وما يعبر عنه من مشاعر الفناء في كائن علوي (الاتحاد بالثدي أو بديلة «الانا الاعلى»، ولمسوا عناصر الثلاثية الفمية.

وسواء أكانت النشوة القصوى من أثر التخدير بالحشيش أم من فعل الاحداث المرضية (الهوس)، أو نتيجة للاغراق في التعبد وخاصة لدى المتصوفة (الوجد، الوصول، الفناء) فإن أسسها واحدة. وقد أدهشني ما وقعت عليه في كتاب «وليم جيمس» المعروف «ألوان من الخبرات الدينية» من وصف القديس «فرنسوا ده سال» لما يدعوه «ضراعة الهدوء والاستسلام» حيث يقول «إن النفس في هذه الحال تكون أشبه شيء بطفل صغير لا يزال على الثدي، تسعى أمه لملاطفته وهو بين ذراعيها إلى تقطير لبنها في فمه دونما حاجة به الى تحريك شفتيه». ويقول أيضاً: «انظر إلى الاطفال الصغار تضمهم امهاتهم الى اثدائهن، فسترى انهم يدفعون انفسهم من وقت الى اخر للاقتراب من الثدي والالتصاق به. تبعثهم الى ذلك لذة الرضاعة... وكذلك اثناء الرضاعة يحاول القلب المتحد بآلهة ان يحقق اتحاداً أوثق بحركات يدفع في نفسه اثناءها حتى يكون أكثر التصاقا بالحلاوة الإلهية». ولا ينبغي أن يفهم هذا الكلام ـ وإن لم يفطن أصحابه إلى ذلك ـ على سبيل المجاز لا الاستعارة، بل تعلمنا مكتشفات التحليل النفسي أن نفهمه بمعناه الكياني الاصلي. ويجدر من الطقوس الدينية في الهند وفي بعض القبائل الإفريقية، ابتغاء «الوصول» كما يقول المتصوفة الهنود الى نشوة التعبد القصوى والتأمل في جمال الخالق، والفناء فيه «النرفانا». وبالمثل فإن مرضى الهوس الشديد كثيراً ما يشعرون وكأنهم يدخلون الجنة ويعاينون اللّه والملائكة ويأتيهم ما يوحي بالخلود والخبرات السعيدة في العالم الآخر. على عكس ما يعانيه المكتئب من مشاعر بعذاب الموت المتربص به.

انتهينا إذن من توضيح الاسس الدينامية في سيكولوجية المرح، وتبيان عناصر المرح اللديبيدية، من الناحية النشوئية، في عمليات «الثلاثية الفمية العشقية» التي تفضي إلى تحقيق «الوجدان الاوقيانوسي». وبقي علينا ان نتناول المرح من زاوية «سيكولوجية الأنا ـ أي من حيث علاقة «الانا» فيه «بالانا الاعلى» ثم علاقاته الإنسانية بوجه عام.

تتفق خبرتي الإكلينيكية مع نتائج البحث الذي اجراه الاستاذ سعد المغربي السابق ذكره، في ان شخصية متعاطي الحشيش تميل الى الاكتئابية والانسحابية والانطوائية بدرجات متفاوتة، اما اثناء التخدير بالحشيش، فتدل الخبرة الإكلينيكية والنصوص الأدبية التي أوردناها كذلك على ان متعاطي الحشيش يحس مشاعر معينة فواها ارتفاع تقدير الذات ارتفاعاً قد يصل الى الجلال والسمو الفائق (قارن «بودلير»: «لقد أصبحت إلهاً») وهذا يتضمن طبعاً انعدام كل شعور بالحطة أو بالعجز او بالتوتر الناشئ عن تأنيب الضمير، كما يتضمن الإحساس بالخلود او بالقدرة المطلقة على كل شيء والتغلب على كل متاعب الحياة الدنيا، ثم الشعور بأن الذات قد اصبحت مركز العالم» قارن (بودلير): «كل هذه الاشياء خلقت من اجلي، من أجلي، من أجلي».

وينبغي علينا استكمالاً لصورة التخدير بالحشيش التي أبرزنا في مطلع هذا البحث ما يميزها من ميل عارم إلى القهقهة والنكات أن ننوه بما تفيض به من شعور بالمحبة الجارفة وتلاشي العداوة ونتيجة لذلك كله تغدو الاكتئابية مرحاً دافقاً، والانسحابية إقبالاً والانطوائية انبساطاً.

ولا يفهم من ذلك أن هذه السمات الوجدانية تتحقق دائماً وبأكملها بهذه الصورة النموذجية لدى كل متعاط للحشيش. فهناك فروق فردية ترجع الى تكوينات نفسية او مزاجية من شأنها أن تدخل على صورة التخدير بالحشيش السابق وصفها اختلافات كثيرة، فقد تعتري بعض المتعاطين فترات من الهيلة ومن اضطراب خطير مؤلم في الشعور بوحدة الكيان، وتخلخل صورة الجسم مما يتم عن اندلاع حال من انهيار وحدة الشخصية Depresonalization أو قد تعتريهم فترات طويلة من الانقباض الاكتئابي مما يميز التكوين الاكتئابي المستفحل، أو قد تساورهم إمارات التشكك وأفكار التلميح Ideas of reference مما يميز التكوين البارانوي، ومن الواضح أن هذه الاختلافات ترجع إلى ضروب من الذهان والعصاب الفادح كانت كامنة ولم يقو المخدر على إتاحة إنكار بواعثها، بل زاد وضوحاً.

وبعد هذا التحفظ نعود إلى مناقشة أحوال تقدير الذات والشعور بالقدرة المطلقة ومركزية الذات من وجهة نظر سيكولوجية الانا، وللشعور بالقدرة المطلقة وتقدير الذات تاريخ يبدأ في الطفولة المبكرة ويمر بمراحل من التعديل والتطور موازية لمراحل نمو الانا. فثمة شعور بالقدرة المطلقة منذ بداية الحياة (حتى قبل إدراك وجود الآخرين) المحنا إليه عند مناقشة السعادة المطلقة التي تميز نوم الرضيع على الثدي، بعد الشبع، ويرجع هذا الشعور بالقدرة المطلقة إلى ان الرضيع لا يكاد يستشعر توتر الجوع او الم البلل حتى تخف اليه أمه لإزالة أسباب شكواه. في هذه الحالة يشعر الرضيع (حتى قبل تكوين الانا تكويناً واضحاً متميزاً) بأن لرغباته قدرة مطلقة، فما ان يرغب حتى يظفر بالإشباع. ولا يكون العالم الخارجي ممثلا في الأم. منفصلاً عن كيانه. وهذا ما يسميه المحللون النفسيون «الوجدات الأوقيانوسي». وتمدنا بعض الأمراض العقلية لدى الكبار بصورة مجسمة لهذه المشاعر، عندما يفقد المريض صلته بالواقع، ويرتد الى حال الاتمايز بين الأناء والآخر، اي بين ذاته ذاته وغيره من الناس، ويستعيد مشاعر القدرة المطلقة فيفصح عنها في قوله انه قادر على تحريك الكون أو اقامة الحرب او السلام، او انه يمتلك الملايين، وهي الحالة المعروفة في الطب النفسي «بجنون العظمة». ونظير ذلك في حال التخدير بالحشيش يعبر عنه «بودلير» أحسن تعبير في قوله المتقدم: «يختفي الإحساس بالفردية... إذ يقودك تأمل الاشياء الى ان تنسى وجودك وتفقد نفسك فيها». ثم قوله بصدد الشعور بالقدرة المطلقة «لقد اصبحت فيها»، وقول لدلو: «ولكنني إذ اذوب في سمو النشوة القصوى في وحدة مع الآلهة نفسها».

على ان هذا الشعور بالقدرة المطلقة في مستهل الحياة لا يلبث أن ينحسر تدريجيا تبعاً لنمو «الانا» وقدرته على إدراك جزئي للواقع ويحدث ذلك حين يعاني الطفل توترات اكثر تنوعاً ـ نظراً لتنوعه رغباته مع تقدمه في السن ـ لا يستطيع ان يسيطر عليها ويعالجها بصورة مناسبة. عند ذلك يفطن الطفل إليها ويعالجها بصورة مناسبة. عند ذلك يفطن الطفل الى ان ثمة شيئاً «خارجاً» (الام)) لا بد منه لخفض توتراته، وتكون هذه هي الخطوة الأولى في سبيل التمايز بين «الانا» والاخر. وكلما استجاب «الاخر» ولا سيما الأم، لصيحات الطفل وحركاته المعبرة عن التوتر، وعمل على خفضها،

تكونت لدى الطفل نسخة معدلة من القدرة المطلقة نظراً لقدرة حركاته وإيماءاته على الظفر بالإشباع. على ان الطفل يظل راوده الحنين الى قدرته المطلقة الاولى بما تحتويه من المشاعر الأوقيانوسية والاتحاد باللامتناهي. ولكن الطفل لا يلبث ان يتحقق من استحالة استعادة الوجدان الأوقيانوسي الأول، بل لا يلبث ان يدرك من تكرار خبرات الإحباط أنه واهم في قدرته المطلقة، أياً كانت صورتها، وأن «الآخر» هو المطلق القدرة. ويكون هذا الإدراك بمثابة جرح لنرجسيته الأولى، اي اعتباره لذاته وحبه إياها. حينذاك يحاول الطفل ان يستعيد بعض اعتباره لذاته بأن يقاسم الاخر قدرته المطلقة من خلال عمليتي الابتلاع الإيجابي (التوحد بالاخر) والابتلاع السلبي (الفناء فيه). وفي المراحل التالية بالإضافة الى ذلك، يستعين الطفل بالظفر برضا والديه عنه. وعلى قدر هذا الرضا يكون رضاه هو عن ذاته. وتقديره إياها. وعلى قدر ما يفسحون له من مكانة عندهما صون مكانته في نظر نفسه. وأخيراً يصل الطفل الى مرحلة تقمص الوالدين تقمصاً يكاد يكون كاملاً، فينشأ لديه ما يسمى «الانا الاعلى» ممثل الصورة الوالدية المطلقة القدرة داخل النفس. عند ذلك تقوم بين «الانا» والانا الأعلى «علاقة شبيهة بعلاقة الطفل بوالديه بحيث يرتفع اعتبار الذات بقدر رضا «الانا» وامتهانه إياه وتوجيهه اللوم اليه. وبعبارة أخرى، ينخفض اعتبار الذات بقدر شعور «الانا» بالإثم وبقصوره عن تحقيق المثل التي يرسمها له «الانا الاعلى».

ويصل التوتر بين «الانا» و «الانا الاعلى» إلى أقصاه في مرض الاكتئاب الذي ينجح بعض المرضى في التخلص منه بواسطة عملية الإنكار، إنكار واقع التوتر الداخلي بما يتضمنه من مشاعر الهلع والحطة والذنب، فيصطنع الطفيف يقوم مقام الهوس المرضي في الإنكار كما تقدم. وأكثر من ذلك فإن مرح التخدير ينجح في ذلك نجاحاً أعظم من نجاح الهوس المرضي من حيث إن هذا الاخير لا يحقق من عناصر الثلاثية العشقية الفمية الا الاول اعني ابتلاع الموضوع والاتحاد به والسيطرة الا الاول اعني ابتلاع الموضوع والاتحاد به والسيطرة عليه، دون العنصرين الاخرين، اذ يستبدل بالاستسلام والفناء في الاخر حالاً من اليقظة الدفاعية الحالمة شبيهة بأحلام الاطفال.

وقبل ان نحاول تلخيص هذا البحث، يحسن بنا أن نلقي نظرة سريعة على سيكولوجية الضحك بوصفه وجهاً لسيكولوجية المرح، لما رأينا التخدير بالحشيش يتصف به من انطلاق اخيلة ترمي الى انكار الواقع وتشويهه والعبث به مما يثير النكات والقهقهة.

وقد سبق لنا ان شبهنا تخدير الحشيش بحال الهوس الخفيف وشبهناهما كليهما بأحلام الاطفال. وكثيراً ما يحدث اثناء تفسير الحلم أن نضحك عندما نقف على المعنى المتضمن في بعض صور الحلم لغرابة تصويرها. ولما كانت مصادر الحلم الاساسية هي حياة الطفولة وما تتصف به من استهتار بقواعد المنطق والخلق، فلا بد أن تنطوي الفكاهة بدورها على ارتداد الى فوضى الطفولة وعبثها.

ولنعمد الى نكتة نحاول دراسة سيكولوجيتها. كان الشيخ عبد العزيز البشري[1]، وهو شخصية مصرية من الجيل الماضي، معروفاً بميله الى الهزل وحذقه في ابتداع النكتة. وقد جلس اليه

(١) سبق أن استخدمت هذه النكبة في سياق آخر.

يوماً صديق لأبيه، في جمع من الناس، وجعل يلومه على استهتاره ببعض ما كلفه به أبوه، ويوصيه بمراعاة ما ينبغي للبيت من احترام، فرد الشيخ عبد العزيز قائلاً: «يا أخي هو ده بيت أبوه، ده بيت أبويا أنا». ولا شك في ان السبب المباشر للضحك في هذا المثال يرجع إلى ما أتاحته هذه العبارة من استهتار بالمنطق اي ما اتاحته للسامعين من الخروج على قواعد المنطق برهة قصيرة والاستمتاع بعبث الطفولة. وهذا هو الحال أيضاً في الوان الفكاهة التي تستند إلى اللعب بالألفاظ. أو تستخدم كلمات ذات معنيين أحدهما متخف نوعاً ولا يتفق مع منطق الموقف. ولكن إذا كان العبث بالألفاظ، كما يفعل الاطفال مما يستشير الضحك فهو ليس سبباً كافياً لتأليف النكتة الناجحة، بل ينبغي لذلك ان يتوفر شرط أساسي، أعني أن تمكننا النكتة، بما في تكويناها من حذق، من مغالطة ضوابط المنطق، والإفلات برهة من مقتضياته التي لا شك في انها جهد لا بد من بذله لنا من البقاء والظفر في معترك الحياة، ومن هنا كان الهزل راحة وانطلاقاً. في حين ان الجد عبء وتضييق.

بقي علينا ان نستوضح الباعث المباشر لانطلاق الضحك، إذا أمعنا النظر في موقف الضاحك قبيل سماعة للنكتة مباشرة، وجدناه وقد شحذ طاقته الذهنية لمتابعة الموقف. ثم ها هو فجأة لم تعد به حاجة الى قدر مما اعد من هذه الطاقة. فينطلق هذا القدر مثيراً لعضلات الضحك. وبعبارة اخرى فإن اثر النكتة هو توفير قدر من الطاقة الذهنية بتصرف في عملية الضحك.

غير أن هناك طائفة من «النكات» لا تمتاز من حيث حذقها ولا مضمونها ومع ذلك فهي تستشير ضحكاً كثيراً، وهي التي تدور حول مسائل جنسية او تعبر عن عدوان في صورة مقنعة. بعبارة اخرى هي طائفة «النكات» التي تعفينا برهة من التزام آداب المجتمع، فتمكن الميول التي لا تذكر عادة إلا مقرونة بالخجل والتأفف، من ان تذكر مقرونة بمشاعرها الاصلية، اعني السرور والمرح.

ومن المعروف ان معظم «النكات» التي تشيع بين متعاطي الحشيش اثناء جلوسهم معاً من النوع الذي يستند الى اللعب بالألفاظ او المفارقات التافهة، اعني ذلك النوع الذي يحقق إلى أقصى حد الاستمتاع بعبث الطفولة. ولسنا في حاجة الى التعليق على ذلك فقد رأينا التخدير بالحشيش إنما يتميز بعودة إلى فردوس الطفولة.

أما النوع الاخر من «النكات» الذي يدور حول التعبير المقنع عن العدوان والسخرية ـ فيما اعلم ـ يكاد يكون الصورة الوحيدة من العدوان التي نراها لدى متعاطي الحشيش. ويغلب أن يتجه هذا العدوان الى اشخاص من غير رفاقه او الى بعض الاحداث الجارية في المجتمع العام. ويسود جلسة التخدير بالحشيش جو من المودة والتعاطف تذوب فيه الفروق بين المشتركين فيها. ولعل هذه السمة التي ينفرد بها التخدير بالحشيش في جلسة من عدة افراد ترجع الى انهم يحلقون جميعاً في فردوس من السعادة ويكاد يذوب الواحد منهم في الآخرين.

ولكي نوجز نتيجة هذا البحث، نبدأ بوصف معالم سلوك المصاب بالاكتئاب، او بعبارة تحليلية نفيسة معالم «علاقاته بالموضوع» تلك المعالم التي تعبر أدق تعبير عن نمط شخصيته بما تتضمنه من

عذاب أليم يسعى متعاطي الحشيش الى التخلص منه. وتتميز ديناميات موقف المكتئب إزاء الغير (علاقته بالموضوع) بالإدماج (الالتهام) العدواني، فموضوع لم يتم تميزه عن «انا» المكتئب. ولما كان «انا» المكتئب قليل النضج فهو لا يتعامل مع الموضوع على اساس تبادل الأخذ والعطاء بل على اساس الاخذ وحده فضلاً عن ان نهمه لا يكتفي بما يستطيع الموضوع منحه اياه، وإنما يفترض ان على الموضوع ان يمنحه كل شيء وفي كل وقت وبغير حساب. وهذا يؤدي به بالضرورة إلى ان يحس بالإحباط، وبالتالي بالنقمة على الموضوع بالرغم من حبه إياه وحاجته اليه. ويقتضي هذا الموقف الوجداني المزدوج حيال الموضوع ان يشطره شطرين:

أحدهما صورة مثالية من الكمال، والاخر صورته الواقعية التي تشتد نقمته عليها بقدر بعدها عن الصورة المثالية. ويؤدي إدماج الموضوع غير المتميز عن الانا تمييزاً كاملاً الى توقيع نقمه على الذات التي كان هدفها الموضوع وهكذا يصل انا المكتئب الى كراهية ذاته كراهية تحول حساته الى جحيم من العذاب ينصهر فيه كل اعتبار للذات.

وسبق ان رأينا ان مريض الهوس يفلح في الخلاص من هذا الجحيم، بتوحده بصورة المثالية للموضوع ـ مبلورة في الانا الاعلى ـ بحيث يستعيد سيطرة مطبقة القدرة وينكر الإحباط الهيلة المكتئبة، ويقطع بذلك ما كان يعانيه من شقاء، فيفيض مرحاً ويستعيد قدراً كبيراً من اعتبار الذات.

اما متعاطي الحشيش فيبدو انه يقتفي اثر المريض بالهوس ثم يمضي الى غابة الطريق: أعني انه يلغي كل تمايز بين «الانا» و«الاخر» ذلك التمايز الذي كان نقصه مبعثاً لشقائه. فها هو ذا يخطو الى الفناء في «الاخر» المثالي عن طريق الابتلاع المتبادل بينه وبين «الاخر» أمثال (الانا الاعلى الذي حل محل الثدي المشبع) فتنشأ بذلك وحدة لا فرق فيها بين ذات وموضوع. وحدة مثالية علوية يشيع فيها «الوجدان الأوقيانوسي» فتكون النشوة القصوى بالقدرة المطلقة، والحبور الكامل بأوهام الخلود، واعتبار الذات التي هي الكون بأسره. ويسدل الستار في حال التخدير النموذجية على نوم سعيد غفل يستعيد فردوس الرضيع ولكن مأساة هذا الفردوس أنه موقوت لا يتسم بالخلود، فما أن يفيق المتعاطي حتى يدرك ان مصيره لا يختلف عن مصير أبيه آدم حين اضطر الى الخروج من الجنة، والهبوط الى شقاء هذه الدنيا.

التأثيرات المؤذية للمواد المخدره والكحول على الوظائف العصبية - النفسية خلال المرحلة العلاجية

«بحث مرجعي»

أ.د محمد حمدي الحجار

The Harmful effects on narcotics and alcohol on the neuropsychological functions

«a source topic»

Summary: *Substance abuse treatment programs rarely consider the integrity of the brain when individuals enter the treatment process It has been speculated that many substance abuse therapists feel that once the individual has been detoxified biological concerns have been attented to and are no longer a consideraion in the treatment process The therapist feels that if the substance abuser has an ongoing medical illness, it has been treated and a proper medical plan is being follwed independent of substance abuse counseling. there are accumulated findings which auggest that substance abusers should be expected to experience long alterations in neuropsychological functioning that are manifested not only during the detoxification period, but also during the treatment period as well.*

Management of neuropsychological impairments should be included the treatment programs in order to obtain the desired goals.

ملخص البحث:

«نادراً ما تأخذ برامج علاج الادمان على المخدرات والمواد التي تؤثر على العقل بعين الاعتبار التأثيرات النفسية - العصبية المؤذيه التي تخلفها هذه المواد على القدرات المعرفية العليا: أي القدرة على حل المشكلة، وقدرة فهم المجردات، والذاكرة. واللغة والقدرات الادراكية وغيرها من العمليات العقلية العليا والتي تظل متأذية حتى بعد التوقف عن تعاطي المدخرات والكحول لفترة طويلة نسبياً «وما يترتب عن ذلك من عقابيل عقلية. وخبائيه ومهنية. هناك اعتقاد حتى عند المعالجين ان المدمن على المخدر أو المسكر ما ان تتم ازالة السمية المزمنة من بدنه عند علاجه حتى تكون العملية العلاجية قد تم انجازها واذا كان المدمن ما زال يعاني من مرض طبي، فإن الخطة الطبية العلاجية توضع لعلاج هذا المرض مستقلة عن الارشاد المتعلق بالادمان على المادة التي كان يتعاطاها. وما تخلفه من تأثيرات على قدراته العقلية والمعرفية.

ومن الابحاث الاكلينيكية الحديثة التي لا يتجاوز عمرها ثلاث سنوات ان المدمنين لا بد من ان يتعرضوا لتبدلات طويلة المدى في المرحلتين العصبية - النفسية والتي تظهر ليس فقط في فترة إزالة الانسمام من اجسامهم خلال المعالجة. ولكن ايضاً خلال المتابعة العلاجية. ويرى بعض العلماء في هذا الميدان ان التأذي النفسي - العصبي هو المرشد المهم لتتابع العلاج وفعاليته».

١ ـ منظورات عامة في علم النفس العصبي Neuro Psychology

يبحث هذا العلم في التعرف على الطرق التي يؤثر بواستطها الدماغ على سلوك الفرد، وأيضاً الى اي حد يكون التخريب الذي يلحق ببعض التراكيب الدماغية مؤثراً ومبدلاً للسلوك الانساني (Petrocelli, McNamara 1994). فالانماط السلوكية الرئيسية التي خضعت للمعاينة والبحث من قبل الاختصاصي النفسي العصبي هي: الوظيفة المعرفية والنفسية الاجتماعية. وضمن ميدان الوظيفة المعرفية، فان الباحث النفسي ـ العصبي يحاول معرفة كيف ينظم دماغ الانسان الانتباه وتركيزه، والذاكرة والتعلم، واللغة، والقدرات الادراكية، والقدرات المنطقية، والوظيفة الفكريه. وإضافة الى ذلك يهتم ايضاً في فهم العلاقة القائمة بين وظيفة دماغ الفرد، والسلوك العاطفي والشخصية، والسلوكيات الاجتماعية. يقول العلاقة بتروسيللي Petrocelli (١٩٩٤م) في هذا الصدد:

«إن شخصيتنا واستجاباتنا نحو الحوادث الحياتية هي نتيجة العديد من العوامل، الا أن الدماغ هو الذي يُصنع المعلومات، وينسق بينها والتي هي من نتاج الماضي والحاضر، ويمزجها مع بعض سمات المزاج الموروثة يشكل كياننا الشخصي».

وتثبت الابحاث الحديثة ان عدداً كبيراً من المدمنين يُظهرون إعاقات نفسية ـ عصبية (Barron 1992)، إضافة الى ما يثبت ان المدمن عندما يُعالج يُظهر اعراضا مرضيه شديدة ومتنوعة والتي فيها مضامين على مستوى الوظيفة المعرفية، مثل زوال الاعراض (weinstein 1993) ـ (مثل أعراض مرض الايدز، ورضوض الرأس والادمان على أكثر من مخدر واحد، والاعراض النفسية المرضية) والتي تستوجب التقييم النفسي العصبي. فالارشاد الخاص بتعاطي المخدر لا يُعد فعالاً وبدرجة مُرْضية إذا لم يتم **مراعاته مواطن القوة والضعف في القدرة المعرفية عند المدمن عند وضع خطة العلاج المتكاملة.** إذ يتعين ان تكون لدى المدمن المُتعالج القدرة على اختزان، وترميز، وتذكر المعلومات الجديدة **ليكون العلاج فعالاً** (Weinstein 1993). وإضافة الى ذلك يتعين ان يكون المدمن الذي يخضع للمعالجة قادراً على امتلاك المرونة العقلية، والقدرة على التفكير المنطقي، وفهم المجرد، والسيطرة على نزواته. وكما ذكرنا آنفاً أبانت الابحاث وجود عدد كبير من المدمنين الذين يتعالجون لديهم قصورات في بعض او الكثير من هذه المجالات الهامة في الوظيفة المعرفية. وبدون اجراء التقييم العصبي ـ النفسي للمريض المدمن المتعالج، تظل الحالة المعرفية عنده مجهوله غير مسبورة، وبالتالي فان الاستراتيجيات التعويضية الراميه الى تحسين نتاج الارشاد العلاجي لا يمكن تطبيقها.

٢ ـ المواد المخدرة والوظيفة المعرفية

أ ـ تأثير المواد المُدرجة في تصنيف المخدرات والمخمدة للجملة العصبية المركزية. تُعد الأدوية المنومة. ومن مشتقات بنزوديازيبينات المُصنّعة المرخصة المخمدة للجملة العصبية (كالناليوم وغيره..) ذات تأثير مباشر على الوظيفة المعرفية. هناك تقريباً ثلث الأفراد الذين يستخدمون هذه المركبات الدوائيه المحدثه للادمان غالباً. يُظهرون قصورات في الذاكرة (Bergman 1980). وهذا التأذي في الذاكرة قد يستمر **حتى مدة ثلاثة اشهر بدءاً من توقف تعاطي هذه المواد** . ومن المعلوم ان الكحول المخمد لنشاط الجملة العصبية المركزية هو الاكثر استخداماً واوسع إنتشاراً. فتأثيرات الكحول تشمل تقريباً كل جهاز العصبي ناقل NEUROTRANSMITTER SySTEM، والكثير من هذه الاجهزة تتفاعل في التأثير . حظي تأثير

الكحول على المعرفية بالكثير من البحث والدراسة والتجريب الاكلينيكي واتضح ان أكبر تأثير للكحول يكون على وظيفة الفص الجبهي في الدماغ (Zelazo, 1990) وبعد فترة من إزالة الانسمام الكحولي detoxification، فإن التأذي المعرفي المصاحب للادمان على الكحول ومسافهته يكون نوعياً جداً. ويرى العلامة غولدشتاين (١٩٧٢م) ان الكحوليين يُظهرون عجزاً في فهم المجردات وتكوينها، وفي حل المشكلة؛ وفي الاداء الحركي ـ الادراكي المعقد. وهذه النتائج اكدها عدد من الباحثين فيما بعد (Partcer 1981). واضافة الى ذلك. تتأذى الذاكرة، والعملية التعليمية في مسافهة الكحول. وهذا ما أبانه العديد من الباحثين (Ryan and Butters 1980).

ب ـ تأثير المواد المنبهة على الجملة العصبية على الجملة المركزية (الكوكائين)

يحدث تعاطي الكوكائين المزمن تخريباً دماغياً واسعاً، وبخاصة المرض الوعائي الدماغي الثانوي. فاحتشاء الدماغ cerebral infarction، والنزف الدموي الناجمين عن أم الدم aneurysm والتشوهات الوريدية الشريانية الدماغية وجدت عند المدمنين على تعاطي الكوكائين المُستنْشق، وعن طريق الزرق الوريدي (Creyler 1986). فالكوكائين يؤثر على العديد من مواد النقل العصبية Neurotransmitters ومن ضمنها، الدوبامين، والنورأدرينالين، والسيروتونين والأستيل كولين. وأبانت لابحاث الجديدة أن جريان الدم الدماغي الشاذ الناجم عن تعاطي الكوكائين يمتد لمدة طويله بعد التوقف عند تعاطي هذا المخدر (Strickland 1993). وهذه التبدلات الدورانية الدماغية لها تأثيرها الكبير على الوظيفة المعرفية. والتأذي المعرفي هنا يشمل القدرة على التركيز واستمرار الانتباه، والذاكرة البصرية واللفظية، والمرونة العقلية، وسرعة الانتاج العقلي. وهذا التأذي يستمر لمدة **اقلها ستة اشهر بعد التوقف** عن مسافهة الكوكائين (لهذه التأثيرات، أهمية من الناحية العدلية والجنائية).

د ـ تأثير الماريجوانا:

جرب ٧٢٪ من السكان الامريكيين الماريجوانا مرة واحدة على الاقل (SHUCKITT, 1987) وتُعد هذه المادة ولوعة بالانسجة الدهنية؛ اي انها جاهزة لدخول الانسجة الغنية جداً بالدهن مثل الدماغ. ففي تجارب أجريت على السعادين وجد ان مادة ماريجوانا تفضل التراكم في قشرة الدماغ الجبهي، وفي الجهاز الهامشي (اللمبي) وفي العقدة القاعدية Basal ganglia، وفي الجسر بعد إعفاء هذه المادة وريدياً (Mclaac 1971) واتضح ان هذه المادة تشوّه اغشية الخلية العصبية، مسببة لها المزيد من الميوعة، وهذا التأثير يماثل تأثير الكحول أيضاً. ومن ناحية أخرى فقد تم مؤخراً عزل المُستقبل النوعي Receptor العصبي للماريجوانا. وهذا المستقبل ذو كثافة كبيرة في التراكيب الدماغيه التالية المادة السودار Substantia nigra، الجزء الشبكي Pars reticulata الكرة الشاحبة globus pallidus، والمخيخ، وقشرة الدماغ، والحصين huppocampus اما تأثير الماريجوانا على مواد النقل العصبية فليس واضحاً كل الوضوح بالموازنة مع تأثير المواد المحذرة الأخرى. الا ان ما هو هام في الاكتشاف تأثير هذه المادة على مادة النقل العصبية استيل كوين **حيث إتضح ان ماريجوانا تبدد مستويات الدماغ من مادة استيل كوين** ، وتنقص معدل العائد من استيل كوين في الحُصين (وهو جزء من جهاز الهامشي LimbicsysTEM). وهذه التأثيرات الحُصينية تتصاحب باضطراب في تصنيع المعلومات وفي الذاكرة (SOLOMON 1992) وان الاستخدام المديد للماريجوانا يمكن ان يؤدي الى ما نسميه بمتلازمة فقدان الحافز والدافع amotivational syndrome

وهذه المتلازمة يمكن ان تظهر بعد إصابة الفص الدماغي الجبهي، الاصابة التي تعيق سريان المعلومات في الجهاز الهامشي الى النص الجبهي.

الادمان المتعدد

عند معظم الكحوليين او المدمنين على المخدرات تفضيل لبعض المواد المخدرة، فلا يقتصرون على تعاطي مخدر واحد، وهذه الظاهرة نجدها شائعة في افراد الجيش الأمريكي حيث تدل الاحصائيات الوبائية ان ٧٩٪ من أفراد هذا الجيش يلتمسون العلاج ضد الكحولية (SMITH 1985). فالعجز النفسي - العصبي موجود في نسبة مئوية هامة عند متعاطي أكثر من مادة مخدرة. فتعدد هذه النسبة بين ٣٧٪ الى ٥٠٪ (GRANT, Vudd 1976). وبرهن العلامة ميك وجماعته Meek etal (١٩٨٩م) وجود أذيات نفسيه - عصبية عند حوالي ثلثي الافراد الذين يلتمسون العلاج في المشافي. وان الاذيات المعرفية تكون متصاحبة مع التعاطي المتعدد للمخدرات ومن ضمنها الاذيات في المرونة العقلية. كما وأن القصورات المعرفية المصاحبة للادمان على الافيونيات تترابط ترابطاً إيجابياً مع تعاطي الكحول والكوكائين (Vones 1981). وأبان Higgins أن الكوكائين يُضيف القصورات المعرفية المصاحبة لتعاطي الكحول. وإذا كان أنموذج الادمان المتعدد على المخدرات يتضمن المواد المخمدة للجملة العصبية المركزية، والكحول ، والافيونيات والكوكائين فإن الاعاقة النفسية - العصبية تكون عالية الاحتمال (Shafer 1992).

الاعتبارات المتعددة التغير

إن الانسمام العصبي المصاحب للعديد من المواد المخدرة هو تفسير من جانب واحد لحدوث الأذيات النفسية - العصبية، إلا انه غير كافٍ. فالكثير من المدمنين يظهرون أداءً جيداً في الفحوص النفسية - العصبية، بينما آخرون رغم أن لهم قصة إدمان محدودة المدة، يكون أداؤهم سيئاً عند الاختبار النفسي وبتعبير آخر، ان سمية المخدر هي عامل واحد مؤثر على الوظيفة المعرفية. لكن هناك عوامل أخرى ومن ضمنها التأثيرات غير المباشرة للمخدرات، والاستعدادات الإرثية، والاصابات عند الولادة، وعجز النمو قبل المرض Premorbid والنوعية الثقافية التعليمية ومستواها، واضطراب الشخصية المصاحب للمرض، والاضطراب السيكاتري (النفسي - الطبي) والاضطرابات الطبية المصاحبة، وايضاً الاضطرابات العصبية المصاحبة مثل الصرع، والانسحاب الاجتماعي، والشيخوخة.

ويرى كل من سولومون ومالو (١٩٩٢) أهمية المقاربة المتعددة المتغيرات لتفسير الاعاقة العصبية - النفسية تفسيراً كاملاً التي نجدها عند الكحولي. ووجدا في دراسة أجرياها، ان العجز النفسي - العصبي يمكن التنبؤ به فقط عندما يكون المدمن على الكحول لديه شخصية مضادة للمجتمع اضافة الى تعاطي مخدرات اخرى مشاركة. وبتعبير أخر ان الادمان على الكحول، هو هام، ولكن ليس كافيا لتسبيب الاذية الدماغية. وان الاصابة الدماغية head injury هي أحد المتغيرات Variables الهامة الواجب اخذها بعين الاعتبار عند تقييم الحالة المعرفية عند الفرد المدمن، وبخاصة عند الكحولي.

و - الاعتبارات الجينية (الأرثية) الهامة

إن وجود قصور التعلم (عجز) بنسبة عالية عند الكحوليين هو أمر موثّق وثابت (Parsons 1983).

وبرهن كل من باترسون وبيهل (١٩٩١) أن أبناء الكحوليين من جنس الذكور تكون عندهم مخاطر مسافهة الكحول مستقبلاً (الاستعداد الارثي)، إضافة الى تزايد الاستعداد القلبية ـ الوعائية للاصابة، والمستجدات، ويكون الأداء شيئاً متناقصاً عند هؤلاء الابناء على الاختبارات النفسية التي تروز القدرة اللفظية، والقدرة على حل المشكلة وقدرة فهم المجردات، اضافة الى وجود نسب تزايد به عند هؤلاء الابناء من اباء كحوليين من الاستعداد لاضطراب السلوك Conduct disorder وفرط النشاط[1].

ز ـ تقييم الوظيفة المعرفية

إن برامج العلاج الخاصة بالادمان على المخدرات نادراً ما تتضمن تقييماً شاملاً للوظيفة المعرفية ومع أن فحوص الحالة العقلية للمدمن هو من برنامج العلاج النفسي، الا ان هذه الفحوص تركز فقط على إثبات أو نفي وجود إضطراب سيكاتري (نفسي ـ طبي). وعلى الرغم من أن تأثيرات المخدرات على الوظيفة المعرفية هي مثبتة وموّثقة علمياً، اضافة الى تأثيرات اصابات الرأس على تلك الوظيفة عند الافردا المدمنين على المخدر، فان التقييم النفسي ـ العصبي في برامج علاج المدمنين نادراً ما يلحظ في هذه البرامج.

(١) اختبارات الحالة العقلية:

يُدّرب عادة المرشدون الاكلينيكيون النفسيون على استخدام الاختبارات التي تروز الحالة العقلية، وتتضمن اختبارات الوظيفة المعرفية. وان أحد هذه الاختبارات الهامة هو «اختبار فحص العقلية المصغر». وهذا الاختبار المؤلف من ٣٠ درجة يقيس التوجه، والذاكرة القريبة، والانتباه البسيط، وبعض الجوانب البدئية للغة، والمهارة البصرية التركيبية، والفهم. وهذا الاختبار ليس عالي الحساسية إلا أنه أداة مقبولة ومُعينة عموماً. غالباً ما يُظهر المدمنون على هذا الاختبار عجزاً في التنظيم الذاتي للانتباه، وفي ترميز الاسترجاع المتأخر، وفي الوظيفة التعلمية والادراكيه ـ البصرية. إن هذه الوظائف جميعها لا تُقاس بهذا الاختبار على الرغم من أهميتها.

(٢) اختبار الانتباه والتركيز والسرعة الذهنية

إن تأذي الانتباه، والتركيز، والسرعة الذهنية ليست غير شائعة في اضطرابات الدماغ ونراها جلية واضحة في المراحل الأولى من زوال الاعراض recovery ومن المعلوم ان تأذي هذه القدرات العقلية له تأثير على قدرة المريض على الاسهام والمشاركة في علاج الادمان، او بخاصة في البرامج العلاجية المكثفة. هناك الكثير من المقاربات approaches لتقييم هذه المهارات الأساسية.

(٣) التعلم والذاكرة

إن اهم عجز والاكثر مشاهدة في الجانب النفسي ـ العصبي عند المدمنين هو العجز عن التعلم وفي الذاكرة. فالتقنيات المعيارية لتقييم الذاكرة تتضمن، اختبار فكسلر لقيس الذاكرة، ومقاييس تقييم الذاكرة، واختبار كاليفورنيا للتعلم اللفظي، واختبار Rey للتعلم اللفظي السمعي وغير ذلك من الاختبارات

(١) هذه المعطيات البائولوجية الموروثة بصورة استعدادات هي هامة جداً على المستوى الجنائي والعدلي في التنبؤ بالسلوك المضاد للمجتمع عند ابناء الكحوليين (الباحث).

فالكحوليون، مثلا، هم عُرضة لتأثيرات تشتيت الانتباه واعاقة ترميز الذاكرة. وان تطبيق إختبار المسمى: «اختبار قياس ذاكرة الحكمة القصيرة» Word short Terin memoryte، ينفع في الكشف عن هذه الاعاقة.

(٤) اللغة:

على الرغم ان عجز اللغة الأولي هو نادر عند المدمنين، الا ان التقييم قد يكشف وجود، عجز ثانوي يأتي من العجز عن الانتباه أو ان هذا التقييم يكشف عجز اللغة الأولي الناجم عن أذية دماغيه عضويه (احتشاء وعائي دماغي او السكته الدماغيه STROK، رض دماغي بؤري، ورم دماغي...). هناك اختبارات تقيس هذه العجز اهمها، اختبار بوسطن التشخيص الحُبسة الكلامية، بكاره. ويمان Wepman لكشف الحُبسة الكلامية Aphasia.

(٥) الوظائف البصرية المكانية والادراكية

عند الكحولين المزمنين نجد القصور الادراكي ـ البصري، وهذا امر مثبت، وايضاً عند المدمنين على الكوكائين. ان الاختبارات التي تكشف هذا القصور هي اختبار هوبر Hooper للتنظيم البصري، واختبار الادراك الوجهي، واختبار الادارك البصري الحر.

(٦) الوظائف التنفيذية (وظيفة الفص الجبهي الدماغي)

هناك العديد من الوظائف: هي من خصائص الفص الجبهي الدماغي. وهذه الوظائف التنفيذية، هي، البدء بالفعل، التخطيط، التنظيم وصيانة السلوك وتأذي هذه الوظائف يجعل الفرد عاجزاً عن البدء بتنفيذ خطة عمل مثل البحث عن وظيفة او عمل، او تنظيف البيت، او التخطيط لقضاء الوقت الحر. وبرهن العلامة باترسون (١٩٩١) ان المدمنين غالباً ما يُظهرون هذا العجز في وظيفة الفص الجبهي. ومثل هذا العجز يؤثر تأثيراً كبيراً على الانجازات الحياتية المطلوبة.

(٧) الوظيفة الفكرية

هذه الوظيفة عادة ما تكون محفوظة مصانة عند المدمنين. فالعجز الفكري نجده بعد إزالة الانسمام من المادة المخدرة، الا انه يزول عادة بعد ستة أشهر من التوقف عن تعاطي المخدر. ويُعد إختبار فيكسلر لروز الذكاء هو الرائد في قياس الوظيفة الفكرية.

٣ ـ إستعادة الوظيفة العقلية Recovery of function

أ ـ إستعادة الوظيفة طبيعياً

عندما يتحرر المدمن من المخدر او المسكر، نرى بعد ٣٠ يوماً من هذا التحرر إستعادة لوظيفة المعرفية إستعادة جيدة، مع تحسن مستمر لهذه الوظيفة حتى مدة ستة اشهر او لسنة (Strick Land 1993). وننوه، ان معظم الدراسات التي تتناول الشفاء من الاعاقة المعرفية تدور حول الكحول والكحوليين. وان استعادة الوظيفة المعرفية يتدرج من المدى القصير (١ ـ ٢ شهر) الى المدى الطويل (١ ـ ٣ سنوات) والامتناع الطويل (٥ سنوات على أقل تقدير)

حيث نجد تحسناً ملحوظاً في الاداء النفسي ـ العصبي. وعلى الرغم من هذا التحسن تظل بقايا

الاعاقة النفسية ـ العصبية موجودة بعد هذه المدة الطويلة من التحرر من الادمان (الكحول خاصة).

وتدل دراسات الضبط التجريبي على ان المدمنين الذين امتنعوا نهائياً عن العودة الى الكحول، كان التحسن في الوظيفة المعرفية مضطرداً ومتقدماً، في حين ان الكحوليين الذين انتكسوا ولكن تعاطيهم للكحول كان بكميات اقل. وظلوا في اطار اعاقة معرفية اكبر من الذين توقفوا عن تعاطي المُسكر. ونذكرّ هنا ان استعادة الوظيفة المعرفية تنحصر فقط في الادمان على المسكرات.

ان هذه الدراسات تشير بوضوح الى ضرورة روز الوظيفة النفسية ـ العصبية بصرف النظر عن طول مدة التوقف عند تعاطي الكحول او المخدر. ذلك ان معظم المدمنين يدخلون برنامج العلاج مباشرة بعد ازالة التسمم (أي بعد تخليصهم من اعراض سحب المخدر او المسكر المزعجة)، او بعد عدة ايام من قرارهم بالامتناع عن تناول المادة المخدرة. فالفرد لا يخبر فقط التبديل في الحالة النفسية العامة نحو المادة المخدرة، ولكن ايضا نحو تبديل الحالة المعرفية. اي بكلمة اخرى يعيش التبديل النفسي والمعرفي ايضا. فالمرشد المعالج يناضل ويجاهد من اجل تطبيق التقنيات الارشادية بوجود الوظيفة المعرفية المتأذيه. ويرى العلامة غولدمان. ان القدرات اللفظية لا يصيبها التأذي في اعقاب التوقف عن شرب الكحول. الا ان الوظائف النفسية ـ العصبية الأخرى تتأذى خلال الأسبوع الاول او الاسبوعين من الامتناع عن تناول الكحول. وهذه أيضاً حقيقة بالنسبة للتعلم الجديد الذي يتأذى بدوره ثم ان التأذي المستمر هو ثابت ومبرهن عليه في القدرات المكانية البصرية، وحل المشكلة والمجردات، والذاكرة القريبة.

وابانت الدراسات الحديثة وجود علاقة قوية بين الحالة النفسية ـ العصبية ونتاج العلاج الادماني. فالعلاج القصير، والاسهام الايجابي الاقل، والانتكاس السريع كلها أمور **يمكن التنبؤ بها بفعل وجود الاعاقة المعرفية**. ويفترض العلامة فولزستيورات ان علاج مرضى الادمان الذين يعانون الاعاقة المعرفية يعجزون عن استيعاب المعلومات العلاجية وذلك في الاطوار الاولى من المعالجة. ذلك انهم لا يستطيعون استخدام هذه المعلومات كأداة تعامل جديدة تكيفيه لمواجهة الظروف الموترة لذلك فانهم **معرضون لمخاطر الانتكاس**.

ب ـ التعجيل بالشفاء (اعادة التأهيل المعرفية)

ان التعجيل باستعادة القدرة المعرفية وظيفتها السوية معناه تطبيق الأساليب التي تساعد المريض مباشرة التعويض لازالة الأذية المعرفية وتسريع عملية الشفاء المعرفي العصبي. يحدث هذا التعويض من خلال استخدام المنبهات cues الداخلية والخارجية او الاساليب الاخرى. فاستخدام كتاب الذاكرة مثلا يُعد اسلوب تنبيهي خارجي، واستخدام الوسائل المساعدة للذاكرة او الاساليب الاقترانيه لتحسين الذاكرة يعد منبهات داخليه.

ان استخدام اساليب اعادة التأهيل المعرفية في علاج الادمان يقوم على الافتراض ان الإعاقة المعرفية المستمرة تعيق علاج الادمان الناجح. وعلى هذا فإن تحسين الحالة المعرفية لا بد وان تكون له تأثيرات ايجابية على نتاج علاج الادمان. وبما ان الاعاقة المعرفية المرتبطة بالادمان على المخدر تُعد قابلة للتغير، ويمكن ان يحصل الشفاء طبيعياً ما دام المدمن اقلع عن تعاطي المخدر، فإن اساليب اعادة التأهيل المعرفية تعرضت للانتقاد لأن لها قيمة محدودة (Godding etal 1992). الا انه لامراء ان تسريع الشفاء المعرفي يسمح للمريض الذي يعالج من الادمان ان يستوعب معلومات العلاج الهامة باكراً في العملية العلاجية،

ويزيد من المستويات الوظيفية زيادة عظمى. ثم ان اعادة التأهيل المعرفي يُحسن احترام الذات، والثقة بالنفس، وضبط الذات. وأبان غولدمان (١٩٩٠) ان تفعيل قدرة التصنيع المعممة يحسن الاداء في الاعمال على نطاق واسع.

هذا احسن ما يوصف في اساليب مداواة الانتباه حيث يقوم التدريب الحسي المادي بواستطها في تسريع تصنيع المعلومات، والانتباه المستنر، والانتباه المجزأ، والانتباه التنظيمي الذاتي من شأن ذلك ان يؤثر تأثيراً ايجابياً على معدلات التعلم، والذاكرة، وغيرها من وظائف القشرة الدماغية العليا واتضح ان اساليب اعادة التأهيل تسرع الشفاء المعرفي في الشهرين الأوليين من العلاج وتكون بأقصى فعاليتها في الأشهر الخمسة الأولى من المعالجة.

٤ ـ مضامين سوء الوظيفة المعرفية على المداخلة العلاجية للادمان

تعرض ميدان علاج الادمان مؤخراً في الولايات المتحدة الأمريكية الى نقد شديد لأن المقاربات العلاجيه المتبناة تبدو محدودة القيمة العلاجية وباهظة الثمن في الأجور العلاجية (HOLDER 1991)، وأبان كل من العلامة ميللر، وهستر وبرودسكي (١٩٩٤) ان نسب الانتكاسات عند المدمنين هي عالية باستمرار بعد المداخلات العلاجية وان ميدان الادمان على المخدرات فشل كما يبدو في فهم تعقد حالات الادمان التي يعالجها. فاستخدم انموذجاً وحيداً في العلاج شمل جميع من دخلوا في خطة العلاج. وأوضحت نتائج الدراسات والابحاث الحديثة ان العلاج الباهظ الاجور ليس اكثر فعالية من العلاج المحدود الاجور. كما ابانت هذه الابحاث ان معظم المقاربات العلاجية التي تلبي حاجات المريض بمعالجة خاصة هي أكثر فعاليه. وبكلمة اخرى اكثر توضيحا، ان المعالجة التي تأخذ بخصوصيات المدمن والتي تستجيب للمداخلات المتناسبة تحقق احتمالا اكبر في نجاح العلاج، بتكاليف علاجية اقل. من جهة اخرى فإن المقاربات العلاجية التي تتجاهل الوظيفة المعرفية (حجار محمد ١٩٩٣) تجازف من خلال تخفيض الاحتمال بنجاح العلاج. ويؤكد كل من فولس ستيورات، ولوسين (١٩٩٤) وحجار محمد (١٩٩٣) ان العدد الكبير من المدمنين الذين يعانون من قصورات نفسيه ـ عصبية يحتاجون الى تكامل التقربات النفسيه ـ العصبية العلاجية مع جميع جوانب علاج الادمان. واشار ايضاً كل من مال غرادي وسميث (١٩٨٧) الى ان بعض القصورات النفسيه ـ العصبية (أي ضعف الانتباه او العجز عن التعامل مع مادة معقدة) تعيق التقربات العلاجية التقليدية لدى الافراد الذين يفتشون عن العلاج لتخليصهم من الادمان.

ويقترح هذان العالمان ان يتضمن علاج الادمان تقربات تعليميه، واستخدام الممارسة المتكررة مع تغذية راجعة. فهذا التقرب يبدو مفيداً ومفضلاً على المداخلات التي تنزع نحو الوسائل الاكثر تجريداً وذات الصبغة غير التطبيقية.

فالمداخلة العلاجية المستندة الى تعلم المهارة من شأنها تطويق الاعاقة المعرفية، هذه الاعاقة التي تقلل من نفع طرق العلاج التقليدية للادمان. ثم ان اساليب العلاج النشطة تبدو اكثر عوناً عند المرضى الذين يشكون من قصور في الذاكرة والتعلم. فمرضى قصور الذاكرة والتعلم يتحسن الاداء عندهم من خلال تكرار المهارات التعاملية Coping والمعرفية وليس من خلال الحصول على المعلومات من خلال التقربات العلاجية الكلامية (حجار محمد ١٩٩٣، سميث ومال كرادي ١٩٨٧). وطبقا لنظرية التعلم يعتمد العيادي اعتماداً قليلاً على التعليم البياني وإعتماداً كثيرا على التعليم القائم على استخدام الاساليب.

ان العجز المعرفي الشائع والملاحظ عند المدمنين، او عند المصابين باصابة دماغيه رضيه هو الوعي المتأذي، ومراقبة الذات (Schater 1991) والواضح ان قصور الوعي قد يفسر تفسيراً خاطئاً باتهام الفرد بالانكار وفقدان الدافع، او بالسلوك المعارض الرافض. فإدراك المشكلة ادراكاً متزايداً من خلال التدريب على مهارات المراقبة الذاتية self-monitoring وانتقاء التقنيات (لا تعتمد كليا على ادراك نجاحها) تعالج قصورات الوعي. فاللجوء الى تنشيط المنبه المعاكس للاشراط Counterconditioning للمادة المخدرة، بالاضافة الى إغناء وزيادة ضبط الذات من شأن ذلك تحسين ضبط النزوع الذي غالباً ما نجده متأذياً عند المرضى الذين يعانون من قصورات في الوظيفة التنفيذية.

أ ـ الوصفة الناجحة لتحسين نتائج علاج الإدمان

ان الخطوة الأولى لتحسين العلاج هو ادراك اهمية الوظيفة المعرفية للعلاج. وهي خطوة هامة ولا بد من فهمها من قبل المرشد المعالج اذ كان الهدف هو علاج ناجح. فالظاهرة البسيطة لاخماد الشرب المسكر ذات تحديات معرفية هامة اذ يتعين على المريض ان يكون واعياً للمنبهات الفيزيولوجية (زيادة اللعاب، وتسرع ضربات القلب)، وللمنبهات الاجتماعية[1]، والمواقف ذات المخاطر العالية. فالوعي هو الخطوة الأولى في العلاج ويتعين على المريض ان يكون قادراً على تذكر الاستراتيجيات التعاملية، وتنظيمها وتنفيذها واخيراً لا بد للمعالج من الرصد الذاتي Self-monitorig لتحديد درجة النجاح الناتج والتدريب على ضبط المنبه STiMULUS control والتخلي عن الموقف وتركه إذ كانت الاستراتيجيات التعاملية بدت لا تقدم النتائج المرجوة. إن الارشاد الاستبصاري لا يقدم اي **نفع علاجي، ولا يمنع الكحولي المتأذي معرفياً من مسافهة الكحول بدون الأخذ بالمهارات التي ذكرناها.** ويرى لانجلي وكيلي (١٩٩٢) ان علاج الادمان عند المتأذين معرفياً لا بد من مراعاته للعناصر التالية في العملية العلاجية: **زيادة الادراك إزاء المواقف التي تتسم بالتعرض لمخاطر عاليه، إعادة تركيب البنية المعرفية إزاء التوقعات الخاطئة حيال المادة المخدرة، تحسين مهارات حل المشكلة وصنع القرار وتعزيز الدافع نحو الامتناع عن شرب المسكر.**

ب ـ البروفيل النفسي ـ العصبي

من اركان علاج الادمان تقييم الوظيفة النفسية العصبيه كما ذكرنا اكثر من مرة في هذا السياق. وان مثل هذا التقييم لا يصف، فقط القصورات النفسية العصبية، ولكنه ايضا يصور القوة المعرفية. كما ان التوصيات لا بد من ان تقوم على بنود وظيفية وواقعية. قد لا يفيد المرشد العلاجي ان يعرف ان المدمن المتعالج لديه قصور في ترميز الدلالات اللفظية Semantic الذي يترتب عليه استرجاع تذكري ضعيف. والذي يفيد هذا المرشد ان يعرف **ان ذاكرة المريض هي غر موثوقة** وان المعلومات المعقدة لا بد من تجزأتها الى عناصر بسيطة مبسطة مع تأثيرات cues تحرض على تحسين العملية التذكريه. ومن المفيد ايضا للمرشد ان يعرف ان المريض المتعالج على الرغم من ان لديه سرعة ذهنيه معاقة، فإن مهاراته في تركيز الانتباه هي عموماً دقيقة، كما ان قدراته التفكيرية هي سليمة. وفي مثل هذا السيناريو، تبدو المعلومات الجديدة افضل ما تقدم في صورة بطيئة. وبالنظر الى سلامة القدرة التفكيرية يفترض ان المريض قادر على اتخاذ احكاماً

(١) راجع كتاب: العلاج النفسي الحديث للادمان على المخدرات والمؤثرات العقلية؛ تأليف الدكتور محمد الحجار ـ إصدار دار النشر في المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب في الرياض عام ١٩٩٣م.

جيدة ومنطقية، وبالتالي فانه من الممكن تصعيد ورفع وتيرة المعلومات العلاجية. وننوه الى انه قبل وضع الخطة العلاجية لا بد من الحصول على البروفيل النفسي ـ العصبي للمريض.

د ـ تكامل الخطة العلاجية

تتكامل الخطة العلاجية من خلال الحصول على المعطيات العصبية ـ النفسية. فالمشكلات النوعية تُرصد في الخطة العلاجية فتضمنه ميادين الاعاقة المعرفية. فمثلاً، اذا كانت المهارات الاجتماعية تشكل مشكلة، وتضمنت الخطة العلاجية علاج جمعي للمهارات الاجتماعية، فالخطة لا بد من ان تتضمن ايضاً، تبعا لذلك، الاسلوب المستخدم لتحسين عملية التعميم generalization بسبب وجود الاعاقات المعرفية الخاصة. كما ويتعين ان يتضمن في الخطة العلاجية وصفاً لأهداف اعادة التأهيل وللمداخلات العلاجية.

أ ـ إعادة التأهيل المعرفي

ان استخدام تقنيات اعادة التأهيل المعرفي في علاج الادمان اصبحت شائعة الاستخدام وان اشكال واساليب اعادة التأهيل تأخذ انماطاً مختلفة اي اساليب الورقة والقلم، والبرامج المتضمنة المثيرات الشكلية الداخلية والخارجية وطرق التعامل معها، الاساليب او الطرق الجمعية group، والمقاربات المنفذة بالحاسب الآلي.

إن طرح العلامة فولس ستيوارت (١٩٩٢) اعادة التأهيل المعرفي بمساعدة الحاسب الآلي من شأنه تسريع الشفاء المعرفي عند المصابين بالتأذي المعرفي. ورغم توافر تقنيات إعادة التأهيل المعرفية، علينا ان نتذكر ان اعادة التأهيل المعرفي ليس هدفها تحسين اعاقة نوعيه بمعزل عن تأثيرها على نطاق اوسع من النشاطات الوظيفية ويرى العلامة بريفاتانو (١٩٨٦) وجود اربعة إرشادات عادة من تطبيق إعادة التأهيل المعرفي؛ او لاحقا ان التأذي المعرفي عند فرد ما قد يكون اكثر تشوشاً في تفكيره مما يبدو بالفحص المباشر. فالاختبار النفسي ـ العصبي هو جيد التركيب، وان بعض الافراد يقدمون انجازاً بوجود العنصر التركيبي في الاختبار اكثر من الظروف التي لا يتواجد فيها مثل هذا التركيب. ثانيها يجب ان يزيد اعادة التأهيل وعي الفرد ازاء قواه المتبقية وايضاً مقصوراته وثالثها ان الفرد باعاقات معرفية يجب مساعدته حتى يدرك الحاجة الى سلوكيات تعويضية. ورابعها ان تساعد اعادة التأهيل الفرد المتأذي معرفياً على التعامل مع قصوراته المعرفية ليس فقط بوجود المعالج ولكن عندما تبرز هذه القصورات من خلال السلوك الشخصي interpersonal والمهني.

خلاصة البحث

ان شيوع الاعاقة النفسية ـ العصبية في علاج المدمنين على المخدرات والمؤثرات العقلية يشكل نسبة ٥٠٪ تقريباً من مرضى الادمان. وميدان علاج الادمان يفرض وجود تكافل في التقييم النفسي ـ العصبي والمقاربات والاساليب العلاجية من هنا حاجة المرشدين الى مزيد من التدريب في الجوانب المعرفية المتعلقة بالادمان على المخدرات والمسكرات. كما يحتاج المرشد أيضاً الى ان يتعلم روز الوظاف المعرفية وحتى يطلب التقييم النفسي ـ العصبي. ويتعين ايضا تضمين القضايا النفسية ـ العصبية في برامج علاج الادمان. وان الخدمات بحاجة الى التوسعة تتضمن اعادة التأهيل المعرفي. فالتقنيات الكلاسيكية الارشادية لا بد من ان تتبدل او تهجر وتستبدل بتقنيات اكثر ملاءمة لعلاج

مرض التأذي المعرفي المدمنين. فالمقاربات العلاجية مثل العلاج المزيد للحافز (ميللر ١٩٩٢) وتدريب تحسين المهارة التعامليه السلوكيه ـ المعرفية، مثل هذه المقاربات فعالة في علاج الادمان وهذه الاساليب هي ملائمة تماماً لعلاج مرضى الادمان باعاقات معرفية، وأيضاً لمرضى الادمان باصابات دماغية ثانوية تعتريهم اذيات معرفية.

The Harmful effects on norcotics and alcohol on the neuropsychological functions «a source topic»

Summary: Substance abuse treatment programs rarely consider the integrity of the brain when individuals enter the treatment process It has been speculated that many substance abuse therapists feel that once the individual has been detoxified biological concerns have been attented to and are no longer a consideraion in the treatment process The therapist feels that if the substance abuser has an ongoing medical illness, it has been treated and a proper medical plan is being follwed independent of substance abuse counseling. there are accumulated findings which auggest that substance abusers should be expected to experience long term alterations in neuropsychological functioning that are manifested not only during the detoxification period, but also during the treatment period as well.

Management of neur: opsychological impairments should be included in the treatment programs in order to obain the the desired goals.

مراجع البحث

١ ـ الاجنبية

1- Abbott, M. and Gregson, R. (1981): Cognitive dysfunction in the prediction of relapse in alcoholics. Journal of Studies on Alcohol, 42, 230-243.

2- Alterman, A., Goldstein, G. (1985). The impact of mild head injury on neuripsychological capacity in chronic a coholics. American Journal of Psychiatry. 141, 663-667.

3- Brandt, J., and Butters., N. (1983): Cognitive loss and recovery long- term alcohol abusers. Archives of General Psychiatry, 40. 435- 442.

4- Costello, R. (1975): Alcoholism treatment and evaluation. International Journal of Addictions, 10. 856-867.

5- Fals- Stewart, W. (1993): Neurocognitive defects and their impact on substance abuse treatment. Journal of Addictions and offender counseling 13, 46-57.

6- Goldman impairment in chronic alcoholics. American Psychologist, 38. 1045-1054.

7- Miller, L. (1985): Neuropsycological Assement of Subtance Abusers Journal of Substance Abuse Treatment.2, 15-17.

٢ ـ العربية:

الحجار محمد (١٩٩٣م): العلاج النفسي الحديث للادمان على المخدرات والمؤثرات العقلية: إصدار المركز العربي للدراسات الامنية والتدريب بالرياض.

العوامل النفسية ودورها في ادمان المراهقين الذكور

د. وليد احمد المصري*

تعتبر قضية الادمان مشكلة خطيرة تواجه الانسان عموماً والمراهقين خصوصاً وذلك نظراً للتغيرات التي تحدثها على الشخصية بكافة ابعادها ومقوماتها، حيث تصاب العمليات المعرفية للمراهق بالخلل كالانتباه والإدراك والذاكرة، كما يتأذى الذكاء العام، وقدرة المراهق على إدراك العلاقات المكانية وتحقيق التآزر الحركي البصري المناسب ناهيك عن التأثيرات والفيزيولوجية لذلك سنحاول في هذا البحث ابراز دور العوامل النفسية المساعدة على ادمان المراهقين على الوسائل المخدرة والمواد السمية الاخرى. لقد اثبتت الدراسات على ان سوء استخدام تلك الوسائل المخدرة يساعد على ظهور نوبات هيسترية، وكذلك يؤدي الى الفوضى والاستهتار وعدم التوافق الأسري.

لقد أضحى ملحوظاً ومنذ منتصف الخمسينات، وفي كثير من البلدان تزايد اعداد المراهقين المستهترين والذين يسيئون استعمال الوسائل المخدرة بكافة اشكالها حيث صدرت البيانات الاولية من اليابان التي بدأ المراهقون فيها يستخدمون الامفيتامينات Amphetamines بوصفها عقاراً قوياً ترافق في الستينات مع ارتياد الشباب للمراقص الليلية، وصارت الماريجوانا ووسائل مخدرة اخرى شائعة وسط جماعات الهيبي...

إما في روسيا فقد انتشر تعاطي المراهقين للمخدرات بدءاً من ستينيات هذا القرن، وفي بداية السبعينات بلغ عدد المراهقين الملتحقين بمستشفيات الأمراض العقلية بتشخيص الادمان ٩٪، اما الذين[1] اساؤوا استخدام المخدرات والمواد السمية الاخرى، ولكنهم لم يصلوا بعد الى مرحلة الادمان Addiction فكانت نسبتهم ١٩٪ لقد كانت الدراسات الغربية حتى وقتنا الراهن موجهة الى دراسة انتشار المخدرات والهوس بالسموم toxicomania. فنأخذ مثالاً ايطاليا ففي عام ١٩٨٢ تشير الاحصائيات الى ان ٢٪ من الذين يؤدون الخدمة العسكرية أساؤوا استخدام الافيون، وفي فرنسا ٨٪ من المراهقين يدخنون الماريجوانا، و١٪ يتعاطون الهيروين Heroin وعقاقير الهلوسة مثل .L,S,D[2]

إن من ضمن العوامل النفسية التي ادت الى تزايد اعداد المراهقين الذين يدخنون المخدرات والهوس بالسموم تمثل قبل كل شيء بالنشاط الجماعي[3] إذ تبين ان ٩٠٪ من المراهقين يبدؤون استخدام المواد المخدرة في جماعات الاقران فالدافعية الى ذلك تتمثل في الرغبة بعدم الاختلاف عن اقرانهم ورغبتهم في تقليدهم. كما ان هناك دافعاً آخر هو نزوع المراهق الى البحث عن المشاعر والانفعالات الغريبة وغير المألوفة، فالمراهق ذو الطبع المتقلب يبحث عن مشاعر اولية من السعادة

* مدرس علم النفس النمائي ـ كلية التربية ـ جامعة حلب.

والغبطة او اسلوب ليرفه به عن نفسه، اما الذين يعانون من فرط الانفعال المزاجي hyperthymia والهيستريين فيسعون الى الحصول على مكانة ونفوذ داخل الجماعة. إما بالنسبة للمراهق الفصمي Schizoid فالشيء الأكثر اهمية هو التخفيف من التناقص الداخلي وتسهيل عملية التواصل. وتدل الادبيات المتخصصة في اوربا الغربية على ان الدافع الى تعاطي المخدرات هو مواجهة الجيل واحتجاجه ضد قيم الأبوين الروحية، وقيم المجتمع بصورة عامة. كما تلعب الاسرة دورا هاماً في إقبال الشباب على تعاطي المواد النفسية او ابتعادهم عنها. ومن النتائج المهمة التي انتهى اليها هنت (Hunt) في هذا السياق، انه اذا كانت العلاقة بين الآباء والابناء يسودها الصراع والتفكك ازداد احتمال الابناء على التعاطي، واذا كانت العلاقة تغلب عليها روح التسلط من جانب الآباء فالاحتمال ان يكون اقبال الابناء على التعاطي متوسطا، اما اذا كانت العلاقة متسمة بالديمقراطية اي يسودها الحب والتفاهم، فان احتمالات اقبال الابناء على التعاطي تكون ضئيلة. لقد برزت مشكلة بطالة الشباب وسخطهم على القوانين السائدة حيث ارجعت الفرويدية الجديدة Neo-Freudism السبب الى تقديس الاستهلاك في المجتمع الحديث، وفي الرغبة «الاستهلاك السعادة» وكأنها سلعة من السلع. اضف الى ذلك فان هناك اشكالا اخرى من الدافعية على النحو التالي:

١ ـ الدافعية الايجابية تهدف الى تحقيق المتعة واللذة.

٢ ـ الدافعية السالبة هدفها التخلص من حالة الكرب والكآبة.

٣ ـ الدافعية الحيادية من اجل التكيف مع الوسط المحيط.

لقد كانت مهمة الدراسات المتخصصة هي بحث مسألة انتشار المخدرات وسط جماعات الاقران وطبيعة المواد المخدرة، وخصائص تأثيرهم، والاخطار والتعقيدات التي تخلفها تلك السموم. اما الآن فقد انصب جهد الباحثين والمتخصصين في دراسة العوامل النفسية التي تدفع بالمراهق الى عالم الادمان على المخدر والهوس بالسموم لقد شملت احدى تلك الدراسات عينة مؤلفة من /٣٧٤/ من المراهقين الذكور ممن تتراوح اعمارهم ما بين ١٢ ـ ١٧ سنة والذين ادخلوا مشافي الامراض النفسية في مدينتي بطرس بورغ واوديسا وذلك في الفترة الممتدة من عام ١٩٧١ ـ ١٩٨٦ حيث شخص عند ٢٤٪ من المراهقين ادمانهم على الافيون Opiumism، و٩٪ ادمنوا مواد مخدرة اخرى بدافع التعلق النفسي او الاعتماد النفساني Psychis dependence، و٥٧٪ تعاطوا مواد مخدرة مختلفة لكن دون تعلق نفسي، اضافة الى ذلك فان ٩٪ من الملتحقين بالمستشفيات اصيبوا باضطرابات نفسية وتسممية intoxication سببتها تلك المواد المخدرة. لقد تبين نتيجة للدراسات ان استعمال المواد المخدرة كما ابدى الذين لديهم فرط انفعال مزاجي اهتماماً خاصاً بالمهلوسات والمواد الاستنشاقية (تشمل هذه المواد البنزين، الصمغ، طلاء الاظافر، مخففات الطلاء...) التي تثير عندهم خيالات سعيدة. كما لوحظ عند النمط الانفعالي المتقلب مغامرة اقل لسوء استعمال المواد المخدرة، لكن اغلبيتهم فضل المواد الاستنشاقية الطيارة.

وبرز عند المراهق الشبيه بالفصامي نزعة لاستخدام مستحضرات الافيون والحشيش بهدف إثارة

حالة انفعالية سارة ومرضية. كما تميز المراهقون الذين يعانون من نوبات صرعية بمعاقرة مرتفعة لسوء استعمال المخدرات ولكنهم بشكل عام فضلوا المواد الاستنشاقية التي بفضلها ينزع المراهق لبلوغ حالة اللاوعي[4].

اما المراهقين ذو النمط الهستيري فإنهم يزدرون استنشاق المواد الطيارة مفضلين استخدام المهدئات tranquilisator التي تخفف من قلقهم فلقد تبين انهم يستهلكون وبصورة رئيسة المنشطات.

إن واحداً من الأسباب الخاصة في الماضي لادمان المخدر عند الناس يحدث بالتعود Habituation وبالشغف واللهفة Craving على المخدر لكن نسبة من المراهقين ادمنوا المخدر والمهدئات نتيجة لاستخدامهم كوسيلة علاجية رغم ان نسبتهم قليلة جدا لا تتجاوز (٨٪) لقد اثبتت الدراسات التي قام به كل من بيستنكي، ليتشكو، هيرسونسكي عام ١٩٩١) اسباب ادمان المراهقين على الخمر والمخدرات وذلك نتيجة لاستجواب عينة من المراهقين فكانت النتائج وفق الآتي[5]:

ـ احتجاج استعراضي ذو صبغة متحدية لسلطة الأبوين	٪١
ـ استبدال الكحول العصب الحصول	٪٢
ـ اشارة الإبداع والخيال	٪٣
ـ الرغبة لاظهار تفوقه امام اقرانه	٪٦
ـ تأثير الراشد واغرائه	٪٧
ـ حب المعرفة والفضول والرغبة في ولوج عالم المجهول	٪٨
ـ النزعة للنسيان والهروب من الاشياء الكريهة والمزعجة	٪١٠
ـ البحث عن اشكال جديدة من التسلية، الخيالات والهلوسات	٪١٢
ـ لكي يعيش في حالة انفعالية سارة ومتمعة	٪١٩
ـ لكيلا يتخلف عن الجماعة وان يكون مثل الآخرين	٪٣٢

إن تأثير جماعة الاقران عظيم جداً في انتشار تعاطي المراهقين للمخدرات والهلوسات وغيرها لقد اكدت بعض الدراسات على ان ٧٦٪ تذرعوا بتأثير الجماعة او اغراء الصديق. وهذا ان دل على شيء فانه يدل على نزعة لتحميل الآخرين الاثم وخصوصاً عندما يصل التواصل الى درجة قوية.

اضافة الى ما قيل كشفت الدراسات العوامل التالية المساعدة على سوء استعمال المراهق للمخدرات[5].

ـ وجود اشخاص في فناء المنزل يتعاطون المخدر	٪١
ـ وجود عيب جنسي	٪٣
ـ كشف حقيقة التبني	٪٣
ـ تطور العصابات والذهانات عند احد الأبوين	٪٣
ـ وقوع احداث مأساوية	٪٤
ـ انتحار احد الأبوين في الاسرة، تبدل تركيب الاسرة	٪٦
ـ دخول احد الأبوين السجن	٪٧
ـ تباعد اصطراري للشخصية التي تعلق بها المراهق عاطفيا وبشكل قوي	٪٨
ـ الرفض من جانب الاقران بسبب وجود عيوب جسمانية عند المراهق	٪٩
ـ الالتحاق في المدارس الداخلية	٪٩
ـ وصاية مفرطة من جانب الأسرة التي تثير احتجاج عاصف لدى المراهق	٪١٢
ـ كحولية الأم	٪١٣
ـ الاستهتار والفشل الأسروي، تبدل الوضع النفسي والاجتماعي بصورة حادة	٪١٤
ـ الرفض العاطفي من جانب الام	٪٧
ـ صراعات دائكة بين الأبوين	٪١٧
ـ طموحات عالية بالنسبة للمستقبل المهني	٪١٨
ـ المعاملة الصارمة او القاسية للمراهق في الاسرة	٪١٩
ـ كحولية الاب المزمنة	٪٢٢
ـ الفشل في الميدان الدراسي	٪٢٧

العـــلاج:

يعتبر تركيب الأسرة وضعف القيم الروحية من العوامل التي تجعل المراهق يشعر بعدم الاطمئنان والاغتراب مما يولد ضروب مختلفة من التوتر والقلق والسلوك العدواني الذي يؤدي الى الجنوح والانحراف والخروج على المجتمع وتقاليده ومثله الاخلاقية لذلك فان افضل ما يمكن فعله لتحصين المراهقين ضد هذا الخطر يتمثل بما يلي:

١ ـ تقديم الخدمات الارشادية الانمائية والوقائية وتبصيرهم بحقيقة الادمان.

٢ ـ ابعاد شبح البطالة عنهم لانه ثبت بان البطالة وعدم المهارة في ان يشغل المراهق نفسه من الاسباب الهامة لانتشار المخدرات والولع بالسموم.

٣ ـ شغلهم اوقات فراغهم بممارسات مفيدة لهم ولمجتمعهم، والدعوة الى انشاء نوادي خاصة بهم وتكيف الرحلات العلمية والاستكشافية.

٤ ـ اما اولئك الذين ابتلوا بداء الادمان فيمكن ان نقدم لهم العلاج المناسب فالتدخل الدوائي هو جزء من تدخل اوسع من ذلك هو التدخل النفسي الاجتماعي الذي يهدف الى اعادة التأهيل والكشف المبكر عن تعاطي المواد النفسية وتوفير خدمات العلاج والتربية، والرعاية اللاحقة واعادة الاستيعاب الاجتماعي للمدمنين. ان العلاج المتكامل (الطبي، النفسي والاجتماعي) هو الضمانة القوية لوقف زحف هذا الاخطبوط الرهيب وتحقيق التوازن لفلزات اكبادنا.

المراجـــع:

1 ـ ليتشكوا. ي ١٩٧٧ ـ المخدرات وادمان المراهقين لينيغراد، الطب، ط ٦١ ـ ٧٠.

2- Handel D. Alder Sudit- 1981, the epidemioligy of adolescent durg use in France// Amor. J public health. v 71N° 3.P. 256-265.

3- Boyd. P- 1970 Heroin addicition in adolescents j: Psychosomat Res. v 14, N3 P402-406/.

4- Seibel. s- 1976, Quelgues aspects psychiatriques des toxicomanies// Ann. Medico- Psychod V: 11., N°.3 P: 300-309.

5 ـ بيتنسكي ف.س واخرون ١٩٩١ ـ دور العوامل النفسية في ازدياد التعلق بالمخدرات عند المراهقين، موسكو، المجلة النفسية، مجلد ١٢، عدد ٤ ص ٨٧ ـ ٩٣.

سلوكيات المخاطرة للإصابة بفيروس فقدان المناعة المكتسبة لدي مدمني الهيروين عن طريق الحقن بالوريد

د. محمد رشـــاد*

مقدمة:

مرض فقدان المناعة المكتسبة الذي ينتج عن إصابة جهاز المناعة للإنسان بنوع من الفيروسات أطلق عليها اسم «فيروس فقدان المناعة» Human Immunodeficiency Virus ويرمز له بالرمز HIV، وتكمن خطورة الإصابة بهذا الفيروس في انخفاض قدرة الجسم على مقاومة الامراض وحمايته من الإصابة بالأمراض المعدية.

وينقسم فيروس نقص المناعة الى نوعين. النوع الأول (Type A) والنوع الثاني (Type B). ويعتبر النوع الاول من اكثر الأنواع انتشاراً ويتشابه مع بعض الفيروسات التي تصيب بعض الحيوانات وبصفة خاصة القردة. ويرجح العلماء ان المدة بين الاصابة بفيروس فقدان المناعة المكتسبة وبين ظهور الاعراض الاكلينيكية للإيدز AIDS تراوح ما بين ٨ سنوات إلى ١١ سنة، وقد تتخذ الاعراض الإكلينيكية للإيدز اشكالاً عديدة منها ما يتعلق بالجهاز العصبي مثل اضطرابات الذاكرة والتركيز والهذيان والشلل الجزئي للأطراف، كذلك يصاحبها بعض الاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب والقلق والغضب والسلوك العدواني (Dew, M, etal ١٩٩١).

ويصاب أيضاً باقي اعضاء الجسم باضطرابات مثل اضطرابات الغدد الليمفاوية والإصابة بالتهاب رئوي او الإصابة بالاورام السرطانية.

وتوجد حاليا العديد من الجهود المبذولة لعلاج مرضى فيروس فقدان المناعة المكتسبة HIV ولكن دون فائدة تذكر فلا يزال العلم يقف مكتوف الأيدي امام العلاج وان كان هناك بعض المحاولات لاستخدام عقاقير تساعد علي تقليل سرعة تدهور الحالة الصحية للمريض وتأخر ظهور الاعراض المرضية الا انها محاولات لا تزال نتائجها غير مضمونة. والمتوفر حاليا عقار AZT الذي يعمل على تعطيل نشاط الأنزيمات الذي يفرزه الفيروس لنسخ المادة النووية ولكن لها آثارها السلبية.

وتهتم هذه الدراسة بالدرجة الأولى بالسلوك الاندفاعي الذي يؤدي بدرجة عالية الى احتمالية الأصابة بفيروس فقدان المناعة وليس الشخص حامل الفيروس او مريض الايدز وهو ما يطلق عليه السلوك المستهدف او سلوكيات المخاطرة للأصابة بالفيروس.

وتنقسم سلوكيات المخاطرة الي اتجاهين اساسين.

الاتجاه الاول: اتجاه اجتماعي يشتمل على العوامل الوراثية والخصائص الأسرية والتنشئة الاجتماعية.

---

* استشاري الصحة النفسية ـ مستشفى الامل بالدمام.

الاتجاه الثاني: اتجاه معرفي ينظر الى المخاطرة على اعتبارها نمطاً معرفيا يقوم به الشخص التفكير في بدائل مختلفة لهذا السلوك واختيار ما يناسبه من حلول يراها منطقية.

مشكلة الدراسة:

حيث تؤكد العديد من الدراسات وجود علاقة موجبة ذات دلالة احصائية بين المشاركة في تعاطي المخدرات عن طريق الحقن بالوريد وبين احتمالية الإصابة بفيروس فقدان المناعة المكتسبة (Marlet, ١٩٩٠ ;Skidmore, Robertson and Robert ١٩٨٩ Darke, Walk ;Stimson, Donghoe and Dola ١٩٨٨ and Gold).

ومن المعروف جيدا في الفترة الحالية ان المشاركة في تعاطي المخدرات عن طريق الحقن بالوريد يعرض المدمن الى مخاطرة شديدة للإصابة بفيروس فقدان المناعة المكتسبة حيث ينتقل الفيروس عن طريق الحقن الملوثة (Center For Disease Control, ١٩٨٩).

وعلى الرغم من توفير الحقن والابر للاستخدامات الطبية الا انه من غير المقبول في جميع دول العالم ان يتم استخدام تلك الحقن في تعاطي المخدرات. مما دفع بعض الدول الى وضع ضوابط للحد من انتشار تلك الحقن او امكانية الحصول عليها بسهولة وذلك بسبب سوء استخدام تلك الحقن في تعاطي المخدرات. ولكن الأمور تزداد تعقيدا عندما يدفع عدم توافر الحقن او صعوبة الحصول عليها الى مشاركة المدمنين بعضهم لبعض لنفس الأدوات مما يزيد من احتمالية الإصابة بالأمراض المعدية. فمنع توافر الحقن لن يقلل من انتشار الأمراض المعدية بل يزيد الأمور تعقيدا (Darke, hall and Carless ١٩٩٠).

وتعتبر المشاركة في استخدام الحقن بين مدمني المخدرات مؤشرا خطيرا للإصابة بفيروس فقدان المناعة المكتسبة لذلك فإن اجراءات الوقاية تتلخص في تنظيف ادوات الحقن باستخدام بعض المطهرات التي تقضي على الفيروس مع ضرورة عدم المشاركة في ادوات الغير ومع اهمية تلقي المتعاطين قدراً من التوعية المبسطة وهم بدورهم ينقلونها لأقرانهم المتعاطين الذين لا تتاح لنا فرصة مقابلتهم.

كذلك يحتل السلوك الجنسي دور هام في انتشار الامراض المعدية بشكل عام وبين متعاطي المخدرات بشكل خاص، حيث يمكن ان يتزايد انتشار الفيروس بصورة مضاعفة اذا كان لدى المتعاطي نشاط جنسي مثلي مع تعاطي المخدرات عن طريق الحقن بالوريد (Feucht, Stephens and Roman, ١٩٩٠ ; Robertson, Skidmore and Roberts, ١٩٨٨).

ومن المهم التأكيد على التوسع في نوعية برامج التوعية العامة والتي تقدم بهدف التقليل من مخاطر الإصابة بفيروس فقدان المناعة المكتسبة مثل استخدام العازل الطبي (Candom) كوسيلة وقائية للممارسة الجنسية مع الزوجة او الشريك المعتاد أو مع الشركاء الاخرين. حيث تزايد احتمالية الإصابة بالفيروس بين النساء اللواتي يعاشرن مدمني المخدرات عن طريق الحقن بالوريد والمصابين بالفيروس (Philpot, ١٩٨٩ Harcourt and Edwards) ولا شك أن المعاشرة الجنسية للساقطات تزيد من احتمالية الإصابة لعملائهم والذين هم بدورهم سيصبحوا مصدر عدوى لأشخاص آخرين ارتبطت حياتهم بهؤلاء العملاء. ولا يقتصر الأمر على الممارسات الجنسية الطبيعية وإنما شملت ايضا الممارسات الجنسية الشاذة سواء كانت جنسية مثلية أو غيرية (Turner, Miller and Moses ١٩٨٩).

وتكمن المشكلة في:

١ ـ عدم وجود دراسات عربية في حدود علم الباحث اهتمت بهذا الموضوع.

٢ ـ وجود صعوبات خاصة بموضوع الدراسة لما يمس قيم وأخلاقيات داخل المجتمع.

٣ ـ نظرة المفحوص السلبية نحو موضوع الدراسة.

ويتضح من ما سبق أهمية تناول جميع الطرق والوسائل التي من خلالها يتم انتقال الفيروس وان يتم شرح وتوضيح ذلك من خلال الجلسات الإرشادية او جلسات التوعية والوقاية بخاصة بالنسبة للأفراد الذين لديهم احتمالية للإصابة اغلى من غيرهم.

تساؤلات الدراسة:

ـ ما هي احتمالية الأصابة بفيروس فقدان المناعة المكتسبة لدى عينة من مدمني الهيروين عن طريق الحقن بالوريد؟

ـ هل توجد علاقة بين تعاطي المخدرات عن طريق الحقن بالوريد وبين الأنشطة الجنسية المؤدية الى احتمالية الأصابة بفيروس فقدان المناعة المكتسبة؟

ـ هل توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المدمنين والاسوياء في احتمالية الاصابة بفيروس فقدان المناعة؟

ادوات الدراسة:

استخدم مقياس HRBS الذي يعتمد على تحديد سريع وشامل لجميع الجوانب التي يحتمل ان تكون سببا للإصابة بفيروس فقدان المناعة المكتسبة لدى الفرد وتحديد شدة الاحتمالية بالإصابة. وذلك بناء على ادوات موضوعية يتم خلالها تقييم سلوك المخاطرة للإصابة بفيروس فقدان المناعة مدمني المخدرات عن طريق الحقن بالوريد وكذلك السلوكيات والأنشطة الجنسية التي تزيد من احتمالية الإصابة بعدوى بفيروس فقدان المناعة المكتسبة ليتم من خلال الجلسات الإرشادية مناقشة جميع السلوكيات المرتبطة بارتفاع احتمالية الإصابة بعدوى بفيروس فقدان المناعة المكتسبة مع تقديم افضل طرق الوقاية. وبالاجراءات الوقائية المناسبة يمكن استخدام المقياس في عمل استراتيجيات وخطط عملية ارشادية للحد من انتشار عدوى فيروس فقدان المناعة المكتسبة بطريقة موضوعية (Dark, Hall, Healther, ١٩٩٠ Ward and Wodak).

ويتكون مقياس سلوك المخاطرة بالإصابة بفيروس فقدان المناعة المكتسبة على بنود موضوعية تم تصميمها وتعديلاتها لقياس سلوك تعاطي المخدرات عن طريق الحقن بالوريد حيث يضع هؤلاء المتعاطين انفسهم في مخاطرة مستمرة للإصابة بفيروس فقدان المناعة المكتسبة. ويعتبر التعاطي عن طريق الحقن والسلوك الجنسي من اكثر المجالات السلوكية التي تؤثر بصورة مباشرة على انتشار الفيروس في المجتمعات العامة.

يحتوى مقياس المخاطرة بالإصابة بفيروس فقدان المناعة المكتسبة (HRBS) على احد عشر بندا، وتم اختيار كل بند بدقة ليحدد السلوك المستهدف للإصابة بالعدوى، وتغطي البنود جميع السلوكيات

الادمانية والجنسية وتتراوح درجات كل بند من درجة (صفر الى ٥)، وتشير الدرجة المرتفعة الى زيادة احتمالية المخاطرة بالإصابة وكذلك العكس.

وفي النهاية يتم جمع الدرجات على جميع البنود وتقدم مؤشر موضوعي لاحتمالية الإصابة بالفيروس. وتحسب النتيجة كما يلي درجة السلوك الادماني المستهدف لإصابة بالعدوى. وكذلك درجة السلوك الجنسي المستهدف للإصابة بفيروي H.I.V وتتراوح الدرجة الكلية على المقياس من (صفر الي ٥٥).

وينقسم مقياس المخاطرة بالإصابة بفيروس HIV الى قسمين اساسيين، القيم الاول خاص بسلوكيات تعاطي المخدرات، مثل تكرار استخدام الحقن المستعملة وعدد المرات التي يتعاطي خلالها مع آخرين وعدم تنظيف ادوات التعاطي.

اما القسم الثاني الخاص بالنشاط الجنسي والذي يشمل عدد الاشخاص الذي يشترك معهم المريض في ممارسات جنسية وبدون استخدام العازل الطبي في اثناء الجماع سواء كانت مع الشريك المعتاد او اشخاص اخرين مثل الممارسات الجنسية العابرة، وتزداد احتمالية الإصابة بالفيروس من خلال الممارسات الجنسية مع الساقطات او الشذوذ الجنسي ويتم حساب نسبة المخاطرة سواء كانت احتمالية الإصابة بالفيروس او ان يكون مصدر العدوى للآخرين من خلال جمع الدرجة الكلية لكل من القسمين.

وفي دراستنا الحالية قام الباحث بتقنين المقياس على البيئة العربية، وقد تم عمل بعض التعديلات بما يتلاءم مع البيئة العربية وشملت التعديلات ما يلي:

١ ـ ان تركز الاسئلة على الثلاثة شهور الاخيرة وليس الشهر الاخير ويرجع ذلك الى ان طبيعة المجتمع الغربي الذي يسمح بظهور انشطة جنسية او ادمانية اكثر حرية من تلك التي تتواجد في مجتمع عربي محافظ لذلك فان المدة التي تجعل الشخص المستهدف للإصابة بعدوى فيروس فقدان المناعة المكتسبة تنخفض كثيرا في مجتمعاتنا الإسلامية المحافظة، وقد عرض الباحث المقياس على مجموعة من المحكمين المهنيين العاملين في مجال علاج الاضطرابات الادمانية وقد شمل تعديل المدة الزمنية بناء على الاختلافات الثقافية والحضارية بين المجتمع للمقياس وبين مجتمع الدراسة الحالية، وقد اجمع المحكمون على ان تصبح المدة الزمنية ما بين ثلاثة شهور الى ستة شهور.

٢ ـ شملت عينة الدراسة الحالية على خمسين مريضا من المنومين بمستشفى الامل بالدمام ويعانوا من اعتماد على الهيروين، ويتم تعاطيهم عن طريق الحقن بالوريد. وتم اختيارهم بطريقة عشوائية مقيدة.

عينة الدراسة:

تم تطبيق المقياس بعد ترجمة بنوده واختبار تجربة الصدق السطحي Face Validity ثم تمت تجربة الفهم لمعرفة مستويات السهولة والصعوبة للبنود على عينة من المرضي.

وتم حساب صدق المحكمين وذلك بعرض عبارات المقياس على ثلاث محكمين من العاملين في مجال علاج الادمان وحساب متوسطات كل بند بناء على رأي المحكمين كذلك تمت المقارنة بين كل بند وبين محتوى احتمالية الإصابة بالفيروس. وبلغت نسبة اتفاق المحكمين على بنود المقياس الكلية ومستوى الشدة الى ٩٤.

وتم حساب معامل الثبات عن طريق اعادة التطبيق على عينة مكونة من ٣٠ مريض من عينة التقنين وبلغ متوسط معامل الثبات بين التطبيق الأول وبين التطبيق الثاني ٦٩،

وتم تطبيق المقياس على عينة مقيدة مكونة من ٥٠ مريض من المنومين بمستشفى الامل بالدمام من الفترة ١/٥/ ١٩٩٩ الى ١٩٩٩/٨/١ وكانت شروط العينة المقيدة كما يلي:

١ ـ ان ينطبق على المدمن محكات الاعتماد على الهيروين وفقا لقائمة سوء الاستخدام والاعتماد على المخدرات والكحول بناء على الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع DSM-IV. ولقد استخدم قائمة سوء الاستخدام والاعتماد على العقاقير والكحول بناء على الدليل التشخيصي الاحصائي الرابع DSM-IV ومبررات اختيار القائمة ترجع الى ما يلي: انها تشمل على جميع المواد المسببة للادمان، وتتسم بالموضوعية وسرعة التطبيق والتصحيح، وتتسم بالدقة الموضوعية والبعد عن الاسئلة الايحائية وذات مستوى مرتفع من الصدق والثبات (محمود رشاد، اخرون، ٢١، ١٩٩٩).

٢ ـ ان ينطبق على المدمن محكات التنويم بالمستشفى من حيث السن، الجنسية... الخ.

٣ ـ ان يكون من متعاطي الهيروين عن طريق الحقن بالوريد وذلك لمعرفة احتمالية الاصابة بالفروس بين مدمني الهيروين عن طريق الحقن بالوريد حيث يعتبر الحقن بالوريد من الاسباب الأولي للإصابة بالفيروس.

ـ وتراوحت اعمار عينة الدراسة ما بين ٢٢ الى ٤٥ سنة بتوسط سن ٣١،٤٤ وانحراف معياري + ٤،٨٥ وكانت خصائص العينة كالتالي:

الحالة الاجتماعية	التكرار	النسبة
اعزب	٣٢	٦٤
متزوج	١٢	٢٤
مطلق	٥	١٠
ارمل	١	٢

ـ المهنة:

عدد العاملين = ١٦ بنسبة ٢٣٪

عدد العاطلين = ٣٤ بنسبة ٦٤٪

سنوات التعاطي:

بلغ متوسط التعاطي ٩،٧٨ وانحراف معياري + ٥،٢٠ وتراوحت مدة التعاطي للهيروين من ٣ سنوات الى ٢٥ سنة. وقد بلغ متوسط مرات الدخول للمستشفى ٥،٣٨ وانحراف معياري + ٣،٨٨.

وقد طبق المقياس على عينة مماثلة للعينة التجريبية بمتوسط سن = ٣٠,٩ وانحراف معياري ٣,٥

وبنفس الظروف المماثلة للعينة التجريبية.

طريقة التصحيح:

كما سبق الإشارة في وصف المقياس يتكون من مجموعتين، المجموعة الأولى تحتوي على ستة اسئلة، اما المجموعة الثانية تشمل على خمسة اسئلة ويندرج اسفل كل سؤال مجموعة من الاجابات المتدرجة من (صفر الى ٥)، وتتم عملية التصحيح كما يلي:

١ ـ الإجابة الأولى يحصل خلالها على درجة صفر

٢ ـ الاجابة الثانية يحصل خلالها على درجة (١).

٣ ـ الإجابة الثالثة يحصل خلالها على درجة (٢).

٤ ـ الإجابة الرابعة يحصل خلالها على درجة (٣).

٥ ـ الإجابة الخامسة يحصل خلالها على درجة (٤).

٦ ـ الإجابة السادسة يحصل خلالها على درجة (٥).

ويتم جمع الدرجات التي يحصل عليها المفحوص على الاسئلة، ويصل اجمالي الدرجات ٥٥ درجة على المقياس الكلي وتنقسم الى ٣٠ درجة على مقياس السلوك الادماني و٢٥ درجة على مقياس السلوك الجنسي.

الاعتبارات الاكلينكية لتطبيق المقياس:

يعتبر مقياس تحديد المخاطرة بالإصابة بفيروس فقدان المناعة المكتسبة شكلا من اشكال المقابلة المقننة. ومن المهم أخبار المفحوص بأهداف المقابلة والهدف من تطبيق المقياس كذلك الوقت الذي يمكن ان يستغرق في عملية التطبيق، ومن الضروري ان يدرك المفحوص ان جميع اجاباته على المقياس تحاط بالسرية الكاملة ولن يطلع عليها احد. وتوجد بعض الاعتبارات الإكلينيكية التي يجب على الفاحص اتباعها وهي:

- أهمية تكوين علاقة مهنية حميمة تتسم بالثقة حتى تضمن صدق استجابة المفحوص.
- الا يكون المفحوص واقعا تحت تأثير مادة مخدرة او تحت تأثير اعراض انسحابية او حالة تسمم ادماني يؤثر على عملية فهم المقياس والاجابة على الاسئلة.
- ان لا يعاني المفحوص من تخلف عقلي شديد يؤثر بدرجة كبيرة على استيعابه للمقياس.
- ان لا يعاني المفحوص من اضطرابات عقلية حادة تؤثر على استجابته على المقياس.
- ان تتم عملية التطبيق في مكان مناسب وجو يسمح بالتعاون والثقة.

نتائج الدراسة:

وقد اظهرت نتائج الدراسة ما يلي:

بالنسبة للتساؤل الأول: احتمالية الأصابة بفيروس فقدان المناعة المكتسبة كانت النتائج كما يلي.

جدول رقم (١)

العينة التجريبية (المدمنين)	مقياس السلوك الخاص بتعاطي المخدرات		مقياس السلوك الجنسي		المقياس العام	
ن	م	ع	م	ع	م	ع
٥٠	١٦،٩٦	٣،٥١	٦	٥،٧	٢٣،٢٠	٨،٢٢

ـ وستضح من الجدول السابق ارتفاع احتمالية الأصابة بفيروس فقدان المناعة المكتسبة عن طريق الحقن بالوريد وتأتي الممارسات الجنسبة في المرتبة الثانية سواء كانت ممارسات جنسبة غيرية او مثلية.

ـ بالنسبة للتساؤول الثاني: المقارنة بين عينة تجريبية (المدمنين) وعينة ضابطة (الاسوياء). وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (٢)

العينة	مقياس الادمان		مقياس السلوك الجنسي		المقياس العام		قيمة (ت)	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع	م	ع		
التجريبية	١٦،٩٦	٣،٥١	٦	٥،٧٨	٢٣،٠٢	٨،٢٢	١،١٦	١٠٠٠٠

ويتضح من نتائج الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة احصائية بين كل مقياس السلوك الادماني ومقياس السلوك الجنسي والمقياس العام للمخاطرة بين كل من مدمني الهيروين عن طريق الحقن بالوريد وعينة مماثلة من الاسوياء.

بالنسبة للتساؤل الثالث: العلاقة بين تعاطي الهيروين عن طريق الحقن بالوريد والمخاطرة بالسلوك الجنسي للأصابة بفيروس فقدان المناعة المكتسبة.

اظهرت النتائج وجود علاقة موجبة ذات مستوى دال احصائيا بين كل من المقياس المخاطرة بالسلوك الادماني وبين المقياس الخاص بالمخاطرة بالسلوك الجنسي. حيث كان معامل الارتباط= ٩٥١٥, وهي دالة احصائيا عند مستوى ٠٠١, مما يشير الى درجة عالية من اللارتباط بين كل من سلوك التعاطي والسلوك الجنسي.

مناقشة النتائج:

اظهرت نتائج الدراسة ما يلي:

ـ احتمالية ارتفاع الاصابة بفيروس فقدان المناعة المكتسب لدى عينة من مدمني الهيروين عن طريق

الحقن بالوريد وذلك بصورة كبيرة جدا وذلك عن طريق المشاركة في استخدام حقن ملوثة او عن طريق الممارسات الجنسية المتعددة والتي تزيد من احتمالية الاصابة بالفيروس، وعلى الرغم من ان الحالة الاجتماعية لافراد عينة الدراسة التجريبية (المدمنين) كالتالي: ٦٤٪ غير متزوجين+ ١٠٪ مطلقيين= ٧٤٪ يفترض ان يكون لديهم انشطة جنسية مشروعة الا ان نتائج الدراسة اظهرت وجود انشطة وممارسات جنسية متعددة تزيد من احتمالية الاصابة بالفيروس.

وتتفق النتيجة السابقة مع دراسة ميلر وفرانسيس Miller, S and Frances, R حيث وجدا ارتفاع نسبة انتشار الأيدز من خلال الممارسات الجنسية الغيرية بين مدمني الهيروين عن طريق الحقن بالوريد وان الاسباب الاولى نتيجة المشاركة في الحقن وتاتي الممارسات الجنسية الغيرية في الرتبة الثانية واخيرا الممارسات المتعددة للجنسية المثلية. Miller, S and Frances, R ١٩٩٢،٣٠٨.

ويؤكد في هذا الصدد جينارو اوتومانلي Gennaro Ottomanelli أن احتمالية الأصابة بفيروس فقدان المناعة لدى عينة من ما يمارسون انشطة جنسية متعددة ويتعاطون المخدرات عن طريق الحقن بالوريد اعلى بكثير من مدمني المخدرات عن طريق الحقن بالوريد وليس لهم اية انشطة جنسية ٤٠، ١٩٩٢ Gennaro Ottomanelli.

وبمقارنة احتمالية الأصلية بفيروس فقدان المناعة المكتسبة بين المدمنين والاسوياء اظهرت النتائج ارتفاع احتمالية الاصابة بفيروس فقدان المناعة المكتسبة لدى العينة التجريبية مقارنة بالعينة الضابطة. وتتفق تلك النتيجة منطقيا مع نتائج الدراسات السابقة ويرجع السبب الى عنصرين اساسيين لنقل الفيروس، العنصر الأول المشاركة في تعاطي حقن ملوثة عن طريق الوريد، العنصر الثاني الممارسات الجنسية غير الآمنة.

وقد وجد ستيمسون وأخرون Stimson, Et al, انتشار فيروس فقدان المناعة المكتسبة لدى متعاطي الهيروين عن طريق الحقن بالوريد ولديهم ممارسات جنسية متعددة وغير امنة وان هذه النسبة في ارتفاع مستمر. حيث تشير بعض التقارير ان حوالي ٥٠٪ من مدمني الهيروين عن طريق الحقن بالوريد ولديهم انشطة جنسية متعدة وغير امنة من المناطق الجنوبية والشمالية من الولايات المتحدة الامريكية لديهم نتائج ايجابية لفيروس فقدان المناعة المكتسبة Stimson, et al ١٩٩١,١١١.

وتشير نتائج الدراسة للأجابة على العلاقة بين ارتفاع احتمالية الاصابة بفيروس فقدان المناعة المكتسبة عن طريق المخاطرة السلوك الادماني والسلوك الجنسي.

وقد اظهرت معاملات الارتباط وجود علاقة ذات دلالة احصائية موجبة بين الدرجات على المقياس الاول الخاص بالسلوك الادماني وبين الدرجات على المقياس الثاني الخاص بالسلوك الجنسي حيث كانت معاملات الارتباط = ٩٥،١٥. وذات مستوى دلالة عند ٠٠١.

ويعتبر اوجه التشابه بين كل من السلوك الادماني والسلوك الجنسي ان كل منهم يتسم بالسلوك القهري الاندفاعي فقد يقتصر هذا السلوك على جانب من حياة الانسان وربما يرتبط المخدرات او القمار او الادمان الجنسي (محمود رشاد ٩٢، ٢٠٠٠).

وبسبب ادمان الهيروين ضعفا جنسيا لدى المتعاطين وذلك لتثبيطه نشاط الغدد الجنسية نظرا لان المورفين وهو المادة الفعالة في الافيون وهو نفسه احد المكونات الاساسية للهيروين الذي يسبب نقصا في

افراز الهرمونات المنمية للغدة التناسلية والتي تفرزها الغدة النخامية (ناجي ٨٤, ١٩٩٩)

وتشير هذه النتيجة الى وجود علاقة قويه بين تعاطي المخدرات وبين السلوك الجنسي ويمكن تفسير هذه النتيجة كما يلي:

- ان يكون التعاطي سببا في الاعتقاد بزيادة الرغبة الجنسية، حيث يتعاطي المدمن الهيروين نتيجة لاعتقاده الخاطئ بان ذلك يزيد من رغبته الجنسية تجاه الاخر.
- ان يكون التعاطي سببا في الاعتقاد بزيادة القدرة الجنسية، حيث يتعاطي المدمن الهيروين ايمانا منه ان ذلك سيزيد من قدراته الجنسية ويحسن من ادائه.
- ان يرتبط سلوك التعاطي بالانشطة الجنسية المختلفة، حيث تحدث عملية اقتران شرطي بين كل من تعاطي الهيروين وممارسة الجنس...
- ان يكون التعاطي نتيجة للإحباط في الحياة الجنسية، وهذا ما نراه لدى العديد من المدمنين الذين يعانون من احباطات جنسية مثل سرعة القذف او العنة وقد يكون ذلك سببا للادمان.
- ان يؤدي التعاطي إلى حدوث اضطرابات جنسية، وهو ما اكدته العديد من الدراسات من انخفاض الرغبة الجنسية لدى المدمن او ضعف عام في القدرة الجنسية.
- ان يحدث تزامن بين تعاطي المخدرات وظهور بعض الانشطة الجنسية، وكثيرا ما تظهر العديد من الانشطة الجنسية تحت تأثير تعاطي الهيروين.
- ان الانحرافات السلوكية تشمل كل من الانحرافات الجنسية وتعاطي المخدرات، وكلاهما سلوك اندفاعي قهري يتنافى مع تقاليد المجتمع.

وفي النهاية نؤكد على اهمية عنصر الوقاية، فالوقاية خير من العلاج، لذلك كانت فكرة عمل أداة للتنبؤ بالاستهداف الإصابة بفيروس فقدان المناعة المكتسبة HIV خاصة في مجتمعنا الإسلامي الذي يحث على الالتزام بالسلوكيات والأخلاقيات التي تبعدنا عن الإصابة بتلك الأمراض.

مقياس المخاطرة بالإصابة بفيروس فقدان المناعة

الاسم: **الجنس**

السن: **مستوى التعليم:** **الحالة الاجتماعية:**

التعليمات:

سوف اعرض عليك بعض الاسئلة التي ترتبط بظروف تعاطيك للمخدرات او بسلوكك الجنسي خلال الشهور الثلاث الاخيرة. وامام كل سؤال توجد مجموعة من الإجابات (ستة اختيارات) وعليك اختيار اجابة واحدة فقط، ومن المهم عدم ترك اي سؤال.

اولا: السلوك الخاص بتعاطي المخدرات

كم عدد المرات التي تعاطيت خلالها المخدرات عن طريق الحقن بالوريد خلال الشهور الماضية؟

- لم اتعاطى مطلقا.
- مرة او اقل في الاسبوع.
- اكثر من مرة في الاسبوع ولكن اقل من مرة في اليوم.
- مرة واحدة في اليوم.
- من ٢ ـ ٣ مرات في اليوم.
- اكثر من ثلاث مرات في اليوم.

ملحوظة هامة: اذا لم يتعاط المفحوص اي مخدرات عن طريق الحقن بالوريد في الشهور الثلاثة الاخيرة، فتكون درجاته (صفر) على هذا الجزء وعليك الانتقال الى الجزء الثاني وبالتحديد السؤال رقم (٧).

٢ ـ كم عدد المرات التي تعاطيت خلالها المخدرات عن طريق الحقن بالوريد واستخدمت حق مستخدمه من قبل آخرين خلال الشهور الثلاث الماضية؟

- لم يحدث مطلقا.
- مرة واحدة.
- مرتين.
- من ٣ ـ ٥ مرات.
- من ٦ ـ ١٠ مرات.
- اكثر من عشرة.

٣ ـ كم عدد الاشخاص الذين شاركتهم في تعاطي المخدرات عن طريق الحقن بالوريد بعد ان استخدمت نفس الحقن خلال الشهور الثلاث الماضية؟

- لا احد.
- شخص واحد.
- شخصين.
- من ٣ ـ ٥ اشخاص.
- من ٦ ـ ١٠ اشخاص.
- أكثر من عشرة اشخاص.

٢ ـ ٤ ـ كم عدد الاشخاص الذين شاركوك في تعاطي المخدرات عن الحقن بالوريد بعد ان استخدمت نفس الحقن خلال الشهور الثلاث الماضية؟

- لا احد.

■ شخص واحد.

■ شخصين.

■ من ٣ ـ ٥ اشخاص.

■ من ٦ ـ ١٠ اشخاص.

■ اكثر من عشرة اشخاص.

٥ ـ كم مرة قمت بتنظيق الحقن قبل اعادة استخدامها مرة اخرى خلال الشهور اللاث الأخيرة؟

■ لا اعيد استخدامها مرة اخرى.

■ كل مرة قبل الاستخدام.

■ غالبا.

■ أحيانا.

■نادرا.

■ ابدا.

٦ ـ قبل استخدامك الحقن مرة اخرى، كم عدد المرات التي قمت خلالها بتنظيف الحقن بمطهر خلال الشهور الثلاث الماضية؟

■ لا اعيد استخدامها.

■ كل مرة.

■ غالبا.

■ احيانا.

■ نادرا.

■ أبدا.

المجموع الكلي للسلوك الإدماني = ☐

ثانيا: السلوك الجنسي

٧ ـ كم عدد الأشخاص الذين مارست معهم الجنس خلال الشهور الثلاث الماضية؟

■ لا احد.

■ شخص واحد.

■ اثنين.

■ من ٣ ـ ٥ اشخاص.

■ من ٦ ـ ١٠ اشخاص.

■ اكثر من عشرة اشخاص.

إذا كانت الإجابة (لا احد) وحصل المفحوص على درجة (صفر) فانه لا داعي للاستمرار في الاسئلة التالية.

٨ ـ كم عدد المرات التي استخدمت خلالها العازل الطبي اثناء الجماع مع شريكك المعتاد خلال الشهور الثلاث الأخيرة؟

■ لا يوجد شركاء منتظمين.

■ كل مرة.

■ غالبا.

■ أحيانا.

■ نادرا.

■ ابدا.

٩ ـ كم عدد المرات التي استخدمت خلالها العازل الطبي اثناء الجماع مع شريك عارض (Casual Partner) خلال الشهور الثلاث الأخيرة؟

■ لا توجد اي علاقات عارضة.

■ كل مرة.

■ غالبا.

■ أحيانا.

■ نادرا.

■ ابدا.

١٠ ـ كم عدد المرات التي استخدمت خلالها العازل الطبي اثناء ممارسة الجنس مقابل اجر مادي مع الساقطات خلال الشهور الثلاث الاخيرة؟

■ لا أمارس الجنس مقابل ان ادفع اجر مادي.

■ كل مرة.

■ غالبا.

■ احيانا.

■ نادرا.

■ ابدا.

١١ ـ كم عدد المرات التي استخدمت خلالها العاذل الطبي اثناء ممارسة الجنس بطرق شاذة (عن طريق الاست) خلال الشهور الثلاث الأخيرة؟

■ لم يحث مطلقا.

■ مرة واحدة.

■ مرتين.

■ من ٣ ـ ٥ مرات.

■ من ٦ ـ ١٠ مرات.

■ اكثر من عشرة مرات.

المجموع الكلي للسلوك الجنسي = ☐

المجموع الكلي للمقياس = المجموع الكلي لسلوك تعاطي المخدرات + المجموع الكلي للسلوك الجنسي.

المجموع الكلي = + =

النتائج:.....

.....

.....

.....

الفاحص: التاريخ:

المراجع العربية

- لطفي فطيم، محمود رشاد، محمد الجارحي (1999): قائمة سوء الاستخدام والاعتماد على العقاقير والكحول، مجلة الثقافة النفسية المتخصصة - العدد 39 ,40 يوليو - دار النهضة العربية بيروت.

- محمود رشاد، عادل المدني، محمد الجارحي (2000): قائمة المسح الذهاني، مجلة الثقافة النفسية المتخصصة - العدد 41 ,42 يناير - دار النهضة العربية بيروت.

- ناجي هلال (١٩٩٩) ادمان المخدرات رؤية علمية واجتماعية. سلسلة اقرأ. دار المعارف - القاهرة.

REFERENCES

* Centre for Disease Contril (1989). Acquired immunodeficiency syndrome associated with intravenous drug use- United States, 1988. Morbidity and Mortality Weekly Reports, 38, 165-170.

* Darke, S., Hall, W., Heather, N., Ward, J., Wodak, A, (1990). The reliability and validity of a scale to measure, HIV risk-taking behavior amongst intravenous drug users. AIDS. British Journal of Addiction.

* Darke, S., Hall, W., and Carless, J. (1990). Drug use, injecting practices and sexual behavior of opioid users in Sydney, Australia. British Journal of Addiction, 85 (12).

* Dew, M; Rangi, M. and Nimorwicz; P (1991) Correlates of Psychiatric Distress among Wives of hemophilic Men and without HIV infection. American Journal of Psychiatry, 148:8 (1016-1022).

* Gennaro Otlomanelle (1992) HIV infection and Intraveneous Drug use library of congress.

* Feucht, T.E. Stephens, R.C., and Romman, S.W. (1990). The sexual behavior of interavenous drug users; assessing the risk of sexual transmission of HIV. Journal of Drug Issues, 20, 195-213.

* Morlet, A., Darke, S., Guinan, J.J., Wolk, J., and Gold, J. (1990). Intravenous drug users who present to the ablion St (AIDS) Center for diagnosis and management of human immunodeficieency virus infection. Medical Journal of Australia, 152, 78-80.

* Philphot, C.R., Harcourt, C.L., and Edwards, J.M. (1989). Drug use by prostitutes in Sydney. British Journal of Addiction, 84, 499- 505.

* Rebertson, J.R., Skidmore, C.A., and Roberts, J.J.K. (1998). HIV infection in intravenous drug users. A follow-up study inducating changes in risk-taking behavior. British Journal of Addiction. 83.387-391.

* Reinisch, S.M. etal (1998) The study of sexual behavior relation to transmission of human immunodeficiency virus, American Psychologist, 43, 921-27.

* Skkidmore, C.A. Robertson. J.R. and Robert, J.J.K. (1989). Changes in HIV risk-tating behavior in intravenous drug users: a seconf follow-up. British Journal of Addiction, 84, 696-696.

* Stimson, G.V., Donoghoe, L.A., and Dolan, K. (1988). HIV transmission risk behavior of clients attending needle exchange schemes in England and Scotland. British Journal of Addiction. 83, 1449-1455.

* Stimson, C.F., Miller H.G., and Moses L.E. (Eds). (1989). AIDS Sexual Behavior and Intravenous Drug use. Washington: National Academy press.

* Stimson, C. F; etal (1991) opioids of (domenic Granlo, Richard Shader- Clinical Manual of Clinical dependence- American Psychiatric press 1991.

* Frances; R and Miller (1996) Clinical Textbook of addictive disrder Guilford Press.

أسهام البحوث المصرية في دراسة الإدمان

دراسة في تحليل المضمون للبحوث الميدانية من عام ١٩٦٠ حتى ١٩٩٧

د. محمد حسن غانم
مدرس علم النفس
كلية الآداب ـ جامعة حلوان

مقدمة

تعتبر مشكلة المخدرات من أخطر المشكلات التي تهدد سلامة المجتمعات المختلفة في عالمنا المعاصر وتعوق إزدهارها الاقتصادي ونموها الإنتاجي، حيث تستنفد الكثير من موارد المجتمع، وتقضى على الكثير من طاقاته، وتعطل الكثير من قدرات أفراده، وتوجه الكثير من كل ذلك إلى مآرب ضارة مهلكة على نحو ما نقرأه أو نسمعه من جرائم بشعة يرتكبها متعاطو المخدرات، أو مدمنوه، او تجارة او مهربوه او مروجوه، ويقدر البعض حوالي نصف ما يرتكب في المجتمع من جرائم يقوم بها الافراد في حالات تعاطيهم او من اجل الحصول على المال اللازم للإنفاق على إدمانهم (فرج طه وآخرين، ١٩٩٠، ٣). إضافة الى ان الادمان بسبب مشاكل عديدة في معظم بلاد العالم وتكلف الدولة خسائر بشرية واقتصادية كبيرة.. مما يجعل الإدمان مشكلة أولتها الهيئات الدولية والإقليمية أهمية كبيرة ورصدت الأموال وخصصت العقول لمحاولة الوصول الى حلول تحد من تفشيها وتزايدها المضطرد (عادل دمرداش، ١٩٨٢، ٩٠).

فضلاً عن أن مشكلة إدمان المخدرات تمثل مكان الصدارة بين المشكلات النفسية والطبية وتعتبر ظاهرة تعاطس المواد المخدرة بأنواعها العديدة من الظواهر الخطيرة التي تجتاح العالم في عصرنا الحالي (راوية الدسوقي، ١٩٩٥، ٢٠)، كما تكمن خطورة هذه المشكلة رأسا في انها تنتشر لدى الشباب الذي يمثل قوة بشرية أساسية في المجتمع، فضلاً عن ان الفرد لم يعد يدمن عقارا واحدا بل يدمن اكثر من عقار في الوقت نفسه (حسين فايد، ١٩٩٧، ١٤٣).

لذا لا عجب ان نجد الكثير من الجهود العلمية تتجه لتناول مشكلة تعاطي المخدرات، وبخاصة لدى الشباب في المجتمع المصري بعد التحول الاجتماعي السريع، وتغيير عمومية لنظرة الى المجتمع العربي كمجتمع زراعي الى تحويلات نحو النشاط التجاري الصناعي (عبد الله عسكر، ١٩٩١، ٦٥٦)، إضافة الى العديد من العوامل الأخرى التي حدثت في المجتمع المصري ونتحقق الرصد والدراسة لها لما لها من تأثيرات على نفسية الأفراد، فضلاً عن ان مشكلة الإدمان قد برزت الى السطح على هيئة مشكلة مفزعة، احتلت الصدارة بين مختلف المشكلات على الصعيد العالمي (Wolesten Home and Kinght 1995). ومن هنا نأتي أهمية رصد الدراسات الميدانية التي تناولت الإدمان في مصر من عام ١٩٦٠ حتى عام ١٩٩٧ لبيان العديد من المؤشرات التي كشفت عنها هذه الدراسات.

أهمية الدراسة

يمكن ان نلخص أهمية الدراسة الحالية في:

البعد النظري: ويتمثل في التعرف على العديد من القضايا والتساؤلات التي أثارتها الدراسات الميدانية في مصر والتي تناولت الإدمان في الفترة من ١٩٦٠ حتى ١٩٩٧.

البعد التطبيقي: إذ نضع ما نتوصل اليه من نتائج امام الباحثين لاجراء المزيد من الدراسات والبحوث الميدانية لسد العجز والفراغ ـ في محور ما لم يتم تناوله او التعميق فيه بالقدر اللازم ـ فضلا عن الاستفادة من هذه النتائج في توجيه البحوث المستقبلية لتناول مشكلة الإدمان والمخدرات.

تساؤلات الدراسة

١ ـ ما هي أهم الطرق الشائعة في تناول الدراسات الميدانية لقضية الإدمان في مصر؟ ويتفرع من هذا السؤال عدد من الأسئلة مثل تحديد المتغيرات في الدراسة (العنوان)، نوعية القائم بالدراسة، المنهج المستخدم، عدد العينة، عدد الدراسات التي أجريت في فترة زمنية محددة، كل عشر سنوات، وغيرها من التساؤلات.

٢ ـ ما هي اهم القضايا التي اثارتها الدراسات الميدانية التي تناولت الإدمان في مصر؟

مجتمع الدراسة

قامت الدراسة بتحليل كمى للدراسات الميدانية التي تناولت الإدمان في مصر، حيث اجريت على عينات مصرية، في الفترة من ١٩٦٠ حتى ١٩٩٧م والمتوفرة في المصادرة الآتية:

١ ـ مكتبة الرسائل الجامعية بجامعة عي شمس.

٢ ـ بحوث المؤتمر السنوي للجمعية المصرية للدرايات النفسية.

٣ ـ مجلة علم النفس، اصدار الهيئة المصرية العامة للكتاب.

٤ ـ مجلة الدراسات النفسية، اصدار رابطة الأخصائيين النفسيين.

٥ ـ أي دراسات او كتب اطلع عليها الباحث.

عينة الدراسة

تجمع لدينا في الفترة من ١٩٦٠ حتى ١٩٩٧، ٣٨ دراسة ميدانية تمثلت في ٨ كتب، ٢ مؤتمرات، ١٠ ماجيستر، ٨ دكتوراه، ٨ اعداد من مجلة علم النفس، ٢ مجلة دراسات نفسية، علماً بانه قد تم استبعاد اي دراسات نظرية، او دراسات تناولت وجهة نظر الأشخاص في الإدمان والمدمنين، أو تحليل مضمون الصحافة للإدمان، وكذا استبعاد دراسات «البرنامج الدائم لبحوث تعاطي المخدرات، ودراساتها المسحية الوبائية لقطاع كبير من العينات المختلفة بجمهورية مصر العربية.

نتائج الدراسة ومناقشتها

اولاً: ما هي اهم الطرق الشائعة في تناول قضية الادمان في مصر من واقع الدراسات الميدانية والمؤشرات الكمية؟

وتفرع من هذا السؤال التساؤلات الفرعية التالية:

١ ـ من حيث صياغة المشكلة وتحديد المتغيرات:

جدول رقم (١) يوضح مدى الدقة في صياغة المشكلة وتحديد المتغيرات

مدى تحديد المتغيرات	ك	٪
دراسات حددت المتغيرات	٦٥,٧٩	٦٥,٧٩
دراسات لم تحدد المتغيرات	٣٤,٢١	٣٤,٢١
المجموع	١٠٠	١٠٠

ويتضح من الجدول رقم (١) ان نسبة ٦٥,٧٩٪ من الدراسات التي تناولت قضية الإدمان قد حددت متغيرات الدراسة، في حين أن ٣٤,٢١٪ من الدراسات لم تحدد المتغيرات.

وغنى عن البيان ان النسبة الأخيرة من الدراسات التي لم تحدد المتغيرات نسبة كبيرة الى حد ما. وغنى عن البيان ان أدبيات بيان المنهج العلمي نصر على ضرورة تحديد مشكلة الدراسة من البداية حتى تكون خطوات البحث العلمي واضحة ومحددة (ديوبولد ب، فان دالين، ١٩٩٠، ١٨٤: ٢١١).

واذا كانت الدراسات الرائدة التي اجريت في فترة الستينات لها عذرها في تلمس الطريق، فهذا سعد المغربي (١٩٦٠) قد حدد هدف الدراسة في الكشف عن أكبر عدد ممكن من العوامل التي تكمن خلف تعاطي المصريين للحشيش (المغربي ، ١٩٦٠) وكذا دراسة المركز القومي، (١٩٦٤)؛ فما المبرر لأن نجد دراسات في فترة الثمانينيات وما بعدها تناول الظاهرة بشكل غامض مثل: «تعاطي المخدرات لدى الشباب المتعلم (محمد رمضان، ١٩٨٢) أو «مشكلة تعاطي المخدرات والكحوليات بين طلاب الجامعة» (مصري حنورة، ١٩٨٣) او «تعاطي الاقراص المخدرة وعقاقير الهلوسة لدى الشباب المتعلم» (عبد الله عسكر، ١٩٨٦) حيث حدد نوع المخدر ولم يحدد باقي المتغيرات أو، التورط في المخدرات ـ دراسة نفسية اجتماعية لـ (فرج طه وآخرين، ١٩٩٠).

٢ ـ جنس (أو نوع) القائم بالدراسة:

جدول رقم (٢) يحدد الجانب القائم بالدراسة

جنس القائم بالدراسة	ك	٪
باحث ذكر	٢٤	٦٣,١٦
باحث انثى	١١	٢٨,٩٥
أكثر من باحث	٣	٧,٨٩
المجموع	٣٨	١٠٠

ويتضح من الجدول ان غالبية الباحثين من الذكور بنسبة ٦٣,١٦٪، في حين ان نسبة الإناث الباحثات في مشكلة الإدمان بلغت ٢٨,٩٥٪، وأن اكثر من باحث بلغت ٧,٨٩٪. وهنا يتبادر الى الذهن تساؤلين:

الأول: هل مشكلة المخدرات وما يشوبها من مشاكل وعقبات تحول دون اقتحام الباحثات هذا المجال؟

الثاني: عدم التعاون بين الباحثين حيث لم نجد في الـ ٣٨ دراسة سوى ثلاث دراسات بنسبة ٧,٨٩٪.

٣ ـ منهج الدراسة المستخدم:

جدول رقم (٣) يحدد منهج الدراسة المستخدم

المنهج المستخدم	ك	٪
منهج وصفى (كمى)	٢٤	٦٣,١٦
منهج دينامي	١١	٢٨,٩٥
استخدام اكثر من منهج	٣	٧,٨٩
المجموع	٣٨	١٠٠

ويتضح من الجدول ان غالبية الباحثين بنسبة ٥٠٪ يميلون الى استخدام المنهج الوصفى (الكمى) الذى يهدف الى استحراج ارقام والكشف عن دلالاتها الإحصائية دون التعمق في التغيرات او الدلالات التي تكمن خلفها، في حين نجد ان نسبة ٢٣,٠٨٪ يستخدمون المنهج الإكلينيكي والذي يهدف إلى سبر أغوار الظاهرة بوسائله الإسقاطية إضافة إلى وجود نسبة ٢٦,٩٢٪ من الباحثسن يستخدمون أكثر من منهج في تناول الظاهرة كأن يستخدم المنهج الوصفي (الكمى) ثم اختيار عدد من الحالات (موضوع الدراسة) وتناولها بأدوات المنهج الإكلينيكي.

٤ ـ عدد الدراسات التي تناولت ظاهرة الإدمان

وفقا للمرحلة التاريخية (كل عشر سنوات):

جدول رقم (٤) يتناول عدد الدراسات/ عشر سنوات

عدد الدراسات عشر سنوات	ك	٪
من ١٩٦٠ حتى ١٩٧٠	٣	٧,٧٩
من ١٩٧١ حتى ١٩٨٠	٣	٧,٨٩
من ١٩٨١ حتى ١٩٩٠	١٦	٤٢,١١
من ١٩٩١ حتى ١٩٩٧	١٦	٤٢,١١
المجموع	٣٨	١٠٠

ويتضح من الجدول تساوى الدراسات في عقد الستينيات والسبعينيات بنسبة ٧,٨٩٪ وكذا تساوي عدد الدراسات في مرحلة الثمانينيات وحتى عام ١٩٩٧ بواقع ٤٢,١١٪ دراسة. وهذا يتفق مع العرض التاريخي لمشكلة المخدرات في مصر، حيث ان الدراسات التي تناولت المخدر في مصر طوال عقدي الستينيات والسبعينيات قد تناولت مخدر الحشيش والأفيون، في حين ظهرت أنواع أخرى في السوق المصري في بداية عام ١٩٨٠ وخاصة عودة الهيروين والكوكايين وكذا الماكستون فورت والعديد من الاقراص التخليقية المؤثرة في الأعصاب سواء كانت مهلوسة او مهبطة ومثبطة او بعبارة مجملة زيادة المعروض وبالتالي زيادة الطلب (المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان، التقرير التمهيدي، ١٩٩١ من ص ٣٩: ٩٢). مما يعني مواكبة البحث العلمي لظاهرة تصاعد الإقبال على الادمان في مصر.

٥ ـ العينات المستخدمة في الدراسة:

جدول رقم (٥) يوضح عدد العينات المستخدمة في الدراسات

العينات	ك	٪
المجموعة التجريبية	٤٤٥٥	٧٧,٤٤
المجموعة الضابطة	١٢٦١	٢٢,٠٦
المجموع	٥٧١٦	١٠٠
الذكور المدمنين	٤٢٤٣	٩٥,٢٤
الإناث المدمنين	٢١٢	٤,٧٦
المجموع	٤٤٥٥	١٠٠
الذكور الضابطة	١٢٤٨	٩٨,٩٧
الإناث الضابطة	١٣	١,٠٣
المجموع	١٢٦١	١٠٠

ويتضح من الجدول ان عدد افراد المجموعة التجريبية قد وصل الى ٧٧,٩٤٪ في حين ان نسبة المجموعة الضابطة قد بلغت ٢٢,٠٦٪ والواقع ان المتفحص للعديد من الدراسات يجدها قد استخدمت مجموعة تجريبية واحدة (محمد رشاد كفافي ١٩٧٣، ١٩٨٠، محمد رمضان ١٩٨٢، عبد الله عسكر ١٩٨٦، ماهر نجيب الياس ١٩٨٦) وغيرها من الدراسات، في حين نجد دراسات قد استخدمت مجموعتين تجريبيتين (دراسة ظاهر شلتوت ١٩٨٨، عادل عبد الله ١٩٨٩، محمد غانم ١٩٩٦).

إضافة إلى ان عدد الذكور المدمنين (موضوع الدراسة) قد بلغوا ٩٥,٢٤٪ في حين ان نسبة الإناث بلغت ٤,٧٦٪ مما يعكس أن عدد المدمنين الذكور اكثر ولعل تفسير ذلك ان الذكور هم الذين يواجهون الضغوط اكثر من النساء كنا نسمح لهم اجهزة التنشئة الاجتماعية بحريات اكثر وبدرجة من السماح على عكس الموقف من النساء.

وحتى إذا نظرنا الى نسبة الذكور الضابطة المستخدمة في الدراسات فسوف نجد ان نسبتهم ٩٨,٩٧٪ في حين ان نسبة الإناث الضابطة قد وصلت الى ١,٠٣٪ وتعاكس النسبة السابقة حقيقة ان الذكور المدمنين المستخدمين في الدراسات بل وكذا المجموعات الضابطة نسبتهم اكثر من الإناث، فهل التفسير الذي قدمناه يصلح لإبراز هذه الحقيقة، حقيقة تعرض الذكور للضغوط اكثر من الإناث ام ان المجتمع ما زال متحفظا في ادمان الفتاة؟ ام ماذا من العوامل الاخرى؟

اضافة الى وجود دراستين لم تحدد عدد العينة (عكاشة ١٩٨٦) محمد يسري دعبس (١٩٩٤).

٦ ـ عدد مدمنى كل مخدر في الدراسة:

جدول رقم (٦) يوضح عدد مدمنى كل مخدر

مدمنى كل مخدر	ك	٪
حشيش	٦٤٣	١٤,٢٣
أفيون	٧٧	١,٧٣
حبوب (بكافة انواعها)	١٢٨٦	٢٨,٨٧
ماكسنون فورت	٨٦	١,٩٣
هيروين	٤٨٠	١٠,٧٧
كحول	١٧٠	٣,٨٢
إدمان متعدد	٧٠	١,٥٧
مواد طيارة	٥٠	١,١٢
أدوية الكوادين	٨٦	١,٩٣
غير محدد	١٥٠٧	٣٣,٨٣
المجموع	٤٤٥٥	١٠٠

ويتضح من الجدول ان المواد المخدرة غير المحددة قد بلغت نسبتها ٣٣,٨٣٪ تليها مدمنى الحبوب (بكافة انواعها) ونسبتها ٢٨,٨٧٪، اضافة الى ادمان الحشيش ونسبته ١٤,٤٣٪ ثم مدمني الهيروين ونسبتهم ١٠,٧٧٪، ثم اقل نسبة مدمنى (مواد طيارة ـ استنشاق) وبلغت نسبتهم ١,١٢٪.

ولعل الأرقام السابقة تعكس حقيقة ان الدراسات التي تناولت الإدمان قد نشطت في مرحلة الثمانينيات نتيجة لعرض السوق المصرية لمخدرات اكثر فتكاً مقارنة بمخدر الحشيش والأفيون والذين ظلا متربعين على الساحة المصرية منذ نهاية الحرب العالمية الثانية وحتى عام ١٩٧٩، ولعل دراسة عبد الله عسكر (١٩٩١) والذي تناول إدمان الأدوية المحتوية على مادة الكودايين (وهو احد مشتقات الأفيون) وقد

غزا السوق مؤخرا مخدر، البانجو، وفي حدود علم الباحث يوجد العديد من الدراسات قيد الدراسة والتي تتناول مدمنى هذا المخدر وان كانت لم تر النور بعد، اضافة الى دراسة سامي عبد القوي وايمان صبري (١٩٩٧) حيث تناول دراسة إدمان المواد الطيارة (الاستنشاق) لدى عينة من الاطفال وهي دراسة جيدة تنبه الى خطورة تسلل الإدمان لدى عينات الأطفال، وإن كانت دراسة محمد غانم (١٩٩٦) قد تناولت بالدراسة المقارنة عينات مدمنة لهذا العقار.

٧ ـ ادوات الدراسة او الطرق المستخدمة

في جمع البيانات:

جدول رقم (٧) يوضح الطرق المستخدمة في جمع البيانات في الدراسات الميدانية

ادوات الدراسة	ك	٪
الاستبيان	٢١	١٨,١٠
المقابلة	١٨	١٥,٥٢
القياس الموضوعي	٤٢	١٦,٢٢
القياس الإسقاطي	٢١	١٨,١٠
القياس شبه الإسقاطي	٦	٥,١٧
الملاحظة	٣	٢,٥٩
دراسة الحالة	٢	١,٧٢
الاخباريون	١	٠,٨٦
تحليل الاحلام	١	٠,٨٦
الفحص الطبي	١	٠,٨٦
المجموع	١١٦	١٠٠

ويتضح من الجدول ان استخدام الباحثين لأدوات القياس الموضوعي (الكمى) قد بلغت ٣٦,٢٢٪ في حين تساوت نسبة استخدام الاستبيان مع القياس الإسقاطي بنسبة ١٨,٣، تليهم المقابلة بدرجاتها المختلفة بنسبة ١٥,٥٣٪ في حين تساوت نسبة استخدام تكنيك: تحليل الأحلام، الإخباريون، الفحص الطبي بنسبة ٠,٨٦٪ علما بان هذه النتيجة (استخدام القياس الكمى) تؤيدها نفس النتيجة التي تم التوصل اليها في الجدول رقم (٣) من حيث استخدام المنهج الكمى في الدراسات بنسبة ٥٠٪.

وإذا كا الوصول الى الدلالات الاحصائية المختلفة مهما ويعطى للبحث قيمة الا ان تفسير مغزى هذه الدلالات او حتى عدم وجود دلالات انما يعتمد على خلفية الباحث النظرية، ومدى عراكة للواقع وجدله له جدلاً ديالكنيكيا يثرى الظاهرة ويغوص في اعماقها مهندماً بدلالات الإحصاء وفي نفس الآن غير مقيد بها.

ثانيا: اهم القضايا التي أثارتها الدراسات الميدانية والتي تناولت الإدمان في مصر

أولا: قضية اسباب ودوافع الإدمان:

تعد الدافعية احد العوامل الهامة في فهم السلوك، ذلك ان الدافعية عبارة عن عامل دافع يستشير سلوك الانسان ويوجهه ويحقق فيه التكامل، والدوافع مفهوم نفترضه خلف السلوك ويتأثر بالعوامل الخارجية وينتهي بالوصول الى تحقيق الهدف (ادوارد ج. موراى، ١٩٨٨، ٢٨: ٢٩) ولذا يرى لطفي فطيم وابو العزايم (١٩٨٨) اننا لكي نفهم الدافعية فهماً صحيحاً فإن ذلك يقتضي من الإجابة على اربعة اسئلة: لماذ يبدأ السلوك؟ ما الذي يوجه السلوك؟

لماذا يتم تعلم السلوك؟ لماذ بتوقف السلوك (لطفي، أبو العزايم الجمال، ١٩٨٨، ٤٢: ٦١).

ومن هذا فإن العديد من الدراسات التي تناولت قضية الإدمان قد اهتمت بهذه القضية نذكر منها دراسة المركز القومي (١٩٦٤) والتي هدفت الى الكشف عن اكبر عدد ممكن من العلاقات بين تعاطي الحشيش وبين العديد من المتغيرات ومن أهمها دوافع التعاطي ومنها: مجاراة الأصدقاء، الفرفشة، حب الاستطلاع، محاولة الظهور بمظهر الرجولة، محاولة نسيان المشكلات. وكذا زيادة فاعلية النشاط الجنسي، وهو نفس ما هدف اليه سعد المغربي (١٩٦٠) وكذا دراسة مصري حنورة (١٩٨٣) وجبر محمد جبر (١٩٨٥)، وأحمد عكاشة (١٩٨٦)، سلوى على سليم (١٩٨٩)، ودراسة محمد سلامة غبارى (١٩٩١)، ودراسة جبر محمد جبر (١٩٩٥)، والذي تناول دوافع إدمان الهيروين والكوكايين. وقد اتفقت هذه الدراسات في ذكر العديد من الأسباب والدوافع التي تدفع الى اللجوء الى التعاطي، وإن اختلفت النسبة المئزية لكل عامل من دراسة الى أخرى.

في حين ان الدراسات التي اتخذت من المنهج الإكلينيكي منطلقاً ومتكأ لها اعتمدت على هذه الصيغة التي ذكرها مصطفى زيور (١٩٦٣) في تفسير السلوك المرضي (ومنه الإدمان) وفقاً لنظرية التحليل النفسي والتي تنص على ان «الأحباط الذي لا يقوى الراشد على مواجهة آثاره النفسية بحل واقعي مناسب، سواء أكان ذلك نتيجة لضخامة الإحباط أو الاستعداد، نشأ قوامه عدم القدرة على احتمال الإحباط، والاغلب ان يكون ذلك مزيجاً من العاملين فقط، وتؤدي نتائج الإحباط الصدمى النفسي الى توتر يؤدي بدوره الى النكوص إلى انماط من السلوك تميز مرحلة الطفولة، خلاصاً من الموقف المحيط، (مصطفى زيور، ١٩٦٣، ٢٦: ٢٧).

وعلى هذا النهج سارت دراستي سعد المغربي (١٩٦٠، ١٩٦٦)، ودراستي محمد رشاد كفافي (١٩٧٣، ١٩٨٠)، ودراسة محمد رمضان (١٩٨٢)، ودراسة عبد الله عسكر (١٩٨٦)، ودراسة ماهر نجيب (١٩٨٦)، ودراسة هناء أبو شهبة(١٩٩٠)، ودراسة محمد غانم (١٩٩٦). ولا شك ان الاهتمام

بدراسة الدوافع والأسباب هام في التوقف على البلديات وبالتالي يمكن التعامل مع المشكلة من جذورها ومواجهتها بحسم.

ثانيا: قضية المواد المخدرة ـ انواعها.. أضرارها:

حرصت كل دراسة تتناول مدمنى مخدر ما على إفراد باب مستقلاً يتحدث عن طبيعة المخدر وأضراره، ولا مانع من تقديم عرض تاريخي لهذا المخدر سواء في مصر أو العالم. وحجم الظاهرة في الوقت الراهن وعدد المدمنين وكمية المضبوطات. فكافة الدراسات التي تتناول مخدر الحشيش مثلاً بدءاً من دراسة المغربي (١٠٦٠) حتى دراسة راوية دسوقي (١٩٩٥) قد أكدت على ان هذا المخدر من اقدم المخدرات التي عرفها الإنسان، وأن الحشيش من اكثر انواع المخدرات انتشاراً في دول الشرق الأوسط ويعرف بأسماء متعددة (هاني عرموش، ١٩٩٣، ٩٢)، كما ان الحشيش قد ارتبط ببعض المذاهب المتطرفة، وذلك لأن كلمة، الحشاشين، قد اطلقت في الاصل على طائفة من الإسماعيلية عاشت مع زعيمها حسن الصباح حيث كان يوحى اليهم تحت تأثير المخدر باغتيال خصومه (الدمرداش، ١٩٨٢، ٢١٠) وقس على ذلك مخدر الأفيون (حيث لا نجد الا دراستين فقط المغربي، ١٩٦٦، وفارق عبد السلام، ١٩٩٧)، وكذا مخدر الهيروين والذي يعد من المخدرات الاكثر خطورة وله تاريخ طويل من الاستخدام في العديد من دول العالم ومنها الولايات المتحدة الأمريكية (1988, pp 3: 34 Jeromeg Platu,)، وقس على ذلك باقي المخدرات وكذا إدمان المواد الطيارة او المستشفيات Volatite Solvents مثل البنزين والطلاء (الدوكو) ومخفف الطلاء (التنر) والأحماض وغيرها من المركبات. وقد حرص سامي عبد القوى، وإيمان محمد صبري إلى الاستفاضة في الحديث عن هذه المواد وأضرارها (سامي عبد القوى، ايمان محمد صبري، ١٩٩٧، ٩٢: ١٠٠). ولا شك ان التقديم بذكر تاريخ المخدر وأضراره وعدد مدمني هذا المخدر وكمية المضبوطات وفقا لإحصائيات «الادارة العامة لمكافحة المخدرات، هام ويلقى أضواء على طبيعة الظاهرة ومدى انتشارها في البيئة المصرية وتحديداً في فترة زمنية محددة.

ثالثاً: قضية ديناميات شخصية المدمن:

حرصت على العديد من الأبحاث والدراسات التي انطلقت من المنهج الإكلينيكي الى الحديث عن سمات شخصية المدمن، بل حتى الدراسات النظرية قد استفادت من هذا الكم المتراكم من نتائج هذه الابحاث. وقد اتفقت الدراسات على وجود سمات نفسية معينة تميز شخصية المدمنين (بيتر لورى، ١٩٩٠، ٥١) (جون ج. تايلور، ١٩٨٥، ١٤٨ ـ ١٤٩)، (عبد المجيد منصور، ١٩٨٦, ١١٤)، (سعد جلال ١٩٨٦، ٤٥٠)، (عادل صادق، ١٩٨٦، ٢٩ ـ ٣٢)، (محمد شعلان، ١٩٧٩، ١١٢: ١١٣) بل إن العديد من الدراسات والأبحاث قد طرحت قضية: هل الإدمان وراثي ام مكتسب؟ وللإجابة عن هذا التساؤل استفاضوا في ذكر الطرق والمناهج او نفي ذلك (محمد غانم ١٩٩٦، ٢٣: ٢٤).

ولذا فإن كافة الدراسات التي انطلقت من نظرية التحليل النفسي قد حرصت على ذكر العديد من هذه السمات، وسبر اغوار المدمن للتعرف على طبيعة البناء النفسي له مثل: ضعف الذات، النرجسية، كف العدوان واضطراب التوحد الجنسي، واضطراب الوجود وفقدان الدفء العاطفي، والشعور بالنبذ...

وغيرها من السمات. ولعل دراستي المغربي (١٩٦٠، ١٩٦٦) وكذا دراستي محمد رشاد كفافي (١٩٧٣، ١٩٨٠)، محمد رمضان (١٩٨٢). ماهر نجيب (١٩٨٦)، وهناء أبو شهبة (١٩٩٠)، ومحمد غانم (١٩٩٦) تؤكد هذا المعنى في النظر إلى تحليل شخصية المدمن والوقوف على بنائه النفسي والذي يتضح في عجزه عن مواجهة الإحباط وبالتالي اللجوء إلى اساليب او ميكانيزمات دفاعية للتعامل مع الذات المنهارة والواقع المحبط.

رابعاً: قضية النظريات التي فسرت الإدمان:

بما ان الإدمان بعد من المشكلات المستعصية على الفهم، ويتطلب جهود العديد من المتخصصين لذا لا عجب ان نجد ان كل باحث ينطلق متبنياً وجهة نظر معينة في تفسير ظاهرة الإدمان، أو يقوم بعرض كافة النظريات التي طرحت لتفسير الظاهرة (دون تبني وجهة نظر معينة) أو نجد على الضد تعصباً تاماً للنظرية التي يتبناها الباحث ورفض مع عداها، وان في نظريته التي يتبناها التفسير الكافي والشافي ما يجد من تساؤلات.

وغنى عن البيان ان نظرية التحليل النفسي في الإدمان تختلف عن النظرية السلوكية، والذين يرون ان الإدمان متعلم، وهذا وذاك يختلفان عن تفسيرات علماء الاجتماع والذين يرجعون الإدمان الى مشاكل وظروف او تسامح أو تشدد المجتمع تجاه مخدر ما، إضافة إلى التفسيرات البيولوجية والفسيولوجية (محمد غانم، ١٩٩٦، ٢٤: ٢٧) وكافة التفسيرات هذه يحرص الباحث على ذكرها، وإن كان من خلال تحليل مضمون هذه الدراسات لا نجد الا تبنياً لنظريتي التحليل النفسي والسلوكية فيما يتعلق بالدراسات النفسية، وتبنى وجهة نظر علماء الاجتماع في الدراسات التي تنطلق من وجهة اجتماعية او انثروبولوجية مثل دراسات (سلوى على سليم ١٩٨٩، محمد سلامة غباري ١٩٩١، يسرى دعبس ١٩٩٤) حيث ركزوا على الاسرة من حيث التصدع من عدمه او على المتغيرات التي حدثت في المجتمع ككل وأدت الى نشوء امر استفحال الظاهرة.

في حين ان الدراسات التي تبنت وجهات النظر الأخرى محدودة ان لم نكن معدومة.

خامساً: قضية بعض المتغيرات المرتبطة بالإدمان:

تناولت العديد من الدراسات علاقة الإدمان مع العديد من المتغيرات الأخرى. فعلى سبيل المثال تناولت هناء ابو شهبة العلاقة بين الإدمان والذكاء، وقد وجت فروقا بين مدمني الهيروين وبين المدمنين في نسبة الذكاء اللفظية والعملية والكلية لصالح غير المدمنين (هناء ابو شهبة، ١٩٩٠، ٣٠٧: ٣٣٧).

أما عن علاقة المدمنين بعملية التنشئة الاجتماعية فقد تناولت إيمان محمد صبري (١٩٩٠) قضية التنشئة الاجتماعية (مقياس إدراك الأبناء لمعاملة الآباء) وقد توصلت إلى العديد من النتائج الخاصة بهذا الجانب وكيف أن الإدراك؛ مشوه لدور الآباء في عملية التربية (إيمان محمد صبري، ١٩٩٠).

وهناك دراسات تناولت العلاقة بين الإدمان والعديد من جوانب الاغتراب نذكر منها دراسة إيمان عبد الله البنا (١٩٩٠) حيث تناولت العلاقة بين الإدمان والاغتراب وقد وجدت انتشار الاغتراب لدى مجموعة الدراسة (الهيروين/ الحشيش/ والأقراص المخدرة) بدرجة أعلى لدى متعاطي المخدرات مقارنة

بافراد المجموعة الضابطة، ووجود فروق دالة بين مجموعتي الدراسة من حيث مظاهر الاغتراب، وكذا انواع الاغتراب، حيث ان الإدمان ما هو الا نوع من الاغتراب سواء عن الذات او عن الواقع المحيط (إيمان البنا، ١٩٩١). وكذا الأحساس الجمالي (عبد السلام الشيخ ١٩٩٥) ووجهة الضبط (حسين فايد ١٩٩٧، محمد غانم ١٩٩٦)، ونجد العديد من سمات الشخصية لدى المدمنين مثل دراسة ماجدة طه فهمي (١٩٨٩) حيث وجدت ارتفاع نسبة الاكتئاب والقلق لدى المدمنين مقارنة بغير المدمنين. وكذا التعرف على العديد من جوانب الشخصية الأخرى مثل حالات الهوس، والانقباض او غيرها من الجوانب التي يقيسها اختبار الشخصية المتعدد الأوجه، وطبيعة العدوان لدى المدمن حيث وجد ارتفاع التنفيس بالعدوان عند متعاطي المخدرات بشكل دال احصائيا، كما في دراستي محمد رمضان (١٩٨٢)، وفرج طه وآخرين (١٩٩٠) وكذا تناول مفهوم الذات او تقديرها في العديد من الدراسات وغيرها من المفاهيم.

سادساً: مقارنات بين فئات من مدمني المخدرات داخل الثقافة الواحدة:

في الحقيقة فإن المقارنات بين مدمني مخدر ما بمدمني مخدر آخر داخل الثقافة الواحدة قد حظيت باهتمام قليل جداً ولم نجد سوى ثلاث دراسات في هذا الصدد.

حيث قام حسين فايد (١٩٩٢) بدراسة مقارنة لديناميات شخصية متعاطي الهيروين ومتعاطي الحشيش مستخدما أيضاً مجموعة ثالثة ضابطة، والعديد من الأدوات الأحصائية والدينامية متوصلاً إلى العديد من الفروق الدالة بين مدمني الهيروين ومدمني الحشيش (حسين فايد، ١٩٩٢).

ودراسة احمد محمد درويش (١٩٩٢) وقد قارن ـ أيضاً ـ بين مدمني الكحول ومدمني الأمفيتامين بالحقن، مستخدماً مجموعة ثالثة ضابطة، وكنا العديد من الأدوات الإحصائية والدينامية متوصلاً إلى العديد من الفروق والتفسيرات التي قدمت كبيان لوجود اختلافات في ديناميات شخصية مدمنى كل مخدر (احمد درويش، ١٩٩٢).

ودراسة يسرى محمد دعبس (١٩٩٤) والذي تناول الحياة الاجتماعية للمدمن في الثقافات المختلفة، حيث تناول مجموعة من المدمنين في المجتمع البدوي، ثم الحضري والريفي، ولم يحدد عدد العينة في كل مجتمع، مستعيناً بأدوات الأنثربولوجيا من ملاحقة إخباريين وتسجيل صوتي واستبيان لجمع المعلومات متوصلاً إلى وجود العديد من الاختلافات بين المدمنين في كل ثقافة فرعية على حدة (يسرى دعبس، ١٩٩٤).

سابعاً: مقارنات بين فئات من مدمنى المخدرات ـ مقارنة عبر ثقافية:

لم نجد سوى دراستين في هذا المجال:

دراسة طاهر شلتوت (١٩٨٨) حيث قام بالمقارنة حول استخدام العقاقير المؤثرة في الحالة النفسية في كل من مصر والولايات المتحدة الأمريكية، وتكونت عينة من ١٢٠٠ شخص من المعتمدين على المواد الفعالة نفسياً مستخدما الاستمارة التي صممها سويف وزملاؤه حول استعمال الكحول والسجائر والمواد الفعالة نفسيا، متوصلاً إلى العديد من النتائج الإحصائية بين المدمنين في كلا الحضارتين (طاهر شلتوت، ١٩٨٨).

والدراسة الثانية لمحمد حسن غانم (١٩٩٦) حيث قارن بين ١٠٠ مدمن في الثقافة المصرية ومنهم في الثقافة السعودية، مستخدماً العديد من الأدوات التي تجمع بين المؤثرات الكمية والكيفية متوصلاً الى العديد من الاختلافات بين المدمنين في كلا الثقافتين من حيث الاحتياجات النفسية والضغوط، ومركز التحكم والضبط، البناء النفسي للمدمنين في كلا الحضارتين (محمد حسن غانم، ١٩٩٦).

وغنى عن البيان أهمية إجراء المقارنات سواء داخل الثقافة الواحدة. أو بين العديد من الثقافات للوصول الى ماهر مشترك وعام بين الأفراد والتعرف على ما هو خاص بالبيئة الحضارية، وهذا ولا شك يثرى الثقافة النفسية وهو من صميم علم النفس عبر الحضاري (محمود ابو النيل، ١٩٨٨).

ثامناً: الاطفال والإدمان:

كافة الدراسات ركزت على إدمان الشباب على أساس أنهم أكثر الفئات المستهدفة لهذا النوع من الإدمان.

بيد اننا لم نجد طوال هذه الفترة إلا دراسة واحدة قد نبهت إلى خطورة تسلل الإدمان الى فئة الاطفال وخاصة إدمانهم للمواد المتطايرة وهذا الإدمان «قد أخذ في الانتشار بين المراهقين والأطفال بشكل خاص وهو ما يعد كارثة لأي مجتمع يتخرط اطفاله ما تسمح به إمكاناتهم... ومثل هذه المجتمعات التي تصاب في ثيابها وأطفالها بكارثة الاعتماد على المخدرات، تكون قد خسرت الحاضر والمستقبل معاً» (سامي عبد القوى، إيمان محمد صبري، ١٩٩٧، ص ٩٢). إضافة إلى أن محمد غانم (١٩٩٦) قد استخدم ضمن دراسته عدد (٢) من مدمني المواد الطيارة في مصر، و(٥) من مدمني المواد الطيارة بالسعودية، وان كانت كارثة تسلل الإدمان الى الأطفال قد نبه اليها بشدة سامي وإيمان (١٩٩٧).

تلك كانت باختصار ابرز القضايا التي اثارتها الدراسات الميدانية والتي انطلقت من تناول الإدمان في مصر. وإن كانت هناك العديد من القضايا نأمل تناولها مستقبلا مثل:

١ ـ قضية علاج الادمان في مصر بين الواقع والمأمول.

٢ ـ النظريات المختلفة التي تفسر كيفية العلاج وأيها اصلح للبيئة المصرية.

٣ ـ حجم الانتكاسة Relaps بعد المرور بخبرة العلاج وأسباب ذلك.

٤ ـ مشاركة الأسرة وأجهزة التنشئة الاجتماعية في مواجهة الظاهرة.

المراجع العربية

١ ـ **المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية:** بحث تعاطي المخدرات في الجمهورية العربية المتحدة، ١٩٦٤، القاهرة.

٢ ـ **إدوارد ج. موراى:** الدافعية والانفعال، ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة مراجعة محمد عثمان نجاتي، دار الشروق، ١٩٨٨، القاهرة.

٣ ـ **لجنة المستشارين العلميين** ـ المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان: التقرير التمهيدي باقتراح استراتيجية قومية متكاملة لمكافحة المخدرات ومعالجة مشكلات التعاطي والإدمان، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، ١٩٩١، القاهرة.

٤ ـ **احمد عكاشة:** «معرفة تعاطي المخدرات والكحوليات بين طلاب الجامعة ومعرفة اسباب التعاطي» في: محمد فتحي عيد، الإدمان في مصر، ١٩٨٦، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.

٥ ـ **احمد محمد درويش:** دراسة مقارنة في ديناميات شخصية مدمني الكحول ومدمى الأمفيتامين بالحقن، رسالة ماجيستر غير منشورة، آداب عين شمس، ١٩٩٢، القاهرة.

٦ ـ **ايمان عبد البنا:** دينامية العلاقة بين الاغتراب وتعاطي المخدرات لدى طلبة الجامعة، ماجيستر غير منشورة، آداب عين شمس، ١٩٩١، القاهرة.

٧ ـ **ايمان محمد صبري:** الإدمان لدى الشباب ـ دراسة نفسية اجتماعية، ماجيستر غير منشورة، كلية البنات، جامعة عين شمس ١٩٩٠، القاهرة.

٨ ـ **بيتر لورى:** المخدرات: حقائق اجتماعية ونفسية وطبية، ترجمة نور الدين خليل، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ١٩٩٠، القاهرة.

٩ ـ **ديوبولدن فان دالين:** مناهجح البحث في التربية وعلم النفس، الطبعة الرابعة، ١٩٩٠، الأنجلو، القاهرة.

١٠ ـ **جون ج. تايلور:** عقول المستقبل، ترجمة لطفي فطيم، عالم المعرفة، العدد ٩٢، اغسطس ١٩٨٥، الكويت.

١١ ـ **جبر محمد جبر:** الدوافع النفسية والاجتماعية لتعاطي الحشيش لدى بعض فئات من المجتمع، ماجيستر غير منشورة، كلية البنات، جامعة عين شمس، ١٩٨٥، القاهرة.

١٢ ـــــــ: دوافع إدمان الهيروين والكوكايين ـ دراسة استطلاعية، مجلة علم النفس، العدد ٣٣، السنة ٩، ١٩٩٥، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.

١٣ ـ **حسين فايد:** دراسة مقارنة لديناميات شخصية متعاطي الهيروين ومتعاطي الحشيش، رسالة ماجيستر غير منشورة، آداب عين شمس، ١٩٩٢، القاهرة.

١٤ ـــــــ: وجهة الضبط وعلاقتها بتقدير الذات وقوة الأنا لدى متعاطي المواد المتعددة، مجلة علم النفس، العدد ٤٢، السنة ١١، يونيه ١٩٩٧، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.

١٥ ـ **راوية محمود حسين دسوقي:** تقدير الذات وعلاقته بكل من القلق والاكتئاب لدى متعاطي الحشيش، مجلة علم النفس، العدد ٣٥، السنة ٩، ١٩٩٥، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.

١٦ ـ **راوية محمود حسين دسوقي:** دراسة في بعض المتغيرات النفسية لمتعاطي الكحوليات وغير المتعاطين

ـ دراسة مقارنة، مجلة علم النفس، العدد ٣٣، مارس ١٩٩٥، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.

١٧ ـ **سعد المغربي:** تعاطي الحشيش ـ دراسة نفسية اجتماعية، رسالة ماجيستر (١٩٦٠) نشرت في كتاب بنفس العنوان، الطبعة الثانية، دار الكتاب الجامعي، ١٩٨٦، القاهرة؟!.

١٨ ـــــ: سيكولوجية تعاطي الأفيون ومشتقاته، رسالة دكتوراه (١٩٦٦)، نشرت في كتاب بنفس العدوان، ١٩٨٦، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ١٩٨٦، لبنان.

١٩ ـ **سلوى على سليم:** الإسلام والمخدرات ـ دراسة سسيولوجية لأثر التغير الاجتماعي على تعاطي الشباب للمخدرات، مكتبة وهبة. ١٩٨٩، القاهرة.

٢٠ ـ **سعد جلال:** في الصحة العقلية ـ الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية، دار الفكر العربي، ١٩٨٦، القاهرة.

٢١ ـ **سامي عبد القوى على، ايمان محمد صبري:** سوء استخدام المواد المتطايرة لدى الاطفال ـ دراسة نفسية اجتماعية استطلاعية، مجلة علم النفس، العدد ٤٢، السنة ١١، يونيه ١٩٩٧، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.

٢٢ ـ **طاهر عز الدين شلتوت:** دراسة مقارنة حول استخدام العقاقير المؤثرة في الحالة النفسية في كل من مصر والولايات المتحدة الأمريكية. دكتوراه غير منشورة، طب الأزهر، قسم الأمراض النفسية والعصبية ١٩٨٨، القاهرة.

٢٣ ـ **عبد السلام أحمدي:** بعض الشروط المسؤولة عن الاعتماد على المخدرات والعقاقير، مجلة علم النفس، العدد ٨، ١٩٨٤، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.

٢٤ ـ **عبد الله السيد عسكر:** تعاطي الأقراص المخدرة وعقاقير الهلوسة لدى الشباب المتعلم، ماجيستر غير منشورة، آداب الزقازيق، ١٩٨٦.

٢٥ ـ ـــ: سوء استعمال الأدوية المحتوية على مادة الكودايين ـ دراسة استكشافية، مجلة دراسات نفسية، اكتوبر ١٩٩١، رابطة الاخصائيين النفسيين، القاهرة.

٢٦ ـ **عادل مراد دمرداش:** الإدمان ـ مظاهره وعلاجه، عالم المعرفة، العدد ٢٥٦، ١٩٨٢، الكويت.

٢٧ ـ **عبد المجيد سيد احمد منصور:** الادمان: أسبابه ومظاهره ـ الوقاية والعلاج، مركز ابحاث مكافحة الجريمة، ١٩٨٦، الرياض، السعودية.

٢٨ ـ **عزة عبد الغني حجازي:** الإدمان والآداء الإنساني (الفني، الرياضي، الأكاديمي)، الدار الفنية للنشر والتوزيع، ١٩٩١، القاهرة.

٢٩ ـ **عادل على عبد الله:** علاقة الحرمان المؤقت من الوالدين بإدمان الشباب على تعاطي الهيروين ـ دراسة نفسية اجتماعية، ماجيستر غير منشورة، آداب عين شمس، ١٩٨٩، القاهرة.

٣٠ ـ **عادل صادق:** الإدمان له علاج، دار النشر للطباعة، ١٩٨٦، القاهرة.

٣١ ـ **عبد السلام الشيخ:** المقارنة بين المشاعر الجمالية في حالات التذوق الجمالي وفي حالات الإدمان عدد الأسوياء والمدمنين، مجلة علم النفس، العدد ٣٣، السنة ٩، مارس ١٩٩٥، القاهرة.

٣٢ ـ **فرج طه وآخرون:** التورط في المخدرات ـ دراسة نفسية اجتماعية في مصر، مركز أبحاث مكافحة الجريمة، وزارة الداخلية، ١٩٩٠، الرياض، السعودية.

٣٣ ـ **فاروق عبد السلام**: سيكولوجية الادمان، عالم الكتب، ١٩٩٧، القاهرة.

٣٤ ـ **لطفي فطيم، أبو العزايم جمال**: نظريات التعلم المعاصرة وتطبيقاتها التربوية، النهضة المصرية، ١٩٩٨، القاهرة.

٣٥ ـ **مصطفى زيور**: تعاطي الحشيش كمشكلة نفسية، التحليل النفسي لحال التخدير بالحشيش ونمط شخصية متعاطيه، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، ١٩٦٣، القاهرة.

٣٦ ـ **محمود السيد أبو النيل**: علم النفس عبر الحضاري، دار النهضة العربية، ١٩٨٨، بيروت، لبنان.

٣٧ ـ **ماجدة طه فهمي**: سوء استعمال الهيروين ـ دراسة لجوانبه النفسية والديموجرافية والأكلينيكية في المرضى النفسيين بالمستشفيات، دكتوراه غير منشورة، طب المنوفيه، قسم الأمراض النفسية والعصبية، ١٩٨٩، القاهرة.

٣٨ ـ **محمد محمد شعلان**: الهناء بلا كيمياء للآباء والابناء، الناشر المؤلف، ١٩٨٦، القاهرة.

٣٩ ـ **محمد رشاد كفافي**: سيكولوجية انتهاء المخدر لدى متعاطي الحشيش، ماجيستر غير منشورة، آداب عين شمس، ١٩٧٣، القاهرة.

٤٠ ـــــــ: التحقيق التجريبي بواسطة القياس النفسي للنظرية التحليل النفسي، دكتوراه غير منشورة، آداب عين شمس، ١٩٨٠، القاهرة.

٤١ ـ **محمد يسرى دعبس**: الحياة الاجتماعية للمدمن في الثقافات المختلفة ـ دراسات انثروبولوجية الجريمة، توزيع وكالة النبأ للنشر والتوزيع، ١٩٩٤، القاهرة.

٤٢ ـ **محمد رمضان محمد**: تعاطي المخدرات لدى الشباب المتعلم، رسالة دكتوراه، آداب عين شمس، ١٩٨٢ ـ نشرت في كتاب بعنوان سيكولوجية الجناح والإدمان، ١٩٨٦، غير مبين الناشر، القاهرة.

٤٣ ـ **مصري حنورة**: مشكلة تعاطي المخدرات والكحوليات بين طلاب الجامعة: قرارات في علم النفس الاجتماعي في البلاد العربية، اعداد وتنسيق لويس مليكة، المجلد ٤، الهيئة المصرية العربية، إعداد وتنسيق لويس مليكة، المجلد ٤، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.

٤٤ ـ **ماهر نجيب الياس**: سيكولوجية متعاطي الماكستون فورت، ماجيستر غير منشورة، آداب عين شمس، ١٩٨٦، القاهرة.

٤٥ ـ **ماجدة عبد الفتاح بكر**: تعاطي بعض طلاب الجامعة للمخدرات ودور التربية في القضاء عليها، ماجيستر غير منشورة، بنات عين شمس، ١٩٩٠، القاهرة.

٤٦ ـ **محمد حسن غانم**: الديناميا النفسية للاحتياجات الضغوط ومركز التحكم لدى مدمنى المخدرات ـ دراسة حضارية مقارنة، رسالة دكتوراه، آداب عين شمس، غير منشورة، ١٩٩٦، القاهرة.

٤٧ ـ **هاني عرموش**: المخدرات ـ إمبراطورية الشيطان، دار النفائس للطباعة والنشر والتوزيع، ١٩٩٣، بيروت، لبنان.

٤٨ ـ **هناء ابو شهبة**: الذكاء والسمات المرضية بإدمان الهيروين المؤتمر السنوي السادس لعلم النفس، الجمعية العربية للدراسات النفسية، الأنجلو، ١٩٩٠، القاهرة.

٤٩ ـــــــ: دراسة إكلينيكية متعمقة ـ دراسة حالة مدمن هيروين، مجلة علم النفس، العدد ١٦، ١٩٩٠، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.

المراجع الاجنبية

50- Heba Ibrahim:Personality Characteristics correlates in durg abuse, Derasat Nafseyah. Vol. 6. Novmber 4, Actober 1996. pp. 518: 588.

51- Jerawe J. Platt:Heroni addiction theary. reserch and tretment second edition Publishing Company Florida, 1988.

52- Victor s.M:Role of the Family in Prevention and tretment of substance abuse. cyrent Pzychiatry Vol. 2, No.1 Am Shams University. 1995.

53- Wolstenholme G.E. and Knight J. eds:Hashish: its chemistry and Phamacology (ciba Foundation study Group No. 21) London: J and A churchill. 1995.

املؤتمر الثاني عشر لاتحاد الاطباء النفسيين العرب

يتشرف اتحاد الاطباء النفسيين العرب بدعوتكم الى مؤتمره الثاني عشر الذي يقام في تونس بين 31 مايو و 2 يونيو 2001 تحت شعار:

المرأة والصحة النفسية

WOMEN & MENTAL HEALTH

توجه المراسلات الى العنوان التالي في تونس:

البروفسورة سعيدة الدوكي

مستشفى الرازي ـ قسم الامراض النفسية 2010 منوبة ـ فاكس 261.1.750103

قائمة تشخيص سوء الاستخدام والاعتماد على العقاقير والكحول

(بناء على الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع للاضرابات النفسية DSM-IV)

مقدمة:

يعد الادمان واحداً من اخطر التحديات التي تواجه المجتمعات الانسانية ومن ضمنها مجتمعنا العربي. وترجع خطورة الامر الى مضاعفات الادمان سواء على الفرد او الاسرة او المجتمع، فهي تطال فئات عمريه واجتماعية تعد ركيزة التنمية في المجتمع وهي فئات الشباب من الجنسين ابتداء من سن المراهقة وحتى سن الانتاج والمسئولية. والى جانب اهدار الطاقة البشرية فهو يبدد نسبة كبيرة من الدخل القومي تؤثر بلا شك على مجمل الحياة الاجتماعية والثقافية بكل تأثيرها على الحياة النفسية الامنة المستقرة للافراد.

وقد تزايد الاهتمام بمشكلة الادمان في السنوات العشرين الاخيرة نظراً للتزايد المضطرد في حجم المشكلة وآثارها، ويبدو ذلك في زيادة الابحاث التجريبية المنشورة في مجال الادمان وظهور نظريات علمية جديدة احدثت تطوراً في انماط تناول الاطباء والمعالجين لمشكلة الادمان، حيث ابرز الاتجاه المعاصر لعلاج الادمان اهمية دراسة المشكلة بوصفها نتاجا للعوامل البيولوجية والميكانيزمات السلوكية والظروف الاجتماعية في محاولة لتفسير العملية الادمانية (*National Institute on drug Abuse 1990*)، حيث تبدأ المراحل الاولى من العملية العلاجية بالتشخيص، الذي يبنى عليه البرنامج العلاجي وكذلك يحدد مآل الحالة.

لا شك ان مشكلة تشخيص الادمان لا تزال تثير جدلاً واسعاً في مجالي علم النفس والطب النفسي، وتزداد المشكلة تعقيداً اذا علمنا ما اوضحته دراسة كندل وزملائه Kendal من ان المحكات التشخيصية للطب النفسي تختلف من بلد لاخر (سويف ١٩٨٥).

ويرجع هذا الاختلاف الى تباين الخلفية الثقافية والاطار النظري الذي ينتمي اليه المعالجين والاطباء النفسيين، وظهر نتيجة لهذه المشكلة اتجاهان رئيسيان هما:

1 ـ اتجاه أنكر وجود المشكلة نهائيا، والبعض حاول التقليل من حجمها.

2 ـ الاتجاه الثاني، وهو اتجاه الغالبية من الاطباء النفسيين الذين اهتموا بحجم المشكلة ولكن ردود افعالهم كانت ضعيفة جدا إزاء الحل.

وكذلك توجد تناقضات ملموسة في العديد من التشخيصات الخاصة بالادمان، حيث يصعب على سبيل المثال التمييز بين التعاطي الاجتماعي للكحول *social drinking* والاسراف في الشراب *heavy drinking* وكذلك بين سوء الاستخدام *abuse* والادمان *dependence* بالنسبة لكافة المواد. وقد قدم شافتز *Chaftez* تفسيرا للتداخل وعدم الاجماع بين الاطباء المعالجين على التشخيصات المتعلقة بالادمان وهو ان العوامل المسببة للادمان لم تحسم حتى الآن اضافة الى ان الادمان ليس مشكلة طبية بحتة وانما تتداخل فيها العوامل

الاجتماعية الثقافية والاخلاقية (*Chaftez 1976*).

ومن هنا كان الاتجاه المتزايد من قبل الجمعيات العلمية الدولية والمؤسسات ذات الاهتمام بمشكلة التشخيص، وقد ظهر في الآونة الاخيرة شبه اتفاق بين الجمعيات العلمية الدولية لحل هذه المشكلة من خلال وضع محكات تشخيصية مقننة، ويمثل كل من الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع للاضطرابات النفسية *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed. 4 (DSM-IV)* والذي اصدرته الجمعية الامريكية للطب النفسي عام ١٩٩٤ بناء على جهد اكثر من مائة طبيب ومعالج نفسي، ومن ناحية اخرى كان لمنظمة الصحة العالمية دورا باصدار التصنيف الدولي العاشر للامراض *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders*.

ان التشخيص هو العملية التالية للفحص والتقييم، وترجع اهمية التشخيص في الطب النفسي وضرورته الى ان تصنيف المريض في زملة معينة او مرض محدد هو امر اساسي ليس بالنسبة الى شفائه فحسب، بل كذلك لفهم اسباب مرضه والتنبؤ بمآله ايضا (عبد الخالق وحافظ ١٩٨٦).

ونظراً للاحتياج الشديد الى تشخيص الاضطرابات الادمانية كان على المتخصصين القيام بتصميم الاختبارات والمقاييس الاكلينيكية والتي من خلالها تتم عملية التشخيص بناء على محكات علمية موضوعية. وترجع اهمية هذه القائمة الى عدم وجود مقاييس او اختبارات نفسية لتشخيص الاضطرابات الادمانية باللغة العربية.

تصميم القائمة:

تم تصميم القائمة بمراجعة المحكات التشخيصية لكل من التصنيف الدولي العاشر للامراض The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders والدليل التشخيصي والاحصائي الرابع للاضطرابات النفسية Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed. 4 (DSM-IV)، وقد تبين عدم وجود اختلافات جوهرية بين التصنيفين.

فالاعتمادية بناء على الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع للاضرابات النفسية تشخص عندما يحصل الفرد على ٣ من ٩ أعراض على الاقل في الشهر الاخير او تحدث سريعاً منذ فترة طويلة، اما التصنيف الدلي العاشر للامراض The ICD-10 Classification Mental and Behavioral Disorders فيتطلب على الاقل ٣ من ٨ اعراض في السنة الاخيرة لتشخيص الاعتمادية. ويرجع ذلك الى ان كلا التصنيفين يستخدما مفهوم ادوارد وجروس Edwar and Gross عن الاعتمادية (Woody and Cacciola 1992).

وقد تم الاستعانة بالمحكات التشخيصية في الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع للاضطرابات النفسية Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed. 4 (DSM-IV) للاسباب التالية:

1. سهولة المفاهيم المتداولة داخل البنود التشخيصية.
2. تميز المحكات التشخيصية بالموضوعية والدقة العملية.
3. الاعتماد على نظام تعدد المحاور Multiaxial system، ويساعد هذا النظام على تقديم صورة إكلينيكية شاملة عن حالة المريض من ناحية التشخيص الطبي والنفسي والاجتماعي والمشكلات البيئية المحيطة به بالاضافة الى تقييم أدائه العام.
4. إن اداة الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع للاضرابات النفسية Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed. 4 (DSM-IV) تعد من افضل الوسائل الموضوعية لتشخيص سوء الاستخدام والاعتماد على العقاقير والكحول، مقارنة بالمقاييس النفسية الاخرى، مثل اختبار ميتشجان للمسح الكحولي Michigan Alcoholism Screening Test (MAST)، واستمارة كيدج CAGE questionnaire، ومقاييس شدة الادمان Addiction Severity Scale وذلك للاسباب التالية:

- قصور بعض هذه المقاييس على مادة ادمانية واحدة.
- عدم قدرة هذه المقاييس على التمييز بين سوء الاستخدام والاعتماد.
- الاختلافات الحضارية والثقافية بين الغرب والمجتمع

الاسلامي العربي فيما يخص بعض المفاهيم المتعلقة بالادمان مثل التعاطي الاجتماعي social drinking.

وقد تم تصميم هذه القائمة على غرار المقابلة الاكلينيكية المقننة للدليل التشخيصي والاحصائي الثالث المعدل للاضرابات النفسية Structured Clinical Intreiew of DSM-III-R، وهي عبارة عن مقابلة شبه مقيدة مبنية على المحكات التشخيصية لذلك الدليل لوضع تشخيصات على المحورين الاول والثاني. وحتى وقت اعداد هذه القائمة لم يتم اصدار مقابلة إكلينيكية مقننة للدليل التشخيصي والاحصائي الرابع للاضرابات النفسية، الا انه لم يحدث اختلاف كبير في المحكات التشخيصية بين الدليل التشخيصي والاحصائي الثالث المعدل للاضرابات النفسية والدليل الرابع (Spitzer et al. 1990).

وقد روعي في القائمة ما يلي:

1. ان تشتمل على جميع المواد المسببة للادمان.
2. ان تتسم بسهولة وسرعة التطبيق والتصحيح.
3. ان تتسم بالدقة الموضوعية بعيداً عن الاسئلة الايحائية.

خطوات إعداد القائمة:

استخدم في اعداد القائمة اسلوب اسئلة المقابلة الاكلينيكية المقننة للدليل التشخيصي والاحصائي الثالث المعدل للاضطرابات النفسية Structured Clinical Interview of DSM-III-R، مع اجراء التعديلات الازمة حتى تتوافق القائمة مع المحكات التشخيصية للدليل التشخيصي والاحصائي الرابع للاضطرابات النفسية Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed. 4 (DSM-IV)، وبعد ذلك صممت القائمة في صورتها المبدئية وحساب معاملي الصدق والثبات.

عينة التقنين:

تم تقنين القائمة على عينة تتكون من ١٠٠ مريضاً من المؤمنين في مستشفى الامل بالدمام بالمملكة العربية السعودية[١]، وأعمار مرضى العينة تتراوح بين ٢٠ - ٤٦ بمتوسط عمري قدره ٢٦،٥ وانحراف معياري ١٠،٤،وقد تم اختيار العينة بصورة عشوائية مقيدة لفترة تتراوح بين اول يناير ١٩٩٥ ونهاية ابريل ١٩٩٥، وقد روعي في اختيار العينة دافعية المريض لاكمال العلاج حتى يتم اعادة التطبيق لحساب معامل الثبات.

معامل الصدق:

تم استخدام نوعين من الصدق وهما صدق المحتوى وصدق المحكمين.

1. صدق المحتوى:

المقصود بهذا النوع من الصدق هو قدرة الاختبار على قياس الجوانب المراد قياسها، وهو من انواع الصدق الوصفي، وقد تمت تجربة صدق المحتوى للقائمة أثناء القيام بحساب معامل الصدق للمحكمين، حيث ان محتوى القائمة مطابق للمحكات التشخيصية للدليل التشخيصي والاحصائي الرابع للاضطرابات النفسية Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed.4(DSM-IV)، ومن هنا يعتبر محتوى القائمة صادقاً بالضرورة بناء على الدراسات الاكلينيكية والامبريقية التي اجريت اثناء إعداد الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع للاضطرابات النفسية.

2. صدق المحكمين:

تم عرض القائمة على ثلاثة محكمين[٢] من الخبراء في مجال تشخيص وعلاج الادمان بهدف:

---

(١) مستشفى الامل بالدمام هو احدث ثلاث مراكز متخصصة في علاج الادمان بالمملكة العربية السعودية. وتتميز فلسفة العلاج بالمستشفى بالبرنامج العلاجي البيولوجي النفسي الاجتماعي في اطار ثقافي يتلائم مع البيئة العربية والعقيدة الاسلامية، مع الاستعانة بالمفاهيم العلاجية للخطوات الاثنى عشر لجماعة المدمن المجهول Alcoholics Anonymous ونموذج منيسوتا Miinne ota model، اضافة الى الاساليب الحديثة من العلاج المعرفي السلوكي ،العلاج الاسري والعلاجات الاخرى.

(٢) عرضت القامة للتحكيم على كل من:

ا.د.عادل دمرادش دكتوراه الطب النفسي جامعة الازهر

ا.د.لطفي فطيم دكتوراه علم نفس، استشاري الصحة النفسية بالقصيم

د.عبدالله عسكر البورد الامريكي في الطب النفسي، استاذ م. الطب النفسي جامعة نورث كارولينا

أ) مقارنة بنود القائمة بالمحكات التشخيصية للدليل التشخيصي والاحصائي الرابع للاضرابات النفسية.

ب) إعطاء أحكام بمدى تطابق كل بند مع المحك التشخيصي الخاص به ومدى صلاحيته.

ج) إعطاء درجة كمية لكل بند من البنود على حده، بهدف تقدير كل بند تقدير كل بند من البنود على حده، بهدف تقدير كل بند تقديراً كميا.

تم حساب معامل الصدق بعد انتهاء المحكمين من الحكم على البنود، وقد اظهرت النتائج ارتفاع نسبة الصدق حيث وصلت الى ٩٧٪، وهي نسبة اتفاق ذات دلالة مرتفعة، وتعتبر مؤشراً قوياً للصدق على البنود.

معامل الثبات:

اتسمت عملية حساب معامل الثبات بالصعوبة حيث ان عملية التقسيم النصفي للبنود يتطلب تجانسها ونظراً لان البنود تختلف فيما بينها من محك تشخيصي لاخر كان يجب حساب معامل الثبات من خلال اعادة التطبيق، على الرغم من ان الحالة التشخيصية للمريض بالادمان تختلف وفقاً للحالة الاكلينيكية الراهنة.

تم حساب معامل الثبات عن طريق اعادة التطبيق على عينة من مرضى الادمان بمستشفى الامل بالدمام بالمملكة العربية السعودية مكونة من ١٠٠ مريضاً، وكان متوسط معامل الثبات ٠،٨٥.

وصف القائمة:

تتكون القائمة من ١٤ بند، البنود من ١ ـ ٧ للاعتمادية ومن ١٠ ـ ١٣ لسوء الاستخدام، وتحدد القائمة كل من سوء الاستخدام والاعتماد وحالات التوقف، وتشمل المواد التالية:

- الهيروين (ومشتقات الافيون)
- الكحول
- مشتقات القنب (الحشيش)
- المنبهات (الامفيتامين)
- المهدئات
- المواد الطيارة
- مواد اخرى

تطبيق القائمة:

يجب تطبيق القائمة بشكل فردي، وان يكون الفاحص لدية خلفية نفسية وطبية ومؤهل أكاديميا في مجالات علم النفس الاكلينيكي والطب النفسي والادمان، فمن الممكن ان يقوم بالتطبيق كل من الطبيب النفسي والاخصائي النفسي والاخصائي الاجتماعي ومرشد الادمان.

لا يوجد زمن محدد لتطبيق وتصحيح القائمة، وقد اتفق المحكمون على ان عملية التطبيق والتصحيح تستغرق حوالي ٧ الى ١٥ دقيقة.

المراجع

عبد الخالق. احمد وحافظ. احمد خيري (١٩٨٦)

حالة وسمة القلق لدى عينة سعودية ذهانية وعصابية. مجلة كلية الاداب جامعة الاسكندرية. المجلد: ٢ ص:١٧٩.

سويف. مصطفى (١٩٨٥)

مرجع في علم النفس الاكلينيكي، دار المعارف،ص: ٩٠.

Refrences

American Psychiatric Association (1994)

Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders, ed 4. American Psychiatric Association, Washington.

Chaftez, M.E. (1976)

Alcoholism, the ressponse of the National Institute of Alcohol Abuse and ALcoholism.
Psychiatric Annals, 6:69-96.

National Institute on Drug Abuse (1990)

Annual Report. American Psychiatiric Press Inc.

Spitzer,R.L. et al. (1990)

User's Guide for The Structured Clinical Iterview for DSM-III-R, American Psychiatric Press Inc.

Swaif, M. (1985)

Clinical Psychology, Dar El-Maaref, Cairo, p:90.

Woody, G.E. and Cacciola, J. (1992)

Diagnosis and Classification: DSM-III-R and ICD-10, in Substance Abuse: A Comprehensive Textbook. Williams and wilkins, Baltimore.

World Health Organizaition (1992)

The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines, Geneva.

قائمة تشخيص سوء الاستخدام والاعتماد على العقاقير والكحول

(بناء على الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع للاضرابات النفسية DSM-IV)

إعداد

د.لطفي فطيم د.محمد الجارحي د.محمود رشاد

الاسم:	السن:	رقم الملف:

التعليمات: اقرأ كل عبارة من العبارات الدالة على الاعراض في الجدول التالي وضع علامة (صح) تحت كل مادة ينطبق عليها العرض، اجمع عدد الاعراض الخاصة بكل مادة حتى تصل الى التشخيص كالآتي: **الاعتماد:** ثلاثة اعراض على الاقل من ١ ـ ٧ لمدة اطول من شهر. **سوء الاستخدام:** في حالة عدم وجود الاعتماد، ووجود عرض واحد من ١٠ ـ ١٣ لمدة اطول من شهر. **في حالة التوقف:** اذا كانت الاجابة عن السؤال ٩ (صح)

اعـــراض الاعتمـــــــاد	هيروين	كحول	القلب المضيئة	النبهات المهدئين	المهدئات	المواد الطيارة	اخرى
١.هل غالباً عندما تبدأ في التعاطي ينتهي بك الامر الى تناول كميات اكبر مما كنت تنوي؟							
٢.هل لديك رغبة مستمرة في التعاطي وحاولت التوقف اكثر من مرة ولم تنجح؟							
٣.هل تقضي كثيراً من الوقت في التعاطي او تحت تاثير مادة الادمان؟							
٤.هل تتعاطى مادة الادمان باستمرار بطريقة تؤثر على اداء واجباتك الاجتماعية وعملك؟							
٥.هل تضطر بمرور الوقت لزيادة الجرعة للحصول على نفس التاثير؟							
٦.هل تعاني من اعراض انسحابية عند التوقف عن التعاطي او محاولة تقليل الكمية وغالباً ما تتعاطى مادة الادمان لتجنب وعلاج تلك الاعراض الانسحابية؟							
٧.هل تستمر في تعاطي مادة الادمان على الرغم من معرفتك باضرارها النفسية والاجتماعية والصحية؟							
٨.هل استمرت هذه الاعراض لمدة اطول من شهر؟							
٩.هل انت متوقف عن التعاطي خلال الست شهور الماضية؟							
مجموع اعراض الاعتماد: (من ١ ـ ٧)							
اعراض سوء الاستخدام:							
١٠ هل تستمر في تعاطي مادة الادمان باستمرار بصورة تؤدي الى فشلك في أداء واجباتك في العمل او في المدرسة او في المنزل؟							
١١ هل تتعاطى مادة الادمان في مواقف تعرض حياتك للخطر مثل اثناء قيادة السيارة؟							
١٢ هل تعاني من مشاكل قانونية متكررة نتيجة التعاطي؟							
١٣ هل تستمر في تعاطي مادة الادمان رغم ما تسببه لك من مشاكل مستمرة ومتكررة في علاقاتك بالآخرين؟							
١٤ هل استمرت هذه الاعراض لمدة اطول من للشهر؟							

التشخيص:	
التاريخ:	الفاحص:

مركز الدراسات النفسية والنفسية ـ الجسدية
Centre d'Etudes Psychiques et Psycho Somatique C.E.P.S
طرابلس ـ لبنان ـ شارع عزمي ـ بناية قاديشا ـ ص.ب. ٣٠٦٢ ـ التل

الثقافة النفسية المتخصصة

الزميل العزيز،

نظراً للصعوبة التي نواجهها لايصال المجلة الى المتخصصين والمهتمين. ونظراً لاعتمادنا مبدأ المحور الذي لا يسمح بعرض المجلة في متناول ايدي غير المتخصصين، وبالاضافة الى محدودية الاعداد المطبوعة من المجلة والتي لا تسمح بالتوزيع الواسع لها فاننا ندعوك لتسجيل اشتراكك ولتعريف الزملاء بالمجلة و/او بسياستها الجديدة ليسجلوا بدورهم اشتراكاتهم، وكذلك الامر بالنسبة الى المؤسسات المتخصصة. ولتسهيل ذلك عمدت ادارة المجلة الى عرض عدة خيارات للاشتراك. بما يتيح للاختصاصي او للمؤسسة الراغبة في الاشتراك بانتقاء الشكل الذي تراه اكثر مناسبة لها. حيث يمكن الاختيار بين اشكال الاشتراك التالية:

- اشتراك عادي (شخصي او اهداء) وقيمته 40$ سنوياً ـ وهدية هذا الاشتراك نسخة من العدد الاول من مجلة علم النفس الصادر في يونيو 1945 والذي اعاد المركز طباعته ليضعه بين ايدي المشتركين والمساهمين في نشاطاته.
- اشتراك شخصي تشجيعي وقيمته 100$ سنوياً. وهو يتضمن حصول المشترك على كافة نشرات واصدارات المركز عن العام موضوع الاشتراك.

● اشتراك شخصي مدى الحياة وقيمته 500$ ويتضمن حصول المشترك على كافة انتاجات المركز بالاضافة الى عضوية شرف المركز. عرفاناً بمساهمته في دعم مجلته ونشاطاته.

اشتراك المؤسسات

بالنظر الى تنوع المؤسسات المشتركة في المجلة بين معاهد وجامعات ومستشفيات وشركات ادوية وجمعيات وغيرها فقد ارتأت ادارة المجلة طرح الاختيارات التالية امام المؤسسات المشتركة لاختيار احدها كهدية من المجلة عن اشتراك المؤسسة وقيمته 100$، ويمكن للمؤسسة اختيار احدى التقديمات التالية وفق حاجتها:

1 ـ نسخة من كافة اصدارات المركز عن العام موضوع الاشتراك.

2 ـ اعلان مجاني لاصدار واحد يحتل صفحة داخلية كاملة باللونين الابيض والاسود. على ان يكون الاعلان على علاقة مباشرة بنشاط المؤسسة وبالاختصاص. كمثل اعلانات المؤتمرات والمراكز الاستشفائية والاصدارات النفسية والمجلات ومواقع الانترنت... الخ.

3 ـ نسبة حسم مقدارها 50% على كافة اصدارات المركز.

4 ـ نسبة حسم مقدارها 50% على المشاركة في نشاطات المركز.

5 ـ نسبة حسم مقدارها 50% على الاعلانات في مجلة المركز.

اما بالنسبة لاشتراك المؤسسات مدى الحياة فقيمته 1000$ مع اختيار المؤسسة للخدمة المناسبة لها من بين خدمات الاشتراك السنوي المعروضة اعلاه.

قسيمة الاشتراك

الاسم/ المؤسسة: .....

.....

العنوان الكامل: .....

.....

الهاتف (مع الكود): ..... الفاكس: .....

البريد الالكتروني: .....

التخصص: .....

مجالات الاهتمام: .....

.....

.....

الاشتراك المطلوب (وضع علامة x في الخانة المناسبة).

- ☐ اشتراك فردي $40
- ☐ اشتراك تشجيعي $100
- ☐ اشتراك مدى الحياة/ شخصي $500
- ☐ اشتراك المؤسسات/ سنوي $100
- ☐ منشورات المركز
- ☐ اعلان مجاني
- ☐ حسم اصدارات
- ☐ حسم اعلانات
- ☐ حسم نشاطات
- ☐ اشتراك المؤسسات مدى الحياة $1000

يرجى تحديد الخدمات المطلوبة من بين الخدمات المعروضة اعلاه في الاشتراك السنوي للمؤسسات.

* ملاحظة: ترسل جميع المراسلات على عنوان المركز باسم رئيس التحرير.

مجلة الطب النفسي - أبوظبي
ABU DHABI BULLETIN OF PSYCHIATRY

من رواد الطب النفسي في الوطن العربي

البروفسور الدكتور محمد أحمد النابلسي استاذ الطب النفسي في لبنان

بقلم :
دكتور، فيصل محمد خير الزراد
استشاري ورئيس وحدة علم النفس
السريري مستشفى الطب النفسي

قلة هم العلماء وندرة هم المتخصصون العاملون بكل اخلاص ووجدان، والأوفياء لرسالتهم العلمية، ولقضية مجتمعهم وأمتهم العربية. الذين يعملون بصمت وخلق وبتواضع العلماء الكبار، من هذه القلة، وهذه الندرة في وطننا العربي، يشرفني أن أقدم، أحد روّاد الطب النفسي في عالمنا العربي وهو البروفيسور الدكتور محمد أحمد النابلسي.

البروفيسور الدكتور محمد أحمد النابلسي أستاذ الطب النفسي في لبنان يعتبر من روّاد الطب النفسي في العالم العربي. الذي أثرى الطب النفسي في الوطن العربي والأجنبي من خلال مكانته العلمية وأبحاثه ومؤلفاته وترجماته والمؤتمرات العلمية التي ترأسها أو دعا إليها، وهو الحائز على عدة درجات علمية في مجال الطب النفسي (PH.D - M.D)، وهو له اطلاع كبير على الثقافة الطبية - النفسية في الولايات المتحدة الأمريكية، وبريطانيا، وفرنسا، و أوروبا الشرقية بالإضافة إلى الوطن العربي، يتقن اللغة الإنجليزية والفرنسية والعربية، وهو عضو اتحاد الكتاب اللبناني، نُشر له أكثر من مائة بحث علمي في مجال الطب النفسي، وتجاوزت مؤلفاته وكتبه المترجمة (خمسين كتاباً)، بما فيها كتاب عن (مأساة الحرب اللبنانية من وجهة نظر طب نفسية)، وكتاب سيكولوجية السياسة العربية ... وهو أول من دعى إلى عقد مؤتمر نحو علم نفسي عربي.

يعمل الدكتور محمد أحمد النابلسي حالياً رئيساً لتحرير مجلة «الثقافة النفسية» المتخصصة في مجال علم النفس والطب النفسي، ومديراً لمركز أبحاث الطب النفسي في لبنان، ورئيساً للجمعية اللبنانية للدراسات النفسية ونائب رئيس الاتحاد العالمي للصحة النفسية، وعضو الهيئة الاستشارية للمجلة العربية للطب النفسي، ومجلة الإرشاد النفسي في مصر، وعضو مجلة الطب النفسي البريطانية، ورئيس مؤتمر علم النفس العربي، ورئيس مؤتمر نحو علم نفس إسلامي، ورئيس مؤتمر الشباب والصحة النفسية في مصر، وعضو بمعهد الطب الجنسي في أمريكا، وعضو الجمعية العالمية للتصوير العصبي، والجمعية العالمية لأمراض القلق، الأمين العام للاتحاد العربي لدراسات الاكتئاب، عضو الاتحاد الدولي للمعالجين النفسانيين.... وتعتبر مجلة «الثقافة النفسية» المتخصصة التي يرأس تحريرها الدكتور النابلسي في مجال علم النفس و الطب النفسي من أولى المجلات العربية المتخصصة التي يمكن الاعتماد عليها في مجال الدراسات والبحوث العلمية و كمرجع مفيد لكل طالب جامعي أو طبيب متخصص، كما أن مركز الدراسات والبحوث النفسية - جسدية، يعتبر المركز الوحيد في العالم العربي الذي يديره الدكتور النابلسي، وهذا المركز يثري العالم العربي بأبحاثه ومراجعة الطب نفسية، وكلمة حق تقال: «إن الجهود التي يبذلها الدكتور النابلسي في دعم وإثراء الطب النفسي في الجامعات، ومراكز البحث العلمية والأوساط العربية لم يسبقه إليها أحد، وهو علم من أعلام أمتنا العربية الذي لا غنىً لنا كأفراد ومجتمعات عربية عن علمه الغزير وعن مساهماته العلمية وعن أفكاره النيِّرة وكعالم عربي يستحق أن يكون في مقدمة من يمثلنا في مجال الطب النفسي وعلم النفس في المؤتمرات الدولية وغيرها».

إن الحديث عن الإنجازات العلمية للدكتور النابلسي لا يتسع لها صفحات وصفحات، ولكن حسبنا في هذه الكلمات القليلة الكبيرة أن نكون قد أوفينا هذا العالم جزءاً يسيراً مما يستحق.

والله ولي التوفيق..

Risperdal TRADEMARK
RISPERIDONE

Winner of the first International Prix Galien 1996

- The uniquely balanced serotonin-dopamine antagonist
- Effective in positive and negative symptoms
- Low incidence of EPS
- Vast experience worldwide
- No routine blood monitoring required

Full prescribing information available upon request

JANSSEN-CILAG

Janssen Pharmaceutica
Turnhoutseweg 30
B-2340 Beerse /Belgium
Telephone: 32 14 60 21 11

Risperdal TRADEMARK
RISPERIDONE

A first choice in psychosis